

Yhteistyömalli Turun kaupungin akuuttiosastoryhmän kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välillä

Kotisaattohoidon järjestämisen näkökulma

Pia Björklöf

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovård

Utbildning inom social- och hälsovård (Högre YH)

Utveckling och ledarskap

Åbo 2019



OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Pia Björklöf

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Kehittäminen ja johtaminen

Ohjaajat: Heli Vaartio-Rajalin ja Pia Liljeröth

Nimike: Yhteistyömalli Turun kaupungin akuuttiosastoryhmän kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välillä – Kotisaattohoidon järjestämisen näkökulma

Päivämäärä 21.2.2019

Sivumäärä 81

Liitteet 8

Tiivistelmä

Turun kaupungin sairaalapalveluiden akuuttiosastoryhmään perustettiin vuonna 2015 kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto. Samalla aloitettiin kotisaattohoidon järjestämisen kehittäminen. Opinnäytetyön aloitusvaiheessa kotisaattohoito toteutui osittain saattohoitokoordinaattoreiden ja osittain kotisairaalan toimesta. Tässä muodossa yhteistyö ja töiden vastuunjako oli epäselvää. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda yhteistyömalli akuuttiosastoryhmän kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välille, huomioiden sekä potilaan että toimijoiden näkökulma hyvän kotisaattohoidon saavuttamiseksi.

Potilaan näkökulman tarkastelu rajattiin toteutettavaksi ainoastaan teoreettisen viitekehyksen kautta. Toimijoiden näkökulmaa selvitettiin Delfi-tutkimusmenetelmää avuksi käyttäen. Delfi-kyselykierroksia käytiin kaksi ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää avuksi käyttäen. Delfi-kyselykierrosten asiantuntijoiksi kutsuttiin opinnäytetyön käsittelemistä yksiköistä 14 kotisaattohoidon hoitotyön asiantuntijaa.

Tuloksissa nousi esiin, että hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi tulee järjestää yöaikaisten kotikäyntien mahdollisuus, potilaalla tulee olla selkeä yhteydenpito, joka organisoii kaikkea kotisaattohoitoon liittyvää ja kotisaattohoidon järjestämiselle tulee saada riittävät resurssit.

Esitetyssä yhteistyömallissa ehdotetaan, että kotisaattohoito järjestetään erillisen kotisaattohoitotiimin toimesta. Tiimi koordinoi ja arvioi kaiken kotisaattohoidon potilaaseen liittyvän hoidon järjestelyn ja kantaa hoitovastuun. Kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto järjestää kotisaattohoidon yöaikaiset kotikäynnit sekä intervalli- ja lupapaikat. Kotisairaala keskittyy infektiopotilaiden hoitoon, tarjoten tarvittaessa resurssitukea tai vaihtoehtona kotisaattohoidon potilaiden hoidon järjestämiselle, mikäli potilas näin toivoo.

Kieli: suomi

Avainsanat: kotisaattohoito, kotisairaala, yhteistyömalli

EXAMENSARBETE

Författare: Pia Björklöf

Utbildning och ort: Social- och hälsovård, Högre YH

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap

Handledare: Heli Vaartio-Rajalin och Pia Liljeroth

Titel: Samarbetsmodell mellan de akutenheter inom Åbo stad som deltar i palliativ vård i hemmet

Datum 21.2.2019

Sidantal 81

Bilagor 8

Abstrakt

Åbo stad grundade år 2015 en avdelning för patienter vid livets slutskede. I samband med detta började man utveckla servicen för palliativ vård i hemmet. Då examensarbetet inleddes var vårdansvaret av palliativa patienter, som vårdades hemma, uppdelat mellan palliativa vårdens koordinatörer och hemsjukhuset. Samarbetet och arbetsfördelningen mellan dessa aktörer var oklart. Examensarbetets syfte var att skapa en samarbetsmodell mellan aktörerna, med målsättning att erbjuda möjligast god vård vid livets slutskede ur både patientens och aktörernas synvinkel.

Patientens synvinkel studerades endast utgående från en teoretisk referensram medan aktörernas synvinkel undersöktes med Delfi-teknikmetoden. Det utfördes två Delfi-rundor med påståenden, med 14 vårdprofessionella som deltar aktivt i vården av de palliativa patienterna. Svaren analyserades med hjälp av innehållsanalysmetoden. Av resultaten framgick att för att kunna erbjuda kvalitativ palliativ vård samt vård vid livets slutskede hemma, måste det finnas möjlighet till hembesök dygnet runt. Därtill behöver patienten en tydlig kontaktenhet som organiserar hela den palliativa vården. Detta kräver tillräckliga resurser.

I den presenterade samarbetsmodellen föreslås att den palliativa vården i hemmet organiseras av ett separat team. Teamet koordinerar allt det som god palliativ vård i hemmet kräver, samt bär det huvudsakliga vårdansvaret. Den palliativa bäddavdelningen organiserar hembesök nattetid samt intervallvård och erbjuder bäddplatser ifall hemmavarande palliativa patienter behöver avdelningsvård. Hemsjukhuset fokuserar på att vårda patienter med infektioner. Därtill står hemsjukhuset för resurstillägg vid behov, samt ett alternativ till vård hemma för palliativa patienter om någon så önskar.

Språk: finska

Nyckelord: palliativ vård i hemmet, hemsjukhus, samarbetsmodell

BACHELOR'S THESIS

Author: Pia Björklöf

Degree Programme: Master's degree, Turku

Specialization: Development and Leadership in Social- and Health Care Services

Supervisors: Heli Vaartio-Rajalin and Pia Liljeroth

Title: Co-operation Model for Units in Turku City Hospital - participating in end of life care at home

Date 21.2.2019

Number of pages 81

Appendices 8

Summary

In 2015 Turku City Hospital established a ward to support end of life (eol) homecare. At the same time a decision was made to further develop the organization for eol care at home. At the start of this study, eol care at home was partly responsible for palliative care coordinators and partly for the hospital at home unit. This created a situation where both way of co-operation and responsibilities were unclear. The purpose of this thesis was to create a model for co-operation between the units participating in eol care at home, taking in to account the perspective of both the patient and the actors to achieve good eol care at home.

The examination of the patient's perspective was limited to only a theoretical framework. The perspective of the actors was clarified using the Delfi Technique research method. The data were collected from two Delfi rounds of questionnaires, sent to fourteen health care experts in eol care at home from units in Turku city hospital. The data was analyzed by using the Content Analysis method.

The findings indicate that in order to implement good eol care at home, there needs to be a possibility for home visits at night-time. Also, a contact person or a team for the patient, who organizes all the matters related to eol care at home. Thirdly, adequate resources available will be needed.

The presented co-operation model suggests that eol care at home is organized by a separate team. This team coordinates and evaluates all care arrangements for the patient and assumes responsibility for the care. The eol care at home supporting ward, organizes night-time home visits and allocates resources for respite care and provides a ward place for the eol patient at home if hospital care is needed. The hospital at home unit focuses on treatment of infectious patients, providing resources and an alternative to arranging care for eol patient at home if the patient so wishes.

Language: Finnish
operation model

Key words: end of life care at home, hospital at home, co-

Sisällysluettelo

1	Johdanto	3
2	Kotisaattohoidon toimijat opinnäytetyön lähtötilanteessa	4
2.1	Kotisairaaloiminta.....	4
2.2	Kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto.....	5
2.3	Saattohoitokoordinaattorit.....	6
2.4	Yhteistyön taustaa kotisaattohoidon toimijoiden kokemana	7
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat	9
4	Teoreettinen viitekehys.....	9
4.1	Kotisairaala.....	9
4.2	Kotisaattohoito	12
4.3	Yhteistyö kotisaattohoidossa.....	14
4.4	Potilas ja omainen kotisaattohoidossa	15
4.4.1	Potilas kotisaattohoidossa.....	16
4.4.2	Omainen kotisaattohoidossa.....	18
4.4.3	Kotisaattohoidon mahdollistava tuki	19
4.5	Toimintamallit ja resurssit kotisaattohoidossa.....	22
4.5.1	Organisaatiotasolla.....	22
4.5.2	Henkilöstötasolla	25
4.6	Moniammatilliset vastualueet kotisaattohoidon toteuttamisessa	29
4.6.1	Lääkäri.....	30
4.6.2	Hoitaja.....	30
4.6.3	Sielunhoitaja	33
4.6.4	Fysioterapeutti	33
4.6.5	Ravitsemusterapeutti	34
4.6.6	Sosiaalityöntekijä.....	34
4.6.7	Vapaaehtoistyöntekijä.....	35
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	36
5.1	Tiedonhaku	36
5.2	Tutkimusmenetelmä.....	38
5.2.1	Ensimmäinen Delfi-menetelmä kyselykierron	40
5.2.2	Toinen Delfi-menetelmä kyselykierron.....	41
5.3	Eettisyys	42
5.4	Luotettavuus	43
6	Tulokset	46
6.1	Ensimmäisen Delfi-kyselykierron tulokset	46

6.1.1	Tulokset näkökulmaan 1 A ja B – etäyhteys vai kotikäynti	46
6.1.2	Tulokset näkökulmaan 2 – yhteydenpidon vastuun tietoisuus.....	49
6.1.3	Tulokset näkökulmaan 3 – lupapaikan järjestyminen	50
6.1.4	Tulokset näkökulmaan 4 – toimijoiden väliset tehtävänjaot	52
6.1.5	Tulokset näkökulmaan 5 – yksikön riittävät resurssit	54
6.1.6	Tulokset näkökulmaan 6 – yksikön riittävä osaaminen.....	55
6.1.7	Tulokset näkökulmaan 7 A ja B – kollegan, esimiehen ja organisaation tuki	56
6.1.8	Tulokset kysymykseen 8 – kotisaattohoitojärjestelmän kehittäminen	58
6.2	Toisen Delfi-kyselykierroksen tulokset	59
6.2.1	Tulokset näkökulmaan 2/1 – yöaikaiset kotikäynnit.....	60
6.2.2	Tulokset näkökulmaan 2/2 – kotisaattohoitopotilaan vastuuhenkilö	62
6.2.3	Tulokset näkökulmaan 2/3 – kotisaattohoitopotilaan lupapaikka.....	63
6.2.4	Tulokset näkökulmaan 2/4 – kotisaattohoidon järjestävä taho	65
6.3	Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset.....	66
6.3.1	Hyvää kotisaattohoitoa edistävä toiminta potilaan näkökulmasta	66
6.3.2	Hyvää kotisaattohoitoa edistävä toiminta toimijoiden näkökulmasta	69
6.3.3	Kotisaattohoidon yhteistyömalli	71
6.3.4	Kotisaattohoidon toimijoiden tilanne helmikuussa 2019	74
7	Pohdinta.....	75
	Lähteet.....	78

Liitteet

Liite 1	Opinnäytetyön tutkimusluvut
Liite 2	Tiedonhaku
Liite 3	Hyvän kotisaattohoidon edellytyksiä – sisällönanalyysi
Liite 4	Ensimmäisen Delfi-kyselyn saatekirje ja kysymykset
Liite 5	Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen vastausten aineistopohjainen sisällönanalyysi
Liite 6	Toisen Delfi-kyselyn saatekirje ja kysymykset
Liite 7	Toisen Delfi-kyselykierroksen vastausten aineistopohjainen sisällönanalyysi
Liite 8	Kotisaattohoidon yhteistyömalli

1 Johdanto

Tutkimuksissa on todettu, että maailmanlaajuinen väestön kasvu ja ikääntyminen johtaa kuolemaan johtavien sairauksien nousuun, jolloin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve kasvaa. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan aktiivista, kokonaisvaltaista, parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen omaistensa hoitoa. Arviolta noin 20 miljoonaa ihmistä maailmassa on palliatiivisen hoidon tarpeessa. Terveystieteiden ammattiryhmistä sairaanhoitajat ovat suurin ammattiryhmä. Tämän vuoksi sairaanhoitajien työ saattohoidon järjestämisessä on strategisesti tärkeässä asemassa potilaan ja läheisten saattohoidon toteutumisessa. (Fitch, et al., 2015, pp. 150-152; Saarto, et al., 2015, p. 10). Sairaanhoitajaliiton huhtikuussa 2017 jäsenilleen tekemän kyselyn tuloksissa ilmeni, että yhdeksän kymmenestä sairaanhoitajasta koki, ettei saattohoitoa ole kehitetty Suomessa riittävästi. Kehitystyötä pidettiin ensiarvoisen tärkeänä. (Rajala, 2017, p. 9). Kansainvälisissä raporteissa todetaan, ettei Suomi toteuta niitä suosituksia, joita EU ja WHO ovat asettaneet inhimilliselle kuolemalle ja kärsimyksen lievittämiselle (Hänninen & Luomala, 2013, p. 11). Vuonna 2012 Suomessa pystyttiin järjestämään kotisaattohoitoa vain viidelle prosentille tarvitsijoista. (Saarto, et al., 2015, p. 573).

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut vuonna 2010 *Hyvä saattohoito Suomessa* -suosituksen. Suosituksessa mainitaan yhtenä kehittämiskohteena, että sairaanhoitopiirien tulee selkiinnyttää potilaan saattohoitopolku, jossa tulee kiinnittää erityinen huomio kotisaattohoidon järjestämismahdollisuuksiin. (Sosiaali ja terveysministeriö, 2010). Joulukuussa 2017 julkaistiin Tiina Saarron johtaman asiantuntijaryhmän STM:n tilaama raportti *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*. Raportti pohjaa aikaisempiin suosituksiin antaen konkreettisemmat suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmille palliatiivisen ja saattohoidon palveluketjuista sekä osaamis- ja laatuksiteereistä. Raportti avaa palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportaisen mallin sisältöä käytännön tasolla toimijoiden vastuualueiden sisällöstä ja jaosta sekä osaamisvaatimuksista. Kotisaattohoidon järjestämisvastuu on mainittu kotisairaalan tehtävänä. Kotisairaaloitten toimintaan kuuluvaa sisältöä on kuvattu eritasoisena saattohoidon järjestämisen tasosta riippuen. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017).

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla toteutettiin mittava toimialatasoinen organisaatiomuutos vuoden 2015 alussa. Sairaaloitten osalta muutos johti Turun kaupunginsairaalan (TKS) ja Kaskenlinnan sairaalan yhdistymiseen. Sairaalapalveluiden kahdeksi kehittämisen osalta keskeiseksi painopisteeksi valikoitui kuntoutus ja saattohoito.

Maaliskuussa 2015 sairaalapalveluihin perustettiin kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto, pohjaksi kotisaattohoitotoiminnan aloittamiselle. Samalla perustettiin saattohoitokoordinaattorin toimi yhteyshenkilöksi kotisaattohoidossa olevien potilaiden ja eri terveydenhuollon yksiköiden välille. Sairaalapalveluihin kuuluu myös kotisairaalayksikkö. Kotisairaalan pääasiallisena tehtävänä on tarjota sairaalatasoista hoitoa potilaan kotona, tällä tavoin korvaten vuodeosastolla tapahtuvan hoidon. Jotta lisääntynyt kotisaattohoidon tarve pystyttiin hoitamaan, lisättiin vuoden 2016 alussa kotisairaalan sairaanhoitajamäärää kuudesta yhdeksään. Ensimmäisen toimintavuoden kehitystyö saattohoitokoordinaattorin ja kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston osalta oli osoittanut kotisaattohoidon lisääntyneen tarpeen Turussa, jossa kotisaattohoidossa olevien potilaiden määrä oli vakiintunut noin sataan.

Turun kaupungin kotisairaalan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston ja saattohoitokoordinaattoreiden välinen yhteistyö oli tämän opinnäytetyön aloittamisen aikana vielä alussa eikä jäsentynyttä yhteistyömuotoa ollut löytynyt. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kotisaattohoidon toteuttamisen yhteistyömalli Turun kaupungin sairaalapalveluiden kotisaattohoidon toimijoiden välille. Yhteistyömallin avulla haetaan kotisairaalan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston sekä saattohoitokoordinaattoreiden yhteistyön ja työnjaon selkiinnyttämistä, tavoitteena tarjota potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisimman hyvää ja sujuvaa kotisaattohoitoa. Opinnäytetyön tutkimusongelmat tarkastelevat, millainen yhteistyömalli takaa hyvän kotisaattohoidon järjestämisen potilaan ja toisaalta toimijoiden näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan potilaan näkökulmaa kotisaattohoidon toteuttamisessa ainoastaan kirjallisuuden perusteella. Toimijoiden näkökulmaa on selvitetty Delfi-tutkimusmenetelmää avuksi käyttäen. Delfi-kyselykierroksia käytiin kaksi ja ne kohdennettiin opinnäytetyön aiheena olevien yksiköiden saattohoidon hoitotyön ammattilaisille. Tämän opinnäytetyön tilaajana toimii Turun kaupungin hyvinvointitoimialan sairaalapalvelut.

2 Kotisaattohoidon toimijat opinnäytetyön lähtötilanteessa

2.1 Kotisairaaloiminta

Turun kaupungin kotisairaaloiminta on alkanut vuonna 1999 neljän sairaanhoitajan resurssilla yhden sisätautivuodeosaston yhteydessä. Turun kaupunginsairaalan

vuodeosastoilla oli vähennetty potilaspaikkoja ja tavoitteena kotisairaaloiminnan aloittamisella oli kustannustehokkaampi hoitomuoto.

Opinnäytetyön aloittamisvaiheessa kartoitettiin kotisairaalan toimintaa silloisen osastonhoitajan ja pitkään kotisairaalassa toimineen sairaanhoitajan kanssa (henkilökohtainen tiedonanto 11.4.2017). Heidän kertomansa mukaan kotisairaala toimi tuolloin kahdessa vuorossa kello 7:30–21:00, kaikkina viikon päivinä. Kotisairaalalla ei ollut omaa yöaikaista toimintaa. Muut kuin saattohoitopotilaat oli ohjeistettu tarvittaessa ottamaan yhteyttä yhteen Turun kaupunginsairaalan sisätautivuodeosastoon, näitä yhteydenottoja tapahtui erittäin harvoin. Kotisaattohoidossa olevat potilaat ottivat yöllä tarvittaessa yhteyttä kotisaattohoitoa tukevaan vuodeosastoon. Kotisairaalan osastonhoitaja ja sairaanhoitaja kokivat, että yöaikainen hoito kotisairaalan omana toimintana ei ole potilaiden tarpeisiin verrattuna tarpeellista.

Kotisairaalan osastonlääkärin toimessa ei opinnäytetyön alkuvaiheessa ollut vakituista viranhaltijaa, vaan lääkärin virkaa oli vuosia hoitanut puolipäiväisesti Turun kaupunginsairaalan erikoistuvat lääkärit, aina muutaman kuukauden välein vaihtuen. Kotisaattohoitopotilaiden osuus kokonaispotilasmäärästä arvioitiin huhtikuussa 2017 olevan noin 30 %. Kotisairaalan hoitohenkilökunta koki, että heillä oli valmiudet vastata kotisaattohoidossa olevien potilaiden samana päivänä esitettyyn kotikäyntipyyntöön. Kotisaattohoitopotilaat tulivat kotisairaalan potilaiksi pääsääntöisesti Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) palliatiivisen poliklinikan kautta, kaupungin saattohoitokoordinaattoreiden välityksellä tai kotisaattohoitoa tukevalta vuodeosastolta. (henkilökohtainen tiedonanto 11.4.2017).

2.2 Kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto

Kaskenlinnan sairaalassa sijaitsevat Turun kaupungin kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto, palliatiivinen vuodeosasto ja hengityshalvausyksikkö. Kaikkia yksiköitä johtaa yhteinen osastonhoitaja (henkilökohtainen tiedonanto 20.3.2017). Osastonhoitaja kertoo, että kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto aloitti toimintansa 1.3.2015. Kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto on palliatiivisen hoidon yksikkö, joka korostaa potilaiden hoitotyössä kokonaisvaltaisuutta, aktiivista oirehoitoa ja omaisten tukemista. Osastolla on 20 potilaspaikkaa ja omaisten on mahdollisuus olla läsnä ympäri vuorokauden.

Suurin osa potilaista tulee Tyksin palliatiivisen poliklinikan kautta lähetteen tai puhelinsoiton perusteella. Lähes kaikille potilaille on tässä vaiheessa tehty palliatiivinen hoidonrajaus tai saattohoitopäätös. Potilaita tulee myös muista terveydenhuollon yksiköistä tai suoraan kotoa.

Kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto toimii tukiosastona ympäri vuorokauden kaikille Turun kaupungin kotisaattohoidon potilaille. Kotisaattohoidossa oleva potilas voi puhelinkontaktin jälkeen saapua osastolle mihin vuorokaudenaikaan tahansa, mikäli oireet kotona vaikeutuvat tai kunto heikkenee. Hoitohenkilökuntaa osastolla on 21 ja osastonlääkärillä on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. Yöaikaan kolmessa yksikössä on yhteensä 5-6 hoitajaa, riippuen hengityshalvausyksikön potilaiden määrästä ja hoidontarpeesta. Yövuorossa toimii sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia, lääkäriresurssina on sairaalapalveluiden yksiköiden yhteinen päivystäjä. Yöaikaisten kotikäyntien määrällisen tarpeen osastonhoitaja arvioi potilaiden tekemien yhteydenottojen perusteella satunnaisesti mutta sitäkin tärkeämmäksi. Vuonna 2017 yöaikaiset kotikäynnit kotisaattohoidon potilaille on järjestetty Turun kaupungin kotihoitoon kuuluvan yöpartion avulla. Yöaikaisten kotisaattohoidossa olevien potilaiden kotikäyntien järjestämisvastuusta ei ole organisaatiossa virallisesti sovittu. (henkilökohtainen tiedonanto 20.3.2017).

2.3 Saattohoitokoordinaattorit

Kaskenlinnan yksiköiden yhteydessä työskentelee kaksi saattohoitokoordinaattoria. Toiminta alkoi yhden henkilön resurssilla vuonna 2015 samalla, kun kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto aloitti. Syksyllä 2016 potilasmäärät olivat kasvaneet niin suureksi, että perustettiin toinen saattohoitokoordinaattorin toimi. (henkilökohtainen tiedonanto 20.3.2017).

Saattohoitokoordinaattorit toimivat yhteyshenkilöinä kotona olevien saattohoitopotilaiden ja eri yksiköiden välillä. Pääsääntöisesti potilaat tulevat heidän hoitolistoilleen Tyksin palliatiivisen poliklinikan kautta. Potilaat käyvät palliatiivisella poliklinikalla keskimäärin kolme kertaa, jonka aikana luodaan yhteys myös saattohoitokoordinaattoreihin, jotta potilaan hoidon jatkuvuus on taattu. Ajatuksena hoidon jatkuvuuden kannalta tässä vaiheessa on niin sanottu ”saattaen vaihtaminen”. Kotisaattohoidossa olevien potilaiden määrä oli tällä hetkellä (maaliskuussa 2017) vakiintunut noin 85–90 potilaaseen. Potilaat ovat täysi-ikäisiä ja heidän kotikuntansa on Turku. Saattohoitokoordinaattori ottaa yhteyttä potilaaseen viikon sisällä lähetteen tai ilmoituksen saapumisesta sopien kotikäyntiajan.

Kotikäynnin tarkoituksena on kartoittaa potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti ja samalla kotikäynnillä laaditaan hoitosuunnitelma yhteistyössä potilaan ja omaisen kanssa. Kotikäynnillä potilaalle annetaan myös ohjeistus, että hän voi ottaa yhteyttä kotisaattohoitoa tukevaan vuodeosastoon kaikkina vuorokauden aikoina, mikäli kotona olemisen tai oireet vaikeutuvat. (henkilökohtainen tiedonanto 20.3.2017).

Saattohoitokoordinaattorit arvioivat, että noin puolet heidän työajastaan kuluu omaisten tukemiseen. Saattohoitokoordinaattorit ovat tiiviissä yhteistyössä kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston kanssa etenkin tilanteissa, joissa kotisaattohoidossa oleva potilas on ollut puhelinyhteydessä osastoon tai kun osastolla hoidossa oleva potilas kotiutuu. Potilaan kuoleman jälkeen saattohoitokoordinaattorit soittavat omaiselle muutaman päivän sisällä kuolemasta ja uudelleen noin kahden viikon kuluttua. Puheluiden tarkoituksena on kartoittaa omaisen jaksamista ja tukea surutyössä. Saattohoitokoordinaattorit kokevat, että mahdollisuutta kuolla kotona ei vielä kovinkaan laajasti ehdoteta potilaille. Hidasteena koetaan äkillisesti toteutuvien kotikäyntien järjestymisen sekä yöaikaisten kotikäyntien puute. (henkilökohtainen tiedonanto 20.3.2017).

2.4 Yhteistyön taustaa kotisaattohoidon toimijoiden kokemana

Turun kaupungin kotisaattohoitoa tukeva vuodeosaston osastonhoitaja ja saattohoitokoordinaattorit (henkilökohtainen tiedonanto 20.3.2017) kuvaavat yhteistyötä Turun kaupungin kotisairaalan kanssa erittäin vähäiseksi. Yhteisiä potilaita on, mutta säännöllisiä yhteisiä kokouksia ei järjestetä. Saattohoitoyksiköiden osastonhoitajan ja saattohoitokoordinaattoreiden toiveena on, että kotisairaala pystyisi vastaamaan kotisaattohoidossa olevan potilaan kotikäyntitarpeeseen lyhyellä aikavälillä, niin että käynti järjestyisi äkillisissä tapauksissa heti kun potilaalla on tarve. Heidän mukaansa tällainen nopeiden käyntien mahdollisuus pidentäisi potilaiden kotona olemisen aikaa ja ehkäisisi sairaalaan tuloa. Toiveena he esittävät myös, että kotisairaalan hoitajista ainakin osa syventäisi osaamistaan saattohoitopotilaiden psykososiaalisten tarpeiden huomioimisen suhteen. Maaliskuussa 2017 heidän näkemyksensä mukaan kotisairaalan tarjoama hoito kotisaattohoidossa oleville potilaille on hoitotoimenpiteisiin painottuvaa, esimerkiksi kipupumpusta huolehtimista. Saattohoitokoordinaattorit kokevat, että hoidon kartoituskäynnillä olisi hyvä, jos potilaan tuleva hoitoverkosto olisi kokonaisuudessaan paikalla.

Kotisairaalan osastonhoitaja ja toiminnan alusta asti mukana ollut sairaanhoitaja (henkilökohtainen tiedonanto 11.4.2017) toteavat, että kotisairaalan näkökulmasta ei koeta tarvetta yhteisille kokouksille eikä nähdä mitkä mahdollisesti käsiteltävät aiheet olisivat. Nykytilassa (huhtikuu 2017) yhteydenotot toimivat puhelinkontaktien kautta. Saattohoitokoordinaattorit soittavat kotisairaalaan, jos havaitsevat kotisaattohoitopotilaan voinnissa muutoksia, jotka vaativat kotisairaalaalta toimintaa. Kotisairaala on yhteydessä kotisaattohoitoa tukevaan vuodeosastoon, jos potilaan hoitoa ei jostain syystä pystytä kotona jatkamaan vaan potilas tarvitsee osastopaikan. Yleisimpiä syitä on ollut potilaan oireiden vaikeutuminen tai omaisen väsyminen. Kotisairaala ei yleensä ole yhteydessä saattohoitokoordinaattoreihin. Kotisairaalan näkökulmasta tiedonkulku on koettu haasteellisenä. Kotisairaalan henkilökunta on myös kokenut vähättelyä kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston taholta.

Kotisairaalan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston ja saattohoitokoordinaattoreiden kokemuksia yhteistyön ja resurssien tilasta, kevään 2017 osalta, pyritään havainnollistamaan seuraavan kuvan avulla (kuva 1).

Kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston kokemaa	Saattohoitokoordinaattoreiden kokemaa	Kotisairaalan kokemaa
<ul style="list-style-type: none"> - yhteistyö kotisairaalan kanssa vähäistä - ei yhteisiä kokouksia - koetaan ettei kotisairaala pysty vastaamaan kotisaattohoitopotilaan äkilliseen kotikäyntitarpeeseen heti - toivotaan lisää osaamista kotisairaalan henkilökunnalle potilaiden psykososiaalisen tuen antamisessa - kotisaattohoidossa olevien potilaiden yöaikaisten kotikäyntien järjestämisvastuuta ei ole sovittu 	<ul style="list-style-type: none"> - yhteistyö kotisairaalan kanssa erittäin vähäistä - toivovat hoidon kotikartoituskäynnille mukaan osallistujia kaikista potilaan tulevista hoitoverkoista 	<ul style="list-style-type: none"> - ei koeta tarvetta yhteisille kokouksille - henkilökunta kokee, että heidän kotisaattohoitotoimintaansa vähätellään - lääkäriresurssin puute hankaloittaa toimintaa - saattohoitokoordinaattoreita toivotaan mukaan kotisaattohoidossa olevien potilaiden kotikäynneille - toivotaan selvennystä tiedonkulkuun

Kuva 1. Kotisaattohoidon toimijoiden kokemukset yhteistyöstä keväällä 2017.

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia yhteistyömalli Turun kaupungin kotisairaalan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston ja saattohoitokoordinaattoreiden välille. Yhteistyömallin avulla tavoitellaan toimijoiden yhteistyön ja työnjaon selkiinnyttämistä, tavoitteena tarjota potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisimman hyvää ja sujuvaa kotisaattohoitoa.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat tarkastelevat:

1. Minkälainen yhteistyömalli Turun kaupungin tuottaman kotisairaaloiminnan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä edistäisi hyvää kotisaattohoitoa potilaan näkökulmasta?
2. Minkälainen yhteistyömalli Turun kaupungin tuottaman kotisairaaloiminnan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä edistäisi hyvää kotisaattohoitoa toimijoiden näkökulmasta?

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan potilaan hoitoa yleisellä tasolla, kotona tapahtuvan hoidon näkökulmasta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoitopotilaan kliinisen hoidon toteuttaminen ja oireet rajataan tarkastelun ulkopuolelle. Kotisaattohoidon toteutumista potilaan näkökulmasta tarkastellaan teoriapohjaisesti soveltavan kirjallisuuskatsauksen avulla.

4 Teoreettinen viitekehys

4.1 Kotisairaala

Kotisairaalahoido tarkoittaa sairaalatasoisen hoidon viemistä potilaan kotiin. Kotisairaaloiminnan avulla tuetaan kotona asumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012). Terveystieteissä (2010/1326) säädetään, että kotisairaalahoido on määräämääräistä ja hoidon yhteydessä annettavat lääkkeet sekä hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Laissa määritellään, että kotisairaaloiminta voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa.

(§25). Kotisairaaloimintaa valvoo Aluehallintovirasto (AVI) ja Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Kotisairaalahoidon asiantuntijaviranomaisena toimii Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2012). Pohjoismaisen määritelmän mukaan kotisairaala on lääkärijohtoista, hoitotiimin antamaa ympärivuorokautista kotihoitoa, joka korvaa sairaalahoidon (Hänninen & Luomala, 2013, p. 90; Saarto, et al., 2015, p. 577).

Ensimmäinen kotisairaaloiminnaksi määriteltävä kotisairaala Euroopassa perustettiin Ranskassa vuonna 1961. Suomen kotisairaaloiminnan pohjaa vuonna 1977 Ruotsissa, Motalassa perustettuun kotisairaalaan. Suomessa kotisairaaloiminta alkoi ensimmäisenä Tampereessä vuonna 1995 ja on sen jälkeen levinnyt useisiin kuntiin ja kaupunkeihin. Suuremmissa kaupungeissa on myös yksityistä kotisairaaloimintaa. Kotisairaala käsitteenä ja toimintana sekoitetaan usein kotisairaanhoidon ja kotihoitoon. Kotisairaalahoidon lasketaan akuuttihoitoksi, jonka yleisin potilasryhmä on infektiopotilaat, jotka saavat suonensisäisiä antibioottihoitoja. Kotisairaanhoidon ja kotihoito taas tarjoavat usein toistuvaa ja pitkäaikaista apua, joka mahdollistaa kotona asumisen. Kotisairaaloiminnan määrä on Suomessa kasvanut 2000-luvulla runsaasti. Arvion mukaan oli Suomessa vuonna 2016 yli viisikymmentä julkisen terveydenhuollon ylläpitämää kotisairaaloimintaa. (Hänninen & Luomala, 2013, pp. 90-92; Pöyhä, et al., 2018, pp. 11-12).

Yhdysvaltalainen Leff (2015) kollegoineen suoritti 1997 ensimmäisen tutkimuksen kotona annettavasta sairaalatasoisesta hoidosta verrattuna sairaalassa annettuun hoitoon. Tulokset osoittivat kotona annettua sairaalatasoista hoitoa pienentäneen hoitokomplikaatioiden määrää potilailla. Tulokset osoittivat myös, että potilaan ja omaisten tyytyväisyys hoitoon oli korkeampaa, hoitoon osallistuvien työntekijöiden stressitaso oli alhaisempaa, toiminnalliset tulokset olivat parempia ja kustannukset alhaisempia.

Lee, Pickstone, Facultad ja Titchener (2017) kuvaavat artikkelissaan Lontoossa toimivaa kotisairaaloimintaa, *@home* -palvelua, joka ottaa vastaan 350 potilasta kuukaudessa. Kotisairaaloiminta toimii ympäri vuorokauden kaikkina viikon päivinä ja kykenee aloittamaan kahden tunnin sisällä potilaskohtaisen akuuttihoitoon potilaan asuinpaikassa. Kotisairaaloiminnan nopea vasteaika ja mahdollisuus ottaa kokonaisvastuu potilaan lääkityksestä ovat palvelun vahvuuksia. *@home* -tiimi voi tehdä jopa neljä kotikäyntiä vuorokaudessa potilaan luona tarjoten lääkärin, sairaanhoitajan, fysioterapeutin ja toimintaterapeutin palveluja. Tyypillisesti hoitajaksot ovat 3-7 vuorokautta ja potilaiden hoitovastuu voi siirtyä suoraan ambulanssikäynniltä *@home* -tiimille ilman että potilas joutuu käymään päivystyksessä.

Moniammatillinen tiimi arvioi potilaan hoitoa päivittäisissä kokouksissa. *@home* -tiimin sairaanhoitajat ovat suorittaneet ylemmän korkeakoulututkinnon ja ovat kokeneita akuuttihoidon ammattilaisia. Hyvä osaaminen on toiminnan edellytys. Kotisaattohoitopotilaille on tarjolla *pal@home* -tiimin palvelut. *Pal@home* -tiimi tekee kotisaattohoidon potilaiden kiireellisiä hoidon arviointeja, seuraa uusia oireita ja vastaa lääkehoidosta. Tiimien asiakaspalautteessa vuodelta 2015–2016 oli 97 % (n=206) potilaista erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tuloksissa potilaat mainitsivat muun muassa kotiympäristön ja omaisten läsnäolon nopeuttaneen parantumista ja hoito koettiin turvalliseksi ja osallistavaksi. (Lee, et al., 2017, pp. 174-180).

Yhdysvalloissa toimiva säätiö *The Commonwealth Fund* etsii keinoja parantaa hoidollisia tuloksia ja alentaa kustannuksia moniongelmaisten potilaiden hoidossa. New Mexicon osavaltiossa seurattiin kotona tapahtuvan sairaalatasoisen hoidon kustannuksia ja hoidon tuloksia. Kotisairaaloiminta oli 19 % edullisempaa kuin osastohoito, mikäli lääkäreiden palkkiot lasketaan pois. Hoitajaksojen keskimääräiset vuorokausipituudet olivat kotisairaalahoidossa 3,2 ja sairaalahoidossa 4,11 vuorokautta. Sairaalahoidossa potilailla oli korkeampi riski kaatua, saada jokin infektio tai tulla sekavaksi. Kotisairaalahoidossa potilaat olivat tyytyväisempiä ja hoidon kliiniset tulokset olivat vertailukelpoisia tai jopa parempia. (Klein, et al., 2016).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin raportti (2015) *Hoitohenkilöstön henkilöstötarpeen ennakointi Tyksin erityisvastuualueella* mainitsee, että alueensa jäsenkunnissa tulee seuraavan viidentoista vuoden sisällä kotona tapahtuvan sairaanhoidon tarve lisääntymään. Sähköisiä palveluja apuna käyttäen järjestetään palvelut tulevaisuudessa enenevästi ihmisten koteihin. Kotisairaaloiminta on tulevaisuudessa lisääntyvä avopalvelumuoto, jonka avulla tuotetaan sairaanhoitopalvelua. (Kosklin & Viljanen-Peuraniemi, 2015, pp. 54-56).

Caplan ym. (2012) suoritti meta-analyysiin perustuvan tutkimuksen kotona annettavan sairaalatasoisen hoidon ja sairaalassa annettavan hoidon eroista. Tutkimuksen tiedonhaussa ilmeni, että käsitteellä kotona annettavasta sairaalatasoisesta hoidosta ”*hospital in the home*” on useita versioita. Käsitteillä kuitenkin tarkoitettiin kotona tapahtuvaa hoitoa, joka korvaa sairaalassa olon. Meta-analyysitutkimukseen hyväksyttiin 61 tutkimusta. Meta-analyysin tuloksissa ilmeni, että kotona tapahtuva hoito vähensi potilaiden kuolleisuutta merkittävästi. Myös potilaiden paluu hoidon piiriin kotisairaalasta uloskirjaamisen jälkeen sekä kustannukset olivat kotona annetussa hoidossa pienempiä kuin sairaalassa annetussa hoidossa. Kustannusten arveltiin olevan vähintään 73,5 % pienemmät kotona annetussa

hoidossa. Tutkijoiden mukaan kustannukset saattavat olla tätäkin pienemmät, mutta meta-analyysitutkimus ei poissulkenut kustannuseroja hoidon toteuttamisessa, kustannusten laskentatavassa eikä sairaalan pidemmissä kuntoutusajoissa. Tutkimuksen tulokset viittaavat myös, että kotona annettu hoito lisää potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyttä lisäämättä työntekijöiden kokemaa työtaakkaa. (Caplan, et al., 2012, pp. 512-519).

4.2 Kotisaattohoito

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan aktiivista, kokonaisvaltaista, parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen omaistensa hoitoa. Keskeisintä palliativisessa hoidossa on kärsimysten lieventäminen ja elämänlaadun kohentaminen, sekä tunnistaa lähestyvä kuolema. Saattohoidolla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen hoitoa, käytännössä viimeisiä elinviikkoja ja päiviä ennen kuolemaa. (Saarto, et al., 2015, pp. 10-11).

Vielä 1900-luvun alussa länsimaissakin ihmiset kuolivat enimmäkseen kotonaan. Kuolema oli luonnollinen osa elämää ja suru oli kaikkien näkyvillä ja yhteinen asia. Terveystieteiden ammattilaisten tuottamana toimintana kotisaattohoidon voidaan katsovan alkaneen Englannissa 1960-luvulla. Siellä oli aloittanut ensimmäinen saattohoitokoti, jonka yksi potilas oli tahtonut saattohoitokodista takaisin kotiin saatuaan kivut hallintaan. Potilaan toivomusta kunnioitettiin ja saattohoito järjestettiin potilaan kotiin. Palliativista hoitoa tarvitsevat potilaat, jotka tahtoivat elää elämänsä viimeiset ajat kotonaan, olivat myös Ruotsin Motalassa ensimmäisen kotisairaalan aloittamisen syy. (Toikkanen & Pohjolainen, 2015, p. 34; Hänninen & Luomala, 2013, pp. 89-90).

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2010 *Hyvä saattohoito Suomessa* -suosituksen. Suosituksen mukaan hoitopaikan valinnan on tapahduttava potilaiden tarpeiden ja toiveiden mukaan. Potilaalla tulisi olla oikeus valita hoitopaikakseen joko koti- tai sairaalahoito. (Sosiaali ja terveysministeriö, 2010, p. 14). Yleisesti esiintyvänä toiveena ihmisillä on toive saada kuolla omassa kodissaan. Monien saattohoidossa olevien potilaiden kohdalla toiveena on saada olla kotona ja kuolla omaisten läsnä ollessa. (Hänninen & Luomala, 2013, p. 69). Kotisaattohoidon tavoitteena on, että potilas saa olla kotona niin pitkään kuin se on potilaan ja omaisen kannalta tarkoituksenmukaista ja turvallista. Koti antaa potilaalle mahdollisuuden elää omaa elämää ja ympäröivää arkea kuolemaansa asti. Koti on tuttu ympäristö, jossa voi noudattaa omia tapoja ja tottumuksia, omaisten ja mahdollisesti kotieläinten ympäröimänä; seikkojen, jotka ovat laadukkaan elämän kriteereitä. (Toikkanen & Pohjolainen, 2015, pp. 32-33).

Kotona toteutuvan hyvän saattohoidon edellytyksenä ovat joustavuus, turvallisuus ja yksilöllinen hoito. Lähtökohtana kotisaattohoitoon päätymiselle on potilaan oma toive, omaisten suostumus ja tiettyjen perusedellytysten toteutuminen fyysisen ympäristön suhteen. Vuonna 2012 Suomessa pystyttiin järjestämään kotisaattohoitoa vain viidelle prosentille tarvitsijoista. (Saarto, et al., 2015, pp. 572-578).

Palliativisen ja saattohoidon antamiseen tulee olla valmius kaikkina vuorokauden aikoina. Kotisaattohoidossa on hoitajan henkilökohtaisesti omistauduttava potilaalle riippumatta ajankohdasta ja ajankulusta. Potilasta ja omaisia kunnioittavat tapaamisajat sekä yöaikaisen turvattomuuden tunteen poistaminen on ensiarvoisen tärkeää kotisaattohoidon suunnittelussa. (Hänninen & Luomala, 2013, p. 61; Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, pp. 7-10). Kotisaattohoidon yhtenä edellytyksenä on, että potilaalla on mahdollisuus mennä lupapaikalle ennalta tiedossa olevaan yksikköön, jonne hän voi siirtyä suoraan kodistaan jatkohoitoon kaikkina vuorokauden aikoina (Toikkanen & Pohjolainen, 2015, p. 33).

