



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

JONNA ELOVAARA

# **Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saatto- hoidon kehittäminen**

VANHUSTYÖN YLEMPI AMK -KOULUTUSOHJELMA  
2021

Tekijä Elovaara, Jonna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Tammikuu 2021
	Sivumäärä 97	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi <b>Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen</b>		
Tutkinto-ohjelma Vanhustyön ylempi AMK -koulutusohjelma		
<p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve lisääntyy koko ajan Suomessa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa on todettu olevan Suomessa alueellisia eroja. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on laatinut suosituksen saattohoidon järjestämiseen sekä laatukriteerit saattohoidon toteuttamiselle.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamista ja löytää saattohoidon kehittämistarpeita Rauman vanhushuoneissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoitoa. Opinnäytetyössä käytettiin konstruktivistista kehittämismenetelmää ja kvantitatiivista tiedonkeruuta ja analysointimenetelmää.</p> <p>Opinnäytetyöprosessin alussa ajateltiin kehitettävän konstruktion olevan koulutusmateriaalin luominen ja koulutuksen järjestäminen saattohoitoon liittyen. Tästä kuitenkin luovuttiin ensi vuoden alussa käynnistyvän saattohoitopassin sekä COVID-19 pandemian aiheuttamien kontaktirajoitusten vuoksi. Konstruktiolle valittiin uusi suunta tutkimuksessa esille nousseiden tarpeiden mukaan.</p> <p>Tulosten mukaan Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat saattohoitoon liittyvän osaamisensa korkeammalle kotihoidon hoitajiin verrattuna. Tämä löydös oli yhtenevä aiempien tutkimusten kanssa. Kotihoidon hoitajat eivät kokeneet yhteistyötä kotisairaalan kanssa yhtä sujuvaksi kuin tehostetun palveluasumisen hoitajat. Tehostetussa palveluasumisessa oli haasteita esimerkiksi löytää tietojärjestelmästä asukkaalle ja hänen omaistensa toiveita elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen. Opinnäytetyössä valittiin kehittämiskohteiksi kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön kehittäminen sekä tehostetun palveluasumisen hoitajille suunnatun tiedon lisäämisen elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta sekä asukkaalle ja hänen omaiselleen suunnatun esitteen laatiminen aiheesta.</p>		
<a href="#">Asiasanat</a> Saattohoito, kotihoito, tehostettu palveluasuminen, saattohoito-osaaminen		

<p>Author Elovaara, Jonna</p>	<p>Type of Publication Master's thesis</p>	<p>Date January 2021</p>
	<p>Number of pages 97</p>	<p>Language of publication: Finnish</p>
<p>Title of publication <b>Development of public home care and supported service housing in Rauma</b></p>		
<p>Degree program Master of Healthcare, Geriatric Nurse</p>		
<p>There is an increasing need for palliative care and end-of-life care in Finland. There are regional differences in the country in how this type of care has been organized. The Finnish Ministry of Social Affairs and Health has drafted a recommendation and quality criteria for end-of-life care.</p> <p>The purpose of this Master's thesis was to discover the competencies of the nurses providing end-of-life care in Rauma units of home care and service housing with 24-hour assistance as well as identify demand for development in eldercare. The aim was to develop end-of-life care in public service housing and home care in Rauma. Constructive development method and quantitative data collection were used.</p> <p>In the beginning of the Master's thesis the idea was to develop training material and organizing end-of-life care training. However, this idea was abandoned due to the introduction of a new end-of-life care certificate (saattohoitopassi) in the beginning of the year 2021 and the restrictions due to COVID-19. A new direction arising from the results of the research was chosen for the construction of the thesis.</p> <p>According to the results, nurses in Rauma in supported service housing with 24-hour assistance estimate their competence in end-of-life care to be higher than nurses in home care. This has already been identified by earlier research in the field. Nurses in home care didn't find the cooperation with the hospital at home as seamless as the nurses in service housing. Nurses in service housing found it challenging, for instance, to get information about client's (or those closest to the client's) wishes relating his or her end-of-life care. In this Master's thesis some areas for further development were identified, such as improving cooperation between home care and hospital at home and increasing the level of information provided to service housing nurses about the anticipatory approach in planning the end-of-life, such as a brochure could be drawn up for residents and their closest family or friends.</p>		
<p><u>Key words</u> End-of-life care, home care, supported service housing, competence in palliative care</p>		

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ .....	8
2.1 Rauman kaupungin kotihoito .....	8
2.2 Rauman kaupungin tehostettu palveluasuminen .....	9
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA .....	10
3.1 Palliatiivinen hoito .....	10
3.2 Saattohoito.....	11
3.3 Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset .....	12
3.4 Saattohoito perustason hoitoympäristössä .....	14
4 SAATTOHOIDON KEHITTÄMISTARPEITA KOTIHOIDOSSA JA TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA .....	18
4.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi .....	19
4.2 Hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset asiakkaan hoidossa .....	20
4.3 Organisaatioon liittyvät näkökulmat .....	21
4.4 Kuolevan asiakkaan oirehoito .....	23
4.5 Kuolevan asiakkaan ja hänen läheistensä tukeminen.....	25
4.6 Yhteenveto saattohoito-osaamisen kehittämistarpeista.....	26
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	28
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT .....	28
6.1 Konstruktiivinen kehittämismenetelmä .....	28
6.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	32
7 KYSELYN TULOKSET .....	34
7.1 Vastaaajien taustatiedot .....	35
7.2 Hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset asiakkaan hoidossa .....	37
7.3 Elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen tietojärjestelmään .....	44
7.4 Organisaatioon liittyvät näkökulmat .....	47
7.5 Yhteistyö kotisairaalan kanssa .....	51
7.6 Saattohoitovaiheen asiakkaan oirehoito .....	53
7.6.1 Kivunhoito .....	53
7.6.2 Muu oirehoito .....	57
7.7 Kuolevan asiakkaan psykososiaalinen tukeminen .....	60
7.8 Kuolevan asiakkaan eksistentiaalinen ja hengellinen tukeminen .....	62
7.9 Kuolevan asiakkaan läheisten tukeminen .....	64
7.10 Hoitajien näkemykset kehittämistarpeista työyksiköissään .....	65

8 KYSELYN TULOSTEN PEILAUSTA TEORIAAN JA AIEMPIIN TUTKIMUKSIIN.....	66
8.1 Hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset asiakkaan hoidossa.....	66
8.2 Organisaatioon liittyvät näkökulmat.....	68
8.3 Yhteistyö kotisairaalan kanssa.....	71
8.4 Kuolevan asiakkaan oirehoito.....	71
8.5 Kuolevan asiakkaan ja hänen läheistensä tukeminen.....	73
9 SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN KOHDEORGANISAATIOSSA.....	75
9.1 Rauman kaupungin kotihoidon saattohoidon kehittäminen.....	75
9.1.1 Kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön kehittäminen.....	76
9.1.2 Kotisaattohoidossa olevien uusien asiakkaiden hoivapalveluiden järjestäminen.....	81
9.1.3 Toimenpiteet Rauman kaupungin kotihoidon saattohoidon kehittämiseksi.....	82
9.2 Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen ..	83
9.2.1 Toimenpiteet Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittämiseksi.....	87
10 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	88
11 POHDINTA.....	90
LÄHTEET	
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Suomen väestörakenteen ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeeseen. Maailman terveysjärjestön (WHO) arvion mukaan 30 000 suomalaista tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Arviossa ei ole otettu huomioon ikääntymiseen kuuluvaa hiipumista ja siitä johtuvaa asteittain lisääntyvää palliatiivisen hoidon tarvetta. Palliatiivisen hoidon tarpeessa olevista arviolta 40% on syöpäpotilaita ja loput 60% muita kroonisia sairauksia sairastavia. Näitä kroonisia sairauksia ovat esimerkiksi sydämen-, munuaisten- ja maksan vajaatoiminta, neurologiset sairaudet kuten ALS, keuhkosairaudet ja dementia. Sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijatyöryhmän mukaan todellinen palliatiivista hoitoa tarvitsevien määrä on yli 100 000 henkilöä. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 14, 99.) WHO:n arvion mukaan joka kolmas ihminen tarvitsee elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tulee kasvavan tarpeen vuoksi olla osa julkista terveydenhuoltoa, jotta tarpeeseen pystytään vastaamaan. (Saarto 2018, 5.)

Saattohoito on tällä hetkellä valtakunnallisen kehittämisen kohteena. Eduskunta myönsi vuonna 2017 miljoonan euron määrärahan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen vuoteen 2020 mennessä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 13). Saattohoidon kehittäminen nähdään tärkeäksi, koska selvityksissä on todettu, että saattohoidon laatu ja saattohoito-osaaminen vaihtelevat Suomessa alueittain (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 5). Kehittämistyön tuloksena on laadittu muun muassa saattohoitosuosituksia, joilla pyritään turvaamaan hyvä saattohoito jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena (Pihlainen 2010, 11.; Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2020). Asiantuntijatyöryhmä on laatinut suosituksen palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (2019) sekä tehnyt siihen liittyen selvityksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tilasta Suomessa (2019). Näiden mukaan tavoitteena on, että iäkkäät ihmiset saavat mahdollisuuksien mukaan hyvän hoidon elämänsä loppuun asti omaan kotiinsa tai

omaan asumisyksikköön (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 87). Jotta ikääntyneille voidaan taata hyvä elämän loppuvaiheen hoito omassa asumisympäristössään, tulee kiinnittää huomiota vanhustalouden hoitajien saattohoito-osaamiseen ja saattohoidon laatutekijöiden toteutumiseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamista ja saattohoitoon liittyviä kehittämistarpeita. Tavoitteena on kehittää Rauman kaupungin vanhustalouden saattohoitoa.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Opinnäytetyön toimintaympäristö on Rauman kaupungin kotihoito ja tehostettu palveluasuminen. Nämä toimivat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason yksiköinä. Opinnäytetyön tekijä on ollut yhteydessä Rauman vanhuspalveluiden laatukoordinaattoriin opinnäytetyön alkuvaiheesta alkaen. Myös vanhuspalveluissa pidettiin saattohoidon kehittämistä ajankohtaisena ja tärkeänä aiheena. Opinnäytetyössä rajataan tutkimus koskemaan kaupungin omaa kotihoitoa ja tehostettua palveluasumista, ei yksityisten, yhdistysten tai perhehoitajien tuottamaa toimintaa.

Opinnäytetyön tekijä työskenteli opinnäytetyöprosessin alussa Rauman terveystalveluiden osastotoiminnan osastolla T1, jossa hoidetaan osastohoitoa tarvitsevia saattohoitopotilaita. Saattohoito on siis opinnäytetyön tekijälle tuttu ja kiinnostava aihe. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoidon järjestämistä koskevassa suosituksessa ehdotetaan, että Rauman terveystalveluiden osastotoiminnan saattohoito-osaston toimintaa kehitetään kohti B-tason palliatiivista/ saattohoito-osastoa. Tämä tarkoittaisi myös sitä, että osaston tulisi antaa konsultaatiotukea perustason yksiköille. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 17, 54.) Opinnäytetyön tekijä on siirtynyt opinnäytetyöprosessin aikana Rauman kotisairaalan vastuuhoidajaksi, joka on tuonut vahvistusta ja laajempaa näkökulmaa saattohoidon kehittämisen tarpeisiin. Myös Rauman kotisairaalan toiminnan vahvistaminen on yksi sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisehdotuksista. Suosituksessa mainitaan myös, että kotisairaalan tulee systemaattisesti tukea perustason yksiköiden saattohoitoa. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 54.)

### 2.1 Rauman kaupungin kotihoito

Kotihoito koostuu kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluista. Niiden avulla tuetaan kotona selviytymistä toimintakyvyn ollessa madaltunut. Sosiaali- ja terveydenhuollot lait velvoittavat kuntia järjestämään tarvittavat kotiin tuotetut palvelut niitä tarvitseville. Tarve arvioidaan yhdessä asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilöstön kesken. Hoito perustuu yhdessä sovittuun palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. (Sosiaali- ja



terveysministeriön www-sivut 2020.) Raumalla kotihoitoon kuuluu kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut. Rauman kaupungin kotihoito jakautuu neljään eri alueeseen, pohjoiseen, itäiseen, eteläiseen ja läntiseen alueeseen. Alueet jakautuvat vielä tiimeihin. Lisäksi kotihoidossa on yöpartio sekä tukitiimi, joka vastaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotihoidosta. Yhteensä hoitajia kotihoidossa oli 124 kyselyn teettämishetkellä helmikuussa 2020. Keväällä 2020 kotihoidon henkilöstöresurssia lisättiin, joten tällä hetkellä hoitajia on kotihoidossa 148. Jokaisen alueen toiminnasta vastaa palveluesimies. Lisäksi kotihoidossa on palvelupäällikkö, joka vastaa koko kotihoidon toiminnasta. Kotihoidolla on myös oma kehittämiskoordinaattori. (Rauman kaupungin intranetin www-sivut 2019.)

Kotihoidossa hoidetaan yhä enemmän palliatiivisia asiakkaita sekä saattohoitovaiheessa olevia. Yleensä hoidossa ovat mukana myös omaiset, varsinkin saattohoitovaiheessa. Jos asiakas on ollut kotihoidon asiakas jo ennen saattohoitovaihetta, oman alueen kotihoito hoitaa asiakkaan hoivakäynnit. Kotisairaala on lähes aina mukana kotona tapahtuvassa saattohoidossa. Jos asiakkaan hoivakäyntien tarve tulee vasta saattohoitovaiheessa, hoivakäynnit aloitetaan usein kotiutustiimin toimesta ja tarpeen mukaan saattohoitotilanteen jatkuessa pidempään, asiakas siirtyy oman alueen kotihoidon palvelujen piiriin. Rauman kaupungin kotihoidon asiakkaan hoivan prosessissa kuvataan asiakastyöosaamisen yhdeksi osa-alueeksi saattohoitoon ja kuoleman kohtaamiseen liittyvä osaaminen. Lisäksi kotihoitoon on laadittu toimintaohje, miten toimitaan, kun asiakas kuolee kotona. (Rauman kaupungin intranetin www-sivut 2020.)

## 2.2 Rauman kaupungin tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen on ympärivuorokautista palveluasumista henkilöille, joiden toimintakyky on alentunut niin, etteivät he pärjää kotona edes runsaiden kotihoidon apujen turvin. Myös palveluasumisessa hoito toteutetaan henkilökohtaisen palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaan, joka on tehty yhdessä asukkaan, omaisten ja hoitohenkilöstön kesken. Asumispalveluiden järjestäminen perustuu sosiaalihuoltolakiin. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu yli 65-vuotiaille. (Rauman kaupungin www-sivut 2020.) Opinnäytetyön kyselyn toteuttamisen aikaan Rauman kaupungilla oli omaa ympärivuorokautista hoivaa viidessä eri yksikössä. Neljä tehostetun

palveluasumisen yksikköä sekä yksi vanhainkoti, jonka toiminta päättyi huhtikuussa 2020. Tuolloin Raumalle avautui uusi kaupungin oma tehostetun palveluasumisen yksikkö. Samalla yksi tehostetun palveluasumisen yksikkö muutettiin väliaikaisesti lyhytaikaishoidon yksiköksi odottamaan ikäihmisten hyvinvointikeskuksen remontin valmistumista vuoden 2021 lopussa. Tehostetun palveluasumisen henkilöstöä oli 152 kyselyn teettämishetkellä helmikuussa 2020. Keväällä 2020, kun vanhainkotoiminta loppui Raumalla, henkilöstöresurssia siirrettiin kotihoitoon ja nyt tehostetussa palveluasumisessa on hoitajia 130. Joka yksikössä on oma palveluesimies. Koko toiminnasta vastaa ympärivuorokautisen hoivan palvelupäällikkö. (Rauman kaupungin intranetin www-sivut 2019.)

Tehostetun palveluasumisen lääkärin on mahdollista konsultoida kotisairaalan lääkäriä saattohoitoon liittyvissä asioissa tai tarvittaessa vaativammassa tapauksessa asukas voi siirtyä kokonaan kotisairaalan lääkärin potilaaksi. Varsinkin jos asukkaalle aloitetaan kipupumppu tai oirehoito vaatii muuten tavanomaisista lääkkeistä poikkeavaa lääkitystä, hoitovastuu siirtyy kotisairaalalle. Rauman kaupungin tehostettuun palveluasumiseen on laadittu saattohoito-opas, joka löytyy intranetistä. Tehostetun palveluasumisen prosesseissa on kuvattu, miten toimitaan, kun asiakas kuolee. Tehotettuun palveluasumiseen on laadittu myös toimintaohje, miten toimitaan asukkaan kuoltua. (Rauman kaupungin intranetin www-sivut 2020.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA

#### 3.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisen hoidon periaatteiden mukaan kuolemaa pidetään luonnollisena asiana pitkälle edennyttä tautia sairastavalla. Palliatiivisella hoidolla pyritään mahdollistamaan ihmisen mahdollisimman aktiivinen elämä ja autetaan ihmistä ja hänen läheisiään sopeutumaan luopumiseen ja lähestyvään kuolemaan. Läheisten huomioiminen ja tukeminen ovat osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivisessa hoidossa huomioidaan fyysiset, psykososiaaliset, henkiset ja eksistentiaaliset tarpeet. Hyvän loppuelämän hoidon

edellytys on, että osataan tunnistaa lähestyvä kuolema ja palliatiivisen hoidon tarve sekä tehdään ajoissa hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelma. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 13.) Palliatiivinen hoito tulisi aloittaa jo kuolemaan johtavan taudin varhaisemmassa vaiheessa aktiivisen hoidon rinnalle, helpottamaan niin sairauden kuin hoidon aiheuttamia oireita sekä antamaan tukea henkiseen ja psykososiaaliseen tarpeeseen (Saarto 2018, 8).

Palliatiiviseen hoitolinjaan siirryttäessä asiasta keskustellaan potilaan ja hänen halutessaan, hänen läheistensä kanssa. Yhteisymmärryksessä potilaan kanssa laaditaan ennakoiva hoitosuunnitelma, johon kirjataan hoitolinjaus, mahdolliset hoidon rajaukset ja tarvittavat hoitokeinot. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan mahdollisesti edessä olevien fyysisten oireiden hoito, potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Ajantasaisen hoitosuunnitelman merkitys ja kirjaaminen potilaan tietoihin korostuvat varsinkin etäkonsultaatioiden yhteydessä. (Saarto 2017, 7-8.) Ennakoiva hoitosuunnitelma lisää potilaan toiveiden toteutumista ja hoitotyytyväisyyttä sekä vähentää läheisten henkistä kuormittuneisuutta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018). Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen lääkäripalvelut on hoidettu osittain etäpalveluin, jolloin on erittäin tärkeää, että asukkaan hoitosuunnitelma on ajan tasalla. Kotihoidon saattohoitopotilaiden hoidossa on Raumalla pääsääntöisesti mukana myös kotisairaalan palliatiivisen lääketieteen erityispuolelta omaava lääkäri sekä kotisairaalan hoitajat. Myös kotihoidon asiakkailla, joilla on palliatiivinen hoitolinja, on hoidossa tarpeen mukaan mukana kyseinen lääkäri sekä palliatiivisen poliklinikan tai kotisairaalan hoitajat.

### 3.2 Saattohoito

Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, se ajoittuu lähelle oletettua kuolemaa. Yleensä saattohoitoon siirrytään viimeisten päivien tai viikkojen aikana. Saattohoidon tarkoituksena on antaa kuolevalle ja hänen läheisilleen mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoidossa korostuu hyvä oireenmukainen hoito sekä kuolevan ja hänen läheistensä tukeminen. (Valviran www-sivut 2020.) Saattohoitoon siirryttäessä ihminen on jo toimintakyvyiltään heikentynyt ja elintoimintojen hiipussa lähestyvän kuoleman merkkejä on jo nähtävillä (Saarto 2018, 8).

Keskeistä saattohoidossa on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievittäminen. Saattohoitopotilaalle kuuluu hyvä perushoito sekä vastaaminen hänen fyysisiin, psyykkisiin, hengellisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiinsa. (Pihlainen 2010, 11). Saattohoidon eettisinä arvoina pidetään hyvää hoitoa, ihmisarvon kunnioittamista, itsemääräämisoikeutta ja oikeudenmukaisuutta (Pihlainen 2010, 11, 13).

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) mukaan elämän loppuvaiheen laadukas ja inhimillinen hoito on terveydenhuollon etiikan keskeisiä kysymyksiä (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 3). Hyvää saattohoitoa pidetään jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena. Saattohoidon lähtökohtia ovat saattohoitopotilaan tarpeiden ja toiveiden täyttäminen sekä hänen vakaumuksensa kunnioittaminen. Kuolevan potilaan hyvään elämänlaatuun voidaan vaikuttaa kuolevan oman elämäntavan mahdollistamisella sekä luomalla hänelle turvallinen olo ja tunne, että hänestä huolehditaan. Hyvään elämänlaatuun vaikuttaa myös se, että kuoleva potilas saa osallistua itseään koskeviin hoitoratkaisuihin ja -päätöksiin, näin hän kokee säilyttävänsä ihmisarvonsa. Saattohoitoon kuuluu olennaisesti kuolevan ja hänen läheistensä tukeminen, keskustelemalla heidän kanssaan voidaan valmistaa potilasta kohtaamaan kuolemansa sekä auttamaan läheisiä surussa ja luopumisen prosessissa. Kuolevalle potilaalle ja hänen läheisilleen on taattava rauhallinen ympäristö ja hoitotyössä pyritään kiireettömään tunnelmaan. (Pihlainen 2010, 17.)

### 3.3 Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa ohjataan erilaisissa laeissa, asetuksissa ja suosituksissa. Suomessa ei ole erillistä saattohoidosta säädettyä lakia, lakialoite erillisestä saattohoitolaista on tehty vuonna 2019. Suomen perustuslaissa säädetään, että julkisen vallan tulee huolehtia, että jokaisella on riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut sekä jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (Perustuslaki 731/1999, 19§). Erikoissairaanhoitolaissa säädetään miten erikoissairaanhoito Suomessa tulee järjestää (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, 1§). Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoitotyön ja eräiden tehtävien keskittämisestä määrää, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävien viiden sairaanhoitopiirin tulee huolehtia tietyistä erikoissairaanhoitotyön tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Näihin tehtäviin kuuluu myös vaativa palliativinen hoito ja saattohoito.

(Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017, 4§.)

Terveydenhuoltolaki määrittää, että kunnan on järjestettävä asukkaiden sairaanhoitopalvelut, joihin kuuluu myös kärsimysten lievittäminen eli palliatiivinen hoito sekä saattohoito (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 24§). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä takaa, että myös elämän loppuvaiheessa henkilöä hoitavilla ammattihenkilöillä tulee olla ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 1§). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää muun muassa potilaan oikeuksia. Elämän loppuvaiheen hoidon kannalta keskeisiä oikeuksia on muun muassa oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, hoitoa koskevan suunnitelman laatiminen, potilaan tiedonsaantioikeus sekä potilaan itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§, 4a§, 5§, 6§)

Sosiaalihuoltolaki takaa myös elämän loppuvaiheessa henkilölle tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut. Elämän loppuvaiheessa tärkeitä sosiaalipalveluja saattavat olla esimerkiksi jokapäiväisestä elämästä selviytymisen tukemista, asumiseen liittyvää tuen tarvetta tai taloudellisen tuen tarvetta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 1§, 11§.) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista takaa myös elämän loppuvaiheessa hyvän palvelun ja kohtelun sosiaalipalveluissa, huomioiden asiakkaan toivomukset, mielipiteet, edut ja yksilölliset tarpeet (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 1§, 4§).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisia suosituksia ovat muun muassa palliatiivinen hoito ja saattohoito Käypähoito -suositus, jossa käydään läpi monipuolisesti elämän loppuvaiheen hoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmä on laatinut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon organisointiin liittyviä suosituksia. Näitä ovat vuodelta 2019 suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa sekä vuodelta 2017 palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen, työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle sekä Hyvä saattohoito Suomessa vuodelta 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivisen ja saattohoidon kehittämistyö jatkuu edelleen.

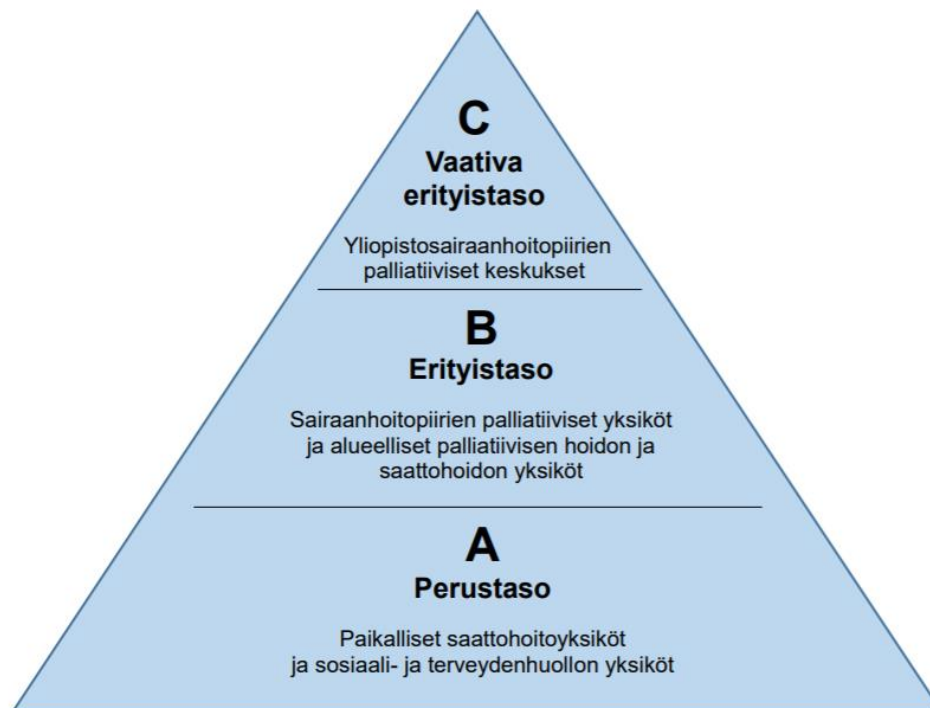
Valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut oman suosituksen saattohoitoon liittyen vuonna 2003.

Kansainvälisesti WHO on laatinut julistuksen palliatiivisesta hoidosta vuonna 2014. WHO:n julistuksessa kehoitetaan jäsenmaita muun muassa vahvistamaan palliatiivisen hoidon järjestämistä, painottaen perusterveydenhuoltoa ja kotiin vietäviä palveluita. Organisoimaan riittävästi rahoitusta ja henkilöstöresurssia palliatiivisen hoidon järjestämiseen ja kehittämiseen. Takaamaan perheille riittävää tukea ja käyttämään vapaaehtoistyöntekijöitä palliatiivisessa hoidossa. Lisäämään palliatiivisen hoidon koulutusta. Takaamaan palliatiivinen hoito eri sairauksissa sekä päivittämään tai laatimaan palliatiivisen hoidon suunnitelmia kansallisesti. (WHO 2014, 3-4.)

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) on laatinut vuosina 2007, 2013 ja 2019 julkaisun eri Euroopan maiden saattohoidon tilasta. Julkaisun tarkoituksena on mitata, vertailla ja osoittaa tapahtuvaa kehitystä. Vuoden 2019 selvityksessä nähdään huomattavaa kehitystä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa kaikkialla Euroopassa. Kahdeksassa Euroopan maassa on erillinen saattohoitolaki. (Arias-Casais ym. 2019, 7, 25, 57.)

### 3.4 Saattohoito perustason hoitoympäristössä

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön saattohoidon kehittämistyön osana saattohoidon järjestäminen jaetaan jatkossa kolmiportaisen mallin mukaan (kuviot 1).



Kuvio 1. Saattohoidon järjestämisen kolmiportainen malli (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon perustason muodostavat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Myös kotihoito sisältyy näihin yksiköihin. Perustasolla voidaan hoitaa oirekuvaltaan vakaita potilaita sekä sellaisia potilaita, joiden hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmalla. Perustasolla tulisi osata tunnistaa parantumaton, kuolemaan johtava sairaus ja yhdessä potilaan ja läheisten kanssa tehdä elämän loppuvaiheen suunnitelma. Tämä suunnitelma pitää sisällään hoitolinjauksen, hoidonrajaukset, hoitotahdon, toiveet miten ja missä hoidetaan, suunnitelman akuuttitilanteita varten, myös siihen liittyvän lääkehoidon suunnittelun, hoidosta vastaavan tahon määrittelyn sekä konsultoitavan erityistason yksikön määrittelyn. Tärkeää on myös osata tunnistaa sellaiset tilanteet, joissa potilas tarvitsee erityistason hoitoa. Perustasolla tulee hallita, tarvittaessa yhteistyössä erityistason yksikön kanssa, perustason oireiden hoito sekä saattohoito huomioiden myös potilaan ja läheisten psykososiaalisen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeet. Perustasolla tulee mahdollistaa saattohoitopotilaalle rauhalliset ja yksityisyyttä kunnioittavat puitteet sekä mahdollistaa läheisten läsnäolo kuolevan vierellä. Perustasolla on myös huolehdittava riittävästä henkilöstömäärästä

saattohoitotilanteissa sekä huolehdittava henkilökunnan riittävästä osaamisesta. Yksiköissä tulisi olla myös saattohoitosuunnitelma. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 19-20.) Tämän opinnäytetyön toimintaympäristö, Rauman kaupungin kotihoito ja tehostettu palveluasuminen, kuuluvat saattohoidon järjestämisen perustason, A-tason yksiköihin.

Iäkkäiden sosiaalipalveluihin on laadittu suositus laadukkaan saattohoidon toteuttamisen osatekijöistä (kuvio 2) (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 123-130). Nämä laadukkaan saattohoidon osatekijät tulisi huomioida muun muassa kotihoidon asiakkaiden ja tehostetun palveluasumisen asukkaiden hoidossa.

Asiakkaalla on ajantasainen hoitotahto, joka on hoitajien tiedossa

Asiakas kokee, että häntä koskevat päätökset on tehty hänen tahtonsa ja parhaan etunsa mukaan, asiakkaalle on kerrottu hänen ennusteestaan

Asiakas kokee saaneensa apua fyysisiin, psyykkisiin, psykososiaalisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiinsa

Omainen on perillä asiakkaan ennusteesta ja voinnista, häntä on kuultu hoitosuunnitelman laadinnassa. Hoitajat tietävät, kuka omaisista on yhteyshenkilö ja milloin omaiseen otetaan yhteyttä voinnin muutoksista

Asiakkaalle on laadittu ennakoiva hoitosuunnitelma hoitoneuvottelussa. Tiedot on kirjattu kriittisiin asiakastietoihin ja on kaikkien tahojen löydettävissä

Asiakkaalle tehdään palliatiivinen hoitolinjaus viimeistään siinä vaiheessa, kun kuolemaan johtavan sairauden lisäksi toimintakyky on alentunut huomattavasti

Toimintayksikössä tunnistetaan lähestyvä kuolema



Toimintayksikössä tunnistetaan ja osataan hoitaa lähestyvään kuolemaan liittyvät tavalliset fyysiset oireet

Hoitajilla on luvat lääkehoidon toteuttamiseen

Toimintayksikössä tunnistetaan ja osataan hoitaa lähestyvään kuolemaan liittyvät psykososiaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet, tarvittaessa on saatavilla asiantuntija

Toimintayksikön lääkäri on tavoitettavissa puhelimitse tai tarvittaessa pääsee paikan päälle saman päivän aikana. Virka-ajan ulkopuolella on mahdollista konsultoida lääkäreitä

Organisaatiossa on nimetty palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon perehtynyt hoitaja, joka on tavoitettavissa virka-aikana

Kotisairaalan hoitaja on konsultoitavissa virka-aikana ja heidän omien potilaidensa konsultoitavissa myös virka-ajan ulkopuolella

Asiakas saa oman vakaumuksensa mukaisen psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen

Toimintayksikössä on työnohjauksen mahdollisuus työntekijöille

Asiakkaalle järjestetään viimeistään saattohoitovaiheessa oma huone, jolloin järjestetään myös omaiselle yöpymismahdollisuus

Toimintayksiköllä on mahdollisuus saada tarvittavia hoito- ja apuvälineitä kuten happi-, imulaite tai painehaavojen ehkäisyyn tarkoitettu patja

Kuvio 2. Iäkkäiden sosiaalipalveluiden saattohoidon laadun osatekijät

#### 4 SAATTOHOIDON KEHITTÄMISTARPEITA KOTIHOIDOSSA JA TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) teettämän vanhuspalvelujen tila -seurantatutkimuksen mukaan ympärivuorokautisen hoivan hoitajilla oli saattohoito-osaamiseen liittyviä koulutustarpeita 9-10%:lla ja kotihoidon hoitajista jopa joka neljännellä (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2019). Hoitajien kyvyssä tunnistaa elämän loppuvaihetta tai sen kirjaamisessa havaittiin puutteita. Kotihoidon asiakkailla vain 0,2%:lla oli kirjattu tietojärjestelmään kuoleman todennäköisyys lähimmän kuuden kuukauden sisällä. Ympärivuorokautisen hoivan asukkailla vastaava luku oli 0,5%. Kun elämän loppuvaihetta ei tunnisteta, silloin hoito ja tukeminenkaan eivät toteudu asiakkaan tai asukkaan parhaan edun mukaan. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 101.) THL:n teettämässä toimintayksikkökyselyssä kysyttiin esimiehiltä näkemystä henkilöstön saattohoito-osaamisesta ja kivunhoidon osaamisesta. Kotihoidon yksiköiden esimiehet arvioivat 24 %:n hallitsevan molemmat osa-alueet hyvin ja 42 %:n heikosti. Ympärivuorokautisessa hoivassa molemmat osa-alueet arvioitiin olevan hallussa 58 %:lla ja 16%:lla heikosti. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 93.) Myös Grönforsin (2018, 24) tutkimuksessa nousi esiin, että kotihoidon hoitajien saattohoito-osaaminen on heikompaa kuin muualla perusterveydenhuollossa. Lipposen & Karvisen (2015, 157) tutkimuksessa sekä laitoshoidossa että kotihoidossa työskentelevät hoitajat näkivät omassa saattohoito-osaamisessaan erilaisia puutteita ja toivoivat näihin koulutusta.

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) julkaiseman selvityksen vertailussa, Suomi sijoittuu neljänneksi huonoimmalle sijalle, niistä 35 maasta, joissa sairaanhoitajakoulutuksessa palliatiivista opetusta on tarjolla (Arias-Casais ym. 2019, 62). Suomessa on käynnissä opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama EduPal -hanke, jonka tavoitteena on muun muassa selvittää palliatiivisen hoidon opetuksen nykytilaa niin hoitotyön kuin lääketieteen opetuksessa, laatia valtakunnalliset suositukset palliatiivisen hoidon perusopetuksen ja erikoistumiskoulutuksen sisällöstä sekä laatia osaamisen kriteerit palliatiivisen hoidon kolmiportaisen mallin tasolle. (Palliatiivisen koulutuksen kehittämisen www-sivut 2020).

Tampereella on tehty jatkuvaa tehostetun palveluasumisen kehittämistyötä, johon liittyen on luotu sähköinen oppimisympäristö, tepatampere. Oppimisympäristön yhtenä osiona on elämän loppuvaiheen hoito. Kehittämistyön yhteydessä on myös laadittu tehostetun palveluasumisen hoitajille minimiperehdytyksen tarkistuslista, joista yhtenä osiona on saattohoito. Ajatuksena on, että jokainen hoitaja hallitsee vähintään määritellyt minimikriteerit kuolevan asukkaan hoitamisesta. (Valvanne, Seinelä & Salonen 2017, 45, 54.)

Osana sosiaali- ja terveysministeriön saattohoidon kehittämistyötä on kehitetty saattohoitopassi -verkkokurssi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Saattohoitopassin tavoitteena on vahvistaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustasolla työskentelevien osaamista. Kurssi sisältää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusasiat. Sen sisältö on laadittu palliatiivisen hoidon suositusten pohjalta. Saattohoitopassin voi suorittaa terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkokoulussa maksutta. Saattohoitopassin verkkokurssi käynnistyy vuoden 2021 alussa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2020.)

Rauman kaupungin vanhuspalveluiden laatukoordinaattorin mukaan vanhuspalveluiden henkilöstölle teetetään kahden vuoden välein omavalvontakysely omavalvontasuunnitelman päivittämiseen liittyen. Näissä kyselyissä henkilöstö tuo säännöllisesti esiin, että toivovat koulutusta saattohoitoon liittyvistä asioista. (Siivonen henkilökohtainen tiedonanto 22.10.2020.)

