

Opinnäytetyö YAMK

Kliininen asiantuntijuus, palliatiivinen hoitotyö

2021

Hanna Pohjankukka

PALLIATIIVINEN HOITO YMPÄRIVUOROKAUTISESSA PALVELUASUMISESSA- HENKILÖSTÖN TUKIVERKOSTOMALLIN KEHITTÄMINEN

Hanna Pohjankukka

PALLIATIIVINEN HOITO YMPÄRIVUOROKAUTISESSA PALVELUASUMISESSA –HENKILÖSTÖN TUKIVERKOSTOMALLIN KEHITTÄMINEN

Asukkaat ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ovat entistä iäkkäämpiä ja terveydentilaltaan hauraampia. Perustason palliatiivisen hoidon toteuttamisen tukiverkosto vaatii vielä monissa maakunnissa kehittämistä. Tämän kehittämisprojektina toteutettavan opinnäytetyön tavoitteena on parantaa perustason palliatiivisen hoidon toteutusta ympärivuorokautisessa palveluasumisessa kehittämällä tukiverkostomalli perustason palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon, jota toteutetaan Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä.

Kehittämisprojektin ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Toisessa vaiheessa toteutettiin projektin tutkimuksellinen osa, jonka tavoitteena oli kuvata perustason palliatiivisen ja saattohoidon hoidon järjestämistä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tarkoituksena oli selvittää ympärivuorokautisessa palveluasumisessa työskentelevien hoitajien kokemuksia miten perustason palliatiivisen hoidon järjestäminen nyt toteutuu, millaista tukea he ovat työhönsä saaneet ja millaista lisätukea he kokevat tarvitsevänsä. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluina (N=13) ja analysoitiin aineistolähtöisesti. Lopuksi järjestettiin kaksi työkonferenssia, joista ensimmäiseen kutsuttiin aikaisemmin haastatellut hoitajat ja toiseen kutsuttiin alueellinen saattohoitotyöryhmä.

Tulosten mukaan palliatiivisen ja saattohoidon järjestäminen koettiin luontevaksi osaksi ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitoa ja hoitajat kokivat saaneensa siihen erityistä tukea etenkin kotisairaalaan. Lisätuen tarvetta kaivattiin palliatiivisen hoidon suunnitteluun ja ennakointiin, konsultaatitukeen sekä osaamisen ja työhyvinvoinnin tukemiseen. Koska ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä monella asukkaalla on muistisairaus, olisi tärkeää jatkossa selvittää muistisairauksien aiheuttamia erityispiirteitä palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamiseen.

ASIASANAT:

palliatiivinen hoito, palliatiivinen hoitotyö, saattohoito, ympärivuorokautinen palveluasuminen

Hanna Pohjankukka

PALLIATIVE CARE IN ROUND-THE-CLOCK ASSISTED LIVING FACILITIES – DEVELOPING A SUPPORT NETWORK MODEL FOR STAFF

Residents of facilities that offer round-the-clock assisted living services are increasingly older, and their state of health is increasingly more fragile. The support network for offering basic-level palliative care still requires development in many provinces. The aim of this development project thesis was to improve the implementation of basic-level palliative care in round-the-clock assisted living contexts by developing a support network model for basic-level palliative care and end-of-life care offered at the round-the-clock assisted living unit of the Raisio-Rusko local government co-management area.

The first phase of the development project was a descriptive literature review. The second phase was the research part of the project, with the goal of describing the current of basic-level palliative and end-of-life care in round-the-clock assisted living contexts. The aim was to investigate how nurses working in a round-the-clock assisted living context experience the current implementation of basic-level palliative care, what kind of support they have received for their work, and what kind of additional support they feel is needed. The data was gathered through group interviews (N=13) and analysed using a data-driven approach. In the final stage, the development project was complemented by two dialogue-based work conferences, the first with nurses who had participated in this study, and the second with the regional end-of-life care working group.

The results indicate that implementation of palliative end-of-life care was seen as a natural part of care in round-the-clock assisted living contexts, and the nurses felt they had received specific support for it, particularly from the hospital-at-home services. Need for additional support was felt in the planning and anticipation of palliative care, in consultation support, and in support for well-being at work.

KEYWORDS:

palliative care, end-of-life care, round-the-clock assisted living, palliative nursing

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos	8
2.2 Kehittämiprojektin toteutus	8
2.2.1 Toimintaympäristön kuvaus	10
2.2.2 Kehittämiprojektin ohjausryhmä	12
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	13
3.1 Palliatiivinen hoito	13
3.2 Palliatiivinen hoito ympärivuorokautisessa palveluasumisessa	16
3.3 Hoitohenkilöstön tuki perustason palliatiivisen hoidon toteutuksessa	19
3.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	27
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	30
4.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	30
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä	30
4.3 Tutkimuksen toteutus	31
4.4 Aineiston analyysi	32
5 TUTKIMUSTULOKSET	35
5.1 Palliatiivisen hoidon järjestäminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa	35
5.2 Palliatiivisen hoidon toteuttamiseen saatu tuki	38
5.3 Lisätuen tarve palliatiivisen hoidon toteuttamiseen	41
5.4 Yhteenveto tutkimuksellisen osuuden tuloksista	45
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET	54
6.1 Työkonferenssien tulokset	54
6.2 Perustason palliatiivisen hoidon tukiverkostomallin laatiminen	55
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	60
7.1 Eettisyys ja luottavuus	60
7.2 Tutkimuksellinen osuus	64
7.3 Kehittämiprojekti	67

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustiedoite
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Teemahaastattelurunko

KUVIOT

Kuvio 1 Kehittämisprojektin eteneminen	9
Kuvio 2 Palliatiivisen hoidon toteuttaminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa	46
Kuvio 3 Palliatiiviseen hoidon toteuttamiseen vaadittava osaaminen	47
Kuvio 4 Palliatiivisen hoidon toteuttamisen haasteet	47
Kuvio 5 Työyhteisön ulkopuolta saatu tuki	48
Kuvio 6 Työyhteisön sisältä saatu tuki	49
Kuvio 7 Palliatiivisen hoidon koulutus	50
Kuvio 8 Lisätuen tarve hoidon ennakointiin ja suunnitteluun	50
Kuvio 9 Palliatiivisen hoidon toteuttamisen kehittäminen	51
Kuvio 10 Palliatiivisen hoidon yhteistyön kehittäminen	52
Kuvio 11 Työssä jaksamisen tuki	53
Kuvio 12 Palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli ympärivuorokautiseen palveluasumiseen	57
Kuvio 13 Palliatiivisen hoidon järjestämisen tuki ympärivuorokautiseen palveluasumiseen Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella	59

TAULUKOT

Taulukko 1 Esimerkki opinnäytetyön aineiston analysoinnista	34
---	----

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TPA	Tehostettu palveluasuminen
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
TYKS ERVA	TYKSin erityisvastuualue
WHO	World Health Organization

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy ja tämä näkyy vanhuspalvelujen asiakasmäärissä, touku-
kuussa 2018 vanhuspalveluissa oli kaikkiaan noin 93 000 asiakasta. Kotihoidossa heis-
tä oli 57% ja 43% ympärivuorokautisessa hoidossa. (Terveiden ja hyvinvointilaitos
[THL] 2019c.) Suomalainen kuolee yhä vanhempana ja eniten on kasvanut kaikkein
vanhimpana kuolleiden ryhmä. Vuonna 2018 kaikista kuolemista (54 527) 39,7% ta-
pahtui 85 ikävuoden jälkeen. Dementia oli kolmanneksi yleisin kuolinsyy, kasvainten ja
verenkiertoelinten sairauksien jälkeen. Tarpeet elämän loppuvaiheessa ovat samankal-
taiset, mutta niihin vastaaminen voi edellyttää erityisjärjestelyjä, esimerkiksi sen mu-
kaan missä henkilö asuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2019b, 13–15.)

Valtakunnallisesti koti- ja laitoshoidossa sekä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa
palliativinen- ja saattohoito turvautuu vielä merkittävästi päivystyksen ja sairaalan
tuottamiin palveluihin. Vuonna 2016 Varsinais-Suomessa ympärivuorokautisen palve-
luasumisen asukkaista 47% käytti sairaalapalveluita ennen kuolemaansa, päivystys-
käyntejä oli 48% asukkaista. Elämän viimeisen viikon aikana päivystyskäyntejä tuli
20% asukkaista. (STM 2019b, 103–110.)

lääkäistä ihmisistä suurin osa asuu elämänsä viimeiset vuodet omassa kodissaan tai
kodinomaisessa ympäristössä, kuten palvelutalossa. Ympärivuorokautisen hoidon ja
kotihoiton toimintayksiköiden ympärille on luotava toimiva ja osaava palliativisen hoi-
don ja saattohoidon tukiverkosto, kuten kotisairaalatoiminta ja toimiva lääkärikonsultaa-
tio. Tämä vaatii vielä kehittämistä monissa maakunnissa. (THL 2019c.)

Tämän kehittämisprojektina toteutettavan opinnäytetyön tavoite on parantaa perusta-
son palliativisen hoidon toteutumista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Ke-
hittämisprojektin tarkoituksena on laatia tukiverkostomalli perustason palliativiseen
hoitoon ja saattohoitoon Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen ympärivuorokautisen pal-
veluasumisen yksiköille. Kehittämisprojektin tuotoksena laaditun mallin, on tarkoitus
tukea ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitajia palliativisen hoidon suunnittelus-
sa ja toteuttamisessa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

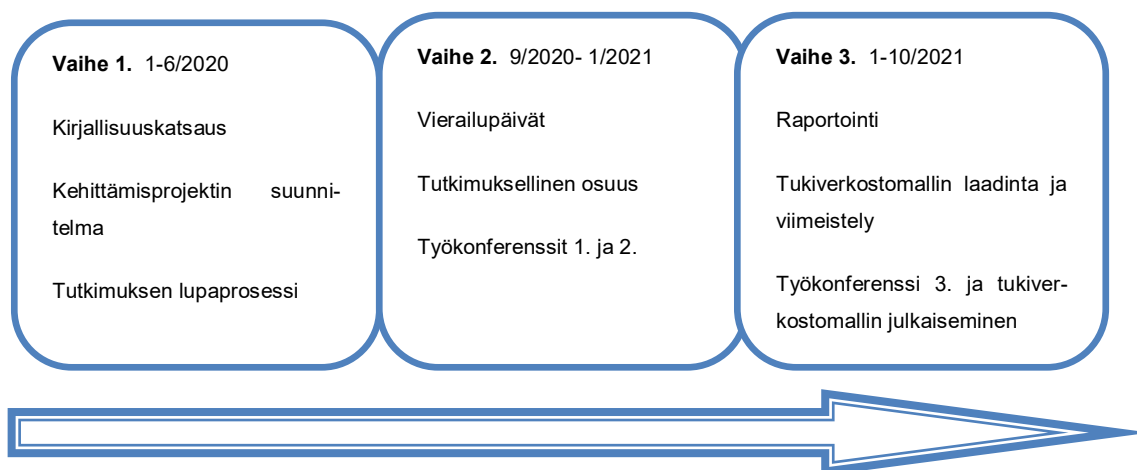
2.1 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos

Kehittämiprojektin tavoitteena on parantaa perustason palliatiivisen hoidon toteuttamista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli laatia perustason palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli ympärivuorokautiseen palveluasumiseen.

Kehittämiprojektin tuotoksena laadittiin palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli ympärivuorokautiseen palveluasumiseen Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueelle. Malli perustui kirjallisuuskatsaukseen, tutkimuksellisessa osuudessa toteutettavien haastattelujen tuloksiin, opinnäytetyön tekijän vierailupäiviin tutkimuksellisessa osassa mukana oleviin hoivayksiköihin sekä tammikuussa 2021 järjestettyjen työkonferenssien tuottamaan tietoon.

2.2 Kehittämiprojektin toteutus

Kehittämiprojektia ei ohjaa pelkästään saatu tieto, vaan myös hyöty, toimivuus ja käytännönläheisyys (Salonen ym. 2017, 38). Kehittämiprojektia ohjaavat seuraavat vaiheet: tarpeen tunnistaminen, ideavaihe, suunnittelu, toteutus, tulos, arviointi ja päätös-vaihe, johon kuuluu myös tulosten levittäminen. Vaiheet eivät todennäköisesti toteudu näin järjestelmällisesti, ne voivat limittyä toisiinsa tai toteutua samanaikaisesti. (Salonen ym. 2017, 52.) Tämä kehittämiprojekti koostui kolmesta vaiheesta, jotka kuvataan kuviossa 1. Kehittämiprojektin eteneminen.



Kuvio 1 Kehittämisprojektin eteneminen

Menetelmät ovat keinoja ja työskentelytapoja, jotka auttavat käytännössä pääsemään kehittämisprojektin tavoitteisiin. Jotkut menetelmät edistävät ideointia, keskustelua ja toiset taas auttavat kuvaamaan ja esittämään kehittämistoimintaa. (Salonen ym. 2017, 56.) Tämän kehittämisprojektin toteuttamiseksi menetelminä käytettiin kirjallisuuskatsausta, havainnointia vierailukäyntien yhteydessä, tutkimuksellisessa osassa teema-haastattelua sekä kahta osallistavaa työkonferenssia.

Kirjallisuuskatsausta varten aiheesta tehtiin kirjallisuushakuja käyttäen eri tietokantoja, kuten Pubmed, Cinahl, Cochrane library, Medic ja Terveystietä sekä manuaalista hakua. Manuaalisella haulla tarkoitetaan tässä aiheeseen hyvin kohdentuvien artikkelien lähdeluetteloiden tarkistamista ja viranomaisten, kuten STM ja THL, kotisivuilla tapahtunutta tiedonhakua. Katsaukseen valittiin pääosin tutkimusartikkeleita, ja tutkimus- ja kehittämishankkeista tehtyjä julkaisuja. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvata aikaisempi aiheesta käsittelevä tutkimus- ja kehittämishankkeet.

Kehittämisprojektin tutkimuksellisessa osuudessa mukana oli neljä ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikköä Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueelta. Jokaiseen mukana olevaan yksikköön tehtiin yksi vierailupäivä, jonka aikana opinnäytetyön tekijä osallistui hoitoyksikön arkeen, teki havaintoja ja toteutti ryhmähaastattelun kolmelle hoitoyksikön hoitajalle. Yhdessä hoitoyksikössä haastatteluun osallistui neljä hoitajaa. Havainnointi tuki haastattelun tuottamaa tietoa. Havainnoinnin vahvuutena on sen tuottama suora tieto yksikön toiminnasta sen luonnollisessa ympäristössä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Havaintoja tehtiin vierailupäivän aikana mm. toimintakäytännöistä, lääkehoidosta ja apuvälineistä.

Ympäri vuorokautiseen palveluasumiseen laadittavan tukiverkostomallin kehittäminen edellytti yhteistyötä ja hoitohenkilöstön osallisuutta. Kehittämismenetelmänä tässä päädyttiin käyttämään työkonferenssia, joka dialogisena kehittämis- ja ryhmätyömenetelmänä mahdollistaa vuorovaikutteisen kehittämistyön. Työkonferenssin avulla osallistetaan henkilöstöä, kun suunnitellaan ja tehdään päätöksiä yhteisen toiminnan suhteen. Osallistujat ovat yleensä eri ammattikunnista, mutta heidän roolinsa työkonferenssissa on samanvertainen. Mielipiteitä ja näkökulmia kannustetaan tuomaan esille. Kehittämismenetelmänä työkonferenssi mahdollistaa kokemusten ja näkemysten jakamisen, sen tärkein työkalu on avoin keskustelu. Kehittämishankkeissa voidaan järjestää useampi yksittäinen työkonferenssi. Projektipäällikkö osallistuu myös keskusteluun ja huolehtii keskustelun etenemisestä. Keskusteluissa pyritään yhteisymmärrykseen, jonka jälkeen tehdyt päätökset muutetaan käytännön toimenpiteiksi. (ks. Lehtonen ym. 2014, 5, 10, 32–37.) Työkonferenssin suunnittelussa ja toteutuksessa hyödynnetään usein tutkimustietoa (Salonen ym. 2017, 91).

Tässä kehittämissuorituksessa työkonferenssit olivat tiiviitä noin reilun tunnin mittaisia, kehittämissuoritusta täydentäviä tapaamisia. Työkonferenssit järjestettiin tammikuussa 2021, syksyllä olleen tutkimuksellisen osuuden, aineistoanalyysin ja alustavan tukiverkostomallin valmistumisen jälkeen. Koronapandemiasta johtuen työkonferenssit järjestettiin teams-tapaamisina. Työkonferenssit mahdollistivat hoitohenkilöstön ja sidosryhmien aktiivisen osallistumisen ja toivat työhön monipuolista näkemystä eri ammattiryhmiltä. Ensimmäiseen työkonferenssiin kutsuttiin ja osallistui tutkimukseen osallistuneita hoitajia ja toiseen kutsuttiin Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen saattohoitotyöryhmä. Tukiverkostomallia muokattiin ja viimeisteltiin työkonferensseissa käydyn keskustelun ja saadun palautteen jälkeen. Kolmas ja viimeinen työkonferenssi järjestetään 5-10/2021, koronapandemian tasaannuttua, tällöin julkaistaan kehittämissuorituksen tulokset ja valmis tukiverkostomalli ympäri vuorokautisen palveluasumisen hoitohenkilöstölle ja sidosryhmille. Kolmas työkonferenssi jää tämän kehittämissuorituksen raportin ulkopuolelle.

2.2.1 Toimintaympäristön kuvaus

Raision kaupunki ja Ruskon kunta ovat yhdistäneet sosiaali- ja terveyspalvelunsa yhteistoiminta-alueeksi vuonna 2009. Raisio toimii alueen vastuukuntana. Muut kuntalaispalvelut Raisio ja Rusko järjestävät itsenäisesti. Asukasluku Raision kaupungilla on

n.24000 ja Ruskon kunnalla n.6200. Ruskon kuntaan on vuodesta 2009 alkaen kuullut myös Vahdon kunta. (Kuntaliitto 2019.)

Palliatiivista ja saattohoitoa Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella toteuttavat terveyskeskussairaalan osastot (akuutti- ja kuntoutusosasto), kotisairaala, kotihoito ja ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt. Avohoidon puolella palliatiivisen hoidon toteuttamiseen osallistuu myös terveysaseman vastaanoton palvelut sekä päivystys. Kotona hoidettavien saattohoitopotilaiden tukiosastona toimii akuuttiosasto, tällöin potilaalla on lupa tulla osastolle suoraan hänelle tehdyn osastosopimuksen mukaisesti ilman päivystyskäyntiä, milloin tahansa. A-tason palliatiivista ja saattohoitoa alueella tuottaa Raision sosiaali- ja terveyskeskus. Perustason palliatiivista hoitoa toteuttaa kotihoito ja ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt.

Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella on vuonna 2012 perustettu työryhmä kehittämään saattohoitoa yhteistyönä eri toimijoiden välillä. Kokoontumiset ovat n. kaksi kertaa vuodessa ja ryhmään kuuluu edustus hoidon ja hoivan eri yksiköistä. Kotisairaala aloitti toimintansa Raision terveyskeskussairaalaan syksyllä 2016, toiminta muutettiin syksyllä 2019 ympärivuorokautiseksi toiminnaksi. Tämä tukee kotisaattohoidon toteuttamista kotiin ja tehostettuihin palveluyksikköihin. Raisio on ollut mukana laatimassa alueellista saattohoitosuunnitelmaa ja kuuluu alueelliseen TYKS palliatiivisen poliklinikan vetämään saattohoitoverkostoon.

Ympärivuorokautinen palveluasuminen on hoivaa ja hoitoa niille ikäihmisille, jotka eivät pysty tuetusti kotona asumaan. Palveluasumisen yksiköt ovat aina viimeisin koti iäkkäälle ihmiselle. Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella tehostettua palveluasumista ikäihmisille tarjoaa Hulvelan Päivänpaisteen 4 ryhmäkotia (yht.31 asukasta), Ruskakoti (20 asukasta), Kanervakoti (26 asukasta) sekä Ruskolla Maunu (40 asukasta) sekä Vahdolla Jokitupa (17 asukasta). Kehitysvammaisille tuettua asumista Raisiossa tarjoaa kehitysvammaisten asumisyksikkö Kotikulta. Lisäksi palveluasumista ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta n.100paikkaa. (Raisio.fi. Tehostettu palveluasuminen.) Kehittämishankkeen tutkimustyö tehtiin haastattelemalla neljän ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikön hoitohenkilöstöä Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella syys-lokakuun 2020 aikana sekä työskentelemällä perehtymispäivät kussakin yksikössä tutustuen yksiköiden toimintaan.

2.2.2 Kehittämisprojektin ohjausryhmä

Kehittämisprojektin ohjausryhmään kuului akuuttiosaston- ja kotisairaalan osastonhoitaja, hoivayksikön osastonhoitaja, ylilääkäri, opettajatuutori ja työelämämentor. Ohjausryhmä seuraa projektin etenemistä, ratkaisee suurempia ongelmia ja vahvistaa keskeisiä kehittämiskohteisiin liittyviä päätöksiä. Kontron (2019, 22–23) tutkimuksen mukaan ohjausryhmän positiivinen asenne projektia kohtaan sekä riittävä ohjausryhmän toimintaan säännöllisesti varattu aika edesauttavat ohjausryhmän tehokasta toimintaa. Parhaimmillaan ohjausryhmä toimii projektipäällikön tukena projektin seurannassa ja toimii kaksisuuntaisena viestijänä merkittävimpiin sidosryhmiin. Tapaaminen ohjausryhmän kanssa kesäkuussa 2020 tuotti hyviä näkökulmia ja ohjeita kehittämiskohteiden etenemiseen. Koronapandemiasta johtuen ohjausryhmän kanssa työskenneltiin tämän jälkeen sähköpostitse. Yhteistyötä syksyllä tehtiin ohjausryhmän yhteyshenkilön, opettajatuutorin ja työelämämentorin kanssa. Yhteydenpito on ollut sujuvaa. Ohjausryhmään tuli syksyllä henkilövaihdos akuuttiosaston ja kotisairaalan osastonhoitajan osalta, muuten ryhmä on pysynyt ennallaan.

Väliraportti lähetettiin tiedoksi ohjausryhmälle sähköpostitse joulukuussa 2020. Näin projektipäällikkö piti ohjausryhmän ajantasalla ja raportoi projektin etenemisestä (ks. Kontro 2019, 9). Ohjausryhmä on ollut valmiina antamaan tukea sähköpostitse tai puhelimitse, kun tarvetta tulee. Ohjausryhmän viimeinen tapaaminen on toukokuussa 2021.

Kehittämiskohteet linkittyvät myös osaksi Edupal-hanketta, joka on työelämälähtöinen kehittämishanke. Hankkeen avulla kehitetään palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksia sekä vahvistetaan palliatiivisen hoidon osaamista. (Edupal 2019.) Tämä kehittämiskohteet tuotti Edupal-hankkeelle, valtakunnallisesti hyödynnettäväksi, tietoa palliatiivisen osaamisen vahvistamisesta ja henkilöstön tuen tarpeesta ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

YK:n ihmisoikeuksien julistuksen kolmannen artiklan mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus elää ja jokaisella pitäisi myös olla oikeus kuolla. Jos kuolema on odotettavissa, on ihmisellä oikeus ennen kuolemaansa saada laadukasta palliatiivista hoitoa. (STM 2019b, 116.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan joka kolmas kuoleva ihminen tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa ja kroonisten sairauksien osalta jo aieminkin. Maailmanlaajuisesti yli 20 miljoonaa ihmistä tarvitsee vuosittain palliatiivista hoitoa. (WHO 2014, 25.) Palliatiivisen hoidon tärkeimpinä tavoitteina on potilaan elämänlaadun ylläpitäminen sekä kärsimyksen ennaltaehkäisy ja lievittäminen. Saattohoidolla tarkoitetaan palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta ja tämä kestää yleensä vain viikkoja tai päiviä. (Saarto ym. 2015, 10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön loppuraportin suosituksen mukaisesti Suomessa otetaan käyttöön yhtenäiset saattohoitoa koskevat laatukriteerit, jotka iäkkäiden sosiaalipalveluiden osalta on kirjattu tähän loppuraporttiin. Nostamalla osaamistasoa sekä järjestämällä palvelupolut ja palveluketjut oikein voidaan palliatiivisen ja saattohoidon laatua parantaa. (STM 2019b, 132.) Palliatiivisen hoidon tasa-arvoisen saatavuuden turvaamiseksi rakennetaan jatkossa valtakunnallisesti palliatiivisen hoidon palveluketjuja, jotka suunnitellaan sairaanhoitopiireittäin ja niiden toimintaa koordinoi kunkin sairaanhoitopiirin palliatiivinen keskus. Tämä tukee perustason palliatiivisen hoidon järjestämistä. (THL 2019b.)

