



Maarit Kankarisalo

## Saattohoidon kehittäminen Sipoon sairaalaoastolla 4

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Kliininen asiantuntija, palliatiivinen hoitotyö

Opinnäytetyö

22.5.2023

Tekijä	Maarit Kankarisalo
Otsikko	Saattohoidon kehittäminen Sipoon sairaalaosastolla 4
Sivumäärä	68 sivua + 2 liitettä
Aika	22.05.2023
Tutkintonimike	Sairaanhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalalla: palliatiivinen hoitotyö
Ohjaajat	TtT Pihla Markkanen
<p>Saattohoidon laatu ja saatavuus vaihtelee Suomessa. Saattohoidon kehitystyö Suomessa on käynnissä, mutta kesken. Hoitajien osaamisen kehittäminen ja riittävät resurssit parantaisivat saattohoidon laatua.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda Sipoon sairaalaosasto 4:lle saattohoitosuunnitelma eli kirjallinen toimintamalli, johon sisältyy oireiden systemaattinen arviointi, oirehoito-ohjeistus sekä saattohoito-ohjeistus.</p> <p>Tavoitteena oli lisätä henkilökunnan osaamista palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa.</p> <p>Osasto 4:n hoitohenkilökunnan (sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit, n= 16) mielipiteet hyvästä saattohoidosta ja sen toteutumisesta osastolla 4 kartoitettiin, ja lisäksi kysyttiin millaiseksi henkilökunta kokee osaamisensa saattohoidossa, ja mistä aiheista he kaipaisivat koulutusta. Aineisto kerättiin learning cafessa, ja niille, jotka eivät pystyneet osallistumaan siihen, annettiin mahdollisuus vastata kysymyksiin kirjallisesti. Aineisto analysoitiin yhdistämällä induktiivista ja deduktiivista sisällönanalyysejä.</p> <p>Vastausten mukaan hyvään saattohoitoon kuului mm. hyvä kivunhoito, rauhallinen ympäristö, potilaan toiveiden kuunteleminen ja huomioonottaminen, hoitajan läsnäolo. Yksilöllinen hoitotyö ja potilaskeskeisyys sekä omaisten huomointi nostettiin myös esille. Osastolla saattohoidon koettiin toteutuvan vaihtelevasti, ja tätä perusteltiin mm. sillä, että toisinaan saattohoitopäätöksen teko pitkittyi tai kipulääkemääräysten antamisen katsottiin olevan myöhässä. Henkilökunnan saattohoito-osaamisen koettiin olevan vaihtelevaa. Oma osaamistaan saattohoidossa vastaajat kuvailivat hyväksi perustuen pitkään kokemukseen ja aiemmin käytyihin koulutuksiin. Lisää koulutusta saattohoitoon liittyen kuitenkin toivottiin, ja se nähtiin tarpeelliseksi esimerkiksi saattohoidon nykysuositusten ja tutkimustiedon osalta. Saattohoidon koettiin olevan aina vaikeaa ja herkkää.</p> <p>Vastausten perusteella ja tutkimustietoon pohjaten tehtiin saattohoito-ohjeistus (liite 2). Osaston henkilökunnalta saadun palautteen perusteella ohjeistuksen koettiin olevan selkeä ja sopivan kompakti kuitenkin sisältäen tärkeimmät asiat. Ennakoiva hoitosuunnitelmaosuus koettiin erityisen hyödylliseksi hoitotyön kehittämisessä osastolla.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hoitajalta vaaditaan rohkeutta, tietotaitoa, hyviä vuorovaikutustaitoja ja kiireetöntä läsnäoloa hyvän saattohoidon toteuttamiseen.</li> <li>2) Hyvä saattohoito ei aina toteudu, syinä voivat olla kiire, resurssien puute ja ongelmat hoidon jatkuvuudessa.</li> <li>3) Kokemus tuo varmuutta saattohoidon toteuttamiseen, koulutusmyönteisyys auttaa osaamisen ylläpitämisessä ja kehittämisessä.</li> </ol>	
Avainsanat	Palliatiivinen hoito, saattohoito; kehittämistyö

Author	Maarit Kankarisalo
Title	Developing End-of-Life Care at the Hospital Ward 4 in Sipoo, Finland
Number of Pages	68 pages + 2 appendices
Date	22 May 2023
Degree	Master of Health Care (Nursing)
Degree Programme	Expertise in Palliative Care
Instructors	Pihla Markkanen, PhD
<p>The purpose of this Master's Thesis was to develop an end-of-life care operating model for Sipoo hospital ward 4 that includes systematic symptom assessment, symptom treatment instructions and end-of-Life care instructions.</p> <p>The aim of the Master's Thesis was to improve the knowledge of palliative care and end-of-life care of the nursing staff of the department 4.</p> <p>Data for this Master's Thesis were collected with the Learning Cafe Method in the hospital ward in September 2022. Those members of the nursing staff not being able to join the Learning Cafe had the chance to answer the questions via an e-mail, for example. The questions of the Learning Cafe were as follows: What is good end-of-life care? How is good end-of-life care implemented in the hospital ward? How good is your competence in end-of-life care and what kind of training about end-of-life care would you like to have? In the Learning Cafe there were eleven participants and five who answered by e-mail or other communication channels.</p> <p>The results showed that the nursing staff thought that good end-of-life consisted of good pain relief, peaceful environment, nurses' presence and listening to the wishes of the patient and family. The care should be patient-centered, and the nursing staff must pay attention to communication with the patient's family. The answers of the participants showed that in the hospital ward 4 the quality of end-of-life care varied. The end-of-life care decision was sometimes made too late, or the prescriptions of pain relief were not ready when needed. The knowledge of end-of-life care among the nursing staff varied. Nurses thought though that they had good skills in end-of-life care due to a long working experience and nursing education they had. They hoped for training in the present standards of end-of-life care and up-to-date research.</p> <p>Based on the answers and earlier research I made an operating model (Appendix 2). I asked feedback from the model from the nursing staff in the hospital ward 4. The feedback was positive, and the operating model was thought to be good as it was quite brief, but it had nevertheless quite a lot of information.</p>	
Keywords	palliative care, end-of-life care, development

## Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tutkimuksen tausta	7
2.1	Tutkimuspaikka	7
2.2	Laatukriteerit palliatiivisen hoidon ja saattohoidon A-tason palveluille	9
2.3	Keskeiset käsitteet	10
2.3.1	Palliatiivinen hoito	10
2.3.2	Saattohoito	12
2.3.3	Sairaanhoidajan osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä ja saattohoitotyössä	13
2.3.4	Palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen	16
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	19
4	Tutkimuksen toteutus	20
4.1	Tutkimusmenetelmä	20
4.2	Tiedonhaku	21
4.3	Kohderyhmä	22
4.4	Aineistonkeruu	22
4.5	Sisällön analyysi	24
5	Tutkimuksen tulokset	28
5.1	Hyvä saattohoito ja sen toteutuminen Sipoon akuutti- ja kuntoutusosastolla	28
5.1.1	Oirehoito	30
5.1.2	Potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko	31
5.1.3	Kommunikaatio tiimissä ja potilaiden sekä perheiden kanssa	31
5.1.4	Hoidon jatkuvuus, emotionaalinen ja käytännön tuki potilaille ja perheille ja työn organisointi	32
5.2	Hoitajien kokemukset saattohoidon osaamisestaan sekä koulutustarpeet	34
5.3	Tuotoksen kuvaus	35
5.3.1	Oireiden systemaattinen arviointi	36
5.3.2	Kivun arviointi	37
5.3.3	Oirehoito-ohjeistus	37
5.3.4	Ahdistuneisuus, masennus, psykososiaalinen tukeminen	40
5.3.5	Omaisten huomiointi	41
5.3.6	Saattohoidettava eri kulttuuritaustasta	41
5.3.7	Ennakoiva hoitosuunnitelma	42
5.3.8	Palliatiivinen sedaatio	42

5.3.9	Kuoleman jälkeen	43
5.4	Arviointi	44
6	Pohdinta	45
6.1	Laadullisen aineiston tulosten tarkastelu	45
6.2	Kehittämistehtävän pohdinta	50
6.3	Eettisyys ja luotettavuus	52
6.3.1	Eettisyys	52
6.3.2	Luotettavuus	54
6.4	Johtopäätökset	56
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	57
	Lähteet	58
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku­taulukko	
	Liite 2. Saattohoito-ohjeistus	

## 1 Johdanto

Viime vuosikymmenten aikana väestön ikääntyminen on lisännyt palliatiivisen ja saattohoidon tarvetta. Vuosittain Suomessa kuolee reilut 50 000 ihmistä, joista n. 30 000 tarvitsee palliatiivista tai saattohoitoa. (Saarto, ym. 2019a: 14-15.) Diagnoosin ei pitäisi vaikuttaa palliatiivisen hoidon saamiseen, vaan siihen tulisi olla tarvelähtöisesti oikeus kaikilla ihmisillä. Kroonisia, kuolemaan johtavia sairauksia, joita sairastavat henkilöt voivat tarvita palliatiivista hoitoa sairauden edettyä, ovat esimerkiksi syövä, sydämen-, munuaisten ja maksan vajaatoiminta, krooniset keuhkosairaudet, neurologiset sairaudet kuten ALS, MS tai Parkinsonin tauti, AIDS sekä dementia. (Saarto, 2018: 8.)

Suomi sijoittuu WHO:n määritelmän mukaan kansainvälisessä palliatiivisen hoidon tason vertailussa tasolle 3b, eli toiseksi edistyneimpien maiden joukkoon, mutta eurooppalaisten maiden vertailussa Suomi on viimeisten joukossa (Salin & Melender & Lehto & Hökkä, 2021: 143; Clark, ym. 2020: 52). Viime vuosina palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on Suomessa kehitetty, ja asiantuntijaryhmät ovat kartoittaneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytilaa. Lisäksi saattohoidon palvelut on porrastettu perus- ja erikoistason palveluihin tarvelähtöisesti. (Saarto ym. 2019a.)

Asiantuntijaryhmät ovat tuoneet esille kehittämisehdotuksia sekä määritelleet laatuksiterit palliatiivisen ja saattohoidon eri tason palveluille (Saarto ym. 2019b: 14). Toimintaa perustasolla, kuten terveyskeskussairaaloiden tukiosastoilla, on kehitetty, mutta edelleen resursseissa ja osaamisessa on puutteita (Saarto, ym. 2022: 11). Lisäksi vuonna 2022 asiantuntijatyöryhmä on julkaissut laatusuosituksen, joiden tavoitteena on edistää kaikkialla Suomessa yhdenvertaisen ja laadukkaan palliatiivisen hoidon toteutumista (Saarto, ym. 2022: 10). Salinin ym. (2021) tutkimuksessa tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon alueella nousivat palvelujärjestelmä, palveluiden tasa-arvoinen saatavuus, kotisaattohoito sekä hoidon toteutus. Jotta hoidon toteutus on laadukasta, tarvitaan tutkimusnäyttöön perustuvia, ymmärrettäviä ja helposti saatavia ohjeita, joihin pohjaten voidaan tehdä yhtenäiset hoitokäytänteet ja -linjaukset. Duodecim on julkaissut palliatiivisen ja saattohoidon Käypä hoitosuosituksen, mutta Hoitotyön Tutkimussäätiön laatimat hoitotyön suositukset ovat vielä työn alla. (Salin, ym. 2021: 152-153.)

Sipoon akuutti- ja kuntoutusosastolla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi oli tarvetta, jotta laatusuositusten tasolle ylettäisiin, ja siksi tutkimuksellinen kehittämissyö nähtiin tarpeelliseksi. Tutkimuksellinen kehittämissyö aloitettiin pitämällä learning cafe-tyyppinen iltapäivä, jossa akuutti- ja kuntoutusosaston henkilökunta sai tuoda esiin omia mielipiteitään ja kokemuksiaan hyvästä saattohoidosta sekä myös koulutustarpeitaan. Vastausten sekä tiedonhakujen avulla löydetyn tutkimustiedon pohjalta tehtiin lyhyehkö saattohoito-ohjeistus osaston henkilökunnalle auttamaan hyvän ja laadukkaan saattohoidon toteuttamisessa.

## 2 Tutkimuksen tausta

### 2.1 Tutkimuspaikka

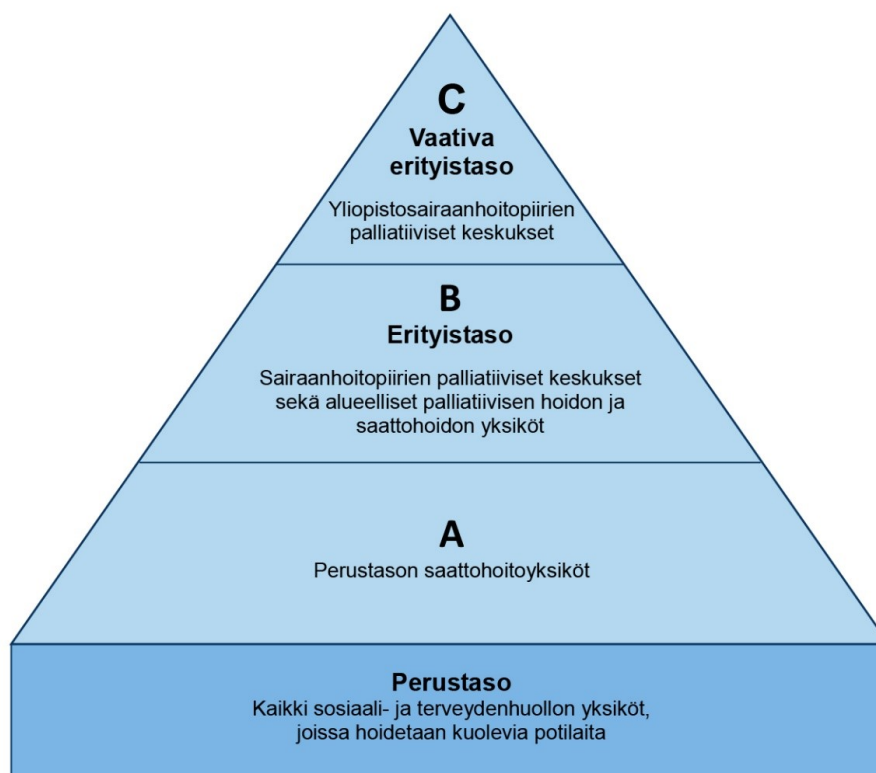
Tutkimus toteutettiin Sipoon akuutti- ja kuntoutusosastolla syksyllä 2022. Tutkimuksellisen kehittämissyön valmistuessa keväällä 2023 osasto oli siirtynyt Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen alaisuuteen, ja sen nimi muuttunut Itä-uudenmaan sairaalapalvelujen osasto 4:ksi. Tässä opinnäytetyössä osastosta käytetään nimeä akuutti- ja kuntoutusosasto niissä kohdissa, joissa käsitellään syksyä 2022 ja sitä ennen tapahtunutta, eli learning cafesta ja sieltä saaduista vastauksista puhuttaessa. Tammikuusta 2023 ja siitä eteenpäin tapahtuneista asioista, kuten saattohoito-ohjeistuksen valmistumisesta ja palautteesta puhuttaessa käytetään nimeä sairaalaosasto 4.

Osastolla hoidetaan palliatiivisten potilaiden ja saattohoidossa olevien lisäksi muitakin potilasryhmiä, mm. kuntoutuksessa operaation tai yleistilan laskun jälkeen olevia, akuutin sairauden esim. infektion hoidossa olevia, katkaisuhoidopotilaita, arviointijaksolla olevia, sosiaalisten syiden takia osastolla olevia tai asumisyksiköstä paikkaa odottavia. Potilaspaikkoja on 28.

Vuonna 2019 STM:n julkaisemassa loppuraportissa asiantuntijatyöryhmä nosti kehityskohteiksi Porvoon sairaanhoitoalueelle mm. toiminnan kehittämisen A-tasolle Sipoon terveystieteiden sairaalassa, koko sairaanhoitoalueen kattavan kotisairaalan perustamisen sekä koko aluetta palvelevan palliatiivisen keskuksen perustamisen Porvoon sairaalaan (Saarto ym. 2019b: 26-27). STM:n loppuraportin julkaisun jälkeen A-tason toimintaa Sipoon akuutti- ja kuntoutusosastolla on kehitetty, mm. osaston hoitohenkilökunta on suorittanut Duodecimin Saattohoitopassi-verkkokurssin ja kotisairaalan lääkärin konsultaatiotuki on ollut tärkeä osa palliatiivisten ja saattohoidossa olevien potilai-

den onnistuneessa oirehoidossa etenkin silloin, kun potilaan oireet ovat olleet erityisen hankalia. Itä-Uudenmaan kotisairaala aloitti toimintansa keväällä 2020 ja palliatiivinen poliklinikka Porvoon sairaalassa käynnistettiin samoihin aikoihin.

Osasto toimii Itä-Uudenmaan kotisairaalan palliatiivisten potilaiden tukiosastona, mikä tarkoittaa sitä, että kotisairaala potilas voi tarvittaessa esimerkiksi oireiden vaikeuttua siirtyä suoraan osastolle sairaanhoitajan lähettämänä mihin vuorokauden aikaan tahansa käymättä ensin päivystyksessä. Syitä tukiosastolle siirtymiseen kotisaattohoidosta voivat olla esimerkiksi kipu, hengenhädistys ja sekavuus, kouristukset, läheisen henkinen uupuminen, hätäntyminen tai oma sairastuminen, kotisairaalan resurssipula tai toimenpiteen tarve (Ahtiluoto ym. 2018). Kotisairaalayhteistyön myötä akuutti- ja kuntoutusosasto siirtyi palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportaisessa mallissa A-tasolle (kuvio 1). A-tasolla palliatiivista ja saattohoitoa kehitetään yksikön perustehtävänä osana yksikön muuta toimintaa. Saattohoito on huomioitu yksikön henkilöstömitoituksessa ja henkilöstön koulutuksessa, ja toimintaympäristö on asianmukainen. Asianmukainen toimintaympäristö pitää sisällään erilliset saattohoitopaikat. (Saarto, ym. 2019a: 17.)



Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto, ym. 2019a)



## 2.2 Laatuksiteerit palliatiivisen hoidon ja saattohoidon A-tason palveluille

STM:n työryhmä on listannut laatuksiteerit A-tason palveluille, ja näihin kuuluu palliatiivisen ja saattohoidon tarpeet huomioiva kirjallinen toimintamalli. Toimintamalliin kuuluvat oireiden systemaattinen arviointi, oirehoito-ohjeistus, saattohoito-ohjeistus ja tieto konsultoivasta erityistason yksiköstä. Lisäksi A-tasolla henkilökunnalla tulee olla perustasoa korkeampaa osaamista palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta (kyetään käynnistämään hoito vaikeissakin tilanteissa ja konsultoimaan jatkohoidosta). Henkilökunnalla tulisi olla myös hyvät vuorovaikutustaidot ja ymmärtämystä kokonaisvaltaisesta kärsimyksestä. Lisäksi on oltava todennettavissa olevaa ja ajantasaista jatkokoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta koko henkilökunnalla, jotta A-tason laatuksiteerit täyttyvät. (Saarto, ym. 2019b: 188-189.)

A-tason yksiköt ovat alueellisten palliatiivisen hoidon palveluketjujen kiinteitä osia, ja niillä on valmius ja osaamista psykososiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen tarjoamiseen potilaille ja heidän läheisilleen. Yksiköllä on nimetyt palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vastuuhenkilöt, sairaanhoitaja sekä virka-aikana osastolla toimiva lääkäri, jotka ovat saaneet jatkokoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja palliatiivisesta lääketieteestä. Vastuuhenkilöt hakeutuvat säännöllisesti täydennyskoulutukseen. Palliatiiviseen lääketieteeseen erikoistunutta lääkäriä voidaan konsultoida vuorokauden ympäri myös viikonloppuina ja pyhinä. Erityistason tukea saadaan osastolle tarvittaessa alueellisesta kotisairaalaasta tai palliatiiviselta konsultaatiotiimiltä ja lisäksi henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti henkilökohtaisissa koulutussuunnitelmissa todennettavaa täydennyskoulutusta. (Saarto, ym. 2019b: 188-189.)

Laatuksiteereihin peilaten Sipoon sairaalaosasto 4 ei keväällä 2023 vielä täysin täytä A-tasolta odotettavaa hoidon laatuksitasoa. Yksikölle ei ole tehty saattohoitosuunnitelmaa, joka sisältäisi oireiden systemaattisen arvioinnin, oirehoito-ohjeistuksen sekä saattohoito-ohjeistuksen. Itä-Uudenmaan alueellinen palliatiivinen palveluketju-työryhmä nosti kokouksessaan 6.4.2022 alueellisiksi kehityskohteiksi palveluketjun tietoisuuden lisäämisen alueen ammattilaisten keskuudessa, saattohoitopassin suorittamisen laajemmin alueella sekä alueellisen koulutuksen ja osaamisen lisäämisen niin perus- kuin erityistasolla.

Jotta palliatiivisen hoidon laadun varmistaminen on mahdollista, tulee olla olemassa hoitolinjaukset sekä -käytänteet, joihin potilaita hoitavat ammattilaiset sitoutuvat. Saa-

tavilla on siis oltava ymmärrettävät, tutkimusnäyttöön perustuvat ohjeet. (Salin, ym. 2021: 153.)

## 2.3 Keskeiset käsitteet

### 2.3.1 Palliatiivinen hoito

WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito tähtää parantamaan parantumattomaan, kuolemaan johtavaan ja/tai henkeä uhkaavaan sairauteen sairastuneiden ja heidän läheistensä elämänlaatua estämällä ja helpottamalla kärsimystä. Palliatiivisen hoidon tarpeessa olevien aikainen tunnistaminen sekä kivun, fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien oikea arviointi ja hoito ovat tärkeimmät keinot kärsimyksen estämisessä ja helpottamisessa. Palliatiivinen hoito ei nopeuta eikä hidasta kuolemaa. (Connor & Morris & Brennen 2020:13.)

Palliatiivisella hoidolla tavoitellaan hyvää oirekontrollia, potilaiden ja läheisten tyytyväisyyttä, liiallisten hoitojen välttämistä sekä potilaan toiveiden mukaista kuolinpaikkaa (Saarto, ym. 2022: 12). Päämääränä on kärsimyksen estäminen ja vähentäminen, ja parhaan mahdollisen elämänlaadun mahdollistaminen sekä potilaille että heidän perheilleen (Martins Pereira, ym. 2021:131). Siksi palliatiivisen hoidon laatua ei voida arvioida pelkästään terveyshyötyjen näkökulmasta (Saarto, ym. 2022: 12). Palliatiivinen hoitolinjauksen tulisi tehdä, jos muilla hoidoilla ei enää voida juurikaan vaikuttaa elämän pituuteen tai sairauden etenemiseen. Elinaikaennuste ei vaikuta palliatiivisen hoitolinjauksen tekemiseen tai sen ajankohtaisuuteen, vaan potilas voi elää vielä useita kuukausia tai jopa vuosia. (Lehto & Marjamäki & Saarto, 2019: 339.) Palliatiivista hoitolinjauksista tehtäessä tulee aiheesta keskustella sekä potilaan että hänen läheistensä kanssa, ja se tulee perustella ymmärrettävällä tavalla (Saarto, ym. 2022: 23).

Palliatiiviseen hoitoon päästään usein liian myöhään. Syynä voi olla paitsi omaisten ja läheisten väärät käsitykset ja niistä johtuva torjuva asenne, mutta myös hoitohenkilökunnan väärät käsitykset palliatiivisesta hoidosta. Palliatiivinen hoito ei tarkoita suoraan saattohoitoon siirtymistä eikä myöskään luovuttamista; sen tarkoituksena on lievittää sairauden oireita ja parantaa elämänlaatua, kun varsinainen parantava hoito ei enää ole ajankohtaista. Palliatiivista hoitoa voidaan kuitenkin antaa myös parantavan hoidon rinnalla, jolloin saadaan paras mahdollinen hyöty molemmista (Saarto ym. 2022: 18). Saukkosen ym. (2016) tutkimuksen mukaan syöpäpotilaan ja hänen läheistensä selviy-

tymistä edistäviä tekijöitä oli mm. varhainen palliatiivisen hoidon integraatio (Saukko-nen & Viitala & Lehto & Åstedt-Kurki, 2016: 204).

Kansainvälisesti useimmat kuolevat ihmiset jäävät ilman palliatiivista hoitoa, elleivät sairasta syöpää, eikä palliatiivista hoitoa ole integroitu terveydenhuoltojärjestelmään (Murray, ym. 2015). Palliatiivista hoitoa ei ole integroitu Suomessa terveydenhuoltojärjestelmään, ja siksi alueelliset erot hoidon laadussa ja saatavuudessa ovat olleet suuret. Kaikki kuolevat eivät tarvitse saattohoitoa, eivätkä kaikki tarvitse erityistason palveluita. Erityistason yksikön konsultaatiotuella saattohoitoa voidaan tarjota sitä tarvitseville perustasolla. Tämän onnistumiseksi on kuitenkin järjestettävä palliatiivisen ja saattohoidon koulutusta, jotta osaaminen perustasolla olisi riittävää. (Saarto, ym, 2019a: 14-15.) Palliatiivinen hoito erikoisalana ei kuitenkaan usein ole prioriteeteissa ylimpänä tutkimuksessa, koulutuksessa ja päätöksenteossa (Rosa, 2018: 195).