#### 4.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen haettiin aiemmista tutkimuksista tietoa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisesta. Kirjallisuushaulla etsittiin tietoa seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

\*Millaisia kehittämistarpeita on kotihoidon hoitajien saattohoito-osaamisessa?

\*Millaisia kehittämistarpeita on tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisessa?

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku aloitettiin Medic tietokannasta. Tietokanta sisältää Suomessa ilmestyneiden lääketieteen, hoitotieteen ja hoitotyön lehtiartikkeleiden ja julkaisujen tietoja. Medicissä käytetään hakusanoina MeSH-asiasanoja. Seuraavaksi kirjallisuushaku tehtiin finna.fi tietokannasta. Finna.fi sisältää muun muassa yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä. Finna.fi tietokannassa voidaan käyttää YSO- ja MeSH-asiasanoja. Seuraava kirjallisuushaku tehtiin Theseukseen. Theseuksesta löytyy ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin vain ylemmän AMK opinnäytetöitä. Ulkomaisia tutkimusartikkeleita haettiin Cinahl tietokannasta. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa, alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi sekä suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa julkaisujen lähdeluettelosta löydettiin manuaalisella haulla otsikon perusteella hyväksytyjä tuloksia. Otsikon perusteella kirjallisuushakuun hyväksytyt tulokset esitellään liitteessä 1.

Tämän jälkeen tutustuttiin otsikoiden perusteella hyväksytyjen tutkimusten tiivistelmiin, jonka perusteella tehtiin karsintaa (liite 2). Tiivistelmien perusteella hyväksytyt tutkimukset käytiin läpi ja sisällön perusteella valittiin kirjallisuuskatsaukseen tutkimukset, jotka parhaiten antavat vastauksen tutkimuskysymyksiin eli antavat tietoa millaisia kehittämistarpeita on kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisessa (liite 3). Mukaan valitut tutkimukset arvioitiin Critical Appraisal Skills Program (CASP) kriteerien mukaan.

Aiempien tutkimusten tulokset liittyen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamiseen ja saattohoidon kehittämistarpeisiin esitellään seuraavissa kappaleissa. Opinnäytetyöprosessissa on pyritty saman suuntaiseen aihealueiden jaotteluun niin kirjallisuuskatsauksessa, kyselylomakkeen laadinnassa, tulosten esittelyssä ja tulosten peilauksessa.

#### 4.2 Hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset asiakkaan hoidossa

Vuonna 2018 kotihoidon asiakkaista ja tehostetun palveluasumisen asukkaista 80%:lla oli yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus, joten hoito kotihoidossa ja tehostetussa

palveluasumisessa on lähes aina palliatiivista. Ikääntyneen tila saattaa vaihdella eri sairauksien tai sairauden vaiheiden vuoksi siten, että saattaa olla haasteellista tunnistaa milloin ollaan saattohoitovaiheessa. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 98-99.)

Saattohoitopäätöksiä tehdään nykyään enemmän kuin aiemmin, mutta edelleen asiassa olisi parannettavaa. Saattohoitopäätöksen tekemättä jättämiseen vaikuttaa esimerkiksi lääkärin kokemus ja osaaminen, vaikeus löytää omaisten kanssa yhtenevä linja sekä potilaan eriävät näkemykset sairauden tilasta. Ongelmalliseksi perusterveydenhuollossa on koettu myös, että erikoissairaanhoidossa ei aina tehdä hoitolinjauksia eikä hoitoja lopeteta tilanteen huononemisesta huolimatta. (Grönfors 2018, 21-22.) Kotihoidon hoitajat kokevat, ettei lähellä kuolemaa oleville asiakkaille tehdä riittävästi saattohoitopäätöksiä eikä hoitosuunnitelmia. Hoitajien mukaan lääkäri saattoi myös jättää asiakkaalle kertomatta huonosta ennusteesta ja hoitojen lopettamisesta. Tutkimuksen mukaan kaikki hoitajat eivät olleet perillä uusien asiakkaiden sairauden tilasta, vakavuudesta ja lääkityksestä. Hoitajat arvioivat, että asiakkaan avun saamisessa saattoi toisinaan ilmetä viiveitä, koska hoitaja ei osannut arvioida avun tarpeen muutoksia. (Jänikselä 2014, 14-15, 17-18.) Myös palvelutalon hoitajille suunnatussa tutkimuksessa nousee esiin, etteivät hoitajat aina osanneet arvioida kuolevan asukkaan voinnissa tapahtuneita muutoksia (Poranen 2019, 24). Grönforsin (2018, 23) tutkimuksessa tuotiin esiin, että lääkärin ja hoitajan välisessä yhteistyössä tulisi käydä enemmän keskusteluja hoitolinjauksista. Lääkärien ja hoitajien yhteistyötä saattaa hankaloittaa erilaiset käsitykset saattohoidosta ja sen sisällöstä (Lipponen & Karvinen 2015, 158). Grönforsin (2018, 23) tutkimuksen mukaan tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset kirjataan tietojärjestelmään. Ongelmia nähtiin tiedonkulussa julkisen ja yksityisen tahon välillä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

#### 4.3 Organisaatioon liittyvät näkökulmat

Kotihoidon hoitajat kokevat ongelmalliseksi kuolevan asiakkaan hoitamisessa sen, että avun tarve saattoi muuttua nopeasti tai asiakas kotiutetaan sairaalasta niin nopealla aikataululla, ettei kotihoidosta ole aina ehditty riittäviä käyntejä järjestämään (Jänikselä 2014, 14). Niin kotihoidossa kuin palveluasumisessa hoitajat kokivat, ettei lisähenkilökuntaa saada saattohoitotilanteisiin (Jänikselä 2014, 16; Lipponen & Karvinen

2015, 157; Poranen 2019, 24). Hoitajat sekä laitoshoidossa että kotihoidossa toivovat myös yksilöllisyyden parempaa huomiointia saattohoitotilanteisiin (Lipponen & Karvinen 2015, 157). Tutkimustuloksista ilmeni myös, että kotihoidon hoitajat kokivat, että tarvittavien hoitotarvikkeiden, esimerkiksi happirikastimen, hankinta oli toisinaan hankalaa ja aikaa vievää (Jänikselä 2014, 15).

Kotihoidon hoitajat toivovat työnohjausta, mutta siihen ei aina ole mahdollisuutta. Esimerkiksi tilanteet, joissa hoitaja oli löytänyt asiakkaan kuolleen kotoa, aiheutti heille syyllisyydentunteita. (Jänikselä 2014, 16-19.) Saattohoitopotilaita hoitavat kokevat, että kyetäkseen toteuttamaan laadukasta saattohoitoa, on tärkeää silloin tällöin tarkastella omia vuorovaikutustaitojaan, arvojaan ja asenteitaan kuolemaa kohtaan (Lipponen & Karvinen 2015, 159).

Kotihoidon hoitajat kokevat toisinaan epäselvyyttä kotihoidon ja kotisairaalan välisessä työnjaossa, esimerkiksi kumpi taho hoitaa injektion antamisen (Jänikselä 2014, 15). Kotisairaalan ja kotihoidon välille toivottiin yhteisiä tapaamisia esimerkiksi käytännön tiedon jakamisen ja opetuksen mahdollistamiseksi (Grönfors 2018, 23-24). Palvelutalon hoitajista osa koki yhteistyön kotisairaalan kanssa sujuvaksi, mutta osa koki yhteistyön useimmiten haastavaksi (Poranen 2019, 24).

Kuviossa 3 on kuvattu yhteenvetona aiemmista tutkimuksista esiin nousseet organisaatioon liittyvät kehittämistarpeet.



Kuvio 4. Yhteenveto aiemmista tutkimuksista kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen organisaatioon liittyvistä kehittämistarpeista

#### 4.4 Kuolevan asiakkaan oirehoito

Osastonhoitajille ja lääkäreille suunnatussa tutkimuksessa vastaajat arvioivat omilla yksiköissään olevan saattohoitoon liittyvässä oirehoidossa paljon osaamisvajetta (Grönfors 2018, 24). Myös hoitajat itse kokivat, että heillä on saattohoitoon liittyviä osaamisvajetta ja koulutustarpeita. Esimerkiksi palvelutalossa työskentelevät hoitajat toivoivat lisäkoulutusta saattohoitopotilaan lääkehoitoon (Poranen 2019, 27). Sekä laitoshoidon että kotihoidon hoitajat toivat esiin kivun hoidon haasteita. Hoitajat arvioivat, että haastetta saattohoidon kivun lievitykseen toi saattohoitotilanteiden erilaisuus.

Kivun hoitamista jopa vältettiin, koska pelättiin lääkkeiden aiheuttavan riippuvuutta, yhteisvaikutuksia ja sivuvaikutuksia. Lisäkoulutustarvetta nähtiin myös muussa oirehoidossa, kuten pahoinvoinnin hoitamisessa, nielemisvaikeuksissa ja ruokailun merkityksessä. (Lipponen & Karvinen 2015, 156.) Kivunhoidon puutteita koettiin myös riittämättömissä lääkemääräyksissä ja puutteellisissa ohjeistuksissa. Ongelmia oli kohdattu myös kipupumppuun liittyvissä asioissa, esimerkiksi patterit olivat saattaneet loppua tai lääkkeen imeytymisessä oli ollut ongelmaa. (Jänikselä 2014, 15.)

Suomessa ei ole käytössä testiä, joka mittaisi hoitajan palliatiivisen hoidon taitoja. Kansainvälisesti on kehitetty erilaisia testejä tähän tarkoitukseen, esimerkiksi Palliative care knowledge test ja Palliative care quiz. Testejä on olemassa usealla eri kielellä. Yhdysvaltojen pienempien paikkakuntien pitkäaikaishoitolaitosten hoitajien palliatiivisen hoidon tietämystä selvittävän tutkimuksen mukaan vastaajat saivat testissä keskimäärin alle puolet vastauksista oikein. Tutkimuksen mukaan vastaajat vastasivat hengenahdistukseen liittyviin kysymyksiin ja psykososiaalisiin kysymyksiin heikoin. Yksittäisistä kysymyksistä vain vajaa viidennes vastaajista vastasi oikein, että yksi hyvän kivunhallinnan tavoite on hyvät yöunet. Yli 60% vastaajista vastasi virheellisesti, että opiaattien säännölliseen käyttöön liittyvä hengityslama on yleistä. Vain reilu kolmannes vastaajista tiesi skopolamiinin vähentävän kuolevan potilaan limaisuutta. Vajaa 40% vastaajista tiesi, että osa kuolevista potilaista voi tarvita viimeisinä päivinä sedatointia kärsimyksen lievittämiseen. (Evans 2016, 156-158.)

Irlannissa iäkkäitä hoitavien hoitajien palliatiivisen hoidon osaamista ja asenteita selvittävässä tutkimuksessa vastaajien oikeiden vastausten keskiarvo oli osaamista mittaavassa testissä 11,8/20. Tutkimuksen mukaan hoitajista kaksikolmasosa vastasi virheellisesti, että taudin levinneisyys määrittää kivunhoidon menetelmän. Noin puolet vastaajista piti virheellisesti Morphinin riippuvuutta aiheuttavaa vaikutusta suurena ongelmana kuolevan potilaan lääkehoidossa. Yli puolet vastaajista vastasi virheellisesti, ettei saattohoitovaiheessa voida käyttää hengitystä lamaavia lääkkeitä vaikean hengenahdistuksen hoitoon. Yli 90% vastaajista vastasi virheellisesti, ettei palliatiivista hoitoa voida aloittaa vielä, kun tautia hoidetaan aktiivisesti. Kolmasosa vastaajista hyväksyi lumelääkkeen käyttämisen joidenkin tyyppisiin kipuihin. Noin 40% vastaajista tiesi, että ahdistus ja väsymys laskivat kipukynnystä. Asenteita mittaavassa testissä kaikkein negatiivisimmin vastaajat asennoituivat kysymykseen



epämukavuuden tunteesta kuolevan potilaan halutessa hyvästellä hoitaja. Positiivisimman hoitajat asennoituivat kysymykseen, joka koski säännöllistä keskustelua kuolevan potilaan omaisten kanssa. (Wilson, Avalos & Dowling 2016, 602.)

Hoitajien muistisairaiden kivun arvioinnin osaamista ja asenteita koskevan kirjallisuuskatsauksen mukaan reilu puolet hoitajista arvioi omat taitonsa keskinkertaiseksi muistisairaana, palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivun arvioinnissa ja hallinnassa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajat kokivat vaikeuksia kivun arvioinnissa ja lääkehoidon vaikutuksen arvioinnissa, koska muistisairas ei välttämättä kykene itseään ilmaisemaan. Hoitajat kokivat epävarmuutta kivun väärindiagnosoimisesta, ylläkkäitsemisestä, kipulääkkeiden haittavaikutuksista ja riippuvuuden aiheuttamisesta. (Burns & McIlpatrick 2015, 7, 9.)

Tehostetussa palveluasumisessa ei ole lääkelain mukaan oikeutta pitää lääkekaappeja, joka aiheuttaa omat haasteensa oireenmukaisen lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkemääräykset ovat aina henkilökohtaisia, yhteisiä saattohoidon oirelääkkeitä ei yksiköissä ole. Monet saattohoidon oirelääkkeistä vaativat myös hoitohenkilökunnalta riittäviä lääkelupia ja riittävää osaamista niiden antamiseen. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 100-101.) Kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa myös ammattijakauma aiheuttaa omat haasteensa saattohoidolle ja lääkehoidon toteutukselle. Kotihoidossa arkisin 10% hoitajista on sairaanhoitajia, viikonloppuisin vain 4%. Tehostetussa palveluasumisessa arkisin 11% on sairaanhoitajia, viikonloppuihin 6%. Lähihoitajakoulutus ei välttämättä anna riittäviä valmiuksia kaikkiin saattohoitotilanteisiin. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 100.)

#### 4.5 Kuolevan asiakkaan ja hänen läheistensä tukeminen

Hoitajat toivovat koulutusta, jolla parannettaisiin hoitajien rohkeutta kohdata saattohoitopotilas (Grönfors 2018, 25). Laitoshoidon ja kotihoidon hoitajat toivovat lisäkoulutusta myös masennuksen ja erilaisten sekavuustilojen hoitamisesta. Hoitajat pitävät tärkeänä, mutta erittäin haasteellisena, eksistentiaalisen ahdistuksen helpottamista ja toivon ylläpitämistä. Hoitajat kokivat, että heillä ei ollut riittävää osaamista saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen. (Lipponen & Karvinen 2015, 156, 158.)

Laitoshoidon ja kotihoidon hoitajat arvioivat omaisten ja heidän surunsa kohtaamisen haasteellisimmiksi ja raskaimmiksi saattohoitoon liittyvistä asioista (Lipponen & Karvinen 2015, 157). Läheisten tukemiseen kaivataan organisaatiolta ohjeistusta. Läheisten kohtaaminen ja vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen koetaan hankalana. Kotihoidon hoitajat tuntevat epävarmuutta hoitaessaan kuolevaa asiakasta omaisten läsnä ollessa. He kokevat herkästi, että omaiset arvostelevat heidän hoitotaitojaan. Hoitajat kohtaavat ongelmia vuorovaikutuksessa, varsinkin tilanteissa, joissa asiakas ja/tai omaiset eivät jostain syystä ole tilanteen tasalla lähestyvistä kuolemasta. (Jänikselä 2014, 16-19.) Hoitajat tuntevat neuvottomuutta tilanteissa, joissa omaiset ovat hätäntyneitä lähestyvistä kuolemasta ja käyttäytyvät välillä jopa aggressiivisesti tai vaativat hoitajilta epärealistista hoitamista (Jänikselä 2014, 22; Lipponen & Karvinen 2015, 157). Palvelutalon hoitajat pitävät saattohoidon kannalta tärkeänä hyvää keskusteluyhteyttä omaisten kanssa, riittävää yhteydenpitoa omaisiin sekä heidän huomioimista asukasta koskevista päätöksistä. Haasteita hoitajien ja omaisten väliseen kohtaamiseen tuo saattohoitotilanteen yllätyksellisyys ja se, että omaiset eivät ymmärrä tilannetta. (Poranen 2019, 23.)

#### 4.6 Yhteenveto saattohoito-osaamisen kehittämistarpeista

Kuviossa 4 on kuvattu yhteenvetona aiemmista tutkimuksista esiin nousseet kehittämistarpeet kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisessa. Kehittämistarpeita löytyi muun muassa oirehoidossa, asiakkaan ja hänen läheistensä psykososiaalisessa ja eksistentiaalisessa kohtaamisessa sekä voinnin muutosten huomioinnissa.



Kuvio 3. Yhteenveto aiemmista tutkimuksista kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisen kehittämistarpeista

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamista ja elämän loppuvaiheen hoidon kehittämistarpeita.

Opinnäytetyön tavoitteena on saattohoidon kehittäminen Rauman kaupungin kotihoi-  
dossa ja tehostetussa palveluasumisessa.

## 6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

### 6.1 Konstruktiivinen kehittämismenetelmä

Tämä opinnäytetyö on tehty konstruktiivisen kehittämismenetelmän mukaan. Konstruktiivinen tutkimus soveltuu lähestymistavaksi, kun kehittämistehtävän avulla luodaan jonkinlainen konkreettinen tuotos, joka voi olla esimerkiksi suunnitelma, mittari, toimintamalli tai koulutusmateriaali. Uusi ratkaisu voi olla myös edeltävän ratkaisun parantamista. Konstruktiivisen tutkimuksen tavoitteena on löytää käytännön ongelmaan uutta ja teoreettisesti perusteltua tietoa. Konstruktiivisessa lähestymistavassa pyritään muuttamaan kohdeorganisaation toimintaa tai käytäntöjä. Konstruktiiviseen tutkimukseen sisältyy myös tuotoksen testaaminen ja sen käytäntöön soveltuvuuden osoittaminen. Konstruktiivisessa tutkimuksessa käytännön toimijat, esimerkiksi organisaation johto, ovat myös aktiivisesti mukana ratkaisun löytämisessä. Konstruktiivisen tutkimuksen avulla kohdeorganisaatio saa puolueettoman ja teoreettiseen tietoon perustuvan ratkaisun ongelmaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 65-66.) Konstruktiivisessa tutkimuksessa kiinnitetään huomiota myös empiiristen löydösten reflektimisessa takaisin teoriaan (Lukka 2014).

Konstruktiiviselle lähestymistavalle on tyypillistä käytännöllisyys, toiminnallisuus, interventionistisuus ja hyödyllisyyden tarkastelu. Konstruktiivisessa tutkimusotteessa

yhteistyö tutkimuksen tekijän ja kohdeorganisaation välillä on tärkeä. Kehittämistyö edellyttää yhteistyötä, molemminpuolista hyötyä sekä luottamusta. Kehittämistyön ratkaisun tulee olla hyödyllinen käytännössä, mutta sillä on oltava myös uutuusarvoa teorialle. Parhaimmillaan konstruktiivisella tutkimusotteella tehty kehittäminen antaa kuvan siitä millainen konstruktio on luotu, miten konstruktio tulisi käyttää, millaisia tuloksia konstruktioilla voidaan saavuttaa, mikä merkitys konstruktioilla on käytännön työssä sekä millainen teoreettinen uutuusarvo konstruktioilla on. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 283-284, 286.)

Konstruktiivinen tutkimus etenee vaiheittain. Opinnäytetyön vaiheet on kuvattu liitteessä 4 mukailleen Lukkan (2014) määrittämiä konstruktiivisen tutkimuksen vaiheita. Konstruktiivisessä tutkimuksessa eri vaiheiden dokumentointi on tärkeää. Tutkimuksen tavoitteet ja kehittämisiongelma kirjataan selkeästi sekä käytetyt metodit perustellaan hyvin. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 65-66.)

Konstruktiivisessä tutkimuksessa, kuten kaikissa tutkimuksissa, tärkein vaihe on tutkimusaiheen valinta. Hyvä tutkimusaihe on sellainen, jolla on merkitystä käytännön työssä. Konstruktiivisen tutkimuksen aiheita on hyvä lähteä hakemaan käytännön edustajien ajatuksista, toiminnasta ja vaikeaksi kokemista asioista. (Lukka, 2014.) Opinnäytetyön aiheeksi valittiin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen. Opinnäytetyön tekijälle saattohoito on tärkeä aihe, saattohoitopotilaiden kanssa työskentelyn kautta aihe on myös tuttu. Opinnäytetyön tekijä seuraa aktiivisesti saattohoitoon liittyvää valtakunnallista kehittämistä, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvitys saattohoidon ja saattohoito-osaamisen tilasta Suomessa osoitti, että vanhuspalveluissa tarvitaan lisää osaamista.

Konstruktiivisessä tutkimuksessa tutkijan tulisi tehdä yhteistyötä kohdeorganisaation kanssa. Jos tutkija toimii yksin, riskinä on, että vaikka hänellä olisi kuinka innovatiivisia kehittämisideoita, niiden toteuttaminen ei tule välttämättä onnistumaan. Kun kohdeorganisaatio on mukana kehittämistyössä, he ovat motivoituneimpia viemään kehittämis ehdotukset käytäntöön. (Lukka, 2014.) Luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri mahdollistaa avoimen tiedon jakamisen ja rakentavan kritiikin antamisen (Uusitalo & Kohtamäki, 2011, 287). Opinnäytetyön tekijä oli heti alussa yhteydessä Rauman vanhuspalveluiden laatukoordinaattorin, joka kertoi, että saattohoito on toivottu aihe myös

heillä. Kohdeorganisaatio sai tutustua opinnäytetyön suunnitelmaan ja kyselylomakkeeseen, joiden kautta kohdeorganisaatio sai selkeän kuvan, mitä opinnäytetyön tekijä aikoo tutkia. Kyselyn tulokset esiteltiin laatukoordinaattorille ja myöhemmin vielä vanhuspalveluiden palvelupäälliköille ja palveluesimiehille. Yhteistyössä kohdeorganisaation kanssa suunniteltiin tutkimuksen kehittämisosuuden suunta.

Konstruktivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tukija perehtyy kohdeorganisaatioon saavuttaakseen yleisnäkemyksen sen lähtötilanteesta. Analyysin avulla selvitetään kohdeorganisaation näkyvät ja selkeät ongelmat sekä piilossa olevat ongelmat. Tässä tutkimuksen vaiheessa käsitteellistetään ongelma-alue aiempaan tietoon perustuen. Tutkijan tulee varmistaa, että hän on tietoinen aiemmasta teorian tiedosta, jotta hän voi perustaa kehittämistyönsä aiempaan tietoon sekä kykenee myöhemmin tunnistamaan ja analysoimaan tutkimuksen teoreettista kontribuutiota. (Lukka, 2014.) Esimerkiksi kirjallisuuskatsaus voi auttaa tutkimuksen tekijää määrittelemään ongelmaa ja keräämään tutkimustietoa (Uusitalo & Kohtamäki, 2011, 287). Opinnäytetyön tekijä perehtyi aiempiin tutkimuksiin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisesta kirjallisuuskatsauksen avulla. Aiheeseen perehdyttiin myös muun kirjallisuuden, suositusten ja sosiaali- ja terveysministeriön julkaisujen kautta. Näiden pohjalta laadittiin opinnäytetyön kysely, jolla saatiin tietoa Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisesta ja heidän näkemyksensä saattohoidon kehittämistarpeista. Opinnäytetyössä on peilattu kyselyn tuloksia teorian tietoon ja aiempiin tutkimuksiin.

Konstruktivisessa tutkimuksessa luodaan kerätyn käytännön tiedon ja teorian tiedon pohjalta ratkaisumalli. Vaihe on luovaa ja innovatiivista. Tässä vaiheessa on hyvä olla myös kohdeorganisaation edustajia mukana innovatiivisen konstruktion kehittämisessä. Riskinä tässä vaiheessa on, että jos innovatiivista konstruktiota ei pystytä kehittämään, tutkimustyön jatkaminen ei ole enää mielekästä. Huomioitavaa on myös, että aiemmin kehitettyjen konstruktioiden vieminen uuteen ympäristöön ei ole konstruktivista kehittämistyötä. (Lukka, 2014.) Opinnäytetyön kyselyn tulokset esiteltiin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen palvelupäälliköille ja palveluesimiehille 17.11.2020 Teams-etäyhteydellä. Heiltä saatiin näkemystä siihen, miten he toivovat tulosten perusteella saattohoitoa kehitettävän Rauman kaupungin kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa. Tutkimuksen tulosten perusteella kehitetään kotihoidon

ja kotisairaalan välistä yhteistyötä sekä laaditaan tehostettuun palveluasumiseen elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta opas asukkaalle ja hänen omaiselleen sekä tietopaketti hoitohenkilökunnalle.

Usein kehitettyjen innovaatioiden vieminen kohdeorganisaatioon vaatii aktiivista ohjeistusta, koulutusta ja pilotointia. Tämä kehitetyn konstruktion vieminen kohdeorganisaatioon on ensimmäinen käytännön testi ja eräs tärkeimmistä konstruktiivisen tutkimuksen ominaispiirteistä. Innovoitu konstruktio testataan teknisesti sekä koko tutkimusprosessin toimivuus testataan kokonaisuudessaan. (Lukka, 2014.) Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella kehitetään kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä, lähdetään kotihoidon ja kotisairaalan kanssa yhteistyössä pohtimaan, miten hoivapalvelut saadaan järjestettyä saattohoidossa olevan asiakkaan ja hänen omaistensa parhaan edun mukaisesti sekä laaditaan tehostettuun palveluasumiseen asukkaille ja heidän omaisilleen esite elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta sekä laaditaan tietopaketti aiheesta myös hoitajille. Näiden toimintaympäristöön jalkauttaminen jää opinnäytetyön raportin kirjoittamisen jälkeen toteutettavaksi.

Kun kehitetty innovaatio on viety kohdeorganisaatioon, tukija pohtii oppimisprosessiaan. Analysoidaan prosessin tulokset ja saavutettiin opinnäytetyön tavoitteet. Jos innovoitu konstruktio koetaan hyödylliseksi kohdeorganisaatiossa, pohditaan olisiko konstruktio siirrettävissä laajemmin, toisiin organisaatioihin. Jos innovoitua konstruktioita ei koeta kohdeorganisaatiossa hyödylliseksi, pohditaan silti olisiko se hyödyllinen jossain muussa kohdeorganisaatiossa. (Lukka, 2014.) Viimeisessä tutkimuksen vaiheessa reflektoidaan tuloksia aiempaan teoria- ja tutkimustietoon. Analysoidaan, miten innovoitu konstruktio sijoittuu aiempaan teorian tietoon. Luotiinko uutta tietoa, testattiinko vanhaa tietoa, uudistettiin vanhaa tietoa vai kuvattiinko tieto aiempien teorian tietojen kaltaisina. (Lukka, 2014.) Konstruktiivisessa kehittämismenetyksessä ei riitä, että kohdeorganisaatio arvioi kehitetyn konstruktion hyödyllisyyttä vaan tieteellinen kontribuutio todennetaan vertaamalla kehitettyä konstruktioita aiempiin tutkimuksiin (Uusitalo & Kohtamäki, 2011, 289). Nämä tutkimusprosessin vaiheet toteutuvat opinnäytetyön raportin kirjoittamisen jälkeen, vaiheita on kuitenkin kuvattu ja pohdittu kappaleessa 11.

## 6.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista aineistonkeruu- ja analysointimenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimus joko selittää, kuvaa, kartoittaa, vertailee tai ennustaa ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia. Kvantitatiivinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä. Strukturoinnissa tutkittavat asiat muodostetaan kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi, niin että jokainen tutkittava ymmärtää kysymyksen samalla tavalla. Jokaiselle tutkittavalle asialle annetaan arvo, joka voidaan viimeistään analyysivaiheessa muuttaa numeeriseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen objektiivisuutta edesauttaa tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde tutkimusprosessin aikana. Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi ominaispiirre on suuri määrä vastaajia. Mitä enemmän vastaajia saadaan, sitä luotettavammin voidaan olettaa otoksen vastaavan perusjoukon keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asiasta. (Vilka 2007, 13, 15-17, 19.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä strukturoidun kyselyn avulla, jossa kaikilta vastaajilta kysytään samat kysymykset. Kyselylomaketta käytetään muun muassa, kun halutaan selvittää ihmisten mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia ja käyttäytymistä. Kysely voidaan toteuttaa postitettavalla lomakkeella tai internet-kyselyllä. Kyselyn avulla saadaan tutkimukseen laaja tutkimusjoukko, mutta haittapuolena voi olla heikko vastausprosentti. (Vilka 2007, 28.)

Opinnäytetyöhön valittiin aineistonkeruumenetelmäksi strukturoitu kysely, johon vastattiin sähköpostiin tulevan linkin kautta verkossa. Menetelmä valittiin, koska haluttiin saada otokseksi kaikki Rauman kaupungin kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa työskentelevät hoitajat (N=276). Tutkimuksella haluttiin saada laaja ja kattava kuva Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisesta ja saattohoidon kehittämistarpeista. Kvalitatiivisella aineistonkeruumenetelmällä otos olisi jäänyt pieneksi.

Kaikki tieteellinen tutkimus aloitetaan aikaisempiin tutkimuksiin perehtymisellä. Perehtyminen auttaa hahmottamaan ja kehittämään tutkimuksen ongelmanasettelua,



käsitelmäärittelyä ja mittareiden luontia. Riittävän perehtymisen jälkeen aloitetaan kyselylomakkeen luonnostelu. Kyselytutkimuksissa lomakkeen suunnittelu on korvaamattomin vaihe koko tutkimusprosessissa. (KvantiMOTV www-sivut 2011.) Kyselylomake laadittiin muun muassa kirjallisuuden, Käypähoito -suosituksen ja aikaisempien tutkimustulosten pohjalta. Kyselyn alkuun laadittiin saatekirje, jossa kerrotaan vastaajille tutkimuksen eettisyyteen liittyvät seikat sekä pyritään motivoimaan vastaajia osallistumaan tutkimukseen. (liite 5) Kyselylomakkeen saatekirjeen laatiminen on tärkeä vaihe tutkimuksen onnistumisen ja aineiston mahdollisen myöhemmän käytön kannalta. Saatekirjeessä on selitettävä muun muassa syy tietojen keräämiseen ja niiden käyttötarkoitus sekä korostettava anonymiteettiä. (KvantiMOTV www-sivut 2011.) Nämä tekijät on otettu huomioon saatekirjettä laadittaessa. Harkinnan jälkeen päädyttiin siihen, että kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajille laadittiin omat kyselylomakkeet. (liite 6 ja liite 7)

Taustatietoja lukuun ottamatta kysymyksiin vastataan asteikolla täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, en osaa sanoa. Kyselyssä on myös yksi avoin kysymys, jossa kysytään vastaajan mielipidettä oman työyksikön saattohoitoon liittyvistä kehittämistarpeista. Kysely laadittiin e-lomake -ohjelmistossa ja lähetettiin vastaajille sähköpostilla. Sähköisen tiedonkeruun vahvuuksina pidetään edullisuutta, nopeutta ja vaivattomuutta. Sähköisestä tiedonkeruusta ei tule paino- tai postituskuluja. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 121.)

Esitutkimusvaiheessa saattaa tulla esiin tutkijalta unohtuneita tärkeitä kysymyksiä ja aihealueita avointen kysymysten kautta (KvantiMOTV www-sivut 2011). Tutkimuksen tekijä on esitelläänut kyselyn ensin koulun opinnäytetyöseminaarissa ja sen jälkeen vielä viidellä ammattihenkilöllä, jotka työskentelevät joko kotihoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa. Esitestauksella saatiin hyviä näkökulmia kysymysten selkeyteen ja tarpeellisuuteen. Esitestauksen jälkeen kyselyä muutettiin joidenkin kysymysten osalta saatujen kommenttien perusteella.

Kvantitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmäksi valitaan menetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Jo suunnitteluvaiheessa pyritään ennakoimaan mikä analysointimenetelmä sopii tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin. Sopiva analysointimenetelmä löytyy kuitenkin vasta kun tutkija kokeilee kyseiselle muuttujalle

soveltuvia menetelmiä. (Vilkkä 2007, 119.) Tulosten tulkinnassa objektiivisuuteen vaikuttaa tutkijan kaikki aiempi tieto, kokemukset, maailmankuva, tiedonkäsitys ja arvot (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kyselylomakkeen tulokset analysoitiin Excel/ Tixel ohjelmiston avulla. Tuloksia tarkasteltiin esimerkiksi sen mukaan, kuinka monta prosenttia vastanneista vastasi milläkin arvolla. Tarkastelua tehtiin myös kotihoidon hoitajien ja tehostetun palveluasumisen hoitajien vastausten erojen välillä sekä kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien vastausten erojen välillä. Tavoitteena analysoinnin avulla oli löytää ne muuttujat, jotka nousevat esiin suurimpina kehittämistarpeina. Kyselytutkimuksen tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa otettiin huomioon mahdolliset tunnistamista edesauttavat seikat. Esimerkiksi miesvastaajien vastauksia ei analysoitu eikä raportoitu erikseen, jotta yksittäisen vastaajan tunnistaminen ei ole mahdollista. Vastauksia ei myöskään esitetty yksiköittäin, koska osa yksiköistä on pieniä ja tutkimustulosten julkaiseminen yksiköittäin saattaisi antaa huonomman kuvan jostain tietystä yksiköstä. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8, 12.)

## 7 KYSELYN TULOKSET

Kysely toteutettiin helmikuussa 2020. Vastausten niukkuuden vuoksi kyselyyn vastaamiselle annettiin maaliskuussa kaksi viikkoa lisää aikaa. Tässä vaiheessa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajia muistutettiin sähköpostilla kyselyyn vastaamisesta. Kotihoidon hoitajista kyselyyn vastasi 49 (N=124) eli 40%. Tehostetun palveluasumisen hoitajista 45 (N=152) eli 30%. Yhteensä vastauksia saatiin 94 (N= 276), joka on 34% kokonaisotoksesta. Vastauskattavuuteen on luultavasti vaikuttanut kyselyn ajankohdan sijoittuminen lähelle organisaatiomuutoksia. Kaunisjärven vanhainkoti lopetti toimintansa maaliskuun lopussa ja uusi tehostetun palveluasumisen yksikkö, Rannikkokoti aloitti toimintansa. Samalla myös Marttilanmäen tehostetun palveluasumisen yksikkö muuttui väliaikaisesti lyhytaikaishoitoyksiköksi odottamaan remontoitua ikäihmisten hyvinvointikeskuksen remontin valmistumista vuoden 2021 loppulla. Monen työntekijän työpiste vaihtui muutosten yhteydessä ja kyselyn ajankohta osui vaiheeseen, jossa hoitajat olivat vielä epävarmuudessa omasta työpisteestään.

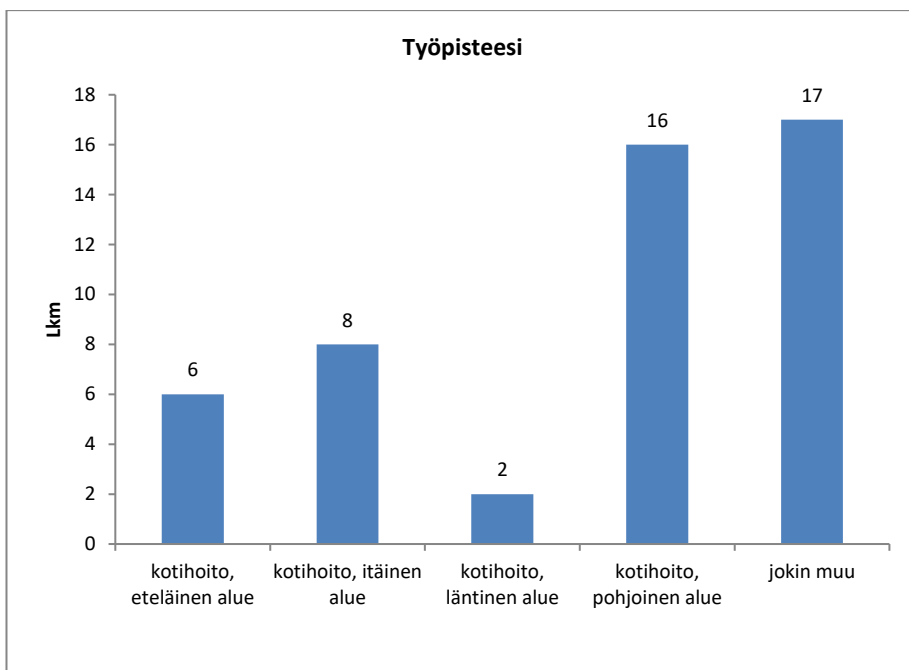
Tuloksissa, joissa esitetään niin kotihoidon asiakkaisiin kuin tehostetun palveluasumisen asukkaisiin liittyviä seikkoja, käytetään työn luettavuuden selkiyttämiseksi termiä asiakas molemmista ryhmistä.