3.1 Palliatiivinen hoito

”Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan. Vaikka määritelmän mukaan palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, sen tarve kuitenkin kasvaa kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä.” (STM 2019a, 13.)

Palliativisen hoidon avulla pyritään siihen, että potilas pystyy elämään mahdollisimman aktiivista elämää aina kuolemaansa saakka, tarkoitus ei ole pidentää tai lyhentää elämää. Tavoitteena on parantaa sekä potilaan että omaisen elämänlaatua ja lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä. (Saarto ym. 2018, 8.)

Palliativinen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jossa korostuu oireiden lievitys ja henkinen hyvinvointi. Hoitoa voidaan antaa kotona, hoitokodissa, saattohoitokodissa ja sairaalassa. Elämänlaadun säilyttämisessä auttaa tuttu ympäristö ja tutut ihmiset ympärillä. Tavoite on, että ihminen saa halutessaan elää asuinpaikassaan kuolemaansa asti ilman raskaita päivystyskäyntejä ja siirtoja. Palliativista ja saattohoitoa ohjaavat lait ja suositukset, joissa määritellään hoidon eettiset lähtökohdat: ihmisen itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. (THL 2019b.)

Palliativinen hoito kuuluu jokaiselle henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta sairastavalle diagnoosista riippumatta (Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019). Palliativista hoitoa annetaan kaikissa sairauden vaiheissa (STM 2017). Tärkeää on tunnistaa palliativisen hoidon tarve sekä tehdä hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelma riittävän ajoissa, varhain aloitettu palliativinen hoito parantaa potilaan ja läheisten elämänlaatua. Näin voidaan myös välttää epätarkoituksenmukaisia hoitoja sekä sairaalajaksoja ja siten elämän loppuvaiheen hoito on mahdollisimman hyvää. (Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019.) Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon tavoite, -rajaukset sekä tarvittavat palliativiset hoitokeinot (STM 2017).

Palliativisen- ja saattohoidon tilan on todettu olevan Suomessa alueellisesti epäyhtenäinen. Palliativista hoitoa toteutetaan myös perustasolla vaihtelevan osaamisen ja konsultaatioavun turvin. (STM 2019a, 15.) Palliativisen hoidon osaamista tarvitaan sekä hoivayksiköissä että erikoissairaanhoidossakin. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi osata toteuttaa oireita lievittävää hoitoa (STM 2017) sekä potilaan oireiden säännöllistä seurantaan sekä hoitovasteen arviointia. Apuna elämänlaadun ja oireiden seurassa voidaan käyttää oirekartoituslomakkeita. (Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019.)

Saattohoito on osa palliativista hoitoa ja tarkoittaa elämän loppuvaiheen hoitoa eli ns. kuolevan potilaan hoitoa. Se sisältyy potilaan viimeisiin elinviikkoihin ja päiviin. (Saarto ym. 2018, 8.) Palliativisessa hoidossa kuolevan potilaan tunnistaminen on tärkeää. Siirryttäessä saattohoitoon potilaan kuolema voi tapahtua taudin tasaisen etenemisen

seurauksena tai äkillisesti sairauteen liittyvistä komplikaatioista johtuen. (Saarto ym. 2015, 10–11.)

Saattohoitosuosituksen mukaan palliatiivista- ja saattohoitoa tulee saada yhdenvertaisesti koko Suomessa. Työryhmien väliraportissa (STM 2019a) on kuvattu **palliatiivisen hoidon kolmiportainen järjestämismalli**. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämismallin mukaan Suomeen rakennetaan kolmiportainen palliatiivisen hoidon palveluketju turvaamaan tasa-arvoinen, tarvelähtöinen hoitoon pääsy kaikkialla maassa. Lähtökohtana on, että jokaisella henkilöllä on yhdenvertainen oikeus sairautensa ja hoidon tarpeensa edellyttämään palliatiiviseen hoitoon kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä.

Mallin mukaan palliatiiviset ja saattohoitopaikat jaetaan kolmelle eri tasolle hoidon vaativuuden mukaan; perustasoon, erityistasoon sekä vaativaan erityistasoon. Perustason palvelut mahdollistavat saattohoidon toteutuksen mahdollisimman lähellä potilaan kotia. Perustason palveluita ovat esimerkiksi kotihoito, ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat yksiköt sekä sairaaloiden vuodeosastot, joissa hoidetaan saattohoitopotilaita ilman, että saattohoito on osaston päätoimi. Eritystason palveluita taas ovat esimerkiksi saattohoitokodit, saattohoito-osastot, palliatiiviset poliklinikat ja kotisairaala. Erityistasolla henkilökunnan tulee olla erityiskoulutettua ja saattohoidon osaston tai yksikön päätoimi. Vaativan erityistason muodostavat yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset ja näihin kuuluvat palliatiiviset osastot, saattokodit, vaativan avohoidon palliatiivinen poliklinikat, psykososiaalisen tuen yksiköt sekä vaativaan palliatiiviseen- ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. (STM 2017.)

Palliatiivisen- ja saattohoidon osaaminen on järjestämismallin mukaan jaettu perusosaamisen tason lisäksi kolmeen eri tasoon: A – perustason saattohoidon yksiköt, B – erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ja keskuskeskukset ja C – vaativan erityistason palliatiiviset keskuskeskukset. Terveystenhuollon perusopetuksen tulee antaa valmiudet työskennellä perustasolla, jonka jälkeen osaamista voi täydentää täydennyskoulutuksella. Erityistasolla edellytetään erikoistumiskoulutusta. Potilaista suurin osa hoidetaan perus- ja A-tasolla, noin kolmannes potilaista tarvitsee erityistason (B) tai vaativan erityistason (C) hoitoa. (STM 2019a, 15.)

3.2 Palliatiivinen hoito ympärivuorokautisessa palveluasumisessa

Tehostettu palveluasuminen (TPA), jota tässä työssä kuvataan ympärivuorokautisella palveluasumisella, on lisääntynyt viime vuosina nopeasti korvaten muita pitkäaikaishoidon muotoja. Perustason palliatiivisia- ja saattohoitoyksiköitä ovat terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, kotihoidon yksiköt, sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit ja muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, joissa potilaita hoidetaan heidän elämänsä loppuun saakka. Perustason yksiköissä tulee hallita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet sekä osata tehdä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös. (STM 2019a, 16.)

Työssäni perehdyn palliatiivisen- ja saattohoidon toteuttamiseen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Ympärivuorokautisesta hoidosta puhutaan, kun asukas tarvitsee ympärivuorokautisesti hoivaa ja on täysin riippuvainen toisten huolenpidosta. Vuonna 2018 asukkaita ympärivuorokautisessa palveluasumisessa oli yhteensä 41 055 henkilöä. (Lyly 2019, 8.) Vanhuspalvelulaki (980/2012) edellyttää, että kunta mahdollistaa iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon pääosin kotona tai kodinomaisissa asumisympäristöissä.

Toimintayksikkökyselyn (THL 2018) mukaan ympärivuorokautisessa asumispalveluissa hoitohenkilöstö oli lukumäärältään 29 621. Hoitohenkilöstöstä sairaanhoitajia oli 8,8%, 74,2% oli lähihoitajia tai perushoitajia ja 17% muuta henkilöstöä kuten esimiehiä, sosiaalityöntekijöitä ja sosionomeja. Arkisin sairaanhoitajien osuus hoitohenkilöstöstä oli 11,2% ja viikonloppuisin 6,3%. (STM 2019b, 90–91.)

Sairauksien aiheuttamat ongelmat lisääntyvät elämän loppupuolella. Jos niiden hoitamiseen ei ole varauduttu, on seurauksena riittämätöntä hoitoa tai siirtymistä toiseen hoitopaikkaan. On tutkittu, että siirrot hoitoyksiköiden ja sairaalan välillä yleistyvät kuoleman lähestyessä. Yleisin siirtopaikka on terveyskeskuksen vuodeosasto. Yli puolet palveluasumisen asukkaista kuolee muualla kuin omassa hoitoyksikössään. Eniten siirtoja on tutkittu olevan viimeisen kolmen elinkuukauden aikana. Yksityisen tuottajan tarjoaman tehostetun palveluasumisen asukkaalla siirtoja oli tiheämmin. (Seinelä ym. 2015, 7.)

Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa hoidolla tavoitellaan asukkaalle täysipainoista elämää. Terveystilan hyvä hoito on tärkeää. Mikäli sairauksia ei hoideta, seurauksena on elämänlaadun ja toimintakyvyn ennenaikainen lasku sekä mahdollisesti

hoidon siirtyminen toisaalle. Myös asukkaiden sairauksien erityispiirteiden ymmärtäminen on tärkeää. Parantavaa hoitoa ei aina iäkkäälle, monisairaalle asukkaalle ole tarjolla ja rasittavista tutkimuksista ja toimenpiteistä on usein luovuttava. Palliatiivisen hoidon avulla ympärivuorokautisen palveluasumisen asukasta voidaan silti monintavoin auttaa ja oireita helpottaa. Tarvitaan hyvää ammattitaitoa ja kokemusta hoitaa ja kertoittaa näitä tilanteita. (Seinelä ym. 2015, 16.) Ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevien määrä on nousussa. Hoidon ja hoivan suuresta tarpeesta riippumatta, ihmisellä tulee olla mahdollisuus elää elämäänsä arvokkaasti ja turvallisesti sekä säilyttää mielekkäät sosiaaliset kontaktit. Palliatiivisessa hoidossa tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta ja hyväksytään elämän rajallisuus. (Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito-suositus 2016.)

Myönteinen palliatiivinen hoitokulttuuri rakentuu hoitohenkilökunnan osaamisesta ja asenteista. Kykyä ja rohkeutta asukkaiden ja läheisten arvokkaaseen ja myötätuntoiseen kohtaamiseen tarvitaan myös ympärivuorokautisessa hoivassa. Hoidossa on osattava arvioida asukkaiden oireita ja huolehtia, että asukkaat saavat tarpeisiinsa ja oireisiinsa oikea-aikaista hoitoa ja apua. Oireista kärsivien asukkaiden hoidossa tulee hyödyntää arviointimittareita, esimerkiksi kivun hoidossa. (Payne 2019, 64.)

Omaisten kokemuksen mukaan psyykkisiä ja fyysisiä oireita esiintyi vähemmän, kun omainen sai hoitoa elämänsä loppuun asti ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Elämän loppuvaiheen tehostetussa palveluasumisessa viettäneet asukkaat kärsivät merkittävästi vähemmän levottomuudesta kuin sairaalassa. Myös arvokkuuden ja puhtauden koettiin säilyvän paremmin palveluasumisessa. (Seinelä ym. 2015, 33.) Määrätietoinen elämän loppuvaiheen hoidon kehittäminen tehostetussa palveluasumisessa johtaa Seinelän ym. (2015, 54) tutkimuksen mukaan kaikkien osapuolten kannalta parempaan lopputulokseen. Hyvästä palliatiivisesta hoidosta hyötyy tällöin ympärivuorokautisen palveluasumisen asukkaat ja heidän omaisensa, henkilöstö sekä palvelun järjestäjä.

Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen suomalaiset siirtyvät yhä vanhempina ja myös kuolevat yhä iäkkäämpinä. Elämää loppuun asti omassa hoitopaikassa tulee tukea. Tämän toteutumiseksi henkilöstörakenteeseen, osaamiseen, ennakoiden hoitosuunnitelmien tekoon, asukkaan tahdon selvittämiseen, hoidon rajauksiin, yksilöllisen lääkityksen toteutumiseen ja omaisten tukemiseen tulee panostaa. Tarvitaan myös osastokohtaiset perehdyttämissuunnitelmat uusille työntekijöille ja sijaisille. (Finne-Soveri 2018, 27.)

Vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen mukaan (Forma ym. 2012) vanhojen ihmisten hoitoa heidän viimeisinä elinvuosinaan on pohdittava vakavasti: palveluja on järjestettävä uudelleen ja viimeisiä elinvuosiaan eläviä on opeteltava hoitamaan niin, että heidän ei tarvitse toistuvasti siirtyä paikasta toiseen. Useat siirtymiset eivät voi olla hyväksi ainaakaan kaikkein vanhimmille eivätkä varsinkaan muistisairautta sairastaville. Joskus siirtymiset ovat toki perusteltuja, vaikka akuutin sairauden tutkimisen ja hoidon vuoksi. Siirtymät osoittavat kuitenkin myös sitä, että vanhan ihmisen tarpeiden muuttuessa tilanne ratkaistaan siirtämällä hänet toiseen paikkaan eikä lisäämällä hänen palvelujaan nykyisessä paikassa.

Tärkein pitkäaikaishoitoon johtava syy on dementoiva sairaus. Hines ym. (2011, 160–162) kirjallisuuskatsauksen mukaan kokonaisvaltainen dementoituneen ihmisen palliatiivinen hoito vaatii fyysisten tarpeiden huomioimisen lisäksi myös emotionaalisten ja henkisten tarpeiden huomiointia. Palliatiivinen lähestymistapa hoidossa on tarkoituksenmukaista ja tehokasta. Tutkimuksen mukaan isoin hyöty saatiin vaikeiden oireiden, kuten kipu ja levottomuus, hoidosta. Palliatiivinen hoito suunnitellaan kuitenkin aina potilaan ja omaisten yksilöllisistä tarpeista.

Asukkaat ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ovat entistä iäkkäämpiä ja terveydentilaltaan hauraampia. Tyypillinen asukas on 83-vuotias muisti- ja sydänsairauksia sairastava nainen, avun ja valvonnan tarve on ympärivuorokautista. Keskimäärin ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asutaan ennen kuolemaa tai siirtoa muuhun yksikköön alle neljä vuotta. (Seinelä ym. 2015, 7.) RAI 2018 tietokannan mukaan palveluasumisessa 86%:lla asukkaista oli yksi tai useampi seuraavista kuolemaan johtavista sairauksista; aivohalvaus, sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti, Alzheimer tai muu muistisairaus, MS-tauti tai Parkinsonin tauti (Finne-Soveri 2018, 10).

Pitkälle edenneen sairauden merkkejä iäkkäällä ihmisellä ovat esimerkiksi jatkuva suorituskyvyn heikkeneminen, etenevä painon lasku, kaksi tai useampi sairaalajakso vuoden aikana tai toimintakyvyn pysyvä heikkeneminen hoitotoimista huolimatta. Lisäksi jos hoitava lääkäri ei yllättyisi, jos potilas kuolisi seuraavien 6–12 kuukauden aikana. Näitä merkkejä voidaan käyttää apuna palliatiivisen potilaan hoidon tarvetta arvioitaessa. (Palliatiivinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019.)

lähäs, palliatiivisesti hoidettava ympärivuorokautisessa hoivassa asuva asukas saattaa kognitiivisesta ja fyysisestä hauraudestaan sekä toiminnanvajeistaan huolimatta elää useita vuosia. Hoidossa korostuu elämän laadun vaaliminen ja kärsimyksen hoitami-

nen. Äkillisiin tilanteisiin tulee varautua laatimalla elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Palliatiivisella, oireita lievittävällä hoidolla ja toiminnalla pyritään turvaamaan asukkaalle mahdollisimman hyvä olo kaikissa tilanteissa, riippumatta siitä, onko toipumisen voimavaroja enää jäljellä vai ei. Odotettavissa oleviin ongelmiin otetaan kantaa hoitosuunnitelmassa, jolloin asukkaan oloa voidaan helpottaa heti oireen ilmetessä. (STM 2019b, 117.)

Sairastuneelle asukkaalle on taattava riittävä hoito ja mikäli sitä ei voida toteuttaa palvelukodissa, on siirtäminen toiseen hoitopaikkaan perusteltua. Vakavasti sairaan iäkkään asukkaan kohdalla hoitovaihtoehdot ovat usein rajalliset ja siten paras hyöty saadaan oireenmukaisesta, tutussa ympäristössä annetusta hoidosta. Palliatiivisen asukkaan hoito hoitokodissa vaatii hyvää ammattitaitoa, riittäviä välineitä, moniammatillista yhteistyötä ja suunnittelua. (Seinelä ym. 2015, 7.)

Asukkaan lähettämisen hoitokodista päivystykseen taustalla on useasti vakava terveydentilaa uhkaava tapaturma tai sairaus. Viimeisen elinvuoden aikana noin puolella (48 %) asukkaista oli siirtymisiä hoitoyksiköiden välillä. Siirroista valtaosa tapahtui päivystyksellisesti ennalta suunnittelematta. Yleisimmät syyt siirtää asukas päivystykseen olivat kaatuminen, yleistilan lasku ja rintakipu. Päivystyksessä todettiin useimmiten keuhkokuume tai murtuma. Vakavat sairauskohtaukset herättävät kysymyksen siirtojen tarpeellisuudesta. Asukkaiden heikko yleistila rajoittaa voimakkaasti raskaimpien hoitojen hyötyä. Tämän tutkimuksen mukaan asukkaan hoidossa oleellisempaa on keskittyä niihin toimiin, joilla saavutetaan elämänlaadun paranemista. Hoitojen suunnittelu korostuu ja sen avulla palliatiivisen asukkaan hoito onnistuu todennäköisemmin omassa hoitoyksikössä, ilman raskaita siirtoja. (Seinelä ym. 2015, 25–30.)

3.3 Hoitohenkilöstön tuki perustason palliatiivisen hoidon toteutuksessa

Osaamisen tukeminen

Lupaus hoitaa asukas elämänsä loppuun asti palvelukodissaan haastaa hoitohenkilökunnan osaamisen ja siksi tarvitaan tukea osaamisen kehittämiseksi. Asukkaiden keskeisistä sairauksista on hallittava perustiedot laadukkaan hoidon takaamiseksi ja tietoa iäkkäiden palveluasumisen asukkaiden osalta on osattava soveltaa. Koulutuksista huolimatta osaamisessa on parantamisen varaa. (Seinelä 2015, 37.)

Kansainvälisen (PACE) Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe –hankeen kautta on kehitetty hoitokotien henkilökunnan osaamisen tukemiseksi PACE-toimintamalli. Tutkimus- ja kehittämishankkeena PACE vertaili ikääntyneiden palliatiivisen hoidon laatua ja palvelujärjestelmiä seitsemässä Euroopan maassa (Alankomaat, Belgia, Englanti, Italia, Puola, Suomi ja Sveitsi) ajalla 1.2.2014–31.1.2019. Suomessa PACE-hankkeen toteuttamisesta vastasi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). PACE-toimintamalli on suunnattu erityisesti iäkkäiden palliatiiviseen hoitoon, malli pohjautuu kuuden askeleen ohjelmaan osaamisen kehittämiseksi. Palliatiivisessa hoidossa on tärkeää tehdä oikeita asioita oikeaan aikaan ja tähän toimintamalli tarjoaa selkeän viitekehyksen, jonka puitteissa on mahdollista toteuttaa hoitokodissa laadukasta palliatiivista hoitoa aina elämän loppuvaiheeseen saakka. Jokainen askel antaa työvälineitä palliatiivisen hoidon ja osaamisen kehittämiseen. (Payne 2019, 5–6.)

Osaamisen kehittämisen tulisi kuulua jatkuvan ammatillisen kehittymisen kulttuuriin. Ansley:n (2016) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin palliatiivisen osaamisen kehittämistä hoitokodeissa koulutuksen avulla. Koulutus on tärkeä osa-alue, kun halutaan parantaa palliatiivista hoitoa ja henkilökunnan osaamista hoitokodeissa. Tutkimustuloksissa koulutusmenetelmien laatu sen sijaan koettiin heikoksi ja koulutuksia järjestettiin vakiintuneen käytännön sijaan satunnaisesti ja kertaluontoisesti. Niillä ei siten ollut tutkimuksen mukaan käytännön työtä muuttavaa vaikutusta. Asioita käsiteltiin usein pinnallisesti ja suppeasti. Niiden todettiin lisäävään tietoisuutta palliatiivisesta hoidosta, mutta muuttavan käytännön hoitotyötä vain vähän.

Tampereella on tehty kehittämistyötä elämän loppuvaiheen hyvän hoidon parantamiseksi ympärivuorokautissa palveluasumisessa. Yhtenä osa-alueena Tampereen mallissa on ollut hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistaminen. Vuonna 2013 julkaistiin sähköinen oppimisympäristö Tepatampere (www.tepatampere.fi). Oppimateriaalin Tampereella kokosi kehittäjäylilääkäri ja sisältöä käytiin läpi yhdessä vastaavien hoitajien kanssa hoitotyön kehittämisen kokouksissa. Tepatamperen sisällöksi valittiin vuosien aikana nousseita tärkeimpiä ongelmakohtia iäkkäiden ihmisten hoidosta. Materiaali kattaa käytännön ohjeita sairaanhoidollisista aihepiireistä elämän loppuvaiheen hoidon osalta, se on jaettu perus- ja syventävään tietoon. Perustiedon asiat kuuluvat kaikille ja syventävä tieto sairaanhoitajille ja pitkään alalla olleille. Perustiedon esityksissä ohjeistetaan, kuinka asukkaita seurataan ja hoidetaan, miten kommunikoidaan ja kirjaetaan yhdessä sovitulla tavalla. Yhteneväiset ohjeet varsinkin saattohoitoa koskevissa kysymyksissä ovat osoittautuneet tärkeiksi. Tampereella hoitokotien henkilökunta tenttii

vuosittain kokeen, jonka hyväksyttävästä suorittamisesta saa todistuksen koulutusaineiston osaamisesta. (Seinelä ym 2015, 16–18.) Hoitoyksikössä yhdessä suunnitellut, laaditut, ja käytäntöön sovelletut ohjeet, kehittävät yksikön omaa osaamista ja kuolevien hoitotyötä (Ridanpää 2006, 83–84).

Henkilöstön osaamista tukeva johtaminen on hoidon onnistumisen kannalta oleellisen tärkeää. Myös vanhuspalvelulaissa (Laki 980/2012) edellytetään iäkkäille, monisairaille laadukkaita palveluita, joita hoitoyksiköt veloitetaan omavalvonnan kautta seuraamaan. (Lyly 2019, 13.) Hyvinvoiva, osaava sekä mahdollisimman pysyvä henkilöstö on hyvän hoidon perusta ja tämän turvaamiseen tulee pyrkiä (Lyly 2019, 91). Rizo-Baeza ym.(2017) tutkimuksen mukaan yksi oleellisista riskitekijöistä henkilökunnan uupumukseen työssään on ammattitaidon puute.

Lisäämällä hoitohenkilökunnan saattohoito-osaamista voidaan lisätä potilaan hoidon laatua. Kyvykäs hoitohenkilökunta, joka luottaa omiin taitoihinsa, vaikuttaa hoitotyöhön ja sen laatuun. (Anttonen 2016, 117–122.) Kun taidot kehittyvät, pystytään olemaan paremmassa vuorovaikutuksessa potilaan ja omaisen kanssa sekä näin ollen tuottamaan laadullisesti parempaa saattohoitoa. Anttonen (2016, 108–109) tiivistää tutkimuksessaan, että: ”Saattohoitajaksi kasvamista edistää hoitajan saama tuki työyhteisössä. Moniammatillinen tiimityö ja omahoitajana toimiminen luovat kombinaation kokemukseen perustuvalla oppimisella, turvallisella hoitamisella ja työssä kehittämisellä. Työyhteisöllisen tuen saaminen on jokapäiväistä kokemusten jakamista ja toisiltaan oppimista, yksilö- tai ryhmätyönohjauksen ja työnantajatuken saamista. Saattohoitaja tarvitsee myös kuuntelijan omille kokemuksilleen. Työnohjauksella voidaan lisätä tietoisuutta omien voimavarojen tukemisen tärkeydestä”. Tervon (2017, 80–81) tutkimuksessa taas todettiin, että saattohoitoa toteuttavilla hoitajilla on tarve säännölliselle työnohjaukselle. Tutkimuksen mukaan ryhmätyönohjaus toimisi parhaiten, koska käsiteltävät asiat ovat yhteisiä ja se mahdollistaisi uusien toimintatapojen sopimisen yhdessä.

Palliativisen hoidon toteuttamista tukevat apuvälineet

Työ on usein fyysisesti kuormittavaa ja tämä vaikuttaa kielteisesti työhyvinvointiin pitkään jatkuessaan. Oikeanlaisilla työskentelytavoilla ja riittäväillä apuvälineillä työn kuormaa voidaan alentaa, jolloin työhyvinvointikin paranee. (Monthan 2011, 36.) Palliativisen ja saattohoidon toteuttamiseen tarvitaankin palveluasumisessa välineitä hoidon toteuttamiseen ja työkuorman keventämiseen. Myös asukkaiden hoitoisuus on yhteydessä työn kuormittavuuteen ja työn raskaaksi kokemiseen.

Yksityisyys tulee myös tarvittaessa pystyä huomiomaan, esimerkiksi oman huoneen tulee mahdollisuuksien mukaan olla järjestettävissä asukkaan tai omaisen niin halutesa, viimeistään saattohoitovaiheessa. Läheisen yöpyminen tulee olla järjestettävissä viimeistään saattohoitovaiheessa. Eräät apuvälineet kuten happi, imu tai painehaavan hoitoon tarvittavat välineet voivat elämän laadun kannalta olla välttämättömiä. Niiden tarve korostuu elämän loppuvaiheen hoidossa. (STM 2019b, 129.)

