

Lähellä ja läsnä

Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliativisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla

Maria Leppälä

Opinnäytetyö, ylempi AMK
Kesäkuu 2021
Terveys- ja hyvinvointialat
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK
Kliininen asiantuntija

Tekijä Leppälä, Maria	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 6/2021
	Sivumäärä 81	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Lähellä ja läsnä Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (ylempi AMK), kliininen asiantuntija		
Työn ohjaajat Irmeli Matilainen & Sari Järvinen		
Toimeksiantaja Kuusiolinnaterveys Oy		
Tiivistelmä <p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuuden ja laadun parantamiseksi Suomessa on viime vuosina toteutettu valtakunnallista kehittämistyötä. Kehittämistyön yhtenä tavoitteena on ollut vahvistaa hoitohenkilöstön vaihtelevaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista laatimalla laatukriteerit palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri tasoille.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista perus- ja A-tasolla. Tutkimusosan tavoitteena oli tunnistaa Kuusiolinnaterveys Oy:n elämän loppuvaiheen hoitotyössä laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävä ja estävä tekijät hoitohenkilökunnan kokemana. Aineisto kerättiin Journal Club-ryhmäkeskusteluiden avulla ja analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista koskevien kansallisten ja kansainvälisten suositusten pohjalta laaditun analyysirungon avulla. Tutkimustuloksia käytettiin kehittämisosassa opinnäytetyön tavoitteen mukaisesti laaditussa implementointisuunnitelmassa. Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämistä koskeva implementointisuunnitelma laadittiin PEPPA-viitekehyksen ohjaamana.</p> <p>Implementointisuunnitelmaa laadittaessa tärkeimmiksi osaamisen kehittämisen tavoitteiksi nousivat kirjallisen saattohoitosuunnitelman laatiminen yksiköittäin, systemaattinen, yksilöllinen ja ennakoiva hoidon suunnittelu, kirjaamisen ohjaus, yhtenäinen osaaminen sairaustilanteen tunnistamisessa, konsultaatio-osaaminen, vuorovaikutuksen kehittäminen sekä tehtävänjaosta sopiminen moniammatillisessa työyhteisössä.</p> <p>Osaamisen kehittäminen ja näyttöön perustuvan tiedon ja suositusten implementointi edellyttää jatkuvaa kehitystyötä sekä palliatiivisen hoidon erityisaseman hyväksymistä.</p>		
Avainsanat elämän loppuvaihe, palliatiivinen hoito, saattohoito, osaaminen, laatu, hoitotyö, hoitohenkilökunta, perustaso, A-taso		
Muut tiedot liitteenä "Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelma perus- ja A-tasolle", 7 sivua		

Authors Leppälä, Maria	Type of publication Master's thesis	Date 6/2021 Language of publication: Finnish
	Number of pages 81	Permission for web publication: x
Title of publication Near and by Developing the competence of nursing staff at the basic and A levels of palliative care		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisors Matilainen, Irmeli & Järvinen, Sari		
Assigned by Kuusiolinnaterveystyö Oy		
Abstract <p>National development work has been carried out in Finland in recent years to improve the availability and quality of palliative care. One of the goals of the development work has been to strengthen the varying competence of nursing staff in palliative care by establishing quality criteria for different levels of palliative care.</p> <p>The purpose of the thesis was to develop the palliative care skills of nursing staff at the basic and A levels. The aim of the research part was to identify the factors that promote and hinder high-quality palliative care in the end-of-life care work of Kuusiolinnaterveystyö Oy as experienced by the nursing staff. The material was collected through Journal Club group discussions and analyzed in accordance with the theory-based content analysis using an analysis framework developed of national and international recommendations for palliative care competencies. The research results were used in the development part in the implementation plan as the aim of the thesis. An implementation plan for the development of palliative care and nursing care competencies for nursing staff was prepared under the guidance of the PEPPA framework.</p> <p>The most important goals of competence development by the implementation plan were the preparation of a written hospice plan by unit, systematic, proactive treatment planning, guidance of logging, unified competence in recognizing the disease situation, consulting competence, developing and agreeing on division of labor in multidisciplinary work.</p> <p>Competence development and the implementation of evidence-based information and recommendations require continuous development work and acceptance of the special status of palliative care.</p>		
Keywords/tags end of life care, palliative care, terminal care, basic skills, professional skills, quality, nursing, nursing staff		
Miscellaneous incl appendix "Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelma perus- ja A-tasolle", 7 pages		

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Palliativinen hoito ja saattohoito	6
2.1	Palliativisen hoidon ja saattohoidon ABC-malli.....	6
2.2	Palliativisen hoidon ja saattohoidon laatu, hoitohenkilökunnan osaaminen ja sen kehittäminen perus- ja A-tasolla	8
2.3	Kliinisen asiantuntijahoitajan rooli palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäjänä	13
2.4	Palliativinen hoito ja saattohoito Kuusiolinnassa.....	16
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimuskysymykset.....	20
4	PEPPA-viitekehys tutkimus- ja kehittämisprosessin lähtökohtana	22
5	Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliativisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla.....	26
5.1	Opinnäytetyön tutkimusosan toteutus	26
5.2	Journal Clubin tulokset	32
5.2.1	Saattohoidon perusteiden ja perushoitotaitojen osaaminen	32
5.2.2	Oirehoidon osaaminen	33
5.2.3	Sairaustilanteen tunnistaminen	36
5.2.4	Ennakointi ja suunnitelmallisuus.....	37
5.2.5	Vuorovaikutustaidot.....	40
5.2.6	Potilaan ja läheisten tukeminen.....	42
5.2.7	Hoitoketjun tuntemus ja moniammatillinen yhteistyö.....	44
5.3	Hoitohenkilökunnan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelma	45
5.3.1	Toteutus.....	45
5.3.2	Tulokset	46
5.4	Asiantuntijahoitajan rooli osaamisen kehittäjänä osana näyttöön perustuvan toiminnan implementointia	48

	2
6 Pohdinta.....	51
6.1 Tulosten tarkastelua.....	51
6.2 Johtopäätökset.....	57
6.3 Eettisyys ja luotettavuus.....	60
6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	62
Lähteet.....	64
Liitteet.....	68
Liite 1. Ikäihmisten palveluiden laatukriteerit Saarron ym. (2019) mukaan.....	68
Liite 2. Tutkimusklubiin ehdotetut artikkelit ja aihealueet.....	69
Liite 3. Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelma perus- ja A-tasolle.....	72
Liite 4. Saatekirje ”Tietoa tutkimukseen osallistujalle”.....	79
 Kuviot	
 Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ABC-malli.....	7
Kuvio 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamistarpeita perustasolla.....	10
Kuvio 3. Kivunhoidon ja saattohoidon osaaminen maakunnittain tehostetussa palveluasumisessa THL:n kuntakyselyn 2018 aineistosta kerättynä.....	11
Kuvio 4. Kivunhoidon ja saattohoidon osaaminen maakunnittain kotihoidossa THL:n kuntakyselyn 2018 aineistosta kerättynä.....	12
Kuvio 5. Keskeiset asiantuntijahoitajan roolia hoitotyön kehittäjänä kuvaavat käsitteet.....	14
Kuvio 6. PEPPA-viitekehyksen yhdeksän eri osa-aluetta.....	24
Kuvio 7. Näyttöön perustuvan toiminnan implementointiin liittyviä tekijöitä....	25
Kuvio 8. Läheisten psykososiaalisen tuen tarpeita.....	56
 Taulukot	

Taulukko 1. Aineistorunko palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta perus- ja A-tasolla	29
Taulukko 2. Esimerkki aineiston analysoinnista	32

1 Johdanto

Elämän loppuvaiheen hoitotyö keskittyy mahdollisimman hyvän elämänlaadun ylläpitoon. Parantumattomasti sairaan ihmisen kohtaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta sensitiivisyyttä ja tilannetajua, aikaa ja läsnäoloa. Laadukas palliatiivinen hoitotyö edellyttää palliatiivisen hoidon erityisaseman tunnustamista osana yksikön toimintaa (Dahlin & Coyne 2019). Saarron ja asiantuntijatyöryhmän raportissa (2019) todetaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen ja resurssien vaihtelevan yksiköittäin. Osaaminen vaihtelee kuitenkin myös yksilöittäin. Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tulee saada Suomessa tasa-arvoisesti asuin- ja hoitopaikasta riippumatta (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017; Käypä hoito - suositus Palliatiivinen ja saattohoito 2019).

Elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tulee järjestää kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ihmisille diagnoosista riippumatta. Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito tulee integroida riittävän varhain parantumattoman sairauden muun hoidon rinnalle. (Käypä hoito - suositus Palliatiivinen ja saattohoito 2019.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisestä on julkaistu valtakunnalliset suositukset vuonna 2019. Raportissa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tilasta (Saarto & Finne-Soveri 2019) sekä suosituksessa palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (Saarto ym. 2019) toimenpidesuosituksiin kirjatut laatukriteerit ohjaavat elämän loppuvaiheessa olevan ihmisen hoidon suunnittelua ja toteutusta.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito- suosituksen (2019) mukaisesti palliatiivisen hoidon tulee olla tarvelähtöisesti porrastettua. Elämän loppuvaiheen hoitoa on viime vuosina kehitetty systemaattisesti pyrkimyksenä hoitaa kuoleva ihminen juuri hänelle tarkoituksenmukaisessa paikassa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluketjukuvaluksessa on esitelty potilaan hoitopolku parantumattoman sairauden diagnosoinnista kuolemaan saakka (Palliatiivisen ja saattohoidon palveluketju Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella 2021).

Kuusiolinna Terveys Oy:n kotisairaala vastaa kotona asuvien palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien ihmisten hoidosta ollen tukena myös alueen ikäihmisten palveluita ja vammaispalveluita tarjoaville yksiköille. Kuusiolinna Terveys Oy toimii neljän kunnan alueella Etelä-Pohjanmaalla alueen kuntien Alavuden, Kuortaneen, Soinin ja Ähtärin sekä Pihlajalinnan yhteisyrityksenä (Kuusiolinna Terveys Oy 2018). Kotisairaalan tuki on koettu etenkin ikäihmisten palveluasumisyksiköissä merkitykselliseksi parhaan mahdollisen hoidon turvaamiseksi. Kotisairaalan toimintaan kuuluu kiinteänä osana alueella toteutettavan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon organisointi, ohjaus ja koulutus (Kuusiolinnan kotisairaala 2021).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuusiolinna Terveys Oy:n elämän loppuvaiheen hoitoa tarjoavien yksiköiden hoitohenkilökunnan osaamista perus- ja A-tason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Osaamisen kehittäminen edistää yksiköiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelmallisuutta, yhtenäisyyttä ja laatua. Tutkimusosan tavoitteena oli tunnistaa Kuusiolinna Terveys Oy:n elämän loppuvaiheen hoitotyössä laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäytetyön kehittämisosan tavoitteena oli laatia Kuusiolinnan perus- ja A-tasolla toimivan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä koskeva implementointisuunnitelma.

Opinnäytetyö pohjautuu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason ja terveydenhuollon toiminnan osalta A-tason osaamisvaatimukseen ja laatusuositukseen sekä hoitohenkilökunnan kokemusten kautta tuotetun tutkitun tiedon synteisiin. Opinnäytetyön tulokset ovat siirrettävissä perusterveydenhuollon vastaavaan toimintaan perus- ja A-tason yksiköihin tukemaan osaltaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistä mahdollisesti tuleva toiminnan järjestämisvastuun uudelleenorganisointi huomioiden.

2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito on aktiivista, yksilöllistä ja potilaslähtöistä hoitoa, jossa tavoitteena on parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi, sekä kärsimyksen ehkäiseminen ja lievittäminen. Palliatiivisella hoidolla pyritään mahdollistamaan omanlainen elämä vakavasta, kuolemaan johtavasta sairaudesta huolimatta. Palliatiivisen hoidon osana saattohoito ajoittuu potilaan elämän loppuvaiheeseen. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tulee tarjota jokaiselle kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavalle ihmiselle diagnoosista riippumatta. (Käypä hoito - suositus Palliatiivinen ja saattohoito 2019.)

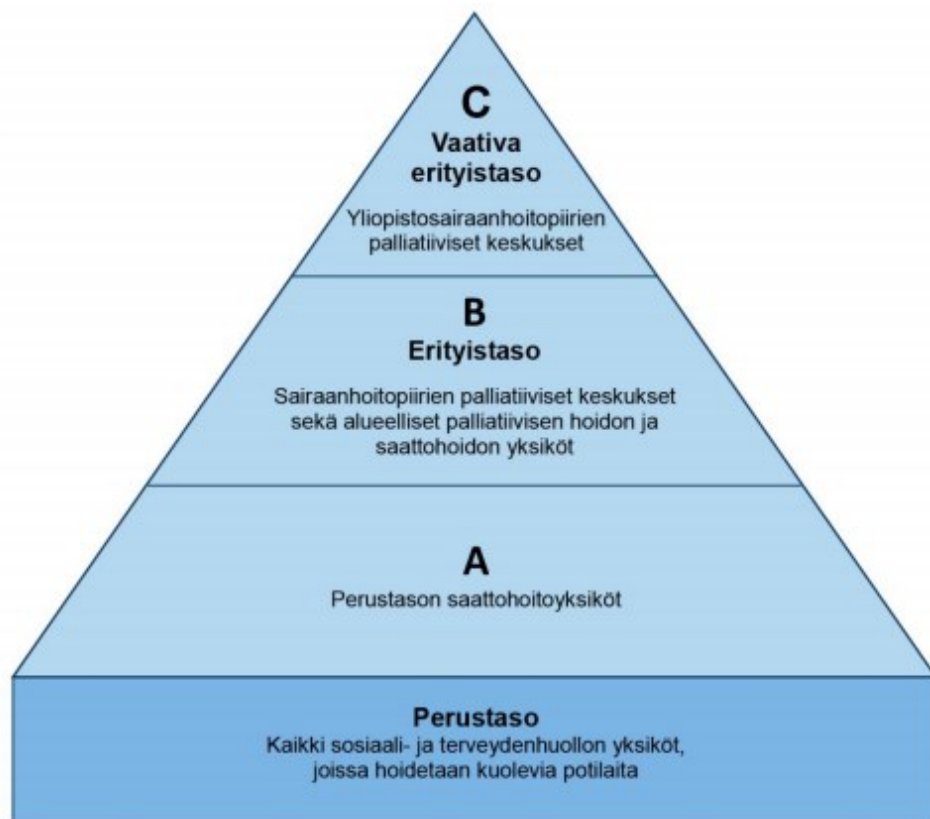
2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ABC-malli

Suomessa kuolee vuosittain lähes 55 000 ihmistä. Kuolemista lähes puolet johtuvat syöpätaudeista ja dementoivista sairauksista. (Suomen virallinen tilasto 2020.) Oirehoitoa tarvitsevien määrä kasvaa tulevina vuosikymmeninä. Ihmiset elävät yhä pidempään, mutta ovat kuollessa entistä sairaampia. Eri sairauksien diagnosointi, tutkimus ja hoito kehittyvät vuosi vuodelta kasvattaen parantumattomasti sairaiden määrää. Hitaasti etenevät krooniset ja parantumattomat sairaudet kuten sydämen vajaatoiminta, hengityselinsairaudet kuten keuhkohtaumatauti, ja eri aineenvaihduntasairaudet aiheuttavat myös palliatiivisen hoidon tarvetta lisäten etenkin psyykkisen, hengellisen ja sosiaalisen tuen tarvetta (Etkind, Bone, Gomes, Lovell, Evans, Higginson & Murtagh 2017; Käypä hoito - suositus Palliatiivinen ja saattohoito, 2019). Arviolta kolmannes palliatiivisessa hoidossa olevista potilaista tarvitsee erityistason palliatiivista hoitoa (Saarto ym. 2019).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatuksiteereiden laatimisen myötä Saarto ja muut (2017) ovat kehittäneet ABC-mallin, jonka tavoitteena on systematisoida palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden hoidon järjestämistä. Saarton ja muiden (2017) mukaan tavoitteena on jatkossa keskittää toiminnan järjestämisvastuu ja erityisosaaminen yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden palliatiivis-

ten keskusten alaisuuteen. ABC-malli edellyttää toimiakseen saattohoidon suunnitelmallisen toteuttamisen myös perustason organisaatioissa hoivayksiköistä osastotoimintaan.

Saarto ja muut (2019) ovat raportissaan tarkentaneet ABC-mallin kuvausta. Mallissa on kuvattu yleinen perustaso ja tämän lisäksi jaettu palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavat yksiköt kolmeen kategoriaan: A – perustason saattohoidon yksiköihin, B – erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköihin ja keskuksiin sekä C – vaativan erityistason palliatiivisiin keskuksiin (ks. kuvio 1). Suurin osa elämän loppuvaiheen potilaista hoidetaan perus- ja A-tasolla. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason muodostavat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheessa olevia, kuolevia potilaita. Perustasolle kuuluvat muun muassa kotihoidon yksiköt ja tehostettu palveluasuminen.



Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ABC-malli (Saarto ym. 2019).

A-taso on terveydenhuollon toimintaa, jossa palliatiivinen hoito ja saattohoito on huomioitu yksikön hoitohenkilökunnan koulutuksessa, henkilöstömitoituksessa sekä muissa resursseissa. Yhtenä A-tason kriteerinä saattohoitoa tulee olla systemaattisesti kehitetty osana yksikön toimintaa. Sairaanhoidopiirien palliatiivisten keskusten sekä palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa perustehtävänäään tarjoavien erikoistuneiden yksiköiden kuten saattohoitokotien toiminta täyttää B-tason edellytykset. Vaativa erityistaso C koostuu yliopistosairaaloiden palliatiivisista keskuksista. (Saarto ym. 2019.)

2.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu, hoitohenkilökunnan osaaminen ja sen kehittäminen perus- ja A-tasolla

Hoitohenkilökunta tarvitsee monipuolista osaamista laadukkaan palliatiivisen hoidon toteutumiseksi. Tutkimuksessaan palliatiivisen hoidon laadusta ja osaamistarpeista eri tasoilla Hökkä, Pereira, Pölkki, Kyngäs ja Hernández-Marrero (2020) toteavat jatkotutkimusta tarvittavan systemaattisen hoitotyön osaamisen määrittelemiseksi palliatiivisen hoidon eri tasoille. Yleisesti hoitohenkilökunnan osaamisvaateiksi löydettiin edellä mainitussa Hökän ja muiden (2020) tekemässä tutkimuksessa kuusi eri kompetenssia: yhteistyötaidot, vuorovaikutustaidot huomioiden eri kulttuurilliset tekijät, kliininen osaaminen ja pätevyys, psykososiaalisen ja henkisen tuen huomiointi, eettinen osaaminen sekä ammatilliseen rooliin ja johtajuuteen liittyvä osaaminen.

Aiemmin mainitussa raportissa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tilasta Suomessa (2019) on kirjattu ajankohtaiset palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamisen vähimmäiskriteerit laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumiseksi eri yksiköissä. Saarron ja asiantuntijatyöryhmän loppuraportti palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa julkaistiin vuoden 2019 joulukuussa. Edellä mainituissa suosituksissa on julkaistu sairaanhoidopiireittäin toimenpide-ehtotuksia tavoitteiden täyttämiseksi. Suosituksen mukaisen käytännön toiminnan järjestäminen on kuitenkin organisaatioiden vastuulla.

Myös vuonna 2019 Sosiaali- ja terveysministeriön (myöhemmin STM) julkaisemat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet kattavat elämän loppuvaiheen potilasryhmän

hoidon kulmakivet. Lääkärin sekä asiantuntijahoitajan konsultaatiotuki mahdollistavat osaltaan potilaan hoidon perustason yksiköissä. Hoidossa tarvittavat lääkkeet ja hoitovälineet tulee olla saatavilla. Perustason hoitohenkilökunnalle tulee myös järjestää säännöllistä täydennyskoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta.

Saaron työryhmän (2019) tärkeimmät suositukset perustasolle koskevat elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista ja sen säännöllistä päivittämistä kaikille pitkälle edennyttä, parantumatonta sairautta sairastaville henkilöille. Henkilöstön tulee tuntea alueensa palliatiivisen palveluketjun toiminta, ja erityistason (B) konsultaatiomahdollisuus tulisi olla järjestettynä ympärivuorokautisesti. Kotisairaalan ja alueen ikäihmisten palveluita tarjoavien yksiköiden välinen yhteistyö tulee olla systemaattista. Potilasohjausta tulee parantaa lisäämällä ja kehittämällä yhteistyötä ensihoidon, päivystyksen sekä palliatiivisen palveluketjun välillä. (Saarto ym. 2019.)

Saarto ja Finne-Soveri (2019) toteavat yhdeksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehitystarpeeksi hoitohenkilökunnan riittävän osaamisen varmistamisen. Perustason henkilöstön palliatiivisen hoidon osaamista tulee vahvistaa (Saarto ym. 2019) ja hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden perus- ja täydennyskoulutusta onkin ryhdytty Suomessa kehittämään asiantuntijaryhmän suositusten mukaisesti palliatiivisen koulutuksen EduPal-kehittämishankkeen avulla.

Perustason osaaminen

Saarto ja Finne-Soveri (2017) kuvaavat raportissaan yksityiskohtaisemmin laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamistarpeita perustasolla (ks. kuvio 2). Konkreettisia osaamistarpeita ovat yleisimpien elämän loppuvaiheeseen kuuluvien oireiden kuten kivun, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja ahdistuneisuuden arviointi ja hoito. Hoitohenkilökunnan tulee hallita yleisimpien palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytettävien lääkkeiden annostelureitit mukaan lukien ihonalainen tai suonensisäinen lääkeinfuusio, oirehoidon lääkkeettömät menetelmät sekä potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen ja henkisen tuen perusteet. Hökkä ja muut (2020) kuvaavat palliatiivisen hoitotyön klinisen osaamisen laajoina perustietoina ja -taitoina kivun ja oireiden tunnistamiseksi, arvioimiseksi, hoitamiseksi ja hallitsemiseksi.

Tutkimuksessaan Hökkä ja muut (2020) korostavat hoitohenkilökunnan taitoja suunnitella hoitoa ja tehdä päätöksiä potilaan parhaaksi erilaisissa tilanteissa ja olosuhteissa. Kärsimyksen lievittäminen ja lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen kuuluu olennaisena osana laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Hoitohenkilökunnan tulee ryhtyä toimiin palliatiivisen sedaation järjestämiseksi, ellei oirehoito ole muutoin riittävää. (Hökkä ym. 2020.)