Laadukas palliatiivinen hoito vaatii hoitajilta tietynlaista osaamista, ja mm. Australiassa on laadittu kansalliset standardit palliatiiviselle hoidolle. Hoitajien osaamista ja koulutustarpeita voidaan arvioida näihin standardeihin perustuen. Standardit on jaettu kahden osioon, hoidollisiin ja hallinnollisiin. Hoidollisiin standardeihin kuuluu oireiden arviointi, jossa kartoitetaan potilaan fyysiset, psykologiset, kulttuuriset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet, hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan ja perheen kanssa, potilaan (omais)hoitajista huolehtiminen ja heidän tarpeidensa huomiointi sekä sellaisen hoidon tarjoaminen, joka perustuu potilaan tarpeiden arviointiin, on näyttöön perustuvaa ja pohjaa yhdessä potilaan ja omaisten kanssa tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Lisäksi hoitostandardeihin kuuluu, että siirtymät palvelujen välillä hoituvat potilaan kannalta mutkattomasti ja omaishoitajalle ja omaisille tarjotaan tukea surun kanssa selviämisessä. (Khalil & Byrne & Ristevski, 2019.)

Hallinnollisiin standardeihin kuuluu potilaskeskeisyys. Palliatiivisen hoidon palveluilla tulisi olla sellainen filosofia, kulttuuri, arvot, rakenteet ja ympäristö, joka tukee potilaskeskeisen hoidon toteutumista. Hoidon tarjoajien tulisi olla sitoutuneita jatkuvaan laadun arviointiin ja parantamiseen ja henkilökunnan, niin ammattilaisten kuin vapaaehtoistenkin, tulee olla asianmukaisesti koulutettuja ja heidän tulee olla sitoutuneita ammatilliseen kehittymiseen. (Khalil & Byrne & Ristevski, 2019.)

### 2.3.2 Saattohoito

Saattohoidosta puhuttaessa tarkoitetaan palliatiivisen hoidon loppuvaihetta elämän viimeisinä viikkoina ja päivinä (Saarto ym, 2019a: 13). Toisinaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteitä käytetään rinnakkain tai toistensa synonyymeina, mutta saattohoidon voidaan katsoa olevan nimenomaan kuolevan potilaan hoitoa. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri, mutta sen tekemisestä tulee keskustella potilaan ja hänen läheistensä kanssa ja sen tekemiseen on oltava potilaan suostumus. (Anttonen, 2016: 17-18.)

Lääkäri voi tehdä saattohoitopäätöksen, mikäli potilaalla on diagnoosi kuolemaan johtavasta sairaudesta ja todetaan lähestyvän kuoleman merkkejä, kuten esimerkiksi elintoimintojen hiipumista, tajunnantason laskua ja periferian viilenemistä. Toisinaan saattohoitopäätös jää tekemättä, koska kuoleman läheisyyttä ei tunnisteta tai potilas ei sitä hyväksy. Tilanteiden muuttuessa on oltava myös valmius arvioida hoitopäätös uudelleen. (Hänninen, 2015b: 256-258.) Kun saattohoitopäätös tehdään, kuoleman ajatellaan olevan ajankohtainen lähipäivien tai -viikkojen sisällä. Oireiden lievittäminen, henkinen tuki ja jäähyväisten jättämisen mahdollistaminen ovat saattohoitopäätöksen jälkeen tärkeimmät asiat, mihin potilaan hoidossa tulisi keskittyä. (Lehto & Marjamäki & Saarto, 2019: 339.) Saattohoitoon siirtymisen on tarkoitus myös valmistaa potilaita ja hänen läheisiään kuolemaan, luopumiseen ja suruun (Anttonen, 2016: 17-18). Kuitenkaan hyvä saattohoito ei pääty potilaan kuollessa, vaan läheisiä tuetaan surussa myös potilaan jo kuoltua (Hänninen, 2015b: 256).

Saattohoidon kolmiportainen malli (kuvio 1) havainnollistaa, miten saattohoidon osaaminen on Suomessa jaettu eri tasoihin. Erityistasolla vaaditaan erikoistumiskoulutusta, mutta perusopetuksen tulisi antaa valmiudet työskennellä perustason saattohoidossa. Osaamista voi ja tulee täydentää myöhemmin täydennyskoulutuksella. (Saarto, ym 2019a: 16-17.) Rahko ja Rajala (2020) muistuttavat, että perusterveydenhuollossakin voidaan toteuttaa laadukasta saattohoitoa, ja moniammatillinen tiimi on tärkeä osa sitä. Kuoleman kohtaamisessa parhaiten kehittyä käytännön työssä, vaikkakin koulutuksista siihen saa tärkeitä valmiuksia. (Rahko & Rajala, 2020: 1612.)

Hyvä saattohoito vaatii toteutuakseen riittävät resurssit, henkilöstön riittävän osaamisen sekä ennakoivan suunnitelman saattohoidosta, tiivistää Lesonen pro gradu-tutkimuksensa tulokset. Hän tutki saattohoitoa hoitajien näkökulmasta, ja selvitti myös,

miten hoitajien mielestä saattohoitoa pitäisi kehittää. (Lesonen, 2019: 13, 30.) Hyvä kuolema olisi Sarivaaran ym. mukaan hyväksyttävä hoidon tavoitteeksi, ja kuoleman laatuun olisi kiinnitettävä enemmän huomiota sairaalassa (Sarivaara & Lämsä & Sepälä, 2018: 15).

Kuolevan potilaan hoitaminen vaatii hoitajalta erilaista suhtautumista hoitotyöhön kuin muilla erikoisaloilla. Tarkoitus ei ole enää parantaa potilasta, vaan tehdä tämän olosta mahdollisimman hyvä. Ennen kaikkea onnistuneen saattohoidon toteuttaminen vaatii hoitajalta hyvän suhteen luomista potilaan ja perheen kanssa. Tutkimuksessa sairaanhoitajat sanoittivat itse, että tärkeää on tuntee potilaan sairauden etenemisprosessi, mutta vielä tätäkin tärkeämpää on tuntee potilas ihmisenä. (Ferguson, 2018: 76.)

### 2.3.3 Sairaanhoitajan osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä ja saattohoitotyössä

Ammattilaisten riittävä ammatillinen osaaminen on välttämättömyys laadukkaalle palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle. Jatkuva täydennyskoulutus sekä työhyvinvointi, ja tarvittaessa työnohjaus kuuluvat työnantajan vastuulle. (Saarto, ym. 2022: 33-34.)

Käänteisesti asian voi ilmaista niin, että suurimman esteen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun parantamiselle ja kehittämiseksi luo ammattilaisten koulutuksen ja tietoisuuden puute (Sekse & Hunskår & Ellingsen, 2017: 22). On havaittu myös, että hoitajien asenteet kuolevien potilaiden hoitoa kohtaan ovat sitä parempia, mitä parempia heidän tietonsa ja osaamisensa palliatiivisessa hoidossa ovat (Wilson & Avalos & Dowling, 2016; Achora & Labrague, 2019: 34). Myös hoitajan pidempi työkokemus ja ikä vaikuttavat myönteisesti hoitajan asenteisiin palliatiivista hoitoa kohtaan, ja siksi nuoremmat ja kokemattomammat hoitajat voisivat hyötyä työskentelystä yhdessä kokeneemman hoitajan kanssa (Wilson & Avalos & Dowling, 2016).

Palliatiivisessa hoitotyössä hoitajilta vaaditaan laaja-alaista osaamista, jotka Hökkä ym. ovat jakaneet kuuteen kategoriaan: kyky tehdä yhteistyötä potilaan, omaisten ja moniammatillisen tiimin kanssa, kommunikointiosaaminen sekä eri kulttuurien ymmärtämys, kliiniset taidot, psykososiaalinen sekä hengellinen osaaminen, hoitajan ammatillinen sekä johtamisosaaminen ja eettinen ja lakiasioiden osaaminen (Hökkä & Martins Pereira & Pölkki & Kyngäs & Hernández-Marrero, 2020). Osaamisvaatimukset kaikilla palliatiivisen hoidon tasoilla kasvavat jatkuvasti, ja yhä yksilöllisempää ja potilaslähtöisempää otetta hoitotyöhön kaivataan. Omaiset ja potilaat ovat entistä paremmin perillä

eri hoitovaihtoehdoista ja potilaan oikeuksista, ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan aikaa ja kykyä kuunnella heitä. Osaamista on kehitettävä jatkuvasti, jotta hoitohenkilökunta pysyy ajan tasalla mm. lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä oirehoitomenetelmistä sekä palliatiivisen sedaation toteuttamisesta ja ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä. Päätöksentekokyky ja ongelmanratkaisutaito ovat myös yhä tärkeämpiä taitoja palliatiivista hoitoa toteuttavalle hoitajalle. (Suikkala & Tohmola & Rahko & Hökkä, 2021: 7-8.)

Lesosen tutkimuksessa perusterveydenhuollossa työskentelevät hoitajat kokivat tärkeiksi täydennyskoulutuskohteiksi lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät, eksistentiaalisen kärsimyksen esille ottamisen sekä kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaamisen. Omaisten tukeminen koettiin henkisesti kuormittavana osana saattohoitotyötä. (Lesonen, 2019: 30-38.) Terveyskeskussairaaloissa saattohoitopotilaita hoitavat sairaanhoitajat kuvasivat Haaviston ym. tutkimuksessa tärkeäksi osaamisalueeksi rohkeuden hoitaa saattohoitopotilaita. Rohkeutta hoitajat tarvitsevat puolustaessaan omia mielipiteitään potilaan parhaasta hoidosta moniammatillisessa hoitotiimissä, mutta myös kuolemaan liittyvien asioiden puheeksi ottamisessa. (Haavisto, ym. 2020: 579-580.)

Sairaanhoitajien osaamista eri palliatiivisen hoidon tasoilla on tutkinut mm. Minna Hökkä ym. Sairaanhoitajilla tulee olla asianmukaista osaamista tarjotakseen laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa (Hökkä & Melender & Lehto & Kaakinen, 2021:1). Saukkosen ym. tutkimuksessa havaittiin, että potilaiden ja läheisten näkökulmasta oikea-aikainen ja ammattitaitoinen palliatiivinen hoito edistää selviytymistä palliatiivisen hoidon aikana. Hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot korostuvat vastauksissa, sillä potilaslähtöisyys ja avoin vuorovaikutussuhde ja emotionaalinen tuki olivat potilaille ja heidän läheisilleen tärkeitä asioita. Vastaajat nostivat esiin myös, että selviytymistä edisti yksilöllinen suhtautuminen heidän tilanteeseensa, niin että heidät nähtiin persoonina eikä pelkästään sairaustapauksina. (Saukkonen, ym. 2016: 199-203.) Luottamuksellisen hoitosuhteen ja onnistuneen potilaslähtöisen hoitotyön toteuttamiseksi potilaan ja omaisten tunteminen on hyvin tärkeää (Carvajal, ym. 2019: 16). Koska hoitajat ovat potilasta ja hänen perhettään lähellä arjen hoitotyössä, heidän on mahdollista tukea potilaita omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon osallistumisessa. Hoitajilla on myös usein hyvä käsitys perheen arvoista ja toiveista, mistä voi olla hyötyä, kun on esimerkiksi aika siirtyä palliatiiviseen hoitolinjaan. (Alshammari & Sim & Lapkin & Stephens, 2022:11).

Etenkin palliatiiviseen hoitoon erikoistumattomissa yksiköissä ei irlantilaisen tutkimuksen mukaan riitä se, että hoitajien koulutuksissa painotetaan lääkehoitoa ja palliatiivisia hätätilanteita. Kuolemasta ja kuolemisesta keskustelu potilaiden kanssa koettiin tutkimukseen osallistuneiden hoitajien keskuudessa vaikeaksi. Koulutuksissa pitäisikin muistuttaa, ettei palliatiivinen hoito ole pelkästään oireiden lievittämistä ja kärsimyksen poistamista, vaan päämääränä on elämänlaadun parantaminen. (Wilson & Avalos & Dowling, 2016.)

Hökän ym. mukaan aiemmin on tutkittu, mitkä sairaanhoitajan osaamisalueet ovat palliatiivisessa hoidossa tärkeitä, mutta on tehty vain vähän empiiristä tutkimusta siitä, millaista osaamista palliatiivisen hoidon eri tasoilla vaaditaan. Perustason saattohoitoyksiköissä vaadittavaa sairaanhoitajan osaamista kuvaillessaan tutkimuksen osallistujat mainitsivat vastauksissaan kaikista useimmin yleisimpien oireiden hoidon sekä potilaiden ja heidän omaistensa tukemisen. Paljon vastauksissa nousi esiin myös potilaan oireiden arviointi ja hoidon tarpeen määrittäminen. (Hökkä, ym. 2021: 1-5.)

Johtopäätöksissään Hökkä ym. muistuttavat, että koulutusta pitäisi aina kehittää vastaamaan siihen tarpeeseen, mitä osaamista hoitajat käytännössä tarvitsevat (Hökkä, ym. 2021: 8). Sekä teoreettinen että käytännön koulutus olisivat tarpeen, ja hoitajien henkilökohtaisen osaamisen ja koulutuksen päivittäminen on välttämätöntä (Martínez-Sabater & Chover-Sierra & Chover-Sierra, 2021: 9). Etenkin kohtaamisosaaminen ja toivon ylläpitäminen korostuivat (Hökkä, ym. 2021:7). Palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat saattavat joutua useinkin kuulemaan huonoja uutisia sairaudestaan, mutta huonoistakin uutisista on osattava kertoa potilaille ja läheisille rehellisesti ja avoimesti. Keskusteluihin on varattava aikaa, kiireen tuntua hoitajan olisi osattava välttää. Tärkeää on myös, että hoitolinjaukset ja -päätökset on tehty yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa, sillä siitä muodostuu pohja selviytymiselle palliatiivisessa hoidossa. On myös huolehdittava, että potilaalla ja läheisillä on tarpeeksi tietoa, ja että tukea on saatavilla tarvittaessa. (Saukkonen, ym. 2016: 203-204.)

Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa hoitohenkilökunnan osaaminen koostuu potilaan hoidon tarpeiden ja sairauden oireiden tunnistamisesta, fyysisen ja psyykkisen tuen antamisesta sekä oireiden hoidosta niin lääkkeellisillä kuin lääkkeettömilläkin hoitomenetelmillä. Lisäksi hyvät vuorovaikutustaidot ja potilaiden sekä läheisten kohtaamisosaaminen ovat tärkeä osa hoitajien osaamista, kun käsillä on elämän loppuvaiheet. Hoitajalta edellytetään myös potilaan hoitolinjausten tunnistamista, ja hänen tulee

osata toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Vihelä & Hökkä & Kaakinen, 2020: 277.) Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat moniammatillista yhteistyötä, ja usein sairaanhoitajan rooli onkin yhdistää potilaat ja omaiset ammattilaisten kanssa ja toimia hoidon koordinaattorina. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että on olemassa ammattilainen, joka on saatavilla ja tekee sen, mitä tarvitaan. Tässä onnistuakseen sairaanhoitajalla on tärkeää olla hyvät ammatilliset verkostot. (Sekse & Hunskaar & Ellingsen, 2017: 32.)

Vattula ym. ovat tutkineet myös lähihoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta, ja tulokset olivat samansuuntaisia kuin sairaanhoitajienkin kokemukset. Etenkin vuorovaikutusosaaminen ja moniammatillinen yhteistyö korostuvat tärkeydellään, ja tutkimuksen mukaan lähihoitajien osaamisessa on kehitettävää. (Vattula & Hökkä & Rajala & Kaakinen & Kuivila, 2020: 123.) Lisäksi tärkeitä osaamisalueita palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa ovat kokonaisvaltainen oirehoito, yksilöllinen hoito, eettisyys, lainsäädäntö, työhyvinvointi sekä teoreettinen osaaminen. Jatkuvan kouluttautumisen merkitys on huomattava, sillä sen lisäksi, että se kehittää lähihoitajien osaamista, se myös edesauttaa työssäjaksamista ja työhyvinvointia. (Vattula, ym. 2020: 125-130.)

Tulevan vuosikymmenen aikana palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan yhä enemmän kaikilla terveydenhuollon tasoilla, ja osaamisvaatimukset palliatiivisessa hoidossa tulevat myös kasvamaan. Hoitajilla tulee olla osaamista tarjota yksilöllistä ja ihmiskeskeistä hoitoa ja heidän tulee jatkuvasti kehittää osaamistaan, sillä palliatiivinen lääketiede ja hoitotyö kuten myös suositukset ja säädökset kehittyvät. (Suikkala, ym. 2021: 8.) Jos kokonaisvaltaisen ihmiskeskeisen hoitotyön toteuttaminen ei onnistu, vaikutukset voivat ulottua hoitotuloksiin ja potilaiden hoitotyytyväisyyteen (Parajuli & Hupcey & Kitko & Birriel, 2021: 454).

#### 2.3.4 Palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen

EAPC (European Association of Palliative Care) on kartoittanut palliatiivisen hoidon esteitä sekä mahdollisuuksia Euroopassa, ja suurimmaksi haasteeksi paljastui se, ettei palliatiivisen hoidon tarpeessa olevia potilaita aina tunnisteta. Muita sairauksia, paitsi syöpää sairastavilla on haasteita päästä palliatiivisen hoidon piiriin, vaikka he tarvitsisivat sitä. Lisäksi perusterveydenhuollossa on puutetta tiedoista ja taidoista palliatiivisesta hoidosta, opiaattien määräämisessä potilaille on ongelmia, siellä esiintyy konsultaa-



tiotuen puutetta palliatiiviseen hoitoon erikoistuneilta ammattilaisilta eikä suuri yleisö täysin ymmärrä palliatiivisen hoidon käsitettä. (Murray, ym. 2015.) Edelleen vuonna 2021 julkaistussa tutkimuksessa huomattiin, että Euroopan maissa on suurta vaihtelua sekä maiden välillä että maiden sisällä hoitajien palliatiivisen hoidon osaamisessa ja koulutuksessa, eikä kaikkialla tunnusteta palliatiivista hoitoa yhdeksi hoitotyön erikoisalaksi (Martins Pereira, ym. 2021: 136-137).

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa kehitettäessä henkilökunnan jatkuva koulutus on tärkeässä roolissa. Pesutin ja Greigin tutkimuksen mukaan palliatiivisen hoidon koulutus vähentää hoitajien stressiä sekä parantaa heidän kommunikaatiotaan, asenteitaan, tietojaan ja varmuuttaan palliatiivisten potilaiden hoidossa (Pesut & Greig, 2018: 53). Espanjassa tehdyssä tutkimuksessa hoitajat kokivat osaavansa antaa parantumattomasti sairaille potilaille hyvää hoitoa fyysisiin oireisiin, mutta psyykkisen tuen antaminen koettiin asiaksi, jossa lisäkoulutus oli tarpeen. Sairaanhoidajat nostivat esiin myös ajanpuutteen olevan esteenä hyvän hoidon antamiselle, sillä jos aikaa on vain välttämättömään hoitoon, ajan antaminen potilaalle, keskustelu ja henkinen tuki jää tekemättä tai on heikkolaatuista. (Arantzamendi & Addington-Hall & Saracibar & Richardson, 2012.)

Rakenteellinen koulutus palliatiivisesta ja saattohoidosta auttaa hoitajia kokemaan varmuutta hoitaessaan kuolevia potilaita, ja koulutuksen avulla saadaan aikaan muutoksia varsinkin pienempien organisaatioiden toimintatavoissa (Corcoran, 2016). Myös hoitajien työhyvinvointi ja työssä jaksaminen paranee koulutuksen avulla, kun hoitajat saavat työkaluja itsehoitoonsakin. Hoitajia kouluttamalla sekä potilas- että omaistyytyväisyys paranee, mutta samalla saadaan hoitajia pysymään työpaikoissaan. (Corcoran, 2016.)

Saksassa tehdyn tutkimuksen perusteella sekä lääkärit että hoitajat kokivat jatkuvan oppimisen palliatiivisessa hoidossa hyvin tärkeäksi. Peruskoulutuksessa kertynyttä osaamista kuolevan potilaan hoidossa ei pidetty riittävänä, ja tietojen ja osaamisen päivittäminen uran varrella samaan tapaan kuin esim. elvytystaitojen ylläpitäminen ja harjoittelu nähtiin tärkeänä. Konkreettinen harjoittelu esimerkiksi saattohoitokodeissa olisi vastaajien mielestä hyödyllistä, sillä he kokivat, että teoreettisen koulutuksen lisäksi käytännön harjoittelu ja oppiminen kokeneemmalta henkilökunnalta on erittäin tärkeää, koska asennetta on vaikeaa oppia pelkästään ohjeita lukemalla. Sisällöltään koulutuksen tulisi vastaajien mielestä sisältää perustietoa palliatiivisesta hoidosta, kommuni-

kaatiotaitojen harjoittelua, sekä potilaan omaisista huolehtimista. (Jors, ym. 2016: 275-277.)

On myös havaittu, että hoitajilla voi olla vääriä käsityksiä palliatiivisesta hoidosta, joita kuitenkin on saatu korjattua muun muassa implementoimalla palliatiivisen hoidon koulutusta henkilökunnalle. Eräällä kirurgisella osastolla Ruotsissa ongelmia tuotti mm. palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden tunnistaminen, ja se, että henkilökunnalla saattoi olla eriävät mielipiteet siitä, onko potilas palliatiivisen hoidon piirissä vai ei. Koulutuksen jälkeen kirurgisen osaston henkilökunta ymmärsi palliatiivisen potilaan kokonaisvaltaista hoitoa paremmin kuin ennen koulutusta, jolloin heidän käsityksensä palliatiivisten potilaan hankalimmista oireista rajoittui lähinnä kipuun ja pahoinvointiin. (Hahne & Lundström & Leveälähti & Winnhed & Öhlén, 2017: 5-10.)

Clarcken ym. tutkimuksen tavoitteena oli kerätä ja yhdistää tutkimustietoa sekä kehittää yläkäsitteet korkealaatuiselle saattohoidolle tehohoidossa (ICU) (Clarke, ym. 2003: 2256). He löysivät palliatiiviseen hoitoon liittyen seitsemän yläkäsitettä/päälukkaa, jotka olivat potilas- ja perhelähtöinen päätöksenteko, kommunikaatio, hoidon jatkuvuus, henkinen ja käytännön tuki, oirehoito ja perushoito, hengellinen tuki sekä henkinen ja organisaation tuki teho-osaston henkilökunnalle. Tutkimuksessa monitieteellinen työryhmä, joka koostui klinikoista, opettajista ja tutkijoista, etsi kirjallisuudesta aiemmin määriteltyjä yläkäsitteitä laadukkaalle saattohoidolle, jonka jälkeen löydetyt yläkäsitteet esiteltiin hoitaja-lääkäreille 15 eri teho-osastolta Pohjois-Amerikasta (14 USA:sta ja 1 Kanadasta). Hoitaja-lääkärit kommentoivat ehdotuksia, ja saivat antaa omiakin ehdotuksiaan, ja aluksi hyväksyttiin kuusi ensimmäistä työryhmän ehdottamaa yläkäsitettä. Useat tiimit ehdottivat lisäksi seitsemännen pääkäsitteen lisäämistä, henkinen ja organisaation tuki teho-osaston henkilökunnalle. Laatuindikaattorit seitsemänteenkin yläkäsitteeseen löytyivät myös kirjallisuudesta. (Clarke, ym. 2003: 2256-2257.)

Price, ym. olivat omassa tutkimuksessaan laajentaneet Clarcken luomien pääkäsitteiden käyttöä myös teho-osastojen ulkopuolelle saattohoitoon. He tutkivat hoitajien osaamista ja kokemuksia saattohoidosta aikuisten sekä lasten teho-osastoilla sekä aikuisten ja lasten akuuttiosastoilla. (Price, ym. 2017: 331.) Pricen malli on nähtävillä kuviossa 3.

Harden, ym. ottivat Pricen ym. muokkaaman mallin käyttöön, ja tutkivat sen avulla syöpäsairaanhoitajien palliatiiviseen ja saattohoitoon liittyvää osaamista ja asenteita sekä ennen että jälkeen palliatiivisen hoidon koulutuksen. Palliatiivisen hoidon koulutuksen

havaittiin parantavan huomattavasti hoitajien asenteita, tietämystä ja toimintaa. Tietämys kasvoi etenkin oirehoidon ja kulttuuristen tarpeiden huomioimisen osalta, ja hoitajat olivat paremmin valmistautuneita tukemaan kuolevan potilaan peruselintoimintoja tukevista hoidoista pidättäytymistä. Hoitajien asenteiden katsottiin parantuneen koulutuksen jälkeen, koska hoitajat kokivat saaneensa lisää varmuutta ottaa palliatiiviseen hoitoon liittyvät aiheet puheeksi potilaiden ja omaisten kanssa. (Harden & Price & Duffy & Galunas & Rodgers, 2017.)