Palliativisessa, oireenmukaisessa hoidossa hoitohenkilökunnalla tulee ympärivuorokautisessa palveluasumisessa olla myös välineitä toteuttaa yksilöllistä, ennakoivaa lääkehoitoa asukkaille. Tampereella tehostetun palveluasumisen yksiköissä käyttöön on esimerkiksi otettu yhteiset päivystyslääkkeet akuuttien oireiden hoitoon. Akuutteja oireita voivat olla esimerkiksi kivut, hengenahdistus, kouristukset, kuume ja voimakas limaneritys saattohoitovaiheessa. Päivystyslääkkeinä Tampereella yksikkökohtaisesti pidetään Oksikodonimikstuura 10mg/ml, Nitrosuihketta, Diatsepaamirektiolia, Glykopyrioniumia (Robynl 0.2mg/ml) sekä Parasetamoli peräpuikkoja. Mikäli yksikössä on hoidossa varfariinia käyttäviä potilaita, suositellaan myös fytomenadionin hankkimista (Konaktion). Päivystyslääkkeitä voidaan palvelukotiin hankkia lääkärin kirjoittamalla pro acutore -reseptillä. Lääkkeiden säilyvyys on 1–4 vuotta ja kustannukset noin sadan euron luokkaa. (Seinelä ym. 2015, 18–19.) Kun käytössä on samat lääkkeet, virheet vähenevät ja asukkaat saavat varmemmin tarvitsemansa hoidot. Tarvittaessa ongelmatilanteet ratkotaan ulkopuoliseen apuun turvautuen. (Seinelä 2015, 37.)

Yhteistyö

”Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden tulisi olla palvelukokonaisuus, jossa siirtyminen on joustavaa.” Toimiva hoitoketju turvaa tarkoituksen mukaisen hoidon yli organisaatorajojen ja ammattiryhmien, edistää saumatonta yhteistyötä ja selkiyttää hoidon porrastamista. Elämän loppuvaiheen hoito tulee turvata kaikille sitä tarvitseville asuinpaikasta riippumatta ja siksi palliativisen ja saattohoidon liittäminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on tärkeää. ”Saattohoito tulisi järjestää asiakkaan toiveet huomioiden ja ensisijaisesti siellä, missä häntä on muutoinkin hoidettu”. (THL 2019b.)

Oletettavasti moni palliativinen potilas haluaa kuolla kotona tai kodinomaisessa paikassa, kotisaattohoidon ideologia voi toteutua myös palvelukodissa. Ympärivuorokautiseen hoivan yhtenä hoitotavoitteena on mahdollistaa asukkaiden asuminen kodissaan elämänsä loppuun asti. Tämän toteutumiseksi meidän tulee kehittää yhteistyötä ja koti-

sairaalatoimintaa. Kotisaattohoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jonka toteutuksesta vastaa moni ammattiryhmä yhteistyönä. Tämä tarkoittaa yhteistyökontaktien solmimista ja lisäkoulutusta hoitajille. (STM 2010, 6.)

Sairaanhoitopiirin palliatiiviseen palveluketjuun kuuluvat kaikki elämän loppuvaiheen hoitoa tarjoavat sosiaalitoimen ja terveydenhuollon yksiköt. Vastuu palliatiivisesta hoidosta on kaikkina viikonpäivinä ja vuorokauden aikoina. On erittäin tärkeää, että ajantasaiset hoitosuunnitelmat ja hoitolinjaukset on hoitoyksikössä tehty riittävän ajoissa ja ne ovat kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla. Tiedonkulun ja yhteydensaannin vaikeudet lisäävät päivystykseen hakeutumista. (STM 2019b, 17–18.) Hoitokotien asukkailla on akuuttitilanteissa riski ohjautua päivystykseen, mikäli ajantasaista hoitosuunnitelmaa ja hoitolinjausta, hoidonrajaukset mukaan lukien ei ole tehtynä. Elämän loppuvaiheessa syöpää tai muita eteneviä kroonisia sairauksia sairastavat potilaat, joilla hoitolinjaus on tekemättä tai puutteellisesti kirjattuna, ohjautuvat herkästi epätarkoituksenmukaiseen hoitoon akuuttitilanteissa. (Hoare ym. 2018.) Perustason palliatiivisen hoidon toteuttamista tukeva verkosto ja konsultaatiotuki vaativat vielä kehittämistä (Hammar ym. 2018).

Kotisairaalan ja/ tai lääkärikonsultaation (24/7) puute sekä viikonloppuaikainen sairaanhoitajien vähäisyys lisäävät kaikenkaltaisten iäkkäiden palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hakeutumista päivystys- ja sairaalapalveluiden piiriin. Kotiin annettavat akuuttihoidon palvelut (esim. liikkuva sairaala tai vastaavat palvelut) ja kotisairaalatoiminta voivat merkittävästi auttaa palliatiivisessa hoidossa olevia vanhuksia saamaan osaavaa hoitoa asuinpaikkaansa. (STM 2019b, 132; STM 2017.) Tavoiteltavaa on, että iäkäs ihminen voisi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuisivat (Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito-suositus 2016).

Palliatiivisen potilaan palveluketjun keskiössä ovat erityistason kotisairaalat, jotka tukevat perustason yksiköitä ja toimivat siltana perus- ja erityistason yksiköiden välillä. Ympärivuorokautisen konsultaatiotuen varmistamiseksi tulee kaikilla sosiaalitoimen- ja terveydenhuollon yksiköillä, oltava etukäteen sovittu erityistason yksikkö (konsultaatiotiimi tai kotisairaala), joka mahdollistaa tuen saannin ympäri vuorokauden viikon jokaisena päivänä. (STM 2019b, 18.) Kotisairaaloiden tulee tukea perustason yksiköiden saattohoitoa mukaan lukien sosiaalitoimen alaiset yksiköt, sekä kunnalliset että yksityiset palveluntuottajat (STM 2019b, 52). Palliatiivinen kotisairaalaverkosto turvaa hyvän kotisaattohoidon potilaan kotiin ja asumispalveluyksiköihin, kun yhteys kotisairaalaan on luotu. Tämän mahdollistamiseksi on tärkeää huolehtia elämän loppuvaiheen enna-

koiva hoitosuunnitelma, riittävät sairaanhoitaja- ja lääkäripalvelut sekä varhainen yhteys palliatiiviseen kotisairaalaan. Päivystysaikaan kiireellisissä tilanteissa riittävän osaamisen turvaaminen on kuitenkin haaste henkilöstörakenteen takia, ja riski päivystyskäynteihin on suuri. (STM 2019b, 84; STM 2017.)

Lääkärillä on tärkeä rooli iäkkään, palliatiivisen potilaan elämänlaadun varmistamisessa ja hoitolinjauksiin liittyvien päätösten tekemisessä. PACE-toimintamalli suosittaa, että lääkäri osallistuu joka kuukausi hoitopaikassa pidettyihin moniammatillisiin arviointikouksiin, joissa keskustellaan asukkaiden palliatiivisen hoidon tarpeista. (Payne ym. 2019, 8.)

Myös yhteistyö omaisten kanssa korostuu iäkkään, palvelutalossa asuvan vanhuksen elämän loppuvaiheen hoidossa. Seinelän (2015) tutkimuksen mukaan yhteistyössä ja omaisten huomioimisessa onnistuttiin palvelukodeissa vähintään yhtä hyvin kuin sairaalassa, mutta vastauksista oli nähtävillä kommunikaation ongelmia molemmissa ympäristöissä. Omaisista yli viidesosa koki, ettei heille kerrottu riittävästi asukkaan terveydentilasta ja vain puolet vastaajista tiesi, kuka hoitohenkilökunnasta oli vastuussa asukkaan hoidosta. Yhteistyö ja jatkuva kommunikaatio onkin tarpeen kuolinpaikasta riippumatta. (Seinelä 2015, 31–32.)

Suunnitelmallisuus

Iäkkään palliatiivisen vanhuksen hoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioda hänen oma näkemyksensä ja asiakkaan lääketieteellinen ennuste. Hoito suunnitellaan näiden pohjalta käydyn keskustelun mukaan. Suunnitellusta hoidosta tulee olla hyötyä eikä siitä ei saa olla haittaa vanhukselle. Hyödyn aina ylitettävä haitta ja hoito ei saa olla tarpeetonta. (Boyd ym. 2019.)

Vuonna 2013 palveluasumisen yksikkö oli ympärivuorokautisen palveluasumisen lisääntyessä ja vanhainkotihoiton sekä terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon vähentyessä yleisempi kuolinpaikkana kuin vuonna 2002. Elämänloppuvaiheen hoidon laadun on todettu olevan parempi pitkäaikaishoitopaikassa kuin sairaalassa. On siis mahdollista, että hyvää loppuelämän hoitoa on lisännyt pitkäaikaishoitopaikkojen yleistyminen. Suuret kaupungit pystyivät hoitamaan iäkkäät tehokkaammin omissa hoitokodeissaan. Niissä toteutetaan myös enemmän avoterveydenhuollon käyntejä kuin muualla Suomessa. (Forma ym. 2015, 16.)

Tarpeettomia hoitoja ja loppuvaiheen sairaalahoidon jaksoja voidaan vähentää varhaisessa vaiheessa aloitetun palliatiivisen hoidon ja hoitosuunnitelman laatimisen avulla (Palliatiivinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019). Sairaalsiirtojen ja –kuolemien lisäksi sillä on vaikutusta lääkehoitokuluihin ja tehohoidon ja laboratoriotutkimuksen kustannuksiin (THL 2019a).

lääkkään henkilön elämän loppuvaiheen hoito edellyttää hyvissä ajoin tehtyä ennakkoivaa hoitosuunnitelmaa, missä määritellään myös toimenpiteet muuttuvien tilanteiden varalle päivystys- ja sairaalakäyntien vähentämiseksi. Yleisimpiä syitä päivystykseen hakeutumiselle ovat hoitohenkilökunnan puutteellinen tuki, potilaan hoitamattomat oireet ja turvattomuus. (STM 2017.) Kaatumiset ja niistä aiheutuneet murtumat sekä yleistilan heikentyminen vakavien taustasairauksien ovat yleisiä syitä siirtoihin ja tällöin siirtyminen pitkäaikaishoitopaikasta sairaalaan onkin usein perusteltua ja osa hyvää hoitoa. Osa siirtymistä voisi kuitenkin olla vältettävissä hoitopaikan hyvällä valmistautumisella elämän loppuvaiheen hoitoon. (Forma ym. 2018, 20.) Aaltosen (2015, 14) tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että vanhojen ihmisten hoitopolut sisältävät hyvin erilaisen määrän siirtymiä eri hoitopaikkoihin, määrä vaihtelee iän, sukupuolen, dementiadiagnoosin, asuinkunnan, kuolinvuoden ja hoitopaikkojen mukaan. Yleisimmin siirryttiin terveyskeskuksen vuodeosastolle.

Seinelän 2015 tutkimuksen mukaan siirtoja koki alle kolmasosa asukkaista. Alle puolella (41%) hoitokodin asukkaista oli tehtynä hoitolinjaus. Siirretyillä asukkailla linjauksia on tehty selvästi vähemmän kuin muilla. Tämän lisäksi palvelutalon henkilökunnan kommunikointi asukkaiden omaisten kanssa vähensi tutkimuksen mukaan epätietoisuutta ja turhia sairaalsiirtoja. Hoitajan rooli korostuu yksiköissä etenkin virka-ajan ulkopuolella, potilasasiakirjoista löytyvät merkinnät hoitojen linjauksista tukevat ja helpottavat hoitajaa työssä. (Seinelä ym. 2015, 22.)

Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon toteuttamista voidaan tukea selkeillä, dokumentoiduilla toimintakäytännöillä. Ennakoivan hoitosuunnitelmien teon on todettu lisäävän palliatiivista ja saattohoitoa hoitoyksiköissä, potilaan hoitotyytyväisyyttä, toiveiden toteutumista ja hoitotahtojen sekä hoidon rajausten kirjaamista. Tämän lisäksi läheisten kuormittuminen, potilaiden elvytykset ja tehohoitojaksot elämän loppuvaiheessa ovat vähentyneet sekä kuolemat omassa hoivayksikössä lisääntyneet. (Palliatiivinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019.)

Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla on paljon myönteisiä vaikutuksia hoitokodin asukkai-
siin, mutta niiden sisällöllisen vaihtelun vuoksi vertailu vaikuttavuudesta on vaikeaa
Martin ym. (2016) mukaan. Sairaalahoido oli yleisin tulostuloksista ennakoivan hoitosuunni-
telman vaikuttavuutta arvioitaessa. Tutkimuksessa sen todettiin laskevan sairaalahoido-
jen määrää 9-26% ja se lisäsi hoitokodissa kuolleiden määrää 29-40%.

Hoidon suunnittelu ja ennakointi vaatii keskustelua, joka voidaan käydä myös ennalta
suunnitellusti, usein lääkärin tai hoitajan aloitteesta. Kaikille asukkaille tulee tarjota
mahdollisuus keskusteluun siitä mitä hyvä elämä hänelle merkitsee ja mitä se pitää
sisällään jäljellä olevien vuosien tai kuukausien aikana. On myös kunnioitettava niiden
asukkaiden tahtoa, jotka asiasta eivät halua keskustella. Myös läheiset tulee ottaa mu-
kaan keskusteluun, mikäli asukas sen sallii. (Payne ym. 2019, 16.)

Hoitopaikassa on tärkeää luoda ja säilyttää hyvä keskusteluyhteys asukkaan omaisiin.
Omaisilta hoitohenkilökunta saa tärkeää tietoa asukkaan elämänlaadusta, historiasta ja
arvoista. Omaisten halukkuus osallistua hoidon suunnitteluun tulee selvittää. Tarvitaan
aktiivista keskustelua ja tiedon antamista asukkaan tilanteesta, sairaudesta ja hoito-
vaihtoehtoista. (JBI-suositus 2014a.)

Hoidon suunnittelu ja siitä keskusteleminen vaatii hoitohenkilöstöltä hienotunteista ja
kiihкотonta lähestymistä. Osalle sairastamiseen ja kuolemaan liittyvät tapahtumat ovat
tuttuja ja osalle nämä asiat ovat ahdistavia eikä niitä ole mietitty. Elämän loppuvaiheen
suunnitteluun liittyvien kysymysten käsittely saatetaan kokea loukkaavaksi, mutta tämä
on harvinaisempaa. Jos keskustelut käydään siinä vaiheessa, jossa käsiteltävän hen-
kilön terveydentila on vakaa, ei päätöksillä ole kiire, ja aika tekee tehtävänsä asioiden
sisäistämisessä. DNR-päätösten tekeminen on usein tällainen asia, tällöin päätöksen
tekoon voidaan palata 3–6 kuukauden kuluttua. Aika tekee tehtävänsä asioiden sisäis-
tämisessä ja tällöin usein ahdistus on helpottanut ja päätös voidaan tehdä yhteisym-
märryksessä. (Seinelä 2015, 36–37.)

Hoitotahto on asukkaan virallinen tahdonilmaus siitä, mitä hän toivoo hoidoltaan. Se voi
koskea lääketieteellisten ja sairaanhoidollisten kysymysten lisäksi myös muita hoitoon
liittyviä asioita ja sisältää myös kirjauksen siitä, mitä asukas ei toivo hoidoltaan. Eng-
lannissa ja Belgiassa tämä on oikeudellisesti sitovaa ja sitä kutsutaan etukäteiseksi
hoidosta kieltäytymiseksi, Suomessa on voimassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista
(1992/785, 6§) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
(812/2000, 8§ ja 9§), joiden perusteella asukkaalla on oikeus osallistua omaa hoitoa

koskeviin keskusteluihin sekä esittää toiveita, lääkärin tehdessä kuitenkin lääketieteellistä hoitoa koskevat päätökset. Aukkaalla on oikeus myös kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Hoidotahdon päivittäminen tarpeen mukaan on myös tärkeää. (Payne ym. 2019, 17.)

Vuonna 2014 tutkittiin kuudessa eri maassa hoidotahtojen yleisyyttä ja sisältöä 1384 hoidokodissa kuolleen asukkaan osalta. Kolmasosalla 32,5% tutkittavista hoidokodeista oli kirjattuna asukkaan hoidotahto ennen kuolemaa, hoidotahtojen määrä lisääntyi yli 90v. asukkailla. Tutkimus osoittaa, että hoitoneuvottelu ja ennakkoivahoitosuunnitelma on parhainta tehdä silloin, kun asukas pystyy vielä itse ilmaisemaan toiveitaan. Jos asukas pystyi ilmaisemaan toiveitaan muuttaessaan hoidokotiin asumaan, hoidotahto kirjattiin yleisimmin tässä kohtaa. Asukkailla, joilla ei ollut lääkäreä kokoa ajan tavoitettavissa, kirjattiin enemmän hoidotahtoja. Hoidotahdot ovat kuitenkin lisääntyneet v. 2000-2010 47%:sta 72%. Hoidotahdon esiintyvyys vaihtelee kuitenkin maittian. Hoidotahdot sisältävät eniten hoitoa rajoittavia toiveita, joista yleisin on DNR. (Andreasen ym. 2019.)

3.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Palliativinen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jonka toteutuksesta vastaa moni ammattiryhmä yhteistyönä (STM 2010, 6). Yhteistyön mahdollistaa ajantasaiset hoitosuunnitelmat, hyvin suunnitellut hoidon linjaukset ja rajaukset, tiedonkulku sekä konsultaatiotuki (STM 2019b, 58; Hoare ym. 2018; Hammar ym. 2018). Tavoiteltavaa on, että iäkäs ihminen voisi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuvat (Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019). Palliativisen ja saattohoidon tukiverkosto, kuten kotisairaaloiminta ja toimiva lääkärikonsultaatio, vaatii vielä kehittämistä monissa maakunnissa (THL 2019b). Valtakunnallisesti myös ympärivuorokautisessa palveluasumisessa palliativinen- ja saattohoito turvautuu vielä merkittävästi päivystyksen ja sairaalan tuottamiin palveluihin (STM 2019b, 103–110).

Kokonaisvaltaisen palliativisen hoidon avulla pyritään parantamaan potilaan elämän laatua ja vähentämään kärsimyksiä (STM 2019a, 13; Saarto ym. 2018, 8; THL 2019a; Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito-suositus 2016). Palliativisista potilaista suurin osa hoidetaan perus- ja A-tasolla (STM 2019a, 15). Aukkaat ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, ovat entistä iäkkäämpiä ja hauraampia ja 86% asukkaista on yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus (Seinelä ym. 2015, 7; Finne-Soveri

2018, 10). Seinelän (2015, 25–30) tutkimuksen mukaan hoitovaihtoehdot ovat usein rajalliset ja asukkaan hoidossa oleellista on keskittyä niihin toimiin, joilla saavutetaan elämänlaadun paranemista.

Ympäri vuorokautisessa hoivassa asuvan vanhuksen elämänlaatua voidaan tutkimusten mukaan parhaiten tukea mm. varautumalla sairauksien aiheuttamien ongelmien lisääntymiseen (Seinelä ym. 2015, 7), ymmärtämällä eri sairauksien erityispiirteitä ja niiden tehokasta oireenmukaista hoitoa (Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito-suositus 2016; Payne 2019, 64) sekä panostamalla toimintakykyä edistävään hoivaan ja hoivan toteutumiseen omaan kotiin (Räsänen 2011, 180; Seinelä 2015, 54; Finne-Soveri 2018, 27; Forma ym. 2012). Asukkaiden toiveiden ja arvojen toteutumiseksi hoidon suunnittelu ennakoivasti on tärkeää (Hines ym. 2011). Sekä lopulta iäkkään, monisairaana vanhuksen kohdalla tulee hyväksyä myös elämän rajallisuus (Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito-suositus 2016). Forma ym. (2015, 16) tutkimuksen mukaan elämän loppuvaiheen hoidon laadun on todettu olevan parempi pitkäaikaishoitopaikassa kuin sairaalassa.

Lupaus hoitaa asukas elämänsä loppuun asti palvelukodissaan haastaa hoitohenkilökunnan osaamisen ja siksi tarvitaan tukea osaamisen kehittämiseksi. Hoitohenkilöstön osaamisen tukemisella on myönteisiä vaikutuksia palliatiivisen ja saattohoidon laatuun (Payne 2019, 5–6; Ansley 2016; Ridanpää 2006, 83–84; Lyly 2019, 91; Anttonen 2016, 117–122) sekä hoitohenkilökunnan työssä jaksamiseen (Rizo-Baeza ym. 2017). Ansley:n (2016) tutkimuksen mukaan osaamisen kehittäminen tulisi saada työyhteisöissä osaksi jatkuvan ammatillisen kehittymisen kulttuuria.

Hoitohenkilöstö ympärivuorokautisessa palveluasumisessa tarvitsee riittävät välineet arvioida, toteuttaa ja seurata palliatiivista hoitoa laadukkaasti, mikä vaikuttaa myönteisesti myös työhyvinvointiin (Monthan 2011, 36; STM 2019b, 129; Seinelä ym. 2015, 18–19; Payne 2019, 64).

Myös hoidon oikea-aikainen suunnittelu ja ennakointi tukee henkilökuntaa palliatiivisen hoidon toteuttajana. Hoidon suunnittelun on todettu vähentävän tarpeettomia hoitoja, sairaalasiirtoja, läheisten kuormittumista, potilaiden elvytyksiä ja tehohoitojaksoja (Palliatiivinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019; Forma ym. 2018, 20; Seinelä ym. 2015, 22), lääkehoitokuluja, tehohoidon ja laboratoriotutkimusten kustannuksia (THL 2019b). Hoitohenkilökunnan toimintakyky muuttuvissa tilanteissa on parantunut sekä potilaiden oirehoito (STM 2017; Seinelä 2015, 22). Sen on myös todettu lisäävän pal-

liatiivista ja saattohoitoa hoitoyksiköissä, potilaan hoitotyytyväisyyttä, toiveiden toteutumista ja hoitotahtojen sekä hoidon rajausten kirjaamista sekä kuolemia omassa hoitoyksikössä (Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019; Martin ym. 2016). Suunnitellusta hoidosta hyödyn aina ylitettävä haikka ja hoito ei saa olla tarpeetonta (Boyd 2019).

Hoitohenkilökunnan palliativisen hoidon toteuttamista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa voidaan tukea selkeillä, **dokumentoiduilla toimintakäytännöillä** (Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019), **käytännön työtä tukevan koulutuksen avulla** (Seinelä ym. 2015, 37; Payne 2019, 5–6; Ansley 2016; Lyly 2019, 13; Anttonen 2016, 117–122; Tervo 2017, 80–81), **oikeanlaisilla ja riittäväillä välineillä** (Monthan 2011, 36; STM 2019b, 129; Payne 2019, 64; Sinelä ym. 2015, 18–19), **yhteistyöllä** (THL 2019; STM 2010, 6; STM 2019b, 132; STM 2017; Hammar ym. 2018; Sinelä ym. 2015, 51; Payne ym. 2019, 8) ja **suunnitelmallisuudella** (Boyd 2019; THL 2019b; STM 2017; Forma ym. 2018, 20; Sinelä ym. 2015, 22; Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019; Martin ym. 2016; Payne ym. 2019, 16; JBI-suositus 2014a; Andreasen ym. 2019).

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

4.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osan tavoitteena on kuvata perustason palliatiivisen ja saattohoidon hoidon järjestämistä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tarkoituksena oli selvittää ympärivuorokautisessa palveluasumisessa työskentelevien hoitajien kokemuksia miten perustason palliatiivisen hoidon järjestäminen nyt toteutuu, millaista tukea he ovat työhönsä saaneet, mitä palliatiivisen hoidon tehostamiseksi pitäisi tehdä ja millaista lisätukea he kokevat tarvitsevana.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten perustason palliatiivisen hoidon järjestäminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa toteutuu tällä hetkellä hoitajien arvioimana?
2. Millaiseksi perustason palliatiivisen hoidon yksikössä työskentelevät hoitajat arvioivat saamansa tuen elämän loppuvaiheen hoidon toteutuksessa?
3. Millaista lisätukea hoitajat kuvaavat tarvitsevana perustason palliatiivisessa yksikössä?

