

LÄHIHOITAJIEN PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN OSAAMI- NEN ROVANIEMEN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA

Edupal – Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämishanke

Helenius Maiju-Emilia
Repo Tarja

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

2019

Hoitotyön Koulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Maiju-Emilia Helenius Tarja Repo	2019
Ohjaaja	Sirkka Havela	
Toimeksiantaja	Rovaniemen kaupunki	
Työn nimi	Lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaaminen Rovaniemen kaupungin kotihoidossa	
Sivu- ja liitemäärä	46 + 11	

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaamista ja mitä kehittämisehdotuksia heillä siihen on. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaamisesta. Sekä miten heidän mielestään osaamista voidaan kehittää ja heidän kehittämisehdotuksiaan koulutuksen suunnittelemiseen. Tästä aiheesta ei ole aiemmin tehty tutkimusta. Tutkimuksen toimeksiantaja on Edupal - Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämishanke.

Teoriaosan tiedon hankimme erilaisia lähteitä monipuolisesti käyttäen, pitäen mielessä eettisyyden ja luotettavuuden. Kokosimme näyttöön perustuvaa tietoa palliatiivisessa hoidossa olevan ihmisen hoitotyöstä, potilaan ja omaisten tukemisesta, kotona tapahtuvasta saattohoidosta ja lähihoitajien osaamisesta. Palliatiivinen hoito on oireita lievittävää hoitoa, kun potilaan sairauteen ei enää ole olemassa parantavaa hoitoa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoitoa voidaan toteuttaa sairaalassa, terveyskeskuksessa, muissa laitoksissa ja potilaan kotona.

Opinnäytetyömme on määrällinen tutkimus, josta syntyi uutta tietoa. Laadimme kyselylomakkeen, johon vastasivat Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajat. Kyselylomaketta laadittaessa oli tärkeää pystyä muodostamaan sellaiset kysymykset, joiden avulla toimeksiantaja saa tietoa kehittämiskohteista.

Tuloksista tuli ilmi, että palliatiivisen hoitotyön kokemusta löytyy, vaikka palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita on kotihoidossa harvoin. Vuorovaikutuksen lähihoitajat kokivat toimivaksi sekä potilaan että omaisten kanssa. Moniammatillisuuden hyödyntäminen oli monille tuttua, mutta siitäkin lähihoitajat halusivat lisää tietoa mm. miten kolmannen sektorin palveluita voi hyödyntää. Luottamussuhteen rakentaminen ja potilaan tapojen oppiminen oli lähihoitajien mielestä haastavaa, koska aina ei käydä samojen potilaiden luona vaan potilaat vaihtuvat. Lähihoitajat toivoisivatkin lisäkoulutusta sairauksista ja lääkehoidosta sekä kertausta kliinisistä taidoista. Johtopäätöksenä todettiin, että Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajista monilla on kokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä, mutta kuitenkin siihen halutaan lisäkoulutusta sairauksista ja lääkehoidosta.

Asiasanat Palliatiivinen hoitotyö, saattohoito, kotihoito, hoitotyö, osaaminen

School of Northern Wellbeing and services
Degree programme in Nursing and Health Care
Bachelor of Health Care

Authors	Maiju-Emilia Helenius Tarja Repo	2019
Supervisor	Sirkka Havela	
Commissioned by	City of Rovaniemi	
Subject of thesis	Practical Nurses Palliative Care Competence in The City of Rovaniemi Home Care Unit	
Number of pages	46 + 11	

The purpose of this thesis was to study the palliative care competencies of practical nurses in the City of Rovaniemi home care unit. The aim was to generate information about the nurses' palliative care competence as well as their ideas for developing both their skills and the organisation of palliative care training itself. There is no previous research on this topic. The commissioner of the thesis is Edupal - the palliative nursing and medicine education development project.

The literature for this thesis was collected from various sources, keeping in mind ethics and reliability. Evidence-based information was compiled on the care of people in palliative care, support for patients and their relatives, palliative care at home, and the skills of practical nurses. Palliative care aims to ease the symptoms of terminally ill patients. Terminal care is part of palliative care and can be arranged in a hospital, health centre, hospice or at the patient's home.

This thesis is a quantitative research which produced new information. A questionnaire was prepared to be answered by the practical nurses in the City of Rovaniemi home care unit. The formulation of the questions was important to enable the thesis commissioner to obtain information on development focus points.

The results showed that while there are few home care patients receiving palliative care, practical nurses in the City of Rovaniemi home care unit possess the skills to provide it. The respondents reported an effortless interaction with both patients and their relatives; many were also familiar with utilising a multi-disciplinary approach. However, they would still like further training, for example on how to utilise third-sector services. In addition, as the nurses do not regularly visit the same patients, they find it a challenge to become familiarised with their habits and build trusting relationships. The respondents would also like to refresh and expand their knowledge in illnesses, medication and clinical skills relevant to palliative care. It was concluded that many practical nurses in the City of Rovaniemi home care unit have experience in palliative care but find that further training would be beneficial.

Key words palliative care, terminal care, home care, nursing, faculty

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	3
3 PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN IHMISEN HOITOTYÖ.....	4
3.1 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO.....	4
3.2 HOIDON LINJAUKSET.....	5
3.3 PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVA POTILAS.....	7
3.4 PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN OMAISTEN MERKITYS.....	8
4 PALLIATIIVINEN HOITO KOTONA.....	10
4.1 KOTIHOITO.....	10
4.2 KOTISAATTOHOITO.....	11
5 LÄHIHOITAJIEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	14
5.1 OSAAMINEN KÄSITTEENÄ.....	14
5.2 HOITOTYÖN OSAAMINEN.....	14
5.3 PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN OSAAMINEN.....	15
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	16
6.1 MÄÄRÄLLINEN TUTKIMUSMENETELMÄ.....	16
6.2 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT JA AINEISTON HANKINTA.....	17
6.3 TILASTOLLISET MENETELMÄT.....	19
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	21
7.1 VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT.....	21
7.2 LÄHIHOITAJIEN ARVIOINTEJA PALLIATIIVISESTA HOIDOSTA, VUOROVAIKUTUKSESTA JA KOHTAAMISESTA.....	21
7.3 LÄHIHOITAJIEN ARVIOINTEJA LÄÄKEHOIDOSTA JA HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMISTÄ.....	30
7.4 ESILLE NOUSSEITA KEHITTÄMISTARPEITA.....	37
8 POHDINTA.....	38
8.1 TULOSTEN TARKASTELU.....	38
8.2 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	40
8.3 OMA AMMATILLINEN KASVU.....	41
8.4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	43
LÄHTEET.....	44
LIITTEET.....	47

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) määritelmän mukaan palliatiivisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Tämä tulee huomioida silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle sekä hänen läheisilleen erilaisia kärsimyksiä ja heikentää heidän elämänlaatuaan (WHO 2014, 5.)

Palliatiivinen hoitotyö on parantumattomasti sairaan ihmisen oireita lievittävää hoitoa, kun sairauteen ei ole enää parantavaa hoitoa. Oireita lievittävän hoidon kesto ei voi määrittää; hoito voi kestää päivistä vuosiin. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 7.) Parantumattomasti sairaan ihmisen hoidon tarkoituksena on lievittää kärsimyksiä ja parantaa elämän laatua (Hagan, Xu, Lopez & Bressler 2018).

Erytisesti vanhusväestössä palliatiivisen hoidon tarve tulee kasvamaan, koska suomalaiset elävät vanhemmiksi ja asuvat kotona yhä kauemmin (Finne-Soveri 2019). Hyvin toimivan palliatiivisen kotihoidon voidaan olettaa tuottavan kustannussäästöjä, koska se vähentää päivystyskäyntejä sekä ohjautumista erikoissairaanhoidon. Kotisaattohoito on käsitteenä ajankohtainen, koska useat saattohoidossa olevat haluavat kuolla omassa kodissaan, mutta vuonna 2012 vain alle 5 % saattohoidossa olevista sai kotisaattohoitoa. (Saarto 2015.)

Kotihoito on kotona tapahtuvaa hoitoa, jolla tuetaan kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Oikeutettuja kotihoitoon ovat vammaiset, ikäihmiset ja sairast sekä henkilöt, joiden toimintakyky on jostain muusta syystä alentunut. Kotihoito tukee ja auttaa asiakasta arkipäivän askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa esim. hygienian hoitamisessa ja ravitsemuksesta huolehtimisessa. Työntekijät kotihoidossa tarkkailevat myös asiakkaan vointia. Heiltä asiakas ja omaiset saavat myös tarvittaessa neuvoa palveluihin liittyvissä asioissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Kotona tapahtuvassa saattohoidossa omaiset ovat tärkeässä roolissa, koska he toteuttavat hoidon. Vastuu hoidosta on kuitenkin hoitavalla lääkäriellä sekä kotona käyvillä hoitajilla. Kotisaattohoito on omaisille henkisesti ja fyysisesti raskasta, minkä takia pitää huomioida, että potilas saa riittävästi hoitoa. Hoitajan rooli on katsoa, että potilaan omaiset saavat tarvittavan avun ja tuen. (Kauppo 2012, 15-16.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaaminen Rovaniemen kaupungin kotihoidossa ja kuinka sitä voisi kehittää. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa hoitajien osaamisesta palliatiivisessa hoitotyössä sekä kerätä heidän kehittämis ehdotuksiansa osaamisen parantamiseen, joita voidaan hyödyntää koulutuksen suunnittelemiseen. Opinnäytetyö tehdään EDUPAL – Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämisen hankkeeseen. Opetus- ja kulttuuriministeriö rahoittaa hankkeen. Opinnäytetyömme aihe on todella mielenkiintoinen ja tärkeä, koska palliatiivisen hoitotyön osaamista on vielä vähän.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tutkimuskyselyn avulla lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaaminen Rovaniemen kaupungin kotihoidossa ja mitä kehittämissuunnitelmia heillä siihen on. Kyselyn avulla saamme arvokasta tietoa suoraan kotihoidossa työskenteleviltä lähihoitajilta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaamisesta Rovaniemen kaupungin kotihoidossa ja kuinka heidän mielestään osaamista voitaisiin kehittää. Tutkimuksen toimeksiantaja on Edupal - Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämishanke. Opinnäytetyön toimeksiantajana (Liite 1) on Rovaniemen kaupunki, jolta saimme myös tutkimusluvan (Liite 2). Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa Rovaniemen kaupungin kotihoidossa lähihoitajien osaamiseen kehittämiseen. Meillä tavoitteena oli opinnäytetyötä tehdessämme kasvattaa tietämystämme palliatiivisen potilaan hoitotyöstä, laajentaa omaa näkemystämme hoitajien kokemuksista ja kehittää yhteistyötaitojamme.

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmana on:

1. Millaiseksi Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajat arvioivat oman palliatiivisen hoitotyön osaamisensa?
2. Millaisia kehityssuunnitelmia lähihoitajilla on osaamisen parantamiseksi?

3 PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN IHMISEN HOITOTYÖ

3.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Parantumaton sairaus voi ilmetä äkillisesti, mutta myös erilaiset perinnölliset sairaudet voivat kuulua ihmisen elämään ennen syntymää tai varhaislapsuudesta asti. Parantavaa hoitoa ei voida antaa kaikkiin sairauksiin ja osa sairauksista myös kehittyy iän myötä kroonisiksi. Kun sairautta ei voi parantaa, eikä tautia jarruteta, on rinnalle otettu enenevässä määrin palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito. Palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määritelmää; hoito voi kestää vuosia. (Surakka ym. 2015, 7.)

Yksi terveydenhuollon erikoisaloista on palliatiivinen hoito, jossa keskitytään kaikenikäisten vakavaan sairauteen sairastuneiden potilaiden ja heidän perheensä kärsimysten lievittämiseen. Parantumattomasti sairaan ihmisen hoidon tavoitteena on lievittää elämää rajoittavien sairauksien aiheuttamia kärsimyksiä ja samalla edistää potilaiden elämänlaatua. (Hagan ym. 2018.) Suomalaiselle hoitohenkilökunnalle palliatiivisen hoidon käsite on vielä vieras, se on johdettu englannin kielen palliate-käsitteestä, joka tarkoittaa lievittämistä, tuskan vähentämistä ja helpottamista. (Myller 2008, 6.) Kokonaisvaltaisuus, itsemäärääminen, kunnioitus, yksilöllisyys, turvallisuus ja ihmiskeskeisyys korostuvat palliatiivisessa hoitotyössä. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä, sekä samalla heikentää heidän elämänlaatuaan. (Saarto, Hänninen, Vainio & Antikainen 2018, 8.)

Tärkein pääperiaate palliatiivisessa hoidossa on, että kuolema käsitetään normaalina elämän päätepisteen tapahtumana. Pitkälle edennyttä tautia sairastavan potilaan elämää ei ole tarkoituksena lyhentää eikä pidentää. (Saarto ym. 2018, 8.) Käypä hoito -suositusten mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille vakavasti sairaille iästä ja sairaudesta riippumatta. Palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan sairauden vaihetta, jossa taudin kulkuun ei enää voida merkittävästi vaikuttaa ja hoidon ensisijainen tarkoitus on lieventää kärsimystä ja säilyttää elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Parantumattomasti sairaan ihmisen hoitoa toteutetaan moniammatillisesti huomioiden fyysiset, psykososiaaliset ja henkiset tarpeet. Hoitoa toteuttavaan moniammatilliseen työryhmään voi kuulua eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, vapaaehtoistyöntekijöitä ja seurakunnan työntekijöitä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Palliativisella hoidolla autetaan potilasta elämään niin aktiivista elämää kuin mahdollista ihan kuolemaan saakka. Potilaan läheisiä ja sukulaisia autetaan sopeutumaan tilanteeseen ja tuetaan heitä heidän surussaan. (Saarto ym. 2018, 8.)

Osa palliativista hoitoa on saattohoito, joka ajoittuu oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen, viimeisiin elinpäiviin tai -viikkoihin. Saattohoito on kuolevan potilaan hoitoa, oirearviossa potilaan yleisvointi on laskenut. Kuoleva potilas mielletään usein toimintakyvyltään merkittävästi heikentyneeksi potilaaksi, elintoimintojen hiipuesssa lähestyvän kuoleman merkit voivat olla jo nähtävillä. (Saarto ym. 2018, 8.)

Elämän lopulla potilaan elimistö heikkenee, ilmenee kakeksia, autonominen neuropatia ja aineenvaihdunnallisia muutoksia, jotka kaikki kuuluvat kuolemaa edeltäviin tapahtumiin. Nämä muutokset vaikuttavat sekä potilaan oirekuvaan että hänelle annettavaan hoitoon. Merkkejä lähestyvistä kuolemasta ovat väsymys, nielemisvaikeudet, tajunnantason lasku sekä periferian viileneminen. Mitä selkeämpiä merkit ovat, sitä lähempänä kuolema on. (Hänninen 2015.)

3.2 Hoidon linjaukset

Hoitolinjien määrittäminen on erittäin tärkeää potilaan hyvän hoidon, interventioiden sekä kustannusten kannalta (Niemi-Murola & Pöyhiö 2016). Hoidon ensisijainen tavoite, eli hoitolinja määräytyy sen mukaan, mihin ihmisen hoidolla on mahdollisuus pyrkiä. Hoito voi olla parantavaa, mutta kroonisten sairauksien hoidoissa yleensä tavoitteena on hidastaa sairauksien kulkua, tai vakauttaa potilaan sairaudentilaa sekä ehkäistä komplikaatioita. Jos perussairaudesta ei pystytä hidastamaan, sen hoidot eivät ole enää potilaan edun mukaisia tai potilaan sairaus aiheuttaa kärsimystä, edessä on siirtyminen oireenmukaiseen hoitoon. (Lehto 2015.)

Hoidon rajaukset perustuvat lääkärin arvioon sekä potilaan tahtoon kieltäytyä hoidoista. Lääkäri pyrkii keskustelemaan yhdessä potilaan sekä mahdollisten omaisten kanssa yhteisymmärryksessä hoidon rajauksista. Lääketieteellisesti perusteetonta hoitoa ei voi antaa potilaan tai omaisten toiveesta. (Saarto ym. 2018, 9.)

Hoitolinjauksella tuodaan esille hoidon pääasiallinen tarkoitus, kuten pysyvä paraneminen, sairauden etenemisen jarruttaminen ja elinajan pidentäminen, oireenmukainen hoito tai saattohoitopäätös (Saarto ym. 2018, 8). Potilaalle hoitolinjausten tarkoituksena on turvata hänelle arvojensa sekä toiveidensa mukainen, mutta myös lääketieteellisesti perusteltu paras mahdollinen hoito. Saattohoitopäätöksellä taataan potilaalle hyvä saattohoito eikä ainoastaan vain rajata hoidosta pois epätarkoituksenmukaisia hoitomenetelmiä. (Lehto 2015.)

Advance care planning, ACP, eli ennakoiva hoitosuunnitelma sisältää potilaan, hänen läheistensä ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä keskusteltuja potilaan toiveita ja tavoitteita tulevaisuuden hoitojen suhteen. Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla varaudutaan äkillisiin tilanteisiin, joissa potilas ei voi ilmaista itseään. Hoitosuunnitelma tehdään ajoissa loppu elämän varalle. Terveydenhuollon ammattilainen kirjaa hoitosuunnitelmaa varten käydyt keskustelut ja toiveet huolellisesti. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335-42.)

Hoitotahto on henkilön kirjallinen tahdon ilmaisu siitä, miten häntä hoidetaan silloin, kun hän ei enää kykene kertomaan kantaansa suunniteltuun hoitoon tai hänelle annettavaan hoitoon (Halila & Mustajoki 2016). Potilas voi hoitotahdossa ilmaista yksityiskohtaisesti haluamiaan erikoistoiveita annettavaan tai suunniteltuun hoitoon. Potilas voi kieltäytyä hoitotoimenpiteistä, esimerkiksi keinotekoisesta ravitsemuksesta tai antibioottihoidoista. (Lehto 2015.)