TASO A PERUSTASO				
Yksiköt	Henkilökunta ja voimavarat	Koulutus ja osaaminen	Tehtävät	Potilaat
Sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosasto, jossa saattohoitoa toteutetaan muun toiminnan ohessa Ympäri vuorokautisen asumisen yksikkö, jossa asukas hoidetaan elämän loppuun asti	Palliatiivisen ja saattohoidon vastuu-lääkäri ja sairaanhoitaja Saattohoitopotiilaalla on nimetty vastuulääkäri ja vastuusairaanhoitaja, jotka vastaavat hoitosuunnitelmasta ja hoidon toteutuksesta ja jotka osallistuvat potilaan hoitoon virka-aikana Henkisen ja hengellisen tuen ammattilaiset saatavilla Hoitohenkilökunta tavoitettavissa ja lääkäri konsultoitavissa 24/7 Puitteet saattohoidolle: henkilöstö- mitoitus, saattohoituhuoneet, läheisten mahdollisuus yöpyä potilaan luona	Yksikössä on kehitetty saattohoitoa Vähintään vastuuhenkilöillä (lääkäri, sairaanhoitajat) on perustason jälkeistä jatkokoulutusta ja kokemusta Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti palliatiivisen ja saattohoidon lisäkoulutusta Henkilökunta omaa hyvät vuorovaikutustaidot Hallitsevat yleisimpien oireiden hoidon kuten kivun, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja ahdistuneisuuden hoidon Osaavat erilaiset lääkkeiden annostelureitit kuten ihonalaisen tai suonensisäisen lääkeinfusion, lääkkeettömät menetelmät ja psykososiaalisen tuen perusteet	Tarjoavat perustason oirehoitoa sekä psykososiaalista ja henkistä tukea potilaille ja läheisille huomioiden vakaumus Arvioivat oireita säännöllisesti Osallistuvat alueen hoitoketjuun ja yhteistyöhön erityistason yksiköiden kanssa (B/C-tason konsultointi)	Hauraat potilaat, joiden yleistila on heikentynyt hitaasti etenevien kroonisten sairauksien tai ikääntymisen seurauksena Potilaat, joiden oirekuva on lievä ja vakaa ja hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa, esimerkiksi muistisairaus tai muu krooninen sairaus, jossa ei ole odotettavissa vaikeahoitoisia oireita

Kuvio 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamistarpeita perustasolla (Saarto ym. 2017)

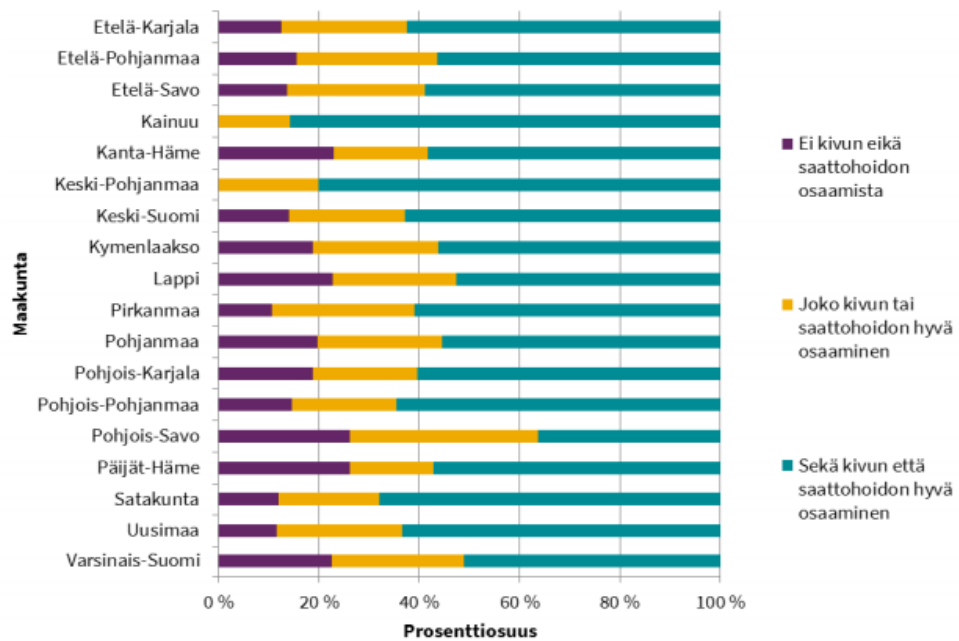
Perustason potilasryhmää kuvaa elämän loppuvaiheessa olevat, hauraat, monisairaant ja usein monilääkityt potilaat. Terveystilan ja toimintakyvyn heikennyttyä akuutisti sairastuessa, toipumiseen vaikuttavat etenkin sairautta edeltänyt toimintakyky, perussairaudet, akuuttisairausten diagnoosi ja sen vaikeusaste. Palliatiivisella hoidolla pyritään turvaamaan potilaalle kaikissa tilanteissa hyvä olo. Hoitosuunnitelman teossa korostuu ennakointi ja hoidon rajaukset. (Saarto ym. 2019.) Perustason toiminnan suunnittelemattomuus, hoitohenkilökunnan kapea-alainen osaaminen sekä vähäiset resurssit korreloivatkin suoraan seuraavan tason palveluiden kuormittumisena ja tarpeettomina hoitopaikkasiirtoina.

Perustason osaaminen on Saarron ja muiden (2019) suosituksessa kuvattu perustason oirehoidon ja saattohoidon osaamisena, mikä kattaa potilaan kuolemaan johtavan sairaustilanteen tunnistamisen ja saattohoitopäätöksen tekemisen. Suosituksissa

korostuu erityistason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistamisen tärkeys sekä potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ja huomioiminen hoidossa.

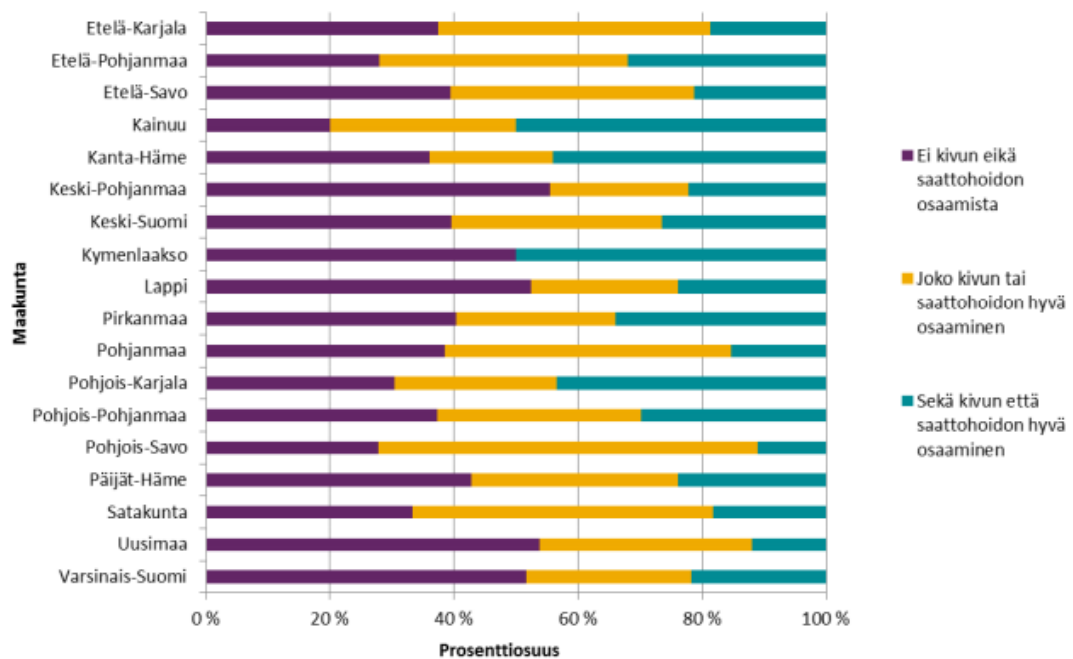
Perustason osaaminen ikäihmisten palveluissa

Saarron ja asiantuntijatyöryhmän (2019) loppuraporttiin on koottu tuloksia Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (myöhemmin THL) vuoden 2018 toimintayksikkökyselystä ikäihmisten palveluiden esimiehille. Yksiköiden esimiesten arvion mukaan ikäihmisten palveluasumisessa ja laitoshoidossa lähes 60 % yksiköiden työntekijöistä osasi toteuttaa hyvää kivunhoitoa ja saattohoitoa (ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Kivunhoidon ja saattohoidon osaaminen maakunnittain tehostetussa palveluasumisessa THL:n kuntakyselyn 2018 aineistosta kerättynä (Saarto ym. 2019).

Edellä mainitussa kuntakyselyssä esimiesten käsitysten mukaan kotihoidon yksiköissä vain 24 % työntekijöistä saavutti molempien osa-alueiden hyvän osaamisen tason (ks. kuvio 4). Kaikista esimiehistä 23 % arvioi henkilöstön osaamisen olevan heikkoa sekä kivunhoidon että saattohoidon suhteen. Kotihoidon yksiköiden osalta arvio heikosta osaamisesta oli tässäkin huomattavan suuri (42 %). Myös lääkehoidon osaamisessa arvioitiin olevan osaamisvajetta.



Kuvio 4. Kivunhoidon ja saattohoidon osaaminen maakunnittain kotihoidossa THL:n kuntakyselyn 2018 aineistosta kerättynä (Saarto ym. 2019).

Vuonna 2020 THL:n julkaisemassa aineistossa Vanhuspalveluiden tilasta Suomessa todettiin palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa kehitetyn lähes kaikissa Manner-Suomen kunnissa. Kehittämisen tärkeimpinä osa-alueina raportoitiin henkilöstön osaamisen kehittäminen, kotisairaaloiminnan kehittäminen, yhteistyö eri toimijoiden välillä sekä käytäntöjen parantaminen. Kotihoidon osalta etenkin lääkäripalveluiden saatavuudessa ja kotisairaalaverkoston kattavuudessa oli edelleen puutteita. (Vanhuspalvelujen tila 2020 kuntakysely - palliatiivinen hoito ja saattohoito 2020.)

Sairaaloiden, perusterveydenhuollon ja kotiin annettavien sosiaalipalveluiden yhteistyötä tulee kehittää ikäihmisten palveluiden jatkuvuuden turvaamiseksi ja turvallisen hoidon takaamiseksi. Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold ja Grimsmo (2012) toteavat hoitohenkilökunnan kokevan ikäihmisten hoidon entistä vaativammaksi ja itsensä epävarmoiksi arvioimaan potilaiden voinnin muutosta. Lääkitysohjeet ovat monimutkaistuneet. Kotihoitoon kaivataan laajan näkemyksen omaavaa hoitohenkilökuntaa, joilla on kokemuksen mukanaan tuomaa käsityskykyä hahmottaa ikäihmisen hoidon eri lähtökohdat. (Røsstad ym. 2012.) Raportissaan Saarto ja muut (2019) to-

teavat yhtenäisille ohjeistuksille ja laatuksiteereille olevan tarvetta ikäihmisten elämän loppuvaiheen hoitotyöhön pitkäaikaishoidossa. Liitteessä 1. esitellään asiantuntijatyöryhmän ehdottamat ikäihmisten palveluiden laatuksiteerit pelkistettynä koosteena.

A-taso

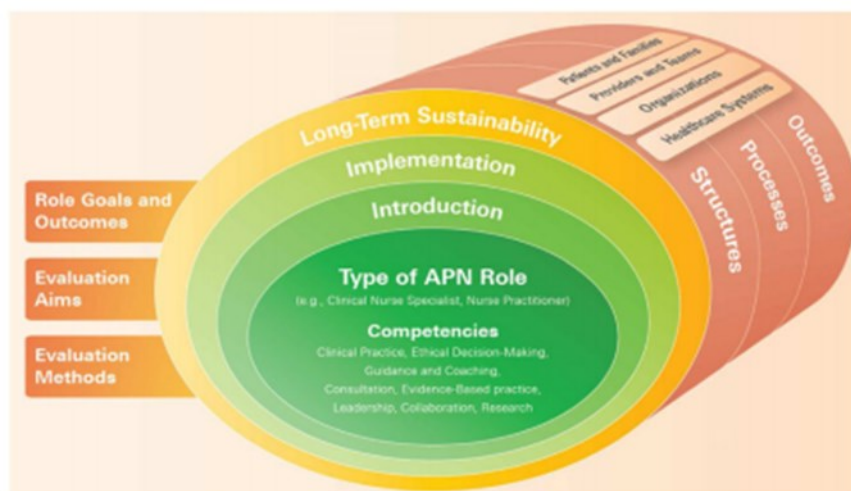
Perustason kriteereiden lisäksi A-tasolla edellytetään perustasoa laajempaa osaamista kokonaisvaltaisesta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Erikseen Saarron ja muiden (2019) suosituksessa on mainittu A-tason kriteeristöissä osaamisvaateena kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen. A-tasolla edellytetään monipuolista lääkehoidon osaamista ammattinimikkeen mukaisesti. Tämän lisäksi Saarto ja Finne-Soveri (2019) tuovat suosituksessaan esiin A-tasolle vaadittavan kirjatun toimintamallin, joka sisältää systemaattiset ohjeet oirehoidon arviointiin ja itse oirehoitoon, ohjeistus yksikössä toteutettavasta saattohoidosta sekä tiedot konsultoitavasta erityistason yksiköstä. Vaativa lääkehoito kuten kipupumppuhoito tulee kyetä aloittamaan vaikeissakin olosuhteissa. Omaisten hyvinvointi tulee kartoittaa systemaattisesti, huomioiden etenkin lasten ja nuorten tuen tarve. (Saarto ym. 2019.)

2.3 Kliinisen asiantuntijahoitajan rooli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäjänä

Osaamisen kehittäminen vaatii taustalleen kehittämissuunnitelman sekä aktiivisia toimijoita. Dahlin ja Coyne (2019) kuvaavat palliatiivisen hoidon asiantuntijahoitajan roolissa toimivien koulutettujen sairaanhoitajien olevan usein yksikkönsä pitkäaikaisia työntekijöitä, jotka kehittävät hoitotyötä ilman virallista tunnustusta työnkuvaan. Palliatiivisen hoidon asiantuntijahoitajalla on tyypillisesti selkeä strategia ja suunnitelma palliatiivisen hoitotyön laadun kehittämiseksi (Dahlin & Coyne 2019). Hökkä ja muut (2020) toteavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erikoistumiskoulutuksen saaneilla ja asiantuntijahoitajan roolissa työskentelevillä sairaanhoitajilla olevan kliinistä osaamista muun hoitohenkilökunnan ohjaamiseksi ja kouluttamiseksi. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaroolissa toimivan sairaanhoitajan ominaisuuksista voidaan tunnistaa taito motivoida ja innostaa muita toteuttamaan laadukasta palliatiivista hoitoa. Asiantuntijahoitajan rooliin sisältyy myös taito hoitohenkilökunnan

yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen kehittämiseen sekä asenteiden kohentamiseen laadukkaan palliatiivisen hoitotyön tarjoamiseksi. (Dahlin & Coyne 2019.)

Bryant-Lukosius, Spichiger, Martin, Stoll, Kellerhals, Fliedner, Grossmann, Henry, Herrmann, Koller, Schwendimann, Ulrich, Weibel, Callens ja De Geest (2016) toteavat asiantuntijahoitajan työskentelevän tavanomaisesti tietyn potilasryhmän parissa. Asiantuntijahoitajan roolin koetaan edistävän terveyttä, lisäävään hoidon saatavuutta, hillitsevän kustannuksia ja parantavan hoidon laatua. Toiminnassa on oleellista edellytykset ja tahtotila jatkuvaan, nopeaan muutokseen toiminnan kehittämisen myötä. Asiantuntijahoitajan toimintaa kuvaa kuviossa 5. kliininen osaaminen, eettinen päätöksenteko-osaaminen, tutkimusosaaminen ja näyttöön perustuva toiminta, ohjaus ja opetusosaaminen, johtamisosaaminen ja yhteistyö. (Bryant-Lukosius ym. 2016.)



Kuvio 5. Keskeiset asiantuntijahoitajan roolia hoitotyön kehittäjänä kuvaavat käsitteet Bryant-Lukosiusin ja muiden (2016) mukaan.

Suomessa palliatiivisen koulutuksen Edupal-kehittämishankkeessa laaditun kansallisen opetussuunnitelman mukaisesti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erikoistumisopinnot sisältävät osa-alueet asiakaslähtöisestä prosessista, oirehoidosta ja kuolevan potilaan hoidosta, psykososiaalisesta tuesta, vuorovaikutuksesta ja tiimityöstä sekä asiantuntijuuden kehittämisestä (Palliatiivisen hoidon asiantuntijaksi N.d.). Klii-

nisen asiantuntijahoitajan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtava koulutus lisää kliinisen osaamisen lisäksi kehittämisosaamista. Koulutus antaa valmiudet toimia laajennetuissa asiantuntijatehtävissä sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erilaisissa toimintaympäristöissä että sosiaali- ja terveydenhuollon muissa yksiköissä. (EduPal-Palliatiivisen koulutuksen kehittämishanke N.d.)

Katsauksessaan Dahlin ja Coyne (2019) kuvaavat palliatiivisen hoidon asiantuntijahoitajan kehittämisroolille ominaisia kompetensseja. Kliininen asiantuntijahoitaja kuvataan strategistina, tiedonvälittäjänä sekä muutosagenttina. Asiantuntijahoitaja toimii näyttöön perustuvan toiminnan käytäntöjen kehittäjänä ja implementoijana huolehtien muun muassa hoitotyössä käytettävien mittareiden käyttöönotosta varmistaen potilaiden yksilöllisen hoidon toteutumisen. Asiantuntijahoitaja kuvautuu aktiivisena ja innokkaana, kannustavana, sitoutuneena, näkyvänä ja sinnikkäänä palliatiivisen hoidon kehittäjänä vuorovaikutuksessa niin potilaaseen ja tämän läheisiin kuin kollegoiden ja yhteistyökumppaneidenkin kesken. Asiantuntijahoitajan roolissa sairaanhoitajalta edellytetään myös ymmärrystä hoitopolusta, muista alueen toimijoista, sekä yhteistyön merkityksestä ja mahdollisuuksista. Toiminta on avointa ja rehellistä; tiedot tuloksista, edistymisestä, tavoitteista ja haasteista tiedostetaan ja tuodaan esille. (Dahlin & Coyne 2019.)

Bryant-Lukosiuksen ja muiden (2016) mukaan asiantuntijahoitajan ominaisuuksia kuvaavat myös pätevyys ja joustavuus. Asiantuntijahoitajan toiminnassa yhdistyvät potilaslähtöisyyden ja hoidon laatutekijöiden lisäksi myös organisaation ja palvelujärjestelmän tuntemus sekä resurssien oikea kohdentaminen ja tätä kautta myös toiminnan taloudellisuus (Bryant-Lukosius ym. 2016; Dahlin & Coyne 2019).

Hoitohenkilökunnan vahva vuorovaikutusosaaminen ja sen vaikutus potilaan itsehoiton ja tyytyväisyyden kokemukseen on ehkä oleellisin osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Hökkä ja muut (2020) sekä Dahlin ja Coyne (2019) kuvaavat palliatiivisen hoidon kliinisen oirehoito-osaamisen lisäksi tärkeiksi kompetensseiksi asiantuntijahoitajan taidon kuunnella ja käsitellä kuulemaansa, kyvyn ymmärtää palliatiivisen hoidon filosofiaa sekä kyvyn osallistua yksilöllisen, läheiset huomioivan hoitosuunnitelman suunnitteluun ja toteutukseen.

2.4 Palliatiivinen hoito ja saattohoito Kuusiolinnassa

Kuusiolinna Terveys Oy:n (myöhemmin Kuusiolinna) toiminta-alueena ovat alueen kunnat Alavus, Kuortane, Soini ja Ähtäri. Pihlajalinnan kuntaulkoistusyhtiönä toimiva Kuusiolinna järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut alueen 24 000 asukkaalle. Kuusiolinna sijaitsee Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kuuluen Tampereen yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen. (Kuusiolinna Terveys Oy 2018.) Kuusiolinnassa on joustava ja kattava sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden verkosto. Eri palveluita on saatavilla alueellisesti ja tarpeen vaatiessa myös viiveettömästi.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Kuusiolinnassa

Vuonna 2019 Kuusiolinnan toiminta-alueella kuoli 313 henkilöä (Kuusiolinna Terveys Oy:n tilastoja 2020). On todettu, että jopa 75 % kuolevista hyötyy palliatiivisesta hoidosta (Etkind ym. 2017). Kuusiolinnan alueella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve kuolleitten ihmisten määrään suhteuttaen on vuosittain yli 200 henkilöllä, ja aiemmin mainitun Saarron johtaman asiantuntijatyöryhmän (2019) arvion mukaan erityistason palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsee heistä vuosittain jopa 70 henkilöä.

Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevia potilaita hoidetaan kaikissa Kuusiolinnan ikäihmisten vastuualueeseen kuuluvissa palveluyksiköissä perustasolla. Kuusiolinnan alaisuudessa toimii yksitoista ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksikköä, ja jokaisessa alueen kunnassa tarjotaan kotihoidon palveluita. Vuodeosastot sijaitsevat Alavudella ja Ähtärissä, ja näiden lisäksi Kuusiolinnassa toimii koko alueen kattava kotisairaala. Vuodeosastot toimivat myös kotisairaalan palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden tukiosastoina. Ikäihmisten palveluasumisyksiköissä sekä vammaispalveluita tarjoavissa asumisyksiköissä asukkaat pyritään hoitamaan elämän loppuun saakka omassa kodissa tarvittaessa kotisairaalan tukemana.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin palliatiivisen potilaan palveluketju kuvaa Kuusiolinnan alueella asuvan potilaan hoitoprosessin parantumattoman sairauden

diagnosoinnista ja palliatiivisen hoitolinjauksen laatimisesta kuolemaan ja läheisten jälkihoitoon saakka. Palveluketjussa on kuvattu alueella toteutettava palliatiivisen hoidon ja saattohoidon moniammatillinen hoitotyö, tukitoimet sekä hoitovastuun muodostuminen. Sivusto sisältää yleisen aineiston lisäksi tunnistautumisen vaativaa sisältöä hoitohenkilökunnan käyttöön. (Palliatiivisen ja saattohoidon palveluketju Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella 2021.) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin palliatiivinen keskus sijaitsee Seinäjoen keskussairaalassa. Palliatiivisessa keskuksessa toimii palliatiivinen poliklinikka sekä konsultaatiotiimi tarjoten konsultaatiotukea koko maakunnan alueelle virka-aikaan.

Palliatiivisen hoidon linjauksia tehdään Kuusiolinnan alueella erikoissairaanhoidon lisäksi terveyskeskusosastoilla, kotisairaalassa, vastaanotoilla ja tehostetussa palveluasumisessa. Palliatiivinen hoitolinjaus ja hoidon rajaukset kirjataan yhtenäisesti Kuusiolinnassa käytössä olevaan potilastietojärjestelmään Efficareen. Potilaan luvalla myös läheisten kanssa keskustellaan avoimesti sairaudesta ja sen kulusta, taudille ominaisista loppuvaiheen oireista sekä saattohoitovaiheessa kuoleman lähestymisestä.