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kohderyhmänä tutkimuksessa on ympärivuorokautisen hoivapalveluiden palliatiivista hoitoa toteuttava hoitohenkilökunta Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueelta (N=13). Tutkimuksessa mukana olevat yksiköt ovat sekä kunnalliselta että yksityiseltä puolelta. Tutkimuksellinen osuus alkoi hoitajien haastatteluilla syyskuussa 2020. Kohderyhmä tavattiin ja haastateltiin hoitoyksikköihin tehtävien vierailupäivien aikana. Haastattelut tehtiin ryhmähaastatteluina, johon osallistui kolmesta hoitoyksiköstä 3 hoitajaa ja yhdestä hoitoyksiköstä 4 hoitajaa. Haastateltavista sairaanhoitajia oli 3, lähihoitajia 9 ja perushoitajia 1. Haastateltavien valinnassa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa työvuorossa olevasta hoitohenkilökunnasta; tässä tutkimuksessa hoitajat olivat koulutukseltaan perus-, lähi- tai sairaanhoitajia ja heidän äidinkielenään on suomi. Lisäksi

haastatellut hoitajat omasivat työkokemusta perustason palliatiivisesta hoidosta vähintään vuoden verran, koska haastateltavilla tulee Vilkan (2015, 135) mukaan olla oma-kohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta.

4.3 Tutkimuksen toteutus

Tässä tutkimuksessa aineiston keruumenetelmänä oli teemahaastattelu, joka sisälsi valmiit teemat, mutta kysymysten muotoiluun tuli haastattelua tehdessä täsmennyksiä, jolloin ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat korostuivat (ks. Kankkunen ym. 2013, 124–125). Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna haastateltaville tutusta aihepiiristä. Haastattelun teemat muodostettiin kirjallisuuskatsauksen tuottamasta tiedosta. Teemahaastattelu mahdollistaa kokemusten kuvaamisen tutkittavasta aihepiiristä. Aiheeseen perehdyttiin hyvin ennen haastattelujen toteuttamista ja tämän jälkeen muodostettiin keskeiset teemat tutkittavaan aiheeseen. Tutkittaviksi valittiin ihmisiä, joilla arveltiin olevan kiinnostusta tutkimuksen kohteena olevista asioista. (ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Haastattelurunko käytiin läpi ohjausryhmän palaverissa kesäkuun alussa ennen varsinaisia haastatteluja. Samalla valittiin myös yksiköt, joista haastateltavat pyydetään.

Tutkimuksesta lähetettiin tiedote mukaan valikoituihin hoitoyksikköihin. Kiinnostuneita osallistujia pyydettiin ilmoittautumaan tutkimuksen tekijälle sähköpostitse, jonka jälkeen mukaan valituille hoitajille annettiin lisätietoa tutkimuksesta ja sen toteutuksesta. Haastattelupäivä sovittiin yksikkökohtaisesti osallistujien kesken, tutkimuksen tekijä meni tällöin päiväksi hoitokodin arkeen mukaan ja haastattelu tehtiin työpäivän päätteeksi. Vierailupäivän aikana havainnoitiin hoitoyksikön arkea, tiloja ja toimintatapoja. Tutkija ei osallistunut hoidollisiin toimenpiteisiin, eikä tutkimuksessa kerätty asukkaisiin liittyvää tietoa. Olennaisinta oli arjen seuraamisella muodostaa käsitys toimintaympäristöstä, saada esille spontaanisti esimerkkejä tavoista toimia sekä tehdä tutkija tutummaksi hoitokodeille ennen työkonferensseja. Hoivayksikköjen toimintaa ei vertailtu millään tavalla keskenään eikä havainnointia käytetty tutkimusaineistona.

Ryhmähaastattelutila oli jokaisessa hoitokodissa rauhallinen, haastattelut tehtiin iltapäivällä aamuvuoron päätteeksi. Haastatteluissa edettiin teemahaastattelurungon mukaisesti, jota täydennettiin tarvittaessa apukysymyksin. Haastattelurunkoa ei näytetty haastatteluun osallistuville etukäteen, jolloin vastauksista saatiin mahdollisimman aitoja. Haastattelut nauhoitettiin tutkimukseen osallistuvien suostumuksella, kahden tallen-

nuslaitteen avulla ja aineisto litteroitiin tutkijan toimesta heti haastattelun jälkeen. Haastatteluaineisto säilytettiin suojatusti tutkijan omalla tietokoneella ja hävitettiin tutkimuksen päätyttyä asianmukaisia ohjeita noudattaen. (ks.Kylmä & Juvakka 2012.)

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen teemahaastattelurunko muodostui kolmesta aihepiiristä, perustuen keskeisiin käsitteisiin ja aiempaan tutkittuun tietoon. Haastattelut tehtiin kahden viikon välein suunnitellusti ja jokaisen nauhoitetun haastattelun jälkeen tehtiin aineiston litterointi eli tallennettu aineisto puhtaaksikirjoitettiin sanasta sanaan word-asiakirjaksi. Haastattelujen litteroinnin tulee säilyttää haastateltavien lausumat ja merkitykset, eikä tutkija saa niitä muuttaa (Vilkkä 2005, 116). Haastattelun aikana tekijä keskittyi kuuntelemaan, mutta teki heti haastatteluiden jälkeen muistiinpanoja esille nousseista ajatuksistaan. Haastattelut ja niiden litteroinnit valmistuivat 20.10.2020. Litteroitua tekstiä muodostui yhteensä 28 sivua. Tutkimusmenetelmänä teemahaastattelu osoittautui tarkoituksenmukaiseksi ja aineistoa saatiin kattavasti kerättyä.

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla, joka mahdollistaa subjektiivisten kokemusten kuvaamisen palliatiivisen hoidon toteuttamisesta ja tuen tarpeesta. Sisällönanalyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, joka auttaa kuvaamaan analysoitavana olevaa tekstiä. Sisällönanalyysissa aineiston sisältöä kuvataan luokkien avulla, jotka tässä tutkimuksessa ohjautuivat aineistosta käsin. Sisällönanalyysissa luokkia muodostavat, niiden teoreettisen merkityksen mukaan, aineiston osat, ilmaisut ja sanat. Sisällönanalyysia ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat, menetelmä perustuu päättelyyn, joissa näihin haetaan vastausta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Aineistoa ei tässä tutkimuksessa kvantifioitu. Aineiston analyysi sisälsi tässä tutkimuksessa aineiston lukemisen useita kertoja, sisällön ryhmittelyn ja jäsentelyn sekä johtopäätösten tekemisen.

Laadullisen aineiston analyysissä voidaan edetä kolmivaiheisesti. Vaiheisiin kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämällä tarkoitetaan, että alkuperäisistä ilmaisuista luodaan pelkistettyjä ilmauksia, karsien kaikki tutkimuksen kannalta epäoleellinen pois. Pelkistetyt ilmaukset kootaan ja myöhemmin ryhmitellään alaluokkien muodostamiseksi. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet yhdistellään, aineistoa kokoavaksi luokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 109–110.)

Aineiston analysointi tehtiin tässä tutkimuksessa taulukoimalla nelilokeroiseen taulukoon (taulukko 1). Taulukon ensimmäisessä sarakkeessa on lainattu, alkuperäinen ilmaus. Taulukon toisessa sarakkeessa on pelkistetty ilmaus, joista tutkimusaineisto jaettiin alaluokkiin eli alakategorioihin taulukon kolmanteen sarakkeeseen. Alakategoriat yhdistettiin lopuksi yläkategorioiksi, joista muodostui keskeiset käsitteet tutkimustuloksille taulukon neljänteen sarakkeeseen.

Taulukko 1 Esimerkki opinnäytetyön aineiston analysoinnista

lainattu ilmaus	pelkistetty ilmaus	alakategoria	yläkatgoria
H8 "Osaa tehdä havaintoja ja liittää niitä kyseisen asukkaan terveydentilaan."	Asukkaan terveydentilan havainnointi yksilöllisesti	Palliativisen hoidon yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen	Palliativisen hoidon toteuttamiseen vaadittava osaaminen
H8 "Kun tulee ns. temppuja tai tekniempää, mihin ei kaikilla kokemusta ole, niin silloin tulee epävarmuutta. Kädentaidot on aina opeteltavissa."	Kädentaidot voi oppia ja hoitotyön kokemus tuo varmuutta	Kliininen osaaaminen	Palliativisen hoidon toteuttamiseen vaadittava osaaminen
H2 "Sit on tietty kans omaiset., jotka olisi ihana saada siihen vierelle. Ja jotenkin myös tukea heitä siinä ja kannustaa olemaan siinä vieressä. On myös sellaisia omaisia, jotka eivät siihen oikeen osaa jäädä, ehkä haluaisi, mutta.."	Omaisten tukeminen ja kannustaminen osallistumaan hoitoon	Omaisten tukeminen	Palliativisen hoidon toteuttamiseen vaadittava osaaminen
H2 "Minulle tulee ainakin mieleen läsnäolo.. Ainakin olisi ihanaa pysyä siinä vierellä, jos toinen sitä kaipaa."	Taitoa olla läsnä ja vierellä tarvittaessa	Vuorovaikutus osaaminen	Palliativisen hoidon toteuttamiseen vaadittava osaaminen
H11 "Toinen osaa toista ja toinen toista. Tarvitaan kysyä myös toiselta ja yhdessä pohtia asioita."	Työkaverin tuki on tärkeää	Moniammatillinen yhteistyö	Palliativisen hoidon toteuttaminen ympäri-vuorokautisessa palveluasumisessa

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui yhteensä 13 ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitajaa Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueelta, sekä kunnalliselta että yksityiseltä puolelta. Hoitajilla oli pitkä työkokemus perustason palliatiivisesta hoidosta ja kiinnostus palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Työkokemus hoitajilla vaihteli 7-43v. välillä, työkokemuksen keskiarvo oli 20,6v. Työkokemus nykyisessä työyksikössä vaihteli 2-14v. välillä, keskiarvo oli 7,1v. Hoitajien kokema palliatiivisen hoidon osaamistaso VAS-asteikolla 1-10 arvioituna, keskiarvoksi tuli 7,6. Haastatteluiden tulokset kuvataan tutkimuskysymyksittäin. Lopuksi tuloksista tehtiin yhteenveto. Analyysin tuloksena saatiin 10 yläkategoriaa, jotka kuvataan yhteenvedossa kuvioissa 2-11 alakategorioineen.

5.1 Palliatiivisen hoidon järjestäminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa

Hoitajien vastauksissa toistui hyvän palliatiivisen hoidon toteuttamisen lähtökohtana olevan asukkaan elämänhistorian ja tapojen kunnioittaminen.

H9 ”Palliatiivinen hoito lähtee siitä, että me tunnetaan asukas. Tiedetään miltä hän näyttää ja kuulostaa, millainen hän on ihmisenä, persoonana. Tiedämme mitä asukas mahdollisesti pelkää, mistä hän iloitsee jne.”

Elämänlaadun päivittäinen tukeminen oli hoitajien kokemuksen mukaan tärkeä osa hyvää palliatiivista hoitoa. Tätä halutaan tukea tuoden elämänsisältöä asukkaiden päiviin ja varmistamalla yksilöllistä hyvää oloa asukkaalle.

H8 ”Yhtenä päivänä kuollaan ja kaikkina muina päivinä eletään. Se on ihan järjettömän hienosti sanottu, sen haluan ainakin itse pitää mielessä.”

Hoitajien vastauksissa korostui asukkaiden yksilöllinen huomiointi ja tarpeiden tunnistaminen. Hoitajien kuvauksen mukaan tämä vaatii kuitenkin halua pysähtyä ja nähdä tilan muutokset.

H9 ”Osaa lukea päivittäisessä havainnoinnissa tilan muutoksia, jos asukas muuttuu jotenkin esimerkiksi ruoka ei maistu, on kovin väsynyt, käyttäytyminen tai kasvon eleet muuttuu tms.”

Oirehoidon toteuttaminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa vaatii hoitajien kokemuksen mukaan luovuutta ja läsnäoloa. Oirehoidon toteuttamisessa myös lääkkeettömän hoidon hallinta koettiin tärkeäksi.

H2 ”..Kivut ei välttämättä ole sitä kipua, vaan se on se läheisyyden kaipuu ja kun sä oot siinä lähellä, kosketus, niin se kipu voi mennä ohi..”

Hoitajat kokivat oireenmukaisen hoidon perusasioiden koulutuksen tärkeäksi. Erityisesti koulutuksen tarvetta koettiin kivunhoidon osalta.

H4 ”Ja kivunhoidosta justiin sitä koulutusta ja sen tunnistamisesta.”

Palliativisen hoidon toteuttamisessa työkaverilta saatua tukea hoitajat arvostivat erityisesti, työkavereilla nähtiin erillaisia vahvuuksia ja lahjoja toteuttaa palliativista hoitoa. Työkaverilta saatiin usein tukea päätöksen tekoon ja kollegan osaamisesta myös opittiin paljon.

H13 ”Moniammatillisuuden ja työkaverin osaamisen hyödyntäminen.”

Palliativisen hoidon osaamisen suhteen hoitajien vastauksissa toistui useasti tarpeiden tunnistamisen tärkeys. Lähtökohtana oli, että hoitajan tulee kyetä huomaamaan muutokset asukkaan voinnissa, tunnistamaan avun tarve ja suunnittelemaan hoito sen mukaisesti. Tarpeiden tunnistamisessa hoitajat korostivat sanattoman viestinnän tulkinnan osaamista.

H8 ”Osaa tehdä havaintoja ja liittää niitä kyseisen asukkaan terveydentilaan.”

H5 ”Kaikki ei pysty itse ilmaisemaan itseään, osaa tulkita myös olemusta ja ilmeitä.”

Hoidon suunnittelussa hoitajat toivat esiin arviointi- ja organisointikyky osaamisen.

H13 ”Arviointi- ja organisointikykyä tarvii olla, että pystyt hoitamaan asiallisesti kaikki. Kokemus puhuu aika paljon näissäkin asioissa.”

Palliativisen hoidon toteuttamisessa hoitajat kuvasivat myös kliinisen osaamisen tärkeyden. Perushoidon hallinnan koettiin olevan hoitotyön peruspilari ja hyvän elämänlaadun mahdollistaja. Hoitajien kokemuksen mukaan tulee myös hallita hyvin moninaisia keinoja helpottaa asukkaan vointia, niin lääkkeellisiä kuin lääkkeettömiä. Toistuvasti hoitajat toivat esille kivunhoidon osaamisen ja sen yksilöllisen toteutuksen.

H12 ”Hyvä perushoito pitää myös hallita.”

H5 "Eri keinoja auttaa. Ei pelkkä lääkkeellinen hoito, vaan myös muin keinoin oloa ja oireita voisi helpottaa."

Vuorovaikutus osaamisen hoitajat kokivat myös tärkeäksi. Vastauksista korostui hetkeen tarttumisen tärkeys ja taito olla läsnä. Vuorovaikutustilanteissa koettiin tärkeäksi luovuuden käyttö ja asettuminen asukkaan asemaan. Ajankäytön hallinta myös korostui. Hoitajat kokivat tärkeäksi käyttää aikaa asukkaiden elämänlaadun kannalta järkevästi.

H2 "Minulle tulee ainakin mieleen läsnäolo.. Ainakin olisi ihanaa pysyä siinä vierellä, jos toinen sitä kaipaa."

H2 ".. Välillä voi olla sellainen olo, että lyö tyhjää, nyt mulla olisi aikaa, mutta mitä mä teen."

Hoitajien kuvauksen mukaan työssä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa tarvitaan myös konsultaatio- ja päätöksen teko osaamista. Hoitajien kokemuksen mukaan piti myös tiedostaa omat rajansa tehdä päätöksiä ja tarvittaessa kyetä pyytämään neuvoa mihin vuorokauden aikaan tahansa.

H11 "..Päätösten takana tulee myös pystyä seisomaan."

H12 "Tarpeen vaatiessa osaa kysyä neuvoa sairaanhoitajalta tai lääkäriltäkin."

Hoitajien kokemuksen mukaan tulee myös tukea ja mahdollistaa omaisten osallistuminen halutessa asukkaan oloa helpottavaan ja elämänlaatua tukevaan hoitoon.

H2 "Sit on tietty kans omaiset.., jotka olisi ihana saada siihen vierelle. Ja jotenkin myös tukea heitä siinä ja kannustaa olemaan siinä vieressä.."

Hoitajat kokivat palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamisen ajoittain vaikeana omassa hoitoyksikössä. Vain yhden yksikön haastatellut hoitajat kokivat, että hoito heillä mahdollistuu pääasiallisesti aina. Saattohoidon toteuttaminen koettiin ajoittain haastavaksi, jos läsnäoloa ei pystytty riittävästi kuolevalle asukkaalle antamaan. Riittämättömyyden ja kiireen tuntua hoitajat kokivat erityisesti ilta- ja yövuoroissa.

H11 "..Jos tuleekin jotain yllättävää, niin koko homma menee sekaisin.."

Palliatiivisen hoidon järjestämisen hoitajat kokivat vaikeutuvan, jos hoidonlinjauksia ei oltu tehty ja ylipäätään hoidon ennakointi puuttui. Erityisesti lääkehoidon osalta koettiin hoidon aloittamisen ja tehostamisen ajoittain viivästyvän, jos hoitoa ei oltu riittävästi ennakoitu.

Hoitajista osa koki konsultointituen puuttuessa palliatiivisen hoidon toteutuksen vaikeutuvan ja vastuun hoitajilla kasvavan liian suureksi. Hoidon koettiin vaikeutuvan myös, jos asukasta tilanteessa hoitava lääkäri ei tunne asukasta tai jos lääkärin käynti hoitoyksikössä ei ole mahdollista.

H12 ”..Olisi lääkäri helpommin tavoitettavissa. Jo yksi puhelu voi joskus auttaa todella paljon. Kun sais käydä tilanteen läpi ja saisi tukea päätökselleen..”

Palliatiivisen- ja saattohoidon järjestäminen vaikeutuu hoitajien kuvaamana myös, jos hoitajien vaihtuvuus hoitoyksikössä on suuri eikä siten asukkaita tunneta riittävän hyvin. Jatkuva uusien sijaisten perehdyttäminen koettiin myös ajoittain haastavaksi ja vievän asukkailta huomiota ja läsnäoloa pois. Hoitajat kokivat, että uusi työntekijä ei alkuun tunne asukkaiden tapoja, vointia ja voinnin muutoksia riittävän hyvin ja tällöin hoidossa voidaan herkemmin lähettää asukas esimerkiksi päivystykseen.

H11” ..Saattaa tulla tilanteita, jolloin kukaan ei tiedä riittävästi asukkaiden voinnista. Tällöin voi herkemmin soittaa esimerkiksi ambulanssin..”

5.2 Palliatiivisen hoidon toteuttamiseen saatu tuki

Hoitajat kuvasivat palliatiivisen hoidon toteuttamiseen saatua tukea työyhteisön sisältä ja työyhteisön ulkopuolelta saatuna tukena.

Hoitoyksikön ulkopuolelta tullessa tuessa hoitajien vastauksissa toistui useasti kotisairaalan mahdollistama tuki palliatiivisen hoidon toteuttamiseen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Kotisairaalaan koettiin saavan matalan kynnyksen apua ja tukea 24/7, tukea arvostettiin etenkin ilta- ja yövuoroissa sekä viikonloppuisin, jolloin työkaverin tukea ei ole aina saatavilla. Kotisairaalaan hoitajat kokivat saavansa neuvoja ja voivansa jakaa vastuun toisen kanssa. Kotisairaalan tuen avulla hoitajat kokivat hoidon mahdollistuvan aiempaa paremmin omaan hoitoyksikköön. Lääkehoidon toteuttaminen mahdollistui myös monipuolisesti kotisairaalan tuen avulla. Mahdollisuutta saada kuolevalle asukkaalle kipupumppu kotisairaalan kautta arvostettiin myös paljon.

Tukea palliatiivisen- ja saattohoidon toteuttamiseen koettiin usean hoitajan taholta saatavan myös seurakunnalta, ja etenkin papilta ja diakonissalta sieltä. Hoitajat kokivat seurakunnalta saavansa tarvittaessa tukea luontevasti. Seurakunnalta saatu tuki palliatiivisen- ja saattohoidon toteuttamiseen on hoitajien kertoman mukaan ollut keskus-

luapua ja ehtoollisen antamista asukkaille. Hoitajista muutama mainitsi myös Lions clubilta saatujen varojen hyödyntämisen asukkaiden elämälaadun tukemiseen.

Hoitajien vastauksista korostui yhteistyön tärkeys omaisten kanssa ja heiltä saatu tuki. Vastauksissa toistui useasti luottamuksellisen ilmapiirin tärkeys omaisiin päin.

H9 ”..Kotisairaalaan voi aina soittaa ja kysyä, ihan jotain hyvinkin tavallista asiaa tai myös vaikeampaakin. Heiltä voi aina kysyä varmistusta ja mielipidettä..”

H2 ”On myös ihanaa, että kotisairaala toimii ympäri vuorokauden. Jos on yölläkin yksin täällä, niin on aina apu lähellä.”

H8 ”..Seurakunnasta papin ja diakonissan kanssa yhteistyö on ollut hyvää. Pappi tulee kutsuttaessa ja muutenkin tekevät vierailuja.”

H9 ”On aina mahtavaa, jos omaisilla on mahdollisuus olla läsnä ja mukana..”

Hoitoyksikön sisältä saadussa tuessa korostui moniammatillinen ja kollegiaalinen tuki. Asian jakaminen työkaverin kanssa toistui useissa vastauksissa.

Oman keittiön henkilöstöä arvosti myös suuresti valtaosa haastatteluun osallistuneista hoitajista. Asukkaiden elämänlaadun tukemiseksi koetaan tärkeäksi toimiva yhteistyö keittiöhenkilöstön kanssa. Erilaiset toiveet ja ruokavaliot saadaan hienosti toteutettua.

Hoitajista osa koki saavansa tukea lääkäriltä, joka on ollut työssä talossa pitkään ja tuntee asukkaat. Tällöin yhteistyö koettiin mutkattomaksi ja toimivaksi. Fysioterapeutin neuvot oireenmukaisesti hoidettavien asukkaiden siirtotilanteissa ja asentohoidon toteuttamisessa koettiin tärkeiksi useissa vastauksissa. Myös siistijöiden koettiin tuovan oman tukensa hoitajille huomioimalla asukkaita.

H8 ”.. Ollut pitkään sama lääkäri, se on suuri etu.”

H3 ”Ainakin fysioterapeutin neuvot koetaan hyviksi, häneltä on helppo kysyä ja hän tulee usein auttamaan..”

Hoitajien vastauksissa korostui myös omahoitajan roolin tärkeys hoidon ennakkoinnissa. Omahoitaja on hoitajien kertoman mukaan perehtynyt asukkaan asioihin ja hän huolehtii hoito- ja palvelusuunnitelman teon, päivityksen ja tiedon siirron asukkaan hoitoon liittyvistä oleellisista asioista. Hoitopalaverien pitäminen koettiin myös tärkeäksi, joskin koronavuosi oli nyt sotkenut tätä.

Hoitajat kokivat pääsääntöisesti ennakoivien hoitosuunnitelmien asukkailla lisääntyneen ja koronan nopeuttaneen ennakoivien hoitosuunnitelmien tekoa keväällä. Ennakoiva hoitosuunnitelma koettiin hyväksi, koska sen avulla hoitohenkilöstö kokee pääsevänsä helposti ainakin alkuun asukkaan hoidossa, jos voinnissa tulee muutosta. Ennakoiva hoitosuunnitelma mahdollistaa hoitajien kokeman mukaan myös hyvän kivunhoidon ja helpottaa yhteydenottoa kotisairaalaan päin.

H5 ”.. Ennakoivan hoitosuunnitelman avulla päästään usein hyvin alkuun asukkaan voinnin muuttuessa.”

H13 ”Jokaisella asukkaalla pyritään kerran vuodessa pitämään hoitopalaveri. Omahoitaja huolehtii siitä..”

H5 ”.. Oma hoitaja tekee hoito- ja palvelusuunnitelman, kun hän on perehtynyt asukkaan asioihin ja hän päivittää joka kolmas kuukausi suunnitelman..”

H1 ”Omaisille omahoitajuus on usein hyvin tärkeää, on nimetty hoitaja, jonka kanssa on helppompi aioista lähteä juttelemaan..”

Avoimen keskustelun hoitajat kokivat mahdollistavan oikean hoidon ja hoidon ennakoinnin. Yhdessä hoitohenkilöstön kesken sovitut raamit ja arvot toteuttaa palliatiivista ja saattohoitoa koettiin tärkeiksi, vaikkakin koettiin jokaisen lopulta tekevän työtään oman persoonansa kautta.

H4 ”Kun yhdessä jutellaan ja sovitaan, niin saadaan sellainen tietynlainen kehys, pikkuinen ainakin sen pohjalta, että siitä lähdetään ja jokainen omalla persoonalla, tiedolla ja taidolla.”

Palliatiivista hoitoa tukevia apuvälineitä hoitajat kokivat olevan hyvin saatavilla ja auttavat erityisesti oirehoidossa, asentohoidossa ja siirtotilanteissa. Tärkeäksi koettiin myös, että laitteita ja apuvälineitä osataan käyttää oikein.

H10 ”Apuvälineitä on hyvin, kun osataan ja käytetään niitä oikealla tavalla.”

