

Pauliina Kantola

OIREHOITO IKÄÄNTYNEIDEN SAATTOHOIDOSSA

Hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamisen kehittäminen

Pauliina Kantola

OIREHOITO IKÄÄNTYNEIDEN SAATTOHOIDOSSA

Hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamisen kehittäminen

Pauliina Kantola
Opinnäytetyö
Syksy 2022
Kliininen asiantuntija YAMK
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija YAMK

Tekijä: Pauliina Kantola

Opinnäytetyön nimi: Oirehoito ikääntyneiden saattohoidossa

Työn ohjaajat: TtT Eija Niemelä ja Lehtori Pirkko Suua

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syky 2022

Sivumäärä: 74 + 7 liitettä

Väestö ikääntyy, krooniset sairaudet lisääntyvät ja ikäihmiset tulevat yhä sairaampina hoitoyksiköihin. Näiden myötä myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve kasvavat ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan korkeaa osaamista, tietoja ja taitoja elämän loppuvaiheen hoidosta. Kansainväliset ja kansalliset tutkimukset osoittavat, että hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa on havaittu puutteita, erityisesti oirehoidon osaamisessa.

Opinnäytetyön tutkimusvaiheen tarkoituksena oli kuvailla lähi- ja sairaanhoitajien oirehoidon osaamista heidän itsensä arvioimana ikääntyneiden saattohoidossa. Hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista kartoitettiin sähköisellä Webropol-kyselyllä, joka sisälsi määrällisiä väittämiä ja avoimia kysymyksiä. Kyselyn pääasiallisena tarkoituksena oli löytää vastaukset hoitohenkilökunnan arvioimaan oirehoidon osaamiseen, osaamisen puutteisiin ja koulutustarpeisiin. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastoanalyysinä Webropol-ohjelman avulla ja kvalitatiivinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimus osoittaa, että hoitohenkilökunnalta löytyi osaamista oireiden arvioinnissa ja hoidossa ikääntyneiden saattohoidossa. Hoitohenkilökunnan osaamisessa oli puutteita muun muassa kivun hoidossa, lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä, ja psyykkisten oireiden hoidossa. Samoja asioita nousi myös koulutustarpeissa esille.

Opinnäytetyön kehittämistyön tavoitteena oli vahvistaa edelleen hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista ikääntyneiden saattohoidossa. Kehittämisvaiheessa yksiköiden hoitohenkilökunnan kanssa suunniteltiin keinoja, millä tavoin hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista voidaan yhä parantaa, jonka jälkeen laadin yksiköihin oirehoidon osaamisen kehittämissuunnitelman.

Opinnäytetyön kokonaistavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista saattohoidossa ja parantaa ikääntyneiden elämänloppuvaiheen oirehoitoa ja elämänlaatua. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden oirehoidon toteutuksessa ja kehittämisessä. Hoitohenkilökunnan oirehoidon osaaminen mahdollistaa ikääntyneelle hyvän elämänlaadun ja laadukkaan saattohoidon elämän loppuvaiheessa.

Asiasanat: Ikääntynyt, palliatiivinen hoito ja saattohoito, hoitohenkilökunta, oirehoito, osaaminen.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Advanced Practice Nurse

Author: Pauliina Kantola

Title of thesis: Symptom management in hospice care for the elderly

Supervisors: PhD Eija Niemelä & Lecturer Pirkko Suua

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2022

Number of pages: 74 + 7 annexes

The population is getting older, chronic diseases are increasing and elderly people are coming to care units ever sicker. Consequently, the need for palliative and hospice care is increasing, and hence, nursing for the end-of-life stage requires to have a high level expertise, knowledge and skills. International and national studies show that deficiencies have been found in the nursing staff's skills for palliative care and hospice, especially, knowledge of symptomatic treatment.

The purpose of the research topic of the thesis was to describe nursing staff's symptomatic treatment skills as assessed by themselves. A Webropol-survey was conducted to investigate the nursing staff's symptomatic treatment skills, which contained quantitative statements and open questions. The main intent of the survey was to find answers to the staff's assessment of symptomatic treatment competence, competence gaps and training needs. The quantitative material was analyzed as a statistical analysis using the Webropol-program, and the qualitative material was analyzed with content analysis. The study shows that the nursing staff was found to have expertise in the symptoms assessment and symptomatic treatment in hospice care for the elderly people. There were deficiencies in the nursing staff's skills, for example, in the pain treatment, the use of drug-free treatment methods, and the treatment of the psychological symptoms. The same issues were also raised regarding training needs.

The goal of the thesis development work was to further strengthen the nursing staff's symptomatic treatment skills in hospice care for the elderly. In the development phase of the thesis, means were planned among the nursing staff of the units to determine ways how the nursing staff's symptomatic treatment skills can still be improved, and after that, I draw up a skills development plan for the units.

The overall goal of the thesis was to develop the nursing staff's symptomatic treatment skills in hospice care and to improve the symptomatic treatment and quality of life of the elderly at the end-of-life stage. The results of the study can be used in the implementation and development of the symptomatic treatment for the elderly. The expertise of the symptomatic treatment of the nursing staff enables the elderly people to have a good quality of life and high-quality hospice care at the end-of life stage.

Keywords: Aged, palliative care and hospice care, nursing staff, symptom treatment, competence

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	IKÄÄNTYNEIDEN HYVÄ HOITO ELÄMÄN LOPPUVAIHEESSA	8
2.1	Palliativinen hoito Suomessa	8
2.2	Ennakoiva hoitosuunnitelma	11
2.3	Saattohoito	12
2.4	Oirehoito ikääntyneiden saattohoidossa	13
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1	Tutkimusmetodologia	22
4.2	Aineiston keruu	24
4.3	Aineiston analysointi	25
5	TUTKIMUSTULOKSET	29
5.1	Oirehoidon osaaminen	29
5.2	Oirehoidon osaamisen puutteet	36
5.3	Koulutustarve oirehoidon osaamisessa.....	41
5.4	Tutkimustulosten tarkastelua	43
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	50
7	POHDINTA.....	53
7.1	Tutkimuksen eettisyys.....	55
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	56
	LÄHTEET.....	59
	LIITTEET	75

1 JOHDANTO

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, jonka tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen (Käypä hoito- suositus: Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). WHO:n (World health organization) arvion mukaan, yli 56,8 miljoonaa ihmistä tarvitsee palliativista hoitoa maailmanlaajuisesti joka vuosi. Suurin osa tästä määrästä (67,1 %) ovat yli 50-vuotiaita aikuisia. (Knaul ym. 2020, 17.) Krooniset sairaudet yleistyvät ja ikääntyneiden määrä kasvaa monissa maissa, tämän myötä myös palliativisen hoidon tarve tulee yhä lisääntymään (Etkind ym. 2017, 6). On arvioitu, että iäkkäiden määrä vuonna 2060 on 22 miljoonaa enemmän kuin vuonna 2016 (Åvik Persson ym. 2022, 2). Myös Suomessa väestörakenne ikääntyy ja täällä kuollaan yhä vanhempina. Valtaosa (84 %) suomalaisista kuolee sairauksiin iäkkäänä. WHO:n mukaan Suomessa verenkierroelimistön sairaudet, kasvaimet ja dementia ovat yleisimpiä kuolinsyitä. (STM 2019a, 14, 98.) Syöpä- ja dementiakuolemat lisääntyvät tulevaisuudessa koko maailmassa (Etkind ym. 2017, 6). Suomen väestöstä 30 000 arvioidaan tarvitsevan palliativista hoitoa elämän loppuvaiheessa. Palliativisen hoidon tarve kasvaa merkittävästi jo ennen viimeistä elinvuotta, sillä krooniset sairaudet etenevät ja heikentävät sairastavien toimintakykyä. (STM 2019a, 14.)

Monet ikäihmiset kokevat monenlaisia hoidon tarpeita ja tarvitsevat jossain elämänsä vaiheessa laitoshoidoa. Muistisairaudet ovat merkittävä syy ohjautua laitoshoitoon tai asumispalveluihin ja muistisairaiden hoito onkin lähes aina palliativista hoitoa. Arvioiden mukaan 12–38 % Euroopan ikäihmisistä kuolevat hoitokodeissa ja tulevaisuudessa tämän määrän odotetaan yhä lisääntyvän (Smets ym. 2018, 1488; STM 2019a, 98), kun ikääntyneen väestön määrä yhä kasvaa (Smets ym. 2018, 1488) ja monimutkaiset hoidon tarpeet lisäävät tarvetta palliativiselle hoidolle (Honinx ym. 2019, 825). Ympäri vuorokautisessa hoidossa viimeisistä elinpäivistä tai kuukausista löytyy niukasti kansallisia tai kansainvälisiä tutkimuksia (STM 2019b, 121).

Kansainväliset ja kotimaiset tutkimukset sekä THL:n suorittamat kyselyt viittaavat siihen, että hoitohenkilöstöllä on riittämätön osaaminen kärsimystä aiheuttavien oireiden hoidossa (STM 2019b, 132) elämän loppuvaiheessa. Riittämätön oireiden lievitys ja niiden hallinta elämän loppuvaiheessa raportoitiin yleiseksi myös useassa tutkimuksessa (Hall ym. 2011, 8; Hendriks ym. 2014, 711; Fleming ym. 2017, 13; Smets ym. 2018, 1488; Honinx ym. 2019, 825; Puente-Fernández ym. 2020, 2; Van den Block ym. 2020, 234; Åvik Persson ym. 2022, 2). Eri tutkimukset

raportoivat puutteita myös dementoituneiden ikääntyneiden kivun arvioinnissa, -tunnistamisessa ja -hallinnassa (De Witt Jansen ym. 2017, 7; Chen ym. 2017, 853; Bolt ym. 2019, 144). Tutkimukset osoittavat myös, että iäkkäät vaihtavat hoitopaikkaa moneen kertaan viimeisimpien elinkuukausien aikana puutteellisen palliatiivisen hoidon vuoksi (Honinx ym. 2019, 825). Hoitoyksiköihin tarvitaankin ennakoivaa hoidon suunnittelua (Hall ym. 2011, 9), laajaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista (Hammar ym. 2018, 5) sekä lisäkoulutusta (Etkind ym. 2017, 6) turhien siirtojen kitkemiseksi ja elämänloppuvaiheen oirehoidon parantamiseksi (Fleming ym. 2017, 14; Smets ym. 2018, 1488).

Kunnissa tuotetaan sosiaali- ja terveystalvveluja ikääntyneille. Tutkimukseni kohdistuu eräiden Pohjois-Pohjanmaan kuntien ikääntyneiden tehostetuiden asumisyksiköiden hoitohenkilökunnalle. Tutkimukseen osallistuu seitsemän eri asumisyksikköä ja henkilökunnan määrä näissä yksikössä on 159. Tutkimus toteutetaan kokonaistutkimuksena.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista ikääntyneiden saattohoidossa ja hyödyntää tietoa osaamisen ja kehittämisen suunnittelussa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista saattohoidossa ja parantaa ikääntyneiden elämänloppuvaiheen oirehoitoa ja elämänlaatua.

Opinnäytetyö toteutetaan kvantitatiivisena ja kvalitatiivisena tutkimuksena eli metodologisena triangulaationa. Aineisto kerätään Webropol-kyselyllä, jonka avulla selvitetään hoitohenkilökunnan osaamista, osaamisen puutteita ja koulutustarpeita oirehoidossa ikääntyneiden saattohoidossa. Kvantitatiivinen aineisto analysoidaan tilastoanalyysinä suoraan Webropol-ohjelmiston avulla ja kvalitatiivinen aineisto analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

2 IKÄÄNTYNEIDEN HYVÄ HOITO ELÄMÄN LOPPUVAIHEESSA

Ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoidosta löytyy kirjallisuudesta useita aukkoja (Fleming ym. 2017, 2) ja laadukas näyttö palliatiivisen hoidon parantamisesta hoitokodeissa on puutteellista (Van den Block ym. 2020, 233). Hoitokodeissa esiintyy paljon huonosti hallittuja oireita (Puente-Fernandez ym. 2020, 2) ja löydökset viittaavat siihen, että kipua ja muita oireita ei arvioida eikä hallita riittävästi elämän loppuvaiheessa (Wilkie & Ezenwa 2012, 357). Ikääntyneiden elämänlaadun varmistamiseksi henkilökunnan oireiden arviointia ja hallintaa on kehitettävä (Hendriks ym. 2014, 711).

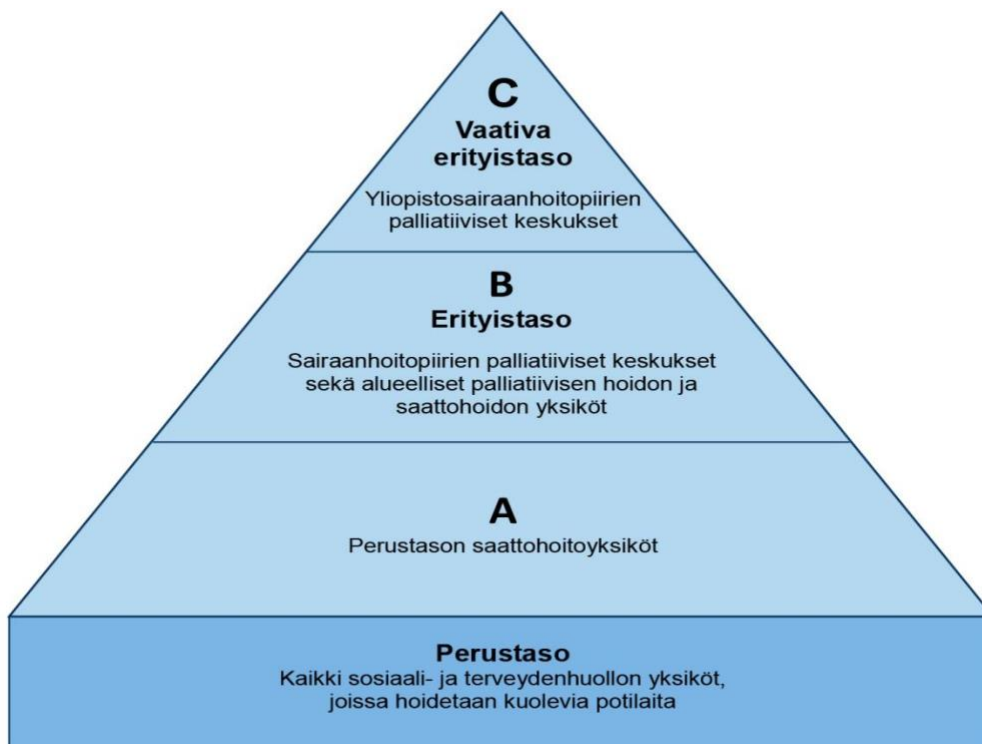
Edellytys hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle on tunnistaa pitkälle edenneet sairaudet (Etkind ym. 2017, 1), palliatiivisen hoidon tarve ja lähestyvä kuolema (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Ikääntyneiden hyvä ja laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito turvataan ennakoivalla hoidon suunnittelulla, kitkemällä pois turhat sairaalasiirrot (Chen ym. 2017, 849), jättämällä pois aggressiiviset hoidot ja turha lääkitys (Puente-Fernández ym. 2020, 1) sekä riittävällä palliatiivisen hoidon osaamisella ja asianmukaisella oirehoidolla. Asianmukainen oirehoito edellyttää oireiden tunnistamista, arviointia ja hoitoa. Ikääntyneillä tulisi olla oikeus kuolla siinä paikassa, missä hän on viimeiset elinkuukautensa viettänyt. (Vanhuuskuolema 2014, 117; Voutilainen & Löppönen 2016; Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

2.1 Palliatiivinen hoito Suomessa

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, joka on aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa ja sillä pyritään lievittämään ja ehkäisemään kärsimystä varhaisen tunnistamisen ja oikean hoidon avulla. Kokonaisvaltaiseen palliatiiviseen hoitoon kuuluu potilaiden hoidon lisäksi omaisten tukeminen ja huomioiminen. Palliatiivisella hoidolla vaalitaan mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Palliatiivisen hoidon tarkoitus ei ole hidastaa eikä myöskään nopeuttaa kuolemaa, vaan kuolemista pidetään normaalina prosessina. (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Connor, Morris & Brennen 2020, 12.) WHO määrittelee palliatiivista hoitoa ihmisoikeudeksi (Saranico ym. 2018, 225), josta monet elämän loppuvaiheessa olevat potilaat voivat hyötyä (Etkind ym. 2017, 1). WHO:n mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille potilasryhmille, joilla on kuolemaan

johtava tai henkeä uhkaava sairaus. Palliatiivista hoitoa toteutetaan ilman diagnoosirajausta ja se kuuluu kaikkien sairauksien vaiheisiin hoitolinjauksista riippumatta. (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Connor ym. 2020, 13.) Palliatiivisen hoidon tarve määräytyy potilaiden yksilöllisistä tarpeista (Etkind ym. 2017, 1).

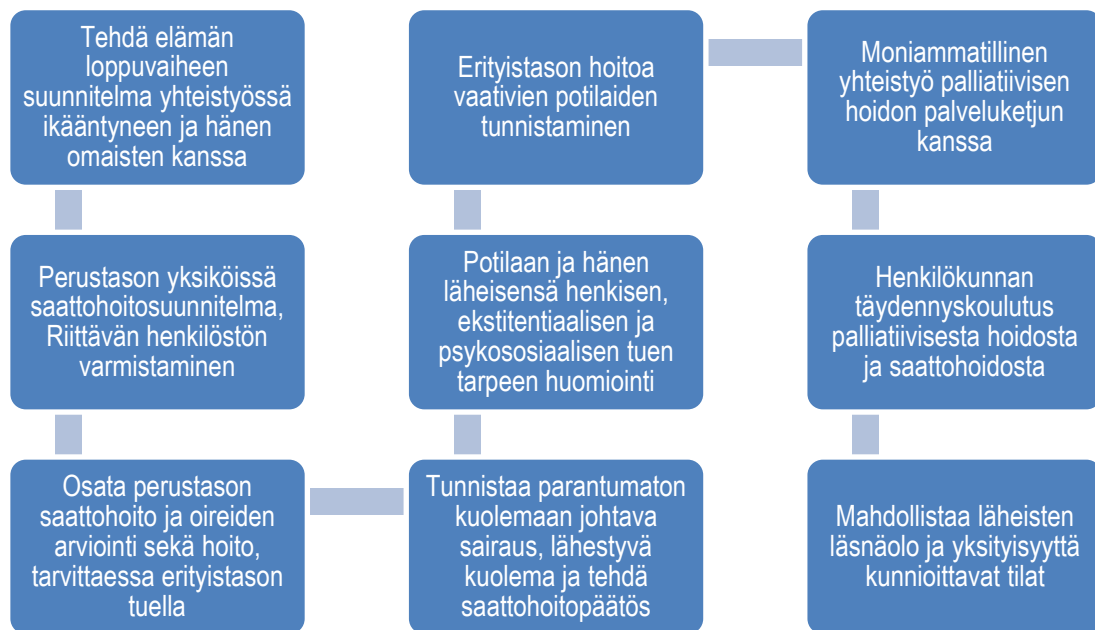
Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen myönnettiin miljoonan euron määräraha eduskunnan toimesta vuonna 2017 syksyllä. Kehittämisen tulisi tapahtua vuoteen 2020 mennessä. Kehittämistyön tuloksena Suomeen rakennetaan kolmiportainen hoidon malli (Kuvio 1), laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon turvaamiseksi. Tällä varmistetaan kaikkialla maassa jokaiselle henkilölle tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen hoitoon pääsy. Palliatiivinen hoito ja saattohoito on jaettu mallin mukaan kolmeen eri tasoon perusosaamisen tason lisäksi. A-tasolle kuuluvat perustason saattohoidon yksiköt, B-tasolle erityistason yksiköt ja keskuksat ja C-tasolle vaativan erityistason palliatiiviset keskuksat. Perustasolle kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa kuolevia potilaita hoidetaan. (STM 2019b, 13, 16.)



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

Kolmiportaisen mallin mukaan ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa annettava saattohoito kuuluu perustasolle. Perustasolla tulee hallita palliatiivisen hoidon- ja saattohoidon

perusteet, osata tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma, saattohoitopäätös ja tunnistaa lähestyvä kuolema. Perustasolla huolehditaan palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä potilaille, joiden hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa ja oirekuva on vakaa. Oireiden hoito toteutetaan tarvittaessa erityistason tuella. Perustasolla palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä (STM 2019a, 19), jolla luodaan edellytykset laadukkaalle palliatiiviselle hoidolle (Bolt ym. 2018, 150; Pennbrant ym. 2020, 3836). Kuviossa numero 2 on havainnollistettu perustason laatukriteerit.

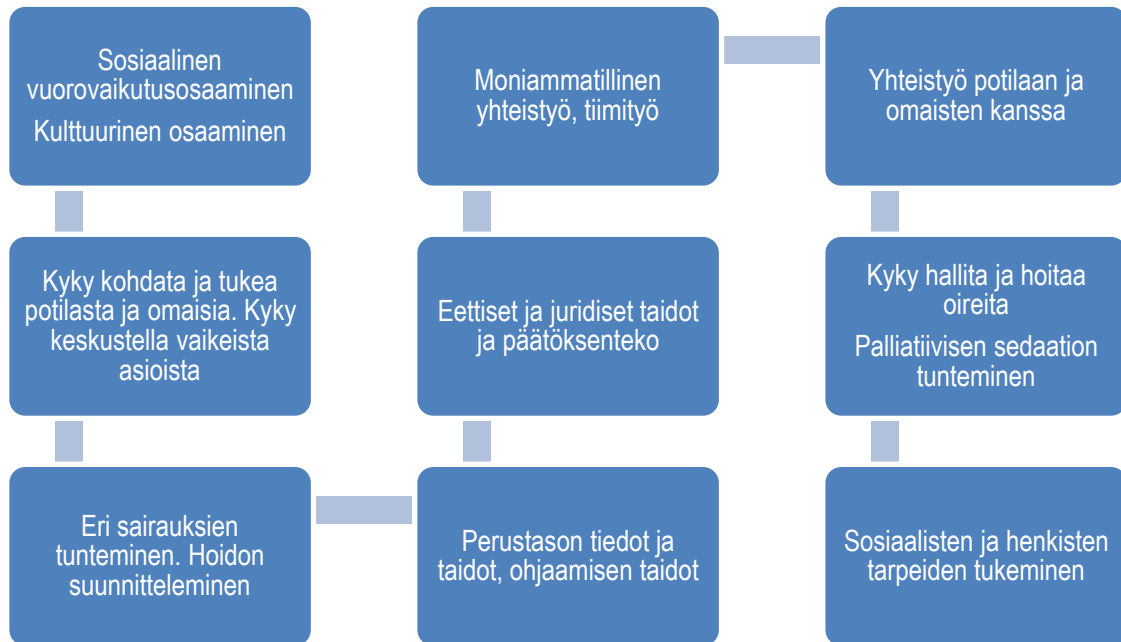


Kuvio 2. Perustason laatukriteerit (STM 2019a, 19–20, STM 2019b, 186–187)

Hoitohenkilökunnan oirehoidon osaaminen: Osaamista voidaan määritellä yksilötason toimintana (Viitala 2021, 2.3), joka pohjautuu kokemukseen, tietoihin, taitoihin, asenteeseen (Viitala 2005, 126), näiden yhdistämiseen (Lin ym. 2020, 2) ja työn vaatimaan osaamiseen (Oikarinen & Pihkala 2010, 48). Työntekijän on myös osattava soveltaa tietojaan ja taitojaan käytäntöön (Viitala 2005, 126) ja yhdistää ammattiin liittyvät tiedot ja taidot tavalla, että niistä voidaan hyötyä (Kupias, Peltola & Pirinen 2014).

Palliatiivisen hoidon tietämystä tarvitaan kaikissa yksiköissä (Fitch, Fliedner & O'Connor 2015, 151) ja hoitohenkilökunnan on kyettävä tarjoamaan laadukasta palliatiivista hoitoa ikääntyneille elämän loppu vaiheessa (Honinx ym. 2019, 825). Kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava riittävä pätevyys (Melender ym. 2020, 2), asianmukainen koulutus sekä perustiedot ja taidot

hallinnassa (Hökkä ym. 2020, 852) palliatiivisesta hoidosta. Tarvittaessa heidän on osattava konsultoida yksiköitä, jotka ovat erikoistuneet palliatiivisen hoidon toteuttamiseen (Käypä hoito -suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Kuviossa numero 3 on havainnollistettu perustason osaamisen kompetenssit.



