

Hanna Säkkinen, Irina Säkkinen

## Sairaanhoitajien saattohoitotyön

osaamisen kehittämisen tarpeet

Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla



Sairaanhoitaja (AMK)  
Sosiaali- ja terveysalan  
ammattikorkeakoulututkinto  
Kevät 2022



KAMK • University  
of Applied Sciences

## Tiivistelmä

**Tekijät:** Säkkinen Hanna & Säkkinen Irina

**Työn nimi:** Sairaanhoitajien saattohoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeet Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla

**Tutkintonimike:** Sairaanhoitaja (AMK), Sosiaali- ja terveysala

**Asiasanat:** saattohoito, sairaanhoitajan osaaminen, palliatiivinen hoitotyö

Sairaanhoitajien toteuttama saattohoitotyö on osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito on parantumattomaa, etenevää sairautta sairastavan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Saattohoito käsittää potilaan viimeiset elinviikot tai päivät. Saattohoitotyössä huomioidaan potilaan lisäksi myös potilaan läheiset. Saattohoitotyö ei keskity pelkästään fysiologisiin tarpeisiin, sillä merkittävä osa saattohoitotyöstä on potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalista tukemista. Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset ja sisällöt määrittelevät mitä jokaisen sairaanhoitajan tulee hallita saattohoitotyössä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Kuusamon kaupungin terveyskeskuksen akuuttiosasto. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa toimeksiantajalle tietoa sairaanhoitajien saattohoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeista. Opinnäytetyössä tuotetun tiedon avulla toimeksiantaja voi suunnitella ja toteuttaa toimenpiteitä sairaanhoitajien saattohoitotyön osaamisen kehittämiseksi. Tutkimusprosessissa kartoitettiin Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemaa saattohoitotyön osaamisen tasoa ja lisäkoulutuksen tarpeita.

Opinnäytetyön tutkimusprosessi toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Teoriaosuuden pohjalta laadittiin mittariksi kyselylomake, jolla saattohoitotyön eri kokonaisuuksien ja niiden osa-alueiden osaamista mitattiin. Aineiston keruu toteutettiin Webropol-ohjelmalla sähköisen kyselylomakkeen avulla keväällä 2022. Kyselyn kohderyhmänä olivat akuuttiosastolla työskentelevät sairaanhoitajat. Määrällinen aineisto analysoitiin Webropol-ohjelman työkalujen avulla. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin luokittelemalla.

Tutkimuksen perusteella osaaminen koettiin keskiarvoltaan heikoimmaksi elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen kokonaisuudessa. Yksityiskohtaisemmista osa-alueista osaaminen koettiin heikoimmaksi kuoleman puheeksi ottamisen osaamisessa ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa. Eniten lisäkoulutuksen tarvetta koettiin potilaan pelkojen huomioimisen osaamisessa hoitosuunnitelmassa, potilaan ahdistuksen syiden tunnistamisen osaamisessa, kuoleman puheeksi ottamisen osaamisessa, hengenahdistuksen oireiden helpottamisen lääkkeettömien keinojen osaamisessa sekä hoidontarpeen rajausten tunnistamisen osaamisessa. Eniten kehittämisen tarvetta työyhteisön käytänteissä koettiin yhteistyössä lääkärin kanssa.

Vahvinta osaamisen koettiin olevan oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa. Silti tässäkin kokonaisuudessa lisäkoulutustarvetta koettiin kaikilla osa-alueilla, mikä kertoo kokonaisuuden tärkeydestä ja sairaanhoitajien halusta pitää tietojaan ja taitojaan ajan tasalla. Jatkotutkimusta ajatellen voisi tutkia tarkemmin esille nousseita saattohoitotyön psykososiaalisen osaamisen tarpeita tai kartoittaa opinnäytetyössä esille tullutta tarvetta kehittää yhteistyötä lääkärin ja moniammatillisen tiimin kanssa saattohoitotyössä.

## Abstract

**Authors:** Säkkinen Hanna & Säkkinen Irina

**Title of the Publication:** Needs to Develop Nurses' End-of-Life Care Competence in the Acute Ward at Kuusamo Health Centre

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Nursing

**Keywords:** end-of-life care, nurses' competence, palliative care

End-of-life care is part of palliative care. Palliative care is the active and comprehensive care of a patient with an incurable and progressive disease. End-of-life care comprises the last weeks or days of the patient's life. End-of-life care considers not only the patient, but also the patient's family and does not focus solely on physiological needs, as a significant part of end-of-life care is psychosocial support for the patient and their family. The Finnish General Nurse Competence Requirements and Contents define what each nurse should master in end-of-life care.

The objective of this thesis was to provide the commissioner with information about the needs to develop nurses' end-of-life care competence. The information produced in this thesis enables the commissioner to plan and implement measures to develop nurses' end-of-life care competence. The commissioner of the thesis was the Acute ward at Kuusamo City Health Centre. The research process examined the level of end-of-life care competence as experienced by nurses working in the Acute Ward and their needs for further education in end-of-life care.

The research process was conducted using the quantitative research method. Based on the theoretical section, a questionnaire was created to measure the competence in the different dimensions and related elements of end-of-life care. The data was collected by means of an electronic Webropol questionnaire in spring 2022. The target group was nurses working in the Acute Ward. The quantitative data was analyzed using tools from the Webropol program. The answers to the open question were analyzed by classification.

The results showed that competence to plan end-of-life care was perceived to be the weakest on average. Of the more detailed elements, competence in broaching death and alleviating existential suffering was perceived as the weakest. Competences in which the need for further training was the greatest included considering the patient's fears in the end-of-life care plan, identifying the causes of the patient's anxiety, broaching death, relieving symptoms of dyspnea with medicines, and identifying limitations on the need for treatment. The greatest need for development in the work community practices was experienced in the cooperation with doctors.

The implementation of symptomatic and humane end-of-life care was considered the strongest competence. In spite of that, nurses hoped for further education in this dimension, which indicates the importance of the dimension and nurses' desire to keep their professional competence up to date. The need to develop cooperation with doctors and multiprofessional teams in end-of-life care could be studied more accurately in future theses.

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Kuolevan potilaan oireiden hoito .....	2
2.1	Saattohoito .....	3
2.2	Sairaanhoitajien saattohoidon osaaminen .....	5
2.2.1	Saattohoidon tarpeen tunnistaminen.....	7
2.2.2	Elämän loppuvaiheen suunnitelman tekeminen .....	7
2.2.3	Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttaminen .....	9
2.2.4	Kuolevan potilaan ja hänen läheistensä kohtaaminen .....	13
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat .....	15
4	Kvantitatiivisen tutkimusprosessin toteutus .....	16
4.1	Tutkimuskyselyn toteuttaminen .....	16
4.2	Aineiston keruu ja analysointi .....	18
5	Tutkimuksen tulokset .....	20
5.1	Saattohoidon tarpeen tunnistaminen.....	20
5.2	Elämän loppuvaiheen suunnitelman tekeminen .....	21
5.3	Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttaminen .....	23
5.4	Kuolevan potilaan kohtaaminen .....	26
5.5	Läheisten kohtaaminen.....	29
5.6	Kehittämisen tarpeet työpaikalla saattohoitoon liittyen .....	31
5.7	Avoimen kysymyksen vastaukset.....	32
6	Pohdinta ja johtopäätökset .....	34
6.1	Luotettavuus.....	40
6.2	Eettisyys.....	42
6.3	Ammatillinen kehittyminen.....	42
6.4	Jatkotutkimusaiheet.....	43
	Lähteet .....	45
	Liitteet	

## 1 Johdanto

Saattohoito on kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista (Hänninen 2015, 11). Se on palliatiivisen hoitotyön osa-alue, joka edellyttää sairaanhoitajalta kliinistä osaamista ja ammattitaitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.). Saattohoitotyössä hoitajalta vaaditaan myös erityistä sensitiivisyyttä ja toisaalta rohkeutta kohdata potilas (Hirvonen 2021, 129) ja hänen läheisensä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Suomessa saattohoidon järjestäminen on ensisijaisesti perusterveydenhuollon vastuulla. Saattohoitoa järjestetään myös erikoissairaanhoidon sairaaloissa ja erityisissä saattohoitoyksiköissä. (Hänninen 2015, 257.) Saattohoidon toteutukseen osallistuu ammattilaisia monista ammattiryhmistä. Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarjoamisessa kaikilla tasoilla. Opinnäytetyömme on rajattu koskemaan sairaanhoitajien saattohoidon osaamista Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla, eli perusterveydenhuollossa.

Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset ja sisällöt (Savonia ammattikorkeakoulu, n.d.) määrittelevät myös saattohoidon osaamisvaatimukset ja sisällöt, mitkä jokaisen sairaanhoitajan tulisi hallita valmistuessaan. Nämä osaamisvaatimukset ja sisällöt konkretisoituvat saattohoitotyössä akuuttiosastolla.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosasto. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa akuuttiosaston sairaanhoitajien osaamisen kehittämisen tarpeita saattohoitotyössä. Tavoitteena oli, että kerättyä tietoa voidaan hyödyntää akuuttiosaston sairaanhoitajien lisäkoulutuksia suunniteltaessa. Vuonna 2021 akuuttiosastolla kuoli 86 henkilöä, joista arviolta 70–80 % oli saattohoitopotilaita (eli 60–68 henkilöä). Osastolla on 45 potilaspaikkaa. Akuuttiosastolla on 23 sairaanhoitajaa, joista aamuvuorossa on neljästä viiteen sairaanhoitajaa, iltavuorossa neljä ja yövuorossa kaksi sairaanhoitajaa. Lisäksi saattohoitotyöhön osallistuvat kotiutushoitaja ja lääkehoitaja sekä tarvittaessa käytettävissä on terveyskeskuksen varahenkilöstöä, johon kuuluu seitsemän sairaanhoitajaa. (Klemetti 2022.)

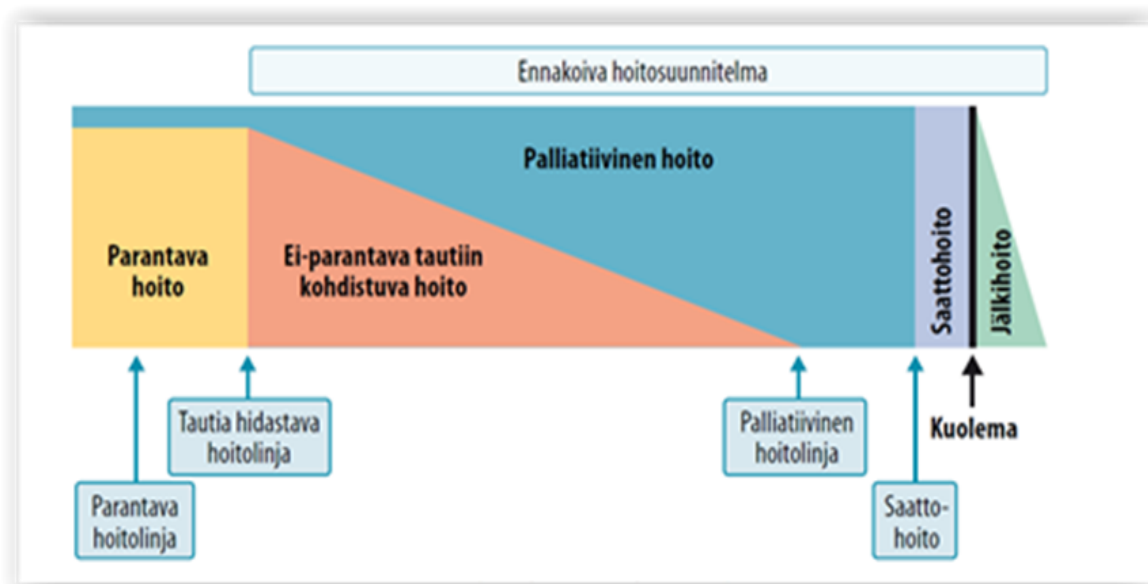
## 2 Kuolevan potilaan oireiden hoito

Kun potilaalla todetaan parantumaton kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus, eikä taudin kulkuun voida enää olennaisesti vaikuttaa, siirrytään palliatiiviseen, eli oireidenmukaiseen hoitoon. Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Kuolevan potilaan oireiden hoidossa keskeisessä asemassa ovat elämänlaadun vaaliminen sekä kärsimyksen ehkäiseminen ja lievittäminen. WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille ilman diagnoosirajauksia, eli oireita lievittävää hoitoa tulee antaa kaikissa sairauden vaiheissa hoitolinjasta riippumatta. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hoidon aikana tulee huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä eksistentiaaliset tarpeet. Eksistentiaalinen tarkoittaa olemassaoloon liittyvää, usein se ilmenee kysymyksinä liittyen elämän tarkoitukseen, merkityksellisyyteen, mielekkyyteen ja ajan rajallisuuteen. Myös potilaan läheiset ovat merkittävässä asemassa palliatiivisessa hoidossa. Heidät tulee huomioida ja heitä tulee tukea sairauden eri vaiheissa ja kuoleman jälkeen. Kun sekä potilas, että läheiset otetaan huomioon, toteutuu kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Laadukkaan palliatiivisen hoidon mahdollistamiseksi tulee oireita, niiden vaikeusastetta ja haittaavuutta arvioida systemaattisesti. Oireenmukaisen hoidon hoitovastetta tulee seurata aktiivisesti. Seurantaan on käytettävissä erilaisia oirekartoituslomakkeita, jotka helpottavat elämänlaadun arviointia. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua voidaan parantaa, kun palliatiivinen hoitolinjaus tehdään ajoissa (Anttonen 2016, 135). Hoitolinjauksessa määritellään lääketieteellisesti perusteltu hoidon tavoite, jossa otetaan huomioon myös potilaan arvot ja toiveet, jolloin voidaan puhua hoitolupauksen toteuttamisesta. Linjauksiin kuuluu myös hoidon rajaaminen, jotta vältytään hyödyttömiltä ja kärsimystä lisääviltä hoidoilta. Hoitolinjauksista on laadittu neliportainen malli (kuva 1), joka määrittää hoidon ensisijaisen tavoitteen. Tulee kuitenkin huomioida, että palliatiivista, eli oireenmukaista hoitoa tulee antaa hoitolinjasta riippumatta. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)



Kuva 1. Hoitolinjauksien neliportainen malli (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019).