Gomes ja Higginson (2013) kuvaavat neljä eri näyttöön perustuvaa syytä kotisaattohoidon kasvavalle tarpeelle. Ensimmäisenä mainitaan hyvinvointivaltioiden kyenneen kehittämään saattohoitoa niin hyvin, että se mahdollistaa kuolemien yleistymisen sairaaloiden ulkopuolella. Toisena tekijänä todetaan, että vähävaraisissa maissa kaikille ei ole tarjolla laitoshoidoa, jolloin kotikuolema jää potilaan ainoaksi vaihtoehdoksi. Kolmantena syynä kuvataan, että ottamatta huomioon missä potilas kuolee, viettää hän viimeisenä elinkuukautenaan enimmäkseen ajan kotonaan. Neljäntenä tekijänä esitetään eri maiden välisiä suuria eroja kotihoidon saatavuudella ja laadulla. (Gomes & Higginson, 2013, pp. 204-213).

Gomes, Calanzani, Curiale, McCrone ja Higginson (2013) suorittivat laajan meta-analyysitutkimuksen, jonka avulla selvitettiin kotisaattohoidon kustannustehokkuutta sekä hoidon kliinistä vaikuttavuutta. Kliinistä vaikuttavuutta tutkittiin oirehoidon, elämänlaadun, hoitajien kokeman ahdistuksen sekä tyytyväisyyden näkökulmista. Tutkimuksen pohjalta todettiin, että mikäli kuolemaan johtavaa tautia sairastavalla potilaalla oli tarjolla kotisaattohoidon palveluja, lisääntyi kotikuoleman todennäköisyys yli puolella tapauksista. Kotisaattohoito vähensi potilaiden kokemia oireita lisäämättä läheisten kokemaa surua potilaan kuoltua. Tutkimuksessa ei saatu esiin selkeitä eroja kotisaattohoidon ja laitossaattohoidon välille kivunhoidon, hoitotyytyväisyyden ja kustannusten suhteen. Satunnaislöydöksenä huomattiin, että kotisaattohoidossa olevien potilaiden läheiset kokivat suurempaa henkistä taakkaa kuin laitoshoidossa olevien potilaiden läheiset. Henkistä kuormitusta pystyttiin kuitenkin keventämään kotisaattohoidossa ammattilaisten tuella.

Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että vaikka kotisaattohoitoa ei voitu osoittaa kustannustehokkaammaksi, on kotisaattohoito palvelumuotona merkittävässä roolissa toteuttaakseen potilaan toivomus kotikuoleman osalta. Vakavasti sairastuneen ihmisen kohdalla tulee kotisaattohoidon tarjoamista arvioida hyödyn, epävarmuustekijöiden sekä potilaan ja läheisten toivomuksen välillä. (Gomes , et al., 2013, pp. 1-2, 9, 34-37).

4.3 Yhteistyö kotisaattohoidossa

Yhteistyö eri organisaatioiden, yksiköiden ja ammattiryhmien välillä tukee osaamista, tietotaitoa sekä varmistaa hoidon jatkuvuuden. Tavoitteena on muodostaa toimiva tukiverkosto potilaan hoidossa. (Hänninen & Luomala , 2013, pp. 70-71). Palliatiivisen hoidon toteuttamisessa mukana olevien eri toimijoiden tulisi noudattaa yhteistä ajattelutapaa ja hoitofilosofiaa. Kotona tapahtuva saattohoitotyö edellyttää kykyä toimia moniammatillisessa yhteistyössä ja samalla omata itsenäisen työskentelyn taidot. Hyvä yhteistyö, kommunikaatio, raportointi sekä systemaattisten mittareiden käyttö luovat mahdollisuudet hyville, yhteisille hoitorutiineille. (Slåtten, et al., 2010, p. 85; Saarto, et al., 2015, pp. 577-578). Hoitosuunnitelman tulee olla potilaskohtainen ja yhdessä laadittu (Hänninen & Luomala , 2013, p. 91). Hoidon poikkeavuuksien ja esiintyneiden virheiden seurannassa on huomattu, että ongelmia esiintyy eniten eri toimijoiden yhteistyön ja kommunikaation puutteissa (Benkel, et al., 2016, p. 87).

Spencer (2015) kuvaa kehittämisprojektia, jossa saattohoidon eri toimijoiden välille luotiin toimintamalli keskittymällä potilaskeskeiseen hoitoon. Mallin avulla saatiin vähennettyä potilaiden siirtymistä sairaalahoitoon. Maksimaalinen hyöty saavutetaan, kun palveluiden kehittäminen ja laajentaminen suunnataan kotiin annettaviin palveluihin. Sairaalahoitoon siirtymisen ehkäisevät toimenpiteet sekä samanaikainen hoitotyön laadun parantaminen ovat saattohoidon korkean laadun tekijöitä. Spencerin kuvaama malli rakentui kotisaattohoitoon erikoistuneen palliatiivisen hoidon tiimin toiminnan vahvistamisesta, neljän eri palvelumuodon avulla. Palvelut koostuivat triage-hoitajan toiminnan aloittamisesta, jossa hoitajan tehtävänä oli koordinoita saattohoidon toteutumista. Toisena uudistuksena toteutettiin kotisaattohoitotiimin nopean vasteen kotikäynnit, jossa kotikäynnin toteutuminen tapahtui alle kahdessa tunnissa tarpeen ilmannuttua. Kolmanneksi aloitettiin yöaikaisten kotikäyntien mahdollisuus. Omaishoitajien kokemat pelot ja stressi lisääntyvät usein yöaikaan. Yöaikaiset sairaalaan siirtymiset saatiin vähenemään, sillä yöllisten kotikäyntien avulla pystyttiin vastaamaan komplisoituneiden oireiden ja psykososiaalisten kriisien hoidon tarpeeseen. Läheiset kokivat, että yöaikainen palvelu lisäsi hoidon

jatkuvuuden tunnetta sekä mahdollisesti hoidon saatavuuden aina tarpeen esiinnyttyä. Neljäntenä palveluna luotiin moniammatillisen tiimin konsultaatioapu. Tiimi koostui saattohoitotyön erityisosaamisen omaavista hoitajista, fysioterapeutista, sosiaalityöntekijästä, toimintaterapeutista ja erikoislääkäristä. Kotisaattohoitotiimin työn tueksi luodut neljä uutta palvelumuotoa mahdollistivat laadukkaamman kotisaattohoidon toteutumisen. Potilaiden toiveet sen suhteen missä he halusivat kuolla, toteutuivat uusien palvelumuotojen avulla paremmin. Turhat sairaalaan siirtymiset vähenivät näillä toimenpiteillä merkittävästi. Tutkimuksen lopputulemana todettiin, että oikea hoito oikealta hoidon tuottajalta oikeassa paikassa ja näiden keskinäinen saumaton yhteistyö lisäävät potilaan etusijalle asettamista. (Spencer, 2015, pp. 245-250).

Tanskalaisen haastattelututkimuksen tuloksissa ilmeni, että kotisaattohoidossa olevat syöpäpotilaat ovat haavoittuvaisia, kun aktiiviset syöpähoidot lopetetaan. Epätietoisuus siitä, mikä taho kantaa hoitovastuun jatkossa ja tiedonkulun ongelmat, aiheuttivat laiminlyödyksi tulemisen tunteen potilaissa ja läheisissä. Englannissa käytössä olevien hoitosuosittelujen mukaan tulisi kaikkien palliatiiviseen hoitoon osallistuvien tahojen tukea hoidon jatkuvuutta yksiköiden välillä. Tämä voi toteutua erityisen avainhenkilön nimeämisenä, jonka tehtävänä on koordinoida potilaan hoitoa toimijoiden välillä. Koordinoivan avainhenkilön nimeämisellä potilas tietää kenen puoleen kääntyä tarvitessaan ohjausta. (Brogaard, et al., 2011, pp. 150-156).

4.4 Potilas ja omainen kotisaattohoidossa

Saattohoidon eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus (Sosiaali ja terveysministeriö, 2010, p. 13). Kuolevan potilaan hoidossa korostuvat oireiden hyvä hoito ja perheen tukeminen (Korhonen & Poukka, 2013, p. 440). Hoitotieteen nykykäsityksen mukaan ihmistä ja hänen läheisiään ei enää eroteta toisistaan. Yksilön ja hänen läheistensä terveys ovat yhteydessä toisiinsa ja ovat hoitamisessa yhtä tärkeitä tavoitteita. (Eriksson, et al., 2016, p. 74). Kuolevan potilaan ihmisarvon kunnioittamiseen kuuluvat hyvän hoidon lisäksi potilaan itsemääräämisoikeuden, mielipiteiden ja toiveiden kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan suostumus hoitoon on edellytys hoidon toteuttamiselle. Mikäli potilas ei itse kykene tekemään ratkaisuja omaan hoitoonsa liittyen, on kuultava potilaan omaista siitä, millainen hoito vastaisi potilaan omaa tahtoa. Mikäli potilaan tahtoa ei jostain syystä pystytä selvittämään, päättää lääkäri potilaan hoidosta potilaan edun mukaisella tavalla. (Hänninen

& Luomala , 2013, pp. 51-53). Omaisten tukeminen on keskeisessä roolissa elämän loppuvaiheen hoidon onnistumisessa. Omaisten tukemisen onnistumisella on myös vaikutus yhteiskunnalle koituviin kustannuksiin. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, p. 10).

4.4.1 Potilas kotisaattohoidossa

Kuolevan potilaan hoidossa on tärkeintä tunnistaa lähestyvä kuolema (Korhonen & Poukka, 2013, p. 440). Käypä hoitosuosituksissa (2012) löytyy Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettaman työryhmän ohjeistus kuolevan potilaan oireiden hoidosta. Suositus on laadittu kaikkien kuolevien aikuispotilaiden parissa työskentelevien lääkäreiden ja muun henkilökunnan avuksi. Suosituksessa todetaan, että oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille. (Käypä hoito-suositus, 2012, pp. 2-4). Kuoleman lähestyessä potilaan oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella. Tavoitteena on tilanteen rauhoittaminen ja mahdollisia toimenpiteitä on harkittava tarkkaan. Potilaan lääkitys arvioidaan, ja kivunhoito on keskeisessä asemassa. Kivun kokemuksen lisäksi kuolevan potilaan oireina esiintyy yleisinä myös hengenahdistus, pahoinvointi ja oksentelu sekä levottomuutta tai sekavuutta. (Korhonen & Poukka, 2013, pp. 441-443). Nykyisin palliativista sedaatiota voidaan toteuttaa myös valvotussa kotisaattohoidossa. Sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tajunnantason alentamista lääkkeillä. Sedaatiota käytetään saattohoidossa muuten hallitsemattomien oireiden lieventämiseksi ja kuoleman kriisin hoidossa. (Saarto, et al., 2015, pp. 265-270).

Potilaan lääkkeellisen hoidon lisäksi on psykososiaalinen tuki ja toimiva palliativisen hoidon järjestelmä ehdottomia edellytyksiä hoidon onnistumiselle (Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä, 2017, p. 9). Parantumattoman sairauden toteaminen vaatii mieleltä kykyä sopeutua sairauden muuttamiin fyysisiin toimintoihin ja tautitietoisuuden tuomaan uhkakuvaan. Psykososiaalinen tuki annetaan potilaan ja henkilökunnan välisissä keskusteluissa, jotka voivat olla tukeva antavia tai muutosta tavoittelevia. Keskusteluhoitoon avulla pyritään muuttamaan mielensisäiset prosessit sanalliseen, vuorovaikutukselliseen muotoon. Tämä saavutetaan puhumalla ja kuuntelemalla. Konkreettinen keino psykososiaalisen tuen antamiseen voi olla esimerkiksi potilaan auttaminen löytämään yhteiskunnan eri tukimuotoja ja näiden tarjoajia. Käytännön tuki voi ilmetä myös lääkeliikkeen tai huolenpidon kautta. Potilaan kuvaillessa ajatuksiaan ja tunteuksiaan sekä keskustelun peilaaminen yhdessä auttavan henkilön kanssa voidaan nähdä psykososiaalisen tuen muutokseen tähtäävänä muotona. Keskustelut auttavat

kehittämään selviytymisstrategiota, joiden avulla potilas voi hallita omaa tilannettaan tai muuttaa sitä. Yleensä hyvät vuorovaikutustaidot ja potilaan ohjaukseen perustuva toiminta ovat riittäviä. Vaikeammissa tapauksissa tulee konsultoida psykiatrista hoitoyksikköä. (Benkel, et al., 2016, pp. 90-91; Saarto, et al., 2015, p. 219). Nykytilassa Suomen ainoa psykososiaalisen tuen yksikkö on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) palliatiivisessa yksikössä (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, p. 10).

Potilaan oireiden lievityksen lisäksi potilaan kohtaaminen on tärkeä osa palliatiivista hoitoa. Potilaan kohtaamisessa keskeisenä pidetään tiedon jakamista, vuorovaikutusta, turvallisen hoitoympäristön luomista ja ensisijaisesti potilaan huomioon ottamista. (Hänninen & Luomala, 2013, p. 68). Hävölä, Rantanen ja Kylmä (2015) tutkivat saattohoidossa olevan potilaan toivoa. Heidän tutkimuksensa osoitti, että kuolemaa lähestyvä ihminen tarvitsee toiveita ja heillä on halua suunnata ajatuksiaan tulevaisuuteen, ilman että tämä olisi ristiriidassa tilanteen hyväksymisen kanssa. Potilaiden toiveet olivat elämänlaadun kannalta merkittäviä ja kohdistuivat elämän normaaliuden säilyttämiseen, kuolemaan valmistautumiseen ja kotona selviytymisestä aina kuolemaan saakka. Toivoa heikentävinä tekijöinä todettiin sairauden eteneminen ja kuoleman lähestyminen. (Hävölä, et al., 2015, pp. 132-147).

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa seurattiin 26 yksin asuvaa kotisaattohoitopotilasta. Puolelle potilaista annettiin turvahälytin ja toiselle puolelle osallistujista lisättiin ajallisesti kotiin annettavaa hoitoa. Tuloksissa ilmeni, että potilaat, joille lisättiin kotiin annettavaa hoitoa, kokivat helpotusta päivittäisten toimien suorittamisessa, parempaa elämänlaatua ja hyvinvointia sekä lisäksi arvokkuuden tunnetta. Yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden tunteet vähenivät. Potilaat, joille toimitettiin turvahälytin, kokivat lisääntyntä turvallisuuden tunnetta, mielenrauhaa ja eristäytyneisyyden tunne koettiin hallittavan paremmin. Molemmat potilasryhmät kokivat apumuotojen lisäämisen auttaneen heitä pysymään kotona pidempään. (Aoun, et al., 2012, pp. 599-606).

Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin 13 potilasta, joilla oli arvioitu olevan elinaikaa jäljellä enintään kolme kuukautta. Kaikkien haastateltavien mielestä mieluisin paikka kuolla oli koti tai saattohoitokoti. Tutkimuksessa ilmeni, että mahdollisimman pitkään kotona pärjäsivät tai kotikuoleman saavuttivat ne potilaat, joiden puoliset avustivat hoidossa. Puoliso mahdollisti ympärivuorokautisen valvonnan potilaalle jopa oman jaksamisensa uhraten. Potilaat kokivat kodinomaisuuden tunteen tärkeäksi. Mahdollisimman normaalin elämän jatkuminen koettiin elämän viimeisten päivien kannalta

tärkeänä. Saattohoidon tulisi tapahtua potilaan ja läheisten yksityisyyttä kunnioittaen ja antamalla heille rauhaa olla yhdessä. (Luijkx & Schols, 2011, pp. 577-583).

Lontoossa selvitettiin sadan maahanmuuttajataustaisen potilaan toivomuksia paikasta, jossa kohdata kuolema. Yli 80 % (n=100) toivoi kotikuolemaa, mutta heistä vain 21 % kohdalla kotikuolema toteutui. (Gomes & Higginson, 2013, p. 205).

Englannissa suoritettiin kirjallisuuskatsaukseen perustuva tutkimus, jossa kyseenalaistettiin väitettä, että suurin osa parantumattomasti sairaista ihmisistä haluaa kuolla kotiin. Tutkimuksessa selvitettiin potilaan näkökulmaa kotikuoleman näkökulmasta, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan päätöksentekoon ja kuka raportoi potilaan toiveesta. Tuloksissa ilmeni, että potilaan toiveeseen valita paikka, jossa kuolla, vaikutti se missä kysymys esitettiin. Usein potilaalta ei kysytty toivetta ollenkaan. Tulokset toivat esiin, että ei ole tiedossa kuinka iso osa potilaista toivoo kotikuolemaa ja kuinka moni haluaa kuolla jossain muualla. Tilastoista puuttuu useimmiten tieto niiden kohdalta, joilla ei ole erityistä toivetta paikan suhteen tai joilta ei ole asiaa kysytty lainkaan. Tutkimuksen mukaan toivomukseen kuoleman kohtaamisen paikan valinnan suhteen vaikutti eniten, kuka kysymyksen esitti, missä ja miksi se esitettiin sekä miten tulee tilastoida ne potilaat, joiden vastausta ei ole saatu selvitettyä. (Hoare, et al., 2015, pp. 1-5, 10-15).

Potilaalla on lähtökohtaisesti oikeus kieltäytyä kaikesta hoidosta. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa erityisesti, jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä. (Sosiaali ja terveysministeriö, 2010, p. 14). Saattohoidossa potilas voi myös toivoa hoitotoimenpiteitä, jotka ulkopuolisen silmissä aiheuttavat potilaalle lisää kärsimyksiä. Pyynnöillään potilas pyytää lisää aikaa. Eettisestä näkökulmasta potilaan toivomusten toteuttamisessa ei aina ole helppoa löytää kaikkien hoitoon osallistuvien yhteisesti hyväksymää ratkaisua. Terveystieteiden ammattilaisilta se vaatii vahvaa ammattitaitoa ja saattohoidon asiantuntijuutta. (Surakka, et al., 2015, pp. 19-20).

4.4.2 Omainen kotisaattohoidossa

Inhimillinen suhtautuminen potilaan omaisiin on tunnusomaista palliatiivisen hoidon ajattelussa. Palliatiivisessa ja saattohoidossa nähdään sekä potilas että omainen yhtenä käsitteenä. Ammattilaisten tulisi nähdä omainen yhteistyökumppanina. Omaisten hoitoon osallistumisen tapa ja aste ovat aina perhelähtöisiä. Omaisella tulee olla aito valinnanmahdollisuus osallistua tai olla osallistumatta potilaan hoitoon. Potilaan sairastamisen alkuvaiheessa voi omaisten ajatuksena olla, että he kykenevät hoitamaan

läheisensä kotona kuolemaan saakka. Omainen haluaa olla sairastuneen perheenjäsenen vierellä tukemassa ja auttamassa. Kotona hoitaminen voi kuitenkin muodostua liian raskaaksi, etenkin jos kuoleminen pitkittyy. Usein omaisten tukeminen muodostuukin potilaan oirehoitoa suuremmaksi haasteeksi kotihoidossa. Tukea tarvitaan tunteiden läpikäymiseen, jotta omainen pystyy sopeutumaan realiteetteihin. Omaisten saama tuki auttaa potilasta mukautumaan paremmin elämäänsä palliatiivisessa tai saattohoidossa. Omaisten väsyminen ja emotionaalisen tuen vähäisyys ovat yleisimmät syyt potilaan siirtymiselle sairaalahoitoon. (Hänninen & Luomala, 2013, pp. 14, 69; Erjanti, et al., 2014, pp. 22-23; Grönlund & Huhtinen, 2011, pp. 122-123).

Kotisaattohoidon päättyessä kotikuolemaan on omaisilla oltava selkeät ohjeet, miten heidän tulee toimia potilaan kuollessa. Kotikuoleman toteamisen käytänteet vaihtelevat kunnittain. Nykysäädökset eivät anna selkeitä ohjeistuksia kotisaattohoidossa olleen kotikuoleman hoitamisesta. Omaisille tulee kotikuoleman tapahduttua tarjota mahdollisuus saada keskustella ja esittää kysymyksiä saattovaiheen kulusta ja kuolemasta. (Pöyhiä, et al., 2018, pp. 69-70). Ruotsin kansallisen palliatiivisen hoito-ohjeistuksen mukaan tulee kaikkien saattohoitoyksiköiden rutiininomaisesti ottaa yhteyttä omaisiin potilaan kuoleman jälkeen ja tarjottava jälkikeskustelu mahdollisuutta. Omaisille tarjottava jälkikeskustelun tarjoaminen on Ruotsissa yksi saattohoidon laadun mittareista. (Benkel, et al., 2016, p. 186).

4.4.3 Kotisaattohoidon mahdollistava tuki

Englantilaisessa tutkimuksessa kerättiin tietoa 75 terveydenhuollon ammattilaiselta. Tuloksissa nousi esiin, että jokaisen hoitoon osallistuvan tahon panostus potilaalle räätälöityyn, yksilölliseen hoidon toteuttamiseen auttoi potilasta pysymään kotihoidossa. Tukemalla omaisia mahdollistettiin kotona selviytyminen ja nopea palveluiden saatavuus edistivät sairaalajaksoilta kotiutumisia. Kotiin saatavien apujen nopea palvelu kriisitilanteissa ehkäisi sairaalaan siirtymistä. Tärkeimpänä tuloksena todettiin potilaan yksilöllisen hoidon merkitys, jolloin potilaat saivat hoitoa ja mahdollisuuden kuolla kotonaan. (Jack, et al., 2013, pp. 2778-2784).

Woodman, Baillie ja Sivell (2016) tutkivat kirjallisuuskatsaukseen perustuen saattohoitopotilaan omaisten näkemyksiä saattohoitopaikan valinnan suhteen. Tutkimukseen hyväksyttiin mukaan kahdeksantoista aiempaa tutkimusta. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi olla tietoisia omaisten toiveista ja tarjota tukea, jotta kotisaattohoito järjestyy omaisten kannalta onnistuneesti. Tutkimuksessa ilmeni, että useimmat omaiset

toivoivat kotia saattohoitopaikaksi, muita paikkoja ei useimmiten edes harkittu. Osa omaisista oli kokenut jonkinasteista vaatimusta kotisaattohoitoon ryhtymisestä potilaan, ammattilaisten tai oman moraalisen velvollisuuden tunteensa pohjalta. Kotisaattohoitoon ryhtymistä kuvailtiin sekä parhaimpana että pahimpana kokemuksena. Omaiset kokivat avuntarvetta kommunikointiin ja psykososiaalisten seikkojen alueilla sekä eristyneisyyden tunnetta. Omaiset kokivat, etteivät he olleet valmistautuneet hoitajana toimimiseen eivätkä saaneet tukea hoitotyön roolissa toimimiseen kotisaattohoidossa. Edellä mainittujen syiden todettiin olevan yleisimpiä syitä, joiden vuoksi potilas siirtyi sairaalahoitoon. (Woodman, et al., 2016, pp. 418-427).

Etelä-Australiassa sijaitsevassa kahdessa palliatiivista hoitoa antavassa yksikössä kerättiin tietoa miksi ne parantumattomasti sairast ihmiset, jotka olivat, ilmaisseet toiveensa kotikuolemasta, kuolivatkin sairaalassa. Tulokset osoittivat sairaalaan hoitoon päättymisen syinä potilaan heikkenevän tilan, epävakait oireet ja potilaan oman tai omaisen toiveen. Ympäri vuorokautisen kotona tapahtuvan hoidon järjestymisen puute ja omaisen kyvyttömyys suoriutua potilaan hoidosta kotona johtivat myös sairaalaan siirtymisiin. Tutkimuksen johtopäätöksenä ehdotetaan omaisten tiedottamisen ja tuen kehittämistä, jotta läheisillä on paremmat mahdollisuudet selviytyä omaishoitajana kotioloissa. Näin ennaltaehkäistään sairaalaan siirtymisiä. (Champion, et al., 2015, pp. 7-11).

Morris, King, Turner ja Payne (2015) suorittivat narratiivisen kirjallisuuskatsauksen perustuvan tutkimuksen, miten kotisaattohoidossa toimivaa omaishoitajaa pystytään parhaiten tukemaan tehtävässään. Mukaan hyväksyttiin 28 aikaisempaa tutkimusta. Omaishoitajat kokivat kotisaattohoidon tukevan normaalin arjen jatkuvuutta. Arkea kuvailtiin päivittäisrutiinien jatkumisena ja mahdollisuutena käydä harrastuksissa sekä potilaan ja omaisen suhteen muodossa. Haasteina omaishoitajat kokivat eristäytyneisyyden, sidonnaisuuden kotiin ja unen puutteen. Tunnepuolella raskaana koettiin mielialan vaihtelut, väsymys, epävarmuus, turhautuneisuus ja potilaan voimien hiipumisen seuraaminen. Omaishoitajat kokivat tarpeellisen ammattilaisten tuen, kun potilaan tilassa tapahtui muutoksia. Omaishoitajille oli tärkeää, että he tiesivät kuka, kuinka usein ja koska seuraavaksi oli joku ammattilainen tulossa auttamaan. Esiin nousi omaisten kokema yksin jäämisen ja voimattomuuden tunne, mikäli omaishoitajan ja ammattilaisten välille ei syntynyt hyvää suhdetta. (Morris, et al., 2015, pp. 488-493).

Australialaisessa tutkimuksessa haastateltiin kuutta omaishoitajaa, heidän tehtyään päätöksen siirtää potilas sairaalahoitoon. Tuloksissa todettiin omaishoitajien kokeneen

potilaan siirron sairaalaan positiivisena. Etenkin tiedonkulku oli sujunut hyvin. Omaishoitajien lopulliseen päätöksentekoon siirtää potilas sairaalahoitoon vaikuttivat kotona tapahtuvan hoidon fyysiset vaikeudet, kivunhoito ja potilaan ahdistuneisuus tai levottomuus. Siirtopäätöksestä oli keskusteltu kotisaattohoitotiimin kanssa ja joissakin tapauksissa myös potilaan kanssa. Omaishoitajat kokivat suurta stressiä ja hädän tunnetta tehdessään siirtopäätöksen kotihoidosta sairaalahoitoon. Tärkeänä lievittävänä keinona omaishoitajat kokivat hoitotiimin luotettavuuden ja kyvyn jatkaa potilaan hoitoa sairaalahoidossa. Siirtovaiheen tiedonkulku onnistui hyvin, kun kaikkien hoitavien tahojen tiedot potilaasta olivat ajan tasalla. Hoidon jatkuvuus omaishoitajan toteuttaman kotihoidon ja sairaalahoidon välillä on merkittävässä asemassa. (Hatcher , et al., 2014, pp. 160-164).

Norjalaisessa tutkimuksessa haastateltiin seitsemää puolisoa heidän toimittuaan omaishoitajana kotisaattohoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville, miten kotisaattohoidossa toimineet omaishoitajat olivat kokeneet tehtävänsä. Omaishoitajien mielestä tärkeimmät tekijät, jotka mahdollistavat parhaan mahdollisen kotisaattohoidon toteutumisen ovat ympärivuorokautinen avun saanti, hoidon kokonaisvaltaisuus ja ammattilaisten suunnalta tapahtuva vahvistus, että omaishoitajana toimiminen on merkittävää ja ainutlaatuista. Omaishoitajien avun saannin muoto ja tarve oli vaihtelevaa, joillekin riitti puhelinkontakti, toiset tarvitsivat usean kotikäynnin vuorokaudessa. Lääkärin kotikäyntejä kaivattiin lisää. Kotikäynneillä omaishoitajat toivoivat lääkärin huomioivan myös heitä. Kokonaisvaltaisen hoidon tarpeella omaishoitajat peräänkuuluttivat tarvetta tulla kuulluksi ja saada keskustella myös vaikeista asioista. Terveystieteiden ammattilaisilta omaishoitajat toivoivat parempaa ennakoivaa keskustelua omaishoitajana toimimisen hyödyistä ja haasteista. Hoitosuunnitelman laatiminen on hyvä keino keskustelujen apuna. Omaishoitajat ymmärsivät jälkikäteen potilaan kuoltua, olleensa paljon väsyneempiä kuin luulivat. Usea omaishoitaja koki, että olisivat tarvinneet enemmän omaa aikaa saattohoitovaiheen aikana. Omaishoitajat eivät katuneet kotisaattohoitoon ryhtymistä ja kokivat potilaan kotikuoleman positiivisena kokemuksena. (Hunstad & Svindseth, 2011, pp. 398-404).

Lontoossa tutkittiin, miksi vain joka neljäs kuolema tapahtui kotona, vaikka ikääntyneet ihmiset olivat ilmaisseet tahtonsa kotikuolemasta. Tutkimuksessa käytiin läpi kahden vuoden sisällä kuolleen 50 ikäihmisen potilaskertomustietoja. Tuloksissa todettiin, että lääketieteellisestä näkökulmasta 70 % (n=50) kuolemantapauksista olisi voitu hoitaa kotikuolemina. Tutkimus ei ottanut huomioon ihmisten välisiä suhteita eikä päätöksenteon

taustoja. Tuloksissa nousi esiin neljä eri suuntausta. palvelutalot lähettävät suuren määrän asukkaita sairaalaan, jossa potilas kuolee. Johtopäätös tästä oli, että palvelutalojen henkilökunnalla ei ole riittävästi osaamista hoitaa potilaitaan loppuun asti. Toisena huomiona todettiin kotisairaanhoidon ja palvelutalojen henkilökunnalla olevan useimmiten osaamista hoitaa syöpää sairastavia saattohoitopotilaita mutta ei muita kuolemaan johtavien tautien potilaita. Sairaalakuolemaan johtivat myös tilanteet, joissa potilas tai läheiset eivät suostuneet hyväksymään lähestyvää kuolemaa ja tämän hoidon rajoittavia tekijöitä. Neljäntenä todettiin, että huolimatta siitä missä kuolema lopulta tapahtui, sai potilas tätä ennen yhtä paljon kotiin annettavia palveluja. Tutkimuksen aineisto oli suppea, mutta pohdinnassa todettiin, että usein potilas ja läheiset eivät ole valmistautuneita kuoleman varalle. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi avoimemmin ottaa esille hoidon rajallisuus ja elämän lopun lähestyminen. (Lakasing, et al., 2014, pp. 130-133).

4.5 Toimintamallit ja resurssit kotisaattohoidossa

4.5.1 Organisaatiotasolla

Euroopan neuvosto on vuonna 2003 laatinut suosituksen palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Suositus esittää, että jokaisella EU:n jäsenvaltiolla tulee olla kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma. Palliatiivisen hoidon järjestämiseen tarvitaan laaja-alaista palvelutarjontaa ja resursseja. Hoidon tulee perustua monitieteelliseen ja moniammatilliseen toimintaan. Useimmiten hoitoon osallistuu lääkäri ja hoitaja sekä muista ammattiryhmistä osaajia tukemaan potilaan ja omaisten fyysisiä, psyykkisiä ja hengellisiä tarpeita. Näiden moniammatillisten tiimien toimintaa tulee tukea. Palliatiivisen hoidon erikoisosaamisen saatavuus tulee turvata potilaille riippumatta ajankohdasta ja paikasta. Omaisille on turvattava riittävä hengähdystauko, mikäli kotona tapahtuva hoito käy heille liian raskaaksi. (European Association for Palliative Care, 2003, pp. 11-16).

STM:n julkaisussa *Hyvä saattohoito Suomessa (2010)*, määritellään että jokainen sairaanhoitopiiri ja terveyskeskus vastaavat saattohoidon järjestämisestä omalla alueellaan. Lisäksi tulee jokaisessa sairaanhoitopiirissä olla alueellinen saattohoitosuunnitelma ja ohjeistus. Saattohoidon hoitopolut tulee olla kuvattuna ja toiminnan toteutua näiden pohjalta. Parhaimmillaan potilas ei huomaa eri toimijoiden välisiä rajoja. Kotisaattohoidon ja kotikuoleman lähtökohtana on potilaan oma toivomus. Kotisaattohoidon järjestäminen jää useimmiten kotisairaanhoidon ja kotisairaalan palvelujen varaan. Kotisaattohoidon vastuuhenkilöt tulee olla selkeästi määriteltyjä ja potilaan sekä omaisten tulee olla

järjestelyistä perillä. Riippumatta vuorokauden ajasta tulee potilaalla olla joustava mahdollisuus siirtyä tarvittaessa laitoshoidon. (Sosiaali ja terveysministeriö, 2010, pp. 23-25).

Vuonna 2010 julkaisi STM raportin *Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020*. Raportissa ehdotettiin palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen työnjaoksi kolmiportaista hoitojärjestelmää hoidon vaativuuden mukaan. Tasot nimettiin perustaso (I taso), erityistaso (II taso) ja vaativa erityistaso (III taso). Raportin ehdotuksena mainittiin myös, että lisätään kotihoitoa ja erikoistuneita palliatiivisen- ja saattohoidonyksiköitä. Raportin toteutussuunnitelmassa mainittiin tavoitteeksi, että suurimpiin kaupunkeihin perustetaan alueellisia palliatiivisen ja saattohoidonyksiköitä (II taso), joihin sisältyy päivä- ja kotisairaaloimintaa sekä kotiosasto turvaamaan ympärivuorokautinen apu. Näiden avulla mahdollistettaisiin kotikuolemat ja taataan joustavat konsultaatiomahdollisuudet. (Hermansson & työryhmä, 2010, p. 63).

Suomen Sairaanhoidtajaliiton ja Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistyksen julkaisussa vuodelta 2014 todetaan, että palliatiivinen ja saattohoitotyö vaatii kehittämistä kaikilla tutkituilla osa-alueilla. Tärkeänä pidettiin palliatiivisen ja saattohoidon palveluketjujen hyvää ja aukotonta toimintaa. Kotisaattohoito osana palveluketjun toimintaa toivottiin tulevaisuudessa vallitsevaksi toimintamuodoksi. (Erjanti, et al., 2014, pp. 42-43).

Vuonna 2017 julkaistiin Tiina Saarron ja kymmenhenkisen asiantuntijatyöryhmän osaamis- ja laatuksiteereiden suositus *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*, joka koskee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Raportin julkaisija on STM ja se pohjaa aikaisempiin vuonna 2010 laadittuihin suosituksiin. Raportin tavoitteena on selkiyttää alueellisten palveluketjujen perustamista ja työnjakoa. Kotisairaaloiminnan vahvistaminen mainitaan yhtenä kehittämistarpeista. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, pp. 6, 12).

Saarron (2017) raportti on avannut palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportaista mallin sisältöä ja tasojen nimityksiin on tullut pieniä muutoksia. Hoidon porrastuksen perustaso (A-taso) sisältää kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jotka tarjoavat palveluja tai hoitoa elämän loppuun saakka. Näitä yksiköitä voi kuvata paikkoina, joissa saattohoitoa on kehitetty yhtenä perustehtävänä muun toiminnan ohessa. A-tason paikoissa on saattohoito huomioitu henkilöstön osaamisessa ja mitoituksessa sekä toimintaympäristö tarkoittaen saattohoitopaikkojen sisällymistä. A-tason henkilökunnan tulee olla sosiaali- ja

terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä koulutustaso ja lääkärin tulee osallistua yksikön päivittäistoimintaan. Erityistaso (B-taso) vaatii suositeltavaksi väestöpohjaksi vähintään 50 000 asukasta. Vaaditaan erikoissairaanhoidon antava palliatiivinen yksikkö sekä erityistason saattohoito-osasto tai saattohoitokoti vaikeahoitoisia potilaita varten. B-tasolla tulee olla kattava kotisairaalamverkosto sekä niiden tueksi saattohoitoon tarkoitettuja vuodepaikkoja. Vaativa erityistason (C-taso) muodostaa yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset palvellen koko erityisvastuualuetta. C-tason toimijoihin lukeutuu muun muassa saattohoitoon erikoistunut kotisairaala ja saattohoito-osasto, joka toimii tukiosastona kotisairaalamalle. Resursoinnista mainitaan, että kaikilla tasoilla, kaikissa yksiköissä tulee olla yleisimmät saattohoito- ja oirelääkkeet sekä lääkäri tai sairaanhoitaja tavoitettavissa. Saattohoitoa toteuttavien tahojen vaatimuksiin mainitaan, että potilaan omaisilla on oltava mahdollisuus osallistua saattohoitoon. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, pp. 15-17).

Raportissa Saarto (2017) määrittelee kotisairaalamtoiminnan vaatimuksista eri tasojen osalta. Yleisesti kotisairaalam tehtäväksi kuvataan vastuu kotona tapahtuvan saattohoidon järjestämisestä. Kotisairaalamat kuuluvat sairaalampalveluihin ja mahdollistavat sairaalamtasoista hoitoa, kuten suonensisäiset hoidot potilaan kotona. Kotisairaalam henkilökunta on moniammatillinen työryhmä sisältäen ainakin lääkärin ja sairaanhoitajan. Kotisairaalam toimii ympärivuorokauden, myös kotikäynnin. Kotisairaalam henkilökunnan tulee turvata potilaan pääsy suoraan kotisairaalam tukiosastolle kaikkina vuorokauden aikoina. Kotisaattohoitoon osallistuvien omaishoitajien jaksamista tuetaan tarjoamalla potilaalle mahdollisuus intervallihoitoon sekä jakamalla tietoa vapaaehtoistoiminnan ja kolmannen sektorin tukitoimista. B-erityistasolla toimii kotisairaalam, jolla on tarjota asiantuntijasairaalamhoitajan ympärivuorokautiset palvelut. B-tason kotisairaalam vastuulääkärillä tulee olla erikostumiskoulutus ja hänen tulee olla saatavilla virka-aikaan sekä konsultoitavissa ympäri vuorokauden. C-tasolla kotisairaalam toimii osana yliopistosairaalamhoitopiirin palliatiivista keskusta. B-tason vaatimusten lisäksi tulee C-tason kotisairaalamassa olla erityiskoulutuksen omaava lääkäri saatavilla ympärivuorokauden. Euroopan neuvoston resurssisuositus erityistason kotisairaalam osalta on yksi yksikkö / 100 000 asukasta. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, pp. 16-21, 28-32). Turun kaupungissa oli vuoden 2016/2017 vaihteessa yli 187000 asukasta (Turun kaupunki).

Fitch, DasGupta ja Ford (2016) kuvaavat tutkimuksessaan laadukkaan saattohoitotyön toteutumisen vaatimuksia henkilöstöstrategian näkökulmasta. Organisaatiolta vaaditaan

suunnitelmallista strategiaa henkilökunnan henkisen jaksamisen tueksi, jotta laadukas saattohoitotyö voidaan saavuttaa. Strategian tulee sisältää suunnitelmat täydennyskoulutuksesta, ohjeista ja säännöistä, työohjauksesta sekä keinot tunnistaa henkilökunnan työrasituksen riskit. Henkilökuntaa tulee valmistella ja tukea jotta he kykenevät toteuttamaan laadukasta saattohoitotyötä. (Fitch, et al., 2016, pp. 66-70).

Kanadalainen tutkimus selvitti yhteiskunnan kustannuksia kotona tapahtuvan ja sairaalassa tapahtuvan saattohoidon välillä. Tutkimukseen hyväksyttiin 215 Torontolaisessa sairaalassa ollutta syöpäpotilasta, jotka täyttivät tietyt kriteerit saattohoitopaikan suhteen. Yhteiskunnan näkökulmasta kotisaattohoito maksaa yhtä paljon kuin sairaalassa annettu hoito, jos ottaa huomioon kokonaisuuden. Yhteiskunnallisiin kokonaiskustannuksiin laskettiin sisältyvän kaikki saattohoidon aikana muodostuneet kustannukset huolimatta siitä, kuka minkäkin osan maksoi. Kotisaattohoidossa olleiden potilaiden sairaalakustannukset olivat alhaisempia, mutta heidän hoitonsa aiheuttivat läheisille yli puolta korkeammat kustannukset kuin sairaalahoidossa olevat potilaat, jos otetaan huomioon läheisten saattohoitoon käyttämä aika. Tuloksissa todettiin, että yhteiskunnan taloudellisesta näkökulmasta saattohoitopaikka sairaalassa tai kotona tulee samanhintaiseksi, erona on kustannusten jakautuminen eri sidosryhmille. Kanadassa oli aikaisemmissa tutkimuksissa vuodelta 2010 todettu että kotisaattohoidon kuluista 70 % muodostui omaishoitajien ilmaisesta hoitotyöhön käyttämästä ajasta. Poliittisesta näkökulmasta kotisaattohoito ei ole kuluja säästävää kokonaiskustannukset huomioon ottaen. Kotisaattohoito ja sairaalassa tapahtuva saattohoito tulevat samanhintaisiksi, kotisaattohoidon osalta 52 % kuluista tulivat omaisten maksettavaksi. Mikäli omaisille aiheutuvia kustannuksia ei korvata yhteiskunnan taholta, voidaan katsoa, että yhteiskunta siirtää kustannustaakan terveydenhuollon organisaatioilta läheisten kontolle. Tämä herättää eettiset kysymykset järjestelyn kestävyuden suhteen. Kotona oleminen on elämän loppuvaiheessa useimmiten potilaan kannalta parasta. Jotta yhteiskunta saa muodostettua kestävä ja kannattavan kotisaattohoidon järjestelmän, tulee sen löytää keinoja helpottaa läheisten taakkaa sekä korvata heidän taloudelliset menetyksensä. (Mo, et al., 2015, pp. 605-615).