### 7.1 Vastaajien taustatiedot

Kotihoidon vastaajat olivat iältään 21-60 vuotiaita. Vastaajien iän keskiarvo oli 40 vuotta. Ikäryhmittäin eniten vastaajia oli ikäryhmässä 26-35 vuotiaat, heitä oli vastaajista 29%. Ikäryhmässä 46-55 vuotiaat vastaajia oli 26%. Tehostetun palveluasumisen vastaajien iän keskiarvo oli 42,7 vuotta. Vastaajat olivat iältään 26-60 vuotiaita. Tehostetun palveluasumisen vastaajista 33% oli 36-45 vuotiaita sekä 46-55 vuotiaita.

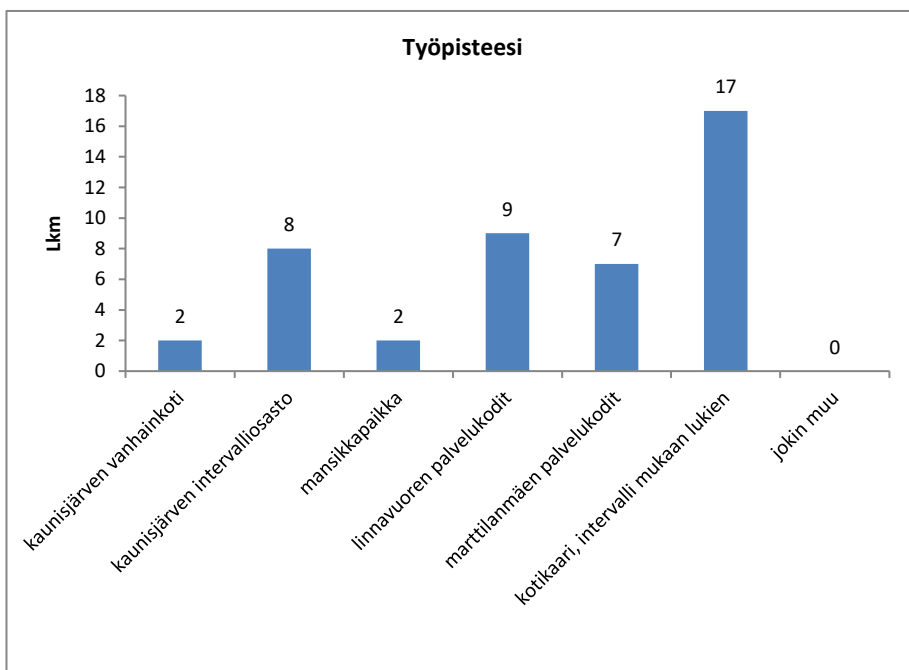
Kaikista vastaajista (n=94) 18 oli sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, kotihoidon vastaajista 9, samoin tehostetun palveluasumisen vastaajista. Kaikista vastaajista lähihoitajia tai perushoitajia oli 74. Tehostetussa palveluasumisessa lähihoitajia tai perushoitajia oli 36 ja kotihoidossa 38.

Kotihoidon vastaajista (n=49) 35% ilmoitti työpisteekseen jokin muu, joka kattoi vastaukset muun muassa kotiutustimistä, yöpartiosta ja tukitiimistä. Vähiten vastauksia saatiin kotihoidon läntisen alueen hoitajilta. Kuviossa 4 on esitetty kotihoidon vastaajien työpisteet.



Kuvio 4. Kotihoidon vastaajien työpisteet

Tehostetun palveluasumisen vastaajista (n=45) 38% ilmoitti työpisteekseen Kotikaari, lyhytaikaishoidon yksikkö mukaan lukien. Vähiten vastauksia saatiin Mansikkapaikan ja Kaunisjärven vanhainkodin hoitajilta. Kuviossa 5 on esitetty tehostetun palveluasumisen hoitajien työpisteet.



Kuvio 5. Tehostetun palveluasumisen vastaajien työpisteet

Kotihoidon hoitajien työkokemus oli keskimäärin 13,32 vuotta, lyhyimmillään yksi vuosi ja pisimmillään 35 vuotta. Tehostetun palveluasumisen hoitajien työkokemus oli keskimäärin 13,79 vuotta, lyhyimmillään yksi vuosi ja pisimmillään 36 vuotta. Kaikkien vastaajien työkokemusjakaumat ammattiryhmittäin on esitelty taulukossa 1.

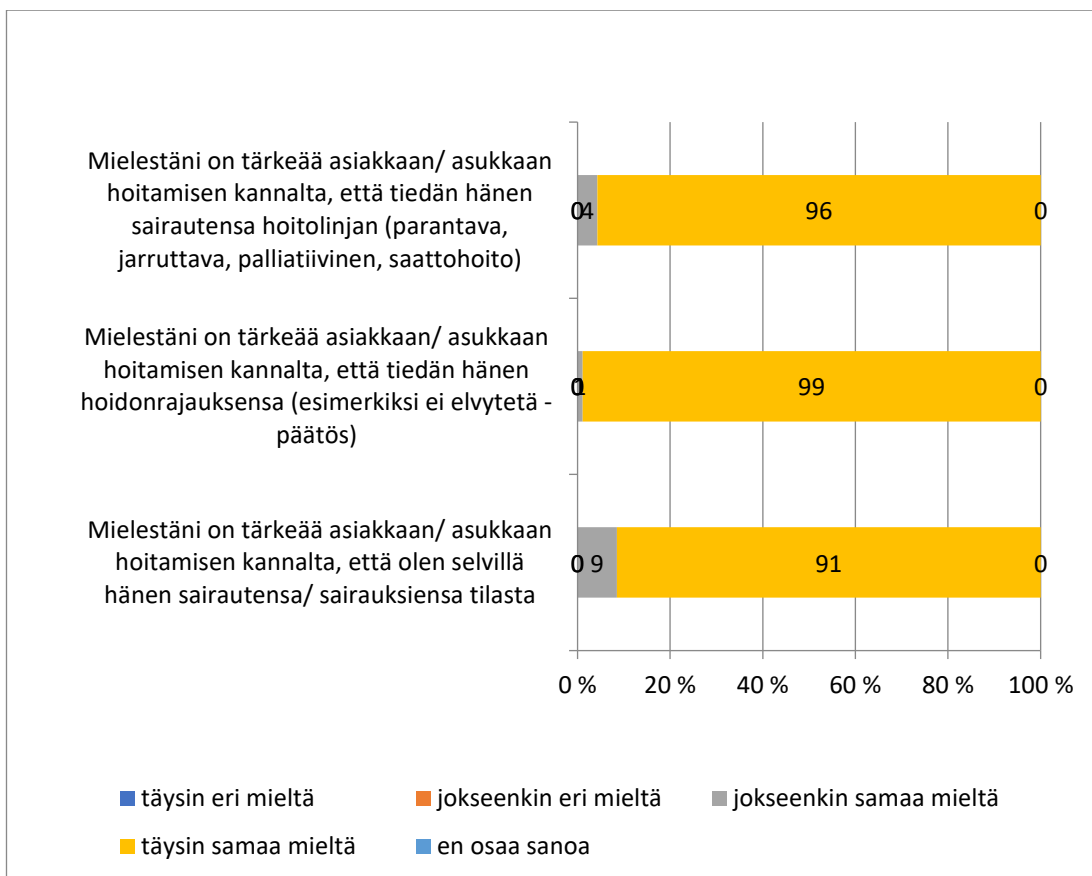
Taulukko 1. Ammattiryhmien työkokemusjakaumat

Ammatti-ryhmä/ Työkokemus vuosina	sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja	lähihoitaja/ perushoitaja	jokin muu	yhteensä
0-2	0	6	0	6
3-5	1	12	1	14
6-10	8	13	0	21
11-20	5	26	0	31
21-30	2	11	0	13
31-40	2	2	0	4
yhteensä	18	70	1	89

Vastaajien yksityisyyden ja tunnistamattomuuden säilymisen varmistamiseksi tuloksia ei esitellä vastaajien sukupuolen mukaan tai työyksikkökohtaisesti. Vertailuja on tehty kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien välillä, sekä joissain tuloksissa myös eriteltyä kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien välillä.

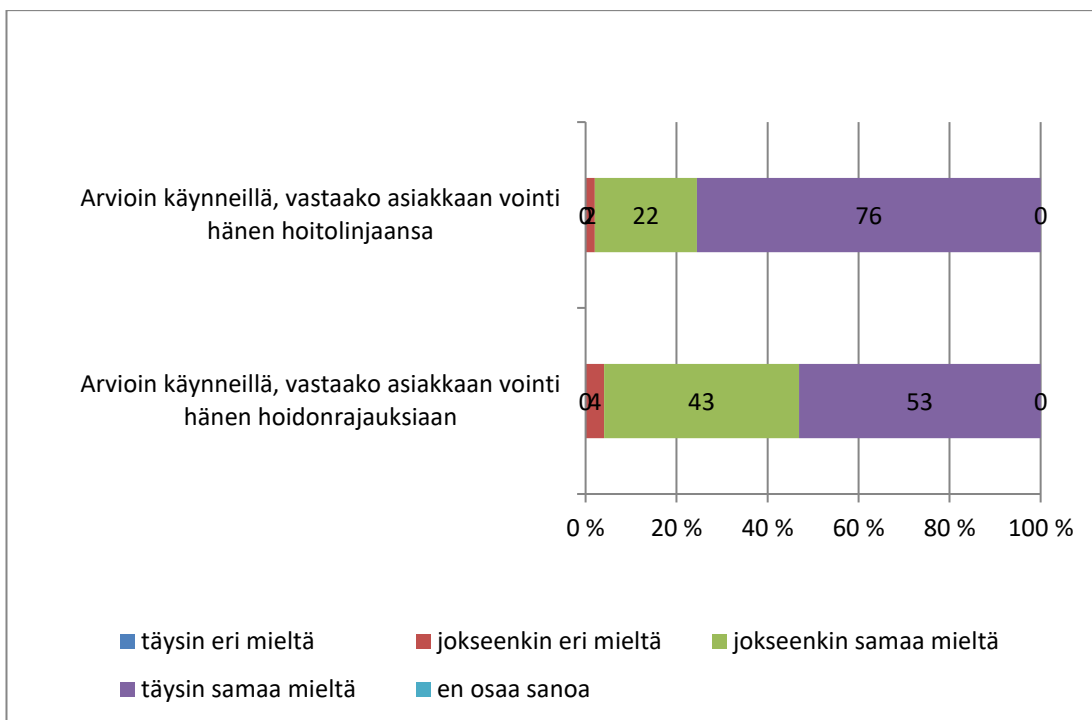
## 7.2 Hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset asiakkaan hoidossa

Lähes kaikki vastaajat sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa pitivät tärkeänä hoitamisen kannalta, että he olivat tietoisia asiakkaan hoitolinjauksista, hoidonrajauksista sekä sairauksien sen hetkisestä tilasta (kuvio 6).

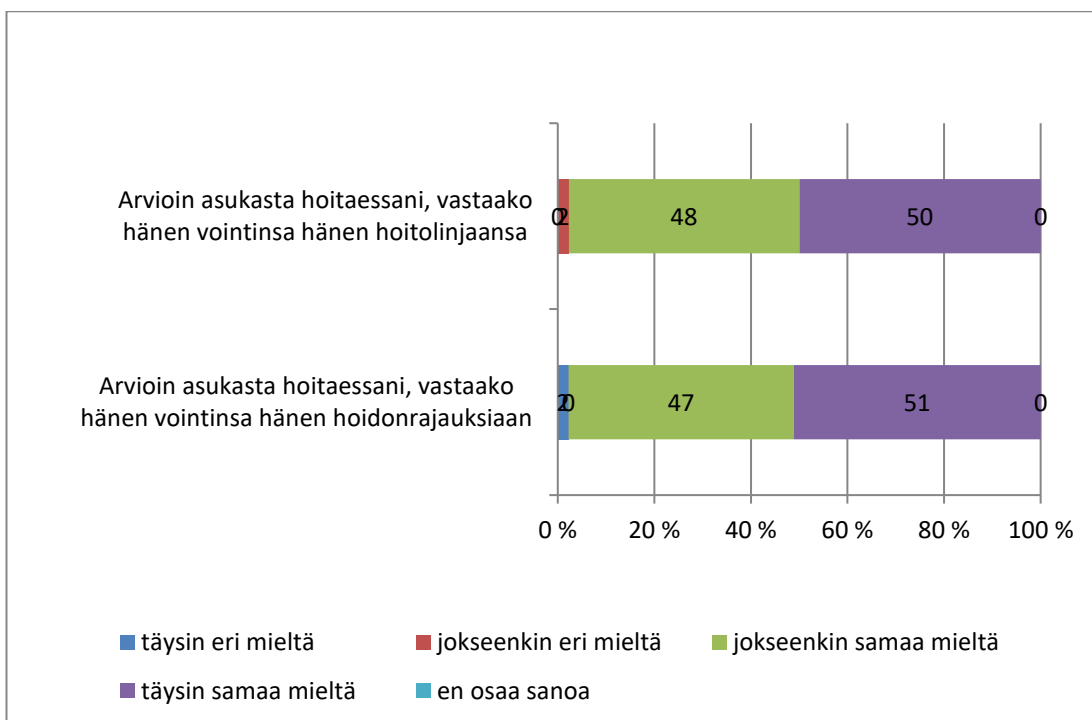


Kuvio 6. Kaikkien vastaajien näkemykset hoitolinjan, hoidonrajausten ja sairauden tilan tuntemisen tärkeydestä asiakkaan hoitamisen kannalta

Kotihoidon hoitajista (n=49) 76% oli täysin samaa mieltä, että he arvioivat kotikäynnillä vastaako asiakkaan vointi hänen hoitolinjaansa (kuvio 7). Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 50% oli täysin samaa mieltä, että he arvioivat asukasta hoitaessaan, vastaako hänen vointinsa hänen hoitolinjaansa (kuvio 8). Lähes kaikki muut vastaajat sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa olivat tästä jokseenkin samaa mieltä. Vastausten perusteella kotihoidon hoitajat tekevät enemmän voinnin ja hoitolinjan vastaavuuden arviointia verrattuna tehostetun palveluasumisen hoitajiin.

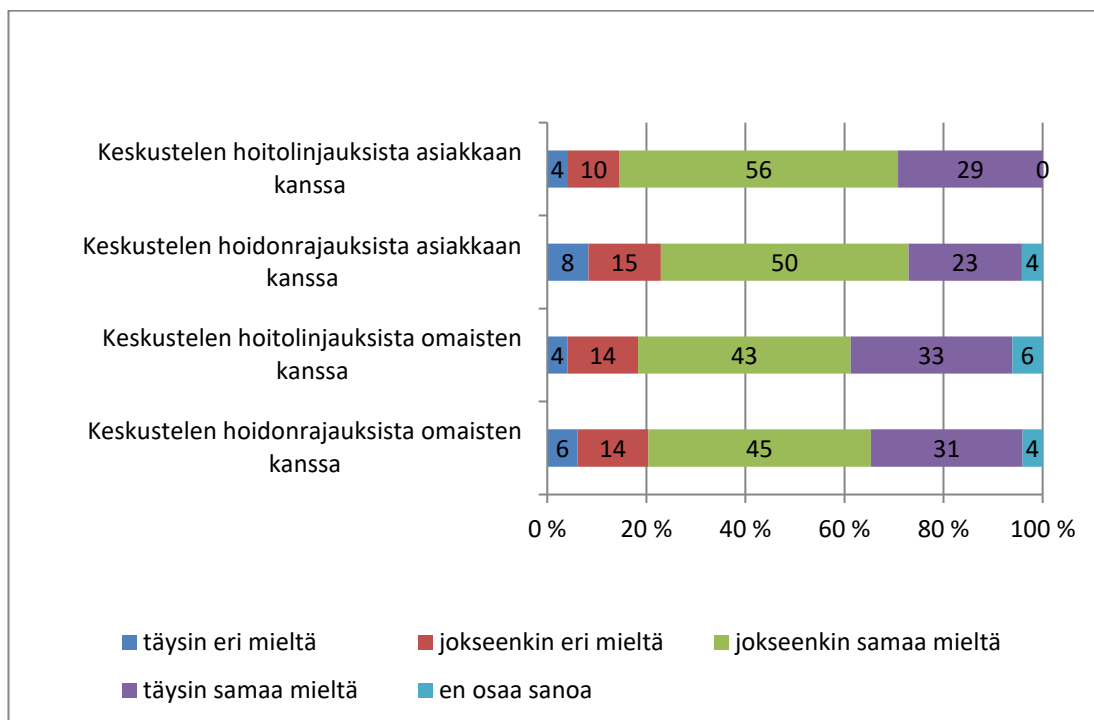


Kuvio 7. Kotihoidon hoitajien vastaukset liittyen voinnin ja hoitolinjan/ hoidonrajausten vastaavuudesta



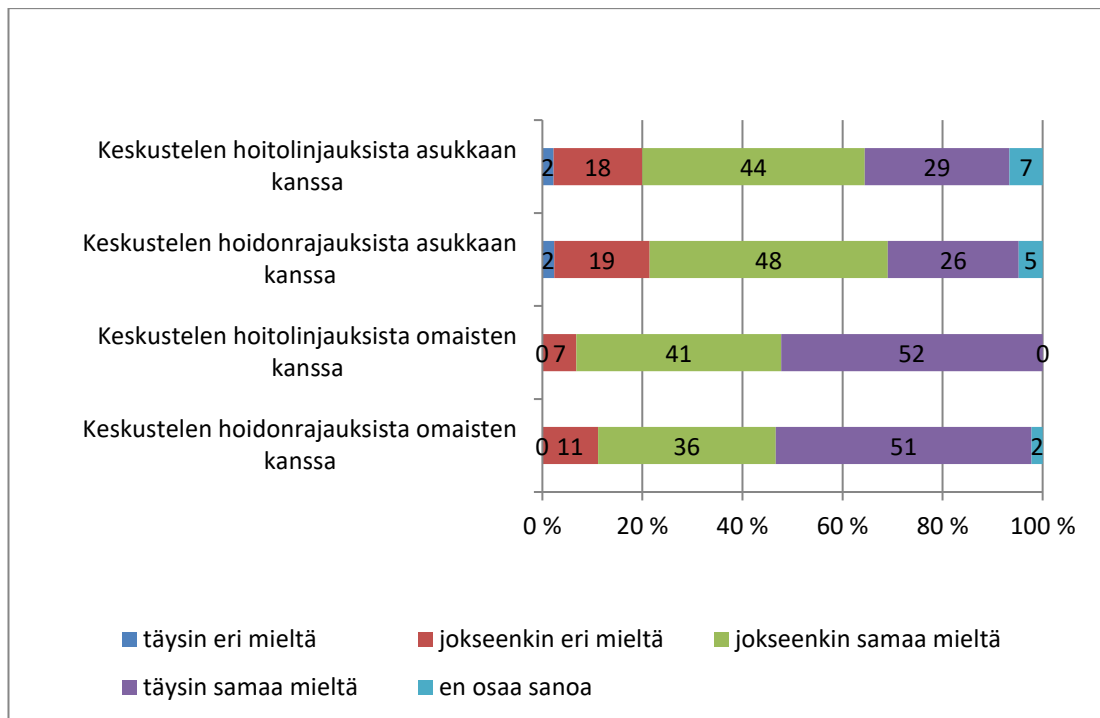
Kuvio 8. Tehostetun palveluasumisen hoitajien vastaukset liittyen voinnin ja hoitolinjan/ hoidonrajausten vastaavuudesta

Verrattaessa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien vastauksia koskien hoitolinjauksista ja hoidonrajuuksista keskustelemista asiakkaan ja omaisten kanssa, nähdään, että tehostetun palveluasumisen hoitajat keskustelevat omaisten kanssa asukkaan hoitolinjauksista ja hoidonrajuuksista kotihoidon hoitajia useammin (kuviot 9 ja 10). Kotihoidossa taas hoitajat keskustelevat useammin asiakkaan kanssa hoitolinjauksista verrattuna tehostetun palveluasumisen hoitajiin.



Kuvio 9. Kotihoidon hoitajien vastaukset liittyen keskusteluihin hoitolinjauksista ja hoidonrajuuksista asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa.

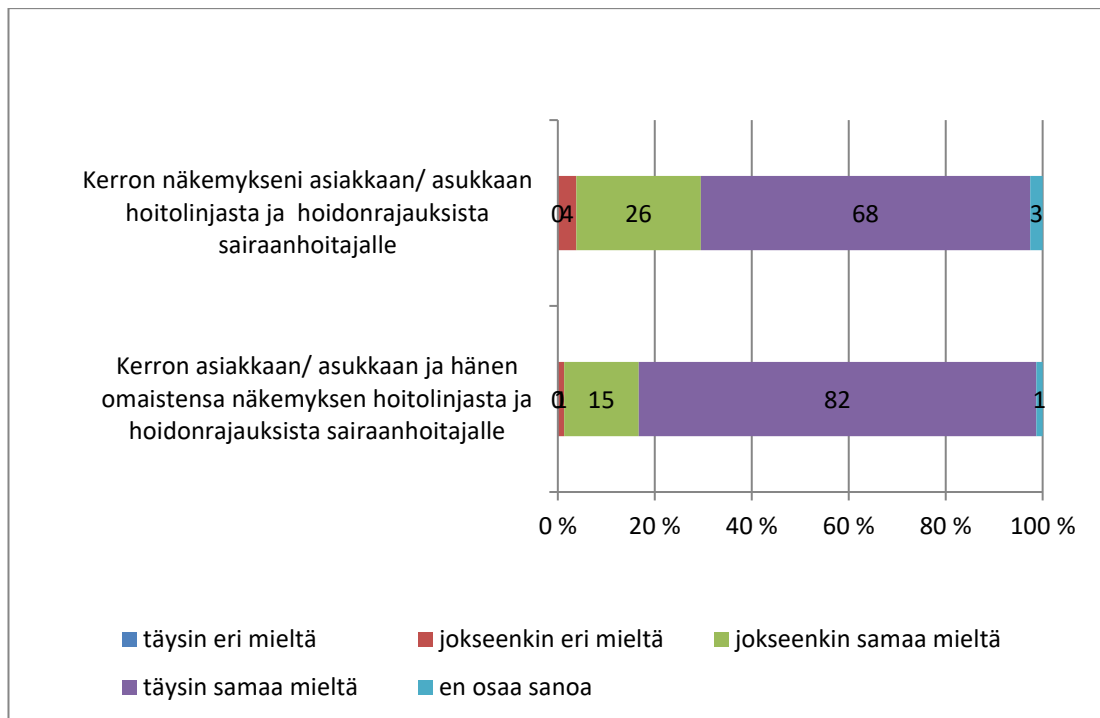




Kuvio 10. Tehostetun palveluasumisen hoitajien vastaukset liittyen keskusteluihin hoitolinjauksista ja hoidon rajauksista asukkaan ja hänen omaistensa kanssa

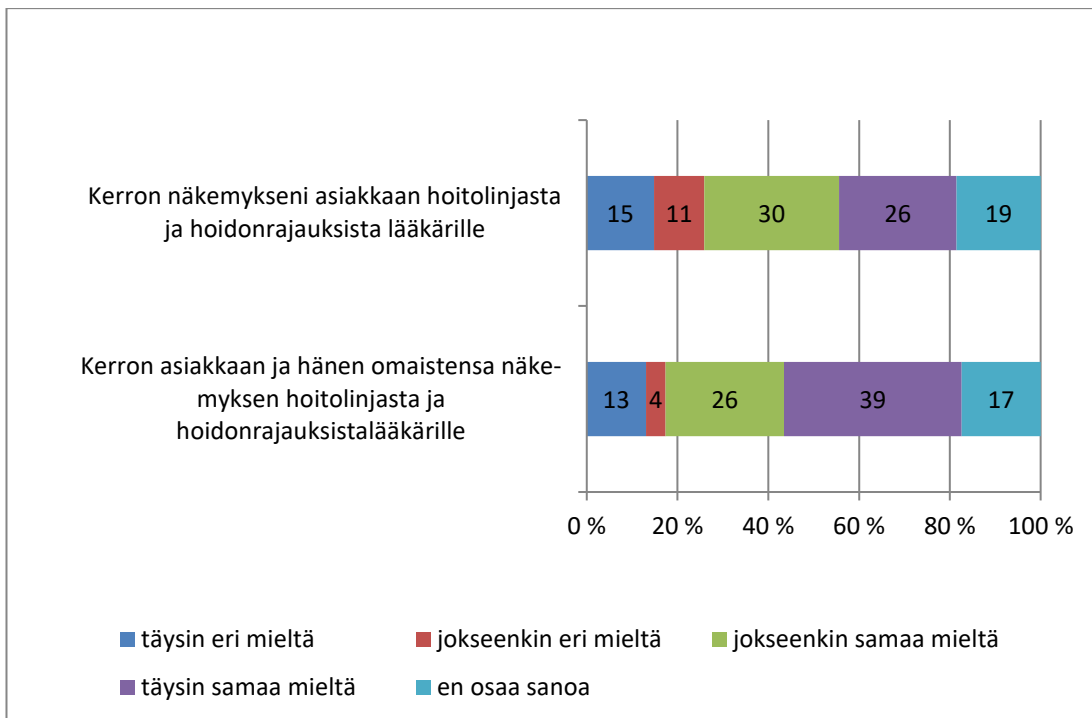
Verrattaessa sekä kotihoidon että tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien ja lähihoitajien keskusteluja asiakkaiden ja omaisten kanssa hoitolinjauksista ja hoidonrajauksista, nähdään, että omaisten kanssa keskusteluissa ei ole niin suurta eroa ammattiryhmien välillä kuin asiakkaan kanssa keskusteluissa. Sairaanhoitajista (n=18) 91% on täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että keskustele hoitolinjauksista ja hoidonrajauksista asiakkaan kanssa. Lähihoitajista näin vastasi (n=74) 72%. Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä omaisten kanssa keskusteluista oli 86% sairaanhoitajista ja 81% lähihoitajista.

Lähihoitajat sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa kertovat herkemmin sairaanhoitajalle asiakkaan ja omaisten näkemyksen hoitolinjasta ja hoidonrajauksista kuin mitä oman näkemyksensä (kuvio 11).

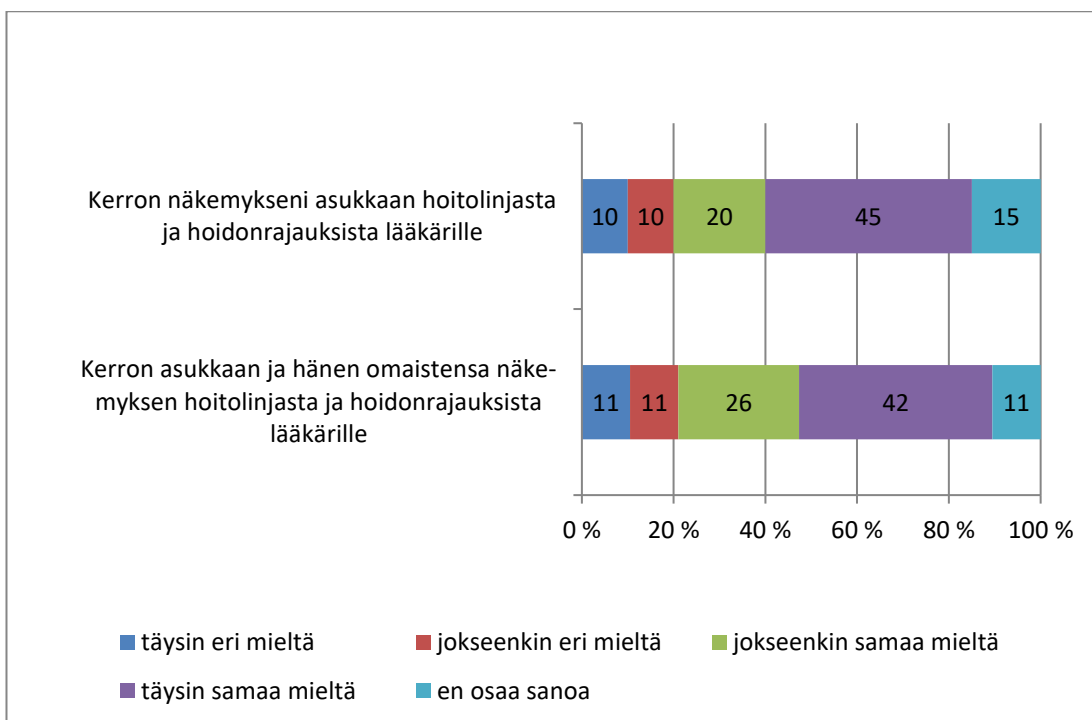


Kuvio 11. Lähihoitaja/ perushoitaja: oman, asiakkaan sekä hänen omaisensa näkemyksen kertominen hoitolinjasta ja hoidonrajauksista sairaanhoitajalle

Kotihoidon sairaanhoitajista (n=9) 26% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä siitä, että kertoisi lääkärille oman näkemyksensä asiakkaan hoitolinjasta ja hoidonrajauksista. Heistä 17% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että kertoisi lääkärille asiakkaan ja hänen omaistensa näkemyksen hoitolinjasta ja hoidonrajauksista (kuvio 12). Tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajista (n=9) 20% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että kertoisi lääkärille oman näkemyksensä asukkaan hoitolinjasta ja hoidonrajauksista. Heistä 22% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että kertoisi lääkärille asukkaan ja hänen omaistensa näkemyksen hoitolinjasta ja hoidonrajauksista (kuvio 13).

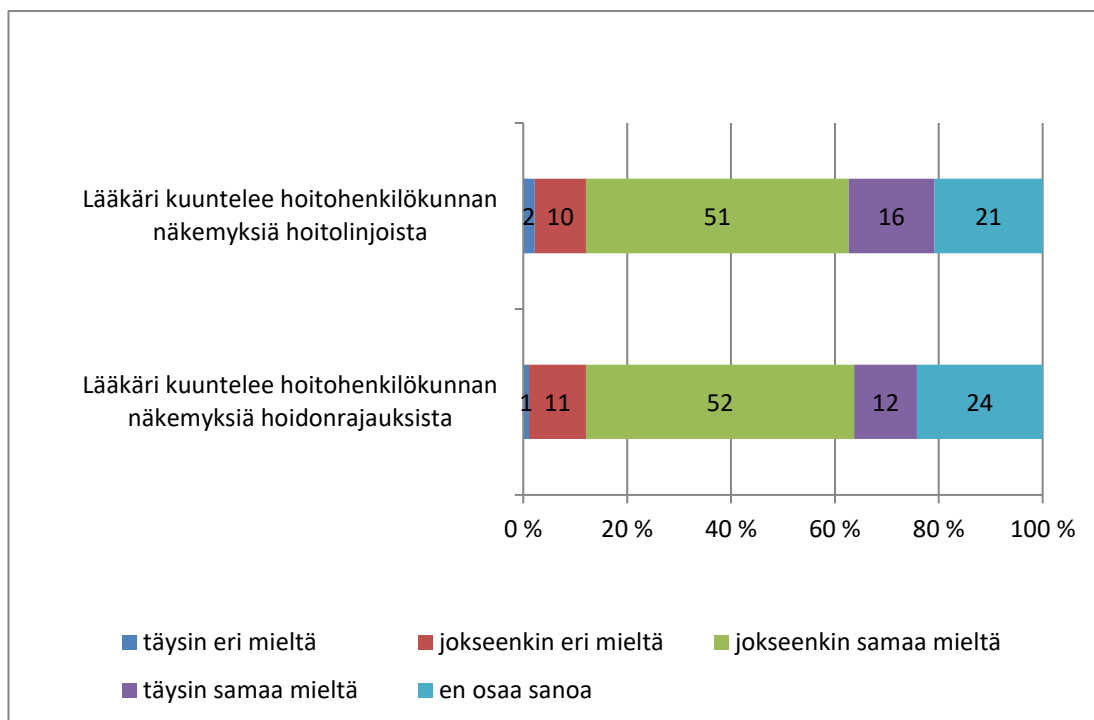


Kuvio 12. Kotihoidon sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja: oman, asiakkaan sekä hänen omaisensa näkemyksen kertominen hoitolinjasta ja hoidonrajoituksista lääkärille



Kuvio 13. Tehostetun palveluasumisen sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja: oman, asukkaan sekä hänen omaisensa näkemyksen kertominen hoitolinjasta ja hoidonrajoituksista lääkärille

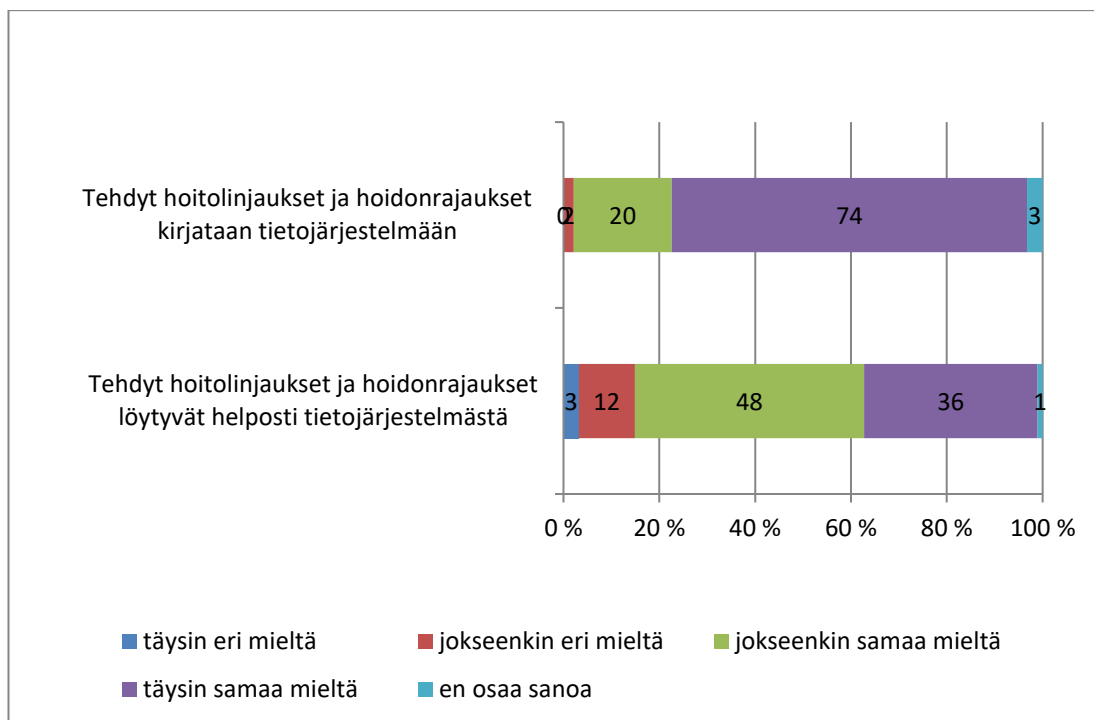
Noin kaksikolmasosaa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=94) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että lääkäri kuuntelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitolinjoista ja hoidonrajauksista. Reilu 10% vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä, että lääkäri kuuntelisi hoitohenkilökunnan näkemyksiä (kuvio 14).



