



Asiantuntijasairaanhoitaja palliatiivisen hoitotyön kehittäjänä ja osaamisen varmis- tajana

Jonna Kalliomäki

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Huhtikuu 2025

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK

Kliininen asiantuntija

Kalliomäki, Jonna

Asiantuntijasairaanhoitaja palliatiivisen hoitotyön kehittäjänä ja osaamisen varmistajana

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Huhtikuu 2025, 87 sivua

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, kliininen asiantuntija.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Laadukas palliatiivinen hoito on ihmisoikeus. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen, laadukkaan kotisaattohoidon mahdollistaminen sekä konsultaatiotoiminnan organisoiminen ovat asioita, joilla voidaan vastata Suomessa lisääntyvään palliatiiviseen hoidon tarpeeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkimusklubien avulla selvittää palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoitajan asiantuntijuuden tarvetta kotihoidossa, ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, kehitysvammaisten ihmisten asumispalveluissa sekä perustason hoito-osastoilla. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa siitä, mitä ongelmia tai haasteita henkilökunta kokee palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidossa. Tutkimustuloksia hyödynnettiin palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoitajan toimenkuvaa suunniteltaessa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin neljän tutkimusklubin avulla eri yksiköiden ammattilaisilta (n=20). Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalysillä.

Tulosten perusteella eri yksiköiden ammattilaiset kokivat yhteneviä haasteita palliatiivisessa hoidossa; potilaan ja omaisten kohtaaminen, kuolemasta puhuminen, hoitohenkilökunnan tukeminen, lääkitykseen sekä oirehoitoon liittyvät haasteet, hoitosuunnitelmien ja -polkujen epäselvyys ja lisäkoulutuksen tarpeet.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että palliatiiviselle konsultoivalle asiantuntijasairaanhoitajan konsultaatio-osaamiselle on tarvetta, jotta potilaiden hoito saadaan yhtenäistettyä ja hoidon laatua kehitettyä. Asiantuntijasairaanhoitajan konsultaatiopalvelulla saadaan tuotettua hyvää ja laadukasta palliatiivista ja saattohoitoa asuinpaikasta riippumatta. Asiantuntijasairaanhoitaja osana moniammatillista tiimiä vahvistaa osaamista ja tuo näyttöön perustuvaa tietoa käytäntöön. Hoitopolkujen ja hoitosuunnitelmien selkiyttäminen vahvistaa moniammatillista yhteistyötä ja tukee ammattilaisten työhyvinvointia. Kustannussäästöjä saadaan, kun potilaat hoidetaan asianmukaisissa paikoissa.

Avainsanat (asiasanat)

Palliatiivinen hoito, saattohoito, asiantuntijasairaanhoitaja, palliatiivinen osaaminen

Kalliomäki Jonna

The role of the Advanced Practice Nurse in developing palliative care nursing and ensuring competence

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, April 2025, 87 pages

Master's Degree Program in Health and a Social Sciences, Clinical Expert

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

High-quality palliative care is a human right. The development of palliative care and terminal care, the enabling of quality home hospice care and the development of consultation activities are issues that can be used to respond to the increasing need for palliative care in Finland.

The purpose of the thesis was, with the help of research clubs, to find out the need for the expertise of a palliative consulting nurse practitioner in residential services in home care, round-the-clock service housing, for people with developmental disabilities and basic care departments. The goal was to produce research information about what problems or challenges the staff experience when caring for palliative and hospice patients. The research results are used when planning the job description of a palliative consulting nurse practitioner. The thesis was carried out as a qualitative study. The material was collected with the help of four research clubs from professionals of different units (n=20). The research material was analyzed using content analysis.

Based on the results, professionals from different units experienced similar challenges in palliative care; meeting the patient and relatives, talking about death, supporting the nursing staff, challenges related to medication and symptom management, the ambiguity of treatment plans and paths, and the need for additional training.

As a conclusion, it can be stated that there is a need for the palliative consulting nurse practitioner's consultation skills to make the care of patients unified and to improve the quality of care. With the expert nurse's consultation service, good and high-quality palliative and hospice care can be produced, regardless of where you live. A nurse practitioner as part of a multi-professional team strengthens competence and brings evidence-based knowledge into practice. Clarifying treatment paths and treatment plans strengthens multiprofessional cooperation and supports professionals' well-being at work. Cost savings are created when patients can be treated in appropriate places.

Keywords/tags (subjects)

Palliative care, hospice care, Advanced Practice Nurse, palliative competence

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Palliatiivinen hoito ja saattohoito	6
2.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito käsitteenä sekä hoitotyön asiantuntijuusalueena.....	6
2.2	Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait ja suositukset	9
2.3	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen ABC-malli.....	11
3	Yksilöllisyys elämän loppuvaiheessa	14
3.1	Itsemääräämisoikeus, hoitolinjaukset sekä hoitotahto	14
3.2	Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma	16
3.3	Vuorovaikutus ja läheisten huomioiminen	18
4	Elämän loppuvaiheen hoidon ympäristöjä	19
4.1	Satakunnan hyvinvointialue, eteläinen kotisairaala	19
4.2	Kotihoito ja saattohoito kotona	21
4.3	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	23
4.4	Kehitysvammaisten ihmisten asumisen ympäristöt ja palvelut	24
4.5	Perustason hoito-osastot	25
5	Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuus urapolun eri vaiheissa	26
5.1	Kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan urapolku	26
5.2	Palliatiivisen konsultoivan sairaanhoitajan rooli ja tehtävänkuva	29
5.3	Konsultaatio moniammatillisessa yhteistyössä	31
6	Laatu palliatiivisessa hoitotyössä	33
6.1	Laadun määritelmä	33
6.2	Hoidon laatu palliatiivisessa hoitotyössä	35
7	Opinnäytetyön tavoite sekä tutkimus- ja kehittämistehtävät	37
8	Opinnäytetyön toteutus.....	38
8.1	Tutkimusmenetelmät ja PEPPA-malli.....	39
8.2	Aineiston keruu ja analyysi.....	43
8.2.1	Aineiston keruu tutkimusklubien avulla	44
8.2.2	Aineiston analysointi ja induktiivinen sisällönanalyysi	46
9	Tulokset.....	49
9.1	Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki kotihoidon yksiköissä	50
9.2	Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki ympärivuorokautisen asumisen yksiköissä...	52

9.3	Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki kehitysvammaisten ihmisten asumisen yksiköissä	54
9.4	Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki perustason hoito-osastoilla	56
10	Pohdinta.....	58
10.1	Tulosten tarkastelua.....	58
10.1.1	Asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiotuki varmistamassa asiantuntevaa ja osaavaa hoitoa	58
10.1.2	Tuki oirehoidossa	62
10.1.3	Tuki vuorovaikutuksessa ja viestinnässä	64
10.1.4	Tuki hoitopolun ja hoitosuunnitelman jäsentämisessä.....	66
10.1.5	Tuki osaamisen kehittämisessä	67
10.2	Johtopäätökset.....	69
10.3	Eettisyys ja luotettavuus	71
10.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	74
Lähteet	75
Liitteet	87
	Liite 1. Kutsukirje.....	87
Kuviot		
	Kuvio 1. Palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportainen malli. (STM:n raporteja ja muistioita 2019.)	
	12
	Kuvio 2. Hoitolinjaukset (Käypä hoito-suositus 2019.)	15
	Kuvio 3. Palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan laajavastuinen osaaminen hoitotyössä ja sen kehittämisessä. (Flinkman 2013, 11-13; ICN 2020, 18; Jokiniemi 2014; Kennedy, Brooks, Young, Nicol, Campbell & Gray Buntun 2015, 3296-3305; Kotila ym. 2017, 27; Lafortune 2011; NANCS 2004; Saarela 2013, 12-18; STM 2009, 59-60; Vestman 2013; Westerback 2018, 9.)	31
	Kuvio 4. PEPPA-malli (Heikkinen 2012, muokattu.)	42
	Kuvio 5. Analyysin kehittyminen alaluokista pääluokkiin.	48
	Kuvio 6. Tutkimuskysymysten kannalta oleellisten vastausten jakaantuminen yksiköiden välillä.	49
	Kuvio 7. Kotihoidossa esiin nousseet tuen tarpeet.	50
	Kuvio 8. Ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa esiin nousseet tuen tarpeet.....	52
	Kuvio 9. Kehitysvammaisten ihmisten asumisen palveluissa esiin nousseet tuen tarpeet.	54
	Kuvio 10. Perustason hoito-osastoilta esiin nousseet tuen tarpeet.....	56
	Kuvio 11. Kooste yksiköistä nousseista tuen tarpeista asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuudelle.	59
	Kuvio 12. Asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiotukimalli.	62

Kuvio 13. Oirehoidon haasteet eri yksiköissä.	63
Kuvio 14. Vuorovaikutuksessa esiin nousseet haasteet eri yksiköissä.	65
Kuvio 15. Hoitopolkuihin ja hoitosuunnitelmiin liittyvät haasteet eri yksiköissä.	66
Kuvio 16. Prosenttiosuudet osaamisen kehittämisen tarpeista eri yksiköissä.	68

1 Johdanto

Elämään ja elämän kiertokulkuun kuuluu syntyminen ja kuoleminen. Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan ihmisen hyvän elämänlaadun ylläpitämistä, jäljellä olevan elämän suojelemista sekä oireiden ja kärsimyksen lievittämistä. Olennainen osa palliatiivista hoitoa on myös läheisten kokonaisvaltainen huomioiminen. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat elämän loppuvaiheen hoitoa silloin, kun parantavaan hoitoon ei ole enää mahdollisuuksia. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019 c, 14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2019a) mukaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisääntyneeseen tarpeeseen vaikuttaa väestörakenteen muutos. Monisairaiden potilaiden hoito vaatii laaja-alaista osaamista terveydenhuollon ammattilaisilta. Suurin osa palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa vaativista potilaista ovat perusterveydenhuollossa. Laadukkaan palliatiivisen hoidon tarjoaminen kaikille sitä tarvitseville edellyttää, että terveydenhuollon henkilökunnalla on mahdollisuus kouluttautumiseen. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a.)

Yhä useampi potilaista haluaa kuolla kotonaan, ja terveydenhuollossa on kehitettävä palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon osaamista vastaamaan hoidon ja palvelun tarpeisiin kotiympäristöissä. Haastavissa tilanteissa henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus konsultoida palliatiivisen hoidon asiantuntijaa. Konsultoitava asiantuntijasairaanhoitaja mahdollistaa tasavertaisen mahdollisuuden laadukkaaseen ja hyvään palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon. Toimiva palvelu tuo myös kustannussäästöjä hoidon laadun kehittymisen lisäksi. (WHO 2018, 14–16.) Palliatiivista hoitoa voidaan tarjota kotona, ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, saattohoitokodissa ja sairaalassa (THL 2023.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2023) määritelmän mukaan elämän loppuvaiheessa hoidon tavoitteena on vaalia elämänlaatua ja mahdollistaa arvokas kuoleminen. Kuolevaa ihmistä hoidetaan ja tuetaan hänen elämänarvonsa ja toiveensa huomioon ottaen. Tuttu ympäristö ja hoitohenkilökunta sekä mahdolliset valmenneet vapaaehtoiset auttavat elämänlaadun säilyttämisessä. Tavoitteena on, että potilas saa elää toivomassaan asuinpaikassa kuolemaansa asti ilman raskaita päivystyskäyntejä ja siirtoja osastolle. (THL 2023.)

Tämän opinnäytetyön tuloksena tuotettiin tutkittua tietoa siitä, millaiselle asiantuntijasairaanhoidajalle on tarve Satakunnan hyvinvointialueen eteläisellä alueella. Tarkoituksena on yhtenäistää ja kehittää palliativista hoitoa sekä saattohoitoa. Tulosten perusteella on tarvetta konsultaatiokanavalle kotisairaalaan perustason yksiköihin, jotta saadaan hyödynnettyä asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuutta palliativisten potilaiden sekä saattohoitopotilaiden hoidossa. Palvelun avulla mahdollistetaan hyvä ja laadukas loppuelämän hoito ympärivuorokautisessa asumisyksiköissä sekä kotihoitossa ja kehitysvammaisten ihmisten asumispalveluyksiköissä.

2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito käsitteenä sekä hoitotyön asiantuntijuus-alueena

Palliatiivisuus tulee latinan kielen sanasta ”pallium”. Pallium tarkoittaa viittaa, se suojaa, antaa lämpöä ja turvaa. Viitta toimii myös yhdistävänä tekijänä moniammatillisen tiedon sekä taidon kokojana potilaan ja hänen läheistensä auttamiseksi. (Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys r.y. n.d.)

Palliatiivinen hoito on perusihmisoikeus. Palliatiivisen hoidon aika on silloin, kun sairauden etene- miseen ei pystytä enää vaikuttamaan. Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan ih- misen kärsimyksen lievittämistä sekä oireiden ennaltaehkäisyä. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on auttaa potilasta ja läheisiä kohtaamaan lähestyvä kuolema ja auttaa valmistautumaan siihen. Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista hoitamista. Se on fyysisen hoidon lisäksi psykososiaalista sekä hengellistä auttamista ja sen tavoitteena on saada jäljellä olevasta ajasta mahdollisimman hyvä. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole lyhentää elämää, eikä pitkittää jäljellä olevaa elämää turhilla toimenpiteillä. Palliatiivisessa hoidossa kuolema on luonnollinen tapahtuma ja elämän pää- tepiste. (Saarto ym. 2019a, 13.) Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, saattohoidon aika on viimeisinä elinviikkoina tai -päivinä. Saattohoitopäätös on aina lääkärin tehtävä päätös. (THL 2024.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan yhdeksi keskeisimmäksi haasteeksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisessä nousee osaamisen puute. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehit- tämiseksi tarvitaan lisää koulutusta ja koulutettua henkilökuntaa sekä erityistason osaamista. (STM 2017.) Julkaisussa Global atlas of palliative care (2020) tuodaan esille, että osalla terveydenhuollon ammattilaisista ei ole ollenkaan tietoa ja osaamista palliatiivisen hoidon peruseriaatteista tai sitä on liian vähän. (Gleary, Hastie, Harding, Jaramillo, Connor & Krakauer 2020.)

Asiantuntijasairaanhoitajan osallistuminen hoitoon parantaa palliatiivisen hoidon saatavuutta. Asi- antuntijasairaanhoitaja pystyy koulutuksensa avulla tarjoamaan kokonaisvaltaista hoitoa ja hyödyn- tämään hoidossa tarvittavaa moniammatillisuutta. (Laine, Hökkä, Heikkinen, Mikkonen, Kyllönen & Lintula 2024.) Ajoissa aloitettu palliatiivinen hoito ja selkeästi laadittu hoitosuunnitelma parantavat potilaan ja läheisten elämänlaatua sekä vähentävät sairaalajaksoja ja tarpeettomia hoitoja elämän

loppuvaiheessa. Monissa ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä sekä kotihoidossa toteutetaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa, hoitoon saattaa liittyä kuitenkin erityiskysymyksiä, joten siksi sen toteuttaminen voi olla joskus haastavaakin, varsinkin jos se ei ole jokapäiväistä toimintaa. (Saarto ym. 2019a, 13–18.)

Onnistuakseen palliatiivinen hoito tarvitsee palliatiivisen hoidon asiantuntijoita, jotka ovat erikoistuneet siihen. Asiantuntijasairaanhoitajat voivat olla keskeisessä roolissa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa ja kehittämisessä. Hyvä oireidenhallinta ja elämänlaadun ylläpitäminen sekä potilaan ja omaisen myötätuntoinen kohtaaminen ovat asiantuntijasairaanhoitajan vahvuuksia. (George 2016, 137–140.) Tavoitteena on, että osaava palliatiivinen hoito ja saattohoito tarjotaan potilaan kotiin tai palveluasumisyksikköön mahdollisimman lähelle kotia, ottaen huomioon myös läheisten voimavarat. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito, käypähoito 2019.)

Elämän loppuvaiheessa hoitotyö keskittyy hyvän elämänlaadun ylläpitoon. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kohtaaminen vaatii henkilökunnalta sensitiivisyyttä sekä tilannetajua, läsnäoloa ja aikaa. Laadukas palliatiivinen hoitotyö edellyttää palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38.) Elämän loppuvaiheen hoito vaatii monenlaista erityisosaamista. Puutteellisella oirehoidolla voi olla suuri merkitys, niin potilaan kuin hänen läheistensä kokemaan elämänlaatuun. Palliatiivisen potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten onkin tärkeää ymmärtää ihmisyyttä, elämänlaatua, kärsimystä, sekä oirehoidon moniulotteisuutta. (Paal, Brandströtter, Lorenzl, Larkin & Elsner 2018, 4.)

Palliatiivinen hoito on todettu kustannustehokkaaksi. Hyvällä ja ennakoivalla palliatiivisella hoidolla saadaan kustannussäästöjä sairaalajaksojen lyhentymisestä sekä vähentymisestä. On tutkittu, että palliatiivisen yksikön kontaktilla on vähennetty päivystyskäyntejä jopa puolella ja erikoissairaanhoidon osastojaksot pienenevät vielä enemmän. On osoitettu, että kontakti palliatiiviseen yksikköön vähensi viimeisen elinkuukauden aikana yli 2000 euroa per potilas erikoissairaanhoidon kustannuksista. (Laine ym. 2024.)

Saattohoitosuosituksissa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017b, 9). Oikeudellinen perusta saattohoitoon löy-

tyy perustuslaista (L 1999/731), Eettinen perusta löytyy terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista. (Finlex.) Saattohoitopäätöksessä pitää olla diagnoosi kuolemaan johtavasta sairaudesta. (Saarto 2018, 8.) Saattohoidon aloittamisen edellytyksenä on päätösten tekeminen hoitolinjauksista sekä hoidon rajauksista ja nämä pyritään tekemään aina yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. (Hänninen 2015a.) Saattohoidossa pyritään mahdollistamaan kuolevalle mahdollisimman hyvä loppuelämä kuolemaan asti, hänelle tärkeiden ihmisten kesellä. Hyvään saattohoitoon kuuluu ihmislähtöisyyden lisäksi perhekeskeisyys sekä kuolevan toimintakyvyn ylläpitäminen. (Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys r.y., n.d.)

Saattohoidon päämääränä on kärsimyksen lievittäminen. Saattohoidossa hoidetaan ihminen yksilöllisesti ja kunnioittavasti, potilaan toiveiden mukaan. Oikeaan aikaan tehtynä saattohoitopäätös antaa potilaalle ja omaisille aikaa valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätöksen lykääntyminen tai tekemättä jättäminen saattaa joskus johtua siitä, ettei asiaa osata sanoittaa, kuolemaa ei pystytä ottamaan puheeksi ja keskustelu kuolemasta koetaan hankalana. Päätös saattohoitoon siirtymisestä ei ole koskaan helppo. Päätöksenteossa auttaa kuitenkin moniammatillinen yhteistyö ja hyvä vuorovaikutussuhde potilaan ja omaisten kanssa. Useimmiten päätös on kuitenkin lopputulos pitkästä prosessista, jossa paranemisen mahdollisuutta ei ole. Saattohoito on siinä tilanteessa parasta mahdollista hoitoa potilaalle. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 5, 10–11.) Saattohoito kuuluu palliatiiviseen hoitoon, kuoleman välittömään läheisyyteen. Yleensä saattohoito aloitetaan viikkoja tai päiviä ennen kuolemaa. Saattohoitoon siirryttäessä potilaalla on nähtävissä merkkejä elintoimintojen hiipumisesta ja toimintakyvyn heikkenemisestä. (Hänninen 2015a.)

Potilaan tehdessä kuolemaa läheiset voivat kokea kärsimystä, luopumisen tuskaa, yksinäisyyden pelkoa sekä joskus myös syyllisyyttä. Ihmisillä on monenlaisia tunteita ja niitä käsitellään monilla eri tavoilla, joskus tunteet saattavat purkautua hoitohenkilökuntaan tai muihin perheenjäseniin, tämän vuoksi terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla riittävä osaaminen, jotta hän osaa tukea ja ohjata erilaisia tunteita läpikäyviä omaisia. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015.) Kuoleman hetkeä ei voida ennustaa, se voi tulla potilaan taudin tasaisen etenemisen kautta tai äkillisten komplikaatioiden kautta. Onkin tärkeää osata tunnistaa kuoleva potilas, jotta potilas saa tarvitsemansa avun mahdollisimman nopeasti. (Saarto, Hänninen, Antikainen, Vainio & Aaltonen 2015.) Saattohoito ei pääty siihen, kun potilas kuolee, sillä saattohoitoon kuuluu myös vainajan hoito ja kunnioittava sekä arvokas kohtelu ja omaisten tukeminen kuoleman jälkeen. (STM 2017, 9.)

Saattohoitopotilaan ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuollossa, joko terveyskeskuksen osastolla, hoitokodissa, saattohoitokodissa tai kotona. On tutkittu, että yhä useampi ihminen haluaa kuolla omassa kodissaan. (Finne-Soveri, Forsius, Hökkä, Maula, Surakka & Hammar 2022.) Tämän vuoksi on palliatiivinen hoito ja saattohoito integroitava osaksi perusterveydenhuoltoa. Vaativampaa osaamista vaativissa tilanteissa perusterveydenhuollon henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus matalalla kynnyksellä konsultaatiotukeen palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoidajalta. Kärsimysten lievittämiseksi sekä ennaltaehkäisyksi tulee konsultaation olla mahdollisimman joustava. Integroimalla palliatiivinen hoito osaksi perusterveydenhuoltoa mahdollistetaan tasavertainen oikeus hyvään palliatiiviseen hoitoon ja näin saadaan myös kustannussäästöjä. (WHO 2018, 14–16.) Yksi hyvän kuoleman indikaattoreista on mahdollisuus kuolla omassa kodissa tai siinä yksikössä, jossa on viimeiset kuukaudet elämästään viettänyt (Finne-Soveri ym. 2022).

2.2 Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait ja suositukset

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve on suurinta Euroopassa koko maailman väestöön verrattuna. Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon kustannuksista neljännesosa aiheutuu viimeisen elinvuoden hoidoista, joten elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelu on perusteltua myös oikein kohdennetun resursoinnin kannalta. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335.)

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait ja suositukset. Niissä määritellään hoidon eettiset lähtökohdat: itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. (THL 2023.) Itsemääräämisoikeus tarkoittaa yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään ja oikeutta päättää itseään koskevista asioista, se onkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tärkein periaate. Tärkeimpiä elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavia lakeja ovat Suomen perustuslain perusoikeudet, siinä perusoikeuksien mukaan ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen sekä yksityisyyden suoja ovat perustavaa laatua olevia yksilön oikeuksia. Ihmisarvon kunnioittaminen saattohoidossa tarkoittaa hyvää hoitoa, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista. Potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä kuolemaan saakka merkitsee henkilökohtaisen vapauden suoja. (Suomen perustuslaki 731/1999.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista eli potilaslaki (L 1992/785). Potilaalla on itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään terveydenhoitoon ja sairaanhoitoon sekä oikeus hyvään kohteluun. Potilaalle on annettava ymmärrettävää tietoa hoidoista ennen sen aloittamista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992,785 6§.)

YK:n yleissopimus (L 2016/27), vammaisten ihmisten oikeuksista rakentuva vammaispolitiikka perustuu oikeudenmukaisuuteen, yhdenvertaisuuteen sekä oikeuteen saada palveluja, jotka mahdollistavat yhteiskunnallisen osallistumisen. Palvelujärjestelmät ja niiden käytänteet sekä rakenteet tuleekin suunnitella niin, että ne edistävät yhdenvertaisuutta ja antavat mahdollisuuden laadukkaalle hoidolle. Laadukkaan hoitotyön edellytys on, että ihmisen tarpeet huomioidaan yksilöllisesti, kohtaaminen on arvostavaa sekä potilasta kuunnellaan. (McLellan, Hömppi & Nurmi-Koikkalainen 2021, 3.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 1994/15) määrittää myös saattohoitoa. Sen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairaiden parantaminen sekä heidän kärsimysten lieventäminen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöistä 1994, 15§.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tautia sairastaville, ilman diagnoosirajoituksia. Maailmassa joka vuosi arviolta 56 miljoonaa ihmistä tarvitsee palliatiivista hoitoa. Ihmisen oikeus hyvään palliatiiviseen hoitoon on kirjattu ihmisoikeuksiin, silti ainoastaan pieni osa potilaista saa palliatiivista hoitoa. Suurin osa palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista sairastaa pitkäaikaissairauksia, kuten syöpää, sydän- tai verisuonitauteja. Useimmiten palliatiivinen hoitolinjaus kuitenkin löytyy syöpää, muistisairauksia, sydämen vajaatoimintaa tai ALSia sairastavilta. Erityisen haasteellista palliatiivisen hoidon saaminen on maissa, joissa väestön elintaso on matala. (WHO 2020a, 2020b, 15.)

Eri sairauksien diagnosointi, tutkimukset sekä hoito kehittyvät koko ajan kasvattaen parantumattomasti sairaiden määrää. Ikääntyneiden ihmisten kasvava määrä ja pitkäaikaissairauksien lisääntyminen monissa maissa tarkoittaa sitä, että palliatiivisen hoidon tarpeen määrä kasvaa. (Etkind, Luu, Gomes, Lowell, Evans, Higginson & Murtagh 2017.) Suomessa kuolee vuosittain noin 60 000 ihmistä, heistä suurin osa kuolee iäkkäänä pitkäaikaissairauksiin (Tilastokeskus). WHO on arvioinut että, noin

30 000 heistä tarvitsee elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa ja hoidon tarve on jo ennen viimeistä elinvuotta. (Connor & Bermedo 2014.) Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tulee muuttua, jotta järjestelmä pystyy tarjoamaan asianmukaisia palveluja ja resursseja, etenkin palliatiiviseen ja elämän loppuvaiheen hoitoon. (Etkind ym. 2017.) Laadukkaan palliatiivisen hoidon sekä moniammatillisen yhteistyön avulla potilas voi elää mahdollisimman hyvää ja aktiivista elämää kuolemaansa asti. (WHO 2020b, 13.)

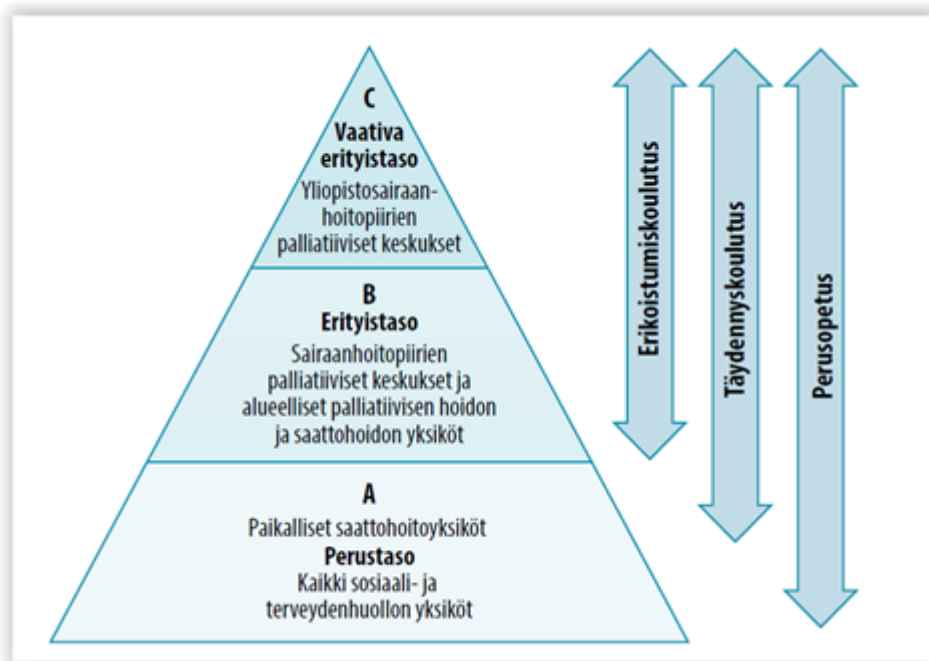
Merkittävän haasteen elämän loppuvaiheen hoidolle luo yksinasuvien suuri osuus. Sairaala ei ole ikäihmiselle oikea tai tarkoituksenmukainen paikka kuolla. Suomessa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ei ole integroitu osaksi terveydenhuollon järjestelmää, jonka vuoksi sen saatavuus on epätasa-arvoista. Konsultaatiotuen avulla elämän loppuvaiheen hoito mahdollistetaan myös perustason yksiköissä. Tavoitteeksi on asetettu, että palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on tarjolla kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon eritasoisissa palveluissa. (STM 2019a, 14–15.)

2.3 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen ABC-malli

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2019 Suosituksen palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämismallin mukaan Suomessa toimii kolmiportainen palliatiivisen hoidon palveluketju. (ks. kuvio 1.) Mallin avulla saadaan turvattua tasa-arvoinen sekä tarvelähtöinen hoitoon pääsy koko maassa. Kolmiportaisen mallin lähtökohtana on tasavertainen oikeus sairauden edellyttämään palliatiiviseen hoitoon kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Palliatiivinen hoito ja saattohoito on jaettu mallissa perusosaamisen tason lisäksi A-perustason saattohoidon yksiköihin, B-tason erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköihin sekä C-tason vaativan erityistason palliatiivisiin keskuksiin. Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan jokaisella tasolla. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 15.) Saarron ja muiden (2017) mukaan tavoitteena on jatkossa keskittää erityisosaaminen sekä toiminnan järjestämisvastuu yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden palliatiivisten keskusten alaisuuteen. Laadittu ABC-malli edellyttää onnistuakseen saattohoidon suunnitelmallisen toteuttamisen myös perustasolla, hoivayksiköistä osastoille. (Saarto ym. 2017b, 15.) Soteuudistusten myötä toimintaa järjestellään uudelleen hyvinvointialueiden toimintaan sopivaksi.

Jokaisella tasolla tulee osata palliatiivisen hoidon ja oirehoidon perusasiat, tunnistaa palliatiivisen hoidon tarve sekä laatia elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Konsultaatiomahdollisuudet eri

portaiden välillä mahdollistavat hoidon omalla kotipaikkakunnalla sekä hoitovastuun siirtäminen eri yksiköiden välillä tapahtuu ”saattaen vaihdettava”- periaatteella. (Saarto ym. 2017b, 15.)



Kuvio 1. Palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportainen malli. (STM:n raporteja ja muistioita 2019.)

Perustason yksiköihin kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon perustason yksiköt, joissa hoideetaan kuolevia potilaita. Henkilökunta koostuu sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisista. Henkilökunnan osaamisessa painottuu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteiden hallinta, ennakkoivan hoitosuunnitelman tekemisen hallinta sekä osaamisen saattohoitopäätöksen tekoon. Palliatiivisen hoidon osaamiseen kuuluu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen, perustason oirehoidon toteutus, kyky tunnistaa henkisen, eksistentiaalisen sekä psykososiaalisen tuen tarve. Perustason yksiköissä omaisilla on mahdollisuus olla vierellä ja toteuttaa saattohoitoa, lisäksi hoitohenkilökunnan on osattava tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat erityistason palliatiivista hoitoa. Perustason yksiköitä ovat esimerkiksi ikäihmisten palvelu- sekä hoiva-asumisen yksiköt, joissa kuolevia hoidetaan osana muuta työtä. Suurin osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevista potilaista hoidetaan juuri perustasolla. (Saarto ym. 2019 c, 19–20.)

