

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN JA SAAT- TOHOIDON OSAAMINEN PERUSTER- VEYDENHUOLLOSSA POHJOIS-SAVON ALUEELLA

Kyselytutkimus

TEKIJÄ Mervi Hakkarainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Tutkinto-ohjelma Kliininen asiantuntija, palliatiivinen hoito -tutkinto-ohjelma			
Työn tekijä(t) Mervi Hakkarainen			
Työn nimi Palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon osaaminen perusterveydenhuollossa Pohjois- Savon alueella			
Päiväys	18.4.2022	Sivumäärä/Liitteet	72
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä- Savon SOTE Kuntayhtymä ja Lapinlahden kunta			
Tiivistelmä <p>Palliatiivisen- ja saattohoidon tarve tulee kasvamaan Suomessa koko ajan. Sen toteuttaminen vaatii kaikilta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä vahvaa ammatillista osaamista. Suomessa palveluiden järjestämisessä ja hoidon toteuttamisessa sekä ammattilaisten osaamisessa on todettu olevan alueellisesti eroja. Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut suosituksensa palveluiden järjestämisestä sekä laatukriteerit hoidolle.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista perusterveydenhuollossa Pohjois- Savon alueella. Tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiseksi kansallisten ja kansainvälisten laatukriteerien mukaisesti Pohjois- Savossa.</p> <p>Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineisto kerättiin kolmen viikon aikana helmikuussa 2022 Webropol kyselyllä Ylä- Savon SOTEN ja Lapinlahden kunnan alueen kotisairaaloista, vuodeosastoilta, palveluasumisista sekä kotihoidoista. Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä.</p> <p>Tutkimustulosten (n=107) mukaan hoitajien palliatiivisen – ja saattohoidon osaamisessa oli eroja työyksiköittäin. Kotihoidon hoitajat arvioivat oman osaamisensa huonommaksi kuin kotisairaalan, vuodeosaston tai palveluasumisen hoitajat. Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamista hoitajat tarvitsevat lisää kokonaisvaltaisesta oirehoidosta, kivunhoidosta, vuorovaikutuksesta, moniammatillisuudesta, eksistentiaalisuudesta sekä hengellisestä- ja psykososiaalisesta tukemisesta.</p> <p>Kehitettävänä asioina nousi esiin myös elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen, rauhallisen ympäristön järjestäminen, lisähenkilökunnan resursoiminen sekä sen myötä kiireettömän läsnäolon turvaaminen. Lisäksi keskeinen kehitettävä asia on yhteistyön lisääminen palliatiivisen poliklinikan ja perusterveydenhuollon välillä.</p>			
Avainsanat Palliatiivinen hoitotyö, saattohoito, palliatiivisen hoidon osaaminen			

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing	
Author(s) Mervi Hakkarainen	
Title of Thesis Expertise in palliative care and end of life care in primary health care in Northern Savonia	
Date 18.4.2022	Pages/Appendices 72
Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority and Lapinlahti Municipality	
<p>Abstract</p> <p>The need for palliative and end of life care will increase all the time in Finland. Its implementation requires strong professional skills from all health and social care professionals. In Finland, regional differences have been found in the organisation of services and in the implementation of care and in the competence of professionals. The Ministry of Social Affairs and Health has drawn up its recommendations on the organisation of services and quality criteria for treatment to know how to know in palliative and hospice care.</p> <p>The purpose of this study was to investigate the competence of palliative care and hospice care in primary health care in Northern Savonia. The aim is to produce information for the development of palliative care and hospice competence in accordance with national and international quality criteria in North Savo.</p> <p>The data was collected using a structured questionnaire. The data was collected over a three-week period in February 2022 with a Webropol survey on home hospitals, inpatient wards, service housing and home care in the Ylä- Savon SOTE and Lapinlahti municipality area. Quantitative research methods were used in the study.</p> <p>According to the results of the research (n=107), there were differences in the competence of nurses in palliative and hospice care by unit. Home care nurses rated their own skills as worse than those in a home hospital, inpatient ward, or service housing. Nurses need more expertise in holistic symptom care, pain management, interaction, multiprofessionalism, existentiality, and spiritual and psychosocial support.</p> <p>Advance care planning, the organisation of a peaceful environment, the resourcing of additional personnel and, as a result, the safeguarding of an unhurried presence also emerged as issues to be developed. In addition, a key issue to be developed is to increase cooperation between the palliative outpatient clinic and primary health care.</p>	
<p>Keywords</p> <p>Palliative care, end-of-life care, competence of palliative care</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO	7
2.1	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen	8
2.2	Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma	9
2.3	Hoitolinjat- ja hoidon rajaukset	10
2.4	Kivunhoito	11
2.5	Muu oirehoito	12
2.6	Eksistentiaalinen ahdistus ja psykososiaalinen tuki	13
2.7	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	15
4	TUTKIMUSMENETELMÄT	16
4.1	Tutkimusympäristö.....	16
4.2	Aineistonkeruu.....	17
4.3	Aineiston analysointi	18
5	TULOKSET	19
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	19
5.2	Hoitolinjaukset- ja hoidon rajaukset	20
5.3	Elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen potilastietojärjestelmään	26
5.4	Organisaatioon liittyvät kysymykset.....	29
5.5	Yhteistyö eri toimijoiden välillä.....	33
5.6	Kivun hoito palliatiivisessa- ja saattohoidossa	36
5.7	Kuolevan potilaan oirehoito ja voinnin seuranta	42
5.8	Kuolevan potilaan psykososiaalinen tukeminen	45
5.9	Kuolevan potilaan eksistentiaalinen ja hengellinen tukeminen	48
5.10	Läheisten tukeminen	49
5.11	Vastaajien näkemykset kehittämistarpeista yksiköittäin	52
6	POHDINTA.....	55
6.1	Tulosten tarkastelu	55
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	57

6.3 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusehdotukset.....	58
LÄHTEET	60
LIITE 1: SAATEKIRJE.....	64
LIITE 2: KYSELYLOMAKE.....	65

1 JOHDANTO

Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee vuosittain noin 30 000 ihmistä (STM 2019). Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan aktiivista oireiden mukaista hoitoa silloin, kun sairautta ei voida enää parantaa. Oireiden hyvällä hoidolla tavoitellaan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaadun parantamista. Hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, jolloin hoidossa huomioidaan potilaan ja hänen läheistensä niin fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset kuin eksistentiaaliset tarpeet. Palliatiivinen hoito on tarvelähtöistä, eikä hoidon aikaa ole rajattu. Saattohoito ajoittuu puolestaan kuoleman läheisyyteen. Tuolloin potilas ja hänen läheisensä ovat erityisen haavoittuvassa tilassa, jolloin myös hoitohenkilöstön osaamisen tarve korostuu. Hyvin järjestetty ja toteutettu palliatiivinen- ja saattohoito parantaa potilaan elämänlaatua vähentäen inhimillistä kärsimystä. Hoito voidaan nähdä myös ennaltaehkäisevänä terveydenhoitona, koska hoidon aikaan läheisten saama tuki auttaa heitä selviytymään myös menetyksen jälkeen. (Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys 2020.)

Osaamisvaje on tutkitusti yksi merkittävä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistarve. Osaamisessa on todettu olevan suurta vaihtelua hoitohenkilöstön ja eri työyksiköiden välillä. (Lipponen & Karvinen 2015, 162; Hasson, Nicholson, Muldrew, Bamidele, Payne & McIlfratrick 2020.) Suomessa on ollut puutteita myös palvelujärjestelmän ja alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumisessa, jonka vuoksi eduskunta on myöntänyt vuonna 2017 yhden miljoonan määrärahan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen. Kehitystyöllä on tarkoitus yhtenäistää käytänteitä, vahvistaa terveydenhuollon ammattilaisten osaamista sekä antaa mahdollisuus järjestää yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut jokaiselle sitä tarvitsevalle asuinpaikasta riippumatta. (Saarto & Soveri- Finne 2019a, 9.) Myös meneillään oleva Sosiaali- ja terveydenhuollon (Sote) uudistus korostaa yhdenvertaisten ja laadukkaiden palveluiden järjestämistä koko suomessa. Sote- uudistuksella tavoitellaan myös ammattitaitoisen työvoiman takaamista sekä vastata ikääntymisen aiheuttamiin haasteisiin. (Valtioneuvosto 2021.) Nämä tavoitteet yhdessä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kriteerien kanssa tukevat toisiaan ja vahvistavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen tarpeen lisäämistä myös perusterveydenhuollossa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista perusterveydenhuollossa Pohjois- Savon alueella. Tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiseksi kansallisten ja kansainvälisten laatukriteerien mukaisesti Pohjois- Savossa. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella helmikuussa 2022 Ylä- Savon SOTEN ja Lapinlahden kunnan alueen kotisairaaloista, vuodeosastoilta, palveluasumisista sekä kotihoidoista. Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä.

2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan ihmisen ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa. Se tulee nähdä ihmisoikeutena, jolloin sen tulee kuulua kaikille ja kaiken ikäisille ilman diagnoosirajausta. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on lievittää ja ehkäistä kärsimystä sekä parantaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. Hoidossa tulee ottaa huomioon niin potilaan kuin hänen läheistensä fyysiset, psykososiaaliset ja spirituaaliset tarpeet. (WHO 2018; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito suositus 2019.) Vaikka palliatiivista hoitoa ei ole rajattu ajallisesti mihinkään sairauden tiettyyn vaiheeseen, kasvaa sen tarve kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. Saattohoidolla tarkoitetaan palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu potilaan viimeisille elinviikoille tai päiville. (WHO 2020.)

Edellytys elämän loppuvaiheen hyvälle hoidolle on palliatiivisen hoidon ja lähestyvän kuoleman tunnistaminen. Tätä tukevat ajoissa tehty hoitolinjaus sekä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Palliatiivisen hoidon tarkoitus ei ole vaikuttaa potilaan jäljellä olevaan elinikään, vaan hoidon tulee vaalia potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua ja ylläpitää toimintakykyä niin hyvin kuin mahdollista elämän loppuun saakka. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös auttaa potilasta ja hänen läheisiään sopeutumaan sairauteen ja valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Omaisten tukeminen ja auttaminen surussa ovat myös osa palliatiivista hoitoa. (Saarto & Soveri- Finne 2019, 13.) Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) mukaan, palliatiivinen hoito rakentuu arvokkuudesta, itsemääräämisoikeudesta, ammattilaisen ja potilaan välisestä yhteistyöstä, elämänlaadusta, vuorovaikutuksesta, tiedottamisesta, ohjaamisesta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä. (Radbruch & Payne 2009; Radbruch & Payne 2010.)

Palliatiivista hoitoa ohjaavat kansainväliset sekä kansalliset suositukset. Kansainvälisesti WHO on laatinut vuonna 2014 suosituksen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (WHO 2014.) Suomessa palliatiivista hoitoa ohjaavia suosituksia on tehty jo vuodesta 1982. Tuolloin lääkintöhallitus on antanut sairaanhoitolaitokselle terminaalihoitoon ohjeet, jonka tavoitteena on ollut, että potilas voi elää saattohoitovaiheen ilman kipuja ja muita vaikeita oireita haluamassaan ympäristössään läheistensä kanssa. Sittemmin vuonna 2003 Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut suosituksen saattohoidosta. Samana vuonna myös Euroopan neuvoston suosituksessa on määritelty, että jokaisella jäsenvaltiolla on oltava kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma ja tuolloin on jo otettu kantaa myös siihen, että palliatiivisen hoidon tulee olla osana terveydenhuollon järjestelmää tasa-arvoisen hoitoon pääsyn takaamiseksi. Euroopan neuvoston suosituksessa kiinnitetään huomiota myös elämän loppuvaiheen ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä hoitohenkilöstön koulutukseen ja vuorovaikutustaitoihin. (STM 2017, 9.)

Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut suosituksen; Hyvä saattohoito Suomessa. Tuossa korostuvat kuolevan potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus sekä inhimillisyys. Suosituksen mukaan saattohoidon tulee pohjautua kirjalliseen hoitosuunnitelmaan ja hoitoa tulee antaa niin kotona kuin laitoksissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut myös suosituksen ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020”. Raportissa asetetaan palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen tavoitteet

vuoteen 2020 mennessä. Tuossa suosituksessa on työnjaoksi ehdotettu kolmiportaista hoitojärjestelmää, johon kuuluvat perustaso, vaativa taso ja vaativa erikoistaso. Suosituksessa on painotettu myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon yhteistyötä, palliatiivisen hoidon riittävää tarjontaa sekä laatua. (STM 2017, 9.) Myös vuonna 2017 Sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivisen- ja saattohoidon järjestämisen suosituksessa palliatiivinen hoito on porrastettu kolmeen eri tasoon (STM 2017).

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut vuonna 2017 suositukset palliatiivisen- ja saattohoidon järjestämisestä. Suosituksen tarkoitus on yhtenäistää käytäntöjä ja mahdollistaa palliatiivinen- ja saattohoito niitä tarvitseville ihmisille asunpaikasta ja hoitavasta tahosta riippumatta. (Saarto & Soveri-Finne 2019, 9.) Suosituksessa palliatiivinen hoito on porrastettu kolmeen eri tasoon, jotka ovat perustaso, A- perustaso, B- erityistaso ja C- vaativa erityistaso. (Saarto & Lehto 2019, 535.) Valtaosa potilaista hoidetaan perus ja A- tasolla, mutta noin kolmasosa tarvitsee erityistason tai vaativan erityistason hoitoa (Saarto & Soveri-Finne 2019b, 15.)

Vuonna 2018 on julkaistu päivitetty Käypä hoitosuositus ”Palliatiivinen hoito ja saattohoito”. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypähoitosuosituksessa ohjataan hoitolinjausten tekemiseen sekä oireiden hoitoon elämän loppuvaiheessa. Käypähoitosuosituksessa painotetaan omaisten ja läheisten tukemista sekä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tekemistä osana palliatiivista hoitoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito suositus 2019).

2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2017 antamassa suosituksessa palliatiivinen hoito ja saattohoito tulee toteuttaa porrastetusti. Suomessa viiden erityisvastuualueen (ERVA) vastuulla ovat alueiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuu. Näiden ERVA alueiden yliopistosairaaloiden tehtävänä on vastata alueensa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koordinoinnista ja yhteensovittamisesta. Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset huolehtivat myös alueensa kotisaattohoidon sekä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen saatavuudesta. (Saarto & Soveri-Finne 2019a, 18.) Kolmiportaisen mallin mukaan on laadittu myös laatuksiteerit palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseksi.

Kolmiportaisen mallin mukaan hoitopaikat jaetaan tasoihin niiden tarjoaman hoidon vaativuuden mukaan. Kolmiportaisen mallin mukaan **perustason** muodostavat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Tällaisia yksiköitä ovat esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastot, kotihoidon yksiköt, tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, joissa hoidetaan potilaat heidän elämänsä loppuun saakka. (Saarto & Soveri-Finne 2019b, 16.) Perustason hoitoyksikön henkilöstöllä tulee olla perusosaaminen palliatiivisen- ja saattohoito potilaan hoitoon. Perusosaamiseen kuuluvat palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen arviointi, elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tekeminen, yleisimpien fyysisten ja psyykkisten oireiden hoito sekä psykososiaalisen ja henkisen tuen tarpeen arviointi. Perusopetuksen tulee antaa valmiudet perusosaamiseen. (Saarto & Lehto 2019, 538.)

A-tasolla saattohoitoa on kehitetty yhtenä perustehtävänä muun toiminnan ohessa. A-tason paikkoja ovat esimerkiksi terveyskeskuksien ja sairaaloiden vuodeosastot. Lähipalvelujen turvaamiseksi A-tason hoitopaikkoja tulisi olla sopivalla etäisyydellä. (Saarto & Soveri-Finne 2019b, 16.) A-tason yksiköissä hoitohenkilöstöllä tulee olla lisäkoulutusta saattohoidosta ja heidän tulee hallita niin fyysisten oireiden hoito kuin psykososiaalisen tukemisen perusteet. (Saarto & Lehto 2019, 538.)

B- erityistason palveluverkon muodostavat palliatiiviseen- ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt, joissa palliatiivinen hoito on pääasiallinen tehtävä. Erityistason yksiköitä ovat esimerkiksi palliatiiviset kotisairaalat tukiosastoinen, palliatiiviset- ja saattohoito- osastot, sairaaloiden konsultaatiotiimit sekä palliatiiviset poliklinikat ja päiväsairaalat. (Saarto & Soveri-Finne 2019b, 16–17.) Alueellisista erityistason yksiköistä keskeisiä ovat palliatiivista- ja kotisaattohoitoa tarjoavat kotisairaalat tukiosastoinen. Kotisaattohoitopotilaalle tulee mahdollistaa saumaton pääsy tukiosastolle tarpeen vaatiessa ja potilaan niin halutessa. Erityistason yksiköissä tulee toimia moniammatillinen erityiskoulutettu henkilökunta ja yksikön lääkäriellä on oltava palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. (Saarto & Lehto 2019, 539.)

C- vaativan erityistason muodostavat yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset. Palliatiiviset keskuskeskukset sisältävät palliatiivisen hoidon poliklinikan, konsultaatiotiimin, psykososiaalisen tuen yksikön, palliatiivisen vuodeosaston, koti- tai päiväsairaalan sekä saattohoitokodin tai saattohoito- osaston. Palliatiiviset keskuskeskukset koordinoivat erityisvastuualueidensa palliatiivista hoitoa ja vastaavat yhdessä yliopistojen ja muiden oppilaitoksien kanssa palliatiivisesta tutkimuksesta ja opetuksesta. (Saarto & Soveri-Finne 2019b, 16–17.) Vaativan erityistason yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset vastaavat myös lasten ja nuorten palliatiivisen- ja saattohoidon toteutuksesta yhdessä alueellisten toimijoiden kanssa. Vaativan erityistason keskuskeskusten koko moniammatillinen hoitohenkilöstön tulee erityiskoulutettu ja kaikilla vakituisilla lääkäreillä tulee olla palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. (Saarto & Lehto 2019, 539.)

2.2 Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma

Kansainvälisesti käytetyllä käsitteellä advance care planning (ACP), tarkoitetaan potilaan, hänen läheistensä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä käytyjä keskusteluja potilaan toiveista ja tavoitteista hoidon suhteen. ACP keskustelut on kohdennettu pääosin pitkälle edennyttä sairautta sairastaviin potilaisiin ja alun perin keskustelun päätavoitteena on ollut kirjata hoitotahto ja hoidon rajaukset potilasasiakirjoihin sekä määrittellä sijaispäättäjä potilaan toiveen mukaan. Myöhemmin keskustelu on alettu näkemään jatkuvana prosessina, joka sisältää hoidon tavoitteet, potilaan toiveet sekä hoitosuunnitelman, jota päivitetään säännöllisesti pitkin hoitosuhdetta. Suomessa ACP-keskustelusta käytetään termiä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Sen sisältö on pitkälti samanlainen kuin ACP, mutta se sisältää lisäksi käytännön hoitosuunnitelman. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma on vielä käsitteenä suhteellisen uusi, vaikka hoitotahtoon – ja linjauksiin liittyvät käytänteet ovat olleet jo pitkään käytössä. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma tulisi tehdä, kun hoitava lääkäri ei yllätyisi, jos hänen potilaansa kuolisi seuraavan 6-12kk aikana. Myös kroonisesti sairaan potilaan jatkuva suori-

tuskyvyn heikkeneminen, progressiivinen painon lasku sekä kaksi tai useampi yllättävä sairaalahoitajakso vuoden aikaan on merkki elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tarpeesta. Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman laatii lääkäri yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelmaa tulee päivittää sairauden edetessä ja siinä tulee käydä ilmi keskustelut ja kirjaukset sairauden vaiheista, hoitomenetelmistä- ja linjauksista, hoidon rajauksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan toiveista ja peloista kuoleman läheystyessä. Riittävän ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma on erityisen tärkeää sairauksissa, joiden loppuvaiheeseen liittyy kyvyttömyys ilmaista itseään. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito suositus 2019.)

Keskustelu elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta tulisi aloittaa asteittain tautikohtaisten hoitojen rinnalla sekä hoitojen vasteen hiipuesssa. Keskustelun pohjalta potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa ennakoidaan kivun ja muiden fyysisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Keskusteluja tulee käydä läpi hoitosuhteen ja hoitosuunnitelmaa tulee päivittää aina tarpeen mukaan. Potilas voi laatia hoitosuunnitelmaan myös oman hoitotahtonsa sekä nimetä henkilön, jonka haluaa edustavan itseään kommunikation heikentyessä. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma tulee kirjata hoitolinjauksineen- ja hoidonrajauksineen potilasasiakirjoihin. Jos potilaan hoitoon osallistuu useampi taho, on erityisen tärkeää, että tieto siirtyy ja välittyy kaikille hoitaville tahoille ajantasaisesti. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

2.3 Hoitolinjat- ja hoidon rajaukset

Potilaan hoitolinjaukset määrittelevät hoidon ensisijaisen tavoitteen. Hoitolinjoista tulee keskustella yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa, mutta sen tulee olla myös lääketieteellisesti perusteltua. Hoitolinjaukseen kuuluu hyödyttömien hoitojen sekä kärsimystä lisäävien hoitojen välttäminen. Hoitolinjauksien määrittelyllä ohjataan myös linjauksien mukaisien hoitojen tarjoamista. Palliativiseen hoitolinjaan siirrytään, kun taudin etenemiseen ja jäljellä olevan elämän pituuteen ei voida enää vaikuttaa. Palliativisessa hoitolinjauksessa tärkeintä on mahdollisimman hyvä oireiden lievittäminen sekä jäljellä olevan elämänlaadun vaaliminen. Saattohoitopäätöksellä ilmaistaan palliativisen hoitolinjan vaihe, jossa potilas kuoleman odotetaan tapahtuvan päivien tai viikkojen aikana. Saattohoitovaiheessa keskitytään potilaan välittömän oirelievitykseen, jäähyväisten jättöön sekä henkiseen tukeen. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

Hoidon rajauksilla määritellään puolestaan hoitomuodot, joista on päätetty pidättäytyä. Yleisin hoidon rajausta pitkäälle edenneessä sairauksissa on *Ei yritetä elvyttää* päätös (DNR = Do not resuscitate tai DNAR= Do not attempt Resuscitate). Elvytyksestä pidättäytymisestä rajausta on tarpeen, kun on todettu, ettei potilaan tila palautuisi sydänpysähdyksestä elvyttämisen jälkeen tai kun todetaan, että elvytyksen hyöty olisi olematon ja se lisäisi vain kärsimystä. Lisäksi potilaan kanssa tulee keskustella myös muista hoitomuodoista pidättäytymisestä, kuten erilaisista hengityksen tukihoidoista, hoitopaikkasiirroista, nesteytyksestä ja ravitsemuksesta ja kirjata nämä erikseen potilasasiakirjoihin. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

2.4 Kivunhoito

Kipu on yksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hankalin ja pelätyin oire. Jokainen kokee kivun yksilöllisesti ja se vaikuttaa potilaan koko elämänlaatuun aiheuttaen ylimääräistä kärsimystä. On todettu, että sairauden loppuvaiheessa kipuja on suurimmalla osalla potilaista. Loppuvaiheen syövässä kipua on todettu esiintyvän 35–96 %:lla, sydänsairauksissa 41–77 %:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77 %:lla ja munuaissairauksissa 47–50 %:lla potilaista. Lisäksi 70–80 %:lla potilaista on läpilyöntikipua, joka on yleistä kaikissa sairausryhmissä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito suositus 2019.) On todettu myös, että noin 40 % potilaista kipu on hallitsematonta muutaman viimeisen elinpäivän aikaan (Fink, Gates & Jeffers 2019, 98).

Kivun vaikutukset ulottuvat laaja- alaisesti niin fyysiseen kuin psyykkiseen hyvinvointiin sekä toimintakykyyn. Itse kivun kokemukseen voi vaikuttaa itse sairaus, mutta myös muut oireet, kuten ahdistus, masennus ja kuoleman pelko. Siksi on tärkeää osata erottaa psyykkisen voinnin vaikutukset kivun kokemukseen, jotta vältetään vääriä tulkinnoita ja lääkityksiltä. (Vainio & Vuorinen 2015.)

Hyvän kivunhoidon perusedellytys on kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. Kipua tulee arvioida kokonaisvaltaisesti, joka luo pohjan luottamukselliselle hoitosuhteelle sekä hyvälle lääkehoitolle. Jotta potilaan olisi helpompaa hallita kipuaan, tulee hänelle antaa tietoa kivun syystä sekä sen mekanismeista, jolloin myös potilaan sitoutuminen lääkehoitoon paranee. Kivun voimakkuuden sekä tarvittavien kipulääkkeiden säännöllisellä seurannalla voidaan tarkkailla peruslääkityksen riittävyttä. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

Lievässä kivussa palliatiivisessa hoidossa peruslääkkeenä voidaan käyttää paracetamolia tai ibuprofeiinia. Paracetamolia käytetään yleisesti myös vahvojen opioidien rinnalla, koska sen on todettu olevan opioidianalgesiaa tehostava sekä haittavaikutuksiltaan turvallinen kipulääke. Lievillä opioidilla ei ole puolestaan todettu olevan juuri merkitystä palliatiivisessa hoidossa. Pahimmillaan tehottoman heikon opioidin käyttö voi hidastaa vahvan opioidin aloittamista ja täten paremman kivunlievityksen saavuttamista. Kun kipu on kohtalaista tai voimakasta, tulee parasetamolin ja ibuprofeiinin rinnalle aloittaa vahva opioidi. Yleisesti potilaalle määrätään pitkävaikutteinen opioidi sekä läpilyöntikipuun lyhyt vaikutteinen opioidi. Opioidien käytössä tulee huomioida potilaan ohjaamisen tärkeys. Potilaalle tulee kertoa opioidien aiheuttamista haittavaikutuksista sekä lääkityksen seurannassa tulee kiinnittää huomio haittavaikutusten hoitoon. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

Vaikeassa kivussa tulee turvautua kivunhoitoon perehtyneen lääkärin konsultaatioon. Vaikean kivun hoidossa voidaan hyödyntää muun muassa PCA- kipupumppuhoitoa, spinaalista kivunhoitoa sekä erittäin haastavissa tilanteissa palliatiivista sedaatiota. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

2.5 Muu oirehoito

Saattohoitovaiheessa potilaalle pyritään takaamaan mahdollisimman hyvä olo ja välttämään ylimääräisiä tutkimuksia ja hoitoja. Hoidossa korostuvat tällöin oireiden hyvä hoito. Tärkeintä on tunnistaa lähestyvä kuolema, jolloin etusijalle hoidossa nousevat potilaan ja hänen läheistensä toiveet. Potilaan oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella, eikä turhia kokeita ja kuvantamisia enää suositella tehtäväksi. Yhtä aikaa potilaan voinnin seurannassa huomioidaan myös potilaan läheisten jakaminen ja tuen tarve. On tärkeää, että potilas ja omaiset saavat ajantasaista tietoa oireista ja niiden hoidosta. (Korhonen & Poukka 2013.)

Potilaan seurannassa huomio kiinnitetään kivun ohella hengityksen, levottomuuden sekä oksentelun ja pahoinvoinnin tarkkailuun. Myös potilaan suun kostutukseen kiinnitetään huomiota, koska suun limakalvot kuivavat nopeasti vähentyneen syljenerityksen myötä. Lääkehoidon tarvetta arvioidaan säännöllisesti ja turhat hyödyttömät lääkkeet lopetetaan. (Korhonen & Poukka 2013.)

Potilaan levottomuus ja sekavuus voivat johtua monesta syystä. Lähtökohtana on akuutin tilanteen rauhoittaminen ja mahdollisen syyn selvittäminen. Fyysisesti levottomuutta voi aiheuttaa hoitamaton kipu, infektiot, aivomuutokset sekä venytnyt rakko tai suoli. Myös aineenvaihdunnalliset syyt, kuten uremia, hyperkalsemia- ja natremia, hypoglykemia sekä hypoksia voivat aiheuttaa potilaassa sekavuutta. Yleiset käytössä olevat lääkkeet, kuten opioidit ja kortikosteroidit voivat olla myös yksi aiheuttaja sekavuuden taustalla. Sekavuuden ja levottomuuden ilmentyessä, on tärkeää luoda potilaalle rauhallinen ja turvallinen valvottu ympäristö. (Korhonen & Poukka 2013.)