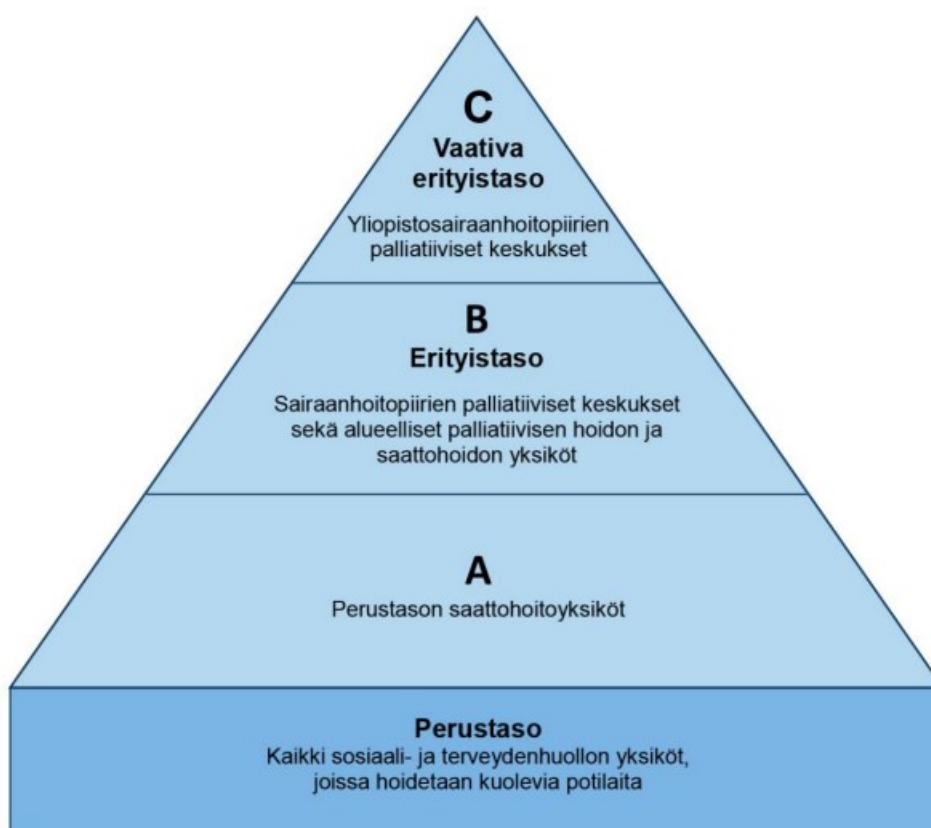
## 2.1 Saattohoito

Palliativisen hoitolinjan viimeistä vaihetta kutsutaan saattohoidoksi. Sen kestona ovat viimeiset elinviikot tai päivät (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Saattohoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 7), jossa keskeistä on kipujen, kärsimyksen ja muiden oireiden lievittäminen. Sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet tulee huomioida (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Potilaalle mahdollistetaan arvokas kuolema, jossa hänen toiveensa tulevat kuulluiksi (Saarto ym. 2017, 7).

Myös läheisten tukeminen on osa saattohoitoprosessia. Saattohoidon tarkoituksena on potilaan yksilöllisen tuen ja hoitamisen lisäksi tukea myös hänen läheisiään. Näin molemmille osapuolille mahdollistetaan valmistautuminen lähestyvään kuolemaan. (Saarto ym. 2017, 7.)

Saattohoitopäätös on tärkeä hoitolinjaus, jonka lääkäri tekee keskusteltuaan ensin potilaan ja tarvittaessa tämän läheisten kanssa. Saattohoitopäätös sisältää elvyttämättä jättämispäätöksen (Do Not Resuscitate = DNR-päätös) ja se tulee kirjata hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmaan kirjataan myös päätöksen lääketieteelliset perusteet sekä potilaan ja hänen läheisensä kanssa käydyt keskustelut ja heidän kannanottonsa päätökseen. (Saarto ym. 2017, 8.)

Suomessa palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat osa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää, mikä takaa sen, että kaikki saavat asianmukaisen hoidon kuoleman lähestyessä. Hoidon vaativuuden mukaan on luotu porrastettu palvelujärjestelmämalli (kuva 2). Perustasolla saattohoidosta vastaavat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt (mm. kotihoito, vuodeosastot, tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit), jotka eivät kuulu ABC-tasolle. A-tasolla saattohoidosta vastaavat terveydenhuollon yksiköt, jotka ovat kehittäneet saattohoitotyötä osana toimintaansa. Eri-tyistasolla (B) saattohoidosta vastaavat erikoiskoulutettu henkilökunta sairaanhoitopiirien palliatiivisen ja saattohoidon yksiköissä, joissa palliatiivinen hoitotyö on pääasiallinen tehtävä. Vaativalla erityistasolla (C) saattohoidosta vastaavat yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksset. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019, 16–17.)



Kuva 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto ym. 2019, 16).

Tehokkaat organisaatiokaaviot ja ennalta suunnitellut kaavamaiset hoito-ohjelmat eivät kuitenkaan yksistään takaa hyvää saattohoitoa. Saattohoito on lopulta ihmisten välistä toimintaa, jolloin palvelujärjestelmää tulee kehittää potilaan lähtökohdista. Saattohoidon aikana hoitopaikan tulee



pystyä muuttumaan potilaan ja omaisten tarpeita vastaavaksi, ympäristön tulee mahdollistaa saattohoidon toteutuminen ja sekä yksityinen että vapaa yhdessä oleminen. Potilaan ja omaisten tulee saada vaikuttaa hoitopaikan valintaan (Anttonen 2016, 138), päätöksiin, suunnitelmiin ja hoidon toteutukseen palliatiivisen ja saattohoidon järjestämistä koskevien yleisten periaatteiden mukaisesti. Kiireelliset tilanteet tulee ratkaista ennalta laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Konsultaatioapua (Saarto ym. 2017, 14) (lääkäri, sairaanhoitaja) sekä palveluja on oltava saatavilla jokaisena päivänä ympäri vuorokauden asuinpaikasta riippumatta (Anttonen 2016, 138). Yleisimmät saattohoito- ja oirelääkkeet tulee olla saatavilla kaikissa kolmiportaisen mallin mukaisissa saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä (Saarto ym. 2017, 15).

Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tuki on erittäin tärkeää saattohoidon aikana niin potilaalle kuin omaisille (Anttonen 2016, 130). Työ on moniammatillista ja hyvän saattohoidon ja kuoleman mahdollistaminen vaatii koko työyhteisöltä potilas- ja perhelähtöisen työskentelymallin ymmärtämistä. Työskentelymallin lähtökohtana on potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan arvostava kohtaaminen. Edellytyksenä työskentelymallin toteutumiselle tulee saattohoitomyönteisyys ottaa huomioon myös työyhteisön johtamisessa ja tavoitteiden asettelussa. (Anttonen 2016, 138.)

## 2.2 Sairaanhoitajien saattohoidon osaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa *Hyvä saattohoito Suomessa* saattohoidon osaamisen osa-alueiksi määritellään kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla: kärsimykseen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamiseen, psykososiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin, niiden ymmärtämiseen ja huomioimiseen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, lähestyvän kuoleman merkkeihin ja kuoleman hetkeen ja omaisten tukemiseen potilaan kuoleman jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31.)

Samoja osaamisen tarpeita tulee esille myös artikkelissa, jossa Hökkä, Martins Pereira, Pölkki, Kyngäs ja Hernández-Marrero määrittelevät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kuusi sairaanhoitajan ydinosaamisaluetta palliatiivisessa hoitotyössä. Nämä sairaanhoitajan ydinosaamisalueet palliatiivisessa hoitotyössä ovat: (1) valmiudet tehdä yhteistyötä potilaan, perheen ja moniammatillisen tiimin kanssa; (2) viestintä- ja kulttuurikysymysten osaaminen; (3) kliininen osaaminen; (4) psykososiaalinen ja henkinen osaaminen; (5) osaaminen liittyen sairaanhoitajan

ammattilliseen rooliin ja johtamiseen sekä (6) eettiseen ja oikeudelliseen pätevyyteen. (Hökkä, Martins Pereira, Pölkki, Kyngäs & Hernández-Marrero 2020, 12–13.)

Suomalaiset yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset ja sisällöt (2020) perustuvat EU-direktiiveihin, ja ne määrittelevät myös palliatiivisen ja saattohoidon osaamisvaatimukset. Osaamisvaatimusten avulla yhtenäistetään sairaanhoitajien koulutusta sekä valtakunnallisesti että Euroopan mittakaavassa. Kahdeksannen kompetenssin eli kliinisen hoitotyön kohdissa 34, 35, 36 ja 37 listataan palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon osaamisen osa-alueet. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon tarve, osata tehdä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä, hoitavan lääkärin ja moniammatillisen tiimin kanssa, osata toteuttaa oireenmukaista ja inhimillistä palliatiivista hoitotyötä ja saattohoitoa sekä osata kohdata ja hoitaa kuolevaa potilasta ja tukea hänen läheisiään (Savonia ammattikorkeakoulu, n.d).

Terveydenhuoltohenkilöstön tulee toimia eettisten periaatteiden ja hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.

Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) velvoittaa kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän huolehtimaan siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kunnille Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus -oppaan, joka on laadittu täydennyskoulutuksen järjestämisen tueksi. Työnantajalla on pääosin vastuu täydennyskoulutuksen mahdollistamisesta ja rahoittamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö, n.d.). Työntekijän vastuulla on oman täydennyskoulutustarpeen arviointi sekä osallistuminen tarjottuun täydennyskoulutukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 4).

Täydennyskoulutuksen tavoitteena on ylläpitää, kehittää ja syventää työntekijöiden ammattitaitoa, ottaa huomioon työntekijöiden koulutustarpeet sekä organisaation toiminnan kehittämisen tarpeet. Täydennyskoulutuksen merkitys korostuu terveydenhuollossa, koska hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti alan nopean kehityksen myötä. On myös tärkeää, että täydennyskoulutukset järjestetään koko henkilöstölle, mikä on koko työyhteisön ja toimivien hoitoketjujen kehittämisen edellytys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3.)

### 2.2.1 Saattohoidon tarpeen tunnistaminen

Elämän loppuvaiheen hoitoa koskeva keskustelu koetaan usein vaikeaksi, vaikka tiedetään ihmisen haluavan tietää jäljellä olevan ajan rajallisuuden voidakseen vielä vaikuttaa elämänsä lopun vaiheisiin (Hirvonen 2021, 126–127). Anttonen (2016, 123) toteaa, että hoitohenkilökunnan rohkeus tunnustella potilaan ja omaisen mielen päällä olevia asioita on tärkeää, eivätkä hoitajat saisi ohittaa kuolemaan liittyviä kysymyksiä. On selvää, että oman kuoleman lähestyminen ahdistaa potilasta, kuitenkin keskusteleminen antaa mahdollisuuden tuoda ahdistuksen esille (Mattila 2018, 835) ja ahdistusta voidaan helpottaa. Keskustelu jäljellä olevan ajan rajallisuudesta antaa myös mahdollisuuden käydä läpi elettyä elämää yhdessä läheisten kanssa tai toteuttaa vielä asioita, joita potilas kokee tärkeäksi. (Hirvonen 2021, 127.)

Koska kuolemaa lähestyvien potilaiden tunnistaminen sekä rohkeasti asiasta puhuminen ovat vaikeita asioita, on hyvä miettiä, miten näissä asioissa voidaan kehittyä (Hirvonen 2021, 128). Sillä, kun mitään ei ole tehtävissä, on kuitenkin tehtävissä vielä paljonkin (Hirvonen 2021, 129). Kuolemasta puhumista ei voi oppia opettelemalla ulkoa fraaseja tai tiettyjä tapoja, vaan kuolemaa pitää uskaltaa ajatella. Hoitaja voi vahvistaa itsessään rohkeaa, mutta lempeää puhetapaa. Pelkkä rohkeus voi antaa puheeseen kovan sävyn, eikä se pidä sisällään myötätuntoa. Pelkkä lempeä puhe taas ei anna mahdollisuutta puhua asioista selkeästi, ymmärrettävästi ja suoraan kuoleman lähestyessä. Potilas ei kaipaa valmiita vastauksia, vaan kysymysten kuunteleminen ja vierellä oleminen ajattomasti riittävät. Potilaan ja omaisten lähellä viipyminen on tärkeä taito, joka auttaa vaikeiden asioiden äärellä. Hoitajan tulee tarkoituksella pysähtyä, istua rauhassa ja olla tekemättä samalla hoitotoimenpiteitä tai olla kiirehtimättä muihin tehtäviin. Viipyessä potilaan äärellä ei tarvitse heti puhua vaikeista aiheista, vaan rauhallisen vuoropuhelun kautta voidaan luontevasti lähestyä keskustelua kuolemasta. Viipymisellä on myös potilaan toivoa vahvistava vaikutus. Se antaa viestin, ettei kuolema ole niin pelottava, että siitä pitäisi vaieta. Viipyminen tuo potilaalle myös ymmärryksen ja tunteen, että potilas saa tukea kulkiessaan kohti kuolemaa. (Mattila 2018, 835.)

### 2.2.2 Elämän loppuvaiheen suunnitelman tekeminen

Kun potilaan sairaus etenee ja ennuste heikkenee, tulee lääkärin tunnistaa tilanne. Ennusteen heikentyessä on aika laatia elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (advance care

planning eli ACP) (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva suunnitelma tulisi olla jokaisella pitkälle edennyttä sairautta sairastavalla, koska sen hyöty on varsin selvä (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 341). Potilas voi laatia suullisesti tai kirjallisesti hoitotahdon, joka on tärkeä osa hoitosuunnitelmaa (Saarto ym. 2017, 8). Suunnitelma mahdollistaa potilaan toiveiden toteutumisen sekä parantaa potilaan saamaa hoitoa ja hänen elämänlaatuaan. Se vähentää epätarkoituksenmukaisia hoitoja, loppuvaiheen sairaalajaksoja ja läheisten henkistä kuormittuneisuutta. Loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Suunnitelmaa tehdessä potilas ja hänen läheisensä saavat tiedon ajankohtaisesta tilanteesta, sillä heille tulee kertoa ymmärrettävästi hoitopäätösten perusteet ja niiden vaikutus hoitoon (Saarto ym. 2017, 7–8). Myös Anttosen (2016, 125, 127) tutkimuksen mukaan, tiedon puute sairauden tilasta ja ennusteesta heikentää potilaan ja omaisten elämänhallinnan tunnetta. Epätietoisuus kasvattaa myös epäluottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Anttosen tutkimus totesi, että luottamuksellinen hoitosuhde potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä luo puitteet keskustelulle sairaudesta ja kuolemasta sekä auttaa elämään sairauden kanssa.

Hoitosuunnitelmaan kirjataan sairauden vaihe, hoitomenetelmät, hoidon tavoitteet, linjaukset ja rajaukset, sekä nimetään hoidosta vastaava taho. Esille tuodaan myös potilaan toiveet, tarpeet ja tuntemukset sairaudesta, sen etenemisestä ja elämän loppuvaiheesta (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Hoitosuunnitelmassa merkittävänä painopisteenä tulee olla konkreettinen elämän loppuvaiheen hoidon suunnitteleminen, ei pelkästään hoidon rajausten ja potilaan toiveiden kirjaaminen (Lehto ym. 2019, 336). Suunnitelmaan tehdään ennakoivasti käytännön hoitosuunnitelmat potilaan kivun ja muiden fyysisten oireiden hoitoa varten sekä huomioidaan myös potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet (Saarto ym. 2017, 7). Ennakkoon suunnitellaan miten ja missä hoito toteutetaan, missä on tukiosasto, jonne tarvittaessa voi siirtyä, ketä tarpeen tullen voi konsultoida ja miten toimitaan, jos pahenemisvaihe ei hoidosta huolimatta väisty (Lehto ym. 2019, 337).