Kuvio 3. Perustason osaamisen kompetenssit (Hökkä ym. 2020 863, 866)

2.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelmalla (Advanced care plan) ilmaistaan toiveet elämän loppuvaiheen hyvälle hoidolle (Goswami, Mistic & Barber 2020, 81), johon sisältyvät hoidon tavoitteet, hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset. Ajoissa tehty hoitosuunnitelma mahdollistaa hyvän palliatiivisen hoidon ja varmistaa hyvän elämänlaadun. (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Elämän loppuvaiheen suunnitelma olisi hyvä tehdä ennen toimintakyvyn menettämistä ja terveydentilan muuttumista epävakaaksi (STM 2019b, 117). Hyvä aika on silloin, kun henkilö pystyy ilmaisemaan vielä oman tahtonsa. Varhain tehty hoitosuunnitelma ja varhain aloitettu palliatiivinen hoito vähentävät tarpeettomia hoitoja ja sairaalajaksoja elämän loppuvaiheessa (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Käypä hoito- suositus: Muistisairaudet 2021) sekä muita tarpeettomia

palveluiden käyttöjä, jotka puolestaan vähentävän terveydenhuollon kokonaiskustannuksia (Fleming ym. 2017,2; Saranico ym. 2018, 226). Palliatiivisen hoidon puute saattaa johtaa huonoon oireiden hallintaan ja tarpeettomiin sairaalasiirtoihin (Bolt ym. 2019, 143). Sairaalasiirtoihin liittyy aina riski sekavuuden pahenemisesta sekä turhiin ja raskaisiin toimenpiteisiin tai tutkimuksiin joutumista, jotka eivät lisää enää ikääntyneiden elämänlaatua tai hyvinvointia. (Käypä hoito-suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Päivystys ja sairaalakäynnit lisääntyvät, mikäli ennakoivaa hoidon suunnittelua ei ole tehty tai palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista ei ole riittävästi henkilökunnalla (Hammar ym. 2018, 3).

Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla ei tarkoiteta pelkästään hoidon rajaamista vaan myös hoitolupausta. Lupausta siitä, että elämän loppuvaiheen hoito toteutetaan hyvin oireita hoitaen ja tavalla, miten ikääntynyt itse haluaa. (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

2.3 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, jota annetaan potilaalle silloin, kun kuoleman ajankohta on lähellä. Saattohoito ajoittuu yleensä potilaan viimeisiin elin viikkoihin tai päiviin. Saattohoitopäätös on tehtävä ajoissa potilaalle, jotta kuoleva ja hänen läheisensä kerkeävät valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri. (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Saattohoidon keskeinen osa on oireiden ja kärsimyksen lievittäminen. Saattohoitoa ohjaavat eettiset arvot, joita ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja hyvä hoito sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Kaikilla kuolevilla on oikeus hyvään, elämänarvoiseen ja kokonaisvaltaiseen saattohoitoon. (Pihlainen 2010, 11, 13, 18.) Onnistuneen saattohoidon perusta on hyvä ja yksilöllinen hoito, hyvä perushoito sekä hyvä oire- ja kivunhoito (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Ikääntyneiden saattohoidon erityispiirteitä: Maailman väestöstä noin 50 miljoonaa ihmistä sairastaa Dementiaa (Lundin & Godskesen 2021, 2) ja Euroopan väestöstä noin 10 miljoonaa ihmistä (Puente-Fernández ym. 2020, 1). Vuoteen 2050 mennessä Dementiaa sairastavien määrän odotetaan kolminkertaistuvan maailmassa (Lundin & Godskesen 2021, 2). Vuonna 2017 muistisairaudet olivat tilastokeskuksen mukaan kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa (STM 2019a, 98). Dementian edetessä ikääntyneen toiminnot heikentyvät ja sairastavat tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa esimerkiksi vanhainkodeissa (Lundin & Godskesen 2021, 2),

dementian esiintyvyys Euroopan hoitokodeissa onkin suurta (Puente-Fernández ym. 2020, 1). Suomessa vuonna 2016 tehostetun palveluasumisen yksiköissä vähintään keskivaikea muistisairaus oli 71 % asukkaista (Voutilainen & Löppönen 2016).

Elämän loppuvaiheessa dementiaa sairastavilla on yleensä monimuotoisia hoidon tarpeita. Fyysisten sairauksien ja oireiden taakka on yleensä suurempi kuin dementiaa sairastamattomilla. (Lundin & Godskesen 2021, 2.) Oikeaan aikaan aloitettu palliatiivinen hoito parantaa dementiaa sairastavien elämänlaatua ja palliatiivinen hoito tulisikin sisällyttää jo varhaisessa vaiheessa heidän hoitosuunnitelmiinsa. Tästä huolimatta, edelleen palliatiivista hoitoa käytetään maailmanlaajuisesti liian vähän dementiapotilaiden hoidossa. (Chen ym. 2017, 849; Pennbrant ym. 2020, 3846.)

Ikääntyneillä saattohoidon alkamista voi olla vaikea hahmottaa. Pitkäaikaisyksiköissä ikääntyneen kuoleman polku on usein hidas ja sahaava. Toimintakyky heikkenee tasaisemmin ja vähittäin. (STM 2019a, 99.) Vaikeaa dementiaa sairastavien elämän loppuvaihetta ei välttämättä tunnisteta aina kuolemaan johtavaksi, joten elämän loppuvaiheen hoito ei aina toteudu hyvin (Käypä hoitosuositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Muistisairailta ikääntyneillä elämän loppuvaihe on yleensä hiipuva, ei niinkään raju ja kivulias (Muistiliitto 2016, 6).

2.4 Oirehoito ikääntyneiden saattohoidossa

Palliatiivisessa hoidossa on keskeistä kivun ja muiden oireiden lievitys (Voutilainen & Löppönen 2016). Sairauden edetessä oirekuva yleensä muuttuu. Oireita esiintyy paljon elämänloppuvaiheessa ja ne usein kasaantuvat ja sekoittuvat. (Hänninen 2015.) Riittävä oireiden arviointi (Payne ym, 2019, 380), oireiden lievitys ja hoitaminen on tärkeää elämänlaadun parantamisessa ja ylläpidossa (Hendriks ym. 2014, 711; Estabrooks ym. 2015, 516; Sampson ym. 2018, 679) ja tehokas oireiden hallinta on merkittävää hyvän kuoleman kannalta (Fleming ym. 2017, 2).

Elämän loppuvaiheessa ikääntyneet kärsivät monenlaisista oireista (Smets ym. 2018, 1488). Kipu, hengenahdistus (Hendriks ym. 2014, 711; Estabrooks ym. 2015, 518; Sandvik ym. 2016, 822) väsymys, pahoinvointi ja ahdistus ovat yleisiä oireita dementiaa sairastamattomilla (Puente-Fernández, 2020, 8), kun taas haastavaa käytöstä (Estabrooks ym. 2015, 518), levottomuutta (Käypä hoito- Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019), sekavuutta (Fleming ym. 2017, 7), kipua, hengenahdistusta, uneliaisuutta ja huonoa ruokahalua kuvataan dementiaa sairastavilla enemmän

elämän loppuvaiheessa (Puente-Fernández, 2020). Muita oireita, joita kuolemaan voi liittyä ovat ummetus, rohina, kuiva iho/suu, vähäinen verenvuoto ja masennus. Jokaisessa hoitoyksikössä on tärkeää tunnistaa ja osata hoitaa nämä oireet (STM 2019b, 127), hyödyntäen sekä lääkkeellisiä, että lääkkeettömiä hoitokeinoja (Nunn 2014, 343).

Oireiden arviointi: Laadukkaan hoidon antaminen edellyttää kokonaisvaltaista, yksilöllistä (Nunn 2014, 339) ja kattavaa oireiden arviointia (Rahko & Rajala 2020, 1606) huomioiden fyysiset, psyykkiset, henkiset ja emotionaaliset näkökulmat (Puente-Fernández ym. 2020, 2). Oireiden tunnistaminen ja sanoittaminen ovat joskus ikääntyneille vaikeita ja niiden selvittämiseksi tarvitaan menetelmiä, joita voidaan käyttää oireiden arvioinnissa, esimerkiksi erilaisia mittareita. (Hänninen 2015.) Oireita ja niiden haittaavuutta on arvioitava säännöllisesti ja hoitovastetta aktiivisesti seuraten. Oirehoidon arviointiin voidaan käyttää tukena ESAS-arviointilomaketta ja kivun arvioimiseen esimerkiksi VAS-asteikkoa. (Käypä hoito- suositus; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Mittareiden avulla pyritään saamaan selville potilaiden oma oirekokemus ja myös oirehoidon teho (Hänninen 2015).

Muistisairaiden kivun tunnistaminen ja arvioiminen (De Witt Jansen ym. 2017, 2) voivat olla haasteellisia kognition heikentymisen vuoksi (Puente-Fernández ym. 2020, 8), siksi kivun arvioinnissa on käytettävä tukena esimerkiksi PAINAD-mittaria (Käypä hoito- suositus; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Kipua voidaan arvioida myös tarkkailemalla käyttäytymistä ja ei sanallisia vihjeitä, kuten kiihtyneisyyttä, aggressiota ja kasvojen ilmeitä (De Witt Jansen ym. 2017, 2). Kivun arviointi tulee olla aktiivista havainnointia, arviointia (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019) ja dokumentointia (Lundin & Godskesen 2021, 6). Saattohoitovaiheen alkaessa on tärkeää ennakoida mahdollisia oireiden lisääntymistä tai niiden muuttumista (Hänninen ym. 2013).

Lähestyvän kuoleman tunnistaminen: Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on edellytys hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle (STM 2019b, 127), mutta se voi olla haastavaa (Åvik Persson ym. 2018, 8) ikääntyneillä. Sen havaitsemisessa auttaa ikääntyneen systemaattinen voinnin seuraaminen (Payne ym. 2019, 48). Tunnusmerkkejä lähestyvälle kuolemalle ovat kognitiivisten ja päivittäisen toimintakyvyn menetys, yhden tai useamman kuolemaan johtavan sairauden olemassaolo, toistuvat vakavat infektiot ja painehaavat (STM 2019b, 127). Myös ikääntyneen ruokahaluttomuus, huono mieliala, (Åvik Persson ym. 2018, 6), hauraus, eristäytyminen (Payne ym. 2019, 25), poikkeava väsymys (Sahlberg-Blom, Hårsmar & Osterlind 2013, 22) ja hengenahdistus (Wilkie & Ezenwa 2012, 359) voivat kertoa lähestyvistä kuolemasta.

Kuolin prosessiin liittyy kolme päävaihetta, jotka ovat lähestyvän kuoleman tunnistaminen, ääreiselintoimintojen sammuminen ja keskeisten elintoimintojen sammuminen (Payne ym. 2019, 52). Lyhyen aikavälin kuolemaa ennakoivat periferian sulkeutuminen ja nenän terävöityminen (STM 2019b, 127).

Kipu: Kipu on yksi yleisimmistä (Wilkie & Ezenwa 2012, 358; Käypä hoito- suositus; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019) ja pelätyimmistä oireista elämänloppuvaiheessa. Suurin osa elämänloppuvaiheessa olevista potilaista voi saada helpotusta kivun hoidossa, mutta joskus sitä voi olla vaikea hallita. (Paice 2019, 116.) Hoitokodin asukkailla kipu on usein alihoidettua (Wilkie & Ezenwa 2012, 359; Puente-Fernández ym. 2020, 9). Kipu on yleensä hallitseva oire hengenahdistuksen ja väsymyksen lisäksi (Paice 2016, 219). Kipu on yleinen oire dementiaa sairastavilla ihmisillä (De Witt Jansen ym. 2017, 2), sillä 60 % dementoituneista esiintyy kipuja elämän loppuvaiheessa (Etkind ym. 2017, 6). Hyvän kivunhoidon perusedellytyksenä on sen säännöllinen arvioiminen ja kirjaaminen ja kipulääkkeen riittävyden seuraaminen (Käypä hoito- suositus; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Ikääntyneillä kivunhoidon periaatteet ovat pääasiassa samat kuin nuoremmilla potilailla, mutta lääkkeiden aloitusannokset ovat selvästi pienemmät. Tärkein lääkeryhmä vaikean ja kohtalaisen kivun hoidossa ovat opioidit. Heikkoja (tramadoli & kodeiini) ja keskivahvoja (bubrenorfiini) opioideja ei käytetä kuolevan ikääntyneen kivunhoidossa niiden kattovaikutuksen vuoksi. Ikääntyneillä vahvojen opioidien (fentanyl, morfiini, oksikodoni) aloitusannokset ovat 25–50 % pienemmät kuin nuoremmilla, sillä ikääntyneillä lääkkeiden eliminaatio on hidastunut ja keskushermoston herkkyys lääkkeisiin on lisääntynyt. Opioidien vastetta seurataan tiiviisti ja annosta voidaan nostaa 30 % kerrallaan. (Tasmuth 2019.) Kun ikääntynyt on kuolemassa, opioidien annostukselle ei ole ylärajaa, vaan lääkitystä tehostetaan tarpeen mukaan (Rahko & Rajala 2020, 1608). Opioidien käytössä hoitohenkilökunnan koulutus turvallisesta opioidien käytöstä ja niiden haittavaikutuksista on tärkeää (Paice 2016, 222). Kipulääkkeiden haittavaikutuksia hoidetaan ja seurataan aktiivisesti. Yleisimpi opioidien aiheuttamia haittavaikutuksia ovat ummetus, suun kuivuminen ja pahoinvointi. (Käypä hoito -suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Lääkehoidon annostelureitti: Lääkehoitoa toteutetaan ensisijaisesti suun kautta (p.o), siihen saakka, kun se on mahdollista ja lääkkeet imeytyvät. Ikääntyneille, joille nieleminen on vaikeutunut, voidaan antaa pieniä annoksia opioideja myös limakalvoille suuonteloon ja nenään (Rahko &

Rajala 2020, 1607). Transkutaaninen annostelu on etenkin kakektisilla ikääntyneillä epävarma, sillä lääkeaineen imeytyminen ei ole luotettavaa. On tärkeää varautua jo hyvissä ajoin ihonalaiseen (s.c) lääkitykseen, koska laskimonsisäinen (i.v) annostelureitti voi olla epävarma ja lihaksensisäinen (i.m) annostelu tuottaisi kipua (Rahko & Rajala 2020, 1607). Ihonalainen lääkitys aloitetaan injektioilla lyhytvaikutteista opioideja ja lääkeannosten suuretessa/ toistuessa lääkkeitä voidaan annostella ihonalaisena infuusiona lääkeannostelijan kautta (Tasmuth 2019). Sen etuna on lääkkeen säännöllinen annostelu ja PCA-toiminnon avulla voidaan antaa tarvittaessa lisäannoksia (Rahko & Rajala 2020, 1608).

Lääkkeettömät hoitomenetelmät kivun hoidossa: Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on käytettävä lääkehoidon rinnalla (Käypä hoito -suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019) ja ne ovat perustana kivun hoidolle (Käypä hoito -suositus: Kipu 2017). Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi kognitiivinen käyttäytymisterapia, johon kuuluu rentoutumista ja musiikkia. Myös hieronta (Lundin & Godskesen 2021, 7), vyöhyketerapia, (Paice 2019, 126), asento- ja liikehoidot, (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019), lämpö- ja kylmähoidot (Tasmuth 2019) sekä musiikkiterapian käyttö, hengitysterapia ja psykososiaalinen tuki ovat ei lääkkeellisiä hoitotyönmenetelmiä (Munkombwe, Petersson & Elgán 2020, 1644). Erityisesti dementoituneet potilaat saavat kipulääkkeistä herkästi haittavaikutuksia, joten lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat perusteltuja dementoituneiden kivun hoidossa, sillä niissä ei ole juurikaan sivuvaikutuksia (Liao ym. 2021).

Hengenahdistus: Hengenahdistus on kivun rinnalla yleinen ja ahdistava oire elämänloppuvaiheessa (Pickstock 2017, 74). Hengenahdistus vaikuttaa negatiivisesti potilaiden elämänlaatuun, (Broglia 2016, 233) toimintakykyyn ja uneen (Lehto & Pöyhiä 2015). On huomioitava, että ahdistuneisuus ja masennus voivat aiheuttaa tai pahentaa hengenahdistusta (Pickstock 2017, 76). Opioideja voidaan käyttää lääkehoitona myös hengenahdistuksen hoidossa (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019) yksilöllisesti annosta titraten (Rahko & Rajala 2020, 1608). Morfiinista löytyy eniten tutkimusnäyttöä, mutta kaikkia vahvoja opioideja voidaan käyttää. Mikäli muut keinot eivät tuo merkittävää apua hengenahdistuksen hoitoon, myös bentsodiatsepiineja voidaan käyttää, vaikkei sen hyödyistä ole selvää tutkimusnäyttöä. (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Lääkkeettömät hoitomenetelmät hengenahdistuksen hoidossa: Hengenahdistuksen hoitoon suositellaan lääkkeettömiä hoitokeinoja. Kasvoille suunnattu tuuletin ja sen aiheuttama ilmavirta saattavat lievittää hengenahdistusta (Pickstock 2017, 76; Käypähoito suositus: Palliatiivinen hoito

ja saattohoito 2019). Hengenahdistusta voidaan lievittää myös hengitysfysioterapialla, asentohoidolla (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019), puoli-istuvalla asennolla ja vuodepotilailla on yleensä helpointa olla huonosti hengittävämpi keuhko alaspäin (Lehto & Pöyhiä 2015). Ikääntyneillä, joilla ei ole hapenpuutetta, happihoito ei lievitä hengenahdistusta sen paremmin kuin ilmavirta. Ikääntyneillä, joilla esiintyy hapenpuutetta, happihoito saattaa lievittää hengenahdistuksen oireita, mutta tutkimusnäyttö on ristiriitaista. (Käypähoito-suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Molemmat, happi, että ilmavirta saattavat kuitenkin hengenahdistusta lievittää (Hänninen ym. 2013). On huomioitava, että happihoito saattaa kuivattaa ylähengitysteitä ja pahentaa hyperkapniaa vaikeaa keuhkosairautta sairastavalla (Lehto, Toikkanen & Saarto 2011, 1091).

Kuolevilla potilailla limaisuus ja sen aiheuttama korina ovat tavanomaisia oireita ja ilmiö kuormittaa erityisesti omaisia (Rahko & Rajala 2020, 1608). On epätodennäköistä, että kuolevat potilaat kärsivät korinasta, sillä heidän tajunnantasonsa on yleensä hyvin alhainen (Twomey & Dowling 2013, 81). Korina johtuu eritteiden kerääntymisestä hengitysteihin ja nieluun (Mercadante, Villari & Ferrera 2011, 637; Nunn 2014, 342) ja sitä voi esiintyä 17–57 tuntia ennen kuolemaa. Korinaa voidaan hoitaa asentohoidolla (Twomey & Dowling 2013, 81–82), puhdistamalla limaa suusta/ylänielun alueelta (Korhonen & Poukka 2013) tai antamalla antikolonergista lääkettä (Mercadante ym. 2011, 638), mutta hyödyt liman imemisestä (Twomey & Dowling 2013, 82) ja lääkehoidon tehosta ovat ristiriitaisia (Rahko & Rajala 2020, 1608).

Pahoinvointi: Jopa 60 % saattohoidettavista esiintyy pahoinvointia (Hänninen ym. 2013) ja se koetaan usein ahdistavana oireena (Glare ym. 2011, 243; Nunn 2014, 340). Pahoinvoinnin taustalta saattaa paljastua esimerkiksi ummetus, suun sammas tai sitä saattaa aiheuttaa lääkeaineet, kuten opioidit (Rahko & Rajala 2020). Myös ahdistuneisuus (Käypä hoito- suositus; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019), sekä psykososiaaliset ja henkiset tekijät (Glare ym. 2011, 246) saattavat olla pahoinvoinnin taustalla. Pahoinvointia voidaan lievittää hoitamalla sen syytä. Lääkehoidollisesti haloperidolilla tai metoklopramidilla. (Hänninen ym. 2013.) Myös lääkkeettömät hoitotoimet ovat tärkeitä pahoinvoinnin hoidossa, tällaisia ovat esimerkiksi rentoutuminen, ympäristön ärsykkeiden välttäminen (Glare ym. 2011, 254), suun hoito, pienet ateriat ja kylmät juomat (Nunn 2014, 340).

Ummetus: Elämän loppuvaiheessa ummetus on hyvin yleistä (Hänninen ym. 2013). Liikkumisen puute, heikko nesteiden saanti aiheuttavat- ja erityisesti opioidi lääkitys pahentaa ummetusta

(Hänninen & Rahko 2013). Opioideja käyttävistä potilaista, jopa 80 % kärsii ummetuksesta. Opioidi hoidossa onkin aina huomioitava laksatiivin käyttö. (Hänninen ym. 2013)

Suun oireet: Saattohoidossa suun hoito on tärkeä osa ikääntyneen kokonaisvaltaista hoitoa. Suun limakalvojen kuivuminen ja erilaiset limakalvojen ja suuontelon infektiot ovat tavallisia oireita saattohoidossa. (Hänninen & Rahko 2013.) Suuta kostutetaan kostutusvalmisteilla tai ruokaöljyä sivellään suuonteloon (Rahko & Rajala 2020, 1609) ja huulia rasvataan huulirasvalla (Hotus-hoitosuositus 2022). Suun kipua voidaan helpottaa jääpaloja imeskelemällä tai kylmillä juomilla (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019). Suun hoidossa on tärkeää käyttää vakioituja suunhoitomenetelmiä, sillä se lisää hoivakodissa asuvien suun terveyttä ja kokonaisvaltaista hyvinvointia (Hotus-hoitosuositus 2022).

Iho oireet: Hyvä perushoito on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa. Ihon kuntoa on tärkeä seurata huolellisesti ja säännöllisesti, jotta voidaan ehkäistä painehaavojen kehittyminen. Asentohoitoa toteutetaan säännöllisesti ja sen avulla voidaan vähentää paineen kestoa ja voimakkuutta erityisesti luisten ulokkeiden, kuten ristiluun, kantapäiden, isosarvennoisten ja istuinkyhmyjen kohdalla. Ennen asennonmuutosta on huomioitava kipulääkkeen antaminen. (Hotus-hoitosuositus 2015, 12, 17, 24.)

Ravitsemus: Tehostetulla ravitsemushoidolla ei ole enää elämänloppuvaiheessa vaikutusta potilaan vointiin tai elinajan pituuteen (Tarnanen ym. 2019), myöskään vaikean vaiheen dementiaa sairastavien elämänlaatua ei ravitsemushoito parantane. Parenteraalisella nesteytyksellä ei näytä olevan janon tunnetta lievittävää vaikutusta (Hänninen ym. 2013), vaan janon tunnetta saadaan lievitettyä parhaiten suuta kostuttamalla. Varsinaista neste- tai ravitsemushoitoa saattohoitopotilaille ei ole syytä aloittaa. Kuitenkin laskimonsisäisen annostelureitin turvaamiseksi nesteinfuusiota voidaan käyttää aukiolotippana. (Rahko & Rajala 2020, 1609.)

Psyykkiset oireet: Elämän loppuvaiheessa, fyysisten oireiden lisäksi on paneuduttava sosiaalisiin, hengellisiin ja psykologisiin tarpeisiin (Hänninen ym. 2013), sillä psyykkisillä oireilla on merkittävä vaikutus elämänlaadun heikkenemiseen (Käypä hoito- suositus; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Hyvä hoito elämän loppuvaiheessa edellyttää kykyä kohdata ja tunnistaa eksistentiaalinen ja psykososiaalinen ahdinko sekä masennus ja ahdistuneisuus (STM 2019b, 127). Hoitoluottamus, somaattisten oireiden hyvä hallinta ja hoito luovat perustan psyykkiselle jaksamiselle (Idman 2013). Lähestyvään kuolemaan voi liittyä psyykkisiä oireita, kuten masennus- ja ahdistuneisuusoireita

(Tarnanen ym. 2019). Oireiden varhainen tunnistaminen, ehkäisy, arviointi ja hoito ovat psyykkisen oirehoidon kulmakiviä (Idman 2013). Psykososiaalisen tuen merkitys on hyvin keskeistä (Idman 2018) ja erillistä psykososiaalisen tuen tarvetta voidaan vähentää hyvällä vuorovaikutussuhteella ja asianmukaisella palliatiivisella hoidolla (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Psyykkisten oireiden hoitoon kuuluvat kuuntelu, keskustelu ja tarvittaessa lääkitys (Idman 2018).