Tutkijat pohtivat, että toiminnan parantumista on vaikea arvioida, sillä ei voida tietää onko koulutuksella pitkäaikaisia vaikutuksia, eli jäävätkö uudet opitut keinot ja tavat todella hoitajien käyttöön (Harden, ym. 2017). Pelkästään tiedon ja koulutuksen hankkiminen ei riitä, vaan hankitut tiedot tulee ottaa käytäntöön, jotta niistä hyötyvät myös potilaat ja heidän perheensä (García-Salvador, ym. 2021: 2). Harden ym. ehdottavat, että hoitokäytäntöjä parantaakseen hoitajia tulisi kouluttaa palliatiivisen hoidon periaatteista ja hyödyistä, ja tulisi lisätä hoitajien mahdollisuuksia keskustella heidän asenteistaan, osaamisestaan ja toiminnastaan palliatiivisessa hoidossa. Lisäksi hoitajia tulisi rohkaista ottamaan palliatiivinen hoito puheeksi potilaiden ja omaisten kanssa, ja antamaan potilaille ja omaisille ohjausta palliatiivisesta hoidosta. (Harden, ym. 2017.)

### **3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on luoda Sipoon akuutti- ja kuntoutusosastolle saattohoitosuunnitelma eli kirjallinen toimintamalli, johon sisältyy oireiden systemaattinen arviointi, oirehoito-ohjeistus sekä saattohoito-ohjeistus.

Tavoitteena on lisätä henkilökunnan osaamista palliatiivisessa ja saattohoidossa.

Kehittämistehtävänä on kartoittaa hoitohenkilökunnan mielipiteet seuraavista asioista: Millaista on hyvä saattohoito? Miten hyvä saattohoito toteutuu Sipoon akuutti- ja kuntoutusosastolla? Millaiseksi hoitohenkilökunta kokee osaamisensa saattohoidossa, ja mistä aiheista koulutusta kaivataan?

## 4 Tutkimuksen toteutus

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Työ toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä. Ojasalo ym. nimeävät tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdaksi kehittämiskohteen tunnistamisen sekä kohteen ja siihen liittyvien tekijöiden ymmärtämisen. Yleensä kehittämistyö kohdistetaan jollain tavoin työelämän kehittämiseen, tavoitteenaan saada aikaan muutosta ja esim. kehittää tai uudistaa prosesseja. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti, 2015: 23.) Suojanen (2004) muistuttaa, että toimintatutkimukselle on tyypillistä suunnitelmien avoimuus, eli tutkimuksen kuluessa voidaan toimintaa tarvittaessa muuttaa. Myös tyypillistä toimintatutkimukselle on, että tutkija toteuttaa sitä yhdessä tutkimusryhmän kanssa. Yksin tutkimuksellista kehittämistyötä toteuttaessa tutkijan olisi vaikea saada kohderyhmäänsä sitoutumaan, samoin ongelmia voi ilmetä, jos tutkimussuunnitelma on liian tiukka määritelty, eivätkä tutkimukseen osallistujat saa itse vaikuttaa siihen. (Suojanen, 2004.)

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuvilla tulisi olla mahdollisimman samanlainen näkökulma kehittämisen kohteesta ja lisäksi ajatella mahdollisimman yhteneväisesti, miten sitä voitaisiin parhaiten ymmärtää ja selittää ja lopulta uudistaa, parantaa tai muuttaa. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 29.) Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen mukaan tutkijan pitäisi saada ohjattua osallistujat tiedostamaan kehitystarpeita sekä omaksumaan teoreettista tietoa, joka liittyy heidän työhönsä. Osallistujat tulisi saada myös yhdistämään käytännön kokemustaan teoreettisiin lähtökohtiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997: 120.) Huovinen ja Rovio huomauttavat, että kaikkiin kehitysprosessissa esiin nouseviin kysymyksiin ei voi suunnitteluvaiheessa ennalta varautua, ja tutkimusongelmat saattavat muuttua ja täsmentyä prosessin aikana (Heikkinen & Rovio & Syrjälä, 2010: 96-98). Lähtökohtana on, että tutkimusta tehdään aidoissa oloissa niin, että sillä saavutetaan mahdollisimman paljon käytännön hyötyä (Heikkinen & Rovio & Syrjälä, 2010:9).

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta ja sen rakenteista. Toikko ja Rantanen toteavatkin, että tulisi puhua uudesta tiedonmuodostuksen tavasta, jossa tutkimus on avustavassa roolissa, ja että tutkimuksellisessa kehitystyössä tavoitteena on saada aikaan konkreettista muutosta. Samalla pyritään tuottamaan myös perusteltua tietoa. (Toikko, Rantanen, 2009.) Heikkinen kirjoittaa, että kehittäminen ja tutkimus ruokkivat toisiaan (Heikkinen & Rovio & Syrjälä,

2010: 28). Kehittämistyön tulisi lähteä käytännön tarpeista, ja sen onnistumista arvioi-  
dessa mietitään, miten näihin tarpeisiin vastaamisessa onnistuttiin. Kun kehittämistyötä  
aletaan suunnitella, on ensin oltava selvillä, miksi kehitetään ja mitä kehittämistyöllä  
halutaan saavuttaa. Tämän jälkeen voidaan alkaa suunnitella, miten päämäärä saavu-  
tetaan. (Pohjola, ym. 2014: 16.)

Arkitieto (hiljainen tieto) on tutkimuksellisessa kehittämistyössä tärkeää. Tätä on am-  
mattilaisilla oleva tieto ja osaaminen, joka on intuitiivista, ja jota ammattilainen ei vält-  
tämättä osaa perustella. Kehittämistiedon tulee kuitenkin olla enemmän kuin arkitietoa,  
ja sen tulee perustua tutkittuun tietoon. (Toikko & Rantanen, 2009: 40-41.)

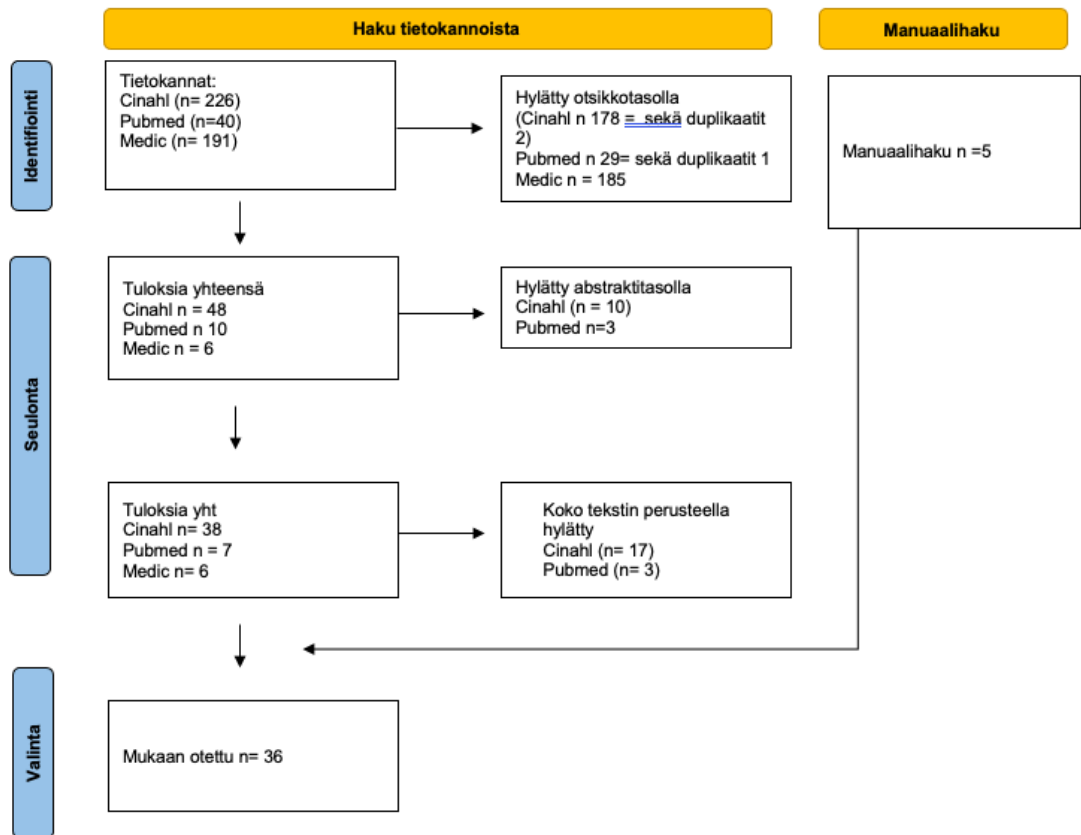
## 4.2 Tiedonhaku

Tiedonhakuja tehtiin kesän ja syksyn -22 aikana. Hakuja tehtiin Cinahl, PubMed sekä  
Medic- tietokannoista. Tiedonhakukaavio liitteissä (Liite 1). Tiedonhakuja ja tulosten  
läpikäyntiä jatkettiin talven -22 ja kevään -23 aikana. Taulukossa 1 on nähtävillä mu-  
kaanotto- ja poissulkukriteerit ja kuviossa 2 esitetään Prisma flow-kaavion avulla tie-  
donhaun eteneminen.

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

<b>Mukaanottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Vertaisarvioitu, tieteellinen tutkimus	Ei tieteellinen, ei vertaisarvioitu tutkimus
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Englannin- ruotsin, tai suomenkielinen	Muun kuin englannin- ruotsin tai suomen- kielinen
Julkaistu vuosina 2012-2023	Julkaistu ennen vuotta 2012
Käsittelee aikuispotilaita	Käsittelee lapsia tai nuoria
Käsittelee sairaanhoitajien tai lähihoitajien osaamista/koulutustarpeita	Käsittelee sairaanhoitaja- tai lähihoitaja- opiskelijoiden koulutustarpeita tai osaamis- ta
Käsittelee palliatiivista ja saattohoitoa sai- raalan vuodeosastolla	Käsittelee palliatiivista ja saattohoitoa hoi- vakodissa tai päivystysosastolla

Kuvio 2. Prisma flow-kaavio tiedonhaun etenemisestä (Page ym. 2020 mukailten)



Lähde: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

### 4.3 Kohderyhmä

Kohderymänä oli Sipoon akuutti- ja kuntoutusosaston hoitohenkilökunta, johon kuului syksyllä 2022 lähihoitajia ja sairaanhoitajia sekä fysioterapeutteja. Lopulta kehittämistyöhön osallistujia oli 16. Myös pidempiaikaiset sijaiset saivat osallistua kehittämistyöhön, mutta keikkatyöntekijöitä ei sisällytetty tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön, koska he tekevät vain lyhyitä, esimerkiksi muutaman viikon sijaisuuksia tai yksittäisiä vuoroja osastolla.

### 4.4 Aineistonkeruu

Osaston koko hoitohenkilökunnalle annettiin mahdollisuus osallistua kehittämistyöhön. Enää ei nähdä, että kehittämistoiminta kuuluisi pelkästään tiettyssä asemassa oleville tai tiettyihin tehtävänkuvuihin, vaan sen katsotaan koskevan kaikkia työyhteisön työnteki-

jöitä. On tärkeää myös, ettei kehittämistoiminnassa saatu tieto ole vain harvojen etuoikeus, vaan tieto tulee jakaa yhteisöllisesti. (Salonen, ym. 2017: 22.) Syksyllä -22 järjestettiin kehittämisiltapäivä learning cafe- tyylillä.

Learning cafe on tapa ideoida ja oppia. Se on yhteistoimintamenetelmä, jonka avulla on tarkoitus saada aikaan keskustelua sekä luoda ja siirtää tietoa. Olennaista on omien näkemysten selittäminen ja yhteisen ymmärryksen löytäminen. Osallistujat jaetaan niin moneen pöytään kuin on kysymyksiä. Jokaisessa pöydässä on puheenjohtaja, joka vie keskustelua eteenpäin. Ideat kirjataan paperille tai esim. post-it-lapuille. Puheenjohtaja ei vaihda pöytää, muut osallistujat siirtyvät pöydästä toiseen niin, että jokainen vastaa jokaiseen kysymykseen. Keskustelu yhdessä pöydässä kestää n. 15-30 minuuttia ja lopuksi kaikki vastaukset kootaan yhteen ja käydään yhdessä läpi. (Innokylä; Salonen, ym. 2017:58.) Puheenjohtajan ei ole tarkoitus ohjailla keskustelua juurikaan, vaan kirjata ylös esiin nousseet asiat ja esittää ne lopuksi koko työryhmälle. Toki olisi suotavaa, että puheenjohtaja ohjaa keskustelun takaisin kysymyksen pariin, mikäli ryhmä harhautuu sivupoluille. Myös puheenjohtaja voi osallistua keskusteluun ja tuoda omia näkemyksiään esille.

Ensimmäinen learning cafe pidettiin 29. syyskuuta 2022. Osallistujia oli 11, joukossa sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä fysioterapeutteja. 9 osallistujaa oli fyysisesti paikalla, ja kaksi osallistui Teams-sovelluksen kautta. Learning cafen kysymykset olivat opinäytetyön tutkimuskysymykset: millaista mielestäsi on hyvä saattohoito, miten hyvä saattohoito toteutuu osastolla, sekä millaiseksi koet osaamisesi saattohoidossa ja missä osa-alueissa kaipaisit lisäkoulutusta.

Osallistujat oli jaettu yhteensä neljään ryhmään, joissa keskustelu käytiin. Ryhmät kirjoittivat vastauksensa kysymyksiin paperille, ja lisäksi yksi henkilö ryhmästä kertoi ryhmän vastauksen koko osallistujajoukolle ennen kuin siirryttiin seuraavaan kysymykseen. Yleisesti ilmapiiri oli positiivinen, kehittämistehtävä koettiin tärkeäksi, ja sille koettiin osastolla tarvetta. Toinen learning cafe oli suunniteltu pidettäväksi viikon kuluttua ensimmäisestä, 6. lokakuuta 2022. Useiden eri tekijöiden vaikutuksesta kuitenkin kyseisenä ajankohtana ei ollut mahdollista irrottaa hoitohenkilökuntaa varsinaisesta hoitotyöstä muualle.

Koska korvaavan ajankohdan löytäminen syksyltä oli hankalaa, sillä muita koulutuksia oli jo sovittu pitkälle loppuvuoteen, päätettiin (allekirjoittanut yhdessä osastonhoitajan

kanssa), että ne hoitohenkilökunnasta, jotka eivät olleet osallistuneet ensimmäiseen learning cafe:hen, voivat vastata tutkimuskysymyksiin opinnäytetyöntekijälle joko teams-viestillä, sähköpostilla tai postilokeroon jätetyllä viestillä. Vastaukset käsiteltiin anonyymisti, ja halutessaan varmistua täydellisestä anonymiteetistä, vastaajan oli mahdollista kirjoittaa vastaus tietokoneella ja tulostaa se opinnäytetyöntekijän postilokeroon, jolloin kirjoittajan nimi ei ole näkyvässä eikä käsialasta voi tunnistaa kirjoittajaa. Määräaikaan mennessä kirjallisia vastauksia sähköpostin, Teamsin sekä käsin kirjoitettujen viestien muodossa tuli viisi kappaletta.

Learning cafen keskustelujen ja muuta kautta tulleiden vastausten pohjalta opinnäytetyöntekijä teki koonnin, josta voidaan tehdä johtopäätöksiä saattohoidon tilasta ja kehittämistarpeista osastolla. Saattohoitosuunnitelma tehtiin tutkittuun tietoon ja kirjallisuuteen perustuen, painottaen learning cafessa esiin nousseita asioita.

#### 4.5 Sisällön analyysi

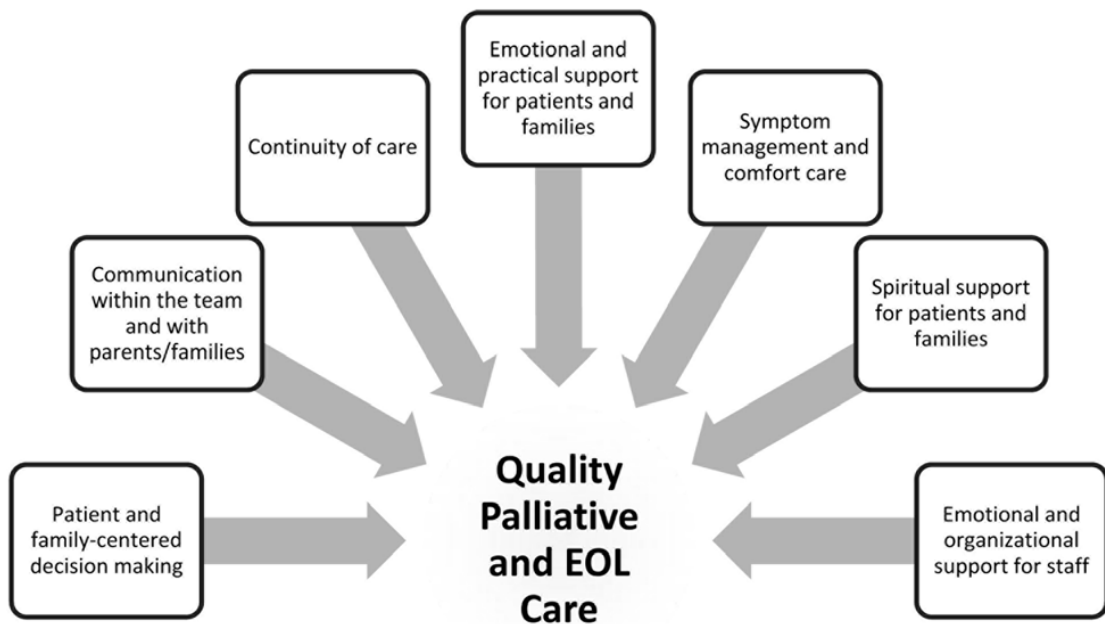
Sisällön analyysimenetelmänä tässä työssä on yhdistelty induktiivista ja deduktiivista sisällönanalyysia. Induktiivisessa sisällönanalyysissa sanat luokitellaan teoreettisen merkityksen mukaan, ja deduktiivisessa tutkitaan teorian tai teoreettisten käsitteiden ilmenemistä käytännössä. Tutkimusongelmat ohjaavat induktiivista päättelyä, ja pyrkimyksenä on saada aikaan teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta ilman, että aiemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaisivat analyysia. Deduktiivisessa sisällönanalyysissa taas käytössä on aiemmin luotu malli, teoria tai aikaisempaan tietoon perustuva teoreettinen lähtökohta, jonka avulla ilmiötä määritellään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013: 165-169.) Deduktiivis-induktiivista analyysia voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun kaikkia pelkistettyjä ilmauksia ei pysty sijoittamaan mihinkään aikaisemmin luodun mallin tai teorian pohjalta luodun analyysimatriisin kohtaan. Tällöin sijoittamattomia pelkistyyksiä analysoidaan induktiivisesti. (Elo & Kajula & Tohmola & Kääriäinen, 2022.)

Molemmissa analyysimenetelmissä analyysiyksikön valinta on ensimmäinen työvaihe litteroinnin jälkeen. Yksi lause tai sana voi olla analyysiyksikkö, ja aineiston laatu sekä tutkimustehtävä ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013: 165-169.) Induktiivisessa analyysissa seuraavaksi poimitaan tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut, ja deduktiivisessa analyysissa kehitetään analyysimatriisi (Elo, ym. 2022). Analyysi etenee vaiheittain, ja molemmilla analyysita-



voilla edetessä ensimmäisenä saadut vastaukset pelkistetään, jonka jälkeen induktiivisessa analysointitavassa ne ryhmitellään ja abstrahoidaan, eli muodostetaan alaluokka, yläluokka ja pääluokka, kun taas deduktiivisen analyysin mukaan edetään poimien aineistoa analyysimatriisiin ja muodostetaan ja nimetään mahdollisia uusia luokkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013: 165-169; Elo, ym. 2022.)

Tässä opinnäytetyössä deduktiivisen analyysimenetelmän pohjana käytettiin Pricen ym. mallia (kuvio 3), joka on mukailtu Clarken ym. vuonna 2003 julkaistusta tutkimuksesta, jossa listattiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatuun vaikuttavat tekijät. Analyysissa laatua kuvaavat pääluokat ovat edellä mainitun mallin mukaiset (oirehoito, potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko, kommunikointi tiimissä ja potilaiden sekä perheiden kanssa, hoidon jatkuvuus, emotionaalinen ja käytännön tuki potilaille ja perheille ja emotionaalinen ja käytännön tuki henkilökunnalle, ja opinnäytetyöntekijän omaa analyysia ovat työn järjestämistä ja organisointia kuvaava pääluokka (työn organisointi). (Price, ym. 2017: 331; Clarke, ym. 2003: 2257.) Yläluokat ja alaluokat ovat opinnäytetyöntekijän omaa induktiivista analyysia.



Kuvio 3. Lähde: Price, ym. 2017: 331. (Clarke, ym. 2003 mukailten).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa alkuperäisilmaukset pelkistetään, mutta tässä opinnäytetyössä alkuperäisilmaukset olivat pääsääntöisesti jo valmiiksi hyvin pelkistettyjä, koska learning cafessa ryhmät olivat keränneet vastaukset ranskalaisin viivoin paperille. Myös sähköpostin ja Microsoft Teamsin kautta tulleet vastaukset olivat pääsääntöisesti lyhyitä muutaman lauseen vastauksia. Eri alkuperäisilmauksia kysymykseen millaista on hyvä saattohoito tuli 27 kappaletta, jotkin ilmauksista mainittiin useamman kerran, kuten läsnäolo ja hyvä kivunhoito. Miten hyvä saattohoito toteutuu osastolla-kohtaan eri alkuperäisilmauksia tuli 17 ja kysymykseen miten koet oman osaamisesi ja mitä koulutustarpeita sinulla on eri alkuperäisilmauksia kertyi kuusi.

Seuraavaksi saadut analyysiyksiköt ryhmiteltiin, ja ryhmille mietittiin kuvaava alaluokka. Taulukossa 2 on esimerkin avulla havainnollistettu alaluokkien rakentumista tässä opinnäytetyössä. Alaluokan tulisi olla mahdollisimman konkreettinen ja kuvaava, jotta pelkistysten sisältö ei muutu eikä päällekkäisyyksiä toisten alaluokkien kanssa ole. Näin varmistetaan, että samaa tarkoittavat ja saman kaltaiset analyysiyksiköt ovat samassa alaluokassa, ja että alaluokat ovat toisensa poissulkevia. (Elo, ym. 2022.) Alaluokkia muodostui 26.

Taulukko 2. Esimerkki alaluokkien rakentumisesta

Alkuperäisilmaus	Alaluokka
Enemmän läsnäoloa	Hoitajan läsnäolo
Ei tarvitse kuulla yksin	

Seuraavaksi muodostettiin yläluokat samalla periaatteella kuin alaluokat aiemmassa vaiheessa: niiden tulee olla mahdollisimman kuvaavia, ei liian abstrakteja, toisensa poissulkevia ja alaluokkien tulee selkeästi osua niiden alle (Elo, ym. 2022). Esimerkki yläluokkien rakentumisesta on kuvattu taulukossa 3. Yläluokkia muodostui 12 kappaletta: saattohoidon osaaminen, kivun hoito, hyvän perushoidon toteutus, kokonaisvaltainen hoitotyö, yksilöllinen hoitotyö, vuorovaikutus, psykososiaalinen tuki, oikea-aikaisuus, resurssit, osaston työtavat, saattohoidon osaaminen sekä osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen.

Taulukko 3. Esimerkki yläluokkien rakentumisesta

Alaluokka	Yläluokka
Hoitajan läsnäolo	Yksilöllinen hoitotyö
Potilaan huomioiminen yksilönä	
Potilaan toiveiden huomioiminen	
Potilaan ja omaisten huomioiminen	

Kun yläluokat oli muodostettu, niille etsittiin sopivat pääluokat niin, että saattohoidon laatua kuvaavat otettiin Pricen ym. tutkimuksen pääluokista (kuvio 2). Hoidon laatua kuvaavia pääluokkia löytyi kuusi: oirehoito, potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko, kommunikointi tiimissä ja potilaiden sekä perheiden kanssa, hoidon jatkuvuus, emotionaalinen ja käytännön tuki potilaille ja perheille sekä emotionaalinen ja käytännön tuki henkilökunnalle. Niille, jotka eivät sopineet näihin pääluokkiin, opinnäytetyöntekijä muodosti uuden pääluokan työn organisointi, sillä työn järjestämiseen ja resursseihin liittyviä pääluokkia ei löytynyt suoraan Pricen mallista. Pääluokkia muodostui siis yhteensä seitsemän kappaletta. Taulukossa 4 on kuvattu esimerkki analyysin rakentumisesta.