Hoitotahto tehdään pääsääntöisesti kirjallisena, pitäen sisällään potilaan oman nimikirjoituksen ja päivämäärän. On suositeltavaa, että hoitotahdossa käytetään kahta todistajaa, jotka eivät mielellään kuulu potilaan sukulaisiin tai lähipiiriin. Ilman todistajaakin hoitotahto on voimassa. Hoitotahdossa voi valtuuttaa toisen henkilön tekemään tarvittavat hoitopäätökset hoitotahdon laatijan puolesta. Kirjallinen hoitotahto on syytä tallentaa sairauskertomuksen liitteeksi tai se voi kul-

kea potilaan mukana. Sairauskertomuksessa tulisi olla merkintä hoitotahdon olemassaolosta. (Halila & Mustajoki 2016.)

Lain mukaan potilas voi ilmaista hoitotahdon myös suullisesti. Suullinen hoitotahto kirjataan sairauskertomukseen. Mikäli on mahdollista, hoitotahtoon pyydetään allekirjoitus tai muulla tavalla todennetaan sen oikeellisuus. (Halila & Mustajoki 2016.)

3.3 Palliatiivisessa hoidossa oleva potilas

Kun itseään terveenä pitävä ihminen kuulee olevansa vakavasti sairas ja edessä on raskaat hoidot, joiden toimivuudesta sairauden edetessä ei ole täyttä varmuutta, hänen maailmansa voi pysähtyä täysin paikoilleen. Tällöin alkaa sopeutuminen saatuun tietoon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 52.) Tieto elämän päättymisestä kesken voi aiheuttaa potilaassa masennusta ja ahdistuneisuutta, joka syntyy uudesta tilanteesta, jota ihminen ei voi itse ymmärtää eikä millään tavalla hallita. Sairaus tuo itsessään eteen pelkoja, siihen liittyvät kivut ja sen etenemisen. (Aalto 2013, 15.) Lisäksi rutiinien kohteeksi joutuminen sekä oman päätösvalan menettäminen voi lisätä masennuksen riskiä (Hänninen 2011, 45).

Sairastuminen tuo avuttomuutta parantumattoman sairauden edessä sekä kykenemättömyyttä osallistua sairauden tuomiin hoitoihin (Hänninen 2011, 45). Ihminen on oman elämänsä asiantuntija ja omassa asiassa aina tasa-arvoinen kumppani (Surakka ym. 2015, 34). Sairaus ei anna omaa asiantuntijuuttaan pois, vaan ihminen tarvitsee avukseen läheisiään sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita, sosiaalityöntekijöitä, hoitotyöntekijöitä sekä lääkäreitä. (Surakka ym. 2015, 34.)

Kuolevan potilaan kohtaamisessa korostuvat hoitajan vuorovaikutustaidot. Suurin osa vuorovaikutuksesta on sanatonta. Hoitajan asennot, liikkeet, kasvojen ilmeet, äänen sävyt ja muutokset äänen sävyissä potilas aistii hyvin herkästi. Pelkkä läsnäolo voi helpottaa kuolevan potilaan oloa. Hoitajan olemus voi rauhoittaa ja auttaa kuolevaa potilasta tuntemaan olonsa hyväksi ja hyväksytyksi. (Saarto ym. 2018, 108.)

Potilaan kunnon heiketessä tulee pyrkiä ylläpitämään hänen omanarvontuntoa ja arvokkuutta. Tulisi vaalia ja tavoitella potilaan voimavarojen mukaista itsenäisyyttä sekä tukea hänen itsemääräämisoikeutta. (Terveyskylä 2018.) Yksi ihmisen perustarpeista ja -oikeuksista on liikkuminen, joka liittyy vahvasti omatoimisuuteen. Hoitajan tulisi etsiä potilaan jäljellä olevat voimavarat, koska itse tekemisen kyvyllä on huomattava psykologinen voima. Potilaan puolesta tekemistä tulisi siis välttää ja tehdä yhdessä potilaan kanssa. (Surakka ym. 2015, 72.)

Hoidon suunnitteleminen yhdessä potilaan kanssa luo turvaa epävakaiseen tilanteeseen. Ei ole hyvä yrittää liiaksi hallita tilannetta, koska potilaan vointi, sairaus tai tilanteeseen asennoituminen ei ole koskaan ennakoitavissa eikä siihen ole käsikirjoitusta. (Terveyskylä 2018.) Hoito ei saa koskaan olla rutiininomaista perushoitoa vaan tulee huomioida potilas omana arvokkaana persoonanaan. Hoitajan ja potilaan välillä tulisi olla välittävä ja luottamuksellinen yhteys, joka luodaan läsnäololla ja vuorovaikutuksella. Tämä tulee esille ilmeissä ja eleissä, tavassa koskettaa hoitotoimien aikana, hiljaisuudessa ja puheessa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 92-93.)

3.4 Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan omaisten merkitys

Potilas itse määrittelee itselleen tärkeät ihmiset, joihin hänellä on lähimmät siteet ja jotka ovat läsnä potilaan elämässä sairauden aikana ja myös saattohoitovaiheessa. Ihminen on oman perheensä jäsen silloinkin, kun on sairaana tai sairaalassa. Vaikka potilaalla ei olisi läheisiä suhteita sukuunsa tai perheenjäseniinsä, hänellä voi olla yhteisö tai lähipiiri, johon hän kuuluu. (Surakka ym. 2015, 30.)

Hoitaja voi kohdata työssään useita palliatiivisessa hoidossa olevia. Hänen on todella tärkeää muistaa, ettei elämän loppuvaihe ja kuolema ole missään vaiheessa arkipäivää yksilön ja perheen elämässä. Omaisen tai läheisen saattohoitaminen on ainutkertaista. (Surakka ym. 2015, 10.) Sairas, kuoleva ihminen ei ole ainoa, joka käy läpi lähestyvän kuoleman tuomat muutokset. Usein hänen omaisensa tai läheisensä ovat hyvinkin vahvasti mukana tässä mahdollisesti pitkässäkin prosessissa ja aikanaan kohtaamassa kuoleman todellisuuden sekä menetyksen lopullisuuden. (Juhela 2015.) Käsillä oleva läheisen kuolema mer-

kitsee paljon perheelle ja läheisille. He voivat kokea hyvin voimakkaita tunnekokemuksia, surua ja luopumista ennen kuolemaa. Sopeutuminen tähän tilanteeseen on läheisille vaikeaa ja uuden tilanteen kohtaaminen vie paljon voimavaroja ja aiheuttaa psyykkisiä ponnisteluja. (Grönlund & Huhtinen 2011, 140.)

Palliatiivisessa hoidossa olevan omaiset kokevat tärkeäksi, että he ovat tervetulleita potilaan luokse. Heidän saapumisensa potilaan luokse huomataan, tervehditään ystävällisesti ja heidän kanssa keskustellaan. Kuulumisien kysyminen voi olla omaisille voimia antavaa ja tiedon antaminen antaa tukea. (Surakka ym. 2015, 30.)

Potilaan omaiset sekä läheiset ja heidän osallisuutensa on merkittävässä roolissa palliatiivisessa hoidossa. Kuolevaa hoidettaessa onkin otettava huomioon myös omaiset sekä heidän tarpeensa. Kuinka omaiset tulevat nähdyiksi ja kuuluisiksi ja kuinka heitä tuetaan kohtaamaan sairauteen liittyvät tosiasiat, luo heille käsityksen sekä pohjan sille, miten he arvioivat käsillä olevan kuoleman. Kuuluksi tulemisen myötä omaiset käsittelevät kuoleman hyväksi tai pahaksi asiaksi tai joksikin niiden väliltä. (Juhela 2015.) Omaiset voivat kokea tiedon helpottavan kokemusta. Avoimuus henkilökunnan ja omaisen välillä on keskeisessä roolissa heidän välisessään vuorovaikutuksessa. Hoitaja voi rohkaista ja auttaa omaisia käsittelemään avoimesti sairauteen ja kuolemaan liittyviä kysymyksiä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 140.)

Keskustelu on tärkein tapa selvittää potilaan perheen näkemykset sairauden merkityksestä ja hoitolinjauksista. Keskusteluun omaisten kanssa olisi hyvin tärkeä käyttää aikaa, jotta keskustelu ylettäisi tarpeeksi syvälle luomaan vakaata pohjaa sairaudelle ja jo kokemusta uhkaavalle kuolemalle. Läheisen lähestyvä kuolema voi muistuttaa omaisia oman elämän rajallisuudesta ja herättää pelkoa tulevaa muutosta kohtaan. Ennakoivalla informoinnilla omaisille voidaan luoda perusturvallisuutta ja luottamusta mitä siihen, mitä kuolemisprosessi tapahtuu. (Juhela 2015.)

4 PALLIATIIVINEN HOITO KOTONA

4.1 Kotihoito

Kotihoito on kotona järjestettävää hoitoa. Siihen kuuluvat kotipalvelujen, tukipalvelujen sekä sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus. Kotona tapahtuvan hoidon tarkoituksena on tukea ikäihmisiä, vammaisia, sairaita ja henkilöitä, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut. (Ikonen 2015,15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a.)

Kotipalvelu tukee ja auttaa asiakasta arkipäivän askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa esim. hygienian hoitamisessa ja ravitsemuksesta huolehtimisessa. Kotipalvelun työntekijät tarkkailevat myös asiakkaan vointia. Heiltä asiakas ja omaiset saavat myös tarvittaessa neuvoa palveluihin liittyvissä asioissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a.)

Tukipalvelut ovat usein ensimmäisiä palveluita, joita itsenäisesti asuva henkilö tarvitsee asumisen tueksi. Vaikka henkilö ei tarvitse kotipalvelun tai kotihoidon palvelua, voi hän saada tukipalveluja. Tukipalveluihin kuuluvat turva-, vaatehuolto-, ateriat-, kylvytys-, kuljetus-, siivous- ja saattajapalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. (Ikonen 2015, 17.; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a.)

Kunnan tarjoaman kotihoidon sijaan asiakkaalla on mahdollisuus saada kunnalta palveluseteli. Asiakas voi palvelusetelillä ostaa palvelun kunnan hyväksymältä palveluntuottajalta. Kotihoidon palveluita on monissa kunnissa mahdollista saada aamulla, päivällä, illalla ja jopa öisin yöpartion muodossa. Laadukas kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen pohjalta laadittavaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, johon kirjataan asiakkaan tarvitsema kotihoito ja muut kotipalvelut. Suunnitelman toteutumista seurataan ja sitä tarkistetaan, kun palvelujen tarve muuttuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Terveysturvalain (1326/ 2010) mukaan kunnan on turvattava kaikille asukkaalleen myös kotisairaanhoito, joka on yksi kotihoitoon kuuluvista toimenkuvista. Kotisairaanhoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista potilaan kotona järjestettyä moniammatillista terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaala-

hoito on määräaikaista ja tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaala helpottaa kotiutumista sairaalasta, selviytymistä kotona sekä tukee omaisia läheisensä kotihoidossa. Pääsääntöisesti kotisairaanhoidossa työskentelee sairaanhoitajia. Kotisairaanhoidossa sairaanhoitajan tehtävänä on toteuttaa erilaisia lääkärin määräämiä toimenpiteitä. Näitä ovat muun muassa mitaukset, näytteiden otto, lääkityksen valvominen, asiakkaan voinnin seuranta sekä kivun lievittäminen. Kotisairaanhoido eroaa kotisairaalahoidosta siten, että kotisairaalahoido on tehostettua sairaalataso hoitoa ja kestää vain määrätyn ajan. Kotisairaalahoido ovat esimerkiksi kotihoitoon soveltuva erikoissairaanhoido ja saattohoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b; Terveystenhoitolaiki 1326/2010 3:25§.)

4.2 Kotisaattohoito

Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositusten mukaan saattohoitoa tulee toteuttaa potilaan toiveiden ja tarpeiden mukaan hänen valitsemassaan hoitoympäristössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 9). Potilaan ja omaisten halutessa, saattohoitoa voidaan toteuttaa myös kotona. Kotisaattohoidon tarkoitus on antaa ihmiselle mahdollisuus kuolla siinä hoitopaikassa, jossa hän on elämänsä viimeiset ajat viettänyt. Tällöin kotina voi olla myös vanhainkodit, palvelutalot ja vastaavat hoitopaikat. Toive kotona kuolemista toteutuu Suomessa vain harvoin, vaikka moni ihminen sitä haluaa. Varsinkin ikäihmisiä saatetaan siirtää useita kertoja hoitopaikasta toiseen elämän loppuvaiheessa sen sijaan, että saattohoito voitaisiin tuoda heidän kotiinsa. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 577; Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2018.)

Kotisaattohoidossa potilaalla on mahdollisuus toteuttaa tuttuja jokapäiväisiä rutiineja ja vaikuttaa aktiivisena osallistujana hoitoonsa enemmän kuin laitoksessa tapahtuvassa saattohoidossa (Saarto ym. 2015, 577). Laadukkaan elämän kriteerit toteutuvat kotona itsestään. Ympäristö on tuttu, omat tavarat, omat tottumukset ja tavat, läheiset ihmiset ja eläimet ovat lähettyvillä. Ystävien ja naapureiden tuki on lähellä ja se auttaa vaikeina aikoina. Heiltä potilas saa apua käytännön asioissa sekä henkistä tukea. Mielekäs ruoka ja sisustamisen vapaus ovat kotona tärkeitä asioita. Kotona ei ole toisten sääntöjen alaisuudessa, vaan

pystyy itse päättämään asioistaan. Kotona hoitamisen pääkohta on, että potilas saa tukea perheeltään ja perhe saa tukea hoitojärjestelmältä. (Kauppo 2012, 13-14; Saukkonen, Lehto, Viitala & Åstedt-Kurki 2017, 201.)

Eri kulttuureista olevien potilaiden saattohoitoa olisi hyvä toteuttaa heidän kotonaan, koska silloin heidän kulttuurinsa mukaiset tavat ovat helpommin järjestettävissä. Esim. tiiviin perheyhteisön on mukavampi olla potilaan luona kotona ympäri vuorokauden. (Saarto ym. 2015, 577.) Pääasiallisena lähtökohtana onnistuneessa kotisaattohoidossa on, että yhteistyössä potilaan kanssa omaiset ja muut läheiset osallistuvat hoitoon. Potilaalla on oikeus päättää koko ajan, mistä asioista ja kenen läsnä ollessa hänen asioitaan käsitellään. (Pöyhiä, Güldogan & Vanhanen 2018, 67.)

Käytännöllisesti katsoen kotisaattohoitoa toteuttavat aina potilaan omaiset, vaikka hoidosta vastuussa ovat hoitava lääkäri ja kotisairaanhoidaja. Tämän takia omaisille kerääntyy suuri määrä vastuuta sekä henkistä ja fyysistä kuormitusta. Liiallinen vastuun siirto omaisille haittaa hoidon toteutumista ja onnistumista. Vaikka potilaalle ja omaisille kotona oleminen on merkityksellistä, tulee muistaa, että potilaan kuuluu saada riittävää hoitoa. Suuren avuntarpeen takia, perheen antaman hoidon lisäksi, potilas tarvitsee usein ammattilaisen apua. Hoitajalta omaiset saavat apua, ohjeita ja tukea. Potilaan ja omaisten luottamus hoitavaan tahoon, kotiin saatava ulkopuolinen apu ja tarpeelliset hoito- ja apuvälineet auttavat hoidon onnistumisessa. Myös riittävä kivunhoito tulee järjestää kotiin, jotta kotona oleminen olisi mahdollista. (Kauppo 2012, 15-16.)

Omaiset toivovat usein, että voisivat olla kuolevan läheisensä luona loppuun asti. Voi käydä niinkin, että omaisten voimavarat loppuvat eivätkä he jaksaa hoitaa kuolevaa läheistään kotona. Silloin kotihoidon hoitajalla on merkittävä rooli huomata omaisten väsyminen ja pyrittävä löytämään tähän ratkaisu. (Ikonen 2015, 269.)

Kotisaattohoitoa varten lääkäri ja kotisairaanhoidaja tekevät hoitosuunnitelman, josta tulee ilmi, kuinka erilaisissa tilanteissa tulisi toimia. Hoitosuunnitelmassa määritellään myös kotihoidon ja kotisairaalan tehtävät hoidossa. (Leppäaho 2016, 6.) Kotisaattohoitoa suunniteltaessa potilaalle ja omaisille annetaan nu-

mero, johon voi soittaa mihin vuorokauden aikaan tahansa neuvojen ja tuen saamiseksi. Tämä paikka voi olla esim. kotisairaala tai sairaala. Potilaalle sovi-
taan myös sairaalan osasto, minne hän pääsee aina tarvittaessa. (Ikonen 2015,
269; Saukkonen ym. 2017, 202.) Etukäteen sovitaan omaisten kanssa, miten
toimitaan kuoleman tapahtuessa ja keneen otetaan yhteyttä. Lääkäri tulee to-
teamaan kuoleman, kun saattohoidossa ollut potilas kuolee kotona. (Ikonen
2015, 269.)

5 LÄHIHOITAJIEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

5.1 Osaaminen käsitteenä

Suomen kielessä osaamiselle on monia eri synonyymejä, esimerkiksi pätevyys ja kompetenssi (Hyrkäs 2009, 49). Kompetenssi eli kyvykkyys tai pätevyys tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä omasta näkemyksestään että muiden ihmisten arvioimana. Osaaminen pitää sisällään yksilön tiedot, taidot, kokemukset, ihmissuhdeverkot, arvot, motivaation, energian ja henkilökohtaiset ominaisuudet, jotka voivat olla tiedostamatonta tai tietoista. Tiedoisessa osaamisessa yksilö tuntee taitonsa ja suoriutuu tehtävistään hyvin. Tiedostamattomassa osaamisessa yksilö harjoittaa vaistomaisesti taitojaan, kykyjään ja tietojaan miettimättä asiaa. (Hildén 2002, 33-34.)