Hengelliset tarpeet: Hengellisiin tarpeisiin vastaaminen on osa hoitotyötä (Muranen, Sipola & Vainio 2018) ja hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edellytys on kohdata ikääntyneen olemassaolon kysymykset ja ahdistus (Vanhuuskuolema 2014, 527). Henkisyys on kiinnostusta myös elämän tarkoituksen ja arvojen merkitystä kohtaan. Hengellisyys on henkisyyden osa ja se kattaa suhteen toisiin ihmisiin sekä kiinnostuksen korkeampaa voimaa kohtaan (Muranen ym. 2018.) Ikääntyneelle on tarjottava mahdollisuus käsitellä uskonnollista ja hengellistä arvomaailmaansa ja kuoleman merkitystä hoitohenkilökunnan, omaisten tai seurakunnan työntekijöiden kanssa (Hiltunen 2015).

Delirium: Deliriumilla tarkoitetaan huomion ja tietoisuuden häiriöitä (Wright, Brajtman & Mcdonald 2018, 2) ja se on akuutti sekavuustila (Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Deliriumiin liittyy havainto-, kognitio- ja liikkuvuusongelmia, jolle on ominaista levottomuus, kiihtyneisyys (Wright ym. 2018, 2) ja ahdistuneisuus (Nunn 2014, 342). Deliriumia pidetään palliatiivisen hoidon hätätilanteena ja sitä esiintyy 20–40 % palliatiivista potilaista, mutta sen ilmaantuvuus nousee kuolemaa edeltävinä päivinä ja tunteina. Delirium asettaa haasteita hyvään kuolemaan elämän loppuvaiheessa (Wright ym. 2018, 1–2), koska se heikentää ikääntyneiden kommunikaatiota ja haastaa siten oireiden arviointia (Harvey Bush, Tierney & Lawlor 2017, 1624). Deliriumin hoidossa ensisijaisesti suositellaan lääkkeettömiä hoitokeinoja ja ikääntyneelle on järjestettävä rauhallinen, valvottu ja turvallinen ympäristö. Psykoosilääkkeitä voidaan käyttää lääkehoitona Deliriumin hoidossa (Tarnanen ym. 2019; Käypä hoito- suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Kokonaiskärsimys: Kokonaiskärsimyksellä tarkoitetaan vaikeaa epämukavuutta, johon liittyy uhka persoonan hajoamisesta (Hänninen 2018). Sitä ei voida liittää yksinomaan mieleen tai ruumiiseen (Hänninen 2015), vaan se voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä. Kärsimys saattaa ilmetä vaikeutena hyväksyä kuoleman läheneminen (Tasmuth 2019). Kärsimyksen kokemus on jokaisella yksilöllä henkilökohtainen ja sitä on hyvin vaikea mitata (Hänninen 2021).

Kärsimykseen liittyy myös pelkoa kärsimyksen loputtomuudesta ja siitä, että tulevaisuutta ei voida ennustaa eikä kontrolloida. Kärsimyksen lievittäminen on osa saattohoitoa ja sen kohtaamisessa, hoitohenkilökunnalta tarvitaan herkkyyttä, empatiaa ja taitoa kuunnella. (Hänninen 2018.)

Palliatiivinen sedaatio: Palliatiivista sedaatiota voidaan harkita silloin, kun sietämättömiin ja hallitsemattomiin oireisiin ei löydetä muuta lievittävää lääkehoitoa (Hänninen ym. 2013) ja oireita ei pystytä muutoin hallitsemaan (Wilkie & Ezenwa 2012, 359; Tarnanen ym. 2019). Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan kuolevan tajunnantason heikentämistä lääkkeellisesti. Itse kuolemaa, sedaatio ei nopeuta. Vaikeita oireita saattavat olla sietämätön kipu, hengenahdistus, delirium, (Rahko & Rajala 2020, 1609), uupumus (Veldwijk-Rouwenhorst ym. 2021, 306), ahdistuneisuus ja henkinen kärsimys (Hamunen, Heiskanen & Kalso, 2007, 4105).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista ikääntyneiden saattohoidossa ja hyödyntää tietoa osaamisen ja kehittämisen suunnittelussa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista saattohoidossa ja parantaa ikääntyneiden elämänloppuvaiheen oirehoitoa ja elämänlaatua.

Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tutkimusvaiheen tarkoituksena oli kuvailla lähi- ja sairaanhoitajien oirehoidon osaamista heidän itsensä arvioimana ikääntyneiden saattohoidossa. Tutkimusvaiheen tavoitteena oli löytää ne osa-alueet, joissa hoitohenkilökunnan osaamisessa on puutteita ja hyödyntää tietoa osaamisen kehittämisessä.

Tutkimustehtävät tutkimusvaiheessa ovat seuraavat:

1. Millaista on hoitohenkilökunnan oirehoidon osaaminen ikääntyneiden saattohoidossa heidän itsensä arvioimana?
2. Missä oirehoidon osa-alueissa hoitohenkilökunta arvioi osaamisensa puutteelliseksi?
3. Millaisia koulutustarpeita hoitohenkilöstöllä on oirehoidon osaamisessa ikääntyneiden saattohoidossa?

Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyön tarkoituksena oli työpajatyöskentely-menetelmällä laatia työyksiköihin osaamisen kehittämissuunnitelma siitä, millä tavoin työyksiköissä hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista ikääntyneiden saattohoidossa voidaan yhä parantaa. Kehittämistyön tavoitteena on vahvistaa edelleen hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista ikääntyneiden saattohoidossa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Triangulaatiolla tarkoitetaan monimetodista lähestymistapaa. Tutkimuksessa yhdistettiin kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmetodologia (Vilka 2021), jolloin voidaan puhua metodologisesta triangulaatiosta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 135, 233). Tällä toisiaan täydentävällä (Hirsjärvi ym. 2009, 136; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75) yhteismenetelmällä voidaan yhden metodin (kysely) avulla kysyä samaa asiaa erityyppisin kysymyksin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 195). Triangulaation perustana pidetään sitä, että kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen lähestymistavan yhdistäminen tuottaa paremman ymmärryksen tutkimusongelmasta (Seppänen-Järvelä, Åkerblad & Haapakoski 2019, 333) ja sen tavoitteena on lisätä tutkimuksen kattavuutta (Vilka 2021). Triangulaation etuna voidaan pitää eri näkökulmia, aineiston rikkautta ja kokonaiskuvan saamista tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 77).

Tutkimuksen kohdejoukko: Tutkimus kohdistettiin ikääntyneiden tehostettujen asumisyksiköiden hoitohenkilökunnalle, joissa työskentelee lähi- ja sairaanhoitajia. Heiltä löytyy tutkittavasta aiheesta kokemusta, asiantuntemusta (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Tuomi & Sarajärvi 2018, 112; Vilka 2021, 135) ja paljon tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Kysely kohdistui yhteensä 159 hoitajalle, joka oli tutkimuksen perusjoukko (Vilka 2007, 51) ja he työskentelivät seitsemässä eri asumisyksikössä. Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57; Vilka 2021, 98).

4.1 Tutkimusmetodologia

Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteinä ovat mitattavan ilmiön suhteet ja erot, jossa niiden käsityksiä voidaan kuvailla numeroiden avulla. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä haetaan vastauksia kysymyksiin, kuinka paljon, kuinka usein ja kuinka moni. (Vilka 2007, 13–15.) Kvantitatiivista tutkimusta käytetään tilastollisten menetelmien käyttöön, muuttujien mittaamiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55) ja siinä ollaan kiinnostuneita eri tekijöiden välisistä yhteyksistä tai erilaisten ilmiöiden esiintymisestä (Tähtinen, Laukkanen & Broberg 2020, 11). Tyypillistä kvantitatiiviselle aineistolle on vastaajien suuri määrä (Vilka 2007, 17) ja se edellyttää tarpeeksi suurta ja myös edustavaa otosta (Heikkilä 2014, 8).

Kvantitatiivinen tutkimusprosessi ei ole niin joustava kuin kvalitatiivinen, vaan kvantitatiivinen tutkimusprosessi etenee tarkasti eteenpäin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa edellytetään tutkijalta ilmiön tuntemista (Kananen 2015, 73). Kun teoreettinen käsite täytyy siirtää empiiriseen tutkimukseen, käsitettä joudutaan operationaalistamaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2018, 154) eli sen on oltava muutettavissa mitattavaan muotoon (Vilkkä 2021, 101) ja arkikielen tasolle (Vilkkä 2007, 36). Tutkimustehtävät siis muutetaan kyselylomakkeisiin kysymyksiksi (Kananen 2015, 84) eli siirrytään teoreettiselta tasolta kohti empiiristä tasoa. Tutkijan on tunnettava kohderyhmänsä, jotta hän voi varmistua siitä, että teoreettiset käsitteet on pystytty siirtämään empiiriselle tasolle tavalla, että tutkittavat ne ymmärtävät. (Vilkkä 2021, 101–102.)

Mittarin eli kyselylomakkeen avulla pyritään tuottamaan tietoa, joka on luotettavaa ja vaikuttaa tiedon yleistettävyyteen (Laanterä, Pölkki & Pietilä 2012, 326). Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä saatiin määrällistä tietoa hoitohenkilökunnan osaamisesta ja osaamisen puutteista oirehoidossa ikääntyneiden saattohoidossa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen pääperiaatteena voidaan pitää sitä, että tutkittavaa ilmiötä tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Tutkittavien omat kokemukset (Puusa & Juuti 2020, 76; Tenny ym. 2022) ja näkemykset auttavat ymmärtämään syvemmin tutkittavaa ilmiötä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74), Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää sanoja aineistona (Merriam & Tisdell 2015, 14) ja sen avulla tuotetaan yksityiskohtaista, rikasta (Juuti & Puusa 2020, 11) ja uutta tietoa (Pickard 2017, 14). Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla pyritään myös tuottamaan uusia näkökulmia (Juuti & Puusa 2020, 14) ja sitä käytetään teorian kehittämiseen (Pickard 2017, 17). Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän erityispiirteinä voidaan pitää sitä, että tutkimuksen tavoitteena ei ole löytää totuutta asiasta ja tutkimusaineistossa myös poikkeavuudet ovat kiinnostavia samankaltaisuuksien ohella (Vilkkä 2021, 120). Ensisijaisesti kvalitatiivinen tutkimus kohdentuu tutkittavan ilmiön laatuun, ei niinkään määrään (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110; Puusa & Juuti 2020, 85).

Kvalitatiivinen osuus kerättiin avoimilla kysymyksillä, joka mahdollisti näkökulmat, joita tutkijana en etukäteen osannut ajatella. Avoimilla kysymyksillä varmistin, että vastaaja pystyy ilmaisemaan itseään spontaanisti omin sanoin (Vilkkä 2021,106), eikä pelkästään minun asettamani vastausvaihtoehdoin. Kvalitatiivinen menetelmä oli opinnäytetyöhöni soveltuva, sillä tavoitteena oli saada mahdollisimman yksityiskohtaista ja monipuolista tietoa lähi- ja sairaanhoitajien oirehoidon

osaamisesta, osaamisen puutteista ja heidän koulutuksensa tarpeista oirehoidossa ikääntyneiden saattohoidossa.

4.2 Aineiston keruu

Kyselyä voidaan käyttää kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonhankinta menetelmänä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 93), joten tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella Webropol-ohjelman avulla. Kvantitatiivisen aineiston vastausmuodoksi valikoitui Likertin-asteikko, jota voidaan käyttää asenteita ja mielipiteitä kuvaavissa mittareissa (Laanterä ym. 2012, 329).

Kyselyssä (LIITE 1) haettiin vastauksia tutkimustehtäviin. Pääasiallisena sisältönä oli löytää vastaukset lähi- ja sairaanhoitajien oirehoidon osaamiseen, osaamisen puutteisiin ja koulutus tarpeisiin ikääntyneiden saattohoidossa. Kysely sisälsi 47 kysymystä, joista määrällisiä väittämiä oli 43 ja avoimia kysymyksiä neljä. Oirehoidon osaamiseen ja osaamisen puutteisiin haettiin vastauksia sekä määrällisillä väittämillä, että avoimilla kysymyksillä ja koulutustarpeisiin avoimella kysymyksellä. Kyselyssä kysyttiin myös taustamuuttujia eli ammattia ja työyksikköä. Tutkimuksessa ei kuitenkaan raportoida vastaajien työyksiköitä anonymiteetin säilymisen vuoksi. Ennen kyselytutkimukseen vastaamista vastaajien piti lukea tutkimuksesta kertova tiedote ja sen jälkeen vastata ensimmäiseen kysymykseen ”Olen lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen ja osallistun tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti” kyllä ennen kuin pääsivät kyselyssä eteenpäin.

Tutkimusluvan saatua kysely esitettiin kolmella vastaajalla ennen varsinaista kyselytutkimusta. Esitestaajista kaksi oli työsuhteessa tutkittavissa asumisyksiköissä ja yksi esitestaaja täysin ulkopuolinen. Kyselylomaketta vielä korjattiin, parannettiin ja hiottiin heidän palautteidensa mukaan (Mäkinen 2006,93; Vilkkä 2021, 108). Palautetta sain kysymysten asettelusta, kirjoitusvirheistä ja kyselyn pituudesta. Yksi kysymys ”Seuraan hoidon vaikuttavuutta huolellisesti” poistettiin kokonaan alkuperäisestä kyselylomakkeesta, sillä palautteiden mukaan kyselyä pitäisi tiivistää. Kyselyä en alkanut muutoin tiivistämään, sillä mielestäni kysely kattoi tarpeellista tietoa oirehoidosta tutkimustehtävät huomioiden. Kyselyä pidettiin esitestaajien mielestä tärkeänä, tarpeellisena ja laajasti oirehoidon osaamista kartoittavana.

Tutkimuksen tiedotteella (LIITE 2) on tärkeä merkitys kyselyn kannalta. Tutkijana perustelin saatekirjeen avulla kyselyn tärkeyttä (Vilkkä 2021, 189), mitä opinnäytteelläni aion tutkia, mikä on

sen tarkoitus ja miksi on tärkeää, että kyselyyn vastaa mahdollisimman moni yksiköiden hoitajista. Pysin vakuuttamaan tutkittavan tutkimuksesta ja motivoin häntä osallistumaan tutkimukseen. Saatekirjeessä tulee antaa tutkittavasta ilmiöstä niin paljon asianmukaista tietoa, että kohderyhmä pystyy tiedon avulla päättämään tutkimukseen osallistumisesta. (Vilka 2021, 189). Saatekirjeessä toin esiin, että kyselyyn vastaamisen on vapaaehtoista ja sen, että vastaajien anonymiteetti säilyy koko tutkimusprosessin ajan.

Kyselylinkin lähetin toukokuun puolivälissä 2022 sähköpostilla asumisyksiköiden esimiehille, jotka välittivät postini eteenpäin työyksiköiden työntekijöille. Vastausajaksi määrittelin kolme viikkoa, mutta niukan vastaajamäärän vuoksi kysely oli avoinna neljä viikkoa. Tyypillisin haikka kyselomakkeen käyttämisessä on, että vastausprosentti saattaa jäädä pieneksi (Vilka 2021, 94). Kehotus tutkimukseen vastaamisesta lähti uudelleen henkilöille, jotka olivat jättäneet vastaamatta kyselyyn ja kehoitus toistettiin kolme kertaa. Kehotusviestien jälkeen vastausprosentti kyselyyn nousi vain niukasti (Hirsjärvi ym. 2009, 196). Kyselyyn saatiin kerättyä 34 vastausta ja vastausprosentti oli 21 %. Vilka (2007, 59) viittaa, että kyselytutkimuksen vastaajamäärä saattaa olla usein vain 25–30 % otoksesta. Vastaajat olivat ammatiltaan pääasiassa lähihoitajia, joiden osuus tutkittavasta vastaajamäärästä oli 28. Vastaajista kuusi oli sairaanhoitajia. Tutkimusaineiston kato voidaan todeta suureksi (Vilka 2021, 94), joka tarkoittaa havaintojen eli tietojen puuttumista (Vilka 2007, 51) ja tilannetta, jossa kaikki tutkittavat eivät ole osallistuneet tutkimukseen esimerkiksi jättämällä vastaamatta kyselyyn (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 109).

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston läpikäymisen aloitin aineiston keräämisen määrääjän umpeuduttua. Tarkastin aineiston huolellisesti huomioiden virheellisesti täytetyt tiedot. Yhtään vastausta ei tarvinnut poistaa analysoinnista (Vilka 2007, 106). Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastoanalyysinä Webropol-ohjelmiston avulla ja kvalitatiivinen aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (Vilka 2021, 164).

Kvantitatiivisen aineiston analysointi: Kvantitatiivisen aineiston analysoimisessa hyödynnettiin Webropol-ohjelmistoa ja aineisto muutettiin sellaiseen muotoon, että sitä voitiin tilastollisesti käsitellä (Vilka 2007, 105, 111,117). Aineiston analysoinnissa tiivistetään havaintoaineistoa selkeään ja ymmärrettävään muotoon ja kuvataan aineiston muuttujissa havaittavia jakaumia ja eri

muuttujien yhtäläisyyksiä ja eroja (Tähtinen ym. 2020, 91). Kvantitatiivinen aineisto kuvataan taulukoiden avulla ja prosenttiosuuksina (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 132) ja prosenttiosuudet on kuvattu kokonaislukuina, johon myös Vilka (2007, 136) viittaa. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa oli tarkoitus laskea kaikkien kysymyksiä vastauksista keskiarvot, sekä lähietä sairaanhoitajien vastausten osalta. Vastausprosentin ollessa näin pieni, tulokset kuvataan prosenttilukuina, eikä lähi- ja sairaanhoitajien vastauksia eritellä, sillä riskinä olisi, ettei vastaajien anonymiteetti säilyisi.

Kvalitatiivisen aineiston analysointi: Kvalitatiivisen tutkimuksen analysoinnissa hyödynnettiin induktiivista sisällönanalyysiä (Kyngäs ym. 2011, 139), jota suositellaan käytettävän silloin, kun tutkittavasta aiheesta ei ole riittävästi tutkimustietoa tai tieto on hajanaista (Elo & Kyngäs 2008, 109). Aineiston analysoinnissa tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman laaja ja tiivis kuvaus (Elo & Kyngäs 2008, 108; Kyngäs ym. 2011, 139) sekä ymmärtää ja tulkita tutkittavaa ilmiötä (Juuti & Puusa 2020, 143). Tutkimusaineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti, monitahoisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 164) ja kokonaisuutena (Eskola & Suoranta 1998, -). Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset määrittelevät mitä analysoidaan, mitä luodaan (Elo ym. 2014, 2) ja ne ohjaavat aineiston pelkistämistä (Puusa 2020, 152).

Edellytyksenä onnistuneelle sisällönanalyysille on datan pelkistäminen käsitteiksi, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä (Elo ym. 2014, 2) muodostaen tutkittavasta ilmiöstä kategorioita (Kyngäs ym. 2011, 139). Aineistosta etsitään tutkimustehtäviä vastaavia alkuperäisilmaisuja ja ilmaisut ryhmitellään eli klusteroidaan. Ilmaisut voivat olla sanoja, lauseita tai ajatuksia. Pelkistettyä alkuperäisilmauksia vertaillaan ja etsitään eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä, jotka voidaan yhdistää samaan ylempään ryhmään. Tästä ryhmästä etsitään vielä samankaltaisuuksia, jotka edelleen voidaan yhdistää uudeksi pääryhmäksi. Ryhmät nimetään aineistoa kuvaavalla tavalla, joka kattaa ryhmän alle tulevat pelkistetyt ilmaukset. (Kylmä & Juvakka 2007, 118; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 169; Vilka 2021, 164, 170.) Sisällön analyysin tekemistä on havainnollistettu taulukossa numero 1 ja 2 sekä muita esimerkkejä liitteissä (LIITTEET 3–6).

Taulukko 1. Mihin oirehoidon osa-alueisiin haluaisit saada lisäkoulutusta? Sisällönanalyysin esimerkki alkuperäisestä ilmauksesta pelkistettyyn ilmaukseen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Kipupumpun käyttöä lisää harjoitella	Kipupumpun käyttäminen
Milloin siirrytään kipupumppu hoitoon	
Kivun hoitoon	Kivun hoitaminen
Kivun hoito	
Kipulääkitys pistoksin	Kipulääkkeiden pistäminen
Palliativinen sedaatio	Palliativisen sedaation periaatteiden tunteminen
Lääkkeettömään hoitoon	Lääkkeettömät hoitomenetelmät
Lääkkeetön oireiden hoito	
Milloin saattohoidossa olevalle annetaan tai ei anneta happea	Hapen antaminen
Psykye oireiden hoito	Psyykkisten oireiden hoitaminen
Psyykkisen olon parantaminen	
Kaikkiin, kertaus ei ole pahasta	Kertauskoulutus
Perusasioihin	
Yleistä kertauskoulutusta	
Saattohoitokoulutusta kaikille työyhteisöön	Saattohoitokoulutus

Taulukko 2. Mihin oirehoidon osa-alueisiin haluaisit saada lisäkoulutusta? Sisällönanalyysin esimerkki pelkistetyistä ilmauksesta alaluokkaan ja edelleen pääluokkaan

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Hapen antaminen	Oirehoidon toteuttaminen	Hoitohenkilöstön koulutustarve
Kivun hoito		
Kipulääkkeiden pistäminen		
Psyykkisten oireiden hoitaminen		
Kipupumpun käyttäminen	Hoitotyön auttamismenetelmät	
Palliatiivisen sedaation periaatteiden tunteminen		
Lääkkeettömät hoitomenetelmät		
Kertauskoulutus	Koulutus	
Saattohoitokoulutus		

Aloitin sisällön analyysin tekemisen siirtämällä aineiston Word-tiedostoon. Tutkimustehtäväni ohjasivat aineiston analysoimista. Luin tutkimusaineiston useaan kertaan läpi tehden pelkistämistä. Värikoodasin alkuperäisilmauksia, joista muodostin pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyistä ilmauksista muodostin edelleen alaluokkia värikoodauksen avulla. Lopuksi määrittelin alaluokille yhdistävän luokan eli pääluokan. Analysoinnin aikana pidin taukoja ja annoin tilaa ajatuksille, joita tutkimusaineistosta ilmeni (Kylmä & Juvakka 2007, 66), sillä yksin työskentelevänä on mahdollista tulla sokeaksi omalle tutkimukselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197).

Osa vastaajista käytti vastaamiseen lauseita, osa taas yksittäisiä sanoja, joten osa vastauksista olivat jo varsin pelkistettyjä ennen analysoinnin tekemistä. Elo ym. (2014, 8) viittaavat siihen, että kun sisällönanalyysiä käytetään kyselylomakkeiden vastausten analysointiin, analyysiä on tällöin vaikea käyttää tehokkaasti, sillä aineiston ryhmittely edellyttää runsaasti tietoa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset kuvataan tutkimustehtävittäin. Vastaajamäärät vaihtelivat 32–34 vastaajan välillä. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta väittämiin ”Osaan arvioida ikääntyneen kipua, jos hän ei pysty ilmaisemaan itseään” ja ”Osaan auttaa ikääntynyttä ahdistuneisuudessa elämän loppuvaiheessa”. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta väittämiin ”Osaan arvioida pahoinvoinnin taustalla olevia tekijöitä”, ”Osaan toteuttaa lääkehoitoa ikääntyneiden saattohoidossa”, ”Osaan hoitaa liman aiheuttamaa korinaa” ja ”Ymmärrän, mitä tarkoittaa kokonaiskärsimys”.

5.1 Oirehoidon osaaminen

Tähän tutkimustehtävään haettiin vastauksia määrällisillä väittämillä ja avoimella kysymyksellä. Kysymykseen kahdeksan ”Osaan toteuttaa hoitotyön auttamismenetelmiä oireiden hoitamisessa” kaikki vastaajat vastasivat kyllä. Ei vaihtoehdon valinneelle vastaajalle olisi esitetty tarkentava kysymys ”Missä hoitotyön auttamismenetelmissä tarvitset kehittämistä”, mutta tähän vastaajat eivät kokeneet tarvitsevansa kehittämistä. Taulukossa numero 3 on havainnollistettu vastausprosenttien jakautumista väittämien välillä.

Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan arvioima oirehoidon osaaminen. Vastausprosenttien jakautuminen. Vastaajamäärä (N) 34.