Elämän loppuvaihetta elävät, monisairaat, hauraat, sekä monia eri lääkkeitä tarvitsevat potilaat kuvaavat parhaiten perustason potilaita. Ihmisen toimintakyvyn heiketessä, esimerkiksi akuutisti sairastuessa, paranemiseen sekä toipumiseen vaikuttaa ennen sairautta ollut toimintakyky, aiemmat sairaudet, akuutti sairaus ja se, miten vaikeasti potilas sillä hetkellä on sairas. Palliatiivisen hoidon tarkoitus on pyrkiä turvaamaan potilaan hyvä olo kaikissa tilanteissa. Hoitosuunnitelmien teossa nousee esille oireiden sekä sairauden ennakointi ja hoitolinjaukset. Jos perustason toimintaa ei suunnitella kunnolla, eikä hoitohenkilökunnalla ole tarvittavaa osaamista tai kunnan resurssia, se näkyy suoraan seuraavan tason kuormittumisena sekä turhina ja tarpeettomina sairaalasiirtoina. Saarron ja muiden (2019) suosituksessa potilaan sairaustilanteen tunnistaminen kuuluu osana palliatiivisen hoidon ja saattohoidon oirehoidon osaamista ja kuuluu perustason osaamiseen. (Saarto ym. 2019 c).

A-tasoon kuuluvat terveydenhuollon yksiköt kuten terveyskeskusten ja sairaaloiden osastot. Palliatiivinen hoito ja saattohoito on huomioitu henkilömitoituksessa ja saattohoitoa kehitetään muun toiminnan ohessa. A-tason yksiköiden tehtävä on turvata saattohoito lähellä kotia, mikäli tilanne ei vaadi erityistason osaamista. A-tasolla tulee olla perustason osaamisvaatimusten lisäksi myös valmius palliatiiviseen sedaatioon ja lisäksi henkilökunnalla on enemmän osaamista palliatiivisten potilaiden hoidosta. A-tasolla on nimetty sairaanhoitaja ja lääkäri, jotka toimivat palliatiivisen hoidon vastuuhenkilöinä. (Saarto ym. 2019 c, 21.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman suosituksen (2019) mukaan perustason ja A-tason yksiköissä tulee olla palliatiiviseen hoitoon erikoistunut sairaanhoitaja vastuuhoidajana. (Sunikka, Kaakinen, Kesänen, Leinonen, Mikkonen, Muurinen, Niemelä, Suikkala, Tuomi, Öhberg, Ylinen & Sulosaari 2021.)

B-tason muodostavat sairaanhoitopiiriin palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt, joissa palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat päätehtävä ja henkilökunta erikoiskoulutettua. Näitä yksiköitä ovat palliatiiviset kotisairaalat, kotisairaaloiden tukiosastot, palliatiiviset osastot, saattohoito-osastot, saattohoitokodit sekä sairaaloiden konsultaatiotiimit, palliatiiviset poliklinikat ja päiväsairaalat. Edellä mainitut yksiköt tarjoavat fyysisen oirehoidon lisäksi psykososiaalista, henkistä sekä eksistentiaalista tukea potilaille ja omaisille. Näistä yksiköistä saa konsultaatiotukea perustason yksiköihin. (Saarto, Lyytikäinen, Ahtiluoto, Junntila, Lehto, Finne-Soveri, Hammar & Forsius 2022, 15.) B-tason yksikössä tulee olla palliatiiviseen hoitoon erikoistuneiden sairaanhoitajien lisäksi kliininen asiantuntija, joka toimii vastuuhoidajana ja toiminnan kehittäjänä. (Sunikka ym. 2021.)

C-taso on vaativa erityistaso ja se koostuu yliopistosairaaloiden palliatiivisista keskuksista. Sieltä koordinoidaan palliatiivista hoitoa erityisvastuualueella sekä vastataan tutkimuksista ja opetuksista yhteistyössä yliopistojen ja muiden oppilaitosten kanssa. (Saarto ym. 2019b, 16–17.)

Hyvinvointialueilla tulee olla kuvattuna palvelu- ja hoitoketjut, sekä suunnitelma palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Ketjun keskiössä ovat palliatiivisen erityistason kotisairaalat, jotka ovat tukena perustason yksiköille ja toimivat siltana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Heillä on vastuu kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Kotisairaalan avulla turvataan potilaiden asianmukainen ja osaava hoito kotona. Suositus korostaa ajantasaisten hoitosuunnitelmien olemassaoloa sekä hoitolinjauksia ja niiden on oltava koko hoitoketjun käytettävissä. Niillä perustason yksiköillä, jotka hoitavat elämän loppuvaiheen potilaita, tulee olla mahdollisuus konsultaatioon kaikkina vuorokauden aikoina ympäri vuoden joko kotisairaalaan tai konsultaatiotiimistä. (Saarto ym. 2019b, 18.)

Terveystieteiden perustasoisten palveluiden haasteet edellyttävät vanhan työnjaon uudelleen muokkaamista ja asiantuntijatehtävien lisäämistä. Suomessa väestö vanhenee ja varsinkin ikääntyneiden palveluissa kuten kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa voidaan hyötyä laajavastuuisen hoitotyön tehtävänkuvien muokkaamisesta heidän tarpeisiinsa, esimerkiksi palveluiden laadun kehittämisellä. (Jokiniemi, Suutarla, Axelin, Flinkman, Hämäläinen, Kotila, Lehtikunnas, Palomaa, Sulosaari & Tuomikoski 2023.)

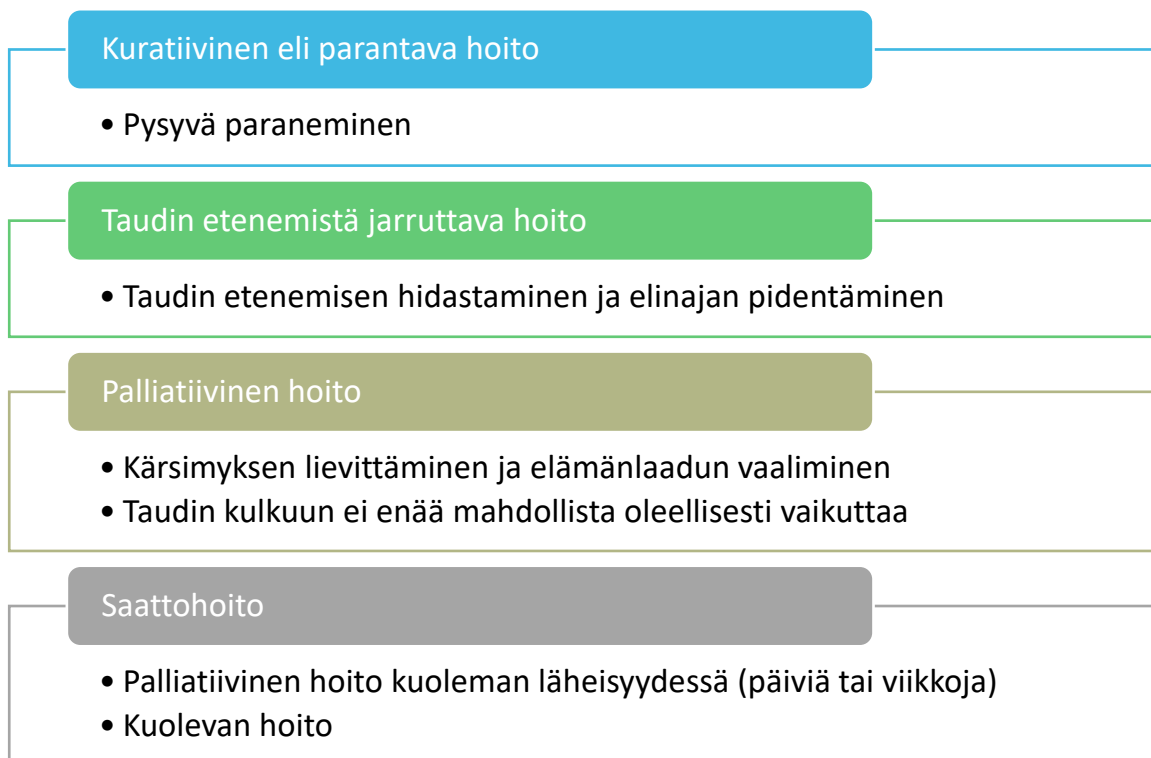
3 Yksilöllisyys elämän loppuvaiheessa

3.1 Itsemääräämisoikeus, hoitolinjaukset sekä hoitotahto

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EPAC) on linjannut, että hyvä palliatiivinen hoito rakentuu itsemääräämisoikeudesta, arvokkuudesta, yhteistyöstä hoitoalan ammattilaisten ja potilaan välillä, vuorovaikutuksesta, elämänlaadusta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä. (Gamondi, Larkin & Payne 2013, 86–91.)

Elämän loppuvaiheessa tehdään usein hoitolinjauksia. Niillä tarkoitetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (Potilaslaki 785/1992) määriteltyjä hoitopäätöksiä. Ennen päätösten tekoa on keskusteltava potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelmien ja -päätösten tekoa

varten on usein järkevä järjestää hoitoneuvottelu. Hoitotahdolla potilas voi itse ilmaista toiveitaan hoidon suhteen. (Valvira 2018.) Hoitotahto on tahdonilmaisu koskien potilaan hoitoa silloin, kun hän ei kykene itse osallistumaan päätöksentekoon hoitoon liittyvissä asioissa. Syynä voi olla esimerkiksi sairaus tai tajuttomuus. Hoitotahdon tarkoituksena on helpottaa hoitoon osallistuvien päätöksentekoa hoitoon liittyvissä kysymyksissä ja hoidon toteuttamisessa. Hoitotahtoon voi kirjata esimerkiksi halunsa kieltäytyä elvytyksestä, erilaisista hoitotoimenpiteistä tai tuoda ilmi toiveitaan hoitonsa järjestämisestä. Hoitotahtoa tulee jokaisen hoitoon osallistuvan noudattaa, mutta potilas ei kuitenkaan voi vaatia ihan millaista hoitoa tahansa, vaan hoidon on oltava aina lääketieteellisesti perusteltua. Hoitotahto voidaan tehdä kirjallisesti tai suullisesti ja hoitotahto tulee aina kirjata potilastietojärjestelmään, jolloin se tulee huomioiduksi tarpeen vaatiessa. (Elämän loppuvaiheen hoito n.d.) Jos potilaalla ei ole hoitotahtoa tai potilas ei pysty käyttämään itsemääräämisoikeuttaan esimerkiksi kehitysvammaisuuden tai muistisairauden vuoksi, tulee kuunnella potilaan omaista tai edustajaa siitä, millainen hoito olisi potilaan toiveiden mukaista. Tällöin hoitopäätökset tehdään yhteistyössä potilaan omaisten kanssa, mikäli mielipiteissä on paljon eroja, loppukädessä päätökset tekee hoitava lääkäri. (Saarni 2013, 43.)



Kuvio 2. Hoitolinjaukset (Käypä hoito-suositus 2019.)

Yllä (ks. kuvio 2) kuvataan hoitolinjaukset ja hoidon tavoitteet sairauden eri vaiheissa. Palliatiivisen hoidon tulee olla osana potilaan hoitoa kaikissa sairauden vaiheissa, silloin voidaan välttää tarpeettomat tutkimukset sekä hoidot ja näin turvata potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito, käypähoito 2019.)

3.2 Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma

Elämän loppuvaiheessa ilmenevät hankalat oireet ovat yksi syy toistuviin päivystys- ja sairaalakäynteihin, erityisesti silloin kun ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja palliatiivisesta hoidosta ei ole huolehdittu. Suurin osa ihmisistä haluaisi olla tutussa asuinympäristössään mahdollisimman pitkään, jopa kuolemaansa asti. Suomessa elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana jopa 70–80 % ikään-tyneistä ihmisistä siirtyy kodistaan tai ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköstä johonkin terveydenhuollon yksikköön, yleisimmin perustason hoito-osastolle. Viimeisen elinvuoden hoito kattaa noin 25 % ja viimeisen elinkuukauden noin 10 % kaikista terveydenhuollon menoista. Päivystyskäyntejä voidaan vähentää suunnittelemalla potilaiden ennakoiva palliatiivinen hoito hyvin ja huolehtimalla, että henkilökunnalla on riittävä osaaminen palliatiiviseen hoitoon. Tavallisimmat syyt hakeutua päivystykseen ovat hoitamattomat oireet, puutteellinen tuki ja turvattomuuden tunne. (Saarto ym. 2017b, 10.)

Ennakoiva hoitosuunnitelma on tulevaisuuden suunnittelemista sekä päätöksiä potilaan, omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä potilaan toiveista sekä tavoitteista hoidon suhteen. Hyvä ennakoiva hoitosuunnitelma on ajoissa tehty eli ennen sitä vaihetta, kun potilaan vointi heikkenee ja kommunikointi ei enää onnistu. Hoitosuunnitelma sisältää keskustelua potilaan sairauksista, erilaisista hoitomenetelmistä, hoidon tavoitteista, hoitolinjauksista ja -rajauksista. Hoitosuunnitelman teossa käydään läpi potilaan toiveet ja pelot sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Yhdessä käydyn keskustelun pohjalta luodaan suunnitelma, jossa pyritään ennakoimaan fyysisten ja psyykkisten oireiden hoitoa sekä huomioidaan myös potilaan ja omaisten psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset tarpeet. Hoidon järjestelyiden kannalta selvitetään, miten hoito toteutetaan ja missä (koti, palveluasuminen, tukiosasto), minne tarpeen vaatiessa siirrytään ja miten toimitaan, jos pahe-
nemisvaihetta ei saada hoidettua ennakoituilla ohjeilla. Hoitosuunnitelman teossa potilas voi laatia myös oman hoitotahtonsa. (Lehto ym. 2019.)

Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma pitää sisällään hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset. Hoitolinjauks on hoidon tavoitteiden määrittelyä ja sen tehtävänä on määrittää selkeät tavoitteet hoidolle sekä turvata mahdollisimman laadukas, arvokas ja potilaan toiveiden mukainen, lääketieteellisesti perusteltu hoito. (Hänninen 2015b, 10–11.) Kansainvälisesti käytetään käsitettä Advanced Care planning (ACP), joka tarkoittaa pitkälle edenneen sairauden hoitosuunnitelmaa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksena on huolehtia potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. On tutkittu, että ennakoiva hoitosuunnitelma vähentää potilaan ja läheisten ahdistusta sekä stressiä, parantaa potilaan ja läheisten elämänlaatua. Se myös lisää potilaan ja läheisten tyytyväisyyttä hoitoon. (Brinkman-Stoppelenburg, AC Rietjens & Van der Heide 2014, 1000–1025.)

Ajoissa tehty hoitosuunnitelma mahdollistaa ja turvaa hyvän loppuelämän hoidon. Hoidonrajauksista keskusteleminen ja niiden tekeminen selkiyttävät hoitolinjat niin, että potilaan ja läheisten on mahdollista kohdata sekä käsitellä ja valmistautua paremmin lähestyvään kuolemaan. Hoidonrajauksella määritellään hoidot, joista pidättäydytään ja hoidonrajaus pohjautuu aina lääkärin arvioon tai potilaan omaan toiveeseen kieltäytyä hoidosta. (Saarto 2018, 9.) Saattohoitopäätös sisältää aina ei elvytetä-päätöksen (DNR, do not resuscitate), päätös voidaan tehdä myös erillisesti. DNR-päätös on aina lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös. Siinä pidättäydytään elvytystoimenpiteistä silloin kun potilas menee elottomaksi. Päätös ei rajaa pois muita hoitoja kuin elvytyksen. Jos potilas haluaa muita rajoituksia kuten pidättäytymisen antibiootihoidosta, verensiirrosta, sairaalasiirroista tms. tehdään ne erikseen. (Valvira 2018.)

Palliativisen hoidon tulee olla osana potilaan hoitoa kaikissa sairauden vaiheissa, silloin voidaan välttää tarpeettomat tutkimukset sekä hoidot ja näin turvata potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu. (Palliativinen hoito ja saattohoito, käypähoito 2019.) Oleellinen osa palliativista hoitoa ja saattohoitoa on hoitohenkilökunnan vahva vuorovaikutusosaaminen sekä sen vaikutus potilaan itsehoitoon ja tyytyväisyyden tunteeseen. Palliativisen hoidon kliinisen oirehoidon lisäksi tärkeiksi osaamisalueiksi luetaan myös asiantuntijasairaanhoitajan taito kuunnella sekä kykyä ymmärtää palliativisen hoidon filosofiaa ja osallistua yksilöllisen, läheiset huomioivan hoitosuunnitelman suunnitteluun ja toteutukseen. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38; Hökkä, Pereira, Pölkki, Kyngäs & Hernandez-Marrero 2020 c.)

3.3 Vuorovaikutus ja läheisten huomioiminen

Palliativinen hoito on monimuotoista hoitamista. Siinä odotetaan sairaanhoitajalta potilaan sekä läheisten kohtaamisosaamista, vuorovaikutustaitoja, oirehoidon osaamista, palliativisen ja saattohoidon perusteiden osaamista, ohjauksen osaamista, ihmislähtöisen hoidon osaamista sekä juridista että eettistä osaamista. Sairanhoitajalla pitää olla taito kohdata potilas sekä omaiset, kuunnella ja kunnioittaa heidän toiveitaan ja toteuttaa niitä mahdollisuuksien mukaan. Sairanhoitajalla ei saa olla kiire, sillä mitä enemmän aikaa käytetään ja annetaan, sitä paremmin hoito saadaan onnistumaan. Hyvä ja toimiva vuorovaikutus ja luottamuksellinen hoitosuhde ovat avaimet hyvään yhteistyöhön, sillä silloin saadaan tietoa siitä, mitä potilas oikeasti kokee ja ajattelee. Sairanhoitajalla tulee olla kykyä ja tietoa ohjata potilasta ja omaisia palliativisen hoidon eri vaiheissa, kivun- ja oirehoidon lääkityksistä sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista ja saattohoidon mahdollisuuksista omassa asuinpaikassaan. (Hökkä, Kaakinen & Vihelä 2020a, 280–281.)

Säännöllinen tiedotus potilaan voinnista ja läheisten ajan tasalla pitäminen, saattohoidosta puhuminen ja saattohoitoon ajoissa siirtyminen ovat asioita, joita läheiset haluavat tietää. Tutkimusten mukaan tiedollisen tuen merkitys palliativisessa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisille on merkittävä. Vuorovaikutustilanteissa käytettävän kielen tulee olla selkeää ja yleisesti ymmärrettävää ettei epäselvyyksiä pääse syntymään. (Mäenpää, Lamminmäki, Kaakinen & Hökkä 2021, 182–190.) Hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä voi olla näkemuseroja silloin kun puhutaan potilaan hyvästä hoidosta. Omaisten kanssa kommunikointi tarjoaa hoitohenkilökunnalle haasteita ja mahdollisuuksia, ne auttavat ymmärtämään erilaisia näkemyksiä ja perustuvat siihen mihin potilaan hoidossa pyritään. (Quill & Miller 2014.) Sairanhoitajalla odotetaan olevan taitoa tukea potilasta ja tämän omaisia psykososiaalisesti sekä eksistentiaalisissa kysymyksissä. Potilaiden tarpeet palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa ovat yksilöllisiä. Sairanhoitajalla tuleekin olla taitoa tunnistaa yksilölliset hoidon tarpeet ja kunnioittaa potilaiden sekä omaisten toiveita sekä huomioida potilaat ja omaiset osana yhteisöä. (Hökkä ym. 2020a, 280–281.) Eettistä ja juridista osaamista tarvitaan eettisten arvojen ja toiminnan periaatteiden sekä ohjeiden tunnistamiseen potilaiden hoidossa. Hoitajalla pitää olla myös kyky kohdata omat kuolemaan liittyvät tunteet sekä taito hoitaa potilasta kunnioittaen hänen arvojaan. (Hökkä, Kaakinen, Kuivila, Rajala & Vattula 2020b, 128–131.)

4 Elämän loppuvaiheen hoidon ympäristöjä

Jokainen ihminen kuolee ja jokainen saattohoito sekä kuolema on ainutlaatuinen, yksilöllinen. Terveydenhuollon etiikan osalta yksi keskeisimmistä kysymyksistä on kuolemaa lähestyvien inhimillinen ja laadukas hoito. Sen vuoksi onkin tärkeää, että terveydenhuollon yksiköissä on tietoa, osaamista ja kokemusta kuolevan potilaan hoidosta. (Eho ym. 2003.)

Palliatiivinen hoito ja saattohoito on tarkoitus integroida niin, että hoitoketju jatkuu kaikissa elämän loppuvaiheen hoitoa tarjoavissa terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon palveluiden yksiköissä. Eri-tyistason hoitoa kehitetään laajentamalla kotisairaalapalveluita kotiin sekä eri asumisen yksiköihin ja vahvistamalla moniammatillista yhteistyötä. Tavoitteena on, että ihmiset saavat asua kotonaan ja he saavat tarvitsemansa palvelut sekä hoidon elämänsä loppuun asti sinne missä asuvat. Asiantuntijaryhmä on selvittänyt, että ikäihmiset käyttävät runsaasti akuuttipalveluja ennen kuolemaansa. Ongelmana on, että lähestyvää kuolemaa ei tunnisteta ajoissa ja ihmisiä yritetään hoitaa parantavasti silloinkin, kun olisi pitänyt jo siirtyä palliatiiviseen hoitoon. Saattohoidon osaamisvajetta vaihtelee eri alueilla ikäihmisten palveluissa ja eniten vajetta esiintyy kotihoidossa. Asumispalveluissa kehittämistarpeet kohdentuvat vuorovaikutuksen parantamiseen sekä oirehoidon osaamiseen. (Suositus korostaa jokaisen oikeutta tarpeen mukaiseen palliatiiviseen hoitoon 2019.)

4.1 Kotisairaala

STM:n suosituksen (2019b) mukaan palliatiivisten kotisairaaloitten tuki on yksi edellytys laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon ympärivuorokautisessa asumisessa sekä kotihoidossa. Yhdenvertaisuus kotisairaalan toiminnassa ei toteudu valtakunnallisesti, sillä kotisairaaloitten toiminta ei kata vielä koko maata ja eri alueiden väliset erot ovat suuria. Kotisairaaloitten verkosto kaipaa edelleen myös kehittämistä. Hoidon saavutettavuuden takaamiseksi kotisairaalan tulee olla kohtuullisella etäisyydellä. Ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt, kehitysvammaisten ihmisten asumispalvelut sekä kotihoito hyödyntävät paljon kotisairaalan palveluita. (Forsius, Hammar & Alastalo 2020, 4–5.)

Kotisairaala on liikkuva palvelu, jolla viedään palvelut potilaan kotiin. Satakunnan hyvinvointialueella on neljä kotisairaala, näistä kaksi kuuluu eteläiseen alueeseen, jota kehittämistyö koskee. Ko-

tisairaalahoito on sairaalatasoisen hoidon viemistä potilaan kotiin. Kotisairaalahoito on määräaikaista ja tehostettua kotisairaanhoidoa. Kotisairaalan potilaaksi tullaan lääkärin läheteellä ja potilaalla on oltava diagnoosi sekä hoitosuunnitelma valmiina. Kotisairaalahoidon tavoitteena on vähentää laitoshoidon tarvetta, lyhentää sairaalajaksojen pituutta, hoitaa kroonisia sairauksia kotona sekä parantaa potilaiden elämänlaatua. Silloin, kun kotisairaalan käyntejä on vähemmän kuin kolme päivässä, saadaan sillä säästöä sairaanhoidon kustannuksissa. Kotisairaalan toiminnalla tuetaan avohoidon ensisijaisuutta sekä potilaan itsemääräämisoikeutta. Kotisairaalan avulla vähennetään kiirevastaanoton sekä sairaaloiden osastojen kuormittavuutta. Kotisairaalan toiminta ylläpitää potilaan elämänlaatua ja edistää potilaan toimintakykyä. (Pöyhiä, Guldoga & Vanhanen 2018, 11–13.)

Kotisairaalassa toteutetaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa huomioiden potilaiden sekä heidän omaistensa fyysiset, psykososiaaliset sekä hengelliset tarpeet. Kotisairaalan tuella potilaan on mahdollista säilyttää sosiaalinen verkosto ja motivoitua itsenäiseen toimintaan päivittäisissä toiminnoissa. Kotisairaalan ohjaavia arvoja ovat; turvallisuus, yksilöllisyys, itsehoidon sekä kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet. Kotisairaalan henkilökunta tekee tiivistä yhteistyötä potilaan sekä omaisten kanssa, edesauttaen turvallisuuden sekä luottamuksen syntyä. Kotisairaalan palliatiivisille potilaille ja saattohoitopotilaille on oma tukiosasto. (Kotisairaala 2018, omavalvontasuunnitelma.)

Kotisairaalan henkilökunta tukee muun muassa ikääntyneiden palveluiden, kehitysvammaisten ihmisten asumispalveluiden sekä kotihoidon henkilökunnan omaa osaamista sekä konsultaatiotuen avulla myös akuuteissa palliatiivisten hoidon tarpeissa. Toimivalla kotisairaalatoiminnalla voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta ja onkin inhimillistä tarjota potilaalle palliatiivinen hoito ja saattohoito kotiin, mikäli se on potilaan ja omaisten toiveena. Kotisairaalatoiminnan kustannuksia on tutkittu vain vähän, mutta huomioon tulee ottaa myös inhimillinen näkökulma palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuudessa. (Forsius ym. 2020, 4–5.)

Kustannussäästöt kotisairaalatoiminnassa selittyvät pitkäaikaisten investointien vähyydestä. On kustannustehokkaampaa siirtyä paikasta toiseen autolla, kuin tehdä kalliita rakennusinvestointeja. Suurimmat menot kotisairaalassa syntyvät lääkkeistä, hoitovälineistä ja henkilöstökustannuksista. On laskettu, että kotisairaalahoidon kustannukset ovat 100–300 euroa vuorokaudessa matalammat perustason hoito-osastoon verrattuna. (Lähdeaho, Heino-Tolonen & Kuusela 2011, 1923–1926.)

Tarve kotisairaaloiminnalle lisääntyy huomattavasti koko ajan. Syynä kotisairaaloiminnan kasvulle sekä tarpeen lisääntymiselle ovat väestön ikääntyminen, jatkuva potilaspaiikkojen vähentyminen sekä väestön elinajanodotteen pidentyminen. (Dowell, Moss & Odedra 2018, 24–30.)

Kotisairaaloiminnan avulla voidaan vaikuttaa saattohoidon laatuun tukemalla potilaan oikeuksia sekä itsemääräämisen mahdollisuuksia. Toive kuolla kotona on yleisempää kuin sen toteutuminen. Hyvä kuolemanhanke kyselyyn vastanneista 68 % toivoi kuolevansa aikanaan omassa kodissaan, silti suurin osa ihmisistä kuolee edelleen sairaaloiden osastoilla. Jotta kaikille kotisaattohoitoa toivoville pystytään tarjoamaan hyvä ja laadukas saattohoito, tulee kotisairaaloiden saattohoito-osaamiseen myös kiinnittää huomiota. (Pöyhiä ym. 2018, 63–65.)

Laadukas ja kustannustehokas palliatiivinen hoito vaatii hyvää organisointia ja resursointia. Oikeassa paikassa oikeaan aikaan toteutettu laadukas hoito edellyttää palveluiden porrastuneisuutta. Sairaalan ja päivystyksen turhia kustannuksia voitaisiinkin vähentää parantamalla kotisaattohoidon saatavuutta, konsultaatiotoimintaa ja hoitoketjujen sujuvuutta. (Saarto, Saarnio & Mäkitie 2017a, 1201.)

4.2 Kotihoito ja saattohoito kotona

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tuottamaa, kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta. Säännöllinen kotihoito tarkoittaa, että kotihoidon palveluja käytetään säännöllisesti, vähintään kerran viikossa. (Satakunnan hyvinvointialue.)

Kotisaattohoito on elämän loppuvaiheen hoitoa siellä, missä potilas on viimeisimmät kuukaudet asunut. Se voi olla palveluasumisen yksikkö, oma koti tai jokin muu hoitoyksikkö. (Palliatiivinen hoito, terveyskylä, Palliatiivinen talo 2021.) Ikääntyneiden kuoleminen omassa kodissaan tai ympärivuorokautisessa asumisessa on hieman lisääntynyt, kuitenkin yleisin paikka on edelleen terveyskeskuksen tai sairaalan osasto. (Forsius ym. 2020, 1–2.)

Suurin osa kotihoidon asiakkaista ovat monisairaita ja iäkkäitä. Kotihoidossa terveydenhuollon ammattilaiset voivat hoitaa potilasta yhteistyössä erityistason kotisairaalan kanssa esimerkiksi konsultoinnin avulla. Kotona hoidettaville potilaille turvataan voinnin heikentyessä tarvittaessa nopea

pääsy ennalta määrätulle tukiosastolle. Tukiosastoa voidaan käyttää myös silloin, jos omaiset väsyvät. (Saarto ym. 2017b, 19.)

Kotihoidossa palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidossa koetaan haasteita, niitä voidaan parantaa verkostoitumalla sekä moniammatillisella yhteistyöllä. Kotihoidon mahdollisuuksia auttaa potilaita äkillisissä palliatiivisen hoidon tilanteissa voidaan helpottaa kotisairaalan konsultaatiotuella. Jänikselän tutkimuksessa vuonna 2014 osallistujat kokivat, että kotihoidon eri ammattiryhmien valmiudet kuolevan potilaan hoitoon ovat erilaiset ja erityisesti työntekijät, joilla ei ole lähi- tai sairaanhoitajan koulutusta tarvitsevat lisäopetusta kyetäkseen hoitamaan kuolevia potilaita. Vaativissa vuorovaikutustilanteissa potilaan sekä läheisten kanssa koettiin haasteita eivätkä potilaat sekä läheiset saaneet tarpeeksi tietoa sairauden vakavuudesta. Tutkimuksessa yksinasuvilla kotihoidon asiakkaila oli lisääntyvästi myös psyykkisiä ongelmia, kuoleman lähestyessä he kokivat turvattomuutta, kuolemanpelkoa sekä ahdistuneisuutta. Kotihoidon henkilökunta tarvitsi apua myös kuolevan potilaan läheisten tukemisessa. Tutkimuksessa kaikki potilaat eivät tulleet hoidetuksi kotona loppuun asti, syynä tähän oli läheisten väsyminen, potilaan kivut sekä tuskaisuus ja voimien heikkeneminen. (Jänikselä 2014, 26–30.)