Osaaminen pitää sisällään yksilön pätevyyden, ydinpätevyyden, erikoispätevyyden ja yleispätevyyden. Yksilön pätevyyteen kuuluvat henkilökohtaiset ominaisuudet, motivaatio, energia, arvot, asenteet sekä ihmissuhteet. Tieto ja taidot kuuluvat ydinpätevyyteen, jotka ovat välttämättömiä potilaan yksilöllisen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä arvioitaessa potilaan tilaa. Erikoispätevyyden osaamisalue vaihtelee eri työympäristöissä. Erikoispätevyydellä tarkoitetaan sen tiedon ja taidon osaamista, jossa hoitaja toteuttaa tarkoituksenmukaista hoitotyötä määrätyille potilasryhmille. Yleispätevyys kuvaa sitä, miten yksilö osaa yhdistää yksilön pätevyyden, ydinpätevyyden ja erikoispätevyyden. Näiden pätevyyksien yhdistämiseen ja hillitsemiseen ihminen tarvitsee psykomotorisia taitoja, psykososiaalisia taitoja ja ongelmaratkaisutaitoja. (Hildén 2002, 34-36.)

5.2 Hoitotyön osaaminen

Hoitotyössä edellytetään monenlaista osaamista. Itsenäinen työskentely on hyvin tyypillistä hoitotyössä ja hoitajan tulee kyetä tekemään toimenpiteitä ja erinäisiä tehtäviä itsenäisesti. Kyky itsenäiseen toimimiseen kehittyy ajan ja työkokemuksen myötä. Vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä asemassa, koska yhteistyö potilaan, omaisten ja työyhteisön kanssa on tiivistä. Tärkeimpiä asioita hoitotyön onnistumisen kannalta ovat valmiudet yhteistyöhön, päätöksentekoon,

tiimityöskentelyyn ja potilaan kohtaamiseen. Hoitotyössä painottuu myös tekniset ja toiminnalliset valmiudet. (Porras 2008, 3-4.)

Nopeat muutokset ovat tyypillisiä sosiaali- ja terveysalalla, koska teknologia, lääketiede ja hoitomuodot kehittyvät koko ajan. Hoitajan halu ja motivaatio oppia uutta auttaa huolehtimaan ja ylläpitämään velvollisuutta ammatilliseen osaamiseen. Hoitajalle tämä tuottaa sekä haasteita että mahdollisuuksia. Oppiminen lähtee jokaisesta ihmisestä, ketään ei voi pakottaa oppimaan. (Hildén 2002, 7-9.)

Muuttuva hoitotyö vaatii hoitajalta muutosvalmiutta, myös osaamisen liittyvät vaatimukset muuttuvat. Hoitotyössä hoitajan tulisi arvioida omaa osaamistaan, vahvuuksiaan ja heikkouksiaan, sekä kehittämistään aika ajoin. Säännöllinen kouluttautuminen ylläpitää vaadittuja osaamisvaatimuksia. (Hildén 2002, 29-31.) Oman osaamisen tarkkailu on työssä jaksamisen ja viihtymisen kannalta myös tärkeää. Osaamisen puuttuessa työkyky laskee ja epävarmuus työssä lisääntyy. (Hildén 2002, 50.)

5.3 Palliatiivisen hoitotyön osaaminen

Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuudelle kriteerit laati vuonna 2011 Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys (SPHY ry). Hoitotyön auttamismenetelmistä näissä kriteereissä korostuvat kuuntelu, kuuleminen, läsnäolo, lohduttaminen ja rauhoittaminen. Parantumattomasti sairaan ihmisen lääkehoito ja lääkkeettömän hoidon toteuttaminen moniammatillisesti ovat asioita, joita hoitajan tulee hallita. Potilaan toiveiden kuuleminen ja hänen voimavarojensa hyödyntäminen korostuvat hoitotyössä. (Surakka ym. 2015, 9.)

Suomessa palliatiivinen hoito ei tällä hetkellä toteudu tasavertaisesti jokaisessa sairaanhoitopiirissä. Myöskään palliatiivisen hoitotyön osaamista ei kaikilla hoitajilla ole tarvittavaa määrää. Eri korkeakouluissa palliatiivisen hoitotyön opetuksen määrä vaihtelee sekä sairaanhoitajilla että lääkäreillä. Kehittäminen olisikin tärkeää, jotta turvataan laadukas elämän loppuvaiheen hoito ja tuki potilaille ja heidän läheisilleen. (Pesonen & Prest 2019.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen on tarkoitus antaa kuva mitattavien asioiden eli muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Mittareina määrällisessä tutkimuksessa käytetään havainnointi-, haastattelu- ja kyselylomakkeita. Mittareiden avulla saatuja tietoja tarkastellaan numeerisesti. Kysymyksiä, joihin määrällisellä tutkimuksella halutaan vastauksia ovat: *kuinka usein*, *kuinka paljon* ja *kuinka moni*. Tutkimustieto saadaan numeroina, joista tutkija tulkitsee ja selittää sanallisesti olennaisen numerotiedon. (Vilkkä 2007, 13-14.)

Kyselyn kysymyksiin liitetään usein vastausvaihtoehdot eli ne ovat strukturoituja kysymyksiä. Tutkittava aihe tulee tuntea hyvin, jotta kysymykset ja vastausvaihtoehdot olisivat täsmällisiä ja sopivia. Vaihtoehdona kyselylle voi olla tietojen kerääminen rekistereistä, tietokannoista tai tilastoista. Tässä ongelmaksi usein tulee, ettei tietoja ole kerätty sitä tarkoitusta varten, mitä tutkimus käsittelee. (Kananen 2015, 74.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallista on mm. suunnitella kuinka aineisto kerätään, miten tutkittavat henkilöt valitaan, miten numerotieto saatetaan tilastomuotoon ja miten päätelmät tehdään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140).

Valitsimme opinnäytetyömme toteutustavaksi määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän. Halusimme saada paljon vastauksia, jotka voisimme taulukoida ja näin saada tietoa palliatiivisen hoitoyön osaamisen määrästä Rovaniemen kaupungin kotihoidossa. Kuinka moni –kysymys oli meillä se kysymys, johon haettiin vastauksia. Kotona tapahtuvaa palliatiivista hoitoa on vielä vähän ja se on vasta yleistymässä, joten osaaminen voi olla hyvin vaihtelevaa.

Havaitsimme, että kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän tulosten analysointi vie vähemmän aikaa kuin laadullisen tutkimuksen tulosten analysointi. Tutkimus menetelmää pohtiessamme päädyimme siihen, että laadullisen tutkimuksen myötä olisimme saaneet vastauksia vain muutamilta hoitajilta. Tarkoituksenamme oli saada arvokasta tietoa mahdollisimman suurelta määrältä hoitajia. Määrällinen tutkimusmenetelmä soveltuu tähän opinnäytetyöhön siksi,

että tutkimuskysymyksen on tarkoitus selvittää, löytyykö palliatiivisen hoitotyön osaamista ja millaista osaaminen on.

6.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta

Tärkeimmät käsitteet otannassa ovat perusjoukko ja otos. Perusjoukon muodostavat ne, joista tutkimuksessa halutaan tehdä päätelmiä. Otos koostuu tutkimukseen valituista vastaajista, jotka valitaan käyttämällä jotakin otantamenetelmää. Piirteiltään otos on yhdenmukainen perusjoukon kanssa eli edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. Otannan tarkoitus on, että perusjoukkoa pienemmällä otoksella saadut tulokset voidaan yleistää viittamaan perusjoukkoa. (Vehkalahti 2014, 43: Vilkka 2007, 51.)

Aineisto kootaan aineistonkeruumenetelmillä, joka valitaan tutkimustavasta riippuen. Määrällisessä tutkimuksessa käytettäviä aineistonkeruumenetelmiä ovat tilastot ja kyselyt. Yleisemmin näistä kahdesta käytetään kyselyä. On mahdollista hyödyntää myös valmiita tilastoja. (Kananen 2015, 81.) Kysely on aineiston kokoamisen keino, jossa kysymysten rakenne on vakioitu. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään samat kysymykset, samalla tyylillä ja samassa järjestyksessä. Kyselylomaketta hyödynnetään, kun tutkimuskohteena on henkilö ja häntä koskettavat aiheet esim. mielipiteet ja menettelytavat. (Vilkka 2007, 28.)

Kyselytutkimusta voidaan käyttää, kun vastaajia on paljon ja he ovat kaukana toisistaan. Henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen kysely sopii myös hyvin. (Vilkka 2007, 28.) Kyselytutkimuksen etuna on laajan tutkimusaineiston kerääminen, ison vastaajamäärän tavoittaminen ja useiden asioiden kysyminen. Koska kysely säästää tekijän aikaa ja uurastusta, se on tehokas menetelmä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja toimii itsenäisesti lukemalla kysymykset ja vastaamalla niihin kirjallisesti. Tällaisen kyselyn hyötynä on se, että vastaaja jää aina tunnistamattomaksi. Toisaalta kyselylomakkeen haittana on se, että vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi. Myös lomakkeiden palautuksessa voi olla viiveitä. (Vilkka 2015, 94.) Muita haittoja voivat olla mm. vastaajien totuudenmu-

kaisuus, kysymysten väärinymmärtäminen ja vastaajien heikot tiedot kysyttävästä asiasta (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomakkeen laadinta vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen (Vehkalahti 2014, 20). Kyselylomakkeen laatimisessa on kiinnitettävä huomiota seuraaviin seikkoihin: kysymysten selkeys, tarkkuus, pituus, kaksoismerkityksellisten kysymysten välttäminen, ”ei mielipidettä” vaihtoehdon antaminen, monivalintavaihtoehdot ”samaa mieltä / eri mieltä” - väitteiden sijaan, kysymysten järjestys ja määrä ja sanavalinnat. Kun kysymykset ovat valmiit, lomake kootaan. Sen tulisi näyttää moitteettomalta ja helposti täytettävältä. Avoimille kysymyksille tulisi olla reilusti vastaustilaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 202-204).

Kyselylomakkeeseen laitetaan mukaan saatekirje, jossa kuvataan lyhyesti tutkimukseen kuuluvat elementit. Saatekirjeellä on tarkoitus herättää luottamista siihen, että tutkimuksen tekijä on luotettava ja kyselyyn kannattaa vastata. (Kananen 2015, 262.) Yleiskieli ja hyvä asiatyyli ovat olennaisia saatekirjeessä. Visuaalinen ilme on myös tärkeä, koska vastaaja luo sen avulla ensimmäisen käsityksen ja kokonaiskuvan tutkimuksesta. (Vilkkä 2007, 65.)

Opinnäytetyön toteutimme kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena ja aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme kyselylomakkeen. Halusimme selvittää Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajien palliatiivisen hoidon osaamista kyselylomakkeella, jolla saatiin tietoa kuinka monella osaamista on ja millaiseen osaamiseen halutaan lisää koulutusta. Ennen kyselykaavakkeen jakamista vastaajille, kaavake testattiin valitsemillamme sairaanhoitajilla. Kyselyä tehdessä otettiin huomioon, että kysymykset olivat ymmärrettäviä sekä mahdollisimman selviä, jotta väärinymmärrystä ei tapahtuisi. Esikyselyn jälkeen kysymykset viimeisteltiin. Aineisto kerättiin heinäkuussa 2019 anonyymisti paperilomakkeena. Vastausprosentin alhaiseksi jäämisen ja vastausten viipymisen ratkaisimme niin, että kyselyyn vastasivat kaikki tietyssä tiimipalaverissa paikalla olleet lähihoitajat ja vastauskertoja oli vain yksi.

Lähetimme saatekirjeen (Liite 3) ja kyselylomakkeen (Liite 4) sähköpostilla palvelupäällikölle, joka huolehti lomakkeet tiimivastaaville. Lähihoitajat vastasivat kyselyyn tiimipalaverin päätteeksi. Vastaajat saivat kyselyn mukana saatekir-

jeen, jossa kerroimme opinnäytetyöstä. Saatekirjeessä oli mainittu vastaajille, ettei henkilötietoja kerätä. Kysely piti sisällään avoimia sekä suljettuja kysymyksiä. Palautus tapahtui tiimivastaavien kautta palvelupäällikölle, jolta haimme kaikki vastaukset yhdellä kerralla. Emme tehneet uusintakyselyä, koska aikataulu oli tiivis.

6.3 Tilastolliset menetelmät

Tiede muodostuu kahdesta komponentista: tieteellisestä tutkimusprosessista ja tieteellisen tutkimuksen tuottamista tuloksista. Tieteen tulokset saavutetaan tieteellisten menetelmien avulla. Tieteelliseltä menetelmältä vaaditaan loogisuutta, objektiivisuutta, yleistettävyyttä, todennettavuutta sekä yhteensopivuutta teorian ja havaintojen kanssa. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 13.) Perinteisen määrittelyn mukaan tilastotiede on kokemusperäisten tietojen keräämistä, esittämistä, analysointia sekä johtopäätösten tekoa käsittävä tiede. Tilastotieteen avulla voidaan ratkaista ongelmia numeerisiin tai kvantitatiivisiin havaintoaineistoihin perustuen. (Karjalainen 2010, 8.)

Tieteellisten menetelmien avulla on tarkoitus kerätä systemaattisesti ihmistä, luontoa ja yhteiskuntaa koskevaa tietoa. Pelkällä tiedon keräämisellä ei ole suurta merkitystä, vaan tiedosta on osattava tehdä oikeat johtopäätökset. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 13-14.) Tilastollisen tutkimuksen lähtökohtana on usein ongelma, joka halutaan ratkaista. Tutkimuksen tavoitteena voi olla selvittää tutkimuskohteen ominaisuuksia, lainalaisuuksia tai toimintaperiaatteita. Eri-tyyppisten ongelmien ratkaisemiseen tarvitaan erilaisia tutkimusasetelmia ja aineistoja. (Karjalainen 2010, 10.)

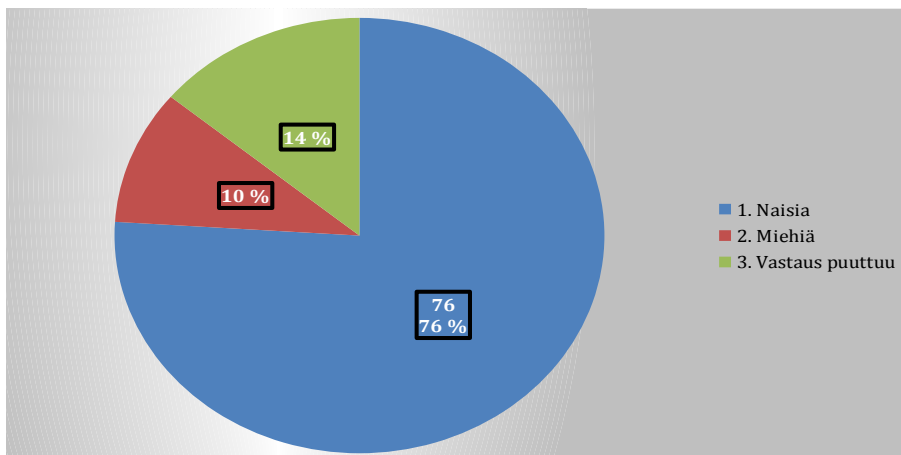
Yksinkertainen tapa kuvailla aineistoa on laskea havaintojen frekvenssejä eli jakaumia. Käytännössä lasketaan, kuinka monta minkäkin tyyppistä tai suuruista havaintoa aineistoon kuuluu. (Nummenmaa 2004, 54.) Suora jakauma on keino ilmaista ja koota yhteen havaintoyksiköiltä hankittua tietoa ja jakaumat esitetään kysymyksittäin (Kananen 2015, 288). Ympyräkaaviossa, toiseltaan nimeltään piirakkakaaviossa ympyrä on jaettu eri lohkoihin eli sektoreihin. Sektorit kuvaavat jonkun kokonaisuuden osia. Ympyräkaaviota käytetään kuvatessa suhteellisia osuuksia, jotka kuvataan prosenttilukuina. Koko ympyräkaavion pinta-ala vastaa kaikkia prosenttiosuuksia yhteensä eli 100 %:a. (Karjalainen 2010, 71.)