Taulukko 4. Esimerkki analyysin rakentumisesta

Alkuperäisilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Enemmän läsnäoloa	Hoitajan läsnäolo	Yksilöllinen hoitotyö	Potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko
Ei tarvitse kuolla yksin			
Hyvä hoito erilaista eri ihmisillä	Potilaan huomioiminen yksilönä		
Toiveiden toteutus mahdollisuuksien mukaan	Potilaan toiveiden huomioiminen		
Mahdollisuus keskusteluapuun			
Oman tahdon kuuleminen ja kunnioittaminen			
Omaisten huomioonottaminen	Potilaan ja omaisten huomioonottaminen		
Potilas- ja omaislähtöisyys		Oikea-aikaisuus	
Rauhallinen ympäristö			
Rauhallisen ja luottavaisen tunnelman luominen	Olosuhteiden järjestäminen		
Ennakoiva hoitosuunnitelma	Hoidon tarpeen tunnistaminen		

## 5 Tutkimuksen tulokset

### 5.1 Hyvä saattohoito ja sen toteutuminen Sipoon akuutti- ja kuntoutus-osastolla

Ensimmäiseen kysymykseen, millaista on hyvä saattohoito, löytyi monia eri näkökulmia. Alkuperäisilmauksista jotkut, kuten hyvä kivunhoito mainittiin useita kertoja. Paljolti samoja asioita hieman eri näkökulmasta löytyi toiseen kysymykseen, eli miten hyvä saattohoito toteutuu vastaajien työpaikalla, joten oli järkevää yhdistää näihin kysymyksiin saadut vastaukset toiston välttämiseksi. Tähän kysymykseen alkuperäisilmauksia kertyi 17. Kolmanteen kysymykseen saadut vastaukset analysoitiin erikseen, analyysi on nähtävillä taulukossa 12.

Pääluokiksi muodostui Pricen ym. mallista laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osa-alueista löytyvät oirehoito, potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko, kommunikaatio tiimissä ja potilaiden sekä perheiden kanssa ja hoidon jatkuvuus (Price, ym. 2017: 331). Seitsemäs pääluokka, työn organisointi on opinnäytetyöntekijän itse lisäämä, sillä Pricen mallissa ei löytynyt sopivaa osa-aluetta kuvaamaan työn järjestämiseen ja resursseihin liittyviä asioita, jotka kuitenkin myös osaltaan vaikuttavat saattohoidon laatuun, kuten hoitohenkilökunnan vastauksista voidaan päätellä. Taulukko 5:ssa on nähtävillä tulosten luokittelu.

Taulukko 5. Analyysi hoitohenkilökunnan näkemyksistä hyvästä saattohoidosta sekä miten se toteutuu Sipoon akuutti- ja kuntoutusosastolla (nyk. Sipoon sairaalaosasto 4.)

Millaista on hyvä saattohoito ja miten hyvä saattohoito toteutuu osastolla?		
Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Kivun tunnistaminen ja hoito	Kivun hoito	Oirehoito
Onnistunut kivun hoito		
Ongelmat kivun hoidossa ja tunnistamisessa		
Perustarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen	Hyvän perushoidon toteutus	
Oireiden tunnistaminen ja hoito	Kokonaisvaltainen hoitotyö	
Hoitajan läsnäolo	Yksilöllinen hoitotyö	Potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko
Potilaan huomioiminen yksilönä		
Potilaan toiveiden huomioiminen		
Potilaan ja omaisten huomioiminen		
Olosuhteiden järjestäminen	Oikea-aikaisuus	
Hoidon tarpeen tunnistaminen		
Ohjaus- ja opetusosaaminen	Vuorovaikutusosaaminen	Kommunikaatio tiimissä ja potilaiden sekä perheiden kanssa
Moniammatillisuus		
Kohtaaminen		
Omahoitajuusmalli	Yksilövastuinen hoitotyö	Hoidon jatkuvuus
Henkilökunnan osaaminen	Saattohoidon osaaminen	
Hoidon laatu		
Potilaan ja omaisten kohtaaminen	Vuorovaikutus	Emotionaalinen ja käytännön tuki potilaille ja perheille
Henkisen tuen tarpeen tunnistaminen	Psykososiaalinen tuki	
Ajanpuute	Resurssit	Työn organisointi
Työn luonne osastolla	Osaston työtavat	
Toimivat työtavat		

### 5.1.1 Oirehoito

Taulukko 6. Oirehoito

Kivun tunnistaminen ja hoito	Kivun hoito
Onnistunut kivun hoito	
Ongelmat kivun hoidossa ja tunnistamisessa	
Perustarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen	Hyvän perushoidon toteutus
Oireiden tunnistaminen ja hoito	Kokonaisvaltainen hoitotyö

Taulukko 6:ssa on listattuna vastauksista muodostuneet alaluokat ja niiden yläluokat, jotka kuuluvat pääluokan oirehoito alle. Hyvään saattohoitoon kuuluu kivun tunnistaminen ja hoito, toistui lähes kaikissa vastauksissa. Hyvä kivunhoito, kivuttomuus sekä oikea-aikainen kivunhoito nousivat vastauksissa esille. Kun vastaajat miettivät saattohoidon toteutumista osastolla, koettiin, että kivunhoito osastolla on hyvää. Toisaalta vastattiin myös, että kivun hoidossa ja tunnistamisessa on ongelmia. Kipulääkkeen määräämistä ja/tai antamista säästellään ja kipupumpun aloitus on joskus myöhässä.

Hyvä asentohoito, kosketuksen tärkeys, potilaan turvallinen olo ja hyvä perushoito nostettiin esiin osana hyvää saattohoitoa. Hyvä perushoito mainittiin useammassakin vastauksessa. Learning cafen keskusteluissa eräs osallistuja mainitsi, että potilaalla tulisi olla turvallinen olo, ja kokemus siitä, että hän on osaavissa käsissä. Osastolla toteutusta saattohoidosta huomautettiin konkreettisenä esimerkkinä perushoidon näkökulmasta, että suunhoitoon tarvittaisiin parempia välineitä, kuin mitä tähän asti oli ollut saatavilla.

Kokonaisvaltainen hoitotyö koettiin hyvään saattohoitoon kuuluvaksi. Kokonaisvaltaisen hoitotyön onnistuminen edellyttää sekä fyysisten, psyykkisten, että psykososiaalisten oireiden tunnistamista ja hoitoa. Vastaajat mainitsivat esimerkkeinä potilaan tuskatomuuden, epämukavuustekijöiden korjaamisen sekä sedaation mahdollisuuden tarvitessa.

### 5.1.2 Potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko

Taulukko 7. Potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko

Hoitajan läsnäolo	Yksilöllinen hoitotyö
Potilaan huomioiminen yksilönä	
Potilaan toiveiden huomioiminen	
Potilaan ja omaisten huomioiminen	
Olosuhteiden järjestäminen	Oikea-aikaisuus
Hoidon tarpeen tunnistaminen	

Hyvään saattohoitoon moni koki kuuluvan enemmän hoitajan läsnäoloa, ja läsnäolon tärkeyttä perusteltiin yhdessä vastauksessa sillä, ettei kenenkään tarvitsisi kuolla yksin. Potilaan huomioiminen yksilönä nostettiin esiin muistuttaen, että hyvä hoito on erilaista eri ihmisillä. Potilaan toiveiden huomioiminen oli myös vastaajista hyvään saattohoitoon kuuluva asia. Potilaan toiveiden huomioonottaminen ja niiden toteutus mahdollisuuksiensa mukaan, oman tahdon kuuleminen ja kunnioittaminen sekä mahdollisuus keskusteluapuun tuotiin esiin. Vastauksissa mainittiin hyvän saattohoidon olevan lisäksi omaiset huomioonottavaa sekä potilas- ja omaislähtöistä.

Olosuhteiden järjestäminen koettiin myös tärkeäksi niin, että mahdollistetaan rauhallinen ympäristö ja saadaan luotua rauhallinen ja luottavainen tunnelma. Hoidon tarpeen tunnistamisella on suuri merkitys saattohoidon laadun kannalta. Ennakoivan hoitosuunnitelman oikea-aikainen tekeminen katsottiin vastauksissa tärkeäksi asiaksi. Saattohoidon toteutumista osastolla pohdittaessa todettiin kuitenkin, että toisinaan saattohoitopäätös tehdään potilaan kannalta turhan myöhään. Taulukko 7:ssä on nähtävillä alaluokat ja yläluokat, jotka muodostivat yhdessä pääluokan potilas- ja perhekeskeinen päätöksenteko.

### 5.1.3 Kommunikaatio tiimissä ja potilaiden sekä perheiden kanssa

Taulukko 8. Kommunikaatio tiimissä ja potilaiden sekä perheiden kanssa

Ohjaus- ja opetusosaaminen	Vuorovaikutusosaaminen
Moniammatillisuus	
Kohtaaminen	

Hyvään saattohoitoon kuuluu vastaajien mukaan tiedon jakaminen potilaille ja omaisille ja hyvä moniammatillinen yhteistyö, kuten taulukko 8:ssa on kuvattu. Omaisten ohjaaminen koettiin tärkeäksi siksikin, ettei omaisilla aina ole oikeaa käsitystä elämän loppuvaiheen etenemistä. Erikseen mainittiin suonensisäinen nesteytys sellaisena asiana, jonka hyödyistä ja etenkin haitoista omaisille olisi hyvä kertoa. Huomautettiin myös, että saattohoitovaiheessa omaisten kyky vastaanottaa tietoa voi olla vaihteleva.

Empaattisuus mainittiin myös useita kertoja. Eräs vastaaja sanoitti empatian tärkeyttä saattohoidossa niin, että jos kerran potilaalla on rohkeutta kuolla, pitäisi hoitajalla olla rohkeutta kulkea potilaan vierellä viimeiset ajat. Lisäksi vastaaja kertoo miettineensä saattohoitopotilaiden kohdalla haluaisiko hän itse tai hänen läheisensä kuolla kuten kyseessä oleva potilas.

Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytykseksi koettiin, että hoitajat ja lääkärit sekä muu henkilökunta ”puhuvat samaa kieltä”, ja kaikilla on yhteinen näkemys hoidon tavoitteista ja potilaan tilanteesta. Learning cafen osallistujat toivat esille, että toisiinsa henkilökunnan välillä voi olla tietokatkoksia tai muusta syystä käy niin, että omainen tai potilas saa ristiriitaista tietoa henkilökunnan eri jäseniltä. Selkeän saattohoito-ohjeistuksen myötä henkilökunta puhuisi ehkä enemmän samalla tavalla asioista potilaille ja omaisille, jolloin väärinkäsitysten syntymistä vältettäisiin.

#### 5.1.4 Hoidon jatkuvuus, emotionaalinen ja käytännön tuki potilaille ja perheille ja työn organisointi

Taulukko 9. Hoidon jatkuvuus

Omahoitajuusmalli	Yksilövastuinen hoitotyö
Henkilökunnan osaaminen	Saattohoidon osaaminen
Hoidon laatu	

Hyvään saattohoitoon ajateltiin kuuluvan henkilökunnan korkeatasoinen tieto ja taito saattohoidosta (taulukko 9). Osastolla toteutuvasta saattohoidosta todettiin, että henkilökunnan kokemus saattohoidosta vaihtelee hyvin pitkästä vähäiseen, ja tämän nähtiin vaikuttavan siihen, että osastolla annetun saattohoidon laatu vaihtelee. Juuri tästä syystä henkilökunta koki, että saattohoito-ohjeistus esimerkiksi check list-tyylisenä olisi tarpeellinen osastolle.



Yhdessä hyvää saattohoitoa kuvailevassa vastauksessa nostettiin esiin myös omahoitaja tai -pari. Hoidon jatkuvuuden ja hyvän saattohoidon nähtiin toteutuvan mahdollisesti paremmin, jos potilaalle olisi määritelty tietty hoitaja tai hoitajapari, jotka pääsääntöisesti vastaisivat hänen hoidostaan.

Taulukko 10. Emotionaalinen ja käytännön tuki potilaille ja perheille

Potilaan ja omaisten kohtaaminen	Vuorovaikutus
Henkisen tuen tarpeen tunnistaminen	Psykososiaalinen tuki

Taulukossa 10 on kuvattuna emotionaalinen ja käytännön tuki potilaille ja perheille. Osastolla toteutuvaa saattohoitoa tarkasteltaessa todettiin, että henkinen tuki potilaille ja omaisille voisi olla osastolla parempi. Mainittiin myös, että hoitajan tulisi olla aloitteellinen kuolemasta puhuttaessa, jo ennen kuin potilas tai omainen ottaa asian itse esille. Hoitajalla tulisi olla rohkeutta olla läsnä kuolevan potilaan hoitotilanteessa, vaikeita kysymyksiä ja aiheita ei saa väistellä tai ”paeta” esimerkiksi poistumalla huoneesta kiireeseen tai muihin potilaisiin vedoten. Eräs vastaaja koki saattohoidon olevan aina vaikeaa ja herkkää.

Taulukko 11. Työn organisointi

Ajan puute	Resurssit
Työn luonne osastolla	Osaston työtavat
Toimivat työtavat	

Hyvän saattohoidon toteutumista osastolla mietittäessä löytyi paljon resursseihin ja työn järjestämiseen liittyviä näkökulmia. Taulukko 11:ssä nähtävillä esille tulleet alaluokat. Koettiin, että kiireestä ja vaihtelevista tilanteista huolimatta saattohoito osastolla toimii hyvin. Toisessa vastauksessa todettiin, että saatavilla olevilla resursseilla se toimii jopa yllättävän hyvin. Muistutettiin myös, että ilman ylimääräistäkin resurssia hyvä saattohoito voi onnistua, kun hoitaja on esimerkiksi valmis kuuntelemaan potilasta aidosti. Tähän ei aina tarvitse käyttää pitkää aikaa, mutta se auttaa luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa, koki eräs vastaaja.

Kuitenkin enemmän löytyi negatiivisia vastauksia. Todettiin, että osaston rutiinit ohjaavat liikaa toimintaa. Kahdessa vastauksessa mainittiin, että hoitohenkilökunnalla on

liian vähän aikaa hyvän saattohoidon toteuttamiseen, ja kolmessa mainittiin, ettei riittävästi läsnäoloon potilaan luona riitä resurssit nykytilanteessa. Yhdessä vastauksessa todettiin potilaan joutuvan olemaan paljon yksin, ja ehdotettiin, että saattohoitotilanteessa olisi yksi hoitaja lisää vuorossa.

## 5.2 Hoitajien kokemukset saattohoidon osaamisestaan sekä koulutustarpeet

Kysymykseen omasta osaamisestaan saattohoidossa ja koulutustarpeista kertyi alkuperäisilmauksia 6. Tähän kysymykseen tulleet vastaukset analysoitiin erikseen, sillä niitä ei luontevasti saanut yhdistettyä analyysiin hyvästä saattohoidosta ja sen toteutumisesta akuutti- ja kuntoutusosastolla. Taulukossa 12 näkyy luokittelu kokonaisuudessaan. Pääluokiksi muodostui hoidon jatkuvuus ja emotionaalinen ja käytännön tuki henkilökunnalle. Hoidon jatkuvuus oli yksi pääluokista myös analysoitaessa hyvää saattohoitoa ja sen toteutumista akuutti- ja kuntoutusosastolla, mutta se sopi hyvin myös henkilökunnan osaamisen ja koulutustarpeiden analysointiin.

Taulukko 12. Analyysi henkilökunnan kokemuksesta saattohoidon osaamisestaan sekä koulutustarpeistaan.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Luottamus omaan osaamiseen	Saattohoidon osaaminen	Hoidon jatkuvuus
Koulutusmyönteisyys	Osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen	Emotionaalinen ja käytännön tuki henkilökunnalle
Tutkimustiedon hankkiminen		

Saattohoidon osaaminen koettiin vastauksissa hyväksi. Luottamus omaan osaamiseen näkyi. Omaan osaamiseen pohtiessaan vastaajat toivat esiin pitkää kokemustaan hoitajina, jonka he kokivat auttavan työssään. Yksi vastaaja arvioi, ettei luultavasti voi oppia enää kovin paljon uutta aiheesta työskenneltyään pitkään hoitajana ja käytyään useissa koulutuksissa. Myös toinen osallistuja koki työvuosien ja oppimansa tiedon tuoneen osaamista niin paljon, että pärjää saattohoitotyössä.

Organisaation emotionaalista ja käytännön tukea henkilökunnalle kuvattiin vastauksissa myös, ja osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen koettiin tärkeäksi. Vastauksissa

korostui koulutusmyönteisyys. Henkilökunta koki, että kaikki koulutus saattohoidosta olisi hyvää ja tervetullutta tarkemmin aihetta rajaamatta. Myös tutkimustiedon hankkiminen tuotiin joissakin vastauksissa esiin. Eräs vastaaja oli kiinnostunut kuulemaan enemmän nykysuosituksista saattohoidossa, ja toinen nosti esiin tarpeen saada uusia tutkimustietoa.

### 5.3 Tuotoksen kuvaus

Sekä learning cafessa, että muuta kautta tulleissa vastauksissa nousi esille saattohoito-ohjeistuksen tarpeellisuus. Ohjeistuksen tarpeellisuutta perusteltiin vastauksissa mm. suurella vaihtuvien sijaisten määrällä, joiden osaaminen saattohoidossa vaihtelee suuresti sekä sillä, että hoito olisi aina mahdollisimman ”tasalaatuista”, ja eri hoitajat puhuisivat ns. ”samaa kieltä” potilaille ja omaisille kaikissa tilanteissa, jolloin välttyttäisiin väärinymmärrysten aiheuttamalta mielipahalta ja sekaannuksilta. Tuotoksen rakentamisessa on hyödynnetty learning cafesta saatuja vastauksia sekä tiedonhakujen avulla löytynyttä teorian tietoa siitä, mitä osaamista hoitajilta vaaditaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon A-tasolla.

Osastolla hoidetaan säännöllisesti saattohoitopotilaita, mutta voi olla pidempiä aikoja, esimerkiksi viikkoja, ettei heitä ole osastolla hoidossa. Usein myöskään saattohoidossa ei ole enempää kuin yksi potilas kerrallaan. Yksittäisellä hoitajalla voi siis kertyä taukoa kuolevien potilaiden hoidossa. Myös Ervikin, ym. tutkimuksessa havaittiin kirjallisten saattohoito-ohjeiden olevan välttämättömät, mikäli saattohoitopotilaita hoidetaan harvemmin (Ervik & Brøndbo & Johansen, 2021: 234).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon A-tason palveluille määritellyissä laatukriteereissä mainitaan kirjallinen toimintamalli, joka sisältää oireiden systemaattisen arvioinnin, oirehoito-ohjeistuksen, saattohoito-ohjeistuksen sekä tiedon konsultoivasta yksiköstä (Saarto, ym. 2019b: 188). Toimintamalli on uusien hoitajien perehdytyksen tukena ja ohjaa yksikön toimintaa (Saarto, ym. 2022: 26). Sipoon sairaalaosastolle 4 tehty ohjeistus perustuu näihin laatukriteereihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa 1326/2010 määrätään, että terveydenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön sekä hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin perustuvaa, laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laki 1326/2010). Riippumatta siitä, millä tasolla hoitoa toteutetaan, potilaiden ja omaisten tulisi voida luottaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon olevan laadukasta (Olsson, ym. 2021: 127).

Vattulan ym. tutkimuksen tulokset osoittavat lähihoitajien tarvitsevan perustason palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjotessaan osaamista kokonaisvaltaisesta oirehoidosta, johon kuuluu muun muassa kivun seuranta ja arviointi mittareiden avulla sekä somaattisten ja psyykkisten oireiden tunnistaminen ja hoitaminen. Kipua ja muita oireita pitäisi osata hoitaa sekä lääkkeellisin että lääkkeettömin menetelmin. (Vattula, ym. 2020: 129.) Vuonna 2022 THL:n julkaisemassa Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa mainitaan osaamisen puutteen olevan yksi merkittävimmistä saattohoidon ja palliatiivisen hoidon ongelmista kaikilla hoidon tasoilla sekä kaikissa ammattiryhmissä (Saarto, ym. 2022: 11).

Kommunikaatio moniammatillisessa tiimissä on tärkeä taito hoitajalle. Learning cafessa osallistujat toivat esiin, kuinka tärkeää on, että lääkäri ja hoitaja ymmärtävät toisiaan oikein, ja ovat ns. "samalla viivalla" potilaan hoidossa. Tällöin kommunikaatio potilaan ja omaisten kanssa on ristiriidatonta; hoitaja ja lääkäri puhuvat samoista asioista samalla tavalla eikä väärinymmärryksiä synny. Haaviston ym. tutkimuksessa korostetaan sen tärkeyttä, että hoitajilla on rohkeutta toimia ja ottaa puheeksi kuolemaan liittyviä asioita, olla potilaan puolella ja toimia hänen etujensa mukaan sekä saada lääkärit ymmärtämään potilaan tilanne, ja milloin esimerkiksi tietty hoito pitää aloittaa tai milloin hoitoa pitää vaihtaa (Haavisto, ym. 2020: 581).

Myös Vattulan ym. tutkimuksessa nousi esiin hoitajilta vaadittavat rohkeus ja hyvät vuorovaikutustaidot, jotka ovat moniammatillisissa tiimeissä toimisen edellytys (Vattula, ym. 2020: 128). Saattohoito-ohjeistus pyrittiin kokoamaan vastaamaan myös tähän tarpeeseen; kun hoitajien perustiedot saattohoidosta ovat ajan tasalla ja kirjallinen ohjeistus on muistin tukena työvälineenä, joka löytyy helposti, rohkeus keskustella ja perustella omia näkemyksiään sekä muille ammattilaisille että omaisille voi parantua. Saattohoito-ohjeistus työn liitteissä (Liite 2).

### 5.3.1 Oireiden systemaattinen arviointi

Potilaiden voi olla vaikeaa tunnistaa oireitaan ja kertoa niistä, sillä niiden kokeminen on yksilöllistä. Voi myös olla, että potilas ja hoitaja tai lääkäri ymmärtää kysymyksen eri tavalla. (Hänninen 2015a: 34.) Clarcken ym. (2003) kokoamissa laatuindikaattoreissa oli nostettu esiin asianmukaiset oireiden arvioinnin mittarit ja niiden rutiinomaisen käyttöömm. kivun, ahdistuneisuuden ja hengenahdistuksen arvioinnissa sekä kommunikoivilla että ei-kommunikoivilla potilailla (Clarke, ym. 2003: 2259). Oireiden arviointiin on kehi-

tetty useampia erilaisia mittareita, ja näitä mittareita on edelleen muokattu yksiköissä paremmin käytännön tarpeita vastaaviksi. Osa oireista ja tuen tarpeista jää tunnistamatta, ellei säännöllistä oireiden arviointia toteuteta. (Saarto, ym. 2022: 26.)

Myös hoidon vasteen systemaattinen seuraaminen ja hyvä kirjaaminen kuuluu laadukkaaseen hoitoon (Saarto, ym. 2022: 26). Hoidon vasteen arvioimiseksi on hyvä tehdä uudelleen oireiden arviointi annetun hoidon (esim. kipulääke) jälkeen (Clarke, ym. 2003: 2258). Saattohoito-ohjeistukseen sisällytettiin tästä syystä ESAS- ja PAINAD-mittarit, jotta oireiden ja kivun vakavuus olisi mitattavissa ja todennettavissa helposti. Hyvät ja tarkat kirjaukset auttavat seuraavankin vuoron hoitajaa tarkkailemaan, onko esimerkiksi annetun kipulääkkeen vaste ollut riittävä.

Käytettävien mittareiden tulisi olla sekä luotettavia, että helppoja ja nopeita käyttää. ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) on yleisesti käytetty, lähinnä syöpäpotilaan oireita ja niiden vakavuutta mittaava työväline hoitotyöhön. (Hänninen, 2015a: 35-36.) Vaikka mittari on kehitetty lähinnä syöpäpotilaiden hoitoa varten, siitä löytyvät kuitenkin myös muita sairauksia sairastavien saattohoitopotilaiden yleisimmät oireet. Kuo-leman läheisyydessä monet eri sairauksien aiheuttamat oireet ovat samankaltaisia, ja hoidossa käytettävät lääkkeetkin ovat silloin samoja (Rahko & Rajala, 2020: 1606).

### 5.3.2 Kivun arviointi

Kivun arviointi ja kirjaaminen on edellytys onnistuneelle kivunhoidolle (Duodecim, 2019). Arviointi auttaa kipulääkkeiden oikean annostuksen löytämisessä ja haittavaikutusten vähentämisessä (Heiskanen, 2018a: 22). Tärkeää on kiinnittää huomiota kivun arviointiin sellaisilla potilailla, jotka eivät siitä itse pysty kertomaan. Heidän kipuaan voi arvioida mm. ilmeistä, eleistä, asennosta ja ääntelystä (Duodecim, 2019). PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) on dementiapotilaiden kivun arvioinnissa käytetty mittari, jossa arvioidaan ja pisteytetään potilaan hengitystä, ääntelyä, ilmeitä, kehonkieltä ja lohdutettavuutta (Warden & Hurley & Volicer, 2003).

### 5.3.3 Oirehoito-ohjeistus

THL:n julkaisema Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa (Finne-Soveri, ym. 2022) määrittää laatukriteerit palliatiiviselle ja saattohoidolle nimenomaan hoivayksiköissä, mutta kriteerejä voi soveltaa myös muihin yksiköihin,

joissa kyseisiä potilaita hoidetaan. Laatuksiteeri 10:ssä todetaan, että yksiköissä on oltava osaamista tavallisten kuolemaan liittyvien oireiden hoitoon. Näihin oireisiin kuuluvat mm. kipu, kuiva suu ja iho, hengenahdistus, rohina, oksentelu, ummetus, (vähäinen) verenvuoto, masennus ja ahdistuneisuus. (Finne-Soveri, ym. 2022: 31.)