Hengenahdistus on yleinen oire kuolevalla potilaalla. Hengenahdistusta helpottamaan voidaan käyttää lääkehoidon ohella asentohoitoa sekä lisähappea. Lääkkeistä opioidit ja bentsodiatsepiinit ovat käytetyimmät lääkkeet hengenahdistuksen hoidossa. Erityisesti morfiinista on tutkimusnäyttöä tähän. Joskus myös liman erityksen lisääntyminen aiheuttaa lisääntyvää hengenahdistusta, jolloin sitä voidaan yrittää imeä katetrin avulla pois. Lisääntyneen limaisuuden hoitoon on syytä kokeilla myös asentohoitoa sekä pulloon puhallusta. Lääkkeellisesti limaisuuden hoidossa voidaan käyttää antikolinergisia lääkkeitä, kuten esimerkiksi skopolamiinilaastaria. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito suositus 2019; Korhonen & Poukka 2013.)

Pahoinvointi on yleinen oire palliativisessa vaiheessa olevalla potilaalla ja se huonontaa potilaan yleisvointia huomattavasti. Pahoinvoinnin hoidossa tulee ottaa huomioon syy, mistä pahoinvointi johtuu. Pahoinvoinnin hoidossa keskiössä on lääkehoito. Metoklopramidia, haloperidolia sekä dekсамetasonia käytetään yleisesti pahoinvoinnin lääkehoidossa. Pahoinvoinnin ohella on tärkeää huomioida myös ummetuksen hoito. Useat lääkkeet sekä suolen toiminnan hidastuminen aiheuttavat yli puolelle palliativisessa hoidossa olevalle potilaalle ummetusta. Ummetuksen hoidossa on suositeltavaa käyttää pehmittävän laksatiivin sekä suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmää, jolloin niiden teho on parempi. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito suositus 2019; Hänninen & Rahko 2013.)

2.6 Eksistentialinen ahdistus ja psykososiaalinen tuki

Keskeinen osa palliatiivista hoitoa on potilaan psyykkisten oireiden tunnistaminen ja eksistentiaalisen ahdistuksen lievittäminen. Eksistentiaalinen ahdistus on monimuotoinen tuskaisuuden ja ahdistuksen kokemus, jolle on vaikea löytää konkreettista syytä. Se kohdentuu koko olemiseen ja ilmentyy merkityksettömyyden tunteena. Psyykkiset oireet heikentävät potilaan elämänlaatua merkittävästi ja psyykkisten oireiden arviointia vaikeuttavat monet somaattiset oireet. Keskeisintä potilaan psyykkisen tilan arvioinnissa on potilaan itsensä ja hänen omaisiensa kuunteleminen. Eletyn elämän muistelemisen ja surutyön mahdollistaminen auttavat potilasta suhtautumaan tyynemmin elettyyn elämään ja lähestyvään kuolemaan. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito suositus 2019; Haho 2017, 1704.)

Eksistentiaalinen ahdistus ja hätä on ihmisen normaali reaktio olemassaoloa koskevaan uhkaan. Huoli omasta olemassaolosta ja sen päättymisestä sekä kysymykset elämän merkityksestä nousevat keskiöön. Myös arvokkuuden menettämisen pelko, oman elämän hallinnan menettämisen tunne ja henkilökohtaisen intimiteetin säilymättömyys voi lisätä ahdistuneisuutta. Tällöin keskiöön potilaan hoidossa nousevat kohtaamisen taito sekä arvostava asenne. Potilaan kokemusta omasta arvokkuudesta tulisi vahvistaa ja yksi keino tähän on intimiteetin turvaaminen. Arvokkuuden kokemisen vahvistamisella hoitohenkilöstö tukee potilasta eksistentiaalisessa pohdinnassa ja ahdistuksen läpikäymisessä. Tämä kaikki vaatii hoitohenkilökunnalta hyviä vuorovaikutustaitoja sekä ammattiosaamisen ohella näkemystä myös kokonaisvaltaisesta hoidosta. Läsnaolo, psyykkinen tuki sekä hengellisten kysymysten pohdinta ovat osa palliatiivista- ja saattohoitoa ja nämä tukevat niin potilaan kuin hänen läheistensä jaksamista. (Mattila 2013.)

2.7 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistarpeita on tutkittu niin kansainvälisesti kuin kansallistekin. Keskeisinä kehittämistarpeina suomessa esiin nousevat palveluiden yhdenvertainen saaminen, palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen varmistaminen, palliatiivisen – ja saattohoidon erikoisosaamisen saatavuuden parantaminen, kotisairaaloiminnan kehittäminen ja saattohoitokotiverkostoon vahvistaminen sekä psykososiaalisen tuen saatavuuden varmistaminen ja omaisten huomioiminen. (STM 2017, 12.) Etenkin haja-asutus alueiden palveluiden saatavuus on suomessa haasteellista ja täten kotisairaaloiminnan kehittäminen parantaa hoidon saavutettavuutta. Kotisaattohoidon ja kotisairaaloiminnan kehittäminen vaatii ammattilaisten osaamisen kehittämistä sekä konsultaatio toiminnan luomista ympärivuorokautiseksi. Myös yhteistyötä tulee kehittää omaisten ja terveydenhuollon eri yksiköiden välillä kotisaattohoidon onnistumisen vuoksi. Osaamisen vahvistaminen parantaa ja yhtenäistää myös hoidon laatua, joten laadukkaana hoidon turvaamiseksi tarvitaan systemaattista palliatiivisen hoidon koulutuksen, organisoiminnan ja käytänteiden kehittämistä. (Salin, Melender, Lehto & Hökkä 2021, 143–155; Price ym. 2017; Lipponen & Karvinen 2015, 161–162.)

Osaamisvaje on tutkitusti yksi merkittävä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistarve. Osaamisessa on todettu suurta vaihtelua hoitohenkilöstön ja eri työyksiköiden välillä. (Lipponen & Karvi-

nen 2015, 162; Hasson, Nicholson, Muldrew, Bamidele, Payne & McIlfatrick 2020.) Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri tasoille kriteerit, joiden mukaan kaikilla hoitajilla tulee olla osaamista toteuttaa yksilöllistä ja kokonaisvaltaista saattohoitoa (Saarto & Soveri-Finne 2019a,19).

Sairaanhoitajat tarvitsevat laaja alaista osaamista oirehoidosta, palliatiivisen- ja saattohoidon perusteista, vuorovaikutuksesta ja kohtaamisesta, ihmislähtöisestä hoidosta sekä juridiikasta ja eettisyydestä. Erityisesti vuorovaikutustaidot ja kohtaamisen merkitykset korostuvat palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Hoitajilla tulee olla osaamista myös kulttuurillisesta hoitotyöstä sekä potilaan ja hänen omaistensa hengellisten tarpeiden tunnistamisesta. Sairaanhoitajien vuorovaikutusosaamisen ja ohjaus osaamisen vahvistamisella tuetaan potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä palliatiivisessa hoidossa. (Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020, 275–284; Lipponen & Karvinen 2015, 161–162.) Myös lähihoitajat tarvitsevat monipuolista osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamiseen. Lähihoitajat tarvitsevat osaamista palliatiivisen – ja saattohoidon hienovaraisesta vuorovaikutuksesta, moniammatillisesta yhteistyöstä, viestintä- ja suunnitteluosaamisesta, kokonaisvaltaisesta oirehoidosta, teoritiedosta, eettisyydestä ja lainsäädännöstä sekä työhyvinvoinnista. Osaamisen vahvistamisella on suuri vaikutus myös palliatiivista- ja saattohoitoa toteuttavien hoitajien työhyvinvoinnin kokemiseen sekä työssäjaksamiseen. (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020, 122–133.)

Vaikka jokapäiväinen työ ja vuorovaikutus potilaiden ja omaisten kanssa on merkittävä ammattitaidon kehittymisen ja ylläpitämisen tekijä (Lipponen & Karvinen 2015, 161), laadukkaan ja yhteneväisen hoidon toteuttamiseksi hoitajat tarvitsevat lisä- ja täydennyskoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta (Price ym. 2017, 334; Hasson ym. 2020). Perus- ja jatkokoulutuksessa tulisi käsitellä palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa laajemmin. Koulutuksessa tulisi paneutua myös muiden sairausryhmien kuin syöpäpotilaiden palliatiiviseen- ja saattohoitoon (Sanghee, Kyughwa & Sookyung 2020, 118) sekä syventyä oirehoitoon ja kohtaamiseen liittyviin erityishaasteisiin elämän loppuvaiheessa. Erityisesti esiin nousevat perheiden tukeminen sekä hoidon jatkuvuuden huomioiminen. (Lipponen & Karvinen 2015, 162; Salin, Melender, Lehto & Hökkä 2021, 148; Price ym. 2017, 334.) Myös yhteneväisten hoitokäytänteiden ja teknologian hyödyntäminen tulevaisuuden palliatiivisessa- ja saattohoidossa edesauttaa hoidon saatavuutta ja tasavertaisuutta. Tämä edellyttää yhteisiin hoitokäytänteisiin sitoutumista koko Suomessa. (Salin, Melender, Lehto & Hökkä 2021, 148).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen tasoa perusterveydenhuollossa Pohjois- Savon alueella.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiseksi kansallisten ja kansainvälisten laatukriteerien mukaisesti Pohjois- Savon alueella.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen nykytila hoitajien arvioimana?
2. Millaista osaamista hoitajat tarvitsevat oman arvionsa perusteella palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat aiemmat teorit, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely sekä muuttujien mittaaminen ja sen tavoitteena on tuottaa yleistettävää, luotettavaa ja perusteltua tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 140.) Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tutkittavaa asiaa tarkastellaan numeroiden avulla ja tutkimustulokset esitetään numeroina, jotka tutkija puolestaan tulkitsee ja esittää sanallisesti. (Vilka 2007, 13–19.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui määrällinen tutkimusmenetelmä, koska tutkittava joukko on määrällisesti suuri ja otokseksi haluttiin kaikki Ylä- Savon SOTEN ja Lapinlahden kunnan palliatiivista- ja saattohoitoa toteuttavat lähi- ja sairaanhoitajat (N=740). (Kananen 2011, 17–18; Kalaja, Alanen & Dufva 2011, 19.)

4.1 Tutkimusympäristö

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja tilaajana sille ovat Ylä- Savon SOTE kuntayhtymä ja Lapinlahden kunta. Ylä- Savon SOTE kuntayhtymä tarjoaa sosiaali- ja terveyspalveluita Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven sekä Vieremän kunnan alueilla. Se kuuluu Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin. Ylä- Savon SOTEN alueella on noin 37 000 asukasta. Kuntayhtymän ensisijaisena tavoitteena on terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen ja parantaminen. Sen tarkoituksena ja tavoitteena on tuottaa tasa-arvoisia ja yhdenvertaisia palveluita koko alueen väestölle. (Ylä- Savon SOTE 2020.)

Palliatiivisen- ja saattohoidon näkökulmasta organisaation strategiaa ohjaavat asiakaslähtöiset ja kustannustehokkaat toimintamallit sekä henkilöstön ja koko organisaation osaamisen kehittäminen. Palliatiivisen hoidon kehittämisessä keskeistä on uusien palvelurakenteiden ja mallien järjestäminen, jossa tuetaan potilaan selviytymistä niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti. Palliatiivisessa- ja saattohoidossa keskeisiä arvoja ovat ihmisoikeus, itsemääräämisoikeus, yhdenvertaisuus, oireiden ja kärsimyksen lieventäminen sekä perhehoitotyö. (Ylä- Savon SOTE 2020.)

Ylä- Savon SOTEN alueella palliatiivista ja saattohoitoa tarjoavat kotisairaala, terveyskeskuksen vuodeosastot sekä tehostetun palveluasumisen yksiköt. Alueen yksiköt kuuluvat perustason ja A- perustason saattohoitoyksiköihin. Ylä- Savon SOTEN alueen yksiköt eivät täytä erityistason kriteereitä (Saarto & Soveri-Finne 2019b, 61). Kotisairaala tekee kaikkien toimijoiden kanssa yhteistyötä mukaan lukien kotihoito. Alueella toteutetaan kotisaattohoitoa ja kotisaattohoidossa oleville potilaille on saumatonta pääsyä tukiosastolle tilanteen niin vaatiessa. Pääasiassa saattohoito potilaat on keskitetty yhdelle vuodeosastolle, mutta potilaan itsemääräämisoikeutta noudattaen, on hänellä oikeus valita tukiosastonsa. Palliatiivinen poliklinikka toimii alueella tällä hetkellä kuukausittain. Tuolloin KYS palliatiivisen keskuksen lääkäri käy pitämässä palliatiivista poliklinikkaa Iisalmen terveyskeskuksessa ja tarvittaessa hän tekee alueella kotikäyntejä. Puhelinkonsultaatio mahdollisuus KYS palliatiiviselle poliklinikalle on arkisin virkatyöaikaan. Tulevaisuudessa palliatiivisen poliklinikan on tarkoitus toimia Iisalmessa viikoit-

tain ja puhelinkonsultaation tulisi olla mahdollista ympäri vuorokauden. Ylä- Savon SOTE kuntayhtymän alueella ei ole omaa palliatiivisen hoidon erityispätevyuden omaavaa lääkäriä. (Ylä- Savon SOTE 2020.)

Lapinlahden kunta on noin 9600 asukkaan pitäjä ja sen sosiaali- ja terveysosasto järjestää lain velvoitteiden mukaisesti kuntalaisten yksilö- ja ympäristöterveydenhuollon lakisääteiset palvelut sekä kunnan ruokapalvelut. Sosiaali- ja terveysosaston tehtävänä on tuottaa koko palvelualueelle väestön terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja. Palveluita on saatavilla niin Lapinlahdella kuin Varpaisjärvellä. Lapinlahden kunnan tavoitteena on tuottaa saumattomat, laadukkaat sekä kustannustehokkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joissa korostuvat yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys. Perusarvona toiminnassa on elämän, ihmisarvon ja yksilön kunnioittaminen. Lapinlahden vanhuspalvelut järjestää alueen lakisäteiset kotihoito- ja tukipalvelut, asumispalvelut sekä ennaltaehkäiseviä palveluita niitä tarvitseville. Vanhuspalveluiden tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista yksilöllisesti ja oikea-aikaisesti. (Lapinlahti 2019.)

Lapinlahden kunnan alueella saattohoitoa tarjoavat terveyskeskuksen vuodeosasto, kotihoito sekä tehostetun palveluasumisen yksiköt. Varsinaista kotisairaala toimintaa alueella ei ole. Lapinlahden kunnan alueen yksiköt kuuluvat perustason saattohoitoyksiköihin (Saarto & Soveri-Finne 2019a, 128). Keskeisinä arvoina palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa ovat yksilöllisyys sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Palveluasumisen yksiköissä toteutetaan saattohoitoa niiden tarjoamien puitteiden nojalla ja kotisaattohoidosta alueella vastaa kotihoito. Terveyskeskuksen vuodeosasto toimii alueen tukiosastona ja kaikilla alueen saattohoito potilailla on saumaton pääsy tukiosastolle hoitoon. Lisäksi vuodeosaston henkilökunta käy tarvittaessa viereisissä hoitoyksiköissä yö- ja viikonloppu aikaan toteuttamassa i.v neste- ja lääkehoitoa sitä tarvitseville. Kys palliatiivisen keskuksen puhelin konsultaatio on käytettävissä arkisin virkatyöaikaan ja muina aikoina konsultaatiota voi tiedustella Kys syöpätautien vuodeosastolta. Osa Lapinlahden kunnan palliatiivisista asiakkaista käy palliatiivisen poliklinikan käyneillä Iisalmessa.

4.2 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella helmikuussa 2022 Ylä- Savon Soten ja Lapinlahden kunnan asumispalveluista, tehostetusta asumispalveluista, kotihoidoista, kotisairaalaista sekä vuodeosastoilta. Kysely lähetettiin jokaisen yksikön esihenkilölle, jotka puolestaan jakoivat kyselyn omassa yksikössään sähköpostin välityksellä siellä työskenteleville lähi- ja sairaanhoitajille. Näin pyrittiin varmistamaan, että kyselylinkki saavuttaisi kaikki rekrytoitavat hoitajat (N=740). Vastaanottajille lähetettiin sähköpostitse linkki kyselyyn (liite 2) sekä saatekirje (liite 1) tutkimukseen. Saatekirjeessä esitettiin tutkimuksen tarkoitus ja eettiset seikat sekä sen avulla pyrittiin motivoimaan tutkittavia kyselyyn vastaamiseen. (Vilkkä 2007,65.) Vastausaikaa kyselyyn oli 3 viikkoa. Kaikilla tutkimukseen kutsutuilla oli yhtäläinen mahdollisuus osallistua kyselyyn, koska kaikki tutkimukseen kutsutut saivat kyselyn oman organisaationsa sähköpostiosoitteeseen ja jokaisella henkilöllä oli mahdollisuus vastata kyselyyn työpaikallaan. (Vilkkä 2021,76.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jonka pohjana käytettiin valmiiksi esitettua kyselyä, jonka avulla on selvitetty Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitajien saattohoito-osaamista Rauman vanhuspalveluissa. (Elovaara 2021, 33; Vilka 2007, 70.) Koska kyselytutkimus on tehty pelkästään kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen henkilökunnalle, on kyselylomaketta muokattu vastaamaan tämän opinnäytetyön tarkoitusta. Lupa lomakkeen uudelleen käyttämiseen ja sen muokkaamiseen on kysytty alkuperäisen lomakkeen tekijältä puhelimitse.

Taustatietoina kysyttiin vastaajan ikä, sukupuoli, ammattiryhmä, työpiste, työkokemus vuosina sekä onko vastaaja saanut palliatiiviseen- ja saattohoitoon lisä- tai täydennyskoulutusta. Kyselylomakkeen kysymyksiin vastattiin taustatietoja lukuun ottamatta asteikolla täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja en osaa sanoa. Kysely sisälsi myös yhden avoimen kysymyksen, jossa kysyttiin vastaajan mielipidettä oman työyksikkönsä saattohoidon kehittämistarpeista. Avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan spontaaneja vastauksia ja mielipiteitä tutkittavasta asiasta. (Vilka 2007, 46, 62–69.)

4.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmäksi valitaan sellainen menetelmä, joka antaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Analyysimenetelmä pyritään kuitenkin ennakoimaan jo tutkimusta suunniteltaessa. Sopivan analyysimenetelmän löytämiseksi tutkija joutuu usein kokeilemaan eri menetelmiä löytääkseen tutkimuskysymyksiin vastaukset. (Heikkilä 2014, 175.) Analyysitavan valintaan vaikuttaa ol-laanko tutkimassa yhden vai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. (Vilka 2007, 199.)

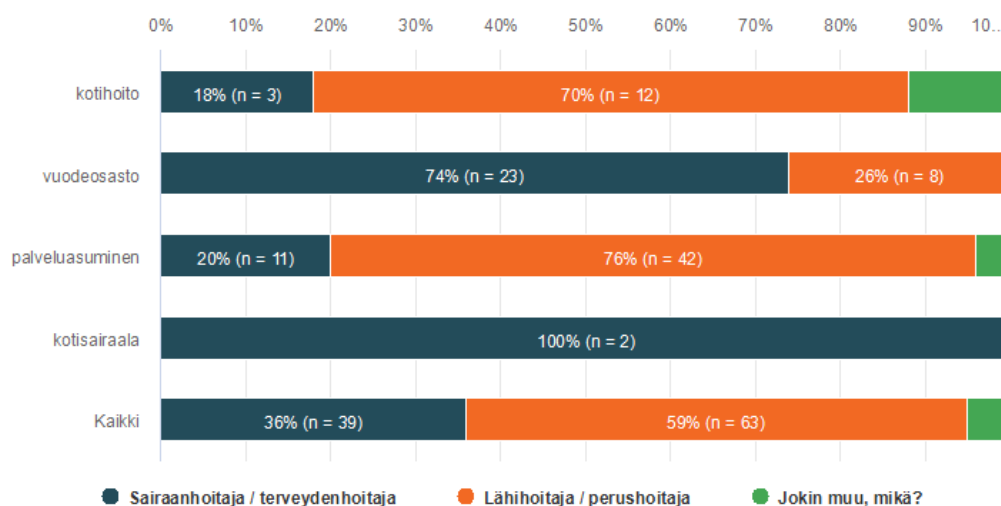
Aineiston keruun jälkeen aineiston tarkastelemisessa hyödynnettiin webropol ohjelmiston tuottamaa analytiikkaa. Aineisto tarkastettiin puutteellisesti tai virheellisesti täytettyjen lomakkeiden varalta ja puutteellisesti tai virheellisesti täytetyt lomakkeet poistettiin tutkimuksesta. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja tulokset kuvattiin prosentteina ja frekvensseinä. Apuna tulosten esittämisessä käytettiin kuvioita. Tulosten esittämisessä esiin nostettiin eri yksiköissä työskentelevien hoitajien vastausten eroja sekä ammattiryhmien välisiä eroja.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

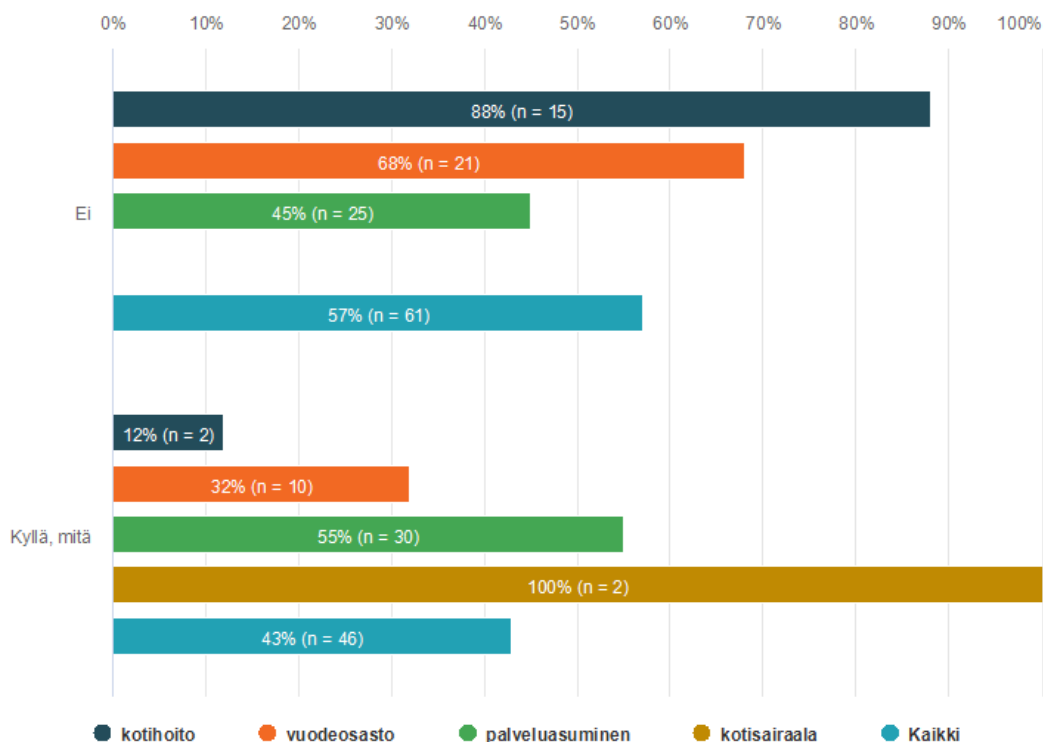
Kyselyyn vastasi yhteensä 107 hoitajaa, joten kyselyn vastausprosentiksi muodostui 14,5 %. Vastaajista (n=105) 95 % oli naisia ja miehiä 4 %. 1 % ei halunnut vastata kysymykseen. Vastaajat olivat iältään 20–63-vuotiaita ja kaikkien vastaajien iän keskiarvo oli 47 vuotta. Eniten kyselyyn vastanneista (kuvio 1) oli lähihoitajia/perushoitajia (n=63). Sairaanhoitajia/terveydenhoitajia vastanneista oli 39. Vastanneista 5 ilmoitti ammattiryhmäkseen jonkin muun. Enemmistö (55 %) vastaajista työskentelee palveluasumisessa (n=56), 29 % vuodeosastolla (n=32), 16 % kotihoidossa (n=17) ja 2 % kotisairaalassa (n=2). Vastaajien (n=103) keskimääräinen työkokemus vuosina on 17,3 vuotta.

Kuvio 1. Vastaajien ammatti yksiköittäin



Lisä- ja täydennyskoulutusta (kuvio 2) palliatiiviseen- ja saattohoitoon oli saanut 43 % kaikista vastaajista (n=107). Eniten lisä- ja täydennyskoulutusta ilmoitti saaneen kotisairaalan henkilöstö. Heistä (n=2) kaikki oli saanut jotain lisä- tai täydennyskoulutusta. Palveluasumisen henkilöstöstä (n=55) 55 % ilmoitti saaneen lisä- tai täydennyskoulutusta. Vuodeosaston henkilöstöstä (n=31) vastanneista puolestaan 32 % ja kotihoidon henkilöstöstä (n=17) vastanneista vain 12 % ilmoitti saaneen lisä- ja täydennyskoulutusta palliatiiviseen- ja saattohoitoon. Lisä- ja täydennyskoulutusta ilmoitettiin saaneen työpaikan kautta täydennyskoulutuksena, seurakunnan kautta, Kysin järjestämien koulutuksien sekä palliatiivisen- ja saattohoidon erikoistumisopinnojen kautta. Lisäksi osa ilmoitti käyneen verkossa THL:n saattohoitopassin ja kuuluvan alueelliseen palliatiivisen hoidon verkostoon. Vastaajista 3 ilmoitti käyneen palliatiivisen- ja saattohoidon erikoistumisopinnot, mutta kukaan vastaajista ei ilmoittanut käyneen palliatiivisen- ja saattohoidon YAMK tutkintoa.

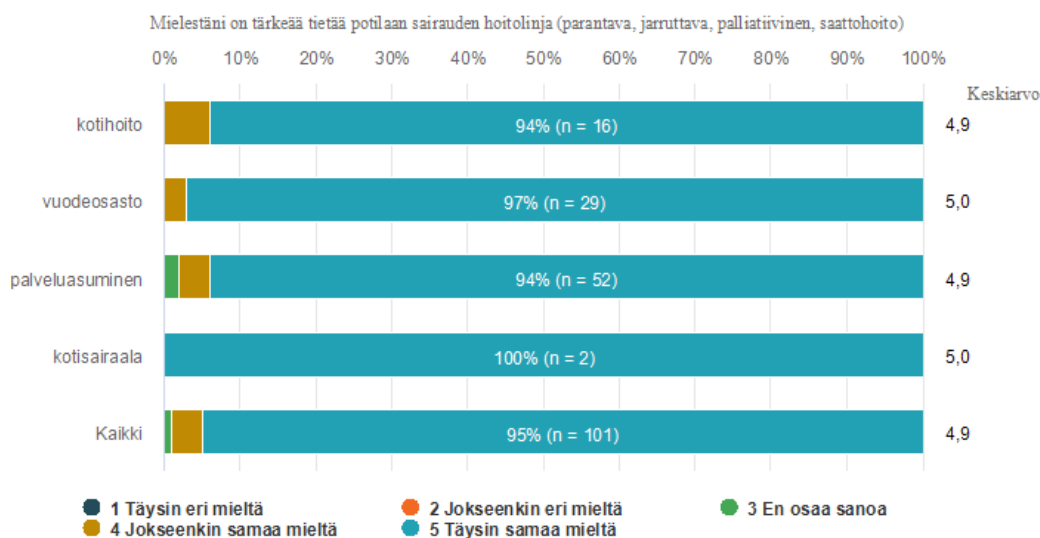
Kuvio 2. Lisä- ja täydennyskoulutusta saaneet hoitajat yksiköittäin



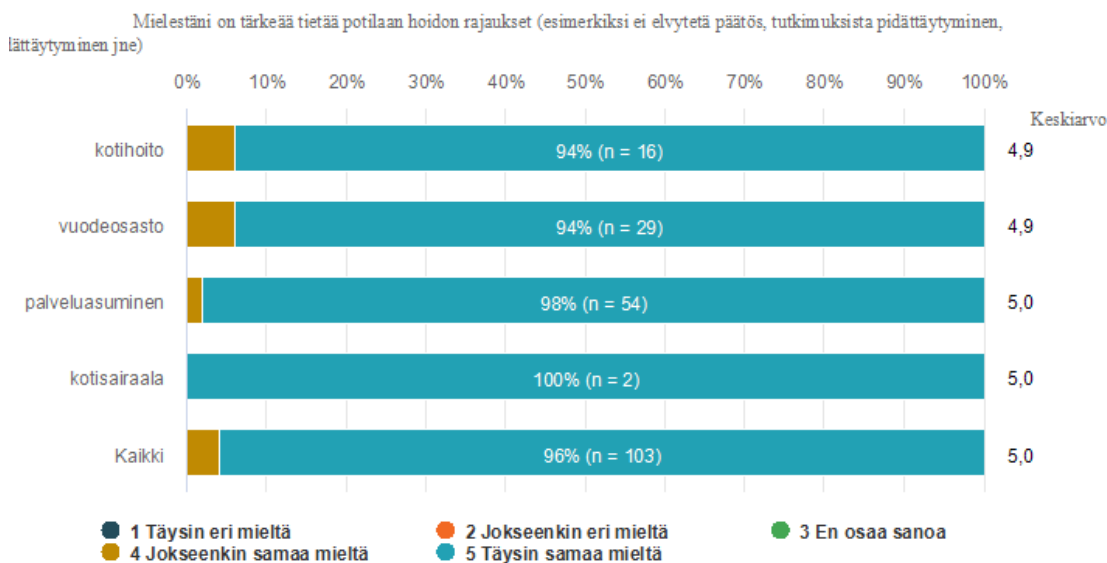
5.2 Hoitolinjaukset- ja hoidon rajaukset

Lähes kaikki vastaajat pitävät hoidon kannalta tärkeänä tietää potilaan sairauden hoitolinjat sekä hoidon rajaukset (kuvio 3 ja 4). Kaikista vastaajista (n=107) vain 1 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan.