Useimmat potilaista toivovat hoitoa kotona, sillä elämänlaatu koetaan kotona paremmaksi. Kotona potilas hoidetaan omassa elinympäristössään ja kaikki mistä hän nauttii, on lähellä, on se sitten musiikki, kasvit, lemmikkieläimet tai sosiaalinen piiri. Omaisten läsnäololla on kuitenkin suurin merkitys. Toisaalta kotona voidaan kokea myös turvattomuutta tai yksinoloa. Kotona hoitaminen tuo myös eettisiä haasteita, siellä toimitaan potilaan alueella, on muistettava kunnioittaa hänen elinympäristöään ja tapojaan. On toimittava potilaan toivomalla tavalla ja herkällä korvalla kuunneltava hänen toiveitaan. (Mäki 2018, 281.) Kotisaattohoidossa tärkein työkalu on henkilökunta, jolla on kokonaisvaltaista osaamista palliatiiviseen hoitoon. Aito kiinnostus saattohoitoon ja rohkeus hiljaiseen läsnäoloon korostuvat potilaan kotona. (Saarto ym. 2015.)

Kotona oleminen elämän loppuvaiheessa sekä kuoleman hetkellä vaatii potilaan toivetta tulla hoidetuksi kotonaan tai paikassa, jossa potilas on viimeiset vuotensa asunut. Hyvällä asioiden ennakoinnilla ja suunnittelulla sekä tukiverkoston ja tukipalveluiden järjestämisellä on isoin merkitys siihen, saadaanko loppuelämän hoito kotona onnistumaan. Kotona tapahtuva hoito edellyttää hoitajalta

oman arvo- sekä ajatusmaailmansa tunnistamista. Kotona hoitamisessa korostuvat hyvät vuorovai-
kutustaidot sekä potilaan ja läheisten hyvinvoinnin huomioiminen kaikilla osa-alueilla. (Tervala
2014, 52–54.) Omaisetkin tarvitsevat kotona tapahtuvassa saattohoidossa tukea, ohjausta, rohkai-
sua sekä kannustusta. Tärkeää on muistuttaa omaisia siitä, miten arvokasta työtä he tekevät hoita-
essaan potilasta kotona hänen toiveidensa mukaisesti. Potilaan kannalta on kuitenkin tärkeää, että
hän saa kuolla tutussa ja turvalliseksi kokemassaan paikassa sekä valmistautua kuolemaansa ilman
huolta ja pelkoa omaisten selviytymisestä. (Eho ym. 2003, 5, 13.)

Koti on ympäristönä tuttu sekä turvallinen ja kertoo elämän jatkuvuudesta, korostaa omaa persoo-
nallisuutta, muistuttaa eletystä elämästä muistoilla ja auttaa pitämään yhteyttä läheisiin ihmisiin.
(Kotisaattohoito Terveyskylä, Palliatiivinen talo N.d.)

4.3 Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen on asumista yhteisöllistä toimintaa tarjoavassa esteettä-
mässä ja turvallisessa asumisyksikössä, jossa on tarpeita vastaava asunto ja asumisyksikön henkilö-
kunnalta mahdollisuus saada viipymättä ja vuorokaudenajasta riippumatta hoitoa sekä huolenpitoa.
Tarve ympäri vuorokautiselle palveluasumiselle syntyy ikääntymisen, somaattisen tai psykiatrisen
sairauden vuoksi tai päihdeongelman tai jonkin muun syyn vuoksi. (Valvira 2025.)

Ympäri vuorokautisella palveluasumisella tarkoitetaan sosiaalihuoltolain kohdassa (21 c §) tarkoitet-
tuja asumispalveluja yksityisen, julkisen tai kolmannen sektorin voittoa tavoittelemattoman yhdis-
tyksen palveluntuottajan ylläpitämässä palvelukodissa. Ympäri vuorokautinen asumispalvelu on tar-
koitettu heille, jotka eivät rajoittuneen toimintakykynsä vuoksi selviydy enää omassa kodissaan,
vaan tarvitsevat ympäri vuorokautista valvottua asumista siihen liittyvine palveluineen. Ympäri vuo-
rokautinen palveluasuminen sisältää asumisen ja hoidon lisäksi tarvittavat tukipalvelut kuten ate-
riat, pyykkihuollon, siivouksen sekä virkistystoimintaa. Satakunnan hyvinvointialueen eteläisellä alu-
eella on tällä hetkellä 34 ympäri vuorokautisen palveluasumisen yksikköä. (Satakunnan
hyvinvointialue.)

Suurin asukasryhmä ympäri vuorokautisen palveluasumisen yksiköissä ovat monisairaat ikäänty-
neet, esimerkiksi muistisairauksista kärsiviä on paljon. Muistisairaana potilaan elämänlaadun kan-
nalta on tärkeää tuttu ympäristö sekä henkilökunta. Tavoitteena onkin, että näissä yksiköissä asuvat

saavat olla ”kotonaan” kuolemaansa asti, ilman turhia siirtoja päivystykseen tai sairaalaan. Jokaiselle potilaalle on tarkoituksenmukaista laatia ennakoiva hoitosuunnitelma voinnin heikentymisen varalle. Näihin yksiköihin on oltava saatavilla konsultaatiotuki laadun varmistamiseksi. (Saarto ym.2017b, 19.)

4.4 Kehitysvammaisten ihmisten asumisen ympäristöt ja palvelut

Kehitysvammaisten ihmisten asumisohjelmassa tehtiin vuonna 2012 päätös että laitosasuminen puretaan ja tilalle tulee kodinomaisia pieniä asumispaikkoja sekä ryhmäkoteja. Tämä ohjelma on lisännyt kotiin tuotettavien palvelujen tarvetta. Yksi osa yksilöllisesti suunnitellusta asumisen tukipalvelusta on elämän loppuvaiheen hoito. On tärkeää huomioida ja kuunnella potilasta sekä arvostaa hänen itsemääräämisoikeuttaan sekä oman elämänsä asiantuntijuutta. Toiminnan tulee perustua tasavertaisuuteen, asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, omanlaisen elämän mahdollistamiseen ja omavaltaisuuteen. Toimintakykyä ja itsenäisyyttä tulee tukea ja ylläpitää. (Mohsen 2018, 212.)

Oikeudenmukaisuuden toteutuminen, yhdenvertaisuus sekä palvelujärjestelmän toimivuus ovat niitä erityiskysymyksiä, jotka liittyvät palliatiiviseen hoitoon kehitysvammaisten ihmisten kohdalla. Vammaiset eivät muodosta omaa yhtenäistä ryhmäänsä vaan heidän elämäntilanteensa, toimintakykynsä ja rajoitteensa, toiveensa ja tuen tarpeensa ovat erilaisia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aikana. Laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa tukee yksilöllisyyden kunnioittaminen. (McLellan ym. 2021, 8.)

Tärkein asia kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskennellessä on kohtaaminen sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Asumisyksiköiden henkilökunnan tehtävänä on toimia ikään kuin asiakkaiden edunvalvojina, tuoden esille heidän tahtonsa ja toiveensa. Kehitysvammaisten ihmisten asumispalveluissa saattohoidosta ja kuolemasta puhumisen tulisi olla avointa ja siihen tulisi saada ohjausta sekä tukea esimerkiksi työohjauksen keinoin. Kommunikaatio on ensiarvoisen tärkeää saattohoidossa. Saattohoito ja kuolema käsitteenä, kivun ja muiden oireiden hoito ja tunnistaminen ovat asioita, joihin tarvittaisiin selkokielistä materiaalia tai muita apuvälineitä, jotta ne tulisi ymmärrettävästi käytyä läpi asiakkaan kanssa. Esimerkiksi kipua voi olla hankala tunnistaa, mikäli asiakas ei osaa sanallisesti sitä kertoa. (Mohsen 2018, 213–214.)

Kommunikaation sekä liitännäissairauksien vuoksi potilaiden hoito sairaalassa on haastavaa. Liitännäissairauksia ovat mm. hengitysteiden limaisuus sekä sen vuoksi infektioherkkyys. Kehitysvammaan liittyy myös ennenaikainen vanheneminen sekä kuolema. Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon haastetta tuo se, että potilaan on usein vaikea ymmärtää sairauden luonnetta ja potilaan on vaikea tehdä itseään koskevia ratkaisuja. Yhteisenä tavoitteena on, että potilasta hoitaa tutut hoitajat, tutussa ympäristössä. Elämän loppuvaiheen hoidossa tarvitaan lähes aina perusteelliset valmistelut; keskustelut, sekä hyvät, kattavat neuvot ja ohjeet eri tilanteiden varalle. Kuolema koskettaa aina myös hoitavaa henkilökuntaa, sillä he tuntevat usein potilaan omaisiakin paremmin. Kehitysvammaisten ihmisten asumisyksiköissä tulee huomioida myös muut asukkaat ja heidän reaktionsa. Jokainen saattohoitopotilas on erilainen ja taudinkulku etenee eri tavoin, mutta tavoitteena on aina kotisaattohoidon lisäksi, että työyhteisölle ja työntekijöille jää positiivinen ja kasvatettava kokemus saattohoidosta. (Vanhanen 2018, 214–216.)

Ajoissa käydyt hoitoneuvottelut mahdollistavat potilaan toiveiden huomioinnin paremmin, esimerkiksi, jos potilas toivoo hoitoa kotona mahdollisimman pitkään, voidaan erityistason osaamista järjestää palliatiivisen kotisairaalan kautta ja näin välttää potilaan raskaat siirrot muihin hoitopaikkoihin. Silloin kun vammaisen ihmisen palvelut on järjestetty niin, että henkilökunta on saatavilla ympäri vuorokauden, voidaan myös henkilökunnan kouluttamisella vähentää tarpeettomia siirtoja. (McLellan ym. 2021, 14.) Suunniteltu hoito ei saa aiheuttaa potilaalle kärsimystä ilman, ettei siitä ole hyötyä, kaikesta hoidosta on oltava potilaalle enemmän hyötyä kuin haittaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 §6.) Hoidon toteuttajille hoitosuunnitelma on tärkeä toimintaa ohjaava asiakirja. Moniammatillisen tiimin, potilaan ja omaisten kanssa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma auttaa toimimaan potilaan etua ajatellen. Voimien heikentymisen varalta luodut ohjeet tuovat turvaa myös omaisille. Hoitosuunnitelma näyttäytyykin enemmän hoitolupauksena ja elämänlaatua tukevana suunnitelmana. (McLellan ym. 2021, 16.) Satakunnan hyvinvointialueella eteläisessä osassa toimii 19 vammaisten ihmisten asumispalveluyksikköä (Satakunnan hyvinvointialue.)

4.5 Perustason hoito-osastot

Satakunnan hyvinvointialueella perustason hoito-osastoilla hoidetaan kaikenikäisiä aikuispotilaita. Peruste sairaalahoidolle on lääketieteellinen yksilöllisen hoidon tarve. Hoito-osastoille tullaan lääkärin ajanvaraus- tai kiirevastaanotolta tai erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon. Perustason hoito-

osastoilla hoidetaan mm. infektiopotilaita, saattohoitopotilaita ja muistiongelmaisia. Osastot toimivat tiiviissä yhteistyössä kotisairaalan kanssa. Potilaiden hoito suunnitellaan yhdessä potilaan sekä moniammatillisen tiimin kesken. Satakunnan hyvinvointialueen eteläisellä puolella on perustason hoito-osastoja kuusi kappaletta. (Satakunnan hyvinvointialue.)

Lisäksi Satakunnan hyvinvointialueella on kahdeksan lyhytaikaista hoitoa tarjoavaa arviointiyksikköä. Lyhytaikaista arviointijaksoa tarvitaan esimerkiksi silloin kun toimintakyky on heikentynyt niin, että toimintakyvyn riittävyttä ja kotona pärjäämistä on syytä arvioida. (Satakunnan hyvinvointialue.)

5 Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuus urapolun eri vaiheissa

5.1 Kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan urapolku

Kliininen asiantuntija (YAMK) on maisteritason koulutuksen saanut hoitotyön ammattilainen, joka omaa valmiudet vaatimaan päätöksentekoon sekä kykenee toteuttamaan laaja-alaista, kokonaisvaltaista hoitotyötä näyttöön perustuen sekä kehittämään ja kouluttamaan muita hoitotyön ammattilaisia oman asiantuntijuutensa parissa työskenteleviä. Kliininen asiantuntijatuokinto antaa asiantuntijasairaanhoitajalle valmiudet toimia laajennetuissa asiantuntijatehtävissä ja palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon erilaisissa toimintayksiköissä niin sosiaali- kuin terveydenhuollon puolella. (Sulo-saari, Elomaa, Krapu, Hopia, Koivunen, Leinonen, Liikanen, Penttinen, Törmänen, Walta & Heikkilä 2020.)

Kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan työn tavoitteena on hoitotyön ja terveydenhuollon palvelujen kehittäminen lisäämällä laaja-alaisen, näyttöön perustuvan tiedon käyttöä erilaisissa hoitoon liittyvissä asioissa. Hoitotyön asiantuntijuuden tunnuspiirteinä nähdään tiedon kriittinen analysointi ja tutkitun tiedon ja teorian soveltaminen käytännössä sekä hoitotyön edistäminen ja kehittäminen. (Fagerström & Glasberg 2011; Manzoukas & Watkinson 2007, 28–37.)

Dahlin ja Coyne (2019) kuvaavat palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajan kehittämisroolille ominaisia kompetensseja. Kompetensseissa kliininen asiantuntijasairaanhoitaja kuvataan strategisena, tiedonvälittäjänä sekä eräänlaisena muutosagenttina. Asiantuntijasairaanhoitaja toimii näyttöön perustuvan toiminnan erilaisten käytäntöjen kehittäjänä sekä implementoijana huolehtii muun

muassa potilaiden yksilöllisen hoidon toteutumisesta, esimerkiksi hoitosuunnitelmien avulla. Kliininen asiantuntijasairaanhoitaja kuvaillaan aktiivisena ja innokkaana, kannustavana, sitoutuneena, näkyvänä ja sinnikkäänä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäjänä, joka toimii vuorovaikutuksessa niin potilaan ja tämän läheisten kuin kollegoiden sekä moniammatillisen tiimin jäsenien kesken. Kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan roolissa hoitajalta edellytetään ymmärrystä potilaan hoitopolusta, muista hoitoon osallistuvista tahoista sekä moniammatillisen yhteistyön merkityksestä ja mahdollisuuksista. Kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan toiminnan tulee olla avointa sekä rehellistä. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38.)

FinPall on luonut vuonna 2024 suosituksen palliatiivisen hoidon asiantuntijamallista, jossa kuvataan sairaanhoitajien urapolkua. Suosituksen tarkoituksena on kuvata kliinisen asiantuntijuuden mallia ja sen merkitystä palliatiivisen ja saattohoidon laadun parantamiseksi. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityisosaamisen tarve lisääntyy merkittävästi eri hyvinvointialueilla ja näihin pystytään vastaamaan asiantuntijasairaanhoitajien osaamista hyödyntämällä. Asiantuntijasairaanhoitajan osaamiseen kuuluu muun muassa psykososiaalisten tarpeiden huomiointi sekä niihin vastaaminen. Tämän vuoksi asiantuntijasairaanhoitaja pystyy tarjoamaan tukea myös muille hoitotyön ammattilaisille erilaisissa hoitoympäristöissä. Ajoissa tunnistettu palliatiivisen hoidon tarve vähentää päivystys- sekä sairaalakäyntejä ja asiantuntijasairaanhoitajan avulla hoidon tarve saadaan ajoissa tunnistettua ja näin saadaan potilas hoidettua pidempään omassa kodissaan tai asumisyksikössään. (Laine ym. 2024.)

Opetus ja kulttuuriministeriön EduPal-hankkeessa on kehitetty moniammatillisessa yhteistyössä palliatiivisen hoidon koulutusta. Tavoitteena oli laatia palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen nykytilan kuvaus, luoda palliatiivisen hoitotyön osaamiskuvaus ja fasilitoida moniammatillista koulutusta, opettajien osaamista sekä tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoimintaa. Varmistamalla sairaanhoitajien tarvittava osaaminen turvataan palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden ja omaisten saama laadullinen tarvelähtöinen hoito perus- sekä erityistason yksiköissä. Palliatiivisen hoidon ja palveluiden kehittämiseen luotiin avuksi urapolku, jolla voidaan varmistaa palliatiivisessa hoidossa työskentelevien asiantuntijasairaanhoitajien saatavuus. Hankkeen aikana pilotoitiin palliatiivisen hoidon asiantuntijaerikoistumiskoulutus ja kliininen asiantuntijakoulutus (Ylempi AMK). (Hökkä, Lehto, Heinonen & Suikkala 2021a, 3, 9, 45.)

Laadukkaille terveydenhuollon palveluille on perustana näyttöön perustuva hoitotyö. Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija on isossa roolissa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä, toteuttamisessa sekä arvioinnissa. Asiantuntijan koulutus sekä tehtävä luovat erinomaiset puitteet näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiselle. Kehittämiseen yhdistyy myös kokonaisvaltainen kliininen hoitotyö. Kansainvälisen näytön perusteella laajavastuisen hoitotyön tehtävänkuvat parantavat väestölle tarjottavia terveyspalveluja, edistävät hoitoalan ammattilaisten osaamista ja tyytyväisyyttä työhön sekä on myös kustannustehokasta. Laajavastuisia hoitotyön tehtävänkuvia tulee lisätä hyvinvointialueilla niin perus- kuin erityistason tehtävissä varsinkin ympärivuorokautisessa palveluasumisessa kuin kotihoidossa. Hoitotyön osaamisen optimaalinen hyödyntäminen on tärkeää ennaltaehkäisyssä, näyttöön perustuvan hoitotyön turvaamisessa sekä teknologian kehittämisessä. Laajavastuiset hoitotyön tehtävänkuvat ovat tärkeä osa sairaanhoitajien urapolkuja, hoitotyön kehittämistä sekä kliinisen työn tukirakenteita. (Jokiniemi ym. 2023.)

Terveyspalvelujen kysyntä tulee kasvamaan ja lisääntymään, samalla kuitenkin kestävyysvaje aiheuttaa painetta terveyspalvelujen tuottamiseen yhä tehokkaammin ja tuottavammin. (Fagerström & Glasberg 2011, 925–932.) Laajavastuisten työnkuvien avulla on mahdollista lisätä näyttöön perustuvien toimintatapojen jalkautumista perusterveydenhuoltoon, mikä taas edistää laadukkaan hoidon toteutumista toimintaa tehostamalla, asuinpaikasta riippumatta. (Flinkman 2018; Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja & Suutarla 2017, 20.)

Palliatiivisen potilaan ja saattohoitopotilaan kohdalla kotihoidossa on haasteita, joita voidaan korjata verkostoitumalla sekä moniammatillisella yhteistyöllä. Kotisairaalan konsultaatiotuella voidaan helpottaa kotihoidon ja palveluasumisen yksiköiden mahdollisuutta auttaa potilaita äkillisissä palliatiivisen ja saattohoidon tilanteissa. STM:n (2019) julkaisemat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet kattavat elämän loppuvaiheen potilaiden hoidon kulmakivet. Lääkärin sekä asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiotuki mahdollistavat osaltaan myös potilaan hoidon perustason yksiköissä. Hoidossa tarvittavat hoitovälineet ja lääkkeet tulee olla aina saatavilla. Perustason hoitohenkilökunnalle tulee lisäksi järjestää säännöllistä koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, STM 2019.)

Kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan työhön kuuluu näyttöön perustuvan, laadukkaan hoitotyön kehittäminen ja juurruttaminen. Kliinisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidaja tekee hoitotyötä moniammatillisissa tiimeissä yhtenä osallisena, kehittää monipuolisesti hoitotyötä ja organisaatioiden toimintaa. Kliiniset asiantuntijasairaanhoidajat tuottavat palveluita ja parantavat niiden laatua sekä täydentävät palvelurakennetta. (Jokiniemi 2014; Kotila ym. 2017; Lafortune 2011; NANCS 2004.) Asiantuntijasairaanhoidajalla on ajallisesti parempi mahdollisuus hoidon ohjaukseen sekä potilaiden kanssa keskusteluun, jolloin myös potilaat ovat tyytyväisempiä. On todettu, että asiantuntijasairaanhoidajan antama hoito lisää potilastyytyväisyyttä. (Sekse, Hunskaar & Ellingsen 2018, 21–38.) Tutkimuksen mukaan esimerkiksi kotihoidon henkilökunta koki tarvitsevänsä tukea kuolevan potilaan omaisten tukemisessa. (Jänikselä 2014, 26–30.)

Yksilöllinen hoidon seuranta lääkärin ohjeiden mukaan helpottaa potilaan oireiden hallintaa ja niihin pystytään paremmin puuttumaan jo etukäteen, tämä lisää luottamusta asiantuntijasairaanhoidajan ja potilaan välillä. Asiantuntijasairaanhoidajan koordinoima hoito parantaa myös potilaan sekä potilaan hoitoon liittyen eri ammattiryhmien sekä yksiköiden välistä yhteistyötä. (Fuller, Jenkins, Doherty & Abhishek 2020, 575–579.) Sairaanhoidajan tulee hallita tiedot ja taidot palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteista, kuntouttavasta työtteesta, somaattisten sairauksien ja oireiden hoidosta sekä kivun hoidosta. Kivun hoidossa korostuu tärkeys tunnistaa, arvioida ja hoitaa kipua. Tämä käy ilmi myös lähihoitajille tehdyssä tutkimuksessa, jossa arvioitiin osaamistarpeita palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden hoidossa. Apua koettiin tarvittavan potilaan kivun seurantaan ja kivun arviointiin erilaisten mittarien avulla. (Hökkä ym. 2020a, 275–284; Hökkä ym. 2020b, 128–131.)

Asiantuntijasairaanhoidajat tulevatkin vastaamaan tarpeeseen, jossa palvelujen tuottamisen kannalta on todettu selkeä tarve muuttaa työtehtäviä vaativimmiksi. Tämä turvaa organisaatioiden hoitotyön laadun, toiminnan sekä henkilöstön kehittämistä. (Vestman 2013.)

5.2 Palliatiivisen konsultoivan sairaanhoidajan rooli ja tehtäväkuva

Osaamisen kehittäminen tarvitsee taustalleen suunnitelman kehitettävästä kohteesta sekä aktiivisen toimijan. Dahlin ja Coyne (2019) kuvaavat palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoidajan roolissa työskentelevien koulutettujen sairaanhoidajien olevan usein työyhteisön pitkäaikaisia työntekijöitä, jotka kehittävät hoitotyötä ilman virallista tunnustusta työnkuvastaan. Palliatiivisen hoidon

asiantuntijalla on yleensä selkeä strategia sekä suunnitelma palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38.) Konsultoivan sairaanhoitajan laajavastuinen tehtäväkuva on muunneltavissa laajavastuisen sairaanhoitajan tehtäväkuvasta. Se edellyttää vaativan tason kliinisen osaamisen hallintaa. Konsultoivalla sairaanhoitajalla tulee olla osaamista sekä koulutus potilaiden hoidon tarpeen arviointiin sekä hoitosuunnitelmien tekoon kokonaisvaltaisuus huomioiden. Hoidon tarpeen arvioinnissa sekä oikean hoidon valinnassa konsultoiva sairaanhoitaja toimii näyttöön perustuvan toiminnan perusteella. Konsultoitavalla sairaanhoitajalla on pitkä työkokemus, kattavat tiedot sekä tieto myös muiden hoitoon osallistuvien tehtäväkuvista ja olemassa olevista hoitopoluista. Työ on osa moniammatillista yhteistyötä, mutta myös itsenäistä työskentelyä. (Sulosaari ym. 2020.)

Yhtenä osana konsultaatiotehtävissä laajavastuiset hoitotyön asiantuntijat ovat ohjauksen ja asiantuntijaneuvojen antajia. He toimivat myös ongelmanratkaisijoina. Asiantuntijasairaanhoitajilta saa konsultaatioapua ja tukea ammatilliseen kehittymiseen. Tehtävään kuuluu myös konsultoinnin koordinointi sekä organisaation kehittämiseen liittyvä konsultointi. (Jokiniemi, Pietilä, Kylmä & Haatainen 2012.) Asiantuntijasairaanhoitajan ominaisuuksia kuvaa myös pätevyys ja joustavuus. Toiminnassa yhdistyy potilaslähtöisyyden sekä hoidon laatutekijöiden lisäksi organisaation ja palvelujärjestelmän tuntemus sekä resurssien oikea kohdentaminen ja tätä kautta toiminnan taloudellisuus. (Bryant-Lukosius, Spichiger, Martin & Rogers 2013, 150–152; Dahlin & Coyne 2019, 30–38.)

Hökkä ja muut (2020 c) toteavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erikoiskoulutuksen saaneilla sekä asiantuntijasairaanhoitajan roolissa työskentelevillä sairaanhoitajilla olevan kliinistä osaamista hoitohenkilökunnan ohjaamiseksi ja kouluttamiseksi. Asiantuntijaroolissa toimivan sairaanhoitajan ominaisuuksista voidaan tunnistaa taito motivoida ja innostaa muita toteuttamaan laadukasta hoitoa. Asiantuntijasairaanhoitajan rooliin liittyy myös taito henkilökunnan yhteistyö- sekä vuorovaikutustaitojen kehittämiseen sekä asenteen muutokseen laadullisen palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon tarjoamiseksi. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38.) Asiantuntijasairaanhoitajilla pitää olla riittävästi tietoa ja taitoa käsitellessään kuolemaa potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. Palliatiivinen hoito ja saattohoito, niiden tunteminen ja moniulotteisuus vaatii vahvaa osaamista. (Soikkeli-Jalonen, Stolt, Hupli, Lementti, Kennedy, Kydd & Haavisto 2020, 736–757.)

Palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan osaamisvaatimuksia laajavastuisessa hoitotyössä on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Palliatiivisen asiantuntijasairaanhoitajan laajavastuinen osaaminen hoitotyössä ja sen kehittämisessä. (Flinkman 2013, 11-13; ICN 2020, 18; Jokiniemi 2014; Kennedy, Brooks, Young, Nicol, Campbell & Gray Bunton 2015, 3296-3305; Kotila ym. 2017, 27; Lafortune 2011; NANCS 2004; Saarela 2013, 12-18; STM 2009, 59-60; Vestman 2013; Westerback 2018, 9.)

5.3 Konsultaatio moniammatillisessa yhteistyössä

Sosiaali- ja terveydenhuollossa neuvon tai ohjeen kysyminen toiselta ammattilaiselta on helpoin ja nopein tapa saada tukea ratkaistavaan ongelmaan ja se on osa jokapäiväistä työskentelyä. Sairaanhoitajien konsultaatiokäytänteitä on tutkittu vähän, mutta lääkäreiden välisistä konsultaatioista on tutkittua tietoa. Perusedellytyksiä konsultaatioon ovat tuen tarpeen tunnistaminen, tiedonkulku sekä oikean tiedon välittyminen. Sähköiset potilastietojärjestelmät mahdollistavat luotettavan ja kattavan tiedon saannin, edellyttäen tietenkin potilaan lupaa tietojen käsittelyyn. Konsultaatiosta vastaavan tahon tulee kirjata merkintä tehdystä konsultaatiosta. Konsultoitavan on tärkeää tehdä konsultaatiosta kirjallinen vastaus, jotta annetut hoito-ohjeet tai päätökset tulee oikein kirjattua. Konsultaation tavoite ei ole hoitovastuun siirtäminen toisaalle. Konsultaatiossa tulee aina ensin

määrittää ongelma ja konsultaation kiireellisyys. Konsultti kouluttaa ja ohjeistaa, opettaa konsultoivaa tahoja, parhaimmillaan se on siis oppimistilanne. Konsultointiin ei tulisi olla korkeaa kynnystä, sillä se on olennainen osa potilaiden hoitoa. Neuvon kysymiseen on aina yleensä perusteltu syy. Konsultaatiossa olennaista on hyvä valmistautuminen ja potilaan tietoihin perehtyminen. Olennaista on myös selkeä ongelma, johon halutaan vastaus. Tärkeää on, että konsultoiva taho on itse nähnyt ja tutkinut potilaan ja tietää potilaan viimeisimmän voinnin ja parametrit. Yleensä konsultaatio aloitetaan kysymyksellä, jolloin konsultin on helpompi etsiä vastausta jo puhelun aikana. Potilaan toimintakyky ja vointi ovat tärkeämpiä asioita kuin hänen ikänsä. Toimivien konsultointien tavoitteena on potilaan hyvä hoito. (Louhimo 2019, 486–490.)

Osaamisen, oman tiedon ja hyvien toimintatapojen jakaminen on tiimityötä (Hökkä ym. 2020a). Potilaan hoitopalaverissa sovitaan yhteistyössä potilaan, läheisten sekä hoitohenkilökunnan kanssa palliatiivisen hoidon tavoitteet ja keinot. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjataan arvio hoitoneuvottelujen tarpeesta varsinkin palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirryttäessä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon moniammatillisen luonteen vuoksi (WHO 2018), on tärkeää, että hoito suunnitellaan ja toteutetaan hyödyntäen eri alojen ammattilaisten erityisosaamista ja työskennellään yhdessä moniammatillisena tiiminä. Tämä edellyttää konsultointiosaamista kaikilta hoitotyön ammattilaisilta (Hökkä ym. 2020 c.) Konsultoinnin tulisi olla mahdollista jokaiselle riippumatta siitä, missä potilas asuu tai elää. Palvelut pyritään järjestämään siten, että kaikilla toimintayksiköillä on mahdollisuus konsultoida erityistasoa tarvittaessa, jotta potilas saa parhaan mahdollisen hoidon. Jokaisen hoitotyöntekijän pitäisikin muistaa, että konsultointi ei ole vain mahdollisuus, se on myös velvollisuus. (Saarto ym. 2019b.)

Moniammatillinen yhteistyö on asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä. Yhteistyöhön kuuluu jaettu vastuu sekä päätöksenteko, yhteiset arvot sekä jaettu tieto. Moniammatillisessa tiimissä työskentely on keskeinen tapa tehdä potilaslähtöistä työtä ja siihen liittyy rehellinen kommunikointi, keskinäinen luottamus, toisten osaamisen kunnioitus sekä yhteiset tavoitteet potilaan laadukkaaseen ja hyvään hoitoon toteuttamiseksi. Moniammatillisessa yhteistyössä roolien tulisi olla joustavia, jotta kaikkien resurssit saadaan käyttöön yli ammattilaisten roolirajojen. Moniammatillisen yhteistyön merkitys kasvaa ja se on yhä tarpeellisempaa ihmisten eliniän kasvaessa ja potilaiden ollessa yhä monisairaampia. Tiimityöskentely on myös merkityksellistä työhyvinvoinnin kannalta. Se toimii sa-

malla turvaverkkona ja työnohjausena. Tiimityöskentelyssä on mahdollista jakaa moraalisesti, eettisesti tai tunnetasolla vaikeita asioita. Moniammatillisessa työyhteisössä myös viihdytään paremmin ja jaketaan tehdä työtä paremmin. (IsoHerranen 2012, 19–20, 141, 146–147.)

Potilaat ovat yhä monisairaampia, useat pitkäaikaissairaudet ja useat lääkitykset vaativat monen eri erikoisalalan osaamista. Konsultaatio onkin tärkeää potilaiden oikean hoidon varmistamiseksi. Konsultaatiot ovat tärkeitä myös palvelujen toimivuuden kannalta, ja näin voidaan ehkäistä potilaiden turhaa siirtymistä yksiköiden välillä. Perusterveydenhuollossa tehtävät ovat lisääntyneet ja potilaat pyritään hoitamaan yhä kustannustehokkaammin. Erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon välisellä hyvällä kommunikaatiolla on yhteys vähentyneisiin sairaalajaksoihin, jolloin syntyy myös kustannussäästöjä. (Louhimo 2019, 486; Parhiala, Hetemaa, Sinervo, Nuorteva, Luoto & Krohn 2016.)