Kuvio 14. Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien näkemys kuunteleeko lääkäri hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitolinjoista ja hoidonrajauksista

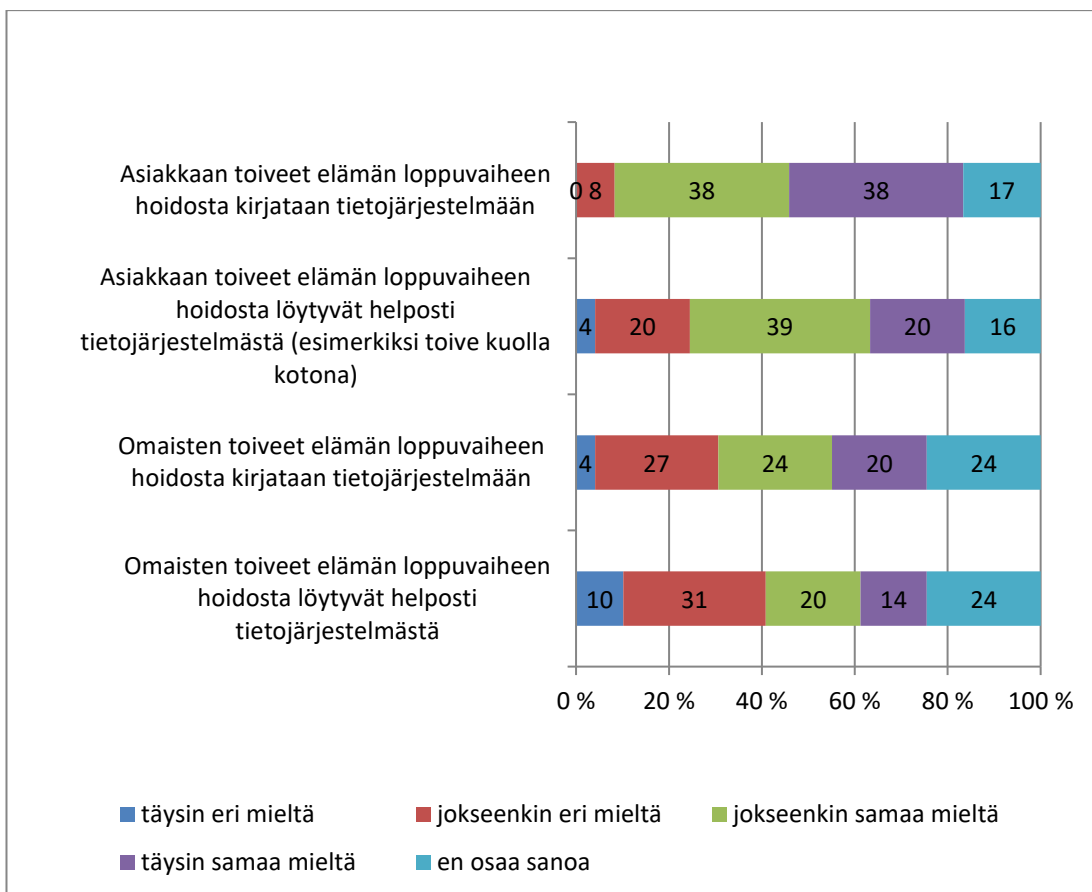
### 7.3 Elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen tietojärjestelmään

Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=94) kolmeneljäsosaa oli täysin samaa mieltä ja 20% jokseenkin samaa mieltä, että tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset kirjataan tietojärjestelmään. Vastaajista vain reilu kolmasosa oli täysin samaa mieltä, että nämä kirjaukset löytyvät helposti tietojärjestelmästä, noin puolet vastaajista oli tästä jokseenkin samaa mieltä (kuvio 15).

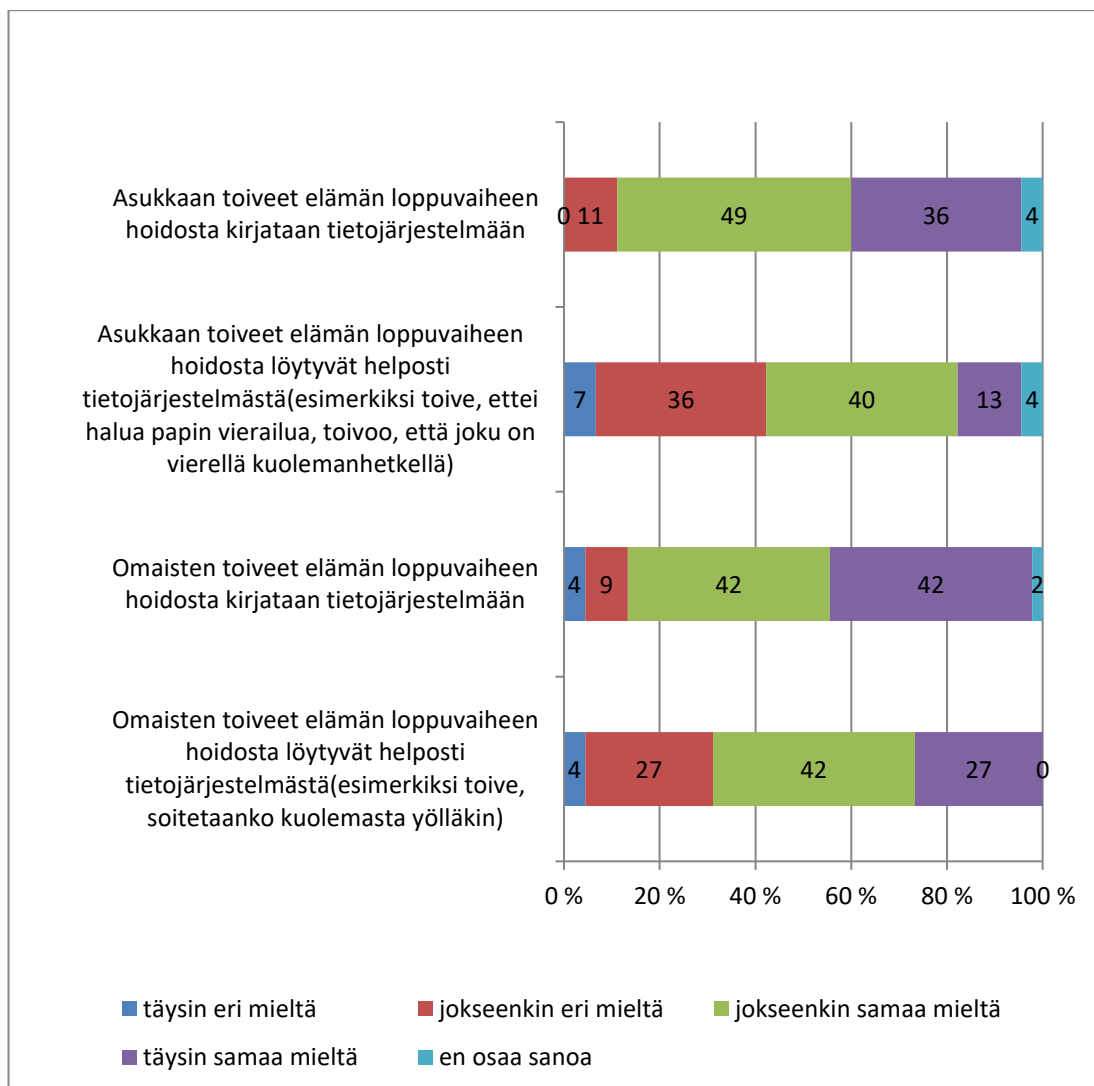


Kuvio 15. Kaikkien vastaajien näkemys hoitolinjan ja hoidonrajausten kirjaamisesta tietojärjestelmään ja niiden löytymisestä tietojärjestelmästä helposti

Asiakkaan sekä hänen omaistensa elämän loppuvaiheen toiveiden kirjaamisessa tietojärjestelmään sekä näiden tietojen löytymisessä tietojärjestelmästä koettiin haastetta sekä kotihoidossa (kuvio 16) että tehostetussa palveluasumisessa (kuvio 17). Noin 10% vastaajista sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa oli jokseenkin eri mieltä, että asiakkaan toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään. Kotihoidon hoitajista 24% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että nämä tiedot löytyvät tietojärjestelmästä helposti. Tehostetun palveluasumisen hoitajista jopa 43% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä tästä. Kotihoidon hoitajista 31% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että omaisten toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään, 41% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että nämä tiedot löytyisivät tietojärjestelmästä helposti. Tehostetun palveluasumisen hoitajista 13% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että omaisten toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään, 31% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että nämä tiedot löytyvät helposti.



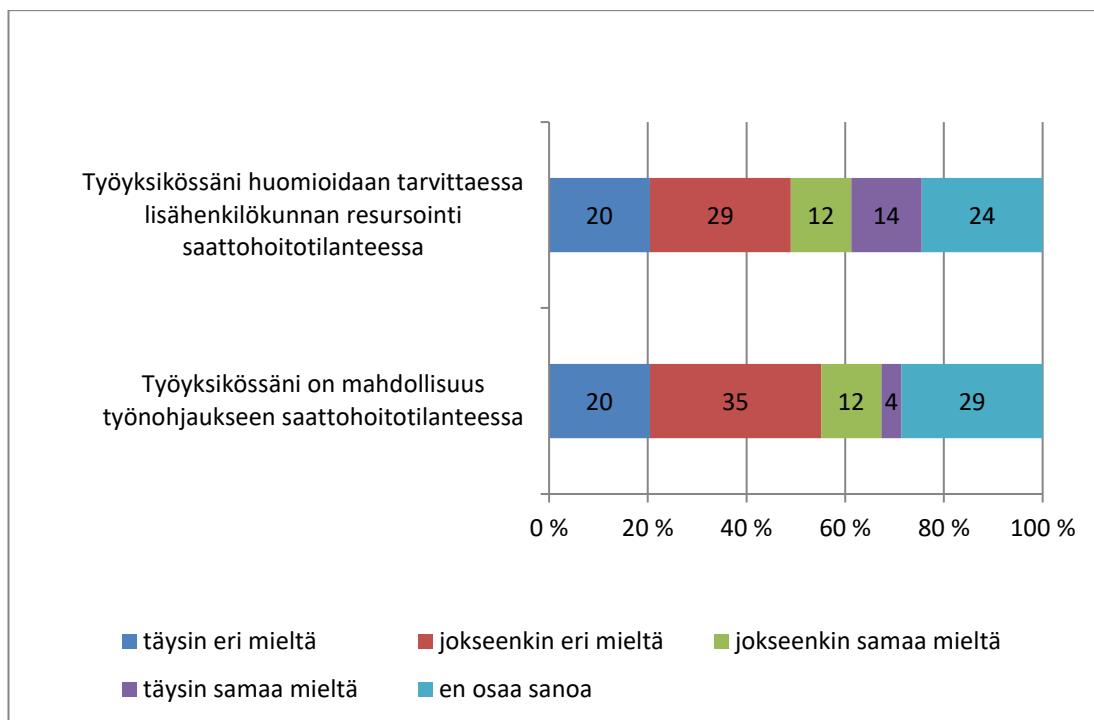
Kuvio 16. Kotihoidon vastaajien näkemykset asiakkaan ja omaisten toiveiden kirjaamisesta tietojärjestelmään sekä niiden löytymisestä tietojärjestelmästä



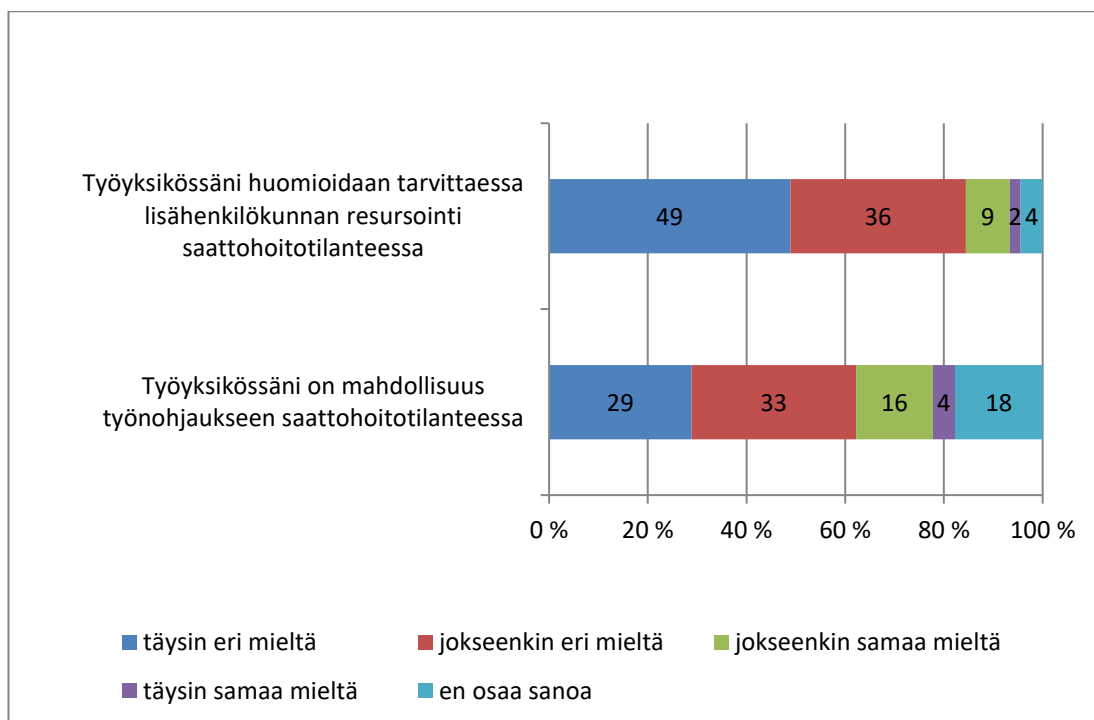
Kuvio 17. Tehostetun palveluasumisen vastaajien näkemykset asukkaan ja omaisten toiveiden kirjaamisesta tietojärjestelmään ja niiden löytymisestä tietojärjestelmästä

#### 7.4 Organisaatioon liittyvät näkökulmat

Tehostetun palveluasumisen hoitajat kokivat kotihoidon hoitajia useammin, että lisähenkilökuntaa ei saatu saattohoitotilanteisiin. Kotihoidon hoitajista (n=49) 49% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että lisähenkilökuntaa saataisiin saattohoitotilanteissa (kuvio 18). Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) jopa 85% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä tästä (kuvio 19). Sekä kotihoidon hoitajista että tehostetun palveluasumisen hoitajista reilu puolet vastaajista oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että omassa työyksikössä olisi mahdollisuus työnohjaukseen saattohoitotilanteissa.



Kuvio 18. Kotihoidon vastaajien näkemys lisäresurssin saamisesta sekä työnohjauksen mahdollisuudesta

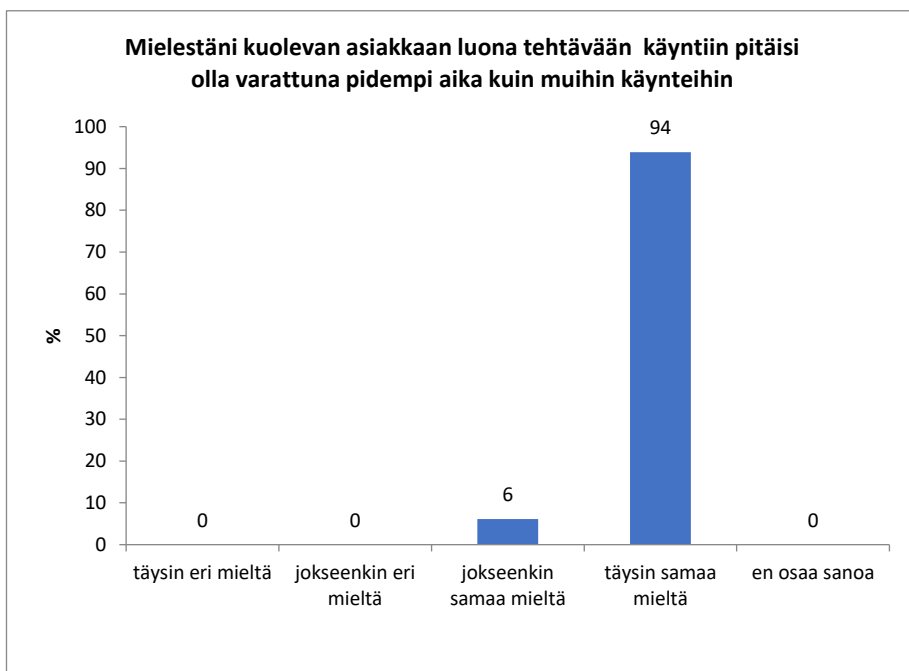


Kuvio 19. Tehostetun palveluasumisen vastaajien näkemys lisäresurssin saamisesta sekä työnohjauksen mahdollisuudesta

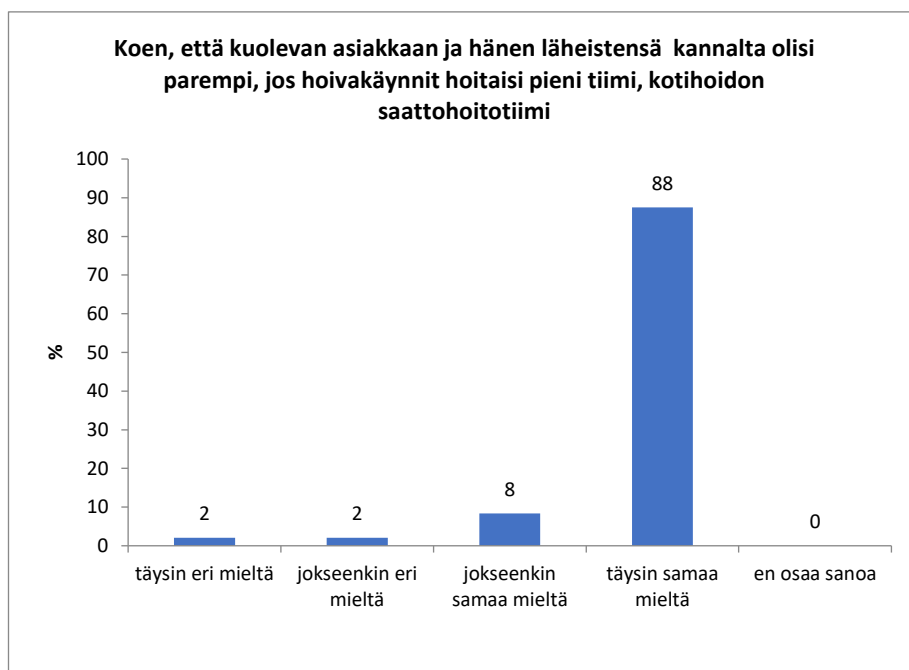
Kotihoidon hoitajista (n=49) 94% oli täysin samaa mieltä, että kuolevan asiakkaan luona tehtävään käyntiin tulisi olla varattuna pidempi aika kuin muihin käynteihin



(kuvio 20). Heistä 88% oli täysin samaa mieltä, että asiakas ja hänen läheisensä hyötyisivät, jos hoivakäynnit hoitaisi kotihoidon oma saattohoitotiimi (kuvio 21).

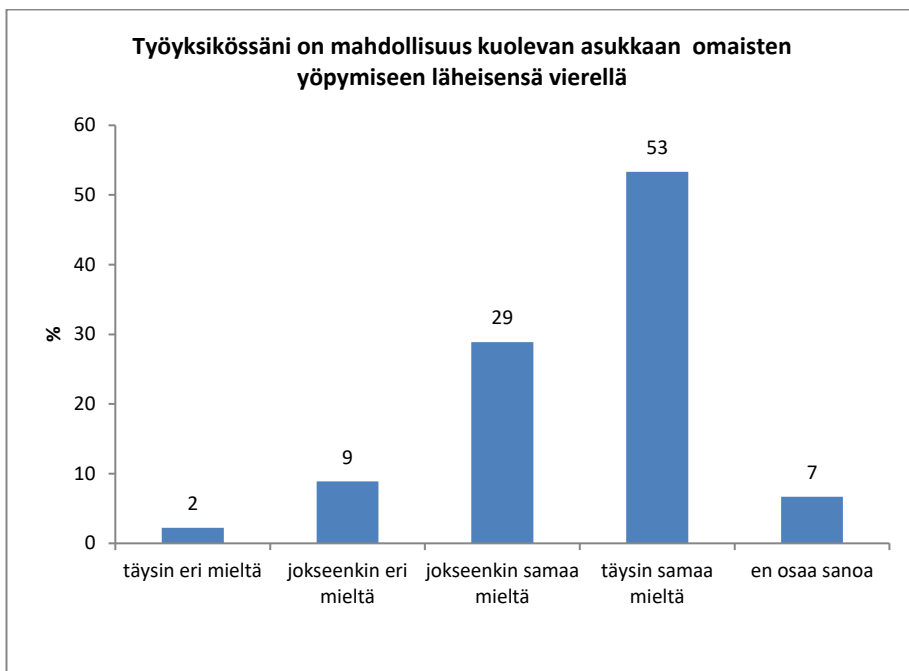


Kuvio 20. Kuolevan asiakkaan luona tehtävään käyntiin tulisi olla varattuna pidempi aika kuin muihin käynteihin

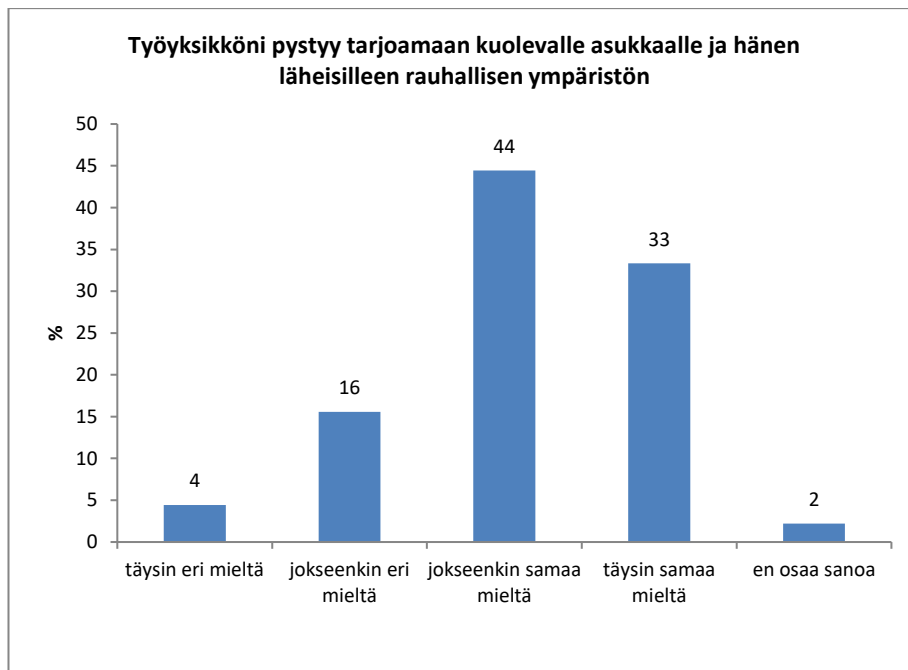


Kuvio 21. Kotihoidon saattohoitotiimin hyödyllisyys kuolevalle asiakkaalle ja hänen läheisilleen

Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 82% oli täysin samaa mieltä tai joksinkin samaa mieltä, että omassa työyksikössä kuolevan asukkaan omaisilla on mahdollisuus yöpymiseen läheisensä vierellä (kuvio 22). Vastaajista 77% oli täysin samaa mieltä tai joksinkin samaa mieltä, että kuolevalle asukkaalle ja hänen läheiselleen pystyttiin takaamaan rauhallinen ympäristö (kuvio 23).



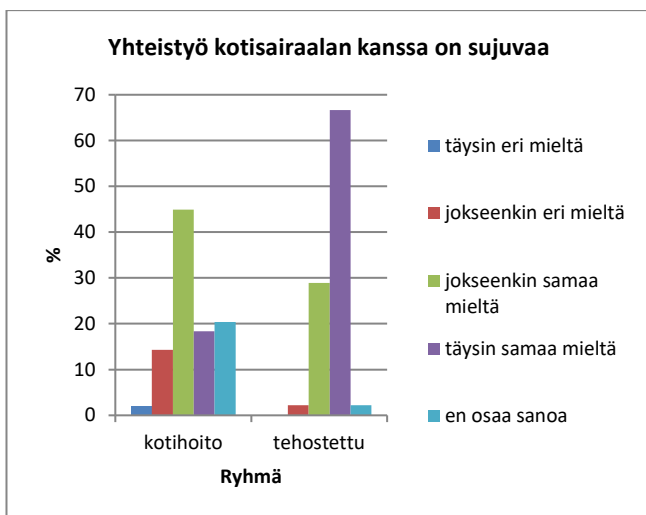
Kuvio 22. Omaisten mahdollisuus yöpyä kuolevan asukkaan vierellä



Kuvio 23. Rauhallisen ympäristön takaaminen kuolevalle asukkaalle ja hänen läheisilleen

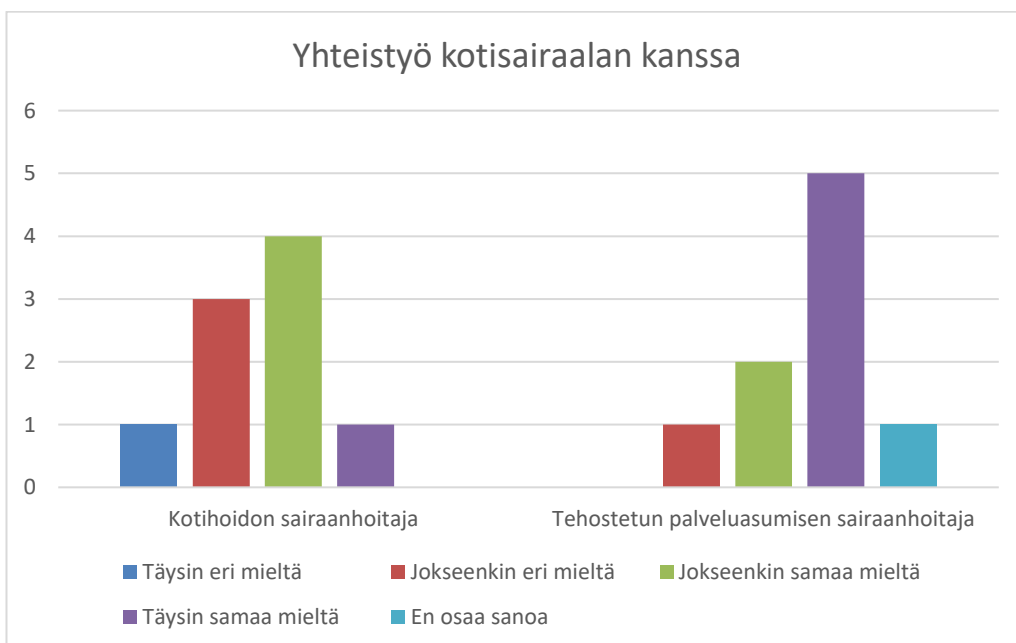
### 7.5 Yhteistyö kotisairaalan kanssa

Yhteistyön sujuvuudessa kotisairaalan kanssa koettiin eroa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien välillä (kuvio 24). Tehostetun palveluasumisen hoitajat kokivat yhteistyön sujuvammaksi kuin kotihoidon hoitajat. Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 96% oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että yhteistyö kotisairaalan kanssa on sujuvaa. Kotihoidon hoitajista (n=49) 63% oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä yhteistyön sujuvuudesta. Vain 18% kotihoidon vastaajista oli täysin samaa mieltä yhteistyön sujuvuudesta.



Kuvio 24. Kotisairaalan kanssa tehtävä yhteistyö on sujuvaa, kotihoiton ja tehostetun palveluasumisen hoitajien vastaukset

Kotisairaalan kanssa tehtävän yhteistyön sujuvuutta tarkasteltiin myös kotihoiton sairaanhoitajien ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien välillä (kuvio 25). Myös tässä näkyy, että tehostetussa palveluasumisessa arvioidaan yhteistyö sujuvammaksi.

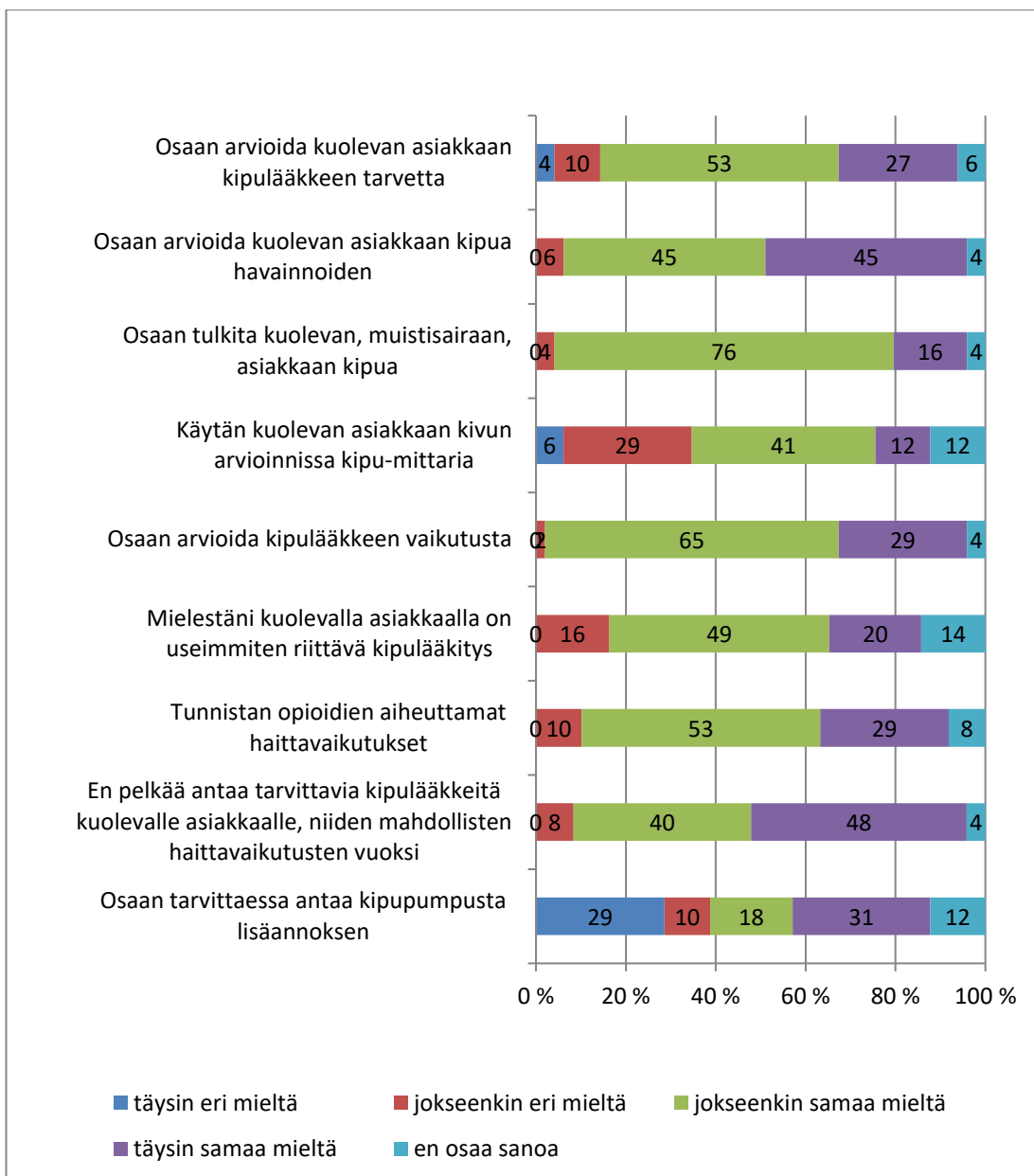


Kuvio 25. Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien näkemykset yhteistyön sujuvuudesta kotisairaalan kanssa

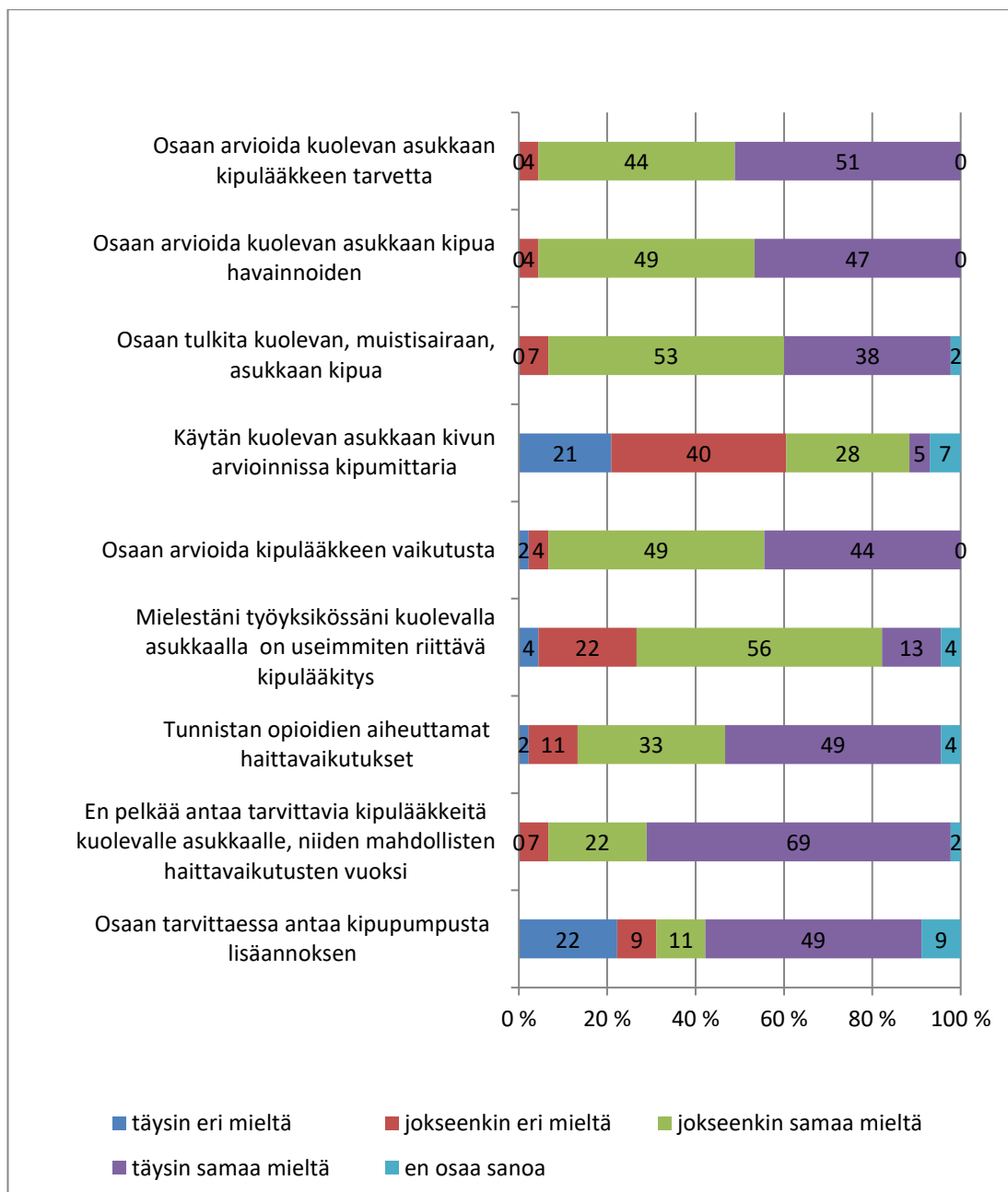
## 7.6 Saattohoitovaiheen asiakkaan oirehoito

### 7.6.1 Kivunhoito

Kivunhoitoon liittyvissä kysymyksissä nousi esiin, että tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat osaamisensa korkeammaksi kuin kotihoidon hoitajat (kuviot 26 ja 27). Tämä näkyy myös, kun tarkastellaan erikseen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien vastauksia. Esimerkiksi saattohoitovaiheen asiakkaan kipulääkkeen tarpeen arvioinnissa tehostetun palveluasumisen hoitajista täysin samaa mieltä osaamisestaan oli 51% vastaajista, kotihoidon hoitajilla vastaava luku oli 27%. Muistisairaana asiakkaan kivun tulkinta koettiin haasteellisemmaksi. Kaikista vastaajista (n=94) 27% oli täysin samaa mieltä, että osaavat tulkita kuolevan, muistisairaana asiakkaan/ asukkaan kipua. Kaikista vastaajista (n=94) vain 9% oli täysin samaa mieltä kysyttäessä kipumittarin käyttöä kuolevan asiakkaan kivun arvioinnissa. Myös kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnin osaamisessa oli eroa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien vastauksissa. Kotihoidon hoitajista (n=49) 29% oli täysin samaa mieltä kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnin hallinnasta. Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 44% oli täysin samaa mieltä asiasta. Myös opiaattien haittavaikutusten tunnistamisessa tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat osaamisensa laajemmaksi kuin kotihoidon hoitajat. Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 49% oli täysin samaa mieltä opiaattien haittavaikutusten tunnistamisessa. Kotihoidon hoitajista (n=49) 29% oli täysin samaa mieltä asiasta.

