

Heli Härkönen

Kotihoidon henkilöstön palliativisen hoitotyön osaamisen kehittäminen

Opinnäytetyö

YAMK

Kevät 2023



KAMK • University
of Applied Sciences

Tiivistelmä

Tekijä: Härkönen Heli

Työn nimi: Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen

Tutkintonimike: sairaanhoitaja YAMK, kliininen asiantuntija, palliatiivinen hoito

Asiasanat: palliatiivinen hoitotyö, osaaminen, näyttöön perustuva, kotihoito, toimintatutkimus

Palliatiivisen hoidon lisääntyvä tarve vaatii kehittämään hoitotyön järjestämistä ja hoitotyön henkilöstön ammatillista osaamista. Etenen saattohoitosuosituksen mukaan, jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja inhimilliseen elämän loppuvaiheen hoitoon ja oikeus valita missä hän haluaa elämänsä loppuvaiheen olla ja oikeus valita missä kuolla. STM:n suosituksiin on kirjattu, että terveydenhuollon henkilöstön ammatilliseen osaamiseen sisältyy palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen, potilaan elämän loppuvaiheen suunnitelman tekeminen moniammatillisessa yhteistyössä ja perustason hoitotyön hallinta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kotihoidon henkilöstön perustason palliatiivisen hoitotyön osaamista. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, joka sopi lähestymistavaksi osallistavana ja käytännönläheisenä tutkimusmuotona. Toimintatutkimuksen tavoite on uuden tiedon tuottamisen rinnalla ratkaista todettu käytännön ongelma ja saada muutosprosessi aikaan.

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen hoitotyön osaaminen näyttöön perustuen. Tutkimuskysymys oli: Mitä on kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen aiemman tutkitun tiedon mukaan? Ensimmäinen sykli toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Katsauksen aineisto haettiin kansainvälisistä PubMed- ja Chinal-tietokannoista sekä kotimaisista Melinda-, Medic- ja Doria-tietokannoista. Aineisto käsiteltiin induktiivisen sisällön analyysin avulla. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan hoitotyöntekijän palliatiivisen hoidon osaamista kuvaaviksi pääteemoiksi muodostuivat vuorovaikutusosaaminen, yksilöllisen hoitotyön osaaminen, palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen, ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen sekä moniammatillinen yhteistyö.

Toisen syklin tarkoitus oli kuvata kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytila osaamisen kartoituksen avulla. Kartoitus pohjautui ensimmäisen syklin johtopäätöksiin. Tutkimuskysymys oli: Mikä on kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen taso? Kartoitus tehtiin sähköisen osaamiskartoituksen avulla. Kartoitukseen valikoitui sattumanvaraisesti arpoen jokaiselta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kuudelta alueelta yksi kunta tai yksikkö, lukuun ottamatta Muhoksen kuntaa, joka valikoitui mukaan opinnäytetyön tekijän sen hetkisenä työpaikkana. Tulosten perusteella kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen on keskimäärin suoriutujan ja pätevän tasolla. Palliatiivisen hoitotyön taitava osaaminen ja asiantuntijuus on tulosten perusteella vähäistä kotihoidon henkilöstöllä. Tulosten mukaan kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytila oli heikointa palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamisessa ja hoidon suunnittelussa, hengellisessä ja eksistentiaalisessa hoitotyössä, kuoleman kohtaamisessa, lääkkeettömässä kivunhoidossa, palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon integroimisessa osaksi kotihoitoa ja moniammatillista yhteistyötä sekä palliatiivisen hoitotyön hoitotieteellisen tiedon hyödyntämisessä.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen suunnitelma, joka tehtiin toisen syklin kotihoidon henkilöstön osaamiskartoituksen tulosten perusteella. Kolmannen syklin kehittämiskysymyksenä oli: Miten kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan edistää? Osaamisen kehittämisen suunnitelmaan rajattiin osaamisen kartoituksen tuloksista kolme osa-alueita, jotka olivat palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja palliatiivisen hoitotyön suunnittelu moniammatillisesti. Kehittämissuunnitelma on yhteneväinen kansallisten palliatiivisen hoidon kehittämistarpeiden ja suunnitelmien kanssa.

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata kehittämissuunnitelman pilotointi rajoitetuin osin. Tutkimuskysymyksenä oli, miten kehittämissuunnitelma edistää palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämistä? Pilotointi tehtiin ikääntyneiden palveluiden palveluohjauksen tekemillä palvelutarpeen arviointikäynneillä yhden opinnäytetyön osaamisen kartoitukseen osallistuneen kunnan alueella. Viidennen syklin tarkoitus oli kuvata kehittämissuunnitelman implementointisuunnitelma. Tutkimuskysymyksenä oli, miten implementointisuunnitelma tukee kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämistä? Implementointisuunnitelma toteutettiin Parish-mallin mukaisesti. Suunnitelman käytännön toteutus ja seuranta jatkuu työyhteisössä.

Opinnäytetyön yhteenvetona ja johtopäätöksinä voidaan todeta, että asiakkaan kotona toteutettavan laadukkaan palliatiivisen hoitotyön lähtökohta on vahvaan monipuoliseen ammattiosaamiseen pohjautuva moniammatillinen yhteistyö asiakkaan hyväksi ja hoitotyöntekijöiden hyvinvoinnin ja osaamisen vahvistaminen. Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamista tulee vahvistaa. Hoitotyön henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen edistää yksilön ammatillista kasvuprosessia ja moniammatillisen työyhteisön kehittämistä hyvän ja laadukkaan kotona annettavan palliatiivisen hoitotyön mahdollistajaksi. Tällöin palliatiivisen hoidon asiakkaalle mahdollistuu ammatillinen hoito yksilöllisenä, ainutkertaisena inhimillisenä ihmisenä.

Abstract

Author: Härkönen Heli

Title of the Publication: Development of palliative care competence of home care personnel

Degree Title: Master of Health Care, Advanced Nursing Practice Degree, Palliative care

Keywords: palliative care, competence, evidence-based, home care, action research

The increasing need for palliative care requires developing the organization of nursing work and professional competence. According to Etene's hospice recommendations, every person has the right to good and humane end-of-life care and the right to choose where they want to be at the end of their life and the right to choose where they die. STM's recommendations state that the professional competence of health care personnel must include identifying the need for palliative care, making a plan for the end of the patient's life in multiprofessional cooperation, and managing basic nursing work. The aim of the thesis is to develop basic palliative care skills of home care personnel. The purpose of the master's thesis is to describe palliative care competence with the help of a literature review and map the palliative care competence of home care personnel in the welfare region of Pohjois-Pohjanmaa. The thesis was implemented as action research, which suited the approach as a participatory and practical form of research. The aim of the action research is to produce new information, to solve the identified practical problem and to bring about a change process.

The purpose of the first cycle was to describe palliative care skills based on evidence. The research question was: What is the palliative care competence of home care personnel according to previous researched information? The first cycle was implemented as a literature review. The material for the review was retrieved from the international PubMed and Chinal databases and the domestic Melinda, Medic and Doria databases. The material was processed using inductive content analysis. According to the results of the literature review, the main themes describing the nurse's competence in palliative care were interaction competence, competence in individual nursing, special competence in palliative care, strengthening professionalism and well-being, and multiprofessional cooperation.

The purpose of the second cycle was to describe the current state of palliative care skills of home care personnel by means of a skills survey. The mapping was based on the conclusions of the first cycle. The research question was: What is the level of competence in palliative care of home care staff? The mapping was done using an electronic survey. One municipality or unit from each of the six regions of the welfare region of Pohjois-Pohjanmaa was randomly selected for the survey, with the exception of Muhos municipality, which was selected as the thesis worker's current workplace. Based on the results, the palliative care skills of the home care personnel are on average at the level of proficient and competent. Based on the results, skilled competence and expertise in palliative care is low among home care personnel. According to the results, the current state of palliative care skills of the home care personnel was the weakest in recognizing the need for palliative care and planning the care, spiritual and existential care, facing death, drug-free pain management, integrating palliative care and hospice care into home care and multiprofessional collaboration, and utilizing the nursing knowledge of palliative care.

The purpose of the third cycle was to describe the plan for developing palliative care skills of the home care personnel. The competence development plan was made based on the results of the second cycle of the competence survey for home care personnel. The development question of the third cycle was: How can the competence of palliative care of home care personnel be promoted. In the competence development plan, three areas were defined from the results of the competence survey, which were identifying the need for palliative care, talking about it and planning palliative care in a multiprofessional manner. The development plan is consistent with the national palliative care development needs and plans.

The purpose of the fourth cycle was to describe the piloting of the development plan in limited parts. The research question was how does the development plan promote the development of palliative nursing skills?. The piloting was carried out by service need assessment visits made by the service guidance of elderly services in the territory of one of the municipalities that participated in the mapping of the competence of the thesis. The purpose of the fifth cycle was to describe the implementation plan of the development plan. The research question was how does the implementation plan support the development of palliative care skills of the home care personnel? The implementation plan was implemented according to the Parish model. The practical implementation and monitoring of the plan continues in the work communities.

As a summary and conclusions of the thesis, it can be stated that the starting point of high-quality palliative care work performed at the client's home is a multi-professional cooperation based on strong, versatile professional expertise for the benefit of the client and strengthening the well-being and competence of care workers. The palliative care skills of home care personnel must be strengthened. The development of nursing personnel's palliative care skills promotes the individual's professional growth process and the development of a multiprofessional working community as an enabler of good and high-quality palliative care provided at home. In this case, the client of palliative care receives strong professional care as an individual, unique human person.

Alkusanat

”Muistakaa, että tärkeintä on tie.

Älkää koko ajan ajatelko perille tuloa, vaan eläytykää
siihen hetkeen ja paikkaan, jossa olette.

Muuten käy niin, että perille tullessanne ihmettelette,
että tässäkö tämä nyt on”

-piispa Verschuren 1999

Kiitos rakas perheeni!

Kiitos ohjaajani Kirsi ja opiskelijakaverini Marja!

Sisällys

1 Johdattelua aiheeseen	1
1.1 Johdanto ja aiheen valinta.....	1
1.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.....	4
1.3 Metodologiana toimintatutkimus	4
1.4 Projektioorganisaatio.....	6
Lähteet	9
2 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen - kirjallisuuskatsaus (sykli 1).....	12
2.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys (suunnittelu)	12
2.2 Aineiston hankinta (toiminta).....	13
2.3 Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi).....	15
2.4 Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi).....	20
Lähteet	25
3 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kartoitus (sykli 2)	29
3.1 Osaamiskartoitus osaamisen kehittämisen suunnittelussa (suunnittelu).....	29
3.2 Osaamiskartoituksen laatiminen (toiminta).....	31
3.3 Osaamiskartoituksen tulokset (havainnointi).....	33
3.4 Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi).....	40
Lähteet	45
4 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen (sykli3).....	48
4.1 Palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen tavoite (suunnittelu)	48
4.2. Osaamisen kehittämisen suunnitelman laatiminen (toiminta).....	49
4.3. Osaamisen kehittämisen suunnitelma (havainnointi).....	52
4.4. Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi).....	55
Lähteet	58
5 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen – kehittämissuunnitelman pilotointi (sykli 4)	60
5.1. Osaamisen kehittämisen suunnitelman pilotoinnin tavoite (suunnittelu).....	60
5.2. Osaamisen kehittämisen suunnitelman pilotoinnin laatiminen (toiminta)	61
5.3. Osaamisen kehittämisen suunnitelman pilotointi (havainnointi)	61

5.4. Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi).....	62
Lähteet	64
6 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen Parish- mallia soveltaen – implementointisuunnitelma (sykli 5)	65
6.1. Näyttöön perustuva hoitotyö ja Parish-malli implementoinnin tukena (suunnittelu).65	
6.2. Kehittämisuunnitelman implementointisuunnitelman laatiminen (toiminta)	68
Lähteet	72
7 Pohdinta.....	74
7.1. Johtopäätökset	74
7.2. Luotettavuus.....	76
7.3. Eettisyys	77
7.4. Kliinisen asiantuntijuuden kehittyminen	79
7.5. Jatkotutkimusaiheet	81
Lähteet	82
Litteet (6kpl)	

1 Johdattelua aiheeseen

1.1 Johdanto ja aiheen valinta

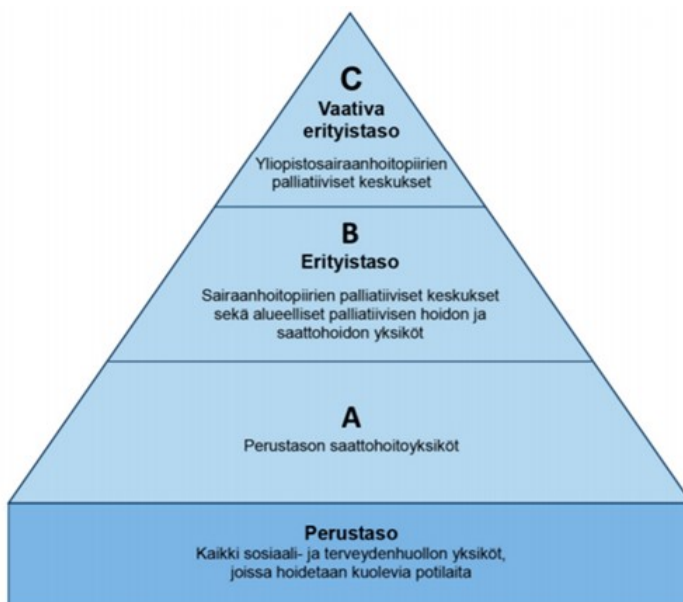
Suomessa palliatiivisen ja saattohoidon tunnistettu haaste on että, osaamisen kehittäminen ja hoidon integroiminen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään on toteutunut heikosti asetuksista ja suosituksista huolimatta (Saarto 2017, 12). Väestörakenteen muutos on vaikuttanut omalta osaltaan palliatiivisen hoidon kehittämisen tarpeeseen. Ihmisen eliniänodote on kasvanut ja sen myötä kuolemaan johtavien sairauksien osuudet ovat muuttuneet. Palliatiivinen hoito mielletään vielä usein syöpää sairastavien ihmisten hoitomuodoksi parantavien hoitojen jälkeen, mutta myös potilaiden kroonisten sairauksien hoitoon kuuluu yhtä lailla palliatiivinen hoito. Kroonisten sairauksien edetessä ja heikentäessä potilaan toimintakykyä, on palliatiiviselle hoidolle selkeä tarve. (Saarto & Finne-Soveri 2019a, 14.)

Etenen Saattohoitosuosituksen mukaan, jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon huolimatta ennusteesta, ja siitä onko parantavaa hoitoa enää olemassa. Suositusten mukaan ihmisellä pitäisi olla myös oikeus valita missä hän haluaa elämänsä loppuvaiheen olla ja oikeus valita missä hän kuolee. (Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003, 14.) Tällä hetkellä tämä suositus ei toteudu valtakunnallisesti, jos asiakas haluaisi kuolla kotonaan. Erityistason kotisairaaloitointia on esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vain Oulussa ja muuta kotisaattohoitopalvelua noin puolessa alueen kunnista (Saarto ym. 2019, 71a).

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen päämääränä on, että kaikki saavat laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja yhdenvertaisesti. Uudistuksen tavoitteena on vastata yhteiskunnallisten muutosten tuomiin haasteisiin. (Soteuudistus n.d.) Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen valmistelua on tehty Popsote-hankeessa. Valmistelua on tehty Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa yhdessä alueen kuntien ja organisaatioiden kanssa. Ohjelma sisältää viisi erillistä alakehittämisohjelmaa. (POPsote-hanke: Mitä teemme Pohjois-Pohjanmaalla n.d.) Näistä ikäihmisten palvelut -kehittämisohjelman tavoitteena on kehittää palveluiden sisältöä niin, että ikääntyvä ihminen voi elää turvallisen, mielekkään ja kokonaisen elämän omassa kotonaan. Tavoitteiden saavuttamiseksi on kirjattu yhdeksi toimenpiteeksi, että palveluissa toimii osaava henkilöstö mm. kehittämällä uusia osaamisen vahvistamisen muotoja. Kehittämisohjelman 24/7-

työryhmä valmistelee ympärivuorokautisen kotona asumisen ja kotikuntoutuksen mahdollisuuksia ja organisointia. Kotisairaala-työryhmä puolestaan valmistelee koko hyvinvointialueelle kotisairaalatoiminnan ja monialaisen yhteistyön edellytyksiä. Tavoitteena on vahvistaa 24/7 kotihoitoa mm. luomalla toimintamallit ennakoiviin hoitosuunnitelmiin, liikkuvaan sairaanhoitajamalliin, kotisairaalatoimintaan ja palliatiivisiin hoitoketjuihin. Tarkoitus on, että ikääntyvä saa hoidon ja lääketieteellisen avun mahdollisuuksien mukaan kotiympäristössään. (Ikäihmisten palvelut n.d.)

Palliatiivisen hoidon lisääntyvä tarve vaatii kehittämään hoitotyön järjestämistä ja ammatillista osaamista (Pihlainen 2010, 26). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) antaman (Saarto 2017, 15) suositusten mukaan koko Suomeen on saatava kattava palliatiivisen hoidon verkosto, joka mahdollistaa jokaiselle palliatiivista hoitoa tarvitsevalle potilaalle parhaan mahdollisen avun. Tämän verkoston luomiseksi on rakennettu kolmiportainen malli palliatiivisesta hoidosta (Kuvio 1). A taso on perustaso, jonka muodostavat kaikki sellaiset terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt, jotka tarjoavat palveluita ja hoitoa potilaan elämän loppuvaiheeseen saakka. Erytistason eli tason B palveluita ovat palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt, saattohoitokodit ja poliklinikat. Näiden yksiköiden pääasiallinen työ ja tehtävät on palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Ylintä C-tasoa eli vaativaa erityistasoa ovat sairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksset, jotka palvelevat koko erityisvastuualueetta. (Saarto 2017, 15–17.) Kotihoito ja kotisairaanhoito kuuluvat perustason hoitoyksiköihin.



Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli

Käypähoito -suosituksen mukaan palliatiivisen ja saattohoidon keskeinen tehtävä on sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttaman fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievitys ja potilaan elämänlaadun vaaliminen. Hoidon tulee olla moniammatillista ja kokonaisuuden huomioon ottavaa niin, että myös potilaan läheiset tulevat huomioon otetuiksi. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

STM:n suositukseen on kirjattu, että terveydenhuollon henkilöstön ammatilliseen osaamiseen tulee kuulua palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen, potilaan elämän loppuvaiheen suunnitelman tekeminen moniammatillisessa yhteistyössä ja perustason hoitotyön hallinta. Perustason hoitotyö sisältää potilaan oireen mukaisen hoidon, huolenpidon hoidettavasta ja hänen läheistään sekä psykososiaalisen, hoidettavan kokonaisuuden huomioon ottavan tarpeiden arvioinnin ja niihin vastaamisen. (Saarto 2017, 15.)

Etenen suositusten mukaan jokaisella ihmisellä pitäisi olla oikeus valita, missä hän haluaa elämänsä loppuvaiheen olla ja oikeus valita, missä hän kuolee (Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003, 14). Pihlaisen (2010, 24–26) mukaan on oletettavaa, että yhä useampi suomalainen haluaa kuolla kotonaan. Ihmisen oma tahto on tärkeä tulla kuulluksi palliatiivisen hoidon suunnittelussa. Tämän vuoksi on tärkeää kehittää kuntien kotihoitoa, kotisairaanhoidoa ja kotisairaaloimintaa niin, että mahdollisiin yksilöllisiin toiveisiin ja hoidettavien tarpeisiin voidaan vastata ja toteuttaa palliatiivisen hoitotyön suositusten mukaista hoitotyötä.

Kanadalaisen tutkimuskatsauksen mukaan laadukkaan kotihoidon olennaiset osatekijät ovat moniammatillinen integroitu yhteistyö, kivun ja fyysisten oireiden hallinta, psykososiaalisen tuen antaminen, välittävä ja ammatillinen hoitotyö, oikea-aikainen hoito ja perhekeskeisyys. Näiden kuuden osatekijän yhdistämisellä, selkeillä prosessikuvauksilla ja oikealla resurssoinnilla toteutuu tehokas ja laadukas palliatiivinen kotihoito. (Seow & Bainbridge 2018, 37.)

Kotihoidon henkilöstössä on todettu olevan merkittävää osaamisen vajetta erityisesti potilaan kivunhoidossa ja saattohoidossa. Samoin on todettu, että organisaatioiden velvollisuus on huolehtia henkilökunnantäydennyskoulutuksesta suunnitelmallisesti. (Saarto ym. 2019b, 176–177.) Riittäväillä täydennyskoulutuksilla voidaan varmistaa ja kehittää palliatiivisen hoidon yleistä osaamistasoa. Koulutuksissa on tärkeää huomioida moniammatillisuus, oireenmukainen hoitotyö, vuorovaikutustaidot ja erityisesti psykososiaalisen ja henkisen ja hengellisen tuen osaaminen. (Saarto 2017, 22.)

1.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön aihe vastaa valtakunnallisen ja paikallisen sote-uudistuksen, kansallisen palliatiivisen hoitotyön kehittämisen ja palliatiivisen hoitotyön klinisen asiantuntijakoulutuksen osaamisen tavoitteisiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kotihoidon henkilöstön perustason palliatiivisen hoitotyön osaamista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata palliatiivisen hoitotyön osaaminen kirjallisuuskatsauksen avulla ja kartoittaa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kotihoidon henkilökunnan palliatiivisen hoitotyön osaaminen. Henkilöstön osaamisen kehittämisen suunnitelma muodostuu opinnäytetyössä ilmenneiden osaamisen puutteiden ja tarpeiden mukaisesti.

Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisena tavoitteena oli ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintotavoitteen mukaisesti saada laaja-alainen tieto palliatiivisesta hoitotyöstä ja sen yhteiskunnallisesta merkityksestä sekä valmiudet seurata aiheeseen liittyvän tutkimustiedon ja ammattikäytännön kehitystä sekä laaja osaaminen ja tarvittavat teoreettiset tiedot toimia työelämän kehittäjänä vaativissa asiantuntijatehtävissä (A 1129/2014). Opinnäytetyön tavoitteena YAMK- tutkinossa on kehittää ja osoittaa opiskelijan kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön (Opinnäytetyö N.d). Valtioneuvoston asetusten mukaisesti ylemmän ammattikorkeakoulun opintojen osaamiskokonaisuus asettuu NQF:n tasolle 7. Tasolla 7 tavoitteena on hallita laaja-alaiset, oman alansa menetelmät ja tiedot itsenäisen ajattelun ja tutkimuksen perustana. Opinnäytetyötä tehdessä on hallittava syvällisesti ja laaja-alaisesti niin tutkittavana olevan aihealueen tieto kuin tutkimustyön ja työelämän kehittämisen teoreettinen tieto. Lisäksi opinnäytetyöntekijällä on oltava valmiudet johtaa asioita ja ihmisiä NQF:n tason 7 tavoitteiden mukaisesti opinnäytetyöhön liittyvän projektiorganisaation johtamisessa ja opinnäytetyön etenemisen eri vaiheissa. (A 120/2017.)

1.3 Metodologiana toimintatutkimus

Toimintatutkimus on yksi tutkimuksellisen kehittämistoiminnan muoto ja sen historia on sosiaalilitieteissä (Kuula 2001, 9). Toimintatutkimus on luontevin metodologia silloin, kun tietoa halutaan tuottaa ja käyttää käytäntöjen tai toimintojen kehittämiseksi ja muuttamiseksi. Kohteena voi olla yksilö, ryhmä ja ryhmän väliset suhteet, organisaatio tai alueellinen verkosto. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 16–18.) Toimintatutkimuksen tavoitteena on uuden tiedon tuottamisen rinnalla

ratkaista todettu käytännön ongelma ja saada muutosprosessi aikaan. Se on osallistavaa tutkimusta, jossa osallisena ovat niin tutkija itse kuin tutkittavana kohteena oleva organisaatio ja ryhmä ja siihen liittyy erityisesti käytännönläheisyys. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 58.) Toimintatutkimusta voidaan ajatella teorian ja käytännön yhdistävänä kehittämisprosessina, jossa eri teorian ja käytännön vaiheet vaihtelevat (Toikko & Rantanen 2009, 29–30). Toimintatutkimuksella pyritään siis muuttamaan todellisuutta ja käytäntöjä tutkittavassa organisaatiossa, ryhmässä tai toiminnossa osallistamalla myös kohderyhmänä olevat ihmiset aktiivisiksi toimijoiksi (Kuula 2001, 9).

Uusien toimintatapojen ja työn kehittämisen näkökulmasta katsoen toimintatutkimus soveltuu hyvin erityisesti työyhteisön uudenlaisen toiminnan ja työmenetelmien kehittämiseen (Ojasalo ym. 2015, 59). Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kehittämistyön yhdeksi toimenpiteeksi tavoitteiden saavuttamiseksi on kirjattu organisaation vastuu huolehtia, että työtehtävissä toimii osaava ja riittävä ammattilaisten joukko mm. kehittämällä uusia osaamisen vahvistamisen muotoja. (Ikäihmisten palvelut n.d.) Tähän osaamisen vahvistamiseen liittyy kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kartoituksen ja suunnitelman sekä osaamisen kehittämisen tarve.

Kehittämisessä ja tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa eri sidosryhmien osallistamisella on monenlaisia hyötyjä. Osallistaminen sitouttaa kehittämiseen ja vahvistaa yhteistyötä. Osallistaminen perustuu dialogisuuteen eli hyvään vuorovaikutukseen. Vastavuoroisuus syventää oppimista ja osallistajat ovat tasavertaisina kehittämistyössä. Osallistamista voidaan vahvistaa mm. koulutusten ja työnohjausten avulla tai organisointitapoja tarkastelemalla. Konkreettiseen kehittämistoimintaan osallistamisen välineitä on mm. kokeileva toiminta, ryhmätyöt, työkonferenssit ja keskustelut. (Toikko & Rantanen 2009, 90–112.)

Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli on aktiivinen osallistuja (Ojasalo ym. 2015, 61). Toimintatutkimuksen luonteen mukaan tutkijan rooli voi vaihdella ulkopuolisesta asiantuntijasta tutkittavan kohdejoukon kanssa tasavertaiseen toimijaan (Toikko & Rantanen 2009, 30). Tutkijan on tarpeen olla perillä kehittämisen ja tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkijan ei välttämättä tarvitse olla tutkittavan asian asiantuntija. (Kananen 2014, 67–68.) Opinnäytetyön kohderyhmänä on kotihoidon henkilöstö, joka on opinnäytetyöntekijälle tuttu kohderyhmä ja työyhteisö. Tutkijan rooli on pyrkiä avoimeen vuorovaikutukseen ja aktiiviseen osallistamiseen kohderyhmän kanssa. Osittain opinnäytetyön kohderyhmä voi jäädä etäisemmäksi, koska kohderyhmänä on koko Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kotihoidon henkilöstö ja alue on maantieteellisesti

laaja eikä säännöllistä yhteistyötä ole. Myös kohderyhmän koko vaikuttaa jonkin verran vuorovaikutuksen määrään ja syvyyteen.

Toimintatutkimus on määritelty interventioon perustuvaksi, käytännönläheiseksi osallistavaksi ja reflektiiviseksi sosiaaliseksi prosessiksi. Tutkimuksen tavoite on käytännön hyöty kohderyhmälle ja toiminnalle. Tutkimus lähtee todetusta muutostarpeesta eli toimintaa tarkastellaan, etsitään perusteita ja tietoa, pyritään muutokseen osallistavalla toiminnalla ja reflektoidaan tapahtuneita muutoksia. Toimintatutkimus yhdistää näin teorian ja käytännön. (Heikkinen ym. 2006, 27–29.)

Toimintatutkimuksen prosessin eteneminen voidaan kuvata jatkuvina sykleinä. Sykleissä vuorottelevat diskurssi eli ajattelu ja konkretia eli sosiaalinen toiminta. Konkretia sisältää havainnoinnin ja toiminnan, diskurssi suunnittelun ja reflektoinnin. Nämä vaiheet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja etenevät syklistä seuraavaan. Ensimmäinen sykli alkaa suunnitelmasta, etenee toimintaan, havainnointiin, reflektointiin ja edelleen seuraavalle syklille. Suunnittelu ja toiminta ovat tutkimuksen vaiheita eteenpäin vieviä, havainnointi ja reflektio tapahtunutta taaksepäin katsovaa ja uudelleenarvioivaa. Sykliä määrä ei määritä tutkimuksen arvoa, olennaisempaa on tutkimuksen kokonaisuuden toteutuminen. (Heikkinen ym. 2006, 78–81; Toikko & Rantanen 2009, 66.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata tarvittava palliatiivisen hoitotyön osaaminen kirjallisuuskatsauksen avulla ja kartoittaa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kotihoidon henkilökunnan palliatiivisen hoitotyön osaaminen. Ensimmäisessä syklissä tarkoitus oli kuvata palliatiivisen hoitotyön osaaminen näyttöön perustuen. Ensimmäinen sykli toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Toisessa syklissä oli tarkoitus kartoittaa kotihoidon palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytilaa osaamisen kartoituksella, joka pohjautuu ensimmäisen syklin johtopäätöksiin. Sen jälkeen kolmannessa syklissä mahdollistui nykytilaa ja teoretietoa refleктоimalla tehdä osaamisen kehittämisen suunnitelma. Neljännessä syklissä pilotoitiin kolmannen syklin osaamisen kehittämisen suunnitelma yhdessä ikäihmisten palveluohjauksen kanssa ja viidennessä syklissä teoretietoon ja pilotoinnin tuloksiin perustuen kuvattiin implementointisuunnitelma, jonka toteutus jäi opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

1.4 Projektiorganisaatio

Opinnäytetyön hallinnointi ja johtaminen tapahtuvat projektijohtamisen periaatteiden mukaisesti. Opinnäytetyö on projektin mukaisesti aikataulutettu ja resursoitu kokonaisuus, jota tukee

ja ohjaa sitä varten perustettu organisaatio. Opinnäytetyöntekijä toimii projektipäällikkönä ja organisoii projektiorganisaation, jossa opinnäytetyöhön liittyvä keskustelu, ohjaus ja kehittäminen toteutuvat. (Opinnäytetyön hallinta n.d.)