**Kivunhoito:** Opioidi-kipulääkkeet annostellaan potilaille ensisijaisesti suun tai ihon kautta, ja muu antoreitti valitaan vasta, jos suun kautta ottaminen ei esimerkiksi alentuneen tajunnantason tai pahoinvoinnin vuoksi ole mahdollista tai jos ihon kautta imeytymistä epäillään (kakektisen laihooden tai esim. hikoilun takia) (Heiskanen, 2018b: 27; Rahko & Rajala, 2020: 1607). Pitkävaikutteisen opioidin lisäksi tarvittaessa läpilyöntikiipuun voidaan antaa nopeavaikutteista kipulääkettä (Heiskanen, 2018b: 27; Rahko & Rajala, 2020: 1608). Tärkeää on kirjata potilastietoihin annetun kipulääkkeen vaikutus. Opioidien haittavaikutusten ilmenemistä, kuten ummetusta, väsymystä, huimausta ja pahoinvointia seurataan ja hoidetaan tarvittaessa. Etenkin vatsan toiminnasta on tärkeää huolehtia, ummetus on tavallisimpia opioidien käyttöön liittyviä haittavaikutuksia, ja potilaalla pitäisikin olla määrättyä tarvittaessa annettavia ummetus- ja pahoinvointilääkkeitä. (Heiskanen, 2018b: 25-27.)

Kun suun kautta annostelu ei enää onnistu, kipulääkkeitä annetaan esim. pistoksena ihon alle (s.c) (Heiskanen, 2018b: 27). Jatkuva lääkeinfuusio lääkeannostelijan eli kipupumpun kautta aloitetaan lääkärin määräyksestä, kun muita reittejä annettava lääkitys ei enää takaa riittävää tai tarpeeksi tasaista kivunlievitystä ja kun toistuvia s.c-pistoksia halutaan välttää. Jatkuvan infuusion lisäksi kipupumpun kautta voidaan antaa läpilyöntikiipuun bolus, eli isompi kerta-annos. (Rahko & Rajala, 2020: 1607-1608; Aalto & Rajala, 2011.) Boluksen voi antaa joko hoitaja, tai potilas itse tai hänen omaisensa, jos heidät on ohjattu kipupumpun käyttöön, ja he osaavat arvioida lisäkipulääkkeen tarpeen. Boluksen annot on tärkeä kirjata potilastietoihin (myös omaisten antamat ja potilaan itse ottamat), sillä lääkeinfuusion riittävää vahvuutta arvioidaan päivittäin. (Aalto & Rajala, 2011.)

**Lääkkeettömät kivunhoitokeinot** Kaiken lähtökohta on hyvä perushoito. Asennonvaihdosta tulee huolehtia tarpeeksi usein (Rahko & Rajala, 2020: 1606). Tarvittaessa kylmäpusseja tai -geelejä tai lämpöpusseja voidaan käyttää. Potilaan ajatukset voi pyrkiä saamaan pois kivusta esimerkiksi mielimusiikin, taiteen tai muiden keinojen avulla. Fysioterapian keinoin, kuten liikeharjoitusten tai hieronnan avulla kipua voidaan myös lievittää ilman lääkkeitä.

**Ummetus:** Yleisimpiä vaivoja palliatiivisessa hoidossa. Voi aiheuttaa vatsakipua, vatsan turvotusta, pahoinvointia, peräaukon kipua ja jopa peräsuolen nekroosia. Useat sairaudet aiheuttavat ummetusta, lisäksi kuivuminen, elektrolyyttihäiriöt sekä lantionpohjan toimintahäiriöt ja opioidilääkitys. (Hillilä 2018, 55-56.)

Hoitona riittävästä kuitujen ja nesteiden saannista huolehtiminen. Suun kautta annettavat laksatiivit tarvittaessa, ja niiden kanssa riittävä nesteiden saanti. Jos suun kautta annettavat laksatiivit eivät tehoa, voidaan antaa peräruiske tai peräpuikko, joka sisältää stimuloivaa laksatiivia. (Hillilä 2018: 56-57.) Kuituvalmisteiden (esim. Vi-Siblin) antamista ei suositella palliatiivisille potilaille, sillä ne voivat aiheuttaa suolitukoksen, ellei niiden kanssa oteta nesteitä tarpeeksi (Hillilä 2018: 57).

**Suunhoito** Hyvät välineet suunhoitoon, tarvittaessa suun aukipitäjän avulla saadaan helpotettua suun hoitoa, jos potilas ei pidä suuta itse auki tai puree hoitovälineitä.

Suunhoito on tehtävä tarpeeksi usein (useita kertoja vuorossa). Hammasproteesit voi olla hyvä pitää pois suusta, jos potilas ei enää syö kiinteää ruokaa, sillä voivat painaa ja tuntua ikäviltä. Jos proteesit pidetään suussa, ne on puhdistettava tarpeeksi usein. Saattohoidossa olevat potilaat usein hengittävät pääsääntöisesti suun kautta, jolloin suu kuivuu herkästi. Suuta on tällöin tärkeää muistaa kostuttaa esimerkiksi suihkeilla tai kostutustikuilla useita kertoja vuorossa, myös ruokaöljyä voi käyttää. (Duodecim, 2019; Rahko & Rajala, 2020: 1609.) Jos suussa on sammasta, myös kuolevalla potilaalla se tulisi hoitaa (Rahko & Rajala, 2020: 1609).

**Hengenahdistus** Happilisa ei välttämättä enää ole paras vaihtoehto saattohoitovaiheessa hengenahdistukseen, sillä tutkimusten mukaan ilmavirrasta voi olla yhtä suuri hyöty. Tärkeintä on huolehtia, että huoneessa on raikas ilma ja esimerkiksi tuuletin voi auttaa, tarpeen mukaan ikkunan voi avata. Opioidit auttavat myös esim. rasituksessa ilmenevään hengenahdistukseen. (Duodecim, 2019.)

**Rohina ja limaisuus** Yleinen oire kuoleman lähestyessä. Tutkimusnäyttöä hoidon tehosta ei ole. Asennonvaihdoista on tärkeää huolehtia, ja tarvittaessa limaa myös imeetään. Imetään kuitenkin vain suusta, ei sen syvemmältä. (Lehto & Pöyhiä, 2018: 41-42.) On myös huomioitava, että limaimut ovat potilaan näkökulmasta epämiellyttäviä (Rahko & Rajala, 2020: 1608). Limaisuuteen lääkäri voi määrätä esimerkiksi glykopyr-ronia (Robinul) (Lehto & Pöyhiä, 2018: 42).

**Pahoinvointi, ruokahaluttomuus:** Rasvaiset, mausteiset, voimakkaalta tuoksuvat ruuat voivat pahentaa pahoinvointia. Jos lisäravinnejuomia tarjotaan, niiden tulee olla kylmiä. (Rahko & Koskela, 2018: 55.) Parenteraalisesta ravitsemuksesta ja nesteytyksestä ei enää ole hyötyä, vaan elimistön kuormittuminen saattaa aiheuttaa tai pahentaa hengenahdistusta ja turvotuksia (Lehto & Marjamäki & Saarto, 2019: 340). Pahoinvointia hoidettaessa täytyy tietää sen syy, sillä hoito määrätään sen mukaan. Syitä voivat olla mm. henkinen ahdistus, ummetus, maha-suolikanavan vetovaikeus tai kohonnut kallon sisäinen paine. (Rahko & Rajala, 2020: 1608-1609.)

#### 5.3.4 Ahdistuneisuus, masennus, psykososiaalinen tukeminen

Kaikki ohjaus sekä potilaalle että omaisille tulee tehdä selkeällä, sensitiivisellä ja kii-reettömällä otteella, rauhallisessa ja sopivassa tilassa (Clarke, ym. 2003: 2258). Hoitajalla tulee olla herkkyyttä, empatiakykyä sekä taitoa kuunnella potilasta (ja omaista) (Hänninen, 2018a: 140). Aina ei tarvita ulkopuolista keskusteluapua, vaan jokaisella hoitajalla tulisi olla valmius kuunnella ja keskustella hoidettavan ja omaisten kanssa myös vaikeista asioista ja tunteista. On muistettava, että on edettävä potilaan ehdoilla, sillä muuten avoimen keskusteluyhteyden luominen on hankalaa tai se ei onnistu lainkaan.

Eksistentiaalinen kärsimys kuoleman läheisyydessä johtuu mm. luopumisen tunteista. Kuoleva joutuu luopumaan fyysisestä hyvinvoinnista, ehjästä ruumiinkuvasta, seksuaalisuudesta, riippumattomuudesta, ihmissuhteistaan ja eri rooleistaan niissä, turvallisuudesta sekä elämän odotuksista. Lisäksi epävarmuutta ja ahdistusta voivat lisätä pelot siitä, mitä kuolinhetkellä tapahtuu ja mitä on kuoleman jälkeen. (Hänninen, 2018a: 140.)

Ahdistuksen lääkehoidossa käytetään yleensä bentsodiatsepiineja (esimerkiksi loratsepaamia tai oksatsepaamia), vaikka tutkimusta niiden tehosta saattohoitopotilailla ei ole. Kipupumppuun voidaan kipulääkkeen lisäksi lisätä esimerkiksi Loratsepaamia. Jatkovana infuusiona annettava lääkitys pitää annostelun tasaisena koko ajan, mikä on suuri hyöty suun kautta otettaviin lääkkeisiin nähden. (Duodecim, 2019.)

Käytännön apua järjestetään tarpeen mukaan (esim. hyvinvointialueen sosiaalityöntekijä), samoin keskusteluapua. Seurakunnan työntekijä tai pappi voi tulla osastolle poti-



laan ja/tai omaisten kanssa keskustelemaan heidän toiveestaan, eikä ole välttämätöntä olla seurakunnan jäsen.

### 5.3.5 Omaisten huomiointi

Omaisten ymmärrys potilaan tilasta ja hoidon tavoitteista on selvitettävä, ja tarvittaessa toistetaan, jos vaikuttaa siltä, etteivät he ole sisäistäneet asiaa. Omaiset on hyvä valmistella kuoleman prosessiin jo etukäteen, mikäli mahdollista (Clarke, ym. 2003: 2258).

Omaisille tarjotaan vapaat vierailuajat ja yöpymismahdollisuus (1-2 omaista voi kerrallaan yöpyä). Saattohoidettavalle järjestetään yhden hengen huone, jos se on mahdollista. (Rahko & Rajala, 2020: 1606.) Omaisille annetaan mahdollisuus yksityisyyteen ja rauhaan potilaan kanssa (Clarke, ym. 2003: 2258), mutta ei niin, ettei hoitaja käy huoneessa elleivät omaiset soita kelloa (ellei näin ole omaisten kanssa erikseen sovittu, ja katsottu, että omaiset esim. osaavat arvioida potilaan kipua ja pyytää tarvittaessa lisää kipulääkettä).

On tärkeää selvittää, milloin omaiset toivovat yhteydenottoa osastolta sekä kirjata se selkeästi potilastietoihin. On selvitettävä, haluavatko omaiset olla paikalla kuolinhetkellä, toivovatko he soittoa pienemmistäkin voimien muutoksista ja myös yöllä. Myös toiveet esimerkiksi kuoleman jälkeen puettavista vaatteista tai riisutaanko vai jätetäänkö esimerkiksi vihkisormus tai muita koruja on hyvä varmistaa potilaalta tai omaisilta etukäteen sopivalla hetkellä.

### 5.3.6 Saattohoidettava eri kulttuuritaustasta

Hoitohenkilökunnan tulisi tukea ja mahdollistaa potilaan ja omaisten omaan kulttuuriin liittyvien tapojen ja perinteiden noudattaminen (Clarke, ym. 2003: 2258). Kuitenkin mahdollisuuksien puitteissa, niin, ettei muille osaston potilaille aiheudu haittaa/häiriötä. Kaikista eri kulttuureista ei ole mahdollista eikä edes hyödyllistä hoitajan opiskella etukäteen, sillä potilaat tulee kohdata aina yksilöinä ja samasta kulttuuritaustasta tulevilla potilailla voi olla suuriakin eroja esimerkiksi kulttuuriin liittyvien tapojen noudattamisessa. Tärkeintä on suhtautua potilaisiin ja omaisiin avoimesti, sekä kysellä ja ottaa selvää heidän tavoistaan ja toiveistaan elämän loppuvaiheessa. (Martin & Barkley, 2016.)

Joissain kulttuureissa esimerkiksi Itä-Aasiassa kuolemasta ei haluta puhua, koska ajatellaan pahojen asioiden tapahtuvan, jos niistä puhutaan ääneen. Joissain kulttuureissa läheiset haluavat suojella potilasta jättämällä kertomatta hänelle diagnoosin vakavuudesta, koska eivät halua viedä toivoa. Myös kivun ilmaiseminen ja näyttäminen ja suhtautuminen kivunlievitykseen voivat vaihdella eri kulttuureissa. (Martin & Barkley, 2016.)

### 5.3.7 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Ennakoiva hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheen hoitoa varten voidaan tehdä missä sairauden vaiheessa tahansa, mutta erityisen tärkeää se olisi tehdä silloin, kun sairaus on edennyt pitkälle ja parantavien hoitojen vaikutus heikkenee. Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen vaatii keskusteluja potilaan ja omaisten kanssa, ja tilanteen tulisi olla rauhallinen ja vuorovaikutuksen on onnistuttava hyvin. Keskusteluja voidaan käydä useampia kertoja, ja ennakoivaa hoitosuunnitelmaa voidaan tarpeen mukaan päivittää. (Lehto & Marjamäki & Saarto, 2019: 336-337.)

Hoitosuunnitelmasta tulisi ilmetä diagnoosi ja hoitolinjaus sekä miten hoito on järjestetty, eli mikä on potilaan hoitovastuuyksikkö, muut hoitavat tahot sekä tukiosasto, jos sellainen on potilaalle nimetty. Ennakoivaan hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidonrajaukset esimerkiksi elvytyksen, tehohoidon, hengityksen tuen ja sairaalasiirtojen osalta, sekä rajaukset koskien suonensisäisiä lääke- ja nestehoitoja. Häätälääkitys akuutteja tilanteita varten kirjataan myös hoitosuunnitelmaan. Myös potilaan toiveet ja hoitotahto kirjataan, sekä potilaan nimeämät läheiset, ja tarvittaessa heidänkin tarvitsemansa psykososiaalinen tuki. (Lehto & Marjamäki & Saarto, 2019: 337-338; HUS, ennakoiva hoitosuunnitelma.) Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen olisi hyvän saattohoidon onnistumiseksi erittäin tärkeää. Tuotokseen sisällytettiin tästä syystä HUS:n ennakoiva hoitosuunnitelma- pohja, jotta se tulisi tutuksi hoitohenkilökunnalle, ja sitä voitaisiin käyttää entistä useammin potilaiden hoidossa.

### 5.3.8 Palliatiivinen sedaatio

Tarkoitus ei ole nopeuttaa kuolemaa, vaan alentaa tajunnantasoja lääkityksellä silloin, kun asianmukaisesta lääkityksestä ja hoidosta huolimatta vaikeita oireita ei saada helpotettua. Syvä sedaatio ei ole tavoite, vaan sen tulisi olla mahdollisimman kevyt ja jois-

sain tapauksissa sitä voidaan keventääkin. Kuitenkin useimmiten sedaatiota jatketaan kuolemaan saakka. (Pöyhiä, 2018: 117; Duodecim 2019.)

Sedaatio voidaan aloittaa mm. hallitsemattoman deliriumin, vaikean hengenahdistuksen, psyykkisen ahdistuneisuuden, kivun tai hankalan oksentelun vuoksi. Hyvä perushoito on muistettava sedatoiduillakin potilailla, mutta ravitsemushoidosta ei ole hyötyä heidän lähestyessään elämän loppua. Omaisten kanssa on tärkeää keskustella sedaatiosta, antaa oikeaa tietoa siitä ja kuunnella heidän näkemyksiään. (Pöyhiä, 2018:117; Duodecim, 2019.)

Sedaation riittävyttä tulee seurata ja arvioida tarpeeksi usein. Kasvojen ilmeitä, kehon liikkeitä, lihasjännitystä, hengitystä ja ääntelyä tulee seurata ja pisteyttää (kts. saattohoito-ohjeistus, Liite 1). Mitä enemmän pisteitä, sitä selkeämmin sedaatio on riittämätön. (Pöyhiä, 2018: 119.)

### 5.3.9 Kuoleman jälkeen

Kuoleman lähestyminen näkyy potilaan fyysisestä olemuksesta. Merkkejä kuoleman lähestymisestä ovat muun muassa alentunut tajunnantaso, väsymys ja voimattomuus, viileä periferia, hengityskatkokset, rohina. Potilas ei myöskään enää ota suun kautta kuin pieniä nestemääriä, lääkkeiden ottaminen ei onnistu. (Hänninen, 2018b: 114.)

Vuonna 2022 julkaistun laatusuosituksen laatualueista viimeinen on inhimillinen saattohoito ja arvostava kuoleman jälkeinen tuki. Tällä laatualueella on kahdeksan eri laatu-kriteeriä. Laatu-kriteeri 30:ssa muistutetaan, että läheisille on annettava mahdollisuus kiireettömään vainajan hyvästelyyn. Halutessaan omaisille annetaan mahdollisuus olla mukana vainajanlaitossa. Saattohoidon ei katsota loppuvan potilaan kuolemaan, ja laatu-kriteeri 32:n mukaan omaisia tulee tukea ja ohjata tarpeen mukaan potilaan kuoleman jälkeen, heitä on kohdeltava empaattisesti ja huomaavaisesti, ja yksiköstä tulisi ottaa yhteyttä ja varmistaa omaisen jaksaminen potilaan kuoleman jälkeen. (Saarto, ym. 2022: 29-30.)

Yksikön yhteydenotto voidaan toteuttaa esimerkiksi tukisoitolla, joka tehdään n. 1-3 kk potilaan kuoleman jälkeen. Potilaan menehtyessä kerrotaan, että osastolta soitetaan tietyn ajan kuluttua, ja tarkistetaan, kelle omaiselle soitetaan ja varmistetaan, että potilastiedoista löytyy oikea puhelinnumero. Omaiselle olisi hyvä soittaa sellaisen hoitajan,

joka on ollut mukana potilaan hoidossa. (Erikson & Puntillo & McAdam, 2019: 215.) Tärkeää olisi myös, että soitto pystytään tekemään omaisen äidinkielellä. Soiton aikana kysytään omaisen omasta jaksamisesta ja kartoitetaan tuen tarvetta, ja samalla voidaan pyytää palautetta saattohoidon onnistumisesta yksikössä.

## 5.4 Arviointi

Keväällä 2023 Sipoon akuutti- ja kuntoutusosasto siirtyi Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen alaisuuteen, ja nimi muuttui sairaalaosasto 4:ksi. Organisaatiomuutos ja osaston henkilökuntatilanne vaikuttivat kehittämistyön valmistumiseen ja jalkauttamiseen niin, että varsinaista jalkauttamista ja työn arviointia ei pystytty kevään aikana tekemään. Osastolla työskenteli keväällä paljon sijaisia, joista osa vain muutaman yksittäisen vuoron ajan. Saattohoito-ohjeistus lähetettiin kuitenkin huhtikuun 2023 alussa kommentoitavaksi osaston henkilökunnalle, jolta kysyttiin, onko ohjeistus sopivan mittainen ja tarpeeksi kattava ilman, että se on liian pitkä. Lisäksi kysyttiin, puuttuuko jotain olennaista, ja jos, niin mitä? Selkeydestä ja ulkonäöstä pyydettiin mielipiteitä myös.

Palautteen perusteella ohjeistus koettiin sopivan mittaiseksi, eikä siihen koettu tarvittavan lisäyksiä. Ohjeistuksen nähtiin olevan sellainen, johon on helppo matalalla kynnyksellä tarttua, ja käsitellyt asiat oli kerrottu selkeästi ja ymmärrettävästi. PAINAD-mittarista annettiin palautetta, ettei se välttämättä anna realistista kuvaa potilaan tilasta, ja pisteitä voi tulla liian vähän potilaan tilanteeseen nähden.

Saattohoito-ohjeistuksessa läpikäytyjen asioiden järjestys koettiin loogiseksi, mutta työhön kaivattiin sisällysluetteloja sekä sivunumeroita, jotta tulostetun version sivut eivät mene sekaisin. Lopulliseen versioon on lisätty sivunumerot sekä sisällysluettelo.

Ennakoiva hoitosuunnitelma-osuus nostettiin palautteen perusteella esille hyvänä, ja sen katsottiin olevan tärkeä saattohoidon laatuun osastolla vaikuttava tekijä. Ennakoivia hoitosuunnitelmia pitäisi osastolla tehdä enemmän ja aiemmin tehtyjä päivittää, jotta potilaiden hoidon laatua saataisiin paremmaksi.

Lopulliseen versioon ohjeistuksen ulkoasua on pyritty selkeyttämään ja saamaan houkuttelevammaksi muun muassa värien käytöllä, sillä tätä toivottiin osastolta tullessa palautteessa.

## 6 Pohdinta

Hyvän saattohoidon toteutumiseen vaikuttaa henkilökunnan osaamistason lisäksi paljon myös työn organisointi ja resurssit. Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajat toivat esiin samaa kokemusta, kuin Sarivaaran ym. tutkimuksessa terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajat; vaikka tietotaitoa ja osaamista olisi, resurssien ollessa riittämättömät ja rauhallisen tilan puuttuessa kuolevalta potilaalta, hyvän, kokonaisvaltaisen ja potilaslähtöisen saattohoidon tarjoaminen ei onnistu. Mikään koulutus ei auta, jos työskennellessä aika loppuu kesken. (Sarivaara & Lämsä & Seppälä, 2018: 8-10.)

Vaikka Pricen ym. (2017) tutkimuksen hoitajat olivat hyvin erilaisista työympäristöistä, vastauksissa tuli esille paljon samoja asioita kuin Sipoon Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajien vastauksissa. Rauhallinen ja hiljainen ympäristö koettiin välttämättömäksi elämän loppuvaiheessa, ja koulutustarpeita tuotiin esiin kommunikaatiossa omaisten ja potilaiden, mutta toisaalta myös toisten ammattilaisten, kuten lääkärien kanssa. (Price, ym. 2017: 334.)

Vaikka tässä opinnäytetyössä ei testattu hoitajien tietämystä, heidän kokemansa varmuus palliatiivisessa ja saattohoidossa oli parempi hoitajilla, joilla oli pitkä kokemus siitä käytännössä tai lisäkoulutusta hankittuna. Kuitenkin myös sellaiset hoitajat, joilla oli pitkä työkokemus osastolla, toivoivat lisää tietoa ja koulutusta saattohoidosta. Martinez-Sabaterin ym. tutkimuksessa havaittiin, ehkä odotetustikin, että kokemusta saattohoidosta omaavat ja koulutusta aiheesta saaneet hoitajat saivat enemmän oikeita vastauksia kyselyssä, kuin ne, joilla kokemusta oli vähän tai ei lainkaan tai jotka eivät olleet saaneet koulutusta. Teoreettisen koulutuksen ja käytännön harjoittelun tärkeys korostui, sillä parhaiten vastasivat ne hoitajat, joilla oli sekä kokemusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, että saatua koulutusta aiheesta. (Martinez-Sabater & Chover-Sierra & Chover-Sierra, 2021: 7-9.)

### 6.1 Laadullisen aineiston tulosten tarkastelu

Learning cafessa kävi selväksi, että akuutti- ja kuntoutusosaston hoitohenkilökunta kokee saattohoidon tärkeäksi asiaksi, ja eri ryhmien näkemykset hyvästä saattohoidosta olivat hyvin samankaltaisia. Hoitohenkilökunnalla on halua toteuttaa mahdollisimman laadukasta hoitoa kuoleville, ja heidän läheisensä koetaan tärkeäksi osaksi hoitoa. Omaisten huomioiminen nähtiin asiana, johon tulee panostaa.

Learning cafessa tuotiin esiin **oirehoidon** osaamisen tärkeyttä saattohoidon onnistumisessa. Etenkin kivunhoito ja perushoito nostettiin esille, ja muistutettiin niiden olevan tärkeimpiä asioita kokonaisvaltaista potilaslähtöistä hoitotyötä toteutettaessa. Hoitajat kokivat toisaalta, että hyvä kivunhoito toteutuu osastolla yleensä hyvin, mutta epäkohtia löydettiin myös esimerkiksi kivunhoidon oikea-aikaisuudessa.