Hoitohenkilökunnan arvioima oirehoidon osaaminen	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	N
Minulla on riittävät tiedot ikääntyneiden oirehoidon toteuttamiseen saattohoidossa		3 %	3 %	65 %	29 %	34
Minulla on kyky soveltaa oirehoidon tietojani hoitotyöhön			3 %	65 %	32 %	34
Minulla on riittävät taidot ikääntyneiden oirehoidon toteuttamisensaattohoidossa		6 %	3 %	62 %	29 %	34
Minulla on kyky soveltaa oirehoidon taitojani hoitotyöhön		3 %		74 %	23 %	34
Tunnistan lähestyvän kuoleman aiheuttamat oireet		3 %		56 %	41 %	34

Vastaajista noin kolmannes (29 %) oli täysin samaa ja yli puolet (65 %) jokseenkin samaa mieltä, että heillä on riittävät tiedot oirehoidon toteuttamiseen ja että heillä on kykyä soveltaa oirehoidon taitoja hoitotyöhön. Vastaajista noin kolmannes (32 %) oli oirehoidon taitojen soveltamisesta täysin samaa mieltä ja yli puolet (65 %) jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista noin kolmannes (29 %) oli täysin samaa mieltä ja yli puolet (62 %) jokseenkin samaa mieltä, että heillä on riittävät taidot oirehoidon toteuttamiseen ja kyky soveltaa taitoja hoitotyöhön. Vastaajista yli puolet (74 %) oli oirehoidon tietojen soveltamisesta jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä 23 %. Yli puolet vastaajista (56 %) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 41 % täysin samaa mieltä siitä, että he tunnistavat lähestyvän kuoleman aiheuttamat oireet. Vain yksittäisten vastausten perusteella vastaajat arvioivat oirehoidon osaamistaan puutteelliseksi tai eivät osanneet sanoa, millä tasolla osaaminen on. Kaikki vastaajat (N 34) olivat sitä mieltä, että he osaavat toteuttaa hoitotyön auttamismenetelmiä oireiden hoitamisessa.

Oireiden arviointi: Vastaajat arvioivat osaavansa arvioida oireita ikääntyneiden saattohoidossa, mutta joissakin osa-alueissa osaamisen ei arvioitu olevan niin vahvaa. Taulukossa numero 4 on havainnollistettu vastausprosenttien jakautumista väittämien välillä.

Taulukko 4. Oireiden arvioiminen ikääntyneiden saattohoidossa. Vastausprosenttien jakautuminen. Vastaajamäärä (N) 32–34.

Oireiden arvioiminen ikääntyneiden saattohoidossa	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	N
Arvioin elämän loppuvaiheen oireita säännöllisesti				53 %	47 %	34
Kirjaan havaitsemiani oireet järjestelmällisesti potilastietoihin		3 %		26 %	71 %	34
Osaan arvioida ikääntyneen kipua			3 %	65 %	32 %	34
Arvioin ikääntyneen kipua säännöllisesti	3 %			47 %	50 %	34
Osaan arvioida ikääntyneen kipua, jos hän ei pysty ilmaisemaan itseään				69 %	31 %	32
Osaan arvioida ikääntyneen hengenahdistusta				65 %	35 %	34
Arvioin ikääntyneen hengenahdistusta säännöllisesti		3 %		59 %	38 %	34
Osaan arvioida pahoinvoinnin taustalla olevia tekijöitä		3 %	6 %	76 %	15 %	33
Osaan arvioida ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä		6 %	3 %	65 %	26 %	34
Osaan arvioida ikääntyneen ihon kuntoa				41 %	59 %	34
Osaan arvioida ikääntyneen ravitsemustilaa				65 %	35 %	34

Suurin osa vastanneista on täysin samaa mieltä (47 %) ja yli puolet vastaajista (53 %) jokseenkin samaa mieltä siitä, että he osaavat arvioida elämän loppuvaiheen oireita säännöllisesti ja he kirjaavat havaitsemansa oireet järjestelmällisesti potilastietoihin, sillä reilusti yli puolet (71 %) vastaajista oli väittämstä täysin samaa mieltä.

Vastaajat arvioivat osaavansa arvioida ikääntyneen kipua, sillä vastaajista noin kolmannes oli väittämstä täysin samaa mieltä (32 %) ja yli puolet (65 %) jokseenkin samaa mieltä. Kivun arviointia osataan tehdä myös säännöllisesti, sillä puolet vastaajista (50 %) olivat väittämstä täysin

samaa mieltä ja lähes puolet (47 %) jokseenkin samaa mieltä. Suuri osa vastaajista (69 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja noin kolmannes (31 %) täysin samaa mieltä, että he osaavat arvioida sellaisen ikääntyneen kipua, jos hän ei pysty ilmaisemaan itseään.

Vastaajat arvioivat, että he osaavat arvioida ikääntyneen hengenahdistusta, sillä noin kolmannes (35 %) oli väittämästä täysin samaa mieltä ja yli puolet (65 %) jokseenkin samaa mieltä. Hengenahdistusta arvioidaan myös säännöllisesti, sillä yli puolet vastaajista (59 %) oli väittämästä jokseenkin samaa mieltä ja yli kolmannes (38 %) täysin samaa mieltä.

Vastaajat arvioivat, että he osaavat pääsääntöisesti arvioida pahoinvoinnin taustalla olevia tekijöitä, mutta osaamisen tason ei koettu olevan niin vahvaa. Yli puolet vastaajista (76 %) oli väittämästä jokseenkin samaa mieltä, mutta täysin samaa mieltä 15 % vastaajista. Myös ikääntyneiden psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa toimintakyvyn arvioinnissa ei ole niin vahvaa, mutta pääasiassa osaamista on. Suurin osa vastaajista (65 %) oli väittämästä jokseenkin samaa mieltä ja noin neljännes (26 %) täysin samaa mieltä.

Ikääntyneen ihon kunnon arvioimisessa vastaajat arvioivat osaamisen tasonsa vahvaksi, sillä väittämästä täysin samaa mieltä oli yli puolet (59 %) ja jokseenkin samaa mieltä 41 % vastaajista. Vastaajat arvioivat osaamisensa vahvaksi myös ikääntyneen ravitsemustilan arvioimisessa, sillä noin kolmannes (35 %) oli väittämästä täysin samaa mieltä ja yli puolet (65 %) jokseenkin samaa mieltä.

Oireiden hoitaminen: Vastaajat arvioivat, että he osaavat pääsääntöisesti hoitaa elämän loppuvaiheen oireita, mutta joissakin oirehoidon osa-alueissa osaaminen arvioitiin osittain puutteelliseksi. Taulukossa numero 5 on havainnollistettu vastausprosenttien jakautumista väittämien välillä.

Taulukko 5. Oireiden hoito ikääntyneiden saattohoidossa. Vastausprosenttien jakautuminen. Vastaajamäärä (N) 33–34.

Oireiden hoitaminen ikääntyneiden saattohoidossa	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	N
Osaan toteuttaa suun kautta (p.o) annettavaa lääkehoitoa oireiden hoidossa				21 %	79 %	34
Osaan toteuttaa ihon alle (s.c) annettavaa lääkehoitoa oireiden hoidossa			3 %	47 %	50 %	34
Tiedän opioidien aiheuttamat yleisimmät haittavaikutukset		3 %		44 %	53 %	34
Seuraan lääkehoidon vastetta aktiivisesti				29 %	71 %	34
Seuraan lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia aktiivisesti		3 %	3 %	38 %	56 %	34
Osaan toteuttaa lääkehoitoa ikääntyneiden kivun hoidossa.				61 %	39 %	33
Osaan toteuttaa lääkehoitoa ikääntyneiden hengenahdistuksen hoidossa.			3 %	56 %	41 %	34
Tiedän ummetuksen aiheuttamat riskit elämän loppuvaiheessa		3 %	6 %	41 %	50 %	34
Osaan hoitaa ikääntyneen ummetusta				29 %	71 %	34
Osaan hoitaa iho-oireita (kutina, pienet verenvuodot, infektiot, turvotus)				44 %	56 %	34
Osaan toteuttaa suun hoitoa ikääntyneiden saattohoidossa		6 %	3 %	32 %	59 %	34
Hyödynnän oirehoidon toteuttamisessa moniammatillista yhteistyötä				32 %	68 %	34

Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä (79 %), että he osaavat toteuttaa suun kautta annettavaa lääkehoitoa. Puolet vastaajista olivat täysin samaa mieltä (50 %) ja lähes puolet (47 %) jokseenkin samaa mieltä, että he osaavat toteuttaa ihon alle toteutettavaa lääkehoitoa.

Vastaajat arvioivat, että heillä on osaamista lääkehoidon toteuttamisessa ikääntyneiden kivun hoidossa, sillä yli puolet (61 %) vastaajista oli väittämistä jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä reilusti yli kolmannes (39 %). Yli puolet (53 %) vastaajista tietävät opioidien yleisimmät haittavaikutukset ja yli puolet vastaajista (56 %) seuraavat lääkkeiden haittavaikutuksia aktiivisesti. Suurin osa (71 %) vastaajista seuraa lääkehoidon vastetta aktiivisesti.

Vastaajat arvioivat, että he osaavat toteuttaa lääkehoitoa hengenahdistuksen hoidossa, sillä yli puolet (56 %) oli väittämistä jokseenkin samaa mieltä ja lähes puolet (41 %) täysin samaa mieltä.

Suurin osa vastaajista (71 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että heillä on osaamista ikääntyneen ummetuksen hoidossa. Pääasiassa vastaajat tietävät ummetuksen aiheuttamat riskit elämän loppuvaiheessa, sillä puolet vastaajista (50 %) oli väittämistä täysin samaa mieltä ja lähes puolet (41 %) jokseenkin samaa mieltä. Vastaajat arvioivat osaavansa hoitaa ikääntyneiden iho-oireita, sillä yli puolet vastaajista (56 %) oli väittämistä täysin samaa mieltä. Vastaajat arvioivat myös, että osaavat toteuttaa suun hoitoa ikääntyneiden saattohoidossa, sillä yli puolet (59 %) olivat väittämistä täysin samaa mieltä. Vastaajat arvioivat, että osaavat auttaa ikääntynttä ahdistuneisuudessa, mutta osaamisen ei arvioitu olevan niin vahvaa. Väittämistä täysin samaa mieltä oli neljännes (25 %) vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 66 %.

Vastaajat arvioivat osaamisensa vahvaksi moniammatillisen yhteistyön hyödyntämisessä osana oirehoitoa, sillä suurin osa vastaajista (68 %) oli väittämistä täysin samaa mieltä ja noin kolmannes (32 %) jokseenkin samaa mieltä.

Avoimessa kysymyksessä, vastaajat kuvailivat osaamistaan oirehoidossa omin sanoin. Kysymykseen vastasi 34 henkilöä. Taulukossa numero 6 on havainnollistettu hoitohenkilökunnan kuvailemaa osaamista oirehoidossa.

Taulukko 6. Millaista on hoitohenkilökunnan oirehoidon osaaminen? Vastaajamäärä (N) 34.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka
Kivun arvioiminen	Oirehoidon toteuttaminen	Oirehoidon osaaminen
Hengityksen arvioiminen		
Kivun hoitaminen		
Perushoidosta huolehtiminen	Perushoito	
Asentohoidosta huolehtiminen		
Suun kostuttamisesta huolehtiminen		
Osaamisen taso	Hankittu osaaminen	
Työkokemuksen tuoma osaaminen		
Koulutuksen tuoma osaaminen		
Tukeminen	Läsnäolo	
Ollaan läsnä		

Vastaajat kuvailivat, että heidän oirehoidon osaamiseensa kuuluu kivun arvioimista sisältäen kivun havainnointia ja tulkintaa huomioiden ääntelyä, kasvojen ilmeitä ja levotonta liikehdintää. Kivun hoitaminen sisältää kivun hoitoa ja kivun hoitoa määrätyillä lääkkeillä. Osaamiseen kuuluu myös hengityksen arvioimista ja havainnoimista sekä hengityksen muuttumisen erilaisuuden tunnistamista. Osaamisessa pidettiin tärkeänä perushoidosta huolehtimista, huomioiden ihon hoidon tarpeen ja silmien kostutuksen saattohoidossa. Osaamisen kerrottiin olevan myös suun kostutuksesta huolehtimista. Vastaajat kuvasivat myös yhdeksi osaamisen alueeksi asentohoidon toteuttamisen ja sen avulla olon helpottamisen. Myös tukeminen ja läsnäolo nousivat osaamisessa esiin.

Vastaajat kuvailivat osaamistaan kohtalaiseksi, riittäväksi, hyväksi ja erittäin hyväksi. Osaamisessa tärkeänä tekijänä nähtiin osaamisen karttuminen pitkän työkokemuksen, käytännön kokemuksen ja koulutuksen tuoman osaamisen myötä. Erityisesti aineistosta nousi esiin lähihoitajakoulutus,

saattohoitajakoulutus ja saattohoitopassin suorittaminen. Tutkittavien vastauksia on havainnollistettu suoria lainauksia käyttäen, jotka on esitetty alla.

”Osaan tulkita kasvojen ilmeistä ja kuinka levottomasti alkaa liikehtiä”

”Kivun hoito, asento hoito, suun ja silmien kosteus”

”Osaan havainnoida kipua, ihon väriä, hengitystä, huomioida silmien kostutuksen ja suun kostutuksen, asento hoidon”

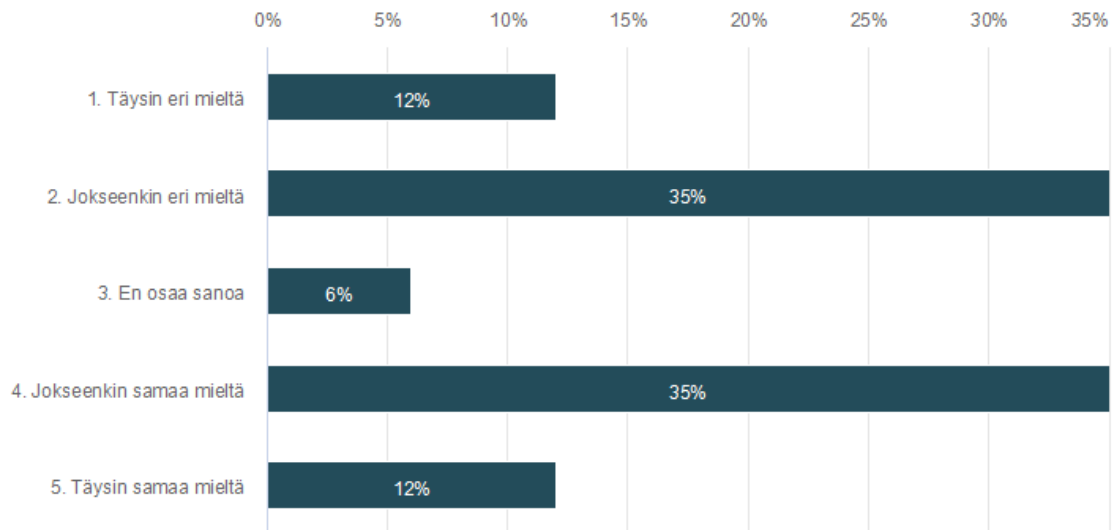
”Reilun kolmenkymmenen vuoden työkokemus auttaa tunnistamaan oireiden tunnistamisessa ja niiden hoitamisessa”

” Käytännön kokemus ja saattohoitopassin suorittaminen keväällä 2022”

”Osaan toteuttaa oirehoidon hyvin lähihoitajakoulutuksen ja käymäni saattohoitokoulutuksen vuoksi”

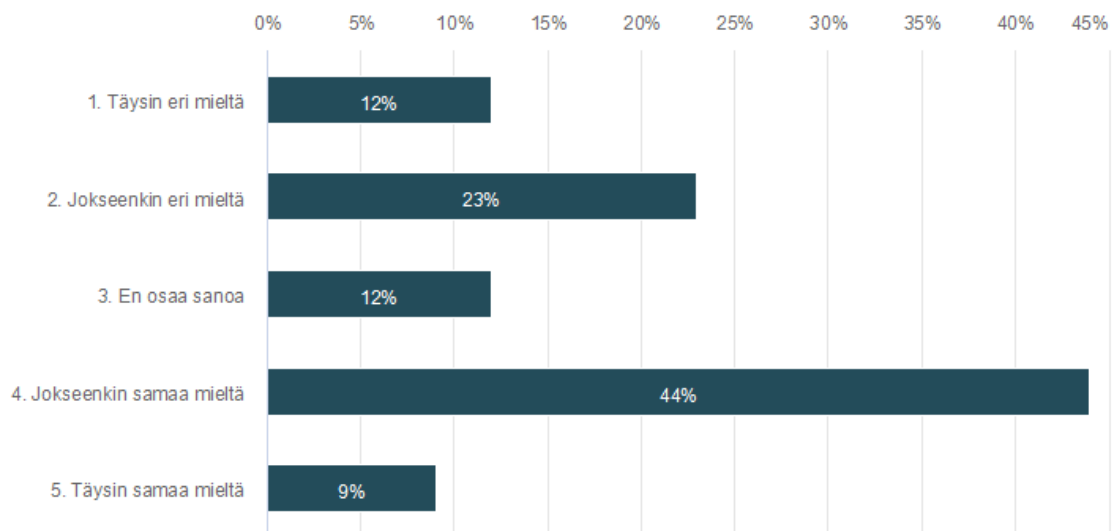
5.2 Oirehoidon osaamisen puutteet

Tähän tutkimustehtävään haettiin vastauksia sekä määrällisillä väittämillä, että avoimella kysymyksellä. Kuvioissa numero 4 ja 5 on havainnollistettu yksittäisen vastauksen vastausprosenttien jakautuminen likertin asteikolla. Taulukossa numero 7 on havainnollistettu vastausprosenttien jakautumista väittämien välillä.



Kuvio 4. Hyödynnän kivun arvioimisessa kipumittareita. Vastausprosenttien jakautuminen Likertin asteikolla. Vastaajamäärä (N) 34.

Vastaajat arvioivat, että heillä on osaamisessaan puutteita kipumittareiden hyödyntämisessä oireiden arvioinnissa, sillä väittämästä oli täysin eri mieltä ja täysin samaa mieltä oli 12 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä ja jokseenkin samaa mieltä oli noin kolmannes (35 %) vastaajista.



Kuvio 5. Hyödynnän hengenahdistuksen arvioinnissa oireittareita. Vastausprosenttien jakautuminen Likertin-asteikolla Vastaajamäärä (N) 34.

Myös osaaminen oireittareiden hyödyntämisessä hengenahdistuksen arvioinnissa arvioitiin puutteelliseksi, sillä vain 9 % vastaajista oli väittämästä täysin samaa mieltä, täysin eri mieltä oli 12

% vastaajista ja jokseenkin eri mieltä 23 %. 44 % vastaajista oli väittämistä jokseenkin samaa mieltä.

Taulukko 7. Oirehoidon osa-alueet, joissa osaaminen arvioitiin puutteelliseksi. Vastaprosenttien jakautuminen. Vastaajamäärä (N) 32–34.

Oirehoidon puutteelliset osa-alueet	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	N
Osaan arvioida ikääntyneen suun kuntoa		6 %	6 %	59 %	29 %	34
Osaan toteuttaa nenän kautta annettavaa lääkehoitoa oirehoidossa		3 %	21 %	26 %	50 %	34
Osaan toteuttaa kipupumpulla annettavaa lääkehoitoa oirehoidossa osana moniammatillista tiimiä	15 %	9 %	18 %	35 %	23 %	34
Osaan käyttää lääkkeettömiä hoitomenetelmiä kivun hoidossa		9 %	6 %	50 %	35 %	34
Osaan toteuttaa lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ikääntyneiden hengenahdistuksen hoidossa		6 %	6 %	65 %	23 %	34
Osaan hoitaa liman aiheuttamaa korinaa		3 %	12 %	52 %	33 %	33
Osaan hoitaa ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä lääkkeettömällä hoitokeinoilla		9 %	12 %	62 %	17 %	34
Osaan auttaa ikääntynyttä ahdistuneisuudessa elämän loppuvaiheessa		6 %	3 %	66 %	25 %	32
Tunnistan deliriumin aiheuttamat oireet		12 %	20 %	53 %	15 %	34
Tunnistan ikääntyneen hengelliset tarpeet saattohoidossa		3 %	15 %	47 %	35 %	34
Ymmärrän, mitä tarkoittaa kokonaiskärsimys	3 %		9 %	52 %	36 %	33

Tiedän palliatiivisen sedaation toteuttamisen periaatteet		12 %	9 %	47 %	32 %	34
---	--	------	-----	------	------	----

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa suun kunnon arvioimisessa on pääasiassa hyvää, mutta osa vastaajista ei koe osaamisensa olevan niin vahvaa. Noin kolmannes (29 %) oli väittämstä täysin samaa mieltä, yli puolet vastaajista (59 %) jokseenkin samaa mieltä, mutta 12 % vastaajista oli väittämstä jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa.

Puolet vastaajista (50 %) olivat täysin samaa mieltä, että he osaavat toteuttaa nenän kautta annettavaa lääkettä, mutta noin viidennes (21 %) vastaajista ei osannut sanoa. Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa kipupumpulla annettavan lääkehoidon osaamisessa on puutteellista. 15 % vastaajista oli väittämstä täysin eri mieltä ja 18 % vastaajista ei osannut sanoa. Reilu kolmannes (35 %) vastaajista oli väittämstä jokseenkin samaa mieltä ja reilu viidesosa (23 %) täysin samaa mieltä.

Lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä osana kivunhoitoa vastaajat arvioivat osaamisensa puutteelliseksi. Kolmannes (35 %) vastaajista oli väittämstä täysin samaa mieltä, 15 % täysin eri mieltä tai ei osannut sanoa ja puolet vastaajista (50 %) oli väittämstä jokseenkin samaa mieltä.

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisessaan on osin puutteita ikääntyneiden hengenahdistuksen hoidossa. Vastaajien osaamisen taso vaihteli lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä ikääntyneiden hengenahdistuksen hoidossa, sillä 65 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä, kun taas 12 % oli väittämstä jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa. Noin viidennes (23 %) oli väittämstä täysin samaa mieltä. Myös liman aiheuttaman korinan hoitamisessa vastaajien osaamisen taso vaihteli, sillä noin kolmannes (33 %) oli väittämstä täysin samaa mieltä ja noin puolet (52 %) jokseenkin samaa mieltä, kun taas 12 % ei osannut sanoa.

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa on puutteellista ikääntyneen psyykkisen toimintakyvyn hoitamisessa. Vain noin viidennes (17 %) vastaajista oli väittämstä täysin samaa mieltä, että osaavat hoitaa ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä lääkkeettömällä hoitokeinoilla ja noin viidennes (21 %) oli väittämstä jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa. Deliriumin aiheuttamien oireiden tunnistamisessa vastaajat arvioivat osaamisensa puutteelliseksi. Vain 15 % vastaajista oli väittämstä täysin samaa mieltä ja yli kolmannes (32 %) jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa.

Myös hengellisten tarpeiden tunnistamisessa vastaajat arvioivat osaamisensa puutteelliseksi. Väittämästä täysin samaa mieltä oli reilu kolmannes (35 %) ja vastaajista 18% oli väittämästä jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa. Kokonaiskärsimyksen ymmärtämisessä vastaajat arvioivat osaamistaan osittain puutteelliseksi, sillä 9 % vastaajista ei osannut sanoa, kun taas noin puolet (52 %) olivat väittämästä jokseenkin samaa mieltä.

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa on puutteellista palliatiivisen sedaation periaatteiden tuntemisessa, sillä noin kolmannes vastaajista (32 %) oli väittämästä täysin samaa mieltä, kun taas noin viidennes (21 %) oli väittämästä jokseenkin eri mieltä, tai ei osannut sanoa.

Avoimessa kysymyksessä vastaajat kuvailivat omin sanoin oirehoidon osa-alueiden osaamisen puutteita. Kysymykseen vastasi 34 henkilöä. Taulukossa numero 8 on havainnollistettu hoitohenkilöstön osaamisen puutteita oirehoidossa.