Projektiorganisaation muoto riippuu projektin luonteesta (Löow 2002, 28). Projektiorganisaation koko ja rakenne muodostuvat projektin tarpeen mukaan ja koko voi vaihdella. Projektiorganisaation toimivuus edellyttää selkeää työnjakoa ja tehtävien kuvausta sekä riittävää asiantuntijuutta. (Ruuska 2006, 25.) Projektiorganisaatio koostuu usein ohjausryhmästä, projektipäälliköstä, projektiryhmästä ja mahdollisista tuki- ja työryhmistä (Löow 2002, 28). Projektiorganisaatio on tilapäinen ja tehtäväkohtainen. Organisaation toiminta loppuu, kun tehtävä on valmis. (Ruuska 2006, 26.)

Opinnäytetyöntekijä toimii opinnäytetyön projektiorganisaation projektipäällikkönä. Projektipäällikön tehtävänä on vastata, että projektinhallinta on hyvän tavan mukainen, kutsua ryhmät koolle tarpeen mukaan, vastata opinnäytetyön etenemisestä, toteuttamisesta ja huolehtia raportoinnista suunnitelman mukaisesti. (Opinnäytetyön hallinta n.d.) Projektipäällikkönä toimiminen vaatii opiskelijalta johtamistaitoja ja hyviä vuorovaikutustaitoja sekä kykyä viestiä ja johtaa projektin eri vaiheita (Löow 2002, 144).

Projektin johtamisella on merkittävä vaikutus projektin onnistumiseen. Muutokseen pyrkivässä projektissa on tärkeää, että kaikki osalliset kokevat olevansa osallisia. Tavoitteellisen projektin johtamisessa on kyse enemmän tavoitteellisesta ohjaamisesta ja osallistamisesta, jossa tavoite on vastuun ja sitoutumisen lisäämisessä. (Löow 2002, 111.) Projektin johtamisessa voidaan käyttää erilaisia teoreettisia johtamistyyliä. Sitoutumista korostava johtamistyyli on yleensä luontevin projektin alkuvaiheessa, että projekti saadaan alkuun. Aikataulussa pysymisen ja projektin etenemisen suhteen on tarpeen olla määrätietoinen, unohtamatta kannustavaa, motivoivaa ja vuorovaikutuksellista projektin eteenpäin viemistä. Projektin edetessä sitoutumista korostava johtamistyyli muuttuu tukevaksi, kannustavaksi, ja itsenäiselle työlle tilaa antavaksi johtamiseksi. Projektin loppuvaiheessa usein voi tulla kiire, jolloin taas tarvitaan enemmän määrätietoista ja aikatauluista kiinnipitävää johtamista. (Ruuska 2006, 145–147.) Aikataulusta kiinnipitäminen ja määrätietoinen johtaminen on olennainen osa myös opinnäytetyöntekijän itseohjautumista ja itsensä johtamista.

Ohjausryhmä perustetaan projektin käynnistyessä. Ohjausryhmän on tärkeä olla sopivan kokoinen, liian laaja ryhmä hidastaa päätöksentekoa. (Löow 2002, 29.) Ohjausryhmän tehtävänä on seurata projektin etenemistä ja laatua ja hyväksyä projektin tulokset (Ruuska 2006, 168–169).

Ohjausryhmä antaa päätökset, tavoitteet ja toimeksiannot projektiryhmälle. (Löow 2002, 29). Projektiryhmä on asiantuntijoista koostuva ryhmä, joiden työpanos on tärkeä lopputulosten aikaansaamiseksi. Projektiryhmä vastaa projektin toteutumisesta, raportoi etenemisestä ja huolehtii omista annetuista tehtävistään. (Ruuska 2006, 158–160). Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluivat Popsote-hankkeen ikäihmisten palvelut- kehittämisohjelman aluekehittäjä Eija Marin, Popsote- hankkeen palliatiivisen hoitotyön kehittäjä, asiantuntija, sairaanhoitaja Anitta Koivisto, ohjaava opettaja, yliopettaja Kirsi Moisanen ja vertaisena yamk-opiskelija Marja Näppä. Projektiryhmään osallistui Popsote-hankkeen Ikäihmisten palvelut- kehittämisohjelman projektiasiantuntija Johanna Alahäivälä ja opinnäytetyöntekijän työyhteisön palveluesimies. Heidän tehtävä projektiohjaamisessa on huolehtia projektin etenemisestä ja toteutumisesta omassa työyhteisössään ja mahdollistaa aika ja resurssi projektiin osallistujille.

Jokaisessa projektissa on olemassa riskitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa lopputuloksen onnistumiseen. Sen vuoksi etukäteen tiedostetut riskit ja niihin varautuminen edistävät projektin onnistumista. Riskianalyysin tärkein tehtävä on tunnistaa ja vähentää mahdollisia epävarmuustekijöitä, jotka voivat hidastaa tai vaikeuttaa projektin etenemistä. Riskianalyysiin kirjataan toimenpidesuunnitelma riskien hallitsemiseksi. Riskianalyysi on hyvä tehdä projektiryhmään kuuluvien henkilöiden kanssa. (Ruuska 2006, 82–83; Kettunen 2009, 75.) Opinnäytetyön riskinä näyttäytyy opinnäytetyöntekijän näkökulmasta suurimpana ajalliset haasteet ja opinnäytetyön eteneminen. Hyvä ajankäytön suunnitelma on yksi keino ja toimenpide riskin hallitsemiseksi. Riskienhallintasuunnitelma on liitteenä (Liite 1).

Lähteet

A 1129/2014. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 18.12.2014/1129. Saatavilla 21.11.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141129>

A 120/ 2017. Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä 23.2.2017/120. Saatavilla 21.11.2021 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170120>

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) (2006). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Kansanvalistusseura

Ikäihmisten palvelut. (N.d) Popsote. Saatavilla 22.10.2021 <https://popsote.fi/osahanke/ikaihmissen-palvelut/>

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylä. Suomen yliopistopaino Oy

Kettunen, S. (2009). Onnistu projektissa. Juva. WSOYpro Oy

Kuula, A. (2001). Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere. Vastapaino

Lööw, M. & Tillman, M. (2002). Onnistunut projekti: projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki. Tietosanoma

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2009). Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy

Opinnäytetyö. (N.d.). Kainuun ammattikorkeakoulu. Saatavilla 21.11.2021 <https://edukainuu.sharepoint.com/sites/KAMKOpiskelijapalvelut2/SitePages/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6.aspx>

Opinnäytetyön hallinta. (N.d). Kainuun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki, Ylempi AMK. Saatavilla 22.10.2021 [https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-\(Soteli\)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta](https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-(Soteli)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta)

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Saatavilla 3.3.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Pihlainen, A. (2010). Hyvä saattohoito Suomessa- asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

POPsoite-hanke: Mitä teemme Pohjois-Pohjanmaalla? (N.d). POPsoite. Saatavilla 22.10. 2021 <https://popsote.fi/mita-kehitamme-pohjois-pohjanmaalla/>

Ruuska, K. (2006). Terveystenhoillon projektihallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Talentum Media Oy.

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 22.10.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja Terveystministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.

Saarto, T. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaa- mis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 22.10.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. (2003). Työryhmäraportti. ETENE. Saatavilla 22.10.2021 <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Työryhmän+raportti+saattohoidosta.pdf>

Seow, H. & Bainbridge, D. (2017). A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. *Journal of Palliative Medicine* 21(1), 37–44. DOI: 10.1089/jpm.2017.0392

Soteuudistus. (N.d). Saatavilla 21.10.2021. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy

2 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen - kirjallisuuskatsaus (sykli 1)

2.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys (suunnittelu)

Tässä toimintatutkimuksessa ensimmäinen sykli muodostui kirjallisuuskatsauksesta. Syklin ensimmäinen vaihe eli suunnitteluvaihe muodostui kirjallisuuskatsauksen tietoperustasta sekä tarkoituksen ja kehittämiskysymyksen asettelusta. Aineiston hankinta ja katsauksen toteutus olivat toinen vaihe eli toiminta. Havainnointivaihe oli tulosten analysointi ja esittely. Reflektointia on johtopäätökset ja pohdinta, joka ohjasivat myös seuraavan syklin suunnittelua. Toisen syklin suunnittelu alkaa ensimmäisen syklin reflektoinnin pohjalta. Ensimmäisen syklin kuvaus ja suunniteltu aikataulu kuvataan kuviossa 2.



Kuvio 2. Ensimmäisen syklin kuvaus ja aikataulu

Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen, prosessinomainen tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan muodostaa selkeä kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta tai asiakokonaisuudesta (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7). Kirjallisuuskatsauksen merkitys toimintatutkimuksessa on auttaa hahmottamaan aihepiirin kokonaisuutta, löytämään ja tiivistämään aiempaa tutkimustietoa, saamaan tietoa, miten aihepiiriä on aiemmin tutkittu, millaisin menetelmin sekä minkälaisista näkökulmista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121). Kirjallisuuskatsaus auttaa löytämään opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen aiemman tutkitun teorian ja systemaattisen tiedon haun pohjalta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 96–97).

Kirjallisuuskatsauksen suunnittelu alkaa laajasti aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen tutustumisella ja yleiskuvan hahmottamisella. Aiheeseen perehtyminen ohjaa tutkimuskysymykseen rajaamisessa ja auttaa luomaan käsityksen, millaista kirjallisuutta ja tutkimustietoa aiheesta on saatavilla.

(Hirsjärvi ym. 2009, 109–111.) Aiheeseen perehtyessä tutkija voi tehdä kokeellisia tietokantahakuja ja tutkia millaisia asiasanoja ja termejä aiheesta on käytetty (Lehtiö & Johansson 2013, 37). Kirjallisuuskatsauksen prosessiin kuuluu aiheeseen perehtyminen, tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston poissulku- ja sisäänottokriteerien asettaminen sekä aineiston hakumenetelmiin perehtyminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 96–97). Systemaattisen haun jälkeen valikoituneelle aineistolle tehdään sisällön analyysi, jonka tarkoituksena on aineiston ryhmittely, yhtenäisyyksien ja eroavaisuuksien erittely ja synteessin teko (Niela-Vilen 2016, 31). Tutkimuskysymyksen ohjaama, riittävän yksityiskohtainen analyysi luo taustan uudelle tutkimukselle tärkeimpien tietojen synteessin avulla (Hirsjärvi ym. 2009, 259). Analyysistä muodostuu tulokset ja johtopäätökset.

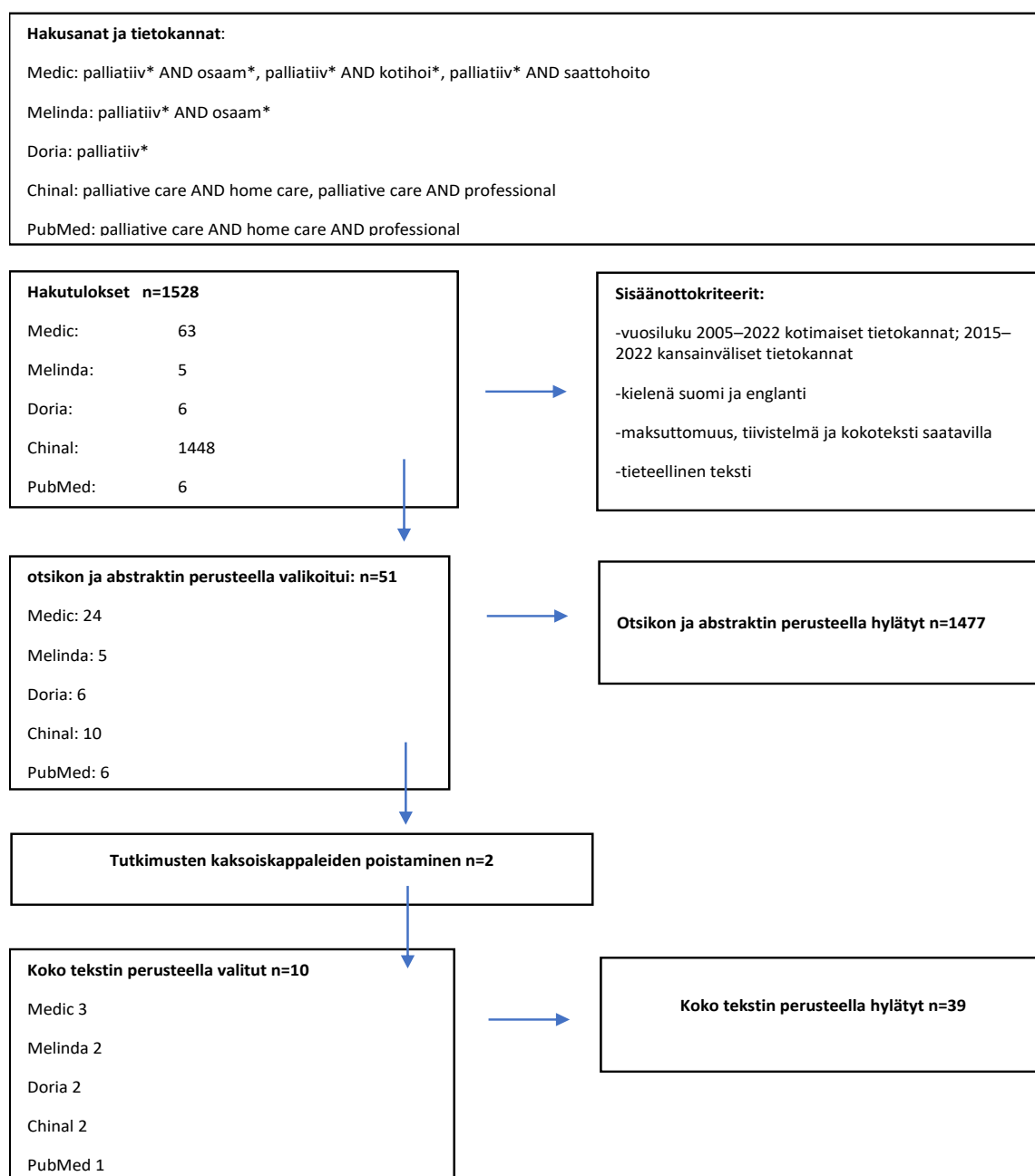
Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymyksen määrittäminen antaa suunnan koko prosessille (Niela-Vilen & Hamari 2016, 24). Ensimmäisessä syklissä tarkoituksena oli kuvata palliatiivisen hoitotyön osaaminen näyttöön perustuen. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys on: Mitä on kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen aiemman tutkitun tiedon mukaan?

2.2 Aineiston hankinta (toiminta)

Katsauksen tutkimukset ja artikkelit haettiin kansainvälisistä PubMed- ja Chinal-tietokannoista sekä kotimaisista Melinda-, Medic- ja Doria-tietokannoista. Nämä tietokannat sisälsivät parhaiten hoitotieteeseen ja aiheeseen liittyviä kotimaisia ja kansainvälisiä tiedostoja. Tietokantahakuja tehtiin ensin erilaisilla aiheeseen liittyvillä asiasanoilla ja asiasanayhdistelmillä, jotta aineistoa löytyisi mahdollisimman laajasti. Testausten jälkeen lopulta tietokantahaku tehtiin kotimaisiin tietokantoihin asiasanoilla palliatiiv*, palliatiiv* AND osaam*, palliatiiv* AND kotihoi*, palliatiiv* AND saattohoito sekä kansainvälisiin tietokantoihin asiasanoilla palliative care AND home care, palliative care AND professional, palliative care AND home care AND professional. Hakuprosessi ja hakusanat on tarkemmin eritelty kuviossa 3.

Tietokantahaut tuottivat sisäänottokriteerien mukaisten rajausten jälkeen yhteensä 1528 tieteellistä artikkelia. Tieteellisten aineistojen sisäänottokriteereinä olivat kotimaisissa tietokannoissa vuosiluvut 2005–2022, kansainvälisissä tietokannoissa 2015–2022, kielenä suomi tai englanti, maksuttomuus ja että aineistojen tulokset vastaavat suunnitteluvaiheessa asetettuun tutkimuskysymykseen. Näistä lähteistä tutkimuskysymykseen vastaavan otsikon tai abstraktin perusteella

tarkempaan tarkasteluun valikoitui yhteensä 51 lähdettä ja lopulliseen katsaukseen aineiston tarkan lukemisen ja laadunarvioinnin jälkeen valikoitui 10 lähdettä. Laadun arviointi suoritettiin JBI (Joanna Briggs Institute) laatimien laadullisen tutkimuksen tai järjestelmällisen katsauksen arviointikriteerien mukaisesti. Liitteessä kaksi kuvataan esimerkkinä kahden aineiston laadun arviointi (Liite 2).



Kuvio 3. Tutkimusten valintaprosessi (mukaillen PRISMA Flow Diagram 2015)

Katsaukseen valitut tieteelliset artikkelit (n=10) ovat kirjallisuuskatsauksia tai tutkimuksia. Katsaukseen valituista artikkeleista ja tutkimuksista oli laadullisia kahdeksan ja kirjallisuuskatsauksia kaksi. Kaikki artikkelit on arvioitu JBI laadunarviointikriteerien mukaisesti. Laadullisten tutkimusten tai artikkeleiden pistemäärä vaihteli 6–10 välillä, kirjallisuuskatsausten pistemäärä oli molemmilla 9. Tulosten perusteella voidaan todeta, että julkaisut ovat tieteellisiä ja laadukkaita käytettäväksi kirjallisuuskatsaukseen. Julkaisuja arvioitiin myös niiden näytön vahvuuden perusteella Käypä hoito suositusten mukaisella näytön asteen luokituksella (Näytön asteen luokitus Käypä hoito – suosituksissa 2014). Näytön aste vaihteli B ja C välillä eli kohtalaisen ja niukan näytön vahvuuden välillä (Liite 3).

2.3 Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)

Induktiivinen sisällön analyysi

Kirjallisuuskatsauksen aineiston käsittelyn tehtävä on vastata asetettuun tutkimuskysymykseen. Aineiston käsittelymenetelmän valintaan vaikuttaa se, millaista tietoa katsauksella on tarkoitus tuottaa. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 81–82.) Kirjallisuuskatsauksen artikkelit analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Sisällön analyysin avulla voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti ja järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysillä pyritään esittämään tutkittavaa ilmiötä ja saatua aineistoa tiivistetyssä muodossa ja käsitteellisesti. Induktiivinen sisällön analyysi on aineistosta lähtevä analyysi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Induktiivisessä sisällön analyysissä tunnistetaan aineistosta tutkimuskysymykseen vastaavat sisällölliset väittämät, joista samankaltaiset yhdistetään ja tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa asetettuun tutkimuskysymykseen (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Induktiivinen sisällön analyysi koostuu aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista eli pelkistämisestä. Abstrahoinnin avulla erotetaan olennainen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö ja kuvaus tutkimuskohteesta. Tuloksia verrataan alkuperäisaineistoon ja aiempaan tutkittuun tietoon. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 139–140.)

Aineiston analyysia edeltävästi aineiston perehdytään ja määritellään analyysiyksikkö (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87). Analyysin alkuun aineisto selailtiin läpi ja tutustuttiin aineiston sisältöön. Sen jälkeen artikkelit luettiin useaan kertaan läpi ja niistä poimittiin ilmaukset, jotka vastasivat

tutkimuskysymykseen, mitä on kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen aieman tutkitun tiedon mukaan. Sisällönanalyysin yksiköksi valikoitui yksi lausuma, joka saattoi olla sana, lause tai lauseen osa.

alkuperäinen	pelkistetty	alateema	yläteema	pääteema
161.hyv. hoito edellyttäisi kuoleman hetken lähestyessä hoitajan kokoaikaista läsnäoloa	161. kuoleman lähestyessä hoitajan kokoaikaista läsnäoloa	jj. läsnäolo (161, 347)	A. Hoitajan vuorovaikutus- taidot (jj, c)	I. Vuorovaikutusosaaminen (A, G)
347. Voimavarojen vahvistaminen on läsnäoloa yksilön tarpeiden mukaisesti	347.läsnäoloa tarpeiden mukaisesti			
187.edellyttää hoitajalta ennen kaikkea aikaa	187.edellyttää ennen kaikkea aikaa	c. ajan antaminen (187, 285)		
285.asioita ei voi keskustella kiireessä tai "jalka oven välissä".	285.ei voi keskustella kiireessä			
34.taitoa ohjata potilasta ja läheisiä palliatiivisen hoidon prosessin eri vaiheissa	34.taito ohjata hoidon palliatiivisen hoidon vaiheissa	n. ohjaamisosaaminen (34, 124)	G. Ohjaamis- osaaminen ja tiedonanto (n, pp, iii)	
124.ohjaus oli tärkeä osa lähihoitajien osaamista	124.ohjaus osa osaamista			
197.halusivat saada yksityiskohtaista tietoa kehon muutoksista loppuvaiheessa	197.halusivat yksityiskohtaista tietoa muutoksista	pp. tiedonanto (197, 274)		
274. rehellisen tiedon saaminen oli ensisijaista	274.rehellisen tiedon saaminen			
408.Tyytyväisyys hoitoon koostuu tiedosta että	408.tyytyväisyys koostuu tiedosta	iii. tiedon merkitys potilaalle (408, 433)		
433.tiedonsaanti ovat tärkeimmät asiat.	433.tiedonsaanti tärkeimmät			

Taulukko 1. Analyysiesimerkki

Alkuperäisilmaukset koodattiin numeroiden. Alkuperäisilmauksia tuli yhteensä 517, jotka pelkistettiin. Koodauksen ja pelkistämisen jälkeen ilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin alateemoihin eli annettiin niiden sisältöä kuvaava yhteinen nimi eli teema. Alateemoja muodostui yhteensä 118, ne merkattiin kirjaimin a – 5b. Esimerkiksi pelkistetyt ilmaukset "edellyttää ennen kaikkea aikaa" ja "ei voi keskustella kiireessä" sisältyvät alateemaan "ajan antaminen". Alateemoista edelleen klusteroimalla on johdettu yläteemat, joita jäi yhteensä 20. Esimerkiksi alateema "ajan antaminen" ja "läsnäolo" sisältyivät yläteemaan "hoitajan vuorovaikutustaidot". Yläteemoista muodostui viisi pääteemaa, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen (Taulukko 1).

Tulokset

Hoitajan palliatiivisen hoidon osaamista kuvaaviksi pääteemoiksi muodostuivat vuorovaikutusosaaminen, yksilöllisen hoitotyön osaaminen, palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen, ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen sekä moniammatillinen yhteistyö (Liite 4).

Vuorovaikutusosaaminen

Vuorovaikutusosaaminen koostui vuorovaikutustaidoista sekä ohjaamisosaamisesta ja tiedonantosta. Vuorovaikutusosaamisen tärkeys ja merkitys korostui jokaisessa lähteessä palliatiivisen hoitotyön osaamisen kuvaajana. Vuorovaikutusosaaminen ilmeni hoitajan taitona kohdata asiakas ja hänen läheisensä kunnioittavasti, empaattisesti ja inhimillisesti. Sanaton viestintä, kosketus, läsnäolo ja rauhoittava keskustelu helpottivat potilaan oloa ja lisäsivät tyytyväisyyttä hoitoon. Kosketus todettiin myös osaksi lääkkeetöntä kivunhoitoa.

Kiireettömyys, ajan antaminen, kuuntelu ja läsnäolo vuorovaikutustilanteissa ilmeni erityisesti vuorovaikutusosaamisessa ja luottamuksen muodostumisessa. Arvokkuuden tunteen säilyminen hoidon loppuun saakka koettiin tärkeäksi ja tämän toivottiin näkyvän kohtelussa. Hoitajan ammatillisuutta on sensitiivisen vuorovaikutuksen keinoin auttaa potilasta löytämään itse voimavaroja omaan elämäänsä ja sen hetkiseen tilaansa.

Vuorovaikutusosaamiseen sisältyi potilaan kohtaamisen lisäksi myös omaisten avoin kohtaaminen. Omaisten kohtaaminen ja hyvinvoinnin tukeminen koettiin yhdeksi haasteellisimmista osista vuorovaikutusosaamisessa, mutta kuitenkin myös erittäin merkittäväksi tehtäväksi. Hoitotyöntekijöiden tarjoama turvallinen ja tukea antava hoitoympäristö helpotti omaisten surua ja kuoleman käsittelyä jälkikäteen.

Ohjaamisosaamiseen ja tiedonantoon sisältyi potilaan ja läheisten ohjaaminen. Hoitotyöntekijällä tuli olla taito ohjata potilasta ja läheisiä sairauden etenemisessä, hoitotoimenpiteissä, lääkehoidon toteuttamisessa, hoitovaihtoehtoissa ja oikea-aikaisessa reagoimisessa kotona tapahtuvassa palliatiivisessa hoidossa. Potilasohjaus ja rehellinen tiedon antaminen olivat potilaille ensisijaisen tärkeitä. Potilas- ja perhekohtainen, räätälöity tiedonanto ja tiedon käsittelyn mahdollisuus antoivat potilaalle ja läheisille tukea selvitä kotona, suunnitella elämäänsä ja osallistua hoidon suunnitteluun. Tiedon puute lisäsi epäluottamusta ja vähensi tyytyväisyyttä hoitotyöhön.

Yksilöllisen hoitotyön osaaminen

Yksilöllisen hoitotyön osaaminen oli merkittävä osa palliatiivisen hoitotyön osaamista jokaisessa lähteessä. Yksilöllisen hoitotyön osaamiseen sisältyi potilaan yksilöllisyyden huomioiminen ja perhekeskeisyys, potilaan oikeuksien ja itsemääräämisoikeuden huomioiminen, psykososiaalisen hoitotyön osaaminen, sekä uskonto- ja kulttuurisensitiivisen hoitotyön osaaminen ja hoidon laadukkuus. Yksilölliseen, potilaan kokonaisuuden huomioon ottavaan hoitotyöhön kuuluu fyysinen, emotionaalinen, psykososiaalinen ja hengellinen näkökulma sekä omaisten huomioiminen.

Yksilöllisen hoitotyön osaaminen ilmeni taitona huomioida potilaan tarpeet ja toiveet sekä kunnioituksena potilaan itsemääräämisoikeutta kohtaan. Lisäksi yksilöllisen hoitotyön osaaminen oli potilaan arvojen ja elämän kunnioittamista, elämänhistorian huomioimista osana nykyhetkeä, potilaan oikeuksien tuntemista ja tietoista huomioimista sekä hoitotyötä ohjaavan lainsäädännön tietämystä ja noudattamista. Potilaan yksilöllisyyttä, elämän hallinnan tunnetta ja itsenäisyyttä lisäsi yhdessä sovitut ja hyvin suunnitellut hoitolinjat, hoitotahdon toteutuminen potilaan toiveiden mukaisesti ja potilaan päätösten tukeminen. Potilaan oman hoitotahdon toteuttamatta jättäminen aiheutti eettistä ristiriitaa ja kuormitusta hoitajille.

Koko hoitohenkilökunnan psykososiaalinen tuki potilaille ja läheisille on erittäin tärkeää palliatiivisen hoidon aikana. Psykososiaalisen hoitotyön osaaminen auttoi potilasta ja läheisiä selviytymään sairauden hoidossa, palliatiivisen hoidon vaiheissa sekä kuoleman kohtaamisessa. Psykososiaalinen hoitotyön osaaminen ilmeni taitona tunnistaa ja lievittää ahdistuksen ja pelon tunteita ja psyykkisiä oireita sekä taitona tukea potilasta eksistentiaalisissa kysymyksissä. Eksistentiaalisen ahdistuksen helpottaminen ja toivon ylläpitäminen koettiin haasteellisina, mutta tärkeinä palliatiivisen hoitotyön tehtävinä.

Yksilökeskeisessä hoitotyön osaamisessa nousi esille myös kulttuuri- ja uskontosensitiivinen hoitotyön osaaminen. Hoitotyöntekijältä odotettiin potilaan elämäkatsomuksen ja vakaumuksen kunnioitusta. Hoitotyöntekijän osaamiseen liittyi eri kulttuureiden ja uskontojen teoreettinen tietämys ja niiden merkitys potilaan palliatiivisessa hoidossa. Hoitotyöntekijän tuli aina kunnioittaa potilaan kulttuuria ja uskonnollisuutta. Potilaan elämänlaatu ja tyytyväisyys oli suoraan yhteydessä hyvään ja laadukkaaseen hoitoon.

Palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen

Palliatiivisen hoitotyön osaamiseen kuului somaattinen hoitotyöosaaminen, lääkehoito-osaaminen, palliatiivisen hoitotyön osaaminen, hoitotyön suunnitteluosaaminen ja hoitotieteellinen osaaminen.

Palliatiivisen hoitotyön tekijät tarvitsivat perushoitotyön ja palliatiivisen hoitotyön vahvaa tietoperustaa, ja monipuolisia hoitamisen taitoja kyetäkseen vastaamaan potilaan ja läheisten tarpeisiin. Hoitotyöntekijän tuli osata perustiedot sairauksista ja elimistön toiminnasta ja etenemisestä. Hoitotyöntekijällä tuli olla taito tunnistaa, seurata, hoitaa ja arvioida oireita myös mittareiden avulla sekä riittävät tiedot lääkehoidosta ja taidot lääkehoidon toteuttamiseen. Hoitotyöntekijällä

tuli lisäksi olla vahva osaaminen lääkkeelliseen ja lääkkeettömään kivun hoitoon. Hyvän, kotona tehtävän palliatiivisen hoidon toteuttamiseksi tarvittiin riittävän palliatiivisen hoidon perustaidot osaavan henkilöstön lisäksi palliatiivisen hoidon asiantuntijoita. Palliatiivisen hoidon tarpeen oikea-aikainen tunnistaminen ja varhainen integrointi auttoi hoidon ennakoinnissa ja suunnittelussa. Palliatiivisen hoidon ennakoinnissa suunnittelu yhdessä potilaan ja läheisten kanssa loi pohjan selviytymiselle hoidon vaiheista ja hyvälle elämän lopun hoidolle.

Palliatiivisen hoitotyön suunnitteluosaaminen koettiin hoitotyöntekijän merkitykselliseksi taidoksi. Moniammatillisen tiimin tekemä hoitosuunnitelma potilaan tarpeiden ja tahdon mukaisesti auttoi potilasta ja läheisiä tuntemaan olonsa luottavaksi ja vähensi potilaan ahdistusta ja pelkoa sekä lisäsi tyytyväisyyttä hoitoon. Hoitosuunnitelma auttoi ennakoimaan siirtymiä sairauden seuraavaan vaiheeseen.

Ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen

Hoitotyöntekijän ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen koostui eettisestä osaamisesta ja arvoista, hoitotyöntekijän hyvinvoinnin huolehtimisesta, ammatillisuuden kehittämisestä sekä henkilökohtaisesta kiinnostuneisuudesta ja innostuksesta. Palliatiivista hoitotyötä tekevän hoitajan osaamiseen liittyi taito tiedostaa, kohdata ja reflektoida omia kuolemaan liittyviä tunteita, ajatuksia ja arvostuksia hoitajana. Hoitotyöntekijän omien arvojen ja asenteiden pohtimista pidettiin tärkeänä osaamisen taitona. Hoitotyöntekijältä odotettiin eettistä ja moraalista hoitotyön arvo-osaamista ja omien eettisten arvojen ja periaatteiden tunnistamista. Hoitotyöntekijän eettisyys oli kuolevalle potilaalle arvokkaan kuoleman mahdollistaja.

Kuoleman läheisyyden sääteleminen oli tärkeä osa ammattitaitoa. Joskus hoitotyöntekijän oman elämänhistorian tapahtumat, pelot tai osaamisen puutteet voivat estää kohtaamasta potilasta tai hänen läheisiään. Tietoisuus omien tunteiden käsittelyprosessista ja ammatillisesta kasvuprosessista kasvoi osaamisen kehittymisen myötä. Rohkeus kohdata ja käsitellä vaikeitakin tunteita kasvatti hoitotyöntekijöiden luottamusta omaan ammatilliseen osaamiseen potilaiden ja läheisten tunnereaktioiden kohtaamisessa. Luottamus omiin kykyihin ja hyvä ammattitaito auttoivat kohtaamaan kuolevan potilaan.

Moniammatillinen yhteistyöosaaminen

Moniammatillinen yhteistyöosaaminen nousi keskeiseksi kotona annettavan palliatiivisen hoitotyön onnistumisen mahdollistajaksi. Moniammatillinen yhteistyöosaaminen sisälsi kotona tehtä-

vän hoitotyön osaamisen, moniammatillisen yhteistyön, kollegiaalisen tuen ja viestintäosaamisen. Palliativisen hoidon ennakkosuunnittelun, moniammatillisen yhteistyön ja viestinnän koettiin tarvitsevan nykyistä enemmän huomiota ja kehittämistä.

Moniammatillinen yhteistyöosaaminen ilmeni taitona työskennellä moniammatillisen tiimiin kuuluvana henkilönä eri ammattiryhmien kanssa ja taitona tarjota eri ammattiryhmien apua potilaalle yksilöllisten tarpeiden ja hoitosuunnitelman mukaan. Kotona tehtävän palliativisen hoitotyön onnistuminen edellytti toimivaa yhteistyötä ja konsultointimahdollisuuksia sekä yhteistyön kehittämistä potilaan, omaisten ja eri hoitoyksiköiden välillä. Kotona tehtävä palliativinen hoitotyö vaatii organisointitaitoja, riittäviä resursseja ja työntäjän asianmukaisen tuen sekä riittävästi moniammatillista osaamista.

Viestintäosaaminen liittyi selkeisiin ja täsmällisiin hoidon kirjaamisen taitoihin ja hoidon raportointiin eri ammattiryhmille suullisesti ja kirjallisesti. Hyvä viestintäosaaminen ja raportointi eri palvelutuottajien välillä helpotti potilastietojen sujuvaa siirtoa ja lisäsi hoidon laatua.

Kollegiaalisen tuen taito koettiin tärkeäksi. Keskustelut potilaiden kuolemista moniammatillisesti auttoivat käsittelemään kokemuksia. Päivittäinen kokemusten purkaminen, työnohjaus ja ammatillinen kollegiaalinen tuki koettiin tärkeäksi ja ammattitaitoa kasvattavaksi.

2.4 Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi)

Katsauksen perusteella palliativisen hoitotyön osaamista kotihoidon henkilöstöllä kuvaavat viisi eri osaamisen kokonaisuutta, jotka ovat: vuorovaikutusosaaminen, yksilöllisen hoitotyön osaaminen, palliativisen hoitotyön erityisosaaminen, ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen sekä moniammatillinen yhteistyö.

Katsaus osoitti, että palliativisen hoitotyön osaamisen merkitys tunnistettiin osana laadukasta palliativista kotihoitoa. Hoitotyöntekijöiden riittävä osaaminen on laadukkaan palliativisen hoidon ja saattohoidon edellytys. Hoitotyöntekijöiden osaamista voidaan varmistaa lisä- ja täydennyskoulutuksen avulla. (Saarto & Finne-Soveri, 2019, 176.)

Katsauksen perusteella vuorovaikutusosaamisen merkitys on erittäin tärkeä palliativisessa hoidossa. Palliativista hoitotyötä ja saattohoitoa tekevien ammattihenkilöiden tulee omata riittävät vuorovaikutustaidot (Saarto, 2017, 22; Pihlainen, 2010, 20). Tulosten mukaan hoitotyöntekijöiden ammatillisuutta on potilasta kunnioittava ja empaattinen kohtaamisen taito, rauhoittava ja

luottamusta herättävä vuorovaikutus sanattoman viestinnän merkitys tiedostaen. Vuorovaikutusosaaminen sisältää taidon kuunnella potilasta ja läheistä sekä taidon ymmärrettävään dialogiseen keskusteluun (Mäenpää, Lamminmäki, Kaakinen & Hökkä 2021, 184). Hoitotyöntekijän antama aika, läsnäolo ja inhimillinen kohtaaminen helpottavat potilaan oloa ja lisäävät potilaan ja läheisten luottamusta ja tyytyväisyyttä hoitoon. Läheisten ja potilaiden myönteiset kokemukset palliatiivisesta kotihoidosta liittyvät hoitotyöntekijöiden vuorovaikutuksen laatuun ja osaamiseen (Bainbridge, Bryant & Seow 2017, 191). Palliatiivinen hoitotyö vaatii hoitotyöntekijältä kykyä ja mahdollisuuksia olla kiireettömästi läsnä ja vuorovaikutuksen keinoin auttaa potilasta ja hänen läheisiään löytämään voimavaroja sen hetkiseen elämäntilanteeseensa (Hävölä, Kylmä & Rantanen 2015, 145; Idman 2013, 404). Ajan ja riittämättömän resurssin puute kotihoidossa tuo lisäpainetta hoitotyöntekijöille rauhoittavan läsnäolon ja kiireettömän ajan mahdollistamiselle.

Yksilöllisen hoitotyön osaaminen ilmenee kykynä toteuttaa palliatiivista hoitotyötä potilaan ja läheisten tarpeista, toiveista ja lähtökohdista käsin. Yksilöllinen hoitosuunnitelma lisää hoitotyytyväisyyttä ja vähentää potilaan ja läheisten ahdistuneisuutta (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 336; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Yksilöllinen hoitotyö kunnioittaa potilaan oikeuksia ja itsemääräämisoikeutta sekä uskonnon ja kulttuurin merkitystä potilaan hoidossa ja elämässä. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa kunnioittamaan potilaan oikeuksia ja itsemääräämisoikeutta sekä hoitamaan yhdenvertaisesti potilaan tilasta ja lähtökohdista huolimatta (L 785/1992). Uskonnon harjoittamisen vapaus lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Hoitolinjauksen tulee aina noudattaa potilaan arvoja ja toiveita sen lisäksi että ne ovat myös lääketieteellisesti perusteltuja (Lehto ym. 2019, 338).

Yksilökeskeinen, potilaan ihmisyyttä ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava palliatiivinen hoitotyö vähentää potilaan eksistentiaalista kärsimystä ja lisää elämänhallinnan tunnetta sekä elämänlaatua (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Psykososiaalinen hoitotyön osaaminen ilmenee kykynä tunnistaa ja lievittää potilaan ahdistuksen ja pelon tunteita ja psyykkisiä oireita sekä taitona tukea potilasta eksistentiaalisissa kysymyksissä (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 365). Psykososiaalisten kärsimysten ehkäisyssä keskeistä on aktiiviseen kuunteluun perustuva vuorovaikutus sekä sairauteen ja hoitoon perehdyttävä potilasohjaus (Idman 2013, 405). Potilaan kärsimystä lisää epävarmuus itsemääräämisoikeuden ja hoitotahdon toteutumisesta tai arvostuksen puutteesta hoitotyön aikana. Potilaan oman hoitotahdon toteuttamatta jättäminen aiheuttaa eettistä ristiriitaa ja kuormitusta myös hoitotyön tekijöille. Tulosten mukaan kotona tehtävässä

hoitotyössä hoitotyön tekijät juttelivat useammin potilaiden kanssa eksistentiaalisista kysymyksistä ja potilaat kokivat helpommaksi keskustella eksistentiaalisia kysymyksiä kotona kuin sairaalassa.

Katsauksen perusteella palliatiivinen hoitotyön osaaminen on vaativaa monipuolista ammatillista hoitotyön osaamista ja sen suunnittelua. Palliatiivisen hoitotyön lähtökohtana on aina korkeatasoinen osaaminen ja ammatillisuus (Saarelma 2005, 205). Potilaan elämän kokonaisuuden huomioon ottava palliatiivinen hoitotyö on yksilöllisesti suunniteltua hoitotyötä, jonka tavoitteena on lievittää potilaan somaattista, eksistentiaalista ja sosiaalista kärsimystä huomioiden myös potilaan läheiset (Tasmuth 2019, 541). Somaattinen hoitotyö sisältää perushoitotyön teorian tiedon ja hoitotyön taitojen lisäksi palliatiivisen teorian tiedon ja oirehoidon sekä riittävän lääkehoidon osaamisen. Saattohoitosuosituksen mukaisesti palliatiivisen hoitotyön osaamista on kyky arvioida ja hoitaa tietoon ja riittävään taitoon perustuen, kärsimyksen lievittäminen, ymmärtäminen ja huomioon ottaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sekä lähestyvän kuoleman ymmärtäminen ja omaisten kohtaaminen ja tukeminen (Pihlainen 2010, 31). Yksilöllisesti tehty elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma edistää hoidon laatua ja kohdentaa hoitotyön resurssit oikea-aikaisesti (Lehto ym. 2019, 335). Säännöllinen oireiden arviointi mittarein, ennakointi ja riittävä kivun hoito luovat suunnitellulle hoitotyölle vakaan perustan (Rahko & Rajala 2020, 1606).

Katsauksen mukaan hoitotyöntekijällä tulee olla kykyä ohjata monipuolisesti potilasta ja läheisiä palliatiivisen hoidon aikana. Ohjausosaamiseen liittyy ohjaamisen lisäksi tiedonanto. Laadukas ohjaus on tiedonantoa ja neuvontaa sairauden oireista ja niiden hoitamisesta, tehtävistä hoitotoimenpiteistä sekä psykososiaalista tukemista. Ohjaus on suunnitelmallista, potilaslähtöistä ja toteutuu hyvässä vuorovaikutuksessa. (Kaakinen 2013, 69.) Hyvän potilasohjauksen perusta on lainsäädännössä ja hoitohenkilökunnan ammatillisuudessa ja sen tulee pohjautua näyttöön perustuvaan tietoon (Tervo-Heikkinen, Huurre, Saaranen & Turunen 2018, 188–189).

Läheisillä on suuri merkitys palliatiivisen hoidon onnistumiselle kotona ja sitä kautta vaikutusta myös yhteiskunnalle koituviin kustannuksiin (Saarto 2017, 10). Omaiset tarvitsevat paljon tukea ja ohjausta jaksakseen hoitaa potilasta henkisen kuormituksen ja surun käsittelyn keskellä (Pihlainen 2010, 25). Omaisille tarjottu tuki ja hengähdystauko potilaan hoitotyössä ennaltaehkäisee kuormittumista. Yksilöllinen tiedonsaanti ja läheisten ohjaus oikea-aikaiseen reagoimiseen vähentää tarpeettomia sairaalasiirtoja ja turhia hoitoja sekä tukee potilaan kotona selviytymistä (Lehto & Sainio 2020, 43). Tiedon puute lisää epäluottamusta ja vähentää niin potilaan kuin läheisten tyytyväisyyttä hoitotyöhön.

Katsauksessa korostui palliatiivisen hoidon integroiminen osaksi kotona tehtävää hoitotyötä. Palliatiivisen hoidon integroiminen valtakunnallisesti osaksi terveydenhuoltojärjestelmää on toteutunut heikosti. Suurin osa ihmisistä haluaisi elää tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään ja moni haluaisi olla kotona kuolemaan saakka. (Saarto 2017, 10–12.) Kotona hoidettaessa hoitotyöntekijä on vieraana potilaan omassa kodissa ja hänen reviirillään (Saarelma 2005, 204). Sen vuoksi koti hoitoympäristönä tukee potilaan psykososiaalista hyvinvointia, eksistentiaalista pohdintaa ja lähestyvän kuoleman kohtaamista. Kotona tehtävässä potilaan palliatiivisessa hoitotyössä korostuvat psykososiaaliset, inhimilliset ja eettiset ulottuvuudet, jotka ilmenevät eri tavalla kuin potilaan hoitotyössä osastohoidossa (Saarelma 2005, 203).

Kotona tehtävän palliatiivisen hoitotyön perusedellytys on hyvä ja toimiva yhteistyö ja yhteisymmärrys eri hoitoyksiköiden välillä (Saarelma 2005, 205). Potilaalla ja häntä hoitavilla omaisilla on oltava matalan kynnyksen yhteydenottomahdollisuus sekä hoidon ja tuen saatavuus ympäri vuorokauden. Samoin yhteistyön on mahdollistettava sujuvat potilassiirrot tarpeen mukaan kodista hoitoyksikköön. Yhteistyöosaaminen on oltava moniammatillista ja se on kotona tapahtuvan palliatiivisen hoidon onnistumisen mahdollistaja. (Pihlainen 2010, 25; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Lisäksi riittävät resurssit, tarvikkeet ja apuvälineet mahdollistivat toimivan palliatiivisen hoitotyön kotona. Palliatiivisen hoidon lisääntyvä tarve vaatii kehittämään hoidon järjestämistä ja ennakkosuunnittelua sekä moniammatillista yhteistyötä ja osaamista (Pihlainen 2010, 26).

Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu myös viestintäosaaminen, suunnitteluosaaminen sekä kollegiaalinen tuki. Hyvä viestintä ja raportointi hoitoyksiköiden välillä helpottaa potilaan hoidon sujuvuutta ja siirtoja. Hoidon hyvä suunnittelu moniammatillisesti vastaa asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja auttaa ennakoimaan tulevia muutoksia paremmin. Kollegiaalinen, moniammatillinen tuki ja työnohjaus auttaa hoitotyöntekijöitä käsittelemään kokemuksia jaksakseen palliatiivista hoitotyötä ja kasvaakseen ammatillisesti.

Hoitotyöntekijän oman hyvinvoinnin huolehtimiseen kuuluu omien arvojen, asenteiden ja tunteiden tiedostaminen ja reflektointi. Hoitotyöntekijän eettisyys mahdollistaa arvokkaan elämän loppuvaiheen potilaalle. Hoitotyöntekijän asenteilla on vaikutus hoitotyön laatuun (Zanatta, Maffoni & Gairdini 2020, 975). Joskus hoitotyöntekijän omat kokemukset, pelot tai osaamisen puutteet voivat estää kohtaamasta potilasta tai hänen läheisiään. Tulosten mukaan osaamisen kehittymisen ja kasvuprosessi vaatii hoitotyöntekijältä omien tunteiden kohtaamista ja se taito kehittyy ammatillisen osaamisen mukana. Kuoleman läheisyyden säätelemisen on tärkeä ammatillinen taito. Jatkuva palliatiivinen hoitotyö ja kuoleman läheisyydessä päivittäin työskentely voi johtaa

hoitotyön tekijän liialliseen kuormittumiseen. Hyvä resilienssi eli psyykinen palautumiskyky auttaa hoitotyöntekijää sietämään ja hallitsemaan työstä nousevia tunteita ja kuoleman läheisyyttä. Hoitotyöntekijän jaksamista tukee resilienssin edistäminen. (Zanatta ym. 2020, 975–977.) Palliatiivisen hoitotyön kuormittavuudesta huolimatta palliatiivisen hoitotyön tekijöillä työuupumus ei ole yleisempää verrattuna muihin hoitotyön tekijöihin (Pereira, Fonseca & Carvalho, 2012, 380).

Hoitotyöntekijän oma kiinnostus ja omistautuneisuus palliatiiviseen hoitotyöhön on työhön motivoiva ominaisuus. Palliatiivisen hoitotyön osaaminen koetaan arvostetuksi ja antoisaksi hoitotyöksi. Tulosten mukaan palliatiivisen hoitotyön, kivunhoidon ja yhteistyötaitojen sekä psykososiaalisen hoitotyön osaamiseen tarvitaan lisäkoulutusta ja osaamisen ylläpitävää koulutusta. Kehittämistarpeita on nähty myös laajemmin ammattilaisten keskuudessa kotona toteutuvan palliatiivisen hoidon ja moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksissa sekä palliatiivisen hoitotyön osaamisessa (Salin, Melender, Lehto & Hökkä, 2021, 147–149). Koulutus lisää ammatillista osaamista ja lisää sen myötä hoitotyön tekijän jaksamisen keinoja (Pereira ym. 2012, 380).

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan palliatiivisen hoitotyön osaamista kotihoidon henkilöstöllä kuvaavat vuorovaikutusosaaminen, yksilöllisen hoitotyön osaaminen, palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen, ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen sekä moniammatillinen yhteistyö. Laadukkaan palliatiivisen hoitotyön lähtökohta on vahvaan monipuoliseen ammattiosaamiseen pohjautuva moniammatillinen yhteistyö asiakkaan hyväksi ja hoitotyöntekijöiden hyvinvoinnin ja osaamisen vahvistaminen.

Lähteet

- Bainbridge, D., Bryant, D. & Seow H. (2017). Cap-turing the palliative home care experience from bereaved caregivers through qualitative survey data: Toward informing quality improvement. *Journal of Pain and Symptom Management* 53(2), 188–197. <https://www.jpsmjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2816%2930335-9>
- Hävölä, H., Kylmä, J. & Rantanen A. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27(2), 132–147.
- Idman, I. (2013). Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. *Duodecim* 129(4), 403–409.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- Kaakinen, P. (2013). Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. (2016). Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. 80–93. Turun yliopisto. Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007.) Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 4–11.
- L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lehtiö, L. & Johansson, E. (2016). Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. 35–55. Turun yliopisto. Juvenes Print.
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 135(11), 335–342.

Lehto, B., & Sainio, T. (2020). Palliatiivisen hoidon asiakkaat. *Gerontologia* 34(1) 42–46.

Mäenpää, P., Lamminmäki, A., Kaakinen, P. & Hökkä, M. (2021). Potilaiden ja läheisten kokemuksia lääkärin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58(2), 182–190.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73.* 23–34. Turun yliopisto Juvenes Print.

Näytön asteen luokitus Käypä hoito – suosituksissa. (2014). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Saatavilla 19.3.2022 <https://www.kaypahoito.fi/nix02087>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2009). Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki. WSOYpro Oy

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Saatavilla 3.3.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing* 18(8), 373–381. Saatavilla 3.3.2022 <https://kamezproxy01.kamit.fi:2213/10.12968/ijpn.2012.18.8.373>

Pihlainen, A. (2010). Hyvä saattohoito Suomessa- asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Saatavilla 4.3.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Rahko, E. & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Duodecim* 136(13), 1605–1613.

Saarelma, K. (2005). Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. *Duodecim* 121(2), 203–209.

Saarto, T. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44.

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.

Salin, S., Melender, H-L., Lehto, J.T. & Hökkä, M. (2021). Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58(2), 143–157.

Seppänen, M., Vähäkangas, A. & Anttonen, M. (2020). Hyvä kuolema. *Gerontologia* 34(4), 363–367.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen R. (2016). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73*. Turun yliopisto. Juvenes Print.

Tasmuth, T. (2019). Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkärilehti* 74(9), 540–544.

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Huurre, T. & Turunen, H. (2018). Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan - kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 30(3), 179–190.

Zanatta, F., Maffoni, M. & Giardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Supportive Care in Cancer* 28, 971–978. Saatavilla 5.3.2022 <http://kamemezproxy01.kamit.fi:2080/10.1007/s00520-019-05194-1>

Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Anttonen, M. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Chantal, Y.J., de Veer, A.J.E., de Groot, K. & Franke, A.L. (2021). Home care nurses more positive about the palliative care that is provided and their own competence than hospital nurses: a nationwide survey. *BMC Palliative Care* 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00866-4>

Haho, A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkärilehti* 72(33), 1704–1709.

- Lipponen, V. & Karvinen, I. (2015). Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. *Gerontologia* 29(3), 152–163.
- Sarivaara, S., Lämsä, R. & Seppälä, U. (2018). Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia* 32(1), 4–20.
- Saukkonen, M., Lehto, J., Viitala, A. & Åstedt-Kurki, P. (2017). Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 29(3), 195–206.
- Seow, H. & Bainbridge, D. (2017). A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. *Journal of Palliative Medicine* 21(1), 37–44. DOI: 10.1089/jpm.2017.0392
- Tipseankhum, N., Tongprateep, T., Forrester, D.A. & Silpasuwun, P. (2016). Experiences of People with Advanced Cancer in Home-Based Palliative Care. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 20(3), 238–252. <https://kamezproxy01.kamit.fi:2405/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=116406915&site=ehost-live>
- Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32(2), 122–133.
- Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32(4), 275–284.

3 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kartoitus (sykli 2)

3.1 Osaamiskartoitus osaamisen kehittämisen suunnittelussa (suunnittelu)

Integroidun kirjallisuuskatsauksen tuloksista muodostui viisi pääteemaa: vuorovaikutusosaaminen, yksilöllisen hoitotyön osaaminen, palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen, ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen sekä moniammatillinen yhteistyö. Toisen syklin tarkoitus oli kuvata kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytila osaamisen kartoituksen avulla. Kartoitus pohjautui ensimmäisen syklin johtopäätöksiin. Kartoituksen kehittämiskysymys oli: Mikä on kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen taso?

Osaamiselle on useita merkityksiä työelämässä ja sitä voidaan kuvata monin eri tavoin. Osaaminen on kokonaisuus, joka koostuu työntekijän ja työn yhdistelmästä (Hätönen 2011, 9). Osaamista voidaan ajatella koko työyhteisön pääomana ja organisaation strategian perustana, jolloin kokonaisuosaaminen on kantava voima organisaation kehittämisessä ja suunnittelussa (Helsilä & Salojärvi 2009, 146). Organisaation yhteisosaaminen on ydinosaamista, joka muodostaa perustan henkilöstön osaamisvaatimuksille ja organisaation toiminnalle (Hätönen 2011, 14). Organisaation yhteisosaaminen on ammatillisen osaamisen ja kollektiivisen osaamisen yhdistelmä, jonka käyttöön ja kehittämiseen vaikuttaa koko työyhteisön sosiaaliset suhteet ja pääoma (Huotari 2009, 22).

Osaaminen koostuu Paloniemen (2004, 83) mukaan useasta osa-alueesta. Osaamiseen sisältyy tiedollisia, taidollisia ja kehityksellisiä osia. Tieto ja tietäminen ovat osaamisen ydin. Taidollinen osa on kyky soveltaa tietoa ja tietämistä taidokkaasti tekemisessä. Kehittäminen puolestaan on oman työn hallintaa, tiedon, tietämisen ja taidon yhteensovittamista ja prosessinomaista toimintaa.

Osaamisella voidaan tarkoittaa yksilön tai ryhmän kykyjä, tietoja ja taitoja, joiden ajatellaan lisääntyvän niitä jaettaessa. Tällöin osaaminen lisääntyy ryhmä- ja verkostotyöskentelyssä. Yhteistyö, asenteet ja motivaatio luovat kulttuurisen kontekstin osaamisen jakamiselle ja hyödyntämiselle. Hyvä ja toimiva, motivoiva organisaation toimintakulttuuri antaa mahdollisuuden jatkuvalla yhteiselle kehittymiselle ja uuden tiedon oppimiselle ja osaamiselle. (Helsilä & Salojärvi 2009, 145–147.) Organisaation toimintakulttuuria ja yhteisen osaamisen kehittämistä puolestaan ohjaa arvot. Osaamiseen liittyviä arvoja ovat mm. asiakastyytyväisyys tai laadukas työ. (Hätönen 2011, 15.)

Yksilön osaaminen on kykyä yhdistää koulutuksen, työn ja kokemuksen kautta hankittu tieto ja taito tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi, johon vaikuttaa sen hetkinen toimintaympäristö, työtehtävät ja yksilön omat henkilökohtaiset ominaisuudet. Henkilökohtaisia ominaisuuksia ovat mm. asenteet, motivaatio, yksilöllinen organisointikyky tai käsitys itsestä. Keskeisintä osaamisessa on yksilön kyky toimia tietojen ja taitojen pohjalta, luovasti ja ratkaisukeskeisesti sekä kyky arvioida ja kehittää omaa osaamistaan. (Hätönen 2011, 9–11.) Osaava ja ammattitaitoinen yksilö hallitsee ammatillisen tiedon teoriassa ja käytännössä ja kykenee monipuolisesti suoriutumaan työtehtävistään kehityskykyisyytensä huomioiden (Viitala 2005, 113). Osaamiseen sisältyy aina myös vaikeasti näkyväksi tehtävää osaamista, hiljaista tietoa (Hätönen 2011, 10). Hyvin toimivassa yhteistyössä hiljaisen tiedon jakaminen ja uuden, yhteisen tiedon muodostuminen on mahdollista (Helsilä & Salojärvi 2009, 147).

Työelämässä oppiminen tapahtuu suurilta osin työtä tehdessä, työn teon ohessa. Osaamista kertyy kokemuksista, koulutuksista ja jatkuvasta oppimisesta. Tietoinen kehittäminen kuitenkin vaatii asioiden äärelle pysähtymistä, asioiden ja kokonaisuuksien arviointia, reflektointia ja suunnitelmallisuutta. Jokainen työntekijä on itse vastuussa oman työn kehittämistä ja jokainen voi itse reflektoida omaa osaamistaan. Organisaation on kuitenkin mahdollistettava toimintatavoilla ja arvovalinnoilla osaamisen kehittäminen työn teon yhteydessä. (Eklund 2021, 37–39.) Tässä opinäytetyössä osaamisella tarkoitetaan edellä olevan teorian mukaisesti työntekijän kykyä yhdistää koulutuksen, työn ja kokemuksen kautta hankittu tieto ja taito tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi toimintaympäristö ja omat henkilökohtaiset ominaisuudet huomioiden.

Palliativisen hoitotyön osaamisen kehittämistä kotihoidossa tarvitaan kansallisen kehittämistyön tueksi. STM:n kartoituksen mukaan erityisesti kotihoidossa on puutteita palliativisen hoitotyön osaamisessa. Laadukkaan hoidon järjestämiseksi ammattilaisilta edellytetään osaamista palliativisesta hoitotyöstä. (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 176.) Samanaikaisesti valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus yhtenäistää toimintatapoja ja yhdistää erillisiä toimintoja saman organisaation palvelukseen ja toimintaan. Palliativisen hoitotyön palvelukokonaisuudet suunnitellaan hyvinvointialueittain. Hyvinvointialueen palliativinen keskus organisoii ja koordinoi koko alueen palliativisen hoidon järjestämistä. Toimijoiden määrän vähentyessä toimintakäytäntöjen ja prosessien yhtenäistäminen sekä tiedon siirtäminen pitäisi helpottua. (Saarto ym. 2022, 16.) Olemassa olevan tiedon hyödyntäminen ja esiin nostaminen, selkeät prosessikuvaukset ja toimintatapojen yhtenäistäminen on osaamisen kehittämisen ensimmäinen vaihe (Eklund 2021, 41–42).

Osaamisen kehittäminen edellyttää olemassa olevan osaamisen arviointia (Helsilä & Salojärvi 2009, 150). Vaikka osaaminen on tilannesidonnainen kokonaisuus, osaamista kehittäessä on kyettävä erittelemään ja arvioimaan yksityiskohtaisemmin osaamisen osa-alueita (Viitala 2005, 114). Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen on eritelty kirjallisuuskatsauksen mukaisesti viiteen eri osaamisalueeseen.

Osaamisen kartoitus auttaa osaamisen kehittämisen suunnittelussa. Sen avulla voidaan kartoittaa osaamisen kehittämisen tarpeita ja myös työntekijän osaamisen kehittämisen toiveita. Osaamisen kartoitus voi olla yksilökohtainen tai sitä laajempi, esimerkiksi tiimikohtainen tai organisaatiokohtainen. (Eklund 2021, 106–108.) Tässä opinnäytetyössä kartoitus oli yksilökohtainen. Yksilökohtaisen kartoituksen perusteella saadaan lisätietoa siitä, mitä palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeita kotihoidon henkilöstöllä on.

Kartoituksen tarkoituksena on auttaa niin yksilöä, kuin organisaatiota ymmärtämään, miten ja miltä osin osaamista voi ja on tarpeen kehittää. Kartoitukseen kirjataan osaamisalueet, joita on tarkoitus kehittää. Osaamisalueet kuvataan tarkemmin, mitä sen osaaminen sisältää. Lisäksi kartoitukseen kirjataan sen hetkinen osaamisen taso. Tasojen merkitys selitetään kartoituksessa niin että itsearviointia on mahdollisuus tehdä (Eklund 2021, 108–109.)

Osaamisen arvioinnin yhdenmukaisuuden varmistamiseksi täytyy osaamiskartoitukseen määritellä osaamisen tasot. Salojärven (2009) mukaan tasot voivat yksinkertaisimmillaan olla, että osaamista joko on tai ei ole. Tasojen määrä on tärkeä pitää sellaisena, että kaikkia tasoja tulee käytettyä, yleisimmillään tasoja on korkeintaan viisi. Kartoituksen toimivuutta lisää yksinkertaisuus ja selkeys. Osaamisen tasot voidaan määritellä yleisluontoisina niin, että ne toistuvat läpi osaamiskartoituksen samanlaisina. Yleisluontoisia tasoja voidaan kuvata tarkemmin, etteivät ne jää epäselviksi vastaajalle. Selkeät tasokuvaukset helpottavat vastaajan itsearviointia ja vastaamista. (Hätönen 2011, 21–23; Salojärvi 2009, 152–153.)