4.5.2 Henkilöstötasolla

Euroopan neuvoston suositus palliatiivisen hoidon järjestämisestä vuodelta 2003 korostaa, että elämän loppuvaiheen potilaita hoitavan henkilökunnan tulee omata korkeatasoiset vuorovaikutustaidot ja olla koulutettuja tehtävään. Moniammatillisten tiimien tulee olla päteviä omilla osa-alueillaan sekä olla tietoisia omista sekä muiden hoitoon osallistuvien

tiimien mahdollisuuksista ja rajoituksista. Tiimien välinen tiedonkulku on ratkaisevassa asemassa potilaan ja omaisten kannalta, jotta vältetään väärinkäsityksiltä ja tiedon ristiriitaisuuksilta. Tämän vuoksi on suositeltavaa, että hoidon kokonaisuudesta huolehtii koordinaattori. Henkilökunta on oikeutettu oikeudenmukaisiin korvauksiin suorittamastaan työstä ja osaamisestaan. Henkilökunnan työhyvinvoinnista huolehtiminen tulee olla erityisenä painopisteenä, sen ollessa olennainen osa palliativista hoitoa. (European Association for Palliative Care, 2003, pp. 12-17).

Hyvin toimivan tiimin tunnusmerkiksi voidaan määritellä tilaa, jossa kaikkien tiimiläisten ammattitaitoa käytetään tehokkaasti potilaan kokonaisvaltaisen hoidon hyväksi. Tiimi on sitoutunut yhteiseen toimintamalliin. Hyvin toimivan tiimin keskeisenä tekijänä on johtajuus. Esimiehen vastuulla on edesauttaa hyvän työilmapiirin syntyä, jotta tiimiläiset uskaltavat tuoda esiin mielipiteitään työtavoista ja menetelmistä. Keskeistä johtamisessa on oman alan substanssin hallinta ja soveltaminen sekä näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen ja uuden tiedon tuottaminen tieteellisten menetelmien kautta. Työn tavoitteiden ja hyvän työilmapiirin saavuttaminen on myös jokaisen tiimissä työskentelevän omalla vastuulla. (Benkel, et al., 2016, pp. 87-88; Sydänmaanlakka, 2015, pp. 201-202; Kantanen, et al., 2011, p. 194). Työyhteisön hyvä hoitokulttuuri muodostuu rohkeista, lämminhenkisistä ihmisistä, joille mitkään ihmisen elämän vaativat ja voimavaroja vievät tilanteet eivät ole outoja. Työyhteisön tulisi olla riittävän terve, jotta kuolevat saavat arvokasta, lämmintä ja asianmukaista hoitoa. Hoitohenkilökunnalla tulee olla mahdollisuus pysähtyä ja rauhoittua kokemaan kuolemista. Työyhteisön tuki ja yhdessä kokeminen on tärkeää. (Grönlund & Huhtinen, 2011, pp. 201-204).

Englannissa toimiva The Midhurst Macmillan Specialist Palliative Care Service on lääkärijohtoinen, moniammatillinen tiimi. Tiimin tavoitteena on tarjota ympärivuorokautista palliativisen hoidon ja saattohoidon konsultaatioapua, ohjausta sekä hoitoa koteihin ja kodinomaisiin hoitoyksiköihin. Turvaamalla maksimaalinen apu kotiin vähennetään saattohoitohoitopotilaiden sairaalahoidon tarvetta. Hoidon osalta tiimi tarjoaa suonensisäisiä hoitoja, askitespunktioita sekä epiduraalitalan lääkehoitoa. Tiimi työskentelee kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta ottaen huomioon potilaan ja omaisten lisäksi koko sosiaalisen kokonaisuuden. Ammatilliselle tiimille tarjosi konsultaatioapua komplisoituneiden tapausten hoidossa. Tiimin vahvuutena nähtiin keskinäinen hyvä henki ja dynaamisuus. Tiimi toimi ilman hierarkiarajoja antaen eri tehtäviä henkilölle, joka oli kulloinkin asian parhaiten osaava. Tutkimukseen osallistui 201 syöpäpotilasta Midhurst-

tiimin hoidossa ja 770 syöpäpotilasta, jotka olivat saattohoitokodin hoidossa. Tuloksissa todettiin, että mikäli lähete Midhurst-tiimille tehtiin ajoissa, pystyttiin syöpäpotilaiden viimeisen elinvuoden kustannuksia laskemaan 20 %. Potilaat ja hoitava henkilökunta olivat tyytyväisiä tiimiltä saamastaan konsultaatioavusta ja kokivat palvelun joustavana. Seurantatutkimuksen aikana tiimin potilaista 71 % kuoli kotiin. (Noble, et al., 2015, pp. 254-264).

Perinteisesti johtaja on pyrkinyt vaikuttamaan alaisiinsa niin että he työskentelisivät mahdollisimman tehokkaasti, tavoitteet saavuttaen (Sydänmaanlakka, 2015, p. 204). Hoitamisen ja hoitotyön johtamisen päämääränä tulee olla potilaan paras. Tavoitteena on vaikuttava, laadukas ja tuloksellinen hoitotyö. (Pöyhiä, et al., 2018, p. 31). Terveystieteiden organisaatioiden ja tiimien tulisi saavuttaa kulttuuri, jossa jokainen sairaanhoitaja käyttää omia johtamistaitojaan ja uskaltaa hyödyntää niitä suunnitellakseen, kehittääkseen ja parantaakseen hoidon ja palvelun tasoa (Norman, 2012, pp. 162-163). Kuolevan potilaan kohtaaminen on hoitotyön käännekohta ja koskettaa hoitajaa. Kuolevaa hoitaessa on hoitamisen ammattilaisella mahdollisuus tiedostaa omat vahvuutensa ja heikkoutensa ja tällä tavoin pyrkiä tulemaan ammatissaan pätevämmäksi. Työnohjaus antaa hoitajalle mahdollisuuden tarkastella asioita, joita tapahtui kuolevan kanssa, mahdollisuuden käsitellä omia ja kuolevan ihmisen tunteita sekä auttaa työyhteisöä pysymään terveenä. (Grönlund & Huhtinen, 2011, pp. 113, 201-204).

STM:n (2017) julkaisema raportti *Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen* määrittelee, että jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön osaamiseen pitää sisältyä kyky hoitaa palliativisen ja saattohoidon perustason hoito. Perustason hoitoon sisällytetään osaaminen oirehoidon perusteista, kuolevan ja läheisten huolenpito sekä psykososiaalisen ja vakaumuksen mukaisen henkisen tarpeen arviointi. Kaikkien osaamiseen tulee sisältyä myös palliativisen tai saattohoidon tarpeen tunnistaminen ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tekeminen tarvittaessa yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perusopetukseen sisältyy niukasti opetusta palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tutkintoon johtavaa jatkokoulutusohjelmaa ei ole tarjolla. Lääkäreiden peruskoulutus sisältää palliativista ja saattohoito opetusta vain kahdessa yliopistossa. Lääkäreillä on mahdollisuus suorittaa kaksivuotinen palliativisen lääketieteen erityispätevyyskoulutus. Moniammatillinen yhteistyö tulee huomioida kaikkien ammattiryhmien koulutuksessa. Edustettuna tulee olla lääketieteellinen, hoitotyön ja

psykososiaalisen sekä henkisen/hengellisen tuen osaaminen. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, pp. 11-15, 22).

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman kolmiportaisen hoidon porrastuksen perustasolla (A-taso) mainitaan kotisairaalan ja vuodeosastojen henkilökunnan osalta, että nimetyn saattohoidon vastuuhenkilön tulee omata saattohoidon lisäkoulutusta. Henkilökunnan tulee hallita yleisempien oireiden hoito, parenteraalinen lääkehoito, lääkkeettömät menetelmät sekä psykososiaalisen tuen perusteet. Erityistasolla (B-taso) vaaditaan että henkilökunnalla on jatkokoulutusta erityistason palliatiivisesta ja saattohoidosta. Erikoistumiskoulutus vaaditaan vastuu lääkäreiltä ja vastuu sairaanhoitajilta. Lisäksi henkilökunnalla tulee olla riittävä kokemus erityistason saattohoidosta ja vaativien vuorovaikutustilanteiden hoitamisesta. Henkilökunnalta vaaditaan osaamisen ylläpitämistä sekä osallistumista palliatiivisen ja saattohoidon perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksiin. Vaativalla erityistasolla (C-taso) vaaditaan että lääkäreillä ja sairaanhoitajilla on saattohoidon erikoistumiskoulutus. B-tason vaatimusten lisäksi edellytetään, että hoitoyksikössä on riittävä kokemus vaativan erityistason palliatiivisesta ja saattohoidosta. Lisäksi on henkilökunnan oltava koulutettua vaativien vuorovaikutustilanteiden varalle. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, pp. 16, 29-32).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin jäsenkuntien hoitohenkilöstön henkilöstötarpeen ennakointia käsittelevä Kosklinin ja Viljanen-Peuraniemen (2015) raportti ehdottaa, että työ tapahtuu piirin alueella verkostomaisessa yhteistyössä. Tällaisessa yhteistyössä nähdään tärkeinä tekijöinä asiakasnäkökulma, prosessien hallinta, jatkuva laadun parantaminen ja turvallisuus. Henkilöstöltä se vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden syvällisempää ymmärtämistä. Tulevaisuudessa hoitohenkilökunnalta odotetaan suurempaa joustavuutta ja paineet henkilöstöresurssien käytön tehostamisesta kasvavat. Raportin mukaan ennustetaan hoitohenkilöstön osaamisen näkökulmasta kasvavaa tarvetta teknisen ja tietoteknisen osaamisen alueella. Teknisiä taitoja tarvitaan etenkin potilaiden etähoidon, seurannan ja ohjauksen lisääntymisen tarpeen johdosta. Sairaanhoitajien erityisosaamistarpeina mainitaan myös toimenpidevaatimusten osaaminen, laatu- ja kehittämisosaaminen sekä asiakkuusnäkökulma, jonka avulla potilas otetaan aiempaa paremmin mukaan, omaan hoitoonsa. Hoitotyön lähiesimiehiltä ja johtajilta odotetaan tulevaisuudessakin vahvaa hoitotyön substanssiosaamista. Tämän lisäksi korostuu talousosaaminen, laadunhallinta, henkilöstöjohtamisen, kriisi- ja muutosviestintä sekä tietotekninen osaaminen. (Kosklin & Viljanen-Peuraniemi, 2015, pp. 55, 77-81).

Suomalaisessa kyselytutkimuksessa kerättiin tietoa saattohoitoon osallistuvien lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan koulutustarpeista palliatiivisen ja saattohoidon osalta. Kyselylomakkeita lähetettiin 1000 ja vastausprosentti oli 46 %. Tuloksissa nousi esiin viisi pääteemaa: 1) henkilökunta koki tarvetta saada lisäkoulutusta erilaisten potilasryhmien saattohoidosta sekä etenkin oirehoidon, kivunhoidon, neste- ja ravitsemushoidon sekä lääkkeettömien hoitomenetelmien osalta. 2) Toisena teemana esitettiin omaisten kohtaaminen, joka koettiin haasteellisena ja raskaimpana saattohoitoa toteuttaessa. 3) Täydennyskoulutusta kaivattiin tunnistamaan saattohoidossa ilmenevien tuen tarpeiden tunnistamiseksi. 4) Neljäntenä tarpeena koettiin oppia yhteistyön ja eettisyyden osalta, jotta kyetään tarjoamaan arvokas kuolema potilaalle. 5) Viidentenä teemana nostettiin esiin henkilökunnan tarve saada selvyys saattohoidon organisoinnista ja paikallisesta palvelutarjonnasta. Erityisesti lääkärit toivoivat koulutusta, miten hoitoketjut ja hoidon porrastus toimivat paikallisen saattohoidon osalta. Koulutuksellinen tuki koettiin jaksamisen edellytyksenä. Henkilökunta kaipasi myös työnohjausta ja työnkierron mahdollisuutta osaamisen lisäämiseksi. Kotihoidossa toimivat kokeneet hoitajat korostivat saattohoidon olevan antoisinta hoitotyötä, jota pitää tehdä sydämellä ja jonka oppii työelämässä. Tutkimuksen pohdinnassa todettiin kotisaattohoidon onnistumisen edellytyksenä toimivan yhteistyön kehittämistä omaisten, kotihoidon ja kotisairaalan sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Lipponen & Karvinen, 2015, pp. 152-162).

White ja Coyne (2011) selvittivät kyselytutkimuksessa yli seitsemänsadan onkologisen sairaanhoitajayhdistyksen jäsenen näkemyksiä, minkälaista erityisosaamista he kokivat tarvitsevansa voidakseen suorittaa laadukasta saattohoitotyötä. Tuloksissa todettiin sairaanhoitajien kaipaavan lisää osaamista saattohoidon oirehoidosta. Tarvetta oli myös saada keinoja kertoa potilaalle ja omaisille mistä palliatiivisessa hoidossa on kyse sekä miten keskustella kuolemasta. (White & Coyne, 2011, pp. 711-715).

4.6 Moniammatilliset vastualueet kotisaattohoidon toteuttamisessa

Nykykäsityksen mukaan kuolevan potilaan hoito ymmärretään hoitopaikasta riippumatta tiimityöksi. Moniammatillinen ryhmä pyrkii huolehtimaan kuolevan ihmisen hyvinvoinnista kokonaisvaltaisesti. (Grönlund & Huhtinen, 2011, p. 112). Eri ammattiryhmien välinen hyvä yhteistyö täydentää osaamista potilaan hoidossa ja hoidon ympärillä. Hyvä ammattiryhmien yhteistyö turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta, voimistaa turvallisuuden tunteen kokemista ja parantaa hoidon vaikuttavuutta. (Benkel, et al., 2016, p. 87). Kotisaattohoidossa työskentelevältä vaaditaan osaamista toimia moniammatillisissa tiimissä, vaikka työ onkin

hyvin itsenäistä. Kotisaattohoidon järjestämisessä tärkein työkalu on henkilökunta, jolla on palliatiivisen hoidon kokonaisvaltaista osaamista. (Saarto, et al., 2015, pp. 578-579).

4.6.1 Lääkäri

Terveydenhuoltolaissa (2010/1326) määritellään vastuu toimintayksiköiden terveyden- ja sairaanhoidosta. Lain mukaan toimintayksikössä on oltava lääkäri, joka johtaa ja valvoo toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa sekä päättää potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta. (§57). Lääkäri johtaa palliatiivista hoitotiimiä ja kantaa vastuun lääketieteellisestä hoidosta. Lääkärin vastuulla on tehdä diagnoosit ja antaa määräykset. (Benkel, et al., 2016, p. 89). Hoito perustuu hyvissä ajoin tehtyyn ennakoivaan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman laatimisesta vastaa hoidosta vastaava lääkäri ja hoitotiimi yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisten kanssa. Hoitavan lääkärin vastuulla on hoitosuunnitelman päivittäminen ja toteutuminen. Hoitosuunnitelmaa täydennetään saattohoitosuunnitelmalla kuoleman lähestyessä. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, pp. 7-8). Kuolemaan johtavia sairauksia hoitaessa tulee lääkäreiden hallita oireita lievittävän hoidon perusteet ja tarvittaessa pyytää konsultaatioapua (Grönlund & Huhtinen, 2011, p. 113). Oirehoito on yhtä aktiivista hoitoa kuin parantaminen (Hänninen & Luomala, 2013, p. 28). Kotisaattohoidosta vastaavan lääkärin tulee kyetä hallitsemaan kaikki tilanteet, joita kotona voi ilmetä. Kyseeseen voi tulla kivunhoito, hengenahdistus, järkytys, epätoivo, suru tai muu vaikea asia, joka liittyy kuolemaan. Hyvin organisoidussa kotisaattohoidossa voidaan toteuttaa lähes kaikki muut sairaalatasoiset lääketieteelliset toimenpiteet paitsi röntgentutkimukset. (Saarto, et al., 2015, pp. 257, 580).

4.6.2 Hoitaja

Hoitotyön määritelmään sisältyy potilaan ongelmien tunnistaminen, toimintatapojen valitseminen sekä hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi (Eriksson, et al., 2016, p. 74). Palliatiivisen hoidon toteuttamisessa tulee hoitajalla olla hyvä osaaminen kliinisestä hoitotyöstä nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Osaamisen tulisi sisältää taitoja luovaan päätöksentekokykyyn ja herkkyyttä huomata ja ennakoida ongelmia. Hoitajilta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja, erityyppisten ihmisten arvostamista ja erilaisuuden sietämistä sekä hienotunteisuutta eri tilanteissa. Hoitotyö toteutuu jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti potilaan kodissa. Tästä johtuen ei valmiita hoitotyön malleja voida noudattaa eikä tehdä päätöksiä potilaan puolesta samalla tavalla kuin laitoshoidossa. Hiljaisen tiedon, käytännön työn tuoma työkokemus ja eettinen ymmärrys korostuvat palliatiivisen potilaan

ja hänen omaistensa kohtaamisessa. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijan tulee arvostaa omaa työtään. Oman työn arvostamisen kautta hoitaja osaa arvostaa myös muita ammattiryhmiä ja näiden asiantuntemusta. (Törmä, 2010, pp. 32-34; Saarto, et al., 2015, pp. 577-578; Surakka, et al., 2015, p. 136).

Kotisairaalassa työskentelevän henkilökunnan työn haasteena ja rikkautena voi ilmetä saattohoitopotilaiden ja muiden potilasryhmien, esimerkiksi infektiopotilaiden, täysin eri lähestymistapa. Haasteita saattavat aiheuttaa myös kulttuurierot, kun hoidetaan esimerkiksi vaikeasti sairasta maahanmuuttajataustaista potilasta. Hoitaminen voi vaatia tasapainottelua, näkemysten sovittelua ja yhteisymmärryksen rakentamista kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kesken. (Hänninen & Luomala, 2013, pp. 91-93). Henkilökunnalle vieraasta kulttuuritaustastaan tai uskonnostaan huolimatta potilaaseen tulee aina suhtautua yksilönä. Yksilön tahto saattaa myös olla toinen kuin hänen läheistensä. Vieraasta kulttuuristakin tulevan kohdalla pätee vaitiolovelvollisuuden velvoite. Henkilökunnan ei tule pelätä omaa tietämättömyyttään ja kielellisissä ongelmissa on syytä turvautua tulkkiin. (Saarto, et al., 2015, pp. 274-275).

Kanadalaisessa tutkimuksessa haastateltiin kahdeksan kotisairaanhoidajan kokemuksia kotisaattohoitotyöstä, heillä ei ollut erikoitumisopintoja palliatiiviseen hoitotyöhön. Sairaanhoidajat kokivat kotona tapahtuvan saattohoitotyön antoisana. Kotona tapahtuva hoito loi suuremman vapauden toteuttaa hoitoa yksilöllisesti antamalla aikaa ja kunnioittamalla potilasta ja omaisia. Sairaanhoidajat kokivat tärkeänä tehtävänä roolinsa tiedonjakajina, potilaan tilan muutosten ja sairauden vakavuuden kertomisessa. Haasteina sairaanhoidajat kokivat hoitosuhteet, jossa potilas tai omaiset kieltäytyivät hyväksymästä tai puhumasta potilaan tilanteesta. Sairaanhoidajilla oli myös huoli siitä, toteuttavatko he laadukasta saattohoitoa. Kotikuoleman onnistumiseksi tuli sairaanhoidajien organisoida kaikkea mitä potilaan hoitoon liittyi. Tästä saattohoitopotilaiden kokonaisvaltaisuuden tarpeesta johtuen kotisairaanhoidajat joutuivat ajoittain laiminlyömään muiden kuin saattohoidossa olevien potilaiden hoidontarpeita, mikä lisäsi hoitajien riittämättömyyden tunnetta. Tutkimus toi esille myös kotisairaanhoidajien kohtaavan erittäin vaihtelevia tunnetiloja. Ajoittain he kohtasivat potilaiden puolelta vihaa sekä voimattomuutta kohdata omaisen surua. Hoitajat kokivat myös yksinäisyyttä, surua sekä tarvetta saada jakaa kokemuksia kollegoidensa kanssa. Potilaan kuolema kosketti sairaanhoidajia ja he kävivät tunnetasolla läpi omaa ja läheistensä kuolemiseen liittyviä ajatuksia. Hoitajat kokivat tärkeänä, että he saivat surra menehtynyttä potilasta ennen kuin hoitosuhde uuden

saattohoitopotilaan luona alkoi. Tähän auttoi työnohjaus, täydennyskoulutus, kollegoiden tai psykologin keskusteluapu sekä organisaation tuki. Kaiken kaikkiaan sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä toteuttaessaan kotisaattohoitoa ja he kokivat kasvavansa sekä ammatillisesti että henkilönä. (Marchessault, et al., 2012, pp. 135-140).

Voidakseen toteuttaa hyvää saattohoitoa, on tärkeää, että hoitaja voi kokea hoitosuhteen potilaan ja omaisten kanssa turvallisena (Karlsson, et al., 2010, p. 229). Turvallisen kotisaattohoidon perustana on hyvä tiedonkulku. Hyvä tiedonkulku on hoidon jatkuvuuden tausta niin, että seuraava potilaan kotiin menevä hoitaja tietää mitä siihen mennessä on tapahtunut ja jatkaa siitä mihin edellinen hoitaja jäi. (Saarto, et al., 2015, p. 578). Henkilökunnan riittävä osaaminen on tärkeässä roolissa ennaltaehkäistäessä päivystys- ja sairaalakäyntejä, sillä hoitamattomat oireet, puutteellinen tuki ja turvattomuus ovat yleisimmät syyt hakeutua päivystykseen (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, p. 10).

Törmän (2010) tutkimus tarkasteli saattohoitajien ammatillisen kehittymisen prosessia ja eettisen hyvän näkökulmaa. Tutkimustuloksissa saattohoitajat nostivat esiin ammatillisuuden lähtökohdaksi vahvan kliinisen osaamisen. Hoitajat kokivat saattohoitotyön tunnetyönä, välittämisenä ja vastuullisuutena. Vahva kliininen osaaminen vapautti tilaa empatialle ja tilanneherkkyydelle hoitosuhteessa. Saattohoitotyön erityispiirteinä koettiin itsensä likoon laittaminen, aitous ja rehellisyys. Menestyksellinen saattohoitotyö edellyttää läsnäolon ja ihmisten kohtaamisen taitoja. Ammatillinen kasvu on yhteydessä työyhteisön toimivuuteen. Henkilökunnan keskinäinen luottamus on avaintekijä ammatillisuuden kehittymiselle. (Törmä, 2010, pp. 30-33).

Ruotsalaisessa tutkimuksessa kartoitettiin seitsemän sairaanhoitajan kokemuksia kohdata eettisiä ongelmia kotona tapahtuvassa palliatiivisessa hoidossa. Keskeiset eettisten ongelmien teemat, jotka sairaanhoitajat toivat esiin, olivat turhautuneisuus, voimattomuuden tunne ja huoli. Sairanhoitajat olivat motivoituneita, ottivat työnsä vakavasti ja kokivat vastuullisuutta potilaidensa elämän loppuvaiheen hoidosta. Sairanhoitajat halusivat miellyttää potilaita ja läheisiä sekä kaikkia hoitoon osallistuvia tahoja. Eettisten ongelmatilanteiden ratkaisuihin sairaanhoitajat kaipasivat kollegoiden tukea ja toimintamalleja, siitä miten kollegat olivat eri tilanteissa toimineet. (Karlsson, et al., 2010, pp. 224-229).

4.6.3 Sielunhoitaja

Suomen sairaaloissa työskentelee sairaalasielunhoitajia. Heidän ammattikuntansa kuuluu osana Sairaalasielunhoidon Euroopan verkostoon. Verkoston kannanotossa sanotaan muun muassa sairaalasielunhoitajien työskentelevän yhdessä muiden terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa, kehittäen hoitoyhteisöjä ja hoitokäytänteitä. Sairaalasielunhoitajat ovat kirkon työntekijöitä ja he työskentelevät terveydenhuollon eri laitoksissa ja yksiköissä sekä kotisairaalan kautta myös kotisaattohoitopotilaiden kodeissa. Painopisteenä heidän työssään on eettisyys, elämää, kuolemaa ja sairautta koskevat kysymykset sekä hyvään hoitoon liittyvät kysymykset ja eutanasia. Sairaalasielunhoitajat ovat sekä potilaita, omaisia ja työntekijöitä varten. Tiimeissä he ovat uskonnollisen kielen ja elämänarvoja koskevien kysymysten tulkitsijoita. Monella sairaalasielunhoitajalla on teologisen peruskoulutuksen lisäksi psykoterapeutin ja/tai työnohjaajan koulutus. (Toikkanen & Pohjolainen, 2015, pp. 69-72).

Uskontoon ja hengellisyyteen liittyvien asioiden huomioon otto kuolevan potilaan hoidossa ovat mahdollisesti tärkeämpää kuin muualla hoitotyössä. Saattohoitoon tulevalta potilaalta olisi hyvä kysyä tahtooko hän keskustella uskontoon liittyvistä kysymyksistä. (Grönlund & Huhtinen, 2011, pp. 126-129). Sairaalasielunhoitajien ammattitaitoon kuuluu erilaisten uskontojen tuntemus. He ovat potilaita varten, riippumatta potilaan elämäkatsomuksesta tai taustasta. Hoitaja tai sairaalasielunhoitaja auttaa potilasta tarvittaessa saamaan yhteyden omaan uskontokuntansa sielunhoitajaan, seurakuntaan tai yhteisöön. (Toikkanen & Pohjolainen, 2015, pp. 70-72; Grönlund & Huhtinen, 2011, p. 129). Sielunhoitaja varmistaa, että kärsivä ihminen ei jää olemassaolon kysymyksissään yksin (Surakka, et al., 2015, p. 138).

4.6.4 Fysioterapeutti

Fysioterapeutti toimii osana moniammatillista työryhmää. Fysioterapeutti viettää arvokasta aikaa potilaan kanssa, jossa samaan aikaan toimitaan ja ollaan läsnä kuulevana ja tuntevana kumppanina. (Grönlund & Huhtinen, 2011, p. 130). Fysioterapian tavoitteena palliatiivisessa hoidossa on säilyttää tai lisätä potilaan toimintakykyä ja jos se ei ole mahdollista, tulee toimintakyvyn alentumista pyrkiä vähentämään (Benkel, et al., 2016, p. 89). Fysioterapeutin ammattitaitoa tarvitaan, jotta palliatiivisen potilaan omat voimavarat löydetään. Heidän asiantuntijuuttaan tarvitaan apuvälineiden, asentohoitojen ja

liikuntasuunnitelmien tekemiseen, toteutukseen ja arvioimiseen. (Surakka, et al., 2015, p. 136).

Fysioterapeutti voi käydä potilaan kotona ohjaamassa omaisia käyttämään soveltuvia nostotteita tai apuvälineiden käyttöä. Kuolevan potilaan kivun hoidossa fysioterapia, lämpö- tai kylmähoidot sekä rentoutusterapia ovat ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja, joista saattaa olla apua potilaalle. Lihasspasmikivuissa ne auttavat useammin kuin voimakkaat kipulääkkeet. Fysioterapeutin ohjaamien hengitysharjoitusten avulla voidaan potilasta auttaa selviytymään hengenahdistuksensa kanssa. Tukehtumisen tunne on pelottava kokemus. Potilas voi kokea hallitsevansa oireita, jos hän osaa käyttää oikeita lihaksia hengityksen helpottamiseksi. (Grönlund & Huhtinen, 2011, pp. 117, 130-131).

4.6.5 Ravitsemusterapeutti

Ravitsemusterapeutin työn tavoitteena saattohoitopotilaan hoidossa on huomioida ravitsemuksen eettiset ja kulttuuriset kysymykset kuolemaan asti. Tämä toteutuu ohjaamalla potilasta, omaisia ja hoitotiimiä ravitsemukseen liittyvissä asioissa. (Benkel, et al., 2016, p. 88). Palliatiivisen ravitsemushoidon tavoitteena on ensisijaisesti lisätä potilaan hyvinvointia ja elämänlaatua, toissijaisesti pyritään ylläpitämään ja hidastamaan ravitsemustilan heikkenemistä mahdollisuuksien mukaan (Saarto, et al., 2015, p. 332). Palliatiivisessa vaiheessa ravitsemusterapeutin asiantuntemusta tarvitaan mietittäessä potilaan ruokahaluun liittyviä ongelmia. Ruuan koostumus, maku ja tuoksu korostuvat. Hyvä suunhoito on ruokailun onnistumisen kannalta tärkeää. Saattohoitovaiheessa on tärkeää tukea omaisia ymmärtämään, että potilas ei kuole koska on syömättä, vaan hän ei syö koska on kuolemassa. (Surakka, et al., 2015, p. 137). Omaisten on raskasta ja ahdistavaa seurata laihtuvaa ja toimintakykynsä menettävää potilasta. Omaiset saattavat vaatia suonensisäistä tai letkuravitsemishoitoa potilaalle, vaikka ne todennäköisesti aiheuttavat potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Ravitsemushoidon keskeisenä eettisenä kysymyksenä pidetään, milloin aktiivinen ravitsemushoito on aiheellista lopettaa. Ravitsemishoitoon liittyvät kysymykset olisi hyvä käydä tarpeeksi ajoissa, jotta potilaan oma tahto tulisi kuulluksi. (Saarto, et al., 2015, p. 335).

4.6.6 Sosiaalityöntekijä

Sosiaalityöntekijä toimii muiden hoitotiimin jäsenten ja viranomaisten yhteistyötoverina sekä tiedonvälittäjänä potilaan palveluiden, toimeentulon ja arkipäivän asioihin liittyvissä

kysymyksissä. Sosiaalityöntekijä auttaa taloudellisten ja toimeentuloon liittyvien kysymysten kanssa. Sosiaalityöntekijä kartoittaa potilaan etujen ja palveluiden tilanteet ja tarpeet yhdessä potilaan ja omaisen kanssa. Sosiaaliset edut koskevat yleensä koko perhettä. Sosiaalityöntekijä arvioi niitä tukimuotoja, joita tulisi suunnata saattohoitopotilaan omaisille. Tällä tavoin tuetaan myös saattohoitopotilasta. (Surakka, et al., 2015, p. 138; Grönlund & Huhtinen, 2011, pp. 132-134)

Sosiaalityöntekijä auttaa yhdessä hoitotiimin kanssa lähitulevaisuudessa tapahtuvan kuoleamisen aikaansaamien kipeiden asioiden käsittelyssä. Tehtävään sisältyy potilaan ja omaisten rohkaiseminen ihmissuhteiden ja arkaluonteisten asioiden selvittämiseksi. Tämä käynnistää ennakoivan surutyön, jolla on suuri merkitys sitten kun läheinen ihminen on kuollut. (Grönlund & Huhtinen, 2011, pp. 132-134).

4.6.7 Vapaaehtoistyöntekijä

Sosiaali- ja terveysministeriön *Hyvä saattohoito Suomessa* -julkaisussa (2010) todetaan vapaaehtoistyöntekijöiden täydentävän osaltaan moniammatillista työryhmää (Sosiaali ja terveysministeriö, 2010, p. 30). Ammattilaisten ja vapaaehtoistyöntekijöiden toiminnan onnistunut yhteensovittaminen edellyttää, että tehtävät ovat selkeästi jaettu ja eroteltu, näin täydentäen hyvää saattohoitoa. Kodeissa tapahtuva vapaaehtoistyö on usein vaikeampaa kuin osastolla, jossa vapaaehtoistyöntekijän tukena on koko hoitoyhteisö. Kotisaattohoidossa toimiva vapaaehtoistyöntekijä on työssään yksin, vieraan ihmisen kodissa, vaikkakin kotisaattohoitotiimin jäsenet ovat puhelimella tavoitettavissa. Kotisaattohoitoon osallistuva vapaaehtoistyöntekijä tulee ottaa tiimin jäseneksi. Yhteydenpito tiimiin, vapaaehtoistyönohjaajaan ja mahdollisesti työnohjaukseen osallistuminen tuo turvallisuutta tehtävään, jossa vapaaehtoistyöntekijä muutoin voi tuntea olonsa yksinäiseksi ja neuvottomaksi. (Surakka, et al., 2015, pp. 141-142; Saarto, et al., 2015, p. 595).

Vapaaehtoistyöntekijöiden tehtävät valikoituvat potilaan tarpeiden ja vapaaehtoistyöntekijälle luontevimmilta tuntuvien tehtävien mukaan. Vapaaehtoistyöntekijän hyvä perehdytys tehtävään on tärkeää. Perinteisiä tehtäviä on läsnäolo ja kuuntelu, muu seurannapito ja ajanviete sekä ulkoilussa tai toimenpiteissä käymisen avustajana toimiminen. Joissakin tapauksissa vapaaehtoistyöntekijä voi osallistua myös avustamalla potilaan päivittäisissä toimissa. Myös hengellisten asioiden huomioiminen voi soveltua vapaaehtoistyöntekijälle. Vapaaehtoistyöntekijät auttavat myös omaisia jaksamaan

raskaan saattohoitovaiheen aikana. (Saarto, et al., 2015, p. 594; Grönlund & Huhtinen, 2011, p. 127).

Candy, France, Low ja Sampson (2015) selvittivät kirjallisuuskatsaustutkimuksessaan vapaaehtoistyöntekijöiden läsnäolon vaikutusta saattohoidossa olevien potilaiden ja läheisten kokemaan hyvinvointiin. Tutkimukseen hyväksyttiin kahdeksan aikaisempaa tutkimusta, joista kuusi oli tehty Yhdysvalloissa, yksi Alankomaissa ja yksi Ugandassa. Vapaaehtoistyöntekijöiden tehtäviksi lueteltiin seurustelua ja hoivaamista esimerkiksi hiusten kampaaminen tai kynsien leikkuu. Potilaiden ja omaisten kokemaan tyytyväisyyden tasoon vaikutti suoraan vapaaehtoistyöntekijöiden perheen luona viettämä aika. Mitä enemmän tunteja vapaaehtoistyöntekijä vietti perheen kanssa, sen tyytyväisempiä potilas ja omaiset olivat. Tutkimuksen yhteenvedossa todettiin jatkotutkimuksen tarpeellisuus vapaaehtoistyöntekijöiden vaikutuksesta saattohoidossa, koska saattohoidon tarve kasvaa koko ajan. (Candy, et al., 2015, pp. 756-767).

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön tilaajana toimi Turun kaupungin sairaalapalvelut. Opinnäytetyön suorittamiselle myönnetyt luvat ovat luettavissa liitteestä 1 (Liite 1).

5.1 Tiedonhaku

Tiedon raportoinnissa on aina käytävä ilmi mitä lähteitä on käytetty (Eriksson, et al., 2016, p. 25). Tiedonhaun avulla mukaan valittujen lähteiden merkitys on keskeisessä asemassa koko kirjallisuuskatsauksen laadun kannalta. Kirjallisuuskatsaus luo pohjan tutkielman tuloksiin sekä johtopäätöksiin ja on siten tärkeää suorittaa hyvin. (Kristensson, 2014, p. 157). Tiedonhaun prosessi tulee kuvata siinä määrin että toinen arvioija kykenee suorittamaan saman tiedonhaun ja päätyä paljolti samoihin teoksiin. Tiedonhaku vaatii taitoa ja harjoittelua. Mikäli jostain aiheesta ei tunnu löytyvän tietoa on syynä usein väärien hakusanojen käyttäminen (Coughlan, et al., 2013, pp. 56-60).

Tässä opinnäytetyössä aineistollista tiedonhakua on tehty sekä manuaalisesti että tietokantoja hyödyntäen. Manuaalisesti aineiston keruu suoritettiin käymällä läpi Hoitotiede-lehtien vuosikerrat ajanjaksolta 2011-alkuvuosi 2017. Kirjoja aineiston materiaaliksi on haettu Vaski-kirjastojen eri toimipisteistä, Tritonia-kirjaston toimipisteistä

sekä Turun kaupunginsairaalan kirjastosta. Hakua on suoritettu suoraan eri internetsivustoilta kuten Finlex, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, kunnat.net, Valvira, Etene, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Käypä hoito, eräiden yhdistysten sivustot sekä väitöskirjoja eri yliopistojen sivustoilta. Aineistona on käytetty myös Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin (VSSHP), Turun kaupungin intranetin sekä muiden julkisten laitosten tai kuntien sivustojen raportteja tai selvityksiä. Näitä tietoja on hyödynnetty, vaikka ne eivät ole tieteellisesti julkaistuja mutta ne kuvaavat olemassa olevia tai suunniteltuja aiheeseen liittyviä toimintamalleja. Taustan kuvailua varten käytiin henkilökohtaista tiedonantoa aiheeseen liittyvien, opinnäytetyön tilanteen, organisaation vastuuhenkilöiden kanssa.

Eri sähköisten tietokantojen välillä ilmenee pieniä eroavaisuuksia. Pääpiirteet tietokantoja käytettäessä ovat tiedonhaun kannalta samoja. Systemaattinen tiedonhaku aloitetaan rajaamalla aihepiiriä. Rajauksesta huolimatta pyritään saamaan mukaan mahdollisimman edustava joukko luotettavia tutkimuksia. Tiedonhaun rajauksissa tulee huomioida resurssit, koska tiedon määrä on suurta ja hakua voidaan jatkaa loputtomiin. Tiedonhakua ohjaa hakusanojen ja hakulauseiden valinta, sekä näiden eri yhdistelmät. Rajausten avulla pyritään kohdentamaan tiedonhakua tarkemmin. Rajauksina voidaan käyttää julkaisuvuosi, julkaisukieltä, hyväksymällä mukaan vain ilmaiset ja/tai artikkelit, joihin on saatavissa koko artikkeliteksti (*full text*). Artikkeleiksi voidaan rajaamalla hyväksyä myös vain vertaisarvioituidut (*peer reviewed*) tutkimusartikkelit. Hakusanojen ja hakulauseiden yhdistelmien rajaamiseen käytetään pääsääntöisesti Boolean operaattoreita OR, AND ja NOT. (Coughlan, et al., 2013, pp. 56-60; Metsämuuronen, 2006, p. 39).

Systemaattinen tiedonhaku suoritettiin käyttämällä seuraavia tietokantoja: CINAHL, PubMed, Doria ja Uptodate. Googlen avulla löytyi ilmaisena muutama artikkeli, joka PubMedin haussa oli osoittautunut maksulliseksi. Hakusanoina eri tietokannoissa käytettiin *hospital-based home care, end of life care, home, palliative, competence, home health, nurse, case-management, communication skills, nursing, place of death, preferred place of death, hospital at home, co-operation, palliative care, palliative care nursing, hospital in home, family caregivers, home-based primary, palliative home health care, palliative care adult*, saattohoito, kotisairaala, palliatiivinen. Tiedonhaussa käytettiin myös edellä mainittujen hakusanojen eri yhdistelmiä. Artikkelien vaatimukseksi asetettiin, että ne olivat vertaisarvioituja. Tiedonhaun rajaamisen apuna käytettiin Boolean operaattoreita. Artikkeleiden aikarajauksena käytettiin 2010 ja sen jälkeen julkaistut. Haussa poissuljettiin maksulliset julkaisut, vaikkakin joitakin löytyi myöhemmin Googlen avulla ilmaiseksi.

Artikkelien tuli esiintyä sähköisesti koko artikkeliteksti muodossa. Tiedonhaussa rajattiin pois kaikki lapsiin liittyvät artikkelit, sekä artikkelit, jotka käsitelivät saattohoitoa jonkin tietyn sairauden näkökulmaan syventyen. PubMed tietokanta ehdottaa haun tuloksen samankaltaisia artikkeleita, näitä polkuja käytettiin hyväksi tiedonhaussa. Tietokantahaku on esitetty taulukkomuotoisena liitteessä 2 (Liite 2.). Tiedonhaku jatkui koko opinnäytetyön tekemisen ajan, tuoreiden lähteiden ja tutkimustulosten löytämiseksi.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Hoitotieteen soveltavan tutkimuksen tavoitteena on tuottaa käytännöllistä ja käyttökelpoista tietoa hoitamisesta sekä ihmisten terveyteen ja ympäristöön liittyvistä teemoista. Keskeisintä soveltavassa tutkimuksessa on ongelmien ratkaisu ja toimintamallien kehittäminen. (Eriksson, et al., 2016, pp. 82-84; Hirsjärvi, et al., 2009, pp. 132-133). Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisen tutkimuksen määrittelyssä korostuu ihmisten kokemus, joka muovautuu heidän tulkinnoistaan. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Peruslähtökohtana on näkemys, jonka mukaan kaikkea tulee tarkastella omassa yhteydessään ja kaikkia osia tulee tarkastella kokonaisuuden lähtökohdasta. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa on tutkija itse keskeisessä roolissa, sillä tutkija ja se mitä tiedetään kietoutuvat yhteen. Tästä johtuen objektiivisuutta ei voida saavuttaa perinteisessä mielessä. Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuutena pidetään tutkijan puolueettomuutta. Näin tieto sisältää mahdollisimman vähän tutkijan omia mielipiteitä. (Kristensson, 2014, pp. 115-117; Hirsjärvi, et al., 2009, pp. 160-161; Eriksson, et al., 2016, p. 23). Laadullisen tutkimuksen lähestymistavalla pyritään löytämään kerätystä aineistosta joitain yleisiä yhtäläisyyksiä. Laadullista menetelmää käyttävä tutkija pyrkii löytämään ja paljastamaan tosiasioita aineistosta. Laadullisen tutkimuksen ulottuvuuksissa korostuu osallistujien näkökulma, kokonaisuutta kuvaava tutkimuksen kohdistus ja uutta luova tai löytävä tutkimuksen tavoite. (Janhonen & Nikkonen, 2003, pp. 8-9, 14-15). Laadullisilla tutkimusmenetelmillä saavutetaan ilmiöiden prosessiluonne (Eskola & Suoranta, 2005, p. 16).