Palliatiivisen hoidon osaamisen tukea hoitajat kokivat olevan saatavilla, mutta omaa aktiivisuutta ja kiinnostusta sen suhteen tuli työntekijällä itsellään olla. Osaamisen tukemisessa toistui myös uuden työntekijän perehdyttämiseen panostaminen. Hyväksi koettiin perehdytysuunnitelma, joka helpottaa perehdyttäjää käymään tärkeimmät asiat kohta kohdalta läpi uuden työntekijän kanssa. Nuorten hoitajien tuki ja ohjaus koettiin erittäin tärkeäksi hoitajien vastausten perusteella. Myös kuoleman kohtaamisen tukeminen koettiin tärkeäksi.

H9 "Koulutusta saadaan melkeen aina kun halutaan ja meillä on mahdollisuus koulutuksia myös itse hankkia ja mennä koulutuksiin.."

H5 "Nuoria hoitajia kannustetaan osallistumaan ja saamaan sitä kautta rohkeutta ja onnistumisen kokemuksia. Kokemus kannustaa kohtaamaan asukkaat vaikeissakin tilanteissa."

5.3 Lisätuen tarve palliatiivisen hoidon toteuttamiseen

Hoitajat toivoivat koulutuksia lisää ja palliatiivisen koulutuksen tarpeen selvittämistä työyksiköstä käsin. Hoitajien vastauksissa toistui useasti toive järjestää koulutus omassa työyksikössä tai omassa työorganisaatiossa useiden yksiköiden kesken, jotta mahdollisimman moni hoitajista voisi osallistua. Paikan päällä järjestetty koulutus koettiin tehokkaammaksi ja erityisesti arvostettiin sen tuovan mukanaan hyvää keskustelua työntekijöiden kesken. Hoitajat kokivat uusien työtapojen juurruttamisen helpommaksi, kun tieto siirtyy samanaikaisesti mahdollisimman monelle. Iltapäiväkoulutus tai lyhytkin tietoisuus koettiin riittäväksi ja tehokkaaksi tavaksi päivittää ja vahvistaa palliatiivisen hoidon käytännön työn toteuttamista. Koulutusta toivottiin olevan säännöllisesti ja niistä toivottiin tiedotettavan paremmin.

H7 "Koulutustarjonta ei usein vastaa sitä mitä itse haluaisi tai tarvitsisi."

H11 "Koulutus olisi tärkeää saada tänne. Koulutuksiin pääsee liian pieni porukka.."

H9 "Sähköisesti oppiminen kiinnostaa. Se olisi hyvä lisä.. Tavallisessa koulutuksessa on etuna kokemusten jako ja vertaistuen saanti, niistä saa selvästi enemmän."

Tämän hetkinen osaamisen tukemisen tarve liittyi usean hoitajan vastaamana toimintaohjeiden päivittämiseen ja tiedon siirtoon. Osa hoitajista toivoi, että olisi selkeät ohjeet milloin palliatiivisen hoidon suhteen tulisi konsultoida päivystystä ja milloin kotisairaala.

H13 "Konsultointi itse asiassa on aika epäselvää, en minä ainakaan tiedä mitä ja kenelle voin soittaa. Esimerkiksi missä kaikissa asioissa voin soittaa kotisairaalaan. Välillä tarvitaan lääkärin lähete kotisairaalaan ja välillä taas ei.."

Hoitajat toivoivat lisää tietoa yhteistyön mahdollisuuksista kotisairaalaan kanssa sekä tietoa kotisairaalan kautta hoitokotiin järjestettävistä palliatiivisen hoidon toteuttamista helpottavista apuvälineistä. Myös koulutus erinäisten apuvälineiden käyttöön koettiin vastausten mukaan tarpeelliseksi. Yhteistyöstä seurakunnan ja tukihenkilöiden kanssa

toivottiin selvitystä. Oireenmukaisessa hoidossa limaisuuden hoito sekä hapen puutteen arviointi ja hoito koettiin myös ajankohtaiseksi koulutusasiaksi. Omaisten kohtaamiseen koettiin myös tarvittavan tukea ja koulutusta lisää.

H1 ”Ohjeistus seurakunnan tarjoamiin mahdollisuuksiin voisi olla hyvä. Seurakunnan palveluina ajateltu oikeastaan diakonissaa ja pappia, myös muista mahdollisuuksista olisi hyvä tietää.”

H12 ”Pika-crp:tä käyttää vain sairaanhoitajat tällä hetkellä, ehkä jossain vaiheessa saadaan opetusta siihen kaikki.”

H11 ”Pitäisi olla lista, että mistä saa mitään apuvälinettä, jos tarvetta tulee.”

Omahoitajan roolista osa hoitajista kaipasi selkeämpää työnkuvaa ja lisää aikaa olla läsnä. Omahoitajan rooli koettiin tärkeäksi käydä myös omaisten kanssa läpi.

H5 ”.. Omahoitajuus on mm. yhteyden pitämistä omaisiin, joskus omaisilla voi olla väärä kuva omahoitajan työnkuvasta..”

Palliativisen hoidon ennakointiin ja suunnitteluun hoitajat toivoivat, että ennakkoivien hoitosuunnitelmien hoito-ohjeet ovat helposti toteutettavissa hoitoyksikössä ja helpottavat hoidossa alkuun pääsemistä. Ennakoivien hoitosuunnitelmien ajoituksen toivottiin painottuvan paremmin myös palliativisen hoidon vaiheeseen, jotta asukkaiden mahdollisimman hyvä oireenmukainen hoito pitkäaikaissairauksien suhteen pystytään hallitsemaan omassa hoitokodissa. Ennakoivia hoitosuunnitelmia tehdään hoitajien kokemuksen mukaan ajoittain vasta saattohoitovaiheessa.

H1 ”Ennakoivien hoitosuunnitelmien sisältö vaihtelee suuresti, parhaimmillaan hoitosuunnitelmat auttaa asukkaan hoidon toteuttamisessa paljonkin..”

H8 ”..Oma lääkäri ei varsinaisesti ennakoivia tee, mutta elämän loppuvaiheessa määrää kyllä tarvittavat lääkkeet kattavasti ja ennakoivasti, että pärjätään.”

H8 ”Saattohoitovaiheen lähestyessä esimerkiksi lääkitys kyllä tarkistetaan helposti annettavaksi ja ennakoidaan asioita. Hoitosuunnitelmaa tehdessä, uuden asukkaan saapuessa, asioita vielä pohdita näin pitkälle vaan saattohoitovaiheen lähestyessä..”

Konsultaatitukea toivottiin ajoittain nopeammin lääkäriltä ja mielellään neuvoa kysyttiin tutulta lääkäriltä, tämä nopeuttaa asukkaan hoidon järjestämistä omaan hoitoyksikköön.

H10 ”Jossain tilanteissa apu voisi olla nopeammin saatavilla.”

Hoidon ennakkoinnin ja suunnittelun suhteen hoitajat kokivat toistuvasti tärkeäksi lääkärin käynnit hoitoyksikössä ja asukkaiden tuntemisen. Lääkärin käyntejä asukkaiden luona toivottiin ainakin kerran kuukaudessa.

H11 ”..Lääkärin pitäisi tulla tänne asukkaan luokse.. Olisi lääkärin käynti esimerkiksi kerran kuussa..”

H9 ”..Myös puhelimessa ohjeiden anto lääkäriltä voisi olla helpompaa, kun hän tuntisi asukkaat paremmin.”

Toiveet palliatiivisen hoidon toteuttamisen kehittämiseen liittyivät hoitajien vastauksissa hoitopalaverien pitämiseen, lääkehoidon toteuttamiseen sekä hengenahdistuksen ja limaisuuden hoitoon. Palliatiivisen lääkehoidon toteuttamisen suhteen hoitajat toivoivat kehittämistä lääkehoidon saatavuuteen. Hengenahdistuksen ja limaisuuden hoitoon vastauksissa toivottiin toimivia imuja ja hapen anto mahdollisuutta. Myös omaisten kanssa hoitajat toivoivat lisää keskustelua omaisen tilanteesta, oireenmukaisesta hoidosta ja siitä mikä on hoitokodissa mahdollista hoidon suhteen toteuttaa ja mikä ei.

H3 ”Voisi kyllä vielä enemmänkin keskustella ja pitää ”välietappi” keskusteluja.”

H1 ”Läkehoidon toteuttamiseksi on vain potilaiden omat lääkelaatikot, jos tulee ylimääräistä tai erikoista tarvetta, niin lääkettä ei ole. Yleisvarastoa ei saa pitää.”

H4 ”Limaisuus ja hengenahdistus tuntuvat todella ahdistavilta, jos niitä ei voida helpottaa.”

Vastausten perusteella hoitajilla oli myös tarve lisätukeen yhteistyön osalta. Omaisten suhteen hoitajien vastauksissa esiintyi useasti, että varsinkin saattohoitovaiheessa omaisten läsnäoloon kuolevan vanhuksen rinnalla tulisi kannustaa enemmän. Koettiin usein, että omaisia pitäisi huomioida vielä enemmän ja tukea osallistumaan. Seurakunnan koulutettuja tukihenkilöitä kaivattiin myös osaksi ympärivuorokautisen palveluasumisen palliatiivista hoitoa.

Kotisairaalan käynneistä toivottiin rinnakaismerkintää Lifecaren ASPAL-lehdelle, jonne kunnalliset palveluasumisen yksiköt kirjaavat päivittäiset merkintänsä. Kotisairaalan ja palveluasumisen työntekijöiden vaihtuessa kuitenkin aika ajoin, toivottiin kotisairaalan esittäytymiskäyntejä silloin tällöin. Yksikkökohtaisten palliatiivisen hoidon vastuuhenkilöiden välille toivottiin myös jatkossa yhteistyötä.

H8 ”Ihmisen, joka on läsnä saattohoidettavalle ei aina tarvitse olla koulutettu hoitaja..”

H5 "Kotisairaalan esittäytyminen silloin tällöin voisi olla kiva..Myös uudet kasvot tulisivat näin aina tutuksi nopeammin."

H8 "Alueellisen yhteistyön lisääminen palveluasumisen vastuuhenkilöiden kanssa olisi varmasti antoisaa. Olemme kuitenkin kaikki resurssien puolesta aika samanlaisia. Vertaistuen saaminen onnistuisi varmasti myös näin."

Työssä jaksamisen tukemista toivottiin lisää, tämä voisi vaikuttaa hoitajien kokemuksen mukaan positiivisesti myös työntekijöiden vaihtuvuuteen ja vastuun jakaantumiseen tasaisemmin. Hoitajat kokivat tärkeäksi saada aikaa ja resursseja perehdyttää uusi työntekijä työyhteisöön, näin osaavia työntekijöitä nopeammin ja oireenmukainen, elämänlaatua tukeva hoito mahdollistuu paremmin omassa hoitoyksikössä. Nimetty perehdyttäjä ja perehdytyslistan mukainen eteneminen voisi usean hoitajan mielestä olla toimiva ratkaisu perehdyttämisen kehittämiseen. Perehdyttäjä sovittaisiin ennakolta osastopalaverissa. Uuden työntekijän koettiin myös tärkeäksi saada alkuun olla miehituksen ulkopuolisena. Nuorten, vasta valmistuneiden hoitajien tukemiseen hoitajat kaipaivat myös lisää aikaa ja panostusta. Hoitajien kokemuksen mukaan nuoret hoitajat tarvitsevat ohjausta ja tukemista erityisesti saattohoidon toteuttamisesta sekä kuoleman kohtaamisesta. Tilanteita olisi tärkeää voida käydä läpi vaikka kokeneen työkaverin kanssa.

H6 "Uuden työntekijän perehdyttämiseen panostaminen kannattaa, tämä auttaa pitkälle eteenpäin työn tekemistä yhdessä."

H5 "..Voisi esimerkiksi osastopalaverissa sopia uudelle työntekijälle jo valmiiksi perehdyttäjän, joka olisi alkuun samoissa työvuoroissa.."

H4 "Kuoleman kohtaamiseen nuoret hoitajat tarvitsevat paljon tukea, koska kokemusta heillä ei vielä ole. Heitä ei voi jättää yksin, asia täytyy huomioida erityisesti.."

Saattohoitovaiheessa hoitajat toivoivat ajoittain mahdollisuutta saada lisäresursseja hetkellisesti hoitotyöhön lisää, jotta laadukas saattohoito voi hoitajien kokeman mukaan toteutua. Myös työnjaon kehittäminen koettiin saattohoitovaiheeseen tärkeäksi. Saattohoidettavalle toivottiin sovittua "omahoitajaa" työvuoron ajaksi, jolloin hän voisi keskittyä paremmin saattohoidettavan tarpeisiin ja hoito olisi keskitettynä yhden hoitajan organisoimaksi.

H5 "..Jos aamuvuorossakin voisi sopia saattohoidossa olevalle asukkaan "oman hoitajan" työvuoron ajaksi, jolloin hän voisi keskittyä enemmän saattohoidettavaan päivän aikana.."

H9 ”Yöhoitaja kaipaisi seuraa rinnalle ainakin saattohoitovaiheessa, jotta saattohoidettavan asukkaan tarpeet pystytään toteuttamaan. Yöhoitaja on meillä aina yksin.. Päivävuorossa asioita voidaan kuitenkin jakaa ja pyytää kaveria auttamaan, yöllä tämä ei onnistu..”

Työnohjaukselle esiintyi hoitajien vastauksissa myös selkeä tarve. Hoitajat toivoivat erityisesti lisää keskustelua saattohoidosta työnohjauksen avulla. Haastavien saattohoitotilanteiden jälkeen hoitajat kokivat myös tarvetta saada purkaa täsmätyönohjauksen kautta tilannetta, jolloin aihe olisi yleisesti työyhteisössä tarpeelliseksi palliatiivisen hoidon osalta koettu. Työnohjaus mahdollistaisi hoitajien vastausten mukaan keskustelun ja mahdollisten tunnelukkojen avaamisen ja siten edistäisi työhyvinvointia palliatiivisen hoidon toteuttamisen osalta myös.

H9 ”Minulla on vuosien takaa kokemusta työnohjauksesta toisesta työstä, joka todella avasi isoja tunnelukkoja asukkaiden saattohoitoon liittyen.. Se auttoi hoitajia ymmärtämään keskustelun tärkeyden ja että sille pitäisi vaan varata aikaa. Työssä on aina jotenkin vähän kiire läsnä. Täsmätyönohjaus johonkin yhteisesti tärkeään aiheeseen tulee niin tarpeeseen.”

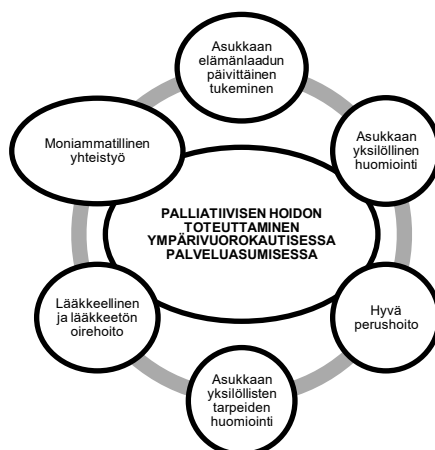
H8 ”..Työnohjaaja voisi omilla kysymyksillään herättää asioita, joita me ei osata pukea sanoiksi.”

5.4 Yhteenveto tutkimuksellisen osuuden tuloksista

Hoitajilla oli selkeä käsitys palliatiivisen hoidon järjestämisestä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. He kokivat saaneensa monipuolista tukea palliatiivisen hoidon toteuttamiseen, mutta silti lisätuen tarvetta koettiin tarvittavan edelleen etenkin osaamisen tukemisen, hoidon ennakkoinnin, konsultaatiotuen ja työssäjaksamisen suhteen.

Hoitajat kuvasivat perustason palliatiivisen hoidon järjestämisen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa toteutuvan tällä hetkellä luontevana osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitajien vastauksissa toistui hyvän palliatiivisen hoidon toteuttamisen lähtökohtana olevan asukkaan elämänhistorian ja tapojen kunnioittaminen, asukkaille tämän koettiin tuovan turvallisuuden tunnetta ja siten tukevan hyvää elämänlaatua. Elämänlaadun päivittäinen tukeminen olikin hoitajien kokemuksen mukaan tärkeä osa iäkkään vanhuksen hyvää palliatiivista hoitoa. Asukkaiden yksilöllinen huomiointi, tarpeiden tunnistaminen ja hyvä perushoito koettiin palliatiivisen hoidon peruspilareiksi. Oirehoidon toteuttaminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa oli hoitajien kuvauksen mukaan myös luovuutta vaativaa lääkkeettömän oirehoidon toteuttamista. Kosketus ja läsnäolo koettiin tärkeäksi, esimerkiksi ahdistuneen tai kivuliaan vanhuksen oirehoidossa, lääkehoidon tukena.

Työkavereilta saadaan tukea ja opitaan myös paljon. Palliatiivisen hoidon moniammatilliseen yhteistyöhön ympärivuorokautisessa palveluasumisessa tämän tutkimuksen mukaan osallistuu hoitajien lisäksi, lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, kotisairaala, sosiaalihoitaja, seurakunta ja vapaaehtoiset. Kuvio 2. kuvaa pääkategorian palliatiivisen hoidon toteuttaminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa alakategorioineen.



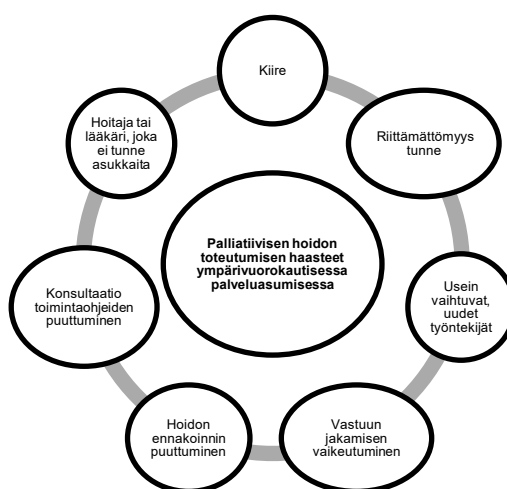
Kuvio 2 Palliatiivisen hoidon toteuttaminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa

Palliatiivisen hoidon osaamisalueina (kuvio 3) hoitajat kuvasivat ympärivuorokautisessa palveluasumisessa olevan tarpeiden tunnistaminen, lääkkeellinen ja –lääkkeetön oirehoito ja erityisesti kivunhoidon osaaminen. Osaamisalueena korostui myös ajankäytön hallinta, yleisesti koettiin tärkeäksi osata käyttää työaika oikein asukkaiden elämänlaadun tukemiseen. Omaisten tukeminen koettiin myös tärkeäksi osaamisalueeksi. Hoitajan työ ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on ajoittain itsenäistä, etenkin ilt-, yö- ja viikonloppu-aikaan, tällöin korostuu hoitajan tarvitsema konsultaatio- ja päätöksenteko osaaminen. Yläkategoria palliatiivisen hoidon toteuttamiseen vaadittava osaaminen kuvataan kuviossa 3. alakategorioineen.



Kuvio 3 Palliativiseen hoidon toteuttamiseen vaadittava osaaminen

Palliativisen hoidon toteuttamisen haasteina ympärivuorokautisessa palveluasumisessa (kuvio 4) hoitajat kokivat olevan ajoittaisen kiireen, jolloin riittävän läsnäolon antaminen etenkin saattohoidettavalle asukkaalle voi vaarantua. Palliativisen hoidon järjestämisen koettiin vaikeutuvan, jos asukkaan hoidonlinjauksia ei oltu tehty tai ylipäätään hoidon ennakointi puuttui. Erityisesti näin hoitajat kokivat lääkeshoidon osalta. Selkeän konsultointiohjeistuksen ja -tuen puuttuessa asukkaan hoidon omaan hoitokotiin koettiin vaikeutuvan ja vastuun hoitajilla kasvavan liian suureksi. Uusi työntekijä toi hoitajien kuvauksen mukaan myös haasteen palliativisen hoidon toteuttamiseen, koska asukkaiden tapoja, vointia ja voinnin muutoksia ei tällöin vielä tunneta riittävän hyvin. Kuvio 4. kuvaa yläkategorian palliativisen hoidon toteuttamisen haasteet alakategorioineen.



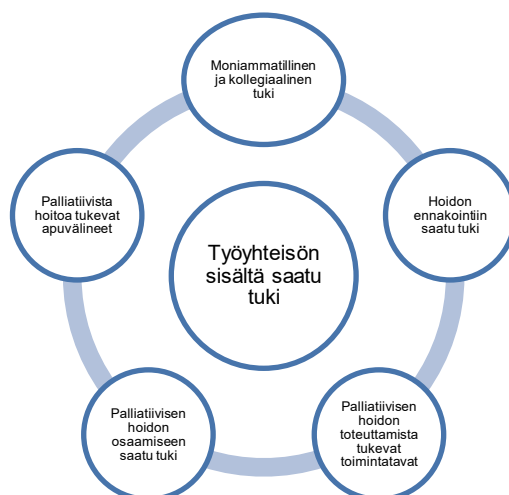
Kuvio 4 Palliativisen hoidon toteuttamisen haasteet

Hoitajat arvioivat saamansa tuen elämän loppuvaiheen hoidon toteutuksessa olleen moninaista ja osittain myös hyvin toimivaa. Erityisen paljon hoitajat kokivat tällä hetkellä saavansa tukea yhteistyöstä kotisairaalan kanssa. Hyvin toteutuva yhteistyö omaisten kanssa tuki myös hoitajien mukaan palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamista, tällöin hoidossa lisääntyi keskustelu ja luottamuksellinen ilmapiiri, mikä selkeytti osaltaan hoitohenkilöstön työtä. Kuvio 5. kuvaa yläkategorian työyhteisön ulkopuolta saatu tuki alakategorioineen.



Kuvio 5 Työyhteisön ulkopuolta saatu tuki

Työyhteisön sisältä työkaverilta saadun kollegiaalisen tuen koettiin tukevan palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamista. Osa haastatelluista hoitajista koki saavansa tukea lääkäriltä, joka on pitkään ollut työssä talossa ja tuntee asukkaat. Myös fysioterapeutin neuvot oireenmukaisesti hoidettavien asukkaiden siirtotilanteissa ja asentohoidon toteuttamisessa koettiin tärkeiksi useissa vastauksissa. Omahoitajan rooli koettiin tärkeäksi hoidon suunnittelussa ja ennakkoinnissa. Hoidon ennakkoinnin ja suunnittelun tukena ennakoiva hoitosuunnitelma koettiin hyväksi, koska sen avulla hoitajat kokevat pääsevänsä helposti ainakin alkuun asukkaan hoidossa, kun voinnissa tulee muutosta. Yhdessä hoitohenkilöstön kesken sovitut raamit ja arvot toteuttaa palliatiivista- ja saattohoitoa koettiin myös tärkeäksi, vaikkakin jokainen lopulta tekee työtään oman persoonansa kautta. Palliatiivista hoitoa tukevia apuvälineitä hoitajat kokivat olevan hyvin saatavilla ja auttavat erityisesti oirehoidossa, asentohoidossa ja siirtotilanteissa. Suuri osa hoitajista koki saavansa koulutusta, kun sitä itse halusi. Kuvio 6. kuvaa yläkategorian työyhteisön sisältä saatua tuki alakategorioineen.



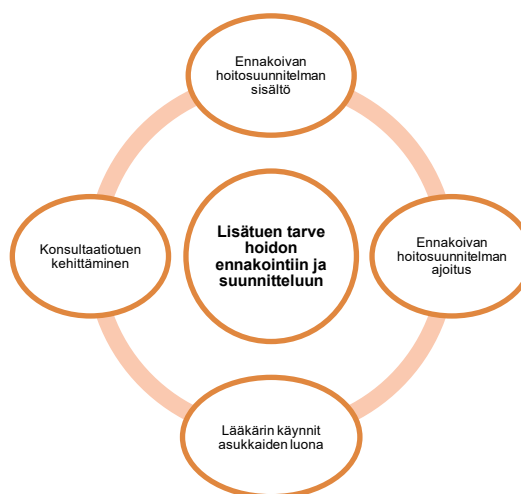
Kuvio 6 Työyhteisön sisältä saatu tuki

Hoitajat toivoivat palliativisen hoidon koulutuksia lisää ja koulutustarpeiden selvittämistä työyksiköstä käsin. Hoitajien vastauksissa toistui useasti toive saada koulutusta omassa työyksikössä tai omassa työorganisaatiossa useiden yksiköiden kesken, jotta mahdollisimman moni voisi osallistua. Osaamisen tukemisen tarvetta hoitajat kokivat mm. konsultoinnin suhteen, yhteistyön mahdollisuuksista kotisairaalaan kanssa sekä koulutusta erinäisten apuvälineiden käyttöön. Oireenmukaisessa hoidossa limaisuuden hoito sekä hapen puutteen arviointi ja hoito koettiin myös ajankohtaiseksi koulutusasiaksi. Omaisten kohtaamiseen koettiin myös tarvittavan tukea ja koulutusta lisää. Kuvio 7. on kuvattu yläkategorian toiveet palliativisen hoidon koulutuksen kehittämiseen alakategorioineen.