6 Laatu palliatiivisessa hoitotyössä

6.1 Laadun määritelmä

Laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito on jokaisen ihmisen oikeus. Käsitteenä laatu on monitahtoinen. WHO:n mukaan hoidon laadulla tarkoitetaan sitä, miten potilaalle tarjotut terveydenhuollon palvelut lisäävät toivottuja terveysvaikutuksia. Laadussa painotetaan myös näyttöön perustuvaa ammatillista osaamista. Tavoitteen saavuttamiseksi terveydenhuollon tulee olla turvallista, vaikuttavaa, yksilökeskeistä, oikea-aikaista, oikeudenmukaista, saumatonta sekä tehokasta. (WHO 2018.) Terveydenhuoltolain 8§ mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- sekä toimintakäytäntöihin. Toiminnan tulee olla turvallista, laadukasta sekä asianmukaisesti toteutettua. (terveydenhuoltolaki 2010/1326.) Sosiaalihuoltolain 47§ mukaan on sosiaalihuollon toimintayksiköiden laadittava omavalvontasuunnitelma turvallisuuden, laadun sekä asianmukaisuuden varmistamiseksi. Omavalvontasuunnitelman toteutumista tulee valvoa säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä palautteen perusteella. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301.)

Satakunnan hyvinvointialueen omavalvontasuunnitelmassa määritellään yhdeksi tehtäväksi varmistaa palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu sekä potilaiden yhdenvertaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen ja valvonnan tehtävänä on potilaan oikeuksien turvaaminen, potilas-turvallisuuden edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalouden laadun varmistaminen. Satakunnan

hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa on kuvattu menettelytapoja, joiden avulla varmistetaan toiminnan ja palvelujen saatavuutta, jatkuvuutta, turvallisuutta ja laatua sekä ennen kaikkea potilaiden yhdenvertaisuutta. Omavalvontaa velvoittaa lainsäädäntö. Hyvinvointialueen strategisten arvojen ja periaatteiden mukaan potilaita palvellaan yhdenvertaisesti, oikea-aikaisesti ja lähellä, monin eri tavoin. Yhdenvertaisuus on myös sitä, että vahvistetaan ennaltaehkäiseviä ja perustason palveluja. Arvoina ovat myös inhimillinen kohtaaminen, ammattimainen toiminta sekä vastuullinen uudistaminen. Satakunnan hyvinvointialueen strategian mukaisesti palveluiden tulee olla saatavilla yhdenvertaisesti ja niitä kehitetään huomioiden esimerkiksi liikkuvien palveluiden mahdollisuudet. Omavalvonnan avulla varmistetaan, että kaikissa yksiköissä tehdään työtä, joka tukee laadukkaan ja turvallisen palvelun kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä ja toimintatapojen kehittämistä. (Satakunnan hyvinvointialue.)

Terveydenhuollossa ensisijaisena tavoitteena on parantaa sairauksia ja tuottaa terveyttä. Kaikkien hoitojen tulisi palvella tätä päämäärää eli olla vaikuttavia. Palliatiiviseen hoitoon siirrytään, kun sairautteen ei ole enää parantavaa hoitoa tai sairautta hidastava hoito ei ole enää mahdollista. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on lievittää kärsimystä ja ylläpitää elämänlaatua. Tällöin tavoitellaan esimerkiksi potilaan hyvää oirehoitoa tai potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Palliatiivisen hoidon laatua tuleekin arvioida laajemmin kuin terveyshyötyjen näkökulmasta. (Saarto ym. 2022, 12.) Merkittävä kriteeri hoidon laatua arvioitaessa on potilaan subjektiivinen kokemus saamastaan hoidosta. Maailman lääkäriiliiton julistuksessa potilaan oikeuksista (1991, 195) annetaan potilaalle oikeus ihmisarvoiseen saattohoitoon, jotta kuolema olisi mahdollisimman ihmisarvoinen ja rauhallinen.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) on palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatutieto-projektissa laatinut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuosituksen. Laadukasta hoitoa on annettava potilaan diagnoosista tai hoitopaikasta riippumatta. Hoidon vaativuus ja hoidon tarve määrittelevät sen, missä hoitoa annetaan. Laatusuosituksen tavoitteena oli luoda kriteerit ja indikaattorit hyvinvointialueille, jotta erilaisten yksiköiden sekä potilasryhmien tarpeet tulevat huomioiduksi. (Saarto ym. 2022, 10.)

6.2 Hoidon laatu palliatiivisessa hoitotyössä

Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa ollaan elämän ja kuoleman kysymysten ääressä, jonka vuoksi potilaan hoitoprosessiin liittyvät erilaiset vuorovaikutustilanteet sekä totuuden hetket ja onnistuminen hoidossa ovat erityisen merkityksellisiä. Laadukas palliatiivinen hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta riittävästi taitoa, tietoa sekä oikeanlaista arvomaailmaa ja asennetta. (Hökkä ym. 2020 c). Yksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon merkittävimmistä ongelmista on osaamisen puute. Tämä koskee kaikkia ammattiryhmiä sekä hoidon tasoja. (Saarto ym. 2022, 11.)

Pitkäaikaishoidossa hoidon tavoitteena on turvata potilaan yksilöllinen loppuelämä. Potilaiden tarpeiden mukainen hoito sekä palvelu sisältävät sekä mahdollisuuden parantua, toipua ja kuntoutua että oikeuden kuolla, kun kuoleman aika on. Ihmisen elämän yksilöllisyys elämän loppuun asti on asiakaskeskeisyyden ydintekijä. Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu yksilöllisten tarpeiden ja hoidon lisäksi kokonaisvaltaisuus sekä perhekeskeisyys. Elämän loppuvaiheessa hyvän hoidon perusta on potilaan oma näkemys ja kokemus saamastaan hoidosta. (Finne-Soveri ym. 2022, 10.) Yhtenä hoidon laatutekijänä pidetään, että hoitavassa yksikössä osataan ennakoida ja hoitaa potilaan lähestyvään kuolemaan liittyviä fyysisiä oireita. (Saarto ym. 2019b, 128.)

Elämän loppuvaiheessa hoidon laadun elementit ovat samankaltaisia kaikkien ihmisten kohdalla, vaikkakin sairaan henkilön ympärillä palvelujärjestelmä voi edellyttää joidenkin laatualueiden tai laatukriteereiden korostamista tai huomioimatta jättämistä, esimerkiksi iäkäs ihminen voi asua kotona ja saada kotihoidon palveluja tai asua palveluasunnossa, jolloin huolenpitoa ja hoitoa on tarjolla ympäri vuorokauden. Elämän loppuvaiheessa hoitoon pääsy ei ole ydinkysymys, vaan kysymys on henkilöstön kyvystä tunnistaa elämän loppuvaihe alkaneeksi. Elämän loppuvaiheen hoidossa keskiöön siirtyy inhimillinen kohtaaminen ja vuorovaikutus, oirehoidon hallitseminen huolenpidon aikana, sekä arvio siitä tarvitseeko potilas palliatiivisen hoidon tai saattohoidon toteutukseen erityisosaamista. Tässä tilanteessa hoidon laatua edustaa hoitohenkilökunnan osaamisen lisäksi konsultaation systemaattisuus, ennakoivan hoitosuunnitelman saumaton aloitus sekä hyvän oireenmukaisen hoidon turvaaminen. (Finne-Soveri ym. 2022.)

Hoidon laatu sekä tulokset ovat yhteydessä siihen mitä tavoitellaan. Pitkäaikaishoidoissa hoidon tavoitteena on antaa tarpeen mukaista hoitoa ja mahdollistaa yksilöllinen hoito ja elämä oikeilla palveluilla. Tärkeintä on potilaan omien toiveiden ja tavoitteiden asettaminen. Toiminnan sekä hoidon

laatua määrittävät hoitohenkilökunnan osaaminen, resurssi, työhyvinvointi, johtaminen sekä käytössä olevat välineet sekä tilat. Kaiken toiminnan perustana on kuitenkin henkilökunnan asenne sekä halu myönteiseen vuorovaikutukseen sekä toimintaan. (Finne-Soveri ym. 2022, 10.)

On kehitetty laatualuepyramidi, joka määrittelee hyvän hoidon laadun osatekijät. Tärkeimpänä laadun arvioinnin alueena pidetään potilaan tahdon kuulemista, jonka vuoksi hoitotahto, toiveet ja tarpeet on valittu ensimmäiseksi laatualueeksi. Toisena nousee potilaan läheisen kuuleminen ja kolmantena elämän loppuvaiheen ennakoivien hoitosuunnitelmien laatiminen. (Finne-Soveri ym. 2022, 16.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma turvaa yksilöllisen hoidon ja sen tavoitteena on ryhtyä niihin toimenpiteisiin, jotka helpottavat potilaan vointia, mutta välttää turhien voimavarojen käyttöä ilman myönteisiä vaikutuksia. Hyvä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma toimii hoitolupauksena, joka turvaa potilaan yksilöllisen ja laadukkaan hoidon juuri siellä, missä hän on ja asuu. (Givens, Selby, Goldfield & Mitchel 2012, 905–909.) Lisäksi alueita ovat osaamisen turvaaminen, asiantuntijuuden saatavuus, rakenteelliset tekijät sekä apuvälineet. Asiantuntijuuden saatavuus ja hoitoketjun varmistaminen on tärkeää, sillä hyvästä suunnittelusta huolimatta yllättävien tilanteiden mahdollisuus on aina olemassa. Oman yksikön osaaminen ei aina välttämättä riitä vastaamaan kaikkiin loppuelämän vaiheen tarpeisiin. Silloin hoitoketjun toimivuuden varmistaminen on myös osaamisen varmistamista. Kotisairaalan palvelujen saatavuus tarpeen mukaan on yksi toimivan saattohoidon kivijaloista. Oireiden arvaamaton paheneminen ja oireiden monimuotoisuus voi edellyttää kotisairaalan erityisosaamista. Viimeisenä on läheisten tukeminen kuoleman jälkeen. (Finne-Soveri ym. 2022.)

WHO:n mukaan palliatiivisen hoidon toteutumisen esteenä saattaa olla koulutuksen vähyys ja tiedon puute palliatiivisesta hoidosta hoitohenkilökunnan, päättäjien sekä kansalaisten parissa. Sosiaaliset syyt tai väärinkäsitykset siitä, että palliatiivista hoitoa tarjotaan vain tietyille sairausryhmille tai vain elämän viimeisille viikoille vaikuttavat myös siihen, ettei palliatiivinen hoito toteudu kunnolla. Yksi suuri puute on oirehoidon osaamattomuus, ei huolehdita riittävästä kipulääkityksestä tai pelätään opioidien väärinkäyttöä ja näin aiheutetaan viivästymistä kunnan kivunhoidossa. (Palliative Care 2018.)

7 Opinnäytetyön tavoite sekä tutkimus- ja kehittämistehtävät

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimusavusteisena kehittämisprojektina. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon haasteista eri palveluasumisen yksiköissä ja selvittää, millaisella asiantuntijasairaanhoidajan toimintamallilla saadaan parannettua palliatiivisen ja saattohoidon yhdenvertaisuutta sekä hoidon laatua. Näyttöön perustuvalla tiedolla saadaan luotua toimiva toimintamalli ja parannettua hoidon tasavertaisuutta.

Tavoitteena oli tutkimusklubien avulla selvittää palveluasumisen yksiköiden sekä kotihoidon ja perustason hoito-osaston henkilökunnan näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon haasteista.

Opinnäytetyön tutkimusosan kysymyksiä olivat:

- 1) **Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista kotihoidon yksiköt tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi?**
- 2) **Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista palveluasumisen yksiköt tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi?**
- 3) **Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista kehitysvammaisten ihmisten asumispalvelut tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi?**
- 4) **Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista perustason hoito-osastot tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi?**

Kehittämistyön päämääränä oli luoda Satakunnan hyvinvointialueen eteläiselle alueelle palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan toimintamalli ja mallin avulla kehittää palliatiivista hoitoa. Opinnäytetyönä kartoitettiin toimintamallin tarve ja selvitettiin, mitä konsultoivalta asiantuntijasairaanhoidajalta vaaditaan, jotta toiminta ja yhteistyö on mahdollisimman toimivaa ja kattavaa. Palliatiivisella konsultoivalla asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuudella mahdollistetaan jokaiselle potilaalle yhtenäinen ja tasavertainen mahdollisuus palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon asuinpaikasta sekä olosuhteista riippumatta.

Tutkimusosan tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista ja haasteista palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden hoidossa sekä selvittää, miten konsultoiva asiantuntijasairaanhoidaja voi heitä hoitotyössä auttaa. Kehittämistyön tutkimuksellinen osa tuotti

tietoa palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuuden tarpeesta Satakunnan hyvinvointialueen eteläisellä alueella. Opinnäytetyön tutkimusosassa selvitettiin palliatiivisen hoidon haasteita sekä palliatiivisen konsultoitavan asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuuden tarvetta kotihoidossa, palveluasumisen, kehitysvammaisten ihmisten asumisen yksiköissä sekä perustason hoito-osastoilla. Yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa tarkasteltiin palliatiivisten potilaiden sekä saattohoitopotilaiden hoidon laatua.

Opinnäytetyön kehittämisosan tavoitteena oli laatia Satakunnan hyvinvointialueen eteläiseen kotisairaalaan toimiva palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan työnkuva ja toimintamalli.

Opinnäytetyön kehittämistehtävä oli:

Millainen asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiotuki varmistaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kotihoidon sekä palveluasumisen yksiköissä?

Opinnäytetyön lopputuloksena syntyi vahva näyttö palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiotukimallille, jota palveluasumisen yksiköiden ja kotihoidon on mahdollista hyödyntää. Konsultaatiotukimalli rakentui ammattilaisten kokemusten ja tutkitun tiedon pohjalta, ja se esitellään tulosten tarkastelun luvussa. Konsultaation avulla varmistetaan, että potilaat saavat hyvää ja tasavertaista loppuelämän hoitoa omassa asuinpaikassaan ja vältetään turhia ambulanssi- sekä päivystys- ja osastokontakteja.

8 Opinnäytetyön toteutus

Tutkimusosiossa suunniteltiin ja toteutettiin tutkimusklubeja, joissa tarkasteltiin eri yksiköiden hoitohenkilökunnan kanssa sitä, miten he kokevat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon omassa työssään, millaista tukea ja apua he työssään kaipaavat, mitkä asiat herättävät kysymyksiä ja missä he voisivat käyttää asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiota apunaan ja millaisia kehittämisideoita löytyy.

Opinnäytetyönä selvitettiin palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan osaamisen tarvetta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, erilaisissa asumisen yksiköissä ja rakennettiin näyttöä palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan osaamisen tarpeelle. Opinnäytetyön kehittämisosan viitekehyksenä on käytetty PEPPA-mallia.

8.1 Tutkimusmenetelmät ja PEPPA-malli

Tämä opinnäytetyö on tutkimusavusteista kehittämistoimintaa. Tutkimusavusteinen kehittämistoiminta on toimintaa, jonka kehittämistä tieteellinen tieto tukee. (Toikko & Rantanen 2009, 33.) Perustutkimuksen koostavat kehittäminen sekä tutkiminen, soveltava tutkiminen ja kehittämistyö. Tarkoituksena on tutkitun tiedon ja käytännön kokemuksen kautta saadun tiedon käyttäminen uusien toimintamallien aikaansaamiseksi tai jo olemassa olevien toimintamallien parantamiseksi. (Tilastokeskus 2020.) Tavoitteena toiminnan kehittämiseksi on useimmiten jokin muutos työskentelytapoihin joko käytännön tai työn organisoinnissa. Taustalla voi olla tarve sopeutua jollekin muutokselle. Tutkimusavusteinen kehittäminen on aiempien tutkimusten hyödyntämistä sekä jatkuvaa prosessoimista. Palveluiden ja työn kehittäminen sekä ohjaaminen ovat osa hyviä käytäntöjä. Ajatuksena on kehittää käytäntöjä sekä erilaisia työtapoja tutkitun tiedon pohjalta. Hyvien käytäntöjen siirtäminen uuteen edellyttää toimintatapojen tunnistamista sekä uudelleen kehittämistä. (Vataja 2012, 35,39, 55–56.)

Tutkimusavusteisen kehittämisen tavoitteena on luoda uutta tietoa työelämään sen käytännöistä ja ratkaista ongelmia, kaiken pohjautuen tutkittuun ja hiljaiseen tietoon, jota on työelämässä paljon. Tutkimusavusteisessa kehittämisessä syntyy aineistoja, jotka analysoidaan ja tässä työssä ne liittyvät hoitotyön ammattilaisten kokemaan palliatiivisen ja saattohoidon kehittämiseen sekä tarpeeseen palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiopalvelulle luodussa toimintamallissa. Tutkimuksellinen kehittäminen on monien menetelmien summa ja edellyttää vuorovaikutusta sekä systemaattista ja kriittistä tarkastelua, jossa tulokset implementoidaan käytäntöön. (Miten tutkimuksellinen kehittäminen eroaa tieteellisestä tutkimuksesta ja arkisesta kehittämisestä?)

Tämän opinnäytetyön tutkimusavusteinen kehittäminen näkyi tarpeena rakentaa toimintamallia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen. Syinä tähän taas olivat useat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset sekä hankkeet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi. Tutkimuksen osa-alueet muodostuivat tutkimusklubien avulla toteutettujen keskustelujen

pohjalta nousseista kehittämisideoista sekä ongelmista, joita palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa koettiin kotihoidossa sekä palveluasumisen yksiköissä. Tehtävässä käytiin läpi ongelmakoh-
tia sekä henkilökunnan kokemia koulutuksen- sekä ohjauksen tarvetta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, niiden oirehoidossa sekä vuorovaikutuksessa omaisten ja muiden moniammatillisen tiimin jäsenien kanssa. Opinnäytetyö perustui käytäntöön ja sen tutkimuksellinen osuus kohdentui palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatioon ja sen toimintamallin luomiseen sekä jalkauttamiseen käytännön työssä

Viitekehystenä opinnäytetyössä käytettiin PEPPA-mallia (Participatory E-Based Patient focused Process for Advanced practice nursing), jonka avulla tässä opinnäytetyössä kehitettiin hoitotyön kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan roolia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäjänä. PEPPA-viitekehystä on hyödynnetty tukemaan kliinisen asiantuntijan roolin kehittämistä ja sitä kautta myös kokonaisvaltaista potilastyötä. PEPPA-mallin avulla tuetaan asiantuntijasairaanhoidajan työn kehittämistä, toiminnan käyttöönottoa sekä toiminnan arviointia. PEPPA-mallin avulla tarkastellaan sitä, miten hoitotyön kliininen asiantuntija kehittää näyttöön perustuen tietyn potilasryhmän hoitotyötä. Sitä voidaan käyttää ammattilaisten koulutustarpeen arvioinnin tukena sekä uusien toimintamallien juurruttamisessa. Asiantuntijasairaanhoidajan roolin ja toiminnan kehittäminen lähtee tarpeesta edeten toiminnan arviointiin huomioiden toiminnan edellytykset sekä osaaminen. PEPPA-prosessin tavoitteena on luoda käytännön ympäristöjä, jotka tukevat kliinisten asiantuntijoiden roolien kehittymistä, siksi sidosryhmien on tärkeää osallistua kehittämisprosessiin, jotta kliinisen asiantuntijan tavoitteet sekä roolit voidaan määrittää. (Heikkinen 2012.)

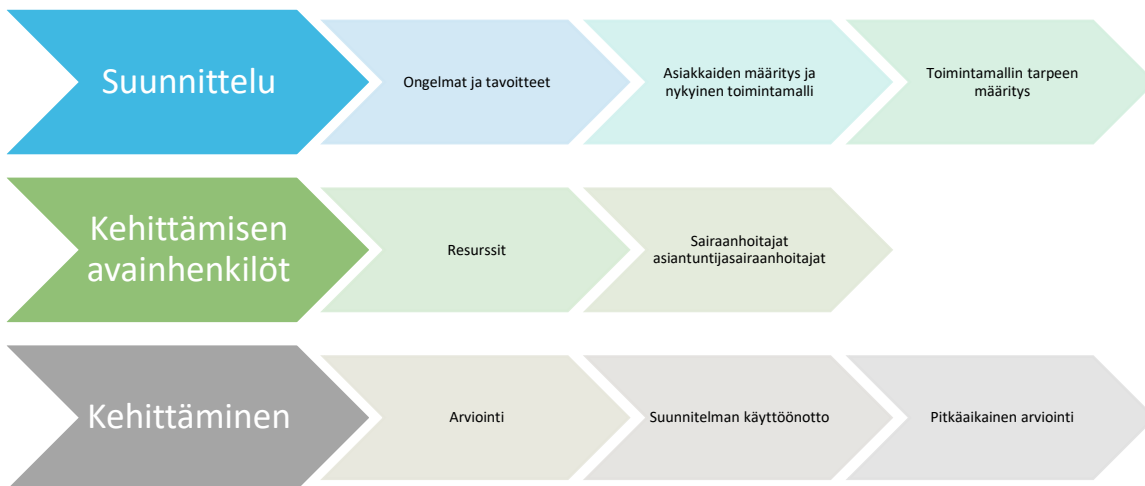
Heikkisen (2012) kuvailemana PEPPA-viitekehys sisältää yhdeksän eri osa-aluetta. Tässä opinnäytetyössä sovellettiin PEPPA-viitekehystä niin, että se sisälsi viisi osaa. Ensimmäisenä viitekehysten mukaisesti määriteltiin potilasjoukko, tässä työssä siihen kuuluivat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeessa olevat potilaat. Ensimmäisessä vaiheessa myös selvitettiin nykyinen hoitotyön toimintamalli. (Heikkinen 2012.)

Toisena vaiheena määriteltiin opinnäytetyön kohderyhmäksi palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttava hoitohenkilökunta. Tässä tunnistettiin toimintaan liittyvät avainhenkilöt, joille annettiin

mahdollisuus vaikuttaa, oppia, jakaa tietoa ja työskennellä yhdessä kehittämällä uutta toimintamallia. Tähän ryhmään kuuluivat hoitolaitosten sekä kotihoidon hoitajat sekä perustason hoito-osastojen henkilökunta sekä kotisairaalan sairaanhoitajat. Kliinisen asiantuntijan rooli saattaa joillekin olla vieras ja sen vuoksi oli hyödyistä ja roolin osuudesta kerrottava ensin. Tutkimukselliseen osuuteen kuuluivat ympärivuorokautisen hoidon, kotihoidon sekä kehitysvammaisten ihmisten asumisyksiköiden ja perustason hoito-osastojen hoitohenkilökunta, joille tutkimusklubit järjestettiin.

Kolmannessa osiossa määriteltiin tutkimusklubitoiminnan perusteella palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja ehkäisevät tekijät sekä selvitettiin, millaista palliatiivisen konsultoivan sairaanhoitajan työnkuvaa tarvitaan. Kolmannessa osiossa myös määriteltiin kehittämiskohteena olevat ongelmat, hoitoympäristö ja toiminnan seuraukset. Neljännessä kohdassa selvitettiin ja pohdittiin asiantuntijasairaanhoitajan roolia osana osaamisen, laadukkaan sekä tasavertaisen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisessä. Kliinisen asiantuntijan rooli saattaa painottua esimerkiksi uuden menetelmän käyttöönottoa valmistelevaan ja suunnittelevaan sekä varsinaiseen muutokseen. Viidennessä kohdassa laadittiin alustavaa perustaa asiantuntijasairaanhoitajan toiminnalle ja tarkasteltiin organisaation mahdollisuuksia käyttöönottoon. Jatkossa laaditaan tarkempia suunnitelmia kliinisen asiantuntijaroolin käyttöönottoon, se on prosessi, jossa implementoidaan rooli käytäntöön. (Heikkinen 2012.)

PEPPA-malli tukee potilaskeskeistä hoitotyötä ja siinä määritellään kehittämistyön tarpeet, nykyinen toimintamalli sekä käytössä olevat resurssit ja suunnitellaan uusi toimintamalli. Viitekehyksen mukaisesti toimintaan kuuluu myös implementointi, kehittämistyön arviointi sekä pidempiaikainen arviointi. (Ks. Kuvio 5.) (Heikkinen 2012, 40.)



Kuvio 4. PEPPA-malli (Heikkinen 2012, muokattu.)

Opinnäytetyö tehtiin käyttämällä kvalitatiivista eli laadullista tutkimustapaa. Laadullisessa tutkimuksessa kiinnostus kohdistuu siihen, miten ihmiset näkevät ja kokevat asiat. Laadullisessa tutkimuksessa on suora kontakti tutkittavan ja tutkijan välillä. Tutkimus tehdään haastattelemalla ja havainnoimalla. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on kiinnostunut asioiden merkityksistä ja ilmiöiden ymmärtämisestä sanojen ja tekstien avulla. (Kananen 2008, 36.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tutkittavan asian ymmärtäminen tutkittavien näkökulmasta. Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain tapahtumaa, ymmärtämään jotain toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle tai asialle. On tärkeää, että haastateltavat tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään tosiasioita ja ihmistä suositaan tiedonkeruun lähteenä. Tutkimuksen aineistonhankinnassa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat saadaan hyvin esille, kuten esimerkiksi ryhmähaastatteluilla. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Riittävä aineisto sisällöltään sekä aineistoltaan on edellytys sille, että tutkimus onnistuu. Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan valittua toimintaa, jolloin onkin tärkeää saada tietoa heiltä, joilla sitä on mahdollisimman paljon tutkittavaan asiaan liittyen. (Metsämuuronen 2009.)

Tutkittavaa tietoa saadaan esimerkiksi keräämällä tietoa ihmisten kokemuksista, tässä tutkimuksessa järjestetään tutkimusklubit tiedon saamiseksi. (Kylmä & Juvakka 2014.) Silloin kun suunnitellaan laadullista tutkimusta, perustan tutkimukselle luo tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset sekä aineistonkeruun valinta. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ilmaisevat sen päämäärän johon tutkimuksella pyritään. Tavoitteena voi olla tiedon tuottaminen ja sitä kautta käytännön kehittäminen. Tutkimuskysymysten tehtävänä on ohjata analyysia, joten niiden tulee olla sellaisia, että niihin saadaan vastauksia tutkimusaineistosta. (Polit & Beck 2017.)

Lähestymistapoja on monenlaisia, lähestymistapa voi olla esimerkiksi subjektiivinen, sosiaalinen tai yhteiskunnallinen. (Morse 2016.) Laadullisen tutkimuksen avulla saadaan kuvattua potilaiden sekä hoitohenkilökunnan kokemuksia sekä hoitotyön kehittämistä. (Seppänen, Kyngäs & Kajula 2021, 3–15; Pitkänen & Kortteisto 2021, 16–28.) Aineistonkeruun tavoitteena on materiaalin tuottaminen aineiston analyysiin siitä näkökulmasta, mikä on tutkimuksen kannalta oleellisinta ja tuo tutkittavasta asiasta esille asioita, joita ei muuten tunneta riittävästi. (Flick 2018.) Yleisimpänä tiedonhankinnan muotona on haastattelut, joissa käytetään sisällönanalyysia analyysimenetelmänä. Sisällönanalyysin tavoitteena on tutkimusmateriaalin kuvaaminen tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Elo & Kyngäs 2008, 107–115.)

Laadullinen menetelmä valikoitui tähän työhön, koska tutkimuskohteena oli Satakunnan hyvinvointialueen eteläisen osan ympärivuorokautisen palveluasumisen, kehitysvammaisten ihmisten asumisen palveluiden henkilökuntaa, kotihoidon sekä osastojen henkilökuntaa ja tutkimuksessa selvitettiin heidän näkemyksiään sekä kokemuksiaan ja niistä nousevia kehittämisen kohteita palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan toimintamallia ajatellen. Tulosten tarkastelussa on käytetty osittain myös määrällisen tutkimuksen kuvaustapaa, sillä asiantuntijasairaanhoidajan toimintamallin tarpeellisuus nousee tulosten tarkastelussa paremmin esille verrattuna eri yksiköiden tarpeiden mukaan.

8.2 Aineiston keruu ja analyysi

Vastauksia palliatiivisen konsultoitavan asiantuntijasairaanhoidajan tarpeeseen ja toivottuun toimenkuvaan haettiin järjestämällä neljä tutkimusklubia. Vastauksia tutkimuskysymyksiin haettiin tutkimusklubien avulla, keskustelemalla millaista palvelua tarvitaan ja millaista toimintaa palliatiivi-

selta konsultoivalta sairaanhoitajalta toivotaan. Tutkimusklubit järjestettiin neljänä eri ryhmäkeskusteluna. Jokaiseen tutkimusklubiin osallistui eri yksiköistä hoitohenkilökuntaa. Osallistujille lähetettiin sähköpostitse etukäteen kutsukirje sekä materiaalit tutkittavasta aiheesta. Tutkimusklubit toteutettiin TEAMS-keskusteluina, jotka tallennettiin. Klubeihin osallistui kolmesta Kehitysvammaisten asumisyksiköstä yhteensä viisi hoitajaa. Kotihoidosta kolmesta yksiköstä kuusi hoitoalan ammattilaista, perustason hoito-osastoilta kolme hoitajaa ja ympärivuorokautisen asumisen yksiköistä kuusi hoitajaa. Yhteensä haastatteluihin osallistuneita oli 20.

Haastatteluaineiston ei tarvitse olla suuri laadullisessa tutkimuksessa, koska tuloksissa ei haeta tilastollisia yhteyksiä vaan merkityksiä asioiden ymmärtämiseen. Keskeisiä tutkimusmetodeja ovat havainnointi, tekstianalyysi, haastattelut sekä sen litterointi. (Metsämuuronen 2009, 220.)

8.2.1 Aineiston keruu tutkimusklubien avulla

Tutkimusklubi (Journal Club) tarkoittaa tavoitteellista toimintaa, käytännön hoitotyötä tukevaa, joka sopii järjestettäväksi moniammatillisessa yhteisössä. Tutkimusklubi koostuu terveydenhuollon ammattilaisista, jotka kokoontuvat keskustelemaan ennalta valittujen tutkimusartikkelien perusteella erilaisista hoitotyön käytännöistä. Tutkimusklubin tavoitteena on käydä läpi käsiteltävien tutkimusten luotettavuutta ja tutkimustulosten hyödynnettävyyttä käytännön toiminnassa. On todettu, että tutkimusklubitoiminta edistää tutkitun tiedon sekä näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan käyttöä, antaa inspiraatiota kehittämiseen ja lisää osallistujien ammatillista kasvua. (HOTUS 2019). Haggman-Laitila, Mattila ja Melender (2016) toteavat Tutkimusklubi-toiminnan olevan positiivinen tapa edistää näyttöön pohjautuvaa hoitotyötä eri työyhteisöissä. Katsauksesta ilmenee myös, että sairaanhoitajilla tulee olla enemmän mahdollisuuksia kehittää toimintaa ja muuttaa käytäntöjä hoitotyössä näyttöön perustuvan tiedon avulla. Tutkimusklubi ei kuitenkaan yksinään riitä näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnissa, mutta aineistokeruumenetelmänä se toimii ansiokkaasti. Ryhmäkeskustelu tuottaa usein monipuolisempaa aineistoa vuorovaikutuksellisuuden vuoksi. Yhteinen näkemys ryhmäläisten keskuudessa muodostuu yksilöiden kokemuksista, ajatuksista ja uskomuksista keskustelun myötä. Tavoitteena on mielipiteiden vaihto keskustelun ja kehittämisen muodossa. (Haggman-Laitila, Mattila & Melender 2016, 163–171; Pietilä 2010, 215–219.)