Kotisairaalan lääkäri tekee kotiin ensikäynnin, jonka yhteydessä laaditaan hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelmassa pyritään ennakoimaan ja varautumaan voinnin muutoksiin mahdollisimman kattavasti. Potilaan hoitoa koskevat ohjeet kirjataan potilastietojärjestelmään. Palliatiivisessa hoidossa oleva potilas, hänen läheisensä ja häntä hoitava taho ottavat voinnin muuttuessa ja tarpeen vaatiessa yhteyden ensisijaisesti kotisairaalaan. Kodissaan läheisten turvin asuvalle potilaalle järjestetään lupapaikka osastolle. Lupapaikkapotilaille jätetään ohje ambulanssia varten, mistä ilmenee kullekin potilaalle yksilöllisesti suunniteltu hoidon ohjeistus, lääkitys sekä hoitavan tahon yhteystiedot. Kotisaattohoitoa suunniteltaessa huolehditaan, että potilaalla ja häntä hoitavalla taholla on käytettävissä tarvittavat apuvälineet. Sosiaalietuuksien ajantasaisuus, kotikäyntien tarve ja potilaan lääkitys arvioidaan säännöllisesti. Moniammatillinen yhteistyö eri tahojen, kuten kotihoidon ja erityistyöntekijöiden kanssa, on tärkeä osa kotisairaalan toimintaa. (Kuusiolinnan kotisairaala 2021.)

Ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa on käytössä ympärivuorokautinen vastuulääkäripalvelu. Vastuulääkäri käy yksiköissä kolmen kuukauden välein, ja puhelinkierto on viikottain. Hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

Osastoilla on käytössä LifeCaren hoitokertomus, jossa rakenteellisen kirjauksen kautta muodostetaan kullekin potilaalle yksilöllinen hoitotyön suunnitelma. Lääkärin määräykset siirretään osastokierron myötä hoitokertomukseen ja edelleen toteutettavaksi.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ja sen kehittäminen Kuusiolinnassa

Palliativisen hoidon ja saattohoidon asema Kuusiolinnassa vaikuttaa kohentuneen kotisairaaloiminnan kehittyessä palliativisen hoidon ja saattohoidon asiantuntija-organisaation roolissa, ja yhteistyön tulokset ovat jo monelta osin nähtävillä hoitohenkilökunnan asenteissa ja hoitotyön osaamisessa. Saarron ja muiden (2019) loppuraportissa todetun mukaisesti sairaalapalveluiden käyttö ja päivystyskäynnit ovat erittäin yleisiä elämän loppuvaiheessa kolme kuukautta ennen kuolemaa. Kotisairaalatoiminta on kansallisen raportin tulosten mukaisesti myös Kuusiolinnan alueella vähentänyt ikäihmisten päivystyskäyntejä ja lisännyt palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutusta ikäihmisen asuinpaikassa (Kuusiolinna Terveys Oy:n tilastoja 2020).

Vuosina 2017–2020 Kuusiolinnassa järjestettiin useampia samansisältöisiä palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutusiltoja, joihin osallistui koko Kuusiolinnassa ikäihmisten palveluissa työskentelevä hoitohenkilökunta. Koulutuksessa käsiteltiin ajankohtaisia asioita hoidon suunnittelusta, hoidon linjauksista ja rajauksista, oirehoitoa sekä lääkärin että hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja palliativisen potilaan hoitopolku Kuusiolinnassa.

Tällä hetkellä kolme sairaanhoitajaa Kuusiolinnasta on suorittanut Palliativisen hoidon asiantuntija-erikoistumiskoulutuksen, minkä lisäksi osalla elämän loppuvaiheen hoitotyössä toimivista työntekijöistä on aiempaa palliativisen hoidon ja saattohoidon eri tasoista täydennyskoulutusta.

Saarron johtaman asiantuntijaryhmän (2019) suositusten mukaan A-tason kriteerit tulee täyttyä Kuusiolinnassa ainakin Alavudella sijaitsevalla osastolla sekä kotisaira-
lassa. A-tason kriteerit täyttävien osastojen verkosto tulee olla kattava mahdollistaen
näin osastohoidon lähellä potilaan asuinpaikkaa. Perus- ja A-tasolla hoitohenkilökun-
nasta osalla tulee olla suositusten mukaisesti suoritettuna palliatiivisen hoidon ja
saattohoidon erikoistumisopintoja. Hankittua osaamista tulee etenkin A-tasolla päi-
vittää suunnitelmallisesti säännöllisin täydennyskoulutuksin. (Saarto ym. 2019.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuusiolinnassa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen elämän loppuvaiheen hoitoa tarjoavien yksiköiden hoitohenkilökunnan osaamista perus- ja A-tason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Osaamisen kehittäminen edistää yksiköiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelmallisuutta, yhtenäisyyttä ja laatua.

Opinnäytetyön tutkimusosa

Opinnäytetyön tutkimusosan tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista tunnistamalla laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät. Tutkimustuloksia käytettiin kehittämisosassa toteutetun hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämistä koskevan implementointisuunnitelman laatimisessa.

Opinnäytetyön tutkimusosan tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Mitkä tekijät hoitohenkilökunnan kokemana edistävät laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumista?
2. Mitkä tekijät hoitohenkilökunnan kokemana estävät laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumista?

Opinnäytetyön kehittämisosa

Opinnäytetyön kehittämisosan tavoitteena oli laatia Kuusiolinnassa perus- ja A-tasolla toimivan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä koskeva implementointisuunnitelma kansainväliseen näyttöön perustuvaan tietoon ja kansallisiin suosituksiin perustuen huomioiden alueelliset resurssit.

Kehittämisosan tutkimuskysymyksenä oli: Miten hoitohenkilökunnan osaamista tulee kehittää Kuusiolinnan perus- ja A-tason palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavissa yksiköissä?

4 PEPPA-viitekehys tutkimus- ja kehittämisprosessin lähtökohtana

Opinnäytetyön viitekehysenä käytettävä PEPPA-malli (Participatory E-based Patient-focused Process for Advanced practice nursing) kuvaa hoitotyön kliinisen asiantuntijahoitajan roolia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäjänä. Bryant-Lukosiuksen ja muiden (2016) mukaan PEPPA-viitekehysten avulla implementointisuunnitelma rakentuu olemassa olevien ja kehitettävien asioiden kontekstissa. PEPPA-viitekehystä voidaan soveltaa käytettäväksi kehitettävän asian tunnistamiseen, kehittämismenetelmien valitsemiseen, pitkän aikavälin suunnittelun tueksi sekä toteutus- ja arviointisuunnitelman aikaansaamiseksi. (Bryant-Lukosius ym. 2016.)

Asiantuntijahoitajan roolin kuvaus ja määrittely helpottaa toiminnan suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Heikkinen (2012) toteaa asiantuntijahoitajan roolissa toiminnan kehittämisen lähtevän tarpeesta edeten toiminnan arviointiin huomioiden toimijoiden osaaminen ja toiminnan edellytykset. Toiminnan kehittämistä ohjaavat alueelliset resurssit ja rakenteelliset tekijät kuten alueellisesti organisoitu palvelujärjestelmä ja sen tarpeet (Bryant-Lukosius ym. 2016; Heikkinen 2012).

PEPPA-viitekehys sisältää Heikkisen (2012) kuvailemana kaikkiaan yhdeksän eri osaluuetta (ks. kuvio 6). PEPPA-mallista sovellettu opinnäytetyön viitekehys sisältää näistä kuusi ensimmäistä osaa. Ensimmäisenä opinnäytetyössä määriteltiin viitekehysten mukaisesti potilasryhmäksi palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevat potilaat, sekä tämänhetkinen toimintamalli kuvaamalla palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan hoitoprosessi ja hoitotyö Kuusiolinnassa opinnäytetyön teoriaosaan.

Toisessa osassa määriteltiin opinnäytetyön kohderyhmäksi palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttava hoitohenkilökunta, ja tutkimukselliseen osuuteen Kuusiolinnan kuntoutus- ja akuuttiosastoilla hoitotyössä työskentelevät lähi- ja sairaanhoitajat. Osastoilla toteutettavassa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa korostuvat

hoidon suunnittelu, hoitolinjausten teko, tiedonkulku ja hoitovastuun saattaen vaihto sekä moniammatillinen toiminta. Osastoilla toteutettavan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintaedellytykset, hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen ja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon integrointi perustehtävään heijastuvat suoraan myös muiden Kuusiolinnan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavien yksiköiden toimintaan. Opinnäytetyön myötä laadittava implementointisuunnitelma on vastaavan asiakasrakenteen ja palvelutuotannon kautta käytettävissä kaikkien Kuusiolinnan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavien yksiköiden hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen tukena.

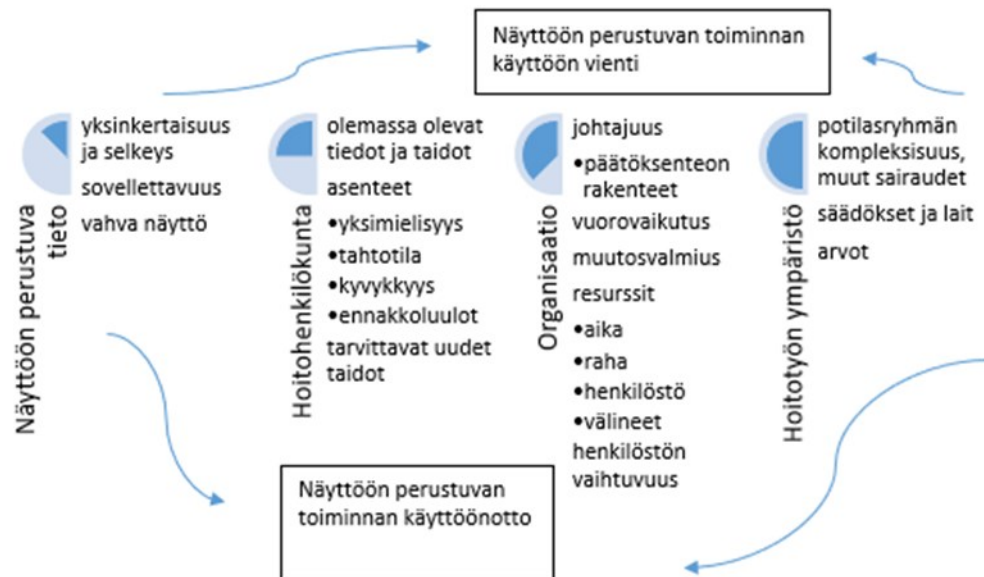
Kolmannessa osassa määriteltiin palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät, mikä toteutettiin tutkimusklubi-toiminnan avulla. Edistävät ja estävät tekijät kartoittamalla voidaan arvioida hoitohenkilökunnan valmiutta muuttaa toimintatapojaan implementointia suunniteltaessa (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kaila 2016). Neljännessä vaiheessa saatuja tuloksia verrattiin aiemmasta teoriatiedosta laadittuun aineistorunkoon teoriaohjaavan sisällönanalyysin kautta. Kliinisen asiantuntijahoitajan roolia ja sen merkitystä kuvattiin teoriaosuudessa ja viidennessä vaiheessa asiantuntijahoitajan roolia pohdittiin osana osaamisen kehittämisen implementointia.



Kuvio 6. PEPPA-viitekehyksen yhdeksän eri osa-alueetta (muokattu Heikkinen 2012).

Kuudennessa vaiheessa laadittiin osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelma organisaation resurssit huomioiden. Sipilä ja muut (2016) kuvaavat implementointia tutkimustiedon käyttöön saattamiseksi ja toimintatapojen muuttamiseksi toimintaympäristö huomioon ottaen. Implementointia tarkasteltaessa toiminta voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: tiedon käytäntöön saattamisen prosessiin, implementointiin vaikuttavien edistävien ja estävien tekijöiden huomiointiin sekä implementoinnin arviointiin (Sipilä ym. 2016).

Näyttöön perustuvan hoitotyön implementointi on havainnollistettu Sipilän ja muiden (2016) katsauksen mukaan kuviossa 7. kaksisuuntaisena prosessina. Edellä mainitussa katsauksessa Sipilän ja muiden mukaan organisaatiotasolla tapahtuva implementointi kuvataan uuden tiedon ja toiminnan käyttöön vientinä ja hoitohenkilökunnan toteuttamana käyttöönottona.



Kuvio 7. Näyttöön perustuvan toiminnan implementointiin liittyviä tekijöitä (muokattu Sipilä ym. 2016)

Implementointisuunnitelma luotiin yhteistyössä Kuusiolinnan henkilöstön täydennyskoulutustoiminnasta vastaavan koulutuskoordinaattorin sekä ikäihmisten palveluista vastaavista henkilöistä koostuvan ohjausryhmän kanssa huomioiden organisaation valmiudet ja edellytykset hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseen. Implementointisuunnitelma sisältää implementoinnin tavoitteet, ehdotukset kehittämismenettelmistä sekä interventioiden aikataulusuunnitelman. Opinnäytetyö rajattiin tähän vaiheeseen.

5 Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla

5.1 Opinnäytetyön tutkimusosan toteutus

Opinnäytetyön tutkimusosan tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista tunnistamalla laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät. Tutkimusosan aineistonkeruu toteutettiin tutkimusklubi-toimintaa soveltaen ryhmäkeskusteluna.

Journal Club-ryhmäkeskustelu menetelmänä

Tutkimusklubi (Journal Club) on käytännön hoitotyötä tukevaa, tavoitteellista toimintaa, joka sopii toteutettavaksi moniammatillisessa yhteisössä. Tutkimusklubi koostuu terveydenhuollon ammattilaisista, jotka kokoontuvat keskustelemaan ennalta valitun tutkimusartikkelin pohjalta hoitotyön käytännöistä. Tutkimusklubin tavoitteena on arvioida käsiteltävän tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimustulosten hyödynnettävyyttä käytännön toimintaan. Tutkimusklubi-toiminnan on todettu edistävän tutkitun tiedon ja näyttöön perustuvan toiminnan käyttöä hoitotyössä, antavan inspiraatioita toiminnan kehittämiseen ja lisäävän osallistujien ammatillista ja henkilökohtaista kasvua. (Hotus 2019.)

Menetelmänä ryhmäkeskustelu tuottaa yksilöhaastatteluihin verrattuna usein monipuolisempaa aineistoa vuorovaikutuksellisessa tilanteessa tapahtuvaa kollektiivista ymmärrystä rakennettaessa. Ryhmän yhteinen näkemys muodostuu yksilöiden kokemuksista, ajattelutavoista ja uskomuksista keskustelun myötä. Tavoitteena on keskustelunomainen mielipiteiden vaihto käsiteltävästä aiheesta. Aineistoa analysoidaan ensisijaisesti ryhmän näkemyksenä. (Pietilä 2010, 215–219.)

Tutkimusklubin toteuttamiseksi suoritettiin tiedonhaku eri tietokannoista. Tiedonhaun kautta etsittiin artikkeleita, jotka käsittelevät hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista. Aineisto rajattiin vuonna 2010 ja sen jälkeen jul-

kaistuu suomen- ja englanninkieliseen maksuttomaan aineistoon, josta oli kokotekstit saatavilla. Tietokannoiksi valittiin Cinahl (Ebsco), Medic, Cochrane, Proquest, JBI sekä Terveysportti. Hakutuloksia rajattiin ensin otsikon perusteella. Näistä tuloksista valittiin 27 artikkelia, joista luettiin tiivistelmät kokonaan. Ulkopuolelle rajattiin tässä vaiheessa artikkelin lääketieteellinen ja potilaslähtöinen näkökulma sekä aiheen keskittyminen tiettyyn potilasryhmään kuten psykiatriin, syöpäsairaisiin tai muistisairaisiin potilaisiin.

Suunnitteluvaiheessa tutkimusklubille nimettiin ohjausryhmä, joka oli mukana organisoimassa tutkimusklubin toimintaa ja ohjaamassa tutkimusklubissa käsiteltävän artikkelin valintaa. Artikkelin valinnassa tulee ottaa huomioon hoitotyön kehittämistarpeet sekä tutkimusartikkelin soveltuvuus, siirrettävyys ja näytön aste (Hotus 2019; Bowles, Marenah, Ricketts & Rogers 2013).

Sopivimmat yksitoista artikkelia valittiin ehdolle tutkimusklubiin (ks. liite 2). Artikkelin valintaa edeltävästi ohjausryhmän jäsenenä toimiva osastojen palveluvastaava oli keskustellut hoitohenkilökunnan kanssa asiasta ja käynyt läpi aihe-ehdotuksia. Artikkelin valittiin ohjausryhmän toimesta viikkoa ennen sovittuja ryhmäkeskustelupäiviä. Tutkimusklubissa käsiteltäväksi artikkeliksi valikoitui ”Death in nursing homes: a Danish qualitative study”, jonka kirjoittajina toimivat Tanja Fromberg Gørlén, Thomas Gørlén ja Mette Asbjørn Neergaard. Artikkelissa käsiteltiin lääkityksen haasteita, oirehoidon osaamista, tarvittavien lääkkeiden antoa, vuorovaikutusta, päätöksenteon haasteita, hoitosuunnitelman merkitystä ja ammatillista kehittymistä. Artikkelin toimitettiin osastoille tutustuttavaksi sekä alkuperäisenä englanninkielisenä versiona sekä tiivistettynä referaattina, jonka olin suomentanut.

Journal Club toteutettiin kahtena eri ryhmäkeskusteluna kuntoutus- ja akuuttiosastolla. Molempiin keskusteluihin osaston palveluvastaava oli järjestänyt hoitohenkilökunnalle sopivan ajankohdan ja mahdollisuuden osallistua. Osallistujat valikoituivat sovittuna tutkimuspäivänä työvuorossa olevista vapaaehtoisista lähi- ja sairaanhoitajista palveluvastaavan esityksen mukaisesti. Halukkailla oli mahdollisuus vaihtaa työvuoroa osallistuakseen ryhmäkeskusteluun. Koulutustaustaa ei käytetty sisäänotto-kriteerinä. Ennen ryhmäkeskustelun alkua varmistettiin, että jokainen osallistuja oli

lukenut saatekirjeen ”Tietoa tutkimukseen osallistuvalla” ja allekirjoittanut suostumuksensa tutkimusaineiston käyttöön.

Tutkimusklubi aloitettiin artikkelin esittelyllä. Osallistujat olivat ennalta tutustuneet artikkeliin, joten artikkelin aihe, tekijät, tutkimuskysymys ja sen asettelu käytiin läpi lyhyesti esittelyn yhteydessä. Tämän jälkeen pohdittiin yhdessä tutkimuksen taustateoriaa. Keskustelun myötä jatkettiin tutkimusmenetelmien ja kohderyhmän valinnan arviointia. Tutkimusmenetelmien arviointiin sisältyy tavanomaisesti Bowles`n ym. (2013) mukaan otoksen tarkastelu, sisäänotto- ja poissulkukriteerit, tutkimuksen puolueellisuuden arviointi, menetelmän sopivuuden arviointi sekä perustelut menetelmän valinnalle.

Tuloksia pohdittaessa keskityttiin arvioimaan tulosten merkityksellisyyttä. Tuloksia verrattiin teoriaan ja arvioitiin tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Opinnäytetyön tutkimusosan kannalta tutkimusklubin tärkein osuus oli pohtia tutkimusartikkelin tulosten merkitystä suhteessa osastoilla toteutettavaan palliatiiviseen hoitotyöhön. Tutkimusklubissa pohdittiin tutkimuskysymysten mukaisesti keskustellen, miten hoitotyön käytäntöjä ja hoitohenkilökunnan osaamista voidaan kehittää kartoittaen laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät.

Ryhmäkeskustelu tallennettiin äänitiedostona ja litteroitiin analysointia varten. Ryhmäkeskusteluista ensimmäinen kesti 38 minuuttia, josta litteroitaessa muodostui 2168 sanaa. Toinen keskustelu kesti 43 minuuttia, josta litteroitaessa muodostui 3088 sanaa. Tutkimusaineiston litterointi osoittautui työlääksi ja haastavaksi keskustelun ollessa vapaata ja osallistujien kommentoimissa aiheita myös kesken toisen puheen. Kuitenkin spontaanit välikommentit antoivat lisätietoa ja tukivat osallistujien yhteistä näkemystä. Tutkimusklubissa käsitelty artikkeli johdatteli aihepiirillään osuvasti tutkimuskysymysten ääreen, ja tutkijana osuuteni tutkimusklubissa ulottui tutkimusartikkelin myötä keskustelun etenemisen johtamiseen sekä tarkempien kysymysten esittämiseen.

Aineistorungon laatiminen

Aineiston analysointi toteutettiin teoriaohjaavasti ja analysointia varten laadittiin aineistorunko (ks. taulukko 1) aiemmin teoriataustassa kuvatun ja manuaalisen tiedonhauksen kautta hankitun hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista koskevasta tutkimusaineistosta. Opinnäytetyön lähtökohtana toimineiden Saarron ja Finne-Soverin suosituksessa palliatiivisen hoidon laadun parantamiseksi (2019), Saarron ja muiden asiantuntijaraporteissa (2017, 2019) sekä Hökkän ja muiden (2020) katsauksessa palliatiivisen hoidon osaamisessa perustasolla voidaan tunnistaa tiettyjä kompetensseja, jotka toistuivat myös muissa palliatiivisen hoidon osaamista käsittelevissä tutkimuksissa. Hökkä, Melender, Lehto ja Kaakinen julkaisivat maaliskuussa 2021 tutkimusartikkelin palliatiivisen hoidon osaamisesta eri tasoilla, minkä tulokset tukevat vahvasti aiempaa tutkimustietoa aiheesta. Tutkimuksessaan he tunnistivat aiempien palliatiivisen hoidon kompetenssien lisäksi kohtaamistaitojen ja toivon ylläpidon merkityksen.

Aineistorunko testattiin poimimalla tutkimusklubiin ehdolla olleissa artikkeleissa esiintyvät kompetenssit keskittyen perustason ja A-tason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa toimivan hoitohenkilökunnan osaamiseen ja upottamalla nämä kompetenssit aineistorungon käsitteisiin. Artikkelit ja niissä kuvatut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kompetenssit on listattu aiemmin mainitussa liitteessä 2.

Taulukko 1. Aineistorunko palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta perus- ja A-tasolla (Saarto & Finne-Soveri (2019); Saarto ym. (2017, 2019); Hökkä ym. (2020, 2021.)) Alla oleva taulukko jatkuu sivulle 30.