Kuvio 3. Vastaajien näkemys hoitolinjojen tietämisen tärkeydestä

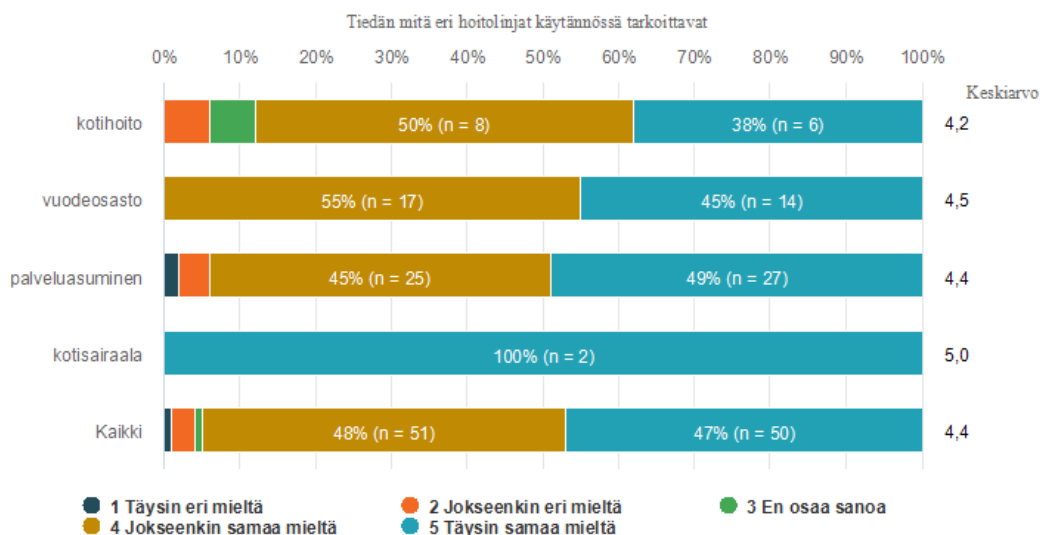


Kuvio 4. Vastaajien näkemykset hoidonrajoitusten tietämisen tärkeydestä

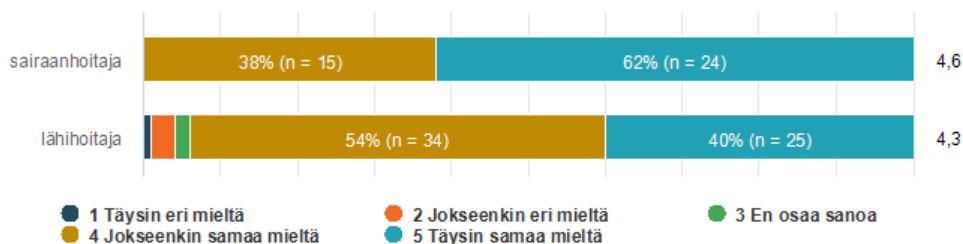


Eri hoitolinjojen tuntemus (parantava, jarruttava, palliatiivinen ja saattohoito) ja niiden tarkoitus käytännössä on tulosten perusteella vastaajilla suhteellisen hyvin tiedossa (kuvio 5). Tulosten perusteella voidaan sanoa, että kaikista vastaajista (n=107) 47 % tietää täysin ja vastaajista 48 % tietää lähes täysin hoitolinjojen tarkoituksen käytännössä. Tietämättömyys hoitolinjauksiin nousee esiin osittain kotihoidossa sekä palveluasumisessa. Palveluasumisessa vastaajista (n=55) 2 % oli sitä mieltä, ettei tiedä lainkaan mitä eri hoitolinjat tarkoittavat käytännössä ja vastaajista 4 % kokee vain osittain tietävänsä hoitolinjojen tarkoituksen. Kotihoidossa vastaajista (n=17) 6 % kokee myös hoitolinjojen osaamisessa puutteita. Verrattaessa sairaanhoitajien ja lähihoitajien tietämystä mitä hoitolinjat käytännössä tarkoittavat, voidaan todeta, että sairaanhoitajat tietävät paremmin, mitä eri hoitolinjat käytännössä tarkoittavat (kuvio 6).

Kuvio 5. Vastaajien näkemys tietämyksestään mitä eri hoitolinjat käytännössä tarkoittavat

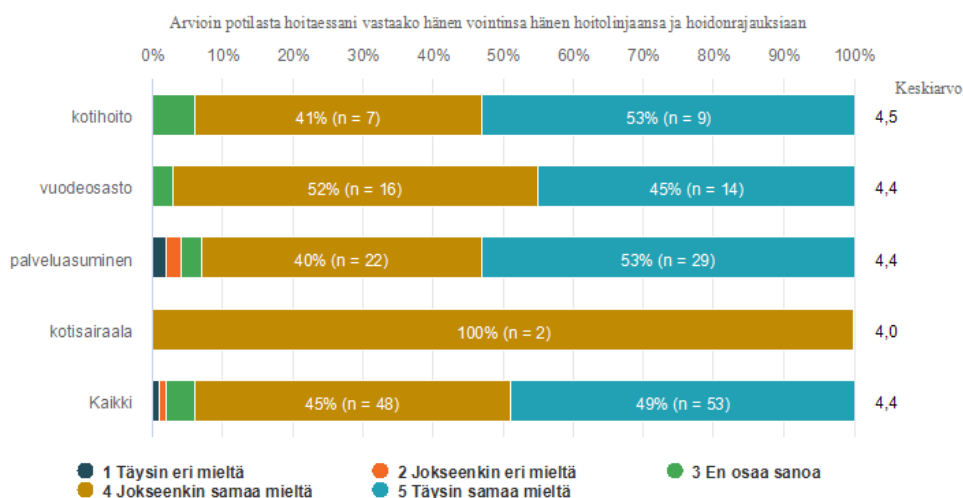


Kuvio 6. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastaukset hoitolinjojen osaamisestaan



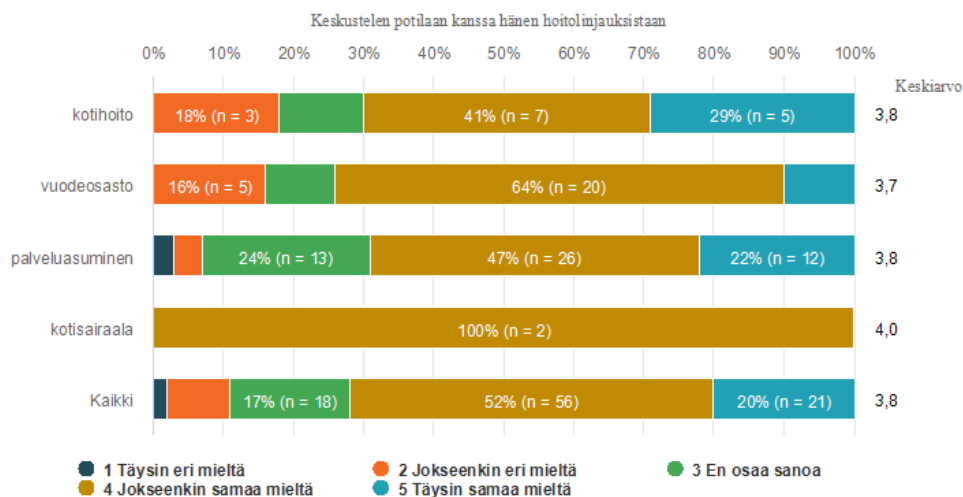
Kaikista vastaajista (n=107) 49 % oli täysin samaa mieltä, että he arvioivat potilasta hoitaessa vastaako hänen vointinsa hänen hoitolinjaansa ja hoidonrajauksiaan (kuvio 7). Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 45 % vastaajista. Kotihoidossa (n=17) 6 %, vuodeosastolla (n=31) 3 % ja palveluasumisessa (n=55) 4 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan. Palveluasumisessa vastaajista puolestaan 2 % oli jokseenkin eri mieltä ja 2 % täysin eri mieltä asiasta.

Kuvio 7. Vastaajien näkemyksiä potilaan voinnin arvioimisesta hänen hoitolinjoihin ja hoidonrajauksiin nähden

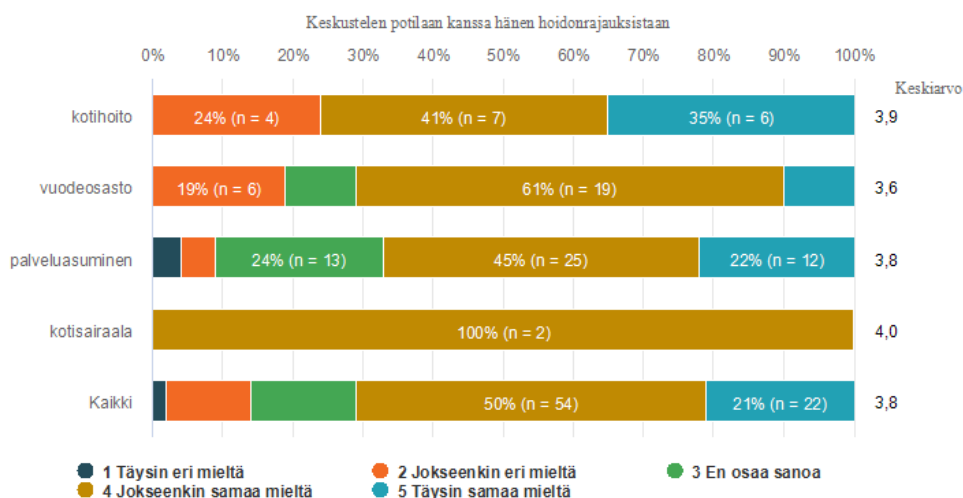


Tutkimustulokset osoittavat, että potilaan kanssa keskustellaan hoidonlinjauksista ja hoidonrajauksista enemmän kotihoidossa kuin vuodeosastolla ja palveluasumisessa (kuviot 7 ja 8). Palveluasumisessa vastaajista (n=55) 4 % vastasi, ettei keskustele lainkaan potilaiden kanssa hoidonlinjauksista ja hoidonrajauksista. Palveluasumisen vastaajista kuitenkin 22 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa kuin vuodeosaston vastaajista (n=31) vain 10 % oli täysin samaa mieltä asiasta.

Kuvio 7. Vastaajien näkemyksiä hoitolinjauksista keskustelemisesta potilaan kanssa

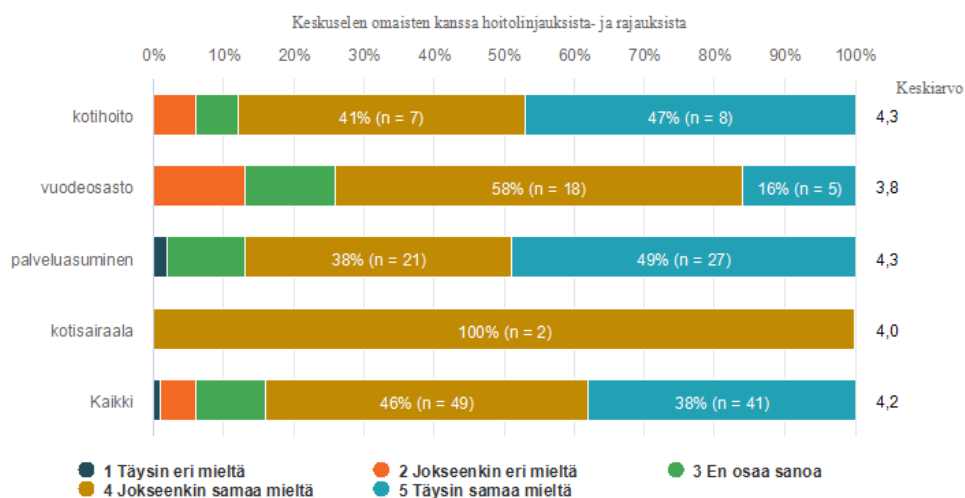


Kuvio 8. Vastaajien näkemyksiä hoidonrajuuksista keskustelemisesta potilaan kanssa



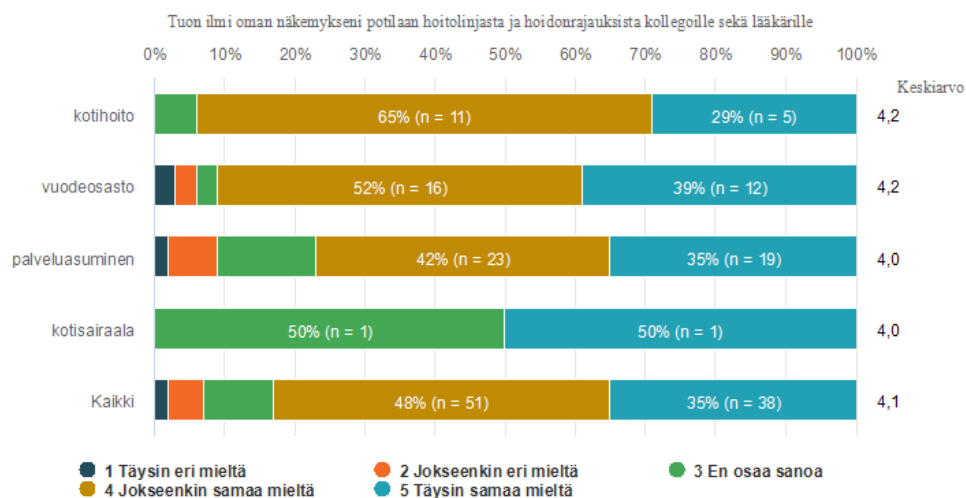
Verrattaessa kotihoidon, vuodeosaston ja palveluasumisen hoitajien vastauksia koskien omaisten kanssa hoitolinjauksista ja hoidonrajuuksista keskustelemista, voidaan todeta, että kotihoidossa keskustellaan myös omaisten kanssa useammin kuin vuodeosastolla ja palveluasumisessa (kuvio 9). Vähiten omaisten kanssa keskustellaan hoitolinjoista- ja hoidonrajuuksista vuodeosastolla. Vuodeosaston hoitajista (n=31) vain 16 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja 58 % jokseenkin samaa mieltä. Heistä 13 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan tai 13 % oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.

Kuvio 9. Vastaajien kokemuksia omaisten kanssa hoitolinjauksista- ja rajauksista keskustelemisesta

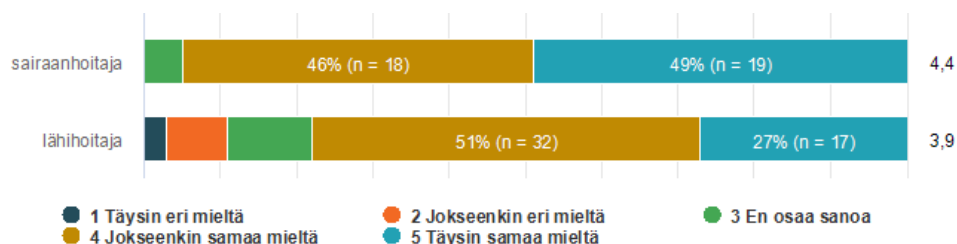


Oman näkemyksen potilaan hoitolinjoista ja hoidonrajauksista tuovat ilmi kotisairaalan ja kotihoidon hoitajat muita enemmän (kuviot 10). Vuodeosaston hoitajista (n=31) 3 % ja palveluasumisen hoitajista 2 % vastasi puolestaan, etteivät he kerro omia näkemyksiään potilaan hoitolinjoista tai hoidonrajauksista kollegoilleen tai lääkärille. Verrattaessa sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksia, voidaan todeta, että sairaanhoitajat tuovat enemmän oman näkemyksen potilaan hoitolinjoista ja hoidonrajauksista esille (kuviot 11). Lähihoitajista (n=63) 11 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä tai täysin erimieltä, että toisi oman näkemyksen potilaan hoitolinjoista tai hoidonrajauksista esille kollegoilleen tai lääkärille.

Kuvio 10. Vastaajien kokemuksia omien näkemyksen esiin tuomisesta kollegoille ja lääkäreille

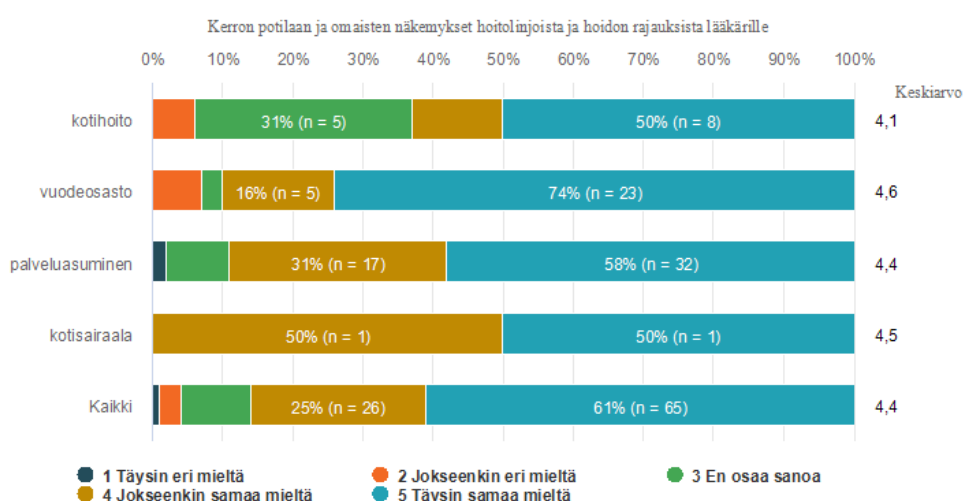


Kuvio 11. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien erot omien näkemysten esiin tuomisesta kollegoille tai lääkärille

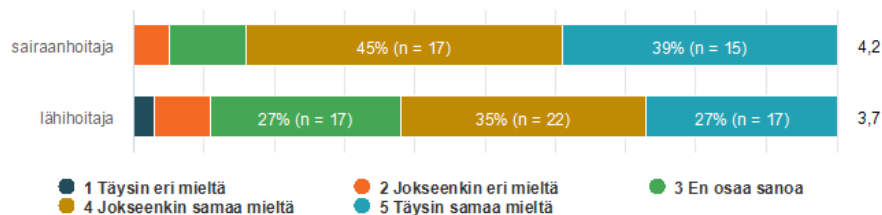


Vuodeosaston hoitajat kertovat puolestaan useammin potilaan ja omaisen näkemykset hoitolinjoista ja hoidonrajauksista lääkärille kuin kotihoidon, kotisairaalan tai palveluasumisen hoitajat (kuvio 12). Osaston hoitajista (n=31) 74 % vastasi keskustelewansa asiasta lääkärin kanssa ja 16 % hoitajista oli asiassa jokseenkin samaa mieltä. Kotihoidon hoitajista (n=17) 50 % vastasi kertovansa potilaan ja omaisten näkemykset hoitolinjoista ja hoidonrajauksista lääkärille ja 12,5 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä asiasta. Palveluasumisen hoitajista (n=55) 2 % vastasi, ettei tuo potilaan ja omaisten näkemyksiä asiasta lainkaan ilmi lääkärille. Tarkastellessa sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksien eroja, voidaan todeta, että lähihoitajat esittävät sairaanhoitajia harvemmin lääkärille potilaan ja omaisten mielipiteitä (kuvio 13). Sairaanhoitajista valtaosa (n= 39) 79 % vastaa kertovansa asiasta lääkärille, kun puolestaan lähihoitajista (n=63) 52 % tuo asian lääkärin tietoon. Lähihoitajista 7 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä tai täysin erimieltä siitä, että esittävät potilaan ja omaisten näkemyksiä lääkärille.

Kuvio 12. Vastaajien kokemuksia potilaan ja omaisten näkemysten kertomisesta lääkärille

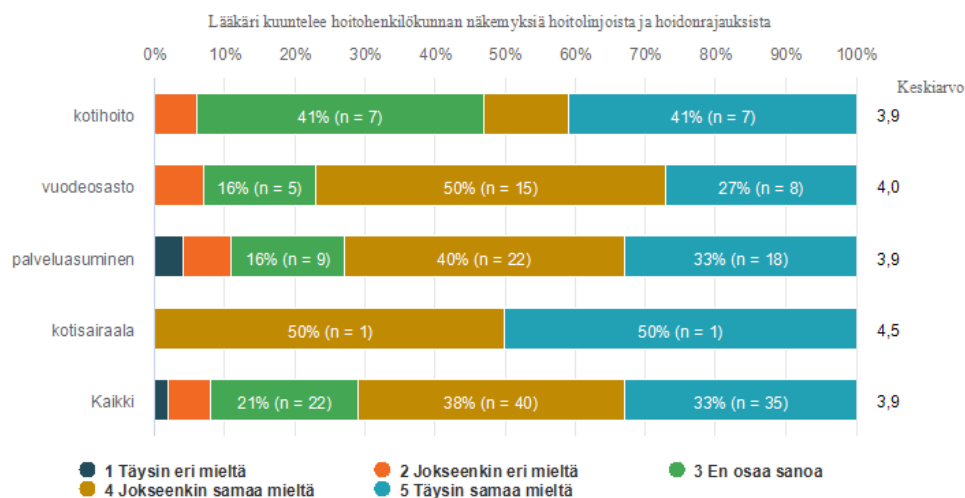


Kuvio 13. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien erot potilaan ja omaisten näkemysten kertomisesta lääkärille



Kaikista vastaajista (n=107) 71 % kokee, että lääkäri kuuntelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaan hoitolinjoista tai hoidonrajauksista (kuvio 14). Vastaajista 9 % (n=9) kokee, ettei lääkäri kuuntele hoitohenkilökuntaa joko osittain tai ollenkaan. Vähiten lääkärin koettiin kuuntelevan hoitohenkilökuntaa kotihoidossa. Kotihoidon vastaajista (n=17) 53 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä asiasta tai jokseenkin samaa mieltä, kun vuodeosaston vastaajista (n=31) 77 % oli sitä mieltä, että lääkäri kuuntelee heidän näkemyksiään potilaan hoitolinjoista ja hoidonrajauksista.

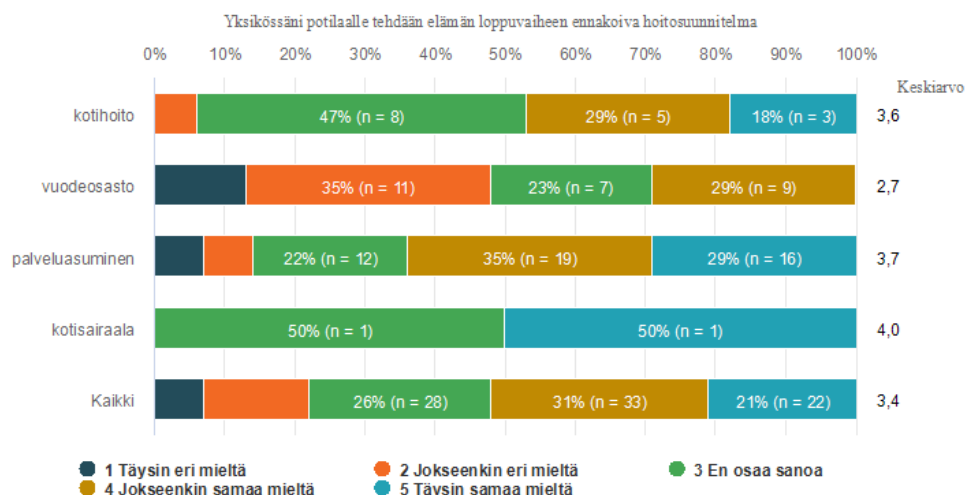
Kuvio 14. Vastaajien kokemuksia lääkärin kuuntelemisesta hoitohenkilökuntaa



5.3 Elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen potilastietojärjestelmään

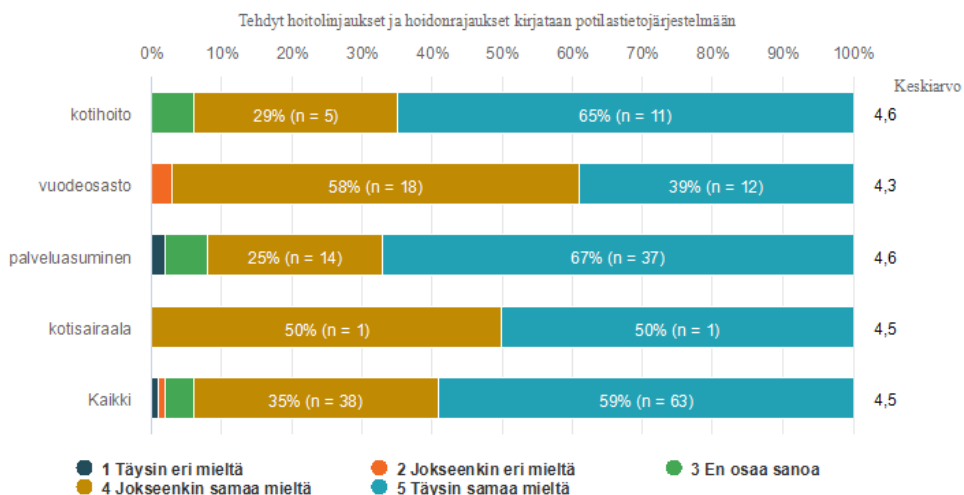
Tarkastellessa vastaajien näkemystä siitä, tehdäänkö potilaalle elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, voidaan todeta, että kotisairaalassa se tehdään useammin kuin muualla (kuvio 15). Palveluasumisen hoitajista (n=55) 64 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että heidän yksikössään potilaalle tehdään elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Vähiten elämän loppuvaiheen ennakoivia hoitosuunnitelmia tehdään vuodeosastolla. Heistä (n=31) jopa 48 % vastasi olevansa joko jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä asiasta ja vain 29 % jokseenkin samaa mieltä.

Kuvio 15. Vastaajien näkemyksiä elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä yksikössään.

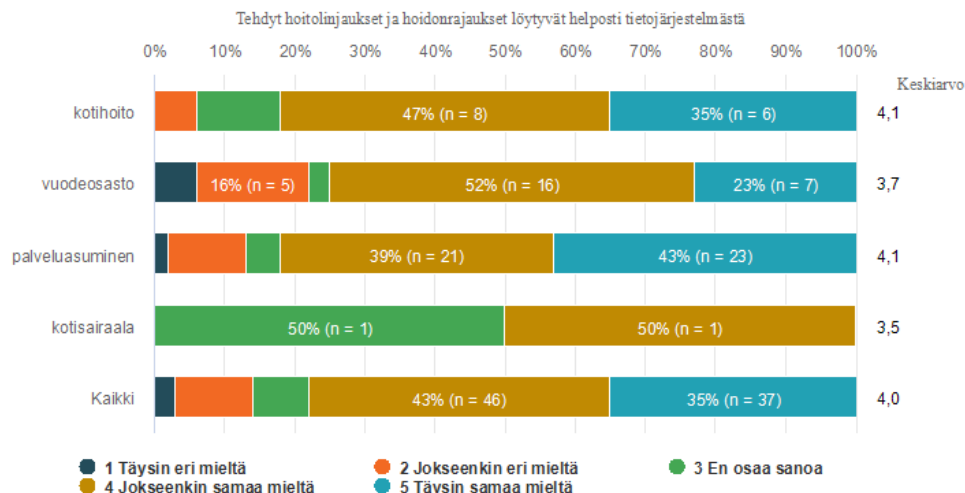


Kaikissa yksiköissä tehdyt hoidonlinjaukset ja hoidonrajaukset puolestaan kirjataan useimmiten potilastietojärjestelmään (kuvio 16). Kaikista vastaajista (n=107) 94 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Vastaajista vain 2 % oli asiasta jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Valtaosa vastaajista oli myös sitä mieltä, että kirjatut hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset löytyvät helposti potilastietojärjestelmästä (kuvio 17). Kaikista vastaajista 78 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä, että kirjatut tiedot ovat helposti löydettävissä. Eniten hankaluuksia kirjausten löytymisestä potilastietojärjestelmästä koki vuodeosaston hoitajat (n=31). Heistä 23 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä asiasta.