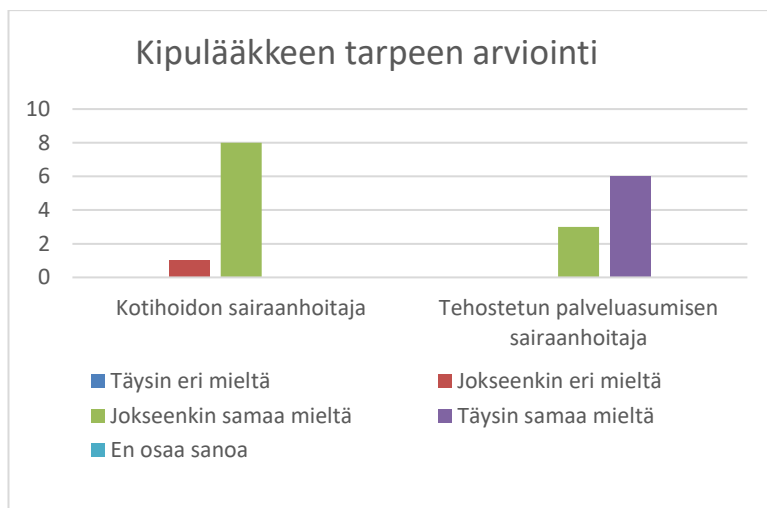


Kuvio 26. Kotihoidon hoitajien kuolevan asiakkaan kivunhoitoon liittyvät kysymykset

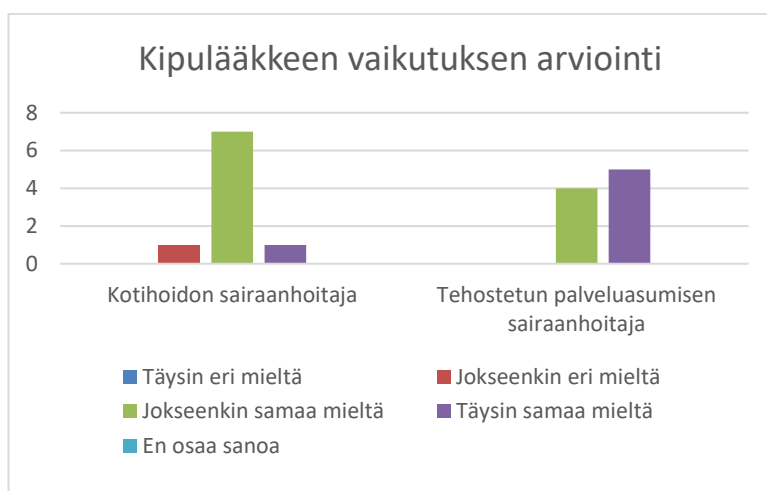


Kuvio 27. Tehostetun palveluasumisen hoitajien kuolevan asiakkaan kivunhoitoon liittyvät kysymykset

Tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajat arvioivat kivunhoidon osaamisensa korkeammaksi kuin kotihoidon sairaanhoitajat (kuviot 28-29). Kotihoidon sairaanhoitajista (n=9) kukaan ei arvioinut olevansa täysin samaa mieltä arvioitaessa kuolevan asiakkaan kipulääkkeen tarvetta. Vain yksi kotihoidon sairaanhoitaja arvioi olevansa täysin samaa mieltä kysyttäessä kuolevan asiakkaan kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnin osaamista.



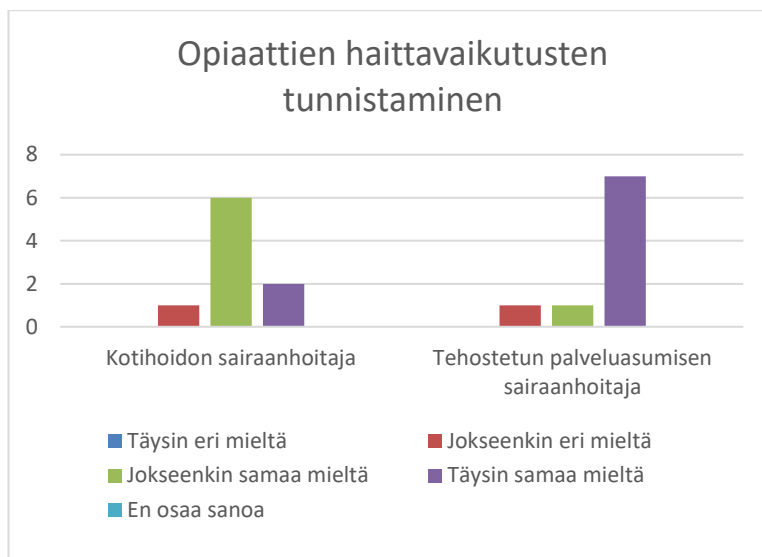
Kuvio 28. Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien näkemykset osaamisestaan kipulääkkeen tarpeen arvioinnissa



Kuvio 29. Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien näkemykset osaamisestaan kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnissa

Tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajat arvioivat myös osaamisensa tunnistaa opi-aattien haittavaikutuksia korkeammaksi kuin kotihoidon sairaanhoitajat (kuvio 30). Tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajista 78% oli täysin samaa mieltä osaamisestaan tunnistaa opi-aattien haittavaikutuksia ja kotihoidon hoitajista täysin samaa mieltä oli 22% vastaajista.

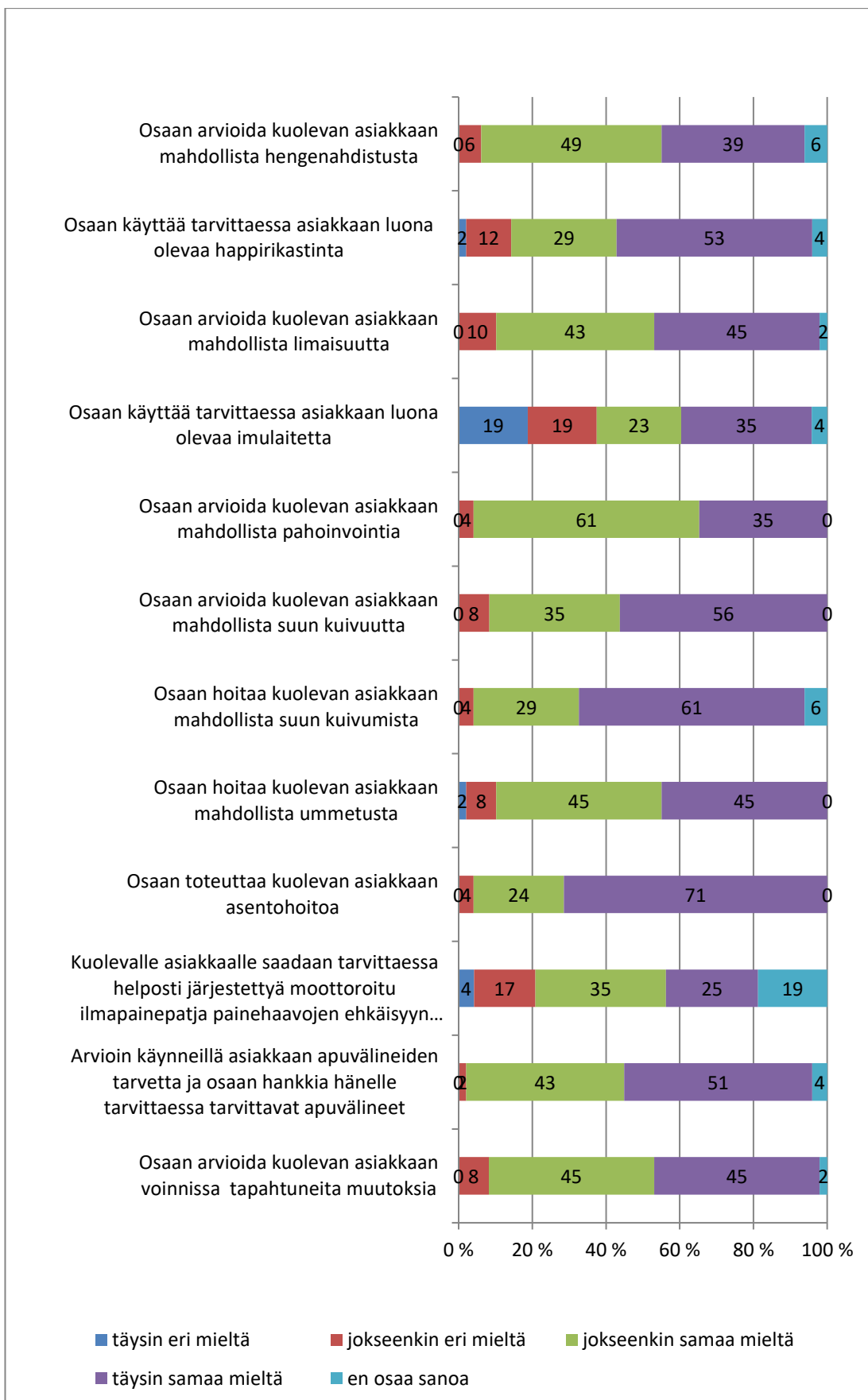




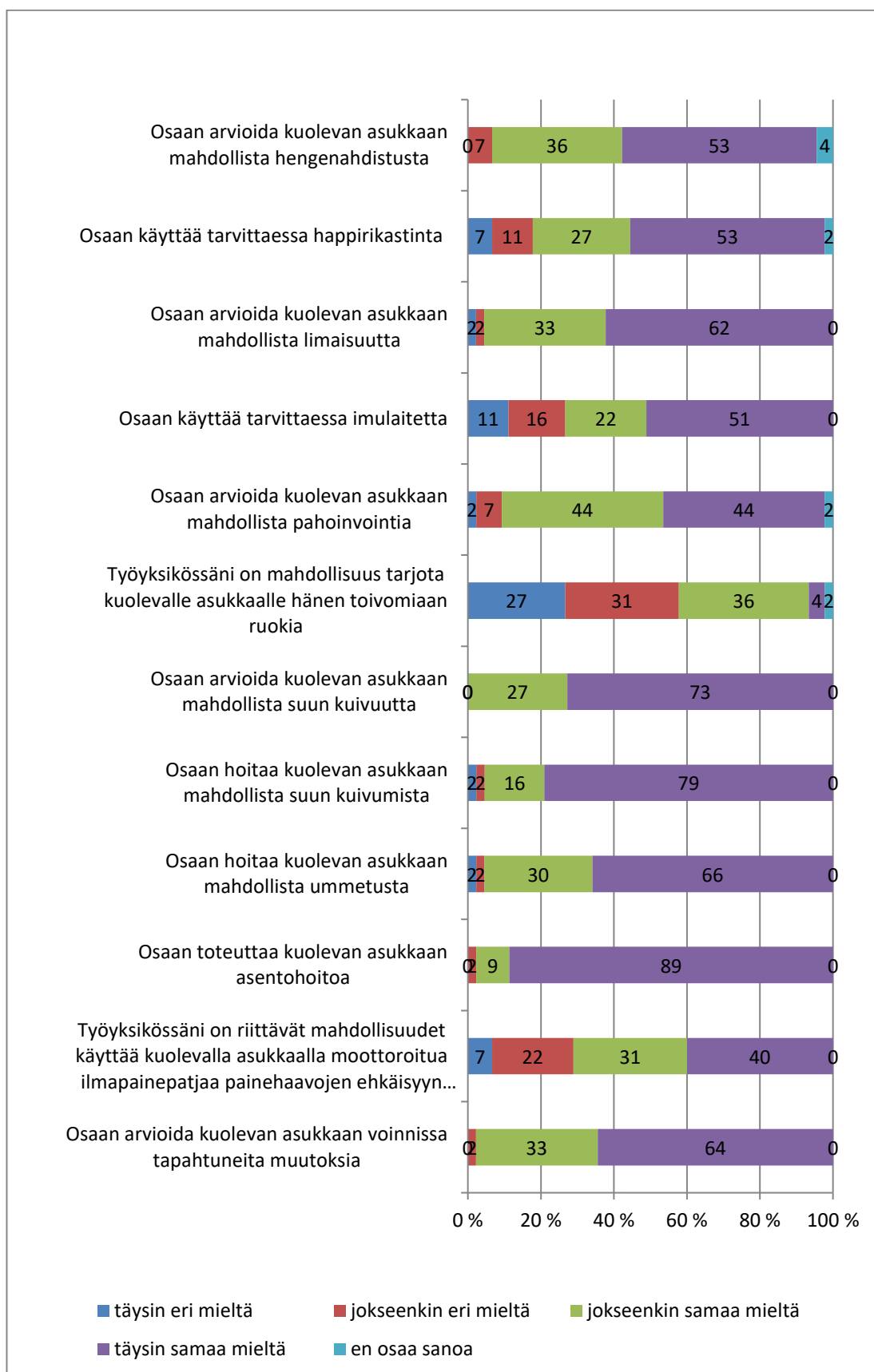
Kuvio 30. Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien näkemykset osaamisestaan opiaattien haittavaikutusten arvioinnissa

#### 7.6.2 Muu oirehoito

Myös useassa kuolevan asiakkaan muuhun oirehoitoon liittyvässä kysymyksessä tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat osaamisensa korkeammaksi kuin kotihoidon hoitajat (kuviot 31 ja 32). Esimerkiksi kuolevan asiakkaan hengenahdistuksen arvioinnin hallinnassa tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 53% arvioi olevansa täysin samaa mieltä. Kotihoidon hoitajista (n=49) 39% arvioi olevansa täysin samaa mieltä väittämästä. Myös limaisuuden arvioinnissa tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat osaamisensa korkeammaksi kuin kotihoidon hoitajat. Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 62% vastasivat olevansa täysin samaa mieltä, että osaavat arvioida kuolevan asukkaan mahdollista limaisuutta. Kotihoidon hoitajista (n=49) 45% oli täysin samaa mieltä. Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) noin puolet arvioivat olevansa täysin samaa mieltä osaavansa käyttää tarvittaessa imulaitetta. Kotihoidon hoitajista noin 20% arvioi olevansa täysin eri mieltä osaavansa käyttää tarvittaessa imulaitetta. Tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 58% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että omassa työyksikössä on mahdollista tarjota kuolevalle asukkaalle hänen toivomiaan ruokia.



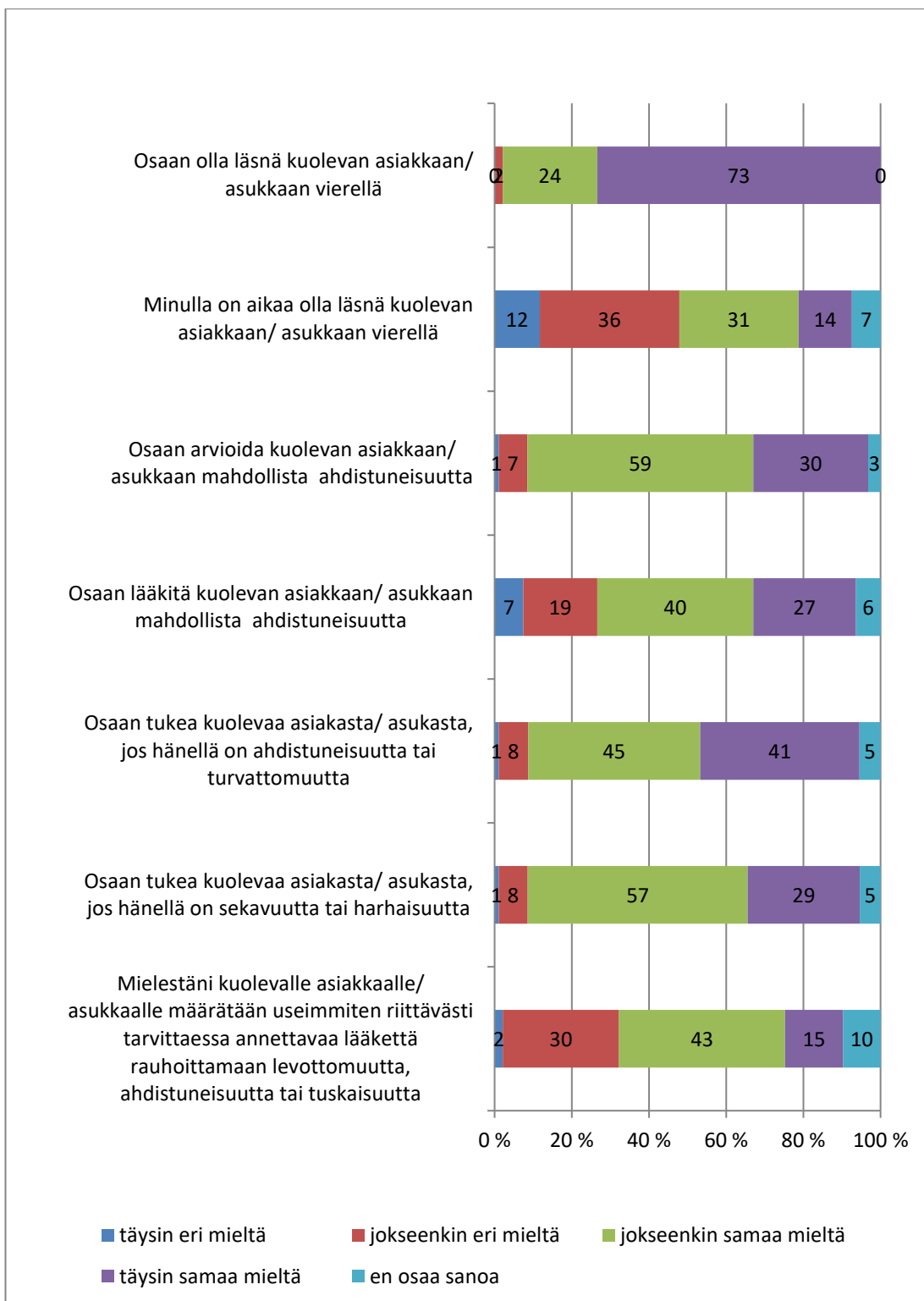
Kuvio 31. Kotihoidon hoitajien kuolevan asiakkaan muuhun oirehoitoon liittyvät kysymykset



Kuvio 32. Tehostetun palveluasumisen hoitajien kuolevan asiakkaan muuhun oirehoitoon liittyvät kysymykset

### 7.7 Kuolevan asiakkaan psykososiaalinen tukeminen

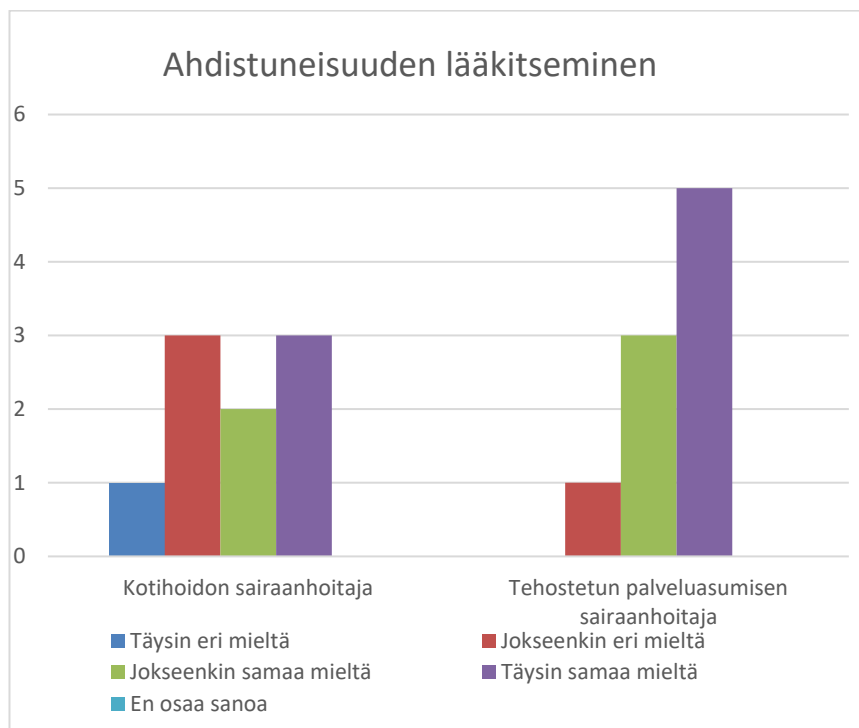
Psykososiaaliseen tukemiseen liittyvissä kysymyksissä ei ollut juurikaan eroja kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien vastausten välillä, joten vastauksia ei ole vertailtu kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien välillä (kuvio 33). Kaikista vastaajista (n=94) 48% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että heillä on aikaa olla läsnä kuolevan asiakkaan vierellä. Vastaajista (n=94) 26% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että osaavat lääkitä kuolevan asiakkaan mahdollista ahdistuneisuutta. Kolmasosa vastaajista (n=94) arvioi olevansa täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että kuolevalle asiakkaalle määrätään useimmiten riittävästi tarvittavia lääkkeitä ahdistuneisuuteen, levottomuuteen tai tuskaisuuteen.



Kuvio 33. Kaikkien vastaajien näkemykset psykososiaalisen tukemisen osaamisesta

Vertailtaessa kotihoidon sairaanhoitajien ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien vastauksia kuolevan asiakkaan mahdollisen ahdistuneisuuden lääkitsemisen hallinnassa, kotihoidon sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa matalammaksi kuin

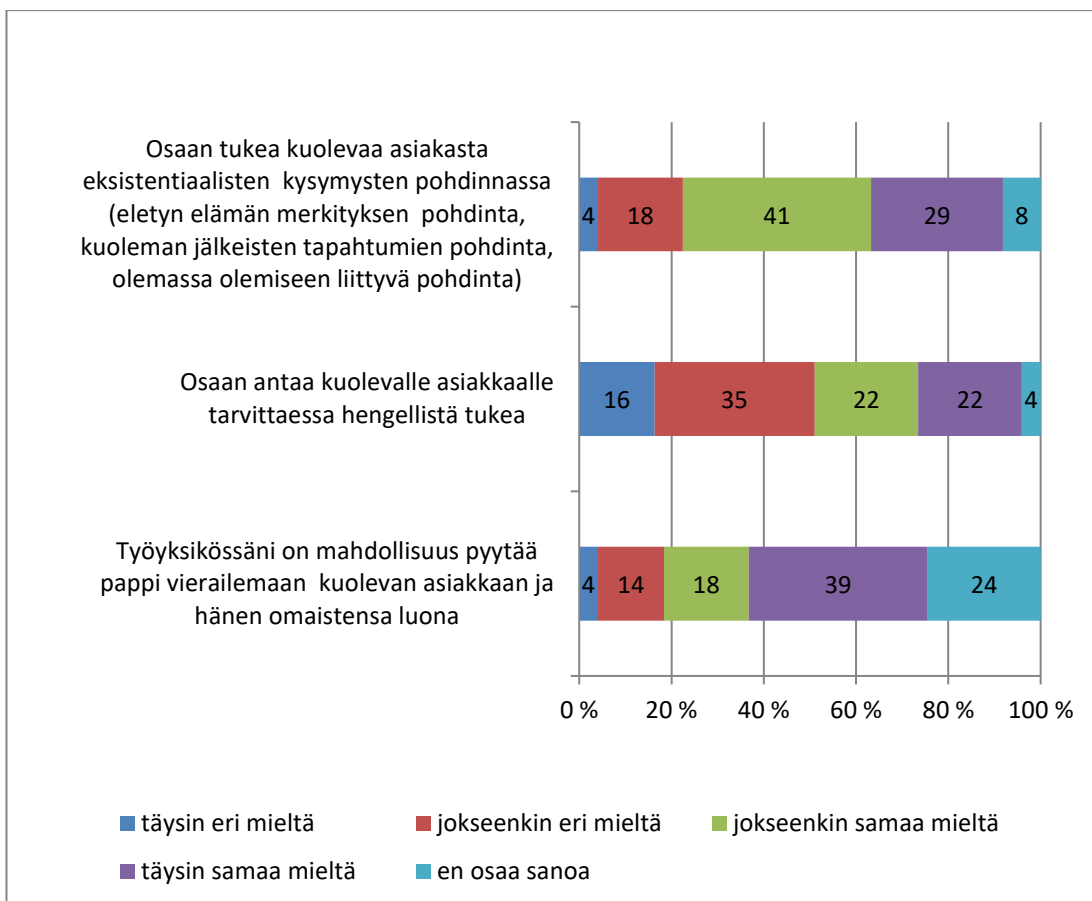
tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajat (Kuvio 34). Kotihoidon sairaanhoitajista (n=9) 44% arvioi olevansa täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä osaamisestaan lääkitä kuolevan asiakkaan mahdollista ahdistuneisuutta.



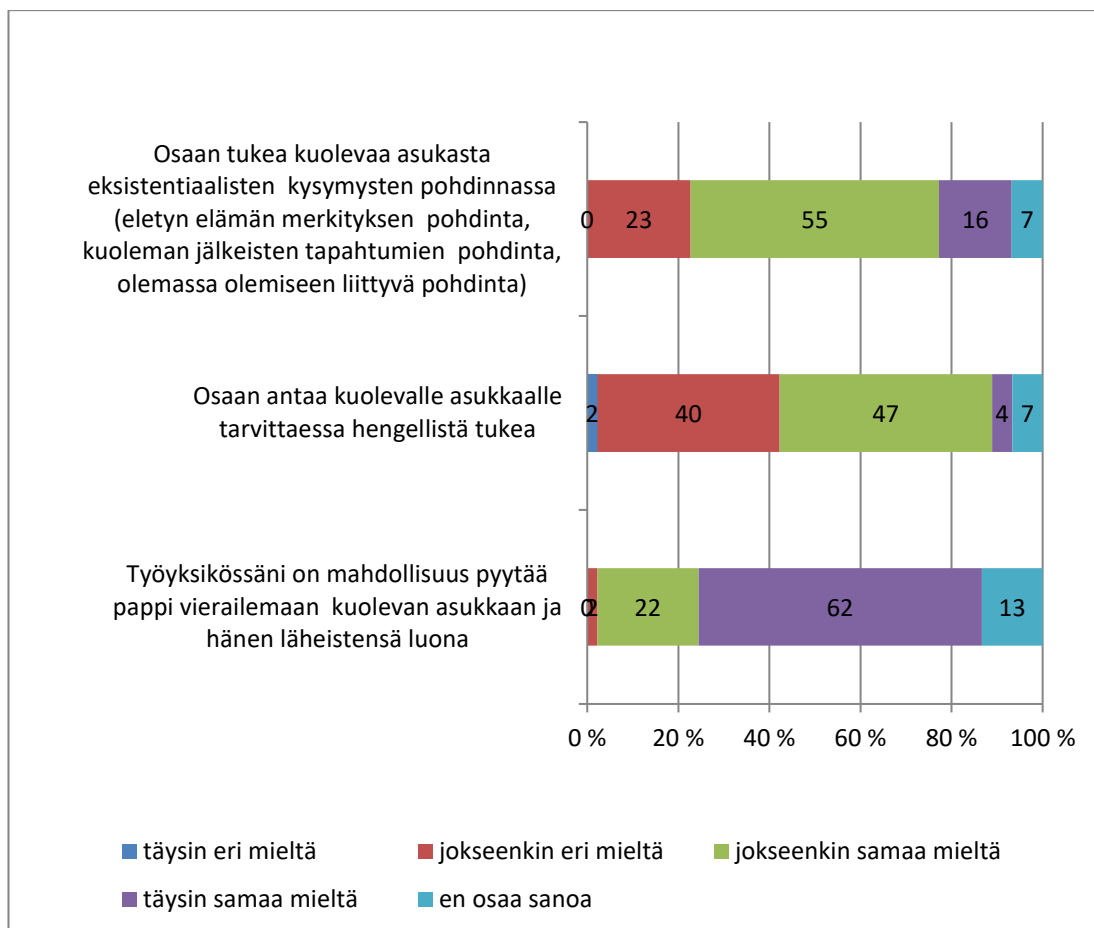
Kuvio 34. Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien näkemykset osaamisestaan lääkitä kuolevan asiakkaan mahdollista ahdistuneisuutta

## 7.8 Kuolevan asiakkaan eksistentiaalinen ja hengellinen tukeminen

Kotihoidon hoitajat (kuvio 35) arvioivat korkeammaksi osaamisensa antaa kuolevalle eksistentiaalista ja hengellistä tukea kuin tehostetun palveluasumisen hoitajat (kuvio 36). Kotihoidon hoitajista (n=49) 29% oli täysin samaa mieltä osaamisestaan kuolevan asiakkaan eksistentiaalisen pohdinnan tukemisessa, tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) täysin samaa mieltä oli 16%. Kotihoidon hoitajista 22% oli täysin samaa mieltä osaamisestaan antaa kuolevalle asiakkaalle hengellistä tukea, tehostetun palveluasumisen hoitajista vain 4% oli tästä täysin samaa mieltä. Kotihoidon hoitajista tosin noin puolet vastaajista oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä hengellisen tuen osaamisestaan. Tehostetun palveluasumisen hoitajista 42% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä osaamisestaan. Kotihoidon vastaajat kokivat vähäisemmäksi mahdollisuuden pyytää pappi vierailemaan kuolevan luokse mitä tehostetun palveluasumisen hoitajat.



Kuvio 35. Kotihoidon hoitajien näkemykset kuolevan asiakkaan eksistentialiseen ja hengelliseen tukemiseen liittyen

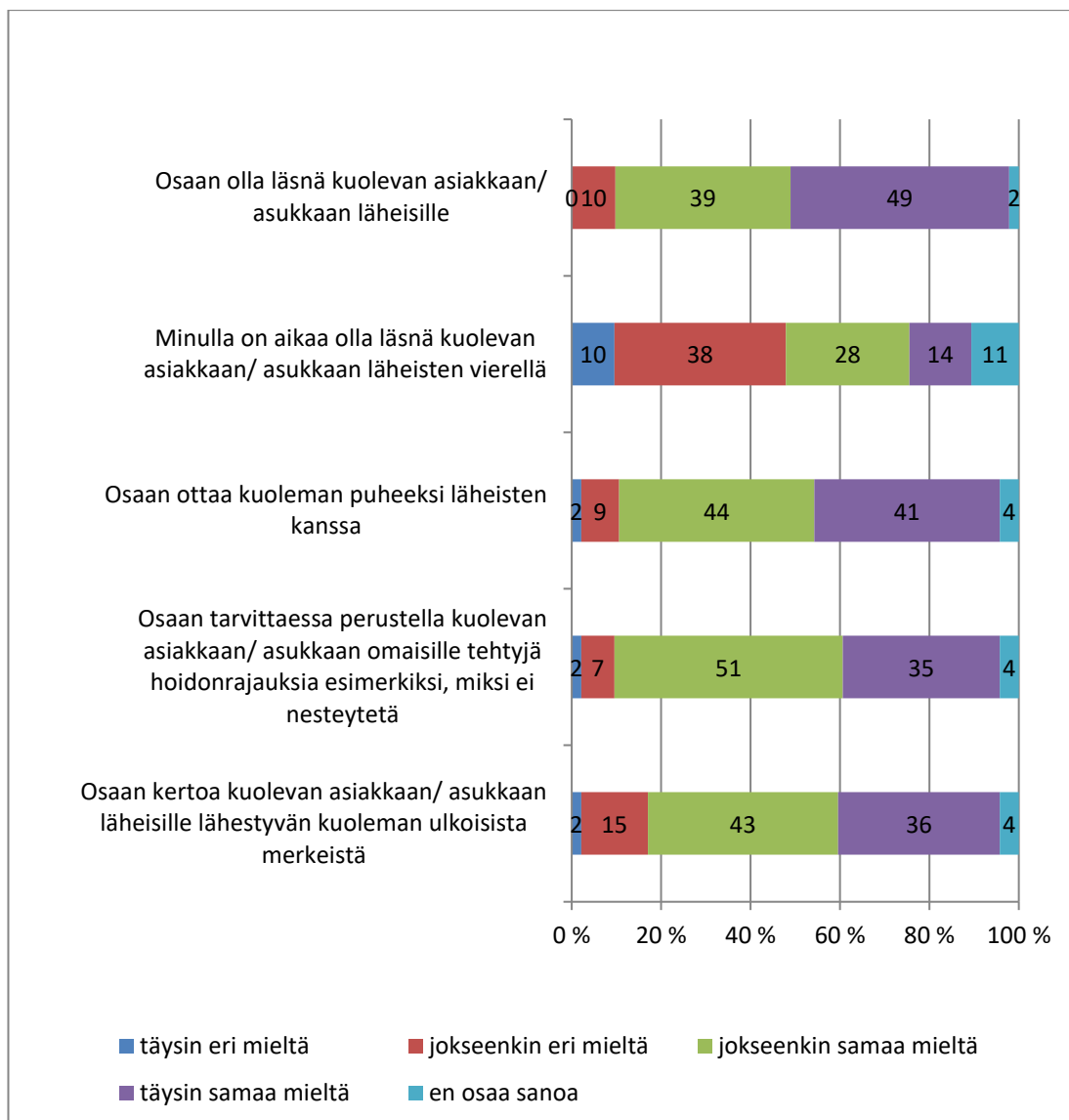


Kuvio 36. Tehostetun palveluasumisen hoitajien näkemykset kuolevan asiakkaan eksistentialiseen ja hengelliseen tukemiseen liittyen

### 7.9 Kuolevan asiakkaan läheisten tukeminen

Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien vastauksissa ei ollut suurta eroa koskien kuolevan asiakkaan läheisten tukemista (Kuvio 37), joten vastauksia ei ole vertailtu kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien välillä. Kaikista vastaajista (n=94) noin puolet oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että heillä olisi aikaa olla läsnä kuolevan asiakkaan omaisen vierellä.





Kuvio 37. Kaikkien vastaajien näkemykset kuolevan asiakkaan läheisten tukemiseen liittyviin kysymyksiin

#### 7.10 Hoitajien näkemykset kehittämistarpeista työyksiköissään

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä kokevatko he, että heidän omassa työyksikössään olisi kehittämistarpeita liittyen kuolevan asiakkaan hoitamiseen. Kotihoidon hoitajista (n=49) kymmenen vastasi tähän kysymykseen ja tehostetun palveluasumisen hoitajista (n=45) 22 vastasi kyseiseen kysymykseen.

Kotihoidon hoitajat kokevat, että kuolevan asiakkaan hoitoa kotona voitaisiin kehittää siten, että asiakkaan luona kävisi mahdollisimman pieni joukko hoitajia, jotka ovat

kokeneita ja tuntevat asiakkaan ennestään. Saattohoidon osaamisen varmistamiseksi ehdotetaan joko erillistä kotihoidon saattohoitotiimiä tai jokaisesta tiimistä muutaman saattohoidosta kiinnostuneen hoitajan muodostamaa tiimiä. Kehittämistarvetta nähdään myös yhteistyössä kotisairaalan kanssa, kotihoidon hoitajat kokevat epäselvyyttä työnjaossa. Saattohoidosta toivotaan koulutusta säännöllisin väliajoin, myös perehdytykseen tulisi kiinnittää huomiota. Kotihoidon hoitajat toivovat myös, että kuolevan asiakkaan käynteihin olisi riittävästi aikaa. Kehittämiskohteena nähtiin myös kivunhoidon kehittäminen.

Tehostetun palveluasumisen hoitajat näkevät saattohoitoon liittyvinä kehittämistarpeina lisäkoulutuksen ja uusien työntekijöiden riittävän perehdytyksen. Hoitajat kokevat, ettei heillä ole aikaa olla kuolevan asukkaan ja hänen omaistensa vierellä, joten henkilökunnan lisäämistä toivotaan saattohoitotilanteisiin. Koulutusta toivotaan myös omaisten kohtaamiseen, sekä nähdään tärkeänä tiedottaa omaisille asukkaan voinnista. Kehittämistä kaivataan myös kipulääkitykseen ja siihen, että asukkaalla olisi riittävät tarvittavat oirelääkkeet määrättyinä. Toivotaan myös, että kaikilla olisi rohkeutta antaa asukkaalle tarvittavia oirelääkkeitä. Lääkäriresurssi nähdään ongelmallisena tehostetussa palveluasumisessa. Saattohoitotilanteisiin ylipäätään kaivattiin ohjeistusta.

## 8 KYSELYN TULOSTEN PEILAUSTA TEORIAAN JA AIEMPIIN TUTKIMUKSIIN

Myös tulosten peilauksessa teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin käytetään työn luettavuuden selkiyttämiseksi termiä asiakas, kun puhutaan samassa yhteydessä kotihoidon asiakkaita ja tehostetun palveluasumisen asukkaista.