3.2 Osaamiskartoituksen laatiminen (toiminta)

Osaamiskartoitus voidaan toteuttaa useammalla eri tavalla. Osaamiskartoitus voi olla esimerkiksi työkirjan, lomakkeen tai sähköisen kyselyn muodossa. (Hätönen 2011, 33.) Osaamiskartoitus on tarkoituksenmukaista olla riittävän yksinkertainen ja helppo että vastaajat motivoituvat vastaamaan ja sitoutumaan kartoitukseen (Salojärvi 2009, 152). Tässä opinnäytetyössä osaamiskartoi-

tus toteutettiin sähköisen kyselyn muodossa Google Forms -ohjelman avulla. Kysely on yksinkertainen, nopea ja tehokas tiedonkeruumenetelmä, jolla saadaan luotettavaa tietoa, joskin tieto voi jäädä pinnalliseksi. Kysely myös sopii laajasti erilaisten aiheiden tutkimiseen. Sähköisen kyselyn vahvuus on edullisuus ja nopeus, tiedonkeruu tapahtuu reaaliaikaisesti. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 121–128.) Kehittämistyön tavoitteet ja teoriaperusta ohjaavat kyselylomakkeen suunnittelua ja tekemistä. Kyselyyn on tärkeä sisällyttää vain tarpeelliset kysymykset kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseksi. (Ojasalo ym. 2009, 130.)

Tämän opinnäytetyön osaamisen kartoituksen osaamisalueet ovat kirjallisuuskatsauksen pääteemojen mukaisesti vuorovaikutusosaaminen, yksilöllisen hoitotyön osaaminen, palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen, ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen sekä moniammatillinen yhteistyö. Osaamisalueet on käsitelty tarkemmin kirjallisuuskatsauksen yläteemojen mukaisesti niin, että vastaajalle osaamisalueiden merkitys tulee esille. Osaamisalueet ja jaottelu ovat kuvattuna osaamisluettelossa (Liite 5).

Itsearvioinnin onnistumiseksi kyselyn ohjeistus on oltava selkeä ja hyvin ohjeistettu (Hätönen 2011, 22). Tässä kyselyssä vastaamisen selkeyttämiseksi osaamisen tasot olivat sanallistettu jokaiseen kysymyksen kohdalla ja tasojen kuvaukset liitettynä jokaisen osaamisalueen kysymysten alkuun. Vastausvaihtoehtojen on tärkeä olla yksiselitteisiä vastausten tasalaatuisuuden varmistamiseksi niin, että jokainen vastaaja ymmärtäisi kysymyksen samalla tavalla (Ojasalo ym. 2009, 132).

Osaamisen tasot jaoteltiin yleisluonteisesti viiteen eri tasoon Hätösen (2011, 22) esimerkkiä mukaillen seuraavasti: 1= perehtyvä, 2= suoriutuva, 3= pätevä, 4= taitava kehittäjä ja 5= asiantuntija. Perehtyjällä ei ole vielä juurikaan osaamista, hän tunnistaa asian ja peruskäsitteet, mutta ei kykene vielä itsenäiseen työskentelyyn, on esimerkiksi uusi työntekijä. Suoriutuva osaa aihealueen perustiedot ja -taidot ja hän suoriutuu tehtävistään itsenäisesti. Pätevä osaa yhdistää aihealueeseen liittyvän, koulutuksen, työn ja kokemuksen kautta hankitun tiedon ja taidon toimintaan ja voi mm. perehdyttää perehtyvää. Taitavalla kehittäjällä on laajaa osaamista, hän osaa kehittää ja yhdistää uutta teoriaa käytäntöön ja kehittää työyhteisön toimintatapoja. Asiantuntijalla on laajaa ja monipuolista osaamista aiheeseen, hän osaa yhdistää teoriaa ja käytäntöjä uusilla tavoilla ja osaa kehittää kokonaisuuksina koko työyhteisöä aihealueeseen liittyen. Asiantuntija on tunnistettu myös työyhteisön ulkopuolella asiantuntijaksi aihealueeseen liittyen.

Kartoituksen alkuun laadittiin kysymyksiä hoitotyöntekijöiden taustatiedoista: ammattinimike, työkokemusvuodet ja työyksikkö. Taustatietojen avulla on mahdollista tarkastella tarvittaessa

kartoituksen tuloksia tarkemmin. Tämän opinnäytetyön kyselyyn lisättiin avoimia kysymyksiä kartoitettavan tiedon syventämiseksi. Avoimet kysymykset voivat antaa olennaista lisätietoa kartoitettavaan aihekokonaisuuteen liittyen, jos vastaajat ovat kantaaottavia ja aktiivisia (Ojasalo ym. 2009, 132).

Kyselyn vastaajien on ymmärrettävä kieli mitä kyselyssä käytetään. Kielen on oltava täsmällistä, selkeää ja yksiselitteistä. Kysely on myös testattava ennen varsinaista aineiston keruuta. (Ojasalo ym. 2009, 131, 133.) Opinnäytetyön kyselyn kieli ja selkeys sekä kyselyn toimiminen sähköisesti testattiin ensin perusjoukkoon kuulumattoman testiryhmän kesken, sen jälkeen vielä pienellä perusjoukkoon kuuluvalla testiryhmällä. Kysely myös hyväksytettiin ennen käyttöä opinnäytetyötä ohjaavalla opettajalla ja ohjausryhmällä.

Saatekirjeen tarkoitus on kertoa vastaajalle, kuka kyselyä on tekemässä, mikä tarkoitus kyselyllä on ja ketä kuuluu kohderyhmään, kuinka vastauksia käsitellään ja kuinka anonyymiys säilyy. Saatekirjeen tavoite on saada vastaajan luottamus ja motivaatio vastaamaan. (Ojasalo ym. 2009, 13.) Kyselyyn liitettiin saatekirje, jossa vastaajille kerrottiin opinnäytetyön tekijä ja aihe, kohderyhmä ja tarkoitus, tiedon käsittely ja anonyymiyden suojaaminen sekä mistä kyselyn tulokset ovat luettavissa opinnäytetyön valmistuttua. Lopuksi saatekirjeessä kerrottiin kuinka kauan vastaaminen vie aikaa, kiitokset vastaamisesta sekä opinnäytetyön tekijän yhteystiedot. (Liite 6).

Kysely jaettiin jokaisen kartoitukseen osallistuvan kuuden kotihoidon yksikön esihenkilöille, ja he jakoivat kyselyn eteenpäin kotihoidon henkilöstölle. Kotihoitoyksiköt valikoituivat sattumanvaraisesti arpoen jokaiselta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kuudelta alueelta yksi kunta tai yksikkö, lukuun ottamatta Muhoksen kuntaa, joka valikoitui mukaan opinnäytetyöntekijän työpaikana. Vastaamiseen oli aikaa reilu kuukausi, 17.5.-19.6.2022. Viikko ennen vastausajan loppumista jokaisen osallistuvan kotihoidon yksikön esihenkilölle lähetettiin vielä muistutussähköposti kyselystä ja vastaamisajan loppumisesta.

3.3 Osaamiskartoituksen tulokset (havainnointi)

Osaamisen kartoitukseen osallistui yhteensä 41 henkilöä kuuden kotihoidon yksikön henkilöstöstä. Osallistumisprosenttia ei voida laskea koska henkilöstön tarkkaa lukumäärää ei ole tiedossa. Taustatietojen yhteenvedon perusteella osallistuneista yksiköistä yksi oli aktiivinen, osallistujista 46 prosenttia oli yhden yksikön työntekijöitä, loput osallistujat jakaantuvat muiden viiden yksikön kesken. Jokaisesta yksiköstä oli osallistujia. Osaamisen kartoitukseen osallistujista

suurin osa oli lähihoitajia (n. 71 %). Lisäksi osaamisen kartoitukseen osallistujissa oli 9 sairaanhoitajaa, ja muu ammatti -kohtaan mainittuina lähiesimies, lähihoitajaopiskelija ja perushoitaja tai terveydenhuollon sihteeri. Työkokemusvuosia oli yli 15 vuotta lähes puolella vastaajista (n. 46 %). Loput 54 % jakaantuivat alle 5 vuoden kokemusvuosiin ja 5–15 kokemusvuosiin.

Osaamisen kartoituksen vastaukset siirrettiin Google Forms-kyselystä Excel-tilukkolaskentaohjelmaan. Taulukkomuodossa kartoituksesta saadun aineiston käsittely on helpointa (Vilkkä 2021, 89). Excel-tilukkolaskentaohjelman avulla tuloksista voidaan saada kerättyä tarpeellisia tietoja ja arvioida kokonaiskuvaa kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoidon osaamisesta. Kyselyn tarkoitus oli kartoittaa osaamisen tasoa, jota tilastollisen analysoinnin keinoista parhaiten voidaan kuvata keskiarvoina tai frekvensseinä. Muilla tilastollisen analyysin tiedonkäsittelykeinoilla ei saada tarkoituksenmukaista lisätietoa kerätystä aineistosta. Keskiarvokuvaukset sopivat silloin, kun osaamisen tasoa kuvataan isolle samanlaisia tehtäviä hoitavien henkilöiden ryhmälle. Keskiarvojen avulla voidaan myös tarvittaessa kuvata tavoitteellista osaamisen tasoa ja kun osaamisen muutoksia seurataan pitkän ajan kuluessa. (Hätönen 2011, 28.)

Avoimet kysymykset olivat mahdollistamassa syventävän tiedon saamista kartoitettavaan aihekokonaisuuteen (Ojasalo ym. 2009,132). Avointen kysymysten vastaukset jäivät yksittäisiksi, joten niiden analysointi ei olisi ollut luotettavaa eikä ne antanut olennaista syventävää lisätietoa. Vastausten käsittelyssä yksittäisiä avoimia vastauksia on nostettu esille esimerkin omaisina.

Vuorovaikutusosaaminen

Vuorovaikutusosaamisen kartoitus koostui vuorovaikutuksesta sekä ohjaamisosaamisesta ja tiedonannosta. Vuorovaikutusosaamisen tasot ja niiden arvoitu osaaminen ovat kuvattuna kuviossa 4. Vuorovaikutuksen osaamisen vastaajat olivat arvioineet keskiarvoltaan 3,6–3,9 välillä. Parhaimmaksi vuorovaikutuksen osaamiseksi koettiin asiakkaan kuunteleminen. Matalimmat keskiarvot olivat 3,6 omaisten kohtaamisessa kunnioittavasti ja avoimesti sekä 3,7 ajan antaminen ja kiireetön kohtaaminen asiakkaan kanssa.



Kuvio 4. Vuorovaikutusosaaminen

Vuorovaikutusosaamisen vahvuuksia ja kehittämisen kohteita sai vastaajat arvioida myös omin sanoin avoimiin kysymyksiin. Avoimissa, yksittäisissä vastauksissa vuorovaikutusosaamisen kehittämisen kohteena nousee myös esille omaisten kohtaaminen ja oikeanlainen, kiireetön ajankäyttö.

Ohjaamisosaamisen ja tiedonanto-osaamisen vastaajat olivat arvioineet keskiarvoltaan 3,1–3,3 välille. Asiakkaan ohjaamisen osaamisen arvioitiin keskiarvolla 3,3. Omaisten ohjaamisessa oli matalin keskiarvo 3,1. Avointen kysymysten yksittäisissä vastauksissa ilmeni kehittämisen kohteina oman tiedon ja osaamisen lisääminen sekä ohjaamisosaamisen rohkeuden lisääminen.

Yksilöllisen hoitotyön osaaminen

Yksilöllisen hoitotyön osaamisen kokonaisuuteen kartoituksessa kuului yksilöllisyyden huomioiminen ja perhekeskeisyys, kulttuuri- ja uskontosensitiivisyys, asiakkaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus, psykososiaalinen hoitotyö sekä hoidon laatu. Yksilöllisen hoitotyön osaamisen tulokset ovat kuviossa 5. Yksilöllisyyden huomioimisessa ja perhekeskeisyydessä vastaajat olivat arvioineet keskimäärin osaamisensa keskiarvoltaan 3,2–3,7 välillä. Parhaiten osaaminen arvioitiin yksityisyyden huomioimisessa keskiarvolla 3,7. Vähiten osaamista koettiin omaisten huomioimisessa ja tukemisessa keskiarvolla 3,2.



Kuvio 5. Yksilöllisen hoitotyön osaaminen

Osaaminen kulttuuri- ja uskontosensitiivisyydessä arvioitiin keskiarvoilla 3–3,4. Vähiten osaamista koettiin hengellisen tuen tarpeen huomioimisessa keskiarvolla 3, parhaiten osaamista arvioitiin asiakkaan uskonnonvapauden ymmärtämisessä keskiarvolla 3,4. Avoimissa kysymyksissä kehittämisen kohteeksi yksittäiset vastaajat kokivat tiedon lisäämisen kulttuureista ja uskonnoista.

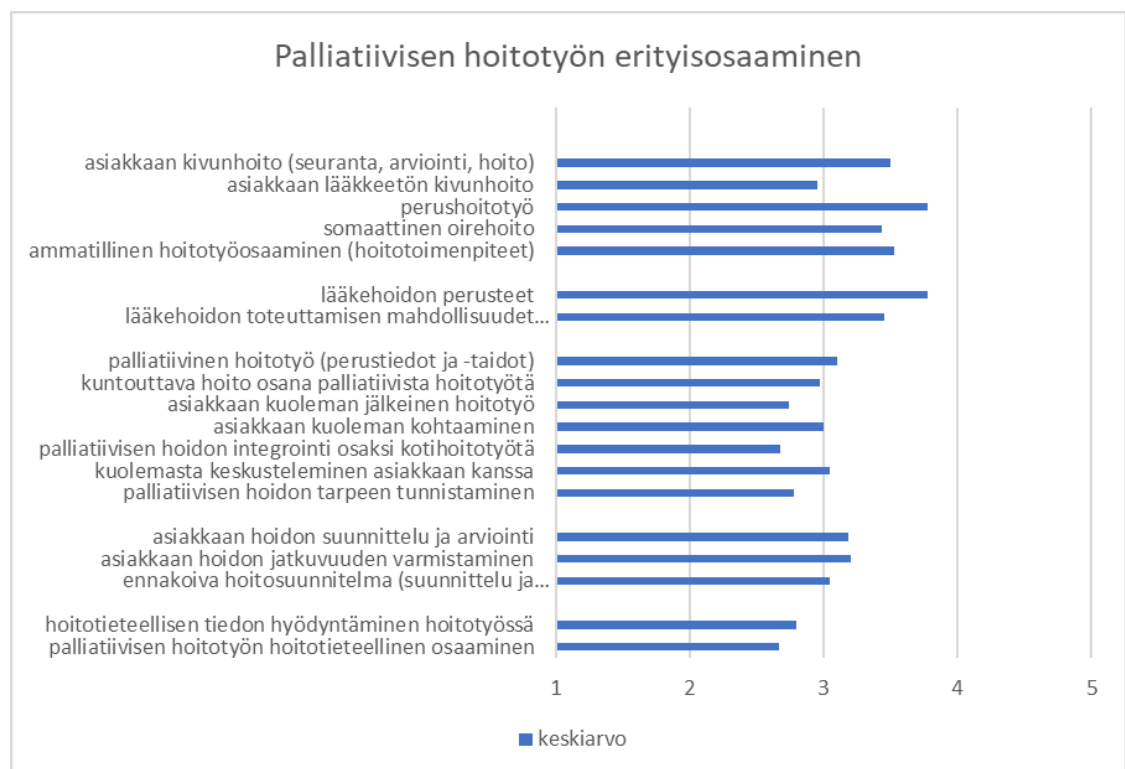
Asiakkaan oikeuksien ja itsemääräämisoikeuden osaamista arvioitaessa vastaajien osaaminen vaihteli keskiarvojen 3,1–3,8 välillä. Vähiten osaamista vastaajat arvioivat olevan lainsäädännön tuntemisessa keskiarvolla 3,1 ja eniten osaamista asiakkaan oikeuksien huomioimisessa keskiarvolla 3,8.

Psykososiaalinen hoitotyön osaamista kartoittaviin kysymyksiin vastaajat arvioivat osaamistaan keskiarvoltaan 3–3,6 välille. Luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa arvioitiin olevan eniten osaamista (ka 3,6), vähiten puolestaan eksistentiaalisen tuen tarpeen huomioimisessa (ka 3).

Osaamistaan hoidon laadun suhteen vastaajat arvioivat keskiarvolla 3,3. Hoidon laatuosaamiseen kartoituksessa yhdistyi asiakkaan tyytyväisyyden huomioiminen ja laatutekijöiden yhteys asiakkaan tyytyväisyyteen.

Palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen

Palliatiivisen hoitotyön erityisosaamisen kokonaisuus kartoituksessa sisälsi somaattisen hoitotyön osaamisen, lääkehoidon osaamisen, palliatiivisen hoitotyön osaamisen, hoitotyön suunnitteluosaamisen ja hoitotieteellisen osaamisen. Palliatiivisen hoitotyön erityisosaamisen tulosten keskiarvot ovat kuviossa 6. Somaattisen hoitotyön osaamiseen sisältyi mm. asiakkaan kivunhoito, oirehoito ja perushoitotyö. Somaattisen hoitotyön osaamisen vastaajat arvioivat keskiarvoltaan 2,9–3,7 välille. Vähiten osaamista koettiin olevan lääkkeettömän kivunhoidon osaamisessa (ka 2,9). Parhaiten osaamista koettiin olevan perushoitotyössä (ka 3,7).



Kuvio 6. Palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen

Lääkehoidon osaamisessa vastaajat arvioivat osaamistaan keskiarvolla 3,4–3,5. Lääkehoidon osaamiseen kartoituksessa sisältyi lääkehoidon perusteet ja lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuudet kotona tehtävässä hoitotyössä. Somaattisen hoitotyön ja lääkehoidon osaamisen kehittämisen kohteita vastaajat arvioivat avoimissa kysymyksissä olevan lääkkeiden yhteensopivuuk-sien tietämisessä ja palliatiivisen lääkehoidon osaamisessa.

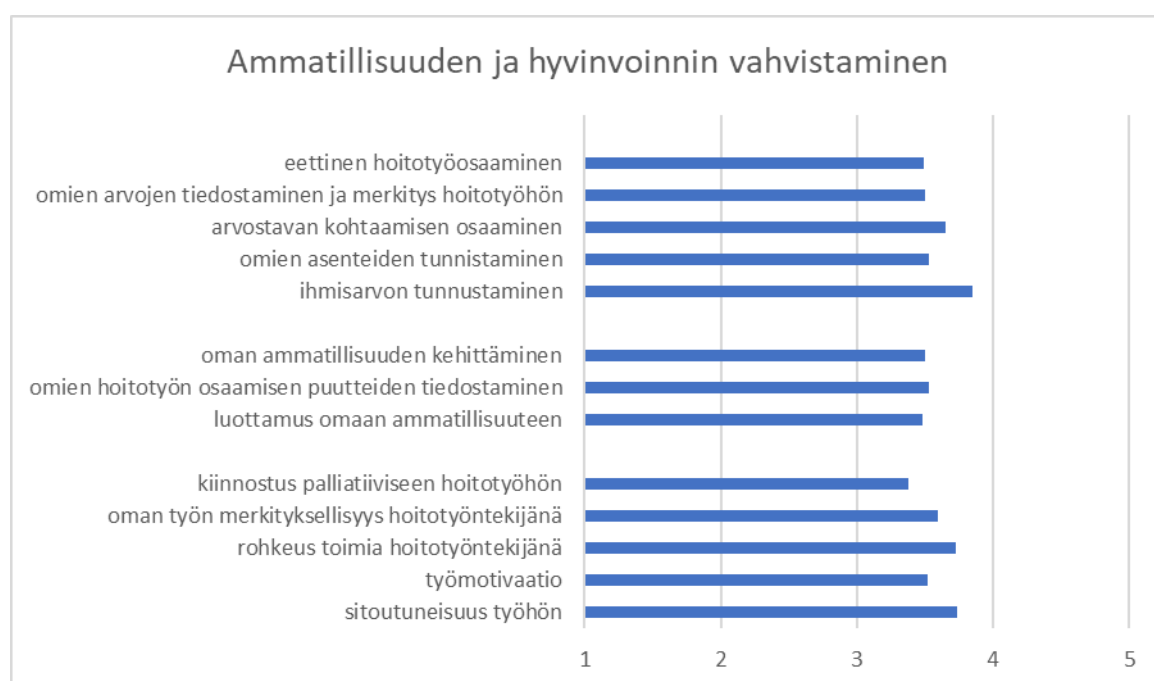
Palliatiivisen hoitotyön osaamisessa vastaajat arvioivat osaamisensa keskiarvojen 2,6–3,1 välille. Vähiten osaamista koettiin olevan palliatiivisen hoitotyön integroimisessa osaksi hoitotyötä, par-

haiten osaamista palliatiivisen hoitotyön perustaidoista ja -tiedoista. Hoitotyön suunnitteluosaa-
mista arvioitiin olevan keskiarvolla 3,0–3,2. Palliatiivisen hoitotyön tieteellistä osaamista ja sen
hyödyntämistä hoitoyössä arvioitiin olevan keskiarvolla 2,7.

Vastaajista 3 vastasi suorittaneensa saattohoitopassin. Ennakoivan hoitosuunnitelman käyttö pal-
liatiivista hoitotyötä ohjaavana toimintana kartoitukseen liittyvissä työyksiköissä ei selvinnyt vas-
tauksista. Vastaukset olivat yksittäisiä eikä niiden perusteella voi tehdä arviointia ennakoivan hoi-
tosuunnitelman käytöstä.

Ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen

Ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistamisen kokonaisuus sisälsi kartoituksessa osa-alueet eet-
tinen osaaminen ja arvot, ammatillisuuden kehittäminen sekä kiinnostus ja innostuneisuus. Tu-
loket ovat kuvattuna kuviossa 7.



Kuvio 7. Ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen

Eettiseen osaamiseen sisältyi mm. omien asenteiden tunnistaminen ja arvojen tiedostaminen, ihmisarvon tunnistaminen ja arvostavan kohtaamisen osaaminen. Eettistä osaamista kartoittavien vastausten keskiarvo vaihteli 3,4–3,8 välillä. Vähiten osaamista vastaajat arvioivat olevan eettisessä hoitotyöosaamisessa (ka 3,4), parhaiten ihmisarvon tunnistamisessa (ka 3,8). Avoimissa kysymyksissä vastaajan omaa ammatillisuutta ja hyvinvointia kuormittavina asioina ilmeni

kiire työssä ja kohtaamisessa, riittämättömyyden tunne, oma arvomaailma ja ristiriitatilanteet asiakkaan ja omaisten välillä hoitolinjoissa.

Ammatillisuuden kehittämisen osuutta vastaajat arvioivat tasaisesti, keskiarvoltaan 3,4–3,5 välillä. Kiinnostustaan ja innostuneisuuttaan palliatiiviseen hoitotyöhön vastaajat arvioivat keskiarvoltaan 3,3–3,7 välille. Sitoutuneisuus työhön ja rohkeus toimia hoitotyöntekijänä arvioitiin vahvimmiksi, kiinnostus palliatiiviseen hoitotyöhön heikoimmaksi.

Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön osaamisen kokonaisuus kartoituksessa sisälsi kotona toteutuvan palliatiivisen hoitotyön osaamisen, moniammatillisen hoitotyön, kollegiaalisen tuen ja viestintäosaamisen. Tulokset ovat kuvattuna kuviossa 8.



Kuvio 8. Moniammatillinen yhteistyö

Asiakkaan kotona toteutuvan palliatiivisen hoitotyön osaamisessa vastaajat arvioivat osaamisensa keskiarvojen 2,5–3,2 välille. Vähiten osaamista arvioitiin olevan saattohoidon integroimisessa kotihoitoon. Kotisaattohoidon merkityksen vastaajat kokivat ymmärtävänsä keskiarvoltaan 3,2 tasoisesti.

Moniammatillisessa hoitotyössä yhteistyön toteuttamisen osaaminen ja yhteistyö hoitoyksiköiden välillä arvioitiin keskiarvoltaan 3–3,1 tasoisesti. Kollegiaalisen ja emotionaalisen tuen antamisen ja vastaanottamisen osaaminen arvioitiin keskiarvoltaan 3,4–3,5 välille.

Viestintäosaamisessa osaaminen arvioitiin keskiarvojen 3,2–3,4 välille. Sujuvan asiakastiedon siirtämisen osaaminen arvioitiin keskiarvoltaan 3,2 tasoisesti. Ammatillisen keskustelun osaaminen oman tiimin kanssa keskiarvoltaan 3,4 tasoisesti. Avoimissa kysymyksissä yksittäiset vastaajat kuvasivat lisäksi moniammatillista yhteistyöosaamista kuormittavana tekijänä työntekijöiden vaihtumisen eri yhteistyötasoilla ja kehittämisen kohteena tietotekniset taidot.

3.4 Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi)

Toisen syklin ja osaamisen kartoituksen tarkoitus oli kuvata kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytila. Tulosten perusteella kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen on keskimäärin suoriutujan ja pätevän tasolla. Palliatiivisen hoitotyön taitava osaaminen ja asiantuntijuus on tulosten perusteella vähäistä kotihoidon henkilöstöllä. Tulosten mukaan kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytila oli heikointa palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamisessa ja hoidon suunnittelussa, hengellisessä ja eksistentiaalisessa hoitotyössä, kuoleman kohtaamisessa, lääkkeettömässä kivunhoidossa, palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon integroimisessa osaksi kotihoitoa ja moniammatillista yhteistyötä sekä palliatiivisen hoitotyön hoitotieteellisen tiedon hyödyntämisessä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Vanhuspalvelujen tila -seurannan vuoden 2020 tuloksissa todetaan myös, että elämän loppuvaiheen hoidon osaaminen kaipaavaa vahvistusta etenkin kotihoidon yksiköissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisema tutkimus on osoittanut vastaavanlaisia tulokset, joiden mukaan oirehoito hallitaan psykososiaalisten ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamista paremmin. (Forsius, Hammar, Finne-Soveri & Alastalo 2021, 1.) Samoin Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalipalveluiden nykytilan kartoituksessa todettiin iäkkäillä ihmisillä olevan lisääntyneitä akuuttihoitoa tarvitsevia ennen kuolemaa sekä hoitohenkilöstöllä olevan puutteellista palliatiivisen hoidon osaamista erityisesti kotihoidossa (Saarto & Finne-Soveri 2019a, 100–102).

Sosiaalipalveluiden nykytilan kartoitus osoittaa myös, että kotihoidossa ei tunnusteta palliatiivisen hoidon tarvetta, ristiriita tulee selkeästi esille vastausten ja RAI-arviointien vertailussa (Saarto &

Finne-Soveri 2019a, 101). Opinnäytetyön tulokset osoittavat samaa, kotihoidon henkilöstön osaaminen palliatiivisen hoidon tunnistamisessa kaipaa vahvistamista. Hirvosen (2021, 127) mukaan palliatiivisen hoidon tarpeessa olevia hoidettavia ei edelleenkään aina tunnisteta hoitotyössä.

Vanhuspalvelujen tila -tutkimuksen kuntakyselyn mukaan kotihoidossa palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen periaatteiden ja hoitosuunnitelmien teko sekä toimintaohjelmien laadinta oli vähäisempää kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. (Hammar, Leppäaho, Toikka, Kylänen & Heikkilä 2018, 2). Ennakoivien hoitosuunnitelmien teko ja palliatiivisen hoitotyön hyvä suunnittelu vähentää asiakkaan ylimääräisiä käyntejä päivystyksessä ja siirtelyä paikasta toiseen ja näin vahvistaa asiakkaan hoidon laatua (Hirvonen 2021, 128). Hoitotyön henkilöstön suunnitteluosaamista pitäisi kotihoidossa vahvistaa. Suunnitteluosaamisen vahvistamiseksi on ensin vahvistettava asiakkaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen ajoissa vahvistaa asiakkaan saaman hoidon laatua, ohjaa hoitotyöntekijöitä suunnittelemaan ja kohdentamaan hoitotyö asiakaslähtöisesti ja näin parantaa asiakkaan elämänlaatua (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335).

Kotihoidon henkilöstön vuorovaikutusosaamisessa vahvuutta oli vuorovaikutuksen, kohtaamisen ja kuuntelemisen taidoissa sekä osaamisessa kohdata asiakas kunnioittavasti, rauhallisesti ja asiakkaan reviiriä kunnioittaen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen julkaisema kotihoidon henkilöstön työtä ja hyvinvointia kuvaava raportti tukee tätä tulosta. Raportin mukaan kotihoidon henkilöstöstä 90 % koki hyväksi tai erittäin hyväksi osaamisensa kohdata asiakkaat ja läheiset sekä kykynsä toimia yhteistyössä heidän kanssaan. (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006, 18.)

Stakesin raportin mukaan kotihoidon henkilöstö koki puutteita osaamisessaan vastata asiakkaan hengellisiin tarpeisiin (Perälä ym. 2006, 20). Tämän opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia. Yksilöllisen hoitotyön osaamisessa kehitettävää oli uskonto- ja kulttuurisensitiivisyydessä ja hengellisen tuen tarpeen tunnistamisessa sekä eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistamisessa. Hengellinen ja henkinen tuki on nostettu yhdeksi laatualueeksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisissa laatusuosituksissa ja laatukriteereissä. Palliatiivisessa hoidossa tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa asiakkaan kärsimystä, johon sisältyy fyysisen ja psyykkisen kärsimyksen lisäksi myös eksistentiaalinen ja hengellinen kärsimys. Nämä ulottuvuudet usein korostuvat vielä asiakkaan palliatiivisen hoidon aikana, kun tieto elämän rajallisuudesta on läsnä. Olemassaolon merkityksellisyyden pohdinta ja eksistentiaalisen tuen tarve liitetään tutkimuksissa ikääntyneiden asiakkaiden tarpeisiin ja elämänvaiheisiin, mutta sitä ei useinkaan tunnisteta eikä tarpeeseen osata vastata (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 364). Uskonto- ja kulttuurisensitiivisyys pal-

liatiivisessa hoitotyössä tarkoittaa asiakkaan ja läheisten tukemista, auttamista ja hoitamista heidän kärsimyksissään. Asiakkaan ja läheisten tarpeet ovat yksilölliset, ja sen vuoksi tuen tarvetta on kartoitettava, arvioitava ja hoidettava systemaattisesti. (Saarto ym. 2022, 25.) Myös iäkkäiden ihmisten elämän loppuvaiheen palveluihin kohdentuvan erillisen laatukäsikirjan yhtenä laatukriteerinä on, että kuolemaan liittyvät psykososiaaliset oireet osataan tunnistaa ja hoitaa ja eksistentiaalinen tarve osataan ottaa huomioon (Finne-Soveri ym. 2022, 41).