Laadullisen tutkimuksen lajeja on useita, yhtenä suuntauksena on Delfi-tutkimusmenetelmä (Delphi-tekniikka, Delfoi-tekniikka, *Delphi-technique*) (Hirsjärvi, et al., 2009, p. 162). Delfi-tekniikka on yksi tulevaisuudentutkimuksen laadullisista perusmenetelmistä. Tulevaisuudentutkimuksen keskeisenä tutkimuskohteena on nykyisyys. Vaihtoehtoisuus on tulevaisuudelle luonteenomaista. Tulevaisuus voidaan nähdä joukkona erilaisia mahdollisia

tulevaisuuksia. Tulevaisuutta koskevaa tietoa voidaan hankkia eri tavoin, joista Delfi-tekniikka edustaa asiantuntija-arvioita. Asiantuntijamenetelmissä kysytään asiantuntijoilta heidän subjektiivista kannanottoaan millaisena he näkevät tulevaisuuden. (Metsämuuronen, 2006, pp. 272, 277-278).

Tämä opinnäytetyö on tutkielmatyyppinen ja lähestyy tutkimusongelmaa laadullisen tutkimuksen näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä on käytetty Delfi-tekniikkaa aineistonkeruumenetelmänä, lähestyttäessä kotisaattohoidon hoitotyön ammattilaisia. Delfi-tekniikan valinta perustellaan opinnäytetyön tavoitteella, joka on luoda jotain uutta, eli luoda organisaation asiantuntijoiden avulla yhteistyömalli hyvän kotisaattohoidon saavuttamiseksi. Delfi-tekniikkaa hyödyntäen opinnäytetyön toteuttamisessa pyritään saavuttamaan eri toimijoiden yhteinen ajatuslinja, niin että yhteistyömalli koetaan mahdollisimman monen etuna.

Asiantuntijamenetelmillä hyödynnetään asiantuntijoiden tietämystä, intuitiota ja havaitsemiskykyä tulevaisuuden kartoittamiseen. Delfi-tekniikan avulla pyritään löytämään asiantuntijoiden tietoa tai ainakin käsityksiä asioista, joista ei muuten ole mahdollisuutta saada täsmällistä tietoa. Delfi-tekniikkaa avuksi käyttäen tieto hankitaan asiantuntijoilta haastattelemalla tai kyselylomakkeiden avulla. Tieto kerätään toisistaan riippumatta, jolloin yhden ihmisen mielipide ei hallitse valitun asiantuntijaraadin mielipidettä. Delfi-tekniikka koostuu useammasta tiedonhakukierroksesta, niiden analysoinneista ja lopullisena päämääränä on asiantuntijaraadin jonkinasteinen yhteisymmärrys kysytystä aihepiiristä. Delfi-tekniikan etuina voidaan mainita, että Delfi-tutkimus ehkäisee arvovalta- ja intressiristiriitojen tukahduttavan vaikutuksen. (Metsämuuronen, 2006, pp. 272, 297-300).

Tässä opinnäytetyössä on suoritettu soveltavaa kirjallisuuskatsausta tiedonhakuna. Tiedonhaun pohjalta on kirjoitettu tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Opinnäytetyöntekijä on lukenut kirjoittamansa teoreettisen osion luvun 4, useaan kertaan läpi ja niiden tiedon pohjalta lähtenyt pelkistämään aineistoa. Aineiston pelkistäminen tapahtui peilaamalla tutkimusongelmien kysymyksiä teoreettiseen viitekehykseen. Tavoitteena aineiston pelkistamisellä on tiivistää teoriasta noussutta aineistoa ensimmäisen Delfi-menetelmä kyselyn väittämien pohjaksi.

Teoria voidaan ymmärtää tutkimuksen ajatuspohjana. Teorian avulla selvitetään jotain asiasta aiemmin esitettyä yleistystä tai selitystä. (Eskola & Suoranta, 2005, pp. 41, 80). Kirjallisuuskatsauksen avulla kerätty teorian tieto voidaan luokitella käyttämällä

aineistolähteistä sisällönanalyysimenetelmää. Sisällönanalyysimenetelmää käyttäen pystytään tiivistämään teoria-aineistoa. Sisällönanalyysiprosessin tuloksena ei aina muodosteta ala- ja yläluokkia. Kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysimenetelmän avulla saadut luokat voidaan nähdä apukeinoina tiivistämään teoriassa esiintynyttä tietoa. Saatujen luokkien sisällä voidaan lähteisiin nojaten tarkastella kuvauksia kyseisestä aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, pp. 123-124).

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen luvun 4 aineiston pelkistäminen johti 119 pelkistettyyn alkuperäisilmaisuun. Pelkistetyt ilmaisut valittiin hyvän kotisaattohoidon edellytysten näkökulmasta. Ilmaisut ryhmiteltiin potilaan ja omaisen sekä organisaation ja henkilökunnan näkökulmiin. Ryhmittelyjä laatiessa nousi tarve, lisätä kolmas näkökulma, joka nimettiin kokonaisuuden näkökulmaksi. Usea pelkistetty ilmaisu koski kaikkia kotisaattohoitoon osallistuvia tahoja. Seuraavana vaiheena opinnäytetyön laatija lähti värikoodein jakamaan ryhmiin jaettuja ilmaisuja, kohti ilmaisuja yhdistäviä luokkia. Pelkistetyistä ilmaisuista nousi kahdeksan luokkaa. Luokat ovat yhteistyö, tiedonkulku, kotisaattohoidon järjestäminen, kriittinen piste, toiminnan resurssit, osaaminen, hyveet ja haasteet. Hyvän kotisaattohoidon edellytyksiä kuvaava sisällönanalyysiin pohjaava taulukko, auki kirjoitetuin alkuperäisilmaisujen kanssa, on kokonaisuudessaan luettavissa liitteessä 3 (Liite 3.).

5.2.1 Ensimmäinen Delfi-menetelmä kyselykierros

Opinnäytetyön jatkotyöstäminen tapahtui kirjallisuuskatsaukseen perustuvan sisällönanalyysissa esiin nousseiden luokkien alkuperäisilmausuiden jalostamisella, Delfi-kyselyn väittämiksi eli näkökulmiksi. Näkökulmiin haettiin, teoreettiseen viitekehykseen nojaten sisältöä, joihin kyselyyn osallistuvien odotettiin kirjoittavan kannanottojaan. Ensimmäisen Delfi-menetelmä kierroksen kyselyyn, muodostui seitsemän näkökulmaa, sekä kahdeksantena kysymyksenä esitettiin avoin kysymys. Näkökulmat oli rakennettu muotoon:

Teema: teoriasta nousevaa, ajatusta aiheeseen ohjaava teksti

5- portainen Likertin asteikko janalla: täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä

Väittäjä: kysymys tyyppinen näkökulma, johon tulee ottaa kantaa

Vastaajan vapaamuotoinen perustelu

Likertin asteikon mukaan otto perustellaan vastausten mielipiteiden esiin nostamisen varmistamisella. Avoimen kysymyksen yhteydessä ei ollut Likertin asteikko varmennusta. Väittämiä avulla oli tarkoitus ohjata asiantuntijoita kohti mahdollisimman yksimielistä kotisaattohoidon yhteistyömallia. Yksimielisyyden mittaamisen apuna käytettiin Likertin asteikkoon perustuvaa vastausten tarkennusta. Likertin asteikon vastauksia on mahdollista verrata toisiinsa, jolloin yksimielisyyden taso on helpompi osoittaa. Asiantuntijoiksi kutsuttiin seitsemän kokenutta sairaanhoitajaa kotisaattohoitoa tukevalta vuodeosastolta, kolme saattohoitokoordinaattoria sekä neljä sairaanhoitajaa kotisairaalaan. Mukaan valitut asiantuntijat ovat organisaation keskeisiä saattohoidossa toimivia hoitotyön ammattilaisia, joita tuleva yhteistyömalli koskee, heillä on organisaation vahvinta substanssiosaamista kotisaattohoitoon osallistuvien tahojen nykytilasta (kevät 2018).

Ensimmäisen Delfi-kyselyn kyselyitä jaettiin huhtikuun 2018 alussa neljatoista kappaletta, edellä mainituille asiantuntijoille. Saatekirje ja kyselylomake ovat luettavissa liitteessä 4 (Liite 4.). Kyselyt jaettiin henkilökohtaisesti ja palautus tapahtui organisaation sisäisen postin kautta.

5.2.2 Toinen Delfi-menetelmä kyselykierros

Analysoituaan ensimmäisen Delfi-kyselykierrosten vastaukset, alkoi opinnäytetyöntekijä vertaamaan saamiaan vastauksia ja niistä muodostuneita luokituksia aiemmin tekemäänsä kirjallisuuskatsaukseen. Toisen Delfi-kierroksen alustavat näkökulma-aiheet muodostuivat ensimmäiseltä kierrokselta esiin nousseiden keskeisten teemojen pohjalta. Toisen Delfi-kierroksen näkökulmia muodostaessa peilattiin jo saatuja vastauksia ja kirjallisuuskatsauksen teoretista opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Ensimmäisen kierroksen asiantuntijanäkemyksien koosteista ja kirjallisuuskatsauksen avulla löydetyistä teoretisista kokosi opinnäytetyöntekijä lyhyen alustuksen jokaisen toisen Delfi-kierroksen näkökulman alkuun. Opinnäytetyön tekijän tavoitteena oli saavuttaa asiantuntijoiden täsmennyksiä ja syventää tiettyjä aiheita ensimmäisen kierroksen pohjalta.

Toiselle Delfi-kierrokselle muodostui neljä näkökulmaa. Kuten ensimmäisellä kierroksella, lisättiin myös toiselle Delfi-kierrokselle näkökulmien avoimien vastausten yhteyteen viisiportainen Likert-asteikko. Likertin asteikon avulla haluttiin nähdä miten lähelle yksimielisyyttä asiantuntijoiden mielipiteet yltävät toisella Delfi-kierroksella.

Toiselle Delfi-menetelmä kyselykierrokselle pyydettiin mukaan jälleen neljatoista Turun kaupungin sairaalapalveluiden yksiköissä työskentelevää kotisaattohoidon asiantuntijaa.

Kotisairaalan ja saattohoitokoordinaattoreiden osalta olivat asiantuntijat samoja kuin ensimmäisellä kierroksella. Työntekijöiden vaihtuvuudesta johtuen oli kotisaattohoitoa tukevalta vuodeosalta muutama vastaaja uusia, suurin osa kuitenkin samoja kuin ensimmäisellä kierroksella. Toisen kierroksen kyselyitä jaettiin lokakuussa 2018 yhteensä neljätoista kappaletta. Kyselyt jaettiin henkilökohtaisesti ja palautus tapahtui organisaation sisäisen postin kautta. Toisen Delfi-kyselykierroksen saatekirje ja kyselylomake ovat luettavissa liitteessä 6 (Liite 6).

5.3 Eettisyys

Suomessa tutkimusetiikkaa ohjeistaa Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). TENK on yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa laatinut ohjeistuksen hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Ohjeistus ohjaa tutkijaa noudattamaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössään. Tutkimuksessa ja tuloksissa tulee noudattaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää. Tutkimusta varten tulee hankkia tarvittavat tutkimusluvut ja laatia sopimus kaikkien tutkimusosapuolten kesken. Mahdolliset sidonnaisuudet ja rahoituslähteet tulee ilmoittaa asianosaisille sekä raportoida tutkimustulosten julkaisussa. Ohjeiden noudattamisesta vastaa jokainen tutkija itse. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012).

Tämän opinnäytetyön tilaajana toimii opinnäytetyön laatijan työnantaja, Turun kaupungin sairaalapalvelut. Maaliskuussa 2018 anottiin ja myönnettiin Turun kaupungin Hyvinvointitoimialan Tutkimuksen/opinnäytetyön-lupa. Toinen tutkimuslupa opinnäytetyön laatimisesta haettiin Yrkeshögskolan Novialta, joka myönnettiin helmikuussa 2018, oppilaitoksen hyväksytyä opinnäytetyön suunnitelmavaiheen. Molemmat tutkimusluvut ovat luettavissa liitteessä 1 (Liite 1.).

Opinnäytetyö on rajattu niin että tutkimusongelma, joka tarkastelee hyvän kotisaattohoidon mahdollistavaa yhteistyömallia potilaan näkökulmasta, tarkastellaan ainoastaan teoreettisen viitekehyksen kautta sekä saattohoitotyön ammattilaisten esille tuomista Delfi-kyselykierrosten vastauksista. Opinnäytetyö ei lähesty potilaita tai omaisia yhteydenotoin. Opinnäytetyön kotisaattohoidon ammattilaisille suunnatun kyselykierroksen saatekirjeessä on mainittu tutkielman tarkoitus ja tilaaja sekä laatija. Saatekirjeessä on mainittuna myös, että kyselytutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että tulokset käsitellään niin ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Näitä edellä mainittuja lupauksia kyselytutkimuksen vastaajille on kunnioitettu läpi koko opinnäytetyön laatimisen.

Delfi-tutkimusmenetelmänä suuntaa otoksen käsiteltävän aiheen asiantuntijoille. Opinnäytetyön laatija on yhteistyössä kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden esimiesten kanssa valinnut kyselytutkimuksen vastaajiksi mahdollisimman hyvin kotisaattohoitoon perehtyneitä hoitotyön ammattilaisia. Tavoitteellinen otos sisälsi hoitotyön asiantuntijoita tasaisesti jokaisesta yksiköstä. Kyselykierroksen lomakkeet eivät keränneet vastaajilta minkäänlaisia taustatietoja, koska ne olivat opinnäytetyön laatijan arvion mukaan turhia. Taustatietokysymykset eivät olisi lisänneet aineistoon tietoa aiheesta, sen sijaan riskinä oli, että taustatiedot olisivat saattaneet tuoda ilmi vastaajien alkuperäisilmaisuja tarkastellessa vastaajan henkilöllisyyden.

Eettinen sitoutuneisuus ohjaa hyvää tutkimusta. Tutkijan eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssä tekemiin ratkaisuihin. Tutkimuksen tekijä on vastuussa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, pp. 125-127, 133).

Opinnäytetyön aloituksen jälkeen on sairaalapalveluissa tapahtunut lähiesimiesvaihdoksia yksiköissä. Opinnäytetyön laatimisessa tuli tarkoin huomioida seikka, että opinnäytetyön laatija toimii kesäkuusta 2017 alkaen kotisairaalan osastonhoitajana. Opinnäytetyön laatija on tuonut edellä mainitun sidonnaisuuden esille opinnäytetyön raportissa. Asiasta oli tietoisuus myös opinnäytetyön tilaajalla sekä Delfi-kyselyiden vastaajilla. Opinnäytetyön laatija on muiltakin osin pyrkinyt rehellisyyteen ja huolellisuuteen opinnäytetyön koko prosessissa. Kaikki esille nousseet tulokset on raportoitu, pyrkien kaikin osaamisen keinoin noudattamaan hyvää tutkimustapaa. Minkäänlaisia rahoituksia ei opinnäytetyön laatimiseen ole liittynyt.

5.4 Luotettavuus

Monessa tutkimusmetodiikanteoksessa on esitetty huolta laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta. Joka tapauksessa on kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä arvioitava jollakin tavoin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan huolellisesti laatima raportointi tutkimuksen toteuttamisesta. Raportista tulee ilmetä, miten tuloksiin on päästy, minkälainen oli tutkimuksen kulku sekä tieto tutkimuksen vahvuuksista ja heikkouksista. Tällainen analyysi vahvistaa laadullisen tutkimuksen uskottavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää kuvata aineiston ja tulosten välinen suhde. (Hirsjärvi, et al., 2009, pp. 226-227; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, pp. 159-161).

Tämän opinnäytetyön tiedonhaku ja tutkimusmenetelmä ja niiden toteutus on kuvattu luvuissa 5.1 Tiedonhaku sekä 5.2 Tutkimusmenetelmä, 5.2.1 Ensimmäinen Delfi-menetelmä kyselykierros ja 5.2.2 Toinen Delfi-menetelmä kyselykierros.

Tutkimuskohteen valinta nousi työelämälähtöisestä tarpeesta muodostaa yhteistyömalli Turun kaupungin sairaalapalveluiden kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välille. Opinnäytetyön alkaessa oli yhteistyö kotisairaalan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä jäsentymätöntä ja ajoittain haasteellista. Opinnäytetyön alussa kävi opinnäytetyön laatija keskustelut kaikkien yksiköiden edustajien kanssa, luoden näin kuvan senhetkisestä tilanteesta. Tämän jälkeen alkoi opinnäytetyön laatija muodostamaan tarkempaa tutkimusongelmaa, ottaen huomioon opinnäytetyön tilaajan asettaman toiveen tuloksesta. Yhteistyömallin tavoitteena oli ja on parantaa kotisaattohoidon toteutumista sekä potilaan että toimijoiden näkökulmista.

Opinnäytetyö päätettiin rajata niin että potilaan näkökulmaa hyvän kotisaattohoidon saavuttamiseksi lähestyttiin ainoastaan teoriapohjaista tietoa hyväksi käyttäen. Opinnäytetyön tarkoitus, eli luoda yhteistyömalli, olisi varmaankin hyötynyt kotisaattohoidon yhden mahdollistavan osapuolen, eli omaisen, näkökulman selvittämisen esimerkiksi teemahaastatteluiden avulla. Tällaiseen ei kuitenkaan ollut realistisia toteuttamismahdollisuuksia tämän opinnäytetyön työmäärän puitteissa. Tutkimusongelman jäsentymisen jälkeen alkoi syvempi perehtyneisyys aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin. Näiden pohjalta on laadittu opinnäytetyön teoreettinen viitekehys.

Jotta yhteistyömalli rakentuisi tukemaan toimijoiden yhtenevää linjaa, nojaisi kotisaattohoitotyötä tekevien ammattilaisten osaamiseen ja ammentaisi mahdollisesti jotain uutta, tulevaa tietoa, valittiin toimijoilta kerättävän aineiston tutkimusmenetelmäksi Delfi-tekniikka. Delfi-tekniikka on tulevaisuudentutkimusmenetelmä, jonka yhtenä tavoitteena on saavuttaa asiantuntijoiden yhteisymmärrys tutkittavasta aiheesta. Opinnäytetyön alkuvaiheessa suoritetuissa keskusteluissa ilmeni kotisaattohoitoon osallistuvien tahojen välillä epäselvyyksiä ja ajoittain epäileväistä suhtautumista toistensa työsuorituksiin. Jotta voitiin varmistaa kaikkien mahdollisuus tuoda omaa tietouttaan kokonaisvaltaisesti esiin, päädyttiin opinnäytetyön aineiston keräämisessä toteuttaa Delfi-tekniikka kyselykierrosten avulla, ei paneelikeskusteluina. Delfi-tekniikan kyselykierrosten väittämät, eli kysymyksenkaltaiset näkökulmat on ammennettu tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten tuottamasta aineistosta. Teoreettisen viitekehysten aineistoa pelkistettiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen, jotta tähdellisistä tiedoista saatiin kiteytettyä näkökulmien

pohjaksi. Varmistaakseen miten vastaajien mielipiteet erosivat tai olivat yhteneväisiä, Delfi-kyselykierrosten näkökulmien vastauksissa, esitettiin lähes kaikkien näkökulmien kohdalla myös viisiportaista Likert-asteikkoa avuksi käyttäen, vastaajien mielipidettä mittaava vastausruudukko. Likert-asteikko vastausruutujen avulla tavoiteltiin myös varmuutta, että vastaajat vastaavat kysymyksiin. Tämän opinnäytetyön vastausten kohdalla huoli esittäytyi aiheettomaksi, koska vastaajat kirjoittivat vapaata tekstiä näkökulmien perusteluosioiden runsaasti. Rungas vastausaineisto lisää opinnäytetyön luotettavuutta Delfi-kyselykierrosten tuottaman aineiston osalta.

Opinnäytetyön tavoitteen näkökulmasta valittiin otokseen saattohoidon hoitotyön ammattilaisia kaikista tulevaa yhteistyömallia koskevista yksiköistä. Opinnäytetyön luotettavuutta olisi syventänyt myös muiden, kuin hoitotyön ammattilaisten pyytämisen mukaan Delfi-menetelmä kyselykierroksille. Opinnäytetyön laatija kävi aiheesta keskustelua opinnäytetyön tilanteen hoitotyön johdon kanssa. Opinnäytetyön rajallisuuteen vedoten päädyttiin Delfi-kyselykierrosten osallistujissa pysyttäytyä hoitotyön edustajissa.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen tuottama tieto hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi tarvittavien eri tekijöiden ja Delfi-kyselykierrosten vastausten tuottama aineisto tukivat pääosin toisiaan. Yhdenkaltaisuus nousi esiin etenkin osioissa, joissa teoreettinen viitekehys käsitteli potilaan tarpeita ja hyvää kotisaattohoitoa tukevia elementtejä. Näitä teoriasta nousseita potilaan tarpeita ja kotisaattohoidon hyveitä, nousi esiin myös kotisaattohoidon ammattilaisten vapaamuotoisissa perusteluissa esitettyjen näkökulmien osalta. Ammattilaisten vastauksista nousi esille myös resurssitarpeita ja toiveita, joita teoreettisen viitekehyksen antama tieto piti hyvän kotisaattohoidon järjestämisen edellytyksinä. Näiltä osin opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää onnistuneina ja lisäävät opinnäytetyön tuloksen luotettavuutta.

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja opinnäytetyön tilaaja toimii myös laatijan työantajana. Opinnäytetyön aikana suoritettiin organisaatiossa muutoksia lähiesimiesten sijoittelun osalta. Muutos johti siihen, että opinnäytetyön laatijasta tuli kotisairaalan lähiesimies. Opinnäytetyön laatijan omasta mielestä asia johti opinnäytetyön aiheen syvällisempään kiinnostukseen. Toisaalta asetelma on riskinä opinnäytetyön luotettavuudelle, esimerkiksi opinnäytetyön toistettavuuden näkökulmasta. Opinnäytetyön laatija on pyrkinyt pitämään erillään lähiesimiehenä toimimisensa ja opinnäytetyön laatijan roolin työpaikalla. Opinnäytetyön laatija ei ole keskustellut aiheesta alaistensa kanssa lähiesimiesmuutosten jälkeen. Opinnäytetyön laatija on kaikissa vaiheissa, läpi koko

opinnäytetyön laatimisen, pyrkinyt pitämään erillään roolinsa tutkielman suorittajana ja työntekijänä osana opinnäytetyötä koskevaa organisaatiota.

6 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tulokset esitetään porrastetusti, ensin kyselykierroksittain ja lopuksi näiden pohjalta tehtynä yhteenvedona. Parhaan kuvan siitä, miten Delfi-kierrosten tulokset on analysoitu ja näkökulmakohtaisesti esitetty, saa tutustumalla liitteisiin 5 ja 7 (Liite 5. ja Liite 7.). Liitteistä voi tarkastella näkökulmakohtaisia sisällönanalyysin avulla muodostettuja kuvia sekä samalla lukea tästä luvusta Delfi-kyselykierrosten tulokset näkökulmakohtaisesti. Tässä opinnäytetyössä haettiin vastausta kahteen tutkimusongelmaan. Delfi-kyselykierroksia suoritettiin kaksi ja ne oli osoitettu Turun kaupungin kotisaattohoitoon osallistuville hoitotyön neljälletoista asiantuntijalle.

6.1 Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen tulokset

Huhtikuussa 2018 jaetun ensimmäisen kyselyn neljästätoista kyselylomakkeesta (Liite 4.) palautui määräaikaan mennessä yksitoista kappaletta. Vastaajat olivat vastanneet lähes kaikkiin kyselyn kohtiin, muutama vastaaja oli jättänyt joitakin yksittäisiä kohtia täyttämättä. Ensimmäinen kysely koostui kahdeksasta näkökulmasta, joista näkökulmat 1 ja 7 oli jaettu A- ja B-osaan. Ensimmäisten seitsemän näkökulman kohdalla kysyttiin myös vastaajien mielipidettä Likertin viisiportaista asteikkoa avuksi käyttäen. Ensimmäisen kyselykierroksen vastaajien näkökulmakohtaiset perustelut tuottivat runsaasti aineistoa. Aineisto on analysoitu aineistopohjaisen sisällönanalyysin avulla. Aineiston alkuperäisilmaisut sekä niiden pohjalta luodut luokitukset ovat kokonaisuudessaan luettavissa liitteessä 5 (Liite 5.).

6.1.1 Tulokset näkökulmaan 1 A ja B – etäyhteys vai kotikäynti

Kirjallisuuskatsauksen mukaan omaishoitajat kaipaavat ammattilaisten tukea, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Laadun tunnuksina nähdään sairaalasiirtymissyiden ennakointi. Nopea palvelu kotiin ehkäisee potilaan sairaalaan siirtymisiä. Näkökulmassa 1.A kysyttiin asiantuntijoiden mielipidettä siitä, voidaanko potilaan voinnissa tapahtuvaa muutoksen aiheuttamaa huolta lievittää etäyhteytenä (puhelimitse, sähköposti tai muu vastaava). Näkökulman 1.B avulla selvitettiin asiantuntijoiden mielipidettä siitä, tuleeko

potilaan voinnissa tapahtuvaa muutosta lähteä selvittämään potilaan luokse. Taulukossa 1 esitetään, miten vastaajien mielipiteet määrällisesti jakaantuivat.

Taulukko 1. Yhteydenotto potilaan voinnin muuttuessa.

Näkökulma	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
1.A. Potilaan voinnissa tapahtuvan muutoksen aiheuttamaa huolta voidaan mielestäni lievittää etäyhteytenä (puhelin, sähköposti, ...).		1		10		
1.B. Potilaan voinnissa tapahtuvan muutoksen aiheuttamaa huolta pitää mielestäni lähteä selvittämään potilaan luokse.		1		8	2	

Vastaajien mielipiteet olivat yhteydenpidon keinojen suhteen yhteneväisiä. Kaksi vastaajaa oli ”täysin samaa mieltä” näkökulman 1.B kanssa, että potilaan voinnissa tapahtuvaa muutoksen aiheuttamaa huolta tulee lähteä selvittämään potilaan luokse.

Näkökulman 1.A vastausten pelkistetyistä alkuperäisilmauksista, koskien etäyhteyttä keinona lievittää potilaan huolta voinnin muutoksissa, muodostui neljä alaluokkaa: ”Lohdutus ja turvallisuuden tunne”, ”Ohjaus ja neuvonta”, ”Osaaminen ja arviointi” sekä ”Resurssi”. Näistä alaluokista muodostui edelleen kolme pääluokkaa: ”Etäyhteyden edut potilaan näkökulmasta”, ”Etäyhteyden edut toimijoiden näkökulmasta” sekä ”Etäyhteyden haasteet”.

Pääluokka ”Etäyhteyden edut potilaan näkökulmasta” muodostui kahdesta alaluokasta. Esimerkkejä alkuperäisilmauksista, joista muodostui alaluokka ”Lohdutus ja turvallisuuden tunne”:

*Turvallisuuden tunnetta potilaalle/omaiselle lisää puhelinnumero, johon vastataan 24/7
Omaisien ahdistusta ja epävarmuutta voidaan auttaa ja tukea puhelinkeskusteluissa*

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista, joista muodostui alaluokka ”Ohjaus ja neuvonta”:

*Etäyhteys riittävä, jos asia yksinkertainen esim. lääkitys
Toimiva ja nopea tapa antaa tukea ja neuvoja potilaalle ja omaiselle*

Pääluokka ”Etäyhteyden edut toimijoiden näkökulmasta” muodostui niin ikään kahdesta alaluokasta. Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka ”Osaaminen ja arviointi”:

Pitkä kokemus työssä auttaa arvioimaan riittääkö puhelu vai ei

Puhelu voi toimia kartoituksena kotikäynnille

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka ”Resurssi”:

Säästää aikaa

Puhelinyhteys on nopeaa

Kolmas pääluokka, ”Etäyhteyden haasteet”, muodostui suoraan alkuperäisilmaisuista.

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista:

Puhelimessa potilas voi vähätellä oireita tai muistisairaus tai muu syy estää todellisen kuvan antamisen

Puhelin ei korvaa ihmisen läsnäoloa

Puhelin ei mahdollista hoitajan havainnointia

Vastaajien kirjoittamat perustelut etäyhteyden eduista olivat linjassa Likertin asteikolla mitatun mielipidejakautuman kanssa. Vastaajista useimmat olivat ”jokseenkin samaa mieltä” etäyhteyden eduista yhteydenpitokeinona potilaaseen, potilaan voinnissa tapahtuvan muutoksen aiheuttaessa huolta. Vastaajien kirjoittamat perustelut ja niistä muodostuneet luokitukset olivat pääsääntöisesti etäyhteydenpitoa tukevia, lähinnä etäyhteyden nopeuden ja saatavuuden näkökulmista. Haasteina nousi esiin, ettei etäyhteyden keinoin saavuteta läsnäolon avulla saavutettua lohduttavaa vaikutusta, eikä hoitaja kykene tekemään omakohtaista arviota.

Näkökulman 1.B vastausten pelkistetyistä alkuperäisilmauksista, koskien potilaan luokse menemistä voinnin muutosten tapahtuessa, muodostui samat neljä alaluokkaa kuin näkökulman 1.A kohdalla. Alaluokista: ”Lohdutus ja turvallisuuden tunne” ja ”Ohjaus ja neuvonta muodostui pääluokka: ”Kotikäynnin edut potilaan näkökulmasta”. Alaluokista: ”Osaaminen ja arviointi” sekä ”Resurssi” muodostui pääluokka: ”Kotikäynnin edut toimijoiden näkökulmasta”.

Pääluokan: ”Kotikäynnin edut potilaan näkökulmasta” kohdalla nostetaan esiin esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka: ”Lohdutus ja turvallisuuden tunne”:

*Huoli ja pelko vaatii läsnäolon helpottuakseen
Kotikäynti rauhoittaa omaisia kun hetkeksi hoitovastuu ammattilaisella
Läsnäololla valtavan rauhoittava ja lohduttava vaikutus*

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka ”Ohjaus ja neuvonta”:

*Kotikäynti helpottaa ohjausta
Kotikäynti lisää yksilöllistä hoitoa*

Pääluokan: ”Kotikäynnin edut toimijoiden näkökulmasta” kohdalla nostetaan esiin esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka: ”Osaaminen ja arviointi”:

*Käynnillä hoitaja näkee potilaan voinnin muutokset ja voi arvioida pärjäämisen
Kotikäynti kun pitää varmistaa kotona tapatuvan hoidon jatkumisen turvallisuus
Kotikäynti tarkempi tilannekuvan antaja*

Esimerkki alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka: ”Resurssi”:

Kotikäynti vie enemmän aikaa mutta antaa enemmän potilaalle ja omaiselle

Eniten kotikäynnin puoltavia etuja ilmaistiin potilaan hyvän näkökulmasta. Vastaajat kuvasivat monin ilmaisin läsnäolon merkitystä lohduttavana ja potilasta sekä läheisiä tukevana toimenä. Vastaajien ilmaisuista nousi selkeänä esiin myös ammattilaisen tarve saada arvioida potilaan ja läheisten tilanne omin silmin.

6.1.2 Tulokset näkökulmaan 2 – yhteydenpidon vastuun tietoisuus

Kirjallisuuskatsauksen mukaan kotisaattohoidossa olevan potilaan omaiselle on tärkeää tietää kuka tulee, kuinka usein ja koska seuraavaksi tullaan. Omaisella on oikeus tietää, kuka on kulloinkin kotisaattohoidon vastuuhenkilö. Näkökulmassa 2 kysyttiin ammattilaisten tietoisuutta siitä, kenen vastuulla on potilaaseen/omaiseen otettava seuraava yhteydenpito tai kotikäynti. Taulukossa 2 esitetään, miten vastaajien mielipiteet jakaantuivat määrällisesti.

Taulukko 2. Hoitajan tietoisuus yhteydenpidon vastuutahosta.

Näkökulma Vastaajia 11.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
2. Omassa työssäni tiedän, kenen vastuulla on potilaaseen/omaiseen otettava seuraava yhteydenpito tai kotikäynti.			1	3	7	

Vastausten jakaantumisesta ilmenee, että kolme neljäsosaa vastaajista on täysin tietoisia omassa työssään, kuka on vastuussa seuraavasta yhteydenpidosta potilaaseen tai omaiseen. Yksikään vastaajista ei ollut asiasta eri mieltä.

Näkökulman 2 vastausten pelkistetyistä alkuperäisilmauksista, koskien hoitajan tietoisuutta, kenen vastuulla on seuraavan yhteydenpidon tai kotikäynnin järjestäminen, muodostui viisi alaluokkaa. Alaluokat: ”Hoitajan hoitovastuutietoisuus selkeää” ja ”Omaisella tietoisuus hoidon vastuuhenkilöstä/-yksiköstä” muodostivat pääluokan: ”Vastuutietoisuus selkeää”.

Alaluokat: ”Hoitajana ehdollinen tietoisuus hoitovastuusta”, ”Hoitajana epäselvyys hoitovastuusta” ja ”Omaisella epäselvyys hoitovastuutahosta” muodostivat pääluokan: ”Vastuutietoisuus epäselvä”.

Vertaamalla Likert-asteikon vastauksia ja alkuperäisilmausten määrien jakaantumista, voidaan todeta, että ne eivät aivan tue toisiaan. Likert-asteikon vastauksissa kymmenen vastaajaa (n=11) vastasi olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä näkökulman väittämän kanssa, eli että he ovat omassa työssään tietoisia seuraavan yhteydenpidon vastuutahosta. Alkuperäisilmausten pääluokkien: ”Vastuutietoisuus selkeää” ja ”Vastuutietoisuus epäselvä” jakaantuminen on lähempänä tulosta, jossa kaksi kolmasosaa ilmaisuista on luokiteltu, että ”tietoisuus on selkeää” ja yksi kolmasosa ilmaisuista luokkaan ”tietoisuus on epäselvää”.

6.1.3 Tulokset näkökulmaan 3 – lupapaikan järjestäminen

Kirjallisuuskatsauksen mukaan kotisaattohoitoa on toivottu vallitsevaksi hoitomuodoksi. Kotisaattohoidon yhtenä edellytyksenä on, että potilaalla on sovittuna lupapaikka ennalta tiedossa olevaan yksikköön, jonne hän voi siirtyä kodistaan jatkohoitoon kaikkina vuorokauden aikoina. Näkökulmassa 3 kysyttiin miten ammattilaiset ovat kokeneet; järjestyykö nykytilassa potilaalle vaivatta sovittu lupapaikka, jos sellaisen tarve kotona ilmenee? Taulukossa 3 voidaan todeta, että mielipiteissä on hajontaa. Kolme vastaajista on ”täysin samaa mieltä” näkökulman väittämän kanssa, kuusi vastaajaa on ”jokseenkin samaa mieltä”. Kaksi vastaajista oli ”jokseenkin eri mieltä” näkökulman väittämän kanssa.

Taulukko 3. Lupapaikka järjesty tarvittaessa vaivatta.

Näkökulma Vastaajia 11.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
3. Nykytilassa potilaalle järjesty vaivatta sovittu lupapaikka, jos sellaisen tarve kotona ilmenee?		2		6	3	

Vastausten pelkistetyistä alkuperäisilmaisuista muodostui kolme pääluokkaa. Pääluokka: ”Lupapaikka järjesty vaivatta” muodostui suoraan alkuperäisilmaisuista, esimerkkejä alkuperäisilmaisuista:

Osaston vastaanottokyky ollut hyvä ketään ei ole käännytetty päivystykseen

Lupapaikka Kaskenlinna on järjestynyt samana päivänä kun tarve ilmennyt

Toinen pääluokka muodostui niin ikään suoraan alkuperäisilmaisuista. Alkuperäisilmaisuista nousi esiin vastaajien näkökulmaa, että lupapaikan käytön tarpeellisuus vaatii ammattilaisen arvioinnin. Pääluokka nimettiin: ”Lupapaikan käytön tarpeellisuuden arviointi”, alkuperäisilmausien esimerkkejä:

Hoidon tarpeen arviointi tärkeää puhelimitse tai kotikäynnin avuin jotta potilas tulee osastolle oireiden vaatiman hoidon vuoksi eikä muista syistä

Hoitaja ei saa tarjota lähtöä laitokseen ratkaisuna oirehoitoon

Kolmanneksi pääluokaksi muodostui: ”Lupapaikan saamisessa haasteita”. Pääluokka muotoutui kahden alaluokan kautta. Alaluokat nimettiin: ”Lupapaikan löytyminen haasteellista paikkatilanteesta johtuen” ja ”Lupapaikan löytyminen haasteellista yhteistyöstä johtuen”. Paikkatilanteesta johtuvia vaikeuksia lupapaikan järjestymiseksi kuvattiin seuraavin alkuperäisilmausiesimerkein:

Joskus Kaskenlinna niin täynnä että potilaalle etsitty paikka TKS tai Karinakodista

Ajoittain tukiosasto täynnä ja potilas joutuu odottamaan paikkaa seuraavaan päivään

Jos Kaskenlinna täynnä niin ei ole selkeää ohjeistusta minne potilaat ohjataan vaan tilanteet ratkotaan yksitellen

Alkuperäisilmaisuista nousi esiin myös ammattilaisten kokemat haasteet lupapaikan löytymiselle, jotka ilmaistiin yhteistyön puutteesta johtuviksi. Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka: ”Lupapaikan löytyminen haasteellista yhteistyöstä johtuen”:

Lupapaikka käytäntöä ei kaikki toimijat ymmärrä – paikka myönnetään jos oireet ovat hankalahoitoisia

Joskus tuntuu että potilaan henkinen ahdistus ei ole riittävä syy päästä sairaalaan, vaikka kotona tapahtuvasta hoidosta vastaava ammattilainen toteaa ettei potilas pärjää kotona ahdistuksen kanssa

Vastaajien näkemykset lupapaikan järjestymisestä vaivatta jakaantuivat eniten väittämien ”jokseenkin samaa mieltä” kohdalle. Alkuperäisilmausiden määrällisyyden perusteella voidaan todeta, että pääluokkaan: ”Lupapaikan saamisessa haasteita” nousi noin puolet näkökulman kaikista alkuperäisilmaisuista. Paikkatilanteesta johtuvia haasteita ilmenee kaikkien sairaalaan tarjottavien potilaiden kohdalla. Kotisaattohoitopotilaita voidaan kuitenkin aina osoittaa Turun kaupunginsairaalan toisille vuodeosastoille tai Karinakotiin, mikäli tukiosasto on täynnä. Tällainen järjestely vaatii kotisaattohoitopotilaan hoitavalta taholta lisäponnistuksia ja tietoa siitä, miten kyseisessä tilanteessa tulee toimia. Vastaajien ilmaisut, joista muodostui alaluokka: ”lupapaikan haasteellinen löytyminen yhteistyöstä johtuen”, saattaa muodostua kotona annettavan hoidon hoitajien ja tukiosastolla työskentelevien hoitajien hyvin erilaisista lähestymisnäkökulmista. Potilaan kotona oleva hoitaja kohtaa eri tavalla potilaan ja/tai läheisen esittämät toiveet tai vaatimukset kotiin jäämisen ja laitokseen lähdön välillä, kuin lupapaikan tarpeellisuutta arvioiva osastolla oleva työntekijä.

6.1.4 Tulokset näkökulmaan 4 – toimijoiden väliset tehtävänjaot

Opinnäytetyön aloittamisen yhteydessä kertoivat Turun kaupungin kotisaattohoidon järjestämiseen osallistuvat tahot kotisaattohoidon järjestymisen silloisesta tilasta. Asiaa on kuvattu tämän opinnäytetyön luvussa 2.5. Eri yksiköiden edustajat toivat kertomassaan esille, että ajoittain ilmenee epätietoisuutta mitkä tehtävät kullekin yksikölle kuuluu. Kirjallisuuskatsauksen mukaan hyvän kotisaattohoidon toteutumiseen tarvitaan omalla osa-alueellaan pätevien, moniammatillisten tiimien tietoisuutta omista ja muiden hoitoon

osallistuvien tiimien mahdollisuuksista ja rajoituksista. Näkökulman 4 avulla kartoitettiin vastaajien kokemuksia mahdollisista hoitoon liittyvien tehtävän jaon haasteista kotisairaalan hoitajien ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä. Yhdestätoista palautuneesta vastauslomakkeesta oli yksi vastaaja jättänyt vastaamatta kyseiseen näkökulmaan. Likertin asteikolla loput kymmenen vastausta jakaantuivat niin että seitsemän vastaajaa oli ”jokseenkin samaa mieltä” näkökulman kanssa ja kolme vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”en samaa enkä eri mieltä”. Taulukko 4 näyttää vastausten jakaantumisen.

Taulukko 4. Hoitoon liittyvän tehtävän jaon mahdolliset haasteet toimijoiden välillä.

Näkökulma Vastaajia 11.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
4. Nykytilassa on haasteita potilaiden hoitoon liittyvien tehtävien jaon välillä kotisairaalan ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä.			3	7		1

Vastaajien vapaasti kirjoittamiin perusteluihin perustuvat pelkistetetyt alkuperäisilmaisut jakaantuivat niin että kolmasosa alkuperäisilmaisuista muodostivat pääluokan: ”Yhteistyö on sujuvaa” ja kaksi kolmasosaa muodostivat pääluokan: ”Toiminnassa on haasteita”. Pääluokka, joka kuvaa toiminnassa ilmeneviä haasteita muodostui kolmesta alkuperäisilmaisuksen muodostamasta alaluokasta. Alaluokat, jotka muodostuivat ovat: ”Haasteita ilmenee työtehtävien ja työnjaon osalta”, ”Haasteita yhteistyössä” ja ”Resurssiin liittyviä haasteita”. Haasteiden voidaan siis katsoa ilmenevän laajalti eri näkökulmista.