Kävimme kaikki kyselylomakkeet läpi yhdessä ja laskimme vastaukset tukkimiehen kirjanpidolla kahteen otteeseen. Keräsimme ylös avointen kysymysten vastauksia, joista teimme koosteen tulosten tarkasteluun. Käytimme tulosten analysointiin suoraa jakaumaa. Opinnäytetyön tuloksia kävimme läpi tekemällä jokaisesta kysymyksestä ympyräkaavion, jossa vastaukset näkyvät prosentteina. Kuviosta on helppo hahmottaa yhdellä silmäyksellä, miten vastaukset ovat jakautuneet. Vastaukset on myös helppo toimittaa toimeksiantajalle ympyräkaaviona, josta hän pystyy lukemaan vastaukset kysymyksiin. Hyödynsimme lähihoitajien alkuperäisilmauksia, jolloin tulosten lukeminen on lukijaystävällisempiä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

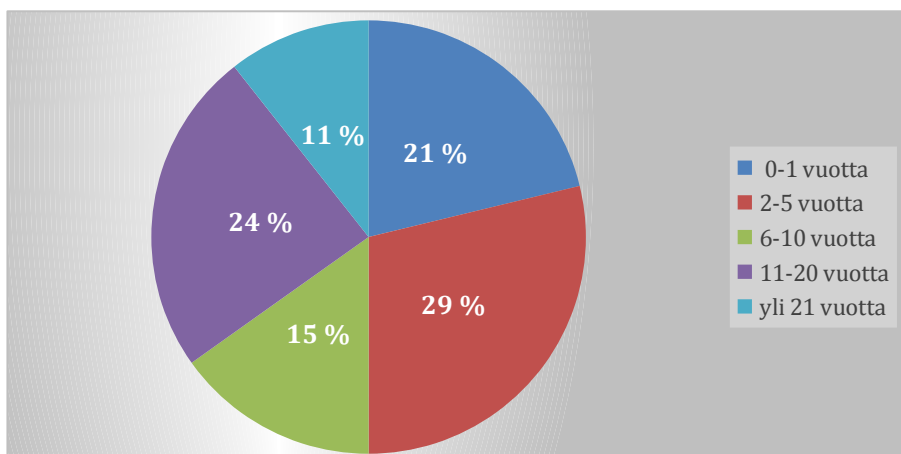
7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi Rovaniemen kaupungin kotihoidosta kaikkiaan 66 lähihoitajaa, joista yksi oli opiskelija. Vastanneista naisia oli 76 % (n=50), miehiä 10 % (n=7) ja 14% (n=9) ei halunnut ilmoittaa sukupuoltaan. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien sukupuoli

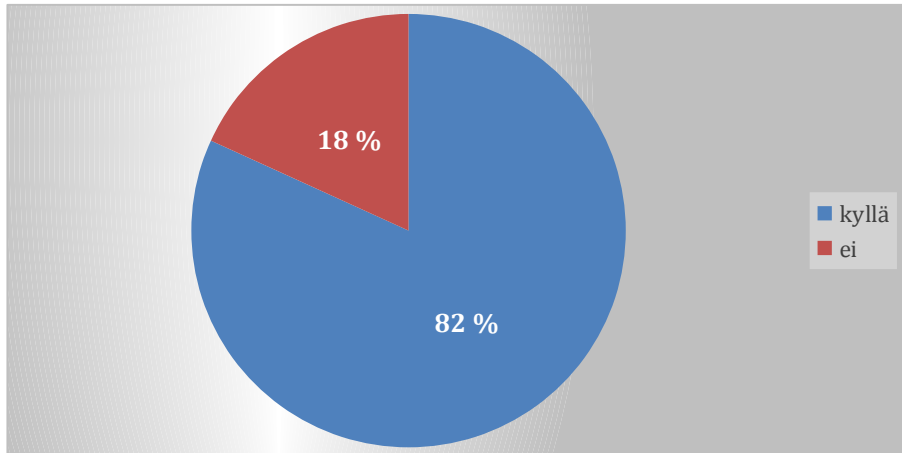
Kyselyyn vastanneilla oli työkokemusta lähihoitajana 0–38 vuotta. 21 %:lla (n=14) oli kokemusta 0–1 vuotta, 29 %:lla (n=19) 2–5 vuotta, 15 %:lla (n=10) 6–10 vuotta ja 24 %:lla (n=16) 11–20 vuotta. Yli 21 vuoden kokemus oli 11 %:lla (n=7) vastaajista. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus lähihoitajana

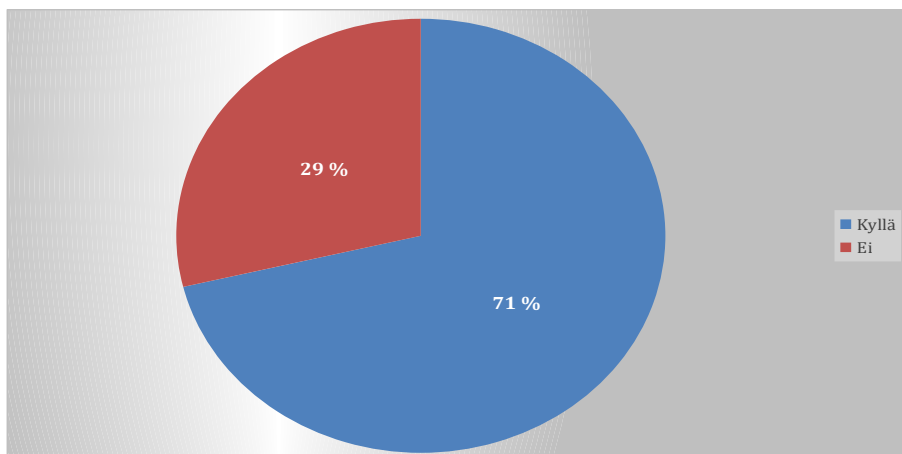
7.2 Lähihoitajien arvioiteja palliatiivisesta hoidosta, vuorovaikutuksesta ja kohtaamisesta

Kyselyyn vastanneista lähihoitajista 82 %:lla (n=54) oli kokemusta palliativisesta hoitotyöstä kotihoidossa. Lopulla 18 %:lla (n=12) kokemusta ei ollut. (Kuvio 3.)



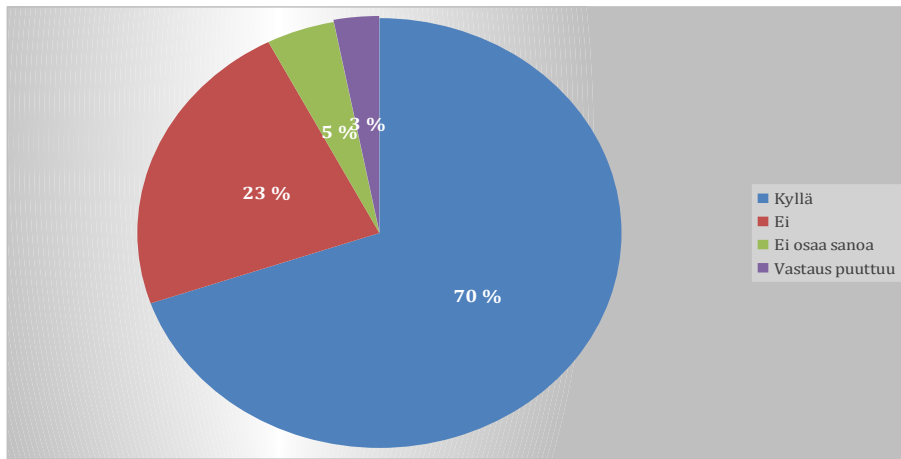
Kuvio 3. Lähihoitajien kokemus palliativisesta hoitotyöstä kotihoidossa

Vastaajista 71 %:lla (n=47) oli kokemuksia saattohoidosta kotihoidossa. Hieman alle kolmasosalla (n=19) kokemusta ei ollut. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Lähihoitajien kokemus saattohoidosta kotihoidossa

Vastaajista 70 % (n=46) piti kliinisten taitojen osaamistaan hyvänä. 23 % (n=15) ei pitänyt taitojaan hyvinä, 4 % (n=3) ei osannut sanoa ja 3 % (n=2) ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 5.)



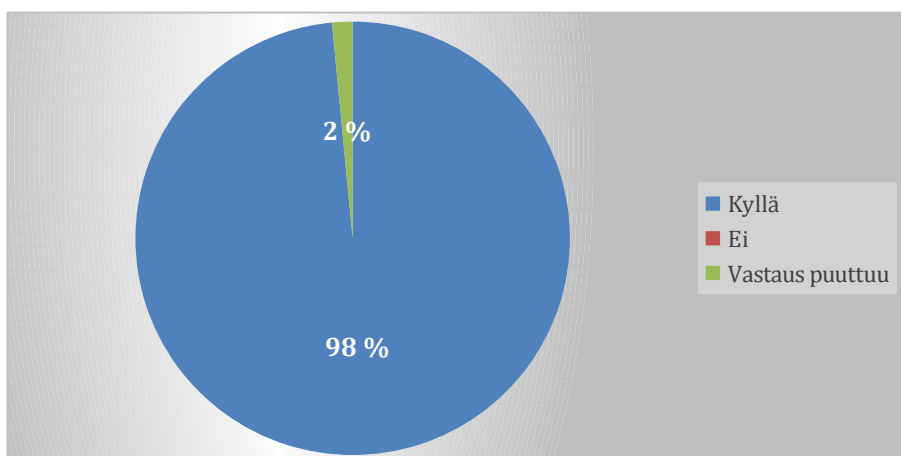
Kuvio 5. Lähihoitajien kliinisten taitojen osaaminen

Kuvio 5.

Avoimeen kysymykseen vastanneet lähihoitajat kokivat, että käytännön kokemusta pitäisi saada lisää. Myös uuden ja vanhan kertaus olisi vastaajista aina paikallaan.

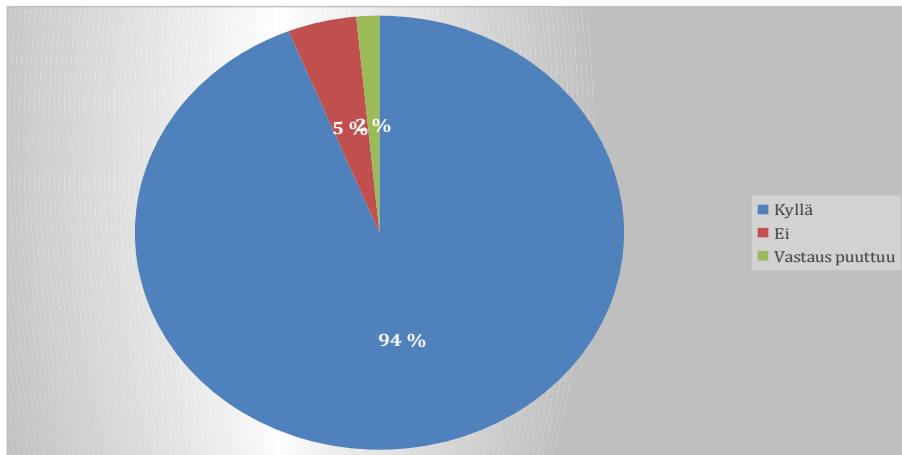
”Jos tulee enempi saattohoidossa olevia asiakkaita, niin silloin tarpeellista saada enempi kliinisiä hoitotaitoja, kun kotihoidon asiakkaat ovat suhteellisen hyväkuntoisia, kun kotona pystyvät olemaan. Haavanhoito ja kivun lievitys ovat normaalia arkea.”

Kaikkien paitsi yhden vastaajan mielestä vuorovaikutus potilaan kanssa oli sujuvaa (n=65). Yksi ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 6.)



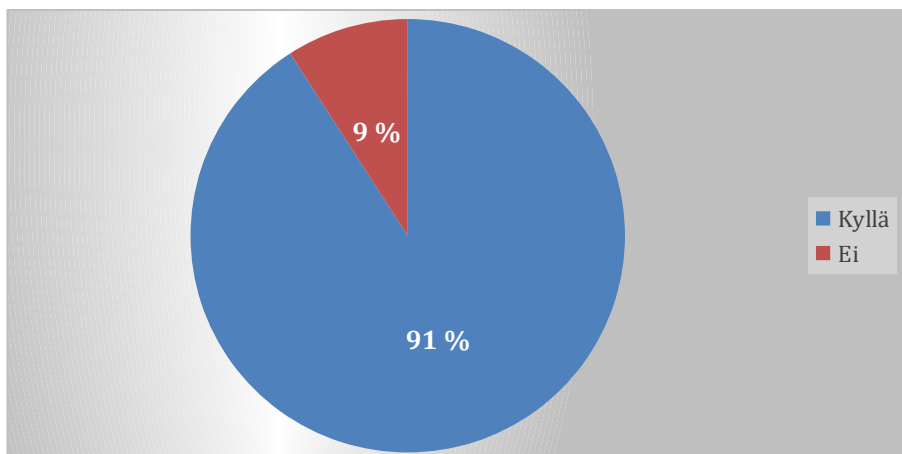
Kuvio 6. Lähihoitajien sujuva vuorovaikutus potilaan kanssa

Melkein kaikkien vastaajien mielestä vuorovaikutus omaisten kanssa on sujuvaa (n=62). Kolmen mielestä vuorovaikutus ei ollut sujuvaa ja yksi ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 7.)



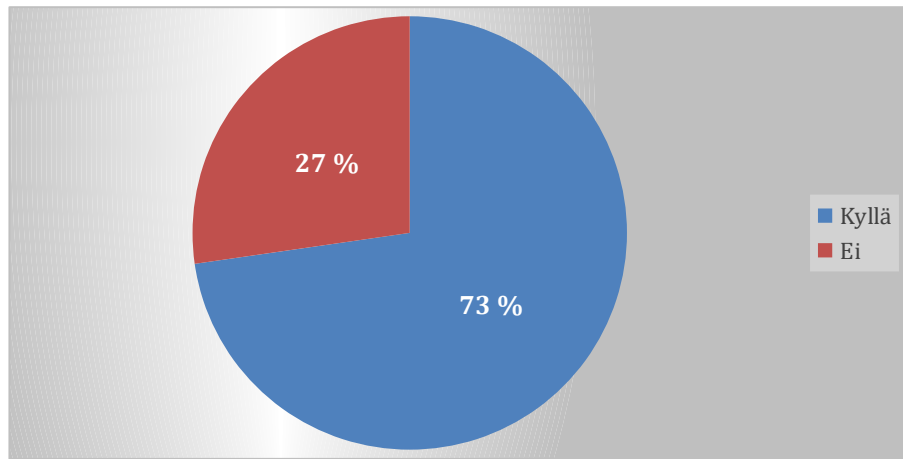
Kuvio 7. Lähihoitajien sujuva vuorovaikutus potilaan omaisten kanssa

Vastaajista 91 %:n (n=60) mielestä potilaan kohtaaminen on luontevaa. Lähes joka kymmenennen (n=6) mielestä se ei ole luontevaa. (Kuvio 8.)



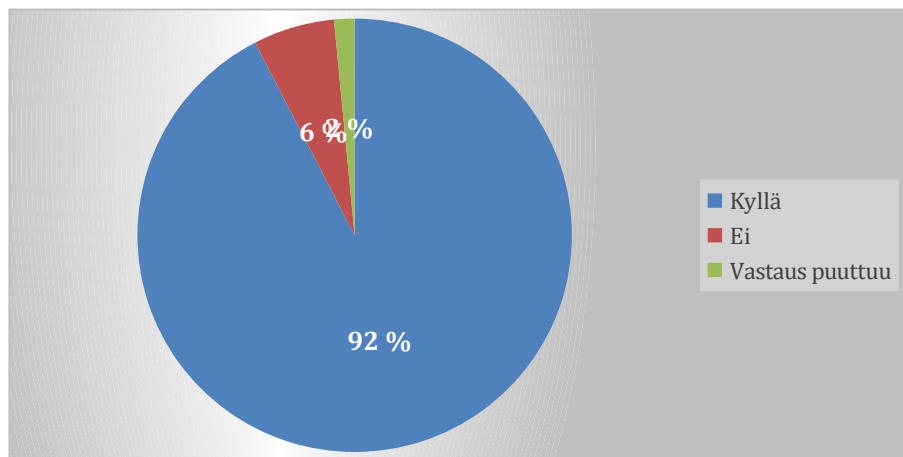
Kuvio 8. Lähihoitajien luonteva potilaan kohtaaminen

Omaisten kohtaaminen oli luontevaa 73 %:lla (n=48) vastaajista. Hieman yli neljäsosalle (n=18) omaisten kohtaaminen ei ollut luontevaa. (Kuvio 9.)



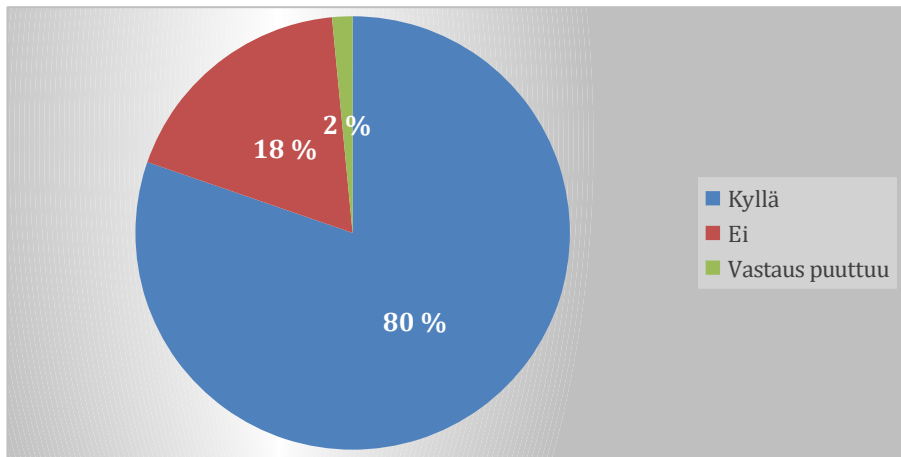
Kuvio 9. Lähihoitajien luonteva omaisten kohtaaminen

Melkein kaikkien (n=61) vastaajien mielestä yhteistyö potilaan kanssa oli luontevaa. 6 %:n (n=4) mielestä yhteistyö ei ole luontevaa ja yksi ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Lähihoitajien luonteva yhteistyö potilaan kanssa

Yhteistyö potilaan omaisten kanssa oli luontevaa 80 %:lla (n=53) vastaajista. Noin viidesosalle (n=12) yhteistyö potilaan omaisten kanssa ei ollut luontevaa. Yksi ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Lähihoitajien luonteva yhteistyö potilaan omaisten kanssa

Kuviot 7-11.