Taulukko 8. Oirehoidon osa-alueiden osaamisen puutteet. Vastaajamäärä (N) 34.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääloukka
Kipulääkkeiden pistäminen	Lääkehoidon toteuttaminen	Osaamisen puutteet oirehoidossa
Kipupumpun käyttäminen		
Oikea-aikainen kivunhoito	Oireiden hoitaminen	
Hengittämistä helpottavat auttamismenetelmät		
Suun hoitaminen		
Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen		
Lääkkeettömät hoitomenetelmät		
Asioiden kertaaminen	Perusasioiden kertaus	
Kipumittareiden käyttö	Oiremittareiden käyttäminen	
Oiremittareiden käyttö		

Vastaajat kuvailivat, että heillä puuttuu osaamista hengittämistä helpottavien auttamismenetelmien käytössä, kuten hengityksen tukemisessa lääkkeettömin keinoin ja lisähapen tarpeen määrittämisessä. Myös oikea-aikainen kivunhoito nousi osaamisen puutteissa esiin ja erityisesti kipulääkityksen ajoittaminen. Vastaajat kuvailivat osaamisen puutteita myös kipulääkkeiden pistämisessä ja kokivat, että ovat saaneet pistämiseen liian vähän harjoitusta.

Kipupumpun käyttämisen osaamisen puute nousee vastauksissa selkeästi esille ja myös lääkkeettömien hoitomenetelmiin käyttäminen oirehoidon tukena. Vastaajat kuvailivat osaamisen puutteita myös oiremittareiden- ja kipumittareiden käytössä.

Vastaajat kuvailivat osaamisen puutteita suun hoidon osaamisessa, suun oirehoidossa ja oireiden tunnistamisessa. Psykkisen toimintakyvyn tukemisessa vastaajat kuvailivat puutteita osaamisessaan, erityisesti ahdistuksen ja kuolemanpelon auttamisessa ja psyykkisten oireiden hoidossa.

Vastaajat kuvailivat osaamisen puutteita myös oirehoidon perusasioissa ja halusivat, että asioita kerrattaisiin perusasioista lähtien. Tutkittavien vastauksia on havainnollistettu suorina lainauksia käyttäen, jotka on esitetty alla.

”Kipulääkitys pistoksin, liian vähän harjoitusta”

”Lisähapen tarve”

”Hengityksen tukeminen lääkkeettömin keinoin”

”Mittareiden käyttö käytännön työssä”

”Psyykkinen oirehdinta”

5.3 Koulutustarve oirehoidon osaamisessa

Tähän tutkimustehtävään haettiin vastausta avoimella kysymyksellä, jossa vastaajat kuvailivat omin sanoin mihin oirehoidon osa-alueisiin he haluaisivat koulutusta. Kysymykseen vastasi 34 henkilöä. Taulukossa numero 9 on havainnollistettu hoitohenkilöstön arvioimaa koulutustarvetta.

Taulukko 9. Hoitohenkilöstön arvioima koulutustarve. Vastaajamäärä (N) 34.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka
Hapen antaminen	Oirehoidon toteuttaminen	Hoitohenkilöstön koulutustarve
Kivun hoito		
Kipulääkkeiden pistäminen		
Psyykkisten oireiden hoitaminen		
Kipupumpun käyttäminen	Hoitotyön auttamismenetelmät	
Palliativisen sedaation periaatteiden tunteminen		
Lääkkeettömät hoitomenetelmät		
Kertauskoulutus	Koulutus	
Saattohoitokoulutus		

Hoitohenkilökunta kuvaili vastauksissaan koulutustarpeikseen kipupumpun käyttämistä ja sitä, milloin siirrytään kipupumppuhoitoon. Vastaajat kuvailivat koulutustarpeikseen kivun hoitoa ja kipulääkkeiden pistämistä pistoksin, myös palliativisen sedaation periaatteiden tuntemiseen haluttiin lisäkoulusta. Koulutustarpeita kuvattiin myös lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöön oirehoidon tukena. Myös hapen antamisen aloittamiseen haluttiin lisäkoulutusta, erityisesti milloin saattohoidossa olevalle annetaan happea ja milloin ei. Psyykkiseen toimintakyvyn tukemiseen haluttiin saada myös lisää koulutusta, erityisesti psyykkisen olon parantamiseen ja psyykkisten oireiden hoitamiseen. Vastaajat kuvailivat koulutustarpeitaan myös perusasioihin ja halusivat yleistä kertauskoulutusta. Erityisesti vastauksista nousi esiin, että saattohoitokoulutusta järjestettäisiin kaikille työyhteisön työntekijöille ja koulutus olisi paikan päällä opetettavaa, eikä netissä järjestettävää tenttiä. Tutkittavien vastauksia on havainnollistettu suoria lainauksia käyttäen, jotka on esitetty alla.

”Lääkkeetön oireiden hoito”

”Psyykkisen olon parantaminen”

”Kipupumpun käyttöä lisää harjoitella”

”Kivun hoitoon”

”Yleistä kertauskoulutusta”

5.4 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilöstöltä löytyy varsin hyvää osaamista oirehoidon toteuttamiseen ikääntyneiden saattohoidossa, mutta kehitettäviäkin osa-alueita tuloksista nousee esiin. Kvalitatiivinen aineisto täydentää kvantitatiivista aineistoa ja kvalitatiivisesta aineistosta nousee esiin myös uutta tietoa. Kvalitatiivisen aineiston ja kvantitatiivisen aineiston välillä havaitaan myös eroavaisuuksia.

Oirehoidon osaaminen

Vastaajat arvioivat, että heillä on riittävät tiedot ja taidot ikääntyneiden oirehoidon toteuttamiseen saattohoidossa ja heillä on riittävä kyky soveltaa oirehoidon tietoja ja taitoja hoitotyöhön. Lipponen & Karvinen (2015, 160) vuorostaan toteavat tutkimuksessaan, että varsinkin nuorten hoitajien saamat tiedot palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta hoitajien peruskoulutuksessa ovat hataria ja taidotkin ovat puutteellisia.

Vastaajat arvioivat myös, että heillä on vahvaa osaamista hoitotyön auttamismenetelmien toteuttamisessa oireiden hoitamisessa. Myös Forsiuksen ym. (2021b, 5) tutkimuksen mukaan työntekijät hallitsevat oirehoidon. Hoitohenkilöstö arvioi osaamisen tasonsa hyväksi lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden tunnistamisessa. Tämä on merkittävää, sillä hyvä elämänloppuvaiheen hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta kuoleman lähestymisen tunnistamista (STM 2019b, 127).

Oireiden arviointi: Vastaajat arvioivat, että he osaavat arvioida elämän loppuvaiheen oireita säännöllisesti ja kirjaavat havaitsemansa oireet järjestelmällisesti potilastietoihin. Ikääntyneen hengenahdistusta osataan arvioida ja sitä arvioidaan säännöllisesti. Vastaajat arvioivat, että heillä on vahvaa osaamista ikääntyneiden ravitsemustilan arvioinnissa ja ikääntyneiden ihon kunnon arvioimisessa. Vastaajat arvioivat, että he osaavat pääasiassa arvioida ikääntyneen psyykkistä

toimintakykyä, mutta osaamisen tasoa ei koettu niin vahvaksi. Sama kävi ilmi pahoinvoinnin taustalla olevien tekijöiden arvioinnissa. Myös Lipposen & Karvisen (2015, 156) tutkimuksessa hoitohenkilöstö on toivonut lisäkoulutusta pahoinvoinnin hoitamiseen elämän loppuvaiheessa.

Ikääntyneen kivun arvioimisessa vastaajat arvioivat osaamisensa hyväksi ja he arvioivat kipua säännöllisesti. Vastaajat kuvailivat, että heidän oirehoidon osaamiseensa kuuluu kivun arvioimista ja havainnoimista, sekä kivun hoitamista lääkkeillä. Myös Vihelä, Hökkä & Kaakinen (2020, 4–5) viittaavat tutkimuksessaan siihen, että sairaanhoitajat tarvitsevat osaamista kivunhoidosta, joka perustuu taitoon tunnistaa arvioida ja hallita (Paice 2019, 219) kipua. Samaan tulokseen pääsivät myös Vattula ym. (2020, 6), jotka toteavat, että lähihoitajien kokonaisvaltaiseen oirehoidon osaamiseen kuuluu kivunhoidon osaaminen ja kivun seuraaminen. Samaa tukee myös Pohjankukan (2021, 51) tutkimus, josta nousee esiin hoitohenkilöstön kivunhoidon osaaminen.

Vastaajat arvioivat osaamisensa hyväksi kivun arvioimisessa ikääntyneeltä, joka ei pysty ilmaisemaan itseään. Tulokset vaikuttavat eroavan muiden tutkimusten tulosten kanssa, sillä Chen ym. (2017, 853) viittaavat siihen, että hoitohenkilökunnan kivun arviointi on puutteellista. Myös Wilkie & Ezenwa viittaavat (2012, 357) kivun arvioinnin puutteellisuuteen ja siihen, että kipua ei arvioida riittävästi elämän loppuvaiheessa. De Witt Jansen ym. (2017, 7) viittaavat, että etenkin dementoituneen ikääntyneen kivun arvioiminen on todettu puutteelliseksi hoitohenkilöstön osaamisessa. Samaan tulokseen ovat päässeet myös Lunden & Godskesen (2021, 3), joiden tutkimuksessa kuvataan, että sairaanhoitajat pitävät kivun arviointia haastavana, etenkin kognitiivista heikentymää potevilla ikääntyneillä. Pennbrant ym. (2020, 3838) toteavat, että useat tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaanhoitajat ovat stressaantuneita, koska ikäihmiset ei eivät pysty tulkitsemaan ja ilmaisemaan itseään kognition heikentymisen vuoksi. Kivun arviointi on todettu puutteeksi myös Midtbustin ym. (2018, 2) tutkimuksessa ja siinä todetaan, että terveydenhuollon ammattilaisilla on tarve saada lisäkoulutusta ja tietoa dementoituneen kivun arviointiin.

Oireiden hoito: Vastaajat arvioivat, että heillä on osaamista suun kautta (p.o) ja ihon alle (s.c) annettavan lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkehoidon vasteen seuraamisessa, lääkkeiden haittavaikutusten seuraamisessa ja opioidien yleisimpien haittavaikutusten tuntemisessa vastaajat arvioivat osaamisensa hyväksi. Vastaajat arvioivat osaamisensa hyväksi myös lääkehoidon toteuttamisessa hengenahdistuksen hoidossa. Vastaajat kuvailivat, että heidän osaamiseensa kuului myös perushoidosta ja suunhoidosta huolehtimista sekä asentohoidon toteuttamista.

Hyvään perushoidon merkitykseen viittaavat myös Lipponen & Karvinen (2015, 156) tutkimuksessaan. Tukeminen ja läsnäolo nousivat myös osaamisessa esiin. Läsnäolon merkitys nousi esiin myös Pohjankukan (2021, 45) tutkimuksessa. Läsnäolon merkitystä osana ihmislähtöistä palliatiivista hoitoa korostavat myös Salin ym. (2021, 148) tutkimuksessaan.

Vastaajat arvioivat osaamisensa vahvaksi lääkehoidon toteuttamisessa ikääntyneiden kivunhoidossa, joka tukee myös Forsiuksen ym. (2021b, 3) tutkimuksen tuloksia, jotka viittaavat, että kivunhoidon osaaminen on hyvällä tasolla ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. On kuitenkin huomioitava, että muissa kivunhoidon osaamista kartoittavissa määrällisissä väittämässä hoitohenkilöstön osaamisessa nousee esiin puutteita. Hoitohenkilökunnan puutteellinen kivunhoidon osaaminen on noussut esiin myös useissa tutkimuksissa (Brazil ym. 2012, 77; Smets ym. 2018, 1488; Hammar ym. 2018; Puente-Fernández ym. 2020; Lundin & Godskesen 2021, 7; Åvik Persson ym. 2022, 2) ja kivun hallinnassa on havaittu puutteita (Chen ym. 2017, 853) elämän loppuvaiheessa (Wilkie & Ezenwa 2012, 357). Tutkimukset osoittavat, että ikääntyneiden kipua ali hoidetaan hoitokodeissa (Hall ym. 2011, 8; Wilkie & Ezenwa 2012, 359; Puente-Fernández ym. 2020, 9) ja etenkin dementiaa sairastavat kokevat riittämätöntä kivunhoitoa (Chen ym. 2017, 849).

Ikääntyneiden ummetuksen hoidossa vastaajat arvioivat osaamisensa vahvaksi. Pääsääntöisesti vastaajat arvioivat, että heillä on hyvää osaamista myös ummetuksen aiheuttamien riskien tunnistamisessa. Vastaajat arvioivat osaamisen tasonsa vahvaksi iho-oireiden hoitamisessa ja pääsääntöisesti vastaajat arvioivat osaavansa toteuttaa hyvin suun hoitoa ikääntyneiden saattohoidossa. Vastaajat myös arvioivat, että heiltä löytyy osaamista ikääntyneiden ahdistuneisuuden hoidossa, mutta osaamisen ei arvioitu olevan niin vahvaa.

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa moniammatillisen tiimin hyödyntämisessä on vahvaa. Moniammatillisen yhteistyön tärkeyteen viittaavat myös Bolt ym. (2018, 150) ja Sampson ym. (2018, 679). Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä tekijä ikääntyneiden palliatiivisessa hoidossa ja tarjoaa edellytykset laadukkaalle palliatiiviselle hoidolle (Pennbrant ym. 2020, 3836, 3841).

Oirehoidon osaamisen puutteet

Vastaajat arvioivat osaamisessaan olevan puutteita oirehoidon perusasioissa. Forsius ym. (2021a, 2) viittaavat, että kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuuluu osata saattohoidon perusosaaminen. Tähän viittaavat myös Hökkä ym. (2020, 863), jotka toteavat, että hoitohenkilöstöllä on oltava riittävät perustiedot ja taidot hallinnassa palliativisesta hoidosta. Myös Vihelä ym. (2021, 5) viittaavat tutkimuksessaan sairaanhoitajien palliativisen hoitotyön perusteiden osaamiseen.

Vastaajat kuvailivat osaamisen puutteekseen kivunhoidon oikea-aikaisuutta ja kipulääkityksen ajoittamista. Tutkimustuloksista ilmenee, että vastaajat kuvailivat osaamisensa puutteelliseksi kipulääkkeiden pistämisessä, joka nousee aineistosta selkeästi esiin. Tämä on ristiriidassa kuitenkin määrällisen väittämän kanssa, sillä kysymyksessä osaan toteuttaa ihon alle (s.c) toteutettavaa hoitoa ikääntyneiden saattohoidossa, vastaajat arvioivat osaamisen tasonsa varsin hyväksi. Johtuuko vastausten eroavaisuus siitä, että teorian tasolla vastaajat osaavat toteuttaa ihon alle (s.c) annettavaa lääkehoitoa, mutta käytännön tasolla he kokevat osaamisensa puutteelliseksi eli heillä on ihon alle pistettävästä lääkehoidosta riittävät tiedot, muttei välttämättä riittäviä taitoja.

Osaaminen arvioitiin puutteelliseksi kipumittareiden hyödyntämisessä kivun arvioinnissa. Tätä tulosta puoltaa Jonsdotterin & Gunnarssonin (2021, 289) tutkimus, jossa todetaan, että kivun arviointityökaluja ei useinkaan käytetty kivun arvioinnin tukena. Kivun arviointityökalut ovat hyödyllisiä ikääntyneiden kivun tarpeen arvioinnissa, erityisesti PAINAD-mittaristo, johon myös Hermans ym. (2017, 11) viittaavat. Rutiininomaisesti käytettävä kivun arviointiasteikko auttaa havaitsemaan kipua ajoissa (Lundin & Godskesen 2021, 6), joten sen käyttäminen kivun arvioinnin tukena on enemmän kuin perusteltua.

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa ei ole riittävää oiremittareiden hyödyntämisessä hengenahdistuksen arvioinnissa. Tämä osaamisen puute on yhteneväinen myös Garcia-Salvadorin ym. (2021, 2) tutkimuksen mukaan, jossa todetaan, että vain osa hoitohenkilöstöstä soveltaa oireiden arviointiasteikkojen käyttöä käytännössä.

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa ikääntyneen suun kunnon arvioimisessa on pääsääntöisesti hyvää, mutta osa vastaajista arvioi osaamisessaan olevan puutteita. Laadullisessa aineistossa vastaajat ovat kuvanneet osaamisen puutteeksi ikääntyneiden suunhoidon toteuttamista, vaikka määrällisissä väittämässä suunhoidon osaaminen on arvioitu hyväksi.

Hotuksen-hoitosuosituksessa todetaan, että ympärivuorokautisen hoidon- ja hoivan yksiköissä saattohoidossa olevien suuhygieniä saattaa olla heikentynyt (Hotus-hoitosuositus 2022, 9), joten suunhoidon toteuttamiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Nenän kautta annettavan lääkehoidon osaaminen todetaan puutteelliseksi. Vastaajat arvioivat osaamisensa puutteelliseksi myös kipupumpulla annettavan lääkehoidon toteuttamisessa.

Lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä vastaajat arvioivat osaamisensa puutteelliseksi. Tätä tulosta tukee myös Munkombwe ym. (2020, 1649), jotka toteavat, että hoitohenkilöstöllä on rajalliset tiedot, kuinka lääkkeettömiä hoitokeinoja voidaan käyttää kivun hallinnassa. Lääkkeettömien hoitojen osaamisen puutteeseen viittaavat myös Forsius ym. (2021b, 3). Lipposen & Karvisen (2015, 156) tutkimuksessa lääkkeettömien kivunlievityskeinojen merkitys elämän loppuvaiheessa on herättänyt kysymyksiä. Kivun hoidon tulee olla järjestelmällistä lääkkeetön kivun hoito huomioiden (Hermans ym. 2017, 1) ja hoitajilla oltava riittävät tiedot ja taidot toteuttaa yksilöllistä kivunhoitoa lääkkeettömiä hoitomenetelmiä käyttäen (Munkombwe ym. 2020, 1650).

Lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä hengenahdistuksen hoidossa vastaajat arvioivat osaamisensa puutteelliseksi. Tähän viittaavat myös Puente-Fernández ym. (2020, 2), jotka toteavat, että hoitokodeissa on paljon huonosti hallittuja oireita, kuten hengenahdistusta. Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisessaan on puutteita myös liman aiheuttaman korinan hoidossa, joka nousee esiin myös Pohjankukan (2021, 42) tutkimuksessa.

Vastaajat arvioivat, että heidän osaamisensa on puutteellista myös ikääntyneiden psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa ja -hoitamisessa lääkkeettömillä hoitokeinoilla. Vastaajat arvioivat, että heillä on puutteita osaamisessa myös deliriumin aiheuttamien oireiden tunnistamisessa, johon viittaavat myös Puente-Fernández ym. (2020, 2) tutkimuksessaan. Dementia potilailla deliriumin esiintyvyys on 56 % (Harvey Bush ym. 2017, 1624) elämän loppuvaiheessa. Hoitohenkilöstön onkin tärkeää tunnistaa deliriumin oireet (Wright ym. 2018, 2), joten ikääntyneiden kognitiivisten toimintojen säännöllinen seuraaminen on tärkeää (Chen ym. 2017, 854).

Hengellisten tarpeiden tunnistamisessa ja kokonaiskärsimyksen ymmärtämisessä vastaajat arvioivat osaamisensa puutteelliseksi. Tämä tulos tukee myös Hallin ym. (2011, 13), Hermansin ym. (2017, 13) ja Forsiuksen ym. (2021b, 5) tutkimuksia, joissa nousi esiin henkisten tarpeiden tunnistamisen haasteet (Hall ym. 2011, 13; Hermans ym. 2017, 13) ja puutteet (Forsius ym. 2021b, 5). Lipposen & Karvisen (2014, 34) tutkimuksessa potilaiden hengellisyyden tukeminen on koettu olevan vaativaa työtä. Laadukkaan palliativisen hoidon tarjoamiseksi on otettava huomioon

(Hermans ym. 2017, 13) henkisten tarpeiden tukeminen (Hökkä ym. 2020, 836) ja eksistentiaalisen tuen tarjoaminen (Seppänen, Vähäkangas, Anttonen 2020, 364), sillä usein elämän loppuvaiheessa hengelliset ja henkiset ulottuvuudet korostuvat (Saarto ym. 2022, 25). Hengellisten ja henkisten tarpeiden tunnistaminen liittyy keskeisesti ihmislähtöisen hoidon tarjoamiseen (Salin ym. 2021, 148) ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen on keskeinen osa kokonaisvaltaista saattohoitoa (Lipponen & Karvinen 2014, 37).

Koulutustarve oirehoidon osaamisessa

Hoitohenkilöstön koulutustarpeiden tunnistamisessa tarvitaan tietoa siitä, millä osa-alueilla heillä on puutteita tiedoissa, tai niiden käyttöön soveltamisessa (García-Salvador ym. 2021, 10). On todettu, että koulutukseen osallistuminen vaikuttaa positiivisesti henkilöstön asenteisiin ja mielipiteisiin (Honinx ym. 2019, 830) ja parantaa myös ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoitoa (Fleming ym. 2017, 14). Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen kehittämisellä voidaan myös lisätä työntekijän rohkeutta palliatiivisen hoidon toteuttamiseen (Hökkä ym. 2021, 1522).

Vastaajat tarvitsevat koulutusta oirehoidon toteuttamiseen, kuten kivun hoitoon ja psyykkisten oireiden hoitoon. Vastauksissa ei ole määritetty, mihin kivunhoidon osa-alueisiin vastaajat tarvitsevat koulutusta. Vastaajat tarvitsevat koulutusta myös hapen antamisen arviointiin, joka nousee esiin myös Pohjankukan (2021, 51) tutkimuksessa, jossa todetaan, että hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta hapenpuutteen arviointiin ja hoitoon. Vastaajat tarvitsevat koulutusta hoitotyön auttamismenetelmiin, kuten kipupumpun käyttämiseen, kipulääkkeiden pistämiseen ja palliatiivisen sedaation periaatteiden tuntemiseen. Tämä osaaminen on linjattu myös perustason osaamisen kompetensseihin (Hökkä ym. 2020, 866).

Vastaajat tarvitsevat myös yleistä kertauskoulutusta saattohoidon oirehoidon toteuttamiseen. Sama käy ilmi myös Lipposen & Karvisen (2015, 160) tutkimuksessa, jossa todetaan, että eri hoitoyksiköissä kaivattiin säännöllistä kertaamista saattohoidon perusasioihin. Tuloksista ilmenee myös, että vastaajat haluavat koulutusta lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöön. Tämä tulos tukee myös Boltin ym. (2019, 149) ja Jonsdotterin & Gunnarssonin (2021, 291) tutkimuksia, joissa hoitohenkilöstö halusi hankkia tietoa ja taitoja kivun arviointivälineiden käytöstä.

Vastaajat eivät kuitenkaan vastauksissaan halunneet lisäkoulutusta kaikkiin osaamisen puutteisiin, jotka nousivat esille tutkimustuloksissa. Näitä olivat kipumittareiden- ja oiremittareiden

käyttäminen, suun hoidon toteuttaminen, nenän kautta annosteltava lääkehoito, deliriumin tunnistaminen ja hengellisten tarpeiden tunnistaminen.

Vastaajat toivoivat, että saattohoitokoulutusta järjestettäisiin työyhteisöissä kaikille työntekijöille ja koulutus olisi paikan päällä opetettavaa, eikä tenttiä, joka järjestetään internetissä. Myös Pohjankukan (2021, 41) tutkimuksessa paikan päällä järjestetty koulutus on koettu tehokkaimmaksi. Myös Da Witt Jansen ym. (2017, 8) toteavat, että verkko-oppiminen ei ole kiinnostavaa ja johtaa huonosti tietojen ja taitojen kehittymiseen.

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Jatkuva tiedon kehittäminen on tärkeää palliatiivisen hoidon ymmärtämisessä ja tarjoamisessa (Pennbrant ym. 2020, 3843). Kehittämistyössä pyritään ratkaisemaan käytännöstä nousevia ongelmia. Sillä opitaan luomaan uutta tietoa, jolla voidaan uudistaa työyhteisön osaamis pohjaa ja työelämän käytäntöjä. Sen keskeisenä tavoitteena on asiantuntijuuden jakaminen ja tiedon siirto työyhteisöihin etsien parempia vaihtoehtoja käytännön työhön. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 15, 18–19, 27.) Kehittämistyö toteutettiin etäyhteydellä työpaja työskentelynä alkuperäissuunnitelmasta poiketen Teams-alustalla. Ensimmäisessä tapaamisessa esittelin tehostettujen asumisyksiköiden esihenkilöille tutkimuksen tulokset, jotka arvioivat sen jälkeen tulosten pätevyyttä. Lähetin myös yksiköiden esihenkilöille tulokset tarkasteltavaksi yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ennen kehittämispäiviä. Alkuperäissuunnitelmasta poiketen kehittämistyöpajat järjestettiin yksiköittäin, sillä esihenkilöt kokivat, että näin hoitohenkilökuntaa saataisiin paremmin osallistettua kehittämiseen pienemmällä henkilömäärällä. Kehittämistoiminnassa on eduksi, jos henkilökunta voi osallistua toimintaan omien kokemusten perusteella (Toikko & Rantanen 2009, 99) ja osallistavat oppimismenetelmät antavat mahdollisuuden oivaltaa erilaisia näkökulmia tutustakin aiheesta (Taipale & Sirola-Korhonen 2017, 6).