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka: ”Haasteita ilmenee työtehtävien ja työnjaon osalta”:

Jako ei ole täysin selvä koska yhtään yhteistä palaveria ei ole toimijoiden välillä pidetty

Epäselvyyttä mitkä toimenpiteet kotisairaalan tulee kotona suorittaa

Nyt koordinaattoreiden määrää lisätty – kotisairaalassa kovin vähän tietoa heidän tehtävänkuvastaan

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista muodostui alaluokka: ”Haasteita yhteistyössä”:

Näkemyseroja ollut miten potilas tulisi hoitaa

Epäselvyyksiä ollut työnjaossa

Molemminpuolisessa arvostuksessa toimijoiden välillä on puutteita

Resurssiin liittyvien haasteiden alkuperäisilmaisuissa tuotiin esiin esimerkiksi, että yhteistyötä olisi hyvä lisätä.

6.1.5 Tulokset näkökulmaan 5 – yksikön riittävät resurssit

Näkökulman 5 avulla kartoitettiin vastaajien kokemuksia oman työskentely-yksikkönsä resurssien riittävyydestä, hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi. Vastaajia varten oli perustelujen tueksi lisätty ohjaavia, ajatuksia herättäviä sanoja kuten: ”yksikköni resurssit henkilöstön osalta...”, ”yöaikaisesta kotisaattohoidosta ja intervallihoito mahdollisuuksista...” sekä ”työn mahdollistamisen resursseista, työnohjaus ja -kierto, kehittäminen...”. Kirjallisuuskatsauksen mukaan kotisaattohoidon toteutuminen vaatii monenlaisia resursseja, kuten osaavaa henkilökuntaa ympärivuorokauden, omaiselle tukimuotoja sekä henkilökunnan osaamisen ja jaksamisen takaavia toimia. Vastaajien mielipiteet resurssien riittävyydestä Likert-asteikkotaulukon vastauksissa jakaantuivat. Neljä vastaajaa oli ”jokseenkin eri mieltä” väittämän kanssa, jossa todettiin, että yksiköllä, jossa vastaaja työskentelee, on resurssit hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen. Vastaajista kuusi oli resurssien olemassa olosta ”jokseenkin samaa mieltä” ja yksi vastaaja ”täysin samaa mieltä”. Vastausten jakaantuminen esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5. Työyksikköni resurssit.

Näkökulma Vastaaja 11.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
5. Yksikössäni on resurssit hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen.		4		6	1	

Vastaajien perusteluista työstetyt pelkistetyt alkuperäisilmaiset jaettiin neljään pääluokkaan. Pääluokiksi muodostuivat: ”Riittävät resurssit”, ”Resurssien riittävyydessä epävarmuutta”, ”Resursseihin kohdistuvia toiveita” ja ”Riittämättömät resurssit”. Riittävien resurssien osalta usea vastaajien toi esille koordinaattoreiden määrän lisäämisen, joka on mahdollistanut heidän kotikäyntimäärien kasvattamisen. Riittäviin resursseihin liitettiin vastauksista tyytyväisyys henkilökunnan osallistumismahdollisuuksista täydennyskoulutuksiin.

Pääluokkaan: ”Resurssien riittävydessä epävarmuutta” on alkuperäisilmaisuihin nostettu vastaajien esiintuomaa huolta ajan riittävydestä, koska saattohoitovaiheessa oleva potilas sitoo paljon hoitajan aikaa. Ajankäytön puute aiheutti hoitajissa riittämättömyyden tunteen. Vastauksista nousi esiin myös kotisairaalityön huoli, miten yhdistää infektiopotilaiden hoito, mikäli kotisaattohoidossa oleva potilas tarvitsee äkillisesti kotisairaalan hoitajien resursseja. Kotisaattohoidossa olevien potilaiden yöaikaisen hoidon rajoittuminen puhelinkontaktiin tai tukiosastolle saapumiseen mainittiin myös usean vastaajan kohdalla.

”Resursseihin kohdistuvia toiveita” -pääluokka muodostui vastaajien esittämiin toivemuotoisiin lauseisiin. Esimerkkejä toiveita esittävästä alkuperäisilmaisuihin:

Optimaalista jos hoitaja voisi tehdä kotikäyntejä yöaikaan

Jos yöaikaisten kotikäyntien suorittaminen alkaa pitää lisätä henkilöstöä

Henkilöstöä voisi osastolla olla enemmän sairaslomat ym sotkee

Pääluokka: ”Riittämättömät resurssit” muodostui lähinnä kahdesta, toistuvasta tarpeesta. Lääkiresurssi mainittiin vaatimattomaksi ja riittämättömäksi. Riittämättömäksi resurssiksi luokiteltiin myös, ettei yöaikaista kotikäyntejä ole saatavilla.

6.1.6 Tulokset näkökulmaan 6 – yksikön riittävä osaaminen

Näkökulman 6 kysymyksen asettelulla tavoiteltiin vastaajien näkemyksiä, miten he kokevat osaamisen tason kohdata ja hoitaa kotisaattohoidossa olevia potilaita ja omaisia oman työskentely yksikkönsä osalta. Osaamisen arviointia oli avoin perustelu kohtaan avattu jakamalla osaaminen kliinisiin, psykososiaalisen tuen- ja kohtaamisen taitoihin. Taulukossa 6 nähdään vastausten jakaantuminen.

Taulukko 6. Työyksikköni osaaminen.

Näkökulma Vastaajia 11.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
6. Yksikössäni on riittävä osaaminen kohdata ja hoitaa kotisaattohoidossa olevan potilaan ja omaisen tarpeet?			1	4	5	1

Vastaajista yksi oli jättänyt valitsematta vastausvaihtoehdot. Osaamisen koki riittäväksi

yhdeksän vastaaja, eli lähes kaikki, valitsemalla vastausvaihtoehdoiksi ”täysin samaa mieltä” tai ”jokseenkin samaa mieltä”.

Alkuperäisilmaisuiden jakaantuminen kolmeen pääluokkaan tukee Likertin asteikon vastausvaihtoehtojen tulosta. Alkuperäisilmaisuista muodostunut pääluokka: ”Riittävä osaaminen” nousi selkeästi isoimmaksi. Valtaosa kuvasi riittävää osaamista mainitsemalla oirehoidon ja kliinisen hoidon hyvän osaamisen. Osaamisen perustana mainittiin hyvä koulutus, työkokemus ja elämäkokemus sekä täydennyskoulutuksiin osallistumiset. Esimerkkejä pääluokan: ”Riittävä osaaminen” alkuperäisilmaisuista:

Oirehoito on osaston erityisosaamista

Kokemus on kehittänyt ja olen oppinut ja opetellut kohtaamaan ihmisen ihmisenä

Osastolla omaisten kohtaaminen hyvää ja samoin tuki surun keskellä

Koulutus ja itseopiskelu on tärkeää

Pääluokan: ”Osaamisessa/kohtaamisessa kehitettävää” alkuperäisilmaisuissa vastaajat kuvasivat jatkuvan lisäoppimisen tarvetta, vaikka osaamista koettiin jo olevan. Vastauksissa tuotiin esille myös, että toisille hoitajille kliininen hoito on luontaisempaa kuin psykososiaalisen tuen antaminen. Yksi vastaaja kirjoitti, että aina ei kaikkia pysty tyydyttämään ja myös hoitajat epäonnistuvat toiminnoissaan, jolloin kohtaaminen ei ole onnistunut.

Haasteita osaamisen ja kohtaamisen osalta kerrottiin kuuntelun tärkeys, riittävän ajan antaminen potilaille sekä oman mielenkiinnon taso hoitaa saattohoitopotilaita.

6.1.7 Tulokset näkökulmaan 7 A ja B – kollegan, esimiehen ja organisaation tuki

Näkökulma 7 jaettiin kahteen väittämään, A-osassa kysyttiin vastaajien kokemuksia, miten he saavat tukea kollegoiltaan, jotta voivat toteuttaa hyvää kotisaattohoitoa. B-osassa kysyttiin, että saavatko vastaajat mielestään riittävästi tukea esimieheltään ja organisaatiolta hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi. Likertin asteikolla vastaukset jakaantuivat A-osan, eli kollegoiden tuen, osalta myönteisesti. Yli puolet vastaajista oli ”täysin samaa mieltä” väittämän kanssa, että he saavat tukea kollegoiltaan, loputkin vastaajat olivat valinneet vaihtoehdon ”jokseenkin samaa mieltä”. Enemmän hajontaa esiintyi vastauksissa, jossa otettiin kantaa, saako vastaaja riittävästi tukea esimieheltään tai organisaatiolta. Kysymykseen vastasi yksi, että on ”jokseenkin eri mieltä” ja yksi ”ei ollut samaa eikä eri

mieltä”. Eniten vastauksia sai vaihtoehto ”jokseenkin samaa mieltä” ja lähes yhtä paljon vaihtoehto ”täysin samaa mieltä”. Vastausten jakaantumisen voi lukea taulukosta 7.

Taulukko 7. Kollegan, esimiehen ja organisaation antama tuki

Näkökulma Vastaajia 11.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
7A. Kollegani tukee minua hyvän kotisaattohoidon toteuttamisessa.				5	6	
7B. Saan riittävästi tukea esimieheltäni ja organisaatiolta, hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi.		1	1	5	4	

Vastauksista voidaan todeta, että kyselyyn vastanneet kotisaattohoidon ammattilaiset kokevat saavansa hyvin tukea kollegoiltaan työssään. Vastausten perusteella he saavat pääsääntöisesti tukea myös esimieheltään ja organisaatiolta. Vastausten sisältö on rohkaiseva sillä kirjallisuuskatsauksen mukaan terve työyhteisö takaa, että kuoleva saa arvokasta, lämmintä ja asianmukaista hoitoa.

Näkökulman 7 A alkuperäisilmaisuista muodostui kaksi pääluokkaa: ”Kollegan tuki riittävä” ja ”Kollegan tukeen liittyviä toiveita”. Valtaosa alkuperäisilmaisuista ryhmittyi riittävän tuen alle. Kollegan tukea kuvattiin sanoin arvostus, yhdessä, hitsautunut, luottamus, avoimuus, ongelmien ratkominen yhdessä, mieletön porukka ja ”*kollegan tuki on tärkein voimavara*”. Kollegan tukeen liittyviä toiveita esitettiin vain muutama ja niissäkin toiveen ilmaisu oli maltillista kuten ”*voisi olla parempaa*” ja ”*tuetaan pääasiallisesti kollegan toimintaa*”.

Näkökulma 7 B kysyi samassa väittämässä, että kokeeko vastaaja saavansa riittävästi tukea esimieheltä ja organisaatiolta. Likertin asteikon vastausvaihtoehdoissa näistä kahdesta ei voinut valita erikseen. Perusteluissa jonne vastaaja sai kirjoittaa vapaasti, pystyi vastaajaa kohdentamaan vastaustaan. Vastausten oikean kohdistumisen turvaamiseksi oli perustelujakenttään lisätty apusanat ”kollegan tuki”, ”esimiehen tuki” ja ”organisaation tuki”. Näkökulman 7 B pelkistetyistä alkuperäisilmaisuista nousi pääluokiksi: ”Esimiehen tuki riittävä”, ”Esimiehen tukeen liittyviä toiveita”, ”Organisaation tuki riittävä” ja ”Organisaation tukeen liittyviä toiveita”.

Esimieheltä saamaa tukea vastaajat kuvasivat osittain esimiehen mahdollistamien resurssien muodossa, joina mainittiin koulutus, työnohjaus, panostuksena yhteistyöhön muiden yksiköiden kanssa sekä työhön tarvittavien tarvikkeiden saamisen muodossa. Toisaalta esimiehen antamaa tukea kuvattiin häneen kohdistuvien ominaisuuksien muodossa kuten; kuuntelee, keskustelee, läsnä oleva, tukee jaksamista, omaa rautaisen ammattitaidon ja kokemuksen. Esimieheltä kaivattiin lisää tukea, mikäli omaisilta tulee negatiivista palautetta, että esimies kiittäisi useammin ja lähestyisi alaisiaan aktiivisemmin kysymällä heidän jaksamisestaan. Esimiehen toivottiin myös järjestävän yhteisiä palavereja, jossa kotisairaalan hoitajat ja koordinaattorit voisivat yhdessä kehittää kotisaattohoitotoimintaa.

Organisaation antamaa tukea kuvattiin seuraaviin alkuperäisilmaisu esimerkein:

Saattohoitoon panostetaan, hyvin mahdollisuus koulutuksiin

Kotisaattohoito tuottaa säästöjä. Resursseja on hienosti annettu.

Organisaation tarjoamaan tukeen liittyviä toiveita luonnehdittiin sanoin, että organisaatio on välillä kaukana, tuki on vähäistä sekä toiveena että organisaatio selkeämmin linjaisi ja tiedottaisi miten saattohoitoa halutaan toteuttaa eri yksiköissä.

6.1.8 Tulokset kysymykseen 8 – kotisaattohoitojärjestelmän kehittäminen

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen viimeisenä esitettiin avoin kysymys, miten vastaajien mielestä Turun kaupungin sairaalapalveluiden kotisaattohoitoa tulisi kehittää. Vastaukset pelkistettiin lyhyisiin alkuperäisilmaisiin ja ne luokiteltiin aihealueittain kolmeen luokkaan. Koko vastausaineiston pääluokaksi muodostui: ”Kotisaattohoidon kehittämisen edellytykset”. Tämä pääluokka rakentui kolmesta yläluokasta; ”Resurssitarve”, ”Toiminnan selkeyttäminen” ja ”Yhteistyön optimointi”.

Yläluokkaan: ”Yhteistyön optimointi” valikoitui alkuperäisilmaisuja, joissa vastaajat kuvailivat tarpeita kehittää toimintaa yhdessä. Vastaajat mainitsivat tarpeina muun muassa yhteiset palaverit, esimiesten hyvä yhteistyö ja verkostot, asiakaspalautteet sekä laajemman yhteistyön luomisen, joka ylittyy ohi sairaalapalveluiden yksiköiden. Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista:

Erilaiset yhteiset palaverit tärkeitä

Koordinaattoreiden ja kotisairaalan vuoropuhelua tarvitaan lisää

Yhteistyö osaston kanssa on myös hyvin tärkeää, toki talossa on muitakin osajia, muttei saavutettavissa 24/7

Yläluokka: ”Toiminnan selkeyttäminen” rakentui vastaajien alkuperäisilmaisuista, joissa tuotiin monipuolisesti mielipiteitä eri kotisaattohoidon toimintaan liittyvistä tekijöistä. Vastaajat toivat esiin käytännön tason yhteistyön hankaluuden koska kotisairaalan toimipiste on fyysisesti niin kaukana muista kotisaattohoitoon osallistuvista sairaalapalveluiden yksiköistä. Vastaajat toivat esille vaihtoehtoisia malleja, joissa toisissa todettiin, että kotisairaalan ja koordinaattoreiden toimintaa tulee yhdistää ja toisissa että koordinaattoreiden tulee ottaa kotisaattohoito vahvemmin kantaakseen. Vastaajat kirjoittivat lisäksi, että yksiköiden tulee jatkuvasti kehittää ja selkiyttää toimintaansa, että Turun kokoisella kaupungilla tulee olla tavoitteena kotisaattohoidon C-tason järjestäminen. Karinakodin olemassaolo vaihtoehtona Kaskenlinnan osastolle mainittiin sekä toiminnan selkeyttämisen osalta esitettiin vielä toive saattohoitopotilaiden listalla olevien potilaiden kriteerien selkeyttämisestä.

Yläluokka: ”Resurssitarve” rakentui kolmesta alaluokasta, joita ovat: ”Yöaikainen hoito”, ”Lääkäripalvelu” ja ”Osaaminen”. Vastauksista nousi selkeästi kotona tapahtuvan yöaikaisen tarve. Asiaa kuvattiin seuraavin alkuperäisilmaisu esimerkein:

Yö hoitoon tulee panostaa, saattohoitopotilaalle tulee tarvittaessa pystyä tekemään kotikäynti

Osastolta tulisi olla mahdollisuus mennä käymään potilaan kotona 24/7 ja hoitotoimia voisi tarvittaessa suorittaa potilaan kotona mihin aikaan vain

Lääkäriresurssin lisäämisen tarpeesta mainittiin, että saattohoitoon perehtyneen lääkärin tulisi olla saavutettavissa ympäri vuorokauden. Esille nousi myös toteamus, että tällä hetkellä (huhtikuu 2018) saattohoidon osaaminen on pitkälti yhden lääkärin osaamisen varassa.

Osaamisen lisäämistä toivottiin jo perusopintojen opiskeluvaiheeseen. Lisäksi vastaajat toivat esiin erikoistumiskoulutuksen tärkeyden sekä hoitotyön edustajien, että lääkäreiden osalta.

6.2 Toisen Delfi-kyselykierroksen tulokset

Toinen Delfi-kyselykierros suoritettiin lokakuussa 2018. Toiselle Delfi-kyselykierrokselle jaetuista neljästätoista kyselylomakkeesta (Liite 6.) palautui määräaikaan mennessä

yhdeksän. Kaikki yhdeksän lomaketta oli täytetty asianmukaisesti ja vastaajat olivat ottaneet kantaa jokaiseen esitettyyn näkökulmaan. Toisen Delfi-kierroksen kysely muodostui neljästä näkökulmatyyppisestä väittämästä. Väittämiin tuli ottaa kantaa viisiportaisen Likert-asteikon avulla sekä perustella mielipidettään vapaan tekstin avulla. Vastaajat olivat perustelleet mielipiteitään niin että aineistoa syntyi runsaasti. Aineisto on analysoitu aineistopohjaisen sisällönanalyysin avulla, aineiston alkuperäisilmaisut sekä niiden pohjalta luodut luokitukset ovat kokonaisuudessaan luettavissa liitteessä 7 (Liite 7.).

6.2.1 Tulokset näkökulmaan 2/1 – yöaikaiset kotikäynnit

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen vastauksista nousi selkeänä tarpeena yöaikaisen kotiin annettavan hoidon järjestäminen kotisaattohoidossa oleville potilaille. Toisen Delfi-kyselykierroksen ensimmäisessä näkökulmassa pyydettiin vastaajien mielipidettä, tulisiko yöaikaisen kotikäyntien järjestäminen kotisaattohoitopotilaiden luokse tapahtua kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta. Näkökulman Likert-asteikko vastaukset jakaantuivat. Vastaajista viisi oli ”täysin samaa mieltä”, kaksi ”jokseenkin samaa mieltä” ja kaksi vastaajaa oli ”täysin eri mieltä” yöaikaisten kotikäyntien järjestämisestä.

Taulukko 8. Yöaikaiset kotikäynnit tulee järjestää kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta.

Näkökulma Vastaajia yhteensä 9	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
2/1 Yöaikaiset kotikäynnit kotisaattohoitopotilaiden luokse tulee järjestää kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta.	2			2	5	

Vastaajien pelkistetyistä alkuperäisilmaisuista muodostui pääluokaksi: ”Yöaikaisten kotisaattohoidon kotikäyntien järjestäminen”. Pääluokka rakentui neljästä yläluokasta, jotka ovat: ”Potilaan etu”, ”Yökotikäyntien rajaaminen”, ”Henkilöturvallisuus” ja ”Henkilöstöresurssi”. Vastaajien kirjoittamia alkuperäisilmaisuiesimerkkejä, joista muodostui yläluokka ”Potilaan etu”:

Osaston henkilökunnalla on kotikuolemien ja oirehoidon osaamista

Yöaikainen kotikäynti tarve melko pieni mutta saattaa taata turvallisen kotonaolon ja kotikuoleman

Yläluokka: ”Yökotikäyntien rajaaminen” muodostui vastaajien alkuperäisilmaisuista, jotka kuvasivat aihetta varsin eri näkökulmista, esimerkkejä alla:

Turvallisuusuhat kuten aggressiiviset potilaat ja omaiset

Vain kuolevat potilaat

Moni asia voidaan hoitaa puhelimitse, käynnit lähinnä saattohoito vaiheessa

Maantieteellinen raja asettaisi potilaat eriarvoiseen asemaan

”Henkilöturvallisuus” yläluokka muodostui yhtenevistä vastausperusteluista, joista eniten tuotiin esiin toivomus, että yöaikaisia kotikäyntejä ei tehtäisi yksin. Eniten vastaajat ehdottivat kahden hoitajan toimesta tehtäviä kotikäyntejä. Esille nostettiin myös mahdollisuus vartijan mahdollisuudesta tulla hoitajan mukaan kotikäynteille ja yksi vastaaja mainitsi taksilla liikkumisen parantavan turvallisuutta.

Yläluokka: ”Henkilöstöresurssi” muodostui kolmesta alaluokasta, jotka ovat: ”Osaston miehityksen lisääminen”, ”Muun omatoiminnan lisääminen” ja ”Ulkopuolinen palveluntuottaja”. Alaluokassa: ”Ulkopuolinen palveluntuottaja” mainittiin ulkopuolisista palveluntuottajista usean vastaajan toimesta kotihoidon yöpartio. Vastauksissa nousi esiin myös yksityisen palveluntarjoajan tai sairaankuljetusfirman mahdollisuus toimia yöaikaisten kotikäyntien suorittajana kotisaattohoitopotilaan luona. Alaluokka: ”Muun omatoiminnan lisääminen” muodostui vastaajien näkemyksistä kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston vaihtoehtoisista, akuuttiosastoryhmän kotisaattohoitoon osallistuvista yksiköistä, yöaikaisten kotikäyntien mahdollisista järjestämistahoista. Alla vastaajien kirjoittamia alkuperäisilmaisu esimerkkejä:

Yöpäivystysrinki, eli varallaolo

Yhdistää kotisairaala + saattohoito yö-partioksi

Saattohoitokoordinaattoreiden yöpäivystys koska potilaat heille tuttuja

Kolmas alaluokka: ”Osaston miehityksen lisääminen”, muodostui vastaajien yhteneväisistä ilmaisuista. Vastaajat kuvasivat usein eri alkuperäisilmaisuin, että osaston sairaanhoitaja miehitystä on lisättävä, mikäli yöaikaiset kotikäynnit järjestetään kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta. Yksi vastaajista oli kuvannut asiaa seuraavasti:

Tehokkain ja mielekkäin tapa olisi resursoida yöhoito osaston henkilökuntaa

Likert-vastauksissa oli kaksi vastaajaa valinnut ”täysin eri mieltä” näkökulman kanssa, jossa kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto toimisi yöaikaisten kotikäyntien järjestävänä tahona. Vastaajien vapaasti kirjoittamissa perusteluissa ei kuitenkaan noussut vahvasti esille, etteikö yöaikaista kotikäyntejä voitaisi järjestää kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta. Vastaukset olivat tyypiltään enemmän yöaikaisten kotikäyntien järjestämisen käytännön työtä pohtivia, ohjaavia tai suunnittelevia. Yöaikaisten kotikäyntien tarvetta ei vastauksissa kiistetty.

6.2.2 Tulokset näkökulmaan 2/2 – kotisaattohoitopotilaan vastuhenkilö

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen vastauksissa koettiin tärkeänä, että potilaan ja omaisen tiedossa on oma yhteyshenkilö ja hänen yhteystietonsa. Potilaan tiedossa tuli vastaajien mielestä olla myös virka-ajan ulkopuolella olevan hoitovastuu yksikön ajan tasalla olevat yhteystiedot. Näkökulmassa 2/2 esitettiin vastaajille väittämä, että saattohoitokoordinaattorin tulee olla potilaan ensisijainen yhteydenpitotaho ja hoidon järjestämisen yhteyshenkilö. Likertin asteikolla saatiin kaikkien vastaajien yhtenevä vastaus, kaikki vastaajat olivat valinneet vastausvaihtoehdon ”täysin samaa mieltä”.

Taulukko 9. Saattohoitokoordinaattori - kotisaattohoito potilaan vastuhenkilö

Näkökulma Vastaajia yhteensä 9	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
2/2 Kotisaattohoidossa olevan potilaan ensisijainen yhteydenpito taho ja hoidon järjestelyiden vastuhenkilö tulee olla saattohoitokoordinaattori.					9	

Vapaasti vastattaviin perusteluihin oli moninaisesti kuvattu potilaan ja koordinaattoreiden keskinäistä hyvää hoitosuhdetta, jossa saattohoitokoordinaattorin kuvattiin tuntevan hyvin potilaat ja heidän tilanteensa. Saattohoitokoordinaattoreiden osaamista ja potilaan hoidon arviointitaitoja luonnehdittiin tärkeinä tekijöinä näkökulman väittämää tukevissa alkuperäisilmaisuissa:

Osaavat oirehoidon ja tuntevat potilaan ja koti olot sekä yhteistyö tahot ja toimintaperiaatteet

Hoitosuhde rakentuu pikkuhiljaa ja siksi on tärkeää sama hoitava taho

Vaatii laaja-alaisen näkemyksen

Jos puhelimitse ei saa luotettavaa tietoa tekee koordinaattori akuuttikäynnin kotiin

Vastaajien kirjoittamien alkuperäisilmaisuihin perustuen muodostui kolme alaluokkaa: ”Koordinaattori hoidon kokonaisuuden ohjaaja”, ”Koordinaattorin osaaminen” ja ”Vaihtoehtoinen hoidon järjestämisen vastuu”. Näistä kolmesta alaluokasta muodostui pääluokka: ”Kotisaattohoidon organisoinnin vastuhenkilö”.

Vaikkakin Likertin asteikon vastauksissa vastaajat olivat täysin yksimielisiä siitä, että saattohoitokoordinaattorin tulee olla potilaan ensisijainen yhteyshenkilö, oli vapaasti perusteluun tekstiin kirjattua kaksi hieman poikkeavaa ilmaisua:

Osastolla helpompi arvioida tilanne

Tulee tarpeen, mikäli saattohoitotiimin resurssit eivät riitä

Näistä jälkimmäistä ei voida pitää näkökulman vastaisena, vaan ilmaisuna tilanteesta, mikäli saattohoitokoordinaattoreiden nykyiset resurssit eivät riittäisi.

6.2.3 Tulokset näkökulmaan 2/3 – kotisaattohoitopotilaan lupapaikka

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen vastauksissa kuvattiin, että kotisaattohoidossa olevalle potilaalle ei lupapaikka aina järjesty vaivatta ja/tai lupapaikalle tulemisen kriteerit olivat henkilökunnalle epäselviä. Näkökulman 2/3 väittämänä oli, että kotisaattohoidossa olevalle potilaalle on aina löydyttävä lupapaikka. Likertin asteikon vastauksissa oli vastaajien käsitykset suhteellisen yhteneväisiä, sillä vastaajista neljä oli väittämän kanssa ”täysin samaa mieltä” ja viisi vastaajaa ”jokseenkin samaa mieltä”.

Taulukko 10. Lupapaikka

Näkökulma Vastaajia yhteensä 9	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
2/3 Kotisaattohoidossa olevalle potilaalle on aina löydyttävä lupapaikka.				5	4	

Perusteluita lupapaikkanäkökulmaan tuli runsaasti. Yksi vastaajista toi esiin, että lupapaikka sanana on väärä koska kotisaattohoidon potilailla on tukiosasto, joka Turussa on

Kaskenlinnan kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto. Alkuperäisilmaisuista nousi ala- ja yläluokkien kautta pääluokaksi: ”Laitoshoito-lupapaikka kotisaattohoidon potilaan tukena”. Pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta: ”Lupapaikan kriteerit”, ”Lupapaikalle siirtymisen arviointi” ja ”Lupapaikan järjestyminen”.

Yläluokka: ”Lupapaikan järjestyminen” koostuu kolmesta alaluokasta: ”Lupapaikka tukiosastolle ehdoitta”, ”Muu laitospaikka” ja ”Tukiosaston jousto”. Ensin mainitun alaluokan: ”Lupapaikka tukiosastolle ehdoitta” alkuperäisilmaisut kuvasivat eri tilanteita, jolloin lupapaikalle tulee voida siirtyä, esimerkkejä:

Mikäli potilas on turvaton

Mikäli omainen väsy

On oikeus muuttaa mieltään, vaikka olisikin ensin ajatellut kuolla kotiin

Ehdottomasti pitää saada tulla, jos potilas tai omainen tahtoo

Toinen alaluokka: ”Muu laitospaikka” muodostui vastaajien alkuperäisilmaisuista, joissa kuvattiin Kaskenlinnan kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston vaihtoehtoisia laitoshoitopaikkoja kotisaattohoidon potilaille. Vaihtoehtoisina hoitopaikkoina mainittiin Karinakoti, Turun kaupunginsairaalan vuodeosastot ja päivystys. Kolmannen alaluokan: ”Tukiosaston jousto” muodosti alkuperäisilmaisut, jotka kuvaavat kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston joustamista tilanteissa, joissa osasto on täynnä ja kotisaattohoidossa olevalle potilaalle on ilmennyt tarve saada vuodeosastopaikka. Vastaajat kuvasivat tukiosaston erilaisia ylipaikkaratkaisuja sekä mainitsivat että tarvittaessa on käytetty viereisen, hengityshalvausyksikön paikkoja.

Toiseksi yläluokaksi muodostui suoraan alkuperäisilmaisuista: ”Lupapaikalle siirtymisen arviointi”. Vastaajat perustelivat hoidon tarpeen arviointia tärkeänä tekijänä ennen potilaan siirtymistä lupapaikalle. Vastaajat toivat myös esille, että lupapaikka kyllä järjestetään mutta sen saaminen vaatii hoidollisen tarpeen, potilaan esittämä pelkkä toive saapua lupapaikalle ei nähty riittävänä syynä. Lupapaikan järjestymiseen vaikuttaa lisäksi potilaan hoidon vaihe. Palliatiivisessa hoidossa olevalta potilaalta esitettiin hoidon tarpeen arviointia, kun taas saattohoitovaiheessa oleva potilas voi vastaajien mukaan siirtyä lupapaikalle vähemmällä arvioinnilla.

Kolmannen yläluokan: ”Lupapaikan kriteerit”, muodostaneet alkuperäisilmaisut kertoivat selkeiden lupapaikkakriteereiden tulevan tarpeeseen. Vastaajien mukaan kriteereistä on ollut

omaisilla ja potilailla epätietoisuutta. Perusteluissa todettiin niin ikään, että kriteerinä tulee olla selkeä oire, jota ei voida hoitaa potilaan kotona.

6.2.4 Tulokset näkökulmaan 2/4 – kotisaattohoidon järjestävä taho

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen vastauksissa nousi esille, että saattohoitokoordinaattoreiden tehtäväkuvaa tulee selkeyttää muille toimijoille. Kotisairaalan henkilökunnan vastauksista nousi esille muun muassa käytännön töiden järjestelyiden vaikeudet yhdistää kotisaattohoitopotilaiden tarpeet ja infektiopotilaiden säännöllisten antibioottikierrosten yhtälö. Toisen Delfi-kyselykierroksen viimeisenä väittämänä todettiin, että Turun kaupungin kotisaattohoito tulee järjestää vain palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoitoon keskittyvän tiimin toimesta. Likertin asteikon vastauksissa vastaajat olivat yhteneväisiä mielipiteissään. Vastaajista neljä oli ”täysin samaa mieltä” väittämän kanssa ja viisi vastaajaa oli valinnut vaihtoehdon ”jokseenkin samaa mieltä”.

Taulukko 11. Kotisaattohoidon järjestäjätaho

Näkökulma Vastaajia yhteensä 9	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut kyseiseen näkökulmaan
2/4 Turun kaupungin kotisaattohoito tulee järjestää vain palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden hoitoon keskittyvän tiimin toimesta.				5	4	

Vastaajien kirjoittamista alkuperäisilmaisuista nousi kaksi alaluokkaa: ”Yöhoidon turvaaminen” ja ”Koordinaattorivetoinen kotisaattohoitotiimi”. ”Yöhoidon turvaaminen” koostui vastaajien näkemyksistä, että saattohoitokoordinaattorit voisivat yö päivystää ja toiveesta että yöaikaista hoitoa tulisi tehostaa.

Alaluokka: ”Koordinaattorivetoinen kotisaattohoitotiimi” muodostui vastaajien alkuperäisilmaisuista, joissa useassa tuotiin esiin saattohoitokoordinaattoreiden erityisosaaminen kotisaattohoitopotilaiden hoitamisessa. Vastaajat ilmaisivat myös hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyön merkityksen kotisaattohoitopotilaan hoidon järjestämiseksi. Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista:

Kotisaattohoidon tiimin koordinoimana, kokonaisvaltaisesti yhteistyössä

Saattohoitokoordinaattoreista koostuvan kotisaattohoidon tiimin toimesta

Ensisijaisesti saattohoito pitäisi järjestää saattohoitoon erikoistuneen tahon toimesta

Alkuperäisilmaisuihin nousseista alaluokista nousi väittämän vastausten analysoinnin kautta pääluokaksi: ”Kotisaattohoitoa tuottava yksikkö Turun kaupungissa”.

6.3 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää minkälainen yhteistyömalli Turun kaupungin kotisairaalan, kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä edistäisi hyvän kotisaattohoidon toteutumisen potilaan näkökulmasta ja toimijoiden näkökulmasta. Näiden tutkimusongelmien vastauksien saamiseksi suoritettiin opinnäytetyön alussa yksiköiden keskeisten henkilöiden kanssa keskustelu silloisesta tilanteesta ja syvennyttiin aiheeseen kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin tutustumalla. Toimijoiden näkökulmaan haettiin vastauksia lähestymällä opinnäytetyötä koskevien yksiköiden, neljätoista kotisaattohoidon hoitotyön asiantuntijaa, kahden Delfi-menetelmä kyselykierroksen avulla. Delfi-kyselyiden tarkoituksena oli saavuttaa yhteistyömallin pohjaksi yksiköiden toimijoiden mahdollisimman yhtenevä tahtotila. Potilaan näkökulman tarkastelu rajattiin toteutettavaksi ainoastaan teoreettisen viitekehyksen kautta, potilaita tai omaisia ei lähestytty lainkaan.

6.3.1 Hyvää kotisaattohoitoa edistävä toiminta potilaan näkökulmasta

Tässä opinnäytetyössä rajattiin potilaan näkökulmaa tarkasteltavaksi vain teoreettisen viitekehyksen kautta. Vaikkakin rajaus tehtiin, nousi potilaan näkökulma vahvasti esiin kotisaattohoidon hoitotyön ammattilaisille suoritettujen Delfi-kyselyiden vastauksissa.

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen kyselyssä tiedusteltiin vastaajien näkemyksiä siitä, minkälaisin yhteydenpitokeinoin potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia tulisi lievittää. Vastaajia pyydettiin ottamaan kantaa, minkälaisia kokemuksia heillä oli etäyhteydenpitokeinojen (puhelimitse, sähköposti) ja kotikäyntien eduista ja haitoista. Potilaan näkökulmasta etäyhteyden eduksi nousi ympärivuorokautinen saavutettavuus, tiedon ja ohjauksen saamisen helppous ja nopeus. Haasteina vastaajat toivat esiin, ettei etäyhteys korvaa ihmisen läsnäoloa, etäyhteydenpitoväline voi antaa vääristyneen kuvan potilaan tilanteesta eikä se ole ideaali iäkkäiden tai muistisairaiden ihmisten kohdalla. Kotikäyntien etuina potilaan näkökulmasta nousi esille sen lohdutusta ja turvallisuuden tunnetta lisäävä merkitys sekä yksilöllisen hoidon toteutuminen.

Opinnäytetyön alussa tehtyjen kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden keskeisten henkilöiden kanssa suoritettujen keskusteluiden perusteella nousi esiin, etteivät yksiköt aina ole tietoisia kenellä on pääasiallinen hoito- ja yhteydenpitovastuu kotisaattohoidossa olevaan potilaaseen. Tietoisuutta yhteydenpitotahosta ja kotisaattohoidon järjestämisen vastuuhenkilöstä kysyttiin sekä ensimmäisellä että toisella Delfi-kyselykierröksellä. Ensimmäisellä kierroksella kysyttiin vastaajien omaa tietoisuutta, kuka on potilaasta hoitovastuussa. Vastuksista nousi esiin yhteystietojen selkeyden ja seuraavan yhteydenpitokerran tietoisuuden tärkeys potilaalle ja omaiselle. Epäselvyyttä yhteydenpito- ja hoitovastuutahon suhteen oli ilmennyt, kun potilaat saivat hoitoa useamman tahon toimesta (kotihoito, kotisairaala, saattohoitokoordinaattorit, Tyks, TKS). Potilaiden ollessa kotisairaalan hoidon piirissä, ottivat he yhteyttä suoraan saattohoitokoordinaattoreihin, vaikka kotisairaala oli juuri tehnyt tai tekemässä kotikäyntejä. Ensimmäisen ja toisen Delfi-kyselykierröksen välisenä aikana oli organisaatiossa vaiheittain tehty muutos. Kaskenlinnaa muodostettiin saattohoitokoordinaattoreista ja muutamasta kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston sairaanhoitajasta kotisaattohoitotiimi, kotisairaalan keskittyessä infektiopotilaiden hoitoon. Toisen Delfi-kyselykierröksen näkökulmassa todettiin, että kotisaattohoidossa olevan potilaan yhteydenpitotaho ja hoidon järjestämisen vastuuhenkilö tulee olla saattohoitokoordinaattori. Näkökulman Likert-asteikkovastauksissa olivat kaikki vastaajat valinneet vastausvaihtoehdon täysin samaa mieltä. Perusteluissa nousi esiin, että saattohoitokoordinaattorit tuntevat potilaan, omaiset ja kotiolot. Saattohoitokoordinaattorit nähtiin hoidon kokonaisuuden ohjaajina ja kotisaattohoidon laaja-alaisina osaajina.

Saattohoitokoordinaattoreiden suorittaman arvion ja heidän toimestansa potilastietojärjestelmään tehdyn merkinnän perusteella on joillakin kotisaattohoidossa olevilla potilailla nykykäytännön mukaan oikeus tulla lupapaikalle kotisaattohoitoa tukevalle vuodeosastolle. Lupapaikalle tulon tarvetta arvioidaan osaston toimesta puhelinkontaktilla ennen potilaalle myönnettävää saapumislupaa. Lupapaikan järjestymisen vaivattomuutta tiedusteltiin sekä ensimmäisen että toisen Delfi-kyselykierröksen kysymyksissä. Ensimmäisen kierroksen vastuksissa nousi esille, että lupapaikka ei aina järjesty vaivatta. Lupapaikan löytymisen haasteina kuvattiin paikkatilanteesta johtuvat syyt, hoidon tahojen yhteistyöstä johtuvat syyt sekä potilaan ja/tai omaisen väärinkäsitykset mitä lupapaikkakäytänne tarkoittaa. Hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyön ongelmana mainittiin, ettei potilaan kotona ollut hoitotyön ammattilaisen tekemä arvio lupapaikan tarpeesta aina ollut riittävä kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston henkilökunnan puhelimesta tekemän arvion mukaan. Esiin nousi myös perustelu, ettei hoitajan tule tarjota

lähtöä laitoshoitoon ratkaisuna oirehoitoon vaan omata rohkeus hoitaa potilas kotona loppuun asti. Toisen Delfi-kyselykierroksen näkökulmassa oli väittämä, että potilaalle on aina löydyttävä lupapaikka. Likert-asteikkovastaukset olivat toisella kierroksella yhteneväisempiä kuin ensimmäisellä kierroksella. Lupapaikka koettiin useammin järjestyvän ehdoitta ja jos kotisaattohoitoa tukeva vuodeosasto oli täynnä, niin osattiin paikkatilanneongelma ratkaista ylipaikoin tai järjestämällä paikka Karinakotiin tai TKS vuodeosastoille. Vastauksissa todettiin, että lupapaikalle saapuminen vaatii ennakoivan arvion, ensisijaisesti saattohoitokoordinaattoreiden toimesta yhteistyössä kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston kanssa. Potilaan näkökulmasta tulee lupapaikan merkitys ja käyttöoikeus olla selkeä ja ymmärrettävä.

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksella kysyttiin, miten vastaaja kokee työyksikkönsä resurssit hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen. Riittämättömänä resurssina tuotiin selkeästi esille, että kotisaattohoidon potilaille ei toiminnan nykytilassa ole mahdollisuutta tarjota yöaikaisia kotikäyntejä. Muina potilaan hoitoon liittyvinä resurssitarpeina mainittiin intervallipaikkojen lisäämisen tarve ja siihen resursointi sekä lääkäriresurssi koettiin vaatimattomana. Yöaikaisten kotikäyntien puute tuli esille myös avoimen kysymyksen vastauksissa, jossa kysyttiin miten Turun kaupungin sairaalapalveluiden kotisaattohoitojärjestelmää tulisi kehittää. Yöaikaisten kotikäyntien puutteen noustessa vahvasti esille ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen vastauksissa, kysyttiin asiaa toisella Delfi-kierroksella väittämän avulla, että yöaikaiset kotikäynnit tulee järjestää kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta. Vastaajien Likert-asteikolla valitsemat vaihtoehdot olivat saman mielisiä sillä kaikki vastukset sijoittuvat vaihtoehtoihin jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Vastaajat toivat esille, että yöaikaisten kotikäyntien järjestyminen vaatii henkilöstöresurssien lisäämistä, henkilöturvallisuuden huomioimisen ja rajaamisen tarpeen. Rajaamisesta mainittiin turvallisuustekijät ja pohdittiin minkälaisessa tilanteessa oleville potilaille, yöaikaisia kotikäyntejä, tulee tarjota. Rajaaminen vaatii selkeästi sovitut kriteerit. Vastaajat arvioivat, että yöaikaisten kotikäyntien tarve on pieni mutta potilaan saama etu suuri, mahdollistaen turvallisen kotonaolon ja kotikuoleman.