### 8.1 Hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset asiakkaan hoidossa

Hoito kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa on lähes aina palliatiivista, 80%:lla kotihoidon asiakkaita ja tehostetun palveluasumisen asukkaista on yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus. Ikääntyneellä elämän loppuvaiheen ja

saattohoitovaiheen tunnistamiseen tuo haastetta sairauden tai sairauksien tilan vaihtelut. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 98-99.) Iäkkäiden sosiaalipalvelujen hoidon laatutekijöinä pidetään lähestyvän kuoleman tunnistamistaitoa, enakoivan hoitosuunnitelman ja hoitotahdon laatimista yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa sekä riittävän ajoissa tehtyjä hoitolinjauksia (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 124, 126, 128). Jos elämän loppuvaihetta ei tunnisteta, asiakkaan hoito ja asiakkaan ja hänen läheistensä tukeminen eivät toteudu heidän parhaan etunsa mukaan. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 101.) Kyselyn tulosten mukaan kotihoidon hoitajista 76% ja tehostetun palveluasumisen hoitajista 50% olivat täysin samaa mieltä, että he arvioivat vastaako asiakkaan vointi hänen hoitolinjaansa. Jos hoitajalla on puutteita asiakkaan voinnin tai avun tarpeen muutoksien arvioinnin osaamisessa, tämä saattaa aiheuttaa avun ja asianmukaisen hoidon saamisessa viiveitä (Poranen 2019, 24; Jänikselä 2014, 14). Hoitajilla tulisi olla taito tunnistaa elämän loppuvaiheen merkkejä, yhtenä saattohoito-osaamisen osa-alueena nähdään taito siirtä saattohoitoon riittävän ajoissa (Höykinpuro 2017, 35).

Tulosten mukaan tehostetun palveluasumisen hoitajat keskustelevat kotihoidon hoitajia useammin omaisten kanssa asukkaan hoitolinjauksista ja hoidonrajauksista. Kotihoidon hoitajat taas keskustelevat tehostetun palveluasumisen hoitajia useammin asiakkaan kanssa hoitolinjauksista ja hoidonrajauksista. Tämä selittynee sillä, että kotihoidon asiakkaat ovat parempikuntoisia kuin tehostetun palveluasumisen asukkaat ja kykenevät näin paremmin keskustelemaan omaa hoitoaan koskevista asioista. Tehostetun palveluasumisen asukkaat ovat yleensä kotihoidon asiakkaita huonokuntoisempia ja usein myös muistisairaita, joten omaiset toimivat usein asukkaan hoidon ja toiveiden puolestapuhujina. Tehostetussa palveluasumisessa myös nähdään omaisia useammin kuin kotihoidossa, mikä edesauttaa näiden keskustelujen käymistä. Tutkimuksessa verrattiin myös ammattiryhmien välisiä eroja keskusteluissa asiakkaan ja omaisten kanssa hoitolinjoista ja hoidonrajauksista. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien välillä ei ollut juurikaan eroa omaisten kanssa keskusteluissa, mutta sairaanhoidajista 91% keskusteli asiakkaan kanssa hoitolinjoista ja hoidonrajauksista, lähihoitajista 72%.

Tulosten mukaan sairaanhoidajista noin 20% sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa ei kerro lääkärille omaa tai asiakkaan ja hänen omaistensa näkemystä hoitolinjasta ja hoidonrajauksista. Reilu 10% kotihoidon ja tehostetun

palveluasumisen hoitajista oli sitä mieltä, ettei lääkäri kuuntele hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitolinjoista ja hoidonrajauksista. Lääkärien ja hoitajien välistä yhteistyötä asiakkaiden/ asukkaiden hoitolinjoista ja hoidonrajauksista tulisi lisätä (Grönfors 2018, 23). Tämä olisi tarpeen myös Rauman kaupungin kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa. Yhteistyön sujuvuuteen vaikuttanee se, että lääkäriresurssit ovat niukat ja osa lääkäripalveluista tapahtuu etänä, tällöin sairaanhoitajat saattavat ajatella, että hänen tulee esittää lääkärille vain akuuteimmat asiat. Sairaanhoitajien olisi tärkeää nähdä, että he toimivat asiakkaan parhaan hoidon puolestapuhujina ja rohkeasti tuoda esille myös omat näkemyksensä lääkärille.

Iäkkäiden sosiaalipalvelujen hoidon laatutekijänä pidetään sitä, että asiakkaalle ja hänen omaisilleen annetaan mahdollisuus esittää päivittäistä hoitoa koskevia toiveita, jotka kirjataan tietojärjestelmään (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 124). Kyselyn tuloksista käy ilmi, että hoitajien mukaan asiakkaan sekä hänen omaistensa toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään, mutta niiden löytymisessä tietojärjestelmästä on ongelmaa. Kotihoidon hoitajista 24% ja tehostetun palveluasumisen hoitajista 43% oli sitä mieltä, että asiakkaan toiveet loppuelämän hoidosta eivät löydy helposti tietojärjestelmästä. Omaistenkaan toiveet loppuelämän hoidosta eivät löydy helposti tietojärjestelmästä, kotihoidon hoitajista 41% ja tehostetun palveluasumisen hoitajista 31% olivat tätä mieltä. Hyvässä saattohoidossa tärkeänä pidetään asiakkaan ja omaisten kuulemista ja huomioon ottamista, hoitotahdon kunnioittamista sekä asiakkaan ja omaisten toiveiden toteuttamista ja huomiointia. (Höykinpuro 2017, 33). Näiden toteutumisen edellytyksenä on, että tiedot löytyvät tietojärjestelmästä helposti. Tämä on ehdottomasti kehittämistarve Rauman kaupungin kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa.

## 8.2 Organisaatioon liittyvät näkökulmat

Kyselyn mukaan noin puolet kotihoidon hoitajista ja jopa 85% tehostetun palveluasumisen hoitajista koki, ettei lisähenkilökuntaa saada saattohoitotilanteisiin. Myös avoimessa kysymyksessä kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajat vastasivat, ettei heillä ole riittävästi aikaa olla kuolevan asiakkaan vierellä. Lisähenkilökunnan tarve nousi esiin myös monessa muussa tutkimuksessa (Jänikselä 2014, 16; Lipponen

& Karvinen 2015, 157; Poranen 2019, 24). Rauman kaupungilla on käytössä varahenkilöjärjestelmä. Olisi tärkeää, että henkilökuntaresurssia suunnattaisiin tarvittaessa yksikköön, jossa on lisäresurssointia vaativa saattohoitotilanne. Myös henkilöstön liikkuvuus eri yksiköiden välillä, voisi tuoda helpotusta yksikköön, jossa on suuri kuormitus saattohoidon vuoksi. Tämä on nähty myös Höykinpuron (2017) tutkimuksessa mahdollisena ratkaisuna henkilöstöresurssin riittävyyteen (Höykinpuro 2017, 43). Raumalla on tehty myös alustavia suunnitelmia vapaaehtoistyöntekijöiden ottamisesta tarvittaessa mukaan saattohoitoon.

ETENE (2003) linjaa muistiossaan, että työnantajan tulee huolehtia työntekijöiden jaksamisesta ja työnohjauksesta saattohoitotilanteissa (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 12). Työntekijöiden työnohjauksen mahdollisuutta pidetään myös yhtenä iäkkäiden sosiaalipalveluiden hoidon laatutekijöistä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 130). Tutkimuksen mukaan kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajista reilu puolet vastaajista koki, että omassa työyksikössä ei ole mahdollisuutta työnohjaukseen saattohoitotilanteissa. Myös Jänikselän (2014) tutkimuksessa kotihoidon hoitajat kokivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta työnohjaukseen saattohoitotilanteissa (Jänikselä 2014, 16). Omien saattohoitokokemusten läpikäyminen ja toisten ajatusten kuuleminen koetaan työssä jaksamisen kannalta tärkeänä (Lipponen & Karvinen 2015, 158). Työnohjauksen toivotaan antavan asioiden läpikäymisen lisäksi apua myös osaamisen turvaamiseen (Höykinpuro 2017, 37). Yhtenä keinona tilanteen parantamiseen voisi olla kotisairaalan systemaattinen tuki kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajille.

Osana laadukasta kotisaattohoitoa pidetään sitä että, käynneillä olisi riittävästi aikaa kiireettömään hoitoon ja tukemiseen mahdollisimman pienen hoitajamäärän toimesta (Lerkki 2020, 53). Myös tässä tutkimuksessa kotihoidon hoitajista lähes kaikki pitivät tärkeänä, että kuolevan asiakkaan luona tehtäviin käynteihin on varattu riittävästi aikaa. Myös avoimessa kysymyksessä kotihoidon hoitajat toivat kehittämistarpeena esiin, että kuolevan asiakkaan käynteihin tulisi olla riittävästi aikaa. Kotihoidon käyntien sisältö määräytyy asiakkaalle laaditun palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti, joka ei välttämättä ole toimiva saattohoidossa olevan asiakkaan kannalta, koska palvelun tarve saattaa olla erilainen eri päivinä. Tähän mahdollisena ratkaisuna nähdään kotihoidon erillinen saattohoitotiimi, joka voisi määrittää käyntien aikataulut ja sisällöt

asiakkaan kannalta joustavammin. (Lerkki 2020, 62.) Kyselyn mukaan kotihoidon hoitajista lähes 90% koki, että asiakas ja hänen läheisensä hyötyisivät, jos hoivakäynnit hoitaisi kotihoidon oma saattohoitotiimi. Avoimessa kysymyksessä kotihoidon hoitajat toivat esiin kehittämistarpeena, että kuolevan asiakkaan luona kävisi mahdollisimman pieni joukko hoitajia, jotka ovat kokeneita ja tuntevat asiakkaan ennestään. Saattohoidon osaamisen varmistamiseksi ehdotetaan joko erillistä kotihoidon saattohoitotiimiä tai jokaisesta tiimistä muutaman saattohoidosta kiinnostuneen hoitajan muodostamaa tiimiä. Höykinpuron (2017, 32) tutkimuksessa hoitajat kokivat erittäin tärkeäksi kuolevan asiakkaan hoitamisen kannalta sen, että he tunsivat asiakkaan ja tiesivät hänen elämänsähistoriastaan.

Tehostetussa palveluasumisessa on tärkeää taata saattohoitovaiheessa olevalle asukkaalle ja hän omaisilleen rauhallinen ympäristö sekä mahdollistaa omaisen yöpymisen kuolevan läheisensä vierellä (Höykinpuro 2017, 33-34). Iäkkäiden sosiaalipalvelujen hoidon laatutekijänä pidetään oman huoneen mahdollistamista viimeistään saattohoitovaiheessa sekä omaisen yöpymismahdollisuutta (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 131). Tutkimuksen mukaan 77% tehostetun palveluasumisen hoitajista koki, että omassa työyksikössä pystyttiin takaamaan rauhallinen ympäristö ja 82% koki, että omassa työyksikössä on mahdollisuus omaisen yöpymiseen. Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen yksiköissä tulisi kiinnittää huomiota tähän, että jokaiselle kuolevalle asukkaalle ja hänen läheisilleen pyritään järjestämään rauhallinen ympäristö ja mahdollisuus omaisen yöpymiselle.

Kyselyn avoimessa kysymyksessä oman työyksikön organisaation liittyvinä kehittämistarpeina nousi esiin samoja seikkoja kuin aiemmissakin tutkimuksissa. Tarpeellisenä koettiin säännöllinen koulutus (Lipponen & Karvinen 2015, 157; Poranen 2019, 27; Grönfors 2017, 24), riittävä perehdytys (Lipponen & Karvinen 2015, 160), saattohoitoon liittyvä ohjeistus (Höykinpuro 2017, 44) sekä riittämätön lääkäriresurssi (Grönfors 2017, 22; Jänikselä 2014, 17).

### 8.3 Yhteistyö kotisairaalan kanssa

Iäkkäiden sosiaalipalveluiden hoidon laatutekijänä pidetään sitä, että kotisairaalan hoitaja on konsultoitavissa virka-aikaan (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 130). Raumalla kotisairaalan hoitaja on tavoitettavissa ympäri vuorokauden. Tulosten mukaan tehostetun palveluasumisen hoitajista 96% oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että yhteistyö kotisairaalan kanssa on sujuvaa. Kotihoidon hoitajista 63% oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä yhteistyön sujuvuudesta. Vain 18% kotihoidon vastaajista oli täysin samaa mieltä yhteistyön sujuvuudesta. Myös verrattaessa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien vastauksia, nähdään sama ero. Kyselyn avoimessa kysymyksessä kotihoidon hoitajien vastauksissa tuotiin esille oman työyksikön kehittämistarpeena yhteistyön kehittäminen kotisairaalan kanssa. Aiempien tutkimusten mukaan osa hoitajista on kokenut yhteistyön kotisairaalan kanssa usein haastavaksi (Poranen 2019, 24). Kotihoidon ja kotisairaalan välisessä yhteistyössä on nähty ongelmia muun muassa työnjaon epäselvyydessä (Jänikselä 2014, 15). Kotihoidon ja kotisairaalan yhteisten tapaamisten katsotaan voivan edesauttaa yhteistyötä, kotisairaalan antaman käytännön tiedon ja opetuksen kautta (Grönfors 2017, 23-24). Yhteispalavereissa voidaan lisäksi käsitellä kotihoidon ja kotisairaalan yhteisiä asiakkaita, varsinkin asiakkaiden kohdalla, jotka ovat kotisairaalan listoilla, mutta eivät ole aktiivisesti kotisairaalan hoidossa. Yhteistyötä voidaan parantaa myös yhteisellä kotikäynnillä tilanteissa, joissa kotisairaalan asiakas tulee myös kotihoidon hoivapalvelujen piiriin. (Lerkki 2020, 52, 61.) Kotihoidon ja kotisairaalan yhteistyön kehittäminen on ehdottomasti yksi tärkeä kehittämiskohde Rauman sosiaali- ja terveystalouksissa.

### 8.4 Kuolevan asiakkaan oirehoito

Iäkkäiden sosiaalipalveluiden hoidon laatutekijöinä pidetään, että omassa yksikössä osataan tunnistaa ja hoitaa asiakkaan lähestyvään kuolemaan liittyvät fyysiset oireet (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 128). Aiemmissa tutkimuksissa on noussut esiin, että lääkärit ja osastonhoitajat arvioivat omassa työyksiköissään olevan vajetta saattohoitoon liittyvässä oirehoidossa (Grönfors 2018, 24). Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan esimiehille teetetyn kyselyn mukaan kotihoidon yksiköiden esimiehet arvioivat työntekijöistään 24 %:n hallitsevan saattohoito-osaamisen ja

kivunhoidon hyvin ja 42 %:n heikosti. Ympäri vuorokautisessa hoiivassa molemmat osa-alueet arvioitiin olevan hallussa 58 %:lla ja 16%:lla heikosti. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 93.) Myös hoitajat itse arvioivat tarvitsevansa lisäkoulutusta saattohoidon oirehoitoon esimerkiksi lääkehoidossa (Poranen 2019, 27). Myös tässä tutkimuksessa tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat osaamisensa korkeammaksi oirehoidossa kuin kotihoidon hoitajat. Tämä näkyy myös, kun tarkastellaan erikseen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajien vastauksia. Esimerkiksi saattohoitovaiheen asiakkaan kipulääkkeen tarpeen arvioinnissa tehostetun palveluasumisen hoitajista täysin samaa mieltä osaamisestaan oli 51% vastaajista, kotihoidon hoitajilla vastaava luku oli 27%. Kotihoidon sairaanhoitajista kukaan ei ollut täysin samaa mieltä osaamisestaan kuolevan asiakkaan kipulääkkeen tarpeen arvioinnista. Vain yksi kotihoidon sairaanhoitajista arvioi olevansa täysin samaa mieltä kyssyttäessä kuolevan asiakkaan kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnin osaamista.

Muistisairaiden kivun arviointi koetaan hankalaksi, koska muistisairas ei välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan. Aiemman tutkimuksen mukaan reilu puolet hoitajista arvioi omat taitonsa keskinkertaiseksi muistisairaana kivun arvioinnissa. (Burns & McIlpatrick 2015, 7.) Kyselyn mukaan kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajista 27% oli täysin samaa mieltä, että osaavat tulkita kuolevan, muistisairaana asiakkaan/ asukkaan kipua. Kaikista vastaajista vain 9% oli täysin samaa mieltä, että käytti kivun arvioinnissa kipumittaria. Muistisairaana kivun arviointiin suunniteltu PAINAD-mittari olisi hyvä saada kivun arvioinnin tueksi kotihoitoon ja tehostettuun palveluasumiseen arvioitaessa muistisairaana kipua.

Myös opiaattien haittavaikutusten tunnistamisessa tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat osaamisensa laajemmaksi kuin kotihoidon hoitajat. Tehostetun palveluasumisen hoitajista noin puolet oli täysin samaa mieltä opiaattien haittavaikutusten tunnistamisessa. Kotihoidon hoitajista 29% oli täysin samaa mieltä asiasta. Jos kipulääkkeitä ja niiden haittavaikutuksia ei tunneta riittävästi, saatetaan niiden antamista välttää muun muassa ylilääkitsemisen, hengityslaman ja riippuvuuden aiheuttamisen pelossa (Burns & McIlpatrick 2015, 9; Evans 2016, 158; Wilson, Avalos & Dowling 2016, 602). Kyselyn avoimessa kysymyksessä oman työyksikön saattohoitoon liittyvissä kehittämistarpeissa tuotiin esiin, että toivotaan kaikilta rohkeutta antaa kuolevalle asiakkaalle riittävästi kipulääkettä ja muita oirelääkkeitä. Avoimessa kysymyksessä



toivottiin myös, että lääkärit määräisivät riittävästi tarvittavia oirelääkkeitä kuolevalle asiakkaalle.

Hoitajat arvioivat tarvitsevansa lisäkoulutusta saattohoidon oirehoitoon kivunhoidon lisäksi pahoinvoinnin hoitamisessa, nielemisvaikeuksissa ja ruokailun merkityksessä (Lipponen & Karvinen 2015, 156). Kansainvälisten palliatiivista osaamista mittaavien kyselyiden mukaan hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta saattohoidon oirehoitoon liittyen muun muassa hengenahdistukseen liittyvissä asioissa sekä lääkkeiden haittavaikutusten tunnistamisessa (Evans 2016, 156-158; Wilson, Avalos & Dowling 2016, 602). Tässä tutkimuksessa myös useassa kuolevan asiakkaan muuhun oirehoitoon liittyvässä kysymyksessä tehostetun palveluasumisen hoitajat arvioivat osaamisensa korkeammaksi kuin kotihoidon hoitajat. Esimerkiksi kuolevan asiakkaan hengenahdistuksen arvioinnin hallinnassa sekä limaisuuden arvioinnissa. Tehostetun palveluasumisen hoitajista yli puolet oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että omassa työyksikössä on mahdollista tarjota kuolevalle asukkaalle hänen toivomiaan ruokia. Tehostettuun palveluasumiseen laaditun saattohoito-oppaan mukaan saattohoidossa olevalle tulisi tarjota mieluisaa ruokaa (Mansikkapaikan palvelukotien saattohoito-opas 2016, 8). Kuolevalle asukkaalle olisi hyvä tarjota mieluisia ruokia ja juomia sellaisia määriä kuin hän itse haluaa (Hänninen 2015, 17). Joillekin mieluisan ruuan syöminen tai mieluisan juoman juominen saattavat olla niitä vähäisiä nautinnonlähteitä elämän loppuvaiheessa. Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen yksiköihin tulee ruoka yhdestä, keskitetystä keittiöstä. Sieltä on mahdollista tilata myös toiveruokia niin aterioille kuin välipaloiksi.

### 8.5 Kuolevan asiakkaan ja hänen läheistensä tukeminen

Iäkkäiden sosiaalipalveluiden hoidon laatutekijöinä pidetään, että osataan tunnistaa ja hoitaa asiakkaan psyykkiset, psykososiaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet. Tarvittaessa yksikköön tulisi olla mahdollista saada asiantuntija-apua. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 124, 128.) Aiempien tutkimusten mukaan hoitajat toivovat lisäkoulutusta saattohoidossa olevan asiakkaan (Grönfors 2017, 25) ja hänen läheistensä kohtaamiseen (Lipponen & Karvinen 2015, 157), masennuksen ja sekavuustilojen hoitamiseen (Lipponen & Karvinen 2015, 156) sekä vaikeiden asioiden puheeksi

ottamiseen (Jänikselä 2014, 18). Tässä tutkimuksessa lähes kaikki hoitajat sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa olivat täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että osaavat olla läsnä kuolevan asiakkaan vierellä, 90% vastaajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että osasi olla läsnä kuolevan asiakkaan läheisen vierellä. Noin puolet vastaajista koki, ettei heillä ollut aikaa olla kuolevan asiakkaan ja hänen läheistensä vierellä. Kotihoidon sairaanhoitajat arvioivat matalammaksi osaamisensa lääkitä kuolevan asiakkaan mahdollista ahdistuneisuutta, heistä 44% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä osaamisestaan. Tehostetun palveluasumisen hoitajat toivat avoimessa kysymyksessä esille oman työyksikkönsä saattohoitoon liittyvinä kehittämistarpeina omaisten kohtaamiseen liittyvän koulutuksen järjestämisen. Vastauksissa tuotiin esiin myös, että tulee kiinnittää huomiota asukkaan voinnista tiedottamiseen omaisille. Myös Porasen (2019, 23) tutkimuksessa hoitajat toivat esiin, että on tärkeää kiinnittää huomiota hyvään keskusteluyhteyteen omaisten kanssa, yhteydenpidon lisäämiseen omaisiin asukkaan voinnin heiketessä sekä omaisten huomioimisen asukasta koskevissa päätöksissä.

lääkäiden sosiaalipalveluiden hoidon laatutekijöiden mukaan asiakkaan tulee saada oman vakaumuksensa mukaista eksistentiaalista tukea (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 130). Hoitajat kokevat, ettei heillä ole riittävää osaamista saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen. He kokevat haasteellisena eksistentiaalisen ahdistuksen helpottamisen ja toivon ylläpitämisen. (Lipponen & Karvinen 2015, 158.) Tutkimuksessa kotihoidon hoitajat arvioivat korkeammaksi osaamisensa antaa kuolevalle eksistentiaalista ja hengellistä tukea kuin tehostetun palveluasumisen hoitajat. Kotihoidon hoitajista 29% oli täysin samaa mieltä osaamisestaan kuolevan asiakkaan eksistentiaalisen pohdinnan tukemisessa, tehostetun palveluasumisen hoitajista täysin samaa mieltä oli 16%. Kotihoidon hoitajista 22% oli täysin samaa mieltä osaamisestaan antaa kuolevalle asiakkaalle hengellistä tukea, tehostetun palveluasumisen hoitajista vain 4% oli tästä täysin samaa mieltä. Kotihoidon vastaajat kokivat vähäisemmäksi mahdollisuuden pyytää pappi vierailemaan kuolevan luokse mitä tehostetun palveluasumisen hoitajat. Hengellinen tukeminen on ehdottomasti yksi saattohoidon osa-alue, jonka osaamisen tulee panostaa jatkossa. Esimerkiksi sairaalapastori voisi ohjeistaa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajia hengellisen tuen antamisessa.

## 9 SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN KOHDEORGANISAA- TIOSSA

Kyselyn tulokset esiteltiin Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen palvelupäälliköille ja palveluesimiehille 17.11.2020 Teams-etäpalaverissa. Heiltä saatiin palautetta suunnasta, jota he toivovat kehittämistyölle tulosten perusteella. Palaverissa esitettiin kohdeorganisaatiolle kyselyn tulokset ja niiden pohjalta tehdyt havainnot.

Lisäkoulutustarpeita nousi esiin saattohoitoon liittyen sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa. Palaverissa pohdittiin, onko järkevää suunnata opinnäytetyön kehittämissiota oirehoidon koulutuksen järjestämiseen tilanteessa, jossa valtakunnallinen saattohoidon asiantuntijatyöryhmä on kehittänyt nimenomaan perustason saattohoitotyötä tekeville maksuttoman verkkokurssin terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilla. Saattohoitopassin avulla mahdollistuu osaamisen varmistaminen valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. Saattohoitopassi sisältää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusasiat. Sen sisältö on laadittu palliatiivisen hoidon suositusten pohjalta. Tarkempaa kurssin sisältöä ei vielä ole nähtävillä. Palaverissa nähtiin järkeväksi ottaa saattohoitopassi käyttöön perehdytyksen ja osaamisen varmistamisen tueksi sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa. Myös COVID-19 pandemian aiheuttamat kontaktirajoitukset vaikuttivat päätökseen, ettei tässä tilanteessa ole järkevää järjestää koulutusta vaan käytetään kehittämisresurssit muunlaiseen tuotokseen.

### 9.1 Rauman kaupungin kotihoidon saattohoidon kehittäminen

Opinnäytetyön tekijä, vanhuspalveluiden laatukoordinaattori, Rauman kaupungin kotihoidon palvelupäällikkö sekä palveluesimiehet näkivät suurimpina kehittämistarpeina palvelualueella saattohoito-osaamisen lisäämisen rinnalla kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön kehittämisen sekä saattohoidossa olevien asiakkaiden hoivapalvelujen järjestämisen suunnittelun asiakkaan ja hänen omaistensa parhaan edun mukaan. Kotihoidon hoitajat arvioivat tutkimuksessa yhteistyön sujuvuuden kotisairaalan kanssa matalammaksi tehostetun palveluasumisen hoitajiin verrattuna.

Kotihoidon hoitajista lähes kaikki kokivat, että saattohoitovaiheessa olevan asiakkaan hoivakäynnteihin tulisi olla varattuna enemmän aikaa kuin muilla käynneillä. Hoitajat näkivät myös, että olisi asiakkaan ja omaisten parhaan edun mukaista, että hoivakäynnit tekisi kotihoidon oma saattohoitotiimi. Kotihoidon osalta opinnäytetyön kehittämiskohteeksi valittiin kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön sujuvoittaminen sekä saattohoitovaiheessa olevan asiakkaan hoivapalveluiden järjestämisen suunnittelu asiakkaan ja hänen omaistensa parhaan edun mukaan.

### 9.1.1 Kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön kehittäminen

Kotona tapahtuvassa saattohoidossa on tärkeää mahdollisten ongelmien ennakointi. Asiakkaan, omaisten ja kaikkien hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia siitä, miten toimitaan erilaisissa tilanteissa. Tässä auttaa yksityiskohtainen hoitosuunnitelma. Kotisaattohoito tapahtuu usein moniammatillisen tiimin hoitamana, tiedonkulku eri toimijoiden välillä takaa turvallisen ja laadukkaan saattohoidon. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia asiakkaan tilanteesta. (Poukka 2015.)

Raumalla kotihoito on vanhuspalveluiden alaista toimintaa ja kotisairaala terveystalveluiden alaista toimintaa, myös niiden toimipisteet sijaitsevat erillään. Yhteistyötä tehdään siis pääasiassa puhelimitse ja tietojärjestelmäkirjausten perusteella. Molemmat toimijat laativat asiakkaalle oman hoitosuunnitelman tietojärjestelmään. Ongelmia Rauman kaupungin kotihoidon ja kotisairaalan välisessä yhteistyössä on ilmennyt esimerkiksi työnjaon epäselvyydessä. On saattanut käydä niin, että asiakkaalta on käyty samana päivänä ottamassa laboratoriokokeet molempien tahojen toimesta. Epäselvyyttä on ollut myös esimerkiksi pistoslääkkeiden antajasta. Myös tiedonkulussa on ollut ongelmia, aina asiakkaan voinnin tai lääkityksen kannalta olennainen tieto ei ole kulkeutunut toiselle taholle.

Kotihoidon ja kotisairaalan välinen sujuva yhteistyö nähdään laadukkaan ja hyvän kotisaattohoidon edellytyksenä. Sujuvan yhteistyön nähdään myös tehostavan toimintaa. Hyvän yhteistyön tekijöinä nähdään keskinäinen luottamus ja kunnioitus eri toimijoiden välillä, moniammatillisuus sekä hyvä tiedonkulku toimijoiden välillä. (Lehto 2020, 29-30.) Kotihoidon ja kotisairaalan hoitajille tehdyn tutkimuksen mukaan 67%

vastaajista oli sitä mieltä, että kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä tulisi lisätä. Vastaajista 76% näki tarpeelliseksi verkostoitumisen toimintayksiköiden välillä. Vastaajat toivoivat oman toimintayksikön esimieheltä enemmän tukea kotihoidon ja kotisairaalan verkostoitumiseen. (Liimatainen 2019, 28, 34-35.)

Aiemmissa tutkimuksissa on tullut esiin haasteita kotihoidon ja kotisairaalan välisessä yhteistyössä (Jänikselä 2014, 15; Poranen 2019, 24). Haasteita yhteistyölle aiheuttaa esimerkiksi palveluiden pirstaleisuus, epäselvyydet vastuualueista, (Lehto 2020, 36-37) kommunikaation puute sekä tietämättömyys toisten toimijoiden hoitokriteereistä, käytännön prosesseista ja toimintatavoista (Vaarala 2016, 27). Tunnetta pirstaloituneesta hoidosta ja hoitovastuusta tuo toimintayksiköiden erilaiset perustehtävät, toimintayksiköiden erilaiset toimintatavat sekä toisen toimintayksikön asiakasprosessien tuntemattomuus. Näiden seikkojen vuoksi saattaa esiintyä epäselvyyksiä työnjaossa sekä ristiriitoja toimijoiden välillä. Yhteisten asiakkaiden hoidon suunnitteleminen saattoi johtaa esimerkiksi molempien toimijoiden peräkkäisiin käynteihin, niin ettei toinen toimija ollut tästä tietoinen. Oli törmätty tilanteisiin, joissa toinen toimintayksikkö ei ollut tietoinen hoidon toteuttamisesta ja sen sisällöstä, jolloin kaikki hoidossa mukana olevat eivät olleet tietoisia hoidon tavoitteista. Haasteita yhteistyölle aiheuttivat myös asenteet ja luottamuspula sekä vuorovaikutuksen puute. Asenteisiin ja luottamuspulaan vaikuttivat esimerkiksi aiemmat huonot kokemukset yhteistyöstä, pelot ja negatiiviset asenteet yhteistyötä kohtaan. Yhteisiä kommunikointiväyliä ei ollut eikä vuorovaikutusta ollut riittävästi. (Liimatainen 2019, 28-32.)

Kotihoidon ja kotisairaalan välisessä moniammatillisessa yhteistyössä sujuvaa tiedonkulkua ja ajantasaisen informaation siirtymistä toimijoiden välillä pidetään asiakaslähällisen hoidon lähtökohtana (Lehto 2020, 32; Liimatainen 2019, 36). Tiedonkulun tulisi olla avointa ja luottamukseen perustuvaa. Kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä tutkivassa tutkimuksessa vain 3% vastaajista arvioi tiedonkulun olevan avointa ja sujuvaa, yli puolet vastaajista arvioi tiedonkulun olevan ajoittain avointa ja sujuvaa, neljännes vastaajista arvioi tiedonkulun olevan usein sulkeutunutta ja ongelmallista. (Liimatainen 2019, 36.)

Tiedonkulun ongelmia koetaan aiheuttavan yhteydenottokäytäntöjen epäselvyydet, ei tiedetä kenelle saa soittaa ja kuka saa soittaa. Koetaan, ettei ole selkeitä toimintaohjeita

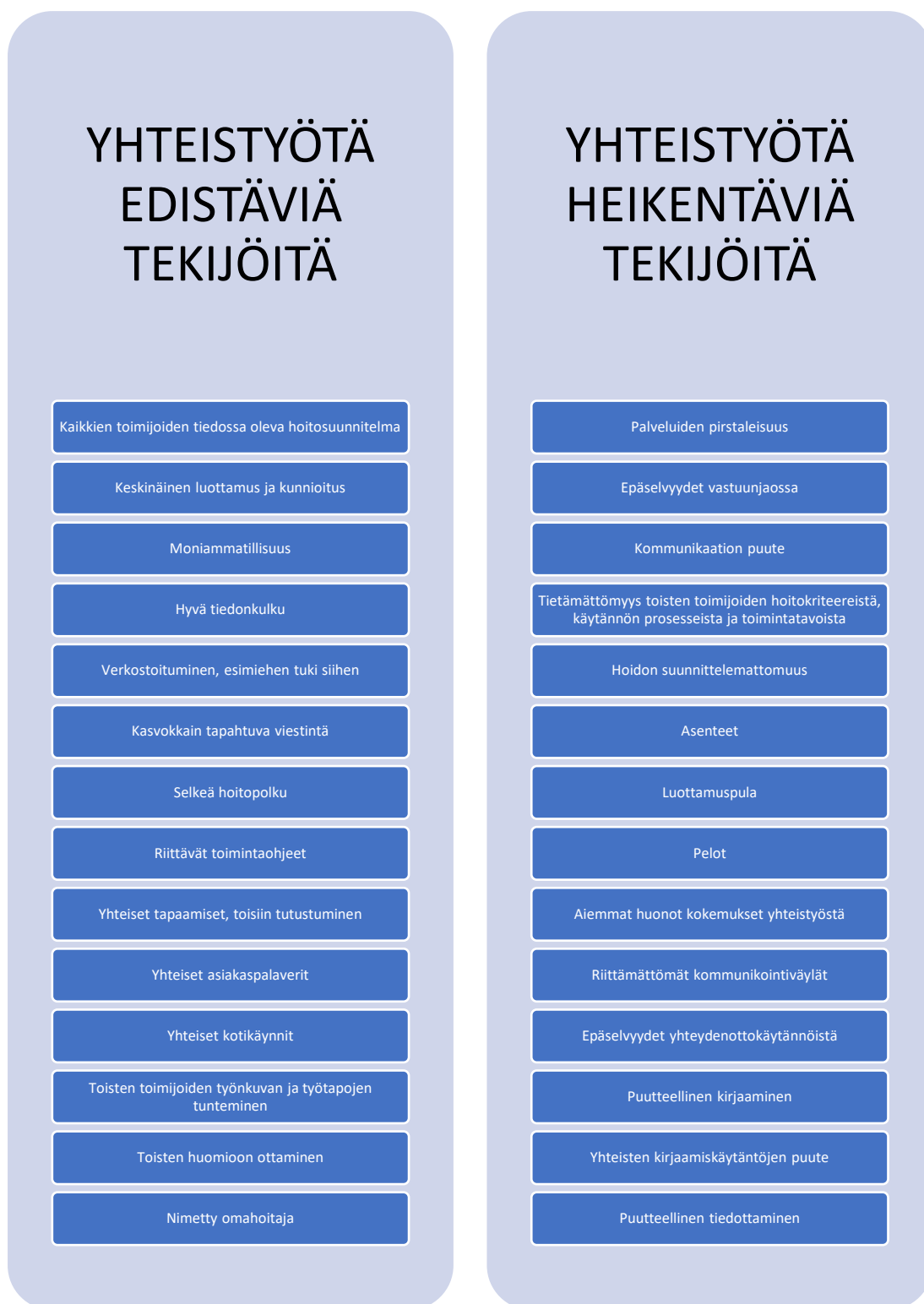
yhteydenottokäytännöistä. Tiedonkulkuun liittyviä ongelmia nähdään aiheutuvan myös puutteellisesta kirjaamisesta tai tiedottamisen puutteesta. Aina ei ilmoitettu kaikille hoitaville tahoille asiakkaan vointiin liittyvistä muutoksista. Tiedottamisen puutteen oli koettu joissain tapauksissa vaikuttaneen negatiivisesti asiakkaan hoidon laatuun. Myös yhteisten kirjaamiskäytäntöjen puute aiheutti tiedonkulun ongelmia. (Liimatainen 2019, 37-39.) Tiedonkulussa tärkeänä koetaan, että on myös kasvokkain tapahtuvaa viestintää ja keskustelua. Näissä tilanteissa vuorovaikutuksen koetaan olevan monipuolisempaa, tilanteet ovat rauhallisempia ja kohtaaminen tasavertaisempaa. Suurimpina tiedonkulun ongelmakohtina nähtiin asiakkaan siirtymäkohdat, esimerkiksi kotisairaalaan kotihoitoon siirtyessä. (Lehto 2020 35, 39.) Kotihoidon ja kotisairaalan hoitajat kokevat, ettei yhteisiä kommunikaatioväyliä ole eikä vuorovaikutusta ole riittävästi (Liimatainen 2019, 28; Vaarala 2016, 27).