On tutkittu, että tutkimusklubit lisäävät hoitotyön kehittämisinnostusta sekä hoitotyön toteuttamisen oppimista. Tutkimusklubit edistävät hoitotyöntekijöiden ammatillista sekä henkilökohtaista

kehittymistä. (Haggman-Laitila ym. 2016). Tutkimusklubien toteuttamiseksi suoritettiin tiedonhaku konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan toiminnasta sekä toiminnan tarpeellisuudesta. Tähän valikoitui Satakunnan hyvinvointialueen alueelle kohdistuneet aiemmin tehdyt opinnäytetyöt: Elovaara, Jonna (2021): Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen ja Lehtisaari, Anita (2022): Palliatiivinen konsultoiva hoitaja- tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen.

Tutkimusklubit sovittiin viikkoa ennen, joten hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus osallistua ja perehtyä etukäteen aineistoon. Tutkimusklubit pidettiin TEAMS-palaverina, jotta osallistuminen oli helpompaa. Osallistujat valittiin ennalta yksiköiden esihenkilöiden toimesta ja heille lähetetään etukäteen kutsut sekä tutkimukset luettaviksi. Tutkimuksesta soitettiin jokaiseen yksikköön esihenkilölle ja kerrottiin tutkimuksesta. Kysyttiin työntekijöiden mahdollisuutta osallistua tutkimusklubiin ja toivottiin osallistujien olevan lähihoitajia sekä sairaanhoitajia, jotka tekevät potilastyötä. Etukäteen kerrottiin myös, että tutkimusklubilla käydään läpi laajavastuuisen sairaanhoidajan työnkuva.

Tutkimusklubit aloitettiin edellä mainittujen aineistojen esittelyllä. Osallistujat saivat ennalta tutustua materiaaliin, joten aihe oli etukäteen hieman tuttu. Tämän jälkeen käytiin yhdessä keskustelua ja mietittiin vastauksia tutkimusosan kysymyksiin.

- Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista kotihoidonyksiköt tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi?
- Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista palveluasumisen yksiköt tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi?
- Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista kehitysvammaisten ihmisten asumispalvelut tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi?
- Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista perustason hoito-osastot tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi?

Suunniteltaessa aineistonhankintaa otettiin huomioon haastatteluihin käytettävä aika sekä resurssit. Haastatteluun osallistuvat ammattilaiset osallistuivat vapaaehtoisesti ja heillä oli tutkittavasta aiheesta tietoa sekä kokemusta. Kaikki haastatteluun osallistuvat suhtautuivat myönteisesti tutkittavaan aiheeseen.

Tutkimusklubit pidettiin TEAMS-palaverina, jotka tallennettiin ja litteroitiin. Aineisto tallennettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun henkilökohtaiseen pilvipalveluun, joka on salasanoilla ja käyttäjä-tunnuksilla suojattu. Tutkimusklubien avulla kerätty aineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

8.2.2 Aineiston analysointi ja induktiivinen sisällönanalyysi

Aineiston analyysi on tekstin sekä sen sisällön erittelyä ja jäsentelyä, jossa saatua tietoa tarkastellaan systemaattisesti. Tutkija tiivistää ja tulkitsee aineistoa aineiston analyysissä vuorovaikutuksessa omien pohdintojen, teorian sekä empirian kanssa. Aineisto voidaan luokitella eri teemojen tai aiheiden mukaan, jolloin aineistoa tarkistellaan tutkimuskysymyksiin nojaten, etsien keskeisiä teemoja tekstistä. (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka, Kuula, Rissanen & Karvinen 2009, 73–74.) Haastattelujen analysointi aloitettiin joulukuussa 2024, jolloin tutkimusklubit saatiin kaikki pidettyä. Tutkimusklubien keskustelut analysoitiin sisällön analyysillä.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä, joka on käytetyin laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysin tavoitteena on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. Analyysissa aineisto järjestellään selkeään ja tiiviiseen muotoon tavalla, jossa ei kuitenkaan kadoteta sen tuomaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Sisällönanalyysillä kuvaillaan tutkittavaa ilmiötä ja sen avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä tai malleja. Käsitejärjestelmällä tai mallilla kuvataan tutkimuksen kohteena olevan asian tai ilmiön kokonaisuutta, jossa tuodaan esille käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset yhteydet toinen toisiinsa. Onnistumisen edellytyksenä on, että tutkija pystyy pelkistämään aineiston ja kykenee muodostamaan siitä käsitteet, joilla voidaan luotettavasti kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin tekoon on kaksi tapaa, induktiivinen eli aineistolähtöinen ja deduktiivinen eli teorialähtöinen. Tutkija valitsee tutkimukseen tarkoitukseen sopivan analyysitavan. (Elo & Kyngäs 2008, 107–115.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullisen tutkimusaineiston aineistolähteistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä analyysissä ei ole olemassa valmista luokittelurunkoa vaan tutkija tuottaa luokittelun aineiston analysointiin itse, aineistoon perustuen. Silloin, kun kyseessä on vähemmän tutkittu aihe, on aineistolähtöinen analyysi helpompi toteuttaa. Sisällönanalyysissä on kolme vaihetta; valmisteluvaihetta aloitettaessa päätetään analyysiyksikkö, joka voi olla lause tai

yksittäinen sana, joka poimitaan haastattelusta. Usein kuitenkin käytetään lausetta tai ajatuskokonaisuutta jottei analyysistä tule liian yksinkertaista. Ajatuskokonaisuuden on tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen. Aineisto on litteroitava eli aukikirjoitettava, jotta se saadaan analysoitua. Aukikirjoittaminen onkin tärkeä osa kokonaisuuden hahmottamisessa sekä aineiston analyysin luotettavassa etenemisessä. (Graneheim & Lundman 2004, 105–112.)

Analysointi aloitettiin kirjoittamalla haastattelu puhtaaksi sanasta sanaan. Teksti litteroitiin ja käytiin läpi kahteen kertaan. Teksti redusointiin niin, että kaikki epäoleellinen poistettiin. Aukikirjoituksesta aineistosta nostettiin esille tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut. Ilmaisut alleviivattiin värikyynillä ja kirjoitettiin ylös. Tämän jälkeen ilmaisut ryhmiteltiin omilla väreillään ja yhdisteltiin omiksi ryhmikseen. Aineisto koodattiin, jolloin tutkija teki siihen omia muistiinpanoja ja merkintöjä, koodauksen tehtävänä oli auttaa selkiyttämään ajatusta. Analyysi vietiin eteenpäin yhdistämällä samaa tarkoittavat ilmaisut omiin alaluokkiin ja luokittelemalla ja nimeämällä niitä. Alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavasti. Luokittelua jatkettiin edelleen luomalla yläluokat, jotka sitten jäivät myös pääluokiksi.

Aineisto tulee käydä läpi moneen otteeseen, jotta kaikki pelkistetyt ilmaisut tulevat varmasti mukaan analysointiin. Pelkistysten määrällä ei ole väliä, kunhan aina vähintään kaksi pelkistystä yhdistyy. Tästä edetään vertailemalla alaluokkia keskenään ja muodostamalla samansisältöiset alaluokat ryhmäksi keskenään eli yläluokiksi. (Graneheim & Lundman 2004, 105–112; Elo & Kyngäs 2008, 107–115.) Laadullisen aineiston analyysissä keskitytään kategorioimaan sekä rajaamaan tarkasti kaikki se tieto, mikä käsittelee tutkimuskysymyksiä. Siinä alkuperäiset ilmaisut pelkistetään ja kategorioidaan ylä- sekä alaluokkiin yhdistäen tuotettu tieto aineistorungon mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 132). Luokkien laatiminen onkin sisällönanalyysin ydin. (Graneheim & Lundman 2004, 105–112.)

Analysointivaiheen, pelkistämisen ja luokkien muodostamisen jälkeen on päämääränä aineiston tiivistäminen. Aineistolle esitetään tutkimuskysymykset ja poimitaan aineistosta ne analyysiyksikön mukaiset ilmaisut, joilla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Kun alkuperäisilmaukset on nostettu aineistosta esiin, ne pelkistetään ja muokataan kirjakielelle. On kuitenkin tärkeä kiinnittää huomio siihen, ettei sisältö muutu eikä tutkija tee itse omia tulkintoja. (Kylmä & Juvakka 2014.)

Raportointivaiheessa kuvataan tulokset tekstin lisäksi visualisoiden sekä peilataan saavutettuja tuloksia aiempiin tutkimuksiin. (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 215–225.) Ensin raportoidaan saavutetut ylä- ja pääluokat. Niistä laaditaan raporttiin alaotsikot. Pääluokkien alla kuvaillaan ylä- sekä alaluokat, jolloin analyysin sekä luokittelun eteneminen kuvaa raportin tuloksia lukijalle. Tulokset suositellaan raportoimaan vastauksena tutkimuskysymyksiin, jolloin teksti on lukijalle mielekkäämpää. (Elo & Kyngäs 2008, 107–115.) Raportoinnissa voidaan esittää tulosten yhteys alkuperäisaineistoon esittämällä autenttisia lainauksia, tällöin se vahvistaa myös tutkijan tekemien tulkintojen uskottavuutta. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011.)

Tutkija merkitsi saatuun aineistoon tutkimuskysymyksiin sekä kehittämistehtävään liittyviä asioita, joilla pyrittiin selventämään saadun aineiston sisältöä. Tämän jälkeen tehtiin varsinainen analyysi tiivistämällä ja tulkitsemalla aineistoa. (Saaranen-Kauppinen ym. 2009, 80–81.) Tutkimusklubit pidettiin eri yksiköille, joten myös tulokset tutkittiin niin. Litteroitua tekstiä luettiin moneen otteeseen ja tarkasteltiin vastauksia peilaten niitä tutkimuskysymyksiin. Tekstistä haettiin yhtäläisyyksiä ja mietittiin esiin nousseita kehittämisajatuksia, joita tutkimusklubeissa nousi esille. Eri yksiköiden eroja ja yhtäläisyyksiä katsottiin myös tuloksia tarkasteltaessa.

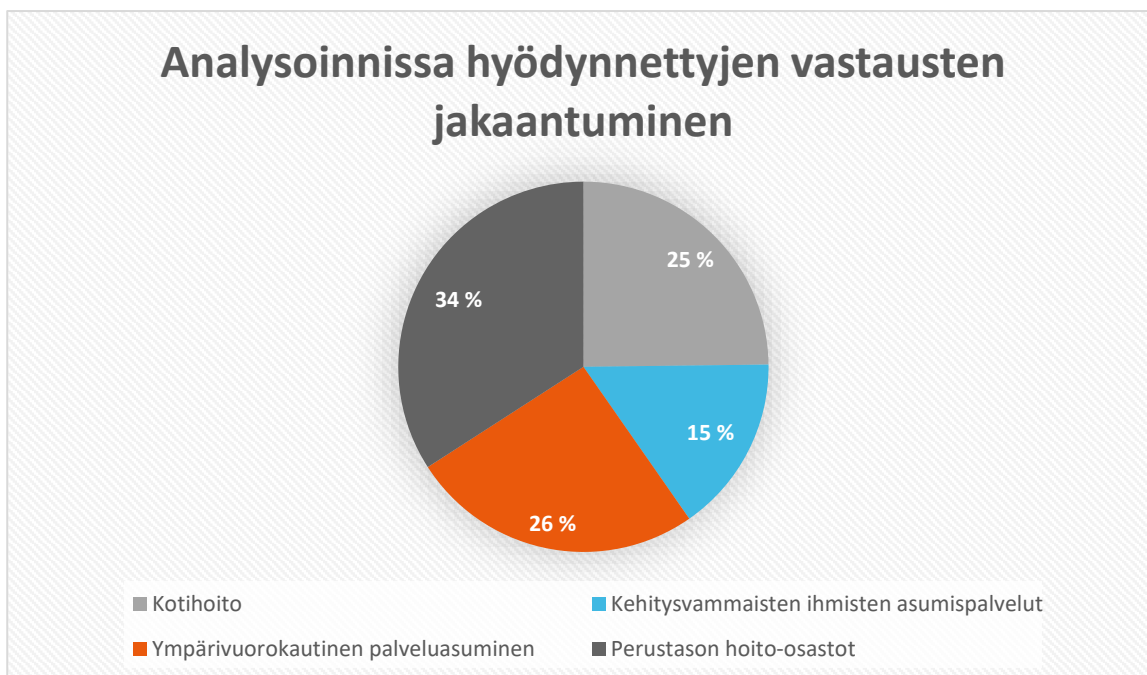


Kuvio 5. Analyysin kehittyminen alaluokista pääluokkiin.

Litteroitu aineisto jaoteltiin eri alaotsikoiden alle (ks. kuvio 5), aluksi otsikot olivat: lääkitys, rohkeus lääkittä, oirehoitoon liittyvät haasteet, kuolemasta puhuminen, hoitajien tukeminen, vuorovaikutus potilaan sekä omaisten kanssa, koulutuksen tarve, kehittämisen kohteet, kehittämisisideat, potilaan hoitopolku, saattaen vaihto, hoidon rajaukset sekä hoitolinjat ja ennakoivat hoitosuunnitelmat. Näistä muodostettiin neljä lopullista otsaketta, jotka ovat oirehoito, keskusteluapu, osaamisen kehittäminen ja hoitosuunnitelmat sekä hoitopolut.

9 Tulokset

Haastateltavien määrä tutkimuksessa oli 20 ja osallistujat jakaantuivat tasapuolisesti eri yksiköiden välillä. Tutkimuskysymyksiin liittyviä vastauksia saatiin 129 kpl (kehitysvammaisten ihmisten asumispalvelut = 20, kotihoito = 32, perustason hoito-osastot = 44 ja ympärivuorokautinen palveluasuminen = 33.) Jakauma oli tasainen ja jokaisesta ryhmästä saatiin nostettua paljon asioita.

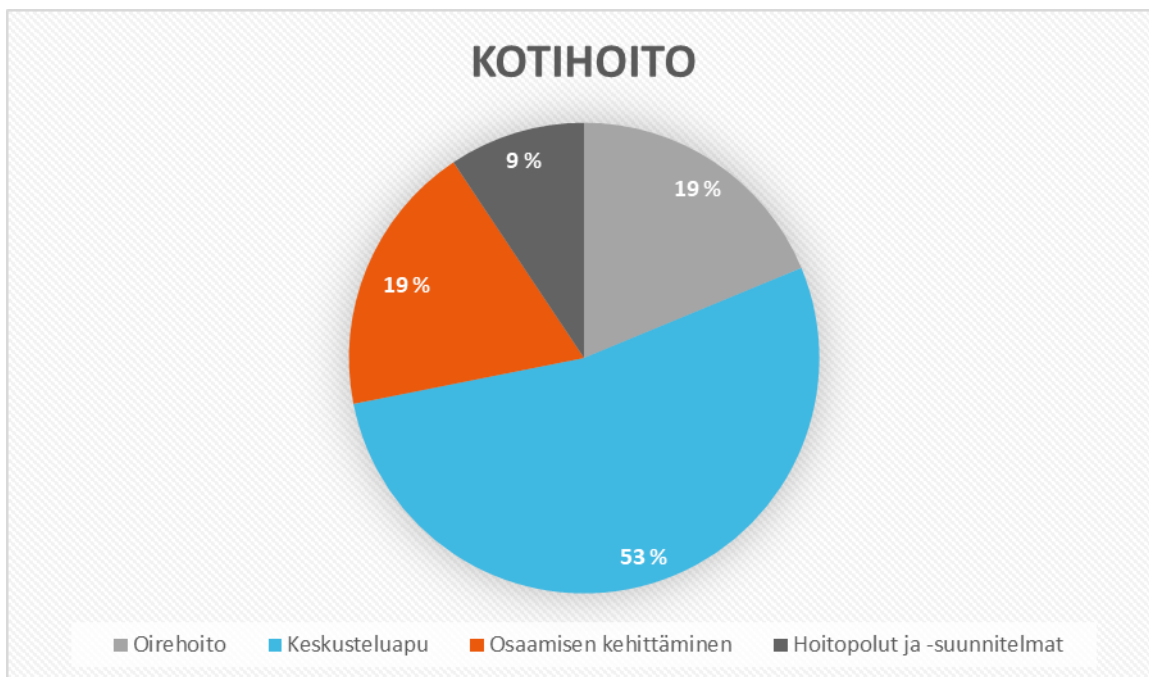


Kuvio 6. Tutkimuskysymysten kannalta oleellisten vastausten jakaantuminen yksiköiden välillä.

Tutkimuskysymysten kannalta oleellisia vastauksia saatiin tasaisesti eri yksiköistä. (ks. kuvio 6). Vastauksista nousi mielenkiintoisia, tutkimukseen liittyviä asioita ja vastausten samankaltaisuus yksiköiden kesken vahvisti vastauksia entisestään.

9.1 Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki kotihoidon yksiköissä

Kotihoidon esille tuomista näkemyksistä analyysiin otettiin mukaan 32 vastausta. Vastauksissa esiin nousi hoitajien tukemiseen, kuolemasta puhumiseen sekä vuorovaikutukseen liittyviä haasteita (ks. kuvio 7.)



Kuvio 7. Kotihoidossa esiin nousseet tuen tarpeet.

Saattohoito ja kuolema koettiin vaikeana, pelottavanakin asiana. Saattohoitoja on kotihoidossa harvoin, joten saattohoidosta ei tiedetä niin paljoa kuin haluttaisiin ja siksi saattohoitoon liittyvät asiat koettiin vieraina. Omaisten kohtaamista jännitettiin ja vuorovaikutus potilaiden ja omaisten kanssa koettiin haasteellisena. Haasteeksi koettiin myös, ettei tiedetty tarpeeksi palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, silloin koettiin hankalaksi myös siitä muiden kanssa puhua.

-Saattohoito on pelottava möykky.

-Kuolevan kohtaaminen pelottaa.

-Sit ajatellaan et vähän niinku, et ei nyt mitään tarvitse tehdä, kun se kuolee kummin-kin kohta.

-Hoitajan asenne saattohoitoon ratkaisee.

Osassa vastauksista esiin nousi lääke- ja oirehoitoon liittyviä asioita. Useat hoitajat kokivat pelkoa lääkittä potilasta, pelättiin käyttää vahvoja kipulääkkeitä esimerkiksi hengityslaman vuoksi. Haasteena koettiin, ettei tiedetä mitä lääkettä mihinkin vaivaan olisi parasta antaa.

-Pelätään just et se morfiini aiheuttaa hengityslaman ja nehän ovat semmosia tosi pelottavia asioita.

Vastaajat toivoivat lisää koulutusta ja kehittämistä palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Koulutusta kaivattiin kuolevan kohtaamiseen ja siihen mitä kaikkea saattohoito on? Koulutuksen ja tuen tarvetta koettiin myös lääkehoitoon, siihen että tiedettäisiin mitä lääkettä annetaan missäkin tilanteessa ja olisi rohkeutta antaa lääkkeitä. Koulutuksia lisäämällä tuettaisiin henkilökunnan jaksamista ja potilaiden sekä omaisten kohtaaminen olisi helpompaa, kun asiat olisivat hieman tutumpia.

-Pitäisi saada koulutusta siihen, mitä kaikkea saattohoito on?

Pienessä määrässä vastauksista esiin nousi hoitopolkujen ja hoitosuunnitelmien tärkeys. Se, että potilaalla olisi selkeä hoitorinki, kuka potilasta hoitaa ja työnjako hoitohenkilökunnan välillä on selkeä. Saattohoitovaiheessa tapahtuvat kotiutukset koettiin haasteellisina, koettiin, että usein potilas lähetetään sairaalasta kotiin kuolemaan, näihin tilanteisiin kaivattiin selkeyttä ja tukea.

-Että nyt kun meille tulee saattohoitoasiakas niin tota, se ei olisi semmonen pelottava, että mitä siellä kuuluu tehdä vaan sitten se, että kun sinne mennään niin meillä olisi semmonen selkeä ohjeistus.

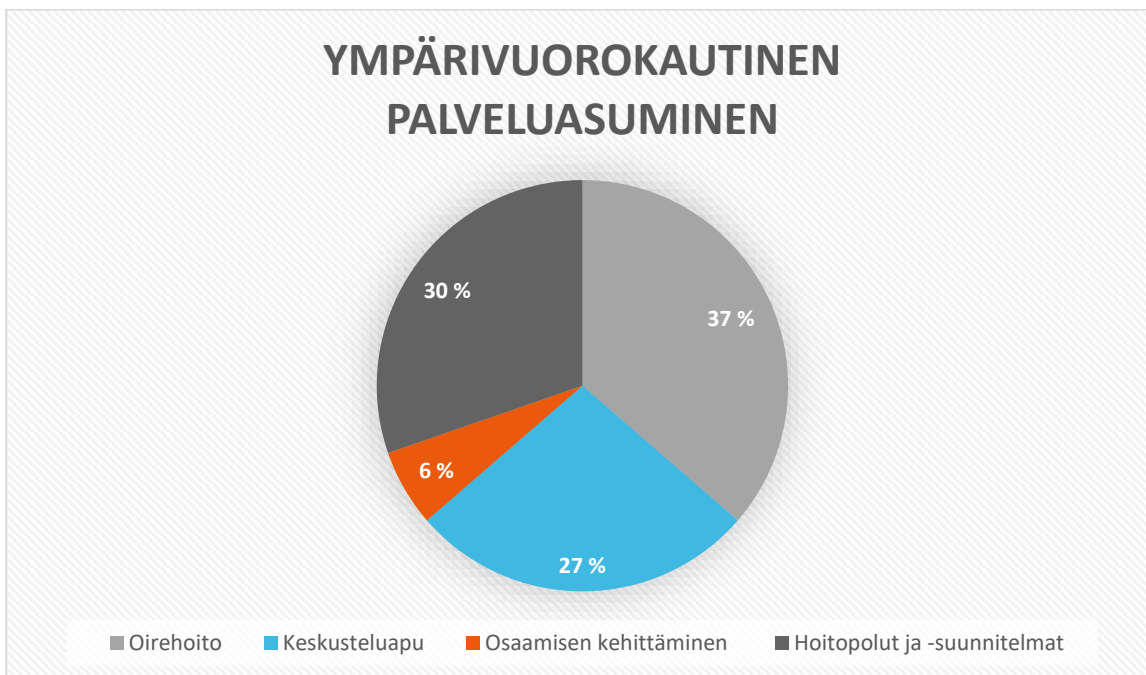
-Selkeä hoitorinki, kuka hoitaa, mitä hoitaa.

Kehittämisideoina nostettiin esille myös, että kotihoidossa olisi olemassa erikseen koulutettu ryhmä, jossa olisi enemmän palliatiivista koulutusta saaneita hoitajia ja johon valikoituisi ne hoitajat,

jotka haluavat palliatiivisia potilaita hoitaa ja heidän hoidostaan enemmän tietoa saada. Toiveissa oli myös, että saattohoitoon saataisiin enemmän aikaa ja resursseja.

9.2 Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki ympärivuorokautisen asumisen yksiköissä

Ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköistä vastauksia saatiin 33.



Kuvio 8. Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa esiin nousseet tuen tarpeet.

Suurimmassa osassa vastauksista esille nousi oire- ja lääkehoidon ongelmat. Osalle vastaajista lääkitys oli selkeää. Haasteeksi lääkityksen suhteen nousi tarvittavien lääkkeiden tarkoitus. Koettiin, että jos potilaalle oli määrätty useampaa lääkettä, oli helpointa antaa kipulääke. Rauhoittavien lääkkeiden anto samaan aikaan kipulääkkeiden kanssa koettiin vaikeana.

-Monta eri lääkettä listalla niin lääkitseminen vielä hankalampaa, mitä lääkettä kuuluisi antaa? Kipulääke on helppo antaa.

-Hyvät ohjeet lääkelistalla, ettei siinä ole ongelmaa mutta jos ei ole selviä merkkejä (esim. potilas huutaa) niin ei välttämättä lääkityä.

-Oxynormia kyllä annetaan mutta serenase on hirveän semmonen mörkö siinä.

Ympäri vuorokautisen asumisen yksiköiden hoitajat kertoivat, että ennakoivia hoitosuunnitelmia oli potilaille hyvin tehtyinä. Osa vastauksista koskikin hoitosuunnitelmia ja potilaan hoitopolkuja. Ennakoivat hoitosuunnitelmat koettiin hyvinä, lääkärit tekevät hyvin ennakoivat hoitosuunnitelmat valmiiksi ja käyvät keskusteluja omaisten kanssa. Lääkäreiden työ tapahtuu paljon etänä, mutta lääkärit ovat puhelimen päässä ja tavoitettavissa hyvin. Ongelmaksi koettiin kuitenkin hoitosuunnitelmien toteutus asumisen yksiköissä, ennakoivissa hoitosuunnitelmissa on valmiina hyvät ohjeet oirehoitoon, mutta hoitajat kokivat, että uskallus lääkityä puuttuu.

-Hyvä kun on nykyään linjaukset tehtyinä ja ennakoivat hoitosuunnitelmat, toiminta helpottuu.

-Lääkärin kautta kaikki on kunnossa, lääkärit huolehtivat asiat hyvin ja ovat yhteyksissä omaisiin.

-On olemassa hyvät ohjeet, ei vain uskalleta toteuttaa niitä.

Vastaajat kokivat haasteita vuorovaikutuksessa omaisten ja potilaiden kanssa. Hoitajat kaipasivat aikaa kohdata potilas sekä omaiset. Omaisten kanssa keskustelut koettiin tärkeinä ja heidät koettiin tärkeäksi osaksi hoitoa, kuitenkin kohtaamista omaisten kanssa jännitettiin ja ajoittain koettiin keskustelut haasteellisina.

-Kohdataan oikeasti ne omaiset ja uskalletaan mennä niihin tilanteisiin, vaikka omaisilla on paljon kysymyksiä mutta me vastataan niihin, joihin pystytään.

-Omainen saattaa loppuelämänsä muistaa ne kohtaamiset hoitajan kanssa, ne jokaiset sanat ja sen, että ollaanko siinä tilanteessa oltu läsnä.

Vastauksista nousi esille koulutus sekä toiminnan kehittäminen. Koulutusta toivottiin palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, tukea kaivattiin oirehoitoon sekä keskusteluihin potilaiden ja omaisten kanssa.

-Henkilökohtaisesti kaipaisin tukea keskusteluun.

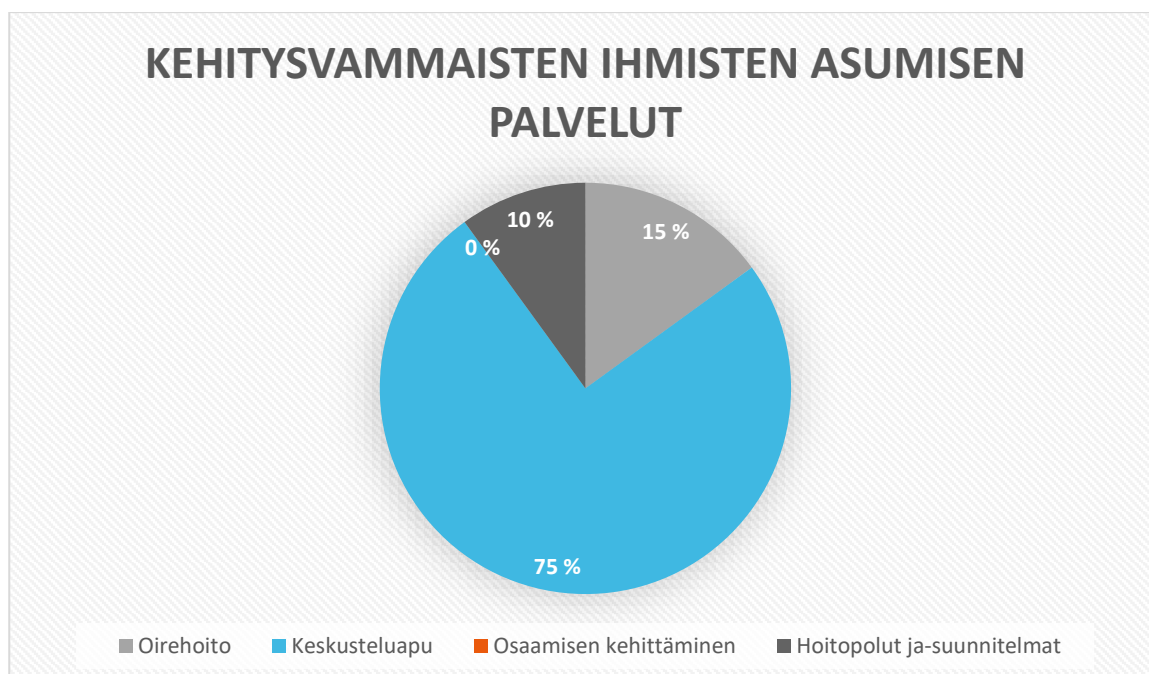
-Olisi selkeät pelisäännöt, vaikka kaikki (saattohoidot) ovat erilaisia tapauksia mutta on niissä jotain samaakin.

-Se, että meillä on nämä tarvittavat lääkkeet mutta tarvitaan tukea, että miten niiden kanssa toimitaan.

Eri yksiköissä tiedostettiin omaisten kohtaamisen tärkeys, se että siihen olisi aikaa ja resurssia nostettiin myös esille. Monesti omaisilla on paljon kysyttävää ja mietittävää, ammattilaiset kokivat joskus haasteeksi sen, etteivät itse tiedä asioista tarpeeksi, koettiin ettei osata perustella asioita tarpeeksi perusteellisesti. Kuoleman puheeksi otto todettiin myös haasteellisena ja siihen hoitajat toivoivat myös apua.

9.3 Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki kehitysvammaisten ihmisten asumisen yksiköissä

Kehitysvammaisten ihmisten asumisyksiköistä vastauksia saatiin 20.



Kuvio 9. Kehitysvammaisten ihmisten asumisen palveluissa esiin nouseet tuen tarpeet.

Suurin osa vastauksista koski vuorovaikutusta, kuolevan potilaan hoitamista sekä hoitohenkilökunnan tukemista kuolevan potilaan hoidossa. (ks. kuvio 9). Hoitohenkilökunnalta nousi esiin halu hoitaa asukkaat omassa kodissaan elämänsä loppuun asti, mutta kaivattiin runsaasti tukea kuolevan potilaan hoitamiseen. Monelle hoitajalle kuolema on täysin vieras asia ja kuolemaa pelätään. Hoitajien huoli siitä, ovatko tehneet potilaan suhteen kaiken voitavan nousi myös esille.