Hyvän kotisaattohoidon toteutumiseksi potilaan näkökulmasta, nousi ensimmäisen ja toisen Delfi-kyselykierrosten vastauksista esille, että potilaalla tulee olla selkeästi tiedossa oleva yhteyshenkilö ja yhteystiedot. Yhteydenpitoon tulee olla ympärivuorokautinen mahdollisuus. Lupapaikan tulee järjestyä potilaan niin toivoessa ja hänen sekä muiden hoitoon osallistuvien tahojen tulee olla tietoisia lupapaikan kriteereistä selkeällä ja

ymmärrettävällä tavalla. Yöaikaiset kotikäynnit kotisaattohoidon potilaalle, tämän niin tarvitessa, tulee järjestyä.

6.3.2 Hyvää kotisaattohoitoa edistävä toiminta toimijoiden näkökulmasta

Tämän opinnäytetyön toisena tutkimusongelmana oli selvittää, minkälainen yhteistyömalli Turun kaupungin kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välillä edistäisi hyvää kotisaattohoitoa toimijoiden näkökulmasta.

Ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen, toimijan ja potilaan välistä yhteydenpitokeinoa koskevat kysymykset toivat esille, että etäyhteydenpidon välineenä puhelinkontakti on nopea ja aikaa säästävää. Puhelinyhteys vaatii toimijalta vankkaa osaamista ja kokemusta, jotta potilaan ja kotitilanteen arviointi voidaan tehdä hyvin. Kotikäynnin etuina vastaajat kuvasivat saavansa kokonaiskuvan tilanteesta, jonka perusteella he pystyvät arvioimaan, jos ja miten kotona tapahtuvaa hoitoa jatketaan turvallisesti. Kotikäynnin koettiin vievän enemmän aikaa, mutta antavan enemmän potilaalle ja omaiselle.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa huolehti kotisaattohoidon potilaista sekä saattohoitokoordinaattorit että kotisairaalan henkilökunta. Epäselvyyksiä ilmeni toimijoiden tehtävänjaossa sekä kenellä oli potilaasta ensisijainen hoitovastuu ja täten yhteydenpitovelvollisuus. Yhteydenpidon suhteen potilaat olivat yhteydessä sekä saattohoitokoordinaattoreihin että kotisairaalaan, eikä aina ollut tietoisuutta kenen tulee huolehtia seuraavasta kontrollista tai yhteydenpidosta. Saattohoitokoordinaattoreiden sen hetkinen työtehtävien sisältö ja resurssit olivat kotisairaalan henkilökunnalle epäselviä. Kotisairaalan henkilökunnan potilaan kotona antaman hoidon sisältö ja siihen liittyvät odotukset muiden toimijoiden suhteen eivät myöskään olleet selkeitä. Ensimmäisellä Delfi-kyselykierroksella nousi vastauksista esille, että yhteistyö voisi olla sujuvampaa, jos toimijat arvostaisivat ja kunnioittaisivat toistensa ammattitaitoa ja osaamista. Näin myös näkemuserot siitä miten potilaita tulee hoitaa, pienenesi. Opinnäytetyön Delfi-kyselykierrosten välissä lisättiin saattohoitokoordinaattoreiden määrää ja kotisaattohoidon potilaiden hoito siirrettiin pääasiallisesti näiden muodostaman kotisaattohoitotiimin vastuulle. Toisen Delfi-kyselykierroksen yhtenä väittämänä todettiin, että kotisaattohoito tulee järjestää vain palliatiivisen hoidon ja saattohoitopotilaiden hoitoon keskittyvän tiimin toimesta. Vastaukset olivat hyvin yhdenmielisiä ja myönteisiä tällaisen tiimin ja työnjärjestelyiden suhteen, perusteluina nousi esille kotisaattohoitoon keskittyvän tiimin

erityisosaaminen sekä kiinnostus ja motivoituneisuus kotisaattohoidon järjestämiseen ja hoitoon.

Toimijoiden välisen yhteistyön yhtenä vaikeutena esiintyi potilaalle myönnetyn lupapaikan käytön suhteen. Vaikeuksia ilmeni potilaan kotona olevan ammattilaisen ja tukiosaston henkilökunnan puhelimesta tekemän arvion ajoittainen ristiriita. Ristiriitoja ilmeni, mikäli kotona olevan ammattilaisen arvio potilaan tarpeesta saada lupapaikka tukiosastolta ja tukiosaston henkilökunnan puhelimesta tekemä arvio laitoshoidon tarpeesta eivät olleet yhteneväisiä. Lupapaikalle siirtymisen esteinä saattoi olla tukiosaston potilaspaikkatilanne tai käsitys minkälaiset potilaan kokemat oireet oikeuttavat laitoshoitopaikkaan. Potilaan oireista etenkin ahdistus ja pelon tai turvattomuuden tunteen kokemus, olivat toimijoiden tekemissä arvioissa laitospaikalle siirtymisen tarpeellisuudesta ristiriitaa herättäviä. Toisen Delfi-kyselykierroksen vastuksista nousi esille, että lupapaikalle saapumista tulee edeltää toimijoiden yhdessä tekemä hoidontarpeen arvio. Selkeästi saattohoitovaiheessa olevien potilaiden tukiosastolle tulo nähtiin voivan tapahtua lähes aina. Nykyistä selkeämpiä kriteereitä, jotka ovat toimijoiden ja potilaan/omaisen tiedossa, kaivattiin jotta olisi tietoisuus minkälaisien oireiden ja missä vaiheessa, tukiosastolle siirtyminen on sallittua.

Ensimmäisellä Delfi-kyselykierroksella kysyttiin toimijoiden näkemyksiä, miten heillä on käytettävissä resursseja, osaamista ja saavatko he tukea työhönsä kollegoilta, esimiehiltä tai organisaatiolta. Resurssien koettiin olevan riittäviä täydennyskoulutusten osalta sekä saattohoitokoordinaattoreiden määrän lisäämisen myötä oli näiden tekemien kotikäyntien mahdollistaminen parantunut. Lisäksi kotisaattohoidossa olevan potilaan mahdollisuus saada puhelinkontakti tai lupa saapua tukiosastolle ympäri vuorokauden nähtiin hyvin resursoituna. Resursseihin kohdistuvia toiveita ja puutteita koettiin olevan lääkäriresurssin riittämättömyydessä ja että yöaikaisia kotikäyntejä ei ole mahdollista tarjota. Työnohjauksen mahdollisuus sekä toimijoiden väliset yhteiset tapaamiset ja toiminnan kehittäminen nähtiin myös tärkeinä resursoitavina asioina.

Osaamisen tasoa vastaajat arvioivat pääasiallisesti riittäväksi. Etenkin kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston henkilökunnan ja saattohoitokoordinaattoreiden osalta mainittiin oirehoidon olevan heidän erityisosaamistaan ja psykososiaalisen tuen antaminen koettiin olevan luontaista. Kotisairaalan hoitajien kliininen osaaminen koettiin hyvätasoiseksi mutta psykososiaalisen tuen antamiseen kaivattiin lisää koulutusta. Osaaminen oli saavutettu monipuolisen täydennyskoulutuksen, itseopiskelun sekä työssä oppimisen kautta. Yleisesti

osaamisen ja kohtaamisen haasteina todettiin tilanteet jolloin potilas/omainen ei halua keskustella lähestyvistä kuolemasta.

Kollegoiltaan saamaansa tukea vastaajat kuvasivat lähes yksimielisesti riittävänä. Työyhteisöjä kuvattiin hyvinä, joissa yhdessä tuotetaan palvelua potilaan ja omaisen parhaaksi. Esimiehiltä saamaa tukea kuvattiin myönnetyin koulutusmahdollisuuksin, yhdessä käytyjen keskusteluiden kautta sekä esimiesten realistisella kuvalla käytännön työstä, resursseista ja haasteista. Esimiehiltä kaivattiin enemmän kiitosta tehdystä työstä sekä tunnustelua työntekijöiden jaksamisesta. Organisaation tuki nähtiin osaamisen kehittämisen, ylemmiltä tahoilta tulleiden kiitosten sekä yleisesti annettujen resurssien muodossa. Organisaation taholta toivottiin selkeämpää linjaa, miten saattohoitoa toivotaan toteuttavan eri yksiköissä.

Hyvän kotisaattohoidon toteutumiseksi toimijoiden näkökulmasta, tulee hoitoon osallistuvilla tahoilla olla tietoisuus toistensa osaamisesta ja ammattitaidosta. Potilaan tukiosaston lupapaikkakriteerit tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen tiedossa. Hoitoon osallistuvilla tahoilla tulee olla selkeä tietoisuus hoitovastuusta. Kotisaattohoidon järjestämisen vastuutahoksi Delfi-kyselykierroksen vastaajat kannattivat yksimielisesti saattohoitokoordinaattoreista koostuvaa kotisaattohoidon tiimiä. Hyvän kotisaattohoidon toteutumiseen vaadittavia resursseja tarvitaan yöaikaisten kotikäyntien järjestämiseksi, enempi lääkäriresurssia sekä henkilökunnalle työnohjaus- ja täydennyskoulutusmahdollisuuksia. Henkilökunnan työhyvinvoinnin turvaamiseksi tulee esimiesten olla osallistuvia ja ymmärtäväisiä sekä organisaation antaa selkeät linjat, miten saattohoidon tulee toteutua eri yksiköissä.

6.3.3 Kotisaattohoidon yhteistyömalli

Kotisaattohoidon ammattilaisille suunnattujen kahden Delfi-menetelmä kyselykierroksen vastauksista ja aiempaan tietoon ja tutkimustuloksiin perehtymällä, haettiin tietoa minkälainen yhteistyömalli Turun kaupungin sairaalapalveluiden akuuttiosastoryhmän kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välillä, edistäisi hyvän kotisaattohoidon toteutumista. Soveltavaa kirjallisuuskatsausta noudattaen on tämän opinnäytetyön kirjoittaja laatinut teoreettisen viitekehyksen, josta ammennettiin taustatietoa Delfi-kyselykierrosten kysymysten näkökulmien muodostamiseen. Opinnäytetyö on rajattu niin että potilaan näkökulmaa on tarkasteltu vain aiheeseen liittyvään teoriaan perehtyen.

Delfi-kyselykierrosten vastuksista nousi pääkohtina esille, että kotisaattohoidon potilaiden hoitovastuutaho tulee olla saattohoitokoordinaattoreista koostuvalla kotisaattohoitotiimillä, jossa lääkäriresurssin tulee olla riittävä. Potilaalla ja omaisella tulee olla yhteyshenkilö ja selkeät yhteystiedot ja seuraava yhteydenpitoajankohta. Yöaikaisten kotikäyntien tulee järjestyä ja potilaalle tulee löytyä lupapaikka tukiosastolta hänen sitä tarvitessaan. Muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa tulee olla tietoisuus osaamisen tasosta ja yhteistä näkemystä tulee vahvistaa yhteisien tapaamisten avulla sekä johdon selkeällä toimintaa ohjaavalla linjauksella.

Tämän opinnäytetyön teoreettisesta viitekehystä nousi esiin, että potilaan hyvän kotisaattohoidon edellytyksenä toimijoiden yhteistyön osalta on hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Potilaan ei tule huomata toimijoiden keskinäisiä yksiköiden välisiä rajoja ja omaisella on oikeus tietää kenen puoleen kääntyä ja kuka kantaa hoitovastuun. Kotisaattohoitoon suositellaan koordinoivaa hoitajaa. Omaisen kokema stressi ja hätä lieventyivät, mikäli omainen koki kotisaattohoitotiimin olevan luotettavan ja että tiimillä on kyky jatkaa potilaan hoitoa sairaalassa. Omaishoitajien tuen tarve vaihtelee puhelinkontaktista, useaan kotikäyntiin vuorokaudessa. Yöaikaisen turvattomuuden poistaminen on kotisaattohoitoa toteuttaessa tärkeää. Kotisaattohoidossa olevalla potilaalla on oikeus siirtyä kotisaattohoidosta laitoshoidon kaikkina vuorokauden aikoina. Omaishoitajuutta on tuettava tarjoamalla intervallihoitoa. Potilaalla on oikeus saada fyysisten, psyykkisten ja hengellisten tarpeiden tukea. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä kaikesta hoidosta tai hoitotoimenpiteistä. Hoitavan lääkärin vastuulla on ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma ja sen päivittäminen. Kuolevan potilaan hoito on moniammatillista tiimityötä hoitopaikasta riippumatta. Vaaditaan kiireelliset hoidon arviot, oirehoitoa, lääkehoitoa, ympärivuorokautinen valmius ja potilaalla on oltava lupapaikka jonne potilas voi siirtyä. Kotikuoleman onnistumiseksi tulee sairaanhoitajan organisoida kaikkea mitä potilaan hoitoon liittyy. Laadukas saattohoitotyö vaatii organisaatiolta suunnitelmallista strategiaa, laaja-alaista palveluntarjontaa ja resursseja.

Tähän opinnäytetyöhön kerätyn lähdekirjallisuuden ja aiemman tutkimustiedon sekä Delfi-kyselyissä nousseiden vastausten pohjalta esitetään alla olevassa kuvassa ehdotus yhteistyömalliksi Turun kaupunginsairaalan akuuttiosastoryhmän yksiköiden välille, tavoitteena edistää hyvän kotisaattohoidon toteutumista. Yhteistyömalli löytyy luettavaksi isommassa koossa liitteessä 8 (Liite 8.).



Kuva 2. Kotisaattohoidon yhteistyömalli.

Kotisaattohoidon yhteistyömalli -kuva esittää kotisaattohoitotiimiä kotisaattohoidon kokonaisuuden koordinoivaksi hoitovastuutahoksi. Kotisaattohoitotiimille tulee turvata riittävät, moniammatilliset henkilöstöresurssit. Kotisaattohoitotiimillä on ensisijainen yhteydenpitovastuu kotisaattohoidossa olevaan potilaaseen ja hänen omaiseensa. Samoin potilas ja omainen ohjataan ensisijaisesti ottamaan yhteyttä kotisaattohoitotiimiin, yhden puhelinnumeron periaatteella. Kotisaattohoitotiimi voi tarvittaessa siirtää puhelut esimerkiksi kotisaattohoitoa tukevalle vuodeosastolle, kuitenkin niin, että kotona tulee olla selkeät, ajantasaiset yhteystiedot.

Kotisaattohoitotiimille tulee myöntää vastuu ja oikeudet arvioida kotisaattohoidon potilaiden kulloisiakin hoidon tarpeita sekä tarvittaessa koordinoida potilaan hoitoa vuodeosastopaikalle tai muihin kotisaattohoitoa tukeviin yksiköihin. Tämän laaditun kotisaattohoidon yhteistyömallin pohjalta jää kotisairaalan osuudeksi antaa tarvittavaa resurssitukea, mikäli kotisaattohoitotiimin saattohoitokoordinaattorit arvioivat sen tarpeelliseksi. Sairaalapalveluiden muiden yksiköiden osalta voi vuodepaikkaresurssitukea antaa palliatiivinen osasto sekä akuuttiosastoryhmän sisätautipainotteiset osastot, joista kaikista löytyy saattohoituhuone. Kotisaattohoitotiimille esitetään toimia myös näiden yhteistyötahojen tiedottajana ja koollekutsujana, jotta sairaalapalveluiden toimijoille muodostuisi yhtenevä hoitofilosofia saattohoidon saralta.

Laadukkaaseen ja potilaan sekä omaisen turvallisuuden tunnetta lisäävän yöaikaisten kotikäyntien järjestäminen tulee tapahtua kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston

henkilökunnan toimesta. Kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston henkilökunta tulee resursoida niin että yöaikaiset kotikäynnit ovat mahdollisia ilman että osastolla olevien potilaiden hoito heikkenee. Yöaikaisten kotikäyntien henkilöstöresurssissa tulee myös huomioida henkilökunnan henkilöturvallisuus, sekä niiden osalta, jotka lähtevät kotikäynneille, että niiden, jotka jäävät osastolle.

Kotisaattohoidon yhteistyömallin-kuvassa (Liite 8.) on kotisaattohoitotiimiä kannattelevan käden symbolisena merkityksenä olla käteen kirjoitettujen sanojen avulla koko hyvän kotisaattohoidon mahdollistava kantava voima. Hyvän kotisaattohoidon saavuttamiseksi, sekä potilaan että toimijoiden näkökulmasta tarvitaan osaavien ammattilaisten lisäksi koko organisaation yhteinen näkemys, resurssit ja saattohoidon erityispiirteiden kunnioittaminen.

6.3.4 Kotisaattohoidon toimijoiden tilanne helmikuussa 2019

Kotisaattohoidon eritasoista kehittämistyötä on suoritettu sairaalapalveluiden kotisaattoon osallistuvien yksiköiden toimesta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tällä hetkellä, helmikuu 2019, kotisairaala toimii kaikkina viikonpäivinä 7:00–21:00 välisenä aikana. Henkilökunta koostuu yhdeksästä sairaanhoitajavakanssista, 50 % osastonhoitajaresurssista ja 50 % osastonsihteerin vakanssista. Kotisairaalan osastonlääkärinä aloitti joulukuun 2018 alusta sisätautien erikoislääkäri. Opinnäytetyön ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen jälkeen, loppukeväästä 2018 lisättiin saattohoitokoordinaattoreiden määrää kolmeen ja lisäksi resursoitiin yksi sairaanhoitaja kotisaattohoitoa tukevalta vuodeosastolta mukaan kotisaattohoitoon. Tämä resurssilisä antoi liikkumavaraa saattohoitokoordinaattoreille, siten että heidän oli mahdollista tehdä enemmän kotikäyntejä. Tämä kotisaattohoitotiimiksi nimetty yhteisö perustettiin saattohoidosta vastaavan osastonhoitajan toimesta, työjaolisessa yhteisymmärryksessä kotisairaalan osastonhoitajan kanssa.

Syventyminen kotisaattohoidon järjestämisen eri malleihin, oman toiminnan käytännön kotisaattohoitotyön tarpeet ja alustavat ensimmäisen Delfi-kyselykierroksen vastaukset viittasivat jo siihen, että kotisaattohoito tulee järjestää uudelleen kotisaattohoitotiimiin panostamisen muodossa. Kolmesta saattohoitokoordinaattorista ja yhdestä sairaanhoitajasta koostuva kotisaattohoitotiimi siirtyi kahteen työvuoroon, kaikkina viikonpäivinä. Samalla he kouluttauivat tarvittavien kliinisten hoitotoimenpiteiden suorittamiseen kuten verinäytteiden ottamiseen ja erilaisten infuusiohoitojen antoon. Lokakuun lopulla 2018 oli kotisaattohoidon potilaiden hoitovastuu käytännössä siirtynyt lähes kokonaan kotisaattohoitotiimin hoidettavaksi. Opinnäytetyön alkuperäisen näkökulmaan

yhteistyömallin osalta muodostui uusi käänne. Opinnäytetyön avulla tuli edelleen jäsentää mitkä yhteistyömuodot ja millä kotisaattohoidon järjestämisen mallilla voidaan saavuttaa hyvää kotisaattohoitoa ja mitä tekijöitä tämä vaatii. Kotisaattohoitotiimillä ei ole organisaatiossa virallista asemaa.

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda yhteistyömalli Turun kaupungin sairaalapalveluiden kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välille. Opinnäytetyön aloitusvaiheessa hoidettiin kotisaattohoidon toteuttaminen osittain saattohoitokoordinaattoreiden ja osittain kotisairaalan toimesta. Tilanne oli hoito- ja tehtävävastuiden osalta molemmille osapuolille epäselvä ja aiheutti ajoittain haasteita yhteistyölle. Kotisaattohoidossa olevien potilaiden nopean tarpeen kotikäynnit ja kotisairaalan infektipotilaiden lääkitysaikataulut oli vaikea yhdistää. Opinnäytetyön laatimisen aikana ja osaltaan sen tuoman tiedon yhteistyötä parantavan vaikutuksen ansiosta on kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden vastuita osittain muutettu. Opinnäytetyö on näin ollen jo joiltakin osin täyttänyt tehtävänsä. Kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden käytännön työnjaon osalta on noussut selkeyttävä ehdotelma siitä, miten kotisaattohoitotyö tulee järjestää. Opinnäytetyön laatijan, joka kesästä 2017 alkaen toimii myös kotisairaalan lähiesimiehenä, syvennyttyä aiheeseen muodostui tuloksekas yhteistyö saattohoitoyksiköiden osastonhoitajan kanssa. Tämä opinnäytetyöprosessi on osoitus siitä, että käytännön työn järjestämiseen, työnjakoon, yksiköiden välisiin yhteistyöhaasteisiin sekä toisen osapuolen erityisosaamiseen perehtyminen auttaa luomaan käytänteitä, jotka ovat toimijoille eduksi työn ja työn mielekkyyden sujuvoittamiseksi ja näin potilaan eduksi. Opinnäytetyö nostaa myös esille resurssivaateita, joita organisaation johto voi hyödyntää toiminnan suunnittelussa.

Tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjaksi tehdyn soveltavan kirjallisuuskatsauksen mukaan on kotisaattohoidon suunnittelussa ensiarvoisen tärkeää luoda palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestelmä, joka toimii kaikkina vuorokauden aikoina. Kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseet aiemmat tutkimukset totesivat, että sairaalan siirtymistä ehkäisevät toimenpiteet ja samanaikainen hoitotyön laadun parantaminen ovat saattohoidon korkean laadun tekijöitä. Spencer (2015), kuvaa kotisaattohoidon kehittämisprojektiaan, jossa luotiin potilaskeskeistä toimintamallia. Esille

nousi, että korkealaatuisen kotisaattohoitotyön mahdollistavina tekijöinä oli kotisaattohoitoa koordinoivan hoitajan tehtävän luominen, nopean vasteen kotikäyntien toetutuminen kotisaattohoitotiimin toimesta, yöaikaisten kotikäyntien mahdollistaminen ja moniammatillisen tiimin konsultaatioapu. (Spencer, 2015, pp. 246-249). Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa nostetaan esiin myös eri tahojen luomia saattohoitoon liittyviä suosituksia. Suosituksissa nousee esiin muun muassa ohjeistukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityisosaamisen saatavuuden turvaamisesta potilaalle riippumatta ajankohdasta ja paikasta. Suositukset kuvaavat myös käytännön tason saattohoidon ja kotisaattohoidon järjestämiseen tarvittavat osaamisen ja resursoinnin tasot. Sekä sen, että kotisaattohoidon vastuuhenkilöt tulee olla selkeästi määriteltyjä ja potilaan sekä omaisen tulee olla järjestelyistä tietoisia.

Toimijoiden näkökulmaa hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi kartoitettiin tässä opinnäytetyössä suorittamalla kysely Delfi-tutkimusmenetelmää avuksi käyttäen. Kyselykierroksia käytiin kaksi ja asiantuntijoiksi pyydettiin mukaan 14 saattohoidon hoitotyön ammattilaista opinnäytetyön piiriin kuuluvista yksiköistä. Delfi-kyselykierrosten vastausten vahvin viesti oli, että yöaikaisten kotikäyntien mahdollistaminen on toteutettava, kotisaattohoidosta tulee vastata siihen perehtynyt kotisaattohoidon tiimi ja kotisaattohoidon toteuttamiseksi on turvattava riittävät resurssit. Delfi-tutkimusmenetelmä osoittautui soveliaaksi valinnaksi opinnäytetyön toimijoiden näkökulman selvittämiseksi. Delfi-kyselykierrosten avulla nousi esiin käytännön työtä tekevien tieto saattohoitotyöstä ja näkemykset kotisaattohoidon järjestämisestä. Heidän kirjoittamien vastausten perustelut eri näkökulmiin tuottivat runsaasti aineistoa. Kaksi Delfi-kyselykierrosta vahvisti, että toimijoille on syntymässä yhtenevä mielipide kotisaattohoidon järjestämisen ratkaisemiseksi. Opinnäytetyön luotettavuus olisi parantunut ja tiedon moniammatillisempi sävy olisi saavutettu, mikäli Delfi-kyselykierroksiin olisi otettu mukaan edustajia lääkärikunnasta, tukitoimista kuten sosiaalityöntekijöistä ja eri terapeuteista sekä sairaalapalveluiden ulkopuolisista tahoista kuten kotihoidosta. Opinnäytetyö oli rajattu kartoittamaan potilaan näkökulmaa hyvän kotisaattohoidon järjestämiseksi vain soveltavaan kirjallisuuskatsaukseen. Mikäli kotisaattohoidossa olevan potilaan ja omaisen kokemuksia kotisaattohoidon järjestämisestä olisi selvitetty esimerkiksi kyselyn tai haastattelun avulla, olisi niiden antama vastausaineisto voinut luoda kattavamman pohjan opinnäytetyön tulokselle; kotisaattohoidon yhteistyömallille.

Opinnäytetyön tuotoksena luotu kotisaattohoidon yhteistyömalli perustuu opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen ja Delfi-kyselykierrosten avulla kerättyyn tietoon. Yhteistyömallissa kotisaattohoidon toteutuksesta vastaa kotisaattohoitotiimi. Kotisaattohoitotiimin vastuulle esitetään kaikkea kotisaattohoidossa olevan potilaan hoitoon ja hoidon järjestelyihin liittyvää koordinoitua. Yöaikaisten kotikäyntien mahdollistaminen esitetään tapahtuvan kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta. Sekä kotisaattohoitotiimin että kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston resurssit tulee mahdollistaa uusien toimintojen turvaamiseksi. Kotisairaalan pääasialliseksi toiminnaksi esitetään keskittyminen sisätautipainotteisten, kuten infektiopotilaiden, hoitoon. Kotisairaalan tulee kuitenkin tarvittaessa tarjota resurssitukea ja toimia potilaan näin toivoessa vaihtoehtoisena hoidon tuottajana kotisaattohoitotiimi. Kotisaattohoitopotilaiden hoidon koordinoituvastuu säilyy kuitenkin kotisaattohoitotiimillä.

Opinnäytetyön laatija on epävirallisesti tutustunut muutamiin Suomen kotisairaaloiden toimintaan. Niistä esimerkiksi Helsingin ja Tampereen kotisairaalat eivät ole eriyttäneet infektiopotilaiden ja kotisaattohoitopotilaiden hoitoa eri tiimeille. Oulussa kotisairaaloiminta on eriytetty kotisaattohoitotoiminnasta siten että kotisaattohoidon toteuttaa palliatiivisen ja saattohoito-osaston yhteydessä toimiva kotisaattohoidonrinki.

Kotisaattohoidon järjestämisen näkökulmaa tulisi selvittää jatkotutkimuksissa toteuttamalla valtakunnantason, laaja-alainen vertailu eduista ja heikkouksista, joita ilmenee, jos kotisaattohoito järjestetään muun kotisairaaloiminnan yhteydessä tai erillisenä kotisaattohoitoon erikoistuneena toimintana. Opinnäytetyön tuotoksen, kotisaattohoidon yhteistyömallin, perustana on, että kotisaattohoidon toteuttaa kotisaattohoitoon erikoistunut tiimi. Tämän tuloksen käytäntöön toimenpanemisen edellytyksenä on, että sairaalapalveluiden johto mieltää kotisaattohoidon järjestämisen mallin ehdotelman mukaisesti. Tällöin toiminnan virallistaminen edellyttää, että kotisaattohoitotiimille perustetaan organisaatioon oma kustannuspaikka seurattavine mittareineen. Mikäli esitettyyn malliin päädytään, olisi myöhemmin mielenkiintoista suorittaa kyselytutkimus siitä, miten yksiköiden henkilökunta on kokenut kotisaattohoitotoiminnan eriyttämisen kotisairaaloiminnasta.

Lähteet

- Aoun, S. ym., 2012. Do models of care designed for terminally ill "home alone" people improve their end-of-life experience? A patient perspective. *Health and Social Care in the Community*, 20(6), pp. 599-606.
- Benkel, I., Molander, U. & Wijk, H., 2016. *Palliativ vård ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. 1 toim. Stockholm: Liber AB.
- Brogaard, T. ym., 2011. Who is the key worker in palliative home care?. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Osa/vuosikerta 29, pp. 150-156.
- Candy, B., France, R., Low, J. & Sampson, L., 2015. Does involving volunteers in the provision of palliative care make a difference to patient and family wellbeing? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*, Osa/vuosikerta 52, pp. 756-768.
- Caplan, G. A. ym., 2012. A meta-analysis of "hospital in the home". *Medical Journal of Australia*, 5 11, 197(9), pp. 512-519.
- Champion, N., Medigovich, K. & Morrison, P., 2015. Exploring why some terminally ill people die in hospital when home was their preferred choice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(2), pp. 6-12.
- Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F., 2013. *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. s.l.:SAGE Publications Ltd.
- Eriksson, K. ym., 2016. *Hoitotiede*. 4.-6. toim. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Erjanti, H., Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. toim., 2014. *Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet*. Helsinki: Fioca Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J., 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 7. toim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- European Association for Palliative Care, 2003. *European Association for Palliative Care, EAPC*. [Online]
Available at:
<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=3KJ5U3BQLVY%3d&tabid=1709>
[Haettu 2 3 2017].
- Fitch, M. I., DasGupta, T. & Ford, B., 2016. Achieving Excellence in Palliative Care: Perspectives of Health Care Professionals. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, Tammikuu-Maaliskuu, 3(1), pp. 66-72.
- Fitch, M. I., Fliedner, M. C. & O'Connor, M., 2015. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of Palliative Medicine*, July, 4(3), pp. 150-155.
- Gomes, B. ym., 2013. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane Library*, Osa/vuosikerta 6, pp. 1-37.
- Gomes, B. & Higginson, I. J., 2013. Evidence on home palliative care: Charting past, present, and future at the Cicely Saunders Institute - WHO Collaborating Centre for Palliative Care, Policy and Rehabilitation. *Progress in Palliative Care*, 21(4), pp. 204-213.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A., 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita .
- Hatcher, I. ym., 2014. Rural palliative care transitions from home to hospital: Carers' experiences. *The Australian journal of Rural Health*, Osa/vuosikerta 22, pp. 160-164.
- Hermansson, T. & työryhmä, 2010. *Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Työryhmän raportti*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P., 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. toim. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hoare, S. ym., 2015. Do Patients Want to Die at Home? A Systematic Review of the UK Literature, Focused on Missing Preferences for Place of Death. *Plos One*, 10 November, pp. 1-17.
- Hunstad, I. & Svindseth, M. F., 2011. Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(8), pp. 398-404.
- Hänninen, J. & Luomala, M. toim., 2013. *Elämän puu - Kirjoituksia saattohoidosta*. Keuruu: Otava.
- Hävölä, H., Rantanen, A. & Kylmä, J., 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede*, 27(2), pp. 132-147.
- Jack, B. A. ym., 2013. Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service. *Journal of Clinical Nursing*, Osa/vuosikerta 22, pp. 2778-2786.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. toim., 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. toim. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Kuopio: WSOYpro.
- Kantanen, K., Suominen, T., Salin, S. & Åstedt-Kurki, P., 2011. Kirjallisuuskatsaus hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta. *Hoitotiede*, 23(3), pp. 185-196.
- Karlsson, M., Roxberg, Å., Barbosa da Silva, A. & Berggren, I., 2010. Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), pp. 224-231.
- Klein, S., Hostetter, M. & McCarthy, D., 2016. *The Hospital at Home Model: Bringing Hospital-Level Care to the Patient*. [Online]
Available at: http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/~/_media/files/publications/case-study/2016/aug/1895_klein_hospital_at_home_case_study_v2b.pdf
[Haettu 6 Helmikuu 2017].
- Korhonen, T. & Poukka, P., 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Duodecim*, 129(4), pp. 440-445.
- Kosklin, R. & Viljanen-Peuraniemi, M., 2015. *Hoitohenkilöstön henkilöstötarpeen ennakointi Tyksin erityisvastuualueella*, Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Kristensson, J., 2014. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä, 2017. *Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020*, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Käypä hoito-suositus, 2012. *Käypä hoito-suositus*. [Online]
Available at: <http://terveysportti.fi>
[Haettu 2 3 2017].
- Lakasing, E., Kulkarni, S., Sparkes, C. & RaviChander, R., 2014. A practice-based survey of patients dying in hospital: can we do more to support end-of-life care at home?. *British Journal of Community Nursing*, Maaliskuu, 19(3), pp. 130-133.
- Lee, G., Pickstone, N., Facultad, J. & Titchener, K., 2017. The future of community nursing: Hospital in the Home. *British Journal of Community Nursing*, April, 22(4), pp. 174-180.
- Leff, B., 2015. A Vision for "Hospital at Home" Programs. *Harvard Business Review*, 21 12.

- Lipponen, V. & Karvinen, I., 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. *Gerontologia*, 29(3), pp. 152-163.
- Luijkx, K. G. & Schols, J., 2011. Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as places of care at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, Osa/vuosikerta 20, pp. 577-584.
- Marchessault, J., Legault, A. & Martinez, A.-M., 2012. Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(3), pp. 135-141.
- Metsämuuronen, J., 2006. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. 2. toim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Morris, S. M., King, C., Turner, M. & Payne, S., 2015. Family carers providing support to a person dying in the home setting: A narrative literature review. *Palliative Medicine*, 29(6), pp. 487-495.
- Mo, Y., Guerriere, D. N. & Coyte, P. C., 2015. Societal costs of home and hospital end-of-life care for palliative care patients in Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 23(6), pp. 605-618.
- Noble, B. ym., 2015. Can comprehensive specialised end-of-life care be provided at home? Lessons from a study of an innovative consultant-led community service in the UK. *European Journal of Cancer Care*, Osa/vuosikerta 24, pp. 253-266.
- Norman, K., 2012. Leading service improvement in changing times. *British Journal of Community Nursing*, 4, Issue 17, pp. 162-167.
- Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. toim., 2018. *Kotisairaala*. Ensimmäinen painos toim. Helsinki: Duodecim.
- Rajala, O., 2017. Hoitajilta kannatusta eutanasiolle. *Turun Sanomat*, 25 Huhtikuu, p. 9.
- Saarto, T. & asiantuntijaryhmä, 2017. *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. toim., 2015. *Palliatiivinen hoito*. 3 toim. Riika: Duodecim.
- Slåtten, K., Fagerström, L. & Hatlevik, O. E., 2010. Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(2), pp. 80-86.
- Sosiaali ja terveysministeriö, 2010. *Hyvä saattohoito Suomessa*, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. *Sosiaali- ja terveysministeriö*. [Online] Available at: <http://stm.fi/kotisairaanhoito-kotisairaalahoido> [Haettu 6 3 2017].
- Spencer, L., 2015. Hospice to home: a patient-centric multiprofessional community approach. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(5), pp. 245-250.
- Surakka, T. et al., 2015. *Palliatiivinen hoitotyö - Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Sydänmaanlakka, P., 2015. *Älykäs julkinen johtaminen*. Helsinki: Talentum.
- Toikkanen, T. & Pohjolainen, T. toim., 2015. *Saattohoidon sielu ja mieli - Saattohoitopotilaan henkinen ja hengellinen tukeminen*. Lahti: Lahden Diakoniasäätiön julkaisuja 2/2015.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A., 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Viides toim. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turun kaupunki, ei pvm *Turun kaupungin tilastollinen vuosikirja*. [Online] Available at: http://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/0201_2.pdf [Haettu 6 Tammikuu 2018].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa*. [Online]

Available at: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

[Haettu 28 Tammikuu 2018].

Törmä, S., 2010. Ammatillisen kasvun näkymiä saattohoitajan työssä. *Aikuiskasvatus*, Issue 1, pp. 30-39.

White, K. R. & Coyne, P. J., 2011. Nurses' Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-of-Life-Care. *Oncology Nursing Forum*, November, 38(6), pp. 711-717.

Woodman, C., Baillie, J. & Sivell, S., 2016. The preferences and perspectives of family caregivers towards place of care for their relatives at the end-of-life. A systematic review and thematic synthesis of the qualitative evidence. *BMJ Supportive & Palliative Care*, Osa/vuosikerta 6, pp. 418-429.

Suomen säädöskokoelma

Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010. *Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326*. www.finlex.fi [haettu: 4.3.2017].



Tutkimuksen/opinnäytetyön lupa

Anomus/päättös

Anoja/anojien suku- ja etunimet

Björklöf Pia

Anoja on

AMK-opiskelija Muu tutkija Henkilökunta

Nykyinen työnantaja tai oppilaitos

Yrkeshögskolan Novia

Kotiosoite ja puhelin

Vanha Littoistenie 285

20510 Turku

Nykyinen virka tai toimi

Tutkimuksen nimi ja aihe

Yhteistyömalli Turun kaupungin akuutiosaston

Tutkimuksen kolideroymät

sairaanhoitajat jotka tekevät kotiassthoitotyötä

Tutkimusaineiston koko

n=15

Tutkimus on

opinnäytetyö, mikä sh YAMK tutkinto

muu tutkimus, mikä

kehittämiatyö, mikä

Tutkimusmenetelmä Laadullinen tutkimusmenetelmä, Delfi-tekniikka pohjainen kyselytutkimus

tarvittavat resurssit

Aineiston kokoamisajankohta

3/2018-6/2018

tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta

lokakuu 2018

Ohjaajat Heli Vaartio-Rajalin, tulkor, Yrkeshögskolan Novia, heli.vaartio-rajalin@novia.fi

Arviointiryhmän lausunto

Tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteiden vastaavuus Turun hyvinvointitoimialan toiminnan kehittämisen tavoitteiden kanssa
Vastaa sairaalan omaa kehittämistarpeita täydellisesti

Hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys Turun hyvinvointitoimialalla
Tulosten avulla voimme kehittää omaa kotoana annettavaa saatiohoitoamme

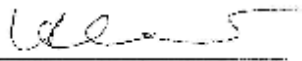
Arviointiryhmän puolto

Arviointiryhmä puoltaa opinnäytetyön toteuttamista Turun hyvinvointitoimialalla

- Kyllä
 Ei

21/3 2018

Allkirjoitus

Anne Ryhänen
Nimisekvennys

Tutkimussuunnitelman hyväksyminen

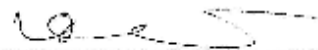
Kyllä Ei

Päätösnumero

21 / 3 20 18





Tutkimusluvan myöntäjä



JAKELU

Tutkimuslupa: tutkimuksen vastuhenkilö, luvan saaja, suunnittelu ja riskien hallinta
tutkimusraportti sähköisessä verssossa: tutkimuksen vastuhenkilö, suunnittelu ja riskien hallinta

 
<p>Anhällan om forskningslov för examensarbete eller utvecklingsarbete Plan för förverkligande bilogas.</p>
<p>Pia Björklöf</p>
<p>Skribentens/skribenternas adress och telefonnummer, E-postadress: Gamla Litsolsvägen 285, 20540 Åbo 040-524 6368 pia.bjorklof@turku.fi</p>
<p>Arbetsrubrik för examens- eller utvecklingsarbetet: Yhteistyömalli Turun kaupungin akuuttiosastoryhmän kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden välillä - Kotisaattohoidon järjestämisen näkökulma</p>
<p>Tidpunkt för förverkligandet: mars 2018- hösten 2018</p>
<p>Examen som skribenten/skribenterna avlägger: Högre yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovård, utveckling och ledarskap</p>
<p>Handledarens kontaktuppgifter adress och telefonnummer: Heli Vaartio-Rajalin Yrkehögskolan Novia Henriksgatan 7, 20500 Åbo 044-762 3356 heli.vaartio-rajalin@novia.fi</p>
<p>Handledarens förordan: Jag förordar Pia Björklöfs plan för utvecklingsarbete, inkluderad plan för datainsamling, data-analys och utvärdering av arbetets resultat.</p> <p>Åbo 7.3.2018</p>
<p>Handledarens underskrift: <i>Heli Vaartio-Rajalin</i></p>
<p>Skribenten/skribenternas underskrift:</p>
<p>Ort <i>Åbo</i> Datum <i>21.2.2018</i> <i>Pia Björklöf</i></p>



Anhällän gäller följande organisation/enhet: *Terveystieteiden tutkimuskeskus / Kansainvälinen lääketieteellinen tutkimuskeskus /*
 Anhällan godkänns *Sairaala palvelus / Akattien keskus*
 Anhällan godkänns med följande motivering:

Terve 21.9.2015
 Ort: Datum: Underskrift: *AME LÄÄKÄRI*

Scribenterna har tagit del av och tillämpar följande etiska styrdokument:
 Forskningsetik och god vetenskaplig praxis Forsknings- och utbildningsdelegationens - God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/FIK_ohje_2012.pdf

Bestut skickas till:

Tietokanta	hakusana / hakulause	rajaukset	osumia
CINAHL (EBSCO host)		Full text English language Peer reviewed 2010-2017 Academic journal All adult	
	hospital-based home care		120
	end of life care AND home		77
	palliative AND competence AND home health		3
	palliative AND competence OR home health AND nurse		154
	case-management AND palliative		9
	palliative AND communication skills AND home		3
	palliative AND nursing AND home		115
	place of death AND home		17
	preferred place of death		7
	hospital at home NOT children		221
	hospital at home AND co-operation NOT children		1
	hospital at home AND palliative care OR end of life NOT children		17
	co-operation AND palliative		4
PubMed		Review Free full text Publication dates 5 years Humans	
	hospital in home		310
	palliative care nursing		73
	family caregivers AND palliative care		46
	preferred place of death		4

Uptodate	home-based primary AND palliative care	All adult	Uptodate tietokanta ei numeroi osumien lukumäärää, osumia manuaalisesti laskettuna yli 130 jokaisen yksittäisen hakulauseen perusteella
	palliative home health care		
	palliative care adult		
Doria	palliatiivinen		10
	saattohoito		17
	kotisairaala		10

Hyvän kotisaattohoidon edellytyksiä.