Kehittämistoimintaa kohdistin työntekijöihin ja heidän ammatilliseen osaamiseensa. Kehittämistoimintaan kuuluu tyypillisesti toimijoiden osallistaminen ja kehittäjän osallistuminen konkreettiseen toimintaan. Kehittämistoiminnassa aktiivinen vuorovaikutus korostuu ja sen avulla saadaan esiin hiljaista tietoa ja osaamista. (Ojasalo ym. 2009, 18, 27.) Kehittäjänä pyrin aitoon vuorovaikutukseen käytännön toimijoiden kanssa (Toikko & Rantanen 2009, 10–11, 89), mutta etätyöskentelyn vuoksi vuorovaikutus osallistujien kanssa jäi osittain puutteelliseksi, kun kaikkia osallistujia ei voinut konkreettisesti nähdä. Myös Loureiro, Sousa & Antunes (2021) viittaavat tutkimuksessaan siihen, että kun hyödynnetään etäyhteyksiä, vuorovaikutus osallistujien välillä vähenee.

Työpajoja pidettiin kaksi, joihin osallistui yksiköistä esihenkilöt, lähihoitaja ja sairaanhoitaja. Yhden työpajan kesto olin noin tunnin verran. Osassa työyksiköissä oli jo alustavasti pohdittu keinoja, kuinka osaamista oirehoidossa voitaisiin kehittää. Työpajoissa hyödynnettiin luovan ongelmaratkaisun menetelmää eli aivoriihi menetelmää (Innokylä, aivoriihi 2022) soveltuvien osin. Työpajatoiminnan aluksi henkilöstölle esiteltiin tutkimuksen tuloksia oirehoidon osaamisen

puutteiden ja koulutustarpeiden osalta. Osallistujilta kysyttiin, millä keinoilla oirehoidon osaamista voitaisiin heidän yksiköissään edelleen kehittää. Aikaan saatiin rakentavaa keskustelua minun sekä osallistujien välillä. Henkilöstö kertoi omia ajatuksiaan ja ideoitaan kehittämisen suhteen ja niitä pohdittiin yhdessä. Työpajatoiminnan aikana keräsin osallistujien kehittämisideoita Word-tiedostoon. Sen jälkeen kokosin yhteen molempien työpajatoimintojen kehittämisideat ja loin näiden pohjalta osaamisen kehittämissuunnitelman työyksiköihin (LIITE 7).

Pääasiassa työntekijät toivoivat käytännön harjoittelua ja -koulutusta oirehoidon osaamisen kehittämiseen. Suurin osa osallistujista totesivat, että he oppivat parhaiten käytännön harjoittelulla ja totesivat, että esimerkiksi netissä järjestettävät koulutukset- ja tentit eivät tuo osaamista samalla tavoin kuin käytännön harjoittelu. Tekemällä oppiminen eli ”Learnig by doing” on osoitettu olevan yksi terveydenhuollon oleellisimpia koulutusmenetelmiä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että itse tekemällä osallistuja oppii hyvin nopeasti harjoittelemansa asian. (Gil-Lacruz, Gracia-Pérez & Gil-Lacruz 2019, 3.)

Työyksiköissä otetaan käyttöön kuuden askeleen PACE-malli, joka tukee hoitoyksiköiden palliatiivisen hoidon- ja oirehoidon kehittämistä. PACE-malli sisältää hoidosta keskustelun, ikääntyneen voinnin arvioinnin, tarkkailun ja hoidon, hoidon koordinoinnin ja moniammatillisen yhteistyön, laadukkaan elämänloppuvaiheen hoidon ja kivun arvioinnin, asukkaan hoidon viimeisinä elinpäivinä ja läheisten tukemisen ja toimenpiteet kuoleman jälkeen. (Payne ym. 2019, 7,9.)

Oirehoidon osaamisen kehittämisessä hyödynnetään myös Case-opetusta eli tapausopetusta. Tapausopetuksen on osoitettu tukevan soveltamistaitojen kehittymistä, kehittävän kokonaisuuden ymmärtämistä ja ongelmaratkaisutaitoja. (Hyppönen & Lindén 2009, 50.) Hoitohenkilökunnalle annetaan aitoja saattohoitotapauksia pohdittavaksi, joista nousee esiin oireiden tunnistaminen, arviointi ja hoito. Tapausesimerkkien avulla hoitohenkilöstö voi hyödyntää jo olemassa olevaa osaamistaan. He etsivät tarvittaessa aiheesta uutta näyttöön perustuvaa tietoa, pohtivat tapauksia yhdessä ja kehittävät näin osaamistaan oirehoidossa. Jokainen työyhteisössä saa äänensä kuuluviin ja sen myötä voidaan hyödyntää kaikkien osallistujien osaamista ja tietoa (Taipale & Sirola-Korhonen 2017, 6).

Oirehoidon osaamista kehitetään myös järjestämällä työyksiköissä saattohoitojen jälkeen ns. jälkipuintia. Jälkipuinnin tarkoituksena on keskustella ikääntyneen saattohoidosta ja pohtia missä onnistuttiin, mikä meni hyvin, mikä ehkä huonosti, mitä voitaisiin tehdä toisin tai paremmin ensi kerralla. Myös Anttonen (2016, 108) toteaa tutkimuksessaan, että työyhteisön tuki on kokemusten

jakamista ja toisilta oppimista, joten jälkipuinti saattohoitojen jälkeen on hyvin keskeinen osa oirehoidon osaamisen kehittämistä.

Työyksiköissä aletaan myös systemaattisesti hyödyntämään lääkkeettömiä hoitokeinoja niin kivun, hengenahdistuksen, kuin psyykkisen toimintakyvyn hoidossakin. Työyksiköt ottavat käyttöön myös kipu- ja oiremittarit ja hyödyntävät näitä tarpeen vaatiessa. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen nähtiin tärkeäksi osaksi oirehoidon kehittämistä. Myös ajankohtaisen- ja näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen osana oirehoitoa todettiin yhdeksi kehittämisalueeksi.

Osaamisen kehittämisessä on tärkeää, että työntekijät arvioivat osaamistaan. Osaamisen kehittämisessä työntekijät käyttävät arviointimenetelmänä Innokylän-arviointimittaria heti osaamisen kehittämisen alusta alkaen. Arviointimittarin avulla työntekijät arvioivat kehittämisprosessia ja tavoitteiden eli osaamisen kehittymisen saavuttamista. (Innokylä, arviointimittari 2022.) Osaamisen kehittämissuunnitelman toteutumisesta vastaavat yksiköiden esihenkilöt. Kehityssuunnitelmassa on varattu pidempi aika osaamisen tavoitteiden saavuttamiselle, sillä henkilöstölle on annettava aikaa sopeutuakseen osaamisen kehittämiseen (Ilmakangas & Takamäki 2019, 15, 18).

Ikääntyneiden elämänlaadun parantamiseksi hoitoyksiköissä tarvitaan parempaa oireiden hallintaa (Sampson ym. 2018, 679) ja tämän kehittämistyön myötä uskon, että ikääntyneet sitä asumisyksiköissä myös saavat.

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista ikääntyneiden saattohoidossa ja hyödyntää tietoa osaamisen ja kehittämisen suunnittelussa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista saattohoidossa ja parantaa ikääntyneiden elämänloppuvaiheen oirehoitoa ja elämänlaatua. Tutkimuksessa onnistuttiin ratkaisemaan tutkimustehtävät ja saatiin kuvaa hoitohenkilökunnan osaamisesta oirehoidossa ikääntyneiden saattohoidossa. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilökunnalta löytyy osaamista oirehoidon toteuttamiseen ikääntyneiden saattohoidossa, mutta osaamisessa todetaan myös puutteita. Tutkimuksen tulokset olivat osittain samansuuntaiset, kuin mitä muissa tutkimuksissa, mutta myös poikkeuksia tutkimusten välillä havaittiin. Tutkimukseni tuotti myös täysin uutta tietoa hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamisesta, sillä pelkästään ikääntyneiden saattohoidon oirehoitoon kohdistetut tutkimukset ovat vielä vähäisiä.

Väestön ikääntyminen (Saranico ym. 2018, 226) ja dementiaa sairastavan väestön kasvu sekä pitkäaikaishoito lisäävät tarvetta palliatiiviselle hoidolle (Voumard ym. 2018, 1) ja tämä edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta korkeaa osaamista, tietoa ja taitoa palliatiivisesta hoidosta (Smets ym. 2018, 1488; Pennbrant ym. 2020, 3836). Tämä opinnäytetyö antoi tärkeän näkökulman ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoitoon, sillä hoitohenkilökunnan oireenmukaisen hoidon osaaminen mahdollistaa hyvän elämänlaadun kuoleman lähestyessä ja hyvän olon riippumatta hoidon rajauksista tai lähestyvistä kuolemasta. (STM 2019b, 127.)

Päädyin triangulaatiomenetelmän käyttämiseen, koska kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytettäessä voidaan tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta, joita tutkijana olen tietoperustan mukaan osannut kysyä, mutta mahdolliset uudet näkökulmat saattavat jäädä tunnistamatta tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65). Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä vuorostaan mahdollisti hoitohenkilökunnan kuvailla oirehoidon osaamistaan, osaamisen puutteita ja koulutustarvetta omilla sanoilla (Hirsjärvi ym. 2018, 201) ja suorilla lainauksilla, joiden vuoksi sain kerättyä yksityiskohtaista ja tarkoituksenmukaista tietoa (Gubta & Awasthy 2015, 15). Pääasiassa kvalitatiivinen aineisto täydensi kvantitatiivista aineistoa, mutta eroavaisuuksiakin aineistojen välillä havaittiin.

Tutkimuksen vastausprosentti jäi valitettavan alhaiseksi. 79 % kyselyn saajista jätti vastaamatta kyselyyn. Kyselylomake sisälsi useita kysymyksiä ja osa vastaajista ovat todennäköisesti jättäneet vastaamatta kyselyyn juuri sen pituuden vuoksi. Oirehoidon osaamista kartoitettiin kyselyssä laajasti, joka ei olisi pienemmällä kysymys määrällä onnistunut niin kattavasti. Vastaajille annettiin mahdollisuus tallettaa keskeneräinen kysely ja jatkaa vastaamista myöhemmin. Kysymykset olivat helppolukuisia ja ymmärrettäviä. Tiedotin myös kyselystä saatekirjeellä, jossa asiat tiedotettiin napakasti. Lähetin myös useita muistutusviestejä kyselyyn vastaamisesta. Aineiston keruu toteutettiin toukokuun puolenvälin jälkeen, joten osa vastaajista saattoi olla jo kesälomalla. Olisi myös ollut selkeämpi, mikäli olisin määritellyt likert-asteikon kuvaamaan osaamista mielipideväittämien sijaan. Myös en osaa sanoa vaihtoehto olisi ollut järkevämpi korvata en samaa enkä eri mieltä vaihtoehtoon.

Työntekijän itsearvioinnin kautta voidaan lähteä tekemään yksilötason osaamiskartoitusta (Joki 2018, 156). Osalle tutkimusjoukosta itsearvioinnin tekeminen omasta osaamisesta saattoi tuntua vieraalta ja sen vuoksi osa vastaajista jätti vastaamatta kyselyyn. Omia osaamisen puutteita ei välttämättä haluta kertoa tai niitä ei osata arvioida. Myöskään omaa osaamista ei välttämättä osata arvioida, mikäli ei tunnusteta omia osaamisalueita. Osaamisen itsearvioinnin puutteellisuudesta johtuen myös määrällinen ja laadullinen aineisto saattoi osin erota toisistaan. Oppimisen ja osaamisen näkökulmasta on hyvin olennaista, että oppijalla on kykyä arvioida omia suorituksia ja tietotaitoja (Viitala 2005, 152).

Opinnäytetyön kehittämissvaiheeseen osallistuttiin kahdesta eri asumisyksiköstä. Kehittämissvaiheessa oli mukana yksiköiden lähi- ja sairaanhoitajia, sekä esihenkilöt. Henkilökunnan määrä jäi työpajoissa kuitenkin varsin pieneksi, sillä paikalla oli kahdesta kolmeen henkilöä yhdessä työpajassa. Oirehoidon osaamisen kehittämiseen saatiin hyviä näkökulmia, mutta suuremmalla osallistujamäärällä ja kaikkien yksiköiden osallistuessa kehittämiseen olisi saatu toteutettua monipuolisempi oirehoidon osaamisen kehittämissuunnitelma.

Jotta ikääntyneille voidaan tarjota laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa, hoitohenkilökunnalta tarvitaan vahvaa osaamista ja osaamisen kehittämistä. Jatkossa hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista voitaisiin tutkia myös muissa ikääntyneiden asumisyksiköissä ja hoitohenkilöstön osaamista kehittää tarpeiden mukaisesti. Olisi myös kiinnostavaa tutkia, kuinka hoitohenkilöstön oirehoidon osaaminen on muuttunut kehittämistyön myötä. Hoitohenkilökunnan osaamista oirehoidossa voitaisiin tutkia myös yksityiskohtaisemmin,

esimerkiksi osaamista hengenahdistuksen, kivun tai psyykkisten oireiden hoidossa. Triangulaatiomenetelmää voitaisiin hyödyntää osaamisen kartoittamisessa uudelleen tai valita pelkästään kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tutkijana olen noudattanut koko tutkimusprosessin ajan huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta (Mäkinen 2006, 92; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Juuti & Puusa 2020, 175; Vilka 2021, 41). Eettiset periaatteet ovat ohjanneet tutkimustani ja olen noudattanut niitä aina tutkimusprosessin ideointivaiheesta tutkimustulosten tiedottamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 173; Aaltio & Puusa 2020, 181; Vilka 2021, 41). Tutkimuslupa haettiin sen, jälkeen, kun ohjaavat opettajat olivat hyväksyneet opinnäytetyön suunnitelman. Tutkimuslupa haettiin sähköisellä lomakkeella kuntien vanhuspalvelujohtajalta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen kysely esitetestattiin ja sen jälkeen kohdistettiin tutkittavalle joukolle. Välitin kyselyn asumisyksiköiden esimiehille, jotka välittivät kyselyn yksiköidensä hoitajille, joihin kysely kohdistui. Näin varmistin, että minäkään tutkijana en tiennyt vastaajien nimiä tai sähköpostiosoitteita.

Tutkimuksen saatekirjeessä kerrottiin, että vastaajien yksityisyys (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 12) ja anonymiteetti säilyy jokaisessa tutkimuksen vaiheessa ja heidän henkilöllisyyttään ei voida tunnistaa vastausten perusteella (Mäkinen 2006, 114). Saatekirjeessä myös kerrottiin tutkimuksen sisällöstä ja käytännön toteutuksesta, sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8). Ennen tutkimukseen osallistumista vastaajat saivat luettavaksi tietosuojainfon ja sen jälkeen päättivät osallistumisestaan tutkimukseen.

Aineiston analyysiprosessissa huomioin vastaajien yksityisyyden (Kylmä & Juvakka 2007, 153) ja tietojen käsittelyssä huolellisuuden. Käsittelin tutkimusaineistoa niin, että vain minä opinnäytetyön tekijä näin kyselyn vastaukset ja tutkimustulokset. Kyselyn tuomat vastaukset olen raportoinut niin, ettei niistä pysty tunnistamaan vastaajaa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan aion raportoida erikseen lähi- ja sairaanhoitajien vastauksia yksiköittäin, mutta niukan vastaajamäärän vuoksi tätä ei toteutettu, sillä vastaajien anonymiteetin säilyminen olisi saattanut vaarantua.

Tutkimustulosten raportoinnissa huomioin oikeudenmukaisuuden raportoimalla tärkeimmät tutkimustulokset (Kylmä & Juvakka 2007, 154), jotka vastasivat tutkimustehtäviä. Huomioin muut tutkijat kunnioittamalla heidän tutkimuksiaan ja viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla, sekä huolehdin tarkasta lähdeviitteiden merkitsemisestä (Vilka 2021, 45) osana hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden pyrin takaamaan sillä, että perusjoukko tutkimukseen oli tarpeeksi edustava ja suuri. Kyselylomakkeen kysymykset mittasivat tutkimustehtäviin määritellyt asiat. Vastausprosentti jäi heikoksi, joka heikentää tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. (Heikkilä 2014, 1). Osaan määrällisistä väittämistä pari vastaajaa oli jättänyt vastaamatta. Arvioin kuitenkin, että näillä ei ole vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus: Validius eli mittarin pätevyys tarkoittaa kyselylomakkeen kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoitettu (Hirsjärvi ym. 2009, 232) ja mitataanko ilmiötä tarkasti ja harhattomasti (Aaltio & Puusa 2020, 179). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, miten tutkija on pystynyt luotettavasti operationalisoimaan teoreettiset käsitteet muuttujiksi. Koko tutkimuksen luotettavuuden perustana on mittarin sisältövaliditeetti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190). Validiteetin olen huomionut perehtymällä huolellisesti tutkittavaan aiheeseen ja määritellyt tutkimuksen keskeiset käsitteet tarkasti. Viitekehystä hyödyntäen kehitelin mittariston eli kyselyn (Vilka 2007, 150) ja suunnittelin kyselylomakkeen niin, että ne kattavat koko tutkimustehtäväni (Vilka 2021, 193–194). Mittari oli riittävän kattava, eikä mikään tutkimusilmiön osa-alue jäänyt mittaamatta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Olen pyrkinyt siihen, että tutkittava ymmärtää kysymykset samalla tavoin kuin minä tutkijana (Vilka 2007, 250). Kyselylomakkeen esitestaamisella toin myös lisää luotettavuutta tutkimukseeni, koska kyselylomake on luotu juuri omaa tutkimustani varten (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190–191).

Reliabiliteetilla arvioidaan tulosten tarkkuutta ja kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia (Vilka 2021, 194) sekä tulosten pysyvyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Näillä viitataan siihen, että toistettaessa tutkimus uudelleen, saman henkilön kohdalla saataisiin tismalleen sama tutkimustulos (Vilka 2021, 194). Reliabiliteettia voidaan vain arvioida (Kananen 2015, 349). Reliabiliteetin olen varmistanut esitestaamalla kyselyn ennen sen

lähettämistä kohdejoukolla välttämällä näin sattumanvaraisia tuloksia. Mittari, eli kyselylomake on suunniteltu huolellisesti (Heikkilä 2014, 8) ja sekä määrällisillä väittämillä, että avoimilla kysymyksillä on kartoitettu hoitohenkilöstön oirehoidon osaamista ja osaamisen puutteita (Vilkkä 2007, 150). Voidaan arvioida, että toistettaessa kysely uudelleen tehostettujen asumisyksiköiden hoitohenkilökunnalle saataisiin sama tutkimustulos, sillä osaamisen taso ei juurikaan ole muuttunut, mikäli hoitohenkilöstö ei ole saanut lisäkoulutusta oirehoidon osaamiseen.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta olen lisännyt, kun olen selostanut tutkimustyön toteuttamisen mahdollisimman tarkasti (Hirsjärvi ym. 2009, 232) 181), yksityiskohtaisesti (Elo & Kyngäs 2008, 112) ja juuri niin kuin se on toteutunut (Juuti & Puusa 2020, 175). Olen raportoinut tulokset juuri sellaisena, kuin ne ilmenevät (Vilkkä 2021, 197, 201). Tutkimuksen luotettavuuden takaa kattava perehtymiseni tutkimusaineistoon ja teoretietoon. Olen huomionut sekä kansallisen, että kansainvälisen kirjallisuuden ja näyttöön perustuvan tiedon aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 26.) Artikkelit ja katsaukset, joita olen työssäni käyttänyt, ovat vertaisarvioituja ja pääosin julkaistu tieteellisissä lehdissä. Hyödynsin tiedonhaussa myös analyttikon apua.

Luotettavuutta saattaa heikentää se, että tutkimus ja kehittämistyöprosessin olen toteuttanut täysin itsenäisesti. Myös Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 197) viittaavat siihen, että yksintyöskentelevä saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Vaikka toisaalta triangulaatiomenetelmän käyttäminen tuo tutkimukseen luotettavuutta, sen on määritelty olevan tutkimusmuotona työläs (Eskola & Suoranta 1998, -), jonka olen huomionut oppinäytetyön suunnittelussa ja aikataulutamisessa.

Vastausprosentin jäädessä valitettavan pieneksi tutkimukseen tuotiin lisää luotettavuutta käyttämällä face validiteettia (Kyngäs ym. 2011, 140), eli tutkimustulokset esitettiin asumisyksiköiden esihenkilöille, jotka ovat perehtyneet tutkittavaan aiheeseen ja he arvioivat sen jälkeen vastasivatko tulokset todellisuutta (Elo ym. 2014, 5). Kolme esihenkilöä vastasi sähköpostitse tulosten pätevyyteen ja heidän mielestään tulokset vastaavat todellisuutta. Tuloksista ilmeni sellaisia osaamisen puutteita, jotka olivat jo aiemmin osassa yksiköissä herättäneet pohdintaa. Toin myös lisää luotettavuutta tutkimukseen raportoimalla sisällönanalyysin prosessin tarkasti ja luotettavuuden osoittamiseksi käytin raportoinnissa vastaajien suoria lainauksia tekstiä havainnollistamaan. Tiedonkeruun luotettavuuden otin huomioon kuvaamalla tutkittavan kohdejoukon ja otantamenetelmät (Elo ym. 2014, 2, 6, 8).

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa olen hyödyntänyt kvalitatiivisen tutkimuksen yleisiä arviointikriteereitä. **Uskottavuuden** olen ottanut huomioon kuvaamalla tulokset niin selkeästi, että lukija ymmärtää, millä tavoin analysointi on tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198) ja olen pyrkinyt siihen, että he luottavat noudattaneeni huolellisuutta aineiston keruussa ja analysoimisessa (Juuti & Puusa 2020, 175). Tutkimukseni uskottavuutta lisää myös triangulaatiomenetelmän käyttäminen (Kylmä & Juvakka 2007, 129) ja se, että olen kuvannut tutkimukseen osallistuvan perusjoukon tarkasti (Elo ym. 2014, 2). **Vahvistettavuuden** olen huomionut kirjaamalla tutkimisprosessini niin, että toinen tutkija pystyy seuramaan prosessin kulkua lukiessaan työtäni (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Elo ym. (2014,7) viittaavat tekstissään, että tutkimuksen luotettavuutta voidaan pitää korkeana, mikäli toinen tutkija pystyy helposti seuraamaan alkuperäisen tutkijan käyttämää prosessia. **Refleksiivisyyden** otin huomioon siten, että mietin ennakkoon millä tavoin itse vaikutan aineistoon ja tutkimusprosessiin. Työn tekemisessä en ole ajatellut omaa etua, vaan pyrin koko tutkimusprosessin ajan (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129) rehellisyyteen (Vilka 2021, 196) ja avoimuuteen. **Siirrettävyys:** Tutkimustulokseni antavat suuntaa hoitohenkilökunnan osaamiseen oirehoidossa. Tutkimustulokset ovat osittain samansuuntaiset, kuin muissakin tutkimuksissa (Aira 2005), joten tulokset ovat osittain siirrettävissä muihin ympäristöihin (Elo ym. 2014,7) ja aiheittani voitaisiin hyvin tutkia ikääntyneiden tehostetuissa asumisyksiköissä uudelleen (Aaltio & Puusa ym. 2020, 181).

LÄHTEET

Aaltio, Iiris & Puusa Anu 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. Puusa, Anu & Juuti, Pauli. Tallinna; Gaudeamus.

Anttonen, Marja Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Hakupäivä 27.10.2022. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Aira, Marja 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121 (10), 1073–77. Hakupäivä 26.8.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94977>

Bolt, Sacha R, van der Steen, Jenny T, Schols, Jos M.G.A, Zwakhalen, Sandra M.G, Pieters, Sabine & Meijers, Judith M.M 2019. Nursing staff needs in providing palliative care for people with dementia at home or in long-term care facilities: A scoping review. International Journal of Nursing Studies 96, 143–152. Hakupäivä 1.7.2022. Vaatii käyttöoikeuden.