Saattohoidon perusteiden ja perushoitotaitojen osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saattohoidon perusteiden ja perushoitotaitojen osaaminen ✓ Suunhoito, ihonhoito ja asentohoito ✓ Hygieniassa, ruokailussa ja liikkumisessa avustaminen ✓ Vainajan laitto
Oirehoidon osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oireiden arviointi, oirehoidon tarpeen tunnistaminen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi: kipu, hengenahdistus, pahoinvointi sekä henkinen ahdistus ✓ Oirehoito-ohjeistus ja ennakointi ✓ Lääkehoidon osaaminen ✓ Lääkkeetön oirehoito

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monipuolinen lääkehoito-osaaminen ja sedatiovalmius/A-taso
Sairaustilanteen tunnistaminen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen ✓ Lähestyvän kuoleman ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen ✓ Erityistason hoidon tarpeen tunnistaminen
Ennakointi ja suunnitelmallisuus	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ennakoivan hoitosuunnitelma teko, sen päivittäminen ja saattohoitopäätöksen teko ✓ Hoidonlinjaukset ja -rajaukset ja niiden noudattaminen sekä tarpeettomista toimenpiteistä luopuminen ✓ Potilaan hoitotahdon huomiointi ✓ Hoidon tavoitteiden asettaminen ✓ Tiedonkulku ja kirjaukset ✓ Potilaan ja läheisen ohjaus; jatkohoidon suunnittelu ✓ Päätöksenteko-osaaminen
Vuorovaikutustaidot	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vuorovaikutus potilaan kanssa ✓ Vuorovaikutus läheisten kanssa ✓ Asenteet yhteistyöhön ja potilaan sekä hänen läheistensä kohtaamiseen; aitous ja arvostus, herkkyyks ja empaattisuus, rohkeus toteuttaa hoitoa, kohdata ja olla läsnä ✓ Eettisyys, kulttuurien tuntemus ja kunnioitus, potilaan oikeudet, yksilöllisyys sekä itsenäisyys
Potilaan ja läheisten tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisten, eksistentialisten, henkisten ja hengellisten tarpeiden tunnistaminen ja huomiointi hoidossa ✓ Psykososiaalisen, eksistentialisen, henkisen ja hengellisen tuen järjestäminen ✓ Toivon ylläpitäminen ✓ Vapaaehtoistyöntekijöiden rooli ✓ Taito tukea ja taito puhua vaikeista asioista/A-taso ✓ Kärsimyksen tiedostaminen, ymmärtäminen ja lievittäminen /A-taso ✓ Lähipiirin, mukaan lukien lasten ja nuorten, hyvinvoinnin systemaattinen kartoittaminen/A-taso
Hoitoketjun tuntemus ja moniammatillinen yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoitoketjun tuntemus ✓ Moniammatilliset yhteistyötaidot ✓ Konsultointitaidot sekä konsultointivelvoite (24/7) eri tasoilla

Aineiston analyysimenetelmä

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullisen tutkimusaineiston teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Teoriaohjaavassa analyysissä teoretietoon pohjautuva aineistorunko toimii apuna aineiston analysoinnissa ohjaten tutkimustuloksia. Teoriaohjaava analyysi toteutettiin abduktiivisesti. Abduktiivisessa analyysissä tutkija voi luovasti toteuttaa päättelyä aineistolähtöisen tiedon sekä teorian välillä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109–110.) Tunnistamalla laadukasta hoitotyötä edistävät ja estävät tekijät saatiin tietoa siitä, mitä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa edellytettävää osaamista Kuusiolinnassa tulisi kehittää. Näin ollen tutkimusklubin avulla tuotetun aineiston analysoinnissa voitiin keskittyä näyttöön perustuvan osaamisen kehittämiseen.

Aineiston analyysi toteutetaan Tuomen ja Sarajärven (2018, 133) mukaan teoriaohjaavassa analyysissä aineiston ehdoilla. Teoriaohjaavassa analyysissä taustateoriasta jo tiedetyt käsitteet tuodaan yläluokiksi ja yhdistäviksi käsitteiksi. Teoriaohjaavassa analyysissä tutkija kategorisoi analyysin edetessä aineistosta nousseet pelkistetyt ilmaisut sopivaksi katsomaansa yläluokkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133.)

Laadullisen aineiston analyysissä keskityttiin huolellisesti rajaamaan ja kategorioimaan tarkasti kaikki se tieto, joka käsitteli tutkimuskysymyksiä. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja kategorioitiin ala- ja yläluokkiin yhdistäen tuotettu tieto lopulta aineistorungon mukaisesti. Taulukossa 2. on kuvattu esimerkki aineiston analysoinnista. Tutkimustuloksena saatiin Tuomen ja Sarajärven (2018, 132–133) teorian mukaisesti aineistorungon käsitteiden ja tutkimusaineiston synteesi. Alaluokista muodostuivat laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston analysoinnista.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka (edistävä/estävä tekijä)	Yläluokka (kompetenssin osa-alue)	Yhdistävä käsite (kompetenssi)
<i>Kyllä aika herkästi huomaa, jos potilas on niinku kipeä ja selvästi tarttee, vaikka ei pysty enää sanomaan että..että on kipeä mutta kyllä se näkee</i>	Oirehoidon tarpeen arviointi pohjautuu hoitajan tunteeseen	Oirehoitoa ja oirehoidon tarpeen arviointia ei toteuteta systemaattisesti, vaan kokemuksen tuomalla varmuudella	Oireiden arviointi Oirehoidon tarpeen tunnistaminen	Oirehoidon osaaminen
<i>Mut siis pääsääntöisesti niin luulisin niin ettei meidän saattohoitopotilaat kipua kärsi</i>	Oirehoidon vaikuttavuuden arviointi perustuu hoitajan tunteeseen		Oirehoidon vaikuttavuuden arviointi	
<i>Tai sitten on kipu semmoista mitä ei pysty lääkkeelläkään niinku mutta kyllä sitä paljon katsotaan</i>	Päätöksenteko oirehoidosta pohjautuu hoitajan tunteeseen	Oirehoidon ohjeistuksen tulee olla käytettävissä	Oirehoito-ohjeistuksen tarve	

5.2 Journal Clubin tulokset

Opinnäytetyön tutkimusosa tuotti tietoa elämän loppuvaiheen hoitotyötä toteuttavan hoitohenkilökunnan kokemuksista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen tueksi. Tutkimusosassa kartoitettiin laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät hoitohenkilökunnan kokemana. Nämä kuvattiin osana aiemmin tunnistettuja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kompetensseja.

5.2.1 Saattohoidon perusteiden ja perushoitotaitojen osaaminen

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteiden osaaminen nähtiin tärkeäksi. Saattohoidon perusteiden osaamisen koettiin olevan hyvällä tasolla. Aiemmin järjestetyin

alueellisen saattohoitokoulutuksen koettiin antaneen hyvät perustiedot ja -taidot saattohoidon toteuttamiseksi. Koulutuksen järjestelyt saivat myös kiitosta siitä, että koulutukset pidettiin oman yksikön ulkopuolella mahdollistaen keskittymisen aiheeseen. Yhtenäisten toimintamallien ja ohjeiden sekä yhtenäisen osaamisen tarve nousi esille keskusteluissa.

Se oli kyllä hyvä päivä..lyhyt ja ytimekäs ja monelta kantilta, aina semmosia hyviä kertauksia.

Koko koulutus on kaiken kaikkiaan, että yleisesti palliatiivisesta hoidosta, ja sitte just että kaikkia tavallaan koulutettas, sitä kautta sitten vielä enemmän ne yhtenäiset linjat meillekin että sitten välillä on vähän sitä että toinen lupaa toista ja toinen sitten peruukin.

Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävinä tekijöinä tunnistettiin saattohoidon perusteiden ja perushoitotaitojen osaaminen sekä aiemmin järjestetyn alueellisen koulutuksen merkitys hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittymiselle. Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa estävinä tekijöinä tunnistettiin vaihteleva osaaminen hoitohenkilökunnan keskuudessa sekä yhtenäisten ohjeistusten ja sovittujen käytäntöjen puute.

5.2.2 Oirehoidon osaaminen

Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden ja saattohoitopotilaiden oirehoidon arviointiosaamisen koettiin olevan osastoilla hyvää. Tarvittavina määrättyjä oirelääkkeitä todettiin annettavan herkästi tarvittaessa. Oirehoidon tarpeen arvioinnin kuvattiin olevan pitkälti hoitajan tunteen varassa. Tavanomaisesti oirehoito pyrittiin aloittamaan riittävän varhaisessa vaiheessa. Potilaita kannustetaan kertomaan oireista ja ottamaan kipulääkettä.

Kyllä aika herkästi huomaa, jos potilas on niinku kipeä ja selvästi tarttee, vaikka ei pysty enää sanomaan että että on kipeä mutta kyllä sen näkee.

Mut siis pääsääntöisesti niin luulisin niin, ettei meidän saattohoitopotilaat kipua kärsi.

Tai sitten on kipu semmoista, mitä ei pysty lääkkeelläkään niinku mutta kyllä sitä paljon katsotaan.

Mun mielestä lääkärikin sanoo, että siellä on tarvittavaa, että anna ja miksette anna niitä?

Kivun hoidon kuten muunkin oirehoidon todettiin kehittyneen viime vuosina merkittävästi parempaan suuntaan. Oirehoitoa pidetään tärkeämpänä ja siihen kiinnitetään enemmän huomiota kuin ennen. Kotihoitoon ja tehostetun palveluasumisen yksiköihin pidettiin tärkeänä järjestää selkeät lääkehoito-ohjeistukset. Lääkehoidon toteutumiseen koettiin vaikuttavan perus- ja lähihoitajien lääkelupien kattavuus. Hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan kaikissa yksiköissä ei aina ole valmiutta antaa viivettä kipulääkkeitä parenteraalisia antoreittejä pitkin.

No siellä kyllä välillä ehkä on joo, voi olla että se on vaan se yksi jolla on luvat vuorossa ja joo että voi tulla sitten niitä viivästyksiä että se heti tapahtuisi.

Sinnekkin varmaan tarttee ne ohjeet, mustaa valkoisella, silleen että uskaltaa, ja kun ne on tosi paljon päinsä siellä lähihoitajat ja hoiva-avustajat keskenään.

Keskustelua herätti myös lääkärin antamien määräysten selkeys. Hoitotyössä oli tullut vastaan tilanteita, jolloin lääkemääräys oli annettu puutteellisesti: lääkemuotoa tai antoreittiä ei ollut mainittu tai antokerrat puuttuivat. Saattohoidossa olevan potilaan lääkemääräyksessä oleva maininta tarvittaessa annosteltavaksi määrätystä kipulääkityksestä ilman ylärajaa koettiin hyväksi.

Ja joskus voi olla niinkin, että on vaan niinku oxynorm vitonen, eikä niinku että montako kertaa, että on niinku lupa antaa se yhen kerran vaikka tarttis enemmänkin.

Kipupumpun käyttöön kaivattiin selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita. Kipupumpun käytön saattohoidossa todettiin helpottavan hoitajien toimintaa. Perus- ja lähihoitajilla on lupa antaa kipulääkettä parenteraalisesti boluksina kipupumpusta, toisin kuin kertainjektioita, jotka annetaan sairaanhoitajan toimesta. Perus- ja lähihoitajilta osastoilla puuttuva lupa pkv-lääkkeiden ihon alaiseen annosteluun koettiin ajoittain haasteeksi lääkehoidon toteutumiselle. Osastoilla oli kuitenkin joka vuorossa sairaanhoitaja, jolla oli mahdollisuus antaa kerta-annoksena tarvittavia lääkkeitä ihon alle, lihakseen ja suonensisäisesti.

Aina joskus on niin, että kun meillä ei ole sitä lupaa laittaa enää, että sitten mee hakemaan toinen..toisella kiire tai hommat kesken niin nyt se tarvitsee sitä lääkettä, niin silloin joskus ajattelen että niin.. tulee itselle semmoinen olo, että voi että kun pitää käydä vaivaamassa.. kyllä hän (SH) tulee ihan kiltisti, mutta siltikin on vähän semmoinen kynnys siinä että niin että pyytää, mutta kun se on pakko.

Kipupumpun käyttöönottoa pitkitettiin joskus hoitohenkilökunnan mukaan liian kauan. Lääkemääräys toivottiin tehtävän omalääkärin toimesta jo varalle potilaan voinnin heikentymistä ennakoiden. Päivystävä lääkäri ei tavanomaisesti kipupumpua ole näissä tilanteissa määrännyt, vaan on ohjeistanut käyttämään ihon alle injektotavaa kipulääkettä kerta-annoksina omalääkärin tavoittamiseen saakka.

Joskus toivoo sitä, että se kipupumppu laitettas vähän aikaisempaa.

Hoitajan rooli koettiin merkitykselliseksi palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan kokonaislääkityksen arvioinnissa. Lääkärin kierroilla hoitajan tehtävänä oli pyytää lääkäriltä määräykset oirelääkitykseen sekä huolehtia lääkemääräysten oikeellisuudesta. Hoitohenkilökunnalla oli kokemus siitä, että lääkehoidon suhteen lääkärit kuuntelevat heitä.

Ja se että niinku kierretään ja muuta niin kun koitetaan niinku aina lääkärit määräis niitä tarvittavia kipulääkkeitä niitä jo heti, ettei meidän tarvitse päivystäjiä sen takia ruveta rassaamaan kun niillä on kyllä kii-rusta tuolla.

Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävinä tekijöinä tunnistettiin taito toteuttaa oirehoitoa, oirehoidon merkityksen tiedostaminen ja hoitohenkilökunnan taito tuoda esille oirehoidon tarve. Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa es-tävinä tekijöinä tunnistettiin puuttuvat oirehoidon ja hoidon tarpeen arvioinnin yhte-näiset ohjeistukset, ennakoivien hoitosuunnitelmien puute, lääkemääräysten ja lää- kelupien puutteellisuus sekä kipupumpun yhtenäisten käyttöohjeiden puute. Estä- vänä tekijänä esille nousi myös tarve kehittää palliatiivisen hoidon konsultaatioproto- kolla oirehoidon suhteen.

5.2.3 Sairaustilanteen tunnistaminen

Hoitohenkilökunnan rooli korostui myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tar- vetta arvioitaessa. Aloitteen hoitolinjausten ja hoidonrajausten tekoon koettiin tule- van hoitohenkilökunnalta. Omalääkärin tulisi systemaattisesti huolehtia ajankohtai- sista hoidonlinjauksista ja -rajauksista. Hoitohenkilökunta oli usein joutunut pyytä- mään päivystävän lääkärin paikalle pohtimaan päätöstä pidättäytyä elvytyksestä po- tilaan voinnin heikentyessä, vaikka edellytykset hoidon rajausten tekemiseen olisivat täyttyneet jo pitkään.

Sillei tietysti nyt aina yhdessä mietitään, sitä asiaa esitetään, kun on sem- monen hetki että pitäisi tehdä linjauksia.

Niitä aina raportin aikana katsotaan että tällä ei oo DNR, että tämän voisi viedä huomiselle kierrolle, ja vähän yritetään sillain, kyllä me aika hyvin yritetään sillain..tänäänkin yks semmonen tosi sydänsairas, mutta eikä ole DNR ja ysikymppinen, että voi hitsi että, ja pitäisi vielä niinku muistaa aina se ku pyydellään, tahtoo vaan jäädä, on se on ehkä taval- laan ehkä lisääntynyt, se että enemmän niitä pyydetään ja näin..joo kyllä me heitellään sieltä, että onko tällä DNR; ei oo, jaa, pitäisiköhän meidän vähän mieltä kierrolle tästä, se on totta.

Lähestyvää kuolemaa ja saattohoitovaiheen alkamista tunnistettiin yhdessä.

Kyllä se on aika paljon niin että me henkilökuntakin, että keskenään me jutellaan jostakin jos joku, mietitään ja pähköillään, että jos on joku ongelma tai tällainen, niin ei me kyllä sanattomaksi siinä kohtaa jäädä, että nyt kyllä aina kysytään että mitä mieltä oot tai että tuukko auttamaan tai jotakin vastaavaa tai tuu kattomaan että onko sun mielestä, minkä näköinen tämä potilas että, että niin että varsinkin yövuorossa niin sitähän me haetaan aina se toinen että niin, tuu ny kattoon että kun mun mielestä tilanne muuttunut, että nääkö saman?

Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävänä tekijänä tunnistettiin hoitohenkilökunnan tapa tehdä moniammatillista yhteistyötä sairaustilanteen ja hoidontarpeen tunnistamisessa. Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa estävinä tekijöinä tunnistettiin aloitteenteon ja puheeksi oton haasteet sekä hoitohenkilökunnan ja lääkärin välisen tehtävänjaon epäselvyydet.

5.2.4 Ennakointi ja suunnitelmallisuus

Ennakoivia hoitosuunnitelmia (ACP) ei osastoilla tehty juuri lainkaan. Hoidon rajauksia ja saattohoitolinjauksia koettiin tehtävän vähäisesti ja liian myöhään. Aloite linjausten tekoon tuli pääasiassa hoitohenkilökunnalta lääkärille. Hoitolinjausten teon koettiin vaikuttavan koko hoitoprosessiin: yhteistyöhön potilaan sekä hänen läheistensä kanssa, vuorovaikutuksen onnistumiseen ja oirehoidon toteutumiseen. Hoitolinjausten ja -rajausten vähäisyys nähtiin ongelmaksi.

Lääkärit mun mielestä tarttis enemmän ainakin sitä koulutusta, justiin varmaan tk-tasolta, että täällä tehdään kuitenkin aika vähän sitä Z51.5 diagnoosia, että kyllähän se vieläkin ehkä liitetään niinku syöpäpotilaihin ja tämmösiin että niinkun muistisairaat, vajaatoimintapotilaat ja kaikki tällaset, että aika harvoin mä oon nähny niinkun että ois tehty niinku osastolla sitä diagnoosia.

Niin oikeen tavallaan saattohoitotilanne, tavallaan on se DNR eri asia silleesti, mutta monet tavallaan juuri se, että ois sitte selkeesti kirjattuna ne että, nyt on tehty tämä, ja sehän on se koodikin sitten..ja silloin

ois ne tarvittavat lääkkeet siellä ja sitte ku sen vointi huononee niin sitten alotetaan tämmönen niin siihen varmaan jotenkin vielä skarp-pausta, että ne olis niinku valmiiksi jo.

Haasteita ilmeni myös jo tehtyjen hoitolinjausten ja rajausten noudattamisessa. Selkeitä kirjauksia, palliativisen hoidon ja saattohoidon diagnoosikoodia ja hoitosuunnitelmaan kirjattuja rajauksia kaivattiin hoitotyön toteutuksen tueksi. Hoitosuunnitelmassa tulee käydä läpi potilaan ja omaisten kanssa päätökset myös antibiootihoidon aloituksesta ja nesteytyksestä hyvissä ajoin. Hoidonrajaukset tulee tehdä ajoissa, ja noudattaa niitä kaikissa tilanteissa. Saattohoitopäätöksiä ja niiden määrittelyä, mitä päätös tarkoittaa, tulee tehdä entistä useammin. Ristiriitaisena pidettiin tilanteita, joissa antibioottihoitoa ja nesteytystä jatkettiin, vaikka saattohoitopäätös oli jo tehty. Tietyissä tilanteissa antibiootihoidon oireita helpottava vaikutus kuitenkin tunnistettiin.

Mutta nyt tuntuu että laitetaan antibioottia aina välillä tai jotakin muuta ja tätä..mutta se on se kipu, vaikka se kipukin hoidetaan pois..mutta joskus miettii että onko turha antibiootti tai joku nesteytys.

Niinku me ajatellaan sitä, että kun on ikää ja sairauksia, niin me ajatellaan ettei sitten tarvitse enää meidän ruveta sitä runnomaan sitten siellä, eikä se välttämättä mikään palliativinen potilas mutta yleensäkin niinku kun alkaa olemaan huonossa kunnossa ja muuten.

Kotihoidon asiakkaista harvoille oli tehty hoidon linjauksia ja rajauksia. Kotihoidon asiakkaiden todettiin olevan entistä huonokuntoisempia ja monisairaita. Uusia asiakkaita on haastavaa saada kotihoidon piiriin resurssien vähäisyyden vuoksi, mikä kuormittaa osastoja.

Niillä ei taida niitä DNR-päätöksiä olla, tulee tosi paljon niitä kotihoidosta jolla ei ole niitäkään, vaikka olisi jotain yli 90, niitä tehdään sitten osastolla, jos tehdään.

Tehostetussa palveluasumisyksikössä asuville ihmisille hoitolinjaukset oli tehty, eikä asukkaita tullut juurikaan potilaaksi osastoille kotisairaalan hoitaessa heidät palveluasumisyksikön henkilökunnan kanssa yhteistyössä heidän omassa kodissaan. Kotisairaaloiminnan ja systemaattisten hoitolinjausten teon myötä ikäihmisten sairaalaan lähettämisten määrä on vähentynyt merkittävästi.

Oon ennen ollu tehpa-puolella, niin kyllä niille nykyään tehdään, että ei hirveästi tuu tehpoista kovin helepolla tänne. Tehpa-potilailla varmaan on tosi hyvin kaikki ne DNR:t ja kaikki..siellä on kaikki niinku tehty. Kyllä mä ainakin nään niinku että ne pitää olla tosi huonossa kunnossa silleen ja se että se että joku siellä niinku et minkä takia niistä tulee niinku tänne mutta kyllä ne siellä loppuun asti hoitaa ne.

Kotona asuvien palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden hoidon koettiin olevan hyvää, ja ennakkoinnin lisäävän hoitotyön laatua.

Monesti voidaan, pitkälle pystyy kotonakin olemaan sitten vielä, kun on hyvät kipulääkitykset ja muuten on niin sanottu hoito hanskassa, että on suunniteltu se juttu.

Kun on koti ja sieltäkin tulee, niin siellähän on arsenaali jo valmiina mitä me käytetään ja niin se pitäisi ollakin, ettei sitten päivystäjää rakkuuteta koko ajan.

Tiedonkulku kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan nähtiin toimivaksi. Kotisairaalan jatkaessa hoitoa siirtyminen kotihoitoon koettiin joustavaksi ja toimivaksi.

No kyllä ite ainakin, jos on semmoinen tapaus, niin aika tarkasti sen käy läpi ennen kun niinku kotiuttaa että varmasti on sitten siellä että tietävät keneen ottaa yhteyttä ja että on ja että omaiset tuntee että pärjää ja potilas tuntee että pärjää.

Työnjako lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä koettiin ajoittain ongelmalliseksi. Yleisesti on noudatettu käytäntöä, että lääkäri kertoo potilaalle diagnoosin ja huonot uu-

tiset ja keskustelelee hoidon linjauksista potilaan luvalla tämän läheisten kanssa. Hoitohenkilökunta oli kohdannut tilanteita, joissa lääkäri oli ohjeistanut sairaanhoitajan kertomaan potilaalle tai tämän läheisille tiedon vakavasta, parantumattomasta sairaudesta. Lääkäreiden vaihtuvuus ja jokaisen erilainen tapa toimia vaikeutti hoitohenkilökunnan hoitotyötä.

Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävänä tekijänä tunnistettiin ennakoinnin merkitys. Edistävänä tekijänä todettiin myös sekä yhteistyön että tiedonkulun olevan eri yksiköiden kesken toimivaa. Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa estävinä tekijöinä tunnistettiin hoitosuunnitelmien, -linjausten ja -rajausten teon vähäisyys, selkeiden hoidon tavoitteiden puute sekä haasteet hoitolinjausten ja -rajausten teon ajankohdassa. Estäviä tekijöitä oli myös vähäinen diagnoosikoodin Z51.5. käyttö, heikentynyt kotihoidon henkilöstöresurssi sekä tehtävänjaon vakiintumattomuus lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välillä.

5.2.5 Vuorovaikutustaidot

Hoitotyössä tapahtuvan vuorovaikutuksen merkitys potilaan, tämän läheisten, kollegoiden sekä hoitohenkilökunnan ja lääkärin välillä nousi tärkeäksi elementiksi osana palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista. Potilaan ja läheisten kanssa pyritään keskustelemaan rauhassa. Eettistä pohdintaa nousi esille potilaan oikeuksista. Hoitohenkilökunta koki hoitotyön olevan kiireistä.

No ehkä välillä ainakin se mulla, rumasti sanottuna, semmoinen kiire että..että haluaisi antaa enemmän sitä aikaa niille omaisille ja sitten kun on suuri osasto ja jokainen vaatii sitä, jokaisella on ne tarpeet niin että se tuntuu itsestä joskus pahalta.

Läheisten rooli potilaan hoidossa koettiin merkitykselliseksi ja omaisten läsnäolo mahdollisti hyvän hoitotyön toteutumisen. Omaisia, kuten potilaitakin, on kuitenkin hyvin erilaisia. Omaisia pitää ymmärtää, heitä varten olla läsnä, esittäytyä ja olla käytettävissä. Osa on hyökkääviä, osa syytteleviä, ja hoitohenkilökunnan täytyy joskus miettiä, kuinka tilanteen saisi rauhoitettua. Myös omaisten keskinäiset haasteet ja vuorovaikutuksen ongelmat olivat tulleet tutuiksi.

Niinku ajattelen myöskin siihen kuolevan potilaan luona pitäisi pystyä olemaan enempi ja sitten niitten tavallaan niitten omaisten tukena mutta kun tiedät että se toinen on tarttee apua kun monta potilasta niin kyllä se on, että saa olla kyllä kiitollinen sitten että se omainen on siellä.

Suuri sijaisten määrä haastaa perustehtävän toteuttamista. Muiden potilaiden hoitoon menee tällöin joskus enemmän aikaa ja saattohoidossa olevan potilaan kohtamiseen jää vähemmän aikaa. Osaston muu toiminta aiheuttaa haasteita rauhallisen ilmapiirin luomiseen. Keskustelu kiteytyi siihen, että kiire on usein asenteellista, ja aina löytyy aikaa, vaikka se on jostakin muusta pois. Tärkeintä on keskittyä hetkeen.

Tai sit vaan pitää ajatella, että nyt on mun paikka tässä, mun pitää hoitaa tämä asia.

Ja toisaalta ei me kukaan niin kuin tavallaan kiireellä hoideta siinä vaiheessa..se on aina että otetaan se aika vaikka se on muilta pois mutta heille semmoinen..näitä viimeisiä hetkiä.

Keskustelussa todettiin, että hoitohenkilökunnassakin on erilaisia persoonia, toiselle vuorovaikutus on helpompaa ja luontevampaa kuin toiselle. Osalle on haastavaa mennä vaikeaan tilanteeseen keskustelemaan omaisten kanssa. Tärkeimmäksi koettiin olla aidosti läsnä ja lähellä.

Se että nytkin huomasin justiin niinku oli tästä tää yks mummu oli niin niin se että sun ei tartte kauaa sillä huoneessa olla loppuviimeksi vaan niinku ne näkee susta että sä tuut ihan aidosti siihen tilanteeseen ja juttelet etkä vaan sieltä ovelta huiki niille niinku kaukaa vaan tuut siihen lähelle.. mäki olin, se mun piti minua kädestä kiinni ja se poika jutteli kaiken maailman asioita mulle ja mummo heitti vitsiä välillä ja tiesin että on huonossa kunnossa ja muuta ne se et siltä tuli kaikki niin helposti ne jutut, että jos sä jäät sinne kauaksi vähän niinkun ne vähän niinku että no ei se viitti tulla edes ku sillä on niin kiire, ja mun mielestä, ja mä en ole varmaan ku sen 15 minuuttia korkeintaan ollu siellä huoneessa.

Ja just toi kosketus, se on tärkeä, että koskee, koskee muutakin kun vaan niitä hoitotoimia että silittää tai jotain.

Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävänä tekijänä tunnistettiin onnistuneen vuorovaikutuksen niin potilaan ja hänen läheistensä kuin myös moniammatillisen tiimin välillä vaikuttavan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatuun. Laadukasta hoitoa edistävänä tekijänä tunnistettiin taito ymmärtää ja hyväksyä niin kollegan, potilaan ja kuin hänen läheistensäkin persoonalliset piirteet. Edistävinä tekijöinä todettiin myös hoitohenkilökunnan taito keskittyä hetkeen, koskettaa ja olla aidosti lähellä ja läsnä. Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa estävänä tekijänä tunnistettiin kiire, jonka todettiin olevan myös asenteellista. Estävinä tekijöinä tunnistettiin lisäksi hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja suuri sijaisten määrä sekä soveltumattoman hoitoympäristön merkitys laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumiselle.

5.2.6 Potilaan ja läheisten tukeminen

Potilaan ja läheisten tukemisen ja huomioimisen koettiin olevan tärkeä osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Korona-aika on vähentänyt läheisten vierailuja, ja tiukat rajoitukset ovat ulottuneet myös saattohoitopotilaisiin asti. Ikävää, läheisten fyysistä läheisyyttä ja kosketusta on vaikea korvata. Vapaaehtoistyöntekijöiden ja ystäväpalvelun hyödyntäminen on ollut vähäistä. Myös seurakunnan säännölliset vierailut osastolle ovat olleet tauolla. Seurakunnan työntekijöitä ja vapaaehtoistoimijoita on voinut kutsua henkilökohtaiselle käynnille potilaan tai läheisten sitä toivoessa.

Niin kun kaikilla ei ole omaisia, ja haluaa että siinä vierellä ollaan..mutta aika hyvin me niinku, me hoidetaan, tosi hyvin.

Läheisten tukeminen on ajoittain vaativaa. Osa omaisista ei hyväksy potilaan lähestyvää kuolemaa, ja vaatii viimeiseen asti tilanteessa tarpeettomia hoitotoimenpiteitä. Keskustelu ja kaikkien osapuolten tilanteen tasalla pysyminen nähtiin tärkeäksi. Lääkärin ajatellaan olevan se henkilö, joka ratkoo vaikeita tilanteita, hänelle jätetään soittopyyntö ja hän on tarvittaessa yhteydessä omaisten kanssa.

*Se on ainakin tärkeintä just että omaiset tietää että missä mennään-
Välttämättä ne ei sitä ihan ymmärrä.. niin..tai sisäistä..tai ei hyväksy,
sitä on se loppuvaihe tulossa..mutta kai se kuuluu siihen prosessiin.*

*No ainakin tässä viimeksi kun... niin oon keskustellut mutta sitten sa-
noin, että meidän osaston lääkäri saa jutella teidän kanssa että sopiiko
että soittaa, se menee sinne lääkärin piikkiin sitten kaikki tällainen.*

Kotioloissa tapahtuva ikäihmisten palliatiivinen hoito ja saattohoito koettiin tältä osin laadukkaaksi. Jo vieras ympäristö ja vieraat hoitajat voivat ahdistaa herkästi. Tilanpuute ja tilajärjestelyt herättivät myös keskustelua. Yksiköissä tehdyt remontit ovat vaikeuttaneet lupapaikkatoiminnan ja laadukkaan saattohoidon järjestämistä. Oma rauhallinen paikka on kuitenkin pyritty järjestämään tilanteessa kuin tilanteessa.

Ja sitten aina mieltii sitä että voi kun olis niitä tiloja että olisi pieni huone että ei ole 4 hengen huoneissa ja rauhallinen vaikka se kukaan ei tiedä sitä määränpäättä milloinka se tulee mutta se kumminkin ois niin tärkeä että olisi mutta siinä tilat on rajalliset..aika hyvin on nyt saatu järjestettyä.

Huonosti on niinku ajatellen tilakysymykset, että ei oo sellasta..kyllä me pyritään että yksin.. yksin mutta ei ei aina pysty välttämättä sitä järjestää sitä tilaa, ja jos varsinkin lupapaikkalainenkin tulee sitten vielä yli paikalle.

Jos niinku ihanteessa just niinku että kun kaikki ois hyvin, ois just niinku omat kauniit, rauhalliset huoneet, ja hoitajia enemmän ja omaisille tilaa, ja aikaa, niin ja ne saa vapaasti tai sai yöpyä ennen..mutta se tila on mitä on. Se viihtyisä ympäristö olis kiva. Sitten sais tilata melkein kaikkia ruokia, mitä vain ikinä maistuis, ne kyllä toimitetaan, pienellä viiveellä, mutta kumminkin.

Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävinä tekijöinä tunnistettiin läheisten läsnäolon ja soveltuvan hoitoympäristön merkitys potilaan ja läheisten hyvin-

voinnille. Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa estävinä tekijöinä tunnistettiin vaikeiden asioiden puheeksi oton ja läheisten tukemisen olevan haastavaa. Selkeys ja sovitut käytännöt puuttuivat. Estävänä tekijänä tunnistettiin lisäksi kolmannen sektorin mahdollisuuksien vähäinen hyödyntäminen.

5.2.7 Hoitoketjun tuntemus ja moniammatillinen yhteistyö

Hoitohenkilökunnalla oli kokemuksia hyvin erilaisista lääkäreistä. Lääkärin rooli nähtiin erittäin merkityksellisenä laadukkaana palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumisessa. Kokemusta oli myös hyvin vähäisestä lääkärin tuesta palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitotyössä. Hoitavalla lääkäriä tulee olla kokemusta ja osaamista palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Lääkärin tulee olla empaattinen, hänellä tulee olla halu perehtyä potilaan asioihin, pitää palliatiivista hoitotyötä tärkeänä, omata hyvät vuorovaikutustaidot ja olla kiinnostunut hoitamaan palliatiivisen ja saattohoidossa olevia potilaita. Suhtautumisen kuoleman kohtaamiseen tulee olla luontevaa.

Vaikee ees kuvitella mitenkä se onnistus kaikki jos ei olis hyvä lääkäri, on että se on iso asia.

Ei puututa siihen asiaan mitä esittää.

Yhteistyö eri toimijoiden kanssa todettiin tärkeäksi. Kotisairaalaan saatiin apua tarvittaessa tilanteisiin, jolloin osastolla oli paikalla vain yksi sairaanhoitaja.

Asiat pyrittiin hoitamaan omalääkärin kanssa, joka tunsu osastolla palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevat potilaat. Puhelinkonsultaatiot päivystävälle lääkärille miellettiin hankaliksi, ja osa koki asian esittämisen vieraalle lääkärille vaikeaksi. Lupa soittaa lääkärille oli 24/7. Ajoittain lääkäreitä oli kuitenkin vaikea tavoittaa.

Laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävänä tekijänä tunnistettiin toimiva yhteistyö eri yksiköiden välillä. Myös alueen lääkärin tavoitettavuus 24/7 todettiin edistävänä tekijänä. Lääkärin ollessa kokenut, osaava ja aktiivinen, lääkärin roolin

koettiin edistävän myös hoitohenkilökunnan toteuttaman hoitotyön laatua. Laadusta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa estävänä tekijänä tunnistettiin tarve kehittää edelleen palliatiivisen hoidon konsultaatioprotokollaa.

5.3 Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelma

5.3.1 Toteutus

Opinnäytetyön kehittämisosan tavoitteena oli laatia Kuusiolinnan perus- ja A-tasolla toimivan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä koskeva implementointisuunnitelma.

Aiemmin kuviossa 7. (s. 25) kuvattuna Sipilän ja muiden (2016) mukaan näyttöön perustuvan toiminnan käyttöön viemisessä on huomioitava monia eri tekijöitä. Yksityisenä toimijana Kuusiolinnan päätöksenteon rakenteet ilmenevät joustavina, muutosvalmius vaikuttaa hyvältä ja vuorovaikutus eri työntekijätasojen välillä on toimivaa. Organisaation resursseiksi lasketaan aika, raha, henkilöstö, välineet sekä henkilöstön vaihtuvuus. Implementointia pohtiessa hoitohenkilökunnan osalta näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoon vaikuttavat olemassa olevat tiedot ja taidot, asenteet sekä tarvittavat uudet taidot. (Sipilä ym. 2016.)

Sipilän ja muiden (2016) artikkelin pohjalta kerättyjä näyttöön perustuvan toiminnan implementointiin liittyviä tekijöitä pohtimalla laadittiin yhteistyössä Kuusiolinnassa hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä vastaavista henkilöistä koostuvan ohjausryhmän kanssa implementointisuunnitelma, jossa huomioitiin sekä hoitohenkilökunnan että organisaation edellytykset osaamisen kehittämiseksi. Implementoinnin pohjana käytettiin aiemmin kuvattua palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kompetensseista laadittua aineistorunkoa. Implementointisuunnitelmaan lisättiin aineistosta tunnistetut laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät. Näistä muodostettiin osaamisen kehittämisen tavoitteet analysoimalla ja yhdistelemällä aineistorungon kompetensseja tunnistettuihin osaamisen kehittämisen tarpeisiin.

Implementoinnin keinoja, toteutusta ja aikataulua pohdittaessa organisaatiosta valittiin vastuuhenkilöt organisoimaan ja toteuttamaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelman toteutusta ja käyttöönottoa. Aikataulutavoitteet pyrittiin asettamaan realistisiksi huomioiden organisaation muu toiminta. Organisaatiokohtainen ja henkilöiden nimiä sisältävä tieto jätettiin pois liitteenä 3. olevasta implementointisuunnitelmasta.

5.3.2 Tulokset

Aineistorungon perusteella ja tutkimusosassa tunnistettujen laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät huomioiden haettiin vastausta siihen, miten hoitohenkilökunnan osaamista tulee kehittää Kuusiolinnan perus- ja A-tason palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavissa yksiköissä?

Tärkeimmiksi osaamisen kehittämisen tavoitteiksi implementointisuunnitelmaan (ks. liite 3) kirjattiin kirjallisen saattohoitosuunnitelman laatiminen yksiköittäin, systemaattinen, yksilöllinen ja ennakoiva hoidon suunnittelu, kirjaamisen ohjaus, yhtenäinen osaaminen sairaustilanteen tunnistamisessa, konsultaatio-osaaminen, vuorovaihtuksen kehittäminen sekä tehtävänjaosta sopiminen moniammatillisessa työyhteisössä.

Tavoitteeksi asetettiin myös, että kaikilla palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavilla on peruskoulutuksen lisäksi täydennyskoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tämä suunniteltiin toteutettavaksi STM:n keväällä 2021 julkaistun saattohoitopassin sekä alueellisen koulutusiltapäivän kautta.

Yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi muodostui saattohoitosuunnitelman ja kirjallisen toimintamallin laatiminen jokaiseen palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavaan yksikköön. Kehittämistehtävän myötä tullaan laatimaan A-tasolle edellytettävä palliatiivisen ja saattohoidon kirjallinen toimintamalli ja saattohoitosuunnitelman runko perustason yksiköihin. Saattohoitosuunnitelman tulee sisältää yksikkökohtaiset ohjeet hoitotyön käytännöistä ja oirehoidosta aiemmin laaditun palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista koskevan aineistorungon mukaisesti (ks. taulukko 1. s. 29–30)

huomioiden psykososiaalisen, eksistentiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen järjestäminen. Saattohoitosuunnitelmaan tulee kirjata erityistyöntekijöiden ja kolmannen sektorin alueelliset mahdollisuudet potilaan ja heidän läheistensä tukemiseen osana palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Kipupumpun yhtenäiset käyttöohjeet ja tarvittavien lääkelupien organisoiminen kaikille palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttaville hoitotyöntekijöille edistävät hoitotyön laatua ja mahdollistavat hoitosuunnitelman mukaisen hoitotyön toteutumisen. Yksikön saattohoitosuunnitelman ja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintamallin tulee olla jatkossa osa perehdytystä.

Ennakoiva oirehoidon suunnitelma tulee tehdä systemaattisesti parantumattomasti sairaille sekä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa oleville huomioiden vaativan kivunhoidon tarve ja oirehoidon ohjeistukset. Hoitolinjausten ja -rajausten avaaminen ja hoidon tavoitteiden asettaminen tulee olla kirjattuna potilaan hoitosuunnitelmaan. Oirehoidon tarpeen ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin tulee jatkossa kiinnittää enemmän huomiota ja käyttöönottaa oiremittareita. Oirehoidon osaaminen edistää osaltaan myös sairaustilanteen tunnistamisessa vaadittavaa osaamista. Sairaustilanteen ja konsultaatiotarpeen tunnistamisen tulee olla jokaisen hoitotyöntekijän osaamisalueena. Konsultointiohjeet tulee liittää osaksi saattohoitosuunnitelmaa.

Myös hoitotyön kirjaamisen ohjaukseen tulee kiinnittää huomiota. Hoitosuunnitelmafraaseissa tulee huomioida hoidonlinjaukset ja -rajaukset sekä potilaan hoito-
tahto. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitosuunnitelmapohjien käyttö ja hoitotyön suunnitelmafraasin laatiminen LifeCareen edistävät kirjaamisen yhtenäisyyttä, oirehoidon systemaattisuutta ja hoidon vaikuttavuuden arviointia.

Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten hyvinvoinnin systemaattinen kartoittaminen ja psykososiaalisen tuen järjestäminen edistävät hoitotyön laatua. Yhtenä osaamisen kehittämisen tavoitteena on onnistunut vuorovaikutus niin potilaan kuin hänen läheistensä kesken. Vuorovaikutusosaamista voidaan kehittää koulutusten avulla. Kansainvälisessä elämän loppuvaiheen hoidon tutkimus- ja kehittämishankkeessa (Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in

Europe) laadittu PACE- toimintamalli sisältää ikäihmisten elämän loppuvaiheen hoidossa tarvittavia osaamisen kehittämismenetelmiä (Elämän loppuvaiheen hoidon tutkimus- ja kehittämishanke PACE 2019). PACE-menetelmän avulla voidaan hankkia osaamista myös vuorovaikutustilanteisiin.

Tehtävänjaosta sopiminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken edistää hoitotyön laatua jokaisen toimijan tiedostaessa oman roolinsa palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa olevan potilaan hoidossa. Tehtävänjako edistää osaltaan myös moniammatillista vuorovaikutusta.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun edistäminen edellyttää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityisaseman hyväksymistä osana perustehtävää. Asianmukainen henkilöstömitoitus ja sijaisjärjestelmä, palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan hoitoympäristön huomioiminen ja asianmukaiset puitteet toiminnalle ovat organisaation toiminnasta vastaavien henkilöiden vastuulla. Saattohoituhuoneiden järjestäminen huomioiden potilaan yksityisyys on edellytys laadukkaana saattohoidon toteutumiseksi. Omaisten läsnäolo ja yöpyminen saattohoitopotilaan luona tulee mahdollistaa. Palvelutarpeen mukaisen hoitopaikan turvaaminen jokaiselle potilaalle on kaiken toiminnan tavoite.

5.4 Asiantuntijahoitajan rooli osaamisen kehittäjänä osana näyttöön perustuvan toiminnan implementointia

Tutkimusklubissa käydyissä keskusteluissa tunnistettiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijahoitajaroolin merkitys osaamisen kehittämisessä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen kaivattiin selkeyttä ja työaikaa.

Sais olla selkeämmin justiin nää, te ketkä opiskelette sitä niinku olla oikein saattohoitajat nimettynä, jotka niinku antais ne yhtenäiset linjat osastolle.

Se ei vaan mene tuossa työn ohessa, että siihen vaaditaan, se vaatis kun ei sitä pysty tuossa oman työn ohessa, että kyllä siihen pitäis saada vähän sitä aikaa sitten..katotaan mitä tämä poikii kaikkea.

Osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelmaa laadittaessa kehittämistyön vastuuhenkilöiksi valikoitui monissa eri osa-alueissa Kuusiolinnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijahoitajista koostuva työryhmä. Työryhmän osalta osaamisen kehittäminen suunniteltiin aloitettavaksi yksiköittäin täydennettävän saattohoitosuunnitelmarungon laadinnasta. Asiantuntijahoitajan roolia ja sen merkitystä osana toimintaa tulee pohtia organisaation saattohoitosuunnitelmaa ja A-tason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kirjallista toimintamallia laadittaessa yksikkökohtaisesti.

Edellä mainittu työryhmä on ollut aiemmin luennoimassa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri osa-alueista alueellisessa saattohoitokoulutuksessa. Koulutuskokoukset suunniteltiin toteutettavaksi uudelleen syksyllä 2021. Lisäksi työryhmä on implementointisuunnitelman laadinnan myötä mukana tarkastelemassa tehtävänjako palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken.

LifeCaren laadittava palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyön fraasisto suunniteltiin kehitettäväksi yhteistyössä potilastietojärjestelmistä vastaavien henkilöiden sekä osastojen ja kotisairaalan asiantuntijahoitajien kesken. Asiantuntijahoitajan osaamiseen kuuluvat hoidonlinjausten ja -rajausten systemaattinen ajantasaisuuden tarkastaminen sekä hoitosuunnitelman käsittely yhdessä potilaan ja tämän läheisten kanssa.

Yksikön saattohoitosuunnitelmaan perustuen riittävien aineellisten resurssien varmistaminen ja saattohoitoon soveltuvan hoitoympäristön kehittäminen on keskeistä asiantuntijahoitajan toiminnassa. Kipupumpun yhtenäisten käyttöohjeiden laatiminen sekä ohjeiden käyttöönoton ohjaus ovat osa asiantuntijahoitajan vastuualuetta. Vapaaehtoistoiminnasta tiedottaminen sekä toiminnan kehittäminen on myös osa

asiantuntijahoitajan toimenkuvaa. Näiden osaamistarpeiden kehittäminen ja käytäntöjen vakiinnuttaminen osaksi päivittäistä hoitohenkilökunnan toteuttamaa hoitotyötä edellyttää pitkäjänteistä ja suunnitelmallista kehitystyötä.