Pelkistetyt alkuperäiset ilmaukset			Luokka
<i>Potilaan ja omaisen näkökulma</i>	<i>Kokonaisuuden näkökulma</i>	<i>Organisaation ja henkilökunnan näkökulma</i>	
<ul style="list-style-type: none"> – Varmistaa hoidon jatkuvuuden – Parantaa hoidon vaikuttavuutta ja voimistaa turvallisuuden tunnetta – Omainen on yhteistyökumppani – Omaisen voimattomuuden ja yksinjäämisen tunne voimistui, mikäli omaisen ja ammattilaisten välille ei syntynyt hyvää suhdetta 	<ul style="list-style-type: none"> – Saattohoidon tulee olla monitieteellistä ja moniammatillista – Omainen toivoo ammattilaisilta parempaa ennakkotietoa omaishoitajuudesta kotisaattohoidossa hyödyt – haitat – Hoitosuunnitelman laatiminen – Vähentää sairaalaan siirtymisiä – Omaisten stressi ja hätä lieventyi, mikäli omainen koki kotisaattohoitotiimin olevan luotettava ja että tiimillä oli kykyä jatkaa potilaan hoitoa sairaalassa – Onnistuessaan potilas ei huomaa toimijoiden keskinäisiä yksiköiden välisiä rajoja 	<ul style="list-style-type: none"> – Saattohoitopolut tulee olla selkeästi kuvattu ja toiminnan toteutua niiden pohjalta – Moniammatillisten tiimien tulee olla päteviä omalla osa-alueellaan ja olla tietoisia omista ja muiden hoitoon osallistuvien tiimien mahdollisuuksista ja rajoituksista – Hyvä saattohoitotiimi toimii ilman hierarkiarajoja antaen tehtävät henkilöille joka asian parhaiten osaa – Tukee osaamista ja tietotaitoa – Vähentää hoitovirheitä ja poikkeavuuksia – Vaatii yhteisen hoitofilosofian ja ajattelutavan – Vapaaehtoisten ja ammattilaisten yhteistyö vaatii tehtävien selkeät jaot 	Yhteistyö
<ul style="list-style-type: none"> – Omaiselle tärkeää tietää kuka tulee, kuinka usein ja koska joku tulee seuraavaksi kotiin – Kulloinkin hoidon vastuhenkilö on tiedettävä 	<ul style="list-style-type: none"> – Koordinoivaa hoitajaa suositellaan kotisaattohoitoon-> välttämään tiedon ristiriitaisuuksilta – Aktiivihoidon loppuessa on potilaalla ja omaisella oikeus tietää kuka on avainhenkilö, kenen puoleen kääntyä, kuka kantaa hoitovastuun – Potilaan siirtyessä sairaalaan on kaikkien tahojen tiedon ajantasaisuus edistää omaisen hyvinvointia 	<ul style="list-style-type: none"> – Hoidon jatkuvuuden ta; seuraava hoitaja tietää mennessään potilaan luo mihin edellinen hoitaja työssään jäi 	Tiedonkulku

<ul style="list-style-type: none"> – Potilaan suostumus on hoidon toteutumisen edellytys – Vaatii omaisen suostumuksen ja sitoutuneisuuden – Omaisilla on oikeus osallistua saattohoitoon kaikilla palvelutasoilla – Vaatii kodilta tietyt perusedellytykset fyysisen ympäristönsuhteen – Kotisaattohoito mahdollistaa normaalin arjen jatkumisen, antaa mahdollisuuden harrastaa, tukee potilaan ja omaisen välistä suhdetta – Kotisaattohoidossa pärjää parhaiten potilaat, jotka asuvat puolison kanssa (läsnäolo 24/7) – Kotisaattohoito ei lisää omaisten kokemaa surua potilaan kuoltua 	<ul style="list-style-type: none"> – Potilaalla on oikeus valita hoitopaikka koti – sairaala. – Kotisaattohoitoa on toivottu välttämiseksi hoitomuodoksi – Potilaalla on oikeus siirtyä kotisaattohoidosta laitoshoitoon kaikkina vuorokauden aikoina – Omaishoitajuutta tuettava tarjoamalla intervallihoidoa – Omaisen kaipaa lääkärin kotikäyntejä – Kotisaattohoidon tarjoamista tulee arvioida hyödyn, epävarmuus tekijöiden sekä potilaan ja omaisten toivomuksen välillä – Potilaan esittämä toive missä kuolla oli riippuvainen siitä, kuka kysyi, missä ja miksi, vai kysyttiinkö lainkaan – Mitä enemmän vapaaehtoistyöntekijä vietti aikaa perheen luona sen tyytyväisempiä oli potilas ja omainen 	<ul style="list-style-type: none"> – Vaatii kiireelliset hoidonarvot, oirehoito, lääkehoito, ympärivuorokautinen valmius, oltava sovittu lupapaikka jonne potilas voi siirtyä – Kotikuoleman onnistumiseksi tulee sairaanhoitajan organisoida kaikkea mitä potilaan hoitoon liittyy – Hoitavan lääkärin vastuulla ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma ja sen päivittäminen saattohoitosuunnitelmaksi kuoleman lähestyessä – Kuolevan potilaan hoito on moniammatillista tiimityötä hoitopaikasta riippumatta – Kollegiaalinen tuki 	<p>Kotisaattohoidon järjestäminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Oikeus saada fyysistä, psyykkistä ja hengellisten tarpeiden tukea – Yöaikaisen turvattomuuden poistaminen tärkeää. – Omaishoitajien tuen tarve vaihtelee joillekin puhelinkontakti toisilla tarve useaan kotikäyntiin vuorokaudessa – Yksinasuvalle turvahälytyn lisää turvallisuuden tunnetta ja mielen rauhaa, yksinasuva kuoleva tarvitsee enemmän kotikäyntejä – Omaisten tukeminen auttaa potilasta sopeutumaan – Omaiset tarvitsevat enemmän omaa aikaa jaksaakseen, olivat väsyneitä potilaan kuoleman jälkeen 	<ul style="list-style-type: none"> – Palliatiivisen erikoisosaamisen saatavuus turvattava potilaalle riippumatta ajasta ja paikasta – Kotisaattohoidon palvelut lisäsivät kotikuoleman mahdollisuuksia yli puolella – Kotisaattohoidon tarjoamista tulee arvioida hyödyn, epävarmuustekijöiden sekä potilaan ja omaisten toivomuksen välillä – Kotisairaaloiminnan vahvistaminen nähdään kehittämistarpeena – Kotisaattohoito on palveluntuottajalle edullisempaa kuin laitoshoido koska omaishoitajat tekevät hoitotyötä, joka ei maksa organisaatiolle vaan omaisille – Omaiselle turvattava riittävä hengähdystauko, mikäli kotona tapahtuva hoito käy liian raskaaksi 	<ul style="list-style-type: none"> – Laadukas saattohoitotyö vaatii organisaatiolta suunnitelmallista strategiaa – Tarvitaan laaja-alaista palveluntarjontaa ja resursseja – Saattohoidon onnistumisen edellytys on toimiva palliatiivisen hoidon järjestelmä – Yksikössä on oltava lääkäri, joka johtaa ja valvoo hoitoa – Kotisaattohoidon vastuuhenkilön tulee olla selkeästi määriteltä – Laadun tunnuksia; hoitotyön kehittäminen ja sairaalansiirtymissyiden ennakointi – Henkilökunta kaipaa työnohjausta ja työnkierron mahdollisuutta – Henkilökunta on oikeutettu oikeudenmukaisiin korvuksiin – Henkilökunnan työhyvinvoinnista huolehtiminen tulee olla painopisteenä, on osa palliatiivista hoitoa – Kotisaattohoitajat kokivat tärkeänä saada surra menehtynyttä potilasta ennen kuin hoitosuhde uuden saattohoitopotilaan luona alkaa 	<p>Toiminnan resurssit</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan oikeus hyvään oirehoitoon - Perheen tukeminen on hyvää saattohoitoa - Omaisten avuntarve; kommunikointiin, psykososiaalisiin tarpeisiin, eristyneisyyden tunteeseen 	<ul style="list-style-type: none"> - Jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön osaamiseen pitää sisältyä kyky hoitaa palliatiivisen ja saattohoidon perustason potilaita - Hoitotyötä tehtävä yksilöllisesti jokaisen potilaan kodissa - Hiljainen tieto ja käytännön työkokemus korostuvat saattohoito potilaan ja omaisen kohtaamisessa - Palliatiivista sedaatiota voidaan tarjota myös kotisaattohoidossa - Psykososiaalinen tuki; potilaan, omaisten ja henkilökunnan välistä keskustelua - Vaikeat psykososiaalisen tuen avun tarvitsijat; tehtävä psykiatrian yksikön konsultaatio - Kotisaattohoidon lääkärin tulee hallita kaikki tilanteet, joita kotona voi ilmetä - Jokaisen tiimiläisen tulee käyttää omia johtamistaitojaan ja uskaltaa hyödyntää niitä suunnitellakseen, kehittääkseen ja parantaakseen hoidon ja palvelun tasoa - Osaamista yhteistyön ja eettisyyden osalta, jotta kyetään tarjoamaan arvokas kuolema potilaalle - Osaamista miten saattohoito on järjestetty palveluntarjoajien toimesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Tärkeintä on tunnistaa lähestyvä kuolema - Edellyttää itsenäisen työskentelyn taidon - Kykyä moniammatilliseen yhteistyöhön - Toimenpideosaamista - Teknistä osaamista etäyhteyshoidon toteuttamiseen - Henkilökunnan riittävä osaaminen ehkäisee päivystys ja sairaalakäyntejä - Palliatiivisen hoitajalla tulee olla hyvä osaaminen kliinisestä hoitotyöstä nopeasti muuttuvissa tilanteissa, erilaisten potilasryhmien hoidon osaamista (oirehoito, kivunhoito, neste- ja ravitsemusoppi, lääkkeettömät hoitomenetelmät) - Hoitajan osaamisen tulee sisältää luovaa päätöksentekotaidot, herkkyyttä huomata ja ennakoida ongelmia. Hyvät vuorovaikutustaidot, erilaisuuden sietämistä, hienotunteisuutta - Henkilökunnan tulee tuoda esiin hoidon rajallisuus ja elämän lopun läheisyys - Lähiesimiehiltä ja hoitotyön johtajilta odotetaan vahvaa hoitotyön substanssiosaamista, talousosaamista laadunhallintaa, henkilöstöjohtamistaitoja, kriisi- ja muutosviestintää, tietoteknistä osaamista - Esimiehellä on vastuu edesauttaa hyvän työilmapiirin syntyä, jotta tiimiläiset uskaltavat tuoda esiin mielipiteitä työtavoista ja menetelmistä 	Osaaminen
<ul style="list-style-type: none"> - Omainen tarvitsee tukea tunteiden läpikäymiseen - Kuolema pitkittyessä saattaa omaisen voimat loppua - Hoidon fyysiset vaikeudet, kivunhoito, potilaan ahdistuneisuus/levottomuus - Hoitamattomat oireet, puutteellinen tuki ja turvattomuus yleisimmät päivystykseen hakeutumisen syyt - Potilas/omainen ei hyväksy lähestyvää kuolemaa - Emotionaalisen tuen vähyys 	<ul style="list-style-type: none"> - Omaishoitajat kaipasivat ammattilaisten tukea, kun voinnissa tapahtui muutoksia - Sairaalaan siirtymisen ehkäisevä tekijä; jokainen hoitoon osallistuva taho panostaa potilaan yksilölliseen, räätälöityyn hoidon toteutumiseen 	<ul style="list-style-type: none"> - Nopea palvelu kotiin ehkäisi sairaalansiirtymisiä - Työnohjaus mahdollistaa henkilökunnan tarkastella asioita, joita tapahtui kuolevan kanssa, reflektoida omaa kuolemaa ja kuolevan ihmisen tunteita-> auttaa työyhteisöä pysymään terveenä 	Kriittinen piste

<ul style="list-style-type: none"> – Potilaan itsemääräämisoikeus – Elämän normaaliuden säilyminen, kodinomaisuuden tunne, kuolemaan valmistautuminen, kotona selviytyminen loppuun saakka – Vähentää potilaan kokemia oireita – Omaishoitajat kokivat kotikuoleman positiivisena 	<ul style="list-style-type: none"> – Potilaan huomioon ottaminen kaikessa ja ensisijaisesti – Kotisaattohoito ei ole kustannustehokkaampaa kuin laitos saattohoito mutta mahdollistaa potilaan toiveen kotikuolemasta – Kotisaattohoidon tulee tapahtua potilaan ja omaisen yksityisyyttä kunnioittaen ja antamalla heille rauhaa olla yhdessä – Ammattilaisten tuki kevensi omaisten henkistä taakkaa – Kuoleman jälkeinen jälkikeskustelu on laadunmittari 	<ul style="list-style-type: none"> – Kotisairaalahoido vähentää komplikaatioita, paluuta palveluiden piiriin ja kuolleisuutta. – Palliatiivisen hoitotyön asiantuntija arvostaa omaa työtään ja näin osaa arvostaa myös muita ammattiryhmiä ja näiden asiantuntijuutta – Terve työyhteisö takaa, että kuoleva saa arvokasta, lämmintä ja asianmukaista hoitoa – Työyhteisön hyvä hoitokulttuuri muodostuu rohkeista, lämpimistä ihmisistä, joille mitkään elämän vaativat ja voimavaroja vievät tilanteet eivät ole outoja 	Hyveet
<ul style="list-style-type: none"> – Potilaalla on oikeus kieltäytyä kaikesta hoidosta tai hoitotoimenpiteistä – Omaisen unen puute, eristäytyneisyys, kotiin sidonnaisuus, mielialan vaihtelut, väsymys, epävarmuus, turhautuneisuus, potilaan voinnin hiipumisen seuraaminen 	<ul style="list-style-type: none"> – Potilas voi vaatia hoitotoimenpiteitä, jotka ulkopuolisesta voi lisätä potilaan kärsimystä 	<ul style="list-style-type: none"> – Turhautuneisuus, voimattomuuden tunne ja huoli – Jos potilas tai omainen ei hyväksy tilannetta – Kotisairaalan hoitajien haasteena muiden potilasryhmien laiminlyönti, jotta kykenivät hoitamaan saattohoitopotilaan tarpeita – Hoitohenkilökunnan odotetaan suurempaa joustavuutta ja paineet henkilöstöresurssien käytön tehostamisesta kasvaa 	Haasteet

Saatekirje
4/2018

Hyvä kotisaattohoidon asiantuntija,

Turun kaupungin sairaalapalveluiden, akuuttiosastoryhmän yhtenä kehittämisalueena on saattohoidon järjestäminen. Akuuttiosastoryhmän johto on esittänyt toiveen kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden yhteistyömallin luomisesta. Tehtäväksi saaneena teen aiheesta opinnäytetyön osana opintojani, sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto Yrkeshögskolan Noviassa. Tälle tutkimukselle on saatu asianmukainen tutkimuslupa.

Yhteistyömallin saavuttamiseksi käytetään aineistonkeruuna laadullista tutkimusmenetelmää, Delfi tekniikkaa. Delfi tekniikan avulla-pyritään hyödyntämään asiantuntijoiden tietoa ja käsityksiä tutkittavana olevasta aiheesta. Taustatyönä olen tutustunut kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin, koskien hyvän kotisaattohoidon järjestämistä sekä potilaan ja omaisen että toimijoiden näkökulmasta. Teoriaan pohjaten olen laatinut liitteenä olevia kysymystyyppisiä näkökulmia.

Toivon että Sinä, kotisaattohoitoon perehtyneenä ammattilaisena, ottaisit kantaa näkökulmiin ja vapaamuotoisesti perustelisit mielipiteitäsi. Mikäli vastaus ruutu ei ole riittävä, voit kirjoittaa sivun toiselle puolelle. Tavoitteena on yksiköiden välinen, mahdollisimman yksimielinen näkemys, johon jokaisella on ollut mahdollisuus vaikuttaa. Delfi-tekniikalla toteutettu kysely saattaa vaatia useamman (2-3) kierroksen, jotta yhteinen näkemys löytyisi. Todennäköisesti palaan vielä uusien kysymysten kanssa myöhemmässä vaiheessa.

Kyselytutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivottavaa, jotta kotisaattohoidon järjestämisen näkökulmaan saadaan käytännön työtä tekevien näkemyksiä. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista.

Jos sinulle herää kyselytutkimuksen osalta jotakin kysyttävää, niin otathan yhteyttä.

Ole ystävällinen ja palauta vastauksesi sisäisessä postissa, mukana olevassa kuoressa **16.4.2018** mennessä.

Vastauksistanne kiittäen,

Pia Björklöf
sairaanhoitaja yamk opiskelija
pia.bjorklof@edu.novia.fi

opinnäytetyön ohjaaja:
Heli Vaartio-Rajalin
TtT, dosentti
lehtori
Yrkeshögskolan Novia
heli.vaartio-rajalin@novia.fi

Kirjallisuuskatsauksen mukaan omaishoitajat kaipaavat ammattilaisten tukea, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Hoitamattomat oireet, puutteellinen tuki ja turvattomuus ovat yleisimmät sairaalaan hakeutumisen syyt. Laadun tunnuksena nähdään sairaalansiirtymissyiden ennakointi. Nopea palvelu kotiin ehkäisee potilaan sairaalaan siirtymisiä.

1. Näkökulma A: Potilaan voinnissa tapahtuvan muutoksen aiheuttamaa huolta voidaan mielestäni lievittää etäyhteytenä (puhelin, sähköposti, ...).

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Näkökulma B: Potilaan voinnissa tapahtuvan muutoksen aiheuttamaa huolta pitää mielestäni lähteä selvittämään potilaan luokse.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

...etäyhteys...

...käynti potilaan luona...

Hoidon jatkuvuuden takeena on, että seuraava hoitaja tietää mennessään potilaan luo mihin edellinen hoitaja työssään jäi. Omainen nähdään yhteistyökumppanina kotisaattohoidon järjestämisessä. Omaiselle on tärkeää tietää, kuka on kulloinkin kotisaattohoidon vastuhenkilö. Omaiselle on myös tärkeää tietää, kuka tulee, kuinka usein ja koska seuraavaksi kotiin.

2. Näkökulma: Omassa työssäni tiedän, kenen vastuulla on potilaaseen / omaiseen otettava seuraava yhteydenpito tai kotikäynti.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

...hoitajana tiedän kenellä hoitovastuu...

...omainen on tietoinen vastuuhenkilöstä...

Kirjallisuuskatsauksen mukaan kotisaattohoitoa on toivottu vallitsevaksi hoitomuodoksi. Potilaalla tulee olla oikeus valita hoitopaikakseen joko koti tai sairaalahoito. Lähtökohtana kotisaattohoitoon päätymiselle on potilaan oma toive ja omaisen suostumus. Kotisaattohoidon yhtenä edellytyksenä on, että potilaalla on sovittuna lupapaikka ennalta tiedossa olevaan yksikköön, jonne hän voi siirtyä kodistaan jatkohoitoon, kaikkina vuorokauden aikoina.

3. Näkökulma: Nykytilassa potilaalle järjestyy vaivatta sovittu lupapaikka, jos sellaisen tarve kotona ilmenee?

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

...lupapaikan järjestymiseen liittyen...

Hyvän kotisaattohoidon toteutumiseen tarvitaan omalla osa-alueellaan pätevien moniammatillisten tiimien tietoisuutta omista ja muiden hoitoon osallistuvien tiimien mahdollisuuksista ja rajoituksista. Hoidon poikkeavuuksien seurannassa on tutkimuksissa todettu, että ongelmia esiintyy eniten eri toimijoiden yhteistyön ja kommunikaation puutteissa. Hyvä yhteistyö varmistaa hoidon jatkuvuuden ja onnistuessaan potilas ei huomaa toimijoiden keskinäisiä yksiköiden välisiä rajoja.

4. Näkökulma: Nykytilassa on haasteita potilaiden hoitoon liittyvien tehtävien jaon välillä kotisairaalan ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

...eri yksiköiden tehtävien ja vastualueiden jakoon liittyen...

...eri yksiköiden yhteistyöhön ja kommunikaatioon liittyen...

Kotisaattohoidon toteuttaminen vaatii resursseja. Kirjallisuuskatsauksen mukaan yksikössä on oltava lääkäri, joka johtaa ja valvoo hoitoa. Saattohoitotyötä tulee kehittää. Henkilökunta kaipaa työnohjausta ja työnkierron mahdollisuutta. Kotikuoleman onnistuminen edellyttää potilaan ja omaisen yöaikaisen turvattomuuden poistamisen. Omaishoitajuutta tulee tukea potilaan intervallihoito mahdollisuuksilla.

5. Näkökulma: Yksikössäni on resurssit hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

...yksikköni resurssit henkilöstön osalta...

...yöaikaisesta kotisaattohoidosta ja intervallihoito mahdollisuuksista...

...työn mahdollistamisen resursseista, työnohjaus ja -kierto, kehittäminen...

Onnistunut kotisaattohoito mahdollistaa potilaalle ja omaisille elämän normaaliuden säilymisen, kodinomaisen tunteen kokemisen ja rauhallisen kuolemaan valmistautumisen selviytymällä kotona loppuun saakka. Kotona tapahtuva hoito lisää potilaan itsemääräämisoikeuden tunnetta ja vähentää potilaan kokemia oireita. Ammattilaisten tuki keventää potilaiden ja omaisten kokemaa henkistä taakkaa. Kuolevan potilaan hoidossa on tärkeintä tunnistaa lähestyvä kuolema. Kivunhoito on keskeisessä asemassa. Potilaan lääketieteellisen hoidon lisäksi on psykososiaalinen tuki ja kohtaaminen tärkeä osa hoitoa.

6. Näkökulma: yksikössäni on riittävä osaaminen kohdata ja hoitaa kotisaattohoidossa olevan potilaan ja omaisen tarpeet?

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

...kliininen osaaminen (oirehoito, kipu, taudinkuvan eteneminen) ...

...psykososiaalisen tuen osaaminen...

...potilaan ja omaisen kohtaamisen osaaminen...

Terve työyhteisö takaa, että kuoleva saa arvokasta, lämmintä ja asianmukaista hoitoa. Saattohoitoon osallistuvan työyhteisön hyvä hoitokulttuuri muodostuu rohkeista, lämpimistä ihmisistä, joille mitkään elämän vaativat ja voimavaroja vievät tilanteet eivät ole outoja. Hoitajien työn haasteina koetaan tunteita kuten turhautuneisuus, voimattomuus ja huoli. Lisäksi kotisairaalan hoitajien haasteina on todettu tuntemukset muiden potilasryhmien laiminlyönnistä, kun heidän tulisi vastaamaan saattohoitopotilaiden tarpeisiin. Organisaatiolta vaaditaan suunnitelmallista strategiaa henkilökunnan jaksamisen tueksi, jotta laadukas saattohoitotyö voidaan saavuttaa.

7. Näkökulma A: kollegani tukee minua hyvän kotisaattohoidon toteuttamisessa.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Näkökulma B: saan riittävästi tukea esimiehlteni ja organisaatiolta, hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

...kollegani tuki...

...esimieheni tuki...

...organisaation tuki...

Saattohoidon onnistumisen edellytys on toimiva hoidon järjestelmä. Sosiaali- ja terveysministeriö on raportissa *Palliatiivisen ja saattohoidon järjestäminen* (2017), määritellyt palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisen mallin. Raportissa kotona tapahtuvan saattohoidon järjestämisen kuvataan yleisesti tapahtuvan kotisairaalan toimesta. Kotisairaalan määritellään toimivan ympärivuorokauden, myös kotikäynnin. Lontoossa kotisairaala toiminta on jaettu @home ja pall@home kotisairaala tiimeihin.

STM:n kolmiportaisen mallin A-perustason yksikön toimintana kuvataan saattohoitoa yhtenä perustehtävänä muun toiminnan ohessa. B-erityistason toimii kotisairaala, joka tarjoaa palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan ympärivuorokautiset palvelut. B-erityistason kotisairaalan lääkäri tulee olla erikoistumiskoulutus ja hänen tulee olla saatavilla virka-aikaan. C-vaativalla erityistason kotisairaala toimii osana yliopistosairaanhoidopiirin palliatiivista keskusta. B-erityistason vaatimusten lisäksi tulee C-vaativan erityistason kotisairaala olla erikoistumiskoulutus sairaanhoitajilla ja lääkäriillä. Erityistasonkoulutuksen omaava lääkäri tulee olla saatavilla ympäri vuorokauden. Henkilökunnan tulee olla koulutettu vaativien vuorovaikutustilanteiden varalle ja heillä on oltava riittävä kokemus vaativan erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta.

8. Miten mielestäsi Turun kaupungin sairaalapalveluiden yksiköiden kotisaattohoito järjestelmää tulisi kehittää?

...mielestäni kotisaattohoidon järjestäminen tulee kehittää...

Näkökulma 1. A. Potilaan voinnissa tapahtuvan muutoksen aiheuttamaa huolta voidaan mielestäni lievittää etäyhteytenä (puhelin, sähköposti, ...)

...*etäyhteys*...

Alkuperäisilmaisut

yhteyden saaminen lisää luottamusta
asian kertominen helpottaa olotilaa
omaisen ahdistusta ja epävarmuutta voidaan auttaa ja tukea puhelinkeskusteluissa
joskus potilaan/omaisen helpompaa purkaa mieltään puhelimesta kuin kasvotusten
usein puhelin yhteys helpottaa potilaan/omaisen huolta, vaikka tilanne vaatisi lisäksi kotikäynnin
turvallisuuden tunnetta potilaalle/omaiselle lisää puhelinumero, johon vastataan 24/7
lupa soittaa uudelleen tärkeää ammattilaisen taholta luvattu yhteydenotto pidettävä

välillä tarvitaan ohjausta lääkityksen tai ruokailun osalta
tiedon saanti esim. että uusi oire on tavanomainen helpottaa
etäyhteys toimii selkeissä asioissa kuten lääkemuutokset ja lievien oireiden ohjauksessa
omaisen neuvonta ja tuki puhelimesta auttaa myös potilasta
puhelin ok jos potilas/omainen rauhallinen ja asia yksinkertainen
etäyhteys riittävä jos asia yksinkertainen esim. lääkitys
lääkehoidon ohjaus onnistuu
lievempien oireiden keskustelu ja hoito-ohjeet onnistuu luo turvallisuutta
toimiva ja nopein tapa antaa tukea ja neuvoja potilaalle ja omaiselle

puhelu voi toimia kartoituksena kotikäynnille
saattohoidossa tilanteen jatkuva arviointi tärkeää, pitää osata arvioida riittäkö
etäyhteys vai tarvitaanko käynti
toimii jos edellisestä kotikäynnistä ei pitkää aikaa
pitkä kokemus työssä auttaa arvioimaan riittäkö puhelu vai ei

säästää aikaa
puhelinyhteys on nopeaa
jatkuva yhteys potilaaseen/omaiseen tärkeää
ok jos tukiverkosto kunnossa
ok jos omaisten suhtautuminen realistista

puhelimessa potilas voi vähätellä oireita tai muistisairaus tai muu syy
estää todellisen kuvan antamisen
puhelin ei korvaa ihmisen läsnäoloa
iäkkäille vaikeaa pelkkä puhelinyhteys
puhelin ei mahdollista hoitajan havainnointia
etäyhteys ei välttämättä anna realistista kuvaa potilaan huolesta

Alaluokka

Pääloukka

Lohdutus ja
turvallisuuden
tunne

Ohjaus ja
neuvonta

Osaaminen
ja arviointi

Resurssi

Etäyhteyden
edut potilaan
näkökulmasta

Etäyhteyden
edut
toimijoiden
näkökulmasta

Etäyhteyden
haasteet

Näkökulma 1.B. Potilaan voinnissa tapahtuvan muutoksen aiheuttamaa huolta pitää mielestäni lähteä selvittämään potilaan luokse.

...käynti potilaan luona...

Alkuperäisilmaisut

kotikäynti (kk) huojentaa omaisten oloa
 huoli ja pelko vaatii läsnäolon helpottuakseen
 läsnäolo empaattinen kohtaaminen ja aito auttamisen halu välittyy kk parhaiten
 kuoleman lähestyessä käyntien tarve lisääntyy,
 tällöin tarvitaan hoitajan läsnäoloa ja kaikenlaista tukea
 kk tuo turvaa jos potilas/omainen ei osaa arvioida oireiden/voinnin tilaa
 kk luo varmuutta välittämisestä
 kk rauhoittaa omaisia kun hetkeksi hoitovastuu ammattilaisella
 jos potilas ei ole prosessoinut tilannettaan tarvitaan kk
 yllättävät voimien muutokset tarvitsee kk
 jos omaiset eivät ole tilanteen tasalla tarvitaan kk
 iäkkäät tarvitsevat herkemmin kk etenkin hoidon suunnittelemiseksi
 yksinäiset tarvitsee kk
 kk tarvitaan erittäinkin matalalla kynnyksellä
 kk jos potilas tai perhe on vieras
 omaisen voi olla vaikeaa kuvata tilannetta
 läsnäololla valtavan rauhoittava ja lohduttava vaikutus
 jos potilas/omainen toivoo kk tulee se toteuttaa

hankala oire vaatii kk
 kk lisää yksilöllistä hoitoa
 ohjaus koti oloissa helpompaa
 kk helpottaa ohjausta
 kk voi yhdessä käydä läpi lääkityksen yksityiskohtaisesti

käynnillä hoitaja näkee potilaan voimien muutokset ja voi arvioida pärjäämisen
 kk kun pitää varmistaa kotona tapahtuvan hoidon jatkumisen turvallisuus
 jos oireet muuttuvat nopeasti pitää mennä paikalle
 hoitaja saa kokonaiskuvan ja pystyy tutkimaan/kartoittamaan pärjäämisen tilaa
 kk tarkempi tilannekuvan antaja
 kk antaa ammattilaiselle mahdollisuuden arvioida tilanteen omin kliinisin silmin
 henkilökohtainen tapaaminen antaa paremman mahdollisuuden haastatella ja
 tutkia potilasta sekä arvioida voimien muutoksia
 kk helpottaa hoitosuunnitelman tekoa

jos ilmenee että potilaan luona ei ole tarvittavia lääkkeitä/tarvikkeita
 kk vie enemmän aikaa mutta antaa enemmän potilaalle ja omaiselle
 kk usein parempi vaihtoehto

Alaluokka

Lohdutus ja
 turvallisuuden
 tunne

Ohjaus ja
 neuvonta

Osaaminen
 ja arviointi

Resurssi

Pääloukka

Kotikäynnin
 edut potilaan
 näkökulmasta

Kotikäynnin
 edut toimijoiden
 näkökulmasta

Näkökulma 2. Omassa työssäni tiedän, kenen vastuulla on potilaaseen/omaiseen otettava seuraava yhteydenpito tai kotikäynti.

Alkuperäisilmaisut

tiimin vastuuhoidaja nimetty-> vastuussa yhteydenpidosta omaisiin osastolla potilaat jaetaan vuoron alussa osaston omahoitajajärjestelmän avulla pyritään toteuttamaan että, samat hoitajat vastuussa samoista huoneista kotisaattohoidonpotilaista vastaa saattohoitokoordinaattori tai mahdollisesti kotihoito kotisairaalassa vastuu, sillä hoitajalla jonka listalla potilas on/vuoro kotisairaala soitot tekee sekä joka vuorossa sovittu jokainen vastaa omasta työstä potilaan etu ensisijainen kotisairaala voi seurata koordinaattorin yhteydenpitoa pegasokselta hoitaja joka viimeksi käynnillä/kontaktissa potilaaseen on vastuussa seuraavan kontaktin sopimisesta potilaan/omaisen kanssa kotisairaalassa hoitovastuu työvuorossa olevalla, jos tarve voidaan työt jakaa kotisairaalassa uusiksi jotta tuttu hoitaja pääsee käynnille tiedän kenen vastuulla yhteydenpito/kk on ja osaan ohjata kyselyt sinne käynnit /puhelut aina suunnitellusti kalenterissa viimeksi asioinut sopii seuraavan yhteydenoton tai käynnin ja kirjaa potilastietojärjestelmään ja kalenteriin

osastolla kyllä omaiselle tärkeää viestiä että ammattilaisten työnroolituksista huolimatta voivat he olla yhteydessä keneen tahansa, ammattilaiset osaavat sopia kenen vastuulla ja määräyksestä hoidon jatkot järjestyvät yhteystiedot tulee antaa mahdollisimman selkeästi kotiin kotisairaala sopii potilaan/omaisen kanssa seuraavan käynnin/yhteydenoton painotettu että potilas/omainen voi aina ottaa yhteyttä omaisilla yhteystiedot koordinaattoreihin ja yöaikaan osastolle jokaisella potilaalla oma vastuush ja omainen tietää hänet potilas ja omainen tietää vastuush:n koska on tämän kk:lla tavannut -> luo suuren turvallisuuden tunteen ja on tarpeellista kotona selviytymisen tueksi omaisella annetaan aina yhteystiedot ja omaisen kanssa sovitaan yhteydenpidosta/käynneistä

tiedän jos informaatio hoitajien ja eri organisaatioiden välillä kulkee hyvin ja on selvät pelisäännöt olennaista hyvä kirjaaminen pääosin tiedän hyvä kirjaaminen ja raportointi eri toimijoiden välillä tärkeää

hoitovastuut ja roolit hieman epäselviä kotisairaala – kaskenlinnan – kotihoidon välillä mutta pitää vain sopia, jotta ei tule päällekkäisyyksiä

omaisella välillä epäselvyyttä toimijasta; kotihoito, kotisairaala, koordinaattori, tyks ja tks, tk-lääkäri tai muu, ennen varsinaista saattohoitovaihetta omainen ei yleensä tiedä kuka vastuuhlö vaan kysyy kuka potilasta hoitaa tänään kotisairaalassa ei toteudu vaan omaisilla yleispuhelinnumero josta puhelu voidaan ohjata käynnin tehneelle jos tarvitaan lisäyhteydenpito kotisairaala hoidossa olevien potilaat omaiset soittavat usein myös suoraan koordinaattoreille kun omaista riittävästi informoitu ja omaisella tietoa toiminnasta kotisairaalassa ei potilaille nimettyä vastuu hoitajaa koska yksikkö niin pieni

Alaluokka

Pääloukka

Hoitajana hoitovastuu tietoisuus selkeää

Omaisella tietoisuus hoidon vastuuhenkilöstä/ yksiköstä

Hoitajana ehdollinen tietoisuus hoitovastuusta

Hoitajana epäselvyys hoitovastuusta

Omaisella epäselvyys hoitovastuuta tahosta

Vastuu tietoisuus selkeää

Vastuu tietoisuus epäselvä

Näkökulma 3. Nykytilassa potilaalle järjestyy vaivatta sovittu lupapaikka, jos sellaisen tarve kotona ilmenee?

Alkuperäisilmaisut

osaston vastaanottokyky ollut hyvä ketään ei ole käännytetty päivystykseen välillä otettu potilaita os:lle ylipaikoille
koordinaattorit tekevät uusille potilaille kartoituskäynnin jolla selvitetään lupapaikka (lp) asiat ja mahdollinen lp oikeus merkitään Pegasokselle
lp Kaskenlinna on järjestynyt saman päivänä kun tarve ilmennyt
lp löytyy hyvin vaikka ei aina ihan vaivatta
potilaalla aina oikeus osasto hoitoon jos hän tai tilanne sitä vaatii ja se on hänelle luvattu
lp yksikkö on tärkeä ja joskus tietoisuus siitä mahdollisuudesta toimii turvana kun tietää että pääsee nopeasti hoitoon

hoidon tarpeen arviointi tärkeää puhelimitse tai kk jotta potilas tulee os:lle oireiden vaatiman hoidon vuoksi eikä muista syistä
lp on järjestyttävä K:linnasta tai muualta jos kotona olevan potilaan tilanne vaatii
hoitajalla tulee olla rohkeus pitää potilas kotona ja turvata hyvä oirehoito ja tuki kotona
hoitaja ei saa tarjota lähtöä laitokseen ratkaisuna oirehoitoon
hoitajalla tulee olla rohkeus hoitaa potilas kotona loppuun asti
koordinaattorit tekevät uusille potilaille kartoituskäynnin jolla selvitetään lp asiat ja mahdollinen lp oikeus merkitään Pegasokselle

Karina-kotiin hoitopaikkaa voi joutua odottamaan 1-5 pv
jos K:linna täynnä niin ei ole selkeää ohjeistusta minne potilas ohjataan vaan tilanteet ratkotaan yksitellen
yleensä lp Kaskenlinnaan järjestyy puhelinkontaktin avulla mutta joskus ei os:lle ole mahtunut
joskus Kaskenlinna niin täynnä että potilaalle etsitty paikka TKS tai Karinakodista potilasmäärästä riippuen voi ajoittain paikat olla varattuina
lp ei ole automaatio koska oslla rajallinen määrä vuodepaikkoja, eikä kaikkia kotisaattohoito-potilaita voida ottaa sisään tuosta vain ajoittain tukiosasto täynnä ja potilas joutuu odottamaan paikkaa seuraavaan päivään

joskus tuntuu että potilaan henkinen ahdistus ei ole riittävä syy päästä sairaalaan, vaikka kotona tapahtuvasta hoidosta vastaava ammattilainen toteaa, ettei potilas pärjää kotona ahdistuksen kanssa
mikäli kotona tapahtuvan hoidon ammattilainen arvioi että potilas/omainen kuormittuu liikaa ja kotona oleminen ei onnistu tulee potilaan päästä osastohoitoon ilman että osastolta vastaanotto nyrpeää
kotisairaala työ ei selkeää kaikille osaston työntekijöille->välillä yhteentörmäyksiä yhteistyössä
jos potilas ja kotisairaalan hoitaja ovat yhdessä kotona arvioineet että oshoito tarpeen ei potilas ole aina päässyt oslle vaan os vielä halunnut tehdä oman arvion tilanteita joissa psyykinen pärjäämättömyys ei ole riittävä syy osastolle jäämiseen
lp käytäntöä ei kaikki toimijat ymmärrä – paikka myönnetään jos oireet ovat hankalahoitaisia,
arvio sairaalahoidon tarpeesta tehtävä edeltävästi, toki myös turvattomuus ja pelko ovat syitä joiden perusteella potilas voidaan ottaa tukiosastolle vaikeivat yleensä vaadikaan sairaalahoittoa

Alaluokka

Päälouokka

Lupapaikka
järjestyy
vaivatta

Lupapaikan
käytön
tarpeellisuuden
arviointi

Lupapaikan
löytyminen
haasteellista
paikkatilanteesta
johtuen

Lupapaikan
saamisessa
haasteita

Lupapaikan
löytyminen
haasteellista
yhteistyöstä
johtuen

Näkökulma 4. Nykytilassa on haasteita potilaiden hoitoon liittyvien tehtävien jaon välillä kotisairaalan ja saattohoitokoordinaattoreiden välillä.

Alkuperäisilmaisuja

saumattomuus näkyy parhaiten siinä, ettei tarkkaan rajattua tehtävänjakoa ole, se tekee, joka ottaa tehtävän vastaan tai on paikalla
 luottamus toiseen osapuoleen tärkeää, yhteiset tavoitteet – periaatteet ja kieli auttavat alkuvaiheessa kotisairaalla -koordinaattoreilla näkemyseroja minkälaisia potilaita on järkevää ja tarkoituksenmukaista hoitaa kotisairaalassa nykyresursseilla, sittemmin selkeytynyt yksiköillä päällekkäisiä vastuita joita voi työtehtävien tullessa jakaa ja tehdä yhdessä sopien yhteiset palaverit lisänneet kommunikaatiota
 potilaan etu ensisijainen – hoitava taho voi olla kumpi vaan
 tässä tapahtunut kehitystä mutta väärinymmärryksiä on sattunut puolin ja toisin jolloin kommunikointi mennyt pieleen yhteinen kieli auttaa, luottamus yhteistyökumppaniin, kohteliaisuus ja hyvät käytöstavat kommunikaatiotilanteissa tärkeitä ” tehdään yhdessä hyvää potilaalle”- meininki tärkeintä

jako ei ole täysin selvä koska yhtään yhteistä palaveria ei ole toimijoiden välillä pidetty yhteistyö on parantunut esim kipupumppujen kohdalla ja muutenkin tehtävät selkiintyneet ajoittain epäselvää kuka hoitaa ja mitä, os työntekijänä tähän ei törmää niin paljon kuin koordinaattorina
 epäselvyyksiä koord työtehtävien laadusta ja resursseista
 epäselvyyttä mitkä toimenpiteet kotisairaalan tulee kotona suorittaa
 koordinaattorit koulutukseltaan myös sh omaavat siis saman osaamisen kuin kotisairaalan hoitajat, sisäisillä koulutuksilla voi päivittää taitoja käytännöntehtäviin esim lab
 kaikkien yksiköiden työntekijät sh jolloin epäselvää kenelle kuuluu esim labkontr ottamiset koska koordinaattorit toiminta saanut lisäresursseja esim auto + henkilökuntaa olisi aiheellista että kaikki harjoittelevat verinäytteenottoa
 nyt koordinaattoreiden määrää lisätty – kotisairaalassa kovin vähän tietoa heidän tehtäväkuvastaan minulle ei ole selkeää kuvaa mitä koord tekevät potilaan luona
 raportoinnin oltava selkeää
 hyvä ja selkeä kirjaaminen jatko suunnitelmiin
 tehtävänjakoa tulee selkiinnyttää kotisairaala -koordinaattorit

koordinaattorit ei aina ymmärrystä että kotisairaalassa hoidetaan saattohoito-
 potilaiden lisäksi infektipotilaita ja miten tämä yhtälö tulee huomioida
 potilaan kotona tulevissa ongelmatilanteissa joissa vaaditaan hoitajan arviota tulee olo että ne ohjataan kotisairaalan tehtäviksi vaikka koordinaattorit pystyisivät sen toteuttamaan
 epäselvyyksiä ollut työnjaossa
 näkemyseroja ollut miten pot tulisi hoitaa
 joskus koord ilmoittavat kotisair että pot tarv kiireellisen käynnin voinnissa tapahtuneen muutoksen vuoksi – koord voisi tällaisissa tilanteissa itse mennä joka ehkä myös potilaasta mukavampaa jos pot ei muuten kotisair potilas
 molemminpuolisessa arvostuksessa toimijoiden välillä on puutteita
 molemmilla tahoilla hyvää osaamista enkä pidä arvostelevasta asenteesta toimijoiden välillä yhteistyö voisi olla kitkattomampaa jos toisten ammattitaitoa kunnioitettaisiin ja arvostettaisiin

kotisairaalan resursseilla mahdotonta vastata kaikkiin pyyntöihin tätä ei ole aina ymmärretty kotisairaala ja saattohoitopuoli hoitavat osittain samoja pot mutta yhteistyö vähäistä-> kotisairaalan toimintatapa ja resurssit ovat saattohoitoon osallistuville epäselviä yhteistyötä hyvä lisätä

Alaluokka

Pääluokka

Yhteistyö on sujuvaa

Haasteita ilmenee työtehtävien ja työnjaon osalta

Haasteita yhteistyössä

Resurssiin liittyviä haasteita

Toiminnassa ilmenee haasteita

Näkökulma 5. Yksikössäni on resurssit hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen.