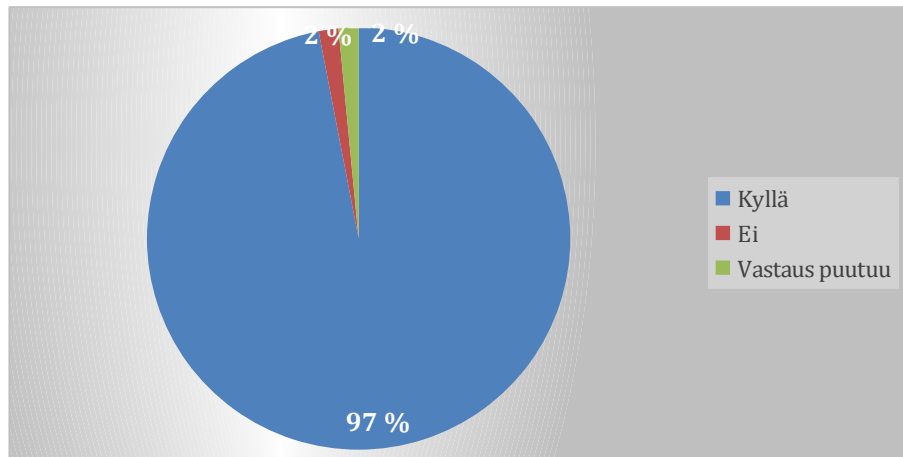
Avoimen kysymyksen vastauksissa lähihoitajat mainitsivat, että toisinaan on haastavia omaisia suhteessa työaikaan ja välillä asiakkaiden omaisilla on todella vaikeita kysymyksiä sekä omaiset vaativat asioita, joita on vaikea kotihoidossa toteuttaa. Lähihoitajat toivat ilmi, että heidän mielestään myös vaikeasti sairaan ihmisen kohtaaminen on hankalaa, etenkin jos kyseessä on nuori ihminen. Mietteitä herätti myös, se kuinka omaisten kanssa keskustellaan, jos he eivät halua myöntää tilannetta. Kantasuomalaisten ja kristittyjen kohtaaminen oli lähihoitajien mielestä helppoa, mutta eri kulttuureista ja uskonnoista tulevien kohtaaminen on vaikeaa, kun tiedot heistä ovat vähäisiä.

”Toisinaan haastavia omaisia suhteessa työaikaan.”

”Miten omaisten kanssa keskustellaan, jos he eivät osaa/ halua myöntää tilannetta.”

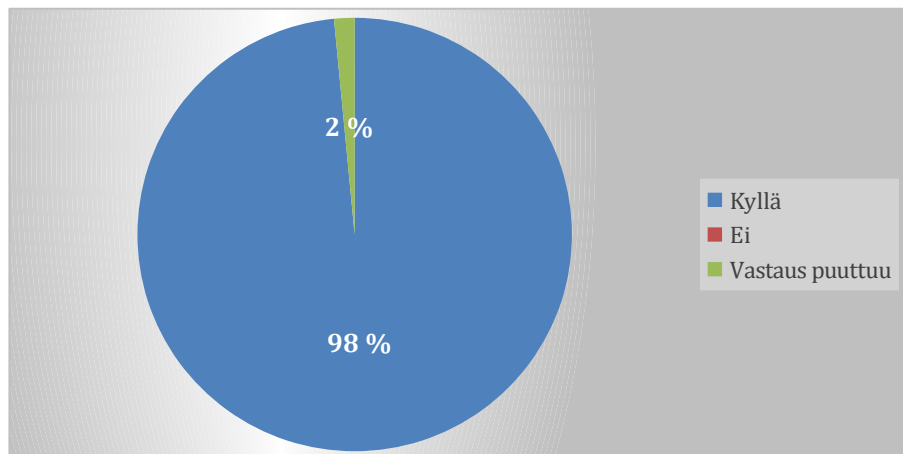
”Monesti esim. sairauden vuoksi asiakkaalla (mm. muistisairaus) johtaa aggressiiviseen ja arvaamattomaan käytökseen. Näissä tilanteissa pitää vain turvata selusta, olla rauhallinen jne. Pelkkä asiallinen ja ystävällinen käytös ei aina riitä, asiakas tai omaiset ovat haastavia.”

Lähes kaikki (n=64) vastaajat osasivat luoda turvallisen hoitosuhteen potilaaseen ja hänen omaisiinsa. Yksi vastasi kieltävästi ja yksi ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 12.)



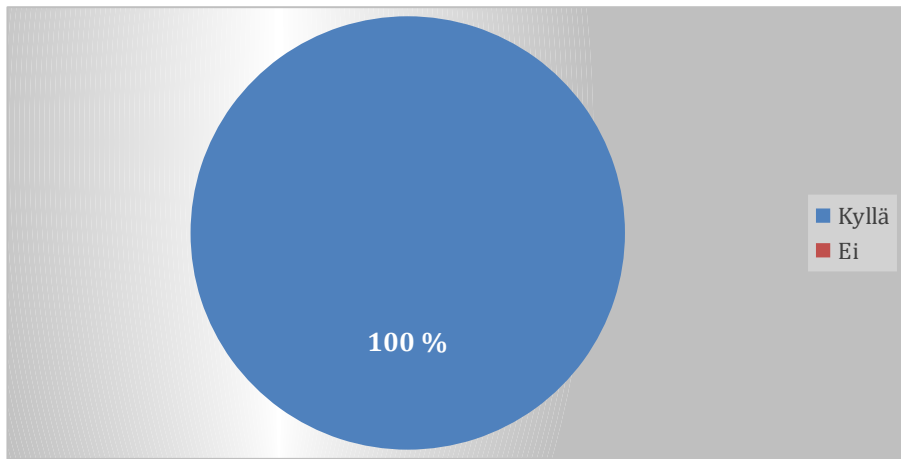
Kuvio 12. Lähihoitajien turvallisen hoitosuhteen luominen potilaaseen ja hänen omaisiinsa

Kaikki kysymykseen vastanneet (n=65) lähihoitajat osasivat huomioida asiakaslähtöisyyden esim. asiakas aktiivisena toimijana ja hoitotahto. Yksi ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 13.)



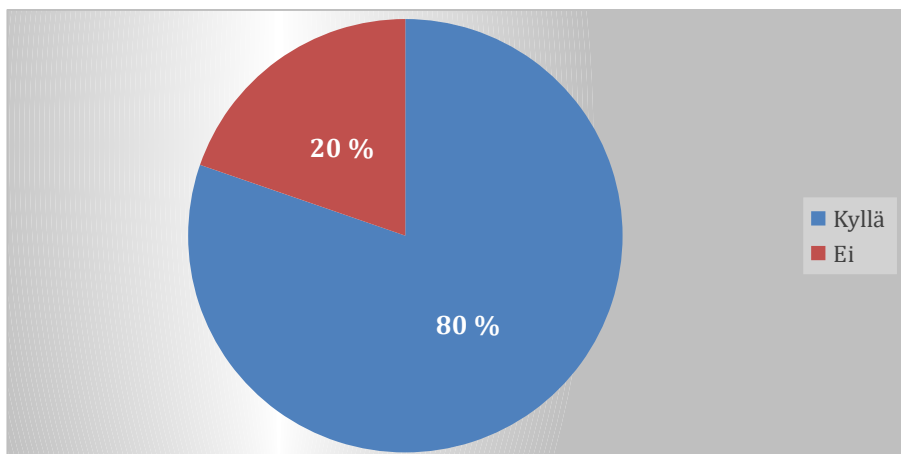
Kuvio 13. Lähihoitajien asiakaslähtöisyyden huomioiminen

Kaikki (n=66) vastaajat osasivat ottaa vastuun toiminnastaan ja toimia sovittujen toimintatapojen mukaisesti. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Lähihoitajien vastuun ottaminen omasta toiminnasta ja toimiminen so-
vittujen toimintatapojen mukaisesti

Neljä viidesosaa (n=53) vastaajista tiesi perusteet etenevistä, kuolemaan johta-
vista sairauksista ja sairauksien hoidosta (syöpä, COPD, neurologinen sairaus,
dementoivat sairaudet, ALS, sydämen vajaatoiminta ja munuaisten vajaatoimin-
ta). Viidesosa (n=13) vastasi kieltävästi. (Kuvio 15.)



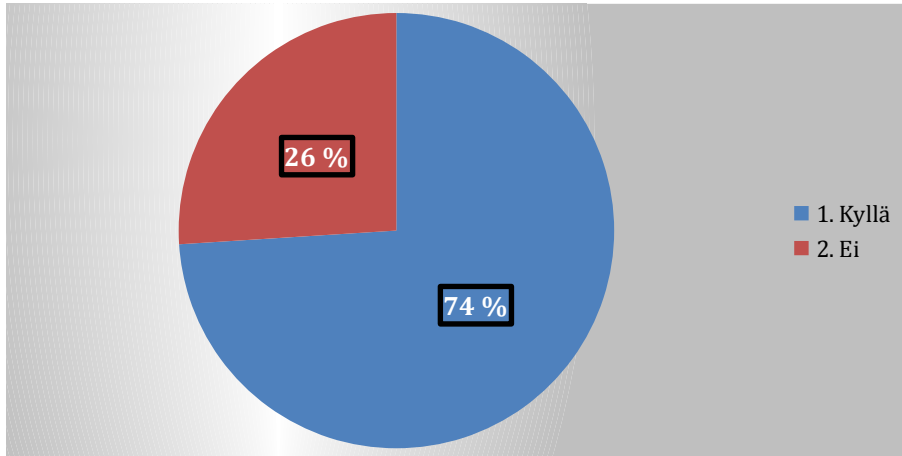
Kuvio 15. Lähihoitajien perustiedot etenevistä, kuolemaan johtavista sairauksis-
ta ja sairauksien hoidosta

Kuvio 15.

Avoimeen kysymykseen vastanneet lähihoitajat kokivat, että koskaan ei tiedä
kaikkea, aina pitää enemmän perehtyä jos ei ole tarvinnut tietoa pitkään aikaan.
Olisi hyvä saada sairauksiin kertausta.

*”Ei koskaan kaikkea tiedä, aina pitää enemmän perehtyä jos ei ole tarvinnut tie-
toa pitkään aikaan.”*

Hieman yli kolme neljäsosaa (n=49) vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta palliatiivisessa hoidossa olevaan potilaan hoitoon. Neljäsosa (n=17) ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Lähihoitajien palliatiivisen hoidon lisäkoulutuksen tarve

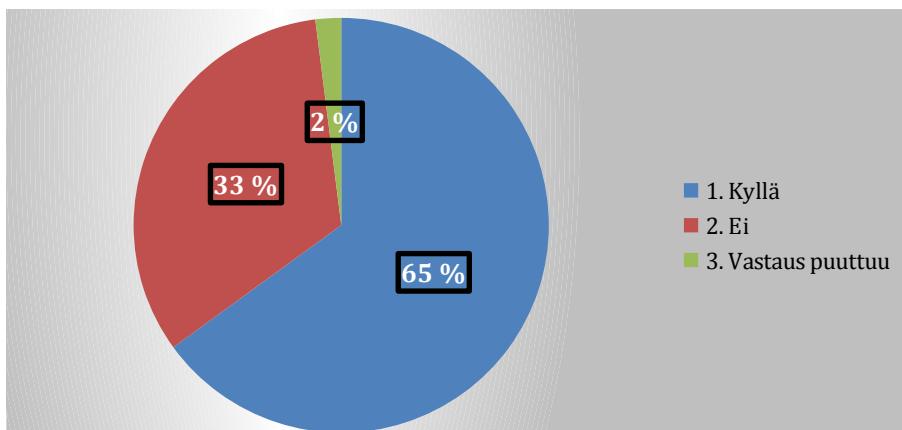
Kuvio 16.

Avoimeen kysymykseen vastanneet lähihoitajat halusivat tietää, miten tukea potilasta ja hänen omaisiaan. He pohtivat, pitäisikö omaisille puhua suoraan myös silloin, kun he eivät hyväksy kuolemaa.

”Keskustelu potilaan ja omaisen kanssa. Puhutaanko suoraan niillekin omaisille jotka eivät ”hyväksy” kuolemaa.”

”Potilaat ovat niin erilaisia. Pitäisi saada hyvä pohjustus, että potilas saa turvallisen selityksen.”

Lisäkoulutusta saattohoidosta halusi yli puolet (n=43) vastaajista. Lisäkoulutusta ei halunnut kolmasosa (n=22). Yksi ei ollut vastannut. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Lähihoitajien saattohoidon lisäkoulutuksen tarve

Kuvio 17.

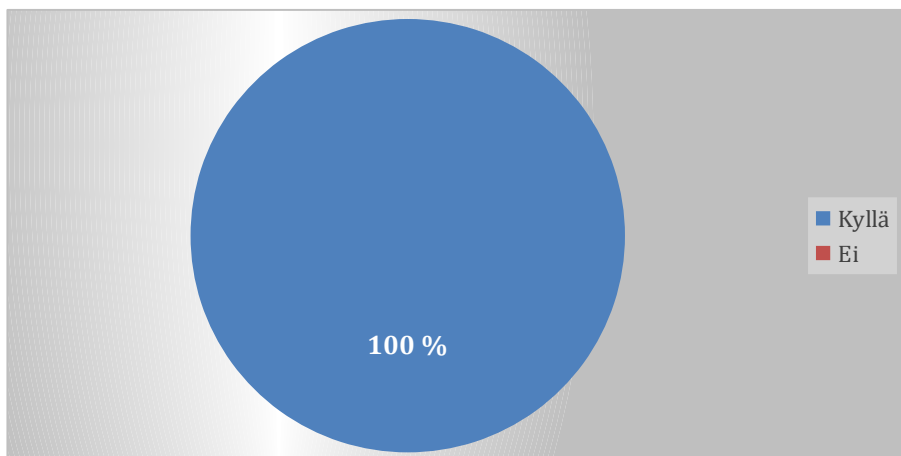
Avoimen kysymyksen vastauksissa tuli ilmi, että lähihoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta omaisten ja potilaan kohtaamiseen ja siihen, miten heidän tulisi toimia, kun potilas on kuollut. Lisäkoulutuksesta lähihoitajat toivoivat kattavaa kokonaisuutta lääkehoidosta ja omaisten kohtaamisesta sekä siitä, miten tukea saattohoidossa olevaa. Esiin nostettiin myös, ettei Rovaniemen kotihoidossa kaikissa tiimeissä tällä hetkellä ole saattohoidossa olevia potilaita. Vastaajat toivoivat, että tulevaisuudessa saattohoidossa olevien potilaiden hoitajat koulutettaisiin tapauskohtaisesti.

”Omaisten ja potilaan kohtaaminen. Mitä tehdä kun potilas on kuollut, miten sen jälkeen toimitaan.”

”Kotihoidossamme ei nyt ole saattohoidossa olevia. Kun tiedossa, että saattohoidossa oleva potilas tulee, pitäisi hänen hoitajat kouluttaa tapauskohtaisesti. Pystymetsästä ei tällaisia ihmisiä saa alkaa hoitamaan.”

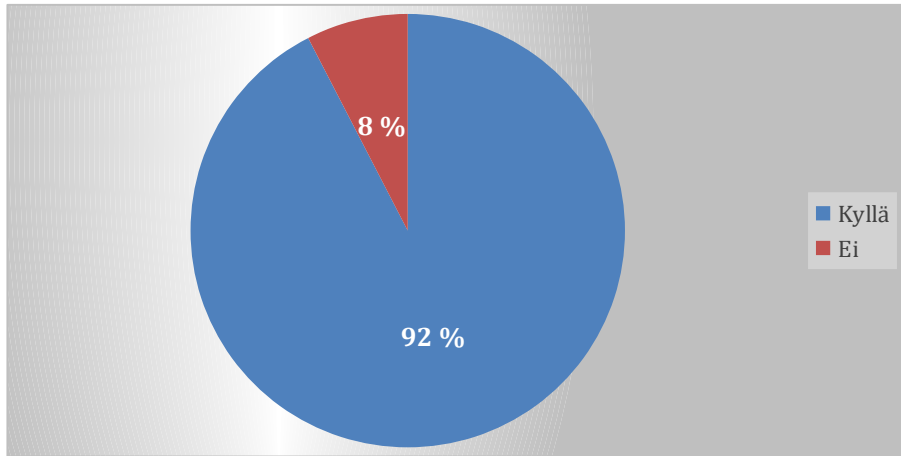
7.3 Lähihoitajien arviointeja lääkehoidosta ja hoitotyön auttamismenetelmistä

Kaikki (n=66) vastaajat osasivat tunnistaa palliatiivisen potilaan oireita (kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, väsymys, ruokahaluttomuus, ummetus, ahdistuneisuus, masentuneisuus ja unettomuus). (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Lähihoitajien palliatiivisten oireiden tunnistamisen osaaminen

92 % (n=61) vastaajista osasi arvioida nonverbaalisesti (ilmeistä, eleistä, äänteilystä, hengityksestä) potilaan kipua. 8 % (n=5) ei osannut arvioida nonverbaalisesti potilaan kipua. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Lähihoitajien nonverbaalisen kivun arvioimisen osaaminen

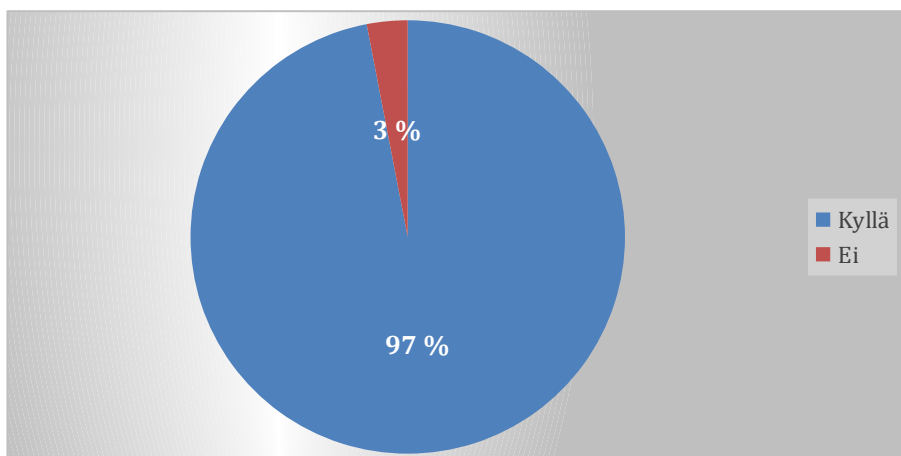
Kuviot 18-19.