Palliativiseen hoitoon erikoistumattomilla osastoilla, joilla on paljon muitakin potilasryhmiä hoidossa, kuten Sipoon sairaalaosasto 4:kin on, voi hoitajilla olla epävarmuutta oirehoidossa. Kokeneillakin sairaanhoitajilla eniten epävarmuutta on havaittu olevan psykologisen, sosiaalisen ja hengellisen hoidon osa-alueissa sekä hoidon lakiin ja etiikkaan liittyvissä asioissa. Somaattisten oireiden hoidossa sairaanhoitajat kokivat eniten varmuutta, minkä arveltiin liittyvän siihen, että hoitotyössä yleensäkin keskitytään kivun ja fyysisten oireiden hoitoon. (Parajuli, ym. 2021: 453.) Samansuuntaisia tuloksia saivat tutkimuksessaan myös Carvajal ym. (Carvajal, ym. 2019). Olssonin ym. Ruotsissa yhdistetyllä akuutilla onkologisella ja palliativisella osastolla tekemän tutkimuksen tulokset olivat kuitenkin toisensuuntaisia; kaikilla oirehoidon osa-alueilla henkilökunta koki hoidossa olevan parantamisen varaa. Tutkijat itse arvelivat muista aiemmista tutkimuksista poikkeavan vastauksen johtuvan mm. siitä, että osaston henkilökunta koki myös hoidon suunnittelun ja jatkuvuuden kaipaavan parantamista. (Olsson, ym. 2021: 126.)

Hoitajat kokivat palliativiseen hoitoon erikoistumattomissa yksiköissä myös vaikeana pidättäytyä hoidoista tai lopettaa hoidot (Alshammari, ym. 2022: 10-11). Niin entisellä akuutti- ja kuntoutusosastolla kuin nykyisellä sairaalaosasto 4:lläkin kaikki potilaat eivät ole palliativisessa hoidossa eikä hoitolinjauksia tai ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ole siksi tehty, mutta potilaiden tilanteet voivat muuttua, jolloin hoitolinjauksia tulisi päivittää. Yksi syy akuutti- ja kuntoutusosaston saattohoidon laadun vaihtelevuuteen on osaston hoitajien mukaan se, että saattohoitopäätöstä ei aina ole tehty, vaikka hoitajat kokisivat sen jo olevan ajankohtainen. Voi olla myös, että saattohoitoon siirtyminen tulee ajankohtaiseksi esimerkiksi viikonlopun aikana, jolloin osastolla ei ole lääkäreitä paikalla. Tällöin potilas saatetaan joutua siirtämään päivystykseen esimerkiksi tutkimuksia varten, sillä hoitajat eivät yksin voi tehdä päätöksiä hoitolinjauksista.

Voi myös olla vaikeutta tunnistaa palliativista hoitoa tarvitsevia potilaita: Jos iäkkäämpi, monisairas potilas tulee osastolle hoitoon esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeiseen postoperatiiviseen kuntoutukseen, mutta hänen tilansa heikkenee, voi olla vaikeaa

nähdä, milloin aktiivisempaa kuntoutusta kannattaa vielä jatkaa ja milloin taas olisi aika siirtyä enemmän oireenmukaiseen, palliatiiviseen hoitoon. On myös muistettava, etteivät nämä kaksi sulje toisiaan pois, vaan palliatiivista hoitoa voidaan antaa myös muun hoidon rinnalla. (Duodecim, 2019; Lehto & Marjamäki & Saarto, 2019: 336-339.)

**Yksilöllinen hoitotyö** kohosi isona teemana esiin learning cafen vastauksissa. Potilaat ja omaiset tulisi huomioida hoidon kaikissa vaiheissa. Vihelä ym. havaitsivat tutkimuksessaan, että ihmislähtöisen palliatiivisen hoidon osaaminen vaatii hoitajalta taitoa huomioida jokaisen yksilölliset hoidon tarpeet. Heidän mukaansa hoitajalla tulisi olla taitoa läheisten huomioimiseen ja tukemiseen ja heitä tulisi kannustaa potilaan hoitoon osallistumisessa. (Vihelä, ym. 2020: 282-283.) Niin akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajat kuin Vihelän ym. tutkimuksen osallistujat mainitsivat tärkeänä potilaan toiveiden kunnioittamisen. Vihelä ym. lisäksi muistuttivat, että kuolevan potilaan elämänhistoria tulisi huomioida nykyhetken osana ja huomioida potilas edelleen yhteisönsä jäsenenä. (Vihelä, ym. 2020: 281.)

**Moniammatillisen yhteistyön** onnistuminen vaikutti akuutti- ja kuntoutusosaston henkilökunnan mukaan saattohoidon laatuun, sillä jos kommunikaatio esimerkiksi lääkärin ja hoitajan välillä ei toimi, se saattaa vaikuttaa lääkärin tekemiin hoitomääräyksiin. Tätä tulosta tukee myös muun muassa Hardenin, ym. tutkimuksen tulokset, joiden mukaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun kannalta moniammatillinen vuorovaikutus ja yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää (Harden, ym. 2017).

Lääkäri tekee päätöksen muun muassa kipulääkeinfuusion aloittamisesta ja määrää annostuksen, mutta hoitaja on potilaan lähellä enemmän kuin lääkäri, ja osaa kertoa, milloin infuusion aloitus on ajankohtaista. Jos hoitaja ei osaa ilmaista itseään selkeästi ja tietyllä varmuudella, lääkärin on vaikea saada oikeanlaista käsitystä potilaan tilasta. Myös Vihelä ym. havaitsivat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajalta vaaditaan rohkeutta keskustella moniammatillisissa tiimeissä kivunhoidon riittämättömyydestä (Vihelä, ym. 2020: 280).

Moniammatillisen tiimin yhteistyön onnistumisen kannalta on tärkeää myös, että kaikilla tiimin jäsenillä on yhteinen ymmärrys palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tärkeydestä. Ervikin ym. Norjassa tekemän tutkimuksen mukaan hoitajille jäi toisinaan vaikutelma, etteivät kaikki lääkärit olleet kovin kiinnostuneita palliatiivisesta hoidosta eivätkä halunneet erikoistua siihen. Hoitajat olisivatkin toivoneet lääkäreiltä parempaa osaamista ja

enemmän kiinnostusta palliatiiviseen hoitoon. (Ervik & Brøndbo & Johansen, 2021: 232.)

Terveydenhuoltoalalla on perinteisesti vallinnut hierarkia, jossa lääkärit ovat hoitajien yläpuolella, mutta palliatiivinen hoito voisi olla alue, joka tarjoaa uusia mahdollisuuksia tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä tasa-arvoisemmin. Palliatiivisen hoidon koulutus toisi hoitajille myös vaadittavaa näyttöä, jolla perustella oikeanlaisen kivunhoidon ja oirehoidon aloittaminen palliatiivista hoitoa tarvitseville potilaille (Rosa, 2018: 198). Terveyskeskusten sairaalaosastoilla työskentelee usein paljon myös nuoria lääkäreitä, joille ei ole vielä kertynyt kokemusta saattohoidosta, joten kokenut hoitaja voisi tuoda heillekin turvaa ja varmuutta hoidon toteuttamiseen.

Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajat näkivät tärkeänä, että sekä saattohoidettava, että hänen omaisensa osataan kohdata kiireettömästi, empaattisesti ja aidosti kuunnellen. Vattula ym. tutki lähihoitajien osaamistarpeita palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, ja myös tässä tutkimuksessa vuorovaikutusosaaminen nousi esiin tärkeänä osaamisalueena. Taito keskustella asioista ja potilaan ja läheisten toiveiden kuunteleminen ja aito kohtaaminen nähtiin saattohoidossa tarvittaviksi taidoiksi. (Vattula, ym. 2020: 128.) Ohjausosaaminen tuotiin learning cafen vastauksissa esiin myös, ja Vihelä ym. huomauttivat, että epä tietoisuus herättää epäluottamusta läheisissä ja lisäksi heikentää heidän omaa elämänhallinnan tunnettansa (Vihelä, ym. 2020: 282).

Vuorovaikutustaitoja akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajat sanoittivat myös rohkeutena olla läsnä tilanteissa ja antaa potilaille ja omaisille tilaisuus puhua ja hoitajana ottaa vastaan heidän kokemuksiaan, ajatuksiaan ja toiveitaan. Yhteyden luominen potilaiden ja omaisten kanssa koettiin tärkeäksi toimivan hoitosuhteen aikaansaamiseksi, mutta se koettiin myös haastavaksi. Etenkin kiireiset ja vaihtuvat tilanteet osastolla vaikuttivat siihen, että aina hoitajalla ei tuntunut olevan aikaa keskusteluille juuri silloin, kun potilas tai omaiset olisivat sitä kaivanneet. Yhdessä vastauksessa huomautettiin myös, että hoitajakin voi tehdä aloitteen vaikeista aiheista kuten kuolemasta puhumiselle. Myös Sarivaaran ym. tutkimuksessa tuli ilmi, että vuodeosastoilla kuolemasta puhutaan potilaille toisinaan liian myöhään, jolloin kuolemaa lähestyvä potilas ei enää itse ole kykenevä osallistumaan keskusteluun tai ymmärtämään, mistä hoitajat hänelle puhuvat. Tietoa saatetaan antaa myös liian vähän, kuolemasta ei puhuta suoraan eikä varmista, että hoitajan viesti on oikein ymmärretty. (Sarivaara & Lämsä & Seppälä, 2018: 11.)



**Hoidon jatkuvuuden** koettiin akuutti- ja kuntoutusosastolla olevan ajoittain heikkoa, sillä hoitajat vaihtuvat vuorosta toiseen, ja eri hoitajien kokemus saattohoidosta voi vaihdella hyvinkin paljon. Hoidon suunnittelu ja jatkuvuus ovat perustavanlaatuisia asioita oirehoidon optimaalisen onnistumisen kannalta (Olsson, ym. 2021: 124). Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajista eräs vastaaja mainitsi hyvään saattohoitoon kuuluvan nimetty omahoitaja tai omahoitajapari, mikä voisi parantaa hoidon jatkuvuutta.

Luottamus omaan osaamiseen oli akuutti- ja kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalla hyvä, eikä kukaan vastaajista kokenut oman saattohoito-osaamisensa olevan heikko tai parantamisen tarpeessa. Tämä tulos on osin ristiriidassa sen asian kanssa, että saattohoidon laatu koettiin vaihtelevaksi, ja vastauksissa nousi esiin, että henkilökunnan osaamisen tason koettiin vaihtelevan. Näihin vastauksiin voi vaikuttaa myös se, että osastolla on kehittämistyön tekemisen aikaan ollut paljon lyhytaikaisia sijaisia, jotka eivät osallistuneet learning caféeseen.

**Työn organisoinnilla** on suuri merkitys saattohoidon laatuun. Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajien vastauksissa havaittiin, että saattohoidossa olevat potilaat tarvitsisivat enemmän aikaa, kuin mitä hoitajilla on mahdollista antaa. Läsnäolon koettiin olevan tärkeää, mutta hoitajat mainitsivat, ettei nykyisillä resursseilla siihen aina ole tarpeeksi aikaa, ja lisäresurssia toivottiin nimenomaan erikseen saattohoitopotilaita varten. Havaintoa tukee myös Alshammarin ym. tutkimuksen tulokset siitä, että yksiköissä, joissa hoidetaan sekä palliatiivisia, että muita potilaita, hoitajat saattavat kokea hankalaksi hoitaa molempia potilasryhmiä samaan aikaan. Myös Alshammarin ym. tutkimuksessa hoitajat kertoivat ajan riittämättömyydestä saattohoidettaville. (Alshammari, ym. 2022: 10-11.)

Toisaalta akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajilta tuli esiin myös näkemys, että vähilläkin resursseilla voi toteuttaa hyvää saattohoitoa, kunhan hoitajan asenne potilaan ja omaisten lähestymiseen on oikea. Koettiin myös, että aina ei ole kyse resurssien puutteesta, jos hyvää saattohoitoa ei saada toteutettua osastolla, sillä myös työn järjestämiseen liittyvät tekijät, ja se, että tehdään työtä joustamattomasti ja ”niin kuin on aina tehty” vaikuttavat negatiivisesti yksilöllisen ja potilaslähtöisen hoidon toteuttamiseen.

Ilmaistiin, että osaston toimintaa ohjaavat liikaa rutiinit, jolloin työtä tehdään saman kaavan mukaan eikä huomioida potilaan yksilöllisiä tarpeita niin hyvin kuin etenkin saattohoidossa oleva potilas ja hänen läheisensä kaipaisivat. Learning cafessa tuli

esiin myös, että vaikka hoitajaresurssi olisi lukumäärällisesti riittävä, on vaikutusta myös sillä, ovatko hoitajat vakituisia ja sijaisia, ja jos ovat sijaisia, ovatko pitkäaikaisia vai muutaman keikkavuoron tekeviä.

**Emotionaalinen ja käytännön tuki henkilökunnalle** organisaation taholta voi ilmetä esimerkiksi koulutusmahdollisuuksien tarjoamisena. Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajat toivat esiin pääsääntöisesti positiivista suhtautumista koulutukseen. Osa koki, että oma osaaminen on hyvällä tasolla, eikä osannut sanoa, mitkä aiheet palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olisivat sellaisia, joista lisäkoulutus olisi itselle tarpeellista, mutta osa toi ilmi myös, että kaikenlainen koulutus saattohoidosta on tervetullutta.

Parajulin ym. tutkimuksessa havaittiin, että koulutusta palliatiivisesta hoidosta saaneiden hoitajien varmuus toteuttaa palliatiivista hoitoa oli parempi verrattuna sellaisiin hoitajiin, jotka eivät olleet saaneet koulutusta (Parajuli, ym. 2021:453). Tätä näkökulmaa toivat esiin myös osasto 4:n hoitajat: pitkän kokemuksen ja käytyjen lisäkoulutusten katsottiin hyödyttävän käytännön työssä ja tuovan varmuutta työskentelyyn. Esteeksi osaamisen kehittämiseksi norjalaisessa tutkimuksessa nähtiin resurssien niukkuus, jonka takia henkilökunnan ei ollut mahdollista osallistua syventäville kursseille. Lisäksi osallistujat toivat esiin, että henkilökunnan suuri vaihtuvuus vaikeutti osaamisen hankkimista ja ylläpitämistä. (Ervik, ym. 2021: 232.)

Palliatiivisen hoidon koulutus on tärkeää etenkin, jos yksikön kaikki potilaat eivät selkeästi ole palliatiivisia potilaita. Ruotsalaisessa kirurgisen osaston hoitajille tehdyssä tutkimuksessa havaittiin mm., että ennen koulutusta hoitajien näkemykset ja kokemukset vaihtelivat paljon, ja jotkut osallistujista uskoivat, että palliatiivisen hoidon tarpeessa olevat potilaat kokevat aina suurta kärsimystä, jota ei ole mahdollista täysin lievittää (Hahne, ym. 2017: 5). Alshammarin ym. mukaan palliatiivisen hoidon koulutuksen tulisi käsitellä kivun arviointia ja hoitoa, kommunikaatitaitoja sekä elämän loppuvaiheessa olevien potilaiden ja heidän perheidensä hengellisten ja psykososiaalisten tarpeiden ymmärtämistä (Alshammari, ym. 2022: 11).

## 6.2 Kehittämistehtävän pohdinta

Kehittämistehtävän prosessi käynnistyi learning cafella, jonka on tarkoitus olla yksinkertainen kysymysten ratkaisuun pyrkivä kehittämismenetelmä. Tärkeää on pyrkiä löytämään konsensus, mutta siihen pyrittäessä voidaan olla erimielisiä ja jopa kyseen-

alaistaa toisten kommentteja. Kuitenkin on pidettävä mielessä, että kaikkien kommentit ovat yhtä arvokkaita. (Innokylä.) Osaston learning cafessa ilmapiiri oli hyvä, kaikki pääsivät ääneen ja toisten osallistujien kommentteja ennemminkin täydennettiin kuin kyseenalaistettiin. Harmillisesti kahden suunnitellun learning cafen sijaan vain yksi oli mahdollista järjestää, jotta opinnäytetyöprosessi ei venynyt liian pitkäksi.

Tuotosta alettiin työstää, kun learning cafen vastaukset oli saatu analysoitua. Näin löytyi tärkeimmät saattohoito-ohjeistukseen sisällytettävät asiat. Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajat eivät tuoneet esiin konkreettisia tai tarkemmin yksilöityjä koulutusaiheita, mutta yleistä koulutusta ja uutta tutkittua tietoa saattohoidosta kuitenkin toivottiin ja pidettiin hyödyllisenä. Näihin toiveisiin saattohoito-ohjeistuksella pyrittiin vastaamaan. Lisäksi A-tason palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle määritellyt laatuksiteerit ohjasivat tuotoksen sisältöä (Saarto, ym. 2019b: 188-189).

Kaikilla osaston lyhytaikaisilla sijaisilla ei välttämättä saattohoidon kokemusta juurikaan ole, jolloin vakituisten henkilökunnan resursseja ja työaika kuluu potilastyön lisäksi myös sijaisten perehdyttämiseen. Myös lyhytaikaisia sijaisia ajatellen saattohoito-ohjeistuksesta pyrittiin saamaan mahdollisimman tiivis, mutta kuitenkin informatiivinen kokonaisuus.

Palliatiivisia potilaita perustasolla hoitavat sairaanhoitajat eivät tutkimuksen mukaan olleet niin hyviä potilaskeskeisen kokonaisvaltaisen hoitotyön tarjoamisessa, vaan keskittyivät enemmän oirehoitoon, hoitolaitteista huolehtimiseen sekä lääkehoitoon. Hoitajat tarvitsisivat koulutusta tutkimuksen mukaan etenkin hengellisen tuen antamisessa sekä potilaan eksistentiaalisiin tarpeisiin vastaamisessa. (Carvajal, ym. 2019.) Tämän vuoksi saattohoito-ohjeistukseen sisällytettiin tietoa jonkin verran myös näistä osaluista. On myös tutkimuksessa todettu, että vaikka sairaanhoitajat saivat koulutusta palliatiivisessa hoidossa, opittua tietoa ei aina oteta käytännön hoitotyössä käyttöön, eivätkä koulutuksen hyödyt ulotu potilaille ja heidän läheisilleen. Ei riitä, että tiedetään, mitä hoitajat tietävät, vaan pitää myös tietää, mitä hoitajat todella tekevät. (García-Salvador, ym. 2021:2.) Kirjallinen ohjeistus toimii parhaimmillaan käytännön hoitotyössä ohjenuorana, jonka perusteella toimia ja tarvittaessa seurata, että potilaiden sama hoito on ollut asianmukaista ja laadukasta.

Akuutti- ja kuntoutusosaston hoitajat kertoivat lääkärin toisinaan epäroivän saattohoitopäätöksen tekemisessä tai esimerkiksi kipulääkkeen määräämisessä tai kipupumpun

aloittamisessa. Tällaisissa tilanteissa hoitajan olisi osattava tuoda rohkeasti oma näkemyksensä potilaan tarpeista esille perustellen, ja perustelussa oire- ja kipumittarit olisivat hyvä työväline. Ohjeistukseen valikoitui ESAS- ja PAINAD-mittarit, niiden ollessa selkeät, yksinkertaiset ja yleisesti käytetyt. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa laatukriteeri 15:ssa muistutetaan fyysisten ja psyykkisten oireiden säännöllisestä arvioinnista, ja laatukriteeri 17 ohjaa oireiden ja hoidon sekä hoidon vaikuttavuuden systemaattiseen kirjaamiseen (Saarto, ym. 2022: 26). Mittareiden käyttö auttaisi huomattavasti laatukriteerien mukaisen hoidon toteutumisessa.

Saattohoito-ohjeistuksesta pyydettiin palautetta osaston henkilökunnalta, ja sitä antoi 5 hoitajaa. Voi myös olla, että yhdessä palautteessa oli useammankin hoitajan ajatuksia, mutta se ei kuitenkaan käynyt ilmi viesteistä. Sisällöllisiä muutosehdotuksia ei saatu, mutta ulkonäköä ja selkeyttä pyrittiin palautteen perusteella viilaamaan. Varsinaiseen käyttöön ohjeistus ei ehtinyt vielä opinnäytetyöprosessin aikana, joten sen onnistuneisuus selviää vasta myöhemmin käytännössä.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite oli lisätä hoitohenkilökunnan osaamista palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, ja se todennäköisesti toteutui. Vaikka saattohoito-ohjeistuksen sisällössä ei olisi uutta tietoa, kertauksesta on myös hyötyä, ja ohjeistuksen avulla kokeneempikin hoitaja voi perustella ja reflektoida omaa toimintaansa.

## 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

### 6.3.1 Eettisyys

Ensimmäinen tutkijan tekemä eettinen ratkaisu on jo aiheen valinta. On mietittävä, mikä on aiheen yhteiskunnallinen merkitys sekä vaikutus tutkittaviin. Tutkimuksen hyödyllisyys oikeuttaa tutkimuksen tekemisen, ja on tutkimusetiikan periaatteena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013: 218.) Tässä työssä yhteiskunnallinen merkitys on suuri, sillä kuten jo tämän opinnäytetyön johdannossa todettiin, palliatiivisen hoidon kehittäminen Suomessa on vielä kesken (Salin, ym. 2021: 143-144). Learning cafessa aiheen valinta sai vahvistusta, sillä osallistujat kokivat aiheen tärkeäksi ja näkivät työpaikallaan saattohoidolle kehitystarvetta.

Kehittämistyössä tutkijan on oltava rehellinen, tarkka ja huolellinen, ja tutkimuksen kohteena olevien tulee olla selvillä siitä, mitä ollaan tekemässä, mitkä ovat tavoitteet ja

toiminnan kohde, ja mikä on kohteena olevien rooli kehittämistyössä. Koska kyseessä on inhimillinen toiminta, kehittämistyöhön osallistuvien vajavaisuudet ja rajoitukset ovat myös lopullisen työn vajavaisuuksia ja rajoituksia. Olisi myös tärkeää, että jokainen kehittämistyöhön osallistuva ymmärtää oman osuutensa kehittämisessä, ja pystyy tekemään järkeviä arviointeja. (Ojasalo, ym. 2015: 48-49.)

Tätä työtä tehtäessä opinnäytetyöntekijä pyrki tuomaan avoimesti esille tutkimuksen kohteille eli akuutti- ja kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalle mitä pyritään saamaan aikaan ja miksi, ja kaikki osallistujilta saadut vastaukset huomioitiin, kerättiin talteen ja analysoitiin. Tuotoksen työstämisprosessin aikana kehittämistyöhön osallistuneilla on ollut mahdollisuus antaa mielipiteitä, toiveita ja ehdotuksia, ja opinnäytetyöntekijä on saamansa palautteen perusteella muokannut tuotosta. Tuotosta muokkaamalla on pyritty saamaan siitä mahdollisimman hyvin käytännön hoitotyötä palveleva ja hyödyllinen työväline.

Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisyyteen voi luoda haasteita se, että opinnäytetyöntekijä työskenteli sairaanhoitajana yksikössä, johon kehittämistyö tehtiin. Toisaalta voi olla myös etu, että opinnäytetyöntekijä on osastolla tuttu, ja kehittämiskohde on monille osaston työntekijöille tärkeä. Tässä kehittämistyön prosessissa opinnäytetyöntekijä koki saavansa tukea kehittämistyöhön tutulta työyhteisöltä ja, että henkilökunta ymmärsi opinnäytetyöntekijän tarvitsevan heidän aktiivisuuttaan ja panostaan, jotta kehittämistyö voi onnistua. Työyhteisön hyvä henki näkyi myönteisenä suhtautumisena kehittämistyöhön, ja siihen haluttiin panostaa. Tutkijan ollessa työyhteisön sisältä, hänellä tulisi olla jonkinlaista auktoriteettia ja hänen tulisi nauttia työyhteisön arvostusta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997: 120.)

Opinnäytetyöntekijä hyötyi siitä, että tunsivat tutkimuksen osallistujat jo ennalta, sillä esimerkiksi American Nurses Associationin vuonna 1995 julkaisemissa hoitotieteellisen tutkimuksen eettisissä ohjeissa muistutetaan, että tutkijan on ymmärrettävä tutkittavien persoonallisia eroja ja arvostettava heidän erilaisuuttaan sekä varmistettava, että tutkittavat ovat samanarvoisessa suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin. Tutkijan on myös osattava pohtia, miten tutkimus vaikuttaa tutkijoihin, tutkittaviin, tiedeyhteisöön, yhteiskuntaan sekä ihmiskuntaan. Tutkimuksen eettisyyttä on tarkasteltava kaikissa tutkimuksen vaiheissa, ja on yritettävä löytää sellaisia tapoja kirjoittaa ja raportoida, jotka antavat tutkittaville äänen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013: 217-218, Heikkinen & Rovio & Syrjä, 2010: 158.)

Työtä suunniteltaessa selvitettiin, tarvitaanko tutkimuslupaa tai eettisen toimikunnan lausuntoa (Arene, 2019: 16). Sipoon kunnan sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmältä varmistettiin, että erillistä tutkimuslupaa ei tähän opinnäytetyöhön tarvita, koska kehittämistyön kohteena on akuutti- ja kuntoutusosasto ja sen henkilökunta. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu tähän työhön, sillä aineisto kerättiin osaston henkilökunnalta.