-Pelko, että kuolema tulee just mun työvuorolla.

-Kuolemaa kohdataan niin harvoin, osa hoitajista ei ole koskaan nähnyt kuollutta.

-Hoitajat pelkäävät kuolemaa, kuolevaa.

-Mitä kuolemasta kuuluu puhua?

Jonkin verran vastauksista nousi esille oirehoitoa koskevat ongelmat ja niitä koettiin lähinnä oireiden tunnistamisessa. Miten arvioida tai tunnistaa potilaan kipua ja tai oireita? Tuloksissa nousi esille myös huoli siitä, osataanko oireita arvioida kunnolla ja tiedetäänkö, milloin kuuluisi lääkkeitä antaa.

-Epilepsian hoito on normaalia ja jokapäiväistä kun niitä on paljon ja niihin on lääkkeitä mutta kuolemaan liittyvät asiat niin voi olla kyllä semmosia, että herkästi ajatellaan, että pitää lähettää potilas pois täältä.

-Jos potilas on ilmeetön ja eleetön, mistä tiedän, onko hän kipeä?

Ennakoivia hoitosuunnitelmia ja potilaan hoitopolkua koskevia vastauksia tuli muutama. Niissä esille nousi toive hyvistä hoitosuunnitelmista, päätöksistä sekä hoitolinjauksista. Selkeys siihen, mistä hoitajat saavat tukea ja apua sekä kuka on potilaan hoitava lääkäri. Ennakoivia hoitosuunnitelmia tehtiin kehitysvammaisten ihmisten asumispalveluissa vähemmän kuin muissa yksiköissä.

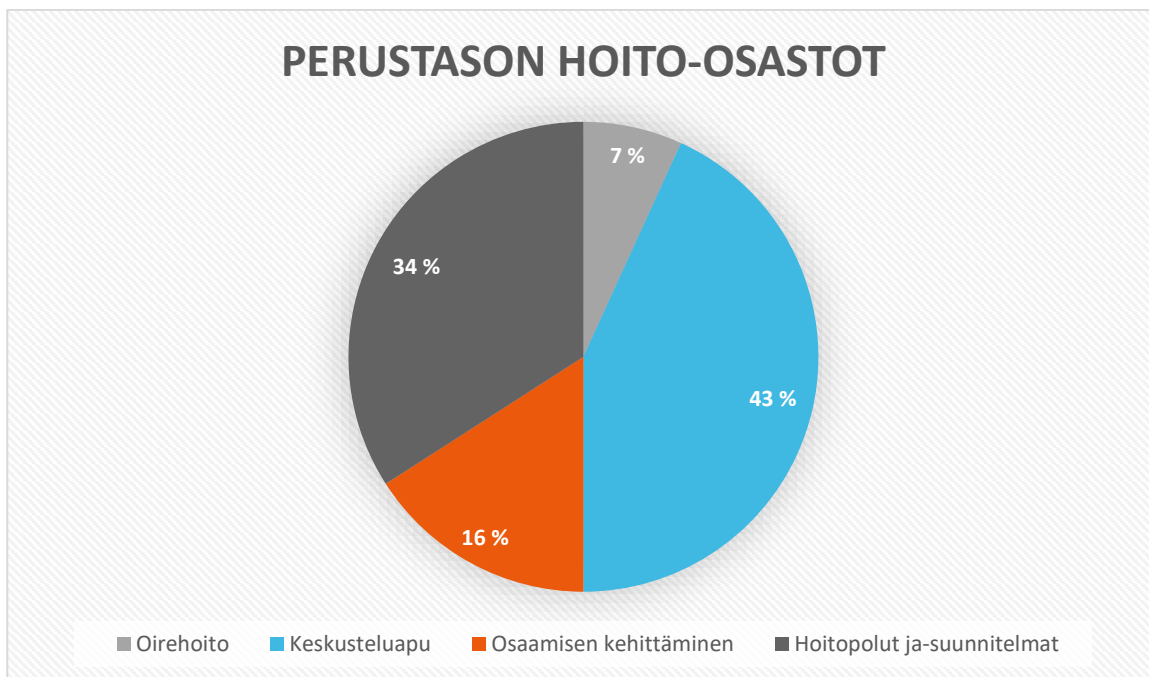
-Halutaan hoitaa potilaat kotona.

Kehitysvammaisten ihmisten asumisen yksiköissä esille nousi hoitohenkilökunnan omat kokemukset kuolemasta, kaikilla ei ollut mitään kokemusta kuolevan hoitamisesta, osa ei ollut koskaan edes nähnyt kuollutta. Silloin kun hoitajalle itselleenkin kuolema on vieras, koettiin haasteelliseksi tukea

siinä potilasta tai omaisia. Vastauksissa nostettiin esiin myös huoli siitä, miten potilaiden oireita voidaan tulkita oikein, että saadaan potilaat hyvin hoidettua.

9.4 Ammattilaisten työssään tarvitsema tuki perustason hoito-osastoilla

Perustason hoito-osastoilta vastauksia tutkimukseen saatiin 44. Vastausten jakaantuminen on kuvattu alla (ks. kuvio 10).



Kuvio 10. Perustason hoito-osastoilta esiin nousseet tuen tarpeet.

Haastattelussa pohdittiin perustason hoito-osastojen henkilökunnan näkemyksiä oman yksikön hoidosta, mutta myös palliatiivisen hoidon ongelmista yleisesti, ympärivuorokautisissa asumisissa, kotihoitossa sekä kehitysvammaisuuden yksiköissä. Tutkimusklubissa pohdittiin myös sitä, kun elämän loppuvaiheessa potilaat siirtyvät usein tukiosastoille ja sairaalan muille osastoille.

Vastauksista esiin nousi vuorovaikutukseen sekä hoitajien tukemiseen liittyviä kohtia. Vuorovaikutustilanteet omaisten kanssa koettiin haasteellisina mm. omaisten valvotuneisuuden vuoksi, nykyään omaiset hakevat paljon tietoa netistä ja osaavat vaatia erilaisia hoitoja.

-Omaiset vaativat paljon nykyään, on helpompi usein lähettää potilas eteenpäin niin ei tarvitse itse keskustella tai perustella.

-Omaiset kyselevät paljon, miksi tehdään, miksi ei tehdä?

Ongelmaksi koettiin myös erilaiset näkemykset potilaan voinnista, toinen hoitaja näkee potilaan olevan elämänsä loppuvaiheessa, toinen hoitaja taas näkee potilaan vielä kuntoutuvan. Erilaiset näkemykset luovat haasteita myös lääkityksen suhteen.

-Hoitohenkilökunnan erimielisyys hoidosta, kannattaako lääkittää, jos se väsyttää potilaan?

Perustason hoito-osastolla hoidetaan paljon muitakin potilaita ja se koettiin myös haasteena, ettei palliatiivisille ja saattohoitopotilaille ole aikaa tarpeeksi. Muut potilaat vievät myös paljon aikaa ja huomiota sekä tekevät omat haasteensa työlle, esimerkiksi ympäri osastoa kulkevat muistisairaajat.

-Hoitajan roolissa olen nähnyt ihmisiä, jotka ovat vastaavassa tilanteessa, että ihminen tarvitsee nyt sen perushoidon ja kipulääkityksen, että hän syö sen mitä syö ja juo sen mitä juo, eikä me voida olla kipulääkitsemättä sen varjolla, että hän pysyisi paremmin hereillä.

Vastauksissa käytiin läpi myös hoitosuunnitelmia ja hoitopolkuja. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen tärkeys nostettiin esille. Ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset sekä hyvät hoitosuunnitelmat edesauttavat potilaiden hyvää hoitoa. Henkilökunnan työtä helpottaa, jos potilaan hoidosta on laadittu selkeät ohjeet. Hyvillä hoitosuunnitelmilla saadaan vältettyä turhia sairaalasiirtoja ja osastojaksoja yleisestikin, sillä siirrot paikasta toiseen ovat potilaillekin raskaita.

-Ajoissa tehdyt linjaukset helpottavat hoitoa.

-Selkeät ohjeistukset, jos tilanne on tämä niin mitä sitten tehdään?

Pieni osa vastauksista koski koulutusta ja kehittämistä. Koettiin, että hoitajat konsultoivat huonosti toisiaan, osaamista eri aloilta löytyy, mutta sitä ei osata hyödyntää tai ei hyödynnetä tarpeeksi. Hoitajat kokivat, että pidetään tyhmänä, jos kysyy neuvoa. Lääkehoitoon ja oirehoitoon nähtiin koulutuksen tarvetta.

-Koulututusta ja tietoa tarvitaan lisää, lääkityksestä alkaen.

Ainoastaan pieni määrä vastauksista koski lääke- ja oirehoitoa. Näissä ei koettu juurikaan ongelmia, rohkaisua lääkehoitoon kuitenkin nostettiin esille useassakin kohtaa.

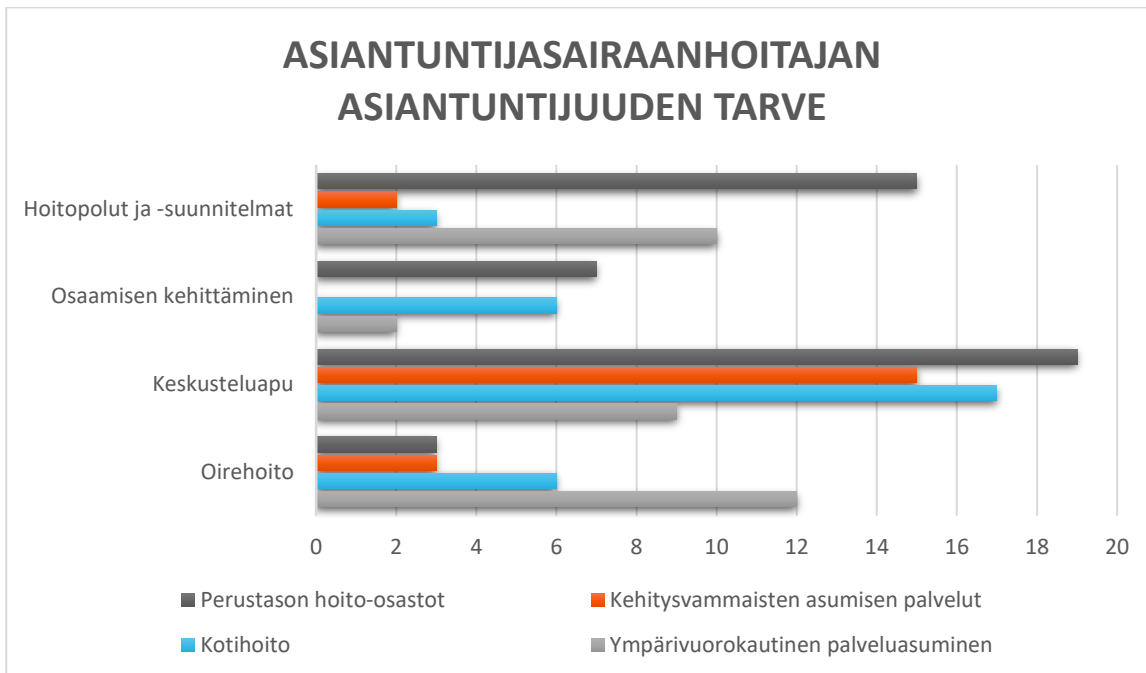
10 Pohdinta

10.1 Tulosten tarkastelua

10.1.1 Asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatiotuki varmistamassa asiantuntevaa ja osaavaa hoitoa

Asiantuntijasairaanhoidaja toimii osaamisen kehittäjänä olemalla matalan kynnyksen konsultaatioapuna palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvissä kysymyksissä. Asiantuntijasairaanhoidaja mahdollistaa henkilökunnan kouluttamista jalkautumalla yksiköihin kunkin yksikön tarpeiden mukaisesti. Esimerkiksi hyvä oireidenhallinta ja elämänlaadun ylläpitäminen sekä potilaan ja omaisen myötätuntoinen kohtaaminen ovat asiantuntijasairaanhoidajan vahvuuksia. (George 2016, 137–140.)

Näitä asiantuntijasairaanhoidajan ammatillisia vahvuuksia tulee hyödyntää. Koulutuksia tulee järjestää henkilöstön tarpeiden ja toiveiden mukaisesti, ei pelkästään työnantajan linjaamana. Asiantuntijasairaanhoidaja tuo näyttöön perustuvan hoitotyön menetelmät käytäntöön ja informoi uusimmista tutkimuksista, suosituksista ym. Palliatiivisen hoitotyön osaamista tulee levittää kaikkien ammattilaisten käyttöön, tietoa ja taitoa pitää jakaa. Tämä auttaa hoitamaan potilaita tasavertaisesti ja laadukkaasti. Asiantuntijuuden hyödyntäminen tiedon jakamisessa ja muun hoitohenkilökunnan ohjeistaminen/kouluttaminen on yksi keino kehittää laadukasta palliatiivista hoitoa. Asiantuntijasairaanhoidajan keskeisiä osaamisalueita ovat esimerkiksi: ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen, oirehoito ja oireiden hallinta sekä moniammatillinen yhteistyö ja ne ovat asioita, joihin pitää panostaa palliatiivisten potilaiden hoidossa. Ennakoivat hoitosuunnitelmat ja hyvin toteutettu palliatiivinen hoito vaikuttavat myönteisesti myös työntekijöiden työhyvinvointiin. (Souza, Lucas, Carvalho, Dofara, Robitaille, Blanchette, Kastner, Bergeron, Guay-Belanger, Izumi, Totten, Archambault & Legare 2024.) Useiden tutkimusten ja lähteiden (Helle ja Lilja 2023; Hökkä 2020 a, b sekä Saarto ym. 2017b), mukaan palveluasumisen ja kotihoidon yksiköissä tarvitaan apua palliatiivisten ja saattohoidon hoitamisessa.



Kuvio 11. Kooste yksiköistä nousseista tuen tarpeista asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuudelle.

Tutkimusklubien aikana käydyissä haastatteluissa nousi esille runsaasti kehittämisideoita sekä tarvetta konsultoivalle asiantuntijasairaanhoidajalle. (ks. kuvio 11). Perustason hoito-osastojen haastattelussa nousi konsultoivan hoitajan mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon kotiutustilanteessa, asiantuntijasairaanhoidajan osallistumisen potilaan siirroissa kotiin tai asumisen yksikköön, jolloin asiantuntijasairaanhoidaja olisi varmistamassa saattaen vaihtoa, kävisi asumispaikassa läpi potilaan hoitoa ja lääkityksiä sekä on hoitohenkilökunnan tukena. Useat aiemmat tutkimukset ovat tuottaneet samankaltaista tietoa.

Saarron ja asiantuntijatyöryhmän (2019) loppuraportissa on tuloksia THL:n vuonna 2018 tekemästä toimintayksikkökyselystä ikäihmisten palveluiden esihenkilöille. Yksiköiden esihenkilöiden arvion mukaan ikäihmisten palveluasumisen yksiköissä tai laitoshoidossa lähes 60 % työntekijöistä osaa toteuttaa hyvää kivunhoitoa sekä palliatiivista ja saattohoitoa. Samaisessa kyselyssä esihenkilöiden mukaan kotihoidon yksiköissä vain 24 % saavutti molempien alueiden hyvän osaamisen tason. Kaikista esihenkilöistä 23 % oli sitä mieltä, että henkilöstön osaaminen on heikkoa sekä kivunhoidon

että saattohoidon suhteen. Kotihoidon yksiköiden osalta arvio heikosta osaamisesta oli suuri (42 %). Lisäksi lääkehoidossa todettiin olevan osaamisvajetta. (Saarto ym. 2019 c).

Tässä tutkimuksessa esille nousi että, Satakunnan hyvinvointialueen palveluasumisen työntekijät kokivat mm. haasteita omaisten kohtaamisessa. Esille tuotiin millaista tukea hoitohenkilökunta kaipaa omaisten kanssa keskusteluissa ja kuoleman puheeksi otossa. Ei uskalleta lääkittää potilaita, vaikka olisi selkeät kirjalliset ennakoivat hoitosuunnitelmat, sillä pelätään "liiallista" lääkitsemistä. Ongelmia koettiin myös potilaiden hoitopolun tunnistamisessa ja hoitosuunnitelmien teossa.

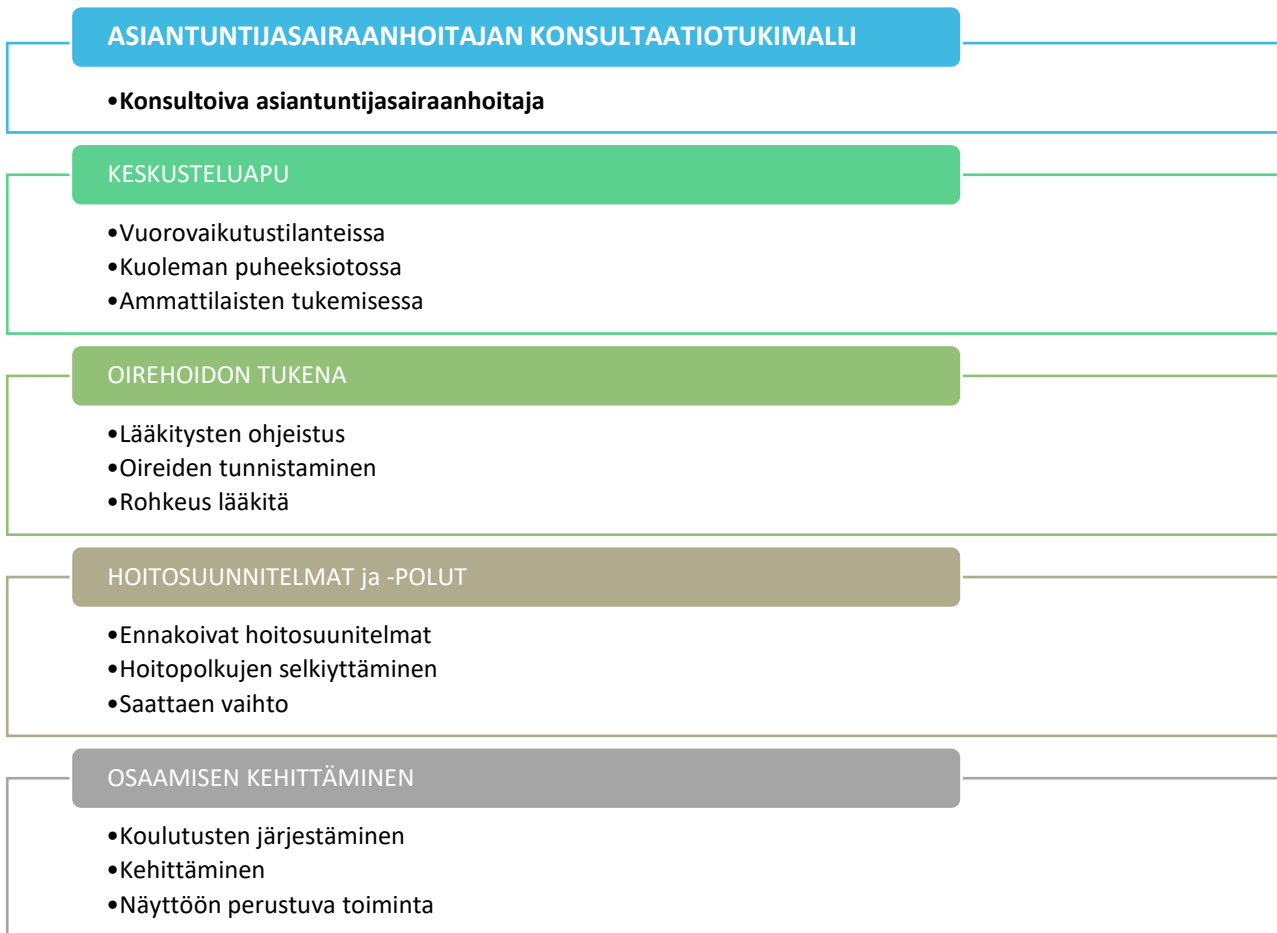
Palliativisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajan työlle on siis selkeä tarve. Keskusteluissa syntyi toimintamalli, jolla saadaan vietyä hyviä käytäntöjä eteenpäin. Asiantuntijasairaanhoitaja nähtiin tukemassa, kehittämässä ja kouluttamassa ammattilaisia, jotka tekevät työtä palliativisen hoidon ja saattohoidon parissa. Keskeisenä päämääränä oli selvittää, millaista tukea tarvitaan hoidon suunnittelussa sekä hoidon toteuttamisessa. Yhdessä käytiin läpi millainen toimintamalli mahdollistaa laadukkaan sekä tasavertaisen palliativisen hoidon ja saattohoidon kaikille sitä tarvitseville.

Matalan kynnyksen konsultaatiopalvelulla saadaan tuotua näyttöön perustuvaa tietoa perustason yksiköihin, parannettua työhyvinvointia henkilökuntaa tukemalla, helpotettua hoitosuunnitelmien käyttöönottoa, selkiyttämällä potilaiden hoitopolkuja, parannettua oirehoitoa läpikäymällä potilaiden hoitoon käytettäviä lääkkeitä sekä tukemalla hoitohenkilökuntaa vaikeissa asioissa, kuten kuoleman puheeksi otossa. Osaamista voidaan mitata palautekyselyin sekä työtyytyväisyyskyselyin. Osaamisen arviointia voidaan kysyä myös palautekyselyillä. Osaamista ja työhyvinvointia seuraavat esihenkilöt. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa luotetaan tietoon jokapäiväisessä toiminnassa ja tieto vaatii moniammatillista yhteistyötä. Jokaisen tiimin jäsenen tulee jakaa tietoa muille, jotta potilaat saavat laadukasta hoitoa. Siksi tiedon tulee olla kaikkien saatavilla, jotta päästään optimaalisiin hoidon tuloksiin. Tiedon jakamisen hyötyjä ovat parantunut yhteistyö, nopea tiedonkulku, tiedon saatavuus sekä laatu. Hyötyinä ovat myös verkostoituminen ja uuden tiedon luominen. Etuina nähdään myös oppiminen, päätöksenteko, ongelmanratkaisu, tuottavuus sekä työhyvinvointi ja näiden parantuminen. Organisaation näkökulmasta etuihin kuuluvat parempi oppiminen, päällekkäisen työn vähentyminen sekä henkilökunnan oikea resursointi. (Shahmoradi, Safaradi & Jimma 2017, 541–558.)

Asiantuntijasairaanhoitajan avulla viedään tietoa ja oppia eri perustason yksiköihin. (ks. kuvio 12). Tietoa ja ohjausta viedään potilastapausten avulla, asiantuntijasairaanhoitaja on osa potilaan hoitopolkua ja osallistuu potilaan hoitoon konsultoitavan asiantuntijasairaanhoitajan roolissa. Ohjausta ja opetusta järjestetään toiveiden mukaisesti, osastokokouksissa tai pienissä koulutustilaisuuksissa. Hyvällä vuorovaikutuksella on suuri merkitys, sillä keskustelun avulla saadaan parhaimpia tuloksia, kun henkilökunta saa oman äänensä kuuluviin, oppii uusia asioita ja osallistuu myös uuden kehittämiseen. Osaamisen kehittämisen suunnitelman onnistumiseen vaikuttaa myös johtajuus. Asiantuntijasairaanhoitajan toiminnan tavoitteet ovat yhteistä linjaa organisaation tavoitteiden kanssa, jolloin kaikki osapuolet hyötyvät ja hän auttaa tiimin jäseniä käyttämään omia voimavarojaan. Osaamisen kehittämissuunnitelman implementoinnissa voidaan hyödyntää myös adaptiivisen johtajuuden piirteitä. Adaptiiviset johtajat osallistuvat toimiin, jotka mahdollistavat työntekijöiden liikkuvuuden, motivoivat, organisoivat ja orientoivat henkilöstöä sekä toimiin, jotka keskittyvät toisten huomiointiin. Adaptiivisen johtajuuden tavoitteena on rohkaista työntekijöitä muutokseen ja oppimaan uudenlaisia tapoja toimia, jotta he voivat kasvaa ja voida hyvin (Northouse 2016.)

Työnkuvaan kuuluu hoitotyön laadun varmistaminen sekä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja implementointi käytäntöön. Moniammatillinen yhteistyö kuuluu myös tärkeänä osana työhön. Uudenlaisten palveluiden tuottaminen ja palvelujen laadun parantaminen sekä organisaation strategioiden tukeminen ovat myös osa asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvaa. (Kotila ym. 2017, 3–9.) Näyttöön perustuva toiminta on terveydenhuollon tärkeä osa. Sen on tutkittu parantavan hoidon tuloksia, laatua sekä kustannustehokkuutta. Näyttöön perustuva toiminta takaa hoidon tasalaatuisuuden. Asiantuntijasairaanhoitaja toimii näyttöön perustuen. (Isosalmi 2019; Kalowes 2015; Lourdes, Ainhoa, Benito-Aracil, Solá-Pola & Pla I Concuegra 2021).

Konkreettisesti toimintaa voidaan arvioida esimerkiksi säännöllisin väliajoin tehtävillä palautekyselyillä. Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelmassa on tarkasteltu osaamisen kehittämistarpeita nykytilanteeseen sekä Satakunnan hyvinvointialueen strategioihin, arvoihin ja palliatiiviseen hoitopolkuun peilaten. Osaamisen kehittämisen suunnitelman toteutumisen kannalta hyvinvointialueelta saatu tuki ja riittävät resurssit ovat avainasemassa. Hyvillä hoitajakonsultaatioilla saadaan todennäköisesti myös säästettyä lääkäriresursseja sillä hyvistä ennakoivista hoitosuunnitelmista huolimatta niitä ei uskalleta käyttää ja tässäkin asiantuntijasairaanhoitaja olisi hyvänä tukena.



Kuvio 12. Asiantuntijasairaanhoitajan konsultaatiotukimalli.

Palliativisen konsultoivan sairaanhoitajan toimenkuvassa toteutettavassa palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa korostuu hoidon ennakoiva suunnittelu sekä oirehoito, hoitolinjausten sekä -suunnitelmien teko, hoitohenkilökunnan ohjaus ja opetus. Opinnäytetyön tuloksena syntyvä palliativisen konsultoivan sairaanhoitajan kliininen osaaminen ja palliativisen hoidon ja saattohoidon integrointi osaksi perushoitoa tukee ja ohjaa henkilökuntaa hyvään ja laadukkaaseen loppuelämän hoitoon sekä auttaa tasavertaisen hoidon aikaansaamisessa.

10.1.2 Tuki oirehoidossa

Eri tutkimusten mukaan asiantuntijasairaanhoitajan kompetensseihin kuuluu vahva kliininen osaaminen. Kliininen osaaminen pitää sisällään perushoidon, oire- ja lääkehoidon, potilaan tarkkailun,

arvioinnin, päätöksenteon sekä hoidon toteuttamisen. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38; Hökkä ym. 2020 c; Hökkä, Melander, Lehto & Kaakinen 2021b; Kuosmanen 2018; Sulosaari ym. 2020; Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020.) Aiempien tutkimusten mukaan saattohoitoon liittyvässä oirehoidossa on koettu paljon osaamisvajetta ja on toivottu lisäkoulutuksia saattohoitopotilaiden lääkehoitoon. Kivunhoidossa koetaan haasteita ja kivunlievitys aiheutti ongelmia, sitä jopa välteltiin koska pelättiin kipulääkkeiden aiheuttavan riippuvuutta, pelättiin lääkkeiden yhteisvaikutuksia sekä sivuvaikutuksia. (Grönfors 2018; Poranen 2019.) Monet saattohoidossa käytettävistä oirelääkkeistä vaativat osaamista niiden antamiseen. Oman haasteensa luo ammattijakauma eri asumisen yksiköissä, vain pieni osa on sairaanhoitajia ja lähihoitajakoulutus ei välttämättä anna riittäviä valmiuksia kaikkiin tilanteisiin. (Saarto ym. 2019a.)



Kuvio 13. Oirehoidon haasteet eri yksiköissä.

Suurimmat haasteet oirehoidossa, oireiden tunnistamisessa ja lääkitsemisessä koettiin ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä. (ks. kuvio 13.) Pääasiassa oirehoito koettiin hyväksi, hoito on kuitenkin aina hoitajan arvion varassa ja siihen kaivattiin tukea. Ammattilaiset totesivat lääkityshoidon parantuneen, kipua hoidetaan hyvin ja oirehoitoon kiinnitetään muutenkin hyvin huomiota. Tärkeänä koettiin kuitenkin selkeät ohjeet lääkitykseen, milloin lääkettä kuuluu antaa ja mitä lääkettä mihinkin annetaan. Kaikissa yksiköissä ei lääkehoitoa kuitenkaan koettu vielä riittäväksi. Laadukkaan hoidon edistävänä tekijänä nähtiin taito toteuttaa oirehoitoa ja oireiden tunnistaminen.

Puutteena taas olivat yhtenäiset ohjeistukset, ennakoivien hoitosuunnitelmien puute ja lääkemääräysten epäselvyys. Konsultaatiotoiminnalla saataisiin tähän apua.

Potilaan kokonaistilanteen arviointi toimii pohjana lääkärin tekemälle ennakoivalle hoitosuunnitelmalle. Yksi asiantuntijasairaanhoidajan työtehtävistä olisikin potilaan voinnin kokonaisvaltainen arviointi. Asiantuntijasairaanhoidajalla on koulutuksensa pohjalta valmius arvioida potilaan terveydentilaa sekä hän pystyy myös ennakoimaan mahdollisesti tulevia oireita.

10.1.3 Tuki vuorovaikutuksessa ja viestinnässä

Aiemmat tutkimukset osoittavat, että palliatiivisessa hoidossa vuorovaikutus sekä potilaiden ja omaisten kohtaaminen korostuvat. Keskustelut elämän loppuvaiheessa ja loppuvaiheesta voivat olla haasteellisia ja ne edellyttävätkin hoitajalta hienovaraisuutta sekä tunneälyä ja tilannetajua. Myös potilaan kyvyssä kommunikoida voi olla ongelmia, jolloin tarvitaan myös erilaisia välineitä ja apukeinoja kommunikointiin. Kuoleman puheeksi otto vaatii rohkeutta ja oikeanlaista asennetta. Grönforsin (2018) mukaan hoitajat toivoivat koulutusta, jolla parannettaisiin hoitajien rohkeutta kohdata saattohoitopotilaat sekä heidän omaisensa. Asiantuntijan tuleekin kohdata potilaat yksilöllisesti sekä ihmisarvoista hoitoa toteuttaen.