Keinoina saumattomalle ja sujuvalle yhteistyölle nähdään asiakkaan selkeä hoitopolku, riittävät ohjeistukset, selkeä työnjako ja selkeät yhteydenottotavat (Vaarala 2016, 30). Yhteistyön kehittämiseksi aiemmissa tutkimuksissa ehdotetaan yhteisiä tapaamisia, joissa kotisairaala antaisi kotihoidolle saattohoitoon liittyvää tukea käytännön tiedon ja opetuksen kautta (Grönfors 2017, 23-24) sekä yhteispalavereja, joissa käsitellään kotihoidon ja kotisairaalan yhteisiä asiakkaita, varsinkin asiakkaiden kohdalla, jotka ovat kotisairaalan listoilla, mutta eivät ole aktiivisesti kotisairaalan hoidossa (Lerkki 2020, 52). Yhteiset tapaamiset nähtiin tutkimuksessa tärkeäksi yhteistyön ja keskustelun kannalta, soittamisen kynnys nähtiin välillä korkeaksi (Lehto 2020, 36). Yhteistyötä voidaan parantaa myös yhteisellä kotikäynnillä tilanteissa, joissa kotisairaalan asiakas tulee myös kotihoidon hoivapalvelujen piiriin tai toisinpäin (Lerkki 2020, 61). Yhteisillä käynneillä on mahdollisuus kasvokkain kysyä täydentäviä lisäkysymyksiä asiakkaan hoitoon liittyen sekä hiljaisen raportoimattoman tiedon eteenpäin viemiseen (Lehto 2020, 39).

Tärkeänä kotihoidon ja kotisairaalan väliselle yhteistyölle nähdään myös, että tunnetaan toisten työnkuvat ja työtavat, toisten tuntemisen myös yksilöllisellä tasolla nähtiin edesauttavan hyvää yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön katsotaan perustuvan keskinäiseen luottamukseen ja koetaan, että tätä pystytään vahvistamaan toisiinsa toimijoihin tutustumalla. (Lehto 2020, 30; Liimatainen 2019, 43.) Yhteistyön kannalta tärkeinä nähdään hyvät vuorovaikutustaidot, toisten huomioon ottamisen ja keskustelun.

Moniammatillisuus ja monitoimijuus nähdään asiakaslähtöisen hoidon ja hyvän yhteistyön osatekijöinä. (Lehto 2020, 30.) Kun jokainen ammattilainen tuo oman koulutuksensa pohjalta oman tärkeän näkemyksensä asiakkaan hoitoon, saadaan monipuolinen näkökulma asiakkaan parhaaksi. Näin päästään yhteisten asiakkaiden hoidossa parhaaseen laatuun. (Lehto 2020, 31; Liimatainen 2019, 43.) Katsotaan, että asiakas hyötyy siitä, että hänellä on nimetty omahoitaja. Tämän koetaan helpottavan asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamista ja asiat olivat yhden tietyn ihmisen kontrollissa. (Lehto 2020, 35.)

Kuviossa 38. on esitetty yhteenveto aiempien tutkimusten löydöksistä koskien kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä edistävästä ja heikentävistä tekijöistä.



Kuvio 38. Kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön edistäviä ja heikentäviä tekijöitä



### 9.1.2 Kotisaattohoidossa olevien uusien asiakkaiden hoivapalveluiden järjestäminen

Osa kotona elämänsä loppuvaiheen hoidon saavista ovat olleet kotihoidon asiakkaita jo ennen kuin heille tehdään saattohoitopäätös, tällöin oman alueen kotihoito huolehtii edelleen saattohoitovaiheessa asiakkaan hoivapalveluista. Toisilla tarve hoivapalveluille tulee vasta voinnin heiketessä saattohoitovaiheessa. Usein näissä tilanteissa hoivapalveluiden tarve tulee nopeasti. Raumalla kotiutustiimi on ollut uusien asiakkaiden nopein väylä palveluiden piiriin. Näissä tapauksissa kotiutustiimi on alkuun ottanut vastuun hoivapalveluista. Saattohoitotilanteen jatkuessa pidempään, asiakas on saattanut siirtyä oman alueen kotihoidon asiakkaaksi. Myös yksityisiä hoivapalveluiden tuottajia on käytetty. Kotisairaalan ja kotiutustiimin yhteistyöpalaverissa 20.10.2020 kotiutustiimin edustajat toivat esiin, että heidän toimintansa tavoitteena on kuntouttaa asiakasta niin, ettei asiakkaalle välttämättä jää heidän jaksonsa jälkeen tarvetta hoivapalveluille. Kotiutustiimin toiminta ei siis toiminta-ajatukseltaan sovellu saattohoidossa olevien asiakkaiden hoivapalveluihin. Asiakkaalle ja hänen omaisilleen ei myöskään ole eduksi, jos hoivapalveluista vastaa ensin kotiutustiimi ja sen jälkeen käynnit siirtyvät kotihoidon oman alueen vastuulle, jolloin myös hoitajat vaihtuvat. (Kotiutustiimin ja kotisairaalan yhteistyöpalaveri 20.10.2020.)

Kotihoidon hoivapalvelujen sisällöt määritellään palveluntarpeen arvioinnilla ja yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma. Saattohoidossa olevalla asiakkaalle palveluntarve saattaa kuitenkin vaihdella suurestikin eri päivinä. Tällöin tarkkaan määritellyt käyntien sisällöt eivät välttämättä palvele asiakkaan ja hänen omaistensa parasta etua. Kotihoidon erillinen saattohoitotiimi voisi olla tähän ratkaisuna. Näin asiakkaan luona käyvien hoitajien määrä pysyisi pienenä ja tiimi pystyisi joustavammin aikatauluttamaan käyntejään. (Lerkki 2020, 62.) Palaverissa, jossa opinnäytetyön tulokset esiteltiin kohdeorganisaation esimiehille, esiin tuli pohdintaa erillisestä saattohoitosopimuksesta hoito- ja palvelusuunnitelman rinnalle. Tällöin palvelujen räätälöintiä voitaisiin mieltää eri tavalla kuin toisilla kotihoidon asiakkailla.

Hoivapalveluiden järjestämisen tiimoilta pidettiin lokakuussa 2020 palaveri kotiutustiimin ja kotisairaalan kesken. Palaverissa selkiytettiin kotiutustiimin ja kotisairaalan työtehtäviä yhteisten asiakkaiden hoidossa sekä käytiin läpi eri toimijoiden

tehtävänkuvia. Palaverissa tultiin tulokseen, ettei kotiutustiimi ole paras toimija saattohoitovaiheessa hoivapalvelujen tarpeessa olevalle, vaan kotisairaalan tulee jatkaa asian käsittelyä kotihoidon edustajien kanssa. (Kotiutustiimin ja kotisairaalan yhteistyöpalaveri 20.10.2020.) Palaveri kutsutaan koolle tammikuussa 2021.

### 9.1.3 Toimenpiteet Rauman kaupungin kotihoidon saattohoidon kehittämiseksi

Opinnäytetyön tutkimustulosten osoittaman tarpeen ja aiempien tutkimusten antaman teorian pohjalta aloitetaan Rauman kaupungin kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön kehittäminen asiakkaiden mahdollisimman laadukkaan saattohoidon takaamiseksi. Tammikuussa 2021 kutsutaan koolle molempien toimintayksiköiden esimiehet sekä työyhteisöjen edustajia ja esitellään tutkimustulokset sekä aiheeseen liittyvää teorian tietoa. Tämä tapahtuu etäyhteydessä COVID-19 kontaktirajoitusten vuoksi. Opinnäytetyön tekijä laatii palaveriin käsiteltävien asioiden rungon tutkimustulosten ja aiempien tutkimusten antaman teorian pohjalta. Palaverin tavoitteena on luoda yhdessä suunnitelma yhteistyön kehittämiseksi, pohtia saattohoidossa olevien asiakkaiden hoivakäyntien järjestämistä asiakkaan ja hänen omaistensa parhaan edun mukaisesti sekä kertoa suunnitelma kotisairaalan ja kotihoidon saattohoitovastaavien verkoston aloittamisesta. Palaverissa on myös hyvä pohtia, mikä on kotihoidon sairaanhoitajan rooli asiakkaan hoidossa kotisairaalan ollessa myös mukana hoidossa. Satokunnassa ollaan Satasote-hankkeisiin liittyen kehittämässä myös kotiin annettavia palveluita. Yhtenä hankkeeseen liittyvänä tavoitteena on edelleen kotisaattohoitojen lisääntyminen. Palaveriin kutsutaan myös Rauman kaupungin kotiin annettavien palveluiden Satasote hankevastaava.

Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoidon järjestämistä koskevan suosituksen mukaan kotisairaalan tulee systemaattisesti tukea perustason yksiköiden saattohoitoa (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 54). Suunnitelmana on aloittaa yhteiset, säännölliset tapaamiset, joihin osallistuvat kotisairaalaan opinnäytetyön tekijä, palliativisen hoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksen suorittanut sairaanhoitaja sekä kotihoidon jokaiselta alueelta sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Kotihoidon palveluesimiehille on lähetetty sähköpostitse pyyntö selvittää alueiltaan kiinnostuneita hoitajia saattohoitovastaaviksi. Näissä tapaamisissa käsitellään esimerkiksi tämän

tutkimuksen tuloksissa ilmenneitä saattohoitoon liittyviä osaamistarpeita sekä yhteistyön kehittämistä. Tapaamisissa käsitellään myös osallistujien esittelemiä ajatuksia herättäneitä asiakastapauksia ilman henkilötietoja. Näin jokainen osallistuja voi oppia toisten kokemuksista ja saavat työnohjauksellista näkökulmaa tapaamisista. Tavoitteena on luoda avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri sekä edesauttaa yhteydenottokynnyksen madaltamista ja lisätä toimijoiden yksilöllistäkin tuntemista. Tapaamiset aloitetaan alkuvuodesta 2021.

## 9.2 Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen

Rauman kaupungin vanhuspalveluiden laatukoordinaattori, tehostetun palveluasumisen palvelupäällikkö ja palveluesimiehet näkivät suurimpana kehittämistarpeena palvelualueella saattohoito-osaamisen lisäämisen rinnalla asukkaiden ennakoivien hoitosuunnitelmien puutteen. Opinnäytetyön kyselyn tulosten perusteella huomattiin, että asukkaan ja hänen omaistensa elämän loppuvaiheen toiveiden kirjaamisessa ja tietojen löytymisessä tietojärjestelmästä koetaan jonkin verran haastetta. Osalta vastaajista puuttuu rohkeutta keskustella hoitolinjoista ja hoidonrajauksista asukkaan ja hänen omaistensa kanssa. Osa vastaajista ei myöskään vie lääkärille tietoa omista, asukkaan ja hänen omaistensa näkemyksistä hoitolinjoista ja hoidonrajauksista. Rauman kaupungin tehostetussa palveluasumisessa ei ole asukkaille tehty ennakoivia hoitosuunnitelmia, käytännön aloittamisesta on kuitenkin käyty keskustelua lääkärin kanssa. Ennakoiva hoitosuunnitelma nähdään tärkeänä välineenä asukkaan hoidossa. Tämänhetkinen lääkäreiden resurssitilanne Rauman kaupungilla sekä COVID-19 pandemia vie terveydenhuollon resurssia niin, että lääkäreiden työpanos ei ole riittänyt ennakoivien hoitosuunnitelmien tekemiseen tehostetun palveluasumisen asukkaille. Opinnäytetyön kehittämiskohteeksi valittiin opaslehtisen laatiminen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta tehostetun palveluasumisen asukkaalle ja hänen omaiselleen sekä infopakettien laatiminen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta hoitohenkilökunnalle. Asukkaan ja omaisten opaslehtisen tavoitteena on tuoda ennakoiva hoitosuunnitelma heille tutuksi, jotta he tietävät mistä on kyse, kun lääkäri asian ottaa puheeksi. Hoitohenkilökunnan infopakettien toivotaan tuovan heille varmuutta ja rohkeutta asukkaiden ja omaisten kanssa keskusteluihin ja auttavan heitä asukkaiden ja heidän omaistensa valmistamisessa hoitoneuvottelua varten.

Odotetun eliniän kasvaessa, yhä useamman ikääntyneen elämän loppuvaiheeseen kuuluu vuosien sairastamista ja pitkällisiä hoitoja. On tärkeää tunnistaa pitkälle edenneen sairauden tilanne ja ennusteen heikkeneminen sekä laatia yhdessä ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335.) Tehostetun palveluasumisen asukkaista 80%:lla on yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus, joten hoito on lähes aina palliatiivista (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 98). Yhtenä iäkkäiden sosiaalipalvelujen hoidon laatukriteerinä pidetään, että jokaiselle tehostetun palveluasumisen asukkaalle laaditaan ennakoiva hoitosuunnitelma yhdessä asukkaan ja omaisten kanssa. Tärkeänä nähdään myös, että asukkaalla ja hänen omaisellaan on mahdollisuus esittää päivittäistä hoitoa koskevia toiveita, jotka kirjataan tietojärjestelmään (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019b, 124, 126).

Tehostetun palveluasumisen asiakkaita suuri osa on muistisairaita. Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavilla tehostetun palveluasumisen asukkailla on viimeisen puoleltoista vuoden aikana paljon erilaisia ongelmia, esimerkiksi vähintään kerran keuhkokuume 41%:lla, syömisongelmia 86%:lla, kipua 39%:lla, painehaavoja 39%:lla sekä agitaatiota 54%:lla. Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman avulla voidaan vaikuttaa siihen, miten ja missä näitä ongelmia hoidetaan. (Seinelä, Lehto, Vanttaja, Lehmus & Valvanne 2015, 13.) Loppuelämän ennakoiva hoitosuunnitelma tulisi laatia viimeistään, kun etenevää sairautta sairastavan suorituskyky on heikko, hänellä on runsasta avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa ja hänellä on tahatonta laihtumista. Kriteerinä toimii myös kysymys yllättyisinkö, jos kyseinen asukas kuolisi vuoden sisällä. Jos vastaus tähän on että en yllättyisi, on hyvä aika laatia loppuelämän ennakoiva hoitosuunnitelma. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 336.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma parantaa ikääntyneen saamaa hoitoa ja elämänlaatua, lisää hoitotyytyväisyyttä, helpottaa läheisten jaksamista sekä suuntaa hoidon resurssit oikealla tavalla. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335.) Elämän loppuvaiheen ennakoivat suunnitelmat ovat vähentäneet siirtoja hoivayksiköistä sairaalaan, vähentäneet tehohoitojaksoja ja elvytysyriytyksiä sekä lisänneet kirjallisia hoitotahtoja. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 336.) Elämän loppuvaiheen suunnittelu ja siten tarpeettomien sairaalasiirtojen, hoitojen ja tutkimusten välttäminen, tuovat myös säästöjä terveydenhuollon kustannuksiin ja antavat mahdollisuuden kohdentaa

resurssit eri tavalla. Euroopassa 25% terveydenhuollon kustannuksista sijoittuu elämän viimeisen vuoden hoitoihin. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335-336.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan hoitoneuvottelussa, johon osallistuu ikääntynyt, hänen omaisensa, lääkäri ja esimerkiksi omahoitaja tai muu hoitohenkilöstöön kuuluva. Keskustelussa keskeisiä sisältöjä ovat sairauden tilanne ja ennuste, oireiden hallinta ennakoiden myös mahdollisia tulevia oireita sairauden edetessä, ikääntyneen hoitotahto, hoidon tavoite eli hoitolinja ja hoidonrajaukset eli hoidot, joista päätetään pidättäytyä nyt tai tulevaisuudessa. Keskustelussa selvitetään myös ikääntyneen ja hänen omaistensa toiveet, pelot, huolenaiheet elämän loppuvaiheeseen liittyen sekä heidän elämänlaadun kannalta tärkeänä kokemat seikat. Myös psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeet selvitetään. Keskustelussa varaudutaan myös saattohoitovaiheeseen, mahdollisesti tarvittaviin oirelääkkeisiin, määritellään konsultaatiotuki ja tarvittaessa tukiosasto. (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus 2020; Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 338, 340.)

Koska elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa käsittelevässä hoitoneuvottelussa käsitellään vaikeita asioita, vuorovaikutus on tärkeässä roolissa neuvottelun onnistumisen kannalta. Neuvottelussa on tärkeää tuoda esiin, että asioista keskustellaan ikääntyneen parhaan hoidon vuoksi, ei sen vuoksi, ettei haluta hoitaa häntä. Neuvottelussa on hyvä tuoda esiin, että asioista keskustellaan ajoissa, jotta ikääntyneellä on mahdollisuus esittää omia toiveitaan ja voidaan olla varmoja, että loppuelämän hoito toteutuu hänen tahtonsa mukaisesti. Tärkeää on myös kysyä erikseen peloista ja huolista, koska niitä ei välttämättä itse oteta esille. Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa tilanteen muuttuessa tai ikääntyneen tai hänen omaistensa toiveen mukaan. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 340-341.)

Laadukkaan hoidon tärkeä kriteeri on, että ikääntynyt saa omien toiveidensa ja arvonsa mukaista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Jo varhaisessa vaiheessa käyty elämän loppuvaiheen keskustelu lisää ikääntyneen tyytyväisyyttä ja elämänlaatua sekä vähentää turhia hoitoja voinnin huonontuessa. (Bernacki ym. 2015, 1.) Ennakoivan hoitosuunnitelman hyötyinä pidetään itsemääräämisoikeutta ja varautumista tilanteisiin, joissa ei itse heikentyneen terveydentilan tai kognition vuoksi pysty tekemään päätöksiä. Näiden lisäksi ikääntyneet näkevät ennakoivan hoitosuunnitelman hyötyinä

ja hyvän kuoleman tärkeinä tekijöinä oireiden hallinnan, elämän pidentämisen välttämisen, kontrollintunteen säilyttämisen, omaisten kuorman helpottamisen ja ihmissuhteiden vahvistumisen. (Detering, Hancock, Reade & Silvester 2010 1,13-14.)

Elämän loppuvaiheen ennakoivalla suunnittelulla on vaikutusta ikääntyneen elämänlaatuun. Ikääntyneet, joiden kanssa oli keskusteltu elämän loppuvaiheen hoidon toiveista, saivat suositusten mukaista elämän loppuvaiheen hoitoa. Heidän hoitonsa oli palliatiivista eikä elämää keinotekoisesti ylläpitävää. He kokivat elämänlaatunsa paremmaksi sekä kokivat vähemmän fyysistä ja psyykkistä stressiä kuin ne potilaat, jotka saivat elämänsä loppuvaiheessa elämää pitkittävää hoitoa. (Block, Mack, Prigerson, Weeks & Wright 2010, 1205-1206.)

Myös omaiset, joiden läheiselle oli laadittu elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, arvioivat elämän loppuvaiheen hoidon olleen laadukkaampaa kuin ne omaiset, joiden läheiselle hoitosuunnitelmaa ei oltu laadittu. Omaiset, joiden läheisen kanssa oli käyty elämän loppuvaiheen hoidon keskustelu, arvioivat läheisensä fyysisen mukavuuden ja henkisen tuen huomioon otettuna paremmaksi kuin ne omaiset, joiden läheisen kanssa keskustelua ei oltu käyty. Omaiset, joiden läheiselle ei oltu tehty elämän loppuvaiheen ennakoivaa suunnitelmaa, kokivat enemmän ongelmia tiedonkulussa, yhteisessä päätöksenteossa, läheisten henkisessä ja hengellisessä tukemisessa sekä omaisten valmistautumisessa tulevaan kuolemaan. (Ades ym. 2012, 631-632.) Omaiset, joiden läheiselle oli tehty ennakoiva hoitosuunnitelma, kokivat läheisen kuoleman jälkeen vähemmän stressiä, masennusta ja ahdistuneisuutta kuin omaiset, joiden läheiselle ei oltu ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tehty. (Detering, Hancock, Reade & Silvester 2010 1,13-14.)

Tampereella on otettu tavoitteeksi, että tehostettuun palveluasumiseen muuttaneelle järjestetään kolmen kuukauden sisällä muuttamisesta hoitoneuvottelu, jos asukas ja hänen omaisensa näin haluavat. Vuonna 2014 oli hoitoneuvottelu käyty kolmen kuukauden sisällä 82%:lla asukkaista. Tampereella on otettu käytännöksi, että sairaanhoitaja informoi asukasta ja hänen omaisiaan hoitoneuvottelun ja elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman sisällöstä, jotta heillä on mahdollisuus etukäteen valmistautua siihen. Omaisille ja hoitohenkilökunnalle suunnatussa tyytyväisyyskyselyssä hoitoneuvottelut arvioitiin hyödyllisiksi. Omaiset arvioivat hoitoneuvottelun

ilmapiirin 0-10 asteikolla olevan 9,13, halun osallistua hoitoneuvotteluun omaiset arvioivat 9,45 ja hoitotahdon tekemisen hyödyllisyyden 9,2. Hoitohenkilökunta arvioi hyödyn työntekijälle ja asukkaalle olevan 8,5 ja omaiselle 8,7. (Seinelä, Lehto, Vantaja, Lehmus & Valvanne 2015, 13-14, 48.)

Sairaanhoitajien roolia muistisairaana ikääntyneen elämän loppuvaiheen suunnittelussa ja toteutuksessa tutkineissa tutkimuksissa korostettiin hoitohenkilökunnan roolia asukkaan hoidossa, koska muistisairas ei välttämättä kykene itse tuomaan esille omia toiveitaan ja huoliaan. Hoitohenkilökunta tuntee asukkaat paremmin kuin lääkäri. Sairaanhoitaja seuraa asukkaan vointia kokonaisvaltaisesti ja tarvittaessa sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu viestittää lääkärille asukkaan voinnin muutoksista, hoidon muutosten tarpeesta, hoitolinjan tai hoidonrajausten tarpeesta sekä yhteistyössä lääkärin kanssa osallistua muistisairaana hoidon, hoitolinjan ja hoidonrajausten arviointiin. Sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu myös omaisten kanssa keskustelut asukkaan laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa koskevista asioista. Tutkimuksessa nähtiin tärkeänä, että jo asukkaan muuttaessa hoitoyksikköön, otetaan puheeksi se, että muistisairaus on etenevä sairaus, joka tulee johtamaan kuolemaan. Tutkimuksessa koettiin tärkeänä, että sairaanhoitaja kertoo asukkaalle ja hänen omaisilleen millaisena hän itse näkee laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon ja kysyy asukkaan ja hänen omaistensa toiveita ja ajatuksia. (Soini 2019, 16-20.) Asukkaalle tai hänen omaiselleen voi tulla elämän loppuvaiheen hoitoon liittyviä toiveita ja huolia esiin myös muulloin kuin hoitoneuvottelussa. On hyvä osata kuunnella näitä myös jokapäiväisessä hoidossa, tärkeää on myös kirjata nämä toiveet ja huolet tietojärjestelmään. Esimerkiksi asukas voi sanoa huomattessaan vaatekaapissaan tietyn mekon, että haluaa hänelle puettavan kyseinen mekko kun hän on kuollut. Tieto tulee kirjata asukkaan hoitosuunnitelmaan. (Bollig, Rosland, Gjengedal, Schmidt, May & Heller 2017, 594.)

### 9.2.1 Toimenpiteet Rauman kaupungin tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittämiseksi

Opinnäytetyön tekijä laati teorian tiedon ja aiempien tutkimusten pohjalta tehostetun palveluasumisen asukkaille ja heidän omaiselleen oppaan, josta he saavat tietoa mikä on elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, mitä hyötyä siitä on ja miten sellainen laaditaan. Sairaanhoitaja tai omahoitaja voi käydä asiat läpi asukkaan ja

hänen omaisensa kanssa ennen hoitoneuvottelua. Näin kaikki osapuolet ovat valmistautuneita kun neuvottelu pidetään. Opinnäytetyön tekijä laati teorialiedon ja aiempien tutkimusten pohjalta myös tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunnalle Power point -tietopakettin, jotta aihe tulee myös heille tutuksi ja heidän on asiasta luonteva keskustella asukkaan ja hänen omaisensa kanssa. Tietopaketti on laadittu niin, että se ei vaadi opinnäytetyön tekijän esittämistä vaan se lähetetään joko jokaisella sähköpostitse tai tallennetaan intranettiin, josta sen jokainen voi katsoa itselle sopivana ajankohdaksi. Nämä kehitetyt konstruktiot ovat raportin kirjoittamisen ajankohdaksi vanhuspalveluiden ylilääkärin tarkistettavana, tästä syystä opaslehtinen jätettiin liittämättä opinnäytetyön raporttiin liitteeksi.

## 10 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyössä toimitettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimien ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaan. Tutkimus ei vaatinut eettistä ennakoarviointia eettiseltä toimikunnalta, koska kyseessä on hoitajiin kohdistuva tutkimus ja he pystyivät tekemään päätöksen tutkimukseen osallistumisesta itsenäisesti. Tutkimukselle myönnettiin tutkimuslupa Rauman sosiaali- ja terveystoimialan kehittämispalveluista. Opinnäytetyöprosessissa otettiin huomioon vastaajien tietosuojan toteutuminen. Kyselyyn vastaajan henkilötiedot eivät välittyneet tutkimuksen tekijälle. Vastaukset tallentuivat e-lomake -ohjelmistoon, jonne vain tutkimuksen tekijä pääsee omilla SAMK-tunnuksilla. Opinnäytetyön valmistuttua, vastaukset poistetaan e-lomake -ohjelmistosta. Vastaajille tiedotettiin, että kyselyyn vastaaminen on luottamuksellista, vapaaehtoista ja anonymiteettiä suojelevaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8, 12, 18.) Myös raportointivaiheessa huomiointiin anonymiteetin säilyminen, tuloksia ei esitetty sukupuolen mukaan vastaajien tunnistamattomuuden säilyttämiseksi. Tuloksia ei myöskään esitetty yksikkökohtaisesti, jotta säilytettiin myös yksiköiden tunnistamattomuus. Opinnäytetyöprosessissa tehtiin yhteistyötä kohdeorganisaation edustajien kanssa koko prosessin ajan. Tällä taattiin se, että tutkimus on myös kohdeorganisaation edun mukainen.



Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa pyrittiin huomioimaan tutkimuksen luotettavuus. Kyselylomakkeen suunnittelussa otettiin huomioon esimerkiksi huolellinen suunnittelu, esitestaus, selkeä ulkoasu, helppotajuisuus, kysymysten mahdollisimman yksityiskohtaiset vastausohjeet sekä kysymyksissä käytettiin tuttua Likert-asteikkoa, jonka reliabiliteettia ja validiteettia on tutkittu aiemmin. (KvantiMOTV [www-sivut](http://www.sivut) 2010.) Likert-asteikolla vastattaessa on mahdollista, että toinen vastaaja vastaa herkemmin esimerkiksi täysin samaa mieltä ja toinen taas jokseenkin samaa mieltä. Tulosten analysoinnissa pyrittiin huomioimaan tämä, ettei annettu liian suurta painoarvoa tämän tyyppiseen eroavaisuuteen vastauksissa. Kyselytutkimuksen heikkoutena pidetään saavutetun tiedon pinnallisuutta. Mahdollisina heikkouksina pidetään myös, ettei tiedetä miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyn täyttämiseen, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajan näkökulmasta, miten tietoisia vastaajat ylipäätään ovat tutkitusta aiheesta tai miten perehtyneitä he ovat aiheeseen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 121, 128.) Kyselyn vastauksiin on saattanut vaikuttaa se, että toisille vastaajille aihe ei ole ollut niin tuttu kuin toisille. Esitestauksella pyrittiin poistamaan annettujen vastausvaihtojen epäselvyyttä.

Opinnäytetyön kyselyn otokseksi valittiin kokonaisotos eli kaikki Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajat. Tämä lisää ulkoista validiteettia. (Kananen 2010, 129.) Tosin vastausprosentti jäi sen verran pieneksi, 34%, että jos kysely uusittaisiin ja siihen vastaisi koko otos, tuloksissa voisi olla eroavaisuutta nyt saattuihin tuloksiin. Opinnäytetyön validiteettia toi tutkimuksen käsitteiden johtaminen teoriasta ja aiemmista tutkimuksista sekä tulosten vertaaminen aiempiin tutkimustuloksiin. Reliabiliteettia toi tutkimuksen eri vaiheiden dokumentointi ja tehtyjen ratkaisujen perustelu. (Kananen 2010, 130-131.)

Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt jättämään taka-alalle opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa kuten kyselytutkimuksen laatimisessa, tulosten analysoinnissa sekä valituissa kehittämistoimenpiteiden suunnassa omat yksilölliset näkemyksensä sekä työelämän kautta tulevat näkemyksensä. Nämä ovat kuitenkin vaikuttaneet jonkin verran, jo aiheen valikoituessa opinnäytetyön kiinnostuksen kohteesta. Opinnäytetyössä on kuitenkin pyritty objektiiviseen näkökulmaan. Myös se, ettei opinnäytetyöntekijä ole itse työskennellyt kotihoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa on saattanut vaikuttaa osaltaan opinnäytetyöprosessin aikana tehtyihin valintoihin.

## 11 POHDINTA

Kehitetyn konstruktion vieminen kohdeorganisaatioon vaatii usein aktiivista ohjeistusta, koulutusta ja pilotointia. Tämä kehitetyn konstruktion vieminen kohdeorganisaatioon on ensimmäinen käytännön testi ja eräs tärkeimmistä konstruktivisen tutkimuksen ominaispiirteistä. Innovoitu konstruktio testataan teknisesti sekä koko tutkimusprosessin toimivuus testataan kokonaisuudessaan. (Lukka 2014.) Tässä opinnäytetyöprosessissa Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittämiseksi suunniteltujen toimenpiteiden vieminen ja jalkauttaminen käytäntöön rajautuu opinnäytetyön raportin kirjoittamisen jälkeiseen aikaan. Kotihoidon saattohoidon kehittämiseksi suunnitellut toimenpiteet toteutetaan yhteistyössä kotihoidon ja kotisairaalan toimijoiden kanssa. Tehostettuun palveluasumiseen suunnatut saattohoidon kehittämistoimenpiteet, elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman infolehtinen asukkaalle ja omaiselle sekä hoitohenkilökunnalle laadittu tietopaketti Power point diaesitys muodossa annetaan ylilääkärin tarkistamisen jälkeen kohdeorganisaation laatukoordinaattorille jaettavaksi kohdeorganisaatioon. Ajatuksena siis on, että annettaessa asukkaalle ja hänen omaiselleen kyseinen infolehtinen, heidän kanssaan käydään myös suullisesti läpi elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoitus, hyödyt ja hoitoneuvottelun mahdollinen sisältö.

Konstruktivisen kehittämismenetelmän mukaan edetyssä opinnäytetyöprosessissa tutkijan tulee pohtia oppimisprosessiaan. Tutkija analysoi prosessin tulokset ja opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamisen. Jos innovoitu konstruktio koetaan hyödylliseksi kohdeorganisaatiossa, tutkija pohtii olisiko konstruktio siirrettävissä laajemmin, toisiin organisaatioihin. Jos innovoitua konstruktia ei koeta kohdeorganisaatiossa hyödylliseksi, pohditaan silti olisiko se hyödyllinen jossain muussa kohdeorganisaatiossa. (Lukka 2014.) Opinnäytetyöprosessin alussa tutkijalla oli ajatus, että todennäköisesti opinnäytetyön konstruktio tulee olemaan saattohoitoon liittyvä koulutusmateriaali ja koulutuksen järjestäminen Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajille. Opinnäytetyön konstruktion linja muutettiin, koska vuoden alussa on tulossa valtakunnallisen saattohoidon asiantuntijatyöryhmän kehittämä maksuton verkkokurssi perustason saattohoitoa antaville yksiköille, joihin Rauman kaupungin

kotihoito ja tehostettu palveluasuminen kuuluvat. Myös COVID-19 pandemian aiheuttamat kontaktirajoitukset vaikuttivat tehtyihin päätöksiin, koulutuksen järjestäminen ei olisi ollut mahdollista. Opinnäytetyön tutkimusosuudessa suoritetulla kyselytutkimuksella löydettiin saattohoitoon liittyviä osaamisvajeita ja kehittämistarpeita. Tutkimustuloksia voidaan käyttää hyödyksi myös muussa saattohoitoon liittyvässä kehittämisessä kohdeorganisaatiossa. Tutkimustulokset annetaankin kohdeorganisaatiolle vapaaseen käyttöön. Esimerkiksi COVID-19 pandemiatilanteen salliessa taas koulutusten järjestämisen, tutkimustulosten perusteella kohdeorganisaatio saa tietoa, mihin aiheisiin saattohoitoon liittyvää koulutusresurssia on järkevä suunnata. Opinnäytetyön tavoitteena oli Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen. Opinnäytetyön kehittämistoimenpiteiden avulla päästään tavoitteeseen. Kun tehostetussa palveluasumisessa saadaan kokemusta asukkaalle ja omaiselle jaettavasta infolehtisestä, voidaan vastaavanlainen materiaali suunnitella kotihoidon asiakkaille ja heidän omaisilleen annettavaksi ja hoitajan antaman ohjauksen tueksi. Kun saadaan kokemusta kotihoidon ja kotisairaalan yhteistyötapaamisista, voidaan miettiä olisiko hyötyä laajentaa saattohoitovastaavien tapaamisia myös tehostetun palveluasumisen edustajille tai luoda oma verkosto kotisairaalan ja tehostetun palveluasumisen hoitajille. Satakunnassa ollaan kehittämässä Satasote-hankkeisiin liittyen kotiin annettavia palveluita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää pohdittaessa kotiin annettavien palveluiden kehittämistä.

Konstruktivisessa kehittämismenetyksessä olennaista on kehitetyn konstruktion ja koko tutkimusprosessin onnistumisen arvioiminen. Kehitettyä konstruktiota voidaan arvioida sen hyödyllisyyden näkökulmasta. Arviointi voidaan suorittaa joko heikolla tai vahvalla markkinatestillä. Heikossa markkinatestissä konstruktion käyttäjät arvioivat sen hyödyllisyyttä ja toimivuutta. Vahvassa markkinatestissä viitataan kehitetyn konstruktion tuottamiin vaikutuksiin. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 288). Tässä opinnäytetyöprosessissa palautetta opinnäytetyöprosessin hyödyllisyydestä saatiin kohdeorganisaation laatukoordinaattorilta sekä tulosten esittelytilanteessa palvelupäälliköiltä ja palveluesimiehiltä. Palautetta konstruktioiden käyttäjiltä kerätään kun konstruktiot on jalkautettu toimintaan.

Konstruktivisen kehittämismenetyksen mukaan edetyn opinnäytetyöprosessin viimeisessä vaiheessa tutkija reflektoi tuloksia aiempaan teoria- ja tutkimustietoon.

Tutkija analysoi, miten innovoitu konstruktio sijoittuu aiempaan teorian tietoon. Pohditaan luotiinko uutta tietoa, testattiinko vanhaa tietoa, uudistettiin vanhaa tietoa vai kuvattiinko tieto aiempien teoriatietojen kaltaisina. (Lukka 2014.) Konstruktivisessa kehittämismenetyelmässä ei riitä, että kohdeorganisaatio arvioi kehitetyn konstruktion hyödyllisyyttä vaan tieteellinen kontribuutio todennetaan vertaamalla kehitettyä konstruktiota aiempiin tutkimuksiin (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 289). Opinnäytetyön tutkimusosuudessa suoritetulla kyselytutkimuksella saatiin aiemman teoriatiedon mukaisia tuloksia. Kyselytutkimuksen tuloksia on verrattu aiempiin tutkimuksiin kappaleessa 8. Kehitetyt konstruktiot pohjautuvat aiempien tutkimusten teoriatietoon ja siten, niille on ainakin teoriatiedon pohjalta tarve. Jos jalkautuminen käytäntöön toteutuu suunnitellusti, konstruktioista on hyötyä saattohoidon kehittymiselle kohdeorganisaatiossa. Jatkossa voidaan tutkia esimerkiksi kyselyn tulosten perusteella nousseiden osaamistarpeiden muutosta sen jälkeen kun saattohoitopassi on otettu kohdeorganisaatiossa käyttöön. Suomessa on myös tarkoituksena lisätä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetusta sairaanhoitajakoulutuksessa. Mielenkiintoista olisi tulevaisuudessa myös verrata samalla kyselyllä vaikuttaako opetuksen lisääminen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamiseen. Jatkossa voidaan myös selvittää kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön sujuvuutta kun yhteistyön kehittämistoimenpiteet on jalkautettu sekä selvittää onko elämän loppuvaiheen ennakoivat suunnitelmat otettu systemaattiseen käyttöön tehostetussa palveluasumisessa.