Hoitosuunnitelman tarkentaminen keskustelujen pohjalta sairauden edetessä on tärkeää, jotta potilaan toiveet tulevat kuulluiksi loppuun asti (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen aikana, hoitosuunnitelmaan lisätään saattohoitopäätös, jolloin voidaan jäljellä olevan ajan rajallisuus huomioiden lisätä potilaan ja läheisten kokonaisvaltaista tukemista. Saattohoitopäätöksen tekee hoitovastuussa oleva lääkäri ja ennen sitä keskustellaan potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Kuten palliativinen hoi-

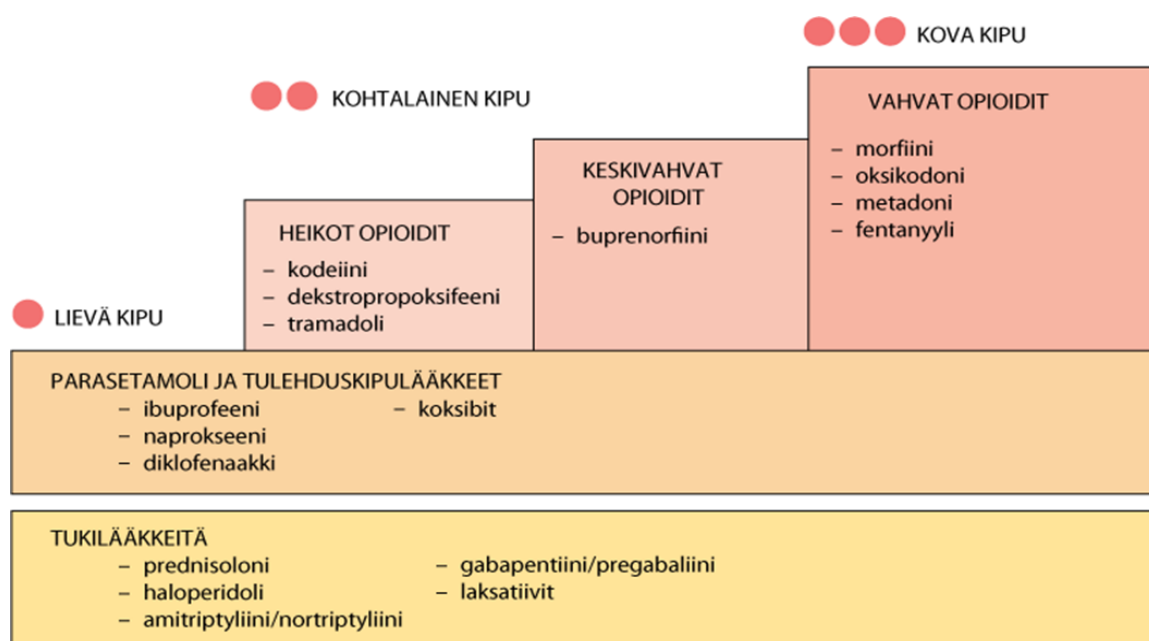
tolinjaus, myös saattohoitopäätös kirjataan asianmukaisesti hoitokertomukseen. Saattohoitosuunnitelmassa korostuu lääkityksen tarpeen arviointi ja oireita lievittävän hoidon onnistumisen varmistaminen. Koska saattohoito päättyy kuolemaan, tulee saattohoitosuunnitelmassa erityisesti huomioida ihmisarvoa kunnioittavat toimenpiteet, kuolevan ja hänen läheistensä osallisuuden mahdollistaminen, ympäristön viihtyisyys (Saarto ym. 2017, 8) sekä potilaan toiveiden huomioiminen elämän loppuun asti.

### 2.2.3 Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttaminen

Saattohoitopotilaan oireiden lääkehoidossa haasteita aiheuttaa vaikeutunut oireiden arviointi. Saattohoitopotilas ei välttämättä enää kykene selkeästi ilmaisemaan tarpeitaan ja tuntemuksiaan. Siksi annetun lääkehoidon tavoitteena on yksinomaan vallitsevien oireiden lievitys. Hyödyn täytyy olla selvästi suurempi kuin mahdollinen välitön haittavaikutus. Lääkkeiden pitkäaikaisilla haittavaikutuksilla ei saattohoitovaiheessa ole enää merkitystä. Kaikki muu paitsi oireita helpottava lääkitys on syytä lopettaa merkityksettömänä tai jopa haitallisena. Käytössä olleista lääkkeistä voidaan jatkaa kipu- ja pahoinvointilääkkeitä sekä ahdistusta lievittäviä lääkkeitä (anksiolyytit) suun kautta otettuna, niin kauan kuin se on mahdollista. Tarvittaessa myöhemmin voidaan antoreittiä muuttaa. On syytä huomioida, että elämää ylläpitäväksi mielletyn lääkityksen lopettaminen ja lääkemuutokset tulee perustella ymmärrettävästi ja korostaa oirehoidon mahdollisuuksia, niin potilaalle kuin omaisille, sillä ne voivat aiheuttaa ahdistusta. (Poukka & Korhonen 2015, 259–260.)

Oireiden hyvän lääkehoidon mahdollistamiseksi tulee lääkehoidon lähtökohtana olla potilaan oma arvio ja toiveet oirehoidon toteuttamisesta, sekä säännöllinen lääkehoidon vasteen arviointi. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen oireearvio tulee tehdä useita kertoja päivässä ja kuoleman lähestyessä vähintään neljän tunnin välein. Laboratoriotutkimuksia käytetään vain, jos ne ovat tärkeitä oirehoidon kannalta, muuten niitä ei ole saattohoitovaiheessa syytä enää tehdä. (Poukka ym. 2015, 260.) Esimerkiksi antibioottihoitoja tulee käyttää vain, jos se lievittää potilasta haittaavia oireita (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Vaikka saattohoitopotilaan oireet olisivat hyvin hallinnassa, voi tilanne muuttua nopeastikin ja tarvittaessa oireisiin tulee reagoida myös lääkityksen muutoksilla. Tämän vuoksi lääkärin tulee määrätä kaikille saattohoitopotilaille säännöllisen lääkityksen lisäksi tarvittava lääkitys hankaloituvien oireiden varalle. Saattohoitopotilaan hankaloituvia oireita voivat olla kivut, levottomuus, kouristukset, limaisuus, pahoinvointi, oksentelu tai hengenahdistus ja niiden lisääntyminen. (Poukka ym. 2015, 260.)

Vaikka potilaan tajunnantaso olisi alentunut, hän tuntee kipuja (Poukka ym. 2015, 260). PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) on työkalu, jolla voidaan arvioida kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kipua. PAINAD on helppokäyttöinen käyttäytymisen muutosten järjestelmälliseen havainnointiin perustuva kipumittari, jolla potilaan kipua, sen voimakkuutta ja kivun lääkehoidon vastetta voidaan seurata. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis, 2007). Kivun lääkehoidossa edetään WHO:n porrasmallin mukaisesti (kuva 3). Potilaalla on oltava aina peruskivulääkitys (parasetamoli tai tulehduskivulääke), joka annostellaan säännöllisesti ja sitä jatketaan yleensä opioidien rinnalla kipujen voimistuessa (Heiskanen 2015, 54). Kivun lääkehoidossa ensisijaisia ovat vahvat opioidit (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019) ja ne tulee aloittaa ajoissa. Kovassa kivussa voidaan opioidikivulääkkeet aloittaa suoraan ilman etenemistä porrasmallin mukaisesti (Heiskanen 2015, 54).



Kuva 3. WHO:n porrasmalli kivun lääkehoitoon (Sario 2021).

Saattohoidossa suonensisäinen nesteytys tai ravitsemus eivät pidennä elinajanodotetta eivätkä paranna elämänlaatua (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Periaatteena pidetään, että edenneessä taudissa ei ole tarvetta antaa ravintoa suonensisäisesti tai nenämahaletkun avulla (Lehto ym. 2019, 340). Potilaalle tarjotaan miellyttävässä muodossa ruokia ja juomia, joista hän pitää. Ruokaa ja juomaa annetaan se määrä, minkä hän itse haluaa suun kautta ottaa. Potilaan, jonka tajunnantaso ja nielemisrefleksi ovat alentuneet, syöttämistä ei pidetä suotavana. Suonensisäisesti annettu nesteytys harvemmin lievittää potilaan janontunnetta ja siksi potilaan suun kostuttaminen on tärkeää. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hengenahdistuksen hoidon tavoitteena saattohoitovaiheessa on lievittää opioideilla ja bentso-diatsepiineilla hengenahdistuksen tuntemusta sekä siihen liittyvää pelkoa ja ahdistusta. Pahoinvointia ja oksentelua esiintyy noin puolella saattohoitovaiheessa olevista potilaista. Pahoinvointilääkitystä annostellaan säännöllisesti yhdellä tai useammalla pahoinvointilääkkeellä saman aikaisesti. Ummetus on yksi tavallisimpia saattohoitopotilaan oireita. Hoitamattomana se lisää potilaan kärsimyksiä. Ummetukseen vaikuttavat monet lääkkeet (mm. opioidit ja antikolinergit), vähentynyt juominen, liikkumattomuus, suolen peristaltiikan heikkeneminen ja metaboliset syyt (esim. hyperkalsemia, uremia, hypokalemia). Hyvä apu on säännöllisesti käytettävä laksatiivilääkitys, jossa yhdistetään pehmittävä laksatiivi (esim. makrogoli tai laktuloosi) ja suolta stimuloiva laksatiivi (esim. natriumpikosulfaatti). Tarvittaessa voidaan käyttää myös suppoja tai pienoisperäruiskeita sekä opioidiummetuksessa ihonalaisena injektiona metyylinaltreksonibromidia. Suoli olisi hyvä saada tyhjenemään vähintään kolmen vuorokauden välein. Jos potilaan elinajanennuste on vain muutama päivä, ei vatsan toimitukseen ole enää aihetta. (Poukka ym. 2015, 262–263.)