Tulosten mukaan yksilöllisen hoitotyön osaamisessa vahvuutta koettiin asiakkaan yksilöllisyyden, yksityisyyden ja oikeuksien huomioon ottamisessa. Vastaavasti vähemmän osaamista koettiin asiakkaan ja läheisten kohtaamisessa kuoleman lähestyessä ja kuoleman jälkeisessä hoitotyössä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Vanhuspalvelujen tila -seurannan vuoden 2020 tulokset tukevat opinnäytetyön tuloksia. Tutkimuksen mukaan asiakkaan ja läheisten kohtaaminen kuoleman lähestyessä ja surutyössä vaatii lisää osaamista (Forsius ym. 2021, 5). Saattohoitopotilaan toivoa käsittelevässä tutkimuksessa todetaan myös, että hoitotyöntekijällä tulee olla rohkeutta ja taitoa syvemmän dialogin käymiseen ja asiakkaan ja hänen läheisten tukemiseen, tulevaan kuolemaan valmistautuessa (Hävölä, Kylmä & Rantanen 2015, 145–146). Hyvän resilienssin omaava hoitotyöntekijä sietää ja hallitsee paremmin palliatiivisessa työssä nousevia tunteita ja kuoleman läheisyyttä. (Zanatta, Maffoni & Giardini 2020, 975–977.) Osaava hoitotyöntekijä osaa ottaa kuoleman luontevasti puheeksi asiakkaan ja läheisten kanssa niin ettei omat ennakkosasenteet ohjaa tapaa toimia. Osaava hoitotyöntekijä ymmärtää keskustelun kuolemasta olevan tärkeä ja keskeinen osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. (Seppänen ym. 2020, 365.)

Opinnäytetyön tulokset vahvistavat aikaisempia tuloksia siitä, että kotihoidon henkilöstö tarvitsee osaamisen kehittämistä lääkkeettömän kivunhoidon osaamisessa. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Vanhuspalvelujen tila -seurannan vuoden 2020 tulokset osoittavat, että kotihoidon henkilöstön osaaminen lääkkeettömässä kivunhoidossa on selkeästi heikompi kuin lääkkeellisessä kivunhoidossa. (Forsius ym. 2021, 3). Osaamisen vahvuutta löytyi tulosten mukaan lääkehoidon osaamisessa. Lääkkeettömään kivunhoitoon liittyy asentohoidon, hieronnan, musiikin tai muun toiminnan lisäksi olennaisesti myös läsnäolo, keskustelu kuunteleminen ja kohtaaminen. Erityisesti jos kärsimystä aiheuttaa ahdistus tai levottomuus tai eksistentiaalinen kärsimys, voi lääkkeettömillä hoitokeinoilla ja sen osaamisella olla suuri merkitys asiakkaan kokonaisuuden huomioon ottavan hyvän hoidon toteutumiseen. (Tasmuth 2019, 541.) Asiakkaat myös toivovat käytettävien lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien ja että hoitotyöntekijät osaisivat niitä hyödyntää hoitotyössä. Lääkkeettömällä kivunhoidolla voidaan vahvistaa asiakkaan yksilöllistä hoitoa ja

lääkehoidon tarvetta vähentävillä hoitokeinoilla pienentää lääkehoidon haittavaikutusten määrää. (McPherson, Hadjistavropoulos, Deveraux & Lobchuk 2014, 8, 11.)

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että kotihoidon henkilöstön hoitotieteellinen osaaminen tarvitsee osaamisen vahvistamista. Asiantuntijuus palliativisessa hoitotyössä ja hoitotieteellisen tiedon hyödyntäminen palliativisessa hoitotyössä on kokonaisuudessaan heikointa opinnäytetyön tulosten mukaan. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen julkaisema kotihoidon henkilöstön työtä ja hyvinvointia tutkiva raportissa tulokset ovat samansuuntaisia. Raportin mukaan kotihoidon henkilöstö koki eniten puutteita valmiuksissa soveltaa tutkittua tietoa omaan työhönsä. (Perälä ym. 2006, 20.) Hoitotyön tutkimussäätiön raportissa näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumisesta Suomessa todetaan, että kotihoidon henkilöstön oma arvio näyttöön perustuvan toiminnan osaamisestaan on samaa tasoa kuin kaikkien kliinisessä hoitotyön tehtävissä toimivien arvion keskiarvo. Heikoimmaksi näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisensa arvioivat lähi- ja perushoitajat, joita myös kotihoidon henkilöstössä on pääasiassa. Johtopäätöksissä todetaan että lähi- ja perushoitajien näyttöön perustuva toiminta on heille vieraampaa kuin muille ammattiryhmille. He arvioivat oman osaamisensa, asenteensa ja toimintansa näyttöön perustuvassa hoitotyössä muita ammattiryhmiä matalammaksi. (Näyttöön perustuvan hoitotyön ja sen tukirakenteiden toteutuminen Suomessa 2022, 14, 30.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon nykytilan kartoituksessa yhdeksi kehittämiskohteeksi on kirjattu moniammatillisen toiminnan kehittäminen (Saarto & Finne-Soveri 2019a, 97). Opinnäytetyön tulokset osoittavat myös, että moniammatillista yhteistyöosaamista ei ole riittävästi. Moniammatillisesta kotona tehtävästä palliativisesta hoitotyöstä ja sen osaamisesta löytyy vähän tutkimustietoa. Vähimmillään moniammatillinen palliativinen hoito asiakkaan kotona vaatii kotihoidon henkilöstön lisäksi lääkärin osallisuuden. Usein kotihoidon henkilöstöön kuuluu lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Lääkärin tuki on ehdoton edellytys kotona tehtävän palliativisen ja saattohoidon toteutumiselle (Saarelma 2005, 204). Moniammatilliseen palliativiseen hoitotyöhön osallistuu eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, mm, eri terapeutit, sosiaalityö ja vapaaehtoistyö sekä seurakunnan työntekijät (Palliativinen hoito 2019). Moniammatillisen palliativisen hoitotyön osaaminen auttaa jokaista ammattiryhmää olemaan parhaiten asiakkaan tukena ja parantaa hoidon laatua (Rahko & Rajala 2020, 1611).

Opinnäytetyön tulokset vahvistavat aiempien tutkimustulosten ja raporttien tuloksia siinä, että kotihoidon henkilöstön palliativisen hoitotyön osaaminen kaipaava vahvistusta. Jos palliativisen hoitotyön tarpeen tunnistaminen on heikkoa kotihoidossa, ei myöskään palliativisen hoitotyön suunnittelu eikä palliativisen hoitotyön integroiminen osaksi kotihoitoa voi toteutua. Kotihoidon

henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisessa vähiten osaamista oli juuri kotona tehtävän palliatiivisen hoitotyön ja saattohoitotyön osaamisessa ja niiden integroimisessa kotona tehtävään hoitotyöhön. Palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistaminen vaatii kotihoidon henkilöstöltä kliinisen hoitotyön osaamisen lisäksi psykososiaalista hoitotyön osaamista, uskallusta pysähtyä ihmiselämän rajallisuuden, ihmisyyden, kärsimyksen ja eksistentiaalisen pohdinnan äärelle. Palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistaminen ja tunnistamisen jälkeisen palliatiivisen hoitotyön suunnittelu ja toteuttaminen vaatii hoitotyön henkilöstöltä kykyä kohdata aidossa vuorovaikutuksessa asiakas ja hänen elämänsä loppuvaiheen todellisuus. Kotona tehtävässä palliatiivisessa hoidossa korostuvat palliatiivisen hoidon psykososiaaliset, inhimilliset ja eettiset ulottuvuudet (Saarelma 2005, 203). Riittävän osaamisen, palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamisen, ennakoivan suunnittelun ja asiakkaan oman tukiverkoston turvin suurin osa elämän loppuvaiheen hoidosta voitaisiin hoitaa asiakkaan omassa kodissaan. (Forsius ym. 2021, 4).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen taso on keskimäärin suoriutujan ja pätevän tasolla. Palliatiivisen hoitotyön taitavaa osaamista ja asiantuntijoita on vähäisesti. Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen vahvistaminen vaatii vahvistusta palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamisessa, jonka jälkeen osaamista voidaan vahvistaa myös palliatiivisen hoitotyön suunnittelussa ja integroimisessa osaksi kotona tehtävää asiakkaan hoitotyötä. Palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistaminen vaatii hoitotyön henkilöstöltä kykyä ja osaamisen vahvistamista psykososiaalisessa, inhimillisessä, eettisessä ja eksistentiaalisessa hoitotyön osaamisessa. Palliatiivisen hoitotyön erityispiirteiden osaaminen edistää myös lääkkeettömän kivunhoidon keinojen osaamista ja niiden osaamisen vahvistamista. Kun asiakkaan palliatiivinen hoitotyö mahdollistetaan kotona, luodaan sillä uudelleen entisaikaista kuoleminen kulttuuria, missä asiakkaan elämä saa päättyä turvallisesti lähimmäisten kesellä, osana arkista, mutta todellista lähimmäisyyttä sukupolvien ketjussa (Saarelma 2005, 209).

Lähteet

Eklund, A. (2021). Osaamiskartta osaamisen kehittäminen työelämässä. Helsinki. Brik.

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. (2022). Laatuksikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>

Forsius, P. & Hammar, T. & Finne-Soveri, H. & Alastalo, H. (2021). Elämän loppuvaiheen hoidon osaaminen kaipaava vahvistusta iäkkäiden palveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 75/2021. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-795-1>

Hammar, T., Leppäaho, S., Toikka, I., Kylänen, M. & Heikkilä, R. (2018). Kunnat ovat varautuneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tueksi. Tutkimuksesta tiiviisti 36/2018. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-216-1>

Helsilä, M. & Salojärvi, S. (2009). Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino.

Hirvonen, O. (2021). Kohti parempaa elämän loppuvaiheen hoitoa. *Finnanest* 54(2), 126-129. http://www.finnanest.fi/files/hirvonen_kohti.pdf

Huotari, P. (2009). Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7596-2>

Hätönen, H. (2011). Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki. Educa-instituutti. Oy.

Hävölä, H., Kylmä, J. & Rantanen A. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27(2), 132–147.

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 135(11), 335–342.

McPherson, C., Hadjistavropoulos, T., Deveraux, A. & Lobchuk, M. (2014). A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home. *BMC Palliative Care* 13(39), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-39>

Näyttöön perustuvan hoitotyön ja sen tukirakenteiden toteutuminen Suomessa. (2022). Raportti. Hoitotyön tutkimussäätiö, Helsinki. Saatavilla 6.12.2022 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/06/npt-raportti-hotus-2022-web.pdf>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2009). Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 Saatavilla 6.12.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Paloniemi, S. (2004). Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2039-9>

Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. (2006). Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Raportteja 8/2006. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Rahko, E. & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Duodecim* 136(13), 1605–1613.

Saarelma, K. (2005). Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. *Duodecim* 121(2) 203–209.

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

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.

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

Salojärvi, S. (2009). Osaamisen merkitys työelämässä. Teoksessa Helsilä, M. & Salojärvi, S. Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. (145–167). Hämeenlinna. Kariston kirjapaino.

Seppänen, M., Vähäkangas, A. & Anttonen, M S. (2020). Hyvä kuolema. Gerontologia 34(4), 363–367.

Tasmuth, T. (2019). Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti 74(9), 540-545a.

Viitala, R. (2005). Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Vilkka, H. (2021). Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS- kustannus.

Zanatta, F., Maffoni, M. & Giardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. Supportive Care in Cancer 28, 971–978. Saatavilla 6.12.2022 <http://kamezproxy01.kamit.fi:2080/10.1007/s00520-019-05194-1>

4 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen (sykli3)

4.1 Palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen tavoite (suunnittelu)

Osaamisen kartoitus osoitti, että kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen taso on keskimäärin suoriutujan ja pätevän tasolla ja palliatiivisen hoitotyön taitavaa osaamista ja asiantuntijoita on vähäisesti. Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen suunnitelma. Kolmannen syklin kehittämiskysymyksenä oli: Miten kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan edistää?

Kartoituksen mukaan kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen vahvistaminen vaatii vahvistusta palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamisessa, jonka jälkeen osaamista voidaan vahvistaa myös palliatiivisen hoitotyön suunnittelussa ja integroimisessa osaksi kotona tehtävää hoitotyötä. Palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistaminen vaatii hoitotyön henkilöstöltä kykyä ja osaamisen vahvistamista psykososiaalisessa, inhimillisessä, eettisessä ja eksistentiaalisessa hoitotyön osaamisessa. Palliatiivisen hoitotyön erityispiirteiden osaaminen antaa pohjaa myös lääkkeettömän kivunhoidon keinoille ja niiden osaamisen vahvistamiselle. Tämän opinnäytetyön osaamisen kehittämisessä ja osaamisen kehittämisen suunnitelmassa keskityttiin palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja palliatiivisen hoitotyön suunnitteluun moniammatillisesti. Osaaminen asiakkaan palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamisessa, puheeksi ottamisessa ja palliatiivisen hoitotyön suunnittelussa mahdollistaa osaamisen vahvistaminen palliatiivisen hoitotyön seuraavissa vaiheissa.

Osaamisen kehittämisen suunnitelman taustalla on osaamisen ennakoiminen ja tavoitteet turvata riittävä osaaminen organisaation tehtävän toteuttamiseksi (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 67). Osaamisen kehittämisen suunnitelma on myös suunnitelma osaamisen varmistamiseksi, päivittämiseksi ja ylläpitämiseksi tulevaisuuden osaamistarpeita varten ja organisaation strategian toteuttamiseksi. Tulevaisuuden osaamistarpeisiin vaikuttavat mm. yhteiskunnalliset uudet kehityssuunnat ja rakenneuudistukset sekä palveluiden toteuttamisen muutokset. Rakenneuudistusten ja palveluiden toteuttamisen muutoksiin vaikuttavat puolestaan mm. väestön rakenteen muutos. (Osaamisen johtaminen on osa strategista henkilöstöjohtamista 2017.)

Yhteiskunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon suuressa rakenneuudistuksessa tavoitteena on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut kaikille ja turvata ammattitaitoisen henkilöstön riittävyys sekä vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin (Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan n.d). Rakenneuudistuksen yhtenä uudistusta eteenpäin vievänä hankkeena olevan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus ohjelma painottaa perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma, n.d). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason palveluiden kehittämistoimet sisältyvät Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaan (Palliatiivista hoitoa, kivunhoitoa ja saattohoitoa kehitetään osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa 2020).

4.2. Osaamisen kehittämisen suunnitelman laatiminen (toiminta)

Osaamisen kehittämisen suunnitelma voi olla koko henkilöstön kattava tai se voi olla myös yksilöllinen tai ryhmäkohtainen suunnitelma. Henkilöstön kehittämisen perusteena voidaan pitää organisaation tavoitteiden saavuttamista, organisaation halua oppia uutta tai hyödyllisenä keinona tasapainottaa henkilöstön ja työnantajan erilaisia odotuksia työntekemiselle. (Salojärvi 2009, 154–156.) Osaamisen kehittäminen on yhdessä toimimista ja edistää työyhteisön sisäistä yhteistyötä (Hätönen 2011, 49). Henkilöstön kehittämisellä edistetään osaamisen kehittämisen lisäksi työyhteisön toimivuutta ja työhyvinvointia sekä voidaan mahdollisesti myös lisätä henkilöstön pysyvyyttä. Lähtökohtana osaamisen kehittämiselle on yksilön osaamisen ja työtehtävien yhteensopivuus. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 67–68.) Osaamisen kehittäminen luo merkityksellisyyden ja onnistumisen kokemuksia työntekijälle ja näin lisää työhyvinvointia ja vahvistaa myönteistä asennetta työtä kohtaan (Salojärvi 2009, 156–157).

Suunnitelmalle voidaan asettaa tavoitteet. Osaamisen kehittämisen suunnitelmassa on hyvä kartoittaa ensin, miten osaamista voidaan kehittää jo olemassa olevaa osaamista jakamalla ja työssä oppimalla. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 67–68.) Osaamisen kehittämisessä työyhteisössä keskeisenä onkin tutkimuksen mukaan haasteellisten ja vaihtelevien töiden jakautuminen koko työyhteisön kesken niin, että ne tukevat osaamisen monipuolistumista. Osaamisen kehittämisen ytimessä on työyhteisön kesken hyvä ja toimiva vuorovaikutus, jolloin osaamisen kehittyminen osaamista jakamalla ja työssä oppimalla mahdollistuu. (Kupiainen, Hasu, Käsälä, Leppänen & Kovalainen 2011, 91–92.)

Osaamisen kehittämisen menetelmiksi on paljon erilaisia vaihtoehtoja tarjolla. Usein osaamisen kehittämiseksi ajatellaan perinteistä koulutusta, mutta osaamisen kehittämisen menetelmiä ovat mm. konsultaatiot, tutustumiskäynnit, ohjaus, työnohjaus tai itseopiskelu. Erityisen merkityksellinen osaamisen kehittämisen muoto on työssä oppiminen, todellisuudessa suurin osa osaamisen kehittymisestä tapahtuukin joka päivä työtä tehdessä. (Hätönen 2011, 55; Salojärvi 2009, 153–154.) Arkipäivän oppiminen ei ole tavoitteellista, vaikka sen avulla opitaan joka päivä uutta tietoa. Osaamisen kehittämisessä oppimiselle on tavoitteet. Osaamisen kehittämisen suunnitelmaa tehdessä on tärkeä pohtia tarpeen mukaisia ja sopivia kehittämisen menetelmien vaihtoehtoja. Menetelmiä yhdistäessä ja oikeita menetelmiä valittaessa oppimisen kehittämisestä voidaan saada jatkuvasti etenevä oppimisen prosessi. Menetelmiä voidaan myös ryhmitellä erilaisiin kokonaisuuksiin. Menetelmät voidaan ryhmitellä esimerkiksi seuraavan kuvion (kuvio 9) mukaisesti opiskeluun ja koulutukseen, yhteistoimintaan, kehittymistä tukevaan työkuultuuriin, ohjaustehtäviin ja -menetelmiin sekä laajaneuviin työ- ja vastuutehtäviin. (Hätönen 2011, 50–59.)



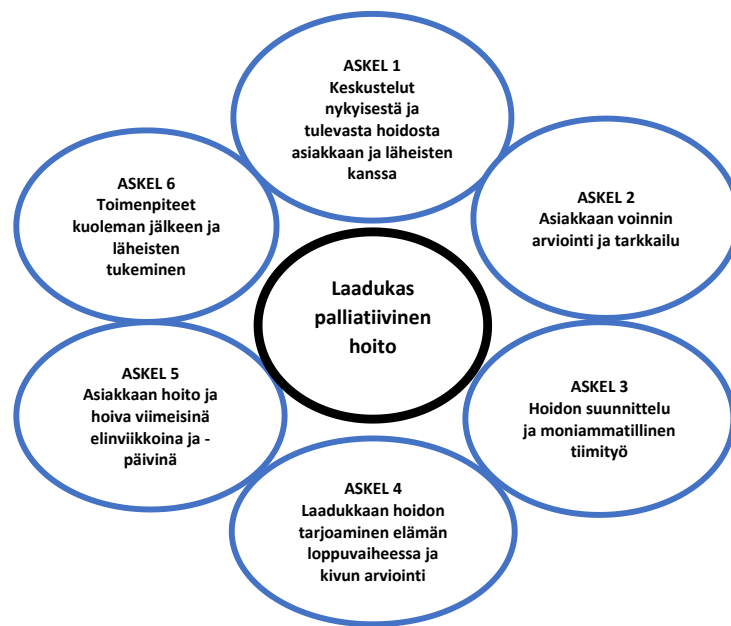
Kuvio 9. Osaamisen kehittämisen menetelmiä (mukaiillen Hätönen 2011)

Palliatiivisen hoidon kehittämiseen on julkaistu eurooppalaisen iäkkäiden elämänloppuvaiheen tutkimus- ja kehittämishanke PACEn toimintamalli. PACE on ikääntyneiden palliatiivisen hoidon laatua ja palvelujärjestelmiä vertaileva tutkimus- ja kehittämishanke, joka on toteutettu seitse-

mässä Euroopan maassa vuosina 2014–2019. (Oosterveld-Vlug ym. 2019, 2). PACE toimintamallissa on kuusi askelta ja se toimii palliatiivisen hoitotyön kehittämisen tukena ja antaa työvälineitä ja tietoa palliatiiviseen hoitotyöhön ja hoidon laadun parantamiseen. (Hammar, Leppäaho & Kylänen 2019, 5–7, Oosterveld-Vlug ym. 2019, 2.)

PACE toimintamalli hyödyntää kaikkia viittä edellä mainittua eri osaamisen kehittämisen menetelmää ja on kehitetty palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Toimintamallissa hyödynnetään työyhteisöön kuuluvia ammattilaisia palliatiivisen hoitotyön ja toimintamallin koordinoijana (ohjaustehtävät ja -menetelmät) ja esihenkilön rooli on tukea ja mahdollistaa toimintamallin toteuttamista (kehittymistä tukeva työkuluttuuri). PACE toimintamalli sitouttaa moniammatillisesti koko työyhteisön (yhteistoiminta) ja ohjaa työntekijöitä etsimään uutta tietoa ja oppimaan uutta (opiskelu ja koulutus). Toimintamallia toteuttaessa koko työyhteisön sisällä ja erityisesti koordinoijan tehtävissä toteutuu työn vastuun kasvaminen ja työtehtävien laajeneminen (laajenevat työ- ja vastuutehtävät). (Hammar, Leppäaho & Kylänen 2019, 7–9.) Osaamisen kehittämisen menetelmien yhdistämisessä mahdollistuu monipuolinen, yhteinen osaamisen jatkuvana toteutuva kokonaisuus ja prosessi (Hätönen 2011, 56).

PACE toimintamallin kuusi askelta sisältää asiakaslähtöisesti koko palliatiivisen hoitotyön kaaren alkaen asiakkaan kohtaamisesta ja tulevaisuuden suunnitelmasta loppuen asiakkaan kuoleman jälkeiseen hoitotyöhön ja toimenpiteisiin (kuvio 10). Toimintamallin ohjeistuksessa on käyttöönoton tavoitteellisena aikatauluna osaamisen kehittämiseen noin kuusi kuukautta, kuukausi jokaiselle askeleelle. Jokaisen askeleen tarkoitus on auttaa integroimaan palliatiivisen hoitotyön käytänteitä työyhteisön toimintaan. Sen jälkeen on toimintamallin implementointi käytäntöön, johon on ohjeistettu varaamaan aikaa noin neljä kuukautta. (Hammar, Leppäaho & Kylänen 2019, 7–9.)



Kuvio 10. PACE toimintamallin askeleet (mukaiillen Hammar, Leppäaho & Kylänen 2019)

Tämän opinnäytetyön osaamisen kehittämisen suunnitelmassa keskitytään palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja palliatiivisen hoitotyön suunnitteluun moniammatillisesti. Nämä sisältyvät PACE toimintamallin kolmeen ensimmäiseen askeleeseen. Samoin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen laatualueet 1–4 sisältävät vastaavat osa-alueet. Laatualueet 1–2 sisältävät asiakkaan tahdon kuulemisen ja vuorovaikutuksen vahvistamisen ja laatualueet 3–4 ennakoivan hoidon suunnittelun. (Finne-Soveri ym. 2022, 15.)

4.3. Osaamisen kehittämisen suunnitelma (havainnointi)

Tämän opinnäytetyön kehittämisen suunnitelma on tehty mukailien PACE toimintamallia. Ensimmäinen askel keskittyy keskusteluun asiakkaan ja läheisten kanssa nykyisestä ja tulevasta hoidosta. Tätä voidaan kutsua myös elämän loppuvaiheen suunnitteluksi ja tämä voi olla pohjana hoitotahdolle. Toinen askel vahvistaa osaamista asiakkaan voimien arvioinnissa ja tarkkailussa. Toimintamallin kolmas askel sisältää hoidon koordinoinnin ja moniammatillisen tiimityön osaamisen kehittämisen. Loput kolme toimintamallin askelta sisältävät varsinaisen hoitotyön toimintojen osaamisen kehittämisen. PACE toimintamallin kuusi askelta on kuvattuna kuviossa (kuvio 10). (Hammar, Leppäaho, Kylänen 2019, 9,15,25,31.)

PACE toimintamallin ensimmäisen askeleen tavoitteena on kehittää hoitotyön henkilöstön varmuutta ja osaamista asiakkaiden kohtaamiseen ja heidän kanssaan käytäviin keskusteluihin liittyen asiakkaan hoitoon ja elämän loppuvaiheen toiveisiin sekä rohkeutta olemaan läsnä keskusteluissa. Lisäksi ensimmäisen askeleen tavoitteena on perehtyä elämän loppuvaiheen suunnitteluun käsitteenä ja sen tekemiseen ja käytännön kirjaamiseen sekä vastuuseen huolehtia, että asiakkaan hoitotahto on kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. (Hammar, Leppäaho, Kylänen 2019, 15.) Ennakoiva hoidon suunnittelu on myös yksi laatuksitekierikokonaisuu palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa ikäihmisten palliativisessa hoidossa. Laatuksiteeri 6 edellyttää että jokaisella pitkälle edennyttä sairautta sairastavalla on elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. (Saarto ym. 2022, 22–23.)

Toisen askeleen tavoitteena on vahvistaa kykyä tunnistaa palliativisen hoidon tarve ja osaamista arvioida ja seurata asiakkaan voimnin muutoksia. Lisäksi tavoitteena on oppia hyödyntämään olemassa olevia toimintakyvyn ja kivun arviointimittareita voimnin muutosten toteamiseksi. (Hammar, Leppäaho, Kylänen 2019, 25.) Iäkkäiden ihmisten palliativisen hoitotyön laatuksikirjan mukaan laadukkaan hoidon toteuttamiseksi on tarpeen käyttää näyttöön pohjautuvia arviointi- ja seurantakäytäntöjä, mm. RAI, ISBAR ja ESAS mittareita. Laatuksiteerit 9–12 liittyvät palliativisen hoitotyön osaamisen varmistamiseen. Kriteerit edellyttävät, että hoitotyön henkilöstö osaa tunnistaa lähestyvään kuolemaan liittyvät fyysiset ja psykososiaaliset oireet sekä kuolevan ihmisen eksistentiaalisiin tarpeet. (Finne-Soveri ym. 2022, 12, 30–39.)

Kolmannen askeleen tavoitteena on oppia tiimityön merkitys palliativisessa hoitotyössä ja osata suunnitella ja järjestää asiakkaalle tarpeen mukainen moniammatillinen hoito elämän loppuvaiheeseen ennakoivan hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitotyön suunnitelmaan kirjataan hoidon tavoitteet ja toimenpiteet. Tämä osaaminen vaatii toisen askeleen osaamista tunnistaa asiakkaat, jotka ovat elämän loppuvaiheessa. (Hammar, Leppäaho, Kylänen 2019, 31.) Myös iäkkäiden ihmisten palliativisen hoitotyön laatuksikirjan mukaan hoitotyön henkilöstön on huolehdittava hoitoketjun ja moniammatillisen yhteistyön varmistaminen. Oma osaaminen ei välttämättä riitä tai asiakkaan tarpeet vaativat useamman ammattiryhmän ammattitaitoa. Hoitoketjun toimivuus ja ajantasaisuus on osaamisen ja hoitotyön laadun varmistamista. (Finne-Soveri ym. 2022, 44.)

PACE toimintamallissa hyödynnetään koko työyhteisön osaaminen. Kotihoidon henkilöstön palliativisen hoitotyön osaamisen kartoituksessa taitavaa osaamista ja asiantuntijoita on vähäisesti, mutta heitä voi hyödyntää toimintamallin koordinoijana. Tämän opinnäytetyön kehittämisen

suunnitelma on suunniteltu työyhteisön asiantuntijoiden osaamista ja esimiehen tukea ja oppimista tukevaa työilmapiiriä hyödyntäen. Kehittämissuunnitelma on esitelty alla olevassa taulukossa (kuvio 11).

Kehittämistehtävä	Keskustelut nykyisestä ja tulevasta palliatiivisesta hoidosta asiakkaan ja läheisten kanssa		
Tavoite	Kotihoidon henkilöstö osaa ottaa keskusteluun palliatiivisen hoidon, nykyisen ja tulevan hoidon suunnittelun asiakkaan kanssa.		Kotihoidon henkilöstö osaa huomioida ja kirjata asiakastietoihin asiakkaan omat toiveet palliatiivisesta hoidosta.
Menetelmä	*Yhteinen koulutus tiimissä (2 h) *Keskustelu / hoitoneuvottelu asiakkaan ja omaisten kanssa hoitosuhteen alkaessa tai 6kk välein RAI arviointia hyödyntäen.	*Kirjaaminen keskustelusta asiakastietoihin, kirjauksessa tieto asiakkaan omista toiveista palliatiivisen hoidossa. *RAI päivittäminen 6kk välein.	
Aikataulu	Kehittämisen toinen kuukausi		
Vastuuhenkilö	Esimies, koordinoija ja henkilöstö		
Kehittämistehtävä	Asiakkaan voinnin arviointi ja tarkkailu		
Tavoite	Kotihoidon henkilöstö osaa tunnistaa asiakkaan palliatiivisen hoidon tarpeen.	Kotihoidon henkilöstö osaa tunnistaa asiakkaan elämän loppuvaiheen muutokset terveydentilaa ja vointia arvioimalla ja tarkkailemalla.	Kotihoidon henkilöstö osaa hyödyntää näyttöön perustuvia mittareita asiakkaan voinnin muutoste toteamiseksi.
Menetelmä	*Yhteinen koulutustilaisuus ja itseohjautuva osaamisen päivitys palliatiivisesta hoidosta. *THL saattohoitopassin suorittaminen.	*Yhteinen koulutustilaisuus elämän loppuvaiheen tarpeista ja voinnin muutoksista ja niiden arvioimisesta/seurantakeinoista. *THL saattohoitopassin suorittaminen.	*Itseohjautuva osaamisen päivitys mittareista. *Käyttöönotto RAI, ISBAR, ESAS. *THL RAI-verkkokoulutukseen suorittaminen.
Aikataulu	Kehittämisen kolmas kuukausi		
Vastuuhenkilö	Koordinoija ja henkilöstö		
Kehittämistehtävä	Hoidon suunnittelu ja moniammatillinen tiimityö		
Tavoite	Kotihoidon henkilöstö osaa tehdä asiakkaan kanssa moniammatillisesti ennakoivan hoitosuunnitelman.		
Menetelmä	*Hoitoneuvottelun perusteella kirjataan ennakoiva hoitosuunnitelma, suunnitelma käydään läpi asiakkaan ja hoitavan lääkärin kanssa.	*Sovitut säännölliset viikoittaiset moniammatilliset palaverit (lääkäri, sh, ft, tt). *Yhdessä sovitut toimintatavat ja hoitokäytännöt palliatiivisen hoitotyön toteuttamiseksi ja tehtävänjako.	
Aikataulu	Kehittämisen neljäs kuukausi		
Vastuuhenkilö	Koordinoija ja moniammatillinen henkilöstö		

Kuvio 11. PACE toimintamallia mukaileva kehittämissuunnitelma

Ennen kehittämisen suunnitelman käyttöönottoa on tarpeen varata aikaa asiasta tiedottamiseen henkilöstölle, asiakkaille ja omaisille (Hammar, Leppäaho, Kylänen 2019, 66). Muutokseen valmistautuminen ja työyhteisössä muutoksesta keskusteleminen motivoi henkilöstöä sitoutumaan kehittämisen suunnitelmaan. Kehittämisen suunnitelman toteuttaminen vaatii aikaa vähintään neljä kuukautta. Valmistautumiseen on varattava suunnitellusti kuukausi ja jokainen kehittämis-tehtävä tarvitsee aikaa suunnitellusti kuukauden. Kehittämisen suunnitelman toteutus ja vakiinnuttaminen jää myöhemmälle ajankohdalle opinnäytetyön päätyttyä suunnitelman vaatiman ajankäytön vuoksi.