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (TENK, 2023). Lähteet on merkitty Metropolian ohjeiden mukaisella tavalla. Raportointi ja analyysi on tehty rehellisesti, yksityiskohtia ei ole muokattu eikä jätetty pois. Koko prosessi on ollut avoin ja puolueeton. (TENK, 2023.) Opinnäytetyöprosessin aikana ja ennen sen lähettämistä arvioitavaksi työ on tarkistettu Arenen ohjeiden mukaisesti Turin in- plagaatin tunnistusjärjestelmässä (Arene, 2019: 7).

### 6.3.2 Luotettavuus

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta, sillä ei riitä, että kehittämistoiminnassa saatu tieto on totuudenmukaista, vaan sen on oltava lisäksi hyödyllistä. Silti määrällisissä tutkimuksissa käytettäviä reliabiliteetteja ja validiteetteja sekä laadullisessa tutkimuksessa käytettävää vakuuttavuuden käsitettä voidaan soveltaa myös kehittämistoimintaan. (Toikko & Rantanen, 2009: 121-122.) Tämän opinnäytetyön käyttökelpoisuus on osaston henkilökunnan alustavan palautteen perusteella hyvä, ja tuotoksena syntynyt saattohoito-ohjeistus todennäköisesti sopisi käyttöön myös muihin saman tapaisiin A-tason yksiköihin.

Validiteetti kertoo, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan, että kehittämistyössä käytetyt käsitteet ja tehdyt valinnat ovat johdonmukaisia. Tutkimus ei siis saa perustua ristiriitaisiin lähtöoletuksiin. Ulkoinen validiteetti puolestaan liittyy siihen, millainen suhde ulkoisilla ilmiöillä ja johtopäätöksillä on, ja tehtyjen tulkintojen tulisi vastata aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013:89; Toikko & Rantanen, 2009: 121-122.)

Reliabiliteetti puolestaan viittaa tulosten pysyvyyteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013: 89). Kehittämistoiminnalle reliabiliteetti on hankala vaatimus, sillä sosiaalisten prosessien toistettavuus on lähes mahdotonta, vaikka ulkoiset olosuhteet ja tehtävänanto eivät muuttuisi eri ryhmien välillä (Toikko & Rantanen, 2009: 121-122).

Vaikka tulokset eivät olisikaan toistettavissa, ne voivat antaa luotettavaa tietoa siitä, miten tavoitteet tai uudet interventiot ovat sovellettavissa käytäntöön, milloin niitä pystytään soveltamaan ja millaiseen lopputulokseen niiden avulla voidaan päästä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997: 121).

Toimijoiden sitoutuminen on myös tärkeä kysymys kehittämistoiminnan luotettavuutta arvioitaessa. Toimijoiden sitoutuminen lisää aineiston, metodien sekä tuotoksen luotettavuutta, kun taas virhemahdollisuus kasvaa, jos toimijat eivät osallistu kaikkiin kehittämisprosessin vaiheisiin. (Toikko & Rantanen, 2009: 123-124.) Sitoutuminen on parempaa, kun tutkimus kohdistetaan sellaisiin kysymyksiin ja ongelmiin, jotka osallistujat kokevat tärkeiksi (Heikkinen & Rovio & Syrjälä, 2010: 102-103). Saattohoito koettiin tärkeäksi aiheeksi osastolla, mikä myös näkyi siinä, että keskustelua aiheesta syntyi, ja se olisi todennäköisesti kestänyt pidempäänkin, mikäli aikaa olisi ollut enemmän.

Aineiston keräämisen ja kenttätönn onnistumisen kannalta on tärkeää, että tutkija saavuttaa osallistujien keskuudessa luottamuksen ja pystyy ylläpitämään sitä. Yhteisten työskentelytapojen ja yhteisen kielen löytyminen kehittämistyöhön osallistuvien kanssa vaatii tutkijalta herkkyyttä osata tasapainoilla osallistumisen ja vetäytymisen välillä. (Heikkinen & Rovio & Syrjälä, 2010:102.) Learning cafessa opinnäytetyöntekijä pyrki keskittymään kuuntelemiseen ja havainnoimiseen, ja osallistumaan keskusteluun ainoastaan esittämällä tarkentavia kysymyksiä. Näin toimimalla opinnäytetyöntekijän tarkoitus oli välttää johdattelemasta keskustelun kulkua mihinkään suuntaan ja antaa osallistujien tuoda omat kokemuksensa, mielipiteensä ja havaintonsa mahdollisimman aitoina ja rehellisinä esille.

Luottamuksen saaminen edellyttää viiden dialogisuuden periaatteen täyttymistä, ja näitä ovat jo edellisessä kappaleessa mainitun sitoutumisen lisäksi osallistuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys sekä refleksiivisyys (Heikkinen & Rovio & Syrjälä, 2010: 102). Osallistuminen edellyttää tutkijan ja tutkittavien läheistä yhteistyötä sekä myös asiantuntemuksen jakamista. Osallistujien tulisi olla vapaaehtoisia ja aktiivisia, jotta jaettu asiantuntijuus toteutuu, ja alkuun on muodostettava pelisäännöt, sekä päästävä yhteisymmärrykseen osapuolten odotuksista. (Heikkinen & Rovio & Syrjälä, 2010: 102.)

Vastavuoroisuus tarkoittaa onnistuessaan sitä, että tutkija panostaa tutkimukseen yhtä paljon, kuin edellyttää osallistujilta. Hänen tulee myös perustella ratkaisunsa, mikäli vaatii sitä osallistujiltakin. Vilpittömyys ja reflektiivisyys näkyvät siinä, ettei tutkimustu-

loksia salata osallistujilta ja ristiriidat pyritään ratkomaan keskustelemalla. Yhteisön toimintakulttuurin omaksuminen edistää luottamusta, ja lisäksi tutkijan on osattava ottaa myös kritiikkiä vastaan. (Heikkinen & Rovio & Syrjälä, 2010: 102-104.)

Learning cafet oli tarkoitettu koko osaston hoitohenkilökunnalle, eikä kehittämistyöhön osallistuminen perustunut vapaaehtoisuuteen, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kuitenkin, jos ei ollut paikalla learning cafessa, ei keltään edellytetty kysymyksiin vastaamista jälkikäteen, vaikka mahdollisuus siihen annettiin. Yksittäisten hoitajien motivaatiossa osallistua kehittämistoimintaan voi olla eroja, samoin kiinnostuksessa palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Yksittäisen hoitajan mielipiteitä tai esille tuomia asioita ei pysty materiaalista jäljittämään jälkikäteen.

#### 6.4 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista Itä-uudenmaan hyvinvointialueen sairaalapalvelujen osasto 4:n (entisen Sipoon akuutti- ja kuntoutusosaston) hoitohenkilökunnan mielestä on hyvä saattohoito, miten henkilökunnan kokemuksen mukaan hyvä saattohoito toteutuu kyseisellä osastolla, ja millaiseksi henkilökunta kokee osaamisensa saattohoidossa, ja mistä aiheista saattohoitoon liittyen he kaipaisivat lisää koulutusta.

Monet näkemykset toistuivat useissa vastauksissa, ja etenkin potilas- ja omaislähtöisyys, yksilöllinen hoitotyö, rauhallinen ympäristö ja hoitajan läsnäolo korostuivat hyvän saattohoidon kuvauksissa. Hoitajalta vaaditaan rohkeutta, tietotaitoa sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. Kiirettä ei saisi näyttää potilaille ja omaisille, ja kiireestä huolimatta ajan antaminen on tärkeää.

Osastolla monista syistä johtuen saattohoito ei aina onnistu oppikirjan mukaan parhaalla mahdollisella tavalla. Laadun vaihtelevuuteen vaikuttaa kiire ja resurssien vähyyys, mutta toisaalta hoitajien riittämätön osaaminen hankaloittaa hyvän saattohoidon toteutusta myös. Hoidon jatkuvuus on uhattuna ajoittain, ja syynä voi olla esimerkiksi ammattilaisten keskinäisen kommunikaation puutteet.

Kokemus tuo varmuutta saattohoidon osaamisessa. Kuitenkin myös kokeneet hoitajat voivat tuntea epävarmuutta saattohoitotilanteissa, ja vuorovaikutus potilaiden ja omaisten kanssa voi olla haastavaa toisinaan kenelle vain. Vaikka henkilökunnan osaamisen



koettiin olevan vaihtelevan tasoista, kukaan ei henkilökohtaisesti tuonut esiin puutteita omassa osaamisessaan. Koulutusmyönteisyys korostui vastauksissa, osaamista haluttiin päivittää nykypäivän standardeja vastaavaksi. Lisäksi sellaisia ohjeita, jotka yhteinäistäisivät saattohoidon laatua, toivottiin osastolle.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön johtopäätöksinä voidaan todeta:

- 1) Hoitajalta vaaditaan rohkeutta, tietotaitoa, hyviä vuorovaikutustaitoja ja kiireetöntä läsnäoloa hyvän saattohoidon toteuttamiseen
- 2) Hyvä saattohoito ei aina toteudu, syinä voivat olla kiire, resurssien puute ja ongelmat hoidon jatkuvuudessa
- 3) Kokemus tuo varmuutta saattohoitotyöhön, koulutusmyönteisyys auttaa osaamisen ylläpitämisessä ja kehittämisessä

## 6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Haastavan henkilökuntatilanteen takia kehittämistyön implementointi osastolla jäi vajaksi, joten olisi mielenkiintoista ja tarpeellistakin tutkia, miten hyödylliseksi saattohoito-ohjeistus koettiin arjen hoitotyössä. Koettiinko se henkilökunnan keskuudessa tarpeelliseksi, ja auttoiko se saattohoitotyön toteuttamisessa. Puuttuiko ohjeistuksesta jotain, joka olisi koettu tarpeelliseksi, tai oliko jotain turhaa?

Toinen jatkotutkimusehdotus liittyy saattohoidon laatuun. Tutkimuskysymyksistä toinen, millaiseksi koet saattohoidon laadun osastolla? olisi mielestäni mielenkiintoista esittää henkilökunnalle uudelleen sen jälkeen, kun saattohoito-ohjeistus on ollut jonkin aikaa käytössä. Olisi kiinnostavaa selvittää, koetaanko saattohoidon laatu osastolla edelleen samanlaiseksi, kuin syksyllä 2022. Onko saattohoidon laadussa henkilökunnan kokemana tapahtunut muutosta johonkin suuntaan sen jälkeen, kun vuoden 2023 alussa osasto siirtyi Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen alaisuuteen, ja siitä tuli sairaalaosasto 4. Lisäksi henkilökunnassa on ollut vaihtuvuutta, onko sillä ollut vaikutusta saattohoidon laatuun?

## Lähteet

Aalto, Lea & Rajala, Kaisa 2011. Ohje jatkuvan ihonalaisen lääkeannostelijan (ns. kipupumppu) käyttöön perusterveydenhuollon vuodeosastoja varten.

<[https://bin.yhdistysavain.fi/1573258/iLyHJLh2QEIBRQ9J6wiQ0UnCAA/Lääkeannostelija-ohje+2.2.2012\\_21319.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1573258/iLyHJLh2QEIBRQ9J6wiQ0UnCAA/Lääkeannostelija-ohje+2.2.2012_21319.pdf)> Viitattu 22.4.2023

Achora, Susan & Labrague, Leodoro Jabien 2019. An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care – Implications for Practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 21(1):p29-37.

<[https://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2019/02000/An\\_Integrative\\_Review\\_on\\_Knowledge\\_and\\_Attitudes.7.aspx](https://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2019/02000/An_Integrative_Review_on_Knowledge_and_Attitudes.7.aspx)> Viitattu 14.4.2023

Ahtiluoto, Satu & Ollila, Marja & Vanhanen, Aija 2018. Kotisairaala: Siirtyminen kotisaattohoidosta tukisairaalaan. Teoksessa Pöyhiä, Reino & Güldogan, Eeva & Vanhanen Aija 2018. Duodecim. E-kirja.

<[https://www.oppiportti.fi/op/kts00023/do?p\\_haku=saattohoito#q=saattohoito](https://www.oppiportti.fi/op/kts00023/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito)> Viitattu 25.4.2022

Alshammari, Fares & Sim., Jenny & Lapkin, Samuel & Stephens, Moira 2022. Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Education in Practice* 2022, Vol 59.

<<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103294>> Viitattu 1.2.2023

Anttonen, Mirja-Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa – Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö.

<<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Viitattu 28.5.2022

Arantzamendi, Maria & Addington-Hall, Julia & Saracibar, Maribel & Richardson, Alison 2012. Spanish nurses' preparedness to care for hospitalized terminally ill patients and their daily approach to caring. *International Journal of Palliative Nursing* 2012, Vol 18, No 12. <<https://web-s-ebSCOhost-com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=7461899c-f67c-4ae1-b8dd-3d88f4c76053%40redis>> Viitattu 20.11.2022

Arene 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ry. <[https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN OPINNÄYTETÖIDEN EETTISET SUOSITUKSET 2020.pdf?\\_t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN_OPINNÄYTETÖIDEN_EETTISET_SUOSITUKSET_2020.pdf?_t=1578480382)> Viitattu 18.5.2023

Carvajal, Ana & Haraldsdottir, Erna & Kroll, Thilo & McCormack, Brendan & Errasti-Ibarrondo, Begona & Larkin, Philip 2019. Barriers and facilitators perceived by registered nurses to providing person-centered care at the end of life. A scoping review. *International Practice Development Journal*, Vol. 9 (2) 2019. <<https://eresearch.qmu.ac.uk/bitstream/handle/20.500.12289/10210/10210.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Viitattu 1.2.2023

Clark, David & Centeno Carlos & Clelland, David & Garralda, Eduardo & López-Fidalgo, Jesús & Downing, Julia & Varghese, Cherian & Connor, Stephen 2020. How are palliative care services developing worldwide to address the unmet need for care? Teoksessa Connor, Stephen (toim.) 2020. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WPCA Worldwide Palliative Alliance. <<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>> Viitattu 12.2.2022

Clarke, Ellen B. & Curtis, J. Randall & Luce, John M. & Levy, Mitchell & Danis, Marion & Nelson, Judith & Solomon, Mildred Z. 2003. Quality indicators for end-of-life-care in the intensive care unit. *Critical care medicine* 2003, Vol. 31, No. 9, 2255-2262.

Connor, Stephen & Morris, Claire & Brennen, Frank 2020. Introduction. Teoksessa Connor, Stephen (toim.) 2020. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WPCA Worldwide Palliative Alliance. <<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>> Viitattu 12.2.2022

Corcoran, Karen 2016. Evaluation of an Educational Workshop to Increase Comfort Levels of Professional Caregivers with End-of-Life Care. *Medsurg Nursing*. Vol. 25, Iss. 2, Mar/Apr 2016: 103-109. <<https://www.proquest.com/docview/1783549623/fulltextPDF/8F4EFF4E003D48FFPQ/1?accountid=11363>> Viitattu 1.3.2023

Duodecim 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#R3>> Viitattu 21.4.2023

Elo, Satu & Kajula, Outi & Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 2022, 34 (4), 215-225

Erikson, Alyssa & Puntillo, Kathleen & McAdam, Jennifer 2019. Family members' opinions about bereavement care after cardiac intensive care unit patients' deaths. *Nursing in critical care* 2019;24:209-221. <<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.metropolia.fi/doi/epdf/10.1111/nicc.12439>> Viitattu 27.4.2023

Ervik, Bente & Brøndbo, Birgit & Johansen, May-Lill 2021. Adapting and Going the Extra Mile – A Qualitative Study of Palliative Care in Rural Northern Norway From the Perspective of Healthcare Providers. *Cancer Nursing*, Vol. 44, No. 4, 2021. <<https://oce-ovid-com.ezproxy.metropolia.fi/article/00002820-202107000-00017/HTML>> Viitattu 12.2.2023

Ferguson, Rita 2018. Ways of Knowing and Caring Used by Nurses in Community Hospice Agencies. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. February 2018, Vol. 20(1), p. 74-80. <<https://oce-ovid-com.ezproxy.metropolia.fi/article/00129191-201802000-00013/HTML>> Viitattu 5.4.2023

Finne-Soveri, Harriet & Forsius, Pirita & Hökkä, Minna & Maula, Sanna & Surakka, Tiina & Hammar, Teija 2022. Laatuksikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Ohjaus 6/2022. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN\\_ISBN\\_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN_ISBN_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 9.12.2022

García-Salvador, Isidro & Chisbert-Alapont, Encarna & Antonaya Campos, Amparo & Casana Mohedo, Jorge & Hurtado Navarro, Clara & Fernández Peris, Silvia & Bonías López, José & De la Rica Esquin, Maria Luisa 2021. Design and Validation of the IN-CUE Questionnaire: Assessment of Primary Healthcare Nurses' Basic Training Needs in Palliative Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18, 10995. <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/20/10995>> Viitattu 19.2.2023

Haavisto, Elina & Soikkeli-Jalonen, Anu & Tonteri, Mia & Hupli, Maija 2020. Nurses' required end-of-life care competence in health centres inpatient ward – a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2021;35: 577-585. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12874>> Viitattu 30.9.2022

Hahne, Pia & Lundström, Staffan & Leveälähti, Helena & Winnhed, Janet & Öhlén, Joakim 2017. Changes in professionals' beliefs following a palliative care implementation programme at a surgical department: a qualitative evaluation. *BMC Palliative Care*. 2017, 16:77. <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0262-4>> Viitattu 8.4.2023

Harden, Karen & Price, Deborah & Duffy, Elizabeth & Galunas, Laura & Rodgers, Cheryl 2017. Palliative Care – Improving nursing knowledge, attitudes and behaviors. *Clinical journal of oncology nursing*. Vol. 21, No. 5, 2017. <<https://web-p-ebscobhost-com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=89767b40-5334-47ad-ba68-390efa889e66%40redis>> Viitattu 2.3.2023

Heikkinen, Hannu & Rovio, Esa & Syrjälä, Leena (toim.) 2010. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Kansanvalistusseura.

Heiskanen, Tarja 2018a. Kipu ja sen hoitoperiaatteet. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Heiskanen, Tarja 2018b. Opioidit. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Hillilä, Markku 2018. Ummetus. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Hänninen, Juha 2015a. Oireiden arviointi. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2015. Palliativinen hoito. Duodecim: Helsinki.

Hänninen, Juha 2015b. Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä? Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juho & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim: Helsinki.

Hänninen, Juha 2018a. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Hänninen, Juha 2018b. Oireiden arviointi saattohoidossa. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Hökkä, Minna & Melender, Hanna-Leena & Lehto, Juho & Kaakinen, Pirjo 2021. Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. *Journal of Palliative Medicine* 24 (10), 1516-1524.

<[https://devmoodle.kamit.fi/pluginfile.php/202519/mod\\_page/content/20/Hökkä2021\\_J\\_Pal\\_MedJULKAISU.pdf](https://devmoodle.kamit.fi/pluginfile.php/202519/mod_page/content/20/Hökkä2021_J_Pal_MedJULKAISU.pdf)> Viitattu 13.4.2022

Hökkä, Minna & Martins Pereira, Sandra & Pölkki, Tarja & Kyngäs, Helvi & Hernández-Marrero, Pablo 2020. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* 2020 Vol. 34(7) 851-870.

Innokylä. Learning café. <<https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>> Luettu 21.3.2022

Jors, Karin & Seibel, Katharina & Bardenheuer, Hubert & Buchheidt, Dieter & Mayer-Steinacker, Regine & Viehrig, Marn & Xander, Carola & Becker, Gerhild 2015. Education in End-of-Life Care: What Do Experienced Professionals Find Important? *Journal of Cancer Education* (2016) Vol.31 (2) 272-278.

<<https://www.proquest.com/docview/1781098995?accountid=11363>> Viitattu 6.2.2023

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. *Sano-ma Pro Oy*. Helsinki.

Khalil, Hanan & Byrne, Anny & Ristevski, Eli 2019. The development and implementation of a clinical skills matrix to plan and monitor palliative care nurses' skills. *Collegian* 26(2019), 634-639. <<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.05.002>> Viitattu 4.4.2023

Keiski, Riitta & Hämäläinen, Kari & Karhunen, Matti & Löfström, Erika & Näreaho, Susanna & Varantola, Krista & Spoof, Sanna-Kaisa & Tarkiainen, Terhi & Kaila, Eero & Aittasalo, Minna (toim.). 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki.

<[https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)> Viitattu 4.4.2023

Lehto, Juho & Marjamäki, Elisa & Saarto, Tiina 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 2019;135:335-342. <<https://www-terveysportti-fi.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo14788.pdf>> Viitattu 26.4.2023

Lehto, Juho & Pöyhiä, Reino 2018. Hengitystie-eritteet. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. *Duodecim*: Helsinki.

Lesonen, Mervi 2019. Hoitajien kuvauksia saattohoidosta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

<[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21962/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20191389.pdf;jsessionid=07B563531F4B48742B0B456983F7E232?sequence=1](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21962/urn_nbn_fi_uef-20191389.pdf;jsessionid=07B563531F4B48742B0B456983F7E232?sequence=1)> Viitattu 28.8.2022

Martin, Elisha & Barkley, Thomas W. 2016. Improving cultural competence in end-of-life pain management. *Nursing*. 2016. Vol. 46(1).

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26626723/>> Viitattu 27.4.2023

Martinez-Sabater, Antonio & Chover-Sierra, Pilar & Chover-Sierra, Elena 2021. Spanish Nurses' Knowledge about Palliative Care. A National Online Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18(21), 11227.

<<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11227>> Viitattu 19.1.2023

Martins Pereira, Sandra & Hernández-Marrero, Pablo & Pasman, H. Roeline & Capelas, Manuel Luís & Larkin, Philip & Francke, Anneke L. 2021. Nursing education on

palliative care across Europe: Results and Recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine* 2021, Vol. 35(1) 130-141. <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216320956817>> Viitattu 25.3.2023

Murray, Scott & Firth, Adam & Schneider, Nils & Van den Eynden, Bart & Gomez-Batiste, Xavier & Brogaard, Trine & Villanueva, Tiago & Abela, Jurgen & Eychmuller, Steffen & Mitchell, Geoffrey Keith & Downing, Julia & Sallnow, Libby & van Rijswijk, Eric & Barnard, Alan & Lynch, Marie & Fogen, Frederic & Moine, Sébastien 2015. Promoting Palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliative Medicine* 2015 Vol. 29(2) 101-111.

Ojasalo, Katri & Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2015. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Olsson, Cecilia & Sandsdalen, Tuva & Wilde-Larsson, Bodil & Eriksson, Eva & Rognsvåg, Mikaela & Larsson, Maria 2021. Healthcare professionals' perceptions of palliative care quality in a combined acute oncology-palliative care unit: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research* 2021, Vol. 41 (3), 121-130.

Parajuli, Jyotsana & Hupcey, Judith. E. & Kitko, Lisa & Birriel, Barbara 2021. Palliative Care. Oncology nurses' confidence in provision to patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing* Vol. 25, No. 4, 2021. <<https://doi.org/10.1188/21.CJON.449-455>> Viitattu 1.2.2023

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki.

Pesut, Barbara & Greig, Madeleine 2018. Resources for Education, Training and Mentoring Nurses and Unregulated Nursing Care Providers in Palliative Care: A Review and Expert Consultation. *Journal of Palliative Medicine* Vol 21, Number S1, 2018. <<https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2017.0395>> Viitattu 19.11.2022

Price, Deborah & Strodtman, Linda & Montagnini, Marcos & Smith, Heather & Miller, Jillian & Zybert, Jennifer & Oldfield, Justin & Policht, Tyler & Ghosh, Bidisha 2017. Pal-



liative and End-of-Life Care Education Needs of Nurses Across Inpatient Care Settings. The Journal of Continuing Education in Nursing Vol 48, No 7, 2017.  
<<https://www.proquest.com/docview/1933762718/fulltextPDF/86FCEFC6C845A4PQ/1?accountid=11363>> Viitattu 14.1.2023

Pohjola, Pasi & Aalto-Kallio, Mervi & Englund, Kristel & Heikkinen, Hanne & Koivisto, Juha & Korhonen, Satu & Lyytikäinen, Merja & Peränen Niina & Pitkänen Niina & Virtanen Kati 2014. Kohti avointa kehittämistä – matkaoppaana Innokylä! THL.  
<[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120379/THL\\_OPA\\_38\\_2014\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120379/THL_OPA_38_2014_verkko.pdf?sequence=1)> Viitattu 12.10.2022

Pöyhiä, Reino 2018. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Rahko, Eeva & Koskela, Ritva 2018. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Rahko, Eeva & Rajala, Kaisa 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Duodecim 2020 vol. 136 no.7 s- 768-774. <<https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo15685.pdf>> Viitattu 28.5.2022

Rosa, William 2018. Integrating Palliative Care Into Global Health Initiatives. Journal of Hospice & Palliative Nursing. April 2018, Vol. 20 (2) p. 195-200. <<https://oce-ovid-com.ezproxy.metropolia.fi/article/00129191-201804000-00016/HTML>> Viitattu 8.4.2023

Saarto, Tiina & Hänninen, Juho & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim: Helsinki.

Saarto, Tiina 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Saarto, Tiina & Finne-Soveri, Harriet ja asiantuntijatyöryhmät 2019a. Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa – Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja

saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14.