Brazil, Kevin, Brink, Peter, Kaasalainen, Sharon, Kelly, Mary Lou & Mcainey, Carrie 2012. Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. International Journal of Palliative Nursing 18 (2). Vaatii käyttöoikeuden. Hakupäivä 11.9.2022.

Broglio, Kathleen. 2016. Dyspnea. Teoksessa Advanced practice palliative nursing. 233–243. (toim. Dahlin, Constance, Coyne, Patrick. J & Ferrell, Betty R). New York: Oxford University Press. Hakupäivä 10.1.2022. Vaatii käyttöoikeuden.

Chen I-Hui, Lin Kuan-Yu, H Hu Sophia, Chuang Yeu-Hui, Long Carol O, Chang Chia-Chi & F Liu Megan 2017. Palliative care for advanced dementia: Knowledge and attitudes of long-term care staff. Wiley Journal of Clinical Nursing. 27, 848–858. Hakupäivä 3.1.2022. DOI: 10.1111/jocn.14132. Vaatii käyttöoikeuden.

Connor, Stephen, Morris, Claire & Brennan, Frank 2020. What is palliative care for adults, for children? Who definition of palliative care. Teoksessa *Global atlas of Palliative Care. 2nd edition*. London UK. World Health Organization.

De Witt Jansen, Bannin, Brazil, Kevin, Passmore, Peter, Buchanan, Hilary, Maxwell, Doreen, McIlpatrick, Sonja J, Morgan, Sharon M, Watson, Max & Parsons, Carole 2017. Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliative Care*. 16 (6), 1–11. Hakupäivä 1.7.2022. DOI 10.1186/s12904-017-0184-1

Elo, Satu & Kyngäs, Helvi 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115. Hakupäivä 13.8.2022. DOI: 10.1177/2158244014522633

Elo, Satu, Kääriäinen, Maria, Kanste, Outi, Pökki, Tarja, Utriainen, Kati & Kyngäs Helvi 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open* 1–10. Hakupäivä 13.8.2022. DOI: 10.1177/2158244014522633

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere; Vastapaino. E-Kirja.

Estabrooks, Carole A, Hoben, Matthias, Poss, Jeffrey W, Chamberlain, Stephanie A, Thompson, Genevieve N, Silvius, James L & Norton, Peter G 2015. Dying in a Nursing Home: Treatable Symptom Burden and its Link to Modifiable Features of Work Context. *JAMDA* 16, 515–520. Hakupäivä 4.1.2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.02.007>

Etkind S.N, Bone A.E, Gomes B, Lovell N, Evans C.J, Higginson I.J & Murtagh F.E.M 2017. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine* 15 (102), 1–10. Hakupäivä 4.1.2022. DOI 10.1186/s12916-017-0860-2.

Fitch, Margaret I, Fliedner, Monika C & O'Connor, Margaret 2015. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of Palliative Medicine* 4 (3), 150–155. Hakupäivä 2.6.2022. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04

Fleming, Jane, Calloway, Rowan, Perrels, Anouk, Farquhar, Morag, Barclay, Stephen & Brayne, Carol on behalf of the Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study 2017. Dying comfortably in very old age with or without dementia in different care settings-a representative “old old” population study. *BMC Geriatrics* 17 (222), 1–17. Hakupäivä 4.1.2022. DOI 10.1186/s12877-017-0605-2.

Forsius, Pirita, Hammar, Teija, Rantala, Ville & Alastalo, Hanna 2021. Saattohoito huomioitava paremmin iäkkäiden asumispalveluiden kilpailutuksissa. Tutkimuksesta tiiviisti 40, 1–7. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 27.8.2022.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142803/URN_ISBN_978-952-343-695-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Forsius, Pirita, Hammar, Teija, Finne-Soveri, Harriet & Alastalo, Hanna 2021. Elämän loppuvaiheen hoidon osaaminen kaipaa vahvistusta iäkkäiden palveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 75, 1–6. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 20.8.2022.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143514/TUTI2021_075%20k.pdf?sequence=4&isAllowed=y

García-Salvador, Isidoro, Chisbert-Alapont, Encarna, Campos, Amparo Antonaya Mohedo, Jorge Casaña, Navarro, Clara Hurtado, Fernández Peris, Silvia, Bonías López, José & De la Rica Escuin, Maria Luisa 2021. Design and Validation of the INCUE Questionnaire: Assesment of Primary Healthcare Nurses Basic Training Needs in Palliative Care. *International Journal of Environmental Research and Puplic health* 18, 10995. 1–13.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182010995>. Hakupäivä 1.8.2022.

Gil-Lacruz, Marta, Gracia-Pérez, María Luisa & Gil-Lacruz, Ana Isabel 2019. Learning by Doing and Training Satisfaction: An Evaluation by Health Vare Professionals. *International Journal of Enviromental Research and Puplic Health* 16, 1397, 1–13. Hakupäivä 27.10.2022.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16081397>

Glare, Paul, Miller, Jeanna, Nikolova, Tanya & Tickoo, Roma 2011. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clinical Interventions in Aging* 6, 243–259. Hakupäivä 5.7.2022.
<http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S13109>.

Goswami, Poonam, Mistic, Michael & Barber Fedricker, Diane Barber 2020. Advance care planning. Advanced practice provider-initiated discussions and their effects on patient-centered end-of-life care. *Clinical Journal of Onkology Nursing* 24 (1) 81–87. Hakupäivä 11.1.2022. 10.1188/20.CJON.81-87. Vaatii käyttöoikeuden.

Hall, S, Kolliakou, A, Petkova, H, Froggatt, K & Higginson, IJ 2011. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing homes (Review). *Cochrane Database of Systematic*

Reviews 3, 1–18. Hakupäivä 11.1.2022. DOI: 10.1002/14651858.CD007132.pub2. Vaatii käyttöoikeuden.

Hammar, Teija, Leppäaho, Suvi, Toikka, Iiro, Kylänen, Marika & Heikkilä, Rauha 2018. Kunnat ovat varautuneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympäri- vuorokautisen hoidon tueksi. Tutkimuksesta tiiviisti 36. 1–6. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 12.2.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137237/URN_ISBN_978-952-343-216-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hamunen, Katri, Heiskanen, Tarja & Kalso, Eija 2007. Miten palliatiivinen sedaatio toteutetaan. Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti 62 (44).

Harvey Bush, Shirley, Tierney, Sallyanne & Lawlor, Peter Gerard 2017. Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs* 77, 1623–1643. SpringerLink. Hakupäivä 3.8.2022. DOI 10.1007/s40265-017-0804–3

Heikkilä, Tarja 2014. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Edita Publishing Oy. Hakupäivä 26.8.2022. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>

Heikkilä, Tarja 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Edita Publishing Oy. Hakupäivä 26.8.2022. https://moodle oulu.fi/pluginfile.php/991675/mod_resource/content/1/Heikkilä_Määrällinen%20Tutkimus.pdf

Hendriks, Simone A, Smalbrugge, Martin, Hertogh, Cees M.P.M & van der Steen, Jenny T 2014. Dying With Dementia: Symptoms, Treatment, and Quality of Life in the Last Week of Life. *Journal of Pain and Symptom Management* 47 (4), 710–720. Hakupäivä 11.1.2022. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00332-1/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(13)00332-1/pdf)

Hermans, Kirsten, Cohen, Joachim, Spruytte, Nele, Van Audenhove, Chantal & Declercq, Anja 2017. Palliative care need and symptoms of nursing home residents with and without dementia: A cross-sectional study. *Geriatrics & gerontology international* 17 (19), 1–18. Hakupäivä 15.8.2022.

Hiltunen, Pirkko 2015. Psykososiaalinen tuki vanhuspotilaille. Teoksessa: Palliatiivinen hoito. (toim. Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli). Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki; Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara Paula 2018. Tutki ja kirjoita. Helsinki; Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Honinx, Elisabeth, Smets, Tinne, Piers, Ruth, Deliens, Luc, Payne, Sheila, Kylänen, Marika, Baranska, Ilona, Pasman, Roeline W, Gambassi, Giovanni & Van den Vlock, Lieve 2019. Agreement of Nursing Home Staff With Palliative Care Principles: A PACE Cross-sectional Study Among Nurses and Care Assistants in Five European Countries. *Journal of Pain and Symptom Management* 54 (5), 824–834. Hakupäivä 5.3.2022. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.015>

Hotus-hoitosuositus 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Hakupäivä 6.7.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>

Hotus-hoitosuositus 2022. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hoitotyön tutkimussäätiö. Hakupäivä 6.7.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>

Hökkä, Minna, Pareira, Sandra Martins, Pölkki, Tarja & Hernández-Marrero, Bablo 2020. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* 34 (7), 851–870. Hakupäivä 22.2.2022. <https://doi.org/10.1177%2F0269216320918798>. Vaatii käyttöoikeuden.

Hökkä, Minna, Melender, Hanna-Leena, Lehto, Juho & Kaakinen, Pirjo 2021. Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. *Journal of Palliative Medicine* 24 (10), 1516-1524. Hakupäivä 22.2.2022. Vaatii käyttöoikeuden.

Hänninen, Juha, Hamunen, Katri, Laakkonen, Marja-Liisa, Laukkala, Tanja, Lehto, Juho, Matila, Ari, Rahko, Eeva, Saarto, Tiina, Tohmo, Harri & Vuorinen, Eero 2013. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Näytön paikka. Käypä hoito- suosituksen päivitystiivistelmä. *Duodecim* 129 (4), 372–3. Hakupäivä 2.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10814>

Hänninen, Juha & Rahko, Eeva 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellisen aikakausikirja Duodecim 129 (4), 433–9. Hakupäivä 23.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>

Hänninen, Juha 2015. Oireet palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, Juha 2015. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa: Palliatiivinen hoito. (toim. Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, Juha 2018. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa: Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt-opas. (Toim. Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Vainio, Anneli & Antikainen, Riitta). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, Juha 2021. Kärsimyksen kokemus. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Hakupäivä 6.7.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16139>

Hyppönen, Olli & Lindén, Satu 2009. Opettajan käsikirja- opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo; Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja opiskelun tuen julkaisuja 4/2009. Hakupäivä 19.2.2022. <http://lib.tkk.fi/Reports/2009/isbn9789622480637.pdf>

Idman, Irja 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. 129 (4), 403–9. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10809>

Idman, Irja 2018. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito palliatiivisen hoidon osana. Teoksessa: Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. (toim.) Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Vainio, Anneli & Antikainen, Riitta. Kustannus Oy Duodecim.

Ilmakangas, Virpi & Takamäki, Merja 2019. Onnistu muutoksessa, Henkilöstöjohtamisen hyvät käytännöt. Kuntatyönantajat Helsinki. Keuruu; Otavan kirjapaino Oy.

Innokylä. aivoriihi 2022. Hakupäivä 12.4.2022. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>

Innokylä. arviointimittari 2022. Hakupäivä 27.2.2022. https://innokyla.fi/sites/default/files/2020-03/Arviointimittari_tulostusversio.pdf

Jonsdottir, Thorbjorg & Gunnarsson, Esther Christina 2021. Understanding Nurses Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing* 22, 281–293. Hakupäivä 15.8.2022. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002>. Vaatii käyttöoikeuden.

Joki, Maritta 2018. Henkilöstöasiantuntijan käsikirja. Helsingin Kamari Oy. E-Kirja. Vaatii käyttöoikeuden.

Juuti, Pauli & Puusa Anu 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. Puusa, Anu & Juuti, Pauli. Tallinna; Gaudeamus.

Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki; Sanoma Pro Oy

Kipu 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 6.7.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Knaul, Felicia, Radbruch Lukas, Connor, Stephen, de Lima, Liliana, Arreola-Ornelas, Hector, Carniado, Oscar Mendez, Kwete, Xiaoxiao Jiang, Bhadelia, Afsan, Downing, Julia & Krauker, Eric L 2020. How many adults and children are in need of palliative care worldwide? Teoksessa *Global atlas of Palliative Care. 2nd edition*. London UK. World Health Organization.

Korhonen, Tarja & Poukka, Paula 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 129 (4), 440–5. Hakupäivä 2.8.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>

Kupias, Päivi, Peltola, Raija & Pirinen, Jorma 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. Sanoma Pro. E-Kirja. Vaatii käyttöoikeuden.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki; Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi, Elo, Satu, Pölkki, Tarja, Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148. Hakupäivä 1.8.2022.

https://www.researchgate.net/profile/Tarja-Poelkki/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32/Sisaelloenanalyysi-suomalaisessa-hoitotieteellisessae-tutkimuksessa.pdf

Laanterä, Sari, Pölkki, Tarja & Pietilä, Anna-Maija 2012. Mittarin kehittäminen hoitotieteellisessä tutkimuksessa-esimerkinä Breastfeeding Knowledge, Attitude and Confidence (BKAC)-mittari. *Hoitotiede* 24 (4), 325–334. Hakupäivä 15.8.2022. <https://elektra-helsinki.fi.ezp.oamk.fi:2047/se/h/0786-5686/24/4/mittarin.pdf>

Lehto, Juho, Toikkanen, Vesa & Saarto, Tiina 2011. Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. *Tieteessä katsaus. Suomen lääkärilehti* 66 (13), 1089–1096.

Lehto, Juho & Pöyhiä, Reino 2015. Hengenahdistus. Teoksessa *Palliatiivinen hoito*. (toim. Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli). Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.

Liao, Yo-Jen, Parajuli, Jyotsana, Jao, Ying-Ling, Kitko, Lisa & Berish, Diane 2021. Non-pharmacological interventions for pain in people with dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* (124), 104082. Hakupäivä 18.1.2022. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104082> Vaatii käyttöoikeuden.

Lin, Hung-Yu, Chen, Chu-I, Lu, Chu-Yun, Lin, Shu-Chuan & Huang, Chiung-Yu 2020. Nurses' knowledge, attitude, and competence regarding palliative and end-of-life care: a path analysis. *PeerJ*. 1–17. <http://dx.doi.org/10.7717/peerj.11864>.

Lipponen, Varpu & Karvinen, Ikali 2014. Lupa lähteä. Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana. *Gerontologia* 28 (1), 30–38. Hakupäivä 5.10.2022. Elektra tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.

Lipponen, Varpu & Karvinen, Ikali 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. *Gerontologia* 29 (3), 152–163. Hakupäivä 5.10.2022. Elektra tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.

Loureiro, Fernanda, Sousa, Luís & Antunes, Vanessa 2021. *Journal of Personalized Medicine* 11 (10), p. 1010. DOI:10.3390/jpm11101010. Hakupäivä 18.10.2022.

Lundin, Emma & Godskesen, Tove E 2021. End of life care for people with advanced dementia and pain. a qualitative study in Swedish nursing homes. BMC nursing 20 (48), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7> Hakupäivä 10.1.2022.

Melender, Hanna-Leena, Hökkä, Minna, Saarto, Tiina & Lehto, Juho T 2020. The required competencies of physicians within palliative care from the perspectives of multi-professional expert groups: a qualitative study. BMC Palliative Care 16 (65), 1–11. Hakupäivä 3.7.2022. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00566-5>

Mercadante, Sebastiano, Villari, Patrizia & Ferrera, Patrizia 2011. Refractory Death Rattle: Deep Aspiration Facilitates the Effects of Antisecretory agents. Journal of Pain and Symptom Management 41 (3), 637–639. Hakupäivä 4.7.2022. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.06.012

Merriam, Sharan B & Tisdell Elizabeth J 2015. Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation. John Wiley & Sons, Incorporated. E-Kirja. Hakupäivä 18.1.2022 & 23.1.2022. <https://ebookcentral-proquest-com.ezp.oamk.fi:2047/lib/oamk-ebooks/detail.action?docID=2089475>

Midtbust, May Helen, Alnes, rigmor Einang, Gjengedal, Eva & Lykkeslet, Else 2018. Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. BMC Health Services Research 18: 709, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x>. Hakupäivä 30.7.2022.

Muistiliitto 2016. Muistisairaanhoidon hyvä saattohoito. Opas saattohoitoon osallistuville. Hakupäivä 11.9.2022. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaanhoidon_hyva_saattohoito_web.pdf

Muistisairaudet 2021. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 12.1.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s29>

Munkombwe, Wisdom Muleya, Petersson, Kerstin & Elgán, Carina 2020. Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 29, 1643–1652. Hakupäivä 3.7.2022. DOI: 10.1111/jocn.15232.

Muranen, Sampo, Sipola, Virpi & Vainio, Anneli 2018. Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (toim. Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Vainio, Anneli & Antikainen, Riitta). Kustannus Oy Duodecim.

Mäkinen, Olli 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki; Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nunn, Claire 2014. It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing* 12 (7), 338–344. Hakupäivä 1.7.2022. Vaatii käyttöoikeuden.

Oikarinen, Tuija & Pihkala, Timo 2010. Monenlaista osaamisen johtamista. Teoksessa: *Ikkunoita osaamisen johtamisen systemisen kokonaisuuteen*. (toim. Uotila, Timo-Pekka). Vaasan yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 293. Hakupäivä 22.3.2022.
https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8079/isbn_978-952-476-313-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ojasalo, Katri, Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2009. *Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. Helsinki; Sanoma Pro Oy,

Palliativinen hoito ja saattohoito 2019. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 3.1.2022, 4.1.2022, 11.1.2022, 13.1.2022, 15.1.2022, 1.7.2022, 3.7.2022, 6.7.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s27>

Paice, Judith A 2016. Pain. Teoksessa *Advanced practice palliative nursing*. 219-233. Toim. Dahlin, Constance, Coyne, Patrick J & Rollin Ferrell, Betty. New York: Oxford University Press. Hakupäivä 15.1.2022. Vaatii käyttöoikeiden.

Paice, Judith A. 2019. Pain Management. Teoksessa *Oxford textbook of Palliative Nursing*. 116-132. Toim: Rolling Ferrel, Betty & Paice, Judith A. Oxford University Press USA-OSO. Hakupäivä 15.1.2022. Vaatii käyttöoikeiden.

Payne, Sheila, Froggatt, Katherine, Sowerby, Elley, Collingridge Moore, Danni, Hockley, Jo, Kylänen, Marika, Oosterveld-Vlug, Mariska, Pautex, Sophie, Szczerbińska, Katarzyna, Van Den

Noortgate, Nele & Van Den Block, Lieve. PACE Steps to Success Programme. Steps towards achieving high quality palliative care in your care home. Information Pack. Vrije Universiteit Brussel (VUB) 2019. Suomenkielisen teoksen toimittajat: Hammar, Teija, Leppäaho, Suvi & Kylänen, Marika. PACE- toimintamalli: Kuusi askelta palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019. Hakupäivä 22.3.2022. <https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE-toimintamalli+Kuusi+askelta+palliatiivisen+hoidon+kehittämiseen.pdf/ace7b20c-c35b-4ef7-94f1-ebba332ae8d6>

Pennbrant, Sandra, Hjorton, Cecilia, Nilsson, Caroline & Karlsson, Margareta 2020. The challenge of joining all the pieces together. Nurses experience of palliative care for older people with advanced dementia living in residential aged care units. Wiley Journal of Clinical Nursing 29, 3835–3846. Hakupäivä 5.1.2022. DOI: 10.1111/jocn.15415.

Pickard, Alison Jane 2017. Research Methods in Information. 2nd edition. Facet Publishing. E-Kirja. Hakupäivä 18.1.2022 & 23.1.2022. <https://ebookcentral-proquest-com.ezp.oamk.fi:2047/lib/oamk-ebooks/detail.action?docID=4923760>

Pickstock, Shirely 2017. Breathlessness at end of life: what community nurses should know. Journal of Community Nursing 31 (5), 75–77. Vaatii käyttöoikeuden.

Pihlainen A 2010. Hyvä saattohoito suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö. Hakupäivä 10.1.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pohjankukka, Hanna 2021. Palliatiivinen hoito ympärivuorokautisessa palveluasumisessa- Henkilöstön tukiverkostomallin kehittäminen. YAMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 13.8.2022. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/496751/Pohjankukka_Hanna.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Puente-Fernández, Daniel, Campos-Calderón, Concepción Petra, Esteban-Burgos, Ana Alejandra, Hueso-Montoro, César, Roldán-López, Concepción Beatriz & Montoya-Juárez, Rafael 2020. Palliative Care Symptoms, Outcomes and Interventions for Chronic Advanced Patients in Spanish

Nursing Homes with and without Dementia. MDPI. International Journal of Environmental Research and Public Health 17, 1465, 1–12. Hakupäivä 13.1.2022. doi:10.3390/ijerph17051465

Puusa, Anu 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. Puusa, Anu & Juuti, Pauli. Tallinna; Gaudeamus.

Puusa, Anu & Julkunen, Saara 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. Puusa, Anu & Juuti, Pauli. Tallinna; Gaudeamus.

Rahko, Eeva & Rajala, Kaisa 2020. Saattohoito terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla. Teema: Kesänumero. Duodecim 136, 1605-13.

Saarto, Tiina, Lyytikäinen, Matti, Ahtiluoto, Satu, Junttila, Kristiina, Lehto, Juho, Finne-Soveri, Harriet, Hammat, Teija & Forsius, Pirita 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 18.8.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Sahlberg-Blom, Eva, Hårsmar, Anna-Lena & Osterlind, Jane 2013. Assistant nurses' descriptions of signs of dying among older people in nursing homes. Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies. Vård i Norden 33 (109), 20–24. Hakupäivä 28.6.2022. <https://doi.org/10.1177%2F010740831303300305>. Vaatii käyttöoikeuden.

Salin, Sirpa, Melender, Hanna-Leena, Lehto, Juho T & Hökkä, Minna 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58, 143–157.

Sandvik, Reidun K, Selbaek, Geir, Bergh, Sverre, Aarsland, Dag & Husebo, Bettina S 2016. Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. JGIM 31, 821–827. Hakupäivä 25.6.2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.006>

Saranico, Rebecca M, Bai, Mei, Blatt, Leslie, Solomon, Larry & McCorkle, Ruth 2018. Geriatric palliative care: Meeting the needs of a growing population. Geriatric nursing 39, 225–229. Hakupäivä 4.2.2022. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.09.004>. Vaatii käyttöoikeuden.

Sampson, Elizabeth J, Candy, Bridget, Davis, Sarah, Buylova Gola, Anna, Harrington, Jane, King, Michael, Kupeli, Nuriye, Leavey, Gerry, Moore, Kirsten, Nazareth, Irwin, Omar, Rumana Z, Vickerstaff, Victoria & Jones, Louise 2018. Living and dying with advanced dementia: A prospective cohort study of symptoms, service use and care at the end of life. *Palliative Medicine* 32 (3), 668–681. DOI: 10.1177/0269216317726443.

Seppänen-Järvelä, Riitta, Åkerbland, Leena & Haapakoski, Kaisa 2019. Monimenetelmällisen tutkimuksen integroivat strategiat. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (3), 332–339. Jyväskylän Yliopisto. Hakupäivä 11.8.2022. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/65385/YP1903_Seppanen-Jarvelaym.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Seppänen, Marjaana, Vähäkangas, Auli & Anttonen, Mirja Sisko 2020. Hyvä kuolema. *Gerontologia* 34 (4), 363–367.

Smets, Tinne, Pivodic, Lara, Piers, Ruth, Pasman, H Roeline W, Engels, Yvonne, Szczerbińska, Katarzyna, Kylänen, Marika, Gambassi, Giovanni, Payne, Sheila, Deliens, Luc & Van den Block, Lieve 2018. The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliative Medicine* 32 (9), 1487–1497. Hakupäivä 2.1.2022, 3.1.2022. <https://doi.org/10.1177%2F0269216318785295>

STM 2019a. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019: 14. Hakupäivä 2.1.2022, 4.1.2022, 10.1.2022, 13.1.2022, 6.7.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM 2019b. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019: 68. Hakupäivä 5.1.2022, 6.1.2022, 9.1.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Taipale, Tanja & Sirola-Korhonen, Kristiina (2005) 2017 päivitetty. Osallistavat menetelmät Vinkkejä ja virikkeitä kouluttajalle. Helsinki; KSL-opintokeskus. Hakupäivä 25.10.2022. <https://www.ksl.fi/wp-content/uploads/2017/10/Osallistavat-menetelmät-KSL-verkko.pdf>

Tarnanen, Kirsi, Saarto, Tiina & Laukkala, Tanja 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Hakupäivä 21.2.2022. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Tasmuth Tiina 2019. Hyvä kivunlievitys vanhusten saattohoidossa. Potilaan lääkärilehti 9/2019. Hakupäivä 15.1.2022. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>

Tenny, Steven, Brannan Grace D, Brannan, Janelle M & Sharts-Hopko, Nancy C 2022. Qualitative study. StatPearls Publishing. Hakupäivä 3.8.2022. PMID: 29262162

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print E-Kirja. Hakupäivä 15.2.2022. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki; Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Hakupäivä 18.1.2022. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden ennakoarviointi Suomessa. Helsinki; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Hakupäivä 13.8.2022. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Tähtinen, Juhani, Laakkonen, Eero & Bromberg, Mari 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos. Painosalama Oy. Hakupäivä 17.3.2022. https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/149687/Tilastollisen_aineiston_kasittelyn_ja_tulkinnan_perusteita_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Twomey, Shelagh & Dowling, Maura 2013. Management of death rattle at end of life. *British Journal of Nursing* 22 (2), 81–85. Hakupäivä 24.6.2022. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.2.81>. Vaatii käyttöoikeuden.