Suun ongelmat ovat hyvin tavallisia ja vaativat hyvää ja säännöllistä hoitoa. Suun ongelmat heikentävät merkittävästi potilaan fyysisistä ja psyykkistä elämänlaatua, sillä suun kuivuminen vaikeuttaa puhumista, pureskelua ja nielemistä. Suun kuivuminen voi olla myös kivuliasta. Suun kuivumisen tunteeseen on monia syitä, kuten monet lääkkeet, yleinen nestehukka, suun sieninfektiot, hengittäminen suu auki ja lisähapen käyttö. Hyvään saattohoitoon kuuluu myös suun hoitaminen puhdistamalla suu aamuin illoin ja kostuttamalla suuta neljän tunnin välein. Kostuttamiseen voi käyttää kostutusgeeliä, keinosylkivalmistetta, ruokaöljyä, sitruunapuiikkoja, jäämurskan imeskelyä tai viileitä juomia. Ihon kutina saattohoitopotilaalla on harvoin histamiinivälitteistä, jolloin antihistamiinista ei ole hyötyä. Kuiva iho voi aiheuttaa kutinaa, jolloin ihon rasvaus ja vesipe-sujen harventaminen ovat avuksi. (Poukka ym. 2015, 264–265.)

Lääkitys pyritään saattohoitotilanteissa antamaan suun kautta niin kauan kuin se on mahdollista. Turhia ja kivuliaita pistoksia sekä liikkumista rajoittavia letkuja pyritään välttämään. Kun tablettien ottaminen suun kautta ei enää onnistu, voidaan lääkkeet antaa suun kautta liuosmuodossa, ihonalaisella lääkeannostelijalla tai kanyylin kautta ihon alle tai laskimoon. (Poukka ym. 2015, 260.)

Potilaan kivut ja oireet eivät ole hoidettavissa yksistään lääkkeillä. On olemassa myös lääkkeettömiä hoitokeinoja, jotka hoitajien on hyvä hallita. Esimerkiksi painehaavakipuihin sekä painehaavojen ehkäisyyn auttavat asennonvaihdokset. Hengenahdistusta helpottaa rentoutuminen, asentohoito (puoli-istuva asento), ikkunan avaaminen tai tuulettimen järjestäminen huoneeseen. (Poukka ym. 2015, 262). Hoidettaessa on hyvä hahmottaa myös eri aistien vaikutusta potilaan

pahaan oloon, kärsimykseen, mielihyvään ja rauhoittumiseen. Kun sanat ovat menettäneet merkityksensä, aistii iho edelleen tarkasti. Hyvä hoitaja ymmärtää koskettamisen voiman ja tiedostaa rauhallisten ja lempeiden otteiden tärkeän merkityksen. (Idman 2013, 145; Anttonen 2016, 129.)

Pelkästään fysiologisiin tarpeisiin keskittyvä saattohoitotyö on riittämätöntä, sillä merkittävä osa saattohoitotyöstä on potilaan psykososiaalista tukemista (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 35). Yksistään kipuja hoidettaessa on syytä muistaa, että kipukokemus sisältää fyysisen kivun lisäksi myös psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen ulottuvuuden (Poukka ym. 2015, 262). Psyykkisen osa-alueen huomioinen on merkityksellistä, koska sivuutettaessa kuolemanpelko ja vallitsevat tunteet, ahdistus ja epätoivo vain lisääntyvät. Lähestyvän kuoleman aiheuttamaa psyykkistä ahdinkoa voidaan lievittää muistelemalla arvostavasti elettyä elämää. Tämän surutyön tekeminen suojaa potilasta vaikeiltakin psyykkisiltä häiriöiltä. Muistelemisen mahdollistaa suhtautumisen elettyyn elämään tyynesti ja kiitollisesti auttaen hyväksymään lähestyvän kuoleman. (Surakka ym. 2015, 33–34.) Myös toivon ylläpitäminen loppuun asti on merkityksellistä. Toivo muuttaa muotoaan sairauden edetessä. Elämän lopun lähestyessä se voi olla toivoa yhteisistä hetkistä omaisten kanssa, toivoa hyvästä hoidosta, toivoa kivuttomuudesta tai toivoa rauhallisesta kuolemasta. (Surakka ym. 2015, 112.)

Hoitajan on hyvä tunnistaa lähestyvän kuoleman merkit osatakseen toimia potilaan toiveiden mukaan yksilöllisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen ja pystyäkseen keskittymään rauhalliseen ja levolliseen läsnäoloon. Kuoleman lähestyessä potilaan väsymys ja fyysinen heikkous lisääntyvät, reagointi ympäristöön vähenee ja syöminen ja juominen muuttuvat mahdottomiksi. Potilaan lämmönsäätely heikkenee, jolloin kädet ja jalat viilenevät. Potilaalla esiintyy virtsan karkailua, limaisuutta ja hengitystapa muuttuu. Viimeistään ennen viimeisiä hetkiä kuolevan hoidosta tulee fyysistä auttamista, jolloin aktiivisesti lievitetään kipuja ja muita oireita. Hoitajan tulee huolehtia potilaan siisteydestä, mahdollisimman hyvästä olost ja täyttää ensisijaisesti potilaan tarpeita ja toiveita. Kun kuoleman hetki lähestyy, tekeminen saa loppua, ympäristö rauhoittua ja hoitaminen muuttua läsnäoloksi ja saatavilla olemiseksi. Kuoleman läheisyydessä ei ole kiire mihinkään. Kun kuolema on koittanut, hoitajan tulee hoitaa vainajaa loppuun asti kunnioittavasti. (Surakka ym. 2015, 79–80.)



#### 2.2.4 Kuolevan potilaan ja hänen läheistensä kohtaaminen

Kuolemanpelko koskee kaikkia, niin potilasta kuin hänen läheisiään, ja siksi saattohoidossa olevan potilaan hyvään kokonaisuhoitoon kuuluu myös läheisten huomioiminen. Pelko ja olemassa olevat kysymykset lähestyvistä kuolemasta ilmenevät eri tavoin. Kun hoitaja kuuntelee, keskustelee ja myötäelää vallitsevassa tilanteessa potilaan ja hänen läheistensä keskuudessa, voi hän tunnistaa potilaansa ja tämän läheisten olemassaolon kysymykset ja tarpeet. On tärkeää voida tukea ja auttaa potilasta hänen elämänsä katsomukseensa liittyvissä asioissa. On myös tärkeää ohjata läheisiä ja omaisia niin, että he ymmärtävät millainen on heidän kuolevan läheisensä toive omannäköisestä elämän loppuvaiheesta. (Surakka ym. 2015, 77; Anttonen 2016, 127.) Hoitajan läsnäolo antaa sekä potilaalle että hänen läheisilleen tunteen siitä, että hoitaja on valmis ottamaan vastaan kuolemaan liittyvät tunteet ja kohtaamaan sekä potilaan että omaisten kärsimyksen (Surakka ym. 2015, 77). Myös Anttonen (2016, 137) väitöskirjassaan toteaa, että hoitohenkilökunnan osaaminen on keskeisessä asemassa kuoleman vaikeuden lievittämisessä. Hoitajat antavat niin potilaalle kuin omaisille turvallisen raamin, jossa yksilöllinen kuoleman käsitteleminen on mahdollista.