Avoimen kysymyksen vastauksissa kävi ilmi, että lähihoitajien mielestä palliativisten oireiden ja nonverbaalisen kivun arviointi on joskus haastavaa, erityisesti kiireessä. Myös uudet asiakkaat, tuovat haasteita, koska hoitajien pitää usein konsultoida toisia hoitajia ja läheisiä/tuttavia tietääkseen, mikä on normaalia ja mikä ei. Tuttujen potilaiden kanssa palliativisten oireiden ja nonverbaalisen kivun arviointi onnistuu helpommin.

”Joskus haastavaa, erityisesti ”kiireen selässä”. Lisäksi toistuvasti uudet asiakkaat, joiden luo mennään haastetta. Pitää usein konsultoida hoitajia, ihmisiä, läheisiä/ tuttavvia, jotta tietää mikä on normaalia ja mikä ei.”

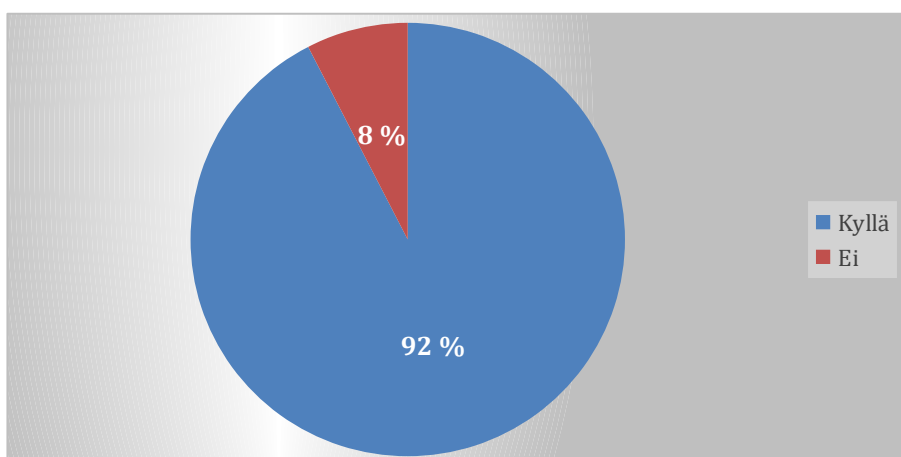
”Pitää tuntea asiakas. Tuttujen asiakkaiden kanssa kyllä.”

Lähes kaikki (n=64) vastaajat osasivat toteuttaa potilaan lääkehoitoa (kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, väsymys, ruokahaluttomuus, ummetus, ahdistuneisuus, masentuneisuus ja unettomuus). 3 % (n=2) ei osannut toteuttaa potilaan lääkehoitoa. (Kuvio 20.)



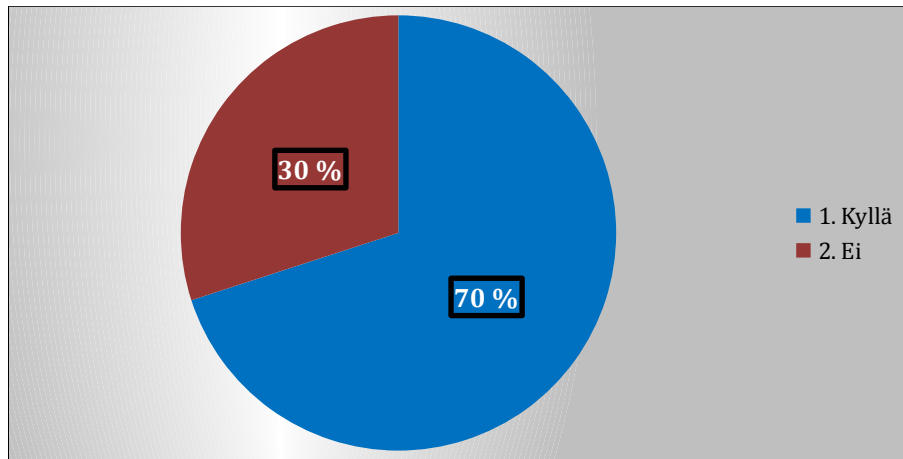
Kuvio 20. Lähihoitajien lääkehoidon toteuttamisen osaaminen

Lähes kaikki (n=61) vastaajat osasivat toteuttaa potilaan lääkkeettömän hoidon potilaan toiveiden mukaisesti yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa (esim. fysioterapeutti, psykologi, pappi, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä). 8 % (n=5) ei osannut tätä toteuttaa. (Kuvio 21.)



Kuvio 21. Lähihoitajien lääkkeettömän hoidon toteuttamisen osaaminen potilaan toiveiden mukaisesti yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa

Noin kaksi kolmasosaa (n=46) vastaajista osasi ennakoida palliatiivisen hoitotyön muutostarpeet potilaan hoitotyössä. Noin kolmasosa (n=20) ei osannut ennakoida palliatiivisen hoitotyön muutostarpeita potilaan hoitotyössä. (Kuvio 22.)



Kuvio 22. Lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön muutostarpeiden ennakoimisen osaaminen

Kuviot 21-22.

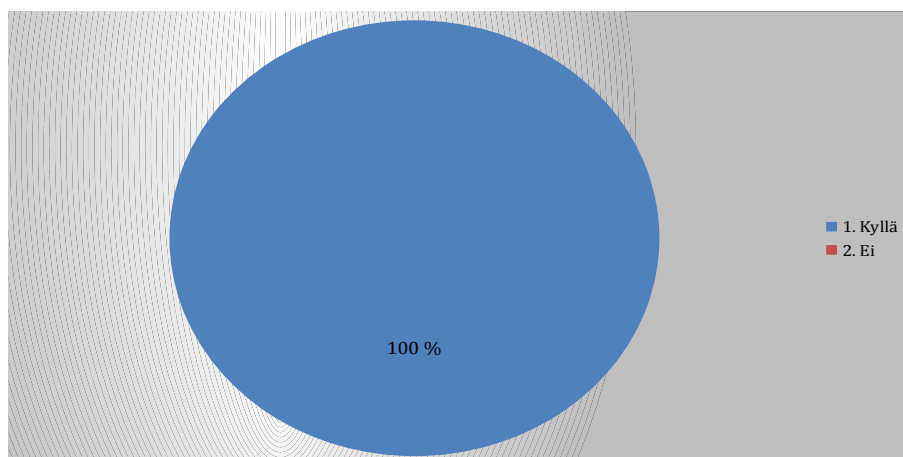
Avoimeen kysymykseen vastanneet lähihoitajat halusivat tietää, miten saada esim. psykologi käymään potilaan luona. Tietojen ja taitojen kertaaminen ja päivitys oli myös toiveena. Lähihoitajat kokivat, että he tarvitsisivat lisää moniammatillisen työryhmän toimintaperiaatetta työhönsä.

”Ennakointi, tietojen ja taitojen kertaaminen ja päivitys.”

”Työajan puitteissa järkevästi. Jos aikaa ei ole, niin silloin järjestetään.”

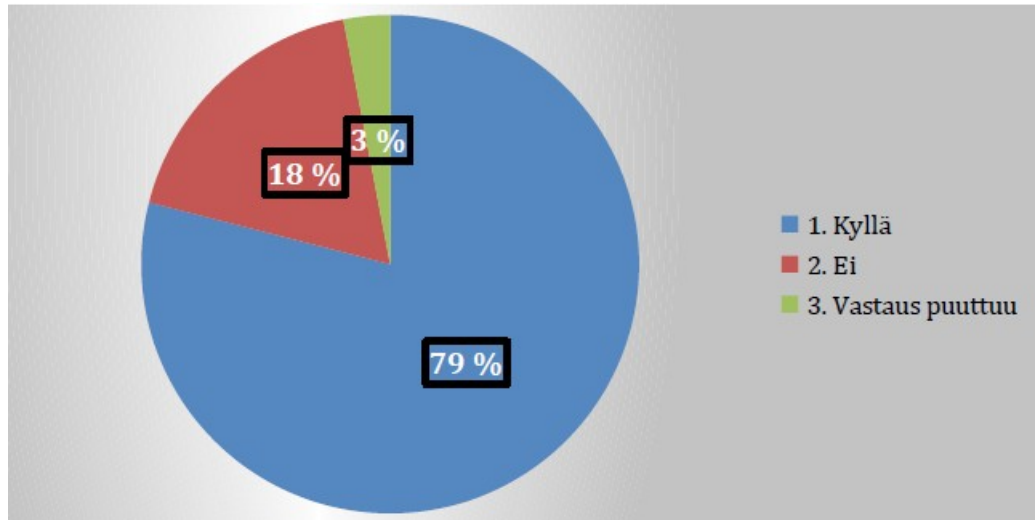
”Lisää moniammatillisen työryhmän toimintaperiaatetta työhön.”

Kaikki (n=66) vastaajat osasivat toteuttaa hoitotyön auttamismenetelmiä: ole-malla läsnä, kuuntelemalla, rauhoittelemalla, lohduttamalla potilasta. (Kuvio 23.)



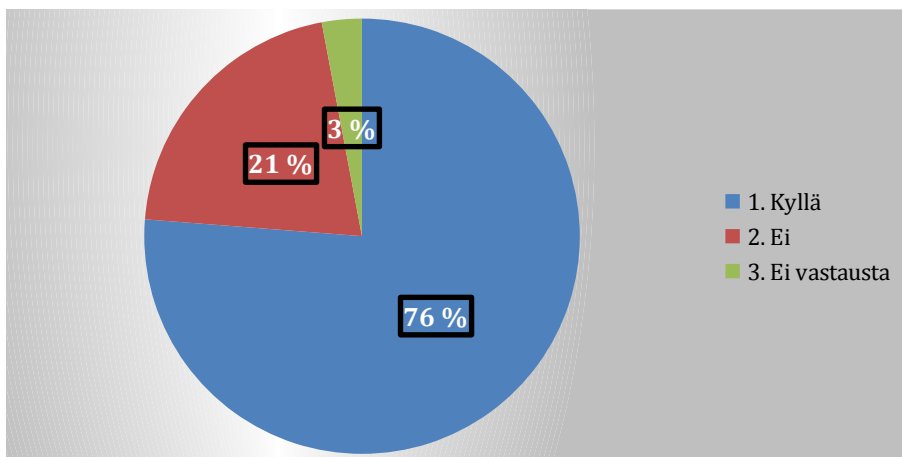
Kuvio 23. Lähihoitajien hoitotyön auttamismenetelmien toteuttamisen osaaminen

79 %:lla (n=52) vastaajista oli valmiuksia avata keskustelu potilaan kanssa taudin etenemisestä, kuolemasta, elämästä luopumisesta ja surusta. 18 % (n=12) ei ollut valmiuksia. Kaksi ei ollut vastannut. (Kuvio 24.)



Kuvio 24. Lähihoitajien keskustelun avaamisen valmiudet potilaan kanssa

76 %:lla (n=51) vastaajista oli valmiuksia avata keskustelu potilaan läheisten kanssa taudin etenemisestä, kuolemasta, kuolemassa olevan läheisen luopumisesta ja surusta. 21 % (n=14) ei ollut valmiuksia. Yksi ei ollut vastannut. (Kuvio 25.)



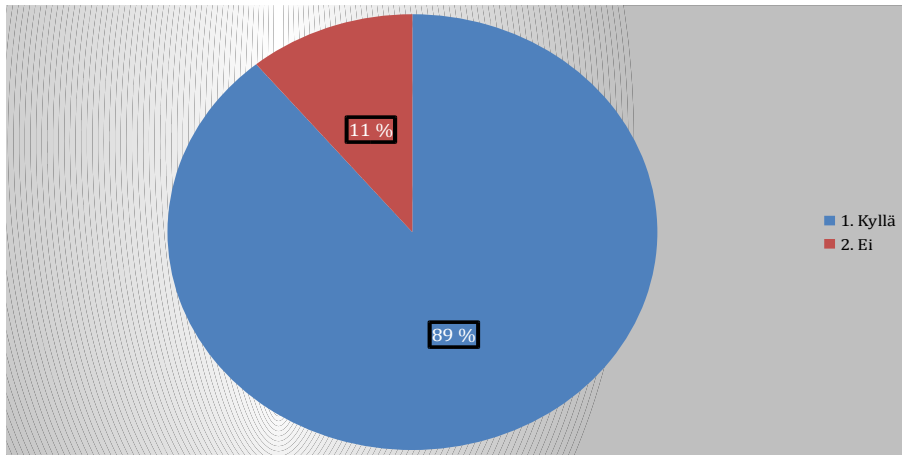
Kuvio 25. Lähihoitajien keskustelun avaamisen valmiudet potilaan omaisten kanssa

Kuviot 24-25.

Avoimeen kysymykseen vastanneet Lähihoitajat toivat ilmi, että oli harvemmin tullut vastaan tilanne, jossa on pitänyt puhua kuolemasta.

"Harvemmin on tullut vastaan tilanne missä on pitänyt puhua kuolemasta."

Suurin osa (n=59) vastaajista osasi antaa tietoa potilaan tilanteesta potilaalle itselleen, potilaan läheisille ja työyhteisölle. 11 % (n=7) ei tätä osannut. (Kuvio 26.)



Kuvio 26. Lähihoitajien tiedon antamisen osaaminen

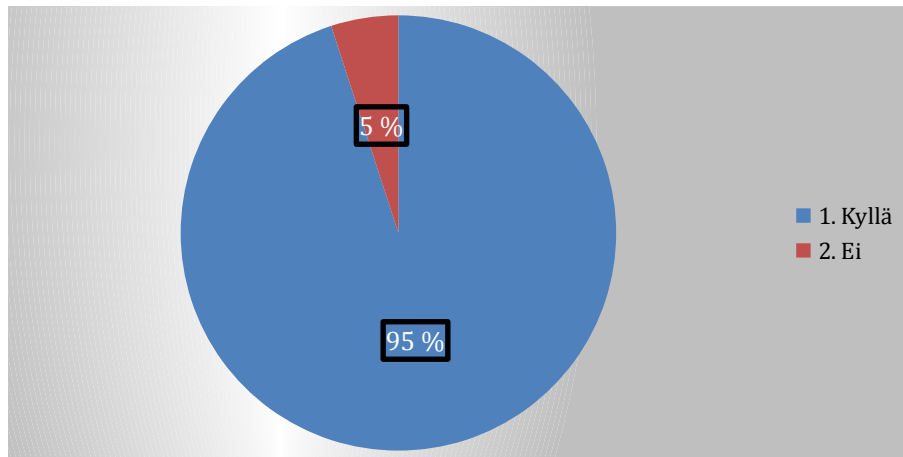
Kuvio 26.

Avoimeen kysymykseen vastanneet lähihoitajat kokivat myös, että omaiset ovat hyvin tietoisia tilanteesta, koska lääkäri on sen heille selittänyt. Esiin tuotiin, että asiakkaat vaihtuvat joka päivä, minkä takia hoitajan ja potilaan välille ei usein synny riittävää luottamussuhdetta. Usein hoitaja ei ole myöskään tietoinen asiakkaan tilanteesta ennen kuin hän menee käynnille.

”Omaiset ovat hyvin tietoisia tilanteesta, lääkäri on sen heille selittänyt.”

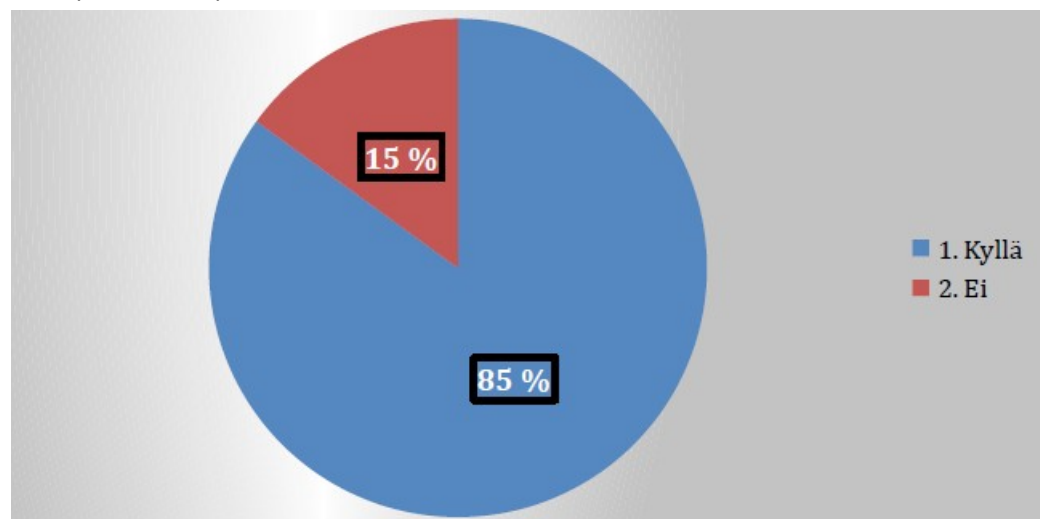
”Asiakkaat vaihtuvat joka päivä. Minun ja asiakkaan välille ei usein synny riittävää luottamussuhdetta. Usein en ole myöskään tietoinen asiakkaan tilanteesta ennen kuin menen käynnille.”

Melkein kaikki (n=63) vastaajat osasivat hyödyntää moniammatillista osaamista potilaan hyvän hoidon toteuttamisessa. 5 % (n=3) ei tätä osannut. (Kuvio 27.)



Kuvio 27. Lähihoitajien moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen potilaan hyvän hoidon toteuttamisessa

85 % (n=56) vastaajista osasi hyödyntää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluja potilaan hyvän hoidon turvaamiseksi. 15 % (n=10) ei tätä osannut. (Kuvio 28.)



Kuvio 28. Lähihoitajien julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluiden hyödyntämisen osaaminen

Kuvio 28.