4.4. Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi)

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen suunnitelma. Osaamisen kehittämisen suunnitelma tehtiin toisen syklin kotihoidon henkilöstön osaamisenkartoituksen tulosten perusteella. Osaamisen kehittämisen suunnitelmaan rajattiin osaamisen kartoituksen tuloksista kolme osa-aluetta, jotka olivat palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja palliatiivisen hoitotyön suunnitteluun moniammatillisesti. Nämä kolme osa-aluetta aloittaa palliatiivisen hoitotyön kokonaisuuden.

Osaamisen kehittäminen on näyttöön perustuvan tiedon tuottamista, tiivistämistä ja levittämistä. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen edellytyksenä on, että ajantasaista, tutkimustietoa on tuotettu hoitotyöstä ja että tieto on käytettävissä ja hyödynnettävissä. Osaamisen kehittämisen suunnitelma mahdollistaa ajantasaisen tiedon levittämisen ja käyttöönottamisen. Näyttöön perustuva toiminta on sillä hetkellä ajantasaisimman käytettävissä olevan tiedon tietoista käyttöä asiakkaalle parhaimman hoidon toteuttamiseksi. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 54.)

Näyttöön perustuva hoitotyön toiminta yhtenäistää hoitotyön käytäntöjä, lisää hoitotyön laatua ja vahvistaa hoitotyön henkilöstön osaamista. Näyttöön perustuvan hoitotyön toiminta ja sen kehittäminen edellyttää myös hoitotyön henkilöstöltä itseltään aktiivista uuden tiedon seuraamista ja sen käyttämistä, oman osaamisen päivittämistä ja valmiutta muuttaa totuttuja toimintatapoja (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 54). Ekspansiivisen oppimisteorian mukaan oppimista tapahtuu, kun työntekijä näkee itse oman työn tarkoituksen ja tuloksen laajemmassa yhteydessä ja kokonaisuudessa (Saari, Hyytinen & Lähtenmäki-Smith 2008,

40). Itseoppimisen ja oman osaamisen jatkuvan kehittämisen merkitystä ei hoitotyössä voi väheksyä.

Opinnäytetyön kehittämisen suunnitelman ensimmäisenä tavoitteena oli, että kotihoidon henkilöstö osaa ottaa keskusteluun asiakkaan palliatiivisen hoidon sekä nykyisen ja tulevan hoidon suunnittelun ja henkilöstö osaa huomioida ja kirjata asiakastietoihin asiakkaan omat toiveet palliatiivisesta hoidosta. Asiakkaan ensimmäinen kontakti kotiin annettavien palveluiden saamiseksi on yleensä palvelutarpeen arviointi, joka tapahtuu palveluohjauksen kautta. Palvelutarpeen arvioinnin tulee myös Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaan perustua asiakkaan omaan näkemykseen ja asiantuntijan arvioon palveluiden tarpeesta (Sosiaalipalveluiden saatavuus 2023). Ensimmäinen keskustelu hoidon suunnittelusta ja asiakkaan toiveista käydään yleensä palvelutarvearvioinnissa palveluohjauksen henkilöstön kanssa. Palveluohjaus on osa sosiaalihuollon kotihoidon kokonaisuutta.

Opinnäytetyön kehittämisen suunnitelman toisen kehittämistehtävän tavoitteena oli, että kotihoidon henkilöstö osaa tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeen, osaa tunnistaa elämän loppuvaiheen muutokset asiakkaan terveydentilaa ja vointia arvioimalla ja tarkkailemalla sekä osaa hyödyntää valmiita mittareita voinnin muutosten toteamiseksi. Yhtenä tärkeimpänä mittarina ajantasainen kokonaisarvion saamiseksi asiakkaan voinnista ja elämäntilanteesta saadaan RAI- arvioinnilla. RAI- arvioinnin käytön osaamiseksi THL tarjoaa hoitohenkilöstölle verkkokoulutuksen ja myös osaamisen kehittämiseksi lisäkoulutuksia. (RAI-arviointi asiakastyössä 2023). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) velvoittaa RAI-arvioinnin käyttöä ja käytön osaamista 1.4.2023 alkaen pakollisena osana ikääntyneiden toimintakyvyn arviointia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt palliatiivisen hoitotyön osaamisen varmistamiseksi ja vahvistamiseksi saattohoitopassi-koulutuksen. Koulutus on täydennyskoulutusta ja sen tavoitteena on lisätä palliatiivisen hoidon perustasolla työskentelevien osaamista. (Osaaminen ja koulutus 2023.) Saattohoitopassin suorittaminen vahvistaa osaamista palliatiivisen hoidon tarpeen ja elämän loppuvaiheen muutosten tunnistamisessa.

Opinnäytetyön kehittämisen suunnitelman kolmantena tavoitteena oli, että kotihoidon henkilöstö osaa tehdä asiakkaan kanssa moniammatillisesti ennakoivan hoitosuunnitelman ja osaa järjestää asiakkaalle tarpeen mukaisen moniammatillisen hoidon ennakoivan hoitosuunnitelman mukaisesti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vanhuspalvelujen tila -seurannassa vuonna 2020

todettiin, että kotihoidossa ennakoivia hoitosuunnitelmia oli tehty harvoin. Ennakoivan hoitosuunnitelma auttaa ennakoimaan ja varautumaan tuleviin muutoksiin ja vastaamaan asiakkaan tarpeisiin oikea-aikaisella ja riittäväällä hoidolla ja palveluilla. Elämän loppuvaiheen tunnistamisessa ja hoidon ennakoinnissa ilmeni osaamisen puutteita erityisesti kotihoidossa. (Forsius, Hammar & Alastalo 2022, 2–4.)

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että tämän opinnäytetyön kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoidon osaamisen kehittämissuunnitelma on yhteneväinen kansallisten palliatiivisen hoidon kehittämistarpeiden ja suunnitelmien kanssa. Osaamisen vahvistamisen kautta tuleva hyvä palliatiivisen hoidon ennakointi ja suunnitelmallisuus mahdollistaa hyvän elämän loppuvaiheen hoidon asiakkaalle omassa kodissaan sekä auttaa työyhteisöä kohdentamaan ja koordinoimaan resursseja oikein ja tarpeen mukaisesti (Forsius, Hammar & Alastalo 2022, 4).

Lähteet

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. (2022). Laatuksikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>

Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo H. (2022). Elämän loppuvaihetta pitäisi suunnitella iäkkäiden palveluissa enemmän. Tutkimuksesta tiiviisti 58/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-989-4>

Hammar, T., Leppäaho, S & Kylänen, M. (2019). PACE- toimintamalli: Kuusi askelta palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hätönen, H. (2011). Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki. Educa-instituutti. Oy.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fife201504226780.pdf?sequence=1>

Kupiainen, M., Hasu, M., Käsälä, M., Leppänen, A. & Kovalainen, A. (2011). Osaamisen aika. Kohti osaamisen tasavertaisen kehittämisen uutta käytäntöä asiantuntijaorganisaatioissa. Työympäristötutkimuksen rapottisarja 60. Työterveyslaitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134887/osaamisen%20aika.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

L980/ 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P15a>

Oosterveld-Vlug, M., Onwuteaka-Philipsen, B., ten Koppel, M., van Hout, H., Smets, T., Pivodic, L., Tanghe, M., Van Den Noortgate, N., Hockley, J., Payne, S., Collingridge Moore, D., Kijowska, V., Szczerbińska, K., Kylänen, M., Leppäaho, S., Mercuri, C., Rossi, P., Mercuri, M., Gambassi, G., Basal, C., Morgan de, E., Engels, Y., Deliens, L., Van den Block, L. & Pasman H.R. (2019). Evaluating the implementation of the PACE Steps to Success Programme in long-term care facilities in seven countries according to the RE-AIM framework. *BMC Implementation Science* 14(107), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0953-8>

Osaaminen ja koulutus. (2023). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 11.3. 2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/osaaminen-ja-koulutus>

Osaamisen johtaminen on osa strategista henkilöstöjohtamista. (2017). Kuntatyönantajat. Saatavilla 18.1.2023. <https://www.kt.fi/henkilostojohtaminen/osaamisen-johtaminen>

Palliatiivista hoitoa, kivunhoitoa ja saattohoitoa kehitetään osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa. (2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 26.1.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/-/palliatiivista-hoitoa-kivunhoitoa-ja-saattohoitoa-kehitaan-osana-tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelmaa-2>

RAI-arviointi asiakastyössä. (2023). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 11.3.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-arviointi-asiakastyossa>

Saari, E., Hyytinen, K. & Lähteenmäki-Smith K. (2008). Kehittävä vaikuttavuusarviointi menetelmänä tutkimus- ja kehitystoiminnan suuntaamisessa ja oppimisessa. Hallinnon tutkimus 27(1) 35–48. <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/100687/58219>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.

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

Salojärvi, S. (2009). Osaamisen merkitys työelämässä. Teoksessa Helsilä, M. & Salojärvi, S. Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. (145–167). Hämeenlinna. Kariston kirjapaino.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. (N.d.). Valtioneuvosto. Saatavilla 26.1.2023 <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>

Sosiaalipalveluiden saatavuus (2023). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 11.3.2023 <https://stm.fi/sosiaalipalvelujen-saatavuus>

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. (N.d.). Valtioneuvosto. Saatavilla 26.1.2023 <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma1>

5 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen – kehittämissuunnitelman pilotointi (sykli 4)

5.1. Osaamisen kehittämisen suunnitelman pilotoinnin tavoite (suunnittelu)

Tällä hetkellä hyvinvointialueuudistusten keskellä terveydenhuollossa kehitetään paljon uusia toimintamalleja ja prosesseja, joiden tavoitteena on palveluiden ja hoidon laadun kehittäminen olemassa olevilla rajallisilla resursseilla. Kehittämistyötä tehdään paljon pilotoimalla, arvioimalla ja mallintamalla uusia toimintamalleja. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 81.) Uuden toiminnon ja hoitotyön kehittämisen käyttöönotto ja vakiinnuttaminen aiheuttaa aina työyhteisön sisällä muutoksia vähintäänkin yksilötasolla ja vaatii erillisen huomion muutoksen läpiviemiseksi. Kehittämisen käyttöönoton ja vakiinnuttamisen sujuvuuteen ja pysyvyyteen vaikuttaa johtamisen ja organisaation rakenteiden lisäksi mahdollisimman varhainen henkilöstön osallistaminen. (Lindholm & Laitila 2022, 881–883.) Osallistava johtaminen lisää ja vahvistaa työyhteisön yhteistyötaitoja, mahdollistaa asiantuntijuuden ja ammatillisuuden kehittymistä ja sitouttaa henkilöstöä yhteiseen tavoitteeseen. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 35). Kehittämiseen sitoutunut organisaatio ja esihenkilöt mahdollistavat myös riittävän ajan ja resurssoinnin kehittämistyön toteuttamisella (Sipilä & Lommi 2014, 838).

Varhainen henkilöstön osallistaminen muutosprosessiin jo valmisteluvaiheessa ja henkilöstön mahdollisuus vaikuttaa muutosprosessin etenemiseen lisäävät muutoksen toteutuksen onnistumista ja siihen sitoutumista. Osallistavan valmistelun tarkoitus on testata eli pilotoida ja sovittaa kehittämissuunnitelmaa mahdollisimman sujuvaksi osaksi työyhteisön toimintaa. Pilotointi tunnistaa mahdolliset edistävät ja estävät tekijät kehittämissuunnitelman toteutumiseksi ja antaa kokemuksia käytännön sovellettavuudesta sekä varmistaa arvioidut aikataulut realistisiksi. (Lindholm & Laitila 2022, 881–883; Korhonen & Bergman 2019, 125–126.) Henkilöstön epätietoisuus kehitystyön tavoitteista ja vaiheista tai suunnitteluvaiheen ulkopuolelle jättäminen on yksi suurimmista esteistä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseksi (Holopainen ym 2013, 82).

Tämän opinnäytetyön neljännen syklin tarkoitus oli kuvata kehittämissuunnitelman pilotointi rajoitetuin osin. Tutkimuskysymyksenä oli: Miten kehittämissuunnitelma edistää palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämistä? Tavoitteena oli pilotoida rajatusti palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämissuunnitelmaa käytäntöön ennen sen implementoinnin suunnittelua.

5.2. Osaamisen kehittämisen suunnitelman pilotoinnin laatiminen (toiminta)

Pilotointi on tärkeä osa kehittämistyön toteutusta ja vakiinnuttamista. Pilotointi antaa olennaista tietoa kokemuksen kautta kehittämissuunnitelman käytännön sovellettavuudesta ja toimivuudesta sekä mahdollisuuden käydä keskustelua kehittämissuunnitelman toteutuksesta kehittämiin osallistuvan henkilöstön kanssa. Pilotointi myös sitouttaa henkilöstöä kehittämiseen varhaisen osallistamisen kautta. (Korhonen & Bergman 2019, 125.)

Pilotointi on tarkoituksenmukaista pitää mahdollisimman pienimuotoisena. Liian laaja kokeilu hidastaa prosessin etenemistä ja vie turhaa aikaa ja resursseja. (Torkkola, 2015, 41–43.) Pilotoinnin jälkeen on hyvä varata aikaa pilotoinnin arviointiin, tarvittavien muutosten tekemiseen ennen implementointia sekä kehittämisen aikataulun suunnittelemiseen (Korhonen & Bergman 2019, 126). Pilotoinnin aikana kehittämisen menetelmiä muokataan tarvittaessa olosuhteiden ja muutoksen esteiden mukaan toimintaympäristöön sopivaksi (Sipilä & Lommi, 2014, 838).

Opinnäytetyön kehittämissuunnitelman pilotointi suunniteltiin tehtäväksi ikääntyneiden palveluiden palveluohjauksen tekemillä palvelutarpeen arviointikäynneillä yhden opinnäytetyön osaamisen kartoitukseen osallistuneen kunnan alueella. Palvelutarpeen arviointi on iäkkään henkilön arjesta suoriutumisen moniammatillinen ja monipuolinen kattava arviointi sosiaalihuollon palvelujen tai tukien saamiseksi, joihin myös kotihoito sisältyy. Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointia ohjaa lainsäädäntö. Palvelutarpeen arvioinnissa yhdistyy moniammatillinen asiantuntijaosaaminen ja asiakkaan sekä läheisten oma näkemys ja kokemus sen hetkisestä tilanteesta, voimavaroista ja terveydestä sekä toiveista ja tavoitteista. (Finne-Soveri ym. 2020, 7–9.) Arvioinnin yhteydessä kartoitetaan myös asiakkaan toimintakykyä RAI- arviointimittarin avulla. RAI-arvioinnista saadaan kokonaisuuteen perustuva ja ajantasainen kuvaus asiakkaasta, hänen voinnistaan ja elämäntilanteestaan. Palliatiivisen hoidon asiakkaiden kanssa palvelutarpeen arvioinnissa on tärkeää tehdä myös hoitosuunnitelma, jos sellaista ei ole tehtynä. (Finne-Soveri ym. 2020, 8; RAI-arviointi asiakastyössä 2023.)

5.3. Osaamisen kehittämisen suunnitelman pilotointi (havainnointi)

Tämän opinnäytetyön kehittämissuunnitelman pilotointi rajattiin koskemaan suunnitelmassa olevaa ensimmäistä kehittämistehtävää, koska pilotoinnin aikana kyseessä oli ensimmäinen kontakti

asiakkaan kanssa. On myös tarkoituksenmukaista rajata pilotointi mahdollisimman pienimuotoiseksi ajan ja resurssien säästämiseksi (Torkkola, 2015, 41–43). Opinnäytetyön ensimmäinen kehittämistehtävä esiteltiin palveluohjauksen henkilöstölle yhteisessä tiimipalaverissa. Heidän kanssaan käytiin läpi opinnäytetyön tavoite, ensimmäisen kehittämistehtävän tavoitteet ja menetelmät. Pilotointi kesti opinnäytetyön aikataulullisista syistä kahden viikon ajan. Pilotoinnin aikana palvelutarvearviointikäynneillä tuli esille 3 palliatiivisen hoidon asiakasta. Kahdella asiakkaista oli jo valmiiksi selkeä suunnitelma elämän loppuvaiheen hoidoista, suunnitelma oli huolehdittu palliatiivisen hoidon osastolla sairaalassa. Suunnitelmasta keskusteltiin palvelutarvearvioinnin yhteydessä ja asiakkaan valmis suunnitelma ohjasi kotihoidon palveluiden järjestelyä. Yhdellä asiakkaalla ei ollut elämän loppuvaiheen suunnitelmaa ja hänen kanssaan keskusteltiin elämän loppuvaiheen hoidon tavoitteista ja asiakkaan toiveista. Nämä kirjattiin asiakkaan palveluita ohjaavaan potilastietojärjestelmän palvelutarpeen arviointi- kirjauskokonaisuuteen, jonka pohjana käytetään valmista fraasikokonaisuutta.

Pilotoinnin aikana oli myös henkilöstölle suunnattu työnantajan järjestämä yhteinen RAI koulutus, jossa kerrattiin RAI-arvioinnin käyttöä hoitosuunnitelmien teon pohjana. RAI-arvioinnin käyttö palveluiden tarpeen arvioinnissa edistää palliatiivisen ja saattohoidon tarpeen tunnistamista (Finne-Soveri ym. 2021, 20). RAI-arviointi on kirjattu myös lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista palvelutarpeen arvioinnin välineeksi (L 980/2012).

5.4. Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi)

Pilotoinnin jälkeen on arvioitava kehittämissuunnitelman toteuttamiskelpoisuus, analysoitava tulokset ja tehdä tarvittavat muutokset kehittämismalliin ennen implementoinnin aloittamista (Korhonen & Bergman 2019, 126). Pilotointi oli ajallisesti lyhytkestoinen ja laajuudeltaan tarkasti rajattu. Pilotoinnin aikana palliatiivisen vaiheen asiakkaita tuli kolme, mutta jo heidän kohdallaan kehittämistehtävän pilotointi ja yhteinen keskustelu työyhteisössä osoitti selkeästi kehittämistehtävän tarpeellisuuden. Pilotointi osoitti, että palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen tarvetta on asiakkaan ensimmäisen palvelutarpeen arvioinnin ja sosiaalihuollon palveluiden kartoituksesta alkaen.

Pilotoinnin aikana valmiiseen fraasikokonaisuuteen lisättiin kohta, joka ohjaa henkilöstöä huomiomaan mahdollisen palliatiivisen hoidon vaihe ja kysymään asiakkaan toiveet ja tavoitteet elämän loppuvaiheen hoidosta. Näin jokaisen palvelutarpeen arvioinnin aikana tulee tarvittaessa arvioiduksi ja otettua puheeksi palliatiivisen hoidon vaihe ja elämän loppuvaiheen hoito ja asiakkaan toiveet.

Pilotoinnin aikana tapahtui myös RAI-arvioinnin käyttöä koskevan lainsäädännön siirtymäajan loppuminen ja lainsäädäntö RAI-arvioinnin käytöstä palvelutarpeen arvioinnissa astui voimaan 1.4.2023. (L980/2012). RAI-arvioinnin käyttö palvelutarpeen ja asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin perusteena on siis ajankohtainen valtakunnallisesti lakimuutoksen vuoksi ja näin opinnäytetyön kehittämistehtävä tukee myös valtakunnallista hoitotyön kehittämistä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemassa iäkkäiden ihmisten palliatiivisen hoidon laatu-käsikirjassa korostetaan myös RAI-arvioinnin hyödyntämistä laadukkaan hoidon toteuttamiseksi yhdessä ISBAR-menetelmän kanssa (Finne-Soveri ym. 2022, 12). ISBAR- menetelmän käyttöönotto on kehittämissuunnitelman toisessa kehittämistehtävässä yhtenä osaamisen kehittämisen menetelmänä.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tämän opinnäytetyön kehittämissuunnitelman implementointia voidaan suunnitella pilotoinnin pohjalta. Osaamisen kehittämisen suunnitelma edistää palliatiivisen hoitotyön osaamista. Kehittämisen suunnitelmaa tukee myös kansallinen kehittäminen kotihoidon asiakkaiden palveluiden kehittämisessä ja arvioinnissa.

Lähteet

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. (2022). Laatuksi- kirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>

Finne-Soveri, H., Malmila, M., Kehusmaa, S., Jyrkkiö, S. & Forsius P. (2021). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon säädösmuutosten kustannusvaikutusten arviointi. Laskentatyöryhmän raportti. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Finne-Soveri, H., Äijö, M., Tolonen, E., Rehula, P., Vähäkangas, P., Patronen, M., Autio, T., Haimi-Liikkanen, S. & Havulinna, S. (2020). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä. TOIMIA-suositus ID S028/11.6.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060540983>

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2013). Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo. Fioca.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fife201504226780.pdf?sequence=1>

Korhonen, H. & Bergman, T. (2019). Johtaja muutoksen ytimessä. Helsinki. Alma Talent Oy.

L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P15a>

Lindholm, L.H. & Laitila H. (2022). Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. Duodecim. 138(10), 881–888.

RAI-arviointi asiakastyössä. (2023). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 4.4.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-arviointi-asiakastyossa>

Sipilä, R. & Lommi M-L. (2014). Hoitosuosituksien eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Duodecim. 130(8), 832–839.

Torkkola, S. (2015). Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Helsinki. Alma Talent Oy.

6 Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen Parish- mallia soveltaen – implementointisuunnitelma (sykli 5)

6.1. Näyttöön perustuva hoitotyö ja Parish-malli implementoinnin tukena (suunnittelu)

Vaatus näyttöön perustuvasta hoitotyöstä on kirjattu terveydenhuoltolakiin (L1326/2010). Näyttöön perustuva hoitotyön toiminnan vaatimus koskettaa koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja on erityisen ajankohtainen suuren sosiaali- ja terveydenhuollon organisaationmuutoksen aikana, kun palveluiden kokonaisuuksia järjestellään ja kehitetään toimiviksi palvelukokonaisuuksiksi (Korhonen & Jylhä & Korhonen & Holopainen 2018a, 10–11). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen rakenteellisen muutoksen rinnalla on kehitettävä myös hoitotyötä ja seurattava niiden vaikuttavuutta. Kokonaisuudistuksen tueksi tarvitaan erityisesti suomalaisen hoitoympäristöön sovellettavaa näyttöön perustuvaa tietoa niin uudistusten vaikutuksista terveydenhuoltoon kuin eri implementointimenetelmien vaikuttavuudesta hoitotyön tuloksiin. (Ahtiluoto ym. 2017, 1647, 1653.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön implementoinnin tavoitteena on varmistaa näyttöön perustuvien, merkityksellisten hoitomenetelmien ja keinojen hyödyntäminen hoitotyössä ja päätösten teossa. (Korhonen ym. 2018a, 98). Näyttöön perustuvan toiminnan lähtökohta on tutkimustiedon tuottaminen käytännön hoitotyössä ja että se on käytettävissä ja saatavilla organisaatiossa ja päivittäisessä hoitotyössä (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 54). Näytön perustuvan toiminnan avulla olemassa olevia käytäntöjä voidaan kehittää niin että asiakas saa parasta mahdollista, laadukasta hoitoa, joka pohjautuu näyttöön perustuvaan toimintaan eikä esimerkiksi totuttuihin tapoihin tai hyviin käytäntöihin. Näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan edellytyksenä on näytön implementointi eli vakiinnuttaminen, joiden avulla pyritään kehittämään terveydenhuollon vaikuttavuutta ja laatua. (Korhonen ym. 2018a, 98; Lindholm & Laitila, 2022, 881.)

Vaikka tutkimusnäytön hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä on pidetty keskeisenä ja tärkeänä osana jo pitkään, tutkimusten mukaan siitä huolimatta näyttöön perustuvan toiminnan implementointi eli vakiinnuttaminen ovat osoittautuneet haasteellisiksi näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseksi. Suomalainen sairaanhoitaja kokee vaatimattomaksi oman osaamisensa

tutkimusnäytön hyödyntämisessä hoitotyössä ja myös toteuttaa vaatimattomasti näyttöön perustuvia hoitotyön päätöksiä. (Korhonen, Siltanen, Hahtela, & Holopainen, 2018b, 11; Saunders 2016, 80.)

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä ja sen kehittämiseksi tarvitaan toimintaa tukevat rakenteet organisaatiossa. Organisaatiossa on mahdollistettava näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen toiminnassa. Näyttöön perustuvaa toimintaa tukee oikeanlainen tiedonhallinta, asiantuntijuuden hyödyntäminen, osaamisen kehittäminen ja oikeanlainen johtaminen. (Korhonen ym. 2018a, 56.) Johtamisella on tärkeää luoda toimintakulttuuri, joka tukee uuden, näyttöön perustuvan tiedon saamista ja käyttöä niin että, se ohjaa myös käytäntöjen ja toimintatapojen kehittämistä ja muuttamista. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 54.) Henkilöstön osaamiseen painottuvissa organisaatioissa on tärkeää mahdollistaa työntekijöiden luovuutta ja osaamista lisääviä käytäntöjä ja arvostaa tiedon käytön mahdollistamista sen hallitsemisen sijaan (Saari & Kallio 2011, 242).

Näyttöön perustuvan tiedon käyttöönottoa varten on kehitelty useita erilaisia toimintamalleja, jotka eroavat toisistaan pääasiassa erilaisten painostusten ja näkökulmien osalta. Toimintamallit voivat tarkastella näyttöön perustuvan tiedon käyttöönottoa yksittäisen ammattilaisen tai henkilöstön näkökulmasta, organisaation rakenteiden näkökulmasta tai yhdistetysti useammasta näkökulmasta. Kaikkien toimintamallien tarkoituksena on selkiyttää näyttöön perustuvan toiminnan ja käyttöönoton onnistumiseen vaikuttavia osatekijöitä ja helpottaa prosessin suunnittelua ja onnistumista. (Korhonen ym. 2018a, 43.)

Tämän opinnäytetyön kehittämissuunnitelman implementoinnin malliksi valikoitui Parish-malli, koska malli yhdistää useamman näkökulman näyttöön perustuvan toiminnan onnistumiseksi ja on moniulotteinen kehittämismalli (Bergström ym. 2020, 2). Näytön käyttöönotto on moniulotteinen, pitkäkestoinen sosiaalinen prosessi, joka edellyttää hoitoalan henkilöstön ja asiakkaiden vuorovaikutusta sekä varsinaiseen prosessiin ja hoitoympäristöön liittyvien tekijöiden tunnistamista (Korhonen ym. 2018a, 11). Parish-mallissa implementoinnin onnistuneeseen toteutumiseen yhdistyy näyttö, toimeenpano ja toimintaympäristö. Nämä tekijät yhdessä vaikuttavat toisiinsa ja ovat yhteydessä keskenään. Parish-mallissa korostuu toimintaympäristönä myös johtaminen ja näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistaminen organisaation sisällä ja mallissa kokonaisuutta tarkastellaan näytön käyttöönottoa edistävien ja estävien tekijöiden kautta. (Rycroft-Malone & Bucknall 2010, 109, 132; Korhonen ym. 2018a, 118.) Parish-mallia mukailee myös Hoi-

totyön tutkimussäätiön kuvaama näytön vakiinnuttamisen teoria, joka korostaa näytön käyttöön-ottoon liittyvien edistävien ja estävien tekijöiden tarkastelua ja ympäristön ja toiminnan mahdollistamisen merkitystä (Korhonen ym. 2018a, 45).

Näyttöön perustuva toiminta on kokonaisuus, jossa yhdistyy näyttöön perustuva tutkimustieto, kliininen kokemus ja ammattitaito, organisaation ja toimintaympäristön paikallinen tieto sekä asiakkaan ja omaisten kokemus ja tieto (Bergström ym. 2020, 2; Korhonen ym. 2018a, 109). Parish-mallin mukaisesti näyttöön perustuvan toiminnan onnistumiseksi tarvitaan tieteellisen ja kokemuksellisen tiedon vuorovaikutusta ja yhteensovittamista parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttamiseksi (Rycroft-Malone & Bucknall 2010, 114).

Toimeenpano Parish-mallissa tarkoittaa prosessia, jolla mahdollistetaan näytön käyttöönotto hoitotyön päätöksentekoon (Rycroft-Malone & Bucknall 2010, 119). Toimeenpano edellyttää suunnitelmallista ja pitkäjänteistä moniammatillista toimintaa ja yhteistyötä asiakkaiden ja ammatti-laisten välillä. Toimeenpanoon liittyy useita edistäviä ja estäviä tekijöitä, joiden tarkastelu kuuluu toimeenpanon vaiheeseen. (Korhonen ym. 2018a, 118–119.)

Työyhteisön ja henkilöstön osallistaminen implementoinnin valmisteluun lisää sitoutuneisuutta toimeenpanoon ja on yksi olennainen edistävä tekijä. Keskeistä on yhteisymmärrys koko henkilöstön kesken kehittämistyön aiheesta, tavoitteista ja menetelmistä. (Lindholm & Laitila 2022, 882.) Henkilöstön osaaminen taso ja kyvykkyyt voivat olla edistäviä tai estäviä tekijöitä ja ne on huomioitava toimeenpanossa. Tiedon puute voi estää toimeenpanoa. Samoin motivaatio, asenteet tai aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa toimeenpanoon estävinä tai edistävinä tekijöinä. (Sipilä & Lommi 2014, 832–834.) Työyhteisön yhteinen näkemys asiakaslähtöisyydestä ja näyttöön perustuvan tiedon merkityksestä hoitotyön laatuun sekä avoin ja toimiva vuorovaikutus toimivat edistävinä tekijöinä toimeenpanossa (Lindholm & Laitila 2022, 884–885). Merkittävää on henkilöstön kokemus, että sitoutumista vaativa muutos tukee tehtävää työtä ja arvoja ja vastaa asiakkaiden ja organisaation tarpeisiin (Dalbom, Tuominen & Rautava 2022, 288).