Kukaan ei voi ennustaa kuoleman hetkeä etukäteen. Hoitajan on kuitenkin hyvä osata tunnistaa lähestyvän kuoleman merkkejä, jolloin on mahdollista ilmoittaa tilanteesta omaisille. Jotkut potilaalle läheiset ihmiset haluavat olla kuolinhetkessä mukana ja toiset taas haluavat, että heille ilmoitetaan, jotta he voivat toimia haluamallaan muulla tavalla. Jos kuolinhetkellä on läsnä omaisia, tulee hoitajan tukea heitä tilanteen vaatimalla tavalla rauhoitellen ja yksityisyyttä kunnioittaen. Kuoleman hetki on aina pysäyttävä, eikä potilaan kuoleman ajatella voivan tulla ja mennä kuin ohimennen. Kuolema on jokaisen elämässä ainutlaatuinen, merkittävä tapahtuma ja se voi olla sitä myös saattamassa oleville omaisille. Onkin tärkeää mahdollistaa läheisten osallisuus ja läsnäolo kuoleman hetkellä. Läheisten läsnäolo mahdollistaa myös sen, ettei kuolevan potilaan tarvitse olla yksin. Hyvän saattohoidon tavoitteiden mukaan, kuolevaa potilasta ei tule jättää yksin, ellei hän itse sitä toivo. Läsnäolo kuoleman hetkellä voi olla merkityksellisempää läheiselle kuin potilaalle. Potilaalle kuoleman hetken läsnäoloa merkityksellisempää voi olla se, että hän on saanut elämänsä aikana tuntea olevansa rakastettu ja tärkeä. (Surakka ym. 2015, 79–80.)

Kun kuolema on koittanut, voi omainen halutessaan olla mukana vainajan laitossa, siistimisessä ja pukemisessa. Se voi olla omaiselle merkittävä kokemus ja se tulee sallia. Omaisille annetaan mahdollisuus jättää rauhassa jäähyväiset, ilman ajan määrettä ja kiirettä. Omaisen kohtaamisessa hoitajan on tärkeintä muistaa rauhallisuus ja arvokkuus. On ymmärrettävää, ettei omainen välttämättä reagoi alussa tietoon, vaan päällimmäisenä on tunnelman aistiminen ja vallitsevat tunteet,

jotka voivat jäädä muistoihin voimakkaina. (Surakka ym. 2015, 81.) Omaisille ei myöskään voi asettaa vaatimuksia, miten heidän tulisi pystyä toimimaan (Anttonen 2016, 121). Hoitajan on tärkeää tunnistaa omaisen mahdollinen shokkivaihe tai turtuminen, jolloin ensiarvoisen tärkeää on lempeä ohjaus (Surakka ym. 2015, 81).

Hyvä saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan, vaan se jatkuu omaisten tukemisella, jotta he pysyisivät jatkamaan omaa elämäänsä. Omaisten tukeminen tarkoittaa konkreettista ja ajatonta läsnäoloa, sekä saatavilla oloa vainajan jäähyväishetkellä. Omaisten tukemiseen kuuluu selkeiden suullisten ja kirjallisten ohjeiden antaminen kuoleman jälkeiseen aikaan. Omaisilla ei välttämättä ole selvillä käytännön pakolliset asiat, jotka kuoleman jälkeen tulee hoitaa. Huolehdittavia asioita ovat muun muassa hautauslupa ja yhteydenotot hautaus toimistoon ja rekisteriviranomaisiin. Epäselvää voi olla myös mitä vainajalle kuoleman jälkeen tapahtuu, kuka vainajan hakee ja laittaa arkkuun. Omaisten tukemiseen kuuluu myös erillinen yhteydenotto kuoleman jälkeen. Tuolloin voidaan kysyä vointia ja antaa tietoa sururyhmistä. (Surakka ym. 2015, 84; Anttonen 2016, 133.) Omaisille tulee ennalta kertoa, että heihin otetaan myöhemmin yhteyttä sovitulla tavalla, jotta he tietävät, etteivät ole yksin surun keskellä ja että heidän voinnistaan välitetään. Jokaisessa työyhteisössä onkin hyvä miettiä, miten omaisia tuetaan kuoleman hetkellä ja kuoleman jälkeen. On hyvä laatia kirjalliset ohjeet kuoleman jälkeisistä vaiheista. On myös hyvä selvittää yhteistyömahdollisuuksia esimerkiksi seurakuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Surakka ym. 2015, 84.) Kanssakäyminen omaisten kanssa kuoleman hetkellä ja sen jälkeen antaa hoitajille mahdollisuuden tunnistaa paniikissa oleva tai masennukseen ajautuva omainen ja ohjata hänet asiantuntevan avun piiriin hänelle sopivalla tavalla (Surakka ym. 2015, 78).

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien osaamisen kehittämisen tarpeita saattohoitopotilaan hoitotyössä Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla. Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin kyselynä akuuttiosaston sairaanhoitajille. Kyselyllä haettiin vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaisia saattohoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeita akuuttiosaston sairaanhoitajilla on?
2. Millä saattohoitotyön osa-alueilla sairaanhoitajat kokevat tarvetta lisäkoulutukselle?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa toimeksiantajalle tietoa sairaanhoitajien saattohoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeista. Toimeksiantaja voi opinnäytetyössä tuotetun tiedon avulla suunnitella toimenpiteitä sairaanhoitajien saattohoitotyön osaamisen kehittämiseksi.

#### 4 Kvantitatiivisen tutkimusprosessin toteutus

Opinnäytetyön tutkimusprosessi oli määrällinen, eli kvantitatiivinen. Määrällisellä tutkimuksella on useita erilaisia tutkimustapoja: selittävä tutkimus, vertaileva tutkimus, kartoittava tutkimus ja ennustava tutkimus. Kartoittavassa tutkimuksessa ei aseteta olettamuksia, eli hypoteeseja, vaan siinä nimensä mukaisesti kartoitetaan tutkittavaa aihetta. Tutkimusaiheesta saadaan esille keskeisiä malleja, teemoja, luokkia tai tyypittelyjä. (Vilkkä 2021, 23–25.) Tässä tutkimuksessa kartoitettiin sairaanhoitajien saattohoitotyön lisäkoulutuksen ja osaamisen kehittämisen tarpeita. Tutkimus toi esille numeerisessa muodossa saattohoitotyön osa-alueita ja kokonaisuuksia, joissa osaaminen koettiin keskiarvoltaan heikoimmaksi, sekä osa-alueita ja kokonaisuuksia, joihin sairaanhoitajat itse toivoivat eniten lisäkoulutusta.

Määrälliselle tutkimukselle on tyypillistä tarkoituksenmukainen kohdejoukon valitseminen (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Tämän tutkimuksen kohdejoukko muodostui Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla työskentelevistä 23 sairaanhoitajasta sekä varahenkilöstöstä, johon kuuluu seitsemän sairaanhoitajaa.