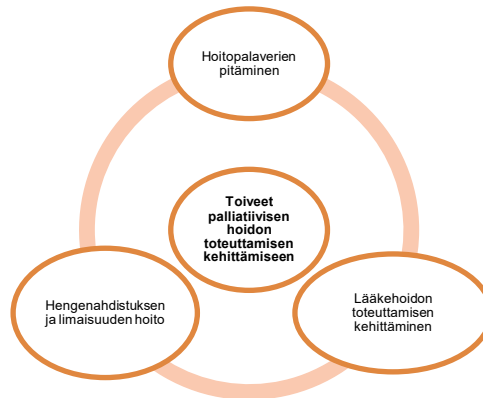
Kuvio 7 Palliativisen hoidon koulutus

Hoidon ennakkoinnin ja suunnittelun suhteen ennakoivia hoitosuunnitelmia hoitajat toivoivat tehtävän riittävän ajoissa ja hoito-ohjeiden toivottiin olevan helposti toteutettavissa hoitoyksikössä. Konsultaatiotuen suhteen toivotaan myös hoidon suunnittelussa kiinnitettävän enemmän huomioita. Konsultaatiotuen tarve painottui usein ilta-, yö ja viikonlopun aikaan. Hoitajat kokivat toistuvasti tärkeäksi lääkärin käynnit hoitoyksikössä ja asukkaiden tuntemisen. Lääkärin käyntejä asukkaiden luona toivottiin ainakin kerran kuukaudessa. Yläkategoria lisätuen tarve hoidon ennakkointiin ja suunnitteluun on kuvattu kuviossa 8 alakategorioineen.



Kuvio 8 Lisätuen tarve hoidon ennakkointiin ja suunnitteluun

Toiveet palliatiivisen hoidon toteuttamisen kehittämiseen (kuvio 9) liittyivät hoitajien vastauksissa hoitopalaverien pitämiseen, lääkehoidon toteuttamiseen sekä hengenahdistuksen ja limaisuuden hoitoon. Palliatiivisen lääkehoidon toteuttamisen suhteen hoitajat toivoivat kehittämistä lääkehoidon saatavuuteen. Asumisella on käytössä henkilökohtaiset lääkepakit, mutta hoitoyksiköissä ei ole yleisvarastoa äkillisiä tarpeita varten. Yläkategoria palliatiivisen hoidon toteuttamisen kehittäminen on kuvattu alakategorioineen kuviossa 9.



Kuvio 9 Palliatiivisen hoidon toteuttamisen kehittäminen

Yhteistyön kehittämiselle esiintyi hoitajien vastauksissa tarve. Omaisten suhteen vastauksissa esiintyi useasti, että varsinkin saattohoitovaiheessa omaisten läsnäoloon kuolevan vanhuksen rinnalla tulisi kannustaa enemmän. Seurakunnan koulutettuja tukihenkilöitä kaivattiin myös osaksi ympärivuorokautisen palveluasumisen palliatiivista hoitoa. Kotisairaalan on myös hyvä ajoittain muistuttaa palveluistaan ja samalla työntekijät tulevat tutuiksi kaikille, näin kynnys ottaa yhteyttä kotisairaalaan pysyy matalana. Alueellisen yhteistyön lisäämistä palveluasumisen palliatiivisen hoidon vastuuhenkilöiden kanssa toivottiin hoidon kehittämiseksi ja vertaistuen saamiseksi. Kuvio 10. on koottu yläkategoriasta hoitajien toiveet yhteistyön kehittämiseen.



Kuvio 10 Palliatiivisen hoidon yhteistyön kehittäminen

Työssä jaksamisen tukemista toivottiin lisää, tämä voisi vaikuttaa hoitajien kokemuksen mukaan positiivisesti myös työntekijöiden vaihtuvuuteen ja vastuun jakaantumiseen tasaisemmin. Hoitajat kokivat tärkeäksi saada aikaa ja resursseja perehdyttää uusi työntekijä työyhteisöön, nimetty perehdyttäjä ja perehdytyslistan mukainen eteneminen voisi usean hoitajan mielestä olla toimiva ratkaisu perehdyttämisen kehittämiseen. Perehdyttäjä sovittaisiin ennakolta osastopalaverissa. Saattohoidettavalle toivottiin sovitua ”omahoitajaa” työvuoron ajaksi, jolloin hän voisi keskittyä paremmin saattohoidettavan tarpeisiin ja hoito olisi keskitettynä yhden hoitajan organisoimaksi. Tämä ei kuitenkaan poissulkisi osallistumista hoitokodin arkeen muutenkin tai muun hoitohenkilöstön osallistumista saattohoidettavan hoitoon. Yöhoitajalle kaivattiin myös usean hoitajan toivomana lisää tukea.

Työnohjaukselle esiintyi hoitajien vastauksissa myös selkeä tarve. Hoitajat toivoivat erityisesti lisää keskustelua saattohoidosta työnohjauksen avulla. Haastavien saattohoitotilanteiden jälkeen hoitajat kokivat myös tarvetta saada purkaa tilannetta täsmätyönohjauksen kautta. Kuviossa 11. kuvataan yläkategoria työssä jaksamisen tuki alakategorioineen.



Kuvio 11 Työssä jaksamisen tuki

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET

6.1 Työkonferenssien tulokset

Työkonferenssi 1. tarjosi haastatteluun osallistuneille hoitajille mahdollisuuden kuulla ja vaikuttaa sisällönanalyysin tuloksiin. Työkonferenssi pidettiin 20.1.2021 koronapandemiasta johtuen, ennalta suunnitellun tapaamisen sijaan, teams-palaverin muodossa. Palaverin siirtyminen sähköiseen muotoon oli selvästi osalle haastatteluun osallistuneille hoitajille vierasta ja tämä karsi osaltaan osallistujamäärää sekä vaikeutti hoitajien osallistumista keskusteluun. Työkonferenssiin osallistui haastatelluista hoitajista 5/13. Työkonferenssissa käytiin läpi sisällönanalyysin vaiheet ja siitä muodostuneet keskeiset aihealueet. Hoitajat kokivat sisällönanalyysin tuottaneen ympärivuorokautisen palveluasumisen palliatiivisen hoidon tilasta ajankohtaista tietoa, he myös kokivat tulleen sa haastatteluissa ymmärretyksi haluamallaan tavalla. Tekijä sai työkonferenssin avulla varmistuksen siitä, että työn alla oleva palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli perustuu ympärivuorokautisen palveluasumisen palliatiivista hoitoa toteuttavan hoitohenkilöstön kokemuksiin. Tapaaminen kesti 90min. Tapaamisen lopuksi hoitajille annettiin vielä mahdollisuus vaikuttaa ja antaa palautetta sähköpostitse tekijälle.

Työkonferenssi 2. kutsuttiin koolle Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen saattohoitotyöryhmä. Työkonferenssi järjestettiin 27.1.2021. Kehittämiprojektin aihe oli työryhmälle jo alustavasti tuttu joulukuussa 2020 käydyn alkuesittelyn pohjalta. Saattohoitotyöryhmään osallistui tekijän lisäksi 9 hoitotyön ammattilaista Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen kotisairaalaista, terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastolta, kotihoidosta ja ympärivuorokautisesta palveluasumisesta. Osallistujista 2 oli lääkäriä, 1 osastonhoitaja, 1 apulaisosastonhoitaja ja 5 sairaanhoitajaa eri yksiköistä.

Työkonferenssissa käytiin alustukseksi kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tuloksia läpi ja tämän jälkeen vapaata keskustelua/ideointia kehittämisprojektin eteenpäin viemiseksi. Työryhmässä todettiin tutkimustuloksissa esiintyneen vahvasti palliatiivisen hoidon ennakkoinnin ja konsultaatiotuen tarve sekä hoitohenkilöstön työssäjaksamisen tuen tarve ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Erityisesti keskustelua herätti kotisairaalan ja ympärivuorokautisen palveluasumisen yhteistyön tiivistäminen entisestään. Ympärivuorokautisen palveluasumisen ja kotisairaalan yhteistyö koettiin

yleisesti tärkeäksi ja toimivaksi tälläkin hetkellä, etenkin lääkehoidon toteuttamisen tukena.

Säännölliset, vuosittaiset kotisairaalan esittelykierrokset sekä kunnallisiin että yksityisiin ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköihin koettiin tärkeäksi työntekijöiden vaihtuessa molemminkin puolin. Esittelykierrokset tuovat yksiköitä tutummaksi toisilleen ja ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitohenkilöstöä pidetään siten ajantasalla kotisairaalan kautta mahdollistuvista palveluista. Koronapandemiasta johtuen esittelykierros voisi olla mahdollista järjestää myös videotallenteen muodossa, mutta tavoitteena on aloittaa käynnit koronatilanteen tasaannuttua.

Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa järjestettäviin hoitopalaveriisiin kutsutaan myös tarvittaessa kotisairaala mukaan, etenkin jos asukkaan hoidossa todennäköisesti tullaan tarvitsemaan yhteistyötä kotisairaalan kanssa.

Kotisairaalan toimintaa kehitetään lisää ympärivuorokautisen palveluasumisen osaamisen tueksi. Käytännössä tämä voisi tarkoittaa lyhyitä palliatiivisen hoidon ohjauskäyntejä hoitoyksikön tarpeista lähtöisin tai apuvälineiden käyttökoulutusta.

Työryhmä kannatti kehittämisprojektin loppuraportin läpikäymistä Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitohenkilöstön kanssa ja tämä onkin tarkoitus järjestää työkonferenssi 3. muodossa koronatilanteen rauhoituttua touko-lokakuussa 2021.

6.2 Perustason palliatiivisen hoidon tukiverkostomallin laatiminen

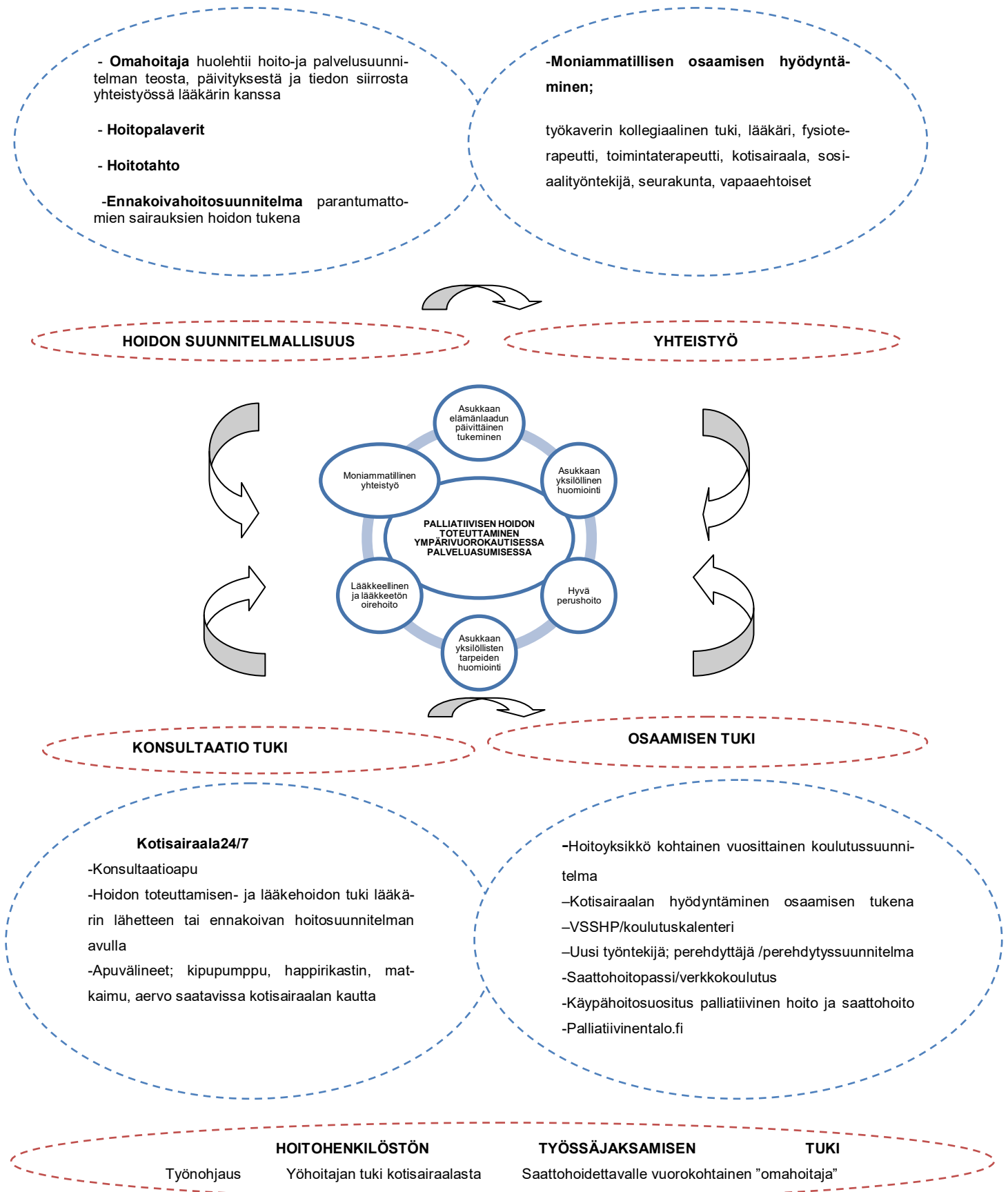
Palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli ympärivuorokautiseen palveluasumiseen (kuvio 12) on laadittu tässä kehittämisprojektissa tehdyn kirjallisuuskatsauksen, tutkimuksellisen osuuden tulosten sekä työkonferenssien tuottaman tiedon perusteella. Tukiverkostomalli kuvaa ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitohenkilöstön tuen tarvetta perustason palliatiivisen hoidon toteuttamisessa. Hoitohenkilöstö tarvitsee ympärilleen moniammatillisen tukiverkoston. Asukkaiden hoito vaatii suunnittelua ja ennakointia yksilöllisesti, hyvä pohjatyö takaa moniammatillisten mahdollisuuksien toteutumisen ja hoidon järjestymisen paremmin asukkaan hoitoyksikössä. Hoidon suunnittelussa ja ennakoinnissa tärkeässä roolissa on asukkaan omalääkäri ja -hoitaja, he huolehtivat riittävien hoitopalaverien pitämisen, hoitosuunnitelmien teon ja päivityksen sekä tiedon siirron asukkaan hoidon kannalta oleellisista asioista. Hoidon toteuttaminen on tämän

jälkeen muun henkilöstön osalta selkeämpää ja tavoitteellisempaa. Myös asukkaan oma tahto ja omaisten toiveet tulee huomioida palliatiivista hoitoa suunnitellessa ja toteuttaessa. Asioista tulee keskustella riittävästi ja sopia ennakoivasti, tämä tukee hoitajien työtä palliatiivisen hoidon toteuttamisessa.

Hoitohenkilöstön osaamisen tuki on myös tärkeää. Osaamista tulee tukea riittävällä, käytännönläheisellä koulutuksella sekä tiedonhaun tuella. Sähköinen tiedonhaku on tärkeää tehdä hoitohenkilöstölle tutuksi, jotta näyttöön perustuvaa tietoa ja ajantasaisia hoitosuosituksia voidaan hyödyntää palliatiivisen hoidon toteuttamisen tukena. Osaamista tukee myös selkeän konsultaatituen järjestäminen. Hoitohenkilöstölle on oleellisen tärkeää saada tarvittaessa helposti matalankynnyksen päätöksenteon tukea. Organisaation sisällä konsultaatituen tulisi ensisijaisesti järjestyä oman hoitoyksikön vastuuhoidajan ja omalääkärin kautta ja hoitoyksikön ulkopuolelta ensisijaisesti 24/7 kotisairaalan kautta. Konsultaatitukeen on suositeltavaa olla asukas- ja yksikkökohtainen suunnitelma, joka on hoitohenkilöstön tiedossa.

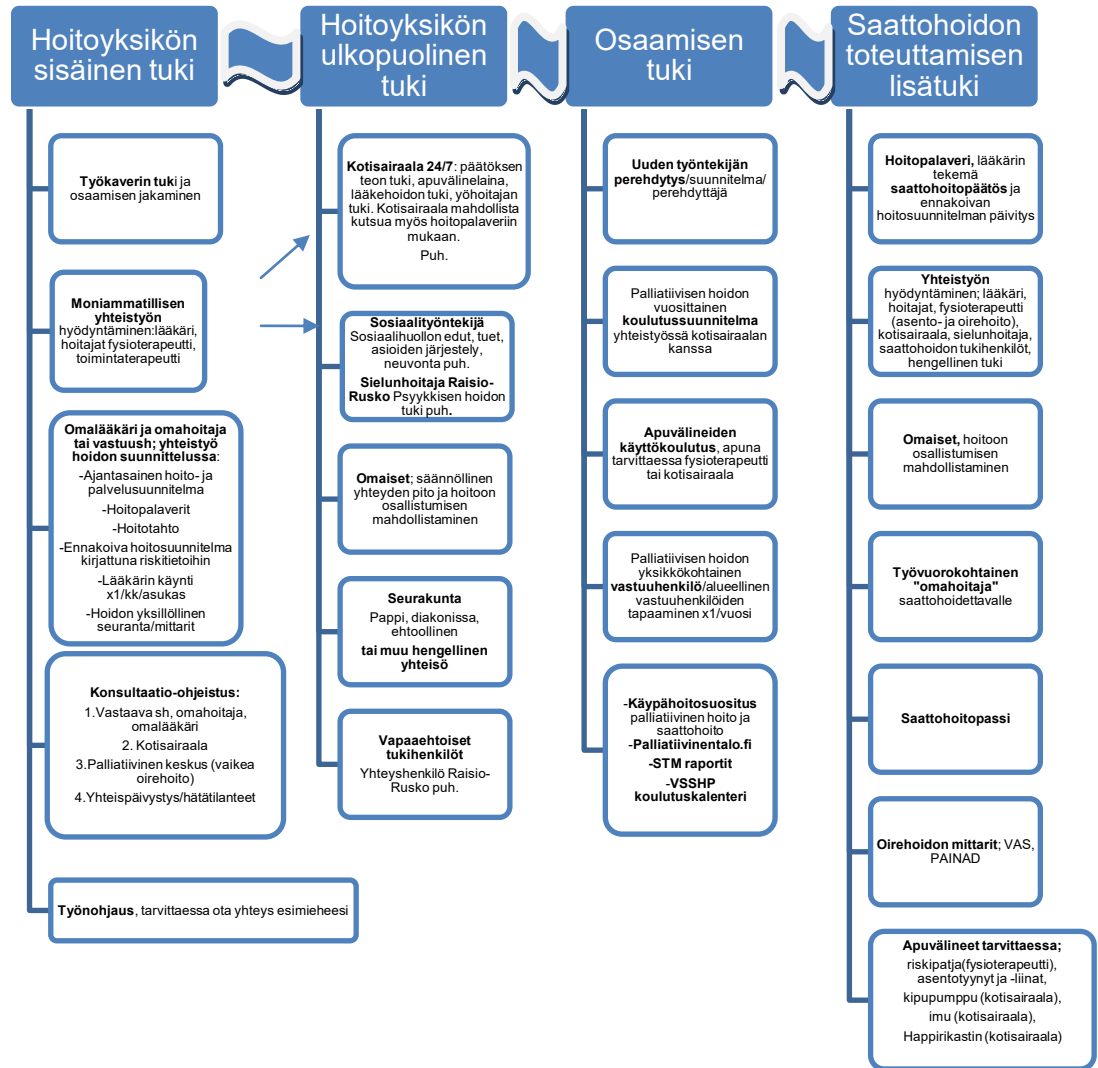
Palliatiivista hoitoa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa järjestävän hoitohenkilöstön työtä tuetaan huolehtimalla hoidon suunnittelusta ja ennakkoinnista moniammatillisesti ja järjestämällä riittävä osaamisen ja konsultaation tuki. Nämä kaikki toimet luovat hyvän pohjan myös hoitohenkilöstön työssäjaksamiselle. Tarvittaessa työssäjaksamista on suositeltavaa lisätukea työnohjauksella sekä yöhoitajan ja saattohoidettavan asukkaan erityisellä hoidon lisätuella.

Kuvio 12. kuvaa palliatiivisen hoidon tukiverkostomallia ympärivuorokautiseen palveluasumisessa.



Kuvio 12 Palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli ympärivuorokautiseen palveluasumiseen

Palliativisen hoidon tukiverkostomallia täydentämään laadittiin lisäosana sen toiminnallisempi kuvaus (kuvio 13), jonka on tarkoitus toimia hoitohenkilöstön työvälineenä toimintaohjeineen. Kuvio 13. kuvaa palliativisen hoidon tuen järjestymistä sekä hoitoyksikön sisältä, että ulkopuolelta järjestyvän tuen kautta. Lisäksi tukiverkostomallin toiminnallinen kuvaus avaa osaamisen tuen sekä saattohoidon erityistuen mahdollisuudet yhteistoiminta-alueella. Toiminnallinen kuvaus on tarkoitus laatia jatkossa sähköiseen muotoon, jolloin tukiverkoston eri osa-alueisiin linkitetään palliativisen hoitoon liittyvät Käypä hoito-suositukset, STM:n laatimat raportit ja paikalliset hoito- ja konsultaatio-ohjeet. Näin tukiverkostomallin toiminnallinen osuus olisi tulevaisuudessa jaettavissa digitaalisena työvälineenä hoitohenkilöstölle niin kunnalliseen kuin yksityiseen palveluasumiseen. Toiminnallisen tukiverkostomallin muokkaaminen sähköiseen muotoon jää tämän kehittämisprojektin ulkopuolelle, mallia jatkotyöstetään työkonferenssi 3. paris-
sa.



Kuvio 13 Palliatiivisen hoidon järjestämisen tuki ympärivuorokautiseen palveluasumiseen Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Eettisyys ja luottavuus

Tutkimuksen eettisyys

Kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osassa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, joka on myös tutkimuksen luotettavuuden yksi perusta (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018). Hyvä tieteellinen käytäntö tulee huomioida tiedonhankinnassa, tutkimuksessa, raportoinnissa ja arvioinnissa käyttämällä tieteellisesti ja eettisesti kestäviä menetelmiä. Eettisten ratkaisujen merkitys on suuri tutkittaessa inhimillistä toimintaa ja käytettäessä ihmisiä tietolähteinä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 362–365.) Tekijän tulee eettisten ohjeiden mukaisesti kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa, yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja muita oikeuksia. Tässä tutkimuksessa huolehdittiin, ettei siihen osallistumisesta ollut haittaa haastatelluille hoitajille, sillä tutkittavina oleville ihmisille, yhteisöille ja muille tutkimuskohteille koituvia riskejä, vahinkoja ja haittoja tulee välttää. (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018.)

Tutkimukselle ei tarvittu eettisen toimikunnan puolta kehittämisprojektin kohdeorganisaation mukaan, sillä tutkimustyö kohdistui hoitotyötä tekevien hoitajien kokemuksiin eikä heidän katsottu kuuluvan erityisesti haavoittuvien ryhmään. Tutkimuslupa anottiin ja sen myönsi Raision kaupungin johtava hoitaja. (ks. Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 218–223.) Jokaiseen tutkimukseen osallistuvaan yksiköön toimitettiin etukäteen tutkimustiedote (liite 1), jossa kerrottiin perustiedot tutkimuksesta ja tutkijasta. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat saivat lisäksi saatekirjeen (liite 2), jossa kerrattiin tutkimuksen perustiedot ja heillä oli myös käytettävissään tietosuojaseloste. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja perustui tietoisesta suostumuksesta. Tutkittaville annettiin mahdollisuus esittää ennen haastattelua lisäkysymyksiä tutkimukseen liittyen. Vasta tämän jälkeen tutkittava allekirjoitti tietoinen suostumus -lomakkeen ja yhteistyö alkoi. Allekirjoitetut suostumuslomakkeet säilytettiin siten, että ne olivat vain tekijän nähtävissä. Tutkimuksessa ei kerätty hoitokotien asukkaisiin liittyvää tietoa. Tekijä sitoutui huolehtimaan tietosuojasta ja tietoturvasta koko kehittämistyöprosessin ajan. Tutkittavien anonymiteetti suojattiin tarkoin, tutkimusaineisto säilytettiin suojattuna

ja tutkittavat merkittiin tunnistenumeroin. Haastatteluaineisto käsiteltiin huolellisesti ja aineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018.)