Palliatiivinen hoito on monimuotoista hoitamista ja moniammatillista toimintaa ja se edellyttää yhteistyöosaamista, verkostoitumista sekä viestintäosaamista. Yhteistyö potilaan sekä omaisten kanssa on tärkeää hoidon turvaamiseksi. Potilaita hoidetaan erilaisissa yksiköissä ja kodeissaan, joten konsultaation mahdollisuus on myös tärkeää. Aiemmissa tutkimuksissa kotihoidon hoitajat ovat tuoneet esille myös työnohjauksen tärkeyden, esimerkiksi tilanteissa, joissa ovat löytäneet asiakkaan kuolleena kotoaan. (Grönfors 2018; Hökkä ym. 2020 c; Jänikselä 2014; Kekäläinen, Joutsia, Niemitalo-Haapala, Vihelä, Hökkä, Lamminmäki, Valtonen & Turunen 2021; Vihelä ym. 2020). Jänikselä (2014) tuo esille hoitajien kokemat ongelmat vuorovaikutustilanteissa varsinkin silloin, jos potilas tai omaiset eivät jostain syystä ole ajan tasalla tilanteesta ja lähestyvistä kuolemasta. Koetaan neuvottomuutta, mikäli omaiset ovat hätääntyneitä lähestyvän kuoleman vuoksi ja käyttäytyvät joskus jopa aggressiivisesti tai vaativat hoitoa, jota on turha antaa. (Jänikselä 2014; Lipponen & Karvinen 2015.)



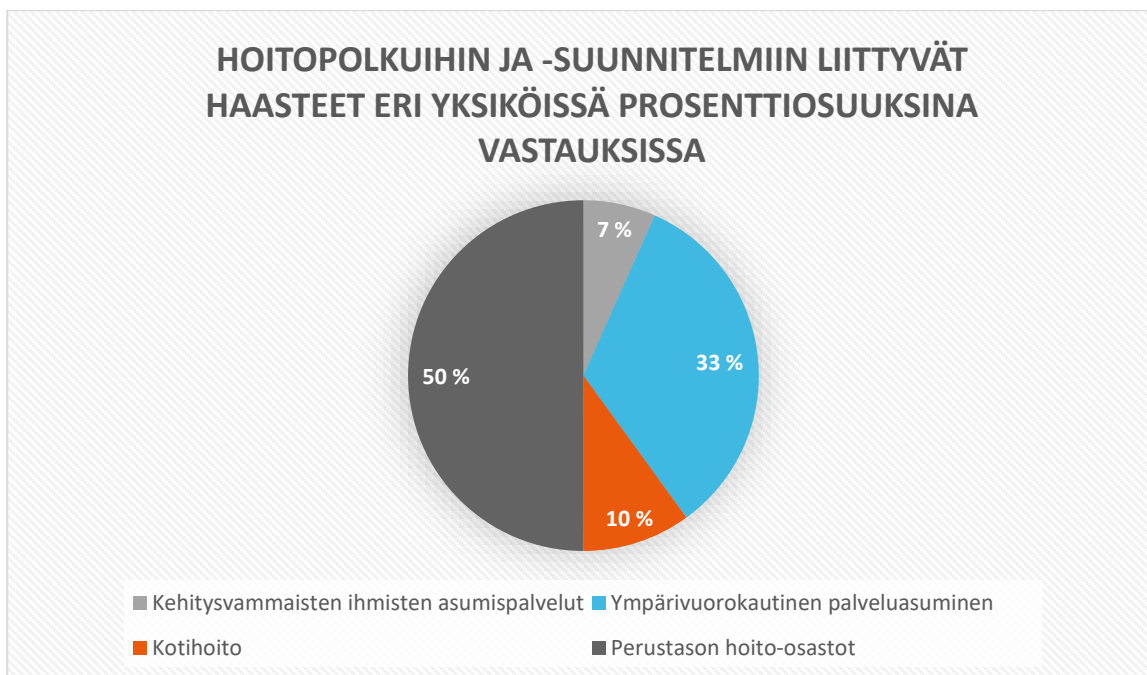
Kuvio 14. Vuorovaikutuksessa esiin nousseet haasteet eri yksiköissä.

Tässä opinnäytetyössä esille nousi haasteet vuorovaikutuksen suhteen eri yksiköiden välillä. (Kuvio 14.) Haasteelliseksi koettiin keskustelut omaisten kanssa, kuolemasta puhuminen sekä asioiden puheeksi otto. Omaisten kohtaamisen tärkeyttä tuotiin monessa kohtaa esille. Moniammatillisella yhteistyöllä saadaan edistettyä laadukasta palliatiivista hoitoa. Yhtenä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon estävänä tekijänä voi olla vaikeus ottaa elämän loppuaika ja kuolema puheeksi. Hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö vaati myös selkiyttämistä, kuka hoitaa ja mitä. Tiedonkulku potilaan kotiutuessa koettiin tärkeänä, jotta hoito saadaan jatkumaan saumattomana ja työnjako selkeytyy. Vuorovaikutuksen merkitys potilaan, läheisten sekä hoitohenkilökunnan välillä on tärkeä osa laadukkaan palliatiivisen hoidon toteutumisessa. Eri yksiköiden välinen yhteistyö tuo joustavuutta työhön. Resurssipula huolestutti jokaista yksikköä, koettiin, ettei jää aikaa omaisille ja keskusteluille. Jotkut potilaat ja omaiset vaativat paljonkin aikaa asioiden käsittelyyn ja siihen tarvitaan usein aikaa keskustella. Omaisten rooli on merkityksellinen palliatiivisessa hoidossa ja sen toteutumisessa. Hoitajilla pitää olla aikaa olla läsnä ja lähellä, niin potilaalle kuin omaisille. Joskus tilanteet kärjistyvät ja hoitohenkilökunnan pitää osata myös rauhoitella omaisia, tällaisissa tilanteissa tuki on usein tarpeen. Omaisten voi olla vaikea hyväksyä potilaan sairautta tai tehtyjä hoitopäätöksiä ja silloin omaiset voivat usein myös vaatia turhia toimenpiteitä tehtäväksi. Myös potilaan sekä omaisten keskinäiset välit vaikuttavat hoitoon. Näissä edellä mainituissa tilanteissa koettiin asiantuntijasairaanhoitajan tuen tarvetta.

10.1.4 Tuki hoitopolun ja hoitosuunnitelman jäsentämisessä

Saattohoidon ja lähestyvän kuoleman tarpeen tunnistaminen on edellytys hyvän loppuelämän hoidolle. Oikea-aikaiset hoitolinjaukset ja hyvä ennakoiva hoitosuunnitelma mahdollistavat hyvän oireenmukaisen loppuelämän hoidon. (Palliatiivinen hoito, Käypä hoitosuositus 2019.)

Yksi palliatiivisen hoidon kulmakivistä on hoidon tarpeen tunnistaminen sekä ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen. Näiden tehtävä kuuluu jokaiselle hoitoalan ammattilaiselle, mutta se on myös yksi osaamiskriteeri palliatiivisessa hoidossa. (Saarto ym. 2017b, 15.) Hoidon koordinointi yhdistetään myös asiantuntijuuteen niin perustason yksiköissä kuin erikoistason palliatiivisessa hoidossa. Palliatiiviseen hoitoon liittyy merkittäviä päätöksentekoa, kuten hoitolinjat ja hoidon rajaukset. Hoidossa korostuu itsemääräämisoikeus sekä ihmisarvo, elämän kunnioittamisen ja hoitamisen periaatteet, oikeudenmukaisuus ym. Liian myöhään tehdyt hoitolinjaukset vaarantavat potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen sekä hankaloittaa oireiden lievitystä. Asiantuntijasairaanhoidajan tulee hallita myös juridiset sekä eettiset asiat. Työhön voi kuulua myös johtaminen ja sen vuoksi organisaatio-osaaminen, strateginen osaaminen sekä hallinnollinen osaaminen liitetään myös asiantuntijuuteen. (Hökkä ym. 2021b; Isosalmi 2019; Morgan & Tarbi 2016, 33–43; Oikarainen, Tuomisto, Hirvonen, Saarela, Salmensuu & Tiuraniemi 2018; Vestman 2013; Vihelä ym. 2020.)



Kuvio 15. Hoitopolkuihin ja hoitosuunnitelmiin liittyvät haasteet eri yksiköissä.

Tässä opinnäytetyössä hoitosuunnitelmien ja -polkujen selkiyttämiseen kaivattiin apua, eniten siinä näki parannettavaa perustason hoito-osastot, joissa nousi esiin kehittämisen tarve erityisesti potilaan siirtojen kohdalla. (Kuvio 15.) Asiantuntijasairaanhoidajan tuella saadaan välitettyä potilaasta kattavammin tietoa seuraavaan yksikköön ja saattaen vaihto toteutuisi aiempaa paremmin. Vaihteleva osaaminen henkilökunnan keskuudessa, yhtenäisten ohjeiden puute sekä erilaiset käytännöt nähtiin laadukkaana palliatiivisen hoidon ja saattohoidon estävinä tekijöinä. Hoitolinjausten noudattamisessa koettiin erilaisia haasteita. Hoitosuunnitelma olisi hyvä käydä läpi myös hoitajien kanssa, mitä missäkin vaiheessa tehdään ja mitä lääkkeitä annetaan. Omaisten kanssa käydyt keskustelut koettiin tärkeinä, hyvät perustelut hoitolinjauksille ja hoidon rajauksille ovat onnistuneen hoidon kannalta tärkeitä.

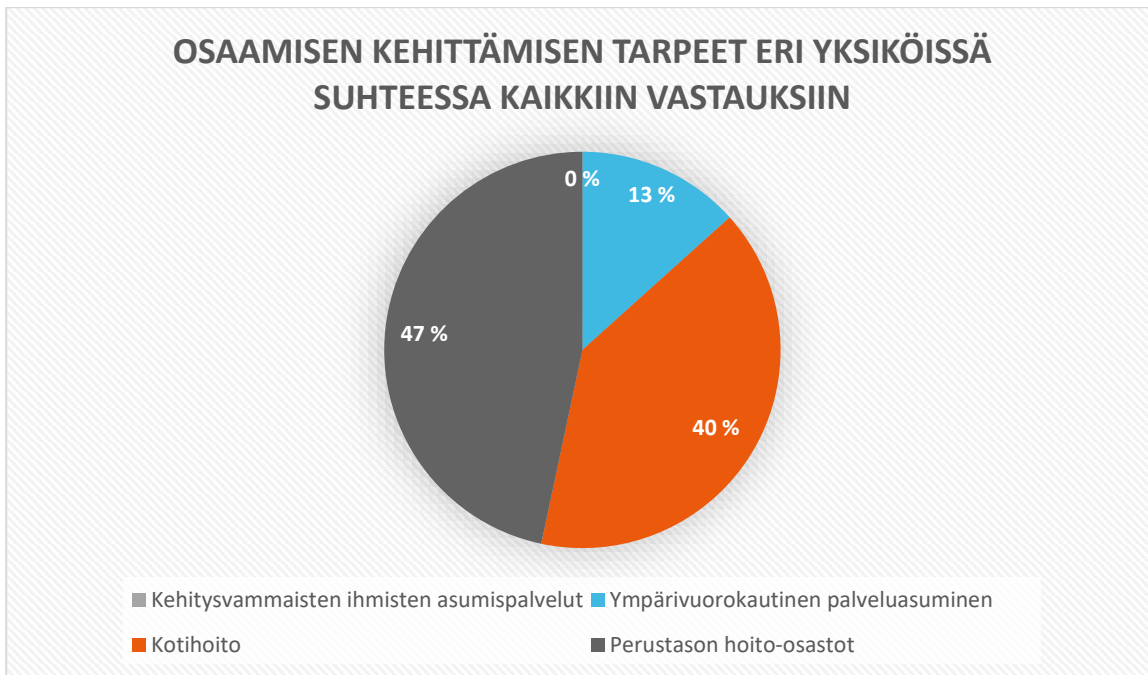
Asiantuntijasairaanhoidajan toimiminen hoidon koordinoijana potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai perusterveydenhuollon yksiköstä toiseen selkeyttäisi potilaan hoitopolkuja ja varmistaisi myös sen, ettei polku katkea. Asiantuntijasairaanhoidaja myös ohjaa potilaat oikeaan paikkaan saamaan oikeanlaista hoitoa, oikeaan aikaan.

10.1.5 Tuki osaamisen kehittämisessä

Hyvän saattohoidon edellytys on hoitohenkilökunnan osaaminen, siihen tarvitaan koulutusta sekä työhyvinvoinnin ylläpitoa. (Pihlainen 2010).

Palliatiivisen hoidon osaamisen lisäämisen tarve on suuri. Vaikka koulutuksia kehitetään ja lisätään, tulee enemmän hyödyntää palliatiivisen hoidon asiantuntijoita osaamisen kehittämisessä. Työyksiköissä tapahtuva perehdytys, koulutusten järjestäminen ja työnohjaus voidaan myös yhdistää asiantuntijasairaanhoidajan tehtäviin. Palliatiivisen hoidon toteuttaminen on henkisesti ja fyysisesti kuormittavaa, siksi tulee huolehtia myös työhyvinvoinnista. Useissa tutkimuksissa on mainittu asiantuntijuuden kompetenssina myös mentorina toimiminen sekä ohjaus – ja koulutusosaaminen. Palliatiivisessa hoidossa ohjataan usein potilaita sekä omaisia, mutta samalla voidaan lisätä myös henkilöstön osaamista ohjaamalla. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38; Hökkä ym. 2021a; Isosalmi 2019; Sulosaari ym. 2020; Vestman 2013; Vihelä ym. 2020.) Elämän loppuvaiheessa turhia sairaalasiirtoja voidaan vähentää, kun palliatiivinen hoito on järjestetty hyvin ja työntekijöillä on riittävä osaaminen. Hoitamattomat oireet, turvattomuus sekä puutteellinen tuki ovat yleisimpiä syitä hakeutua päivystykseen tai tukiosastolle. (Saarto ym. 2017b.)

Palliativisen hoidon asiantuntija on palliativisen hoidon puolesta puhuja, kehittäjä, asiantuntija, joka motivoi ja inspiroi muita hoitoalan ammattilaisia toteuttamaan asiantuntevaa, laadukasta, parempaa palliativista hoitoa. Asiantuntijasairaanhoitaja voi olla moniammatillisen tiimin vetovastuussa. (Dahlin & Coyne 2019, 30–38; Hökkä ym. 2020 c.)



Kuvio 16. Prosenttiosuudet osaamisen kehittämisen tarpeista eri yksiköissä.

Tässä opinnäytetyössä kehittämisen ja koulutuksen tarvetta tuotiin hyvin esille. (ks. kuvio 16). Laadukkaan palliativisen hoidon ja saattohoidon edistävänä tekijänä on perustaitojen osaaminen ja osaamisen kehittymisen edellytys on koulutuksen mahdollisuus. Palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutus jää vähälle perusopetuksessa ja eri yksiköissä ei välttämättä ole mahdollisuuksia kouluttautua lisää. Asiantuntijasairaanhoitajan avulla saataisiin vietyä myös koulutuksia eri yksiköihin. Koulutuksilla ja kehittämisellä saadaan parannettua myös työhyvinvointia.

Kuten STM:n suosituksessakin todetaan, palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen tulee varmistaa kaikissa kuolevia potilaita hoitavissa yksiköissä, sillä jokaisella potilaalla on yhdenvertainen oikeus hyvään ja laadukkaaseen palliativiseen hoitoon. (Saarto ym. 2019b, 16.) Konsultoivan asiantuntijasairaanhoitajan osaamisen tuella saadaan tuotettua turvallista ja laadukasta palliativista hoi-

toa ja saattohoitoa kotihoidon ja ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä sekä kehitysvammaisten ihmisten asumisyksiköissä. Toiminnan avulla on myös mahdollista vaikuttaa eteläisen kotisairaalan palliatiivisten potilaiden määrään hyvällä ja laadukkaalla palliatiivisella sekä saattohoidolla tehostetun palveluasumisen paikoissa, ohjeistamalla siellä toimivia hoitajia hyvään oirehoitoon. Konsultoivan toiminnan avulla pystytään tarjoamaan asiantuntijasairaanhoidajan osaamista palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa vähemmän toteuttaneiden, mutta kuitenkin koulutetun hoitohenkilökunnan tueksi. (Holpainen 2010, 27–30.) Hyvin resursoitu ja organisoitu palliatiivinen hoito on myös kustannustehokasta. Parantamalla kotisaattohoidon mahdollisuuksia, kehittämällä konsultatiivitoimintaa ja palliatiivista hoitoa sekä rakentamalla saumattomia hoitoketjuja voidaan vähentää tarpeettomia kustannuksia. (Saarto ym. 2017a, 1201.)

10.2 Johtopäätökset

Hyvä ja laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito on jokaisen oikeus. Sen laadukas toteutuminen vaatii hoitoalan ammattilaisilta monenlaista osaamista, mm. oirehoitoa, vuorovaikutustaitoja, kykyä puhua vaikeistakin asioista, moniammatillisessa tiimissä toimimista, ihmisen kokonaisvaltaisuuden huomioimista. Lähestyvän kuoleman ja elämän loppuvaiheen tunnistaminen on yksi haaste ja usein hoitosuunnitelmasta, hoitolinjoista ja hoidon rajauksista puhuminen voi olla haasteellista, asioita voi olla vaikea ottaa puheeksi. Potilaan loppuelämän hoito vaatii herkkyyttä hoitajalta ja rohkeutta hoitaa potilaan oireita. Potilaalla tulee olla mahdollisuus viettää loppuelämänsä omassa kodissaan tai asuinpaikassa, jossa on viimeiset kuukautensa tai vuotensa viettänyt, tähän tarvitaan hoitajia, joilla on tietoa ja taitoa toteuttaa laadukasta ja tasavertaista palliatiivista hoitoa.

Tämä opinnäytetyö tuotti tutkittua tietoa palliatiivisen ja saattohoidon haasteista eri palveluasumisen yksiköissä ja selvitti, millainen asiantuntijasairaanhoidajan toimintamalli parantaa palliatiivisen ja saattohoidon yhdenvertaisuutta sekä hoidon laatua. Näyttöön perustuvalla tiedolla saadaan luotua toimiva toimintamalli ja parannettua hoidon tasavertaisuutta.

Tutkimusklubien avulla selvitettiin palveluasumisen yksiköiden sekä kotihoidon ja perustason hoito-osaston henkilökunnan näkemyksiä palliatiivisen ja saattohoidon haasteista. Teoreettista tietoa aiheesta löytyy hyvin ja moni teoria tukee tutkimuksessakin nousseita ongelmia ja haasteita.

Keskeisiksi haasteiksi ja kehittämiskohteiksi palliatiivisessa ja saattohoidossa nousivat tässäkin tutkimuksessa oirehoito, vuorovaikutus, hoitosuunnitelmien ja polkujen epäselvyys sekä osaamisen kehittäminen. Haasteita koetaan kuolemasta puhumisessa sekä asioiden puheeksi otossa. Kehitysvammaisten asumispalveluissa tuotiin esille, että kuolema on monelle hoitajalle täysin vieras asia, miten voidaan tukea ja hoitaa kuolevaa potilasta, jos ei itsekään tiedetä miten siihen suhtautua. Monet aiemmin tehdyt tutkimukset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Tuloksia on peilattu niihin edellisessä kappaleessa.

Ammattilaiset toivat vastauksissa esille haasteet lääkityksessä, sen ettei uskalleta lääkittää. Haasteena koettiin, kun ei oikein tiedetä mitä lääkettä, milloinkin kuuluu antaa. Haasteena nähtiin myös, miten tunnistetaan tarve lääkitykselle ja miten arvioidaan esimerkiksi potilaan kipua. Potilaille on hyvin tehtyinä ennakoivia hoitosuunnitelmia, mutta niiden toteuttamisessa koettiin ongelmaa, esimerkiksi oli monta tarvittavaa lääkettä, yksi kipuun toinen ahdistukseen, kumpaa kuului antaa vai voiko antaa molempia.

Palliatiivisen asiantuntijasairaanhoitajan keskeisenä tehtävänä on yhteistyössä kehittää palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden hoidon laatua sekä henkilökunnan osaamista. Hyvällä ennakkoinnilla ja suunnittelulla on mahdollisuus vähentää palliatiivisten potilaiden hoidossa lääkärikontaktien määrää sekä potilaiden epätarkoituksenmukaisia siirtoja päivystykseen sekä sairaalan hoito-osastoille.

Palliatiivisen hoidon osaaminen eri hoitoyksiköissä on noussut usein keskusteluissa esiin ja hoitotyön ammattilaiset epäroivät lääkkeiden antamista, kokevat epävarmuutta kuoleman puheeksi ottamisessa ja keskustelut omaisten kanssa on koettu haasteellisiksi. Potilaille on olemassa palvelut, mutta ei ole olemassa tahoja, jotka auttaa ja ohjaa henkilökuntaa, jotta potilas saa tasavertaisen ja hyvän loppuelämän hoidon. Palliatiivinen konsultoiva asiantuntijasairaanhoitaja on tärkeä tuki keskusteluissa, hoidonrajauksissa, ennakoivien hoitosuunnitelmien teossa ja ohjauksessa sekä neuvotteluissa, joissa puhutaan lähestyvistä kuolemista. Palliatiivinen konsultoitava asiantuntijasairaanhoitaja on matalan kynnyksen palvelu, jolloin asiantuntijuus saadaan ajoissa. Hyvällä ennakkoinnilla pystytään välttämään ongelmatilanteet. Palliatiivinen konsultoiva asiantuntijasairaanhoitaja on terveydenhuollon ammattilainen, jonka tehtävänä on potilaiden elämänlaadun parantaminen.

Laadun varmistamiseksi kehitettiin mallia, jossa viedään palliatiivisen ja saattohoidon osaamista kotihoitoon sekä palveluasumisen yksiköihin. Toimintamallin avulla alueelle saadaan joustavasti asiantuntijasairaanhoidajan osaamista hoitotyön suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin sekä päätöksentekoprosessiin. Hyvällä hoidolla ja asioiden ennakkoinnilla saadaan vähennettyä lääkärikäyntien määrää, vältettyä turhia sairaalasiirtoja sekä ensihoidon käyntejä. Ennakoivalla toiminnalla potilaat hoidetaan omissa asumispaikoissaan heidän toiveidensa mukaan ja pystytään paremmin myös kunnioittamaan heidän itsemääräämisoikeuttaan huolehtimalla ennakoivista hoitosuunnitelmista sekä hoitolinjauksista.

10.3 Eettisyys ja luotettavuus

Aiheen valinta on myös eettinen valinta. Aiheen valintaan vaikuttaa se, kenen vuoksi tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimus tehdään. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tutkimuksen eettisyyteen kuuluvat osallistujien kokema turvallisuuden tunne ja hyvinvointi. Eettisyyteen kuuluu myös tutkimuksen tarkoitus ja laatu. Tutkimuksen on perustuttava vapaaehtoisuuteen. Standardien soveltaminen on avointa ja läpinäkyvää sekä asiantuntevaa johtamista edistävää. Terveystieteissä laadullinen tutkimus voi olla intiimimpää kuin määrällinen, joten tutkijalta vaaditaan herkkyyttä ja vuorovaikutustaitoja haastatteluja tehdessä. (Holloway & Wheeler 2010, 53, 61.)

Osa tutkimuksen eettisyyttä on tutkimuksen laadukkuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Hyviin tutkimuseettisiin periaatteisiin kuuluvat luotettavuus, arvostus, rehellisyys sekä vastuunkanto. Näitä periaatteita tulee arvioida koko opinnäytetyön prosessin ajan. (Tutkimusetiikan eurooppalaiset käytännöt ja ohjeistus 2020, 4.) Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin tiedonhankinta- sekä tutkimusmenetelmiä, jotka ovat eettisesti kestäviä. Oman ammatin tuntemus, kirjallisuuden tuntemus sekä oman tutkimuksen analysointi ovat hyvä tieteellinen käytäntö tiedonhankinnassa. (Vilka 2021, 70.) Laadullista tutkimusta raportoidessa reflektoidaan tehtyjä eettisiä valintoja, kerrotaan avoimesti ratkaisuksista ja perustellaan ne. Myös virheistä pitää raportoida ja kertoa. Kriittisyys omaa työtä kohtaan ei vähennä työn arvoa, vaan päinvastoin nostaa sitä. Usein joudutaankin miettimään ratkaisujen hyviä ja huonoja puolia ja seurauksia saadulle tiedolle. (Gould 2016; Guillem & Gillam 2004, 261–280; Vakimo 2010, 91–95.)

Luotettavuuden kriteerit noudattavat tieteellisen luotettavuuden kriteerejä, jos kehittämistoimintaan liittyy tutkimuksellisia asetelmia. (Toikko & Rantanen 2009, 121.) Onkin tärkeää arvioida projektin tutkimuksellisen osion luotettavuutta eli mitataanko tutkimuksessa sitä mitä on tarkoitus mitata. Toimijoiden sitoutumisella on myös merkitys luotettavuudelle. Kehittämistoiminnassa toistettavuuteen liittyy aina ongelmia, koska täysin samanlaista alkuperäisasetelmaa ei ole mahdollista luoda uudelleen. (Toikko & Rantanen 2009, 121–124.)

Opinnäytetyön kehittämisprojektin aihe syntyi potilaiden tasavertaisen hoidon saannista. Jokaisella potilaalla tulisi olla asuin- tai hoitopaikasta riippumatta oikeus laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Hoidon saatavuuteen sekä laatuun ei tulisi vaikuttaa se, missä potilasta hoidetaan, tapahtuuko hoito perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa. Palliatiivista ja saattohoitoa kehitetään kovasti koko ajan, mutta siitä huolimatta kaikki eivät vielä saa tasavertaista, yhdenmukaista tai oikea-aikaista palliatiivista hoitoa. Jokaisen kotihoidon sekä asumisyksikön hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus tukeen sekä ohjaukseen ja opetukseen palliatiivisen potilaan ja saattohoitopotilaan hoitamiseen.

Teoriapohja työlle on kirjoitettu luotettavista ja laadukkaista lähteistä. Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, työ tehtiin avoimesti ja rehellisesti ja esiin tulleet tulokset tuotiin huolellisesti esille. (Kuula 2011, 56.) Tutkimusyhteisöillä on ohjeita sekä sääntöjä, joihin sitoudutaan. Säännöt luovat perustan tutkimustyölle, sen avulla yhteistyö, tutkimustulosten luotettavuus sekä henkilökohtainen luotettavuus mahdollistuvat. Jos esittää muiden tekstiä omanaan, syyllistytään plagiointiin, tämä on rinnastettavissa varastamiseen. Plagiointi vahingoittaa yksittäisen tutkijan lisäksi myös koko tutkijayhteisöä. (Mustajoki & Mustajoki 2017.) Muiden tutkijoiden töiden kunnioittaminen sekä arvostaminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tämä onnistuu hyvällä ja oikealla tavalla viitata. (TENK 2012.) Lähdeluettelosta ilmenee käytetyt lähteet ohjeistusten mukaisesti. (Kuula, 2011, 56.) Tässä työssä käytetyt lähteet löytyvät lähdeluettelosta. Lähdemerkintöjä tehdessä on käytetty Jyväskylän ammattikorkeakoulun viittausohjetta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota tutkimuskysymysten selkeyteen, tutkimusmetodiin, otoksen valintamenettelyyn, asianmukaiseen analyysimenetelmään, prosessin kuvaukseen, tutkijan reflektiivisyyteen sekä eettiseen vastuuseen ja tutkimuksen tavoitteiden saavuttamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 164–165.) Tämän tutkimuksen

luotettavuuden arvioinnissa käytettiin laadullisen tutkimuksen arviointikriteerejä. Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset, tutkimuksen tavoite ja tarkoitus pyrittiin määrittelemään selkeästi. Opinnäytetyön teossa tuotetun tiedon tulee olla hyödyllistä. Se on edellytys kehittämistyön luotettavuudelle. (Toikko & Rantanen 2009, 121–123.)

Tutkimuskohteena oli Satakunnan hyvinvointialueen eteläisen alueen hoitohenkilökuntaa kehitysvammaisten asumispalveluista, ympärivuorokautisen asumisen palveluista, kotihoidosta sekä perustason hoito-osastoilta. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa, millaista palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan toimintamallia alueelle kaivattaisiin. Pohjoisella alueella konsultoiva hoitava toimii, mutta toimintamalli on hieman erilainen. Teoriaosuudessa on tuotu esille tutkittua tietoa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, suosituksista sekä asiantuntijasairaanhoidajan toimenkuvasta.

Opinnäytetyö tehtiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimien eettisten periaatteiden mukaan, jotka kohdistuvat ihmisten tutkimiseen. Tässä työssä toteutettu tutkimus ei vaatinut eettistä ennakoarviointia, koska tutkimus kohdistui hoitotyön ammattilaisiin, jotka pystyivät itse tekemään päätöksen osallistumisestaan. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa Satakunnan hyvinvointialueelta. Tutkimusosan aineistonkeruu suoritettiin tutkimusklubien avulla. Tutkimusklubeissa korostui osallistujien vuorovaikutteinen, positiivinen ilmapiiri sekä vapaaehtoisuus. (HOTUS 2019.) Osallistujat saivat etukäteen perehtyä tutkimusklubilla käsiteltäviin aiheisiin, joka edisti myös tutkimusaineiston monipuolisuutta ja luotettavuutta. Opinnäytetyössä huolehdittiin tietosuojasta, tutkimukseen osallistuvat tiesivät, että TEAMS-palaveri nauhoitettiin ja siitä poimittiin tutkimuksen kannalta oleellimmat asiat. Osallistujille kerrottiin tutkimusklubiin osallistumisen olevan vapaaehtoista ja luottamuksellista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8,12, 18.) Haastattelut olivat kuunneltavissa ja luettavissa jälkikäteen ja nauhoitteiden laatu oli hyvä. Litterointi aloitettiin heti haastattelujen jälkeen. Haastateltavia osallistui tutkimukseen hyvä määrä, mutta enemmänkin olisi voinut osallistua, muutama perui osallistumisensa työkiireiden vuoksi ja osa unohti osallistumisen. Tutkimuskysymyksiin saatiin kuitenkin vastaukset. Tietojen keruun jälkeen nauhoitteet hävitettiin.

Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Analyysi suoritettiin yhdistelemällä aineistoa eri kategorioihin. Kategorioiden luomisen tarkoituksena on kuvata ilmiötä tai lisätä ymmär-

rystä ja lisäksi tuottaa tietoa. (Elo & Kyngäs 2008, 107–115.) Tulosten tarkastelussa tuotiin esiin suoria lainauksia, jotka on poimittu haastatteluista. Haastattelut on tehty haastateltavien vapaaehtoisuutta, anonymiteettia sekä luottamuksellisuutta noudattaen

Eettisyys on tärkeä osa tutkimusta ja se kulkee mukana koko ajan, aiheen valinnasta, tiedon hankinnasta, analysointiin ja tulosten julkaisuun asti. Silloin kun laadullisen tutkimuksen kohteena ovat ihmiset, ja kun kysymykset ovat suhteellisia, on noudatettava sovittuja eettisiä periaatteita. Näillä suojataan tutkimukseen osallistuvaa ja eettiset periaatteet perustuvat tutkimuksen ammatillisuuteen. Eettiset periaatteet eivät ole juridisesti sitovia ja voivat olla ristiriidassa keskenään ja näin aiheuttaa tilannekohtaista pohdintaa. Onkin tärkeää, että tutkija pystyy tulkitsemaan, arvioimaan sekä soveltamaan tutkimussääntöjä käytännön tilanteissa ja tekemään päätöksiä, jotka ovat oikein eettisten kysymysten parissa. (Pietilä, Nurmi, Halkoaho & Kyngäs 2020, 49; Kyngäs, Mikkonen & Kääriäinen 2020, 50.)