Avoimeen kysymykseen vastanneet lähihoitajat halusivat tietää, minkälaisia julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita he voisivat hyödyntää.

”Minkälaisia palveluita voisi hyödyntää.”

Lopuksi vastaajilla oli mahdollisuus lisätä asioita, jotka ovat hoitotyön osaamisen kannalta tärkeitä ja merkittäviä hoidettaessa palliatiivisessa hoidossa ole-

vaa potilasta ja hänen omaisiaan. Tässä esiin nousi, että lähihoitajat halusivat käydä työryhmissä läpi tapauksia kaikkien hoitajien kesken, jotta kaikki hoitajat olisivat tietoisia hoitosuunnitelmasta. Asiakkaan ja omaisten kohtaamisen lähihoitajat mainitsivat ja kaikki käsittelevät asiat eri tavalla. Tieto ja taito, myös itsevarmuus ja luotto, että tietää asioista. Lähihoitajat toivoivat, että olisi tarpeeksi aikaa potilaalle sekä pieni tiimi ja hyvä tiedon siirto esim. kotisairaalan kanssa. Lähihoitajat kokivat, että kotihoidon kannalta saattohoitopäätös pitäisi tehdä ajoissa. Nyt niissä menee tosi myöhään ja on tapauksia, ettei päätöstä ole edes tehty.

”Käytäisiin työryhmissä läpi tapauksia kaikkien hoitajien kesken, jotta kaikki hoitajat olisivat tietoisia hoitosuunnitelmasta.”

”Asiakkaan ja omaisten kohtaaminen, kaikki käsittelevät asiat eri tavalla. Tieto ja taito, myös itsevarmuus ja luotto, että tietää asioista.”

”Toivoisin, että olisi tarpeeksi aikaa asiakkaalle. Pieni tiimi ja hyvä tiedon siirto esim. kotisairaalan kanssa.”

”Kotihoidon kannalta saattohoitopäätös pitäisi tehdä ajoissa. Nyt niissä menee tosi myöhään ja on tapauksia, ettei päätöstä ole edes tehty!”

7.4 Esille nousseita kehittämistarpeita

Tuloksista esiin nousseita kehittämistarpeita olivat kliinisten taitojen kertaus, kokemusten lisääminen, omaisten kohtaaminen, tietoa eri kulttuureista, kertausta sairauksista, potilaan ja omaisten tukeminen, miten toimia kun potilas on kuollut, lääkehoidon kertaus, moniammatillisuuden hyödyntäminen, tieto potilaan taustoista asiakkaiden vaihtuessa, julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluiden hyödyntäminen, potilaiden läpikäyminen työryhmässä, tietoisuus hoitosuunnitelmasta ja tarpeeksi aikaa potilaalle.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön aihe oli hyvin ajankohtainen, mitä tukee myös käsillä oleva EDU-PAL – Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämishanke. Laadukkaan hoidon turvaamiseksi on tärkeää tutkia, millaista on tämän hetken kotihoidon lähihoitajien osaaminen ja kuinka he sitä haluaisivat parantaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Rovaniemen kaupungin kotihoiton lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaamista ja mitä kehittämissuunnitelmia heillä siihen on. Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista saatiin tietoa hoitajien omakohtaisesta osaamisesta palliatiivisessa hoidossa. Arvokasta tietoa saatiin myös siitä, kuinka hoitajat haluaisivat osaamistaan parantaa ja minkälaista koulusta he kokivat tarvitsevänsä. Emme löytäneet vastaavia aiemmin tehtyjä tutkimuksia, joihin olisimme voineet verrata saamiamme tuloksia.

Tuloksia tutkiessa nousi esille, että palliatiivisen hoitotyön kokemusta oli 82 %:lla kyselyyn vastanneista lähihoitajista. Vastaus yllätti meidät, koska meille kerrottiin opinnäytetyön suunnitelmaa tehtäessä, että palliatiivisessa hoidossa olevia asiakkaita on kotihoidon palveluiden piirissä harvoin. Koska emme määritelleet kysymyksen koskevan nimenomaan Rovaniemen kotihoitoa, on mahdollista, että osa vastaajista on saanut kokemusta palliatiivisesta hoidosta muilla paikkakunnilla. Yksi vastaajista oli vastannut saaneensa osaamisensa pitkästä osastotyöstä. Vastaavasti palliatiivisen hoitotyön osaamisesta havaittiin myös, että palliatiivisesta hoitotyöstä 18 %:lla ei ole kokemusta. Tähän tulokseen vaikutti varmasti kyselyn toteutusaika, joka oli heinäkuu ja vakituisia työntekijöitä oli tällöin lomalla. Vastaajina on ollut vakituisten työntekijöiden lisäksi myös opiskelijoita, mikä vääristää otantaa.

Kyselyyn vastanneista 70% koki omat kliiniset taitonsa hyväksi. Tämän kysymyksen perusteella 30% hoitajista kokee, että heidän kliiniset taitonsa eivät ole hyvät. Meidän mielestämme tämä on hyvin huolestuttavaa. Eivätkö he osaa, vai eivätkö he luota omaan taitoihinsa. Kysymykseen kielteisesti vastanneet kertoivat myös, ettei kotihoidossa tarvitse juurikaan kliinisiä taitoja, minkä vuoksi ne ovat unohtuneet.

Keskeisinä tuloksina tutkimuksessa kävi ilmi, että vastaajat haluaisivat lisää koulutusta sairauksista ja lääkehoidosta. 97 % vastanneista lähihoitajista osasi toteuttaa lääkehoitoa. Perustiedot etenevistä sairauksista oli 80 %:lla vastaajista. Vaikka osaamista on näinkin paljon, lähihoitajat nostivat esille lisäkoulutuksen tarpeen. Koimme hyväksi sen, että lisäkoulutuksen ja tiedon tarve nousivat vastauksissa esille ja vastaajat osasivat ilmaista tämän tarpeen. Hoitajilta löytyi mielenkiintoa pitää yllä omaa ammattitaitoaan jatkuvasti kehittyvässä hoitotyössä.

Vuorovaikutuksen lähihoitajat kokivat olevan sujuvaa sekä potilaan että omaisten kanssa. Lähihoitajat osasivat luoda turvallisen hoitosuhteen potilaaseen ja omaiseen sekä huomioida asiakaslähtöisyyden. Lähes kaikki lähihoitajat kokivat osaavansa edellä mainitut asiat. Vuorovaikutustaidot, turvallinen hoitosuhde ja asiakaslähtöisyys ovat mielestämme tärkeitä hoitotyön periaatteita. Myös hoitotyön auttamismenetelmien toteuttamisen osasivat kaikki lähihoitajat.

Lisäksi tuloksissa voidaan havaita myös hoitajan rajallinen aika. Hoitajat kokivat kiireen vaikuttavan tutustumiseen asiakkaan kanssa, jolloin esimerkiksi nonverbaalinen kivunarviointi on vaikea. Omaisten kohtaamiseen hoitajat toivoisivat enemmän aikaa, eteenkin omaisten ollessa kiinnostuneita ja paljon läsnä asiakkaan hoidoissa. Kysymyksen perusteella meille nousi esille huoli, onko asiakkaan hoitoon tarpeeksi aikaa ja toteutuuko tällöin hyvän hoidon periaate. Palliatiivinen hoito on kuitenkin vaativaa sekä kokonaisvaltaista, jossa tulee huomioida asiakas ja hänen omaisensa.

Erittäin tärkeänä tuloksena oli, että lähihoitajat osaavat ottaa vastuun toiminnastaan ja toimia sovittujen toimintatapojen mukaisesti. Oman toiminnan vastuun kantaminen on lähihoitajalle välttämätöntä. Toivomme, että kaikki lähihoitajat ovat tähän kysymykseen vastanneet rehellisesti. Tämän kysymyksen vastaukset luovat hyvin turvallisen käsityksen lähihoitajien toiminnasta kotihoidossa.

Melkein kaikki lähihoitajat, 95 % osasivat hyödyntää moniammatillista osaamista potilaan hyvän hoidon toteuttamisessa. Myös 85 % vastanneista lähihoitajista osasi hyödyntää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita potilaan

hyvän hoidon turvaamiseksi. Koimme tärkeäksi osaamisen moniammatillisesta yhteistyöstä, koska kotihoidossa lähihoitajat tekevät hyvin paljon yksin työtä potilaiden kotona. Moniammatillisuus työyhteisössä luo hyvin turvaa lähihoitajalle mahdollisen uuden asian tai epävarman tilanteen äärellä. On hyvä, että lähihoitajat osaavat hyödyntää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita, mutta varmasti näistäkin olisi hyvä saada lisää tietoa, jonka hoitajat voivat viedä eteenpäin potilaille.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset uskottavia vain, kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla suoritustavalla. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimuksissa tavoitellaan virheettömyyttä, mutta virheiden syntymisen takia tulosten pätevyys ja luotettavuus heilahtelevat. Tutkimuksen luotettavuutta pyritäänkin arvioimaan kaikissa tehdyissä tutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Validiteetti ja reliabiliteetti ovat kaksi pääkäsitettä, joilla tutkitaan tutkimuksessa luotettavuutta. Näillä käsitteillä tähdätään siihen, että saadut päätelmät ovat totuudenmukaisia. (Kananen 2015, 343.) Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten tarkkuutta eli jos mittaus toistetaan, on tulos sama tutkijasta riippumatta. Validiteetti tarkoittaa, että mittari tai tutkimusmenetelmä mittaa niitä asioita, joita tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. (Vilkka 2015, 193-194.)

On olemassa monia erilaisia mittaus- ja tutkimuskeinoja, joilla tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Kun toistettu mittaus tuottaa tarkalleen saman tuloksen tutkijasta riippumatta, on tutkimustulos reliabeeli (Vilkka 2007, 149). Reliabeelisuus voidaan todeta myös esim. tarkastelemalla samaa henkilöä eri tutkimuskerroilla ja saavuttamalla sama johtopäätös. Validiutta tulee tarkastella jo suunnitellessa tutkimusta. Jos kyselytutkimukseen vastanneet ovat ymmärtäneet kysymykset eri lailla kuin tutkija oli ne suunnitellut, ei kyseinen menetelmä vastaa sitä todellisuutta, kuin tutkija kuvittelee. Jos tutkija tar-

kastelee saatuja tietoja edelleen oman ajatuksensa mukaan, ei tulos ole pätevä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.)

Tätä opinnäytetyötä varten tehtyyn kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyssä ei kerätty vastaajien henkilötietoja, eikä vastaajia voi mitenkään tunnistaa. Kysely toteutettiin heinäkuun aikana, jolloin osa Rovaniemen kaupungin kotihoidon vakituisista työntekijöistä oli kesälomalla. Kyselyyn vastasi kesälomasijaisia, joilla ei välttämättä ollut juurikaan kokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä. Joissakin kyselylomakkeissa oli kommentoitu, ettei jotain kysymystä ollut ymmärretty. Tällaisia vastauksia on voinut olla kyselyssä useampikin, vastaajat eivät vain ole maininneet asiasta.

Huomasimme myös, että osa kyselylomakkeista vaikutti ns. Hutaisten tehdyiltä, koska kaikkiin kysymyksiin oli vastattu ”kyllä”, eikä avoimiin kysymyksiin lisäkoulutustoiveista ollut vastattu. Joissakin vastauksissa oli ympyröity sekä kyllä että ei vastaukset. Nämä tulkitsimme vastauksena ”ei”, koska vastaaja vaikutti epävarmalta.

Käytimme opinnäytetyötä muutamilla jo valmistuneilla hoitoalan ystävillemme luettavana ja katsastettavana ja mitä he olivat keskeneräisestä työstä mieltä. Opinnäytetyön kieliasu ja tekstin ymmärrettävyys tarkastutettiin opettajalla kahden kertaan ja ulkopuolisella henkilöllä kerran. Palautteiden perusteella teimme viimeistelyjä työhömmе.

Opinnäytetyötä tehdessämme otimme huomioon eettisyyden ja tiedon luotettavuuden. Etsimme tietoa luotettavista lähteistä ja merkkasimme lähteet oikein viitteisiin ja lähdeluetteloon. Lähteiden luotettavuutta pohdimme mm. tekijöiden ja lähteen iän mukaan. Lähteitä hakiessamme hyödynsimme monipuolisesti kirjastoa, lehtiä ja internetiä. Prosessin myötä teoriatieto on lisääntynyt ja olemme oppineet erilaisia tiedonhakumenetelmiä.

8.3 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä aloittaessa ensimmäinen vaihe oli, tehdäänkö työ yhdessä vai yksilötyönä. Tämä mietitytti hieman, koska toinen meistä on opiskellut kauemmin ja valmistuminen on tämän vuoden puolella edessä. Kummallakin on kui-

tenkin lapsia sekä välillä töitä, joten päädyimme kumpikin olevamme samassa tilanteessa ja ymmärtävän, jos muuttuvia tilanteita tulee. Yhteistyötaitoja tarvitaan myös työelämässä, opinnäytetyön aikana saimme näitä kehittää. Parityökentely auttoi usein samaan hankalaan hetkeen toisen näkökulman ja samaan tilannetta eteenpäin. Saimme toisiltamme tukea ja pystyimme yhdessä kohtamaan haasteet.

Kun aloitimme opinnäytetyön tekoa tammikuussa, kaikki oli vielä yhtä sekamelskaa opinnäytetyön prosessin suhteen. Emme osanneet hahmottaa, mitä milloinkin pitäisi olla valmiina ja miten koko prosessi lähtisi etenemään. Meillä ei ollut mielessä etukäteen aihetta, mistä alkaisimme opinnäytetyötä tehdä. Kyselimme opettajatuutoriltamme koululla olevista projekteista, joihin opinnäytetyön voisi tehdä. Meistä Palliatiivisen hoitotyön hanke kuulosti mielenkiintoiselta ja keskustelimme projektivastaavan kanssa mahdollisesta toimeksiantajasta. Tällöin nousi esiin Rovaniemen kaupungin kotihoito. Olimme yhteydessä kotihoidonpalveluvastaavan ja prosessi lähti liikkeelle.

Ideapaperin tekeminen onnistui hyvin, jonka jälkeen oli löytää oikea tutkimusmenetelmä. Teoriaosuuden laatimisessa oli haastavaa löytää yhteistä aikaa tekstin tuottamiseen, niinpä kirjoitimme osan yhdessä ja osan yksin. Kävimme läpi toistemme tuotokset ja sanoimme oman mielipiteen sen luettuamme. Rankkaa oli tuottaa teoriaa noin, mutta muuta mahdollisuutta ei ollut. Kysymysten laadinta tuotti päänvaivaa ja kyselimmekin aiemmin valmistuneilta kavereilta ja työkavereilta neuvoja. Lopulta kyselylomake saatiin hiottua valmiiksi ja toimitettua kotihoitoon kyselyn toteuttamista varten.

Syksyn aikana saimme aikatauluja paremmin sovitettua yhteen ja olemme pystyneet tekemään opinnäytetyötä yhdessä. Tulosten analysointi vei yllättävän paljon aikaa, koska saimme enemmän vastauksia kuin osasimme odottaa. Analysoinnin teimme yhdessä ja totesimme sen sujuvan hyvin. Hieman oli välillä tulla kiireen tuntua, mutta yllättävän hyvin olemme saaneet aikataulut sovitettua yhteen ja opinnäytetyön tekeminen on edistynyt hyvin.

Paljon olemme oppineet palliatiivisesta hoitotyöstä opinnäytetyön prosessin aikana. Myös tiedonhakukeinomme ovat parantuneet ja osaamme olla kriittisiä

lähteiden suhteen. Olemme oppineet millainen on tutkimusprosessi ja miten opinnäytetyötä tehdään. Vaikka välillä on ottanut kovastikin päähän koko prosessi, olemme kuitenkin kaikin puolin tyytyväisiä ja hyvillä mielin, että olemme tämän prosessin käyneet läpi. Opinnäytetyöprosessi oli kaiken kaikkiaan opettavainen ja mielenkiintoinen kokemus. Uskomme, että voimme hyödyntää oppimaamme tulevaisuudessa työelämässä.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätökset

1. Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajista monilla on kokemusta palliativisesta hoitotyöstä, mutta kuitenkin siihen halutaan lisäkoulutusta sairauksista ja lääkehoidosta.
2. Vuorovaikutustaidot, turvallisen hoitosuhteen luominen ja asiakaslähtöisyys olivat lähihoitajilla hyvin hallussa.

Jatkotutkimusaiheet

Oppaan tekeminen kotihoitoon palliativisesta hoidosta kotona

Koulutusta/oppaita sairauksista

Kolmannen sektorin palveluiden hyödyntäminen palliativisen potilaan hoitotyössä -opas

LÄHTEET

Aalto, K. 2013. Saattohoito, kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Finne-Soveri, H. 2019. Palliatiivisen hoidon tarve iäkkäiden hoivakodeissa Suomessa ja lukuja Euroopasta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.4.2019. https://thl.fi/documents/10531/728886/2_Palliatiivisen+hoidon+tarve_Finne-Soveri+H.pdf/8eead191-f9e5-48cf-8165-bb67ade15586_

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.

Hagan, T., Xu, J., Lopez, R. & Bressler, T. 2018. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Nurse Education Today. Vol 6. No 2. 216-219. Viitattu 28.8.2019 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>

Halila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto- käytännön ohjeita. Terveyskirjasto Duodecim, lääkärikirja. Viitattu 11.4.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 4.4.2019 <https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/43678/isbn9789522147172.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hänninen, J. 2011. Saattohoito: Potilaan ja omaisen opas. 11. uudistettu painos. Helsinki: Etelä-Suomen syöpäyhdistys : Terho-säätiö.