Kuvio 16. Hoitolinjauksien ja hoidonrajauksien kirjaaminen potilastietojärjestelmään

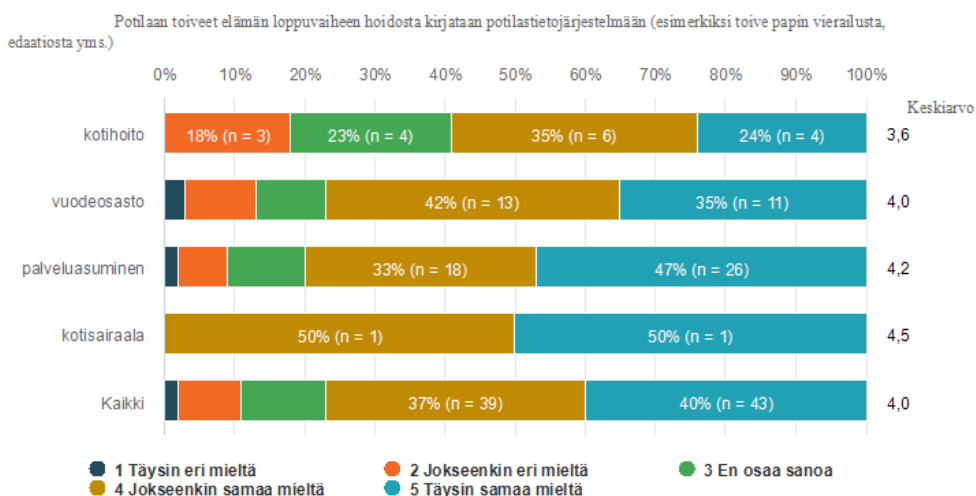


Kuvio 17. Vastaajien kokemus hoitolinjauksien ja hoidonrajauksien löytymisestä potilastietojärjestelmästä

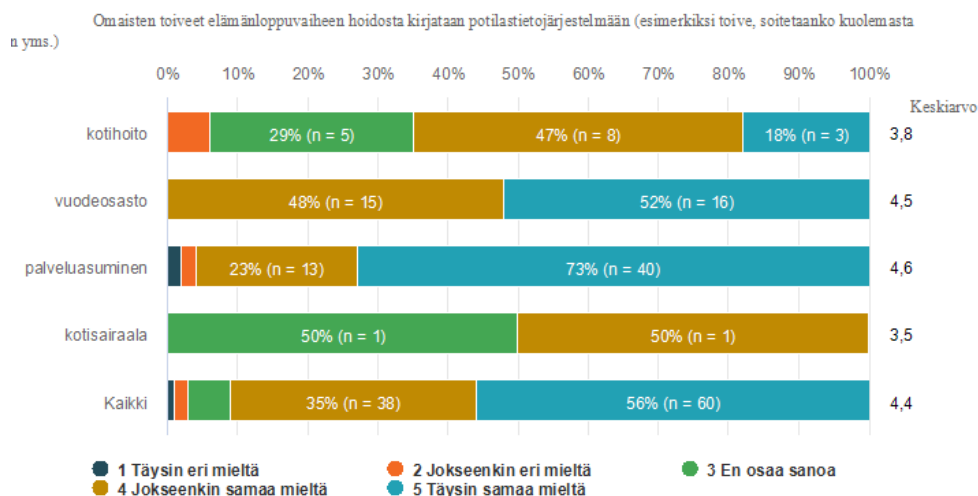


Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että myös potilaiden ja omaisten toiveet kirjataan potilastietojärjestelmään useimmiten (kuvio 18 ja 19). Kaikista vastaajista (n=107) 40 % oli samaa mieltä ja 37 % jokseenkin samaa mieltä, että potilaan toiveet kirjataan potilastietojärjestelmään. Omaisten toiveet koettiin kirjattavan potilastietojärjestelmään kuitenkin useammin kuin potilaiden. Kaikista vastaajista 56 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä ja 35 % jokseenkin samaa mieltä, että omaisten toiveet kirjataan potilastietojärjestelmään. Vastauksista voidaan päätellä myös, että useimmiten potilaan ja omaisten toiveet kirjataan potilastietojärjestelmään palveluasumisessa. Puolestaan vähiten potilaiden ja omaisten toiveet kirjataan kotihoidossa. Heistä (n=17) 24 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä, että potilaiden toiveet tulee kirjattua potilastietojärjestelmään, 23 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan ja 18 % oli asiasta jokseenkin eri mieltä.

Kuvio 18. Vastaajien näkemys potilaan toiveiden kirjaamisesta potilastietojärjestelmään

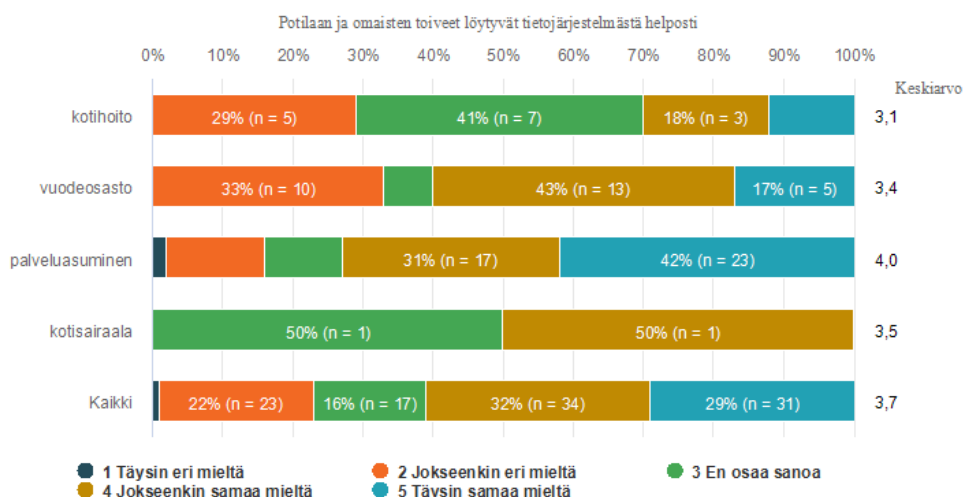


Kuvio 19. Vastaajien näkemys omaisten toiveiden kirjaamisesta potilastietojärjestelmään



Potilaan ja omaisten toiveiden löytyminen potilastietojärjestelmästä on koettu jokseenkin haasteelliseksi (kuvio 20). Kaikista vastaajista (n=107) 22 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä, että potilaan ja omaisten toiveet löytyvät helposti potilastietojärjestelmästä. Kotisairaalan vastaajista (n=2) 50 % oli sitä mieltä, että potilaan ja omaisten toiveet löytyvät potilastietojärjestelmästä helposti.

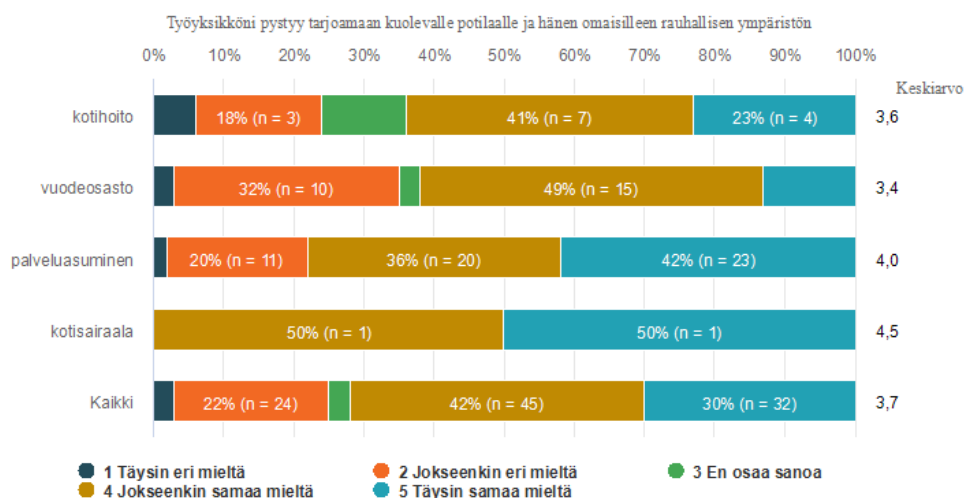
Kuvio 20. Vastaajien kokemus potilaan ja omaisten toiveiden löytymisestä potilastietojärjestelmästä



5.4 Organisaatioon liittyvät kysymykset

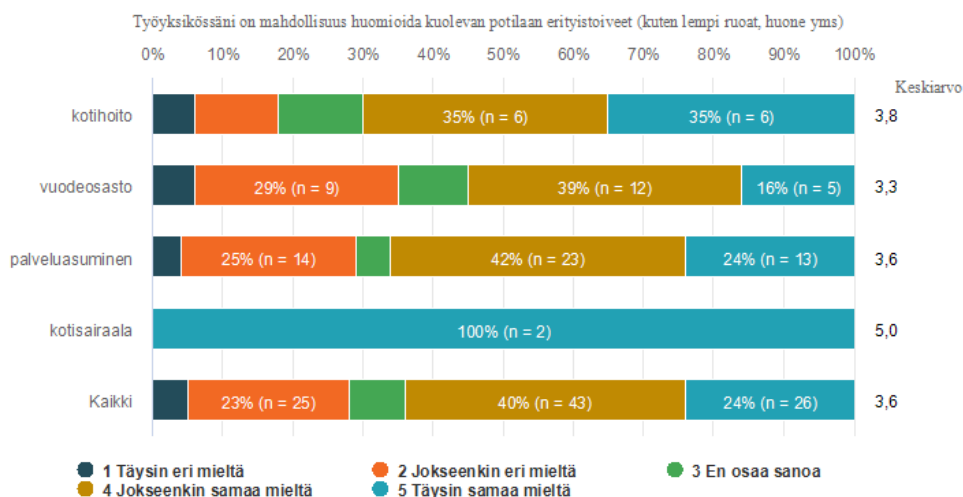
Rauhallisen ympäristön järjestämisessä kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen on eroavaisuuksia yksiköiden välillä (kuvio 21). Palveluasumisessa rauhallisen ympäristön järjestäminen onnistuu paremmin kuin vuodeosastolla ja kotihoidossa. Vuodeosaston vastaajista (n=31) 61 % ja palveluasumisen vastaajista (n=55) 78 % ilmoittaa pystyvänsä järjestämään rauhallisen ympäristön kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen. Kotisairaalan vastaajat, ovat puolestaan sitä mieltä, että rauhallisen ympäristön järjestäminen kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen on mahdollista aina.

Kuvio 21. Vastaajien näkemys rauhallisen ympäristön järjestämisestä kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen



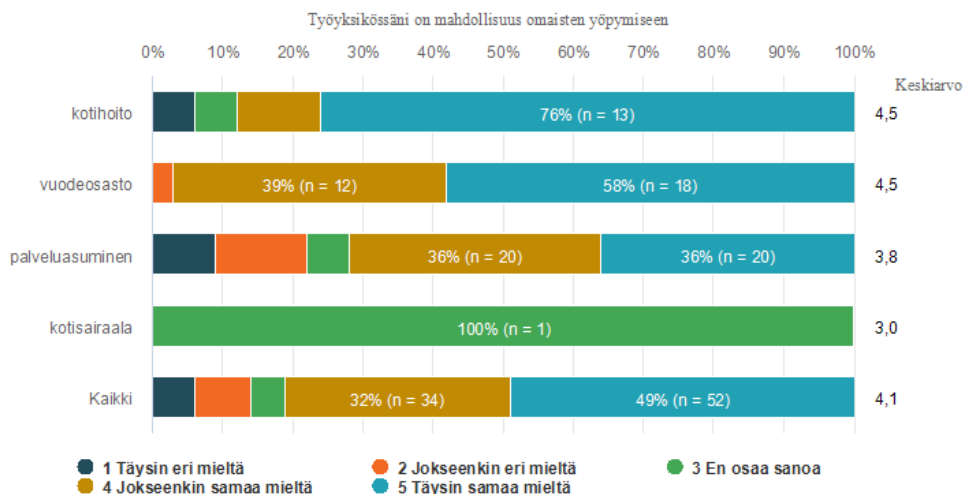
Potilaan erityistoiveet huomioidaan jokaisessa yksikössä, mutta parhaiten ne huomioidaan kotisairaalaissa (kuvio 22). Kotisairaalan vastaajista kaikki ovat sitä mieltä, että he huomioivat kuolevan potilaan erityistoiveet. Kaikista vastaajista (n=107) 64 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että potilaiden erityistoiveet huomioidaan hoidossa. Vastaajista 28 % puolestaan on sitä mieltä, ettei potilaiden erityistoiveita ole juurikaan mahdollista huomioida hoidon aikana. Huonoiten potilaiden erityistoiveet huomioitiin vuodeosastolla. Heistä (n=31) 55 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä, että kuolevan potilaan erityistoiveet huomioidaan hoidossa.

Kuvio 22. Vastaajien näkemys kuolevan potilaan erityistoiveiden huomioimisesta



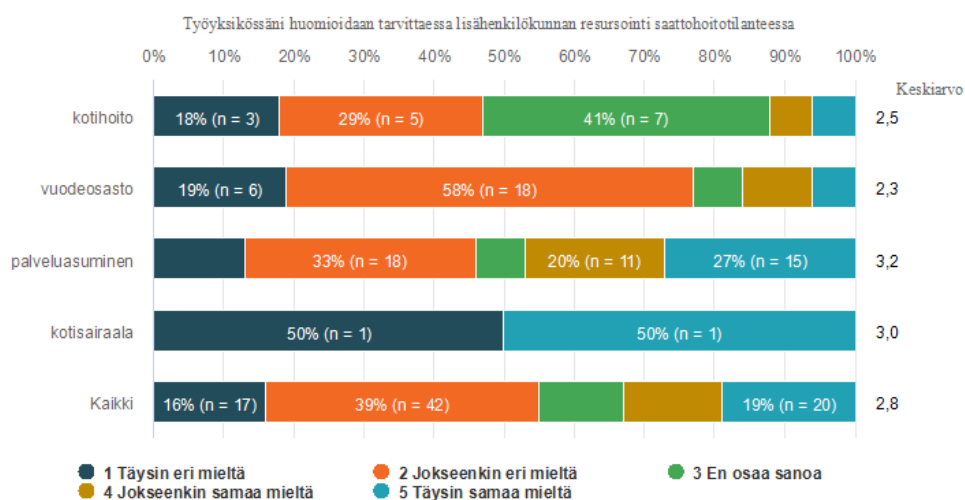
Omaisten yöpyminen on toteutettavissa helpommin vuodeosastolla kuin palveluasumisessa (kuvio 23). Vuodeosaston vastaajista (n= 31) 97 % vastasi, että omaiset voivat yöpyä kuolevan potilaan luona, kun puolestaan palveluasumisen vastaajista (n=55) 72 % ilmoitti tuon olevan mahdollista. Palveluasumisen vastaajista 9 % vastasi, ettei omaisten yöpyminen ole heillä lainkaan mahdollista.

Kuvio 23. Omaisten yöpymisen mahdollisuus eri yksiköissä



Kaikista vastaajista (n=107) vain 19 % vastasi, että lisähenkilökunnan resurssointi huomioidaan, kun yksikössä on saattohoitopotilas (kuviokuva 24). Vuodeosastolla koettiin lisähenkilökunnan saaminen vaikeimpana. Heistä (n=31) 77 % oli sitä mieltä, ettei lisähenkilökuntaa saada riittävästi saattohoitotilanteisiin. Parhaiten lisähenkilökunnan resurssointi huomioitiin palveluasumisessa. Heistä (n= 55) 47 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä, että henkilökuntaa hankitaan lisää, kun yksikössä on saattohoitopotilaita.

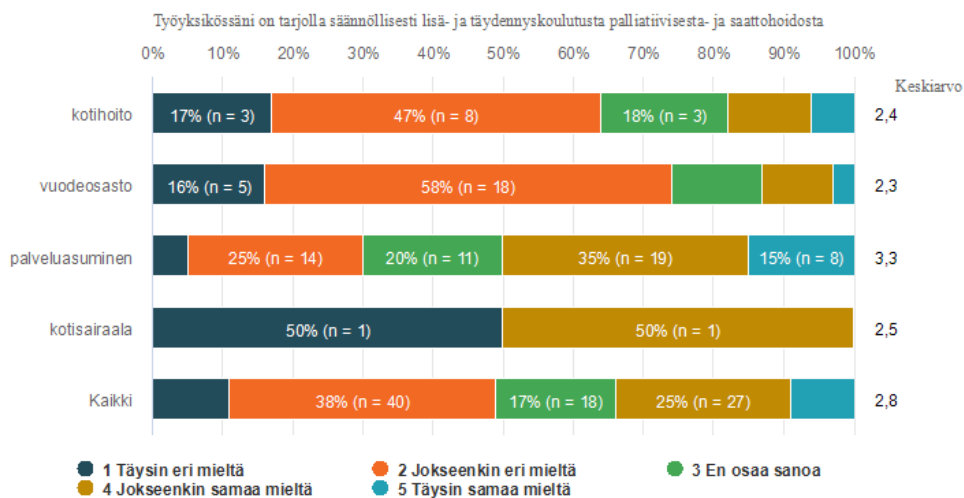
Kuvio 24. Vastaajien näkemys lisähenkilökunnan resursoimisesta saattohoitotilanteissa



Palliativisen- ja saattohoidon lisä- ja täydenniskoulutusta koettiin saavan liian vähän joka yksikössä. Vähiten lisä- ja täydenniskoulutusta kokivat saavan kotihoitajan ja vuodeosaston hoitajat (kuviokuva 25). Vuodeosaston vastaajista (n=31) vain 13 % ja kotihoitajan vastaajista (n=17) 18 % koki, että lisä- ja täydenniskoulutusta on tarjolla säännöllisesti. Palveluasumisessa ja kotisairaalassa puolestaan lisä- ja täydenniskoulutusta on vastaajien mukaan saatavilla parhaiten. Molemmissa yksiköissä puolet

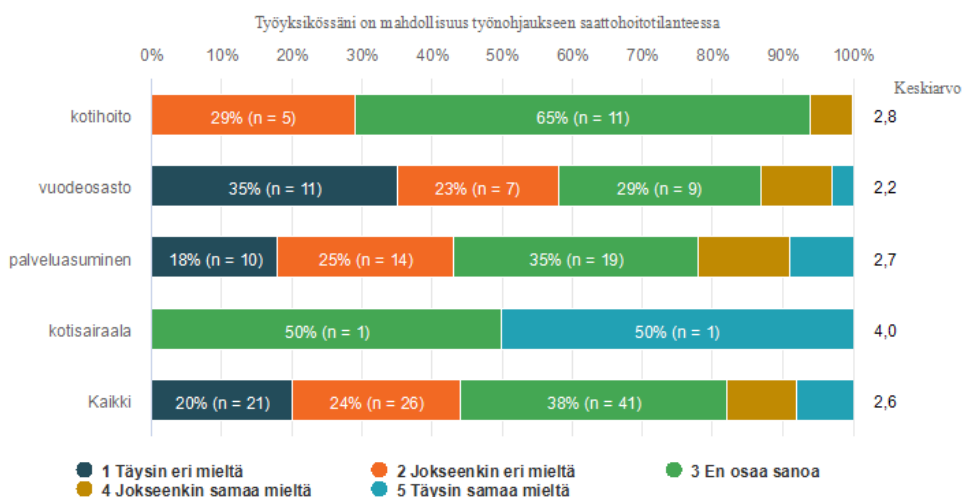
vastaajista oli sitä mieltä, että palliatiivisen- ja saattohoidon lisä- ja täydennyskoulutusta tarjotaan säännöllisesti.

Kuvio 25. Vastaajien kokemuksia työyksiköiden tarjoamasta palliatiivisen- ja saattohoidon lisä- ja täydennyskoulutuksesta



Työnohjausta saattohoitotilanteisiin ei juurikaan ole saatavilla. Kaikista vastaajista (n=107) vain 18 % koki työnohjauksen olevan mahdollista ja 44 % puolestaan vastasi, ettei sitä huomioida saattohoitotilanteissa. Iso osa vastaajista (38 %) ei osannut sanoa mielipidettään asiaan.

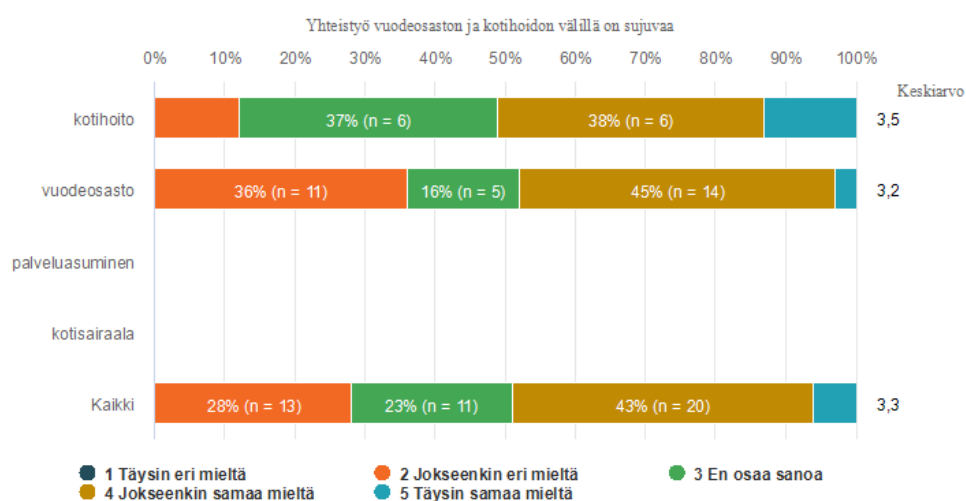
Kuvio 26. Työnohjauksen mahdollisuus saattohoitotilanteissa eri yksiköissä



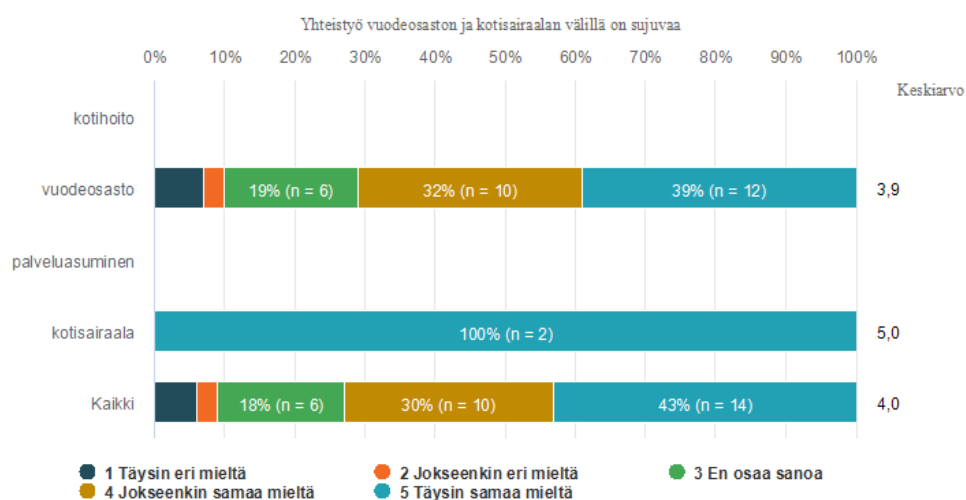
5.5 Yhteistyö eri toimijoiden välillä

Yhteistyötä eri toimijoiden välillä tarkastellessa, voidaan todeta, eri yksiköiden välisessä yhteistyössä on eroja. Vuodeosaston ja kotihoidon vastaajista (n=47) yli puolet 59 % vastasi yhteistyön heidän välillään toimivan (kuvio 27). Vastaajista 28 % vastasi kuitenkin olevansa jokseenkin eri mieltä asiasta. Vuodeosaston ja kotisairaalan välinen yhteistyö on puolestaan koettu paremmaksi (kuvio28). Vuodeosaston ja kotisairaalan vastaajista (n=33) 73 % oli sitä mieltä, että yhteistyö toimii hyvin. Vuodeosaston vastaajista (n=31) vain 10 % koki yhteistyön toimimattomaksi. Palveluasumisen ja vuodeosaston välinen yhteistyö on ollut puolestaan vaikeimmin arvioitavissa (kuvio 29). Palveluasumisen ja vuodeosaston kaikista vastaajista (n=85) 41 % vastasi yhteistyön toimivan, mutta heistä 51 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta.

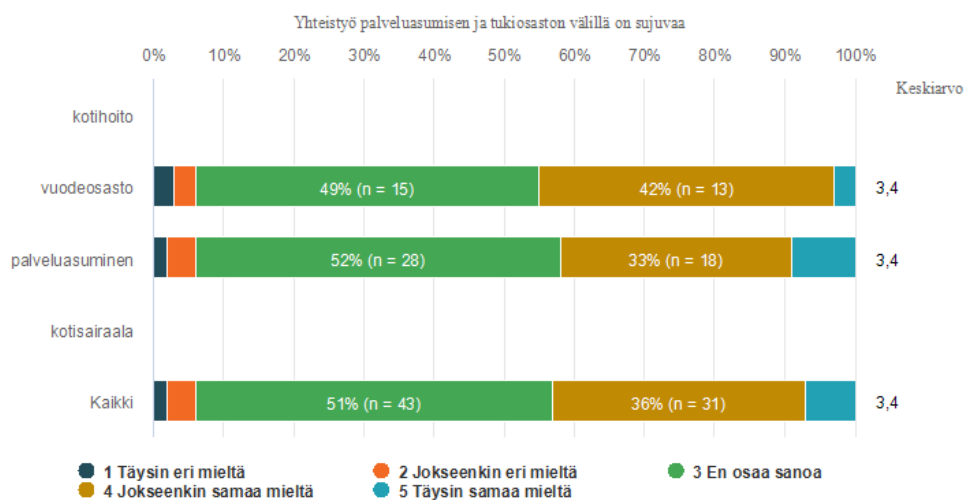
Kuvio 27. Vuodeosaston ja kotihoidon vastaajien kokemuksia heidän välisestä yhteistyöstä



Kuvio 28. Vuodeosaston ja kotisairaalan vastaajien kokemuksia heidän välisestä yhteistyöstä

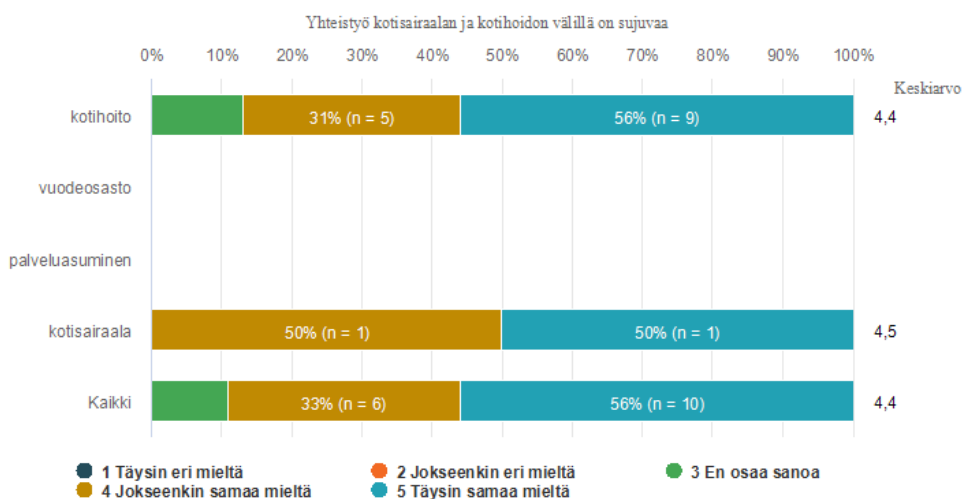


Kuvio 29. Vuodeosaston ja palveluasumisen vastaajien kokemuksia heidän välisestä yhteistyöstä

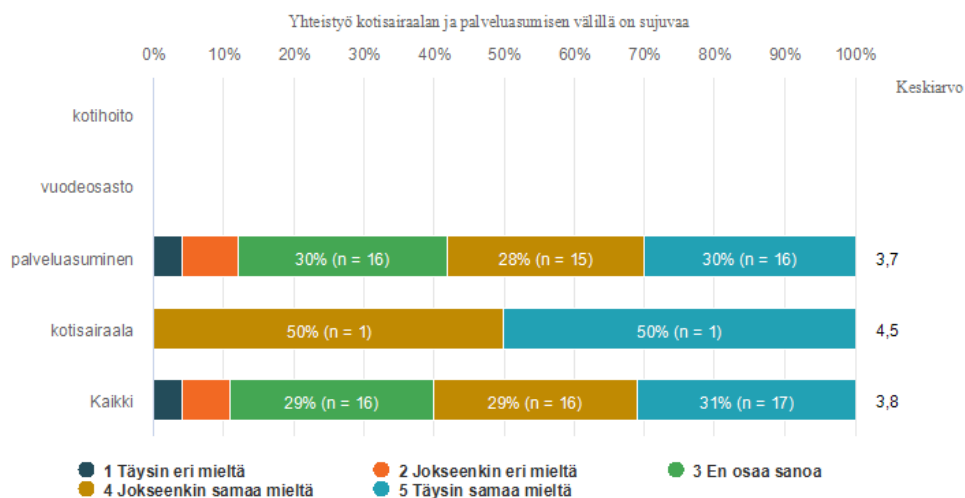


Parhaimmaksi yhteistyöksi koettiin kotisairaalan ja kotihoiton yhteistyö. Kotisairaalan ja kotihoiton vastaajista (n=18) peräti 89 % koki yhteistyön sujuvaksi, eikä kukaan vastaajista kokenut siinä ongelmia (kuvio 30). Myös kotisairaalan ja palveluasumisen välinen yhteistyö on koettu hyväksi. Kotisairaalan ja palveluasumisen vastaajista 60 % vastasi yhteistyön pelaavan hyvin (kuvio 31).