Kehittämistyössä tuotettua tietoa voidaan hyödyntää käytännössä kehittämällä laajavastuisen sairaanhoitajan työnkuvaa sekä sisällytettäessä palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa osaksi perusterveydenhuoltoa. Palliatiivisen konsultoivan sairaanhoitajan tehtäväkuvaa voidaan muokata hyödynnettäväksi myös muualle.

10.4 Jatkotutkimusehdotukset

Palliatiivisen asiantuntijasairaanhoitajan toiminnalla saataisiin koulutusta lisättyä ja kehitettyä eri yksiköissä. Kotihoidon yksiköiltä nousi esiin ajatus, että onnistuisiko kotihoidossa erillinen palliatiivinen tiimi, kehittämissuositukseksi on tällaisen tiimin kannattavuuden selvittely, miten saataisiin toteutettua. Kehitysvammaisten asumisen yksiköistä nousi runsaasti esiin kuoleman pelkoa, hoitohenkilökunnan tukea kaivataan vuorovaikutuksen kehittämiseen. Jatkokehittämissaiheena voisi olla koulutuksen lisääminen niihin yksiköihin ja tutkimus koulutuksen jälkeisistä ajatuksista. Kokivatko hoitajat saaneensa rohkeutta ja tukea koulutuksesta?

Toisaalta asiantuntijasairaanhoitajan toiminnalla saadaan potilaiden hoitopolkuja katkeamattomiksi osastokotiutuksen myötä, mutta saadaanko sillä vähennettyä hoitohenkilökunnan epävarmuutta lääkityksen suhteen tehostetun palveluasumisen yksiköissä, on puolestaan toinen kysymys.

Lähteet

- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. & Van der Heide, A. 2014. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28, 8, 1000 –1025. Viitattu 14.8.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J. & Rogers, B. 2013. How to prepare for and present at a journal club. *British Journal of Hospital Medicine*, 74(sup 10), C150-C152. Viitattu 16.6.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Connor, SR. & Bermedo, MCS. 2014. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Palliative care Alliance (WPCA). Viitattu 14.7.2024. https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
- Dahlin, C. & Coyne, P. 2019. The Palliative APRN leader. *Palliative Care Nursing Vol:8 No:1*, 30-38. Viitattu 16.6.2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180730/> <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Dowell, S., Moss, G. & Odedra, K. 2018. Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home. *British journal of community nursing*. 27 (1), 24–30. Viitattu 15.8.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen- Opetus ja kulttuuriministeriön rahoittama korkeakoulutuksen kehittämisen kärkihanke. N.d. Edupal-hanke. Viitattu 10.9.2024. <https://www.palliatiivisen-koulutuksenkehittaminen.fi/>.
- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 5.7.2024. <https://etene.fi/documents/66861912/66865166/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001,+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001,+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf?t=1439805584000>.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115. Viitattu 5.9.2024. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 2022, 34 (4), 215–225. Viitattu 15.6.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987>.
- Elämän loppuvaiheen hoito. 2023. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 15.5.2024 <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito>.

Elämän loppuvaiheen hoito. N.d. Valvira. Viitattu 8.1.2025. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>.

Etkind, S N., Luu, A., 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 Med* 15, 102 (2017). Viitattu 10.7.2024. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>.

Fagerström, L. & Glasberg, A. L. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland—the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 925–932. Viitattu 30.8.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T & Hammar, T. 2022. Laatuksikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. viitattu 7.7.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN_ISBN_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Flick, U. 2018. *The SAGE handbook of qualitative Data Collection*. SAGE Publications Ltd. Thousand Oaks, California. Viitattu 5.9.2024. <https://chooser.cross-ref.org/?doi=10.4135%2F9781526416070>.

Flinkman, M. 2018. Itsenäiset hoitajavastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. *Tehyn julkaisusarja B:2/18* Viitattu 26.8.2024 https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b2_itsenaiset_hoitajavastaanotot_id_11830.pdf.

Flinkman M. 2013. Osaaminen käyttöön, laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. *Tehyn julkaisusarja B: 3/2014*, 11–13. Viitattu 15.6.2024. https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2014/2014_b3_nettti_osaaminen_kayttoon_laatu_ja_tuloksellisuutta_tyonjakoa_kehittamalla_id_3025.pdf#:~:text=Ty%C3%B6t%C3%A4%20jaetaan%20ja%20teht%C3%A4vi%C3%A4%20organisoidaan%20uudelleen%20toiminnan%20joustavuden%2C,ja%20terveydenhuollon%20organisaatioissa%20toteutettuihin%20ty%C3%B6n-jaon%20muutokseen%20ja%20teht%C3%A4v%C3%A4siirtoihin.

Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo, H. 2020. Laadukas elämän loppuvaiheen hoito iäkkäiden palveluissa edellyttää kotisairaalan vahvistamista, 1–5. Viitattu 10.6.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140832/URN_ISBN_978-952-343-600-8.pdf?sequence=1.

Fuller, A., Jenkins, W., Doherty, M. & Abhishek, A. 2020. Nurse-led care is preferred over GP-led care of gout and improves gout outcomes: results of Nottingham Gout Treatment Trial follow-up study. *Rheumatology* 59(3), 575–579. Viitattu 16.8.2024. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003496724647163>.

Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. 2013. Core Competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education-part 1. *European Journal of palliative care* 20 (2), 86-91. Viitattu 19.8.2024. https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/6_EJPC203Gamondi_part2_0.PDF.

George, T. 2016. Role of the advanced practice nurse in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 22(3), 137-140. Viitattu 22.10.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Givens, J.L., Selby, K., Goldfield KS. & Mitchel, S.L. 2012. Hospital transfers of nursing home residents with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60: 905-909. Viitattu 7.7.2024 <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2012.03919.x>.

Gleary, J., Hastie, B., Harding, R., Jaramillo, E., Connor, S. & Krakauer, E. 2020. What are the main barriers to palliative care development? Julkaisussa: WHO global atlas of palliative care. Second edition. Viitattu 10.5.2024. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3).

Gould, J. 2016. Reflektiivisyyden poluilla. Epistemologisesti radikaalin yhteiskuntatieteen puolustus. Teoksessa Jeremy Gould & Katja Uusihakala (toim.). *tutkija peilin edessä; reflektiivisyys ja etnografinen tieto*. Helsinki: Gaudeamus, 9–37. Viitattu 5.9.2024. <https://tiedejatutkimus.fi/fi/results/publication/0278857616>.

Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today* 24 (2), 105-112. Viitattu 5.9.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Grönfors, S. 2018. Hyvä saattohoito, arvokas elämälle. Tampereen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden johtamiskoulutus. Viitattu 15.1.2025. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018121221128>.

Guillem, M. & Gillam, L. 2004. Ethics, Reflexivity and "Ethically Important Moments" in Research. *Qualitative inquiry* 10:2, 261–280. Viitattu 5.9.2024 <https://doi.org/10.1177/1077800403262360>.

Haggman-Laitila, A., Mattila, L-R. & Melender, H-L. 2016. A Systematic Review of Journal Clubs for Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2016;13:2, 163-171. Viitattu 12.9.2024. http://www.researchgate.net/publication/290442547_A_Systematic_Review_of_Journal_Clubs_for_Nurses.

Heikkinen, K. 2012. Kliinisen asiantuntijan roolin analysointi PEPPA-viitekehityksen avulla. Teoksessa *Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta*. Toim. Ahonen, P. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja, 38–43. Viitattu 16.6.2024. <https://tiedejatutkimus.fi/fi/results/publication/0246439612>.

Helle, H. & Lilja, J. 2023. Palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa olevan potilaan läheisten tukeminen terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Viitattu 21.7.2024. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/146388>.

Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 3 ed. Wiley-Blackwell, 53-61. Viitattu 15.1.2025. janet.finna.fi/ebookcentral-proquest-com.ezproxy.

Holpainen, M. 2010. Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Opinnäytetyö YAMK. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, terveyden edistämisen koulutusohjelma, 27–30. Viitattu 25.10.2024. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44234/Holpainen%20Marika.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Hänninen, J. 2015a. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. 14.painos. T.A.Sahalan kirjapaino Oy. Viitattu 17.6.2024.

Hänninen, J. 2015b. Saattohoito. Julkaisussa Palliatiivinen hoito. Toim. T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hökkä, M., Kaakinen, P & Vihelä, M. 2020a. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*, 32 (4), 275–284. Viitattu 27.4.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128478>.

Hökkä, M., Kaakinen, P., Kuivila, H., Rajala, M & Vattula, K. 2020b. Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 2020. 32 (2), 122–133. Viitattu 10.6.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128467/77590>.

Hökkä, M., Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H. & Hernández-Marrero, P. 2020 c. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 1–20, 34, 851–870. Viitattu 7.8.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Hökkä, M., Lehto, J., Heinonen, S. & Suikkala, A. 2021a. EduPal-koulutusta kehittämällä parempaa palliatiivista hoitoa. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä B1255/202. viitattu 10.6.2024. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/505019/EduPal%20-%20koulutusta%20kehitt%c3%a4m%c3%a4ll%c3%a4%20parempaa%20palliatiivista%20hoitoa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Hökkä, M., Melander, H-L., Lehto, J & Kaakinen, P.2021b. Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals ‘Perspectives. *Journal of Palliative medicine*. 2021 Sep; 24(10): 1516-15-24. Viitattu 20.1.2025. <https://janet.finna>, PubMed.

International council of nurses. 2020. ICN Guidelines on advanced practice nursing 2020. Viitattu 26.10.2024. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 30.8.2024. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf.

Isosalmi, A-M. 2019. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvauksen perusterveydenhuollossa. Turun ammattikorkeakoulu, terveys ja hyvinvointi, kliininen asiantuntija YAMK. Opinnäytetyö. Viitattu 18.1.2025. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/226805/Isosalmi_AnneMari.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Jokiniemi, K., Pietilä, A-M., Kylmä, J. & Haatainen, K. 2012. Advanced nursing roles: A systematic review. *Nursing and Health Sciences* 14, 421-431. Viitattu 9.6.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Jokiniemi, K. 2014. Clinical Nurse Specialist role in Finnish health care. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 23.5.2024 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1579>.

- Jokiniemi, K., Suutarla, A., Axelin, A., Flinkman, M., Hämäläinen, S., Kotila, J., Lehtikunnas, T., Palomaa, M., Sulosaari, V & Tuomikoski, A. 2023. Laajavastuinen hoitotyö- sairaanhoitajan uramalli lähellä ihmistä. Suomen sairaanhoitajat ry. asiantuntijatyöryhmä. Viitattu 18.11.2024. <https://sairanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairanhoitaja-muuttaa-ste-palveluita.pdf>.
- Julkisen sektorin tutkimus ja kehittäminen vuonna 2020. Tilastokeskus. Viitattu 8.1.2025. https://www.stat.fi/keruu/jstk/files/tkke_js_ohjeet_fi.pdf.
- Jänikselä, T.2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyvistä ongelmista. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö, 26–30. Viitattu 10.6.2024. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/95715>.
- Kalowes, P. 2015. Improving End-of-life care prognostic Discussions: Role of advanced Practice Nurses. AACN Adv Crit Care. 2015 Apr-Jun; 26(2):151-166. Viitattu 18.1.2025. <https://janet.finna.fi, PubMed>.
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kekäläinen, P., Joutsia, K., Niemitalo-Haapala, E., Vihelä, M., Hökkä, M., Lamminmäki, A-M., Valtonen, M. & Turunen, E. 2021. Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen osaaminen sairaanhoitajien ja lääkäreiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutuksessa. Teoksessa: Hökkä, M.; Lehto, J.; Heino, S. & Suikkala, A. (toim.) Edupal- koulutusta kehittämällä parempaa palliatiivista hoitoa. Viitattu 18.1.2025. <https://oulurepo.oulu.fi/handle/10024/29866>.
- Kennedy, C., Brooks Young, P.; Nicol, J., Campbell, K.& Gray Brunton, C. 2015. Fluid Role Boundaries: Exploring the Contribution of the Advanced Nurse Practitioner to Multi-Professional Palliative Care. Journal of Clinical Nursing 24(21-22), 3296-3305. https://www.researchgate.net/publication/280968229_Fluid_role_boundaries_Exploring_the_contribution_of_the_advanced_nurse_practitioner_to_multi-professional_palliative_care.
- Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R & Suutarla, A. 2017. Sairanhoitajien uudet työnkuvat- laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairanhoitajaliitto Fioca oy. Viitattu 10.6.2024. <https://sairanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>.
- Kotisaattohoito. Terveyskylä. Palliatiivinen talo. N.d. Viitattu 24.4.2024. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito>.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.
- Kuosmanen, L. 2018. Sairanhoitajalta edellytetty osaaminen erityistason palliatiivisessa hoidossa. Metropolia ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan johtaminen YAMK. opinnäytetyö. Viitattu 11.1.2025. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152911/Kuosmanen_Lotta.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Bookwell Oy, Porvoo. Viitattu 5.9.2024.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011 23(2). Viitattu 20.1.2025. https://www.researchgate.net/publication/261723764_sisallönanalyysi_suomalaisessa-hoitotieteellisessä_tutkimuksessa.

Kyngäs, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. 2020. The Application of Content Analysis in Nursing Science Research. Viitattu 14.1.2025. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6>.

Laine, S., Hökkä, M., Heikkinen, M., Mikkonen, H., Kyllönen, R & Lintula, S. 2024. Suositus palliativisen hoidon asiantuntijamallista. Sairaanhoidajien kliininen urapolku. FinPall-hanke. Julkaistu 12/2024. Viitattu 27.12.2024. https://finpall.fi/wp-content/uploads/2024/12/finpall_esiteA5_DIGI.pdf.

L 559/1994. 15§. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä. Viitattu 10.6.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

L 731/1999. Suomen perustuslaki. Viitattu 10.6.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731>.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 10.6.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 24.1.2025. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>.

L 1326/2010. Terveystuololaki. Viitattu 10.6.2024. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

LaFortune, G. 2011. Development of advanced nursing roles in European and non-European countries. OECD Health division DG Sanco Working Group on Health Workforce. Brysseli. Viitattu 23.5.2024. https://1library.net/document/yn0jgklq-development-advanced-nursing-roles-european-non-european-countries.html#google_vignette.

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma 135, 4, 335–42. Helsinki: Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 15.5.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>.

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2015. Palliativista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. Viitattu 2.1.2025. http://www.tamk.fi/documents/10181/26948/artLipponen_ym.pdf/571e8291-a232-4f63-85e0-78ffc3e15165.

Louhimo, J. 2019. Onnistunut konsultaatio potilaan parhaaksi! *Duodecim*. 2019; 135:486–90. Viitattu 25.8.2024 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/314515/duo14802.pdf?squence=1>

Lourdes, G-P., Ainhoa, M-M., Benito-Aracil, L., Solá-Pola, M. & Pla I Consuegra, M. 2021. Spanish palliative care nurses` degree of acceptance of a proposal for nursing competencies in palliative care. *Journal of Palliative Care*. 2021-12-17, Viitattu 15.9.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Lähdeaho, M. Heino-Tolonen, T. & Kuusela, A-L. 2011. Lasten kotisairaala laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille. *Lääkärilehti* vsk. 66., 1923–1926. Viitattu 5.12.2024.

Manzoukas, S & Watkinson, S. 2007. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing generic features. *Journal of Clinical Nursing* 16(1):28-37. Viitattu 18.6.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

McLellan, S., Hömppi, P. & Nurmi-Koikkalainen, P. 2021. Vammaisuuteen liittyviä erityiskysymyksiä palliativisessa hoidossa. Projektin loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 24/2021. 35 sivua. Helsinki. Viitattu 10.1.2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-749-4>.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Miten tutkimuksellinen kehittäminen eroaa tieteellisestä tutkimuksesta ja arkisesta kehittämisestä? 2021. HUMAK. Opinnäytetyöopas. Viitattu 8.1.2025. <https://humak.libguides.com/c.php?g=688355&p=4925415>.

Mohsen, S. 2018. Kotisairaala kehitysvammahuollon tukena. teoksessa *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Morgan, B. & Tarbi, E. 2016. The Role of the Advanced Practice Nurse in Geriatric Oncology Care. *Seminars in Oncology Nursing*. Vol 32, No.1 (February), 2016: 33-43. Viitattu 22.11.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Morse, JM. 2016. *Qualitative Health Research: Creating a new Discipline*. Abington, Oxon, Routledge, New York. Viitattu 5.9.2024. <https://doi.org/10.4324/9781315421650>.

Mustajoki, A & Mustajoki, H. 2017. *A New Approach to Research Ethics: Using guided Dialogue to Strengthen Research Communities*. First edition. Routledge. E-kirja. Viitattu 8.6.2024.

Mäenpää, P., Lamminmäki, A., Kaakinen, P. & Hökkä, M. 2021. Potilaiden ja läheisten kokemuksia lääkärin palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 58, 182–190. Viitattu 8.6.2024.

Mäki, K. 2018. *Kotisairaalan etiikka*, teoksessa *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

NANCS. 2004. *Statement on Clinical Nurse Specialist practice and education*. 2 painos. National Association of Clinical Nurse Specialist. Harrisburg (PA), Yhdysvallat. Viitattu 23.5.2024.

Northouse, P. *Leadership. Adaptive leadership*. Seventh edition. 2016, 257-293. SAGE Publications. Viitattu 11.1.2025.

Näyttövinkki 2019. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen edistäminen koulutuksen avulla. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). 2019. Viitattu 27.5.2024. <https://www.hotus.fi/nayttovinkit>.

Oikarainen, A., Tuomisto, S., Hirvonen, L., Saarela, K., Salmensuu, M. & Tiuraniemi, S. 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Hoitohenkilökunnan tuki syöpäpotilaalle palliatiivisen hoidon aikana. Näyttövinkki 2020. Viitattu 20.1.2025. <https://www.hotus.fi/nayttovinkit/>.

Paal, P., Brandstötter, C., Lorenzl, S., Larkin, P. & Elsner, F. 2018. Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EACP survey. *Palliative & Supportive Care*, 17, 5, 495–506. Viitattu 11.8.2024. <https://doi.org/10.1017/S147895151800098>.

Palliatiivinen hoito. Terveyskylä. Palliatiivinen talo. Viitattu 8.1.2025. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinenhoito/saattohoidossa/kotisaattohoito>.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.2.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

Palliative Care. 2018. World Health Organization. Artikkel. Viitattu 8.1.2025. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Parhiala, K., Hetemaa, T., Sinervo, T., Nuorteva, L., Luoto, E. & Krohn, M. 2016. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt-Kyselytutkimuksen tuloksia 4: Erikoislääkärikonsultaatiot ja tutkimukset. Viitattu 30.8.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131694/URN_ISBN_978-952-302-807-4.pdf?sequence=1.

Pietilä, I. 2010. Ryhmä ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. Ruusuvoori, J., Nikander, P. & Hyvärinen M. Osuuskunta Vastapaino, 215–219. Tallinna.

Pietilä, A-M., Nurmi, S., Halkoaho, A. & Kyngäs, H. 2020. Julkaisussa The application of Content Analysis In Nursing Science Research. Toim. H. Kyngäs, K. Mikkonen & M. Kääriäinen. Switzerland.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2010:6. Helsinki. Viitattu 17.8.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>.

Pitkänen, A. & Kortteisto, T. 2021. Potilaiden ja läheisten osallisuuden edistäminen akuuttipsykiatrian osastoilla- ammattilaisten näkökulma. *Hoitotiede* 33 (1), 16–28. Viitattu 5.9.2024 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128951/77991>.

Polit, DF. & Beck, CT. 2017. *Nursing Research-Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolter Kluwer Health, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia. Viitattu 5.9.2024 <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2325091>.

Poranen, L. 2019. Saattohoidon kehittäminen ikääntyneiden hoitotyössä palveluasumisessa. Centria ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Viitattu 18.10.2024. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019053113836>.

Pöyhiä, R., Guldoga, E. & Vanhanen, A. 2018. Kotisairaala. Helsinki: Kustannus Oy. Duodecim.

Quill, T & Miller, F. 2014. Palliative care and Ethics. New York: Oxford University Press. E-Kirja. Viitattu 8.6.2024.

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A., Kuula, A., Rissanen, R. & Karvinen, I. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009, 73–81. Tampereen yliopisto. Viitattu 7.1.2025. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>.

Saarela K. 2013 Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro gradu tutkielma Tampereen yliopisto. Viitattu 29.10.2024. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Saarni. 2013. Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriliitto. 7. P. Esa-print. Lahti.

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

Saarto, T., Saarnio, J. & Mäkitie, A. 2017a. Tavoitteena laadukas palliatiivinen hoito oikeassa paikassa oikea-aikaisesti. Suomen lääkärilehti, vol.72. no.91, 1201. Viitattu 20.11.2024. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/297881/SLL192017_1201.pdf?sequence=1.

Saarto, T. ja asiantuntijatyöryhmä. 2017b. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 20.7.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>.

Saarto, T. 2018. Palliatiivinen hoito osana terveydenhuollon järjestelmää. Käypä-hoito-suositus. Duodecim. Viitattu 19.10.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nix02562>.

Saarto T, Finne-Soveri H ja asiantuntijatyöryhmät (2019a) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14. viitattu 23.4.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>.

Saarto T, Finne-Soveri H ja asiantuntijatyöryhmät (2019b) Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:68. viitattu 23.4.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. ja asiantuntijatyöryhmät. 2019 c. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. 2019:14. Viitattu 20.7.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 10.7.2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>.

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012-suunnitelmat ja toteutus. Etene-julkaisuja 36. Viitattu 20.1.2025. <https://etene.fi/documents/66861912/66865166/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001,+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001,+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf?t=1439805584000>.

Saattohoito. Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys. N.d. Viitattu 11.11.2024. <https://www.sphy.fi/palliatiivinen-hoito/saattohoito-osana-palliatiivista-ho/>.

Sekse, RJT., Hunskaar, I. & Ellingsen, S. 2018. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2), 21-38. Viitattu 13.7.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Seppänen, H., Kyngäs, H. & Kajula, O. 2021. Hoitoon osallisuuden merkitys sekä osallisuutta vahvistavat ja heikentävät tekijät tyyppi 1 diabetesta sairastavien nuorten kokemina. *Hoitotiede* 32 (1), 3–15. Viitattu 5.9.2024. <https://www.theseus.fi/handle/10024/355815>.

Shahmoradi, L., Safaradi, R. & Jimma, W. 2017. Knowledge Management Implementation and the Tools Utilized in Healthcare for Evidence-Based Decision Making: A Systematic Review. NIH. National Library of Medicine. 541-558. Viitattu 8.1.2025. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5615016/>.

Soikkeli-Jalonen, A., Stolt, M., Hupli, M., Lementti, T., Kennedy, C., Kydd, A. & Haavisto, E. 2020. Instruments for assessing nurses' palliative care knowledge and skills in specialized care setting: An integrative review. *Journal of Clinical nursing* 29(5-6), 736-757. Viitattu 9.9.2024. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Souza, L., Bouba, D., de Carvalho Coröa, R., Dofara, S., Robitaille, V., Blanchette, V., Kastner, K., Bergeron, F., Guay-Belanger, S., Izumi, S., Totten, A., Archambault, P. & Legare, F. 2024. The Impact of Advance Care Planning on Healthcare Professionals' Well-being: A systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 67:2. 173-187. Viitattu 11.1.2025. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.09.026>.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. 18. Viitattu 11.11.2024. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017: 44. Viitattu 22.6.2024. https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. 2019. Suositus korostaa jokaisen oikeutta tarpeenmukaiseen palliatiiviseen hoitoon. Viitattu 7.1.2024. <https://stm.fi/-/suositus-korostaa-jokaisen-oikeutta-tarpeenmukaiseen-palliatiiviseen-hoitoon#:~:text=Asiantuntija-ryhm%C3%A4%20on%20saanut%20valmiiksi%20suositukset%20palliatiivisen%20hoidon%20ja,on%2C%20ett%C3%A4%20palliatiivinen%20hoito%20turvataan%20jokaiselle%20sit%C3%A4%20tarvitsevalle>.

Sulosaari, V., Elomaa., Krapu, M., Hopia, H., Koivunen, K., Leinonen, R., Liikanen, E., Penttinen, U., Törmänen, O., Walta, L. & Heikkilä, J. 2020. Ydinkompetenssit klinisen asiantuntijan (Ylempi AMK) koulutuksessa. AMK lehti/UAS Journal. 2020:1. Viitattu 9.6.2024.

Sunikka, T., Kaakinen, P., Kesänen, J., Leinonen, R., Mikkonen, H., Muurinen, K., Niemelä, E., Suikkala, A., Tuomi, S., Öhberg, I., Ylinen, E-R. & Sulosaari, V. 2021. 6. Palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen ja urakehitys. Viitattu 22.10.2024. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2021092146736.pdf>.

Suomen virallinen tilasto (SVT): kuolleet (verkkojulkaisu). ISSN:1798–2529. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 16.10.2024. <http://stat.fi/til/kuol/index.html>

Surakka, T., Mattila, K., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J., & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö: Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Fioca.

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradututkielma, 52–54. Viitattu 27.8.2024 <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf>.

Toikko, T & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3.korjattu painos. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy-Juvenes Print. Viitattu 12.6.2024 https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki: TENK. Viitattu 5.6.2024. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Tutkimusetiikan eurooppalaiset käytännöt ja ohjeistus. 2020. The European Code of Conduct for Research Integrity Revised Edition-ohjeen suomennos. Alia all. European academies. Viitattu 13.9.2024. https://allea.org/wp-content/uploads/2020/08/Finnish_Eupoen_Code_of_Conduct_digital-final.pdf.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos, ensipainos 2022. Tammi.

Vakimo, S. 2010. Periaatteista eettiseen toimijuuteen: tutkimusetiikka kulttuurintutkimuksessa. Teoksessa Jyrki Pöysä & Helmi Järviluoma & Sinikka Vakimo (toim.). Vaeltavat metodit. Suomen kansantietouden tutkijain seura, 91–95. Joensuu.

Itsemääräämisoikeus. Valvira. Viitattu 20.6.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/itsemaaraamisoikeus>.

Elämän loppuvaiheen hoito. Valvira. Viitattu 20.1.2025. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito.

Vanhanen, A. 2018. Kotisairaala kehitysvammahuollon tukena, teoksessa Kotisairaala. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Vataja, K. 2012. Kehittyvä työyhteisö itsearviointiin hyödyntäminen työyhteisön kehittämisessä kunnallisessa sosiaalitoimessa. Väitöskirja. Vaasan yliopisto, filosofinen tiedekunta, Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 33–56. Viitattu 10.1.2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-699-1>.

Vestman J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinisessä hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 29.10.2024. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84834/gradu06917.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Vilkkä, H. 2021. Tutki ja Kehitä. Jyväskylä. Ps-Kustannus.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sivut 297–302. Viitattu 17.8.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>.

Westerback, L. 2018. Paraisten terveyskeskuksen päivystysvastaanoton uusi toimintamalli. Opinnäytetyö YAMK Opinnäytetyö Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- terveys- ja liikunta-ala, kliininen asiantuntija. Viitattu 20.11.2024. <https://www.theseus.fi/handle/10024/152842>.

World Health Organization. 2018. Integrating palliative care and symptom relief into primary care. AWHO guide for planners, implementers and managers. Viitattu 15.5.2024. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>.

World Health Organization. 2020a. Palliative care. 2020. World Health Organization. Viitattu 15.5.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

World Health Organization. 2020b. Global Atlas of Palliative Care, second edition 2020. Worldwide hospice palliative care alliance. London, UK 2020. Viitattu 15.5.2024. <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

<https://sataha.ims.fi/servlet/ActionServlet?action=frameset> vaatii kirjautumisen.

Ikääntyneiden ympärivuorokautinen asuminen. Satakunnan hyvinvointialue. Viitattu 9.9.2024 <https://satakunnanhyvinvointialue.fi/palvelut/ikaantyneet/ikaantyneiden-ymparivuorokautinen-asuminen/>.

Kotisairaala 2018. Omavalvontasuunnitelma. Porin kaupunki. https://cms.pori.fi/uploads/sites/2/2022/10/2018_omavalvontasuunnitelma_kotisairaala.pdf.

Liitteet

Liite 1. Kutsukirje

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä YAMK Kliinistä asiantuntijuutta, syventyen palliatiiviseen ja saattohoitoon.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Satakunnan hyvinvointialueen Akuutti kotikeskus 2 ja 4-alueelle palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan toimintamalli. Opinnäytetyönä karotetaan toimintamallin tarve ja selvitetään mitä kaikkea konsultoivalta asiantuntijasairaanhoidajalta vaaditaan, jotta toiminta ja yhteistyö on mahdollisimman toimiva ja kattava. Palliatiivisella konsultoivalla asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuudella mahdollistetaan jokaiselle potilaalle yhtenäinen ja tasavertainen mahdollisuus palliatiiviseen ja saattohoitoon asuinpaikasta ja olosuhteista riippumatta. Yhteistyössä rakennetaan konsultaatiomalli, jotta alueelle saadaan joustavasti asiantuntijasairaanhoidajan osaamista hoitotyön suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin sekä päätöksentekoprosessiin.

Opinnäytetyön kehittämisosan tavoitteena on laatia Satakunnan hyvinvointialueen eteläiselle alueelle akuuttikotikeskukseen toimivan palliatiivisen konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan työnkuva ja toimintamalli. Konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvan avulla pyritään vähentämään lääkärikäyntejä sekä potilaiden siirtoa sairaalan osastoille tai kiirevastaanotoille.

Tutkimuskysymykset:

Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista kotihoidon yksiköt tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi/varmistamiseksi?

Millaista asiantuntijasairaanhoidajan osaamista palveluasumisen yksiköt tarvitsevat hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kehittämiseksi/varmistamiseksi?

Toivoisin nyt teidän yksiköstänne kahta hoitajaa osallistumaan tutkimukseen. Hoitaja voi olla lähi- tai sairaanhoitaja. Haastattelu toteutetaan joulukuun 2024 aikana tutkimusklubin avulla, joka järjestetään TEAMSin välityksellä. Team-keskustelussa pohditaan yhdessä tutkimukseen osallistuvien kesken, miten toimintaa voitaisiin kehittää ja luoda mahdollisimman hyvä ja toimiva toimintamalli. Keskustelun pohjana toimii alla mainitut opinnäytetyöt, joihin tulee perehtyä ennen tutkimusklubia. Tutkimusklubin kesto on noin 1 tunti.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa. Osallistujien nimet eivät tule esille tuloksissa.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii: Irmeli Matilainen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, p. xxxxxxxxxx

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa www.theseus.fi

Käsiteltävät opinnäytetyöt:

Elovaara, Jonna: Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen, 2021 <https://www.theseus.fi/handle/10024/356167>

Kappaleet: 3.1, 3.2, 3.4, 4, 4.2–4.6, 8.3–8.5, 9.1.1

Lehtisaari, Anita: Palliatiivinen konsultoiva hoitaja- tehtävänkuva Porin perusturvakeskukseen, 2022 <https://www.theseus.fi/handle/10024/748161>

Kappaleet: 2.1, 2.4, 3.2, 3.5, 4.3

Ystävällisin terveisin:

Jonna Kalliomäki, Satakunnan hyvinvointialue, akuutti kotikeskus 2. p 044xxxxxxx,