Van den Block, Lieve, Honinx, Elisabeth, Piyodic, Lara, Miranda, Rose, Onwuteaka-Philipsen, Bregie D, van Hout, Hein, W.Pasman, H.Roeline, Oosterveld-Vlug, Mariska, Koppel, Maud Ten, Piers, Ruth, Van Den Noortgate, Nele, Engels, Yvonne, Vernooij-Dassen, Myrra, Hockley, Jo, Froggatt, Katherine, Payne, Sheila, Szczerbińska, Katarzyna, Kylänen, Marika, Gambassi, Giovanni, Pautex, Sophie, Bassal, Catherine, De Buysser, Stefanie, Deliens, Luc & Smets, Tinne 2020. Evaluation of a Palliative Care Program for Nursing Homes in 7 Countries. The PACE Cluster-Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine* 180 (2), 233–242.

Vanhuuskuolema 2014. *Paneeli* Konsensuslausuma. *Duodecim* 130, 115–123. Hakupäivä 13.1.2022.

Vattula, Kati, Rajala, Mira, Kuivila, Heli-Maria, Hökkä, Minna & Kaakinen, Pirjo 2020. Lähihoitajien kokemukset palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32 (2), 122–133. Hakupäivä 13.8.2022. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2020081048271.pdf>

Vihelä, Mari, Hökkä, Minna & Kaakinen Pirjo 2021. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32 (4), 275–284. Hakupäivä 13.8.2022. <http://jultika.oulu.fi/Record/nbnfi-fe202101151912>

Viitala, Riitta 2005. *Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön*. Keuruu; Otavan kirjapaino Oy.

Viitala, Riitta 2021. *Henkilöstöjohtaminen. Keskeiset käsitteet teorian ja trendit*. Helsinki; Edita. E-kirja. Vaatii käyttöoikeuden.

Vilka, Hanna 2007. *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. E-kirja. Hakupäivä 12.2.2022. 20.2.2022. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vilka, Hanna 2021. *Tutki ja kehitä. Päivitetty painos*. Jyväskylä; PS-kustannus.

Veldwijk-Rouwenhorst, Annelies E, Smalbrugge, Martin, Zuidema, Sytse U, Hanssen, Suzan A.J, Koopmans, Raymond T.C.M & Gerritsen, Debby L 2021. Continuous Palliative Sedation in Nursing Home Residents With Dementia and Refractory Neuropsychiatric Symptoms. *Jamda* 22, 305–311. Hakupäivä 1.7.2022. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.004>.

Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio G.D, Bula C & Jox R.J 2018. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatrics* 18 (220), 1–6. Hakupäivä 3.1.2022. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>.

Voutilainen, Päivi & Löppönen, Minna 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 11.1.2022. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>

Wilkie, Diana J & Ezenwa, Miriam O 2012. Pain and symptom management in palliative care and at end of life. *Nursing Outlook* 60 (6), 357–364. Hakupäivä 24.6.2022. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.08.002>.

Wright, David Kenneth, Brajman, Susan & Macdonald, Mary Ellen 2018. Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry*. John Wiley & Sons Ltd. 25 (3), e12234, 1–10. Hakupäivä 1.7.2022. DOI: 10.1111/nin.12234. Vaatii käyttöoikeuden.

Åvik Persson, Helene, Sandgren, Anna, Fürst, Carl-Johan, Ahlström, Gerd & Behm, Lina 2018. Early and late signs that precede dying among older persons in nursing homes: the multidisciplinary team's perspective. *PMC Geriatrics* 18 (134), 1–11. Hakupäivä 5.7.2022. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0825-0>.

Åvik Persson, Helene, Ahlström, Gerd, Årestedt, Kristofer, Behm, Lina, Drevenhorn, Eva & Sandgren, Anna 2022. Palliative care delivery at nursing homes before and after an educational intervention from professionals' perspective: A pre-post design. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 00, 1–14. Hakupäivä 11.9.2022. DOI: 10.1111/scs.13084

LIITTEET

LIITE 1. Kysely oirehoidon osaamisesta ikääntyneiden saattohoidossa

LIITE 2. Tiedote tutkimuksesta

LIITTEET 3–6. Esimerkkejä sisällön analyysistä

LIITE 7. Oirehoidon osaamisen kehittämissuunnitelma

KYSELY OIREHOIDON OSAAMISESTA IKÄÄNTYNEIDEN SAATTOHOIDOSSA

LIITE 1

Vastaathan kysymyksiin tämänhetkisen osaamisesi mukaan.

Vastaaminen tähdellä (*) merkittyihin kysymyksiin on pakollista

Vastatkaa kysymyksiin valitsemalla sopiva vaihtoehto

1=Täysin eri mieltä

2=Jokseenkin eri mieltä

3=En osaa sanoa

4=Jokseenkin samaa mieltä

5=Täysin samaa mieltä

Olen lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen ja osallistun tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti (*)

Kyllä

Hoitohenkilökunnan arvioima oirehoidon osaaminen

1. Minulla on riittävät tiedot ikääntyneiden oirehoidon toteuttamiseen saattohoidossa

1 2 3 4 5

2. Minulla on kyky soveltaa oirehoidon tietojani hoitotyöhön

1 2 3 4 5

3. Minulla on riittävät taidot ikääntyneiden oirehoidon toteuttamiseen saattohoidossa

1 2 3 4 5

4. Minulla on kyky soveltaa oirehoidon taitojani hoitotyöhön

1 2 3 4 5

5. Tunnistan lähestyvän kuoleman aiheuttamat oireet

1 2 3 4 5

6. Kuvaile lyhyesti muutamalla sanalla millaista on oirehoidon osaamisesi ikääntyneiden saattohoidossa? (*)

7. Osaan toteuttaa hoitotyön auttamismenetelmiä oireiden hoitamisessa

Kyllä

en

8. Mikäli vastasit en, missä auttamismenetelmissä tarvitset kehittämistä? (*)

Oireiden arvioiminen ikääntyneiden saattohoidossa

9. Arvioin elämänloppuvaiheen aiheuttamia oireita säännöllisesti

1 2 3 4 5

10. Kirjaan havaitsemani oireet järjestelmällisesti potilastietoihin

1 2 3 4 5

11. Osaan arvioida ikääntyneiden kipua

1 2 3 4 5

12. Arvioin ikääntyneen kipua säännöllisesti

1 2 3 4 5

13. Osaan arvioida sellaisen ikääntyneen kipua, joka ei pysty ilmaisemaan itseään

1 2 3 4 5

14. Hyödynnän kivun arvioimisessa oireittareita

1 2 3 4 5

15. Osaan arvioida ikääntyneen hengenahdistusta

1 2 3 4 5

16. Arvioin ikääntyneen hengenahdistusta säännöllisesti

1 2 3 4 5

17. Hyödynnän hengenahdistuksen arvioinnissa oireittareita

1 2 3 4 5

18. Osaan arvioida pahoinvoinnin taustalla olevia tekijöitä

1 2 3 4 5

19. Osaan arvioida ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä

1 2 3 4 5

20. Osaan arvioida ikääntyneen ihon kuntoa

1 2 3 4 5

21. Osaan arvioida ikääntyneen suun kuntoa

1 2 3 4 5

22. Osaan arvioida ikääntyneen ravitsemustilaa

1 2 3 4 5

Oireiden hoito ikääntyneiden saattohoidossa

23. Osaan toteuttaa suun kautta (p.o) annettavaa lääkehoitoa oirehoidossa

1 2 3 4 5

24. Osaan toteuttaa ihon alle (s.c) annettavaa lääkehoitoa oirehoidossa

1 2 3 4 5

25. Osaan toteuttaa nenän kautta annettavaa lääkehoitoa oirehoidossa

1 2 3 4 5

26. Osaan toteuttaa kipupumpulla annettavaa lääkehoitoa osana moniammatillista tiimiä

1 2 3 4 5

27. Tiedän opioidien aiheuttamat yleisimmät haittavaikutukset

1 2 3 4 5

28. Seuraan lääkehoidon vastetta aktiivisesti

1 2 3 4 5

29. Seuraan lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia aktiivisesti

1 2 3 4 5

30. Osaan toteuttaa lääkehoitoa ikääntyneiden kivun hoidossa

1 2 3 4 5

31. Osaan käyttää lääkkeettömiä hoitomenetelmiä osana kivunhoitoa

1 2 3 4 5

32. Osaan toteuttaa lääkehoitoa ikääntyneiden hengenahdistuksessa

1 2 3 4 5

33. Osaan toteuttaa lääkkeettömiä hoitomenetelmiä hengenahdistuksen hoidossa

1 2 3 4 5

34. Osaan hoitaa liman aiheuttamaa korinaa

1 2 3 4 5

35. Tiedän ummetuksen aiheuttamat riskit elämän loppuvaiheessa

1 2 3 4 5

36. Osaan hoitaa ummetuksesta kärsivää ikääntynyttä

1 2 3 4 5

37. Osaan hoitaa iho-oireita (kutina, pienet verenvuodot, infektiot, turvotus)

1 2 3 4 5

38. Osaan toteuttaa suunhoitoa ikääntyneiden saattohoidossa

1 2 3 4 5

39. Osaan hoitaa ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä lääkkeettömillä hoitokeinoilla

1 3 4 4 5

40. Osaan auttaa ikääntynyttä ahdistuneisuudessa saattohoidossa

1 2 3 4 5

41. Tunnistan deliriumin aiheuttamat oireet

1 2 3 4 5

42. Tunnistan ikääntyneen hengelliset tarpeet saattohoidossa

1 2 3 4 5

43. Ymmärrän, mitä tarkoittaa kokonaiskärsimys

1 2 3 4 5

44. Hyödynnän oirehoidon toteuttamisessa moniammatillista yhteistyötä

1 2 3 4 5

45. Tiedän palliativisen sedaation toteuttamisen periaatteet

1 2 3 4 5

Hoitajien arvioima koulutustarve

46. Kerro lyhyesti esimerkiksi ranskalaisin viivoin; missä **oirehoidon** osa-alueissa koet olevan eniten puutteita osaamisessasi (*)

47. Kerro lyhyesti, mihin **oirehoidon** osa-alueisiin haluaisit saada lisäkoulutusta (*)

Taustatiedot

Oletko? (*)

Sairaanhoitaja

Lähihoitaja

Muu, mikä? _____

Työyksikkösi? (*)

Hyvä vastaaja.

Olen Pauliina Kantola ja opiskelen Oulun ylemmässä ammattikorkeakoulussa kliiniseksi hoitotyön asiantuntijaksi. Teen tutkimuksellista kehittämistyötä aiheesta ”Oirehoidon osaaminen ikääntyneiden saattohoidossa”. Tutkimukseni kohdistuu [REDACTED] asumispalveluyksiköiden hoitohenkilökunnalle.

Tutkimuksellisen kehittämistyöni tarkoituksena on tämän kyselytutkimuksen avulla selvittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista ikääntyneiden saattohoidossa ja hyödyntää tietoa osaamisen ja kehittämisen suunnittelussa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamista saattohoidossa ja parantaa ikääntyneiden elämänloppuvaiheen oirehoitoa ja elämänlaatua.

Tutkimusprosessin jälkeen tarkoituksena on yhdessä esihenkilöiden ja osan henkilökunnasta kanssa pitää 1–2 etätyöpajaa, joissa ideoidaan, millä tavoin oirehoitoa ikääntyneiden saattohoidossa voidaan edelleen kehittää työyksiköissä, joten vastaamiseen kyselyyn on hyvin tärkeää.

Vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista. Teidän vastauksenne ovat täysin anonymiä ja anonymiteettinne säilyy koko tutkimusprosessin ajan. Vastaajaa ei voida tunnistaa vastausten perusteella ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Alla olevasta linkistä löytyy tutkimuksen tietosuojainfo luettavaksi.

Kyselyyn vastaamiseen tarvitsette n. 15 minuuttia aikaa.

Vastausaika sulkeutuu:

Kyselyyn pääsette alla olevan linkin kautta.

Vastauksistanne kiittäen:

Pauliina Kantola

Taulukko 10. Millaista on hoitohenkilökunnan oirehoidon osaaminen? Sisällönanalyysin esimerkki alkuperäisestä ilmauksesta pelkistettyyn ilmaukseen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Kivun havainnointia	Kivun arvioiminen
Kivun tulkintaa, ilmeilyä, ääntelyä	
Osaan havainnoida hengitystä	Hengityksen arvioiminen
Tunnistan hengityksen muuttumisen erilaisuuden	
Kivun hoitoa määrätyillä lääkkeillä	Kivun hoitaminen
Kivun hoitoa	
Perustarpeiden huomioiminen ja tunnistaminen	Perushoidosta huolehtiminen
Osaan huomioida ihon hoidon tarpeen	
Silmien kostutus	
Osaan huomioida suun kostuttamisen	Suun kostutuksesta huolehtiminen
Suun kostutus	
Pyritään asentohoidolla helpottamaan oloa	Asentohoidosta huolehtiminen
Osaan huomioida asentohoidon	
Tukeminen ja läsnä oleminen	Läsnäolo
Ollaan läsnä	
Työkokemukseni kautta osaamiseni on lisääntynyt	Työkokemuksen tuoma osaaminen
Käytännön kokemus	
Saattohoitopassin suorittaminen	Koulutuksen tuoma osaaminen
Osaan toteuttaa oirehoidon hyvin lähihoitajakoulutuksen vuoksi	
Riittävä	Osaamisen taso
Erittäin hyvää	
Osaan kohtalaisen hyvin	

Taulukko 11. Millaista on hoitohenkilökunnan oirehoidon osaaminen? Sisällönanalyysin esimerkki pelkistetystä ilmauksesta alaluokkaan ja edelleen pääluokkaan

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Kivun arvioiminen	Oirehoidon toteuttaminen	Oirehoidon osaaminen
Hengityksen arvioiminen		
Kivun hoitaminen		
Perushoidosta huolehtiminen	Perushoito	
Asentohoidosta huolehtiminen		
Suun kostuttamisesta huolehtiminen		
Osaamisen taso	Hankittu osaaminen	
Työkokemuksen tuoma osaaminen		
Koulutuksen tuoma osaaminen		
Tukeminen	Läsnäolo	
Ollaan läsnä		

Taulukko 12. Missä oirehoidon osa-alueissa koet olevan eniten puutteita osaamisessasi?

Sisällönanalyysin esimerkki alkuperäisestä ilmauksesta pelkistettyyn ilmaukseen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Lisähapen tarve	Hengittämistä helpottavat auttamismenetelmät
Limaimun tarpeen määrittäminen	
Kipulääkitys pistoksin, liian vähän harjoitusta	Kipulääkkeiden pistäminen
Oikeanlainen kipulääkitys ja sen ajoitus	Oikea-aikainen kivunhoito
Kivun hoidon oikea-aikaisuus	
Kipumittarit	Kipumittareiden käyttö
Mittareiden käyttö käytännön työssä	Mittareiden käyttäminen
Kipupumppu	Kipupumpun käyttäminen
Lääkkeettömät hoidot	Lääkkeettömät hoitomenetelmät
Hengityksen tukeminen lääkkeettömin keinoin	
Suun oirehoidossa/ oireiden tunnistamisessa paljon opittavaa	Suun hoitaminen
Ahdistus ja kuolemanpelko	Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen
Psyykinen oirehdinta	
Psyykinen toimintakyky	
Kertausta perusasioihin	Asioiden kertaaminen
Kertaus on opintojen äiti	
Hyvä kerrata kaikkia asioita	

Taulukko 13. Missä oirehoidon osa-alueissa koet olevan eniten puutteita osaamisessasi?
 Sisällönanalyysin esimerkki pelkistetystä ilmauksesta alaluokkaan ja edelleen pääluokkaan

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Kipulääkkeiden pistäminen	Lääkehoidon toteuttaminen	Osaamisen puutteet oirehoidossa
Kipupumpun käyttäminen		
Oikea-aikainen kivunhoito	Oireiden hoitaminen	
Hengittämistä helpottavat auttamismenetelmät		
Suun hoitaminen		
Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen		
Lääkkeettömät hoitomenetelmät		
Asioiden kertaaminen	Perusasioiden kertaus	
Kipumittareiden käyttö	Oiremittareiden käyttäminen	
Oiremittareiden käyttö		

OIREHOIDON OSAAMISEN KEHITTÄMISSUUNNITELMA

LIITE 7

<i>Oirehoidon osaamisen kehittämisen</i>	<i>Osaamistavoitteet</i>	<i>Kehittämismenetelmät</i>	<i>Arviointikriteerit- ja menetelmät</i>	<i>Vastuuhenkilöt</i>	<i>Aikataulu</i>
Oireiden tunnistamisen saattohoidoissa	-Tunnistetaan elämän loppuvaiheen aiheuttamat oireet, kuten kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, suun oireet, psyykkiset oireet, ahdistuneisuus, delirium ja hengelliset tarpeet -Ymmärretään, mitä tarkoitetaan kokonaiskärsimyksellä	-Oirehoidon ohjeistus osaksi perehdytystä. -CASE-oppiminen -PACE-malli, askel 2: läkkään asukkaan voinnin arviointi ja tarkkailu -Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen. -Jälkipuinti	Työntekijät tekevät kirjallisen lähtötason arvioinnin oireiden tunnistamisesta ennen CASE opetusta, PACE-mallin käyttöönottoa ja näyttöön perustuvan tiedon hankkimista. Opetuksen jälkeen työntekijät tekevät oppimisreflektion ja arvioinnin oireiden tunnistamisen osaamisen kehittymisestä. Arviointimittarina käytetään Innokylän arviointimittaria.	Yksikön esihenkilö Hän vastaa työntekijöiden lähtötason arvioinnin ja oppimisreflektion arvioimisesta ja tarvittaessa pyytää perustellumpaa arviointia.	tammi-joulukuu 2023

<p>Oireiden arviointi saattohoidossa</p>	<p>-Osataan arvioida oireita kokonaisvaltaisesti</p> <p>-Osataan käyttää kipu- ja oiremittareita oireiden arvioinnin kartoittamiseen (VAS, NRS, PAINAD) ja otetaan käyttöön oireiden kartoituslomake (ESAS). -Hyödynnetään mittareita systemaattisesti osana hoitotyötä.</p> <p>-Osataan arvioida suun kuntoa</p>	<p>-Oirehoidon arviointi osaksi perehdytystä</p> <p>-CASE-oppiminen</p> <p>-PACE-malli, askel 2: läkkään asukkaan voinnin tarkkailu ja hoito sekä askel 4: Laadukkaan hoidon tarjoaminen elämänloppuvaiheessa ja kivun arviointi.</p> <p>-Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen.</p> <p>-Jälkipuinti</p>	<p>Työntekijät tekevät kirjallisen lähtötason arvioinnin oirehoidon osaamisesta ja oiremittareiden käytöstä ennen CASE opetusta, PACE-mallin käyttöönottoa ja näyttöön perustuvan tiedon hankkimista. Opetuksen jälkeen työntekijät tekevät oppimisreflektion ja arvioinnin oireiden arvioimisen kehittymisestä, oiremittareiden oikeaoppisesta käytöstä ja oireiden kokonaisvaltaisesta arvioinnista. Arviointimittarina käytetään Innokylän arviointimittaria</p>	<p>Yksikön esihenkilö Hän vastaa työntekijöiden lähtötason arvioinnin ja oppimisreflektion arvioimisesta ja tarvittaessa pyytää perustellumpaa arviointia.</p>	<p>tammi-joulukuu 2023</p>
<p>Oirehoidon osaaminen saattohoidossa</p>	<p>-Osataan hoitaa oireita näyttöön perustuvan tiedon mukaan.</p> <p>-Osataan määritellä lisähapen tarve ja lievittää liman aiheuttamaa korinaa</p>	<p>-Oireiden hoitaminen osaksi perehdytystä</p> <p>-CASE-opetus</p> <p>-PACE-malli askel 4: Laadukkaan hoidon tarjoaminen elämän loppuvaiheessa ja kivun arviointi sekä askel 5: Asukkaan hoito ja</p>	<p>Työntekijät tekevät kirjallisen lähtötason arvioinnin oirehoidon osaamisesta ennen CASE opetusta, PACE-mallin käyttöönottoa ja näyttöön perustuvan tiedon hankkimista. Opetuksen jälkeen työntekijät tekevät oppimisreflektion ja</p>	<p>Yksikön esihenkilö Hän vastaa työntekijöiden lähtötason arvioinnin ja oppimisreflektion arvioimisesta ja tarvittaessa pyytää</p>	<p>tammi-joulukuu 2023</p>

	-Osataan hoitaa kipua oikea-aikaisesti ja ajoittaa kipulääkitys oikein -Osataan hoitaa suuta -Osataan hoitaa psyykkisiä oireita	hoiva viimeisinä elinviikkoina-päivinä. -Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen -Jälkipuinti	arviointiin oirehoidon osaamisen kehittymisestä. Arviointimittarina käytetään Innokylän arviointimittaria	perustellumpaa arviointia.	
Lääkkeettömät hoitotyön menetelmät saattohoidossa	-Osataan hyödyntää lääkkeettömiä hoitomenetelmiä kivun, hengenahdistuksen ja psyykkisen toimintakyvyn hoidossa. -Otetaan lääkkeettömät hoitokeinot systemaattisesti mukaan osaksi oirehoitoa	-CASE-oppiminen. -Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen. -Käytännön harjoittelu	Työntekijät tekevät kirjallisen lähtötason arviointi lääkkeettömien hoitomenetelmien käytöstä osana oirehoitoa. Opetuksen jälkeen työntekijät tekevät oppimisreflektion ja itsearviointin osaamisen kehittymisestä lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä. Arviointimittarina käytetään Innokylän arviointimittaria	Yksikön esihenkilö Hän vastaa työntekijöiden lähtötason arvioinnin ja oppimisreflektion arvioimisesta ja tarvittaessa pyytää perustellumpaa arviointia.	tammi-joulukuu 2023
Lääkehoidon toteuttaminen	-Osataan pistää kipulääkkeitä s.c -Osataan käyttää	-Käytännön harjoittelu -Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen	Työntekijät tekevät kirjallisen lähtötason arvioinnin kipulääkkeiden pistämisestä ja kipupumpun käyttämisestä.	Yksikön esihenkilö Hän vastaa työntekijöiden lähtötason	tammi-joulukuu 2023

<p>n saattohoido ssa</p>	<p>kipupumppua osana moniammatillista tiimiä</p>	<p>-CASE-opetus</p>	<p>Opetuksen jälkeen työntekijät tekevät oppimisreflektion aiheesta ja itsearvioinnin osaamisen kehittymisestä kipupumpun käytössä ja kipulääkkeiden pistämisessä. Arviointimittarina käytetään Innokylän arviointimittaria</p>	<p>arviointin ja oppimisreflektion arvioimisesta ja tarvittaessa pyytää perustellumpaa arviointia.</p>	
<p>Palliativisen sedaation periaatteide n tunteminen</p>	<p>-Osataan palliativisen sedaation pääperiaatteet</p>	<p>-CASE-opetus -Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen</p>	<p>Työntekijät perehtyvät ajantasaiseen ja näyttöön perustuvaan tietoon palliativisesta sedaatiosta. Työntekijät arvioivat osaamisen kehittymisen palliativisen sedaation pääperiaatteista opetuksen jälkeen.</p>	<p>Yksikön esihenkilö Hän vastaa työntekijöiden lähtötason arvioinnin ja oppimisreflektion arvioimisesta ja tarvittaessa pyytää perustellumpaa arviointia.</p>	<p>tammijoulukuu 2023</p>