Kuvio 30. Kotisairaalan ja kotihoiton vastaajien kokemuksia heidän välisestä yhteistyöstä

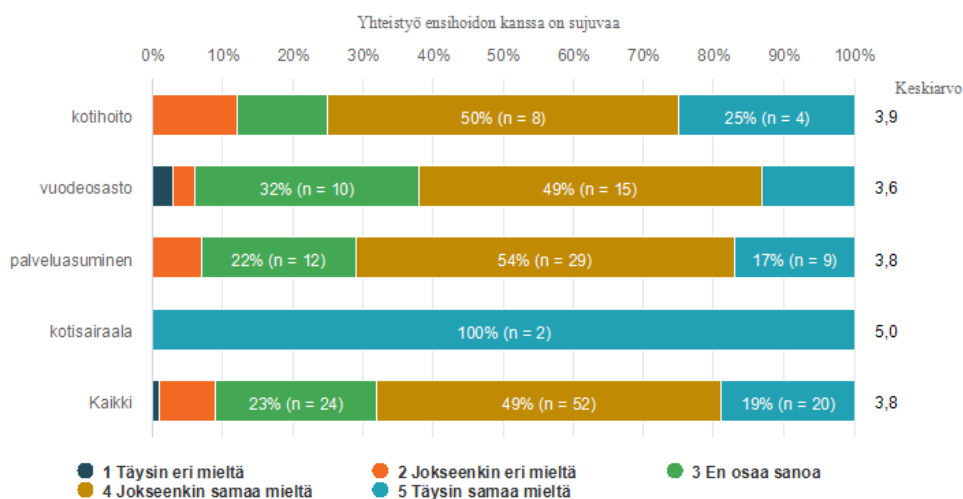


Kuvio 31. Kotisairaalan ja palveluasumisen vastaajien kokemuksia heidän välisestä yhteistyöstä

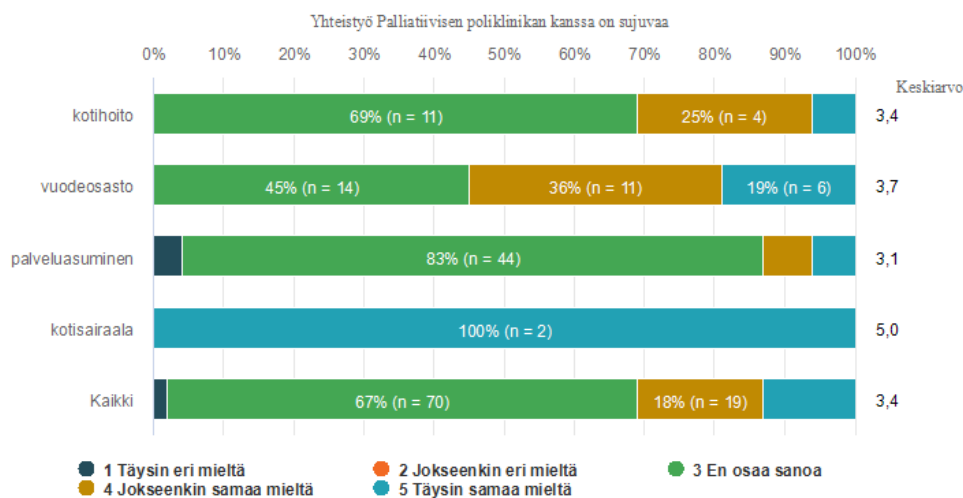


Yhteistyön ensihoidon kanssa vastaajat kokevat hyväksi. Kaikista vastaajista (n=105) 68 % koki, että yhteistyö ensihoidon kanssa on sujuvaa ja vain 9 % koki siinä olevan puutteita (kuvio 32). Palliativisen poliklinikan kanssa tehtyyn yhteistyöhön vastaajista puolestaan valtaosa, 67 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan (kuvio 33.). Parhaimmaksi yhteistyön palliativisen poliklinikan kanssa kokivat kotisairaalan ja vuodeosaston vastaajat.

Kuvio 32. Vastaajien kokemuksia yhteistyöstä ensihoidon kanssa

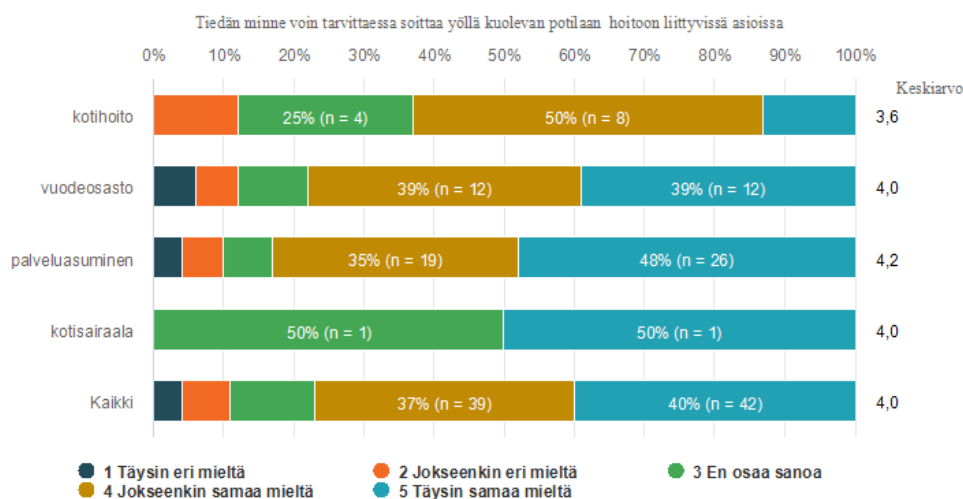


Kuvio 33. Vastaajien kokemuksia yhteistyöstä palliatiivisen poliklinikan kanssa



Valtaosa kaikista vastaajista tiesi, minne ottaa yhteyttä yöaikaan kuolevan potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Kaikista vastaajista (n=105) 77 % vastasi tietävänsä, ketä voi konsultoida potilaan asiassa yöaikaan (kuvio 34). Vastaajista vain 11 % ei tiennyt mihin ottaa yöaikaan yhteyttä. Yöaikaisen konsultaation epätietoisuus nousi esiin eniten vuodeosastolla ja palveluasumisessa.

Kuvio 34. Vastaajien tietämys yöaikaisesta konsultaatiosta kuolevan potilaan hoitoon liittyvissä asioissa

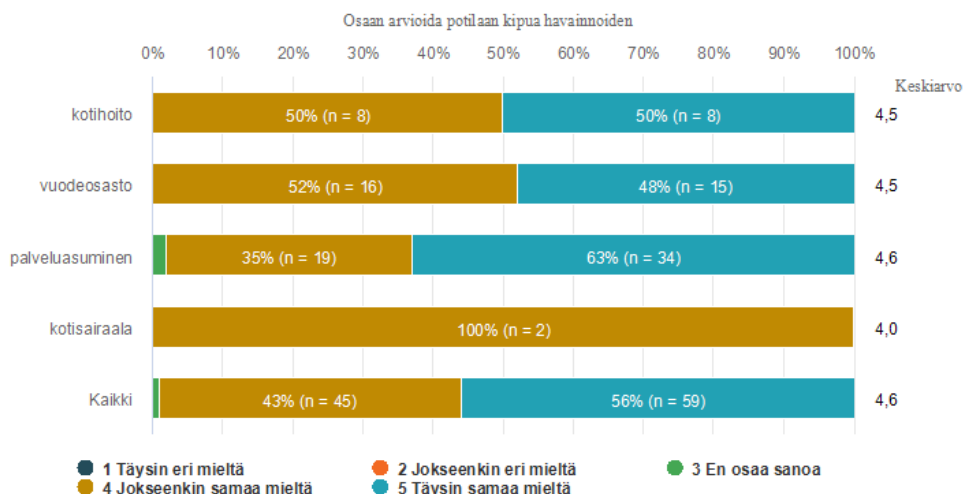


5.6 Kivun hoito palliatiivisessa- ja saattohoidossa

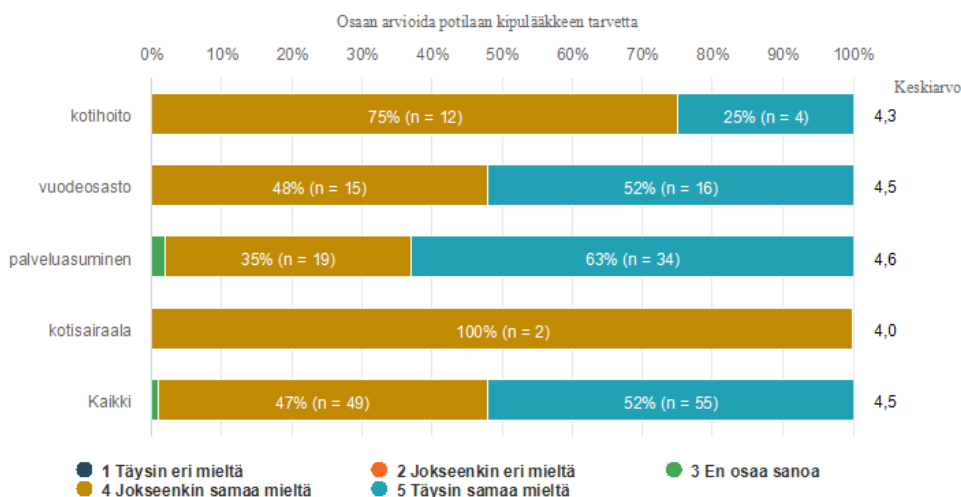
Kivun hoitoon liittyvissä kysymyksissä nousi esiin, että potilaan kipua osataan arvioida havainnoiden ja tarvittaessa myös lääkitä sitä. Kaikista vastaajista (n=105) 99 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä asiasta (kuvio 35 ja 36). Kivun arvioinnissa vastaajista 50 % käytti apunaan jotakin kipumittaria (kuvio 37). Kotisairaalassa kipumittarin käyttö on yleisempää, kuin muissa yksiköissä. Vähiten kipumittaria voidaan todeta käytettävän vuodeosastolla ja palveluasumisessa. Palveluasumisen vastaajista (n=54) 30 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä, että he käyttävät kivun arvioinnin apuna kipumittaria. Vuodeosaston vastaajista

(n=31) puolestaan 33 % oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä asiasta. Verrattaessa sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksia, voidaan todeta, että lähihoitajat käyttivät kipumittaria kivun arvioinnissa sairaanhoitajia harvemmin (kuvio 38). Sairanhoitajista (n=39) 53 % vastasi käyttävänsä kipumittaria apuna kivun arvioinnissa. Lähihoitajista puolestaan (n=61) vastaavan arvion antoi 47 % vastaajista.

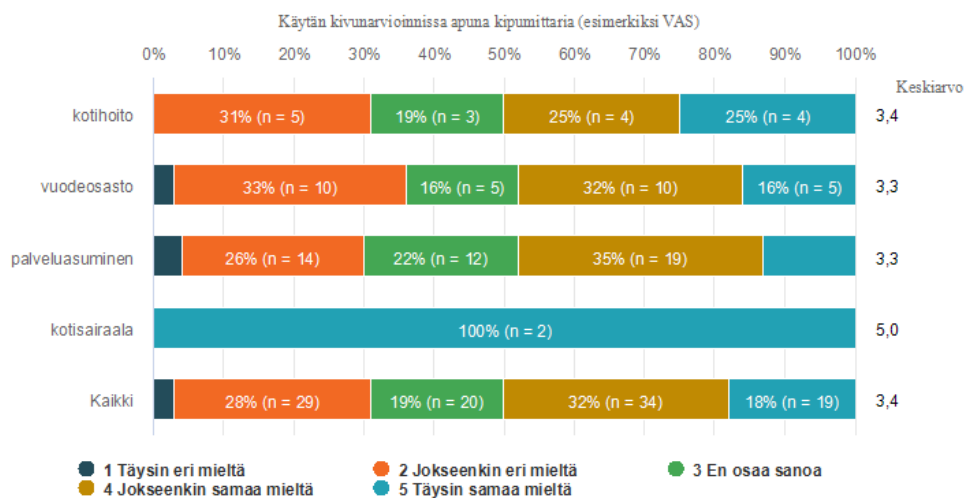
Kuvio 35. Vastaajien kokemus omasta osaamisestaan havainnoidessa kipua



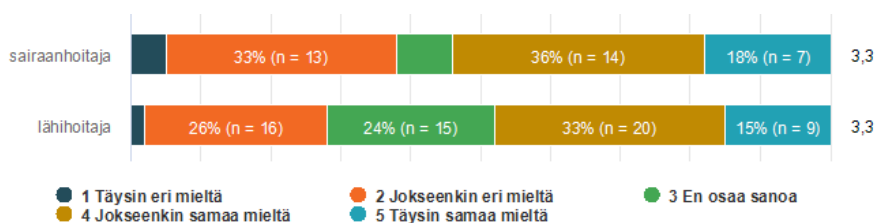
Kuvio 36. Vastaajien kokemus omasta osaamisesta arvioidessa kipulääkkeen tarvetta



Kuvio 37. Vastaajien kokemus kipumittarin käytöstä

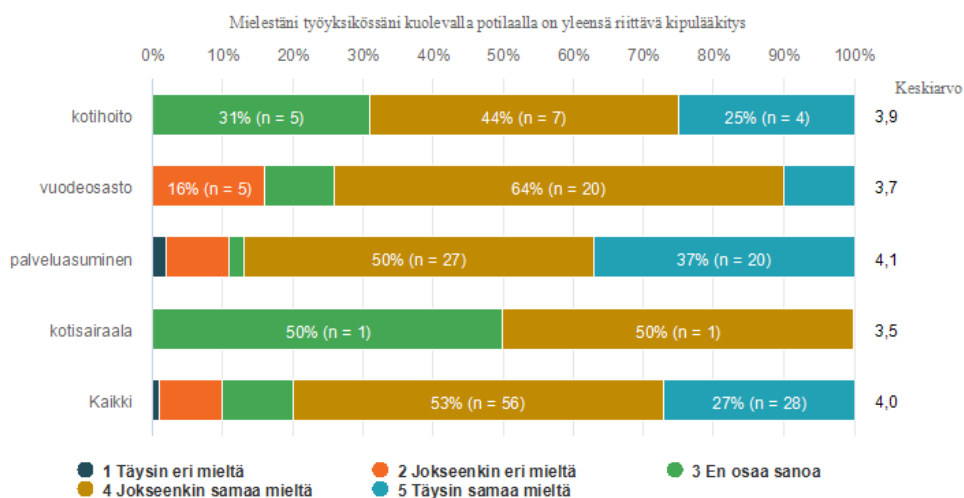


Kuvio 38. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien arvio kipumittarin käytöstä



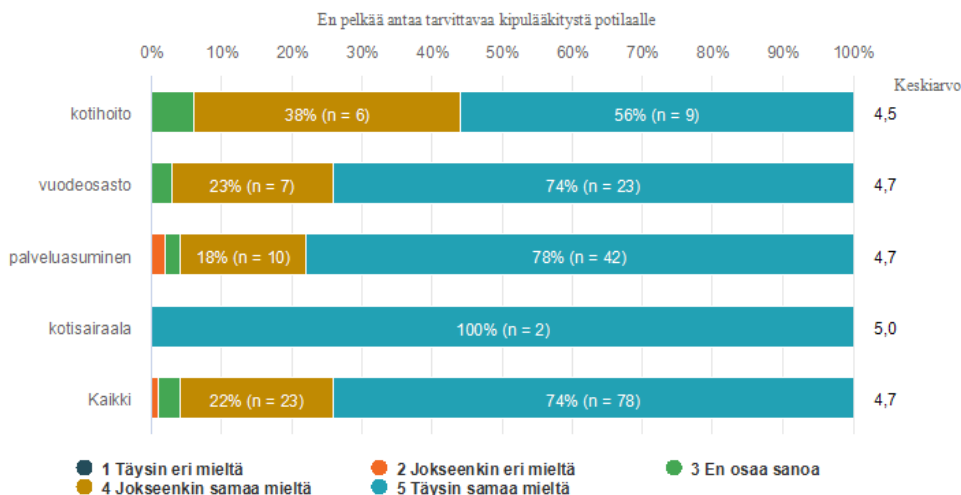
Vastaajat (n=105) arvioivat, että yleensä kuolevalla potilaalla on riittävä kipulääkitys. Kaikista vastaajista 80 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Vastaajista vain 11 % oli sitä mieltä, ettei kipulääkitys ole riittävä.

Kuvio 39. Vastaajien näkemys siitä, onko kuolevalla potilaalla yleensä riittävä kipulääkitys

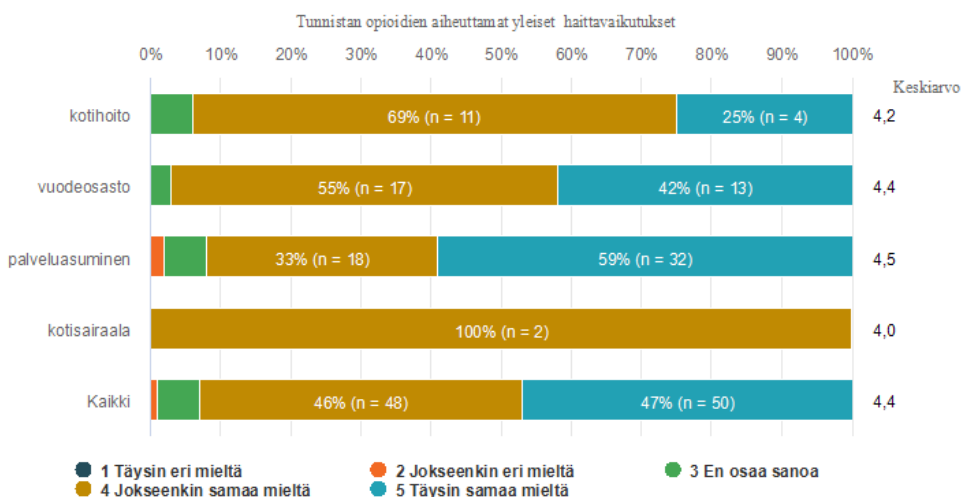


Tarvittavan kipulääkkeen antamista tarkasteltaessa, voidaan todeta, että lähes jokainen vastaajista uskaltaa sitä potilaalle antaa. Palveluasumisen vastaajista (n=54) vain 2 % vastasi olevansa asiasta jokseenkin erimieltä (kuvio 40). Suurin osa kaikista vastaajista (n=105) vastasi myös tunnistavansa opioidien yleisimmät haittavaikutukset. Vastaajista 94 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä (kuvio 41). Vastauksissa ei ilmennyt juuri eroavaisuuksia yksiköiden kesken.

Kuvio 40. Vastaajien näkemys tarvittavan kipulääkkeen antamisesta potilaalle

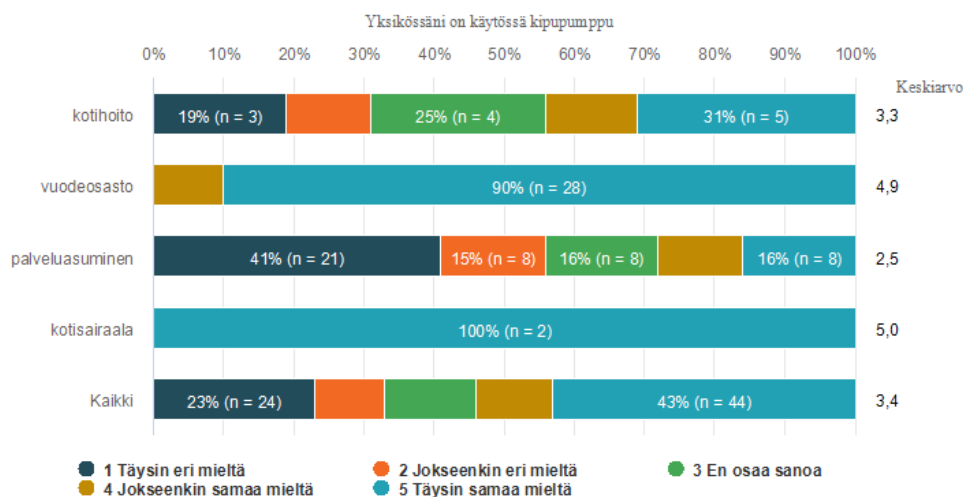


Kuvio 41. Vastaajien näkemys omasta osaamisesta opioidien aiheuttamien yleisimpien haittavaikutusten tunnistamisesta



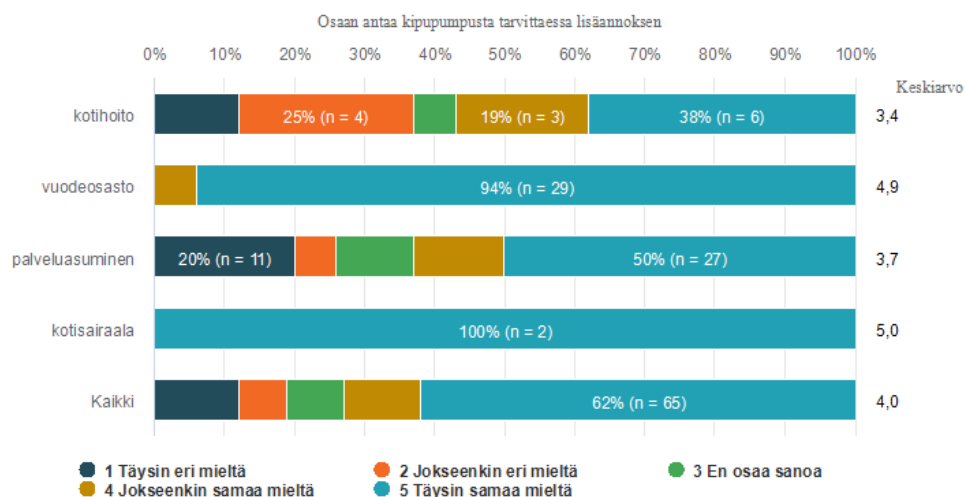
Kipupumppu on käytössä jokaisessa yksikössä, mutta eniten sen voidaan todeta olevan käytössä kotisairaalassa sekä vuodeosastolla. Vuodeosaston hoitajista (n=31) sekä kotisairaalan hoitajista (n=2) kaikki vastasi, että heillä kipupumppu on käytössä (kuvio 42). Palveluasumisessa kipupumppu on puolestaan vähiten käytössä. Palveluasumisen hoitajista (n=51) 41 % vastasi, ettei heillä ole kipupumppua lainkaan käytössä. Myös kotihoidon hoitajista (n=16) 19 % vastasi samoin.

Kuvio 42. Kipupumpun käyttäminen yksiköissä

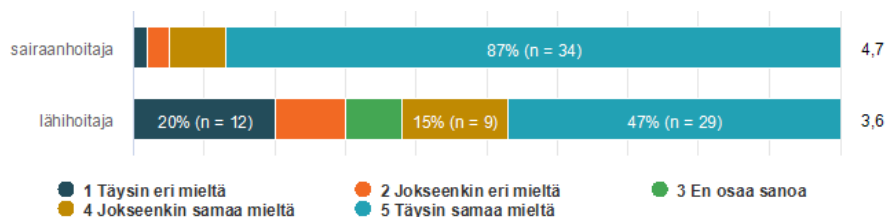


Kipupumpun käytön osaamisessa oli myös merkittäviä eroja niin yksiköittäin kuin tarkastellessa sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Vuodeosastolla ja kotisairaalassa kaikki vastaajat vastasivat osaavansa antaa kipupumpusta lisäannoksen tarvittaessa (kuvio 43). Kotihoidon vastaajista (n=16) puolestaan 25 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä ja 13 % täysin eri mieltä, että osaa antaa kipupumpusta lisäannoksen. Palveluasumisen hoitajista (n=54) puolestaan 20 % vastasi, etteivät he osaa antaa lisäannosta lainkaan. Tarkastellessa eroja sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksissa, voidaan todeta, että sairaanhoitajilla on enemmän osaamista antaa lisäannoksia kipupumpusta kuin lähihoitajilla. Sairaanhoitajista (n=39) 95 % vastasi osaavansa lisäannoksen antamisen, kun lähihoitajista (n=61) vastaava luku oli puolestaan 62 % (kuvio 44).

Kuvio 43. Hoitajien arvio omasta osaamisesta antaa kipupumpusta lisäannoksia

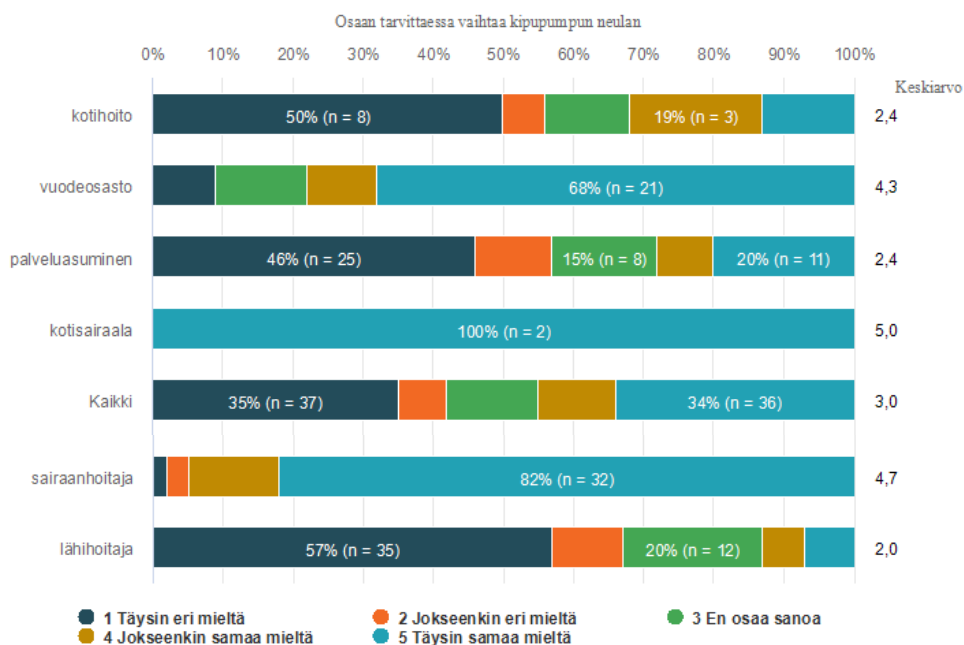


Kuvio 44. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien arvio omasta osaamisesta antaa lisäannos kipupumpusta tarvittaessa



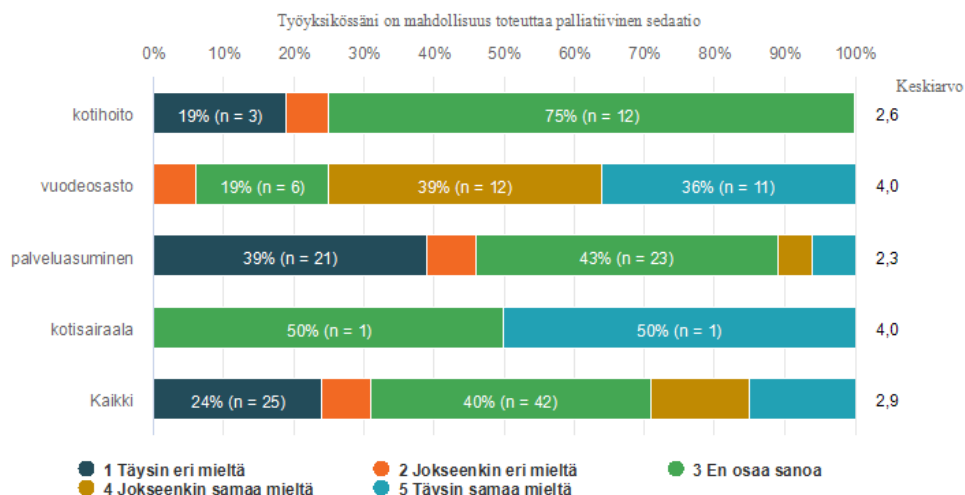
Kipupumpun neulan vaihdon osaamisen arvioi parhaimmaksi kotisairaala sekä vuodeosasto. Vuodeosaston hoitajista (n=31) 68 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä ja 10 % jokseenkin samaa mieltä, että he osaavat vaihtaa kipupumpun neulan (kuviokuva 45). Huonoimmaksi osaamisen arvioi kotihoito sekä palveluasuminen. Kotihoidon hoitajista (n=16) yhteensä vain 32 % vastasi, että he osaavat vaihtaa neulan, kun puolestaan 50 % heistä vastasi, etteivät tuota hallitse lainkaan. Palveluasumisen hoitajista (n=54) myös melkein puolet, 46 % vastasi osaamisessa tuon suhteen olevan puutetta. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä oli myös todettavissa eroja kipupumpun neulan vaihdon osaamisessa. Sairaanhoitajista (n=39) vain 5 % vastasi, ettei osaa vaihtaa kipupumpun neulaa, kun lähihoitajista (n=61) puolestaan 67 % vastasi, etteivät he osaa neulan vaihtoa tehdä.