## LÄHTEET

Ades, S. Ashikaga, T., Ellison, D., McVeigh, U., Mori, M. & Ramsay, A. 2012. In-advance end-of-life discussion and the quality of inpatient end-of-life care: a pilot study in bereaved primary caregivers of advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 629-636. Viitattu 22.11.2020. [www.springer.com](http://www.springer.com)

Arias-Casais, N. ym. 2019. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Viitattu 9.10.2020. [www.eapcnet.eu](http://www.eapcnet.eu)

Bernacki, R. ym. 2015. Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ Open*. Viitattu 22.11.2020. [www.bmjopen.bmj.com](http://www.bmjopen.bmj.com)

Block, S. D., Mack, J. W., Prigerson, H. G., Weeks, J. C. & Wright, A. A., 2010. End-of-Life Discussions, Goal Attainment, and Distress at the End of Life: Predictors and Outcomes of Receipt of Care Consistent With Preferences. *Journal of Clinical Oncology* 1203-1208. Viitattu 22.11.2020. [www.ascopubs.org/journal/jco](http://www.ascopubs.org/journal/jco)

Bollig, G., Rosland, J.H., Gjengedal, E., Schmidt, G., May, A.T. & Heller, A. 2017. A European multicentre study on systematic ethics work in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Science* 31, 587-601. Viitattu 22.11.2020. [www.onlinelibrary.wiley.com](http://www.onlinelibrary.wiley.com)

Burns, M. & McIlpatrick, S. 2015. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing* 8/2015, 400-407. Viitattu 7.10.2020. <https://web-b-ebsohost-com.lillukka.samk.fi>

Detering K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C. & Silvester, W., 2010. The Impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. Viitattu 22.11.2020. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 9.10.2020. <https://www.etene.fi>

Erikoissairaanhoitolaki. 1989. L 1.12.1989/1062. Viitattu 6.10.2020

Evans, C. 2016. Rural long-term care nurses' knowledge of palliative care. *Online journal of rural nursing & health care*. 141-167. Viitattu 7.10.2020. <https://web-a-ebsohost-com.lillukka.samk.fi>

Grönfors, S. 2018. Hyvä saattohoito, arvokas elämälle. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.10.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018121221128>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas -potilaan ja omaisen opas. 14. uud. p. Etelä-Suomen syöpäyhdistys ry

- Höykinpuro, S. 2017. Hyvän saattohoidon toimintamalli ikäihmisten tehostetussa palvelukodissa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 31.1.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201703283828>
- Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 7.10.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201406171789>
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Kotiutustiimin ja kotisairaalan yhteistyöpalaveri 20.10.2020.
- KvantiMOTV -menetelmäopetuksen tietovaranto verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 11.10.2020. <https://fsd.uta.fi/menetelmaopetus>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/785. Viitattu 6.10.2020
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 2000. L 22.9.2000/812. Viitattu 6.10.2020
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. L 28.6.1994/559. Viitattu 6.10.2020
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 135, 335-342. Viitattu 22.11.2020. <https://duodecim.fi>
- Lehto, R. 2020. ”Yhdessä tekemällä asiakkaiden parhaaksi” Yhteistyön kehittäminen Huittisten kotihoidon ja kotisairaalan välillä. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.11.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020052814975>
- Lerkki, H. 2020. Moniammatillisen hoitotyön kehittäminen saattohoidossa Raision kaupungin hoidon ja hoivan alueella. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 31.10.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020052212897>
- Liimatainen, S. 2019. Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely kotihoidon ja kotisairaalan välillä hoitohenkilökunnan kokemana ja arvioimana. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.11.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201903143025>
- Lipponen, V. & Karvinen, I. 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. Gerontologia 3, 152-163. Viitattu 8.10.2020. [tamk.fi/documents/10181/26948/artLipponen\\_ym.pdf/571e8291-a232-4f63-85e0-78ffc3e15165](http://tamk.fi/documents/10181/26948/artLipponen_ym.pdf/571e8291-a232-4f63-85e0-78ffc3e15165)
- Lukka, K. 2014. Metodix: Konstruktiivinen tutkimusote. Viitattu 11.1.2020. <https://metodix.fi>
- Mansikkapaikan palvelukotien saattohoito-opas. 2016. Viitattu 3.11.2020. <https://jemma.fi>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.-4. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 9.10.2020. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Palliativisen hoidon kehittäminen www-sivut. Viitattu 11.10.2020. [www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi](http://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi)

Perustuslaki. 1999. L 11.6.1999/731. Viitattu 6.10.2020

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Viitattu 9.10.2020. [www.julkaisut.valtioneuvosto.fi](http://www.julkaisut.valtioneuvosto.fi)

Poranen, L. 2019. Saattohoidon kehittäminen ikääntyneiden hoitotyössä palveluasumisessa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Centria ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.10.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019053113836>

Poukka, P. 2015. Kotisaattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliativinen hoito. Viitattu 21.11.2020. [www.oppiportti.fi](http://www.oppiportti.fi)

Rauman kaupungin intranetin www-sivut. Viitattu 20.12.2019. <https://jemma.fi>

Rauman kaupungin www-sivut. Viitattu 6.1.2020. <https://rauma.fi>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Viitattu 11.10.2020. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksenteoreista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2017:44. Viitattu 9.10.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Saarto, T. 2018. Palliativinen hoito ja saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. 2/2019. (2019a) Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14. Viitattu 9.10.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. 12/2019. (2019b) Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:68. Viitattu 9.10.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Seinelä, L., Lehto, V., Vanttaja, K., Lehmus, A. & Valvanne, J. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Esimerkkinä Tampereen kehittäminen. Helsinki: Kuntaliitto.

Siivonen, A. 2020. Laatukoordinaattori, Rauman kaupungin vanhuspalvelut. Rauma. Teams etätapaaminen 22.10.2020. Haastattelijana Jonna Elovaara. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Soini, S. 2019. Sairaanhoidajan tehtävät muistisairaana vanhuksen elämän loppuvaiheen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 22.11.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-201909093219>

Sosiaalihuoltolaki. 2014. L 30.12.2014/1301. Viitattu 6.10.2020

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 6.1.2020. <https://stm.fi>

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326. Viitattu 6.10.2020

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Vanhuspalvelujen tila. Viitattu 20.12.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 3.11.2020. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Viitattu 18.1.2020. <https://www.tenk.fi>

Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetelmien kentässä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Johtamistaidon opisto, 281-295

Vaarala, L. 2016. Saattohoidon toimijoiden yhteistyön kehittäminen Turussa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.11.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201604285432>

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. 2017. L 24.8.2017/582. Viitattu 6.10.2020

Valvanne, J., Seinelä, L. & Salonen A-M. 2017. Vanhustyötä pitää edelleen kehittää -miksi? Tampereen kaupunki. Viitattu 9.10.2020. [kehittyvavanhustyoy.fi](http://kehittyvavanhustyoy.fi)

Valviran www-sivut. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 6.1.2020. <https://www.valvira.fi>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

WHO. 2014. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Viitattu 9.10.2020. [apps.who.int](http://apps.who.int)



Wilson, O., Avalos, G. & Dowling, M. 2016. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British journal of nursing* 6/9/2016. Viitattu 8.10.2020 <https://web-a-ebsohost-com.lillukka.samk.fi>

LIITE 1

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Haun tuloksia	Hyväksytyt
Medic	kotihoi* palvelu* and saattohoito-osaaminen	2010-2020, vain kotekstit, asiasanojen synonyymit käytössä, kaikki kielet, kaikki julkaisutyypit	16	1
Medic	vanhus* and saattohoito-osaaminen	2010-2020, vain kotekstit, asiasanojen synonyymit käytössä, kaikki kielet, kaikki julkaisutyypit	14	1
Medic	saattohoi* and kehittämi* kotihoi* palveluas*		0	0
Finna.fi	saattohoi* AND kotihoi* OR palvelu*	2010-2020, verkossa saatavilla, yamk, pro gradu, väitöskirja	35	8
Finna.fi	saattohoi* AND kehittämi* AND kotihoi*	2010-2020, verkossa saatavilla, yamk	14	7 (joista 4 samaa kuin edellisellä haulilla)
Theseus	saattohoito-osaaminen and kotihoi* or palveluas*	yamk, 2014-2020	36	5 (samoja tutkimuksia kuin finna.fi:ssä)
Cinahl (academic search elite, Cinahl complete, Cinahl)	hospice or palliative care or end of life care or terminal care AND home health care nursing OR assisted living facilities or assisted care facilities	full text, boolean/phrase, scholarly journals, 2015-2020, language: english	303	1
		-Subject Thesaurus term rajaus: nurses, medical personnel, long-term health care	32	4
		Subject Major heading rajaus: palliative care, attitude of health	6	1

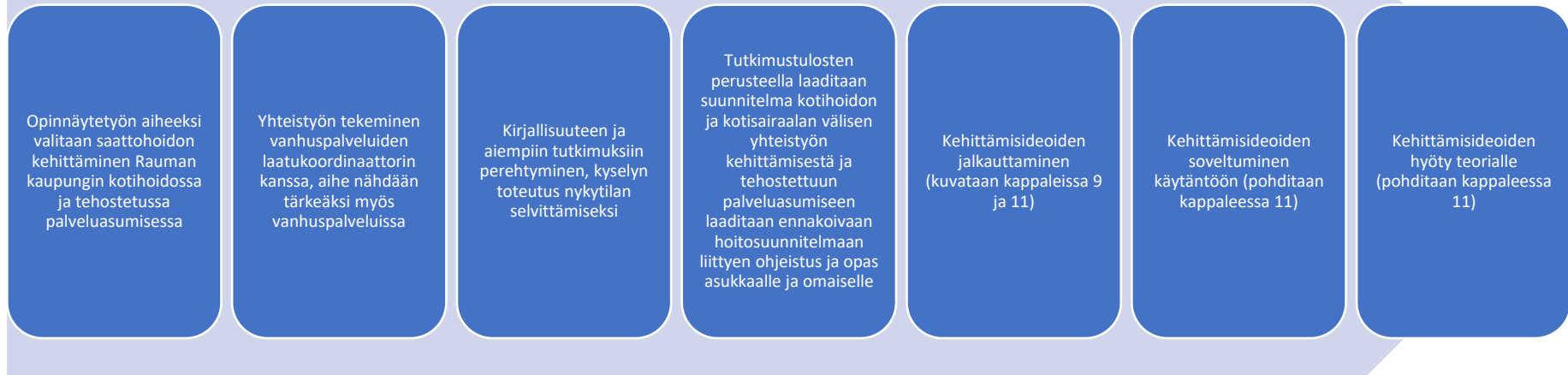
		personnel, nurse attitude		
<b>Cinahl (academic search elite, Cinahl complete, Cinahl)</b>	hospice or palliative care or end of life care or terminal care AND nurses' knowledge	full text, boolean/phrase, scholarly journals, 2015-2020, language: english	46	7
<b>Manuaalihaku</b>				3

Tutkimus
Finne-Soveri, H. & ym. 2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. Alkuperäistutkimus.
Kiljunen, O. 2018. Hoitokodeissa työskentelevien hoitotyön ammattilaisten osaaminen iäkkäiden hoidossa. Artikkelit väitöskirjan pohjalta. -> finna.fi:ssä väitöskirja: Care home nursing professionals' competence in older people nursing
Pihlaja, S. 2015. Muistisairaana potilaan elämän loppuvaiheen hoitotyön kehittäminen Myllypuistosairaalassa. YAMK-opinnäytetyö.
Grönfors, S. 2018. Hyvä saattohoito, arvokas elämälle. YAMK-opinnäytetyö.
Uusi-Viitala, P. 2017. Saattohoidon toimintatapojen kehittäminen hoivakoti Pihlakartanossa: Arvokas elämä, arvokas kuolema. YAMK-opinnäytetyö.
Mäkinen, M. 2014. Ikääntyneiden asukkaiden elämän loppuvaiheen hoitotyön kehittäminen palveluasumisessa: Hoidon laatu muuttuvassa toimintaympäristössä hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta. YAMK-opinnäytetyö.
Seppänen, M. & Luukkainen, M. 2010. Saattohoito-opas kotisaattohoidon tueksi. YAMK-opinnäytetyö.
Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Pro gradu.
Höykinpuro, S. 2017. Hyvän saattohoidon toimintamalli ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa. YAMK-opinnäytetyö.
Poranen, L. 2019. Saattohoidon kehittäminen ikääntyneiden hoitotyössä palveluasumisessa. YAMK-opinnäytetyö.
Seinälä, L. & ym. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Esimerkkinä Tampereen kehittämistyö.
Pivodic, L. & ym. 2018. Quality of dying and quality of end of life care of nursing home residents in six countries: results of pace.
Konttila, T. & ym. 2019. Progress in advance care planning among nursing home residents dying with advanced dementia: does it make any difference in end of life care?
Mikkonen, H. 2017. Pääkaupunkiseudun palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitoketju. Toimintatutkimus käytäntöjen kehittämiseksi. YAMK-opinnäytetyö.
Vaarala, L. 2016. Saattohoidon toimijoiden yhteistyön kehittäminen Turussa. YAMK-opinnäytetyö.
Kinnunen, S. 2013. Kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan osaamiskartta. YAMK-opinnäytetyö.
Midbust, M., Alnes, R., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. 2018. Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. Artikkelit BMC Health Services Research lehdessä
Burns, M. & McIlpatrick. 2015. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. Artikkelit International Journal of Palliative Nursing lehdessä
Evans, C. 2016. Rural long term care nurses' knowledge of palliative care. Artikkelit Online Journal of Rural Nursing & Health Care lehdessä
Chover-Sierra, E. & ym. 2017. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version on palliative care quiz for nurses. Artikkelit Plos one lehdessä.
Svensden, S. & ym. 2017. Dying patients in nursing homes: nurses provide "more of everything" and are "left to deal with everything on their own" Artikkelit Norwegian journal of clinical nursing lehdessä.
Wilson, O. & ym. 2016 Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. Artikkelit British journal of nursing lehdessä.

LIITE 3

No	Tekijä, julkaisuvuosi, nimi	Tutkimustehdävä	Menetelmä	Aineisto	Päätulokset
1.	Jänikselä 2014, Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista	Kuvata kotihoidon työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista	Kehittämismenetelmää ei tuoda tutkimuksessa esiin. Aineisto kerätty avoimella haastattelulla, analyysi tehty induktiivisella sisällönanalyysillä.	Kotihoidossa toimivat hoitajat, jotka ovat hoitaneet kuolevia potilaita (N=10)	Kotihoidon hoitajien osaamistarpeina nousi esiin, ettei aina osata nähdä avun tarvetta, kivunhoitoa ei aina hallittu, kipupumpun käyttöön liittyi ongelmia, aika ja ammattitaito ei aina riittänyt kuolevan hoitoon ja läheisten tukemiseen, vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen koettiin vaikeana
2.	Poranen 2019, Saattohoidon kehittäminen ikääntyneiden palveluasumisessa	Kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja osaamista muistisairaiden saattohoidosta, päivittää palvelutalon saattohoito-opas ja järjestää koulutustilaisuus	Kehittämismenetelmänä konstrukttiivinen menetelmä, aineisto kerätty avoimella kyselyllä, analyysi tehty aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä	Palvelutalon hoitajat (N=8)	Palveluasumisen hoitajien osaamistarpeina nousi esiin omaisten kohtaaminen, potilaan voimien muutosten arviointikyky, lääkehoito-osaaminen, oman läsnäolon ja vastuunottamisen lisääminen esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisessa
3.	Evans 2016, Rural long term care nurses' knowledge of palliative care	Selvittää pienten paikkakuntien hoitajien tietämystä palliativisesta hoidosta	Kehittämismenetelmänä donabedian model, jolla pyritään osoittamaan, onko käytetty hyviä käytäntöjä. Aineisto kerättiin hoitajien täyttämistä testeistä sekä heidän demografisista tiedoistaan. Tilastollisen analysoinnin avulla esitettiin testin eri osioiden vastausten	Kentuckyn kolmen pienen paikkakunnan pitkäaikaishoitopaikan hoitajat (N=33)	Osaamistarpeina nousi esiin kivunhallinnan merkityksen ymmärrys uneen, opioidien sivuvaikutusten tuntemus, limaisuuden lääkehoito, tieto palliativisen sedation tarpeesta, kuolevan potilaan ravitsemushoito.

			jakautumiset. Ristiintaulukoinnilla saatiin selville, vaikuttivatko demografiset tekijät vastauksiin		
4.	Burns & McIlfrack 2015, Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment	Kuvata hoitajien osaamista ja asenteita palliatiivisessa hoidossa olevan dementiaa sairastavan kivun arvioinnissa	Systemaattinen, narratiivinen kirjallisuuskatsaus vertaisarvioituista tieteellisistä artikkeleista	11 tieteellistä artikkelia	53% hoitajista arvioi taitonsa palliatiivisessa hoidossa olevan muistisairaana potilaan kivun arviointiin ja hallintaan keskinäisiksi. Epävarmuutta hoitajille toi pelko kivun väärin diagnosoinnista, ylläkkäisemisestä, kipulääkkeen haittavaikutuksista ja riippuvuuden aiheuttamisesta
5.	Wilson 2016, Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient	Selvittää vanhuksia hoitavien hoitajien palliatiivisen hoidon osaamista ja asenteita	Poikkileikkaustutkimus Irlannin yhden maakunnan vanhusten hoitopaikkoihin, 4 yksityistä ja 3 julkista paikkaa. Hoitajat täyttivät palliatiivisen hoidon testin sekä asenteita mittaavan testin	Irlannin vanhustenhoitolaistosten hoitajat (N=61)	Osaamistarpeina nousi esiin palliatiivisen hoidon määrittämisen tietämys, kipulääkityksessä mm lumelääkkeen käyttöä piti viidesosa hyväksyttävänä ja vain viidesosa ymmärsi, ettei taudin levinneisyys määrittele kipulääkitystä, hengenahdistuksen lääkehoidon tietämys
6.	Grönfors 2018, Hyvä saattohoito, arvokas elämälle	Saattohoidon tilanteen selvittäminen Porin perusturvan alueen hoitoyksiköissä ammattihenkilöiden kuvaamana. Haluttiin selvittää, toteutuuko saattohoito suositusten mukaan	Kehittämismenetelmää ei mainita tutkimuksessa, aineisto kerättiin sähköisen haastattelulomakkeen avulla ja analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla	Hoitotyön esimiehet ja lääkärit Porin perusturvan alueelta, jokaiselta palvelualalta. Otos oli 35, joista vastasi noin puolet	Osaamistarpeina nousi esiin varsinkin kotihoidon hoitajien vähäinen tieto saattohoidosta, oirehoito, varsinkin kivunhoito, saattohoitopotilaan kohtaaminen.





Arvoisa vastaanottaja

Olen sairaanhoitaja Jonna Elovaara. Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön ylempi AMK -koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on selvittää Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamisen kehittämistarpeita koulutustarpeiden kartoittamista varten. Tarkoituksena on samalla selvittää yhteistyön sujuvuutta eri yhteistyötahojen kanssa.

Opinnäytetyön tavoitteena on edelleen kehittää kuolevan ihmisen hoitoa ja hänen läheistensä tukemista sekä parantaa hoitajien saattohoito-osaamista.

Aineisto kerätään e-lomake -kyselyllä kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunnalta sekä vielä toiminnassa olevalta Kaunisjärven vanhainkodin hoitohenkilökunnalta.

Tutkimuskyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi. Vastaajan henkilö- tai sähköpostitiedot eivät välity tutkimuksen tekijälle. Vastaukset tallentuvat e-lomake -ohjelmaan, jonne vain tutkimuksen tekijä pääsee omilla tunnuksillaan. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistamisen jälkeen. Lopullisessa raportissa tulokset esitellään niin, ettei niissä viitata taustatietoihin, jotka voisivat mahdollistaa tunnistamisen. Opinnäytetyön raportti julkaistaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut -tietokannassa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi) työn valmistuttua.

Ohessa olevasta linkistä pääsette e-lomake -kyselylomakkeeseen. Vastaaminen vie noin 10-15 minuuttia. Toivon, että vastaatte kyselyyn 29.2.2020 mennessä. Vastaan mielelläni opinnäytetyöhöni liittyviin kysymyksiin. Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin,

Jonna Elovaara, sairaanhoitaja AMK, vanhustyön ylempi AMK -opiskelija  
[jonna.elovaara\(at\)student.samk.fi](mailto:jonna.elovaara(at)student.samk.fi)





## Kysely kotihoiton hoitajille saattohoito-osaamisesta

## Taustatiedot

Sukupuoli  Nainen  
 Mies

Ikäsi

Ammattisi  Sairaanhoidaja/ terveydenhoitaja  
 Lähihoitaja/ perushoitaja  
 Jokin muu

Jos vastasit jokin muu, mikä

Työpisteesi  Kotihoito, eteläinen alue  
 Kotihoito, itäinen alue  
 Kotihoito, läntinen alue  
 Kotihoito, pohjoinen alue  
 Jokin muu

Jos vastasit jokin muu, mikä

Työkokemuksesi vuosina

## Hoitolinjaukset asiakkaan hoidossa

Mielestäni on tärkeää asiakkaan hoitamisen kannalta, että tiedän hänen sairautensa hoitolinjan (parantava, jarruttava, palliativinen, saattohoito)  Täysin eri mieltä  
 Jokseenkin eri mieltä  
 Jokseenkin samaa mieltä  
 Täysin samaa mieltä  
 En osaa sanoa

Mielestäni on tärkeää asiakkaan hoitamisen kannalta, että tiedän hänen hoidonrajauksensa (esimerkiksi ei elvytetä -päätös)  Täysin eri mieltä  
 Jokseenkin eri mieltä  
 Jokseenkin samaa mieltä  
 Täysin samaa mieltä  
 En osaa sanoa

Mielestäni on tärkeää asiakkaan hoitamisen kannalta, että olen selvillä hänen sairautensa/sairauksiensa tilasta  Täysin eri mieltä  
 Jokseenkin eri mieltä  
 Jokseenkin samaa mieltä  
 Täysin samaa mieltä  
 En osaa sanoa

Arvioin käynneillä, vastaako asiakkaan vointi hänen hoitolinjaansa

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Arvioin käynneillä, vastaako asiakkaan vointi hänen hoidonrajoituksiaan

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Keskustelen hoitolinjauksista asiakkaan kanssa

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Keskustelen hoidonrajoituksista asiakkaan kanssa

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Keskustelen hoitolinjauksista omaisten kanssa

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Keskustelen hoidonrajoituksista omaisten kanssa

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Lähihoitajat/ perushoitajat /muut

Kerron näkemykseni asiakkaan hoitolinjasta ja hoidonrajoituksista sairaanhoitajalle

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Lähihoitajat/ perushoitajat /muut

Kerron asiakkaan ja hänen omaistensa näkemyksen hoitolinjasta ja hoidonrajoituksista sairaanhoitajalle

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Sairanhoitajat/ terveydenhoitajat

Kerron näkemykseni asiakkaan hoitolinjasta ja hoidonrajoituksista lääkärille

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Sairanhoitajat/ terveydenhoitajat

Kerron asiakkaan ja hänen omaistensa näkemyksen hoitolinjasta ja hoidonrajoituksista lääkärille

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Lääkäri kuuntelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitolinjoista

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Lääkäri kuuntelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoidonrajuuksista

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

## Elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen tietojärjestelmään

Tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajuukset kirjataan tietojärjestelmään

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajuukset löytyvät helposti tietojärjestelmästä

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Asiakkaan toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Asiakkaan toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta löytyvät helposti tietojärjestelmästä (esimerkiksi toive kuolla kotona)

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Omaisten toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Omaisten toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta löytyvät helposti tietojärjestelmästä

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

## Organisaatioon liittyvät kysymykset

- Työyksikössäni huomioidaan tarvittaessa lisähenkilökunnan resursointi saattohoitotilanteessa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni on mahdollisuus työnohjaukseen saattohoitotilanteessa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Mielestäni kuolevan asiakkaan luona tehtävään käyntiin pitäisi olla varattuna pidempi aika kuin muihin käynteihin
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Koen, että kuolevan asiakkaan ja hänen läheistensä kannalta olisi parempi, jos hoivakäynnit hoitaisi pieni tiimi, kotihoidon saattohoitotiimi
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Yhteistyö kotisairaalan kanssa

- Yhteistyö kotisairaalan kanssa on sujuvaa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Otan tarvittaessa yhteyttä kotisairaalaan kuolevan asiakkaan vointiin liittyvissä asioissa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Saattohoitovaiheen/ kuolevan asiakkaan kivunhoito

- Osaan arvioida kuolevan asiakkaan kipulääkkeen tarvetta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan arvioida kuolevan asiakkaan kipua havainnoiden
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tulkita kuolevan, muistisairaana, asiakkaan kipua
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

Käytän kuolevan asiakkaan kivun arvioinnissa kipumittaria

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan arvioida kipulääkkeen vaikutusta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Mielestäni kuolevalla asiakkaalla on useimmiten riittävä kipulääkitys

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Tunnistan opioidien aiheuttamat haittavaikutukset

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

En pelkää antaa tarvittavia kipulääkkeitä kuolevalle asiakkaalle, niiden mahdollisten haittavaikutusten vuoksi

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan tarvittaessa antaa kipupumpusta lisäannoksen

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

## Kuolevan asiakkaan muu oirehoito ja voinnin seuranta

Osaan arvioida kuolevan asiakkaan mahdollista hengenahdistusta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan käyttää tarvittaessa asiakkaan luona olevaa happirikastinta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan arvioida kuolevan asiakkaan mahdollista limaisuutta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan käyttää tarvittaessa asiakkaan luona olevaa imulaitetta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan arvioida kuolevan asiakkaan mahdollista pahoinvointia

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan arvioida kuolevan asiakkaan mahdollista suun kuivuutta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan hoitaa kuolevan asiakkaan mahdollista suun kuivumista

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan hoitaa kuolevan asiakkaan mahdollista ummetusta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan toteuttaa kuolevan asiakkaan asentohoitoa

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Kuolevalle asiakkaalle saadaan tarvittaessa helposti järjestettyä moottoroitu ilmapainepatja painehaavojen ehkäisyyn ja asentohoitoa helpottamaan

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Arvioin käynneillä asiakkaan apuvälineiden tarvetta ja osaan hankkia hänelle tarvittaessa tarvittavat apuvälineet

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan arvioida kuolevan asiakkaan voinnissa tapahtuneita muutoksia

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

## Kuolevan asiakkaan psykososiaalinen tukeminen

- Osaan olla läsnä kuolevan asiakkaan vierellä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Minulla on aikaa olla läsnä kuolevan asiakkaan vierellä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan arvioida kuolevan asiakkaan mahdollista ahdistuneisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan lääkittää kuolevan asiakkaan mahdollista ahdistuneisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tukea kuolevaa asiakasta, jos hänellä on ahdistuneisuutta tai turvattomuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tukea kuolevaa asiakasta, jos hänellä on sekavuutta tai harhaisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Mielestäni kuolevalle asiakkaalle määrätään useimmiten riittävästi tarvittaessa annettavaa lääkettä rauhoittamaan levottomuutta, ahdistuneisuutta tai tuskaisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Kuolevan asiakkaan eksistentiaalinen ja hengellinen tukeminen

- Osaan tukea kuolevaa asiakasta eksistentiaalisten kysymysten pohdinnassa (eletyn elämän merkityksen pohdinta, kuoleman jälkeisten tapahtumien pohdinta, olemassa olemiseen liittyvä pohdinta)
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan antaa kuolevalle asiakkaalle tarvittaessa hengellistä tukea
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni on mahdollisuus pyytää pappi vierailemaan kuolevan asiakkaan ja hänen omaistensa luona
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Kuolevan asiakkaan läheisten tukeminen

- Osaan olla läsnä kuolevan asiakkaan läheisille
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Minulla on aikaa olla läsnä kuolevan asiakkaan läheisten vierellä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan ottaa kuoleman puheeksi läheisten kanssa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tarvittaessa perustella kuolevan asiakkaan omaisille tehtyjä hoidonrajoituksia esimerkiksi, miksi ei nesteytetä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan kertoa kuolevan asiakkaan läheisille lähestyvän kuoleman ulkoisista merkeistä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Kuolevan asiakkaan läheisten epäroidessä tarvittavien oirelääkkeiden antamista, niiden haittavaikutusten pelossa, osaan perustella läheisille niiden käytön aiheellisuuden
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Kuolevan asiakkaan hoitamisen kehittämistarpeet kotihoidossa

Onko työyksikössäsi mielestäsi jokin erityinen saattohoitovaiheessa olevan/ kuolevan asiakkaan hoitamiseen liittyvä kehittämistarve





## Kysely tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin hoitajille saattohoito-osaamisesta

## Taustatiedot

Sukupuoli  Nainen  
 Mies

Ikäsi

Ammattisi  Sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja  
 Lähihoitaja/ perushoitaja  
 Jokin muu

Jos vastasit jokin muu, mikä

Työpisteesi  Kaunisjärven vanhainkoti  
 Kaunisjärven intervalliosasto  
 Mansikkapaikka  
 Linnavuoren palvelukodit  
 Marttilanmäen palvelukodit  
 Kotikaari, intervalli mukaan lukien  
 Jokin muu

Jos vastasit jokin muu, mikä

Työkokemuksesi vuosina

## Hoitolinjaukset asukkaan hoidossa

Mielestäni on tärkeää asukkaan hoitamisen kannalta, että tiedän hänen sairautensa hoitolinjan (parantava, jarruttava, palliativinen, saattohoito)  Täysin eri mieltä  
 Jokseenkin eri mieltä  
 Jokseenkin samaa mieltä  
 Täysin samaa mieltä  
 En osaa sanoa

Mielestäni on tärkeää asukkaan hoitamisen kannalta, että tiedän hänen hoidonrajauksensa (esimerkiksi ei elvytetä -päätös, tutkimuksista pidättäytyminen, nesteytyksestä pidättäytyminen)  Täysin eri mieltä  
 Jokseenkin eri mieltä  
 Jokseenkin samaa mieltä  
 Täysin samaa mieltä  
 En osaa sanoa

Mielestäni on tärkeää asukkaan hoitamisen kannalta, että olen selvillä hänen sairautensa/sairauksiensa tilasta  Täysin eri mieltä  
 Jokseenkin eri mieltä  
 Jokseenkin samaa mieltä  
 Täysin samaa mieltä  
 En osaa sanoa

- Arvioin asukasta hoitaessani, vastaako hänen vointinsa hänen hoitolinjaansa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Arvioin asukasta hoitaessani, vastaako hänen vointinsa hänen hoidonrajausiaan
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Keskustelen hoitolinjauksista asukkaan kanssa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Keskustelen hoidonrajausista asukkaan kanssa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Keskustelen hoitolinjauksista omaisten kanssa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Keskustelen hoidonrajausista omaisten kanssa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

Lähihoitajat/ perushoitajat/ muut

- Kerron näkemykseni asukkaan hoitolinjasta ja hoidonrajausista sairaanhoitajalle
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

Lähihoitajat/ perushoitajat/ muut

- Kerron asukkaan ja hänen omaistensa näkemyksen hoitolinjasta ja hoidonrajausista sairaanhoitajalle
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

Sairaanhoitajat/ terveydenhoitajat

- Kerron näkemykseni asukkaan hoitolinjasta ja hoidonrajausista lääkärille
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

Sairaanhoitajat/ terveydenhoitajat

- Kerron asukkaan ja hänen omaistensa näkemyksen hoitolinjasta ja hoidonrajausista lääkärille
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

Lääkäri kuuntelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitolinjoista	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lääkäri kuuntelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoidonrajuuksista	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen tietojärjestelmään

Tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajuukset kirjataan tietojärjestelmään	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajuukset löytyvät helposti tietojärjestelmästä	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
---------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Asukkaan toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Asukkaan toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta löytyvät helposti tietojärjestelmästä (esimerkiksi toive, ettei halua papin vierailua, toivoo, että joku on vierellä kuolemanhetkellä)	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Omaisten toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan tietojärjestelmään	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Omaisten toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta löytyvät helposti tietojärjestelmästä (esimerkiksi toive, soitetaanko kuolemasta yölläkin)	<input type="radio"/> Täysin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin eri mieltä <input type="radio"/> Jokseenkin samaa mieltä <input type="radio"/> Täysin samaa mieltä <input type="radio"/> En osaa sanoa
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Organisaatioon liittyvät kysymykset

- Työyksikössäni huomioidaan tarvittaessa lisähenkilökunnan resursointi saattohoitotilanteessa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni on mahdollisuus kuolevan asukkaan omaisten yöpymiseen läheisensä vierellä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni pystyy tarjoamaan kuolevalle asukkaalle ja hänen läheisilleen rauhallisen ympäristön
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni on mahdollisuus työnohjaukseen saattohoitotilanteessa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Yhteistyö kotisairaalan ja tukiosaston kanssa

- Yhteistyö kotisairaalan kanssa on sujuvaa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Otan tarvittaessa yhteyttä kotisairaalaan kuolevan asukkaan vointiin liittyvissä asioissa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Tiedän minne voin tarvittaessa soittaa yöllä kuolevan asukkaan hoitamiseen liittyvistä asioista
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Saattohoitovaiheen/ kuolevan asukkaan kivunhoito

- Osaan arvioida kuolevan asukkaan kipulääkkeen tarvetta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan arvioida kuolevan asukkaan kipua havainnoiden
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tulkita kuolevan, muistisairaana, asukkaan kipua
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

Käytän kuolevan asukkaan kivun arvioinnissa kipumittaria

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan arvioida kipulääkkeen vaikutusta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Mielestäni työyksikössäni kuolevalla asukkaalla on useimmiten riittävä kipulääkitys

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Tunnistan opioidien aiheuttamat haittavaikutukset

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

En pelkää antaa tarvittavia kipulääkkeitä kuolevalle asukkaalle, niiden mahdollisten haittavaikutusten vuoksi

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan tarvittaessa antaa kipupumpusta lisäannoksen

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan tarvittaessa vaihtaa kipupumpun neulan

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

## Kuolevan asukkaan muu oirehoito ja voinnin seuranta

Osaan arvioida kuolevan asukkaan mahdollista hengenahdistusta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan käyttää tarvittaessa happirikastinta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

Osaan arvioida kuolevan asukkaan mahdollista limaisuutta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa

- Osaan käyttää tarvittaessa imulaitetta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan arvioida kuolevan asukkaan mahdollista pahoinvointia
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni on mahdollisuus tarjota kuolevalle asukkaalle hänen toivomiaan ruokia
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan arvioida kuolevan asukkaan mahdollista suun kuivuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan hoitaa kuolevan asukkaan mahdollista suun kuivumista
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan hoitaa kuolevan asukkaan mahdollista ummetusta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan toteuttaa kuolevan asukkaan asentohoitoa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni on riittävät mahdollisuudet käyttää kuolevalla asukkaalla moottoroitua ilmapainepatjaa painehaavojen ehkäisyyn ja asentohoitoa helpottamaan
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan arvioida kuolevan asukkaan voinnissa tapahtuneita muutoksia
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Kuolevan asukkaan psykososiaalinen tukeminen

- Osaan olla läsnä kuolevan asukkaan vierellä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Minulla on aikaa olla läsnä kuolevan asukkaan vierellä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan arvioida kuolevan asukkaan mahdollista ahdistuneisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan lääkitä kuolevan asukkaan mahdollista ahdistuneisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tukea kuolevaa asukasta, jos hänellä on ahdistuneisuutta tai turvattomuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tukea kuolevaa asukasta, jos hänellä on sekavuutta tai harhaisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Mielestäni kuolevalle asukkaalle määrätään useimmiten riittävästi tarvittavaa annettavaa lääkettä rauhoittamaan levottomuutta, ahdistuneisuutta tai tuskaisuutta
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Kuolevan asukkaan eksistentiaalinen ja hengellinen tukeminen

- Osaan tukea kuolevaa asukasta eksistentiaalisten kysymysten pohdinnassa (eletyn elämän merkityksen pohdinta, kuoleman jälkeisten tapahtumien pohdinta, olemassa olemiseen liittyvä pohdinta)
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan antaa kuolevalle asukkaalle tarvittaessa hengellistä tukea
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Työyksikössäni on mahdollisuus pyytää pappi vierailemaan kuolevan asukkaan ja hänen läheistensä luona
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Kuolevan asukkaan läheisten tukeminen

- Osaan olla läsnä kuolevan asukkaan läheisille
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Minulla on aikaa olla läsnä kuolevan asukkaan läheisten vierellä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan ottaa kuoleman puheeksi läheisten kanssa
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan tarvittaessa perustella kuolevan asukkaan omaisille tehtyjä hoidonrajoituksia esimerkiksi, miksi ei nesteytetä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

- Osaan kertoa kuolevan asukkaan läheisille lähestyvän kuoleman ulkoisista merkeistä
- Täysin eri mieltä
  - Jokseenkin eri mieltä
  - Jokseenkin samaa mieltä
  - Täysin samaa mieltä
  - En osaa sanoa

## Kuolevan asukkaan hoitamisen kehittämistarpeet ympärivuorokautisessa hoivassa

Onko työyksikössäsi mielestäsi jokin erityinen saattohoitovaiheessa olevan/ kuolevan asukkaan hoitamiseen liittyvä kehittämistarve