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin uskottavuuden, reflektiivisyyden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden avulla. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tekijän tulee varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat haastateltavien käsityksiä tutkimuskohteesta. Tutkimuksen uskottavuutta lisää myös se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tässä tutkimuksessa tekijä oli mukana hoivayksikön arjessa yhden päivän tutustuen yksiköiden toimintaan. Lisäksi tutkimukseen osallistujien oli mahdollista perehtyä tutkimusanalyysiin työkonferenssin yhteydessä luotettavuuden lisäämiseksi. Työkonferenssiin osallistuneet tutkimukseen osallistujat kokivat tulleen haastatteluissa ymmärretyksi haluamallaan tavalla. Tekijä sai työkonferenssin avulla varmistuksen siitä, että työn alla oleva palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli perustuu ympärivuorokautisen palveluasumisen palliatiivista hoitoa toteuttavan hoitohenkilöstön kokemuksiin. Tapaamisen lopuksi hoitajille annettiin vielä mahdollisuus vaikuttaa ja antaa palautetta sähköpostitse tekijälle. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua. Haastattelut nauhoitettiin, jotta tulosten analysoinnin yhteydessä voitiin palata alkuperäiseen aineistoon luokittelun ja johtopäätösten vahvistamiseksi. Tallennus tehtiin kahden nauhoittimen avulla, onnistumisen varmistamiseksi. Aineisto litteroitiin heti haastattelun jälkeen, mikä myös lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, sillä haastattelutilanne on tällöin hyvin muistissa ja tuki nauhoitetta. Lisäksi tekijä kirjasi muistiinpanoja haastattelutilanteesta, joihin oli mahdollista palata myöhemmin analyysin yhteydessä. (ks. Kylmä & Juvakka 2012, 128–129.)

Haastateltavia valittiin riittävä määrä, jotta aineiston sisällöllisestä laajuudesta saatiin riittävä ja tutkittavilla oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta. Haastateltaviksi valittiin jokaisesta yksiköstä sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia ja mukana oli sekä kunnallisia että yksityisiä yksiköitä. Määrä arvioitiin tutkimuksen kohdeyksikköjen henkilöstön lukumäärän ja rakenteen perusteella. Tutkimuksen aineiston analyysi aloitettiin heti ensimmäisen haastattelun jälkeen, jotta voitiin havaita aineiston kylläytyminen eli

saturaation. Toisin sanoen aineistossa alettiin havaita toistoa. Tässä tutkimuksessa tärkeämpänä oli kuitenkin aineiston hankinta kohdeyksiköistä. (ks. Vilka 2015, 129.)

Reflektiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijän tarkastelua omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä, jolloin tekijä arvioi miten hän vaikuttaa tutkimusprosessiinsa ja aineistonsa. Haastattelussa on taipumus antaa sosiaalisesti suotuisia vastauksia, jolloin luotettavuus saattaa kärsiä. Haastattelutilanteissa tekijä ei kokenut hoitajilla olleen tarvetta muotoilla vastauksia sosiaalisesti hyväksytyimmiksi esimerkiksi kotisairaalan suhteen, jossa tekijä työskentelee sairaanhoitajana. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkijalla ja tutkimustilanteella on kuitenkin aina vaikutusta tutkittaviin, koska laadullisessa tutkimuksessa tutkija on vuorovaikutussuhteessa tutkittavaan. Tekijän työsuhte kotisairaalan sairaanhoitajana saattoi osaltaan vaikuttaa haastateltavien vastauksiin, mutta selkeää vaikutusta tästä ei haastattelutilanteissa huomattu, vaan haastatellut keskustelivat hyvin totuudenmukaisesti. Luotettavuutta lisäsi myös se, ettei tekijä ollut valtasuhteessa suhteessa haastateltaviin, vaan tasavertainen kollega. (ks. Kananen 2015, 339; Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Ryhmähaastattelussa haastateltavien keskinäinen dynamiikka voi myös vaikuttaa haastattelutuloksiin (Hyvärinen ym. 2017, 90). Haastattelutilanteessa huomioitiin tämä johtamalla puhetta ja haastattelutilannetta siten, että kaikki osallistujat tulivat huomioituksi. Haastatteluissa säilyi hyvä ryhmädynamiikka ja haastateltavia kunnioittava henki. Tutkimusanalyysissä käytettiin suoria lainauksia ja tuloksia havainnollistavia kuvioita selventämään tulkintoja ja vahvistamaan tutkimuksen luotettavuutta. Litteroitua tekstiä luettiin läpi useaan kertaan kokonaisuuden ymmärtämiseksi ja keskeisten teemojen löytämiseksi. (ks. Kylmä & Juvakka 2012, 128–129.)

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin. Tutkimusprosessi on tässä tutkimuksessa kuvattu mahdollisimman avoimesti, jotta prosessin kulkua pystytään pääpiirteittäin seuraamaan. Tekijä otti huomioon analyysiä tehdessään omat ennakkokäsityksensä mitkä mahdollisesti olivat muotoutuneet jo kirjallisuuskatsauksen tekemisen yhteydessä. Siirrettävyys merkitsee tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksessa annettiin kuvailevaa tietoa osallistujista kuvaamalla haastattelujen kohderyhmä ja osallistujien tausta luvussa 4.2 ja kehittämisprojektin toimintaympäristö luvussa 2.2.1. Vierailupäivien kuvailevien havaintojen perusteella saatiin aito näkemys tutkimukseen osallistuvien yksiköiden toiminnasta. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kohdentamalla tutkimusaineiston keräys useampaan yksikköön saatiin sattuman mah-

dollisuutta tuloksissa vähennettyä. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti, tutkimuksen tulokset kuvaavat kohdeyksiköjä ja harkintaa on käytettävä tulosten yleistämisessä. Tulokset antavat kuitenkin lisää ymmärrystä palliatiivisen hoidon toteutumisesta ja haasteista ympärivuorokautisissa hoivayksiköissä.

Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojekti toteutettiin hyödyntäen hyvän tieteellisen toiminnan käytänteitä (ks. TENK 2018, 6). Kehittämiprojektissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa vaiheissa pitäytymällä totuudessa (ks. Vilkkä 2015, 41). Kehittämiprojektin tekijä on itse vastuussa työnsä eettisyydestä. Kehittämiprojektissa noudatettiin tutkimuseettisiä ohjeistuksia ja tutkija sitoutui huolehtimaan tietosuojasta ja tietoturvasta koko kehittämistyöprosessin ajan. Haastatteluiden tulokset raportoitiin niin, ettei yksittäinen vastaaja tai hoitoyksikkö ollut niistä tunnistettavissa. Projektia ohjattiin ammatillisesti ja kehittämiprojektin tutkimukselliselle osalle haettiin asianmukaiset tutkimusluvut. Projektipäällikkö, ammattikorkeakoulun edustaja ja yhteistyökumppanit solmivat opinnäytetyösopimuksen kesäkuussa 2020. Kehittämiprojektin etenemisestä raportoitiin, suurimpien riskien minimoimiseksi ja oleellisen tiedon erottamiseksi, säännöllisesti ohjausryhmälle, opettajatuutorille ja työelämämentorille. Sopimuksen noudattamista sovittujen aikataulujen, sovittujen sisältöjen ja tavoitteiden osalta noudatettiin pääsääntöisesti. Ainoastaan työkonferenssien ajankohtaa tekijä joutui siirtämään hienman eteenpäin. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 22–25.)

Lähdekritiikki, tiedon luotettavuus ja soveltuvuus kuuluvat myös kehittämiprojektin eettisyyteen. Eettistä hyväksyttävyyttä kirjallisuuskatsauksessa vahvistivat hakusuunnitelman noudattaminen sekä huolellisuus hakuprosessin toteuttamisessa. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 132–133.) Luotettavuuden tarkastelussa kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettiin laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteereitä, kuten uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 127–134).

Kehittämiprojektin raportti kirjoitettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Kaikissa vaiheissa noudatettiin avoimuutta, rehellisyyttä sekä ja huolellisuutta. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 154; TENK 2018, 6.) Tulokset esitettiin selkeästi ja johtopäätökset kuvattiin ymmärrettävästi. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitettiin antamalla heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja julkaisuihinsa tehdyt viittaukset merkittiin asianmukaisti. (ks. TENK 2018, 6–7.)

7.2 Tutkimuksellinen osuus

Elämänlaadun päivittäinen tukeminen oli hoitajien kokemuksen mukaan tärkeä osa iäkkään vanhuksen hyvää palliatiivista hoitoa ja tätä tukee myös useat samansuuntaiset tutkimukset (STM 2019a, 13; Saarto ym. 2018, 8; THL 2019c; Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito-suositus 2016). Myös Seinelän (2015, 25–30) tutkimuksen mukaan ympärivuorokautisen palveluasumisen asukkaan hoidossa oleellista on keskittyä niihin toimiin, joilla saavutetaan elämänlaadun paranemista.

Hoitajat kokivat asukkaiden yksilöllisen huomioinnin ja tarpeiden tunnistamisen tärkeänä taitona hoidon suunnittelussa. Käypä hoito-suosituksen mukaan erityistä huomiota asukkaan oireenmukaiseen hoitoon ja sen suunnitteluun tulee liittää, jos asukkaalla ilmenee jatkuvaa suorituskyvyn heikkenemistä, etenevää painon laskua, kaksi tai useampi sairaalajakso vuoden aikana, toimintakyvyn pysyvää heikkenemistä hoitotoimista huolimatta tai jos hoitava lääkäri ei yllätyisi asukkaan menehtymisestä seuraavien 6–12 kuukauden aikana. Näitä merkkejä voidaan käyttää apuna palliatiivisen potilaan hoidon tarvetta arvioitaessa. (Palliatiivinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019.)

Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitohenkilöstöltä löytyy osaamista ja luovuutta toteuttaa, hyvään elämänlaatuun tähtäävää, palliatiivista hoitoa omassa hoitokodissa. Silti hoitajat tarvitsevat hoidon totetuttamiseksi jatkuvaa osaamisen tukemista, mikä tulisi järjestää hoitoyksikön tarpeista käsin. Koulutuksen halutaan kehittävän käytännön työtä. STM:n suosituksen mukaan perustason yksiköissä hoitajien tulee hallita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet sekä lääkärin tulee osata tehdä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma sekä saattohoitopäätös, kun sen aika on (STM 2019a, 17). Paynen (2019, 64) mukaan hoidossa on osattava arvioida asukkaiden oireita ja huolehtia, että asukkaat saavat tarpeisiinsa ja oireisiinsa oikea-aikaista hoitoa ja apua. Oireista kärsivien asukkaiden hoidossa tulee hyödyntää arviointimittareita, esimerkiksi kivun hoidossa. Potilaiden ja läheisten kokemuksen mukaan sairaanhoitaja tarvitsee palliatiivisessa- ja saattohoidossa moninaisia potilaan ja omaisen kohtaamiseen liittyviä taitoja, vahvaa osaamista potilaan oirehoidosta, perustietoa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, ohjausosaamista sekä taitoja toteuttaa ihmislähtöistä palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa yksilöllisesti (Vihelä ym. 2020, 4). Samoin kuin Vattula ym. (2020) tutkimuksessa lähihoitajat kokivat tarvitsevansa palliatiivisen hoidon osaamista vuorovaikutuksesta potilaan ja läheisten kanssa sekä moniammatillisesta yhteistyöstä (Vattula ym. 2020, 4–6).

Hoitokodeissa asukkaiden hoitoon osallistuu suuri joukko opiskelijoita ja nuoria, vasta valmistuneita lähihoitajia. Tähän tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan kokeneen hoitohenkilöstön asenteella ja kokemuksella on suuri vaikutus nuorten tapaan toimia ja toteuttaa saatto- tai palliatiivista hoitoa jatkossa omalla työurallaan. Työkavereilta saadaan tukea ja opitaan myös paljon. Hyvä perehdytys uudelle työntekijälle oli hoitajien kokemuksen mukaan erittäin tärkeää ja tällä koettiin olevan vaikutus hoidon laatuun ja työssä sitoutumiseen. Myös Finne-Soverin (2018, 27) tutkimuksen mukaan tarvitaan osastokohtaiset perehdyttämissuunnitelmat uusille työntekijöille ja sijaisille. Haastatteluun osallistuneilla hoitajilla oli hyviä kokemuksia perehdyttämissuunnitelmien käytöstä, jatkossa koettiin myös tärkeäksi tehostaa perehdyttämistä nimeämällä hoitohenkilöstöstä ennakoon perehdyttäjä uudelle työntekijälle. Lylyn (2019, 91) mukaan hyvinvoiva, osaava sekä mahdollisimman pysyvä henkilöstö on hyvän hoidon perusta ja tämän turvaamiseen tulee pyrkiä.

Moniammatillinen yhteistyö toteutuu hoitajien kuvauksen mukaan tällä hetkellä hyvin, mutta yhteistyön lisäämistä myös toivottiin. Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella saatavilla olevaa yhteistyötä ja monipuolista tukea tulee hyödyntää myös ympärivuorokautisen palveluasumisen puolella enemmän. On tärkeää tiedottaa mahdollisuuksista, joita yhteistyöhön on saatavilla. Anttosen (2016, 108–109) tutkimuksen mukaan moniammatillinen tiimityö on tärkeää hoitajalle jokapäiväisen tuen saamiseen, kokemusten jakamiseen ja toisiltaan oppimiseen.

Kotisairaalaalta saatu tuki palliatiivisen hoidon toteuttamiseen koettiin erittäin tärkeäksi. Kotisairaala 24/7 toiminta Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella tukee hyvin käypä hoito-suosituksen ohjetta, jossa iäkäs ihminen voisi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuisivat (Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito-suositus 2016). Konsultaatiotuen tulee olla palveluasumisen hoitajille helposti saatavilla ja siihen tulee olla selkeä ohjeistus. STM:n (2019, 129) loppuraportin laatukriteereissä asiantuntijuuden saatavuudesta todetaan, että lääkärin, palliatiiviseen hoitoon erikoistuneen hoitajan tai kotisairaalan neuvojen on tärkeää olla saatavissa perustason palliatiivista hoitoa toteuttavissa yksiköissä päivittäin. STM:n suosituksen mukaisesti ympärivuorokautisen konsultaatiotuen varmistamiseksi tulee kaikilla, sosiaalitoimen- ja terveydenhuollon yksiköillä, olla etukäteen sovittu erityistason yksikkö (konsultaatiotiimi tai kotisairaala), joka mahdollistaa tuen saannin ympäri vuorokauden viikon jokaisena päivänä (STM 2019b, 18). Kotisairaalan yöhoitajan tukea palveluasumisen yöhoitajille on myös jatkossa mahdollista entisestään tehostaa, tutkimuksen mukaan yöhoitajat kaipaavat usein lisätukea

palliativisen- ja saattohoidon toteuttamiseen. Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella konsultaatiotuki 24/7 kotisairaalan kautta onnistuu erittäin hyvin, mutta kotisairaalan hoidon aloittaminen vaatii aina lääkärin lähetteen. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen asukkaalla lähete kotisairaalan avun ja palveluiden piiriin voisi luontevasti tapahtua ennakoivan hoitosuunnitelman kautta. Ennakoivia hoitosuunnitelmia tarvitaan pitkäaikaissairauksien hoitoon, jotta hoito voinnin käännekohtissa voidaan tehokkaasti toteuttaa omassa hoitokodissa. Näin välttään etenkin ilta- ja yöaikaan päivystyslääkärin konsultaatiolta ja hoito päästään ilman välikäsiä aloittamaan joustavasti. Liian usein ennakoivan hoitosuunnitelman teko mielletään hoidon ennakkoinniksi vasta saattohoitovaiheessa.

Ennakoivia hoitosuunnitelmia hoitajat toivoivat tehtävän riittävän ajoissa ja hoito-ohjeiden toivottiin olevan helposti toteutettavissa hoitoyksikössä ja helpottavan hoidossa alkuun pääsemistä. Myös aiempien tutkimusten mukaan asioista keskusteleminen riittävän ajoissa sekä asukkaan että omaisten kanssa on oleellisen tärkeää (Payne ym. 2016, 16; JBI-suositus 2014a). Tutkimusten mukaan hoidon suunnittelu ja ennakoivien hoitosuunnitelmien teko parantaa hoitohenkilökunnan toimintakykyä muuttuvissa tilanteissa sekä potilaan oirehoitoa (STM 2017; Seinälä 2015, 22). Sen on myös todettu lisäävän palliativista ja saattohoitoa hoitoyksiköissä, potilaan hoitotyytyväisyyttä, toiveiden toteutumista ja hoitotahtojen sekä hoidon rajausten kirjaamista sekä kuolemia omassa hoitoyksikössä (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019; Martin ym. 2016). Tarpeettomia hoitoja ja loppuvaiheen sairaalahoidon jaksoja voidaan vähentää varhaisessa vaiheessa aloitetun palliativisen hoidon ja hoitosuunnitelman laatimisen avulla (Palliativinen ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019). Ennakoivien hoitosuunnitelmien positiivinen vaikutus asukkaiden elämänlaatuun on selkeä ja siksi niiden tulisi olla yksi palliativisen hoidon toteuttamisen peruspilareista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.

Palliativista hoitoa tukevia apuvälineitä hoitajat kokivat olevan hyvin saatavilla ja niitä hyödynnettiin oirehoidossa, asentohoidossa ja siirtotilanteissa. Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat lisäksi tärkeäksi, että laitteita ja apuvälineitä osataan käyttää oikein. Monthan (2011, 36) tuo tutkimuksessaan myös esille näkökulman siitä miten riittävillä apuvälineillä ja oikeanlaisilla työskentelytavoilla hoitajien työnkuormaa voidaan alentaa, jolloin myös työhyvinvointi paranee. Palliativisen lääkehoidon toteuttamisen suhteen hoitajat toivoivat kehittämistä lääkehoidon saatavuuteen, vaikka kotisairaalan kautta lääkehoito tuntui käytännössä toteutuvan joustavasti. Asukkailla on käytössä henkilö-

kohtaiset lääkepakit, mutta hoitoyksiköissä ei ole yleisvarastoa äkillisiä tarpeita varten. Kuitenkin akuutteihin oireisiin kuten kipuun, hengenahdistukseen, kouristuksiin, kuumeeeseen ja voimakkaaseen limaneritykseen tulee hoitohenkilöstöllä olla valmiudet vastata joko itsenäisesti tai ulkopuoliseen apuun turvautuen (Seinelä ym. 2015, 18–19). Tarvittavan lääkehoidon toteutuksen kehittäminen Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa voisi olla tarpeen.

Työnohjaukselle esiintyi hoitajien vastauksissa myös selkeä tarve. Hoitajat toivoivat erityisesti lisää keskustelua saattohoidosta työnohjauksen avulla. Haastavien saattohoitotilanteiden jälkeen hoitajat kokivat myös tarvetta täsmätyönohjauksen kautta purkaa tilannetta. Anttonen (2016, 108–109) ja Tervo (2017) tutkimusten mukaan säännöllinen työnohjaus auttaa hoitajaa ymmärtämään omia voimavaroja ja työyhteisöä muodostamaan yhteisiä toimintatapoja.

7.3 Kehittämishanke

Kehittämishankkeen aihe koettiin ajankohtaiseksi ja tarpeelliseksi, yli 85-vuotiaiden määrän noustessa valtakunnallisesti ja myös Raisiossa 2030-luvulla lähes kaksinkertaiseksi. Tämä tulee johtamaan merkittävään palvelutarpeen kasvuun myös ympärivuorokautisen palveluasumisen puolella. Ikäihmisten mahdollisuutta asua kotonaan, tuetaan niin pitkään kuin mahdollista. Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen siirtyessään vanhukset ovat usein monisairaita ja hauraita, tarkoituksena on tällöin mahdollistaa heille hyvä loppuelämän hoito kodinomaisessa hoitoyksikössä.

Hanke käynnistyi tammikuussa 2020. Kehittämishankkeen tekemisestä tekijällä ei ollut näin laajaa aiempaa kokemusta. Hanke oli mielenkiintoinen, opettava ja käytännölläheinen kokonaisuus. Erityisesti hanke kehitti tekijää tiedonhaun ja yhteistyön tekemisessä sekä ajankäytön hallinnassa. Kehittämishankkeen teoreettisen taustan kokoaminen vaati keväällä aikaa, mutta se loi hyvän pohjan hankkeen seuraaviin vaiheisiin. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että hoitajien kokemuksista toteuttaa palliatiivista hoitoa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on Suomessa vain vähän tutkimustietoa. Tehdyt tutkimukset painottuvat perustason saattohoidon koulutustarpeisiin.

Kehittämishankkeen suunnitelmavaihe auttoi hahmottamaan hankkeen kokonaisuuden ja tutkimuksellisen osan etenemisen ja toteutuksen. Tutkimuslupa hankkeelle myönnettiin kesäkuussa 2020 ja tutkimuksellinen osuus käynnistyi suunnitellusti syyskuussa. Ai-

neistonkeruu ryhmähaastatteluinä toteutui kahden viikon välein ja aineiston litterointi valmistui aina ennen seuraavaa ryhmähaastattelua. Aikatauluhaasteet aineiston analyysin tekemisessä toivat hieman viivettä tutkimustulosten valmistumiseen. Tästä johtuen aiemmin joulukuussa järjestettäväksi suunnitellut työkonferenssit siirrettiin tammi-kuun puolelle. Aineiston analyysi tehtiin sisällönanalyysillä, mikä osoittautui aineistolähtöisen tutkimusmateriaalin kannalta sopivaksi. Koronapandemiasta johtuen työkonferenssit jouduttiin järjestämään tammikuussa etäyhteyksin, tämä toi omat haasteensa dialogisen keskustelun onnistumiselle. Työkonferensseissa saatu tieto kuitenkin täydensi ja vahvisti kehittämisprojektin tuloksia.

Koronapandemiasta johtuen ohjausryhmän kanssa työskenneltiin kesäkuun tapaamisen jälkeen sovituksi sähköpostitse. Yhteistyötä tehtiin syksyllä ohjausryhmän yhteys- henkilön, opettajatuutorin ja työelämämentorin kanssa. Yhteydenpito oli sujuvaa ja tekijä sai ohjausryhmästä tukea aina sitä tarvitessaan. Ohjausryhmän positiivinen asenne projektia kohtaan kannusti tekijää eteenpäin projektin eri vaiheissa.

Kehittämisprojektin tutkimuksellinen osuus antoi kokemusperäistä tietoa palliatiivisen hoidon toteuttamisesta ympärivuorokautisessa palveluasumisessa sekä hoitajien kokemuksista palliatiivisen hoidon toteuttamiseen saadusta tuesta ja tarvittavasta lisätuesta. Tutkimuksellinen osuus vahvisti myös kirjallisuuskatsauksen tuottamaa tietoa.

Vierailupäivien havainnot auttoivat tekijää ymmärtämään haastatteluiden tutkimustuloksia, vaikka tulosten analysointiin ja raportointiin ne eivät vaikuttaneet. Vierailupäivien aikana hoidossa korostui asukkaiden yksilöllisyyden kunnioittaminen, joka näkyi asukkaiden päivärytmin huomioimisena, tärkeiden esineiden esillä olona huoneessa, mielekkäänä tekemisena, muisteluina, keskustelun avauksina ja pienien toiveiden toteuttamisena. Etenkin muistisairaille asukkaille tämän koettiin tuovan turvallisuuden tunnetta ja siten tukevan hyvää elämänlaatua. Asukkaiden yksilöllinen huomiointi ja tarpeiden tunnistaminen välittyi myös vierailupäivissä tekijälle, pienetkin muutokset voinnissa ja tavoissa toimia huomattiin nopeasti ja niistä puhuttiin työkavereiden kanssa. Palveluasumisessa vanhuksat tulevat tutuiksi ja tämä on selkeä etu toteuttaa hyvää palliatiivista hoitoa. Vierailupäivien havaintojen mukaan saattohoidon järjestäminen tuntui olevan luonteva ja luonnollinen osa ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitoa, kun aika tähän asukkaan kohdalla tuli.

Vierailupäivien havainnot vahvistivat tekijän haastattelussa muodostamaa käsitystä siitä, miten tärkeää on tukea nuoria hoitajia palliatiivisen- ja saattohoidon toteuttamisen

alkuun. Kokeneen hoitohenkilöstön asenteella ja kokemuksella on suuri vaikutus nuorten tapaan toimia jatkossa palliatiivisen hoidon parissa, koska esimerkin kautta opitaan paljon.

Moniammatillinen ja kollegiaalinen tuki korostui hoitajien vastauksissa tärkeänä tuen muotona. Tätä tuki myös vierailupäivien havainnot. Asukkaiden hoitoon liittyvistä asioista keskusteltiin ja tietoa siirrettiin eteenpäin, hoitokulttuuri kaikissa yksiköissä kannusti huomioimaan asioita ja keskustelemaan niistä työkavereiden kesken.

Vierailupäivien havaintojen mukaan, omahoitajuus on käytössä kaikissa tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä. Omahoitajan rooli hoidon ennakoinnissa on tärkeä ja hän on tärkeä yhteyshenkilö omaisten ja hoitohenkilöstön välillä. Hoitajat kokivat yleisesti myös omaisten arvostavan omahoitajajärjestelmää.