Kuvio 45. Hoitajien arvio omasta osaamisestaan vaihtaa kipupumpun neula



Palliatiivista sedaatiota voidaan toteuttaa vastauksien perusteella parhaiten kotisairaalan toimesta sekä vuodeosastolla. Vuodeosaston vastaajista (n=31) 75 % vastasi palliatiivisen sedaation olevan heillä mahdollista (kuvio 46). Palveluasumisen vastaajista (n=54) puolestaan vain 12 % vastasi samoin. Kotihoidon vastaajat olivat sitä mieltä, ettei heillä ole lainkaan mahdollisuutta palliatiiviseen sedaatioon.

Kuvio 46. Vastaajien kokemuksia toteuttaa palliatiivista sedaatiota yksiköissään

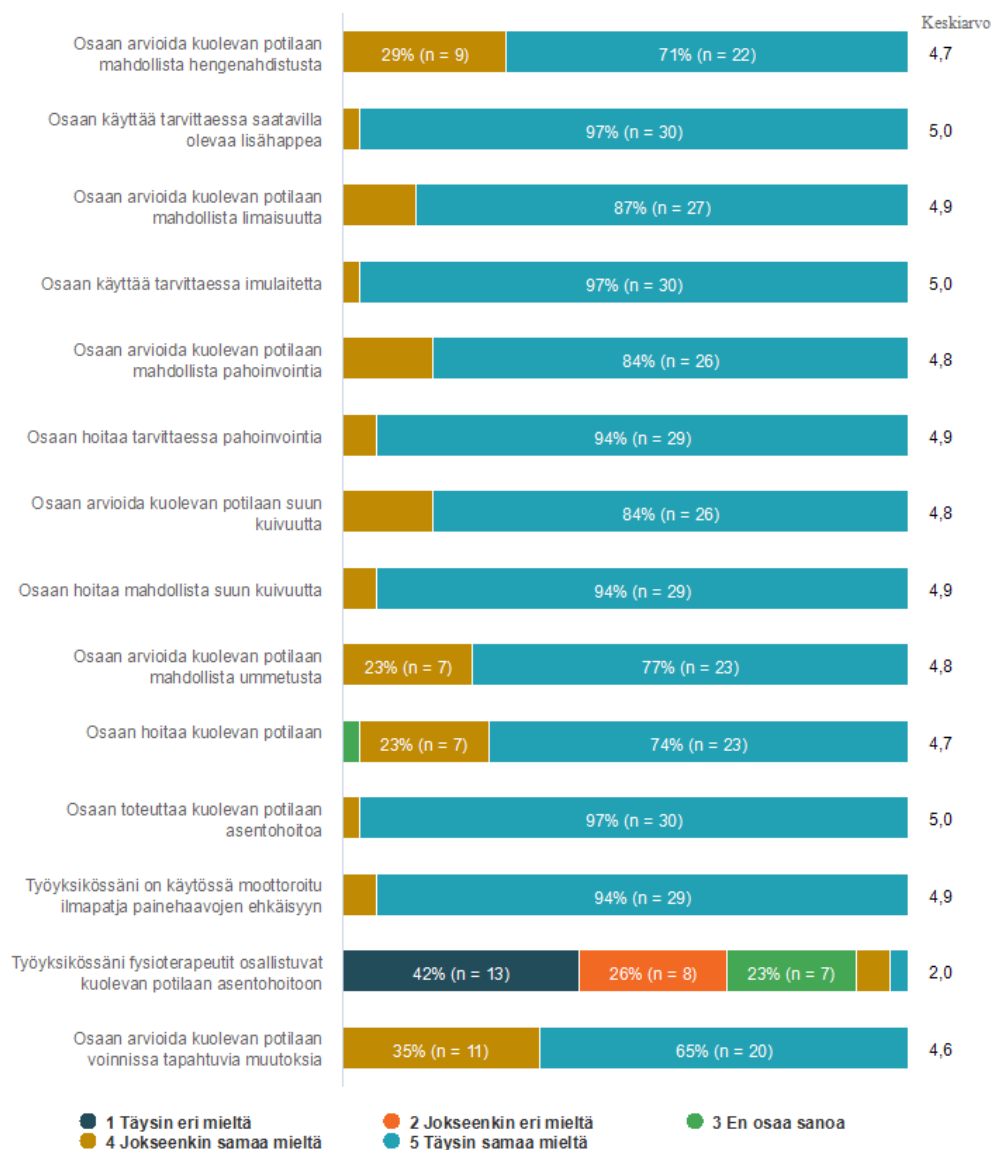


5.7 Kuolevan potilaan oirehoito ja voinnin seuranta

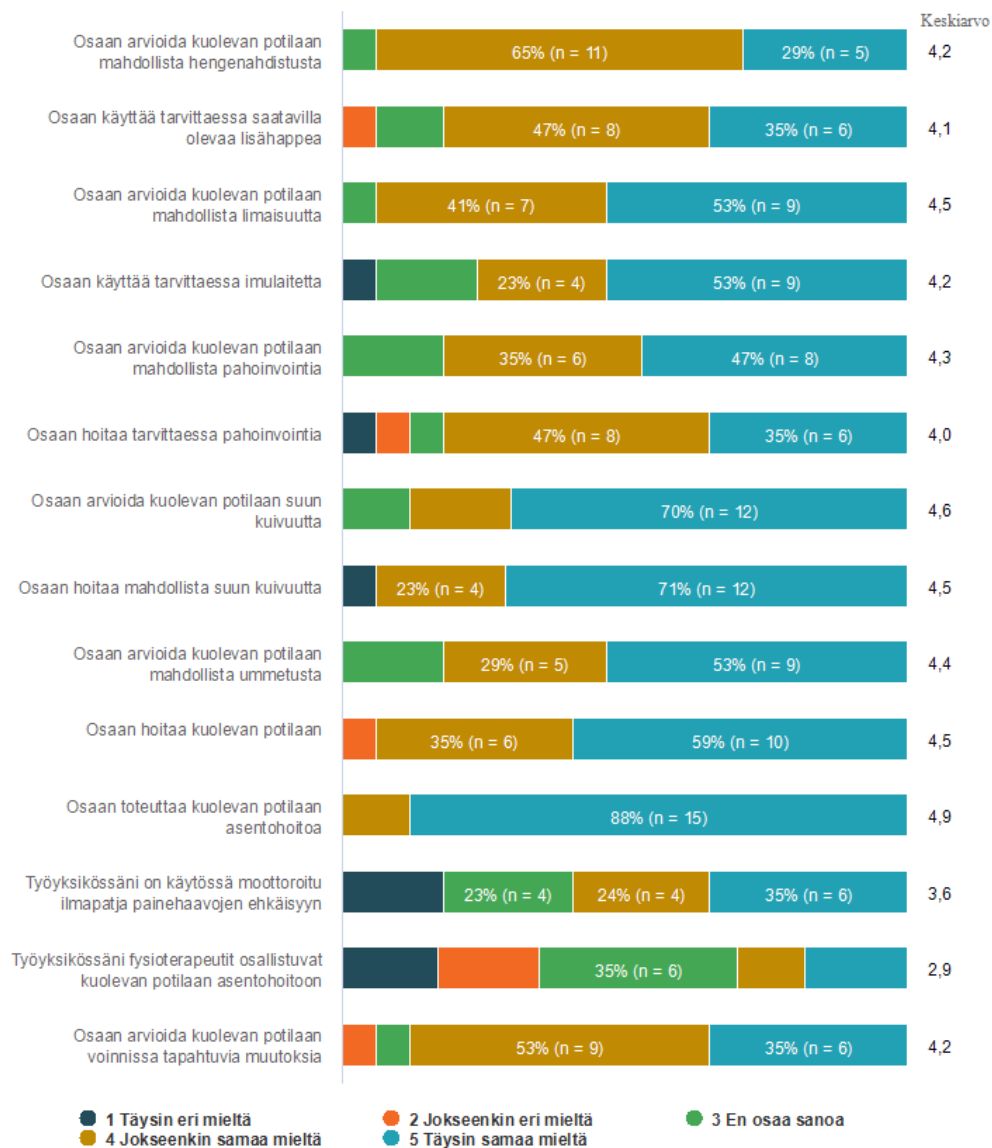
Oirehoidollisesti vuodeosaston hoitajat sekä kotisairaalan hoitajat kokevat osaamisensa hyväksi. Vuodeosaston hoitajat (n=31) vastasivat kaikki osaavansa arvioida kuolevan potilaan fyysisiä oireita ja hoitaa niitä (kuvio 47). Vuodeosastolla hoitajat ilmoittivat suurimmaksi puutteeksi kuolevan potilaan fyysisten oireiden tukemiseksi fysioterapeuttien osallistumattomuuden potilaan asentohoitoon. Vuodeosaston hoitajista 42 % vastasi olevansa täysin eri mieltä ja 26 % jokseenkin eri mieltä, että fysioterapeutit osallistuvat kuolevan potilaan asentohoitoon. Kotihoidon (n=17) ja palveluasumisen (n=55) vastaajien keskuudessa kuolevan potilaan fyysisen oirehoidon osaamisessa oli enemmän puutteita (kuvio 48 ja 49). Molemmissa yksiköissä valtaosa hoitajista vastasi osaavansa arvioida potilaan hengenahdistusta ja limaisuutta. Kotihoidossa myös lisähapen antaminen koettiin osattavan, mutta palveluasumisessa hoitajista 6 % ilmoitti, etteivät he osaa antaa potilaalle tarvittaessa lisähapetta. Kotihoidon hoitajista 6 % ja palveluasumisen hoitajista 4 % ilmoitti puolestaan, etteivät he osaa käyttää imulaitetta. Molemmissa yksiköissä valtaosa hoitajista arvioivat oman osaamisensa hyväksi myös potilaan muun fyysisen oirehoidon arvioinnissa. Kotihoidossa fyysisen oirehoidon osaamisessa nousi esiin pahoinvoinnin ja suun kuivuuden hoitamisen puutteet. Kotihoidon hoitajista 12 % oli sitä mieltä, etteivät he osaa hoitaa potilaan pahoinvointia ja 6 % etteivät he osaa hoitaa suun kuivuutta. Lisäksi 6 % kotihoidon hoitajista vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä, että he osaavat hoitaa kuolevan potilaan ummetusta. Asentohoidon toteuttaminen on koettu jokaisessa yksikössä hyväksi. Kaikki vastaajat ovat sitä mieltä, että he osaavat toteuttaa kuolevan potilaan asentohoitoa. Vuodeosaston hoitajista kaikki ilmoittivat, että heidän käytössään on painehaavojen ehkäisyyn tarkoitettu moottoroitu ilmapatja. Kotihoidon hoitajista puolestaan 59 % ja palveluasumisen hoitajista

56 % ilmoittivat ilmapatjan käytössä olosta. Fysioterapeuttinen osallistumattomuus nousi esiin myös kotihoidon ja palveluasumisen hoitajien vastauksissa. Vähiten fysioterapeutit osallistuvat kuolevan potilaan asentohoitoon palveluasumisessa. Palveluasumisen hoitajista peräti 91 % vastasi, ettei fysioterapeutit osallistu asentohoitoon, kun vastaava luku kotihoidossa oli puolestaan 36 %.

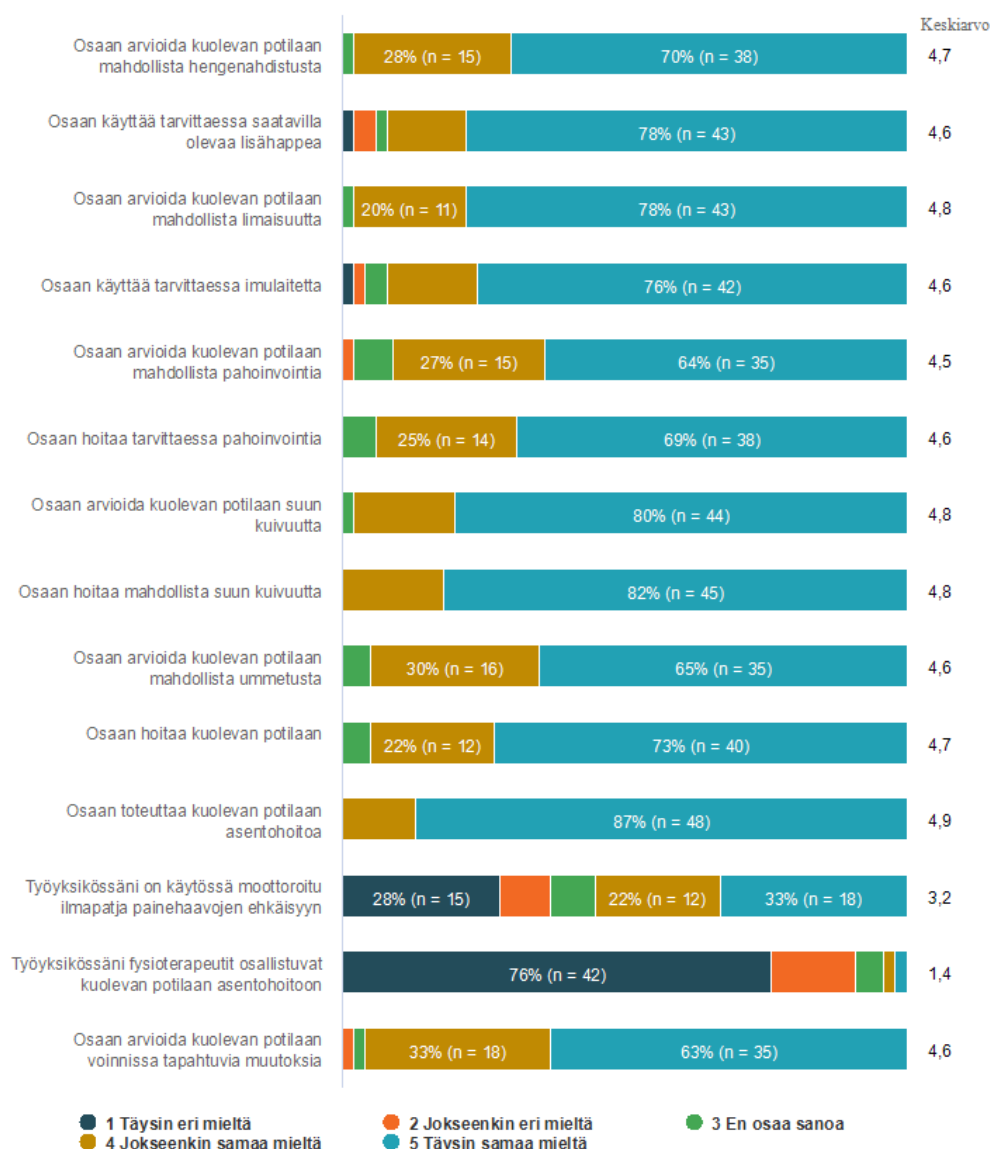
Kuvio 47. Vuodeosaston hoitajien näkemys kuolevan potilaan oirehoidon osaamisestaan



Kuvio 48. Kotihoidon hoitajien näkemys kuolevan potilaan oirehoidon osaamisestaan



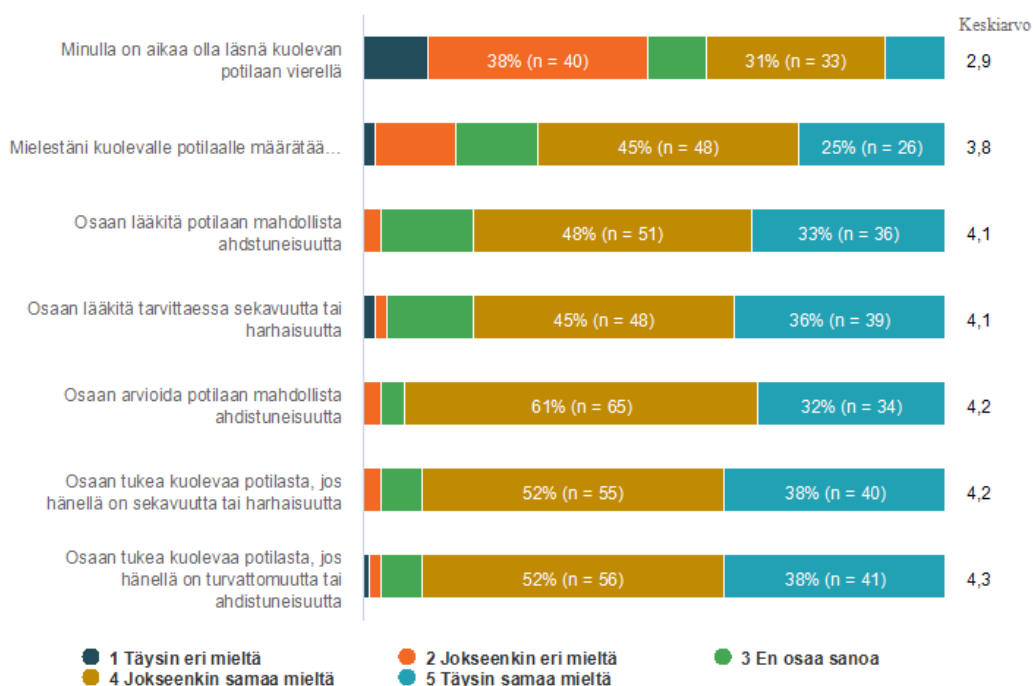
Kuvio 49. Palveluasumisen hoitajien näkemys kuolevan potilaan oirehoidon osaamisestaan



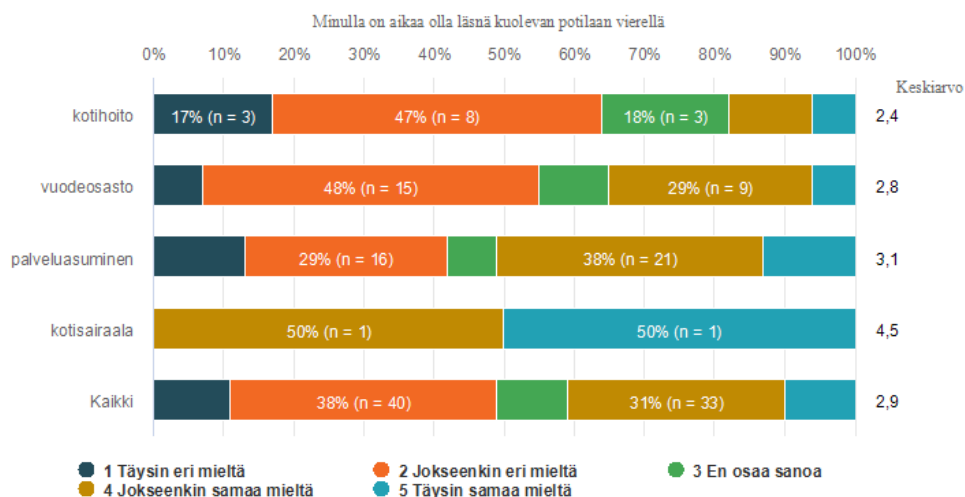
5.8 Kuolevan potilaan psykososiaalinen tukeminen

Kaikista vastaajista (n=107) 49 % koki, ettei heillä ole riittävästi aikaa olla läsnä kuolevan potilaan vierellä (kuvio 50). Vähiten aikaa vastasi olevan kotihoidon hoitajilla (n=17). Heistä peräti 65 % vastasi olevansa asiasta joko täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että heillä on antaa kuolevalle potilaalle riittävästi aikaa (kuvio 51). Vuodeosaston hoitajista (n=31) puolestaan 55 % ja palveluasumisen hoitajista (n=55) 42 % koki annettavan ajan riittämättömäksi. Kaikista vastaajista valtaosa (93 %) kokee osaavansa arvioida kuolevan potilaan ahdistuneisuutta ja lääkittää sitä (81 %). Vastaajista suurin osa koki myös osaavansa tukea kuolevaa potilasta, kun hänellä on sekavuutta tai harhai-suutta ja turvattomuutta tai ahdistuneisuutta.

Kuvio 50. Kaikkien vastaajien näkemys kuolevan potilaan psykososiaalisesta tukemisesta

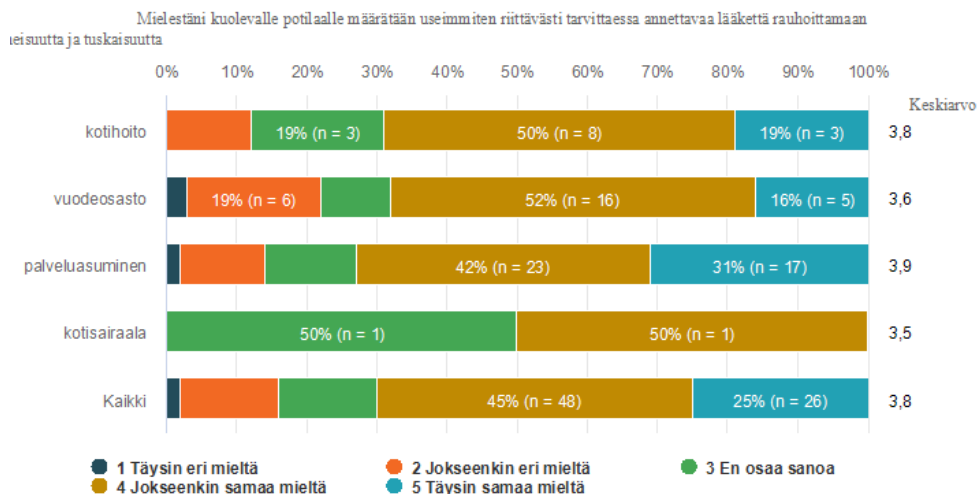


Kuvio 51. Vastaajien näkemys yksiköittäin kuolevalle potilaalle antamastaan ajasta



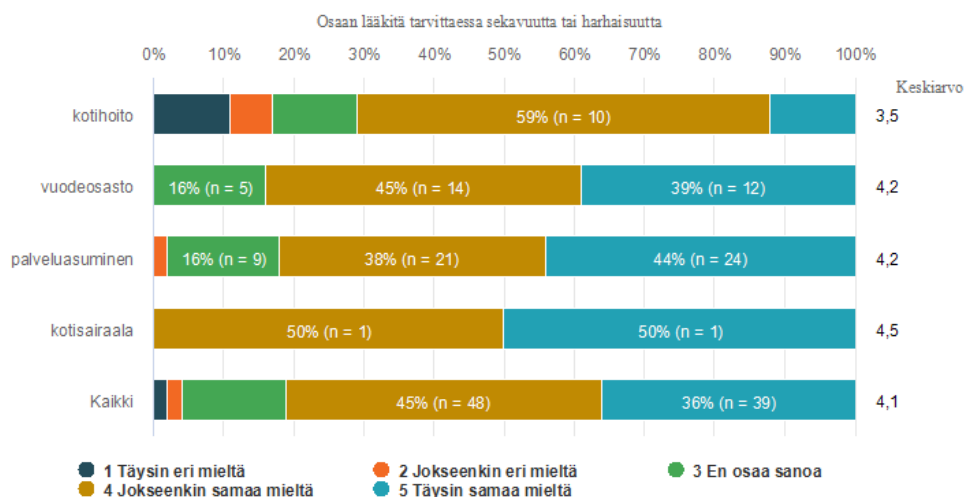
Vastaajista suurin osa koki myös, että yleensä kuolevalle potilaalle määrättiin riittävästi lääkettä rauhoittamaan ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta. Vastaajista (n=107) kuitenkin 14 % vastasi olevansa asiasta jokseenkin eri mieltä ja 2 % täysin eri mieltä (kuvio 52). Huonoimmaksi riittävän lääkityksen määrääminen koettiin vuodeosastolla, jossa vastaajista (n=31) 19 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä ja 3 % täysin eri mieltä asiasta.

Kuvio 52. Vastaajien kokemus potilaalle annettavasta riittävästä lääkityksestä



Kuolevan potilaan sekavuuden ja harhaisuuden lääkitseminen koettiin hankalimmaksi kotihoidossa. Kotihoidon vastaajista (n=17) 59 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä ja 12 % täysin samaa mieltä, että osaa lääkittää kuolevan potilaan sekavuutta ja harhaisuutta. Heistä 18 % koki sekavuuden ja harhaisuuden lääkitsemisen osaamisessa olevan puutteita (kuvio 53).

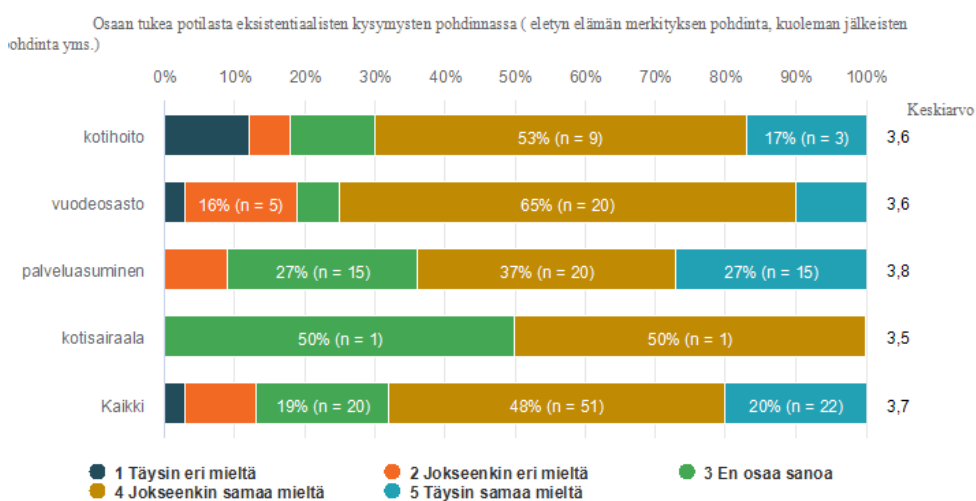
Kuvio 53. Vastaajien näkemys omasta osaamisestaan osata lääkittää kuolevan potilaan sekavuutta tai harhaisuutta



5.9 Kuolevan potilaan eksistentiaalinen ja hengellinen tukeminen

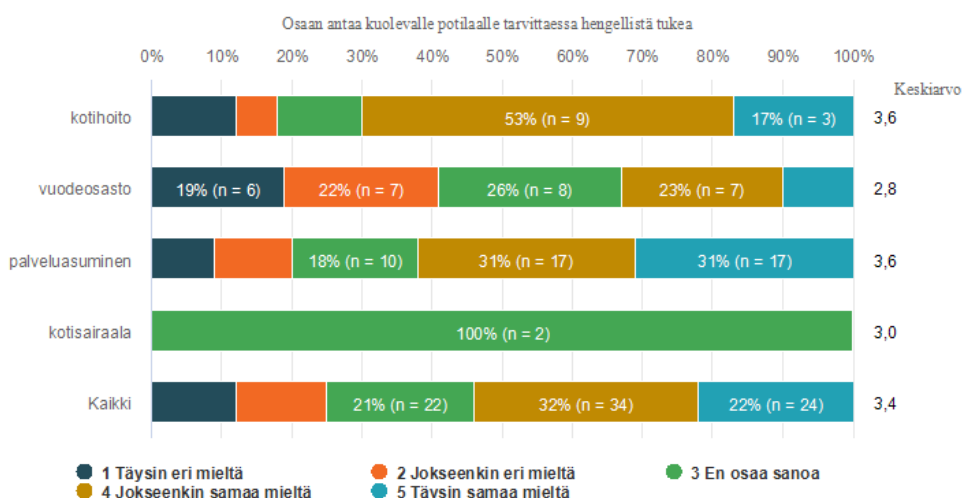
Eksistentiaalisten kysymysten pohdinnassa valtaosa hoitajista kokee osaavansa tukea potilasta. Kaikista vastaajista (n=107) 20 % on asiasta täysin samaa mieltä ja 48 % jokseenkin samaa mieltä (kuvio 54). Eksistentiaalisten kysymysten pohdinnassa tukeminen koettiin hankalimmaksi kotihoi-
dossa ja vuodeosastolla. Kotihoidon hoitajista (n=17) 12 % vastasi olevansa täysin eri mieltä ja 6 % jokseenkin eri mieltä, että he osaavat tukea potilasta eksistentiaalisten kysymysten pohdinnassa. Vastaavasti vuodeosaston hoitajista (n=31) 3 % vastasi olevansa asiasta täysin eri mieltä ja 16 % jokseenkin eri mieltä.