Yhteistyön kehittäminen psykiatrian poliklinikan sekä palliatiivisen keskuksen kanssa kohdennettiin kliinisen asiantuntijahoitajan vastuualueeksi. Kliinisen asiantuntijahoitajan rooli oirehoidon arviointimittareiden valinnassa, koulutuksessa ja käyttöönotossa tulee olemaan erittäin tärkeä. Kehittämistyöhön tulee valmistautua huolellisesti näyttöön perustuvaa toimintaa toteuttaen.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijahoitajien suunniteltiin kehittävän PACE-menetelmän avulla koulutusta vuorovaikutustilanteisiin. Myös valmius palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa ilmenevien haastavien tilanteiden purkuun, debriefing-apuun sekä defusing-apuun, tunnistettiin osaksi asiantuntijahoitajan osaamista.

6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuusiolinna Terveys Oy:n elämän loppuvaiheen hoitoa tarjoavien yksiköiden hoitohenkilökunnan osaamista perus- ja A-tason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Opinnäytetyön tutkimusosa toteutettiin Journal Club- toiminnalla, jonka tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista tunnistamalla laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät.

Osana opinnäytetyötä laadittiin aineistorunko, jonka perusteella palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa perus- ja A-tasolla tarvittava osaaminen kuvattiin. Opinnäytetyön tutkimusosassa esille nousseet organisaation laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät huomioimalla aineistorungon avulla tunnistettiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen osa-alueita. Näin saatiin vastaus kehittämisosan tutkimuskysymykseen: Miten hoitohenkilökunnan osaamista tulee kehittää Kuusiolinnan perus- ja A-tason palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavissa yksiköissä?

6.1 Tulosten tarkastelua

Implementointisuunnitelmaa laadittaessa tärkeimmiksi osaamisen kehittämisen osa-alueiksi nousivat kirjallisen saattohoitosuunnitelman laatiminen yksiköittäin, systemaattinen, yksilöllinen ja ennakoiva hoidon suunnittelu, kirjaamisen ohjaus, yhtenäinen osaaminen sairaustilanteen tunnistamisessa, konsultaatio-osaaminen, vuorovaihtuksen kehittäminen osana potilaan ja läheisten tukemista sekä tehtävänjaosta sopiminen moniammatillisessa työyhteisössä. Näiden lisäksi implementoinnin tavoitteeksi asetettiin myös, että jokaisella palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavalla hoitohenkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä on peruskoulutuksen lisäksi täydennyskoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Osaamisen kehittämisen implementoinnissa huomioitiin asiantuntijahoitajan rooli ja osaamisen hyödyntäminen. Implementointisuunnitelma on kuvattu tarkemmin liitteessä 3.

Kirjallinen saattohoitosuunnitelma ja täydennyskoulutus

Hoitohenkilökunta nosti esille tarpeen yhtenäisiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ohjeistuksiin. Saattohoitosuunnitelman laatiminen on kirjattu yhdeksi perustason laatukriteeriksi Saarron ja muiden (2019) raportissa. Yhtenäiset ohjeistukset mahdollistavat osaltaan laadukkaan hoitotyön toteutumisen.

Alueellisten koulutusten, PACE-menetelmän ja saattohoitopassin avulla voidaan vahvistaa peruskoulutuksessa saatua hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista sekä varmistaa tietty osaamisen taso. PACE-toimintamalliin kuuluu kuusi askelta, jotka sisältävät osaamisen kehittämistä elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelusta, iäkkään asukkaan laadukkaan hoidon tarjoamisesta, voinnin arvioinnista ja seurannasta, hoidon koordinoinnista ja moniammatillisesta tiimityöstä, kuolinprosessin kokonaisvaltaisesta ymmärtämisestä sekä lähestyvän kuoleman tunnistamisesta. PACE-toimintamallia voidaan hyödyntää myös osaamisen kehittämiseen kuoleman jälkeisiä toimenpiteitä koskien. Menetelmän näkökulmina ovat hoitohenkilökunnan elämän loppuvaiheen hoitoa koskevat asenteet, henkilöstön osaaminen ja hoidon laatu sekä toiminnan kustannusvaikuttavuus. (Elämän loppuvaiheen hoidon tutkimus- ja kehittämishanke PACE 2019.) Saattohoitopassi on maksuton THL:n palliatiivisen hoidon ja saattohoidon verkkokurssi. Kurssi koostuu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusasioista sisältäen seitsemän eri osiota: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteet ja palvelujärjestelmä, kohtaaminen ja vuorovaikutus, hoiva, huolenpito ja oirehoito palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, lääkehoidon toteutus, sekä kuolema ja kuoleman jälkeinen hoito. (Saattohoitopassi-verkkokurssi 2021.)

Kivun ja muiden oireiden kokonaisvaltainen hallinta ja hoito on palliatiivisen hoitotyön yksi tärkeimmistä osa-alueista. Oirehoidon tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä olo (Seow & Bainbridge 2018). Yleisimpien oireiden kuten kivun, hengenhädistyksen, pahoinvoinnin ja henkisen ahdistuksen arviointi ja mahdollisimman hyvä hoito edellyttävät hoitohenkilökunnalta oirehoidon osaamista ja tarpeen arviointia. Arvioinnin tulisi perustua systemaattiseen mittaristoon, joita palliatiivisessa hoidossa yleisesti käytettynä ovat ESAS ja PAINAD. Henkisen ahdistuksen hoidon tärkeyttä ei tule vähätellä. A-tason yksiköissä akuuttiosastolla ja kotisairaalassa tulee

olla sedaatiovalmius. Myös tältä osin käytännön ohjeistus ja toimintamalli tulee kirjata.

Oirehoito-ohjeistus, lääkehoidon osaamisen tarve yksikössä sekä lääkkeettömän oirehoidon menetelmät tulee kirjata saattohoitosuunnitelmaan. Saattohoitosuunnitelmassa tulee ottaa huomioon myös tarvittavat välineet ja niiden saatavuus huomioiden myös kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen yksiköt. Osana palliatiivisen hoidon toiminnan kehittämistä joulukuulla 2020 toteutettiin Etelä-Pohjanmaan alueen sairaanhoitopiirin palliatiivisen keskuksen organisoima tehostetun palveluasumisyksiköiden akuuttilääkehoitovarasto, joka sisältää lääkärin määräyksellä käytettäviä lääkkeitä käytettäväksi tilanteissa, joissa lääkityksen toteutuminen viivästyisi muuten kohtuuttomasti.

A-tasolla potilaan läheisten hyvinvointi tulee huomioida systemaattisesti (Saarto ym. 2019). Rajoittamattomat vierailuajat saattohoitopotilaan luona näyttävät tutkimusten mukaan lisäävän läheisten tyytyväisyyttä hoitoon. Konkreettisia keinoja läheisten tukemiseksi ovat erilaisiin tukiryhmiin ohjaaminen sekä kirjallisten esitteiden, oppaiden ja ohjeiden käyttö. Tukemista ja välittämistä osoittaa etenkin osasto-olosuhteissa rauhallisen, fyysisen hoitoympäristön järjestäminen. (Kynoch, Chang, Coyer & McArdle 2016.)

Systemaattinen, yksilöllinen ja ennakoiva hoidon suunnittelu ja kirjaamisen ohjaus

Ennakoiva hoitosuunnitelma palvelee oirehoidon osalta niin potilasta, hänen läheisiään kuin moniammatillista hoitotyötä toteuttavaa henkilökuntaa. Hoitosuunnitelma perustuu potilaan sairaus- ja elämäntilanteeseen, tarpeisiin ja toiveisiin. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan yksilöllisyys, itsenäisyys sekä potilaan oikeudet. Hoitohenkilökunnan osaamisen tulee kattaa myös kulttuurien tuntemus ja kunnioitus. Saarto ja muut (2019) toteavat lääketieteellisten päätösten hoidon linjauksista tehtävän lääkärin toimesta potilasta ja tämän läheisiä kuullen. Hoitosuunnitelman tulee sisältää hoidonlinjaukset ja -rajaukset, potilaan hoitotahdon, ennakoivan hoitosuunnitelman toimintaohjeineen sekä oirehoidon lääkityksen akuuttitilanteita varten sairauskohtaisesti tilanne huomioiden. (Saarto ym. 2019.)

Hoitosuunnitelmien, -linjausten ja -rajausten ajantasaisuuden seuranta on haaste etenkin osasto-olosuhteissa potilaiden vaihtuvuuden vuoksi. Kuitenkin säännöllisten sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä olevien asiakkaiden hoitosuunnitelmien, -linjausten ja -rajausten tulee olla ajantasaisia. Tehostetun palveluasumisyksiköissä tapahtuvan systemaattisen hoidontarpeen arvioinnin myötä toiminnan edut ovat selkeästi nähtävillä organisaation muidenkin yksiköiden toiminnassa. Ajantasaiset hoidon linjaukset ja -rajaukset sisältävä hoitosuunnitelma edistää elämän loppuvaiheessa olevien kotihoidon asiakkaiden hoidon suunnitelmallisuutta ja vähentää osastolla käytävien hoitolinjaus-keskusteluiden tarvetta.

Toiminnan turvaaminen ympärivuorokautisesti on osa ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista. Kotona asuvalle palliatiivisessa hoidossa olevalle potilaalle tuki tulee järjestää tapauskohtaisesti kaikkina vuorokauden aikoina. Kirjaamisen ohjaaminen edistää tiedonkulkua ja jatkohoidon suunnittelua ja toteutusta.

Yhtenäinen osaaminen sairaustilanteen tunnistamisessa ja konsultaatio-osaaminen

Sairaustilanteen tunnistaminen, potilaan toimintakyvyn ja tilanteen arviointi sekä päätöksenteko-osaaminen nousivat palliatiivisessa hoitotyössä tärkeiksi hoitohenkilökunnan osaamisen osa-alueiksi. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen, lähestyvän kuoleman ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen, saattohoitopäätöksen teko sekä erityistason hoidon tarpeen tunnistaminen kuuluvat kaikille tasoille perustasosta vaativaan erityistasoon. Tarpeettomista toimenpiteistä luopuminen vaatii hoitohenkilökunnalta vuorovaikutustaitoja, rohkeutta ja päätöksenteko-osaamista. Eriyisesti erityistason hoidontarpeen arviointiosaamiseen tulee kiinnittää huomiota. Saarron ja muiden (2019) mukaan saattohoitosuunnitelmaan tulee kirjata kuvaus yleisimpien oireiden ja lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamisesta. Suunnitelmassa tulee olla myös konsultoitavan tahon yhteystiedot ja konsultointiohjeistus (Saarto ym. 2019).

Vuorovaikutustaitojen kehittäminen osana potilaan ja läheisten tukemista

Perustason vuorovaikutusosaaminen kuvataan kirjallisuudessa hyvinä vuorovaikutustaitoina; taitona puhua vaikeistakin asioista. Osaaminen kuvautuu Saarron ja Finne-Soverin (2019), Saarron ja asiantuntijatyöryhmien (2017 ja 2019), Hökän ja muiden

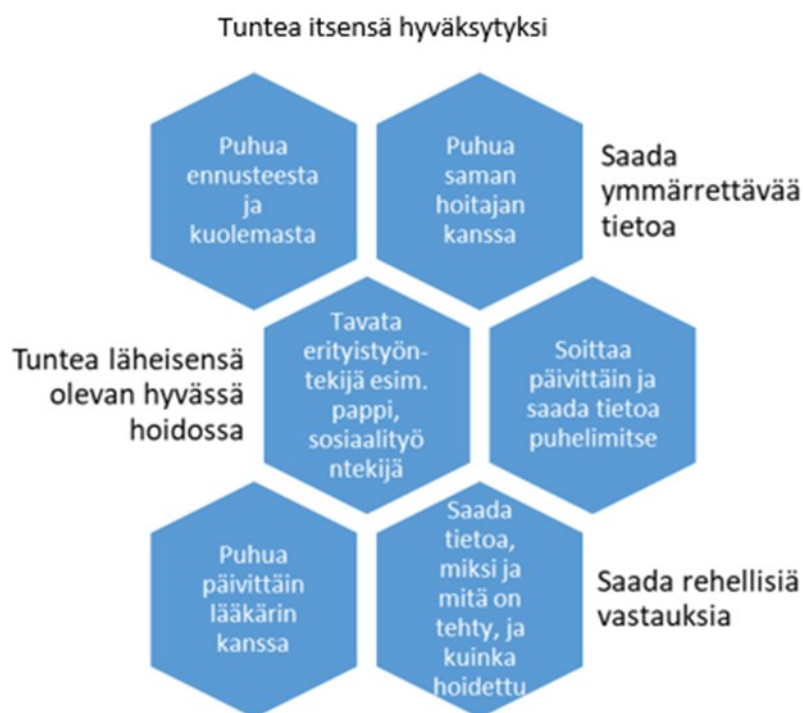
(2021 ja 2021) tutkimusten sekä myös Seow ja Bainbridgen (2018) mukaan myönteisenä asenteena yhteistyöhön niin potilaan, hänen läheistensä kuin moniammatillisen tiimin kanssa. Osaaminen käsittää taidon tukea perhettä ja potilasta ottaen huomioon myös heidän psykososiaaliset ja henkiset tarpeensa. Hoitohenkilökunnalta edellytetään perustietojen ja -taitojen osaamista, taitoa ennakoida, hoitaa ja arvioida kipua sekä muita oireita. (Saarto & Finne-Soveri 2019; Saarto ym. 2017 ja 2019; Hökkä ym. 2020 ja 2021; Seow & Bainbridge 2018.)

Näiden lisäksi Hökän ja muiden (2021) tutkimuksessa palliatiivisen hoidon perustason vuorovaikutustaitojen osalta kompetensseiksi kuvattiin myös hoitohenkilökunnan ominaisuuksia. Itsetuntemus, jatkuva itsensä kehittäminen ja oman osaamisen arviointi, rehellisyys, itsemyötätunto, omien tunteiden tunnistaminen, rohkeus kohdata kuolema, eettisyys ja ammatillisuus ovat osa palliatiivisen hoidon osaamista ja sen kehittymistä tukevia ominaisuuksia.

Lähestyvä kuolema herkistää ihmisen usein pohtimaan elämän merkityksellisyyttä ja olemassaolon tarkoitusta. Kirjallisuuskatsauksessaan Candy, Jones, Varagunam, Speck, Tookman ja King (2012) toteavat tavanomaisen palliatiivisen hoidon ohessa annettavan potilaan kulttuurin ja vakaumuksen huomioivan tuen olevan usein vaikuttavinta. Asioiden käsittely voi auttaa potilasta ja hänen läheisiään hyväksymään vaikea elämäntilanne ja kuoleman väistämättömyys. Candy ja muiden (2012) mukaan kärsimystä tulee kuitenkin ymmärtää, ja psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ja erityistason tuen järjestäminen tarvittaessa onkin tärkeä osa perus- ja A-tason hoitohenkilökunnan toimintaa.

Kynoch´n ja muiden (2016) katsauksen aineisto on kerätty aiemmista tutkimuksista, joiden kohderyhmänä on ollut teho-osasto. Teho-osastolla tapahtuvaa kriittisesti sairaa, tiedottoman potilaan läheisten kohtaamista voidaan verrata saattohoidossa tapahtuvaan läheisten kohtaamiseen. Avoin keskustelu parantaa potilaan, läheisten sekä hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta rohkaisten ja lisäten myös perheen osallistumista läheisensä hoitoon. Keskustelemalla vaikeistakin asioista, tämänhetkisestä tilanteesta sekä tulevaisuudesta hoitohenkilökunta voi edistää potilaan ja perheen päätöksentekokykyä ja helpottaa tilanteesta selviytymistä. (Kynoch ym. 2016.)

Kynoch´n ja muiden (2016) katsauksessa on koottu kriittisesti sairaan ihmisen läheisten psykososiaalisen tuen tarpeita (ks. kuvio 8). Läheisten psykososiaalisen tuen tavoitteiksi voidaan asettaa läheisten tyytyväisyys, toivon säilyminen, läheisten tarpeiden huomiointi sekä ahdistuksen ja masennuksen ehkäisy myös potilaan kuoleman jälkeen. Annettavan tiedon ja ohjauksen tulee olla ymmärrettävää. Läheisten kokemaan psykososiaaliseen tukeen vaikuttaa myös hoitohenkilökunnan asenteet. (Kynoch ym. 2016.)



Kuvio 8. Läheisten psykososiaalisen tuen tarpeita (muokattu Kynoch ym. 2016)

Tehtävänjaosta sopiminen moniammatillisessa työyhteisössä

Seow ja Bainbridge (2018) kuvaavat saumattoman yhteistyön eri yksiköiden ja toimijoiden välillä merkitykselliseksi. Kirjattu toimintasuunnitelma mahdollistaa toiminnan kehittämisen huomioimisen henkilöstöressurssien suunnittelussa. Palliatiivisen hoidon monialaisuutta voidaan pohtia yksilöllisesti potilaan hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

Saarron ja muiden (2019) mukaan ympärivuorokautisesta hoidosta saadut tulokset THL:n vuonna 2018 toteuttaman kuntakyselyn raportissa osoittavat, ettei suurempi

henkilöstömitoitus turvaa parempaa osaamista kivunhoidon, saattohoidon tai lääkehoidon osaamisen suhteen. Kolmannen sektorin merkitystä palliatiivisen potilaan hoitotyössä ei tule unohtaa tilanteissa, joissa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa kaivataan enemmän läheisyyttä, mitä hoitohenkilökunta ja potilaan läheiset pystyvät sillä hetkellä tarjoamaan.

Asiantuntijahoitajan rooli osana implementointia

Kliinisen asiantuntijahoitajan toimenkuva tulee kirjata yksityiskohtaisesti koko organisaation palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäjänä. Asiantuntijahoitaja toimii yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa ohjaten ja kouluttaen (Bryant-Lukosius ym. 2016). Bryant-Lukosiuksen ja muiden (2016) mukaan asiantuntijahoitajaa voidaan kuvata monin eri ominaisuuksin: hänellä on tavanomaisesti edistyneemmät vuorovaikutustaidot, kyky huomioida ympärillä olevat ihmiset ja jakaa tietämystään. Asiantuntijahoitaja hyödyntää myös muiden tietämystä uuden oppimiseksi. Hän on valmis kompromisseihin ja omaa hyvät koordinoititaidot ja ajankäytön hallinnan. (Bryant-Lukosius ym. 2016.) Seow ja Bainbridge (2018) kuvaavat organisaation, mikä tukee taitavien, omistautuneiden ja tunteenpaloa omaavien palliatiivisen hoitotyön hoitajien toimintaa edistävän hyvää palliatiivista hoitoa.

6.2 Johtopäätökset

Oman työroolini kotisairaalan sairaanhoitajana ja Kuusiolinnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vastuuhoidajana, sekä aiemmin suoritetun Parantumattomasti sairaan palliatiivinen hoito ja saattohoito- täydennyskoulutuksen kautta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen on minulle erityisen tärkeää. Elämän loppuvaiheen hoitotyö on ollut yksi perusterveydenhuollon perustehtävistä kautta aikain, mutta silti palliatiivinen hoito ja saattohoito koetaan haastavaksi. Yksiköissä, joissa pääasiallinen toiminta on akuuttihoitoa, kuntoutusta tai ohjausta, elämän loppuvaiheessa olevan ihmisen hoitotyö ja aikaa vievä saattohoito koetaan joskus turhauttava osana muuta toimintaa. Saattohoitoa ei voida erottaa pienessä yksikössä omaksi toiminnakseen.

Implementointia pohtiessa hoitohenkilökunnan vaihtuvuus on erityisesti sosiaali- ja terveysalalla suuri haaste. Koulutetun, osaavan hoitohenkilökunnan siirtyminen toisiin tehtäviin voi vaikuttaa myös muun hoitohenkilökunnan tahtotilaan toiminnan kehittämässä. Myös tarvittavat uudet taidot ja niihin käytettävät resurssit kertaantuvat hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden kasvaessa. Laaja-alainen saattohoidon perusteiden osaaminen edistää yksiköissä tarjottavan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatua. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäminen lisä- ja täydennyskoulutuksin tulee olla jatkuvaa.

Tutkimusklubi-toiminnan on todettu Haggman-Laitilan, Mattilan ja Melenderin (2016) mukaan olevan positiivinen keino edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä erilaisissa työyhteisöissä. Katsauksessaan he toteavat, että sairaanhoitajilla tulisi olla mahdollisuus kehittää toimintaa ja muuttaa hoitotyön käytäntöjä näyttöön perustuvan tiedon myötä. Journal Club- toiminta ei kuitenkaan Häggman-Laitilan ja muiden mukaan ole ainoana interventiona riittävä näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnissa. Aineistonkeruu-menetelmänä Journal Club-toiminta toimi ansiokkaasti.

Tutkimusklubista saadut tulokset kuvaavat palliatiivisen hoidon osaamisen tasoa perusterveydenhuollossa. Kuusiolinnassa jo aiemmin toteutettu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäminen näkyi tutkimusklubin tuloksissa osaamistarpeiden keskittyessä suurelta osin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteiden sijaan syvempää osaamista vaativiin osaamistarpeisiin. Tutkimustuloksia käytettiin kehittämisosassa toteutetun Kuusiolinnan perus- ja A-tasolla toimivan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelman laatimisessa. Toiminnan tulokset implementoitiin konkreettisesti käytäntöön PEPPA-viitekehyksen ja implementointisuunnitelman avulla. Implementointisuunnitelma laadittiin yhteistyössä organisaation hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä vastaavien henkilöiden kanssa. Implementointi tulee olemaan useiden vuosien prosessi ja osa jatkuvaa osaamisen kehittämistä.

Organisaatiossa tai yksiköissä ei ollut aiempaa kirjallista, konkreettista tai koottua saattohoitotyön suunnitelmaa tai A-tasolla suositusten kriteerit täyttävää kirjallista

toimintamallia. Toimintamallin ja saattohoitosuunnitelman laadinta on jatkossa ehdottoman tärkeää osana hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä.

Lääkelupien osalta tarvitaan toimiyksikkökohtaista keskustelua siitä, millaista lääkeshoidon osaamista kussakin yksikössä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan hoitotyö edellyttää. Myös potilaan hoitoon osallistuva muu henkilökunta hyötyy hoitotyön toiminnan ja osaamisen kehittämiseen tähtäävän implementoitsuunnitelman kuvaamisesta ja arvioinnista. Suositusten mukaisessa toiminnassa tulee jatkossa huomioida myös muut A-tason kriteerit muun muassa lääkäreiden täydennyskoulutuksen osalta.

Asiantuntijahoitajana toimin sairaanhoitopiirin organisoimassa työryhmässä pohtimassa maakunnallista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toiminnan kehittämistä. Saarron ja muiden (2019) raportissa kirjatut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kattavat maakunnalliset kehittämissuodotukset ovat monelta osin jo otettu osaksi alueen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluketjua. Yhteistyötä eri toimijoiden ja palliatiivisen keskuksen kanssa tulee yhä tiivistää. Tulevaisuudessa palliatiivisen erityispätevyysslääkärin konsultointimahdollisuus ympärivuorokautisesti mahdollistaa yhä laadukkaamman hoitotyön myös perusterveydenhuollossa perus- ja A-tason yksiköissä.