Apuvälineistä koettiin olevan apua asukkaan olon helpottamisessa, hoidon toteutuksessa ja arvioinnissa sekä elämänlaadun tukemisessa. Kahvalliset vuodesuojat saivat kaikilta hoitajilta kiitosta, koska ne helpottavat asukkaan asentoa hoitoa, jota joskus tehdään etenkin yölliseen aikaan myös yksin. Yleisesti seuraavia apuvälineitä koettiin olevan hyvin saatavilla: asentohoitotyyny, riskipatjat, pyörätuolit, nosturit ja pesupritsit. Imu löytyi jokaisesta hoitoyksiköstä, mutta sen toimintateho koettiin yhdessä yksikössä riittämättömäksi. Pika-crp mittari löytyi kahdesta hoitoyksiköstä ja yhteen se oli hiljattain tulossa. Oirehoitomittareita (VAS ja PAINAD) löytyi vain yhdestä yksiköstä.

Vierailupäivien havaintojen mukaan kaikissa hoitokodeissa oli pitkäaikaissairauksien suhteen säännöllistä seurantaa, joista tyypillisimpiä mittareita olivat verikokeet, verenpaineen-, painon- ja verensokerin seuranta.

Korona-aika oli tänä vuonna erityisesti vähentänyt luonnollisesti lääkärin käyntejä asukkaiden luona. Hoidon suunnittelun, ennakkoinnin ja lääkärikonsultaatioiden koettiin kuitenkin onnistuvan paremmin, jos käyntejä omalääkärillä asukkaiden luona olisi enemmän ja säännöllisemmin. Omalääkärin tarve hoitoyksiköillä oli ilmeinen.

Melkein kaikista palveluasumisen yksiköistä löytyi palliatiivisen hoidon vastuuhenkilö. Hän osallistui lähinnä palliatiivisen- ja saattohoidon alueellisiin koulutuksiin sekä Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen saattohoitotyöryhmän kokoontumisiin. Alueellisen yhteistyön lisäämistä palveluasumisen palliatiivisen hoidon vastuuhenkilöiden kanssa toivottiin hoidon kehittämiseksi ja vertaistuen saamiseksi.

Uudet työntekijät jäävät usean hoitajan kokemana liian nopeasti yksin, työparin tuki on alkuun tarpeen. Vierailupäivien havaintojen mukaan, perehdytyslista löytyi kaikista työyksiköistä ja siihen oltiin tyytyväisiä.

Yöhoitajille toivottiin erityisesti tukea fyysisen työn jakamiseen ja saattohoidettavan huomiointiin sekä kollegiaalisen tuen saamiseen. Vierailupäivien havaintojen mukaan, yöhoitajat olivat usein kokeneita hoitotyön ammattilaisia, mutta silti he kokivat ajoittain olevansa kovin yksin asukkaiden hoitoon liittyvien päätösten kanssa.

Kehittämiprojekti auttoi myös tekijää näkemään oman työyksikkönsä, Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen kotisairaalan, roolin selkeämmin ympärivuorokautisen palveluasumisen yhteistyön ja palliatiivisen hoidon toteuttamisen tukijana. Raisiossa on ainutlaatuinen 24/7 tuen ja yhteistyön mahdollisuus kotisairaalan kautta myös palveluasumisen puolelle. On tärkeää, että tätä mahdollisuutta hyödynnetään riittävän monipuolisesti tehostamalla ja kohdentamalla palvelua oikein. Tutkimuksellinen osuus tuotti tavoitteen mukaisesti tärkeää, kokemusperäistä tietoa palliatiivisen hoidon tukiverkostomallin kehittämistä varten ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Lopuksi projekti eri vaiheineen sekä tuloksineen koottiin opinnäytetyön raporttiin.

Johtopäätöksenä kehittämiprojektista voidaan todeta, että palliatiivisen hoidon toteuttamista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa tuetaan Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella jo varsin kattavasti, mutta hoitajien tukiverkostossa on myös kehitettävää. Hoitajat tarvitsevat osaamisen ja työssäjaksamisen tukemista säännöllisesti. Yksilöllisen palliatiivisen hoidon mahdollistuminen omassa hoitoyksikössä, ilman asukasta kuormittavia päivystys- tai sairaalasiirtoja, vaatii moniammatillista hoidon suunnittelua, ennakointia ja toteutusta. Tämä on tärkeää huomioida hoidossa riittävän ajoissa ja osata myös monipuolisesti hyödyntää moniammatillisia mahdollisuuksia, joita yhteistoiminta-alueella on hyvin saatavilla. On tärkeää, että kaikilla alueen palliatiivisen hoidon toimijoilla on yhteinen tavoite; tukea iäkkäiden, monisairaiden vanhusten hoidon mahdollistuminen laadukkaasti omaan hoitokotiin. Tätä tavoitetta voidaan tukea tuomalla palvelut joustavasti asukkaiden luo sekä järjestämällä riittävä tuki ja osaaminen hoitohenkilöstölle palliatiivisen hoidon toteuttamiseen.

Lisää mielenkiintoisia tutkimusaiheita palliatiivisen hoidon toteuttamisen parissa jatkossa voisi olla muistisairauksien aiheuttamat erityispiirteet palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamiseen, hyvän elämänlaadun toteutuminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa sekä palliatiivisen hoidon erityispiirteet kehitysvammayksiköissä.

LÄHTEET

Andreasen P., et al. BMJ Supportive & Palliative Care 2019. Advance directives in European long-term care facilities: a cross-sectional survey.

Aaltonen M. 2015. Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Anstey S., Powell T., Coles B. 2016. Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: a systematic literature review. BMJ Supportive & Palliative Care. Vol 6 No: 5, 353 – 361.

Anttila H., Kärki A., Wikström-Grotell C., Kettunen J. 2015. Käsikirja sosiaali- ja terveyspalveluiden käytäntöjen kehittämiseen, käyttöönottoon ja arviointiin tutkimusnäytön pohjalta. Viitattu 3.4.20 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129003/AWP_3-2015_VATA%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anttonen M-S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa – Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 10.2.20. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Boyd C., Smith C.D., Masoudi F.A., Blaum C.S., Dodson J.A., Green A.R., Kelley A., Matlock D., Ouellet J., Rich M.W., Schoenborn N.L. & Tinetti M.E. 2019. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. Journal of the American Geriatrics Society. Vol 67 No:4, 665-673.

Edupal. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. Viitattu 1.4.20. Saatavissa: <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>

Finne-Soveri H. 2018. Palliatiivisen hoidon tarve iäkkäiden hoivakodeissa Suomessa ja lukuja Euroopasta. Powerpoint presentation. Viitattu 1.4.20. Saatavissa: https://thl.fi/documents/10531/728886/2_Palliatiivisen+hoidon+tarve_Finne-Soveri+H.pdf/8eead191-f9e5-48cf-8165-bb67ade15586

Forma L., Jylhä M., Aaltonen M., Raitanen J. & Rissanen P. 2012. Vanhuuden viimeiset vuodet. Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 69. Vammalan kirjallisuuspaino Oy. Sastamala.

Forma L., Aaltonen M., Pulkki J., Raitanen J., Rissanen P., Seinälä L., Valvanne J., Jylhä M. 2018. Pitkäaikaishoito viimeisenä elinvuotena Vertailussa suuret kaupungit ja muu Suomi 2002–2013. Lääkärilehti Vol 38 No:73.

Hammar T., Leppäaho S., Toikka I., Kylänen M. ja Heikkilä R. 2018. Kunnat ovat varautuneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tueksi. THL – Tutkimuksesta tiiviisti 36/2018. Viitattu 30.3.20. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137237/URN_ISBN_978-952-343-216-1.pdf?sequence=1

Hines S., McCrow J., Abbey J., Wilson J., Franklin S., Beattie E. 2011. The effectiveness and appropriateness of a palliative approach to care for people with advanced dementia: a systematic review. JBI Library. Vol 9 No:26, 960-1131.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Hoare S., Kelly M.P., Prothero L. 2018. Ambulance staff and end-of-life hospital admissions: a qualitative interview study. Palliative Medicine. Vol 32 No:9, 1465–1473.

Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypähoito-suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 18.2.20. Saatavissa : www.kaypahoito.fi

Hyvärinen M., Nikander P. & Ruusuvuori J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Vastapaino. Tampere.

JB1-suositus 2014 a. Omaisten osallistuminen muistisairautta sairastavan henkilön hoitoon liittyvään päätöksentekoon laitoshoidossa. WWW-dokumentti. Viitattu 20.3.20. <https://docplayer.fi/160056-Omaisten-osallistuminen-muistisairautta-sairastavan-henki-lon-hoitoon-liittyvaan-paatoksentekoon-laitoshoidossa.html>.

Kananen J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Juvenes Print. Tampere.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kontro T. 2019. Ohjausryhmän rooli julkisissa tietojärjestelmäprojekteissa. Tekniikan ja luonnontieteiden tiedekunta. Kandidaatintyö.

Kuntaliitto 2019. Kaupunkien ja kuntien lukumäärät ja väestötiedot. Viitattu 1.4.20. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat-ja-vaestotiedot>

Kylmä J. & Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 2. painos. Edita, Helsinki.

Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2015. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro oy. Helsinki.

Lehtonen J., Syvänen S., Kokkonen A. 2014. Työkonferenssi – dialoginen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä. Helsinki.

Lyly N. 2019. Vanhusten tehostetun palveluasumisen epäkohdat. Oikeustieteellinen tiedekunta. Turku.

Martin R., Hayes B., Gregorevic K., Lim WK. 2016. The Effects of Advance Care Plan-ning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. Journal of the American Medical Directors Association Vol 17 No:4, 284-293.

Monthan M. 2011. Hoidon laatu ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Viitattu 18.2.20. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Payne S., Froggatt K., Sowerby E., Collingridge Moore D., Hockley J., Kylänen M., Oosterveld-Vlug M., Pautex S., Szczerbińska K., Van Den Noortgate N. & Van Den Block L. 2019. PACE Steps to Success Programme. Steps towards achieving high quality palliative care in your care home. Information Pack. Vrije Universiteit Brussel.

Raisio.fi. Ikäihmisten hyvinvointiohjelma 2018-2020. Viitattu 1.4.20.
https://www.raisio.fi/sites/default/files/media/file/ik%C3%A4ihmisten%20hyvinvointiohjelma%202018%20-%202020_0.pdf

Raision kaupunki 2020. Ikäihmisten palvelut. Tehostettu palveluasuminen. Viitattu 31.3.20. Saatavissa: <https://www.raisio.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/ikaihminen-asuminen/tehostettu-palveluasuminen>

Ridanpää S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Written guidelines on the care of the dying patient. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Rizo-Baeza M., Mendiola-Infante S., Sepehri A., Palazón-Bru A., GilGuillén V. & Cortés-Castell E. 2017. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. Journal of Nursing Management. Vol 26 No:1 19-25.

Routasalo P. 5.9.2018. Doing the right things right. Videoluento. Viitattu 2.4.20.

Räsänen R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoi-vassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto. Väitöskirja. Rovaniemi.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 29.5.20. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Saarto T., Hänninen J., Antikainen R. & Vainio A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto T., Hänninen J., Vainio A. & Antikainen R. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto T., Lehto J., Jyrkiö S., Sirkä K., Poukka P., Hänninen J., Marjamäki E., Forss M., Heikkinen T., Peltola S. & Ollikainen P. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. PDF-dokumentti. Viitattu 25.2.20. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salonen K., Eloranta S., Hautala T., Kinon S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Viitattu 3.4.2020. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Seinelä L., Lehto V., Vanttaja K., Lehmus A., Valvanne J. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Esimerkkinä Tampereen kehittämistyö. Suomen kunta-liitto. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosukset. Helsinki. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoito saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Saatavissa:

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tervo R. 2017. "Sitä yrittää venyttää sitä aikaa potilaan luona." – Kuuden sairaanhoitajan kokemukset saattohoidosta. Itä-Suomen yliopisto. Teologian osasto. Pro-gradu tutkielma. Saatavissa: https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180090/urn_nbn_fi_uef-20180090.pdf

Terveyden ja hyvinvointilaitos 2019a. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 30.9.20. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoito>

Terveyden ja hyvinvointilaitos 2019b. Palliativisen hoidon järjestäminen. Viitattu 30.9.20. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliativisen-hoidon-jarjestaminen>

Terveyden ja hyvinvointilaitos 2019c. Vanhuspalvelujen tila. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

Tuomi J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. Työryhmän muistio. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_IEEA_tyoryhman_muistio_250518.pdf

Vanhuspalvelulaki (980/2012). Viitattu 30.3.20. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Vattula K., Rajala M., Kuivila H-M., Hökkä M., Kaakinen P. 2020. Lähihoitajien kokemukset palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede Vol 32 No:2, 122-133.

Vihelä M., Hökkä M. & Kaakinen P. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede Vol 32 No:4, 275-284.

Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Jyväskylä.

WHO 2014. Global Atlas of palliative Care at the End of life. Wpca. Viitattu 30.3.20. Saatavissa: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Liite 1 Tutkimustiedote

TUTKIMUSTIEDOTE 1.6.2020



HOITAJIEN KOKEMUKSET PERUSTASON PALLIATIIVISEN HOIDON JÄRJESTÄMISESTÄ JA TUEN TARPEESTA YMPÄRIVUOROKAUTISESSA PALVELUASUMISESSA

Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jossa korostuu oireiden lievitys ja henkinen hyvinvointi. Hoitoa voidaan antaa kotona, hoitokodissa, saattohoitokodissa ja sairaalassa. Elämänlaadun säilyttämisessä auttaa tuttu ympäristö ja tutut ihmiset ympärillä. Tavoite on, että ihminen saa halutessaan elää asuinpaikassaan kuolemaansa asti ilman turhia päivystyskäyntejä ja siirtoja. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja tarkoittaa elämän loppuvaiheen hoitoa eli ns. kuolevan potilaan hoitoa. Se sisältyy potilaan viimeisiin elin viikkoihin ja päiviin (THL 2019.) Suomeen on rakennettu kolmiportainen palliatiivisen hoidon palveluketju turvaamaan tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen hoitoon pääsy kaikkialla maassa. Mallin mukaan palliatiiviset ja saattohoitopaikat jaetaan kolmelle eri tasolle hoidon vaativuuden mukaan; perustasoon, erityistasoon sekä vaativaan erityistasoon. Perustason palvelut mahdollistavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksen mahdollisimman lähellä potilaan kotia. Perustason palveluita ovat esimerkiksi kotihoito, ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat yksiköt sekä sairaaloiden vuodeosastot. Eritystason palveluita taas ovat esimerkiksi saattohoitokodit, saattohoito-osastot, palliatiiviset poliklinikat ja kotisairaala. Erityistasolla henkilökunnan tulee olla erityskoulutettua ja saattohoidon osaston tai yksikön päätoimi. Vaativan erityistason muodostavat yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset ja näihin kuuluvat palliatiiviset osastot, saattokodit, vaativan avohoidon palliatiiviset poliklinikat, psykososiaalisen tuen yksiköt sekä vaativaan palliatiiviseen- ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. (STM 2017.)

Tämä tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, jonka tavoitteena kehittää perustason palliatiivisen hoidon toteuttamista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osan tavoitteena on kuvata perustason palliatiivisen ja saattohoidon hoidon järjestämistä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tarkoituksena on selvittää ympärivuorokautisessa palveluasumisessa työskentelevien hoitajien kokemuksia, miten perustason palliatiivisen hoidon järjestäminen nyt toteutuu, millaista tukea he ovat työhönsä saaneet, mitä palliatiivisen hoidon parantamiseksi pitäisi tehdä ja millaista lisätukea he kokevat tarvitsevansa.

Kehittämisprojekti ja sen tutkimuksellinen osa toteutetaan yhteistyössä Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen hoidon ja hoivan organisaatioissa. Vastuullisena tutkijana toimii Hanna Pohjankukka, sh ja amk-opiskelija, Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen kotisairaala. Saatua tietoa hyödynnetään palliatiivisen hoidon tukiverkostomallin luomiseen ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Kehittämisprojekti linkittyy osaksi Edupal-hanketta, joka on työelämlähtöinen kehittämissanke. Hankkeen avulla kehitetään palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksia sekä vahvistetaan palliatiivisen hoidon osaamista.

Tutkimusaineisto tullaan keräämään ryhmähaastatteluna hoitoyksikköön tehtävän vierailupäivän yhteydessä. Haastatteluun osallistuu yhteensä 12 hoitajaa eri ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköistä Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueelta, sekä julkiselta että yksityiseltä puolelta. Haastattelut tehdään kolmen hoitajan ryhmissä. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimushaastattelu tehdään työajalla.

Saadut tutkimustulokset ja alustava palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli viimeistellään marras-kuussa 2020 järjestettävissä työkonferensseissa, joista toiseen kutsutaan tutkimukseen osallistuneet hoitajat ja toiseen tutkimukseen liittyvät sidosryhmät, Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen saattohoitotyöryhmästä. Tutkimuksen tulokset julkaistaan osana opinnäytetyön raporttia Theseus-tietokannassa sekä artikkelina alan julkaisussa. Tutkittavia tai organisaatiota ei raportoida niin, että ne olisivat tunnistettavissa. Tutkimusjulkaisuissa käytetään yksittäisiä tutkittavia ja tutkimuskohteita kunnioittavaa kirjoitustapaa.

Kiinnostuneita osallistujia pyydetään ilmoittautumaan tutkimuksen tekijälle sähköpostitse 31.7.20 mennessä, jonka jälkeen mukaan valituille hoitajille annetaan lisätietoa tutkimuksesta ja sen toteutuksesta.

Osallistumalla tutkimukseen pääset vaikuttamaan palliatiivisen hoidon kehittämiseen Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella, oman työsi sujuvuuteen ja yhteistyön lisäämiseen. Tehdään yhdessä palliatiivisen hoidon käytännön työtä tukeva tukiverkostomalli!

Tutkimuksesta saa lisätietoja ja ilmoittautuminen tutkimukseen:

Hanna Pohjankukka, yamk-opiskelija

Puh. Sähköposti:

Opinnäytetyön ohjaaja

Virpi Sulosaari TtT, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu

Liite 2 Haastattelun saatekirje

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU



MASTER-tutkinnot /Terhy

HAASTATTELUN SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi: Ympäri vuorokautisen palveluasumisen palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli

Raisiossa 1.6.2020

Hyvä kollega,

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa palliatiivisen hoidon klinisen asiantuntijan yamk-opinnoissa. Osana opintoja opiskeluuni kuuluu opinnäytetyönä tehtävä kehittämisprojekti. Kehittämisprojektin tavoitteena on kehittää perustason palliatiivisen hoidon toteuttamista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.

Tarkoituksena on haastattelututkimuksella kerätä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa työskentelevien hoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon järjestämisestä ja tuen tarpeesta. Haastattelun ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta luodaan palliatiivisen hoidon tukiverkostomalli ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Asukkaat ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ovat entistä iäkkäämpiä ja terveydentilaltaan haavoittuvia. Ikäihmisten palveluiden järjestämisen osalta on kaikkien osapuolten edunmukaista, että niitä annetaan oikein, oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa. Aihe on valtakunnallisesti ajankohtainen ja tärkeä.

Osallistumalla haastatteluun saat mahdollisuuden tuoda esiin omia kokemuksiasi ja näkemyksiäsi työhösi liittyen. Tutkimusmenetelmä on ryhmähaastatteluna toteutettava teemahaastattelu, johon osallistutaan 3 hoitajan ryhmissä, yhteensä haastateltavia on 12 hoitajaa. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja Sinulla on täysi oikeus

peruuttaa antamasi suostumus tutkimukseen osallistumisesta milloin tahansa seuraamuksitta ja syytä ilmoittamatta. Haastattelu kestää noin tunnin. Tutkimuksen tekijä huolehtii aineiston tietoturvallisesta säilyttämisestä, ja pääsy aineistoon on ainoastaan hänellä. Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään, ellei sen jatkokäytöstä ole sovittu. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Haastattelut tehdään syyskuussa-20, erikseen sovittavana ajankohtana.

Mikäli päätät osallistua tutkimukseen, pyydän Sinua allekirjoittamaan alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamaan sen haastattelijalle viimeistään haastattelupäivänä.

Liitteenä tietosuojaseloste, jossa on tarkemmat tiedot henkilötietojesi käsittelystä. Opin-
näytetyön ohjaajana toimii ThT, yliopettaja, koulutusvastaava Virpi Sulosaari Turun
AMK:sta.

Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Yhteistyöstä kiittäen

Hanna Pohjankukka

Sairaanhoitaja Raisio-Rusko kotisairaala/YAMK-opiskelija

Puh.

Liite 3 Teemahaastattelurunko

Tämän teemahaastattelun tarkoituksena on kartoittaa perustason palliatiivisen hoidon tilaa ja tuen tarvetta ympärivuorokautisessa palveluasumisessa Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella. Palliatiivisen hoidon tärkeimpinä tavoitteina on potilaan elämänlaadun ylläpitäminen sekä kärsimyksen ennaltaehkäisy ja lievittäminen. Saattohoidolla tarkoitetaan palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta ja tämä kestää yleensä vain viikkoja tai päiviä. Haastattelu etenee teemoittain, apukysymykset ovat merkattuna ranskalaisin viivoin haastattelurunkoon, niiden tehtävä on tarvittaessa tukea haastattelijaa keskustelun eteenpäin viemiseksi.

Haastateltavan

koulutus:

työkokemus:

työkokemus nykypaikassa:

HAASTATTELUN TEEMAT:

Teema 1. Palliatiivisen hoidon järjestäminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa hoitajan kokemana

Millaista osaamista perustason palliatiivisen hoidon järjestäminen mielestänne vaatii?

- Mitä perustason palliatiivisessa hoidossa tulisi erityisesti osata?
- Mitkä ovat keskeisiä asioita, jotka vaikeuttavat hoidon toteutumista asukkaan omaan hoitoyksikköön?

Teema 2. Hoitajien saama tuki palliatiivisen hoidon järjestämiseen

Millaista tukea koette saaneenne palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamiseen työssänne?

- Millainen ja miten järjestetty koulutus tukee parhaiten käytännön palliatiivisen hoidon toteuttamista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa? Onko koulutus riittävää?
- Tulisiko koulutus huomioida myös uuden työntekijän perehdyttämisessä työhön?
- Onko palliatiivisesta hoidosta olemassa dokumentoituja toimintakäytäntöjä hoitohenkilöstön tukemiseksi? Tarvitaanko niitä lisää? Jos niin mistä aiheista?

- Millaisia apuvälineitä tarvitaan palliatiivisen hoidon toteuttamiseen ja arviointiin?
- Millaista moniammatillista yhteistyötä on palliatiivista hoitoa toteuttavan hoitajan tukena ympärivuorokautisessa palveluasumisessa?
- Miten palliatiivisen potilaan hoidon suunnittelu toteutuu? Hoitopalaverit? Hoitosuunnitelmat ja ennakoidut hoitosuunnitelmat? Hoitotahdot?

Teema 3. Hoitajien kokema lisätuen tarve palliatiivisen hoidon toteuttamiseen

Millaista lisätukea ja yhteistyötä kaipaatte palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamiseen työssänne?

- Millainen koulutus tukee parhaiten palliatiivisen hoidon osaamista ja toteuttamista? Olisiko sähköinen oppimisympäristö koulutuksena vaihtoehto? Tuleeko koulutusta lisätä? Tuleeko työnohjausta järjestää? Ovatko luvat lääkehoidon toteuttamiseen riittävät?
- Tarvitaanko uuden työntekijän perehdyttämiseen lisää panostusta ja keinoja?
- Tarvitaanko palliatiivisen hoidon toteuttamiseen dokumentoituja toimintakäytäntöjä lisää?
- Toimiiko konsultaatituki ja yhteistyö riittävästi? Onko konsultaatituen saamiseen olemassa selkeä ohjeistus? Miten yhteistyötä tulisi lisätä? Voisiko kotisairaala tukea tehostettua palveluasumista palliatiivisen hoidon toteutuksessa enemmän? Saatto riittävästi työyhteisöllistä tukea työhösi? Toimiiko yhteistyö omaisten kanssa?
- Millaisia apuvälineitä palliatiivisen hoidon toteuttamiseen tarvittaisiin lisää? Onko tarvittaessa saatavilla esim. riskipatja, happi, imu, oirearviointimittarit, lääkkeet?
- Millainen suunnitelmallisuus tukee palliatiivisen potilaan hoidon toteuttamisen omaan hoitoyksikköön? Mitä hoitoneuvotteluissa tulisi huomioida? Onko keskustelu potilaan hoidon suunnittelusta riittävää? Tuleeko hoitotahto huomioitua potilaan hoidossa? Tehdäänkö hoitotahtoja riittävästi?
- Onko kolmannen sektorin palvelut (esim. tukihenkilötoiminta ja sielunhoitoterapeutti) ja mahdollisuudet tiedossa ja osataanko niitä tarvittaessa hyödyntää?