Kuvio 54. Vastaajien näkemys omasta osaamistaan tukea kuolevaa potilasta eksistentiaalisten kysymysten pohdinnassa

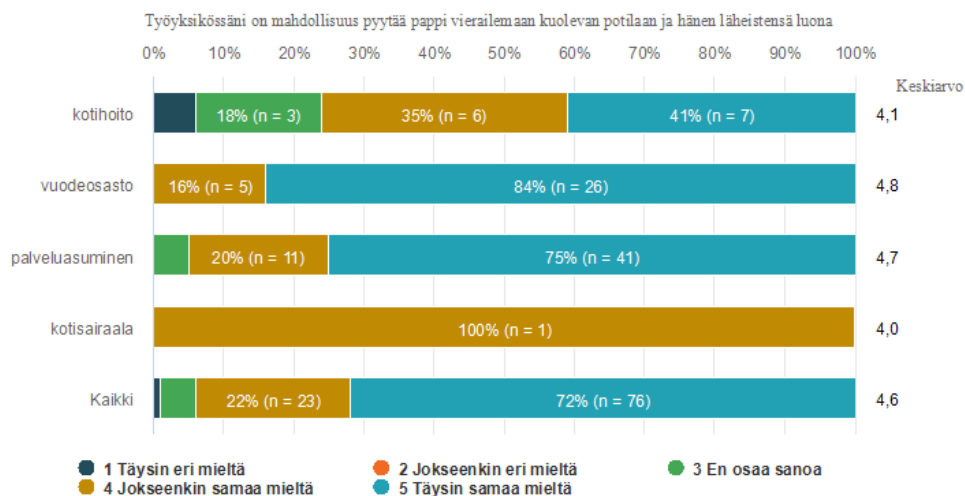


Hengellisen tuen antaminen kuolevalle potilaalle koettiin hankalammaksi vuodeosastolla kuin kotihoi-
dossa ja palveluasumisessa. Vuodeosaston hoitajista (n=31) 19 % vastasi olevansa täysin eri mieltä ja 22 % jokseenkin eri mieltä, että he osaavat antaa potilaalle hengellistä tukea (kuvio 55). Kaikista vastaajista suurin osa, 94 %, ilmoitti, että heillä on mahdollisuus pyytää pappi vierailemaan kuole-
van potilaan ja heidän läheistensä luona (kuvio 66). Kotihoidon hoitajista (n=17) vastasi, ettei tuo ole lainkaan mahdollista.

Kuvio 55. Vastaajien näkemys omasta osaamisestaan antaa hengellistä tukea kuolevalle potilaalle



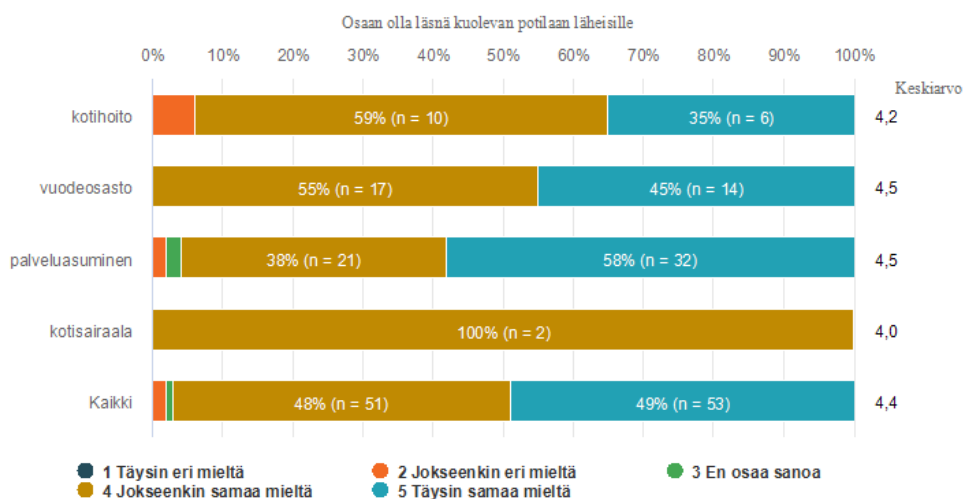
Kuvio 56. Papin vierailemisen mahdollisuus kuolevan potilaan ja hänen läheistensä luona yksiköittäin



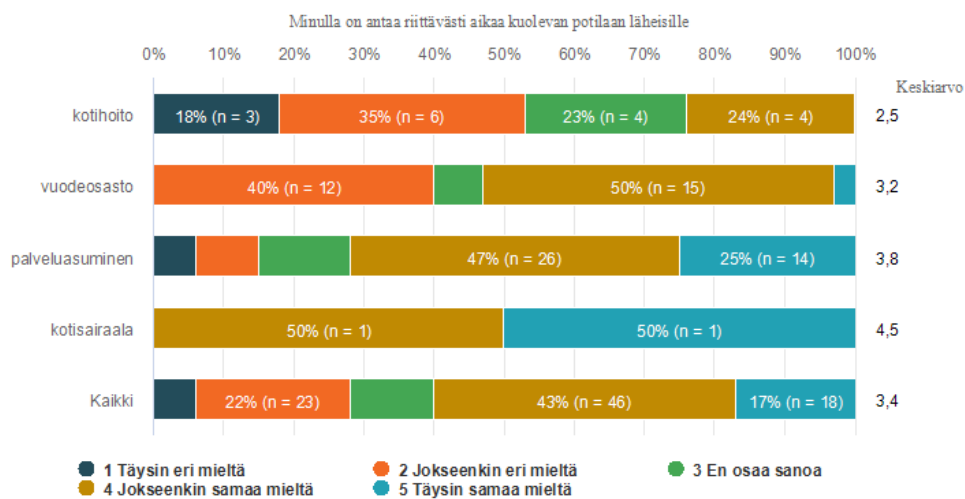
5.10 Läheisten tukeminen

Vastaajista (n=107) lähes kaikki vastasivat osaavansa olla läsnä kuolevan potilaan läheisen luona. Vastaajista 49 % oli asiasta täysin samaa mieltä ja 48 % jokseenkin samaa mieltä (kuvio 57). Vastaajien arvioidessa puolestaan, onko heillä riittävästi aikaa kuolevan potilaan läheisille, vastaajista 22 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä ja 6 % täysin eri mieltä asiasta. Vastauksista voidaan päätellä, että eniten aikaa kuolevan potilaan läheisille tarjoavat palveluasumisen hoitajat (kuvio 58). Heistä (n=55) 72 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Vähiten aikaa voidaan todeta olevan puolestaan kotihoidon hoitajilla. Heistä (n=17) vain 24 % vastasi olevan asiasta jokseenkin samaa mieltä ja 53 % puolestaan jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä asiasta. Myös vuodeosaston hoitajat kokivat, ettei heillä ole antaa riittävästi aikaa kuolevan potilaan läheisille. Heistä (n=31) 40 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä asiasta.

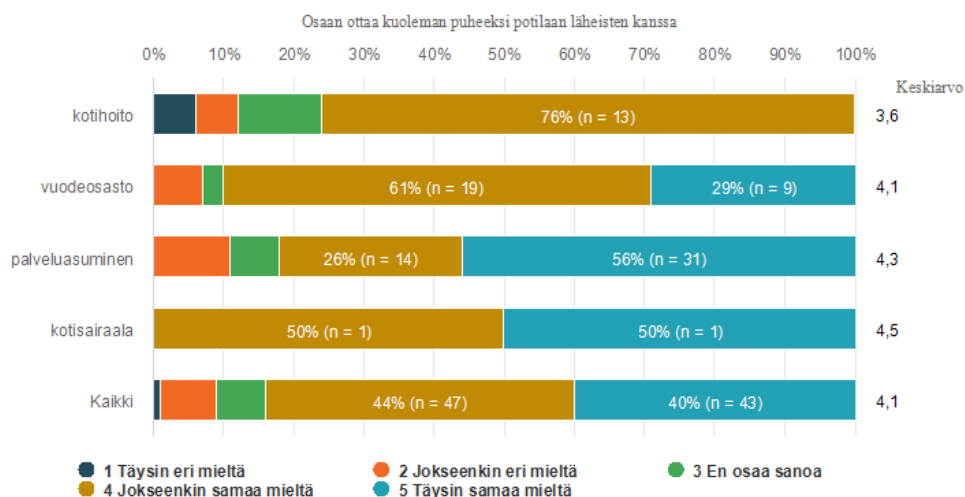
Kuvio 57. Vastaajien näkemykset kuolevan potilaan läheisten tukemiseen



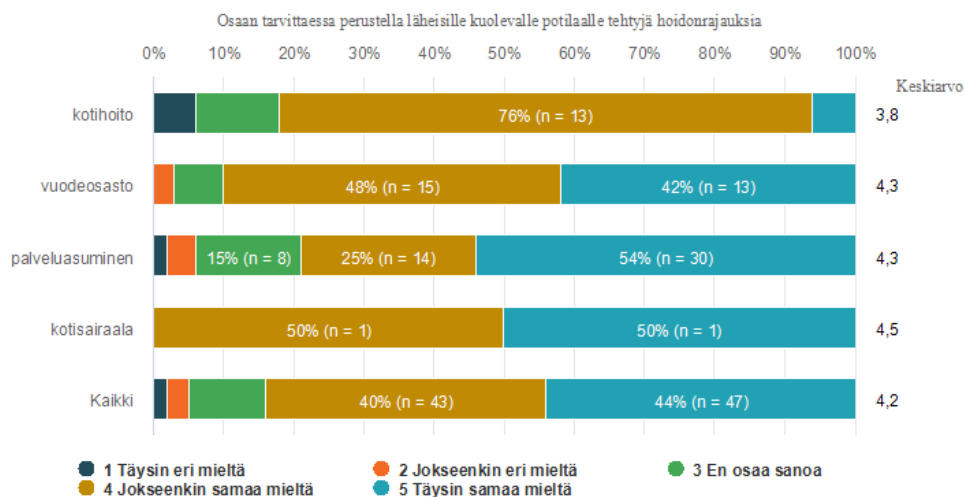
Kuvio 58. Vastaajien kokemus siitä, onko heillä antaa riittävästi aikaa kuolevan läheisille



Kuvio 59. Vastaajien näkemys osaamisestaan ottaa kuolema puheeksi potilaan läheisten kanssa

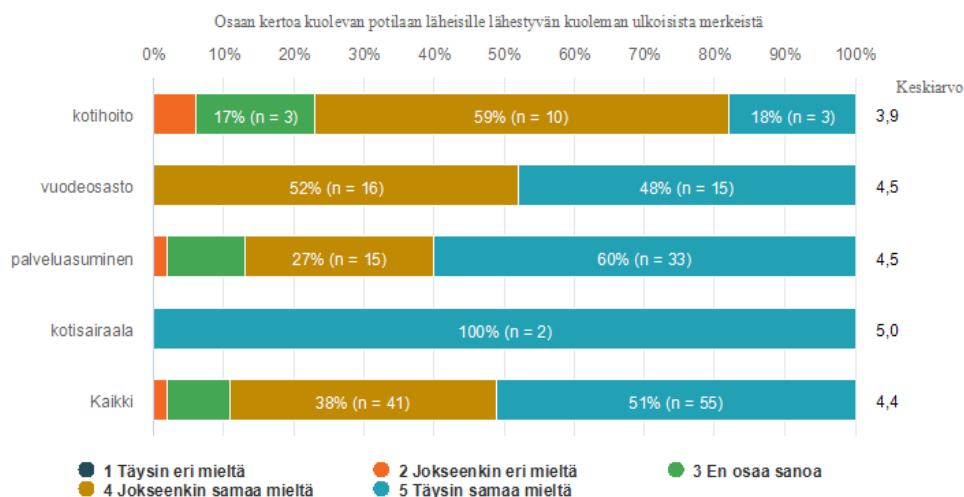


Kuvio 60. Vastaajien näkemys osaamisestaan perustella läheisille potilaalle tehdyt hoidonrajaukset



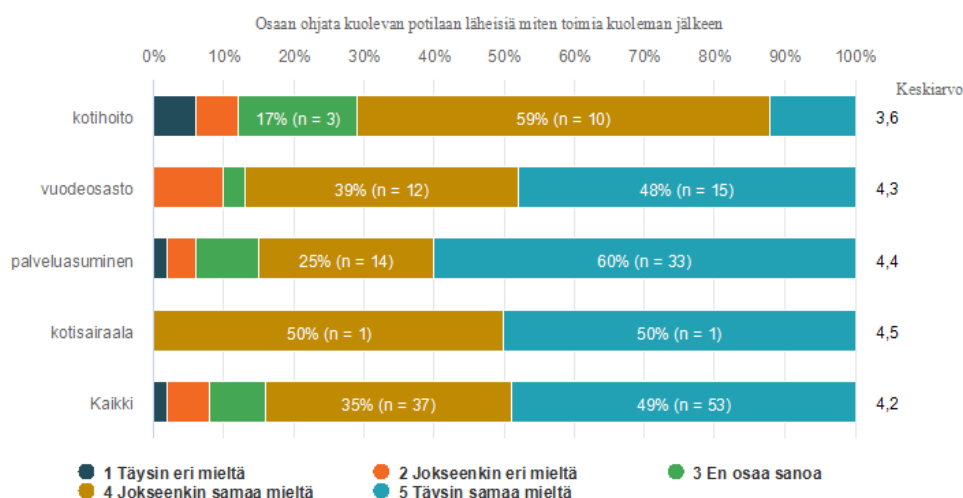
Kuoleman puheeksi ottamisen ja hoidonrajauksista keskustelemisen hoitajat kokivat pääsääntöisesti helpoksi. Valtaosa vastaajista (n=107) 84 % vastasi olevansa asiasta joko jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä (kuvio 59 ja 60). Vaikeinta puheeksi ottaminen ja hoidonrajauksien perustelemisen koettiin kotihoidossa. Kotihoidon vastaajista (n=17) 12 % oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä, että he osaavat ottaa kuoleman puheeksi potilaan läheisten kanssa. Tehtyjen hoidonrajauksien perustelemisen koki hankalaksi 6 % kotihoidon hoitajista. Lähestyvän kuoleman ulkoisten merkkien kertominen läheisille koettiin myös suhteellisen helpoksi. Kaikista vastaajista 89 % vastasi olevansa asiasta jokoseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä (kuvio 61). Helpoimmaksi potilaan läheisille asiasta kertomisen koki kotisairaalan ja vuodeosaston hoitajat.

Kuvio 61. Vastaajien näkemys osaamisestaan kertoa kuolevan potilaan läheisille lähestyvän kuoleman ulkoisista merkeistä

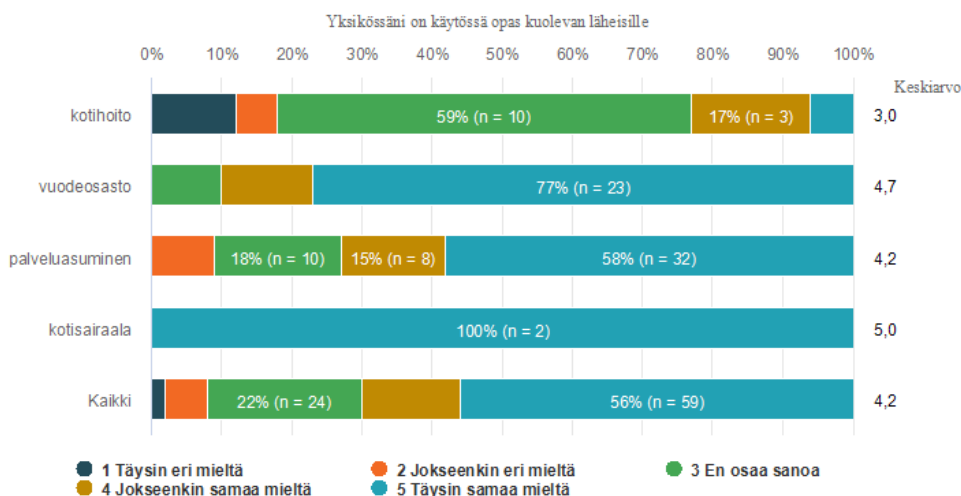


Vastaajista (n=107) 84 % ilmoitti osaavansa myös ohjata läheisiä kuoleman jälkeen. Läheisten ohjaaminen potilaan kuoleman jälkeen koettiin vaikeimmaksi kotihoidossa. Kotihoidon hoitajista (n=17) 59 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä ja 12 % täysin samaa mieltä, että osaa ohjata läheisiä potilaan kuoleman jälkeen (kuvio 62). Heistä 6 % vastasi puolestaan olevansa asiasta täysin eri mieltä ja 6 % jokseenkin eri mieltä. Heistä 17 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan. Opas kuolevan läheisille oli käytössä vaihtelevasti eri yksiköissä. Opas voidaan todeta olevan eniten käytössä kotisairaalassa sekä vuodeosastolla (kuvio 63). Vuodeosaston hoitajista (n=31) 90 % vastasi, että heillä on kuolevan potilaan omaiselle tarkoitettu opas käytössään. Palveluasumisen hoitajista (n=55) puolestaan 73 % ja kotihoidon hoitajista (n=17) vain 24 % ilmoitti oppaan olevan yksikössään käytössä. Kotihoidon hoitajista peräti 59 % vastasi, ettei osaa sanoa, onko kyseistä opasta käytössä.

Kuvio 62. Vastaajien näkemys osaamisestaan ohjata läheisiä potilaan kuoleman jälkeen



Kuvio 63. Käytössä oleva opas kuolevan läheisille yksiköittäin



5.11 Vastaajien näkemykset kehittämistarpeista yksiköittäin

Avoimella kysymyksellä vastaajilta kysyttiin, kokivatko he omassa yksikössään olevan palliatiiviseen- ja saattohoitoon liittyviä kehittämistarpeita. Avoimeen kysymykseen vastasi yhteensä 48 hoitajaa.

Kotihoidon hoitajat kokevat, että kotihoidossa palliatiivista- ja saattohoitoa tulisi kehittää järjestämällä hoitajille lisä- ja täydennyskoulutusta kuolevan potilaan ja hänen omaisiensa kohtaamiseen. Lisäksi saattohoitopotilaiden hoitoon toivotaan lisähenkilökuntaa, jotta potilaan luona pystyttäisiin olemaan pidempään. Myös vierihoitomahdollisuus koettiin tärkeäksi järjestää. Kotona saattohoitoa toteutettaessa toiveissa oli myös, ettei hoitohenkilökunta vaihtuisi usein, vaan samat tutut hoitajat hoitaisivat potilasta loppuun saakka. Kehittämistarpeena nousi esille myös kotihoidon ja seurakunnan välisen yhteistyön kehittäminen saattohoitopotilaiden hoidossa. Oirehoidollisesti lisäkoulutusta toivottiin kipulääkitykseen.

”Vierihoidomahdollisuus puuttuu. Parhaillaan saattohoidossa oleva asiakas on yöt yksin kotonaan useiden kilometrien päässä keskustasta. Tilanne särkee hoitajan sydämen.”

Myös vuodeosaston hoitajien vastauksissa lisähenkilökunnan ja vierihoidon lisääminen saattohoitotilanteisiin nousi esille. Hoitajat kokevat riittämättömyyden tunnetta hoitaessaan saattohoitopotilaita muun työn ohella. Saattohoitohuoneiden viihtyvyyden parantamiseen sekä potilaan toiveiden kuuntelemiseen toivottiin myös parannusta. Huoneiden toivotaan olevan sen verran tilavia, että omaisten on myös mahdollisuus yöpyä siellä. Kehittämisehdotuksena nousi esille erillisen saattohoito-osaston perustaminen.

”Lisähenkilöstön tarve, jos omaisia ei ole kuolevan potilaan luona. Monenlainen potilasmateriaali voi usein viedä huomiota pois kuolevan potilaan luota.”

”Kuolemasta yleensäkin pitäisi puhua enemmän; siitä on tullut vähän tabu ja moni on vieraantunut kuolemasta normaalina elämän vaiheena.”

Vuodeosaston hoitajien vastauksista nousi esille myös hoitolinjojen ja hoidon rajauksien puutteellisuus. Hoitajat tuovat vastauksissaan esille, että myös lääkärien tulisi antaa enemmän aikaa potilaan ja hänen läheistensä kanssa keskustelemiseen. Koulutusta hoitajat toivovat kivunhoidosta, palliatiivisesta sedaatiosta sekä potilaan kohtaamisesta. Vastauksissa tuotiin myös ilmi, että koulutuksien tulisi olla säännöllisiä ja koko henkilöstön kattavia mukaan lukien lääkärit.

”Hoitolinjauksista ja tarvittavista tutkimuksista/tutkimusten rajaamisesta voisi enemmän keskustella; joskus tuntuu, että omaisia hoidetaan kuolevalle potilaalle suunnatuilla hoidoilla (esim. nesteytys).”

”Saattohoitoa annetaan jokaisella vuodeosastolla. Kuitenkin koen, että saattohoito tulisi enemmänkin keskittää tiettyyn osastoon/saattohoitoyksikköön. Näin toteutuisi paremmin potilaan hyvä hoito ja esim. tarvittaessa sedaation antamisen mahdollisuus/osaaminen. Usein kivunhoito on vaillinaista ja saattohoidon päätöksenteko pitkityy. Saattohoitopotilaalla tulee olla mahdollisuus tukihenkilöön hänen sitä halutessa ja vierellä kulkijaan/läsnäolijään viimeisimmillään hetkillä.”

Myös palveluasumisen hoitajien vastauksissa nousi esiin vahvasti lisähenkilökunnan tarve sekä vierihoidon tarve saattohoito vaiheisiin. Myös erillisiä saattohoitohuoneita toivotaan, ettei kuolevaa potilasta tarvitse hoitaa usean hengen huoneissa. Erillisillä saattohoitohuoneilla myös palveluasumisessa voidaan mahdollistaa läheisten läsnäolo kuolevan potilaan luona. Elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa toivotaan otettavan käyttöön paremmin, jolloin myös hoitolinjaukset sekä hoidon rajaukset olisivat selkeämmät. Koulutusta palveluasumisessa toivotaan potilaan ja omaisten kohtaamiseen, lääkehoitoon yleisesti, kivun hoitoon sekä asentohoitoon. Koulutustarpeissa nousi esiin myös lisä- ja täydennyskoulutuksen tarve muistisairaiden henkilöiden saattohoitoon. Yhteistyötä toivottiin enemmän fysioterapian kanssa sekä sellaisilla paikkakunnilla kotisairaalan kanssa, joissa sitä ei vielä ole tarjolla.

"Lisä koulutusta säännöllisin väliajoin saattohoidon ja palliatiivisen asiakkaan hoidossa, jotta se ei olisi vieraan tuntuinen asia tilanteen kohdatessa. Miten asiakas, kun on muistisairas, miten hänet huomioidaan mm palliatiivisessa hoidossa, kun ei muista miksi... Kipulääkehoito ed. mainitulla, kun ei osaa sanoa kipua, sen tunnistaminen."

"Ei ole tyhjää huonetta, minne siirtää kahden hengen huoneesta saattohoidossa olevaa. Monesti kipulääkitys hoidetaan p.o. mixtuurana, aika yksipuolisia lääkityksiä, esim. rauhoittavia ei ole ollenkaan."

"Koulutusta ei tarjota. Lisähenkilökuntaa ei tule, vaikka olisi useampi kuolemassa - monet kuolevat yksin esim. taukojen aikana."

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Aiempien tutkimusten mukaan hoitajien palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisessa on kehitettävää sekä osaamisessa on todettu olevan eroja alueellisesti. Lisäksi peruskoulutuksesta saadun osaamisen on todettu, ettei se täytä vielä nykypäivän palliatiivisen- ja saattohoidon laatuksiteereitä. (Lipponen & Karvinen 2015, 162; Hasson ym. 2020.) Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tutkimuksia. Tutkimustuloksista ilmenee, että oirehoidon osaaminen on valtaosalla hoitajista hyvällä tasolla. Silti hoitajat kaipaavat osaamisen vahvistusta niin vuorovaikutuksesta, oirehoidosta, psykososiaalisesta tukemisesta sekä potilaan hengellisten tarpeiden tunnistamisesta. Vaikeimmaksi osa-alueeksi hoitajat kokevat hengellisen tuen antamisen potilaalle. Tutkimustuloksista ilmenee myös, että kotihoidon hoitajat arvioivat osaamisensa heikommaksi kuin palveluasumisen ja vuodeosaston hoitajat. Tämä on yhteneväinen aiempien tutkimuksien kanssa. (Forssius, Hammar, Finne- Soveri & Alastalo 2021,1.) Tutkimustulosten mukaan hoitajat tarvitsevat palliatiivisen- ja saattohoidon osaamista kokonaisvaltaisesta oirehoidosta, kivunhoidosta, vuorovaikutuksesta, moniammatillisuudesta, eksistentiaalisuudesta sekä hengellisestä- ja psykososiaalisesta tukemisesta.

Hoitajat tarvitsevat laajaa osaamista oirehoidosta sekä lääkehoidosta. Työnantajan vastuulla on huolehtia, että henkilöstöllä on riittävä koulutus ja osaaminen toteuttaa myös turvallista lääkehoitoa. (Hemmilä & Tolonen 2021.) Tutkimustuloksista voidaan todeta, että hoitajilla on hyvät valmiudet ja osaaminen potilaan fyysisen oirehoidon arvioon. Hoitajien vastauksista ilmenee, että lähes kaikki osaavat arvioida potilaan tilaa sekä kipua havainnoiden ja lähes kaikki vastaajista uskaltavat antaa potilaalle tarvittavaa kipulääkitystä. Kivun hoidollisesti kehittämistarpeena esiin nousi kotihoidon ja palveluasumisen osalta kipupumpun käytön vähyys. Myös kipupumpun käytön osaamisessa oli puutteita molemmissa yksiköissä. Saattohoitopotilaille kuitenkin usein aloitetaan joko kotisairaalassa tai vuodeosastolta kipupumppu, jota toteutetaan myös potilaan kotona tai palveluasumisen puolella. Täten myös jokaisen kotihoidon ja palveluasumisen hoitajan tulisi osata kipupumppua käyttää. Tutkimustuloksista nousi esiin myös vähäinen mahdollisuus toteuttaa palliatiivista sedaatiota. Palliatiivista sedaatiota toteuttavat tällä hetkellä vain vuodeosaston ja kotisairaalan henkilöstö.

Hoitajat tarvitsevat palliatiivisessa- ja saattohoidossa hyviä vuorovaikutustaitoja. Tutkimustuloksista on nähtävissä, että kaikissa yksiköissä hoitajilla on hyvät valmiudet keskustella potilaiden ja omaisten kanssa vaikeistakin aiheista, kuten hoitolinjoista ja hoidonrajauksista, mutta eksistentiaalisista ja hengellisistä asioista hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Haasteita omaisten kanssa keskustelemiseen tuo kuoleman puheeksi ottaminen. Oirehoidollisesti kehittämistarpeita nousi esiin kotihoidossa sekä palveluasumisessa. Kotihoidossa lisäkoulutuksen tarpeena nousi esiin sekavuuden ja harhaisuuden lääkehoito, suun kuivuuden, pahoinvoinnin sekä ummetuksen hoito. Myös tarvittavan imulaitteen osaamisessa koettiin olevan puutetta. Palveluasumisessa puolestaan tarvitaan lisäosaamista lisähapen antamiseen potilaalle. Jokaisessa yksikössä nousi esiin fysioterapeuttien vähäinen osallistuminen potilaan hoitoon. Fysioterapeuteilla on merkittävä osuus esimerkiksi lääkkeettömän

kivunhoidon toteuttamisessa sekä hengityshoidossa, ja he pystyvät omalla toiminnallaan helpottamaan potilaan oloa asentohoidoin sekä kosketuksella. Fysioterapia on yksi kuolevan potilaan elämänlaatua parantava hoitomuoto, joten yhteistyön parantaminen fysioterapeuttien kanssa parantaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 175–176.)