Toimintaympäristö Parish-mallissa tarkoittaa organisaatiota ja ympäristöä, jossa implementointi on tarkoitus toteuttaa. Toimintaympäristö sisältää toimintarakenteet, johtamisen ja työkuultuurin. (Rycroft-Malone & Bucknall 2010, 118–119.) Organisaatio luo puitteet ja mahdollistaa näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisen, joka tarkoittaa osaamisen kehittämisen arvostamista, asiantuntijuuden hyödyntämistä, riittäviä resursseja ja kehittämistä tukevia rakenteita sekä kehittämistä tukevaa johtamista. (Korhonen ym. 2018a, 56–57). Organisaation liittyvien estäviä ja

edistäviä tekijöitä pidetään merkittävimpinä tekijöinä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen onnistumisessa. (Sipilä & Lommi 2014, 834). Johtamiselta vaaditaan sitoutumista, innostuneisuutta ja riittävää ymmärrystä kehittämistyön merkitykselle sekä resursseja järjestää työaikaa kehittämistyölle sekä tukemaan työyhteisöä kehittämistyön toteuttamisessa. (Dalbom, Tuominen & Rautava 2022, 288; Lindholm & Laitila 2022, 884.) Toimintaa edistävinä tekijöinä on henkilöstön ja esihenkilöiden avoin vuorovaikutus, koulutuksiin osallistumisen mahdollistaminen ja myönteinen suhtautuminen henkilöstön asiantuntijuuden edistämiseen (Perälä ym. 2008, 17; Sipilä & Lommi 2022, 837).

Palliativisen hoitotyön osaamisen kehittämissuunnitelman pilotointi ohjaa implementointisuunnitelman tekemistä. Tämän opinnäytetyön viidennen syklin tarkoitus oli kuvata osaamisen kehittämissuunnitelman implementointisuunnitelma. Tutkimuskysymyksenä oli, miten implementointisuunnitelma tukee kotihoidon henkilöstön palliativisen hoitotyön osaamisen kehittymistä?

6.2. Kehittämissuunnitelman implementointisuunnitelman laatiminen (toiminta)

Parish-mallissa implementoinnin ensimmäisenä tekijänä on näyttö. Lähtökohtana on tutkimusnäyttö, joka on tiivistetty mm. kirjallisuuskatsauksissa tai näyttöön perustuvissa hoitosuosituksissa (Korhonen ym. 2018a, 109–110). Näyttöön perustuva tieto on tieteellisin tutkimusmenetelmien tuottama tietoa ja tiedon tuottamisen prosessi on jäljitettävissä. Tiedon tuottamisen prosessi on raportoitu niin, että sen luotettavuus on arvioitavissa. (Korhonen ym. 2018a, 109–110.) Tässä opinnäytetyössä näyttöön perustuvaa tietoa on ensimmäisen syklin eli kirjallisuuskatsauksen tulokset ja toisen syklin eli osaamisen kartoituksen tulokset. Implementoitava osaamisen kehittämissuunnitelma pohjautuu kirjallisuuskatsauksen ja osaamisen kartoituksen tuloksiin.

Toisena tekijänä Parish-mallissa korostuu toimeenpano. Toimeenpanoon vaikuttaa olennaisesti työyhteisön henkilöiden roolit, osaaminen ja ominaisuudet. Toimeenpanovaiheessa voidaan hyödyntää työyhteisössä fasilitaattoria eli kehittämisen aiheeseen perehtynyttä asiantuntijaa, jonka tehtävänä on saada uusi toimintatapa käytäntöön työyhteisössä. Fasilitaattorin tehtävä ja osuus toimeenpanossa voi vaihdella käytännön tuesta ohjaamiseen tai toimeenpanon tehtävien mahdollistamiseen työyhteisössä. Fasilitaattorilla on keskeinen rooli toimeenpanon onnistumisessa. (Rycroft-Malone & Bucknall 2010, 119.) Tämän opinnäytetyön kehittämissuunnitelmaa ohjauksessa PACE-toimintamallissa myös korostetaan työyhteisön asiantuntijoita hoitotyön kehittämisen mahdollistajana ja koordinoijana. (Hammar, Leppäaho & Kylänen 2019, 8). Muutoksen tukijan

rooli auttaa henkilöstöä kehittämistarpeen tunnistamisessa ja muutokseen ohjaamisessa (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen, 2008, 17).

Toimeenpanoa estäviä ja edistäviä tekijöitä voi olla useita. Tekijät voivat liittyä organisaation resursseihin ja työväliseisiin, henkilöstön ammatillisuuteen ja osaamiseen tai henkilöstön muutokkykyisyyteen tai vuorovaikutuksellisiin valmiuksiin. Edistäviä tai estäviä tekijöitä voivat olla myös toimintaa ohjaavat lait ja asetukset tai organisaation toimintaan liittyvät muut ulkoiset tekijät. (Korhonen ym. 2018a, 118.) Osa estävistä tai edistävästä tekijöistä liittyy Parish-mallin kolmanteen osa-alueeseen eli toimintaympäristöön.

Tässä opinnäytetyössä toimeenpano on PACE-mallia mukaileva palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämissuunnitelma. Edistäviä tekijöitä ovat palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen tarve ja halu kotihoidon henkilöstöllä eli motivaatio oppia uusia asioita. Lisäksi edistäviä tekijöitä on kehittämismyönteinen ilmapiiri ja organisaatiomuutoksen tuomat uudet työmahdollisuudet. Lisäksi edistävänä tekijänä voidaan pitää hyvää tiedonantoa kehittämissuunnitelman tavoitteista ja menetelmistä sekä hoitotyön laadun edistämisestä osaamisen kehittämisen avulla.

Kolmantena tekijänä Paris-mallin mukaisessa implementoinnissa on toimintaympäristö, ja sen edistävät ja estävät tekijät. Yksi iso toimintaympäristöön liittyvä estävä tekijä on henkilökunnan vaihtuvuus. Se heikentää implementoitujen menetelmien pysyvyyttä organisaatiossa. (Lindholm & Laitila 2022, 885.) Sen vuoksi henkilöstön kehittämisellä on tärkeää vaikuttaa työhyvinvointiin ja pysyvyyteen. On todettu, että osaamisen kehittäminen ja hyödyntäminen on yhteydessä henkilöstön pysyvyyteen ja työhön sitoutumiseen. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, 2009.) Tämän opinnäytetyön toimintaympäristönä on kotihoitoyksiköt Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Henkilöstön vaihtuvuus on kotihoidossa tiedostettu haaste, joka on yksi iso estävä tekijä. Parish-mallin mukaisesti opinnäytetyön näyttö, toimeenpano ja toimintaympäristö on kuvattu toimintamallikaaviossa. (kuvio 12).



Kuvio 12. Parish-malli opinnäytetyöhön soveltaen

Parish-mallin mukainen toimeenpano tässä opinnäytetyössä on kehittämissuunnitelman implementointi. Näytön käyttöönoton prosessi eli implementointisuunnitelma on tarpeen kuvata ja kirjata, kuinka asioita tulee tehdä niin että näytön käyttö toteutuu. Prosessi on kuvattava riittävällä tarkkuudella, että se ohjaa käytäntöä ja mahdollistaa prosessin seurannan ja arvioinnin sekä hyödyntämisen myös toisiin yksiköihin. Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämissuunnitelman implementointisuunnitelma on kuvattuna alla. (Kuvio 13)

Tavoite: kehittää palliatiivisen hoitotyön osaamista ja vakiinnuttaa kehittämissuunnitelma kotihoidossa			
Toimenpide	Aikataulu	Arviointi	Vastuuhenkilö
Opinnäytetyön esittely osaamisen kartoitukseen osallistuneille yksiköille teamsin välityksellä	kesä 2023	esittely pidetty	opinnäytetyön tekijä
Osaamisen kehittämisen suunnitelman esittely kotihoidon yksiköille teamsin välityksellä	kesä 2023	esittely pidetty	opinnäytetyön tekijä / esihenkilö
Yksikkökohtainen keskustelu esihenkilön ja valitun fasilitaattorin kanssa	loppukesä/ alkusyksy 2023	keskustelut pidetty mukana olevien yksiköiden kanssa	opinnäytetyön tekijä / esihenkilö
Kehittämissuunnitelman toteuttamista tukeva säännöllinen yhteydenpito, teams /sähköposti	syksy 2023	toteutunut yhteydenpito esihenkilön ja fasilitaattorin kanssa	esihenkilö / fasilitaattori/ opinnäytetyön tekijä
Kehittämissuunnitelman toteuttamista ohjaava johtaminen ja toteutumisen seuranta	syksy/ loppuvuosi 2023	käytyt kehittämiskeskustelut henkilöstön kanssa, pidetyt tiimipalaverit	esihenkilö / henkilöstö
Kehittämissuunnitelman arviointi ja vakiinnuttaminen	loppuvuosi 2023 / alkuvuosi 2024	henkilöstön antamat palautteet, suunnitelma osa perehdytystä	esihenkilö / henkilöstö

Kuvio 13. Implementointisuunnitelma

Näytön käyttöönoton arviointi ohjaa näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttamista. Näytön käyttöönoton arviointitulokset ohjaavat käyttöönoton vahvistamiseen tai tarpeen mukaan uudelleenkehittämiseen. Arviointitulokset auttavat kehittämisen edistämässä ja tavoitteisiin pääsemisessä. (Korhonen ym. 2018a, 140.) Arviointi ohjaa myös tunnistamaan muutoksen tarpeen ja suuruuden. Lisäksi myös nykytilan arviointia tarvitaan kehittämisen tulosten arvioimiseksi. (Korhonen ym. 2018b 12.)

Kehittämisen tavoitteiden saavuttamisen havainnoimiseen voidaan hyödyntää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen iäkkäiden ihmisten palliatiivisen hoitotyön laatukäsikirjan laatuindikaattoreita. Laatuindikaattoreiden perustana on ollut vuonna 2019 julkaistu laatukriteereiden joukko, joilla on määritelty hyvän palliatiivisen hoidon laadun osatekijät. Laatukriteerit perustuvat asiantuntijoiden arviointeihin ja aiheeseen liittyvään tutkimustietoon ja kirjallisuuteen. (Saarto & Finne-Soveri 2019, 122–132). Kansallisten laatukriteerien ja niistä johdettujen laatuindikaattorien avulla on mahdollista arvioida palliatiivisen hoidon laadun kehittymistä (Saarto ym. 2022, 37).

Kehittämisen vaikuttavuuden arviointi on työkalu, jolla voidaan yhdistää henkilöstön uuden oppiminen uusien käytäntöjen rakentamiseen ja työyhteisön ja organisaation strategiaan (Saari & Kallio 2011, 241). Ekspansiivisen oppimisteorian mukaan osallistavan kehittämisen arvioinnissa pyritään arvioinnin lisäksi löytämään yhteinen käsitys organisaation kehitykselle sekä seuraava tavoite ja kehittämisen kohde (Ylisassi ym. 2016, 31). Kehittämisen kohteena olevan toiminnan ja toimintaa osallistuvien henkilöiden on tärkeää osallistua vaikuttavuuden arviointiin, se vahvistaa kehittämiseen sitoutumista myös arvioinnin jälkeen. (Saari & Kallio 2011, 241). Osallistava kehittämisen vaikuttavuuden arviointi keskittyy osallistujien oppimiseen ja heidän sitoutumiseensa organisaation toiminnan muuttamiseksi (Ylisassi ym. 2016, 31). Opinnäytetyön kehittämissuunnitelman implementointi, implementointisuunnitelman havainnointi ja tulokset jäävät opinnäytetyön jälkeiselle ajalle.

Lähteet

Ahtiluoto, A., Kaila, M., Komulainen, J., Mäkelä M. & Sipilä, R. (2017). Suomalaisten hoitosuosittelusten käyttöönoton tutkimusta tarvitaan lisää. *Duodecim* 133(18), 1647–1654.

Bergström, A., Ehrenberg, A., Eldh, A. C., Graham, I. D., Gustafsson, K., Harvey, G., Hunter, S., Kitson, A., Rycroft-Malone, J. & Wallin, L. (2020). The use of the PARIHS framework in implementation research and practice—a citation analysis of the literature. *Implementation Science* 15(1), 1–51. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01003-0>

Dalbom, L., Tuominen, M. & Rautava P. (2022). Implementointitutkimus sairaanhoitopiiriin roolista kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toimeenpanijana – maakunnan tasolla korostui toimenpiteiden käyttöönotto, ylläpitovaiheeseen asti ei päästy. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 59(3), 279–293.

Hammar, T., Leppäaho, S & Kylänen, M. (2019). PACE- toimintamalli: Kuusi askelta palliatiivisen hoidon kehittämiseen. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fife201504226780.pdf?sequence=1>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018a). Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. Helsinki. Skhole Oy.

Korhonen, T., Siltanen, H., Hahtela, N. & Holopainen, A. (2018b). Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. *Hoitotyön tutkimussäätiö & Sairaanhoitajaliitto*. Helsinki. Saatavilla 1.3.2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>

L1326/2010. Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P7>

Lindholm, L.H. & Laitila H. (2022). Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. *Duodecim* 138(10), 881–888.

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki M. & Pelkonen M. (2008). Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman arviointi. Stakesin raportteja 28/ 2008. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Rycroft-Malone, J. & Bucknall T. (2010). Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action. John Wiley & Sons, Incorporated. ProQuest Ebook Central. <https://kamezproxy01.kamit.fi:2252/lib/kajaani-ebooks/detail.action?docID=819410>

Saari, E. & Kallio, K. (2011). Developmental Impact Evaluation for Facilitating Learning in Innovation Networks. American Journal of Evaluation 32(2), 227–245. <https://doi.org/10.1177/1098214010387658>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.

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

Saunders, H. (2016). Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice: Implementing the Paradigm Shift of Transforming Evidence for Clinical Practice. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16986/urn_isbn_978-952-61-2167-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sipilä, R. & Lommi M-L. (2014). Hoitosuositukset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Duodecim 130(8), 832–839.

Ylisassi, H., Hasu, M., Heikkilä, H., Käpykangas, S., Saari, E., Seppänen, L., Valtanen, E. (2016). Työntekijöiden kehittämistoimijuutta edistämässä. Kehittämismenetelmäkokeilujen tuloksia vanhuspalveluissa. Tampere. Työterveyslaitos.

7 Pohdinta

7.1. Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kotihoidon henkilöstön perustason palliatiivisen hoitotyön osaamista. Opinnäytetyön aihe nousi ennen opintoja jo esiin käytännön työssä riittämättömyyden tunteista palliatiivisia asiakkaita hoitaessa. Opinnäytetyön aihe vastaa myös valtakunnallisen ja paikallisen soteuudistuksen, kansallisen palliatiivisen hoitotyön kehittämisen ja palliatiivisen hoitotyön kliinisen asiantuntijakoulutuksen osaamisen tavoitteisiin. Opinnäytetyön kehittämistyönä muodostui kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen suunnitelma opinnäytetyössä ilmenneiden osaamisen puutteiden ja tarpeiden mukaisesti.

Opinnäytetyö eteni toimintatutkimuksen metodologian mukaisesti sykleissä. Ensimmäisessä syklissä kuvattiin palliatiivisen hoitotyön osaaminen kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksinä todettiin, että palliatiivisen hoitotyön osaamista kotihoidon henkilöstöllä kuvaavat vuorovaikutusosaaminen, yksilöllisen hoitotyön osaaminen, palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen, ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen sekä moniammatillinen yhteistyö. Hoitotyöntekijöiden riittävä osaaminen on laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edellytys (Saarto & Finne-Soveri 2019, 176).

Ensimmäisen syklin johtopäätökset ohjasivat opinnäytetyön toisen syklin muodostumista. Opinnäytetyön toisen syklin tarkoitus oli kuvata kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytila osaamisen kartoituksen avulla. Kartoituksen tulosten perusteella kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen oli keskimäärin suoriutujan ja pätevän tasolla. Palliatiivisen hoitotyön taitava osaaminen ja asiantuntijuus on tulosten perusteella vähäistä kotihoidon henkilöstöllä. Tulosten mukaan kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen nykytila oli heikointa palliatiivisen hoitotyön tarpeen tunnistamisessa ja hoidon suunnittelussa, hengellisessä ja eksistentiaalisessa hoitotyössä, kuoleman kohtaamisessa, lääkkeettömässä kivunhoidossa, palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon integroimisessa osaksi kotihoitoa ja moniammatillista yhteistyötä sekä palliatiivisen hoitotyön hoitotieteellisen tiedon hyödyntämisessä.

Opinnäytetyö eteni toimintatutkimuksen mukaisesti kolmanteen sykliin toisen syklin johtopäätösten perusteella. Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen suunnitelma. Osaamisen kehittämisen suunnitelmaan rajattiin osaamisen kartoituksen tuloksista kolme osa-aluetta, jotka olivat palliatiivisen hoitotyön tarpeen

tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja palliatiivisen hoitotyön suunnitteluun moniammatillisesti. Nämä kolme osa-aluetta aloittaa palliatiivisen hoitotyön kokonaisuuden. Johtopäätöksinä todettiin, että opinnäytetyön kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoidon osaamisen kehittämissuunnitelma on yhteneväinen kansallisten palliatiivisen hoidon kehittämistarpeiden ja suunnitelmien kanssa. Osaamisen vahvistamisen kautta tuleva hyvä palliatiivisen hoidon ennakointi ja suunnitelmallisuus mahdollistaa hyvän elämän loppuvaiheen hoidon asiakkaalle omassa kodissaan sekä auttaa työyhteisöä kohdentamaan ja koordinoimaan resursseja oikein ja tarpeen mukaisesti (Forsius, Hammar & Alastalo 2022, 4).

Neljännän syklin pilotoinnin johtopäätöksinä voitiin todeta, että opinnäytetyön kehittämisen suunnitelman implementointi voitiin suunnitella pilotoinnin pohjalta. Kehittämisen suunnitelmaa tukee myös kansallinen kehittämistyö kotihoidon asiakkaiden palveluiden kehittämisessä ja arvioinnissa (Finne-Soveri ym. 2022, 9). Opinnäytetyön viidennen syklin tarkoitus oli kuvata opinnäytetyön kehittämistyönä muodostuneen kehittämisen suunnitelman implementointisuunnitelma.

Tällä hetkellä hyvinvointialueuudistusten keskellä terveydenhuollossa kehitetään paljon uusia toimintamalleja ja prosesseja, joiden tavoitteena on palveluiden ja hoidon laadun kehittäminen olemassa olevilla rajallisilla resursseilla. Kehittämistyötä tehdään paljon pilotoimalla, arvioimalla ja mallintamalla uusia toimintamalleja. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 81.) Uudella hyvinvointialueella uudistetaan kotiin annettavien palveluiden rakenteita ja kehitetään kotisairaaloimintaa. Samalla kuitenkin henkilöstön saatavuus ja resurssien riittämättömyys haastaa nyt ja tulevaisuudessa. (Kotiin annettavia palveluita vahvistetaan Pohteella 2023.) Kanadalaisen tutkimuskatsauksen mukaan laadukkaan palliatiivisen kotihoidon olennaiset osatekijät ovat moniammatillinen integroitu yhteistyö, kivun ja fyysisten oireiden hallinta, psykososiaalisen tuen antaminen, välittävä ja ammatillinen hoitotyö, oikea-aikainen hoito ja perhekeskeisyys. Näiden kuuden osatekijän yhdistämisellä, selkeillä prosessikuvauksilla ja rakenteilla sekä oikealla resursoinnilla toteutuu tehokas ja laadukas asiakaslähtöinen palliatiivinen kotihoito. (Seow & Bainbridge 2018, 37.) Valtakunnallisesti todettu tosiasia on, että hoitotyön henkilöstön riittävyys on heikentynyt voimakkaasti ja resurssit ovat puutteelliset. Hyvinvointialueuudistuksella pyritään mahdollistamaan henkilöstön riittävyys ja resurssien oikein kohdentaminen. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön perustaman työryhmän valmistelemalla strategialla on pyritty löytämään keinoja henkilöstöpulaan ja henkilöstön hyvinvointiin ja alalla pysymiseen. Strategian visiona on hyvinvoiva ja osaava ammattilainen oikeassa paikassa. Strategian vision tavoittamiseksi on asetettu neljä pääkohtaa, joista kaksi ensimmäistä ovat hyvän työn edellytykset ja osaamisen

varmistaminen. (Kirkonpelto & Mäntyranta 2023, 7–8.) Kotona toteutettava laadukas palliatiivinen hoitotyö tarvitsee hyvinvoivan, osaavan ammattilaisen ja riittävät resurssit.

Opinnäytetyön yhteenvedona ja johtopäätöksinä voidaan todeta, että asiakkaan kotona toteutettavan laadukkaan palliatiivisen hoitotyön lähtökohta on vahvaan monipuoliseen ammattiosaamiseen pohjautuva moniammatillinen yhteistyö asiakkaan hyväksi ja hoitotyöntekijöiden hyvinvoinnin ja osaamisen vahvistaminen. Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamista tulee vahvistaa. Hoitotyön henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen edistää yksilön ammatillista kasvuprosessia ja moniammatillisen työyhteisön kehittymistä hyvän ja laadukkaan kotona annettavan palliatiivisen hoitotyön mahdollistajaksi. Tällöin palliatiivisen hoidon asiakas saa vahvan ammatillisen hoidon yksilöllisenä, ainutkertaisena inhimillisenä ihmisenä.

7.2. Luotettavuus

Tieteelliseltä tutkimustyöltä vaaditaan oikeellisuutta ja luotettavuutta. On luotettava, että tutkimuksesta saadut tulokset ovat oikeita ja tosia. Luotettavuuden vaatimus kohdistuu koko tutkimusprosessiin, menetelmien valinnasta prosessiin ja tuloksiin (Toikko & Rantanen 2009, 121). Luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana on riittävän tarkka ja rehellinen dokumentointi läpi tutkimuksen (Kananen 2014, 134). Opinnäytetyö on tekijälle ensimmäinen toimintatutkimus ja tutkimuksen säännöllisellä ohjauksella on ollut suuri tuki ja merkitys riittävän tarkan dokumentoinnin toteutumisessa.

Toimintatutkimus on käytännönläheinen, osallistava ja reflektiivinen tutkimus ja kehittämisprojekti. Toimintatutkimuksen avulla pyritään muutokseen yhdistämällä teoria ja käytäntö. (Heikkinen ym. 2006, 27–34.) Opinnäytetyötä voidaan siis hyödyntää käytännön työn kehittämisessä, tässä tapauksessa opinnäytetyötä hyödynnetään kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämiseksi.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan perinteisesti tarkastella reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkastelee toistettavuutta eli onko tutkimus toistettavissa. Validiteetti tarkastelee tutkimusmenetelmien ja tutkittavan kohteen sopivuutta, onko menetelmät ja mittarit oikeita suhteessa tutkittavaan ilmiöön. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 147.) Toimintatutkimuksen luonteen vuoksi luotettavuuden tarkastelussa reliabiliteetin ja validiteetin avulla liitetty haasteita (Toikko & Rantanen 2009, 121). Toimintatutkimus sisältää määrällisen ja laadullisen tutkimuksen menetelmiä (Heikkinen ym. 2006, 36). Luotettavuutta voidaan arvioida laadullisessa

tutkimuksessa reliabiliteetin ja validiteetin sijaan neljällä seuraavalla ominaisuudella: luotettavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Luotettavuutta ja siirrettävyyttä voidaan toimintatutkimuksessa arvioida sen suhteen, ovatko syklien johtopäätökset kuinka johdonmukaisia suhteessa seuraavan syklin kehittämiskysymykseen. (Toikko & Rantanen 2009, 125). Tämän opinnäytetyön syklien johtopäätökset ovat ohjanneet uuden syklin aloitusta, ja aineisto on käyttökelpoinen ja tarkoituksenmukainen opinnäytetyön aineiston keruuseen kohdennetulla alueella.

Riippuvuus tarkoittaa tutkimustulosten ristiriidattomuutta. Ristiriidattomuutta voi vahvistaa tarkalla, rehellisellä ja aukottomalla dokumentoinnilla. (Kananen 2014, 133.) Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, onko tulokset vahvistettavissa muiden tutkijoiden tuloksilla. Vahvistettavuutta lisää viittaukset muihin tutkimuksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön johtopäätökset ovat olleet vahvistettavissa toisten tutkimusten tuloksilla ja valtakunnallisilla palliatiivisen hoitotyön kehittämissuunnitelmilla.

Reliabiliteetin ja validiteetin sijaan toimintatutkimuksessa voidaan arvioida myös vakuuttavuutta. Vakuuttavuus perustuu Lincolnin ja Cuban teorian mukaan uskottavuuteen ja johdonmukaisuuteen. Uskottavuus mittaa tutkittavan ilmiön tai aineiston kontekstin ymmärtämistä ja johdonmukaisuus tutkittavan aineiston huolellista ja läpinäkyvää käsittelyä. (Toikko & Rantanen 2009, 123–124.) Opinnäytetyön uskottavuutta ja aiheen kontekstin ymmärtämistä lisää opinnäytetyöntekijän oma ammatillisuus ja työskentely tutkittavan aiheen parissa.

Toimintatutkimus on osallistavaa ja kehittämistyötä eli tutkimuksella pyritään todellisuuden muuttamiseen ja on sen vuoksi yleensä tilanteeseen sidottu (Ojasalo ym. 2009, 59). Tästä johtuen siirrettävyys ei ole toimintatutkimuksen varsinainen tarkoitus, vaan siirrettävyyden sijaan voidaan tarkastella tulosten käyttökelpoisuutta (Toikko & Rantanen 2009, 125). Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämiseksi, mutta tulokset ovat hyödynnettävissä myös muualla palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä.

7.3. Eettisyys

Tutkimuksen ja opinnäytetyön eettisyyden periaatteita ovat oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luotettavuus ja kunnioitus tutkimukseen osallistuvia kohtaan, haitan välttäminen sekä ihmisoikeuk-

sien kunnioittaminen (Kylmä & Juvakka 2007, 147). Tutkimusetiikka koskee tutkittavia eli aineiston hankintaa ja tutkimukseen osallistuvien suojaamista, yhteiskuntaa eli tiedon hyödyntämistä ja soveltamista sekä tieteen sisäisiä asioita eli tieteellistä toimintaa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti opinnäytetyössä tulee noudattaa hyviä tieteellisiä toimintatapoja. (Kuula 2011, 24–34.)

Opinnäytetyössä on noudatettu rehellisyyttä, avoimuutta, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta koko opinnäytetyön prosessin ajan. Tiedonhankintaa on tehty eettisesti kestävien menetelmien keinoin. Osaamisen kartoitukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista, eikä opinnäytetyön tekemisen aihe vahingoita ketään osallistujaa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3.) Opinnäytetyön osaamisen kartoituksella on haettu asianmukaisesti lupa erikseen jokaisesta mukana olleesta kotihoidon yksiköstä. Opinnäytetyössä ei ole tutkittu eikä käsitelty asiakkaisiin liittyvää tietoa tai aineistoa.

Opinnäytetyön aineiston hankinta ja käsittely ovat olleet lähteinä olleiden tutkimusten ja kirjoitusten tekijöitä ja työtä kunnioittavaa. Opinnäytetyössä on huolehdittu oikein asianmukaiset viittaukset aiempiin julkaisuihin hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3.) Opinnäytetyön aineistoina on käytetty riittävän uutta tutkittua, näyttöön perustuvaa aineistoa. Toisen syklin kirjallisuuskatsauksen valittujen aineistojen laadun arviointi suoritettiin JBI (Joanna Briggs Institute) laatimien laadullisen tutkimuksen tai järjestelmällisen katsauksen arviointikriteerien mukaisesti (Tutkimusten arviointikriteeritöt n.d).

Opinnäytetyön tulosten hyödyntämiseen kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä vaikuttaa opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus. Opinnäytetyön aineiston analyysi ja tulosten raportointi on tehty avoimesti ja rehellisesti, eettisyys ja avoimuus huomioon ottaen, että tulokset olisivat hyödynnettävissä ja palliatiivisen hoitotyön osaamista vahvistamassa. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 33.)

Aiheen valinta itsessään on jo osa tutkimuksen eettisyyttä. Varsinaisen aiheen valinta perustuu opinnäytetyöntekijän omakohtaiseen kokemukseen palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeesta kotihoidossa yleensä. Samalla aiheen valinnalla on myös yhteiskunnallinen näkökulma. Palliatiivisen hoitotyön osaamattomuus kotihoidossa johtaa usein asiakkaan siirtymiseen osastohoitoon tai tehostettuun palveluasumiseen kodeistaan ennen elämän loppua, vaikka suurin osa haluaisi olla omassa kodissaan elämänsä loppuun asti (Selvitys sääntelytarpeista ja työryh-

män näkemyksiä lainsäädännön muuttamisesta 2021, 101). Palliatiivisen hoitotyön osaamista tulee vahvistaa. Palliatiivisen hoitotyön toteuttaminen on ollut opinnäytetyön tekijän kokemuksen mukaan satunnaista ja näyttöön perustuvaa tietoa on ollut heikosti käytettävissä ja saatavilla. Lisäksi osaamisen taso on ollut vaihtelevaa ja aiheuttanut kotihoidon henkilöstölle työstä aiheutuvaa kuormitusta. Kotona toteutettavaan palliatiiviseen hoitotyöhön liittyy lisäksi erityispiirteitä joihin kotihoidon työssä ei välttämättä ole ollut riittävästi resursseja eikä osaamista. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja inhimilliseen palliatiiviseen hoitoon ja oikeus kuolla kotona niin halutessaan (Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003, 14). Iäkkäiden ihmisten palliatiivisen hoidon laadun arvioinnissa on olennaiseksi kysymykseksi nostettu hoitotyön henkilöstön kyky tunnistaa palliatiivisen hoidon tarve (Finne-Soveri ym. 2022, 15). Opinnäytetyö vastaa tähän eettisesti tärkeään ja asiakkaan hoidon laadun kannalta olennaiseen osaamiseen kehittämisen tarpeeseen.