Lisääntyvä potilasmäärä ja yhä kiristyvä työtahti vaativat harkittua resurssien kohdentamista perusterveydenhuollon moninaisessa hoitotyössä. Palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta saatavilla olevan ajantasaisen, näyttöön perustuvan tiedon ja suositusten implementointi vaatii aikaa, koulutusta, ohjausta, opetusta, asennemuutosta ja uusien käytänteiden kehittämistä. Opinnäytetyön myötä suositusten implementoinnissa voitiin huomioida hoitotyössä esiintyvät alueelliset mahdollisuudet ja haasteet. Kuolevan ihmisen erityisaseman ymmärtäminen ja palliatiivisen hoidon aseman hyväksyminen on kaiken toiminnan kehittämisen taustalla.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen laadukkuus on osa tutkimuksen eettisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149). Teoriatausta kerättiin laadukkaista ja luotettavista lähteistä, ja tiedonhankinnasta tehtiin selvitys tutkimusluvan liitteeksi. Opinnäytetyön teoriaosan tiedonhankinta keskittyi palliatiivisen hoidon keskeisiin käsitteisiin ja aiempiin tutkimuksiin aiheesta. Keskiössä olivat hoitohenkilökunnan osaamisvaatimukset ja hoitotyön laatu-kriteerit perustuen uusimpiin suosituksiin sekä kansalliseen ja kansainväliseen tutkimustietoon palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Opinnäytetyössä keskityttiin hoitohenkilökunnan näkökulmaan ja osaamisen kehittämiseen. Tärkeimpinä tietolähteinä toimivat verkkojulkaisut, artikkelit sekä asiantuntijalausunnot.

Opinnäytetyön toteuttamiseksi organisaatiosta haettiin tutkimuslupa. Tutkimusluvan hakuprosessin mukaisesti laadittiin opinnäytetyön tutkimussuunnitelma, jonka liitteiksi tehtiin aineistohallintasuunnitelma, tietosuojaseloste sekä selvitys tiedonhankinnasta. Tutkimusluvan sekä sopimuksen opinnäytetyöstä allekirjoitti Kuusiolinnan ikäihmisten palvelujohtaja. Opinnäytetyön ohjausryhmään valittiin henkilöitä, joilla on aiheeseen liittyen kliinistä osaamista sekä myös tutkimusosaamista. Ohjausryhmän toiminta kuvattiin opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön tutkimusosan aineisto kerättiin tutkimusklubi-toiminnan avulla. Tutkimusklubi-toiminnassa korostuvat osallistujien vapaaehtoisuus ja vuorovaikutteinen, positiivinen ilmapiiri (Hotus, 2019). Osallistujat olivat perehtyneet Bowles`n ja muiden (2013) tutkimusklubi-toimintaa koskevan kuvauksen mukaisesti etukäteen artikkeliin ja käsiteltävään aiheeseen, mikä edisti tutkimusklubi-toiminnasta saatavan opinnäytetyön tutkimusaineiston monipuolisuutta ja luotettavuutta.

Tutkimusklubi-toimintaan ja ryhmäkeskusteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja tapahtui työajalla. Saatekirjeeksi laadittiin lomake ”Tietoa tutkimukseen osallistuville” (ks. liite 4). Ainoana sisäänottokriteerinä oli, että tutkimukseen osallistuva oli aiheesta kiinnostunut, hoitotyössä toimiva lähi- tai sairaanhoitaja. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys ei käy ilmi missään vaiheessa. Jokainen osallistuja tuli

kuulluksi ja sai puheenvuoron. Vapaa keskusteluhetki ja tutkimusklubin aihe koettiin tärkeänä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan intressien, kokemusten ja aiempien koulutusten aikaan saama puolueellisuus aiheeseen liittyen on haaste tutkimuksen luotettavuudelle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160). Tutkimusklubi-toiminnalla kerätyssä aineistossa tutkimuksen tekijän rooli kuvautui Hotuksen (2019) tutkimusklubi-toiminnasta kertovan näyttövinkin käytäntöjen mukaisesti objektiivisena havainnoijana ja tarkempien kysymysten esittäjänä. Opinnäytetyössä käytetty PEPPA-viitekehys ohjasi tutkimuksen etenemistä lisäten opinnäytetyön validiteettia ja luotettavuutta. Tutkimuksen tausta-aineisto ja aiemmasta tutkitusta tiedosta kerätty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kompetensseista laadittu aineistorunko osoittautui odotetusti erittäin hyvin soveltuvaksi opinnäytetyön tutkimusaineiston analysoinnissa. Aineistohallintasuunnitelmaan kirjattiin tarkasti aineiston käsittelyä koskevat asiat ja aineiston analyysi toteutettiin kaikki vaiheet opinnäytetyössä kuvaten. Organisaation edustajista koostuva ohjausryhmä arvioi implementointisuunnitelman ja teki muutosehdotuksia. Organisaatio on sitoutunut tarvittaviin lisäresursseihin muun muassa täydennyskoulutuksen tarpeen myötä.

Hoitohenkilökunnan kokemusten huomioonottaminen lisäsi opinnäytetyönä laaditun palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelman laatua. Opinnäytetyöprosessin myötä tuloksekasta tutkimusklubi-toimintaa voidaan edelleen kehittää. Tutkimusklubi mahdollistaa yksiköissä jatkuvan näyttöön perustuvan hoitotyön käytäntöjen arvioimisen ja implementoinnin myös tulevaisuudessa. Toimintaa voidaan Hotuksen (2019) mukaan toteuttaa eri verkostoissa laajalaisesti myös etäyhteyksiä hyödyntäen. Tutkimusklubi tuottaa tietoa näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen ohella hoitotyön johtamisen tueksi (Hotus, 2019).

Opinnäytetyönä toteutetun kehittämistehtävän tulokset ja implementointisuunnitelma ovat siirrettävissä vastaavan perus- ja A-tasolla toimivan organisaation hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiseen.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Asiantuntijahoitajan roolin käyttöönotto edellyttää toiminnan jatkuvaa kehittämistä, arviointia ja yhteistyötä. PEPPA-viitekehyksen seitsemäs osa sisältää implementointisuunnitelman toteuttamisen sekä asiantuntijahoitajan roolin implementoinnin.

PEPPA- viitekehyksen kahdeksannessa vaiheessa arvioidaan kliinisen asiantuntijahoitajan roolin ja uuden toimintamallin vaikutusta itse toimintaan. (Heikkinen 2012.)

Asiantuntijahoitajaroolin ja organisoidun osaamisen kehittämisen vaikutukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatuun olisi erittäin tärkeää selvittää jatkotutkimuksella. Arvioinnissa tulee Heikkisen (2012) mukaan hyödyntää asiakaspalautteita, joiden keräämistä tulisi jatkossa pohtia huolellisesti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eettiset periaatteet huomioiden.

PEPPA-mallin yhdeksäs osa käsittää toiminnan pitkäaikaisarvioinnin. Arvioinnin toteutuessa PEPPA-mallin mukaisesti palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa sekä hoitotyön asiantuntijaroolia voidaan edelleen kehittää organisaation resurssit huomioiden tarvelähtöisesti. (Heikkinen 2012.) Implementointisuunnitelman ja näyttöön perustuvien uusien käytäntöjen käyttöönoton toteutumista tulee jatkossa arvioida luotettavasti tutkimusmenetelmin sekä säännöllisesti implementointisuunnitelmaa päivittäen. Osaamisen kehittämisen ulottaminen yksityissektorilla ikäihmisten parissa toimivissa yksiköissä työskentelevään hoitohenkilökuntaan on myös yksi merkittävä jatkotutkimusaihe.

Saarron ja muiden (2019) suosituksessa mainittu varhaisen palliatiivisen hoidon integroinnin tehostaminen erikoissairaanhoidossa erityisalakohtaisesti lisäisi potilaiden hyvinvointia ja elämänlaatua sekä helpottaisi A- ja perustason toimijoiden työtä. Erikoissairaanhoidon osastoilla toteutettava palliatiivinen hoito ja saattohoito on palliatiivisen keskuksen toimintaa lukuun ottamatta A-tason toimintaa (Saarto ym. 2019). Tutkimusklubi-toiminnan jatkamista ja säännöllisen toiminnan merkitystä hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon osaamisen kehittymiseen olisi mielenkiintoista tutkia jatkossa myös erikoissairaanhoidossa valitsemalla käsiteltäväksi kullekin eri-

koisalalle soveltuva palliativista hoitoa ja saattohoitoa käsittelevä artikkeli. Tutkimusklubi toimii loistavasti näyttöön perustuvan toiminnan ja hoitotyön kehittämistarpeen esiin nostamisen sekä eettisesti haasteellisten asioiden käsittelyn keinona.

Lähteet

- Bowles, P., Marenah, K., Ricketts, D., & Rogers, B. 2013. How to prepare for and present at a journal club. *British Journal of Hospital Medicine*, 74(Sup10), C150–C152. Viitattu 24.2.2021. doi:10.12968/hmed.2013.74.sup10.c150.
https://www.researchgate.net/publication/258857561_How_to_prepare_for_and_present_at_a_journal_club#fullTextFileContent
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S.D., Fliedner, M., Grossmann, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Schwendimann, R., Ulrich, A., Weibel, L., Callens, B. & De Geest, S. 2016. Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016; 48:2, 201-209. Viitattu 10.2.2021. DOI:10.1111/jnu.12199.
- Candy, B., Jones, L., Varagunam, M., Speck, P., Tookman, A. & King, M. 2012. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. *May 2012 Cochrane database of systematic reviews (Online)* 5(5):CD007544 Follow journal. Viitattu 22.3.2021. DOI: 10.1002/14651858.CD007544.pub2.
https://www.researchgate.net/publication/224971955_Spiritual_and_religious_interventions_for_well-being_of_adults_in_the_terminal_phase_of_disease
- Dahlin, C. & Coyne, P. 2019. The palliative APRN leader. *Palliative Care Nursing* Vol.8 No:1, 30–38. Viitattu 23.2.2021. DOI: 10.21037.
<https://apm.amegroups.com/article/view/20600/22763>
- EduPal. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen- Opetus ja kulttuuriministeriön rahoittama korkeakoulutuksen kehittämisen kärkihanke. N.d. Viitattu 13.4.2020 ja 12.2.2021. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>
- Elämän loppuvaiheen hoidon tutkimus- ja kehittämishanke PACE. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.5.2021. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/elaman-loppuvaiheen-tutkimus-ja-kehittamishanke>
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J. & Murtagh, F. E. M. 2017. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine* 15:102. Viitattu 10.2.2021.
<https://rdcu.be/bRRLT>
- Haggman-Laitila, A., Mattila, L-R. & Melender, H-L. A Systematic Review of Journal Clubs for Nurses. 2016. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2016; 13:2, 163–171. Viitattu 30.3.2021.
https://www.researchgate.net/publication/290442547_A_Systematic_Review_of_Journal_Clubs_for_Nurses
- Heikkinen, K. 2012. Kliinisen asiantuntijan roolin analysointi PEPPA-viitekehyksen avulla. Teoksessa *Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinosta*. Toim. Ahonen, P. Turku: Turun

ammattikorkeakoulun raportteja, 38-43. Viitattu 12.2.2021.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf>

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). 2019. Näyttövinkki 6/2019. Viitattu 1.2.2021.

<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/05/nayttovinkki6-2019.pdf>

Hökkä, M., Melender, H-L., Lehto, J. & Kaakinen, P. 2021. Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE Volume XX, Number XX, 2021. Ahead of print article. Viitattu 28.3.2021. DOI: 10.1089/jpm.2020.0632

Hökkä, M., Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H. & Hernández-Marrero, P. 2020. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. Palliative Medicine 1–20. Viitattu 18.2.2021. DOI: 10.1177/0269216320918798.

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216320918798>

Kuusiolinnan Kotisairaala. 2021. Kotisairaalan perehdytysmateriaali. Kuusiolinnaterveys Oy.

Kuusiolinnaterveys Oy. 2018. Internetsivut. Viitattu 15.4.2020.

<https://www.kuusiolinnaterveys.fi/tietoa-meista/medialle>

Kuusiolinnaterveys Oy:n tilastoja. 2020. Toiminnan tilastointijärjestelmä 2018-2020. Kuusiolinnaterveys Oy.

Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F. & McArdle, A. 2016. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2016. THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Viitattu 22.3.2021. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-2477. https://ovidsp-dc2-ovid-com.ezproxy.jamk.fi:2443/ovid-b/ovidweb.cgi?&S=JNPLFPAGAJEBPKJBIPPJCGEHFGEHAA00&Link+Set=S.sh.45%7c1%7csl_190

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.4.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s21>

Palliativisen hoidon asiantuntijaksi. N.d. Täydennyskoulutus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.2.2021.

<https://www.jamk.fi/fi/Koulutus/Taydennyskoulutus/Sosiaali--ja-terveysala/palliativinen-osaaminen/>

Palliativisen ja saattohoidon palveluketju Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella (EPSHP). 2021. Hoitoketjut. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.2.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/shp01305?search=palliativinen%20ja%20saattohoito>

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

Saarto, T. ja Finne-Soveri, H. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Viitattu 2.4.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen- Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44, Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.4.2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20järjestäminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa - Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.2.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Saattohoitopassi-verkkokurssi. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.5.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-kehittäminen-tutkimus-ja-koulutus/saattohoitopassi-verkkokurssi>

Seow, H. & Bainbridge, D. 2018. A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE Volume 21, Number S1, 2018. Viitattu 20.3.2021. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0392>

Sipilä, R., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Kaila, M. 2016. Implementointia suomeksi. Duodecim 2016 : 9, s.850-857. Viitattu 24.2.2021. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/223972/Implementointia_suomeksi.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT). Kuolemansyyt 2018. Tilastokeskus. Viitattu: 15.4.2020. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/index.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. (Uudistettu laitos, ensipainos 2002.) Tammi.

Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, A. & Grimsmo, A. 2012. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res 13, 121 (2013). Viitattu 3.3.2020. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-121>.

Vanhuspalveluiden tila 2020- Palliatiivinen ja saattohoito. 2020. THL. Kuntakysely. Viitattu 18.2.2021. <https://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-2020-kuntakysely-palliatiivinen-hoito-ja-saattohoito>

Yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet 2019. 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sivut 297-302. Viitattu 28.3.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>

Liitteet

Liite 1. Ikäihmisten palveluiden laatukriteerit Saarron ym. (2019) mukaan

IKÄIHMISTEN PALVELUIDEN LAATUKRITEERIT (Saarto ym., 2019)	
Laatukriteerit koskien asiakkaan hoitotahtoa ja vuorovaikutusta	POTILAAN HOITOTAHDON HUOMIOIMINEN JA KUNNIOITTAMINEN
	POTILAAN KOKEMUS SIITÄ, ETTÄ ON SAANUT RIITTÄVÄSTI TIETOA TILANTEESTAAN
	POTILAAN KOKEMUS SIITÄ, ETTÄ ON SAANUT RIITTÄVÄN HOIDON JA AVUN
Laatukriteerit koskien omaisten ja läheisten roolia sekä vuorovaikutusta henkilöstön kanssa	HYVÄ YHTEISTYÖ JA VUOROVAIKUTUS LÄHEISTEN KANSSA
Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ja hoitolupauksen laatukriteerit	HOITOSUUNNITELMAN LAATIMINEN
	HOITOSUUNNITELMAN KÄSITTELY HOITONEUVOTTELUISSA
	HOITOSUUNNITELMAN NÄKYMINEN KAIKILLE TOIMIJOILLE
	HOIDON RAJAUKSET JA LINJAUKSET ON KIRJATTU POTILASTIETOJÄRJESTELMÄÄN
Osaamisen turvaamisen laatukriteerit	LÄHESTYVÄ KUOLEMA OSATAAN TUNNISTAA
	TAVANOMAISET LÄHESTYVÄÄN KUOLEMAAN LIITTYVÄT OIREET OSATAAN TUNNISTAA JA HOITAA OMASSA YKSIKÖSSÄ
	HENKILÖSTÖLLÄ ON ASIANMUKAISET LÄÄKELUVAT
	PSYKOSOSIAALISET JA EKSISTENTIAALISET TARPEET OSATAAN TUNNISTAA JA NIIHIN OSATAAN VASTATA
Asiantuntijan saatavuuden laatukriteerit	YKSIKÖN OMALÄÄKÄRIN KONSULTAATIOMAHDOLLISUUS, KÄYNTI YKSIKÖSSÄ TARVITTAESSA SAMAN ARKIPÄIVÄN AIKANA
	NIMETYN ASIAANTUNTIJAHOITAJAN TAVOITETTAVUUS ARKIPÄIVISIN, KÄYNTI YKSIKÖSSÄ TARVITTAESSA VUOROKAUDEN KULUESSA
	LÄÄKÄRIN KONSULTAATIOMAHDOLLISUUS VIRKA-AJAN ULKOPUOLELLA
	KOTISAIRAALAN KONSULTAATIOMAHDOLLISUUS VÄHINTÄÄN VIRKA-AIKANA
	POTILAAN VAKAUMUKSEN MUKAINEN PSYKKINEN JA EKSISTENTIAALINEN TUKE SAATAVILLA
	TYÖNOHJAUSTA ON SAATAVILLA
Rakenteellisten tekijöiden ja apuvälineiden laatukriteerit	SAATTOHOITOPOTILAAN YKSITYISYYDEN TURVAAMINEN
	LÄHEISEN YÖPYMINEN MAHDOLLISTETTAVA SAATTOHOITOVAIHEESSA
	TARVITTAVAT HOITOVÄLINEET ON SAATAVILLA

Liite 2. Tutkimusklubiin ehdotetut artikkelit ja aihealueet

Artikkelin nimi ja tekijät	Artikkelissa käsiteltävät kompetenssit ja osaamisen aihealueet
Death in nursing homes: a Danish qualitative study Tanja Fromberg Gørlén, Thomas Gørlén & Mette Asbjørn Neergaard	Oirehoidon osaaminen, tarvittavien lääkkeiden anto, vuorovaikutus, hoitosuunnitelman teko ja ammatillinen kehittyminen
Examination of the Perceptions of Nurses Working in a University Hospital towards the Palliative Care and the Obstacles in Practices Ozlem Ugur, Hatice Mert, Murat Bektas, Asli Akdeniz Kudubes, Tugba Yavuzsen & Kamer Mutafoğlu	Vuorovaikutustaidot ja hoitohenkilökunnan asenne palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon
Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring Maria Arantzamendi, Julia Addington-Hall, Maribel Saracibar & Alison Richardson	Valmius psykososiaaliseen tukeen
The perception of nurses of a general hospital on palliative care Bruna Cotrim dos Santos, Ieda Menani de Souza, Renata de Souza Scaldelai, Tatiani	Yleistä palliatiivisen hoidon osaamisesta (3 erilaista artikkelia)

<p>da Silva Palhota Lozano, Giselle Clemente Sailer & Vivian Aline Preto</p> <p>Impact of a legislative framework on quality of end-of-life care and dying in an acute hospital in Spain</p> <p>Juana María Sepúlveda Sánchez, José Miguel Morales Asensio, Isabel María Morales Gil, José Carlos Canca Sánchez, Enrique Pérez Tueba & Antonio Rueda Dominguez</p> <p>Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting</p> <p>Yim Wah Mak, Vico Chung Lim Chiang & Wai To Chui</p>	
<p>Assistance to patients in the final phase of life or under palliative care is inadequate: nurses view</p> <p>Karla Alexsandra de Albuquerque</p>	<p>Hoitohenkilökunnan resurssit palliativisessa hoidossa</p>
<p>The effect of a care bundle on nursing staff when caring for the dying</p> <p>Katherine Clark, Therese Curry & Naomi Byfieldt</p>	<p>Saattohoito akuuttiosastolla; hoitajan asenne ja osaaminen</p>
<p>The role of advance care planning in end-of-life care for residents of aged care facilities</p>	<p>Ennakointi ja suunnitelmallisuus: hoitosuunnitelman merkitys</p>

Allyson Waird & Elaine Crisp	
<p>Are care staff equipped for end-of-life communication? A cross-sectional study in long-term care facilities to identify determinants of self-efficacy</p> <p>Kirsten Evenblij, Maud ten Koppel, Tinne Smets, Guy A. M. Widdershoven, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen & H. Roeline W. Pasma</p>	Vaikkeiden asioiden puheeksiotto
<p>Palliative care consultation team on acute wards-an intervention study with pre-post comparisons</p> <p>Friedrichsen M., Hajradinovic Y., Jakobsson M., Milberg P. & Milberg A.</p>	Erityistason hoidon tarpeen tunnistaminen, konsultointivelvoite ja konsultaatiotaidot

Liite 3. Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämisen implementointisuunnitelma perus- ja A-tasolle

PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON KOMPETENSSI	HOITOHENKILÖKUNNAN PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON OSAAMISEN OSALUEET	OSAAMISEN KEHITTÄMISEN IMPLEMENTOINNIN HUOMIOITAVAT EDISTÄVÄT JA ESTÄVÄT TEKIJÄT	OSAAMISEN KEHITTÄMISEN IMPLEMENTOINNIN TAVOITTEET	HOITOHENKILÖKUNNAN PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON OSAAMISEN KEHITTÄMISEN IMPLEMENTOINNIN KEINOT	VAADITTAVAT RESURSSIT JA VASTUUHENKILÖT	AIKATAULU-SUUNNITELMA
Saattohoidon perusteiden ja perushoitotaitojen osaaminen	<p>Saattohoidon perusteiden ja perushoitotaitojen osaaminen</p> <p>Suunhoito, ihonhoito ja asentohoito</p> <p>Hygieniassa, ruokailussa ja liikkumisessa avustaminen</p> <p>Vainajan laitto</p>	<p>Saattohoidon perusteet ja perushoitotaidot koetaan pääsääntöisesti osattavan</p> <p>Koko henkilökunnalle tarvitaan sama osaaminen</p> <p>Yhtenäiset ohjeistukset ja sovitut käytännöt puuttuvat</p> <p>Aiemmin järjestetty alueellinen koulutus koettiin onnistuneeksi</p>	<p>Kaikilla peruskoulutuksen lisäksi täydennyskoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta</p> <p>Joka yksikössä saattohoitosuunnitelma ja kirjallinen toimintamalli sisältäen ohjeet hoitotyön käytännöistä</p> <p>Systemaattinen perehdytys</p>	<p>Saattohoitopassi suoritettavaksi jokaiselle palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavassa yksikössä työskentelevälle osana täydennyskoulutusta</p> <p>Alueellisen saattohoitokoulutuksen (4h) uusinta sisältäen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteita ja vainajan laitton ohjauksen</p> <p>Yksiköittäin täydennettävän saattohoitosuunnitelmarunгон laadinta sisältäen hoitotyön käytänteet</p> <p>Yksikön saattohoitosuunnitelma osaksi perehdytystä</p> <p>Asiantuntijahoitajien rooli ja osaamisen hyödyntäminen tulee kirjata saattohoitosuunnitelmaan</p>		
Oirehoidon osaaminen	<p>Oireiden arviointi, oirehoidon tarpeen tunnistaminen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi: kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, henkinen ahdistus</p>	<p>Oirehoitoa osataan toteuttaa</p> <p>Oirehoitoa pidetään tärkeänä</p>	<p>Kirjaamisen ohjaus: palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyön suunnitelmafraasi LifeCareen sisältäen suunnitellun oirehoidon</p>	<p>Yksiköittäin täydennettävän saattohoitosuunnitelmarunгон laadinta sisältäen oirehoidon käytänteet ja konsultointiohjeistuksen</p>		