Yhteistyö eri toimijoiden välillä on tärkeää saumattoman hoitoketjun takaamiseksi. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisellä yhteistyöllä voidaan parantaa ja yhtenäistää palliatiivisen- ja saattohoitopotilaiden saamaa hoitoa. (Lipponen & Karvinen 2015, 162.) Tutkimustuloksista ilmenee tarve yhteistyön kehittämisestä niin eri yksiköiden välillä, kuin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tulosten mukaan parasta yhteistyö on kotihoidon ja kotisairaalan välillä. Kehitettävää yhteistyössä puolestaan löytyy eniten palliatiivisen poliklinikan kanssa tehtävään yhteistyöhön. Tulosten mukaan erityisesti kotihoidon ja palveluasumisen välinen yhteistyö palliatiivisen poliklinikan kanssa on ollut vielä vähäistä ja toimimatonta. Yhteistyön kehittäminen palliatiivisen poliklinikan kanssa on yksi tärkeistä kehittämiskohteista alueella.

Myös lisä- ja täydennyskoulutusta voidaan todeta olevan edelleen vielä liian vähän tarjolla, tai sitä tarjotaan yksiköittäin vain osalle henkilöstöstä. Erot henkilöstön osallistumisesta palliatiivisen- ja saattohoidon lisä- ja täydennyskoulutukseen olivat suuria palveluasumisen, vuodeosaston ja kotihoidon välillä. Vähiten lisä- ja täydennyskoulutusta oli kotihoidon hoitajilla. Kotihoidon ja vuodeosaston hoitajat myös arvioivat, että lisäkoulutusta on heikosti saatavilla. Vastaavanlaisia tuloksia on tullut myös aiemmissa tutkimuksissa. (Forssius, Hammar, Finne- Soveri & Alastalo 2021, 1.) Lisä- ja täydennyskoulutusta tulisi olla tarjolla säännöllisesti jokaisessa yksikössä ja jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle sekä hoitohenkilökunnan perehdytykseen tulee panostaa. Yhtenä osaamisen vahvistamisen työkaluna voidaan käyttää THL:n saattohoitopassia, joka on kohdennettu juuri perustasolla toimiville terveydenhuollon ammattilaisille (THL 2021).

Saattohoidon on todettu olevan henkilöstöä sitovaa toimintaa ja siksi niin vuodeosastoilla, hoivapalveluissa kuin kotihoidossa tämä tulisi huomioida jo hoitajamitoituksessa (Saarto & Soveri-Finne 2019a, 106). Jatkuva kiire ja riittämättömyyden tunne heikentää niin potilaiden saamaa hoitoa, mutta myös työssä jaksamista. Tutkimustuloksista voidaan nähdä, että hoitajamitoituksessa on edelleen puutteita saattohoito tilanteissa kaikissa yksiköissä. Vastaavanlaisia tuloksia lisähenkilökunnan resursoimisen tarpeista nousee esiin myös aiemmista tutkimuksista. (Lipponen & Karvinen 2015, 157.) Hoitohenkilöstön jaksamisen kannalta on myös tärkeää, että omia kokemuksia voi käydä läpi toisten kanssa. Yhtenä keinona tukea henkilöstöä on työnohjaus. Tutkimustuloksista kuitenkin ilmenee, että työnohjausta on tarjolla saattohoitovaiheessa erittäin vähän. Myös Elovaaran (2021, 69) tutkimuksen tuloksista ilmenee, ettei työnohjausta ole riittävästi saatavilla.

Palliatiivisen- ja saattohoidon laatuksiteristään kuuluu rauhallisen ympäristön järjestäminen potilaalle ja hänen läheisilleen (Saarto & Soveri-Finne 2019a, 105). Elovaaran (2021, 70) tutkimuksessa rauhallisen ympäristön järjestäminen todettiin olevan suurimmassa osassa tapauksista mahdollista. Myös tämän tutkimuksen tulosten mukaan suurimmalle osalle kuolevista potilaista on mahdollista

järjestää rauhallinen ympäristö ja täten taata myös omaisten paikalla olo. Kuitenkin rauhallisen ympäristön järjestämisessä on edelleen haasteita. Vuodeosastoilla rauhallisen ympäristön järjestäminen on koettu hankalimmaksi. Tätä selittää moninainen potilasaines ja se, ettei osastolla ole aina mahdollista potilaspaikkoihin peilaten mahdollista järjestää omaa huonetta kuolevalle potilaalle. Avoimessa kysymyksessä myös palveluasumisen hoitajat toivat esille, ettei kaikille ole mahdollista järjestää omaa huonetta tilojen puuttumisen vuoksi. Yksiköissä tulisikin panostaa siihen, että kaikille kuoleville potilaille järjestetään oma huone, jossa omaisten on myös mahdollista olla paikalla. Hoitajat toivat esille myös erillisen saattohoito yksikön tarpeen, jolloin yksilöllinen hoito tulisi huomioitua paremmin.

Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman on todettu parantavan potilaan elämänlaatua sekä hänen saamaansa hoitoa. Sen avulla myös hoidon resurssit voidaan kohdentaa oikein. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Hoitajat kokevat, että usein hoitolinjaukset tehdään liian myöhään ja potilaalle annetaan turhia hoitoa hoidonrajauksien puuttuessa. Tutkimuksen mukaan elämän loppuvaiheen ennakoivia hoitosuunnitelmia tehdään vain osalle potilaista. Kaikista vastaajista (n=107) vain 52 % vastasi, että heillä potilaalle tehdään elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Vastauksien perusteella voidaan myös todeta, että ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään useammin kotisairaalassa sekä palveluasumisessa ja huonoiten puolestaan vuodeosastolla. Tuloksista ilmenee, että hoitolinjaukset ja hoidon rajaukset kirjataan potilastietojärjestelmään lähes aina, vaikka ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ei olisi tehtynä. Myös potilaan ja omaisten toiveet kirjataan pääsääntöisesti potilastietojärjestelmään. Hoitajat kokevat kuitenkin osittain ongelmia tiedon löytymisestä potilastietojärjestelmästä. Kirjaamisen ja tiedon löytymisen helpottamiseksi yhteneväinen potilastietojärjestelmä sekä kirjaamisen käytänteet tulisi ottaa käyttöön jokaisessa yksikössä ja koko maakunnan alueella.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö tehtiin hyvien tieteellisten käytänteiden mukaisesti huomioiden ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Koska kyseessä on hoitajiin kohdistuva tutkimus, ei se vaadi eettistä ennakoarviointia eettiseltä toimikunnalta. Tutkimuksesta on laadittu myös tietosuojaseloste. Tutkimukseen osallistuville tiedotettiin ennen kyselyyn vastaamista saatekirjeellä tutkimuksen olevan vapaaehtoista ja luottamuksellista. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen sisällöstä sekä sen toteutuksesta. Vastaajien tietosuojan toteutuminen huomioitiin koko opinnäytetyö prosessin ajan. Tutkimus tehtiin anonymisti eikä henkilötietoja kerätty tutkimuksen missään vaiheessa. Kyselylomake laadittiin niin, ettei siitä käy ilmi nimellisesti yksikköä, jossa tutkittavat työskentelevät. Kyselyssä kysytään pelkästään, työskenteleekö vastaaja vuodeosastolla, kotihoidossa, kotisairaalassa vai palveluasumisessa. Näin varmistettiin niin vastaajien kuin yksiköiden tunnistamattomuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7–20; Arene 2019.) Tutkimuksen vastaukset tallentuivat Webropol ohjelmistoon ja vastauksia käsittelee vain tutkimuksen tekijä. Tutkimuksen valmistuttua vastaukset poistetaan ohjelmistosta. Tutkimukselle on haettu tutkimusluvat Lapinlahden kunnalta sekä Ylä- Savon SOTE kuntayhtymältä.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan reabiliteetin ja validiteetin avulla. Reabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta ja validiteetilla puolestaan tutkimuksen pätevyyttä. Siinä arvioidaan mittaako mittari tai tutkimusmenetelmä juuri sitä mitä pitikin. (Vilka 2021, 153.) Opinnäytetyön kyselylomakkeessa pyrittiin huomioimaan tutkimuksen luotettavuus. Kyselylomakkeena käytettiin jo esitestattua lomaketta, joka muokattiin vastaamaan tämän kyselytutkimuksen tavoitteita. Kyselylomakkeen muokkaamisessa otettiin huomioon lomakkeen selkeä ulkoasu, selkeät vastausohjeet sekä helppotajuisuus. Lisäksi lomakkeessa käytettiin tuttua Likert -asteikkoa. Kyselyn validiteettia pyrittiin lisäämään ottamalla kyselyn otokseksi kokonaisotos, eli Ylä- Savon SOTEN ja Lapinlahden kunnan kaikki kotisairaalan, palveluasumisen, kotihoidon ja vuodeosaston hoitajat. Kyselyyn vastasi yhteensä 107 hoitajaa ja vastausprosentiksi jäi 14,5 %. Alhaisen vastausprosentin vuoksi on mahdollista, että jos kysely uusittaisiin ja siihen vastaisi koko otos, voisi tulokset olla poikkeavat nyt saatuihin tuloksiin nähden. (Vehkalahti 2014, 43–44.)

Kysely lähetettiin vastaajille yksiköiden esihenkilöiden kautta. Kun kysely lähetettiin jokaisen yksikön esihenkilölle, tiedotettiin heitä kyselyn edelleen lähettämistä henkilöstölleen. Oletuksena lähetettyjen henkilöiden lukumääränä pidettiin yksiköiden esihenkilöiden ilmoittamia henkilöstömääriä (N=740), jonka pohjalta laskettiin tutkimuksen kato. Alhaiseen vastausprosenttiin voi vaikuttaa kyselyn lähettäminen tutkittaville välikäsien kautta, koska varmaa tietoa ei ole, monelle henkilölle kysely todellisuudessa on lähetetty. Lisäksi kyselyyn vastaamiseen on voinut vaikuttaa motivoituminen osallistua tutkimukseen tämänhetkisen hoitajapulan myötä sekä kyselyn hukkuminen sähköpostiin.

6.3 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitajien osaamista palliatiivisesta- ja saattohoidosta on tutkittu viime aikoina paljon. Aihealue on tärkeä, koska se edesauttaa kohdentamaan lisä- ja täydennyskoulutuksen tarvetta niihin osa- alueisiin, joissa sitä eniten tarvitaan. Tällä tutkimuksella saatiin tietoa hoitajien palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisesta sekä siinä ilmenneistä kehittämistarpeista. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää koko Pohjois- Savon alueella hoitajien palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistamiseksi. Tutkimus vahvistaa tietoa, että osaamisen kehittämistä tarvitaan edelleen ja lisäkoulutuksella parannetaan tasa-arvoisen ja yhdenmukaisen palliatiivisen – ja saattohoidon toteutumista. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös yhtenäisten hoitokäytänteiden luomiseen ja yhteistyön lisäämiseen eri toimijoiden välillä.

Johtopäätökset:

- Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisessa on eroja yksiköiden välillä. Huonoimmaksi osaamisensa kokevat kotihoidon hoitajat
- Hoitajat tarvitsevat palliatiivisen- ja saattohoidon osaamista niin vuorovaikutuksesta, oirehoidosta, psykososiaalisesta tukemisesta sekä potilaan hengellisten tarpeiden tunnistamisesta
- Hoitajat kokevat vaikeimmaksi osaamisen osa- alueeksi hengellisen tuen antamisen potilaalle

- Hoitajien osaamisen taso palliatiivisen- ja saattohoitopotilaan oirehoidosta on hyvää, mutta esiin nousivat osaamisen vahvistaminen mm. kivunhoidollisissa menetelmissä, pahoinvoinnin hoidosta sekä suun kuivuuden hoidosta
- Elämän loppuvaiheen ennakoivia hoitosuunnitelmia tehdään vielä vähän
- Rauhallisen ympäristön järjestäminen ei ole aina mahdollista kuolevalle potilaalle
- Lisähenkilökuntaa ei huomioida kuolevan potilaan hoidossa riittävästi
- Yhteistyö palliatiivisen poliklinikan ja perusterveydenhuollon välillä on vielä vähäistä

Suositukset:

- Säännöllistä kokonaisvaltaista koulutusta palliatiivisesta- ja saattohoidosta tarvitaan lisää
- Koulutusta hengellisen tuen antamiseen tarvitaan lisää
- Yhteistyötä eri yksiköiden sekä perusterveydenhuollon ja palliatiivisen poliklinikan välillä tulee vahvistaa
- Jokaiselle kuolevalle henkilölle mahdollistetaan oma rauhallinen huone, jossa myös omaisten on mahdollista olla läsnä
- Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma otetaan käyttöön systemaattisesti
- Lisähenkilöstöä tarvitaan lisää saattohoito vaiheeseen
- Hoitajat tarvitsevat työnohjausta lisää saattohoitovaiheessa

Jakotutkimusaiheet

- Kuinka hoitajat kokevat osaamisensa lisäkoulutuksen jälkeen
- Kuinka elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto vaikuttaa hoidon laatuun

LÄHTEET

- Arene 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. <https://www.arene.fi> (viitattu 23.11.2021.)
- Elovaara, Jonna 2021. Rauman kaupungin kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen saattohoidon kehittäminen. Satakunnan ammattikorkeakoulu, vanhustyön ylempi amk koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/356167/RAUMAN%20KAUPUNGIN%20KOTIHOIDON%20JA%20TEHOSTETUN%20PALVELUASUMISEN%20SAATTOHOIDON%20KEHITT%C3%84MINEN.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (viitattu 22.11.2021.)
- Fink, Regina, Gates, Rose & Jeffers, Kate 2019. Pain assessment. Teoksessa Ferrel, Betty & Paice, Judith (toim.) Oxford textbook of palliative nursing. Oxford University Press.
- Forssius, Pirita, Hammar, Teija, Finne-Soveri, Harriet & Alastalo, Hanna 2021. Elämän loppuvaiheen hoidon osaaminen kaipaa vahvistusta iäkkäiden palveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 75/2021. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-795-1>
- Haho, Annu 2017. Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti. 33. 1704–1709. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/20/43/850/sll332017-1704.pdf>
- Hasson, Felicity, Nicholson, Emma, Muldrew, Deborah, Bamidele, Olyfikayo, Payne, Sheila & McIlfatrick, Sonja 2020. International palliative care research priorities: A systematic review. BMC palliative care, 19. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0520-8> (viitattu 1.12.2021.)
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heiskanen, Tarja, Hamunen, Katri & Hirvonen, Outi 2013. Kipu palliativisessa hoidossa. Duodecim, 129 (4), 385–392. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822>
- Hemmilä, Irja & Tolonen, Kirsti 2021. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii erityistä osaamista. Fimea-lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus: Sic! Lehti 2021;1. Saatavissa: https://sic.fimea.fi/arkisto/2021/1_2021/turvallinen-laakehoito/laakehoidon-toteuttaminen-vaatii-erityista-osaamista
- Hänninen, Juha & Rahko, Eeva 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim. 129 (4), 433–439. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>
- Kalaja, Paula, Alanen, Riikka & Dufva, Hannele 2011. Minustako tutkija? Johdattelua tutkimuksen tekoon. Teoksessa Kalaja, P, Alanen, R & Dufva, H (toim.) Kieltä tutkimassa- tutkielman laatijan opas. Helsinki: Finn Lectura.
- Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjottamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, Jorma 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Knaul, Felicia, Radbruch, Lukas, Connor, Stephen, de Lima, Liliana, Arreola-Ornelas, Hector, Mendez Carniado, Oscar, Jiang, Kwete Xiaoxiao, Bhadelia, Afsan, Downing, Julia & Krakauer, Eric L. 2020. How many adults and children are in need of palliative care worldwide? Teoksessa Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2nd edition. WPCA Worldwide Palliative Alliance. <https://thewhpc.fi> (viitattu 31.12.2021.)

- Lapinlahti 2019. Lapinlahden kunnan verkkosivut. <https://lapinlahti.fi> (viitattu 13.12.2021.)
- Lehto, Juha, Marjamäki, Elisa & Saarto, Tiina 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim*. 135 (4), 335–342. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788> (viitattu 10.2.2022.)
- Lipponen, Varpu & Karvinen, Ikali 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. *Gerontologia*. 201, Vol 29 (3), 152–163. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1757736> (viitattu 6.12.2021.)
- Mattila, Kati-Pupita 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. *Duodecim*. 129 (7), 778–779. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10916>
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypähoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2019 www.käypähoito.fi (viitattu 28.10.2021)
- Price, Deborah M, Strodtman, Linda, Montagnini, Marcos, Smith, Heather M, Miller, Jillian, Zybert, Jennifer, Oldfield, Justin, Policht, Tyler & Ghosh, Bidisha 2017. Palliative and end-of-life care education. Needs of nurses across inpatient care settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, Vol 48(7), 329–336.
- Sanghee, Kim, Kyunghwa, Lee & Sookyung, Kim 2020. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliative care*, Vol 19(1), 105–119. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12904-020-00581-6> (viitattu 6.12.2021.)
- Salin, Sirpa, Melender, Hanna-Leena, Lehto, Juho T & Hökka, Minna 2021. Asiantuntijoiden näemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisen ja tutkimustarpeista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2021:58. 143–157.
- Saarto, Tiina 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0 (viitattu 29.10.2021)
- Saarto, Tiina & Lehto, Juho T. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa - kolmiportainen malli. *Duodecim* 2019;135 (6), 535–541. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14834.pdf> (viitattu 29.10.2021)
- Saarto, Tiina & Soveri-Finne, Harriet (toim) 2019a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN> (viitattu 28.10.2021)
- Saarto, Tiina & Soveri-Finne, Harriet (toim) 2019b. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7> (viitattu 28.10.2021)
- STM 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Helsinki. ISBN:978-952-00-3896-0 (viitattu 30.10.2021)

STM 2019. Suositus korostaa jokaisen oikeutta tarpeenmukaiseen palliatiiviseen hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 167/2019. <https://stm.fi/-/suositus-korostaa-jokaisen-oikeutta-tarpeenmukaiseen-palliatiiviseen-hoitoon> (viitattu 20.12.2021.)

Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys 2020. Saattohoitoon on nyt laatuksiteerit, lausunnot ja kannanotot. Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys ry. <https://www.sphy.fi> (viitattu 5.1.2021.)

Talvitie, U, Karppi, S.L & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

THL 2021. Saattohoitopassi- verkkokoulutus. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, verkkokoulutukset. Saatavissa: <https://www.thl.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelemine Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. <https://tenk.fi> (viitattu 16.11.2021.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. <https://www.tenk.fi> (viitattu 16.11.2021.)

Radbruch, Lucas & Payne, Sheila 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European Journal of Palliative care. 16(6). 278–289. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf> (viitattu 8.11.2021.)

Radbruch, Lucas & Payne, Sheila 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. European Journal of Palliative care. 17(1). 22–33. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf> (viitattu 8.11.2021.)

Vainio, Anneli & Vuorinen, Eero 2015. Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, Tiina., Hänninen, Juha., Antikainen, Riitta & Vainio Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim.

Valtioneuvosto 2021. Sote- uudistus, Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. Sote-uudistuksen verkkosivut. <https://soteuudistus.fi> (viitattu 1.1.2021.)

Vattula, Kati, Rajala, Mira, Kuivila, Heli-Maria, Hökkä, Minna & Kaakinen, Pirjo 2020. Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede; Kuopio Vol. 32 (2) 122–133.

Vihelä, Mari, Hökkä, Minna & Kaakinen, Pirjo 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede; Kuopio Vol 32 (4) 275–284.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa- määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Vilka, Hanna 2021. Tutki ja kehittä. Jyväskylä: PS- kustannus.

Vehkalahti, Kimmo 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura

WHO 2014. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Sixty-seventh world health assembly. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162863/A67_R19-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (viitattu 8.11.2021.)

WHO 2018. 10 Facts on palliative care. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care> (viitattu 5.11.2021.)

WHO 2020. WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (viitattu 30.10.2021)

Ylä- Savon SOTE 2020. Ylä- Savon SOTE kuntayhtymän strategia 2020–2025. Verkkojulkaisu. <https://www.ylasavonsote.fi/strategia-ja-suunnitelmat> (viitattu 6.11.2021.)

LIITE 1: SAATEKIRJE



Arvoisa vastaanottaja

Kutsun sinut mukaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen tasoa Pohjois- Savon alueella. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi kansallisten ja kansainvälisten laatukriteerien mukaisesti Pohjois-Savon alueella. Tutkimus toteutetaan Ylä- Savon SOTEN ja Lapinlahden kunnan alueella. Tutkimukselle on haettu tutkimuslupa sekä sille on laadittu tietosuojaseloste, jonka voit halutessasi pyytää tutkijalta.

Kyselyyn osallistuminen tapahtuu sähköisellä kyselylomakkeella ohessa olevan linkin kautta. Kyselylomake sisältää kysymyksiä palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisesta ja kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Vastausaikaa on 20.2 asti. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi. Vastaajan henkilö- tai sähköpostitiedot eivät välity tutkimuksen tekijälle. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Työn valmistuttua opinnäytetyön raportti julkaistaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt- ja julkaisut tietokannassa www.theseus.fi.

Annan mielelläni lisätietoja opinnäytetyöhön liittyen. Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoidtaja, YAMK Palliatiivisen hoidon kliininen asiantuntija opiskelija

Mervi Hakkarainen

Mervi. Hakkarainen@edu.savonia.fi

Ohjaaja:

Elina Turunen, TtT

Lehtori, Savonia AMK

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

Kysely palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisesta**1. Sukupuoli**

- Mies
- Nainen
- En halua vastata

2. Ikäsi**3. Ammattisi**

- Sairaanhoitaja / terveydenhoitaja
- Lähihoitaja / perushoitaja
- Jokin muu, mikä?

4. Työpisteesi

- Kotihoito
- Kotisairaala
- Vuodeosasto
- Palveluasuminen
- Jokin muu, mikä?

5. Työkokemuksesi vuosina

6. Olen saanut lisä- ja täydennyskoulutusta palliatiiviseen- ja saattohoitoon

Ei

Kyllä, mitä

7. Hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Mielestäni on tärkeää tietää potilaan sairauden hoitolinjat (parantava, jarruttava, palliatiivinen, saattohoito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän mitä eri hoitolinjat käytännössä tarkoittavat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni on tärkeää tietää potilaan hoidon rajaukset (esimerkiksi ei elvytetä päätös, tutkimuksista pidättäytyminen, nesteytyksestä pidättäytyminen jne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arvioin potilasta hoitaessani vastaako hänen vointinsa hänen hoitolinjaansa ja hoidonrajauksiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen potilaan kanssa hänen hoitolinjauksistaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen potilaan kanssa hänen hoidonrajauksistaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen omaisten kanssa hoitolinjauksista- ja rajauksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuon ilmi oman näkemykseni potilaan hoitolinjasta ja hoidonrajauksista kollegoille sekä lääkärille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kerron potilaan ja omaisten näkemykset hoitolinjoista ja hoidon rajauksista lääkärille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkäri kuuntelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitolinjoista ja hoidonrajauksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen potilastietojärjestelmään

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Yksikössäni potilaalle tehdään elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset kirjataan potilastietojärjestelmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tehdyt hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset löytyvät helposti tietojärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan toiveet elämän loppuvaiheen hoidosta kirjataan potilastietojärjestelmään (esimerkiksi toive papin vierailusta, palliativisesta sedaatiosta yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaisten toiveet elämänloppuvaiheen hoidosta kirjataan potilastietojärjestelmään (esimerkiksi toive, soitetaanko kuolemasta yölläkin yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan ja omaisten toiveet löytyvät tietojärjestelmästä helposti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Organisaatioon liittyvät kysymykset

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Työyksikköni pystyy tarjoamaan kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen rauhallisen ympäristön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on mahdollisuus huomioida kuolevan potilaan erityistoiveet (kuten lempi ruoat, huone yms)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on mahdollisuus omaisten yöpymiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Työyksikössäni huomioidaan tarvittaessa lisähenkilökunnan resursointi saattohoitotilanteessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on tarjolla säännöllisesti lisä- ja täydennyskoulutusta palliatiivisesta- ja saattohoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on mahdollisuus työnohjaukseen saattohoitotilanteessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Yhteistyö eri toimijoiden välillä

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Yhteistyö vuodeosaston ja kotihoidon välillä on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö vuodeosaston ja kotisairaalan välillä on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö kotisairaalan ja kotihoidon välillä on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö kotisairaalan ja palveluasumisen välillä on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö palveluasumisen ja tukiosaston välillä on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö ensihoidon kanssa on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö Palliatiivisen poliklinikan kanssa on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän minne voin tarvittaessa soittaa yöllä kuolevan potilaan hoitoon liittyvissä asioissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Kivun hoito palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa

1 Täysin eri	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa
-----------------	----------------------------	--------------	------------------------------	-------------------

	mieltä		sanoa	mieltä	
Osaan arvioida potilaan kipua havainnoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida potilaan kipulääkkeen tarvetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida kipulääkkeen vaikutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän kivunarvioinnissa apuna kipumittaria (esimerkiksi VAS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni työyksikössäni kuolevalla potilaalla on yleensä riittävä kipulääkitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnistan opioidien aiheuttamat yleiset haittavaikutukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En pelkää antaa tarvittavaa kipulääkitystä potilaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössäni on käytössä kipupumppu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan antaa kipupumpusta tarvittaessa lisäannoksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tarvittaessa vaihtaa kipupumpun neulan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on mahdollisuus toteuttaa palliatiivinen sedaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Kuolevan potilaan oirehoito ja voinnin seuranta

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Osaan arvioida kuolevan potilaan mahdollista hengenahdistusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää tarvittaessa saatavilla olevaa lisähapetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida kuolevan potilaan mahdollista limaisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää tarvittaessa imulaitetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida kuolevan potilaan mahdollista pahoinvointia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Osaan hoitaa tarvittaessa pahoinvointia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida kuolevan potilaan suun kuivuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hoitaa mahdollista suun kuivuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida kuolevan potilaan mahdollista ummetusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan antaa hoitaa kuolevan potilaan ummetusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan toteuttaa kuolevan potilaan asentohoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on käytössä moottoroitu ilmapatja painehaavojen ehkäisyyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni fysioterapeutit osallistuvat kuolevan potilaan asentohoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida kuolevan potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Kuolevan potilaan psykososiaalinen tukeminen

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Minulla on aikaa olla läsnä kuolevan potilaan vierellä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida potilaan mahdollista ahdistuneisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan lääkittää potilaan mahdollista ahdistuneisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tukea kuolevaa potilasta, jos hänellä on turvattomuutta tai ahdistuneisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tukea kuolevaa potilasta, jos hänellä on sekavuutta tai harhaisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Osaan lääkittää tarvittaessa sekavuutta tai harhaisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni kuolevalle potilaalle määrätään useimmiten riittävästi tarvittaessa annettavaa lääkettä rauhoittamaan levottomuutta, ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Kuolevan potilaan eksistentiaalinen ja hengellinen tukeminen

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Osaan tukea potilasta eksistentiaalisten kysymysten pohdinnassa (eletyn elämän merkityksen pohdinta, kuoleman jälkeisten tapahtumien pohdinta yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan antaa kuolevalle potilaalle tarvittaessa hengellistä tukea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on mahdollisuus pyytää pappi vierailemaan kuolevan potilaan ja hänen läheistensä luona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Läheisten tukeminen

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Osaan olla läsnä kuolevan potilaan läheisille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on antaa riittävästi aikaa kuolevan potilaan läheisille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ottaa kuoleman puheeksi potilaan läheisten kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä
Osaan tarvittaessa perustella läheisille kuolevalle potilaalle tehtyjä hoidonrajauksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kertoa kuolevan potilaan läheisille lähestyvän kuoleman ulkoisista merkeistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata kuolevan potilaan läheisiä miten toimia kuoleman jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössäni on käytössä opas kuolevan läheisille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Onko työyksikössäsi mielestäsi jokin erityinen saattohoitoon liittyvä kehittämistarve?