Hänninen, J. 2015. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Duodecim, Oppiportti. Viitattu 20.8.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00148/do>

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Juhela, P. 2015. Palliatiivinen hoito. E-Kirja. Duodecim, Oppiportti. Viitattu 3.6.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00329/do>

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Ristiina: Pii-kirjat.

Kauppo, K. 2012. Kotisaattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kotona selviytymisen. Pirkanmaan Hoitokodin asiakkaiden kokemuksia kotisaattohoidosta. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 26.8.2019 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/83534/gradu05885.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saato, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019; 135(4):335-42. Viitattu 22.4.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/4/duo14788>

Lehto, J. 2015. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. E-kirja. Duodecim, Oppikirjat. Viitattu 21.8.2019 <https://www.oppiportti.fi/op/pli00003/do>

Leppäaho, T. 2016. Omaishoitajien tuen tarpeet ja niihin vastaamista edistävät tekijät syöpäpotilaiden fyysisessä kotisaattohoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 26.8.2019 <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125380/gradu2016Leppahao.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Myller, H. (toim.) 2008. Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Niemi-Murola, L. & Pöyhiö, R. 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet, Elämän loppuvaiheen hoito. Duodecim, oppiportti. Viitattu 21.8.2019. https://www.oppiportti.fi/op/atd00079/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Nummenmaa, L. 2004. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi Oy

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 5.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>

Pesonen, H-M. & Prest, A. 2019. Palliatiivisen hoitotyön osaamisen vahvistaminen koulutusta kehittämällä. Centria Bulletin 1.3.2019. Viitattu 1.10.2019. <https://centriabulletin.fi/palliatiivisen-hoitotyon-osaamisen-vahvistaminen-koulutusta-kehittamalla/>

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalaissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu –tutkielma. Viitattu 26.8.2018 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/78805/gradu02379.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) 2018. Kotisairaala. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve. E-kirja. Duodecim Oppiportti, Oppikirjat. Viitattu 4.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00001/do>

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

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

Saukkonen, M., Lehto, J., Viitala, A. & Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 3/2017. 195-206.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Kotihoito. Viitattu 18.4.2019 https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kotihoito

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Viitattu 8.10.2019 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 4.4.2019 <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b. Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon. Viitattu 18.4.2019 <https://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalahoidon>

Surakka, T., Mattila, K-T., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018. Hoidon järjestäminen. Viitattu 4.5.2019 <https://thl.fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-jarjestaminen#Kotihoito%20ja%20kotisairanhoidon>

Terveystalo: Palliatiivinentalo. 2018. Läheisenä: Miten tuen. Viitattu 20.10.2019 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/l%C3%A4heisen%C3%A4/miten-tuen>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 24.9.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

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

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

WHO Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2014. Worldwide Palliative Care Alliance. World Health Organization. Viitattu 4.4.2019. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Liite 2. Tutkimuslupahakemus

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita toteutetaan ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Rovaniemen kaupunki Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) [REDACTED]	
	Työn aihe Kartoitus lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaamisesta ja miten osaamista tulisi kehittää	
Tekijä	Nimi Majju Helenius Tarja Repo	Opiskelijanumero [REDACTED]
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero [REDACTED] Postitoimipaikka [REDACTED]
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite [REDACTED]
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidtaja (AMK) Sairaanhoidtaja (AMK)	Ryhmätunnus [REDACTED]
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Susanna Kantola	Tehtävänimike Lehtori
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11, 96300 Rovaniemi	
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite [REDACTED]
Hanke	Opinnäytetyö liittyy seuraavaan Lapin AMKin ulkopuolisen rahoituksen hankkeeseen (hankkeen nimi, hankenumero, rahoituslähde/-ohjelma): Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen –hanke, hankenumero 221627 rahoitus opetus- ja kulttuuriministeriö	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyö toteutetaan Lapin AMKin ulkoisella rahoituksella toteutettavan hankkeen yhteydessä. Tekijä ja Ohjaaja luovuttavat Toimeksiantajalle ja Lapin AMKille ulkoisella rahoituksella toteutettuihin, aikaansaamiinsa tuloksiin sellaiset oikeudet, jotka Lapin AMK on sitoutunut pitämään itsellään tai luovuttamaan edelleen Lapin AMKin solmimissa rahoitus- ja yhteistyösopimuksissa. Kyseiset tulosten omistus- ja immateriaalioikeuksia koskevat sopimusehdot on toimitettu Tekijälle ja Ohjaajalle tiedoksi ja allekirjoittamalla tämän sopimuksen he hyväksyvät ne itseään sitoviiksi. Ellei toisin sovita, ei kyseisten oikeuksien luovutuksesta makseta korvauksia. Mikäli edellä mainitut sopimusehdot eivät sitä nimenomaisesti estä, opinnäytetyön tekijälle jää kuitenkin aina rinnakkaiset käyttöoikeudet opinnäytetyöhön muunteluoikeuksin.	
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai Toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään Toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
Toimeksiantaja	Paikka ja päivämäärä ROVANIEMI 7.3.2019	Allekirjoitus [Signature] SARNA LAMPINEN

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tekijä	7.3.2019 Rovaniemi	Marko Holm Taru Rieko
Lapin AMK	19.3.19 Rovaniemi	Jumma Kankkonen



Rovaniemen kaupunki
Palvelualuepäällikkö Ikäihmisten palvelut
Tutkimuslupapäätös

Viranhaltijapäätös
27.02.2019

1 (3)
§ 19

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Rovaniemen kaupungin asianhallintajärjestelmässä.

ROIDno-2019-457

Tutkimuslupa / Kartoitus kotihoidon palliatiivisen hoitotyön osaaminen ja kehitys

Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Maiju Helenius ja Tarja Repo hakevat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa Rovaniemen kaupungin kotihoidossa työskentelevien lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön osaaminen, mikä osaamisen tason tulisi olla ja miten sitä voitaisiin parantaa.

Opinnäytetyö tehdään valtakunnalliseen Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämisen hankkeeseen. Hanke on opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama. Hanke toteutetaan moniammatillisesti ja toteuttajina on 15 hoitotyön opetusta tarjoavaa ammattikorkeakoulua ja 5 lääketieteen koulutusta toteuttavaa yliopistoa sekä yksi hoitotieteen ja terveyshallintotieteen yksikkö.

Tutkimus tapahtuu kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa on kyllä / ei kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Vastaaminen tapahtuu anonyymisti. Kysely on tarkoitus toteuttaa kevään / kesän 2019 aikana ja opinnäytetyö olisi valmis lokamarraskuussa 2019.

Päätös

Myönnän ko. Lapin ammattikorkeakoulun opiskelijoille tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti.

Tutkimuksessa on noudatettava henkilörekisterilain ja asiakirjojen julkisuuslain säännöksiä.

Tutkimuksesta tulee toimittaa yksi kappale sähköisenä versiona Rovaniemen perusturvan toimialan käyttöön, osoitteella kirjaamo@rovaniemi.fi

Tiedoksi

Ko. henkilöt, palveluesimies / kotiin annettavat palvelut

Allekirjoitus

Vs. palvelualuepäällikkö Anneli Ylitalo

Viranhaltijapäätöksen nähtävänäolo

Päätös pidetään yleisesti nähtävänä Rovaniemen kaupungin verkkosivuilla 27.2.2019 alkaen.



Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Rovaniemen kaupungin asianhallintajärjestelmässä.

Oikaisuvaatimus

§ 19

Oikaisuvaatimusohje

OIKAISUVAATIMUSOHJE

Oikaisuvaatimusoikeus

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa kuntalain 137 §:n mukaan tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimuksen voi tehdä tarkoituksenmukaisuus- tai laillisuusperusteella.

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksentiedoksisaannista. Oikaisuvaatimus on toimitettava Rovaniemen kaupungin kirjaamoon määräajan viimeisenä päivänä ennen kirjaamon aukioloajan päättymistä. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, kolmantena päivänä viestin lähettämisestä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän päivän kuluttua siitä, kun pöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa. Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan.

Oikaisuvaatimuksen muoto ja toimittaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Oikaisuvaatimus on tekijän, laillisen edustajan tai asiamiehen allekirjoitettava. Siinä tulee mainita tekijän ja jos hän ei ole allekirjoittaja, myös allekirjoittajan nimi, osoite, asuin- ja puhelinnumero, johon asiaa koskevat ilmoitukset voidaan toimittaa. Jos oikaisuvaatimus päätös voidaan antaa tiedoksi sähköisenä viestinä, yhteystietona pyydetään ilmoittamaan myös sähköpostiosoite.

Oikaisuvaatimuksessa on mainittava päätös, jota vaaditaan oikaistavaksi sekä vaatimuksen sisältö ja perusteet. Oikaisuvaatimukseen on liitettävä asiakirjat, joihin tekijä vetoaa vaatimuksensa tueksi, jollei niitä ole aikaisemmin toimitettu viranomaiselle.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Jos määräajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, oikaisuvaatimuksen saa tehdä ensimmäisenä arkipäivänä tämän jälkeen. Oikaisuvaatimus on toimitettava viimeistään määräajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä. Mikäli oikaisuvaatimus lähetetään postitse, on se jätettävä postiin niin ajoissa, että se ehtii perille viraston aukioloaikana ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Sähköisen asiakirjan (telekopio tai sähköposti) tulee olla määräaikana viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimuksen voi toimittaa myös faksina tai sähköpostitse. Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjältä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä. Oikaisuvaatimuksia, jotka



Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Rovaniemen kaupungin asianhallintajärjestelmässä.

sisältävät arkaluonteisia henkilö- tai salassa pidettäviä tietoja, ei tule lähettää suojaamattomassa sähköpostiyhteydessä, suojaamattomalla verkkolomakkeella tai niiden liitteenä.

Oikaisuvaatimus lähetetään aina lähettäjän omalla vastuulla.

Oikaisuvaatimuksen maksu

Oikaisuvaatimuskäsittely on maksutonta.

Oikaisuvaatimusviranomainen ja yhteystiedot

Oikaisuvaatimusviranomainen: Rovaniemen kaupunki, Perusturvalautakunta

Postiosoite: PL 8216, 96101 Rovaniemi

Käyntiosoite: Hallituskatu 7, Rovaniemi

Sähköpostiosoite: kirjaamo(at)rovaniemi.fi

Telefax: (016) 322 6450

Puhelin: (016) 3221

Virka-aika: ma - pe kello 8.00 – 16.00

Pöytäkirja

Päätöstä koskevia pöytäkirjanotteita ja liitteitä voi pyytää Rovaniemen kaupungin kirjaamosta.

Postiosoite: PL 8216, 96101 Rovaniemi

Käyntiosoite: Hallituskatu 7, Rovaniemi

Sähköpostiosoite: kirjaamo(at)rovaniemi.fi

Telefax: 016 322 6450

Puhelin: 016 3221

Virka-aika: ma - pe kello 8.00 - 16.00

Pöytäkirjan tarkastus- ja allekirjoituspäivä sekä pöytäkirjan verkkoon julkaisupäivä esitetään kunkin pöytäkirjan allekirjoitussivulla.

LIITE 3

SAATEKIRJE

Hyvä Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitaja

Olemme Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja opiskeluun-
me kuuluu opinnäytetyön laatiminen. Opinnäytetyön aihe on Palliatiivisen hoito-
työn osaaminen Rovaniemen kaupungin kotihoidossa, jonka tarkoituksena on
selvittää Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähihoitajien palliatiivisen hoitotyön
osaamista ja mitä kehittämissäehtoja heillä siihen on. Opinnäytetyön tavoit-
teena on tuottaa kokemuksellista tietoa Rovaniemen kaupungin kotihoidon lähi-
hoitajien palliatiivisen hoitotyön osaamisesta ja kuinka heidän mielestään osaa-
mista voitaisiin kehittää. Opinnäytetyö tuottaa tietoa myös EDUPAL - Palliatiivi-
sen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämisen hankkeelle.

Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeella Rovaniemen kaupungin ko-
tihoidon tiimipalaverissa AJANKOHTANA. Tutkimuksen tuloksista raportoidaan
valmiissa opinnäytetyössä lukuvuoden 2019-2020 aikana

Henkilötietoja ei kerätä kyselyssä eikä yksittäisiä kyselyyn vastanneita henkilöi-
tä voida tunnistaa. Kyselystä saatua aineistoa käsittelevät ainoastaan opinnäy-
tetyön tekijät. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyyn
vastaamalla annatte samalla tietoisesti suostumuksenne tutkimukseen osallistu-
misesta.

Vastaamalla kyselylomakkeeseen Te osallistutte palliatiivisen hoitotyön kehittä-
miseen.

Vastaamme mielellämme tutkimukseen liittyviin kysymyksiinne.

Kiitos tutkimukseen osallistumisestanne!

Opinnäytetyöntekijät:

Maiju-Emilia Helenius
Sh-opiskelija
Lapin ammattikorkeakoulu
Rovaniemen yksikkö
maiju.helenius@edu.lapinamk.fi

Tarja Repo
Sh-opiskelija
Lapin ammattikorkeakoulu
Rovaniemen yksikkö
tarja.repo@edu.lapinamk.fi

LIITE 4

KYSELYLOMAKE

Kyselytutkimus

Taustatietoja

Oletko mies nainen?

Montako vuotta olet työskennellyt lähihoitajana? _____

Vastaa kysymyksiin palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitoa ajatellen. Voit jatkaa avoimiin kysymyksiin vastaamista paperin takapuolelle.

- | | | |
|--|-------|----|
| 1. Onko sinulla kokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä kotihoidossa? | KYLLÄ | EI |
| 2. Onko sinulla kokemusta saattohoidosta kotihoidossa? | KYLLÄ | EI |
| 3. Onko kliiniset taitosi hyvät? | KYLLÄ | EI |

Jos vastasit EI kohtaan 3, niin kerro, minkälaista osaamista tarvitsisit lisää kliinissä taidoissa.

- | | | |
|--|-------|----|
| 4. Onko vuorovaikutus potilaan kanssa sujuvaa? | KYLLÄ | EI |
| 4.1 Onko vuorovaikutus potilaan omaisten kanssa sujuvaa? | KYLLÄ | EI |
| 4.2 Onko potilaan kohtaaminen helppoa? | KYLLÄ | EI |
| 4.3 Onko omaisten kohtaaminen helppoa? | KYLLÄ | EI |
| 4.4 Onko yhteistyö potilaan kanssa helppoa? | KYLLÄ | EI |
| 4.5 Onko yhteistyö omaisten kanssa helppoa? | KYLLÄ | EI |
| 4.6 Osaatko luoda turvallisen hoitosuhteen potilaaseen ja hänen omaisiinsa? | KYLLÄ | EI |
| 4.7 Osaatko huomioida asiakaslähtöisyyden esim. asiakas aktiivisena toimijana, hoitotahto? | KYLLÄ | EI |

Jos vastasit EI johonkin kohtaan, niin kerro, minkälaista osaamista tarvitset lisää

5. Osaatko ottaa vastuun omasta toiminnastasi ja toimia sovittujen toimintatapojen mukaisesti? KYLLÄ EI

6. Tiedätkö perusteet etenevistä, kuolemaan johtavista sairauksista ja sairauksien hoidosta (syöpä, COPD, neurologinen sairaus, dementoivat sairaudet, ALS, sydämen vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta)? KYLLÄ EI

Jos vastasit EI, niin kerro, millaista osaamista tarvitset lisää.

7. Osaatko tunnistaa palliatiivisen potilaan oireita (kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, väsymys, ruokahaluttomuus, ummetus, ahdistuneisuus, masentuneisuus, unettomuus)? KYLLÄ EI

8. Osaatko arvioida nonverbaalisesti (ilmeistä, eleistä, ääntelystä, hengityksestä) potilaan kipua? KYLLÄ EI

Jos vastasit EI, millaista osaamista tarvitsisit lisää

9. Osaatko toteuttaa potilaan lääkehoitoa (kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, väsymys, ruokahaluttomuus, ummetus, ahdistuneisuus, masentuneisuus, unettomuus)? KYLLÄ EI

10. Osaatko toteuttaa potilaan lääkkeettömän hoidon potilaan toiveiden mukaisesti yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa (esim. fysioterapeutti, psykologi, pappi, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä)? KYLLÄ EI

11. Osaatko ennakoida palliatiivisen hoitotyön muutostarpeet potilaan hoitotyössä? KYLLÄ EI

12. Osaatko toteuttaa hoitotyön auttamismenetelmiä; olemalla läsnä, kuuntelemalla, rauhoittamalla, lohduttamalla potilasta? KYLLÄ EI

Jos vastasit EI, niin kerro, millaista osaamista tarvitset lisää.

13. Onko sinulla valmiuksia avata keskustelu potilaan kanssa taudin etenemisestä, kuolemasta, elämästä luopumisesta ja surusta? KYLLÄ EI

14. Onko sinulla valmiuksia avata keskustelu potilaan läheisten kanssa taudin etenemisestä, kuolemasta, kuolemassa olevasta läheisestä luopumisesta ja surusta? KYLLÄ EI

15. Osaatko antaa tietoa potilaan tilanteesta potilaalle itselleen, potilaan läheisille ja työyhteisölle? KYLLÄ EI

Jos vastasit EI, niin kerro, mitä ja minkälaisia valmiuksia ja osaamista haluaisit lisää.

16. Osaatko hyödyntää moniammatillista osaamista potilaan hyvän hoidon toteuttamisessa? KYLLÄ EI

17. Osaatko hyödyntää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluja potilaan hyvän hoidon turvaamiseksi? KYLLÄ EI

Jos vastasit EI, niin kerro, millaista osaamista tarvitset lisää.

18. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta palliativisessa hoidossa olevaan potilaan hoitoon? KYLLÄ EI

Jos vastasit KYLLÄ, kerro vielä, millaista koulutusta toivoisit

19. Haluatko lisäkoulutusta saattohoidosta? KYLLÄ EI

Jos vastasit KYLLÄ, kerro vielä, millaista koulutusta toivoisit.