Alkuperäisilmaisuja

oslla resurssi on hyvä
 oslla tilanne elää joskus kiire ja tulee ylitöitä kun os täynnä mutta aina on selvitty jotenkin 😊
 koordinaattoreiden määrää lisätty
 koord resursseja lisätty -> mahdollistanut kotikäyntien lisäämisen.
 koord määrän lisääntyminen helpottanut potilaan kotiin menoa
 intervallipaikan saaminen on joustavaa
 hyvä että öisin kontakti mahdollisuus Klinnaan ja tarv paikka
 intervaleja saatu kohtuu hyvin järjestettyä klinnaan ja karinakotiin
 yöaikaista kk mahd ei ole mutta ilmeisesti potilaat ovat saaneet melko hyvin avun
 soittamalla oslle tai ambulanssi on myös käynyt kotona
 oslle pääsee yöllä yhtä helposti kuin päivällä
 intervallijaksoja oslle ja karinakotiin saatu järjestettyä
 työnohjausta saatavilla, toiveet työnkierrosta kuunnellaan ja mahdollisestaan
 koulutukset tarpeellisia ja työnantaja tukee osallistumista niihin
 koulutusmahdollisuuksia on runsaasti

saattohoito saattaa vaatia paljon aikaa yhdeltä hoitajalta
 omaiset vie aikaa joka on pois hoitotyöstä
 ajoittain tilanne oslla ruuhkautuu->
 hoitajissa riittämättömyyden tunnetta kun ei olla tarpeeksi potilashuoneissa
 on mikäli saattohoitopotilaan lähestyvä kuolema on osattu ottaa huomioon niin
 että yhdellä hoitajalla on aikaa olla saattohoitopot luona eikä kollegat yli työllisty infpotilaista
 on jos kotisairaala voi ennakoida saattohoitopotilaan hoidon mutta jos saattopotilas tulee
 äkillisesti kotisairaalaan voi hänen hoito vaatia resursseja muilta potilailta
 on mikäli saattohoitopotilaan lähestyvä kuolema on osattu ottaa huomioon niin että yhdellä
 hoitajalla on aikaa olla saattohoitopotilaan luona eikä kollegat yli työllisty infektiopotilaista
 jos kotisairaalassa on elämän loppuvaiheen potilas, on tämä pakko huomioida
 työnjärjestelyiden suhteen inf.potilaiden hoidossa
 yöaikainen toteutuminen rajoittuu puheluiden vastaanottoon
 kun ei kk mahdollisuutta, on potilaan mahd tulla oslle myös yöllä
 intervalli jaksot vähäisiä mutta lisääntymässä
 yöaikaan ei kk mahd soitto os 24/7 tarjolla
 työnohjausta ja koulutusta on saatavilla melko runsaasti, myös os kehpv on säännöllisesti,
 kuitenkin tuntuu että kehitettäviin asioihin ei resursoida riittävästi aikaa ja kehitys ei etene
 toivotulle asteelle
 työnohjausta ollut mahd saada aiemmin mutta nyt sairaalapastori jäi eläkkeelle,
 joten en tiedä miten järjestyisi

optimaalista jos hoitaja voisi tehdä kk yöaikaan
 yöllisiä kk ei kotisairaalalla ole, jota hyvä saattohoito varmaan edellyttäisi
 vastuuhenkilöt olisi selvästi nimettävä ja heille pitää antaa riittävästi aikaa
 perehtyä potilaaseen ja pitää olla mahdollisuus tehdä riittävällä ajalla
 henkilöstöä voisi oslla olla enemmän sairaslomat ym sotkee
 jos yöaikaisten kk suorittaminen alkaa pitää lisätä henkilöstöä
 jos intervallimäärät lisääntyvät ei os kykene vastaamaan tarpeeseen
 saattohoito kehittyä koko ajan ja vaatii kaiken aikaa valmiutta muutokseen tähän
 vaikuttaa myös vallitseva yhteiskunta
 työnohjaus tarpeellista koska työ kuormittavaa
 työnohjaus on ehdottoman tärkeää työssäjaksamisen kannalta
 työkierto ja työnohjaus nousee ajankohtaiseksi jos pot määrät kotisairaalassa kasvaa

resurssi ei ole riittävää
 lääkäriresurssi on riittämätön
 lääkäriresurssi on vaatimaton
 osastolta ei yöllä voi lähteä kk
 yöaikaan pot ja omaiset ovat Turussa omillaan -> vaatii huomiota toiminnan kehit. ja suunn.
 puhelinyhteys yöllä ei välttämättä riitä, jos pot on kuolemassa kotona-> omaiset soittaa paikalle
 ambulanssin, joka soittaa poliisin, jos potilas kuolee kotiin -> hyvin epämiellyttävää omaiselle
 ja turhaa kun kuolema odotettavissa yhteistyö ja sen kautta tuleva tiedot yksiköiden välillä vähäistä
 kehittäminen vaatii vastuuhenkilöiden ja muiden sidosryhmien yhteistyötä, johon ei nykyisin
 ole riittävästi aikaa

Pääluokka

Riittävät
resurssit

Resurssien
riittävydessä
epävarmuutta

Resursseihin
kohdistuvia
toiveita

Riittämättömät
resurssit

Näkökulma 6. yksikössäni on riittävä osaaminen kohdata ja hoitaa kotisaattohoidossa olevan potilaan ja omaisen tarpeet

Alkuperäisilmaisuja

Päälukokka

oirehoito on osaston erityisosaamista

Kotisair kliininen osaaminen hyvällä tasolla ja Kaskenlinnan lääkäriä on helppo konsultoida.

Oslla erinomaisella tasolla, oireet saadaan hallintaan->pot ei kärsi, kivunhoito ensiarvoisen tärkeää ja siihen on koulutettu

Kotisair klin osaaminen ja tilanteen kartoittamiseen löytyy riittävä osaaminen.

On saatu paljon koulutusta ja kokemusta on uusien työntekijöiden perehdytystä ja opetusta, teen omaehtoista opiskelua.

Koulutus ja itseopiskelu tärkeää

Oirehoidon osaaminen oikein hyvällä tasolla.

Oslla tarvittavat välineet ja loistava lääkäri takaavat hoitajille hyvät valmiudet oireiden hoitoon.

oslla usealla hyvät koulutukset ja kokemus taustalla

oslla osaaminen saavutettu osaston kehittyessä

sekä potilas &omainen saavat psykososiaalista-tukea eli kuuntelu, keskustelu, osallistuminen, läsnäolo.

pot kuunteleminen ja tuen antaminen on jokapäiväistä työtämme

Psykososiaalisen tuen antaminen ei ole ydinfysiikkaa vaan riittää kun on aidosti läsnä ja on ihminen ihmiselle.

Työkokemus ja elämäkokemus tuonut lisää osaamista sekä todella hyvä vakavasti sairastuneen psykoterapeuttinen tukeminen koulutus.

Koord saaneet koulutusta psykoterapia kurssilta ja tämä koordinaattoreiden osaamisen ydinaluetta sillä kohtaaminen aitoa, läsnäolevaa, kuuntelevaa ja tukevaa.

Tämäkin osaaminen (psykososiaalinen tuki) hyvin tärkeää jopa tärkeämpää kuin oirehoito mutta on aikaa ja resurssia vaativaa meillä koord kyllä osaamista.

Oslla omaisten kohtaaminen hyvää ja samoin tuki surun keskellä

Omaiset merkittävässä roolissa saattohoitotyössä, omaista tuetaan ja rohkaistaan, kuunnellaan ja autetaan jaksamaan,

koko perhe on osaston asiakas ei vain pot.

kotisairaalassa osataan kohdata pot ja omais hienotunteisesti ja ammatillisesti, tarpeita kuunnellen.

Kokemus on kehittänyt ja olen oppinut ja opetellut kohtaamaan ihmisen ihmisenä.

Vaatii rauhallisuutta ja tilannelukutaitoa, toistuvat kohtaamiset helpottavat ja kasvattavat luottamusta ja madaltavat kynnyistä keskus tilanteesta avoimesti.

kohtaaminen on tärkeintä kotona tapahtuvassa saattohoidossa ja kotikuolemien hoidossa, osaamista koord on. potilaslähtöisyys ja itsemääräämisoikeus toteutuu

Osaamista on karttunut mutta parannettavaa on, asiaa auttaisi työskentely palliatiivisenhoidon eriklääk kanssa

Oslla vakihenkilökunnan valmiudet hyvät mutta usein on työntekijöitä perehdytysvaiheessa.

Kotisair sht ovat hyvin ammattitaitoisia ja omaa rautaisen kokemuksen pot hoidosta,

lisä koulutusta ei koskaan voi saada liikaa.

Kotisairaalassa tämä (psykososiaalinen tuki) vaatii lisää koulutusta.

Kotisairaalassa psykosos.tuki on kliinistä hoitoa haastavampaa, joillekin hoitajille luonnollisempaa ja tähän vaikuttaa osallistuvien omat persoonat

Kohtaamiset onnistuu lähes aina mutta joskus epäonnistumisia koska aina ei kaikkia pysty tyydyttämään ja hoitajatkin epäonnistuvat välillä toiminnassaan

Kotisairaalan hoitajat tottuneet työskentelemään ilman sairaalan antamaa tukea tai hierarkiaa ja kotona tulee erityisesti kiinnittää huomiota kohtaamiseen tämä asia yleisellä tasolla hallussa mutta saattohoidettavien tuen erityispiirteiden osaaminen voi vaihdella kotisairaalan hoit välillä.

Osaamisessa sosiaalisista tuista välillä haasteita ja tulisi lisätä yhteistyötä sosti kanssa asioina mm taloudelliset vaikeudet ja tukihakemukset sekä palveluiden tarjoajat ja oikeudet niihin.

Oslla yksilöllisiä eroja kohtaamisessa, oman persoonan ja ammatillisen osaamisen kautta kohdataan

Joskus ongelmaksi muodostuu, ettei kaikki osaa herkällä korvalla kuulla potilaan tarpeita.

Joskus pot voi ahdistua, jos hoitaja vie keskustelua eikä potilas.

Kaikki eivät halua puhua kuolemasta, vaikka olisivat kuolemassa

Riittävän ajan antaminen ajoittain haasteellista koska kotisairaalassa resurssit vaihtelevia.

Kotisaattohoitopot hoito tullut kotisairaalaan vasta myöhemmin, kun usea jo aiemmin rekrytoitu

tämä tieto olisi hyvä olla jo, kun hakee töihin koska kaikille ei kuolevien kanssa sovellu

luontevasti sillä kaikilla ei ole asiaan kutsumusta tai mielenkiintoa.

Riittävä
osaaminen

Osaamisessa/
kohtaamisessa
kehitettävää

Osaamisessa/
kohtaamisessa
haasteita

Näkökulma 7. A. kollegani tukee minua hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi.

Alkuperäisilmaisuja

Oslla ihan mieletön porukka töissä.
 Kollegaa arvostetaan hyvässä työssään.
 Yhdessä tuotetaan hyvää palvelua pot ja omaisen parhaaksi.
 Kotisairaala työyhteisö on hyvin hitsautunut yhteen ja on helppo jakaa potilaskokemuksia ja niiden herättämiä tunteita.
 Luottamuksen ja erilaisten ammatillisten vahvuuksien jakaminen onnistuu, kollega kuuntelee, ohjaa, tukee, neuvoa ja joustaa sekä auttaa kehittymään työssä.
 Kotisairaalan tilanteista pystyy avoimesti keskustelemaan kollegoiden kanssa ja ongelmia ratkotaan yhdessä, työnjakoa tehdään, kun toiset hoitaa mieluummin saattohoitopot kuin toiset.
 Kotisairaalan kollegat tietoisia, että saattohoitopot ovat henkisesti raskaampia, jolloin heitä hoitava saa vähemmän infot hoitaakseen
 Käymme oslla yhdessä tapahtuneita asioita läpi ja kollegan tuki on tärkein voimavara ja jos jokin mietityttää voi työkaverille aina avautua.

kollegat tekevät hyvin työnsä ja jokaiseen voi luottaa, joskus avunanto voisi olla parempaa.
 Oslla vakihenkilöstö usein eri vuoroissa perehdytyksien vuoksi, tuetaan pääasiassa kollegan toimintaa.
 Välillä arvostellaan toisen tekemää työtä mikä on ikävää.

Pääluokka

Kollegan tuki riittävää

Kollegan tukeen liittyviä toiveita

Näkökulma 7. B. saan riittävästi tukea esimieheltäni ja organisaatiolta, hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseksi.

Alkuperäisilmaisuja

Saan tukea, on koulutus mahdollisuus, työnohjauksen mahdollistaminen, keskustelut, teemat ja ohjeistukset, läsnäolo.
 Esimieheni rautainen ammattitaito ja kokemus auttaa häntä ymmärtämään työtämme ja tukemaan meitä.
 Esimies kehittää työtä ja tarjoaa koulutusta säännöllisesti sekä tukee keskusteluin.
 Luotettava esimies suhde ja oikeudenmukainen.
 Kotisairaalan esimiehen tuki ja panostus yhteistyön lisäämiseksi auttaa hoitoon osallistuvia tahoja puolueettomasti, pystyy kyseenalaistamaan toimintatapoja ja antamaan tukea uudistusehdotuksille.
 Realistinen käsitys mikä työ kuuluu kotisairaallalle ja mikä koordinaattoreille.
 Osastolla tukee jaksamista ja tarjoaa keskustelu mahdollisuutta ja työnohjausta.
 On olemassa ja hän ymmärtää työtä ja sen haasteita.
 Esimiehellä on samat tavoitteet ja resurssija on toimintaan saatu.

Kiitosta hyvin tehdystä työstä ei kuitenkaan liikaa tule.
 Kehittämiseen olisi mukava saada joskus resurssija yhdessä, esim kotisairaala ja koordinaattorit.
 Kotishoito ja kotisairaala toiminta tarvitsee hyvän ja viisaan ja ymmärtäväisen tunne älykkään esimiehen.
 Toivon että kotisairaalan esimies lähestyisi aktiivisesti kysymällä työntekijöiden jaksamisesta, esimies on pyrkinyt järjestämään lisää henkilökuntaa, mikäli työnsuorittamiseen on sitä tarvittu ja siitä kiitos.
 Oslla ollut melko olematonta olen kokenut että jos tulee ristiriita tilanne esim omaisilta saatu negatiivinen palaute oslle niin esimies kääntyy työyhteisöämme vastaan eikä anna tukea ja syyllisten etsintä ja kiukuttelu ei ole hyvää johtamista.

Koulutuksia on tarjolla melko paljon osaamisen kehittämiseen.
 menettelee, olemme oslle saaneet kehuja ylemmiltäkin tahoilta ja saaneet jopa rahallisen kannustuspalkinnon.
 Saattohoitoon panostetaan, hyvin mahdollisuus koulutuksiin.
 Lääkäreiden erityisosaamistarpeet huomioitu.
 On olemassa.
 Joskus puhutaan hiukan eri kieltä mutta kärsivällisyys tuottaa tulosta.
 Kotishoito tuottaa säästöjä. Resurssija on hienosti annettu.

Organisaation tulee selkeämmin linjata ja jakaa tietoa niistä toimintamalleista, miten saattohoitoa halutaan toteuttaa eri yksiköissä.
 On tärkeää mutta on välillä niin kaukana, että tulee tunne, etteivät tiedä käytännön työstämme.
 En koe organisaation erit panostaneen kotisair saattohoidon toteutuksessa.
 On vähäinen, en kuitenkaan moiti koska osaaminen/järjestäminen vielä työn alla.

Pääluokka

Esimiehen tuki riittävää

Esimiehen tukeen liittyviä toiveita

Organisaation tuki riittävää

Organisaation tukeen liittyviä toiveita

Kysymys 8. Miten mielestäsi Turun kaupungin sairaalapalveluiden yksiköiden kotisaattohoito järjestelmää tulisi kehittää?

Alkuperäisilmaisuja

oslta tulisi olla mahdollisuus mennä käymään pot kotona 24/7 ja hoitotoimia voisi tarvittaessa suorittaa pot kotona mihin aikaan vain. Saattohoitoon perehtynyt lääkäri tulisi olla saavutettavissa 24/7. Yöhoitoon tulee panostaa, saattohpot tulee tarv pystyä tekemän kk Yöaikainen hoito tulisi järjestää esim päivystystyyppisenä. Kotisairaalan työaika toist 7-21, pot yöaikainen tuki oslta, tarve yö-hoidolle koettu vähäiseksi.

Lääkäriresurssia tulee lisätä. Lääkäriresurssi on tällä hetkellä vaatimatonta ja pitkälti yhden osajaan varassa

Erikoistumiskoulutuksia hoitajille tulee lisätä. Jo opiskeluvaiheessa voisi olla mahd suorittaa saattohoitoon liittyviä opintoja. Nykytoiminnassa kotisairaala ylittää A-tason toiminta malliin. Mikäli pyrittäisiin seuraaville tasoille kotisaattohoidon henkilökuntaa tulisi lisätä, lääkäriillä olisi oltava tarvittava erikoiskoulutus ja henkilökunnasta osalla olisi oltava tarvittavaa osaamisen taso.

Molempien yksiköiden tulee jatkuvasti kehittää ja selkiyttää lisää toimintaansa. Kotisaattohoidon toimintaan kuluvat toimijat olisivat fyysisesti lähempänä toisiaan, jolloin yhteistyö ja kommunikointi sujuisi paremmin ja tiedettäisiin paremmin mitä kukin tekee. Saattohoitokoordinaattoreiden ja kotisair toiminta voisi olla hyödyllistä yhdistää, jotta resurssit ja osaaminen tulisivat mahd hyvin käyttöön. Kotisairaalan potilaiden pääpaino on infpotilaissa, näiden ympärille suunniteltu työt, saattohpot hyvin pieni määrä, nyt koord jo usea, voisiko työn vuorotus ja lisää kk heille olla mahdollisia? Tavoitteena tulisi olla C-taso. Turun kokoisessa kaupungissa asukkaita lähes 190000 joten tarvetta osaamiselle on. Nykyinen malli, jossa koordinaattorit toimivat eri yksiköissä ei mielestäni toimi riittävän hyvin Enemmän kotikuolemien suuntaan pitää mennä. Joka vuoroon tulisi nimetä saattohoitopotilaista vastuussa olevat henkilöt, mikäli näitä on ja jos potilaan hoitoisuus on korkea ja esim kuolema on lähellä, tulisi vastuuhoitajalle olla riittävästi aikaa potilaan kotikäynteihin. Mikäli kotisairaala jatkaa kotisaattohoitoa voisiko yksi koordinaattoreista työskennellä kotisairaalan yhteydessä? Karinakodin mahdollisuudesta puhua vaihtoehtona Klinnalle koska on kodinomaisempi. Saattohoitopotilaan kriteerit tulee selkeyttää välillä melko hyväkuntoisia listalla

Tärkeää että toimijoilla olisi mahdollisuus yhdessä kehittää toimintaa ja että kotisaattohoitopotilailta saataisiin myös palautetta ja mielipiteitä kotisaattohoidon kehittämiseen. Erilaiset yhteiset palaverit tärkeitä. Esimiesten hyvä yhteistyö ja verkostot. Yksittäiset nopeat kk syövät kotisairaalan resurssia sisään-ulos-kirjausprosessissa kun koordinaattoreilla on jo hoitosuhde! Päällekkäisyyksiä hoitosuunnitelmissa ajoittain on. Kotisairaala kovin irrallaan kaikesta muusta kotisaattohoitoa tukevasta toiminnasta, näitä pitäisi lähentää ja luoda pelisäännöt mitä kukin tekee. Koordinaattoreiden ja kotisairaalan vuoropuhelua tarvitaan lisää. Koord ja kotisair työnjako tulee selkeyttää. Yhteistyökumppaneita ovat Tyks, TKS gerpkl, kotihoito, omaishoito, yksit.kotihoidon palvelut, vanhuspalvelut, yksityiset hoitolaitokset, kotisairaala, koordinaattorit, klinnan saattoos, Karinakoti. Kaikkien osapuolien tietoa tulee lisätä työn tavoitteista, jotta kaikilla olisi sama tavoite Yhteistyö osaston kanssa on myös hyvin tärkeää, toki talossa on muitakin osajia, muttei saavutettavissa 24/7

Alaluokka

Yläluokka

Pääluokka

Yöaikainen hoito

Lääkäri palvelu

Osaaminen

Resurssi tarve

Toiminnan selkeyttäminen

Kotisaattohoidon kehittämisen edellytykset

Yhteistyön optimointi

Saatekirje, Delfi-kyselyn II vaihe
10/2018

Hyvä kotisaattohoidon asiantuntija,

Lämmin kiitos kaikille teille kotisaattohoidon asiantuntijoille, jotka vastasitte keväällä tehtyyn ensimmäiseen Delfi-tekniikalla toteutettuun kyselyyn. Vastaukset olivat mielenkiintoisia ja antoivat paljon hyvää tietoa kehittääksemme Turun kaupungin sairaalapalveluiden, akuuttiosastoryhmän saattohoidon järjestämistä, kohti kotisaattohoidossa olevan potilaan ja hänen läheistensä parasta mahdollista kotisaattohoitoa.

Saamani vastausten perusteella ja kirjallisuuteen, sekä aiempiin tutkimuksiin pohjaten, olen koonnut tähän toiseen Delfi-kysely kierrokseen neljä näkökulmaa, joihin toivon sinun ottavan kantaa. Näkökulmien aiheet on valittu ensimmäiseltä kierrokselta eniten esiin nousseisiin teemoihin perustuen. Esitetyt näkökulmat voivat olla mielipiteitä jakavia. Toivonkin sinun kirjoittavan mielipiteittesi perusteluja, jotta esille nousee mahdollisimman monipuolisesti eri kotisaattohoitoon perehtyneiden asiantuntijoiden näkemyksiä hoidon järjestämisestä.

Akuuttiosastoryhmän johto on esittänyt toiveen kotisaattohoitoon osallistuvien yksiköiden yhteistyömallin luomisesta. Tehtäväksi saaneena teen aiheesta opinnäytetyön osana opintojani, sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto Yrkeshögskolan Noviassa. Tälle tutkimukselle on saatu asianmukainen tutkimuslupa.

Kyselytutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivottavaa, jotta kotisaattohoidon järjestämisen näkökulmaan saadaan käytännön työtä tekevien näkemyksiä. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista.

Jos sinulle herää kyselytutkimuksen osalta jotakin kysyttävää, niin otathan yhteyttä.

Ole ystävällinen ja palauta vastauksesi sisäisessä postissa, mukana olevassa kuoressa **28.10.2018** mennessä.

Vastauksistanne kiittäen,

Pia Björklöf
sairaanhoitaja yamk opiskelija
pia.bjorklof@edu.novia.fi

opinnäytetyön ohjaaja:
Pia Liljeroth
Kätilö, VTT
Yliopettaja
Yrkeshögskolan Novia
pia.liljeroth@novia.fi

Kirjallisuuskatsauksen mukaan kotisaattohoidossa olevan potilaan yöaikaisen turvattomuuden tunteen poistaminen on tärkeää. Euroopan neuvosto on jo vuonna 2003 laatimassaan suosituksessa palliatiivisen hoidon järjestämisestä kirjannut, että palliatiivisen hoidon erikoisosaamisen saatavuus tulee turvata potilaalle riippumatta ajankohdasta ja paikasta. Vuonna 2017 STM:n julkaisemassa, Tiina Saarron kirjoittamassa raportissa, todetaan B-tason kotona tapahtuvan saattohoidon osalta, että tarjolla tulee olla saattohoidon asiantuntija-sairaanhoitajan ympärivuorokautiset palvelut.

Turun kaupungin kotisaattohoidon asiantuntijoille viime keväänä tehdyn kyselyn mukaan, nousi selkeästi esiin tarve yöaikaisten kotikäyntien mahdollistamiseen kotisaattohoito-potilaiden luona.

Näkökulma 2/1. Yöaikaiset kotikäynnit kotisaattohoitopotilaiden luokse tulee järjestää kotisaattohoitoatukevan vuodeosaston toimesta.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

Osaston miehitykseen liittyen...

Henkilöstöturvallisuuteen liittyen...

Yöaikaisten kotikäyntien mahdollinen rajaaminen...

Vaihtoehtoinen yöaikaisten kotikäyntien järjestämistapa...

Kirjallisuuskatsauksen mukaan aktiivihoidon loppuessa on potilaalla ja omaisella oikeus palliatiivista hoitoa koordinoivaan tahoon, hoitajaan, jonka puoleen he voivat tarvittaessa kääntyä. Kotisaattohoidon toteutuksessa tärkein työkalu on henkilökunta, jolla on palliatiivisen hoidon kokonaisvaltaista osaamista. Kotikuoleman onnistumiseksi tulee sairaanhoitajan organisoida kaikkea mitä potilaan hoitoon liittyy. Turun kaupungin kotisaattohoidon asiantuntijoille viime keväänä tehdyn kyselyn mukaan, koettiin tärkeänä, että potilaan ja omaisen tiedossa on oma yhteyshenkilö ja hänen yhteystietonsa, sekä virka-ajan ulkopuolella olevan hoitovastuussa olevan yksikön (esim tukiosaston) ajan tasalla olevat yhteystiedot.

Näkökulma 2/2. Kotisaattohoidossa olevan potilaan ensisijainen yhteydenpito taho ja hoidon järjestelyiden vastuhenkilö tulee olla saattohoitokoordinaattori.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

Saattohoitokoordinaattoreilla on potilaan kokonaistilanne ajantasaisesti tiedossa...

Saattohoitokoordinaattorit osaavat arvioida potilaan tarpeen ja tarvittaessa tarjota potilaan tiettyjä hoidon toteutuksia kotisairaalan, päiväpoliklinikan, intervallipaikan tai muun tarkoituksenmukaisen hoitoyksikön hoidettavaksi...

Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaalla on oikeus valita hoitopaikkansa; koti, saattohoitokoti tai sairaala. Kotisaattohoito vaatii omaisen suostumuksen ja sitoutuneisuuden. Potilaalla on oikeus siirtyä kotisaattohoidosta laitoshoitoon kaikkina vuorokauden aikoina. Hoitamattomat oireet, puutteellinen tuki ja turvattomuus olivat yleisimmät syyt kotisaatto-hoitopotilaan päivystykseen hakeutumiseen. Saattohoidon pitkittyessä saattaa myös omaisen voimat loppua.

Turun kaupungin kotisaattohoidon asiantuntijoille viime keväänä tehdyn kyselyn mukaan, lupapaikka ei aina järjestynyt vaivatta ja/tai lupapaikalle tulemisen kriteerit olivat epäselviä.

Näkökulma 2/3. Kotisaattohoidossa olevalle potilaalle on aina löydyttävä lupapaikka.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

Lähtökohtana kotisaattohoitoon päätymiselle on potilaan oma toive. Potilaan tulee voida siirtyä osastolle lupapaikalle aina, hänen näin toivoessaan...

Kotisaattohoitoatukevan vuodeosaston ollessa täynnä...

Lupapaikka luvan antamisen kriteereistä...

Kirjallisuuskatsauksen mukaan jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön osaamiseen pitää sisältyä kyky hoitaa palliatiivisen ja saattohoidon perustason potilaita. Tiina Saarron kirjoittamassa raportissa todetaan, että B-tason saattohoidonyksiköissä palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat yksikön pääasiallista toimintaa. Henkilökunnan osaamisen vaatimuksina mainitaan muun muassa, että vastuulääkäreillä ja -sairaanhoitajilla on erikoistumiskoulutus, henkilökunnalla jatkokoulutusta erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Hoitoyksikössä tulee olla riittävä kokemus erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Henkilökunnan tulee olla myös koulutettu vaativien vuoro-vaikutustilanteiden varalle. Turun kaupungin kotisaattohoidon asiantuntijoille viime keväänä tehdyssä kyselyssä nousi esiin, että saattohoitokoordinaattoreiden tehtävänkuva tulee selkeyttää muille toimijoille. Esiin nousi myös kotisairaalan henkilökunnan kokemus psykososiaalisentuen antamisen puutteet osaamisen suhteen. Kotisairaalan toimesta nostettiin esiin myös käytännön järjestelyiden vaikeudet yhdistää saattohoitopotilaiden tarpeet ja infektiopotilaiden säännöllisten antibiootikierrosten yhtälö.

Näkökulma 2/4. Turun kaupungin kotisaattohoito tulee järjestää vain palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden hoitoon keskittyvän tiimin toimesta.

Laita rasti sen väittämän alle mikä vastaa mielipidettäsi:	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

Perusteluja:

Parhaan mahdollisen kotisaattohoidon saavuttamiseksi, tulee mielestäni kotisaattohoito Turun kaupungissa järjestää ...

Näkökulma 2/1. Yöaikaiset kotikäynnit kotisaattohoitopotilaiden luokse tulee järjestää kotisaattohoitoa tukevan vuodeosaston toimesta.

Alkuperäisilmaisuja

Alaluokka

Yläluokka

Pääloukka

Yöaikaisen miehityksen vahvistus, että voidaan irtaantua kotikäynneille
 Osastolle lisä turvaa kun sh on kotikäynnillä
 Yöllä tulisi olla useampi sh vuorossa
 Lisätä 1 sh yö miehitykseen
 Osastolle lisämiehitystä siten sieltä pystyisi sh irtautumaan kk
 Mikäli sh miehitystä kasvatetaan ei osaston potilasturvallisuus vaarannu.
 Tämänhetkinen miehitys ei osastolta mahdollista kk
 Osastolla oleva sairaanhoitaja ei voi jättää lähihoitajaa yksin
 Hoitaja osastotyössä jos ei kk, pitäisi huomioida resursseissa
 Tehokkain ja mielekkäin tapa olisi resursoida yöhoito osaston henkilökuntaan

Saattohoitokoordinaattori myös yöaikaan
 Saattohoitokoordinaattoreiden yöpäivystys koska potilaat heille tuttuja
 Yhdistää kotisairaala + saattohoito yö-partioksi
 Yöpäivystysrinki, eli varallaolo
 Jonkinlainen yöpäivystys

Kotihoidon yöpartio
 Yöpartio voitaisiin erikseen kouluttaa
 Yöpartio
 Yksityinen palveluntarjoaja
 Ulkoistaa
 Joku sairaankuljetusfirma

Optimaalisinta jos voi tehdä pareittain
 Yöllä ei missään nimessä pidä lähteä yksin kk
 Ei tehdä yöllä kk yksin
 Pitäisi tarkkaan miettiä, tulisiko olla 2 hoitajaa tai vartija kaverina
 Voisiko tehdä yhteistyötä yö-partion kanssa?
 Yksin tehtävä käynti yöllä on turvallisuusriski
 Os sh joutuu kk vieraaseen ympäristöön ja kohtaamaan potilaita,
 joiden mahd turvallisuusriskit ei ole tiedossa
 Taksilla liikkuminen parantaa turvallisuutta

Turvallisuusuhat kuten aggressiiviset potilaat ja omaiset
 Maantieteellinen raja asettaisi potilaat eriarvoiseen asemaan
 Akuutit tilanteet
 Vain kuolevat potilaat
 Siirretään aamuun ei aivan akuutit käynnit
 Ensin aina yrittää ratkaista ongelma puhelimesta keskustelemalla
 Moni asia voidaan hoitaa puhelimitse, käynnit lähinnä saattohoito vaiheessa

Yöaikainen kk tarve melko pieni mutta saattaa taata turvallisen
 kotonaolon ja kotikuoleman
 Osaston henkilökunnalla on kotikuolemien ja oirehoidon osaamista
 Kokonaisvaltaista hoitoa, fyysistä ja henkistä tukea tulee pystyä antamaan
 Hyvä suunnittelu, potilaiden tunteminen ja tilanteiden ennakointi

Osaston
miehityksen
lisääminen

Muun oman-
toiminnan
lisääminen

Ulkopuolinen
palvelun tuottaja

Henkilöstö
resurssi

Henkilö-
turvallisuus

Yö
kotikäyntien
rajaaminen

Potilaan etu

Yö-aikaisten
kotisaatto-
hoidon
kotikäyntien
järjestäminen

Näkökulma 2/2. Kotisaattohoidossa olevan potilaan ensisijainen yhteydenpito taho ja hoidon järjestämisen vastuuhenkilö tulee olla saattohoitokoordinaattori.

Alkuperäisilmaisuja

Kattavan alkuvaiheen haastattelun perusteella saa koordinaattori tietoa järjestää tarvittava apu ja hoito kotiin.

Käytännössä on oma-hoitaja malli, akuutit asiat hoitaa paikalla oleva koordinaattori
Osaavat oirehoidon ja tuntevat potilaan ja koti olot sekä yhteistyö tahot ja toimintaperiaatteet

Totta, potilaat koordinaattoreiden listalle jo varhaisessa vaiheessa jolloin aikaa tutustua potilaaseen ja omaisiin ennen avun tarpeen kasvua.

Kyllä, koordinaattorit vastuuhenkilöiksi

Koordinaattorit tuntevat potilaan ja omaiset ja osaavat arvioida heidän tuen tarpeen.

Koordinaattoreilla on omat potilaansa ja heidän tulee pitää riittävästi yhteyttä ja tietää kulloinenkin tilanne sekä tarv tehdä uusinta kkkun potilaan vointi heikkenee.

Hoitosuhte rakentuu pikkuhiljaa ja siksi on tärkeää sama hoitava taho

Kyllä, ihanteellisesti olisi aina sama koordinaattori potilaalle joka osaa ohjata oikeaan paikkaan

Koordinaattorin tuntemus tarkoituksenmukaisesta hoitopaikasta auttaa arvioimaan potilaan tilannetta ja tunnistamaan muuttuvat tilanteet sekä lähestyvän kuoleman.

Koordinaattoreilla pitäisi olla riittävä tuntemus organisaatiosta ja tukipalveluista

Olisi hyvä jos kaikki koordinaattorit hoitaisivat kaikkia potilaita niin ei tulisi tilanteita, joissa oma koordinaattori poissa ja kirjaukset vajavaisia, tällöin tuskastuu potilas ja omaiset
Saattohoitokoordinaattorit arvioivat tilanteita yhdessä lääkärin kanssa, tällöin potilas ja omaiset ymmärtää mitä tehdään ja miksi.

Arviointi on koordinaattorin työtä, haastavaksi sen tekee puhelimitse pidettävä yhteys niin moneen hoitoon osallistuvaan tahoon.

Jos puhelimitse ei saa luotettavaa tietoa tekee koordinaattori akuutti käynnin kotiin
Vaatii laaja-alaisen näkemyksen

Osastolla helpompi arvioida tilanne

Tulee tarpeen mikäli saattohoitotiimin resurssit eivät riitä

Alaluokka

Päälouokka

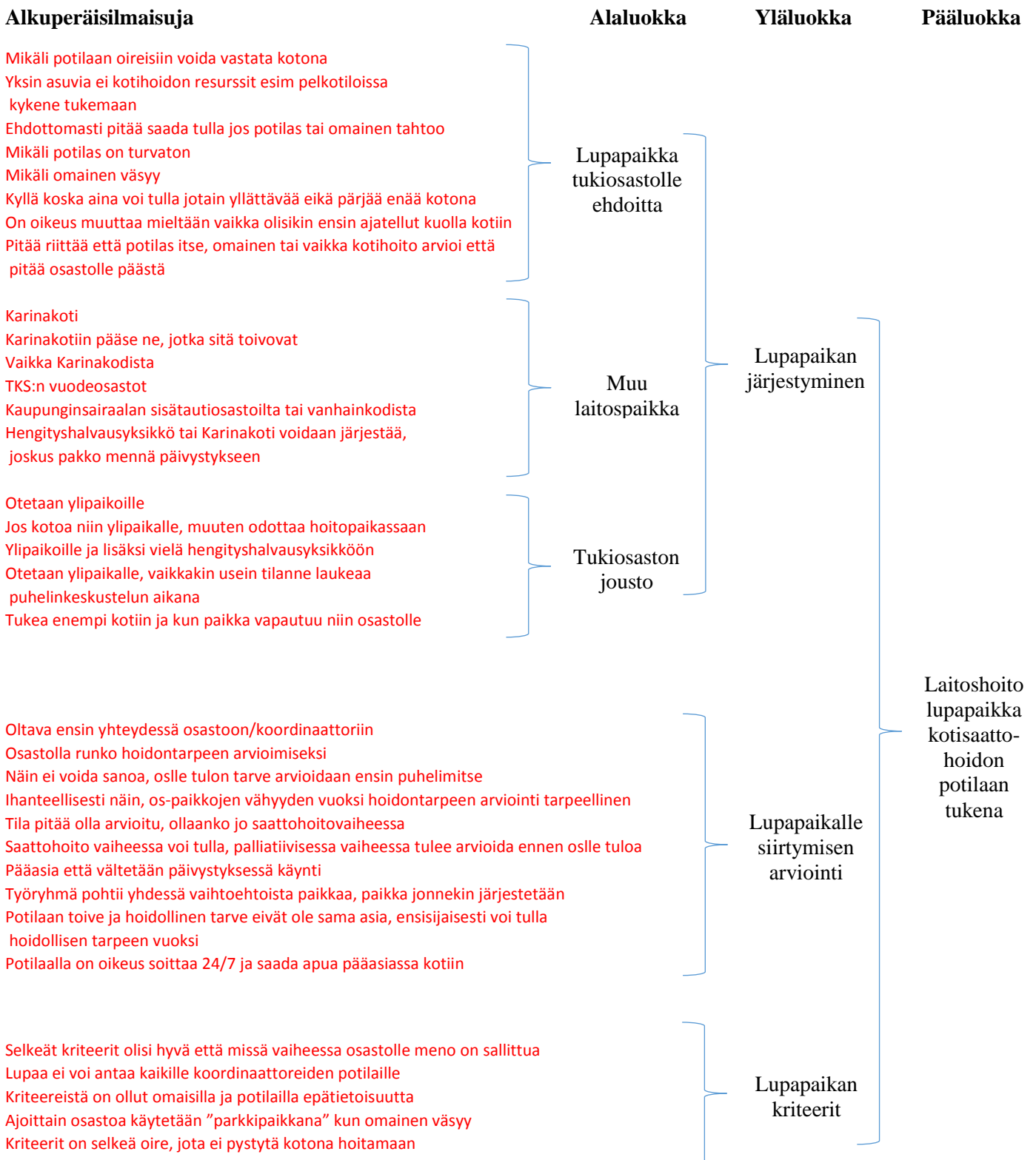
Koordinaattori
hoidon
kokonaisuuden
ohjaaja

Koordinaattorin
osaaminen

Vaihtoehtoinen
hoidon
järjestämisen vastuu

Kotisaatto-
hoidon
organisoinnin
vastuuhenkilö

Näkökulma 2/3. Kotisaattohoidossa olevalle potilaalle on aina löydyttävä lupapaikka.



Näkökulma 2/4 Turun kaupungin kotisaattohoito tulee järjestää vain palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden hoitoon keskittyvän tiimin toimesta.

Alkuperäisilmaisuja

Kotisaattohoitotiimin toteuttamana. Kotisaattohoito vaatii laaja-alaista osaamista, kiinnostuneen ja motivoituneen henkilökunnan sekä sujuvat toiminta käytänteet.

Saattohoitokoordinaattoreiden ja kotisaattohoitoa tukevan osaston yhteistyönä. Työ vaatii erityisosaamista mitä näistä yksiköistä löytyy.

Kotisaattohoidon tiimin koordinoimana, kokonaisvaltaisesti yhteistyössä

Saattohoitokoordinaattoreista koostuvan kotisaattohoidon tiimin toimesta.

Vastuu kotisaattohoidon järjestämisestä tulee olla koordinaattoreilla, kotihoito voisi lisänä olla yksi toteuttava taho.

Ensisijaisesti saattohoito pitäisi järjestää saattohoitoon erikoistuneen tahon toimesta.

Saattohoitokoordinaattoreille yöpäivystys

Samoin kuin nyt, mutta yö hoitoa tulee tehostaa.

Alaluokka

Koordinaattori
vetoinen
kotisaattohoitotiimi

Yöhoidon
turvaaminen

Pääloukka

Kotisaattohoitoa
tuottava
yksikkö
Turun kaupungissa

KOTISAATTOHOIDON YHTEISTYÖMALLI