7.4. Kliinisen asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyö sisältyy ylemmän ammattikorkeakoulun opintoihin. Ylemmän ammattikorkeakoulun opintojen tavoitteena on asetusten mukaisesti, että tutkinnon suorittaneella on laajat ja syväälliset tiedot sekä riittävät teoreettiset tiedot toimia asiantuntijatehtävissä, johtamistehtävissä sekä työelämän kehittämistehtävissä sekä valmiudet elinikäiseen oppimiseen ja jatkuvaan oman ammattitaidon kehittämiseen (A 120/2017). Valtioneuvoston asetusten mukaisesti ylemmän ammattikorkeakoulun opintojen osaamiskokonaisuus asettuu NQF:n tasolle 7, jossa tavoitteena on hallita laaja-alaiset, oman alansa menetelmät ja tiedot itsenäisen ajattelun ja tutkimuksen perustana (Auvinen 2022, 5; A 1129/2014).

Opinnäytetyön tavoitteena ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinnossa on kehittää ja osoittaa opiskelijan kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön (Opinnäytetyö N.d). Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt osaamista tutkimustiedon ja näyttöön perustuvan tiedon etsimisessä, arvioimisessa ja hyödyntämisessä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Näyttöön perustuvan tiedon soveltaminen käytännön työssä on kehittynyt ja tarve kehittyä on edelleen ajankohtainen.

Kuinka minä haluaisin viettää elämäni viimeiset hetket? Tämä omakohtainen kysymys herätteli miettimään palliatiivisen hoidon tilaa ja tarvetta yksilötasolta kohti laajempaa kokonaisuutta. Jokainen palliatiivisen hoidon toteuttaja, työn kehittäjä tai päättäjä on myös potentiaalinen palliatiivista hoitoa tarvitseva ihminen. Siksi palliatiivinen hoito ja sen kehittäminen koskettaa jokaista ihmistä ja antoi alun perin opinnäytetyön tekijälle sysäyksen opiskella palliatiivisen hoidon asiantuntijaksi. Opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisena tavoitteena oli ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintotavoitteen mukaisesti saada laaja-alainen tieto palliatiivisesta hoitotyöstä ja sen yhteiskunnallisesta merkityksestä sekä valmiudet seurata aiheeseen liittyvän tutkimustiedon ja ammattikäytännön kehitystä sekä laaja osaaminen ja tarvittavat teoreettiset tiedot toimia työelämän kehittäjänä palliatiivisen hoitotyön asiantuntijatehtävissä.

Asiantuntija jakaa osaamistaan yhteisöllisesti ja spontaanisti yli työyhteisörajojen tilanteiden mukaan, kehittää uusia tapoja jakaa tietoa ja toimii yhteistyössä erilaisissa verkostoissa. Asiantuntija kannustaa työyhteisöön kuuluvia henkilöistä osaamisen kehittämiseen. Asiantuntija myös tarkastelee osaamistaan ja uraansa, päivittää osaamisen tarpeitaan ja pyrkii laajentamaan osaamistaan vaihtelevissa tehtävissä erilaisissa työyksiköissä ja verkostoissa. (Hasu ym. 2010, 49–51.) Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnot ja opinnäytetyön tekeminen ovat ohjanneet tarkastelemaan omaa osaamista ja työuraani ja laajentamaan osaamista eri tilanteissa, uusissa työtehtävissä. Opintojen aikana on tapahtunut myös iso valtakunnallinen hyvinvointialueuudistus. Uudella hyvinvointialueella uudistetaan kotiin annettavien palveluiden rakenteita ja kehitetään kotisairaaloimintaa (Kotiin annettavia palveluita vahvistetaan Pohteella 2023). Opinnäytetyön tekijän tavoitteena on toimia mahdollisesti asiantuntijana tulevaisuudessa kotisairaalityön kehittämisessä.

Opinnäytetyön tekijällä on oltava myös valmiudet johtaa asioita ja ihmisiä NQF:n tason 7 tavoitteiden mukaisesti opinnäytetyöhön liittyvän projektiorganisaation johtamisessa ja opinnäytetyön etenemisen eri vaiheissa (A 120/2017). Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut osaamista projektin suunnittelussa ja toteuttamisessa. Henkilökohtaisen elämän asiat ja muutokset sekä ajankäytölliset haasteet ovat kuitenkin myös osoittaneet sen, että projektinhallinta tarvitsee riittävästi aikaa ja resursseja pysyäkseen aikataulussa. Armollisuus ja inhimillisuus ovat myös asiantuntijana tarpeen ja vahvistuneetkin huomattavasti henkilökohtaisina ominaisuuksina opinnäytetyön edetessä.

7.5. Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämissuunnitelmassa rajattiin osaamisen kehittäminen kolmeen kehittämistehtävään, jotka olivat palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, asiakkaan voinnin arviointi ja tarkkailu sekä palliatiivisen hoidon suunnittelu moniammatillisesti. Opinnäytetyössä esille tulleet muut palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeet ovat aiheita jatkotutkimuksille ja jatkokehittämislle. Näitä olivat osaamisen kehittäminen hengellisessä ja eksistentiaalisessa hoitotyössä, kuoleman kohtaamisessa, lääkkeettömässä kivunhoidossa, palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon integroimisessa osaksi kotihoitoa ja moniammatillista yhteistyötä sekä palliatiivisen hoitotyön hoitotieteellisen tiedon hyödyntämisessä. Kartoituksen tuloksien perusteella jatkotutkimusaiheena nousee esille seuraavat kysymykset:

Miten moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää palliatiivisessa hoidossa kotiin annettavissa palveluissa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella?

Miten kotihoidon henkilöstön hengellisen ja eksistentiaalisen hoitotyön osaamista voidaan vahvistaa?

Miten kotihoidon henkilöstön lääkkeettömän kivunlievityksen osaamista palliatiivisessa hoitotyössä voidaan vahvistaa?

Lisäksi hyvinvointialueuudistuksen resurssihaasteiden vuoksi jatkotutkimusaiheena nousee seuraavat kysymykset:

Miten kotiin annettavien palveluiden palliatiivisen hoidon lisääntyvään tarpeeseen vastataan Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella?

Lähteet

A 1129/2014. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 18.12.2014/1129. Saatavilla 21.11.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141129>

A 120/ 2017. Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehystä 23.2.2017/120. Saatavilla 21.11.2021 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170120>

Auvinen, P., Asikainen, E., Hakonen, A., Marjanen, P., Risku, P. & Silvennoinen, S. (2022). Suositus ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista ja niiden soveltamisesta. Arene. Saatavilla 8.4.2023 https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_nqf.pdf

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. (2022). Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>

Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo H. (2022). Elämän loppuvaihetta pitäisi suunnitella iäkkäiden palveluissa enemmän. Tutkimuksesta tiiviisti 58/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-989-4>

Hasu, M., Kupiainen M., Känsälä M., Kovalainen A., Leppänen A. & Toivanen M. (2010). Onnistu osaamisen uudistajana Osaamisen ja uran innovatiivinen ja tasa-arvoinen kehittäminen. Helsinki. Työterveyslaitos ja Turun yliopiston Kauppakorkeakoulu.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) (2006). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Kansanvalistusseura

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2013). Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo. Fioca.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. (2002). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla 5.4.2023 https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylä. Suomen yliopistopaino Oy

Kirkonpelto, T-M. & Mäntyranta, T. (2023). Tiekartta 2022–2027 Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden työryhmä. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7178-3>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Helsinki. Skhole Oy.

Kotiin annettavia palveluita vahvistetaan Pohteella (2023). Pohde Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue. Saatavilla 8.4.2023 <https://pohde.fi/ajankohtaista/uutiset/kotiin-annettavia-palveluita-vahvistetaan-pohteella/>

Kuula, A. (2011). Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2009). Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy

Opinnäytetyö. (N.d.). Kainuun ammattikorkeakoulu. Saatavilla 8.4.2023 <https://edukainuu.sharepoint.com/sites/KAMKOpiskelijapalvelut2/SitePages/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6.aspx>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. (2003). Työryhmäraportti. ETENE. Saatavilla 8.4.2023 <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Työryhmän+raportti+saattohoidosta.pdf>

Seow, H. & Bainbridge, D. (2017). A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. *Journal of Palliative Medicine* 21(1), 37–44. DOI: 10.1089/jpm.2017.0392

Selvitys sääntelytarpeista ja työryhmän näkemyksiä lainsäädännön muuttamisesta (2021). Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:23. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5667-4>

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy

Tutkimusten arviointikriteeristöt (N.d). Hotus hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 8.4.2023 <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Riskienhallintasuunnitelma

Todettu riski	Mahdollinen seuraus	Ennaltaehkäisevä toimenpide	Vastuuhenkilö
Liian tiukka aikataulu	Opinnäytetyön viivästyminen	Hyvä ja tarkka aikataulus	Projektipäällikkö
Osallistujien kielteinen suhtautuminen osaamisen kartoitukseen	Opinnäytetyön viivästyminen tai pysähtyminen	Hyvä informointi Projektiryhmän motivointi Osallistujien motivointi	Projektipäällikkö Ohjausryhmä
Opinnäytetyöntekijän jaksaminen	Opinnäytetyön viivästyminen	Hyvä aikataulus ja ajankäytön priorisointi sekä hyvinvoinnista huolehtiminen	Projektipäällikkö
Aineiston tuhoutuminen	Opinnäytetyön viivästymien ja aineistoin uudelleen hankkiminen	Hyvä aineiston hallinta ja käsittely, varmuuskopiointi ja aineiston säilyttäminen pilvipalvelussa	Projektipäällikkö

Laadun arviointi

Saukkonen ym. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana –systemaattinen kirjallisuuskatsaus

JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle Tätä tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden käsikirjaan arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä linkistä. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA).

Arvioija: Heli Härkönen

Päiväys 21.1.2022

Tekijä: Saukkonen M., Lehto, J., Viitala, A. & Åstedt-Kurki, P. (2017). Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana

Arviointikriteeri K E ? NA

- | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Onko hakustrategia asianmukainen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan Kommentteja (mukaan lukien syy hylkääseen):

Tulos 9/11

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden käsikirjaan arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä linkistä. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija: Heli Härkönen

Päiväys 21.1.2022

Tekijä: Anttonen, M.

(2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa: substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Arviointikriteeri K E ? NA

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan Kommentteja (mukaan lukien hylkäyksen syy):

Tulos 10/10

Kirjallisuuskatsauksen lähteet ja laadunarviointi

Tutkimuksen tekijä, vuosi, julkaisun nimi, tutkimuspaikka	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimuksen aineisto ja tutkimustyyppi	Keskeiset tulokset	Laadunarviointi (JBI)	Näytön aste
Anttonen, M. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa: substansiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta	Tarkoitus tuottaa saattohoitoa kuvaava substansiivinen teoria analysoimalla kokemuksia saattohoidosta. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla mahdollistaa potilaan ja perheen tarpeista lähtevä saattohoidon kehittäminen.	Laadullinen haastattelututkimus	Saattohoitoa tulee kehittää huomioiden potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan muodostama kokonaisuus, jossa yksilöllinen saattohoito voi toteutua.	JBI 10/10	B
Chantal, Y.J., de Veer, A.J.E., de Groot, K. & Franke, A.L. (2021). Home care nurses more positive about the palliative care that is provided and their own competence than hospital nurses: a nationwide survey	Tarkoitus selvittää sairaalassa ja kotihoidossa annettavan palliatiivisen hoidon tasoa ja eroja sekä sairaanhoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon osaamisesta ja laadusta. Tutkitun tiedon pohjalta voidaan kehittää palliatiivista osaamista niin sairaalassa kuin kotihoidossa.	Poikkileikkaustutkimus	Kotihoidon sairaanhoitajat olivat positiivisempia palliatiivisen hoidon laadusta ja kokivat enemmän olevansa päteviä antamaan palliatiivista hoitoa. Laatu arvioitiin hyvästä erinomaiseen mutta kehitysehdotuksia oli silti niin sairaalan kuin kotihoidon palliatiivisen hoidon kehittämiseen.	JBI 8/10	B
Haho A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys	Tutkimus kuvaa palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden kokemuksia eksistentiaalisesta kärsimyksestä, siihen vaikuttavista tekijöistä ja ilmenemismuodoista. Tavoitteena tuottaa tietoa saattohoidon kehittämiseksi.	Tutkimus (teemahaastattelut, tutkimuspäiväkirjat)	Kuolevalla on tarve pohtia sen hetkistä ja kuolemajälkeistä olemistaan. Ammattilaisten tulee tarjota siihen mahdollisuus.	JBI 9/10	C
Lipponen, V. & Karvinen, I. (2015). Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina	Tarkoituksena kuvata yhden suuren suomalaisen kaupungin laitos- ja kotihoidon hoitohenkilöstön ja lääkäreiden koulutustarpeita palliatiivisessa ja saattohoidossa. Tavoite	Laadullinen tutkimus	Yhden suuren suomalaisen kaupungin kotihoidon henkilöstö ja lääkärit tunnistavat omassa palliatiivisen ja saattohoidon osaamisessaan monen tasoisia koulutustarpeita, joka asettaa uusia haasteita osaamisen kehittämiseksi, hoitotyön johtamiselle, koulutusta järjestäville tahoille ja hoitotieteen tutkimukselle.	JBI 6/10	C
Sarivaara, S., Lämsä R. & Seppälä, U. (2018) Kuolema vuodeosastolla - kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset	Artikkelissa tarkastellaan, millaiset edellytykset vuodeosasto tarjoaa kuolevan potilaan hyvälle hoidolle. Tavoite antaa kehittämissuhteita tilanteessa, jossa terveyskeskussairaala on saattohoidon toteuttaja	Laadullinen haastattelututkimus	Kuolevan potilaan hyvään hoitoon vaikuttavat keskeiset tekijät liittyvät tilallisiin, ajallisiin ja toiminnallisiin rakenteisiin. Kuolevan hyvän hoito on saattohoitosuosituksen mukaista hoitoa	JBI 7/10	C
Saukkonen M., Lehto, J., Viitala, A. & Åstedt-Kurki, P. (2017). Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana	Tarkoitus selvittää palliatiivisen hoidon vaiheessa olevan syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä. Tavoite tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja koulutuksen kehittämiseksi.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Syöpäpotilaiden ja heidän läheisten selviytymistä palliatiivisen hoidon vaiheessa edistivät sairauden hyväksyminen ja varhainen palliatiivinen hoito, osallisuus ja voimavarojen tukeminen.	JBI 9/11	C
Seow, H. & Bainbridge, D. (2017). A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home	Tavoitteena yhdistää katsauksen avulla kotihoidon olennaiset tekijät onnistuneiden toimintatapojen, potilaiden ja omaisten näkökulmien sekä terveydenhuollon ammattilaisten näkemysistä.	Laadullinen metatäyteen	Kuusi laadukkaan palliatiivisen kotihoidon olennaisia osatekijää olivat tutkimuksissa: Integroitoryhmätyö, kivun ja fyysisten oireiden hallinta, kokonaisvaltainen hoito, välittävä, myötätuntoinen ja ammattitaitoinen henkilökunta, oikea-aikainen ja reagoiva hoito sekä potilaan ja perheen valmius	JBI 9/11	B
Tipseankhum, N., Tongprateep, T., Forrester, D.A. & Silpasuwun, P. (2016). Experiences of	Tarkoituksena kuvata palliatiivisten potilaiden kokemuksia kotona tapahtuvasta palliatiivisesta hoidosta.	Laadullinen haastattelututkimus	Tuloksissa tuli esiin kolme pääteemaa: Olotila eli kokemuselämän loppu edessä, elämänlaatu eli kokemus	JBI 9/10	C

People with Advanced Cancer in Home-Based Palliative Care	sesta hoidosta. Tavoitteena tiedottaa palliativisten potilaiden kotona tapahtuvasta hoitotyöstä.		tyytyväisyydestä ja hoidosta, myötätuntoinen hoito eli kokonaisvaltainen lähestymistapaohitajan apu, resurssit ja tarvikkeet.		
Vattula, K., Rajala M., Kuivila H-M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Lähihoitajien kokemukset palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.	Tarkoituksena kuvailla lähihoitajien kokemuksia palliativisen ja saattohoidon osaamisesta. Tavoitteena saada uutta tietoa lähihoitajien palliativisen ja saattohoidon osaamisen koulutuksen ja opetuksen suunnitteluun ja kehittämiseen.	Laadullinen tutkimus	Lähihoitajat kokivat tarvitsevansa osaamista palliativisessa ja saattohoidossa vuorovaikutuksesta, moniammatillisesta yhteistyöstä, viestintä- ja suunnitteluosaamisesta sekä perustietoa lääketieteestä ja -hoidosta, fysiologiasta, hoitotieteestä, tunteiden prosessoinnista, kulttuurista, uskonnoista, oirehoidosta, kuoleman kohtaamisesta, eettisyydestä ja lainsäädännöstä sekä hyvinvointitaidoista.	JBI 9/10	C
Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.	Tarkoituksena kuvailla potilaiden ja läheisten kokemuksia hoitajien palliativisen ja saattohoidon osaamisesta. Tavoitteena saada uutta tietoa osaamisesta koulutuksen ja opetuksen kehittämiseen.	Laadullinen tutkimus	Potilaiden ja läheisten kohtaamisessa korostui monipuolisesti vuorovaikutukseen liittyvä osaaminen, vahva teoreettinen tiedon hallinta, oirehoito ja yksilöllinen ohjausosaaminen sekä taito inhimilliseen palliativiseen ja saattohoitotyöhön.	JBI 9/10	C

Aineiston analyysi

ALATEEMAT

a. asiakkaan kohtaaminen
 b. läheisten kohtaaminen ja tukeminen
 c. ajan antaminen
 d. kosketus
 e. kommunikointitaidot
 f. yksilöllisyys
 g. kivunhoito
 h. somaattinen hoitotyö
 i. lääkehoito
 j. palliatiivinen hoitotyö
 k. perushoitotyö
 l. kuntouttava hoitotyö
 m. kuoleman jälkeinen hoitotyö
 n. ohjaamisosaaminen
 o. kotisaattohoitotyö
 p. psykososiaalinen hoito
 q. eksistentiaalinen tuki
 r. eettisyys ja arvot
 s. kuuntelemisen taito
 t. läheisten huomioiminen
 u. moniammatillinen yhteistyö
 v. tiimikeskusteluihin osallistuminen
 w. hoitotyön suunnittelu
 x. hyvät vuorovaikutustaidot
 y. moniammatillinen hoito
 z. kirjaaminen ja raportointi
 å. hoitotyöosaaminen
 ä. Hoitotieteellinen tieto
 ö. Tunteiden prosessointi
 aa. Kulttuuri- ja uskontosensitiivisyys
 bb. psyykinen oirehoito
 cc. kuoleman kohtaaminen
 dd. Potilaan oikeudet ja lainsäädäntö
 ee. hoitajan jaksaminen
 ff. ammatillisuuden kehittäminen
 gg. yksityisyys
 hh. kouluttautuminen
 ii. Kiinnostus palliatiiviseen hoitotyöhön
 jj. Läsnäolo
 kk. Vuorovaikutustaidot
 ll. hoitajan omat tunteet
 mm. Kollegiaalinen tuki
 nn. Arvostava kohtaaminen ja kohtelu
 oo. Potilaan oikeudet ja hoitotahto
 pp. Tiedon antaminen
 qq. Luottamus ammattilaisiin
 rr. ammatillinen koulutus
 ss. Riittävä henkilöresurssi
 tt. työn merkityksellisyys hoitajalle
 uu. Kokonaisvaltainen hoitotyö
 vv. hengellinen tuki
 ww. arvokkuus ja eettisyys
 xx. arvot ja asenteet
 yy. potilaan kohtaaminen
 zz. potilaan oikeudet
 åå. kotihoito
 ää. Lääkehoidon mahdollisuus
 öö. palliatiivisen hoidon integrointi ja saatavuus
 aaa. Emotionaalinen tuki
 bbb. ohjaus ja tiedon antaminen
 ccc. hoitajan rohkeus
 ddd. potilaan elämän tukeminen
 eee. omaisten tukeminen
 fff. Hoitajan rohkeus kohdata

YLÄTEEMAT

A. Hoitajan vuorovaikutustaidot
 (a, b, c, d, e, s, x, jj, kk, yy, fff, qqq, äää)

B. Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen ja perhekeskeisyys
 (f, t, gg, eee, yyy, 4a, 4b, 4i, 4j, 4å)

C. Potilaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus
 (dd, oo, zz, jjj)

D. Somaattisen hoitotyön osaaminen
 (g, h, k, å, ttt, www, 4g)

E. Lääkehoidon osaaminen
 (i, ää)

F. Palliatiivisen hoitotyön osaaminen
 (j, l, m, cc, uu, öö, 4h, 4m, 4w)

G. Ohjaamisosaaminen ja tiedon anto
 (n, pp, bbb, iii, 5b)

H. Kotona tehtävän hoitotyön osaaminen
 (o, åå, 4d, 4e, 4r, 4s)

I. Psykososiaalisen hoitotyön osaaminen
 (p, q, bb, qq, aaa, ddd, kkk, III, mmm, uuu, 4z)

J. Eettinen osaaminen ja arvot
 (r, nn, ww, xx, zzz)

K. Hyvinvoinnista huolehtiminen
 (ö, ee, ll, ggg, nnn, rrr)

L. Moniammatillinen yhteistyö
 (u, y, ss, 4c, 4k, 4t, 4v)

PÄÄTEEMAT

I. Vuorovaikutusosaaminen
 (A, G)

II. Yksilöllisen hoitotyön osaaminen
 (B, C, I, Q, T)

III. Palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen
 (D, E, F, O, P)

IV. Ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen
 (J, K, R, S)

V. Moniammatillinen yhteistyö
 (H, L, M, N)

ggg. omien pelkojen ja tunteiden käsitteleminen	M. Kollegiaalinen tuki (mm, 5a)
hhh. osaamisen puutteet ja ammatillinen kehittyminen	
iii. tiedon merkitys potilaalle	N. Viestintäosaaminen (v, z, 4l, 4u)
jjj. potilaan itsemääräämisoikeus	
kkk. potilaan ja omaisten tunteet ja pelot	
lll. kokonaisvaltainen hoito ja kohtaaminen	O. Hoitotyön suunnitteluosaaminen (w, xxx, 4n, 4q, 4y)
mmm. luottamuksellinen hoitosuhde	
nnn. hoitajien voimavarat	
ooo. ammatillinen osaaminen ja luottamus ammatillisuuteen	P. Hoitotieteellinen osaaminen (ä, 4x)
ppp. Työmotivaatio	
qqq. tilan ja ajan antaminen	
rrr. hoitajan kasvuprosessi	
sss. kouluttautuminen	Q. Kulttuuri- ja uskontosensitiivisyys (aa, vv, äää, 4f)
ttt. ammatillinen hoito-osaaminen	
uuu. potilaan psykososiaalisuus	
vvv. hoidon laatu	R. Ammatillisuuden kehittäminen (ff, hh, rr, hhh, ooo, sss, 4p, 4ö)
www. tarpeisiin vastaaminen	
xxx. hoidon jatkuvuus	
yyy. läheisten läsnäolo	S. Kiinnostus ja innostuneisuus (ii, tt, ccc, ppp, 4ä)
zzz. ihmisarvo	
äää. uskonnonvapaus	
äää. rauhoittava kosketus	
ööö. asiakkaan tyytyväisyys	
4a. Yhteistyö hoidossa omaisten kanssa	T. Hoidon laadukkuus (vvv, ööö, 4o)
4b. omaisten huolehtiminen	
4c. resurssit ja materiaalit	
4d. integroitu kotisaattohoito	
4e. tuki kotihoidossa	
4f. kulttuurisensitiivisyys	
4g. Tekninen ja fyysinen hoitotyö	
4h. Kuolemasta ja potilaan elämästä keskusteleminen	
4i. läheisten tukeminen hoidossa	
4j. läheisten tukeminen jaksamisessa	
4k. vertais- ja moniammatillinen yhteistyö	
4l. viestintätaidot	
4m. palliatiivisen hoidon tunnistaminen	
4n. hoidon suunnittelun merkitys	
4o. laatutekijät	
4p. ammatillinen koulutus	
4q. oikea-aikaisuus	
4r. kotisaattohoidon ymmärtäminen	
4s. hyvä hoitotyö kotona	
4t. yhteistyö hoitoyksiköiden välillä	
4u. sujuva tiedonsiirto ja viestintä	
4v. toiminnan resurssi ja tuki	
4w. palliatiivinen perushoitotyöosaaminen	
4x. palliatiivinen asiantuntijuus	
4y. ennakoiva hoitosuunnitelma	
4z. kokonaisvaltainen lähestyminen	
4å. potilaan elämänlaatu	
4ä. Ammattilaisten sitoutuneisuus	
4ö. Ammattitaito	
5a. Emotionaalinen kollegiaalinen tuki	
5b. omaisten tukeminen ja ohjaaminen	

OSAAMISLUETTELO

1. Vuorovaikutusosaaminen

Vuorovaikutus

potilaan kohtaaminen kunnioittavasti ja inhimillisesti

omaisten kohtaaminen kunnioittavasti ja avoimesti

ajan antaminen ja kiireetön kohtaaminen

tilan antaminen ja potilaan reviirin kunnioittaminen

sanaton viestintä ja rauhoittava kosketus

potilaan kuunteleminen

Ohjaamisosaaminen ja tiedonanto

tiedon antaminen sairaudesta ja hoidosta potilas huomioiden

tiedon merkityksen huomioiminen potilaalle

potilaan ohjaaminen

omaisten ohjaaminen

2. Yksilöllisen hoitotyön osaaminen

Yksilöllisyyden huomioiminen ja perhekeskeisyys

potilaan yksilöllisyyden huomioiminen (elämänhistoria, omat tavat)

potilaan yksityisyyden huomioiminen

omaisten huomioiminen ja tukeminen

yhteistyö omaisten kanssa

potilaan elämänlaadusta huolehtiminen

Kulttuuri ja uskontosensitiivisyys

hengellisen tuen huomioiminen

uskonnonvapauden ymmärtäminen

kulttuurisensitiivisyys, kulttuuristen asioiden huomioiminen

Potilaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus

potilaan oikeuksien huomioiminen

lainsäädännön tunteminen

potilaan hoitotahdon huomioiminen hoitotyössä

itsemääräämisoikeuden huomioiminen hoitotyössä

Psykososiaalinen hoitotyö

eksistentiaalisen tuen huomioiminen

psykykinen oirehoito (oireiden seuranta, arviointi, hoito)

luottamuksellisen hoitosuhteen luominen

emotionaalisen tuen huomioiminen

potilaan ja omaisten tunteiden ja pelkojen kohtaaminen

Hoidon laatu

hoidon laatutekijöiden yhteys potilaan tyytyväisyyteen

potilaan tyytyväisyyden huomioiminen

3. Palliativisen hoitotyön erityisosaaminen

Somaattisen hoitotyön osaaminen

kivunhoito (seuranta, arviointi, hoito)

lääkkeetön kivunhoito

perushoitotyö

somaattinen oirehoito (oireiden seuranta, arviointi, hoito)

ammattillinen hoitotyöosaaminen (hoitotoimenpiteet

Lääkehoidon osaaminen

lääkehoidon perusteet

lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuudet

Palliativisen hoitotyön osaaminen

palliativinen hoitotyö (perustiedot ja -taidot)

kuntouttava hoito osana palliativista hoitotyötä

kuoleman jälkeinen hoitotyö

kuoleman kohtaaminen

palliativisen hoidon integrointi osaksi kotihoitotyötä

kuolemasta keskusteleminen

palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen

Hoitotyön suunnitteluosaaminen

hoidon suunnittelu ja arviointi

hoidon jatkuvuuden varmistaminen

ennakoiva hoitosuunnitelma (suunnittelu ja toteuttaminen)

Hoitotieteellinen osaaminen

hoitotieteellisen tiedon hyödyntäminen hoitotyössä

asiantuntijuus palliativisessa hoitotyössä

4. Ammatillisuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen

Eettinen osaaminen ja arvot

eettisen hoitotyöosaamisen tiedostaminen

omien arvojen tiedostaminen ja merkitys hoitotyöhön

arvostavan kohtaamisen taito

omien asenteiden tunnistaminen

ihmisarvon tunnustaminen

Ammatillisuuden kehittäminen

oman ammatillisuuden kehittäminen

omien osaamisen puutteiden tiedostaminen

luottamus omaan ammatillisuuteen

Kiinnostus ja innostuneisuus

kiinnostus palliatiiviseen hoitoon

oman työn merkityksellisyys hoitajana

rohkeus toimia hoitajana

työmotivaatio

sitoutuneisuus työhön

5. Moniammatillinen yhteistyö

Kotona tehtävän palliatiivisen hoitotyön osaaminen

kotona tehtävän palliatiivisen hoitotyön toteuttaminen

kotisaattohoitotyön toteuttaminen

saattohoidon integroiminen kotihoitoon

kotisaattohoidon merkityksen ymmärtäminen potilaalle

Moniammatillinen hoitotyö

moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen

yhteistyön tekeminen hoitoyksiköiden välillä

Kollegiaalinen tuki

kollegiaalinen tuen antaminen ja vastaanottaminen

emotionaalinen tuen antaminen ja vastaanottaminen työkaverina

Viestintäosaaminen

kirjaaminen ja raportointi

ammattilliset keskustelut oman tiimin kanssa

sujuva tiedonsiirto

viestintätaidot työyhteisön sisällä

Kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen

Hei arvoisa vastaaja!

Olen sairaanhoitaja yamk opiskelija Heli Härkönen. Opiskelen palliatiivisen hoidon kliinisen asiantuntijan opintoja. Tämä osaamiskartoitus on osa YAMK opinnäytetyötä, jossa tarkoituksena on kartoittaa Pohjois-Pohjanmaan uuden hyvinvointialueen kotihoidon henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaaminen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kotihoidon henkilöstön perustason palliatiivisen hoitotyön osaamista.

Kartoitukseen on haettu ja saatu lupa työyksikkösi vastuualuejohtajalta ja osallistumisesi on täysin vapaaehtoista. Tiedot kerätään nimettömänä. Sähköinen materiaali tallennetaan suojattuun pilvipalveluun, joka on pelkästään opinnäytetyöntekijän käytettävissä. Valmis opinnäytetyö tallennetaan Theseukseen, josta se on avoimesti luettavissa. Opinnäytetyön valmistuttua kerätty aineisto tuhoetaan asianmukaisesti noudattaen hyvän tieteellisen käytännön periaatteita.

Vastaamisesi vie aikaa noin puoli tuntia. Olen erittäin kiitollinen sinulle vastauksestasi ja hetkestä, jonka käytät vastataksesi! Kiitos!

Kiitos vastauksistasi ja antamastasi ajasta!

Heli Härkönen
heli.harkonen@muhos.fi