<[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidonjasaattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 12.2.2022

Saarto, Tiina & Finne-Soveri, Harriet ja asiantuntijatyöryhmät. 2019b. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja teveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:68. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>> Viitattu 19.3.2022

Saarto, Tiina & Lyytikäinen, Matti & Ahtiluoto, Satu & Juntila, Kristiina & Lehto, Juho & Finne-Soveri, Harriet & Hammar, Teija & Forsius, Pirita 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>> Viitattu 5.3.2022

Salin, Sirpa & Melender, Hanna-Leena & Lehto, Juho & Hökkä, Minna 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämisen ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. Vol 58 Nro 2. s.143-157 <<https://doi.org/10.23990/sa.94374>> Viitattu 16.2.2022

Salonen, Kari & Eloranta, Sini & Hautala, Tiina & Kinos, Sirppa 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Sarivaara, Sofia & Lämsä, Riikka & Seppälä, Ullamaija 2018. Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. Gerontologia 32(1), 2018. <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/67817/30961>> Viitattu 24.4.2023

Saukkonen, Marita & Viitala, Anu & Lehto, Juho & Åstedt-Kurki, Päivi 2016. Syöpäpotilaan ja hänen läheistensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 2017, 29 (3), 195-206.

Sekse, Ragnhild Johanne Tveit & Hunskår, Irene & Ellingsen, Sidsel 2017. The nurse`s role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. Journal of Clinical Nursing 2018

Jan;27(1-2):e21-e38. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13912>>  
Viitattu 28.5.2022

Suikkala, Arja & Tohmola, Anniina & Rahko, Eeva K., Hökkä, Minna 2021. Future palliative competence needs – a qualitative study of physicians' and registered nurses' views. BMC Medical Education (2021) 21:585.  
<<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-021-02949-5.pdf>>  
Viitattu 29.8.2022

Suojanen, Ulla 2004. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä.  
<<https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>> Viitattu 15.2.2022

Terveystieteiden laitos 1326/2010. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>>  
Viitattu 18.1.2023

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press.  
<[https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 10.3.2022.

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

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

Warden, Victoria & Hurley, Ann C. & Volicer, Ladislav 2003. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine 2003, Vol. 4 (1): 9-15.  
<[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(04\)70258-3/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(04)70258-3/fulltext)> Viitattu: 21.4.2023

Wilson, Olivia & Avalos, Gloria & Dowling, Maura 2016. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. British Journal of Nursing, 2016, Vol. 25, No. 11. <<https://web-p-ebsochost->

com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=97847ad5-2a66-4430-a07e-defd6890804e%40redis> Viitattu 25.3.2023

## Tiedonhakukaavio

Taulukko 13. Tiedonhakukaavio.

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset	Tulosten lukumäärä	Valittujen tutkimusten lukumäärä
Cinahl	"end of life care" OR "palliative care" OR "terminally ill" AND nurse AND knowledge OR competenc* AND development NOT child* OR student OR emergency OR "nursing home"	Peer reviewed 2012-2023 julkaistut	226	21
Pubmed	Mesh asiasanahaku palliative care AND clinical competence AND nurses	Peer reviewed 2012-2023 julkaistut	40	4
Medic	"palliative care" OR "end of life care"	Peer reviewed 2012-2023 julkaistut englannin- tai suomenkieliset	191	6

## Saattohoito-ohjeistus



# SAATTOHOITO- OHJEISTUS

SIPOON SAIRAALAOs. 4

# Sisällys

Oireiden systemaattinen arviointi -----	3
Kivun arviointi -----	4
Oirehoito-ohjeistus -----	5
• Kivun hoito -----	5
• Lääkkeettömät kivunhoitokeinot --	5
• Ummetus -----	6
• Suunhoito -----	6
• Hengenahdistus -----	6
• Rohina -----	6
• Pahoinvointi ja ruokahaluttomuus -	6
Ahdistus, masennus ja psykososiaalinen tukeminen -----	7
Omaisten huomiointi -----	8
Saattohoidettava eri kulttuuritaustasta -	9
Ennakoiva hoitosuunnitelma -----	10
Palliatiivinen sedaatio -----	11
Lähestyvän kuoleman merkit -----	12
Kuoleman jälkeen-----	12

# Oireiden systemaattinen arviointi

3

- Osa oireista ja tuen tarpeista jää huomioimatta, ellei oireita arvioida säännöllisesti
- Vasteen arvioimiseksi on hyvä uusaa oireiden arviointi annetun hoidon jälkeen (esim. kipulääkkeen antamisen jälkeen)
- Hoidon vasteen seuraaminen ja hyvä kirjaaminen on osa laadukasta hoitoa
- Esimerkiksi alla olevan ESAS-lomakkeen (Edmonton Symptom Assessment Scale) avulla oireita voidaan arvioida systemaattisesti

Päivämäärä: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_ Syntymäaika \_\_\_\_\_

Ohessa on lueteltuna syöpäpotilaiden 10 tavallisimmin esiintyvää oiretta. Arvioika kohdallanne oireen voimakkuus asteikolla 0–10 (0 tarkoittaa, että teillä ei esiinny kyseistä oiretta laikaan, ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista haittaa). Jos listasta puuttuu jokin teitä haittaava oire, voitte lisätä sen listaan ja arvioida myös sen haittaavuuden asteikolla 0–10.

	ei lainkaan					pahin mahdollinen						
<b>kipu levossa</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>kipu liikkeessä</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>väsytys</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>pahoinvointi</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>masennus</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>ahdistuneisuus</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>uneliaisuus</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>ruokahaluttomuus</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>hengenahdistus</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>ummetus</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>muu oire, mikä?</b> _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>muu oire, mikä?</b> _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Millaiseksi koette vointinne kokonaisuudessaan?</b>												
0 = paras mahdollinen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = heikoin mahdollinen

**Lähteet:** Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim: Helsinki.  
Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>  
Clarke, E., Curtis, J., Luce, J., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., Solomon, M. 2003. Quality indicators for end-of-life-care in the intensive care unit. Critical care medicine 2003, Vol. 31, No. 9, 2255-2262.



# Kivun arviointi

4

- Kivun arvioimiseksi on olemassa useita eri mittareita (esim. VAS-kipujana tai NRS numeerinen taulukko 0-10)
- Esim. Painad-mittaria voidaan käyttää, jos potilas ei enää itse pysty kertomaan kivustaan
- Kivun arviointi on tärkeää etenkin, jos potilas ei enää itse pysty kertomaan kivustaan
- Tarvittavaa kipulääkettä annettava tarpeeksi usein
- Lääkkeenannon jälkeen vaikutusta arvioitava; jos ei auttanut, annetaan lisää/jotain muuta lääkettä, mikäli on muita vaihtoehtoja
- Kivun arviointi auttaa oikean annostuksen löytämisessä ja hättävaiikutusten vähentämisessä

**Pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointi (PAINAD)**

Osiot	0	1	2	Pisteet
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Ajoittainen työläs hengitys tai lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Äänekäs tai työläs hengitys, pitkiä hyperventilaatiojaksoja tai Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys	
Aantely	Ei aantelyä tai tyytyväinen aantely	Ajoittainen valitus tai vamea negatiivis-sävytteinen puhe	Toistuva huutelu, äänekäs valittaminen tai itkeminen	
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas tai huolestunut	Irvistys	
Kehonkieli	Rentoutunut	Kireä, jännittynyt tai levotonta liikehdintää	Jäykkyyks, kasien nyrkistely, polvien ylös vetäminen, välttely tai estely, tarttuminen, lyöminen tai potkiminen jne.	
Lohdutettavuus	Ei tarvitse lohdutella	Kosketuksen tai puhuttelun seurauksena poikkeava käytös keskeytyy ja potilas rauhoittuu	Koskettelulla tai puhuttelulla ei vaikutusta poikkeavaan toimintaan, eikä potilasta saada rauhoittumaan	
<b>YHTEENSÄ</b>				

- Kokonaispisteet ovat välillä 0 – 10 (asteikolla, jossa viidestä osiosta tulee 0 – 2 pistettä)
- Korkeampi pistemäärä ilmaisee kovempaa kipua (0=’ei kipua’ ja 10=’kova kipu’)
- Kokonaispistemäärä 2 tai yli ilmaisee kipua ja edellyttää toimenpiteitä.

Huom. Muista kirjata pisteyttämäsi kipu ja sen hallinta seuraavan sivun taulukkoon

Alkuperäislähde: Warden, V, Hurley AC, Volicer, V. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. J Am Med Dir Assoc, 4:9-15. Developed at the New England Geriatric Research Education & Clinical Center, Bedford VAMC, MA.

Lähteet: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.) 2017. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Duodecim 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#R3>

# Oirehoito-ohjeistus

THL:n Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa listaa laatukriteerit palliatiiviselle ja saattohoidolle. Laatukriteeri 10: Yksiköissä on oltava osaamista tavallisten kuolemaan liittyvien oireiden hoitoon, joita ovat: Kipu, kuiva suu ja iho, hengenahdistus, rohina, oksentelu, ummetus, (vähäinen) verenvuoto, masennus ja ahdistuneisuus.

## Kivunhoito

- Kipulääkkeet ensisijaisesti suun tai ihon kautta
- Tarvittavaa nopeavaikutteista kipulääkettä annetaan tarpeen mukaan (kivun arviointi)
- Tarvittavan lääkkeen annon jälkeen vaikutusta arvioidaan
- Haittavaikutuksien ilmenemistä, kuten opioidien aiheuttamaa ummetusta seurataan ja tarvittaessa hoidetaan
- Kun suun kautta ei voida enää antaa lääkkeitä, valitaan muut antotavat esim. pistokset ihon alle (s.c)

## Lääkkeettömät kivunhoitokeinot

- Kaiken lähtökohta hyvä perushoito!
- Asennonvaihdosta huolehtiminen riittävän usein
- Kylmäpussit -geelit, lämpöpussit
- Ajatukset pois kivusta voi saada myös esim. mielimusiikilla tms.
- Myös fysioterapia voi auttaa kipuun, esim. liikeharjoitukset tai hieronta

Kipupumppu eli jatkuva lääkeinfuusio aloitetaan tarpeen mukaan lääkärin määräyksestä, kun kipulääkitys suun kautta ei riitä, sen vaikutus ei enää ole riittävän tasainen tai potilas ei enää pysty ottamaan lääkkeitä suun kautta.

Läpilyöntikipuun voi antaa lisäannoksen (bolus). Boluksen voi antaa hoitaja tai potilas itse tai hänen omaisensa, mikäli heidät on ohjattu pumpun käyttöön ja he osaavat arvioida lisäkipulääkkeen tarpeen.

**Lähteet:** Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.) 2017. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Aalto, L., Rajala, K. 2011. Ohje jatkuvan ihonalaisen lääkännostelijan (ns. kipupumppu) käyttöön perusterveydenhuollon vuodeosastoja varten. [https://bin.yhdistysavain.fi/1573258/iLyHJLh2QEIBRQ9J6wiQ0UnCAA/Lääkeannostelija-ohje+2.2.2012\\_21319.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1573258/iLyHJLh2QEIBRQ9J6wiQ0UnCAA/Lääkeannostelija-ohje+2.2.2012_21319.pdf)

Rahko, E., Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Duodecim 2020 vol. 136 no.7 s- 768-774. Saatavilla: <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo15685.pdf>

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T., Hammar, T. 2022. Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Ohjaus 6/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN\\_ISBN\\_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN_ISBN_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Ummetus

6

- Riittävä nesteen saanti p.o, jos pystyy ottamaan (suonensisäisestä nesteytyksestä ei hyötyä)
- Tarvittaessa laksatiivit, peräruiskeet tai -puikot
- Kuituvalmisteet (esim. Vi-Siblin) voivat aiheuttaa suolitukoksen, jos niiden kanssa ei nautita nesteitä tarpeeksi, joten niitä vältetään saattohoidossa

## Suunhoito

- Hyvät ja asianmukaiset välineet (tarvittaessa esim. suun aukkipitäjä)
- Tehtävä useita kertoja vuorossa, sillä saattohoidossa olevat potilaat usein hengittävät suun kautta, jolloin suu kuivuu. Kostutus esim. keinosyljellä, kostutussuihkeilla ja/tai kostutustikuilla. Huulirasvaa hyvä käyttää myös.
- Hammasproteesit voi olla hyvä pitää pois suusta, jos potilas ei enää syö kiinteää ruokaa, koska voivat painaa ja tuntua ikäviltä
- Sammas tulisi hoitaa

## Hengenahdistus

- Happilisästä ei välttämättä enää hyötyä
- Tärkeämpää huolehtia, että huoneessa raikas ilma (esim. ikkunan avaaminen, tuuletin)
- Tarvittaessa lääkitys hengenahdistukseen (esim. opioidit)

## Rohina

- Yleinen oire kuoleman lähestyessä
- Ei tutkimusnäyttöä hoidon tehosta
- Asennon vaihto tärkeää, mielellään kylkiasento
- Tarvittaessa liman imeminen (vain suusta, ei syvemmältä!)
- Muistettava, että tuntuu potilaasta epämiellyttävältä
- Tarvittaessa lääkitys (esim. Glykopyrroni eli Robinul)

## Pahoinvointi ja ruokahaluttomuus

- Rasvaiset, mausteiset, voimakkaan tuoksuiset ruoat voivat pahentaa pahoinvointia
- Pahoinvointia hoidettaessa täytyy tietää syy! (esim. ummetus, suoliston vetovaikeus, henkinen ahdistus)
- Parenteraalinen ravitsemus ja nesteytys ei hyödytä, vaan kuormittaa elimistöä ja voi aiheuttaa turvotuksia tai hengenahdistusta

Lähteet: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.) 2017. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Duodecim 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#R3>

Rahko, E., Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Duodecim 2020 vol. 136 no.7 s- 768-774. <https://www-duodecimlehti.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo15685.pdf>

Lehto, J., Marjamäki, E., Saarto, T. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 2019;135:335-342. <https://www-terveysportti.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo14788.pdf>

## Ahdistus, masennus ja psykososiaalinen tukeminen

- Kaikki ohjaus sekä potilaalle että omaisille selkeällä, sensitiivisellä ja kiireettömällä otteella, rauhallisessa ja sopivassa tilassa
- Hoitajalla tulee olla herkkyyttä, empatiakykyä sekä taitoa kuunnella potilasta ja omaista
- Edetään potilaan ehdoilla
- Aina ei tarvita ulkopuolista keskusteluapua, vaan jokaisella hoitajalla tulisi olla valmius kuunnella ja keskustella hoidettavan ja omaisten kanssa myös vaikeista asioista ja tunteista. On muistettava, että on edettävä potilaan ehdoilla, sillä muuten avoimen keskusteluyhteyden luominen on hankalaa tai se ei onnistu lainkaan.
- Eksistentiaalinen kärsimys kuoleman läheisyydessä johtuu mm. luopumisen tunteista. Kuoleva joutuu luopumaan fyysisestä hyvinvoinnista, ehjästä ruumiinkuvasta, seksuaalisuudesta, riippumattomuudesta, ihmissuhteistaan ja eri rooleistaan niissä, turvallisuudesta sekä elämän odotuksista. Lisäksi epävarmuutta ja ahdistusta voivat lisätä pelot siitä, mitä kuolinhetkellä tapahtuu ja mitä on kuoleman jälkeen
- Lääkärin määräämät jatkuvat tai tarvittavat ahdistuslääkkeet, esim. Loratsepaami. Vaikutusta seurattava ja kirjattava potilastietoihin
- Ahdistuksen lääkehoidossa auttaa kipupumppu, johon voidaan kipulääkkeen lisäksi lisätä esimerkiksi Loratsepaamia. Jatkuvana infuusiona annettava lääkitys pitää annostelun tasaisena koko ajan, mikä on suuri hyöty suun kautta otettaviin lääkkeisiin nähden
- Käytännön apua järjestetään tarpeen mukaan (esim. hyvinvointialueen sosiaalityöntekijä), samoin keskusteluapua. Seurakunnan työntekijä tai pappi voi tulla osastolle potilaan ja/tai omaisten kanssa keskustelemaan heidän toiveestaan, eikä ole välttämätöntä olla seurakunnan jäsen

**Lähteet:** Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.) 2017. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Duodecim 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#R3>

Clarke, E., Curtis, J., Luce, J., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., Solomon, M. 2003. Quality indicators for end-of-life-care in the intensive care unit. *Critical care medicine* 2003, Vol. 31, No. 9, 2255-2262.

## Omaisten huomiointi



8

- Annetaan aikaa omaisille
- Selitetään tarpeen mukaan saattohoidon ja elämän loppuvaiheen kulkua ja siihen kuuluvia vaiheita. Kerrotaan potilaan tilasta ja hoidon tavoitteista ja tarvittaessa toistetaan, jos vaikuttaa, etteivät omaiset ole sisäistäneet asiaa
- Omaiset on hyvä valmistella kuoleman prosessiin jo etukäteen, mikäli mahdollista
- Jos on tarvetta, järjestetään ulkopuolista keskustelu- tai muuta apua (esim. sosiaalityöntekijä, seurakunta)
- Mahdollistetaan omaisten läsnäolo osastolla (mm. vapaat vierailuajat, yöpymismahdollisuus)
- Mahdollisuuksien mukaan järjestetään potilaalle yhden hengen huone ja taataan yksityisyys ja rauhallinen ympäristö potilaalle sekä omaisille
  
- Muistettava, että omainen ei ole saattohoidettavasta hoitovastuussa osastolla
- Potilashuoneessa käytävä usein, vaikka omaisia olisi vierailulla
- Hoitotoimenpiteitä ei jätetä tekemättä siksi, että paikalla omaisia! Esimerkiksi hygieniatoimenpiteiden ajaksi voi pyytää omaisia odottamaan hetken käytävällä
- On tärkeää selvittää, milloin omaiset toivovat yhteydenottoa osastolta sekä kirjata se selkeästi potilastietoihin
- On selvitettävä, haluavatko omaiset olla paikalla kuolinhetkellä, toivovatko he soittoa pienemmistäkin voinnin muutoksista ja myös yöllä
- Toiveet esimerkiksi kuoleman jälkeen puettavista vaatteista tai riisutaanko vai jätetäänkö esimerkiksi vihkisormus tai muita koruja on hyvä varmistaa potilaalta tai omaisilta etukäteen sopivalla hetkellä

Lähteet:

[Clarke, E., Curtis, J., Luce, J., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., Solomon, M. 2003. Quality indicators for end-of-life-care in the intensive care unit. \*Critical care medicine\* 2003, Vol. 31, No. 9, 2255-2262.](#)

[Rahko, E., Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. \*Duodecim\* 2020 vol. 136 no.7 s- 768-774. <https://www.duodecimlehti.fi/ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo15685.pdf>](https://www.duodecimlehti.fi/ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo15685.pdf)

## Saattohoidettava eri kulttuuritaustasta

- Tuetaan ja mahdollistetaan potilaan ja omaisten omaan kulttuuriin liittyvät tavat, niin, ettei kuitenkaan muille osaston potilaille aiheudu haittaa/häiriötä
- Kaikista eri kulttuureista ei ole mahdollista eikä edes hyödyllistä hoitajan opiskella etukäteen, sillä potilaat tulee kohdata aina yksilöinä
- Samastakin kulttuuritaustasta tulevilla potilailla voi olla suuriakin eroja esimerkiksi kulttuuriin liittyvien tapojen noudattamisessa
- Tärkeintä on suhtautua potilaisiin ja omaisiin avoimesti, sekä kysellä ja ottaa selvää heidän tavoistaan ja toiveistaan elämän loppuvaiheessa
- Tarvittaessa tilataan tulkki joko paikan päälle tai puhelimen välityksellä (omaisten käyttö tulkkina ei ole suotavaa)



### Lähteet:

[Clarke, E., Curtis, J., Luce, J., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., Solomon, M. 2003. Quality indicators for end-of-life-care in the intensive care unit. Critical care medicine 2003, Vol. 31, No. 9, 2255-2262.](#)

[Martin, E., Barkley, T. 2016. Improving cultural competence in end-of-life pain management. Nursing, 2016, Vol. 46\(1\). Saatavilla: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26626723/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26626723/)

## Ennakoiva hoitosuunnitelma

- Tulisi olla valmiina palliatiivisilla potilailla, mutta voidaan tehdä myös osastolla
- Voidaan tehdä missä sairauden vaiheessa tahansa
- Kirjattuna potilasasiakirjoihin niin, että helposti löydettävissä
- Potilaan ja omaisten toiveita kunnioitetaan ja otetaan huomioon

### ENNAKOIVA HOITOSUUNNITELMA (HUS)

#### Jokaisella hoivan piirissä olevalla

- **Diagnoosi ja hoitolinjaus (Z 51.5)**
- **Hoitovastuuyksikkö ja mahdolliset muut hoitavat tahot**
- **Mahdollinen tukiosasto**

- **Hoidonrajaukset elvytyksen, tehohoidon ja hengityksen tuen suhteen**
- **Muut hoidon linjaukset kuten tutkimukset, toimenpiteet, suonensisäiset hoidot ja sairaalasiirrot**

- **Oirehoidon lääkehoitosuunnitelma, myös mahdollinen palliatiivinen sedaatio**
- **Mahdollisten akuuttitilanteiden ennakointi (esimerkiksi sydän- ja aivotapahtumat, akuutit infektiot) ja lääkehoitosuunnitelma**

#### Laajennettu:

- **Potilaan oma suhtautuminen vakavaan sairauteen ja ennusteeseen**
- **Toiveet ja pelot elämän loppuvaiheessa, muun muassa suunniteltu saattohoitopaikka**
- **Potilaan nimeämät läheiset**
- **Hoitotahto – sisältö tiivistetysti**

# Palliatiivinen sedaatio

Tarkoitus ei ole nopeuttaa kuolemaa, vaan alentaa tajunnantasoja lääkityksellä silloin, kun oireet ovat vaikeita asianmukaisesta lääkityksestä ja hoidosta huolimatta.

Syvä sedaatio ei ole tavoitteena, vaan päinvastoin se pidetään mahdollisimman kevyenä ja sitä voidaan jopa keventää joissakin tapauksissa. Useimmiten kuitenkin sedaatio jatkuu kuolemaan asti.

Syitä sedaation aloittamiselle voivat olla mm. hallitsematon delirium, vaikea hengenahdistus, psyykkinen ahdistuneisuus, kipu, oksentaminen

Hyvä perushoito on tärkeää myös sedatoiduilla potilailla!

Ravitsemushoidosta ei ole hyötyä

Omaisten kanssa on tärkeää keskustella sedaatiosta, kertoa mitä se tarkoittaa ja kuunnella heidän näkemyksiään.

Seurattava ja arvioitava sedaation riittävyttä tarpeeksi usein. Mitä enemmän pisteitä, sitä selkeämmin sedaatio on riittämätön.

Kasvojen ilmeet: neutraali (0 pistettä), kulmakarvojen liike, silmän ympäristön kiristyminen, kurttuotsaisuus (1 piste), kaikki edellä mainitut sekä tiukasti kiinni puristuneet silmät (2 p.)

Kehon liikkeet: Liikkumaton (0p.), hitaat ja suojaavat liikkeet, kipualueen tavoittelu, sopivan asennon etsiminen (1p.), levottomuus, istumaan pyrkiminen, raajojen liikuttelu, ei järkevää puhekontaktia (2p.)

Lihaskäntäytyminen (yläraajojen passiivisessa fleksiassa/ekstensiassa): Ei vastusta (0p.), kevyt vastustus (jännittynyt, jäykkä) (1p.), voimakas vastustus (2p.)

Hengittäminen: rauhallinen hengitys (0p.), yskä, hengitysvaikeudet (1p.), vaikeasti kiihtynyt hengitys tai ei hengitystä (2p.)

Ääntely: Ei äännele tai kykene yhteistyöhön (0p.), huokailee, valittaa (1p.), itkee, huutaa (2p.)

Lähteet: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.) 2017. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim: Helsinki.

Duodecim 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#R3>



# Lähestyvän kuoleman merkit

Alentunut tajunnantaso  
Väsytys, voimattomuus  
Enää pieniä määriä p.o esim. nesteitä, ei lääkkeitä  
Viileä periferia  
Hengityskatkokset  
Rohina

## Kuoleman jälkeen

Laatukriteeri 30: Saattohoito ei pääty potilaan kuollessa, ja läheisille tulee antaa kiireetön mahdollisuus potilaan hyvästelyyn. Tärkeä osa saattohoidon laatua on kiireettömyys

- Vainajan laitto arvokkaasti
- Lääkäri toteaa kuoleman (jos paikalla)
- Omaisille annetaan kirjallinen ohje kuoleman jälkeen toimimisesta (ohjetta päivitetään tarpeen mukaan)

Tukisoitto omaisille esim. 1-3 kk potilaan kuoleman jälkeen on monissa yksiköissä käytössä oleva toimintatapa. Potilaan menehtyessä kerrotaan, että osastolta soitetään tietyn ajan kuluttua, ja tarkistetaan, kelle omaiselle soitetään ja varmistetaan, että potilastiedoista löytyy oikea puhelinnumero. Omaiselle olisi hyvä soittaa sellaisen hoitajan, joka on ollut mukana potilasta hoidossa. Tärkeää olisi myös, että soitto pystytään tekemään omaisen äidinkielellä.