	<p>Oirehoito-ohjeistus ja ennakointi</p> <p>Lääkehoidon osaaminen</p> <p>Lääkkeetön oirehoito</p> <p>Monipuolinen lääkehoito-osaaminen ja sedaatiovalmius/A-taso</p>	<p>Lääkärit luottavat hoitajien arvioon oirehoidon tarpeesta</p> <p>Oirehoidon ohjeistuksen tulee olla käytettävissä</p> <p>Oirehoitoa ja oirehoidon tarpeen arviointia ei toteuteta systemaattisesti, vaan kokemuksen tuomalla varmuudella</p> <p>Ennakoivia hoitosuunnitelmia ei juuri tehdä osastoilla</p> <p>Lääkemääräykset ovat ajoittain puutteellisia</p> <p>Kaikilla ei ole tarvittavia lääkelupia</p> <p>Kipupumpun käyttöön tarvitaan selkeät ohjeet</p> <p>Päivystävällä lääkärillä ei tavanomaisesti ole riittävää palliatiivisen hoidon osaamista esimerkiksi vaativan kivunhoidon aloittamiseksi</p>	<p>ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnin</p> <p>Joka yksikössä saattohoitotuunnitelma ja kirjallinen toimintamalli sisältäen ohjeet oirehoidon käytännöistä ja A-tasolla sedaatiosta</p> <p>Oirehoidon arviointimittarin/mittareiden käyttöönotto</p> <p>Ennakoivan oirehoidon suunnitelman teko systemaattisesti parantomattomasti sairaille, palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa oleville huomioiden vaativan kivunhoidon tarve</p> <p>Kipupumpun yhtenäiset käyttöohjeet</p> <p>Tarvittavat lääkeluvat kaikille hoitotyöntekijöille</p> <p>Kirjallinen konsultaatio-ohjeistus eri tasoilta toiselle</p>	<p>Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyön fraasien laadinta LifeCareen</p> <p>Alueellisen saattohoitokoulutuksen (4h) uusinta, sisältäen oirehoitoa lääkärin ja hoitajan näkökulmasta huomioiden lääkkeetön oirehoito</p> <p>Oirehoidon arviointimittarin/mittareiden valinta, koulutus ja käyttöönotto</p> <p>Hoitolinjauks-fraasien sekä ennakoivan hoitosuunnitelma-pohjan hyödyntäminen LifeCaresta</p> <p>Kipupumpun yhtenäisten käyttöohjeiden laadinta ja osastotunneilla läpikäynti</p> <p>Lääkelupaprotokollan tarkastelu ja päivitys</p> <p>Asiantuntijahoitajien rooli ja osaamisen hyödyntäminen tulee kirjata saattohoitotuunnitelmaan</p>		
<p>Sairaustilanteen tunnistaminen</p>	<p>Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen</p> <p>Lähestyvän kuoleman ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen</p>	<p>Hoitohenkilökunta tekee moniammatillista yhteistyötä sairaustilanteen ja hoidontarpeen tunnistamisessa</p> <p>Tehtävänjaon vakiintomattomuus lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan</p>	<p>Sairaustilanteen ja konsultaatiotarpeen tunnistaminen jokaisen hoitotyöntekijän osaamisalueena</p> <p>Kirjallinen konsultaatio-ohjeistus</p>	<p>Alueellisen saattohoitokoulutuksen (4h) uusinta, sisältäen sairaustilanteen tunnistamisen ja konsultaation tarpeen kriteerit</p>		

	Erityistason hoidon tarpeen tunnistaminen	välillä aiheuttaa haasteita	Tehtävänjaosta sopiminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken	Yksiköittäin täydennettävän saattohoitosuunnitelmarun- gon laadinta sisältäen konsultointiohjeistuksen Asiantuntijahoitajien rooli ja osaamisen hyödyntäminen tulee kirjata saattohoitosuunnitelmaan Tehtävänjaon avaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken		
Ennakointi ja suunnitelmallisuus	Ennakoivan hoitosuunnitelman teko ja päivittäminen sekä saattohoitopäätöksen teko Hoidonlinjaukset ja -rajaukset ja niiden noudattaminen ja tarpeettomista toimenpiteistä luopuminen Potilaan hoitotahdon huomiointi Hoidon tavoitteiden asettaminen Tiedonkulku ja kirjaukset Potilaan ja läheisen ohjaus; jatkohoidon suunnittelu Päätöksenteko-osaa- minen	Hoitosuunnitelmia, -linjauksia ja -rajauksia tehdään vähäisesti ja liian myöhään Diagnoosikoodia Z51.5. tulee käyttää palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa Hoitosuunnitelmaan tulee avata hoidon tavoitteet ja rajaukset Hoitolinjausten teko ja kotisairaaloiminta on vähentänyt merkittävästi ikäihmisten osastohoidon tarvetta ja päivystykseen lähettämistä Kotihoidon resursseja tulee lisätä Yhteistyö ja tiedonkulku eri yksiköiden kesken on toimivaa	Ennakoivan, hoidonlinjaukset ja hoidonrajaukset sisältävän ja potilaan hoitotahdon ja läheiset huomioivan hoitosuunnitelman teko systemaattisesti parantumattomasti sairaille, palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa oleville Hoitosuunnitelmien, -linjausten ja -rajausten ajantasaisuus Hoitosuunnitelman käsittely yhdessä potilaan ja tämän läheisten kanssa Hoitolinjausten ja -rajausten avaaminen; hoidon tavoitteiden asettaminen tulee olla kirjattuna hoitosuunnitelmaan Kirjaamisen ohjaus: palliativisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyön suunnitelmafraasi	Palliativisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitolinjaukset- fraasien hyödyntäminen sekä organisaatiotasolta että LifeCaresta Hoitolinjausten ja -rajausten ajantasaisuuden tarkastaminen systemaattisesti Hoitosuunnitelman käsittely yhdessä potilaan ja tämän läheisten kanssa Palliativisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyön fraasien laadinta LifeCareen Yksiköiden, etenkin kotihoidon henkilöstöressurssien tarkastelu, ja palvelutarpeen mukaisen hoitopaikan turvaaminen jokaiselle potilaalle Riittävien aineellisten resurssien varmistaminen perustuen yksikön saattohoitosuunnitelmaan		

		<p>Ennakoinnin tunnistetaan lisäävän palliatiivisen hoidon laatua</p> <p>Tehtävänjaon vakiintumattomuus lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välillä aiheuttaa haasteita</p>	<p>LifeCareen sisältäen hoidonlinjaukset ja -rajaukset ja potilaan hoitotahdon</p> <p>Palvelutarpeen mukaisen hoitopaikan turvaaminen jokaiselle potilaalle</p> <p>Tehtävänjaosta sopiminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken</p>	<p>Tehtävänjaon avaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken</p> <p>Asiantuntijahoitajien rooli ja osaamisen hyödyntäminen tulee kirjata saattohoitosuunnitelmaan</p>		
Vuorovai- kutustaidot	<p>Vuorovaikutus potilaan kanssa</p> <p>Vuorovaikutus läheisten kanssa</p> <p>Asenteet yhteistyöhön ja potilaan sekä hänen läheistensä kohtaamiseen; aitous ja arvostus, herkkyyks ja empatiisuus, rohkeus toteuttaa hoitoa, kohdata ja olla läsnä</p> <p>Eettisyys, kulttuurien tuntemus ja kunnioitus, potilaan oikeudet, yksilöllisyys ja itsenäisyys</p>	<p>Vuorovaikutus niin potilaan ja hänen läheistensä kuin myös moniammatillisen tiimin välillä vaikuttaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatuun</p> <p>Kiire haastaa hyvän vuorovaikutuksen toteutumista, mutta ajanpuute on myös asenteellista</p> <p>Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja suuri sijaisien määrä aiheuttaa haasteita laadukkaana saattohoidon toteutumiselle muun toiminnan viessä enemmän aikaa</p> <p>Osasto ympäristönä on haasteellinen saattohoidolle</p> <p>Niin hoitohenkilökunnalla kuin potilaalla ja hänen läheisillään on erilaisia tapoja olla vuorovaikutuksessa</p>	<p>Onnistunut vuorovaikutus niin potilaan kuin hänen läheistensä kesken</p> <p>Onnistunut vuorovaikutus moniammatillisen tiimin kesken</p> <p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aseman hyväksyminen</p> <p>Asianmukainen henkilöstömitoitus ja sijaisjärjestelmä</p> <p>Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan ympäristön huomioiminen ja asianmukaiset puitteet toiminnalle</p> <p>Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyön suunnitelmafraasi LifeCareen huomioiden potilaan yksilöllisyys ja kulttuuri</p>	<p>Alueellisen saattohoitokoulutuksen (4h) uusinta, sisältäen osuuden vuorovaikutuksen merkityksestä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa</p> <p>PACE-menetelmän avulla koulutusta vuorovaikutustilanteisiin</p> <p>Henkilöstöhallinto, varahenkilöstöjärjestelmä ja työnkierto; kiirehuippujen hallintaan työkalujen kehittämisen</p> <p>Saattohoitohuoneiden järjestäminen huomioiden potilaan yksityisyys</p> <p>Mahdollistetaan omaisten läsnäolo ja yöpyminen saattohoitopotilaan luona</p> <p>Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyön fraasien laadinta LifeCareen</p>		

		Tärkeintä on keskittyä hetkeen, koskettaa ja olla aidosti lähellä ja läsnä		Asiantuntijahoitajien rooli ja osaamisen hyödyntäminen tulee kirjata saattohoitosuunnitelmaan		
Potilaan ja läheisten tukeminen	<p>Potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisten, eksistentiaalisten, henkisten ja hengellisten tarpeiden tunnistaminen ja huomiointi hoidossa</p> <p>Psykososiaalisen, eksistentiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen järjestäminen</p> <p>Toivon ylläpitäminen</p> <p>Vapaaehtoistyöntekijöiden rooli</p> <p>Taito tukea ja taito puhua vaikeista asioista/A-taso</p> <p>Kärsimyksen tiedostaminen, ymmärtäminen ja lievittäminen/A-taso</p> <p>Lähipiiriin, mukaan lukien lasten ja nuorten, hyvinvoinnin systemaattinen kartoittaminen /A-taso</p>	<p>Läheisten läsnäolo edistää potilaan hyvinvointia</p> <p>Kolmannen sektorin tukea on hyödynnetty vähäisesti</p> <p>Läheisten tukeminen on vaativaa</p> <p>Tilajärjestelyt ja hoitoympäristö vaikuttavat potilaan ja läheisten hyvinvointiin</p> <p>Kotona tapahtuva palliatiivinen hoito ja saattohoito tukee myös läheisten hyvinvointia</p> <p>Vaikeiden asioiden puheeksi ottoon potilaan ja läheisten kanssa kaivataan selkeyttä ja sovitutuja käytäntöjä</p>	<p>Tehtävänjaosta sopiminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken</p> <p>Onnistunut vuorovaikutus niin potilaan kuin hänen läheistensä kesken</p> <p>Joka yksikössä saattohoitosuunnitelma ja kirjallinen toimintamalli sisältäen ohjeet psykososiaalisen, eksistentiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen järjestämisestä</p> <p>Vapaaehtoistoiminta osaksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon arkea</p> <p>Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan lähipiiriin, erityisesti lasten ja nuorten hyvinvoinnin systemaattinen kartoittaminen</p> <p>Psykososiaalisen tuen mahdollistaminen myös akuuttitilanteissa</p> <p>Oirehoidon arviointimittarin/mittareiden käyttöönotto mukaan lukien psykososiaalisen, eksistentiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen tarpeen arviointi</p>	<p>Tehtävänjaon avaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken</p> <p>PACE-menetelmän avulla koulutusta vuorovaikutustilanteisiin</p> <p>Lähipiirilomakkeen laatiminen täytettäväksi hoitosuunnitelman teon yhteydessä yhteistyössä palliatiivisen keskuksen kanssa</p> <p>Yhteistyön kehittäminen psykiatrian poliklinikan Liito-työparin kanssa</p> <p>Asiantuntijahoitajien rooli ja osaamisen hyödyntäminen tulee kirjata saattohoitosuunnitelmaan</p> <p>Vapaaehtoistoiminnasta tiedottaminen sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille ja läheisille</p> <p>Oirehoidon arviointimittarin/mittareiden valinta, koulutus ja käyttöönotto</p> <p>Yksiköittäin täydennettävän saattohoitosuunnitelmarunгон laadinta sisältäen psykososiaalisen, eksistentiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen tarpeen arvioinnin, huomiointin hoidossa ja tuen jär-</p>		

			<p>Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan ympäristön huomioiminen ja asianmukaiset puitteet toiminnalle</p> <p>Työnohjausta on saatavilla tarvittaessa</p>	<p>jestämisen käytännöt mukaan lukien kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen, B-tason hoidon tarpeen arviointi, erityistyöntekijät sekä kolmas sektori</p> <p>Alueellisen saattohoitokoulutuksen (4h) uusinta sisältäen tietoa vuorovaikutuksesta sekä potilaan ja läheisen tukemisesta</p> <p>Saattohoitohuoneiden järjestäminen huomioiden potilaan yksityisyys</p> <p>Mahdollistetaan omaisten läsnäolo ja yöpyminen saattohoitopotilaan luona</p> <p>Valmius työnohjaukseen, sekä matalan kynnyksen debriefing-apuun sekä defusing-apuun</p>		
<p>Hoitoketjun tuntemus ja moniammatillinen yhteistyö</p>	<p>Hoitoketjun tuntemus</p> <p>Moniammatilliset yhteistyötaidot</p> <p>Konsultointitaidot ja konsultointivelvoite (24/7) eri tasoilla</p>	<p>Lääkärin rooli on erittäin merkityksellinen edistään sekä myös estään laadukkaan palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutumista</p> <p>Yhteistyö eri yksiköiden kesken on toimivaa</p> <p>Konsultaatiot päivystävälle lääkärille, joka ei tunne potilasta, koetaan haastavaksi</p> <p>Lääkärin tavoitettavuus 24/7 on pääsääntöisesti hyvä</p>	<p>Tehtävänjaosta sopiminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken</p> <p>Sairaustilanteen ja konsultaatiotarpeen tunnistaminen jokaisen hoitotyöntekijän osaamisalueena</p> <p>Kirjallinen konsultaatio-ohjeistus eri tasoilta ja eri ammattiryhmältä toiselle</p> <p>Ennakoivan oirehoidon suunnitelman teko systemaattisesti parantuu</p>	<p>Tehtävänjaon avaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kesken</p> <p>Alueellisen saattohoitokoulutuksen (4h) uusinta sisältäen hoitoketjun esittelyn ja konsultoinnin käytännöt</p> <p>Yksiköittäin täydennettävän saattohoitosuunnitelmarungon laadinta sisältäen konsultaatio-ohjeistuksen eri tasoille</p> <p>Palliativisen hoidossa olevan potilaan ja saattohoitopotilaan hoitolinjaukset- fraasien</p>		

			<p>mattomasti sairaille, palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa oleville huomioiden vaativan kivunhoidon tarve</p> <p>Joka yksikössä saattohoitosuunnitelma ja kirjallinen toimintamalli sisältäen konsultaatio-ohjeistuksen</p> <p>Palliatiivisen erityispätevyyslääkärin konsultaatiomahdollisuus 24/7</p>	<p>hyödyntäminen sekä organisaatiotasolta että LifeCaresta</p> <p>Asiantuntijahoitajien rooli ja osaamisen hyödyntäminen tulee kirjata saattohoitosuunnitelmaan</p> <p>EPSHP/ERVA yhteistyö: Palliatiivisen erityispätevyyslääkärin konsultaatiomahdollisuus 24/7</p>		
--	--	--	---	---	--	--

Liite 4. Saatekirje ”Tietoa tutkimukseen osallistujalle”



Tiedote tutkimukseen
osallistujalle

Tietoa tutkimukseen ”Lähellä ja läsnä - Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla” osallistujalle

Sinut on kutsuttu osallistumaan tutkimukseen. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Voit keskeyttää osallistumisesi milloin tahansa tutkimuksen aikana. Jos vetäydyt tutkimuksesta, sinuun ei kohdistu mitään negatiivista seurausta, mutta sinulta siihen asti kerättyä aineistoa voidaan käyttää tutkimukseen.

1 Tutkimuksen aihe

Lähellä ja läsnä

Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla

2 Aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa

Työyksikössä tapahtuva ryhmäkeskustelu, joka tallennetaan äänitiedostona.

Osallistujana perehdyt edeltävästi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista koskevaan tutkimusartikkeliin, jonka pohjalta ryhmäkeskustelu käydään. Tutkimuskysymyksenä pohditaan, mitkä tekijät hoitohenkilökunnan kokemana edistävät ja estävät laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumista.

3 Miksi ja millä perusteella tutkimuksessa käsitellään henkilötietojasi

Tutkimus tehdään osana hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä koskevaa suunnitelmaa.

Aineistoa ei luovuteta eteenpäin, ainoastaan tutkimuksen tekijä käsittelee äänitiedostoja.

4 Tietojesi siirto EU:n ulkopuolelle

Tutkimuksessa ei siirretä tietojasi EU:n ulkopuolelle.

5 Millä toimilla tietojasi suojataan?

Tutkimuksessa täyttyvät seuraavat edellytykset, joilla turvataan oikeuksiasi:

Tutkimuksella on tutkimussuunnitelma

Tutkimuksen vastuuhenkilö on: [REDACTED]

Henkilötietoja käytetään ja luovutetaan vain yllä kohdassa 3 mainittua tarkoitusta varten sekä muutoinkin toimitaan niin, että tiettyä henkilöä koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille.

Tutkimuksen osalta on tehty tietosuojaa koskeva vaikutustenarviointi.

Henkilötietojen säilytys ja anonymisointi

Tieteellisessä tutkimuksessa on tarpeellista säilyttää tutkimusaineistot, jotta tutkimustulokset voidaan verifioida ja jo kerättyjä tutkimusaineistoja voidaan käyttää jatkotutkimukseen ja uusiin tieteellisiin

Jyväskylän ammattikorkeakoulu	Postiosoite/Address	Puhelin/Tel.	Faksi/Fax	Internet	Y-tunnus
JAMK University of Applied Sciences	PL 207	0207438100	(014) 4499694	www.jamk.fi	1006550-2
	FI-40101 Jyväskylä	+358 20 743 8100	+358 14 4499694		
	FINLAND				

tutkimuksiin. Tutkimusaineistot anonymisoidaan tai pseudonymisoidaan aina kun se on mahdollista. Tutkimustulokset julkaistaan siinä muodossa, ettei yksittäinen henkilö ole yleisesti tunnistettavissa. Erityistapauksissa, esimerkiksi kun haastatellaan kuvataiteilijoita heidän teoksistaan, voi olla perusteltua ilmaista tekijät.

1 Tutkimukseen osallistuvan oikeudet tieteellisessä tutkimuksessa

Koska kyse on tieteellisestä tutkimuksesta, henkilötietojen käsittelyä ei käytetä osallistujaa koskevaan päätöksentekoon.

Tutkimukseen osallistuvan oikeuksista poikkeaminen on tarpeen ja perusteltua, jos tutkimuksella on yleisen edun mukaiset tarkoitukset ja tutkimukseen osallistuvan oikeudet todennäköisesti estävät tarkoitusten saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti ja tällaiset poikkeukset ovat tarpeen näiden tarkoitusten täyttämiseksi. Seuraavista tietosuoja-asetuksen mukaisista oikeuksista tullaan todennäköisesti poikkeamaan:

- oikeus saada pääsy tietoihin ja tarkastaa tiedot
- oikeus oikaista tiedot
- oikeus vastustaa henkilötietojen käsittelyä
- oikeus tulla unohdetuksi eli oikeus tietojen poistamiseen

Jos kuitenkin tutkimuksen tavoitteet on mahdollista saavuttaa eikä tarkoituksen saavuttaminen vaikeudu suuresti, JAMK toteuttaa tietosuoja-asetuksen mukaisia oikeuksiasi. Oikeuksiasi laajuus on sidottu henkilötietojesi käsittelyperusteeseen ja voimassa olevaan lainsäädäntöön ja oikeuksien käyttö edellyttää tunnistautumista.

2 Lisätietoa tutkimuksesta ja oikeuksien käyttämisestä

Tässä tutkimuksessa rekisterinpitäjänä on Maria Leppälä, [REDACTED]

Voit ottaa yhteyttä JAMKin tietosuojavastaavaan, jos sinulla on kysymyksiä tai vaatimuksia henkilötietojen käsittelyn osalta:

Sähköposti: tietosuoja@jamk.fi

Jos koet, että henkilötietoja on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti, on osallistujalla oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle, tietosuojavaltuutetulle (lue lisää: <http://www.tietosuoja.fi>).

Ystävällisin terveisin Maria Leppälä

[REDACTED]
[REDACTED]

Jyväskylän ammattikorkeakoulu	Postiosoite/Address	Puhelin/Tel.	Faksi/Fax	Internet	Y-tunnus
JAMK University of Applied Sciences	PL 207 FI-40101 Jyväskylä FINLAND	0207438100 +358 20 743 8100	(014) 4499694 +358 14 4499694	www.jamk.fi	1006550-2



Tiedote tutkimukseen
osallistuvalla

Jakelu

Tutkimukseen osallistuva

Täyttämällä tämän lomakkeen vahvistat, että olet lukenut "Tietoa tutkimukseen Lähellä ja läsnä - Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perus- ja A-tasolla osallistuvalla" – lomakkeen ja annat suostumuksesi edellä mainittuun tutkimukseen osallistumiseen ja ryhmäkeskustelun tallentamiseen äänitiedostona.

Etunimi Sukunimi
nimike
Organisaatio
paikka ja pvm

Jyväskylän ammattikorkeakoulu	Postiosoite/Address	Puhelin/Tel.	Faksi/Fax	Internet	Y-tunnus
JAMK University of Applied Sciences	PL 207	0207438100	(014) 4499694	www.jamk.fi	1006550-2
	FI-40101 Jyväskylä	+358 20 743 8100	+358 14 4499694		
	FINLAND				