##### 4.1 Tutkimuskyselyn toteuttaminen

Opinnäytetyön tutkimusta varten perehdyttiin palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon sekä saattohoitotyön osaamisen teoriaan ja käsitteisiin. Useiden eri lähteiden perusteella määriteltiin olennaisimmat sairaanhoitajien saattohoidon osaamisen käsitteet eli saattohoitotyön kokonaisuudet. Kokonaisuuksista tärkeimmiksi nostettiin teorian perusteella saattohoidon tarpeen tunnistaminen, elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tekeminen, oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttaminen ja kuolevan potilaan ja hänen läheistensä kohtaaminen. Jokaisen kokonaisuuden teoriasisällöistä valikoitiin olennaiset yksittäiset osattavat asiat eli osa-alueet. Osa-alueet operationalisoitiin mitattavaan muotoon. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muotoilua mitattavaan muotoon, esimerkiksi väittämiksi. Saattohoitotyössä osattavat asiat siis muotoiltiin väitteiksi, joihin vastatessa vastaajan tuli arvioida osaamisensa tasoa juuri tässä yksittäisessä asiassa. (Vilkkä 2014, 38.)

Tutkimuksen mittariksi laadittiin Webropol-kyselytyökalun avulla strukturoitu kartoittava tutkimuskysely (liite 2), jossa oli väittämiä koetun osaamisen tasosta. Väitteiden avulla pyydettiin ar-

vioimaan omaa osaamista saattohoidon eri kokonaisuuksissa ja niiden osa-alueilla. Vastausasteikko oli viisiportainen. Vaihtoehdot olivat vähäistä, kohtalaista, hyvää, kiitettävää ja erinomaista. Numeroin vaihtoehdot vastaavat asteikkoa 1–5, jossa 1 on vähäistä ja 5 erinomaista. Lisäksi päädyttiin kyselytaulukkoon, eli väittämien rinnalle sijoitettiin oma sarake koulutustarpeen kokemukselle. Sarakkeeseen vastaaja sai valita 'kyllä' -vaihtoehdon tai jättää kohdan tyhjäksi. Kyselyn lopussa kartoitettiin myös muutamien saattohoidon toteutukseen liittyvien käytäntöjen kehittämisen tarpeita työpaikalla. Lisäksi kyselylomakkeen lopussa oli avoin kysymys, jossa vastaaja sai tuoda esille haluamiaan asioita.

Kyselylomakkeen selkeyttä ja yksiselitteisyyttä voidaan testata ennen sen käyttöä tutkimuksessa (Unkila, Lautala, Wikström, Joensuu & Savinainen 2018, 18). Esitestauksessa kyselylomakkeen testaaja vastaa kyselyn ohessa myös kysymyksiin, jotka on laadittu testaamista varten. Testaajaksi on tärkeää valita kyselylomakkeen kohderyhmää olevia koehenkilöitä, jolloin vastaajien aiempi tieto ja käsitteistön ymmärtäminen vastaavat kohderyhmän tietoa ja ymmärrystä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 140.) Esitestaajalta voidaan kyselylomaketta testatessa pyytää arviointia mm. seuraaviin asioihin: Kuinka hyvin kysely vastasi tutkimusongelmaa? Puuttuiko kyselystä olennaisia kysymyksiä, tai oliko mukana tarpeettomia kysymyksiä? Olivatko vastausohjeet selkeitä ja yksiselitteisiä? Oliko mukana epäselviä kysymyksiä? Oliko vastausvaihtoehtoja riittävästi? Oliko kyselyn pituus liian pitkä tai liian lyhyt? Testaajien vastaamiseen käyttämä aika voidaan mitata, jolloin kyselyyn käytettävän ajan arviointi on helpompaa. Vastauksia voidaan pyytää avoimella kysymyksellä tai lomakkeeseen liitetyllä erillisellä mittarilla. (Vilka 2021, 110.; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 154.) Testauksen avulla kysymyslomakkeen toimivuutta ja yksiselitteisyyttä voidaan parantaa. Testaajien arvioinnin ja kommenttien perusteella voidaan kyselystä tunnistaa vaikeasti ymmärrettävät tai tulkinnanvaraiset kysymykset, ja muokata ne tarkoituksenmukaisemmiksi. (Unkila ym. 2018, 18.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kyselylomaketta testattiin neljällä sairaanhoitajaopiskelijalla ja heiltä pyydettiin kirjallista arviointia tutkimuskyselystä sähköpostilla lähetettyjen kysymysten pohjalta. Palaute ja arviointi eivät tuoneet esille korjattavia asioita. Testaajien palaute kertoi kyselyn olevan selkeä, kattava, sopivan mittainen ja tutkimusongelmaa vastaava. Testaajien kyselyyn käyttämä aika vastasi oletettua noin kymmenen minuutin vastausaikaa. Esitestaus vahvisti tutkimuskyselyn olevan toimiva ja tarkoituksenmukainen mittari, mikä lisäsi vastausten luotettavuutta.

## 4.2 Aineiston keruu ja analysointi

Valmis kysely jaettiin akuuttiosaston sairaanhoitajille esimiehen kautta sähköisessä muodossa. Saatekirjeessä (liite 1) olevan Webropol-linkin kautta pääsi vastaamaan kyselyyn (liite 2). Kohdejoukon koko oli 30. Kysely pyrittiin pitämään selkeänä ja vastaaminen yksinkertaisena, jotta saataisiin mahdollisimman paljon vastauksia ja aineistoa tutkimusta varten. Kysely oli tarkoitus toteuttaa ajalla 7.-20.3.2022, mutta tutkimusluvan viipyessä kysely päästiin aloittamaan vasta 14.3.2022. Vastausaikaa kyselylle annettiin kaksi viikkoa. Vastausprosentin ollessa alhainen aikaa pidennettiin vielä viikolla, eli lopullinen vastausaika oli kolme viikkoa. Vastausaikana esimiestä pyydettiin kahdesti muistuttamaan sairaanhoitajia kyselyyn vastaamisesta. Vastausajan lopulla toinen opinnäytetyön tekijöistä aloitti harjoittelun akuuttiosastolla ja otti tutkimuskyselyn puheeksi muutamien samassa vuorossa työskennelleiden sairaanhoitajien kanssa. Tämä saattoi osaltaan vaikuttaa vielä muutaman vastauksen saamiseen. Systemaattiseen kaikki sairaanhoitajat käsittävään muistuttamiseen harjoittelussa ei kuitenkaan ollut tilaisuutta. Lopullinen vastausprosentti oli 50, eli kolmestakymmenestä kyselylinkin saaneesta kyselyyn vastasi 15 sairaanhoitajaa.

Tutkimuksen strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin Webropol-ohjelmassa muodostettujen taulukoiden ja kuvioiden avulla. Aineistoista tarkasteltiin sijaintilukuja, eli keskiarvoja ja frekvenssejä. Aritmeettinen keskiarvo kertoo havaintojen keskimääräisen suuruuden, mikä saadaan laskemalla havaintojen arvot yhteen ja jakamalla summa havaintojen lukumäärällä (Vilkka 2021, 141–142). Frekvenssi kertoo, kuinka monta kertaa jokin havainto esiintyy tilastossa (Vilkka 2014, 121). Suhteellinen frekvenssi kertoo havaintojen määrän prosenttiosuutena (Hirsjärvi ym. 2009, 334). Korkean frekvenssin omaavat havainnot toivat suoraan esille esimerkiksi yksittäisiä osa-alueita, joilla koettiin eniten tarvetta lisäkoulutukselle.

Webropol-ohjelmassa muodostettujen kuvioiden avulla nähtiin jokaisesta kysymyskokonaisuudesta keskiarvo, joka kuvasi kaikkien vastanneiden osaamista kyseisessä saattohoidon kokonaisuudessa. Yksittäisten osa-alueiden eli väittämien kohdalla tarkasteltiin koetun osaamisen keskiarvon lisäksi myös suhteellista frekvenssiä eli vastausten lukumäärän prosenttiosuutta tietyssä vastausvaihtoehdossa.

Koetut koulutuksen tarpeet kerättiin osa-alueittain kyselysarakkeen avulla. Sarakkeen kyllä-vastauksen perusteella saatiin selville frekvenssi, eli lukumäärä kuinka moni koki tarvetta koulutukselle kyseisen asian kohdalla. Tulokset on esitelty taulukoissa tutkimuksen tulosten yhteydessä.

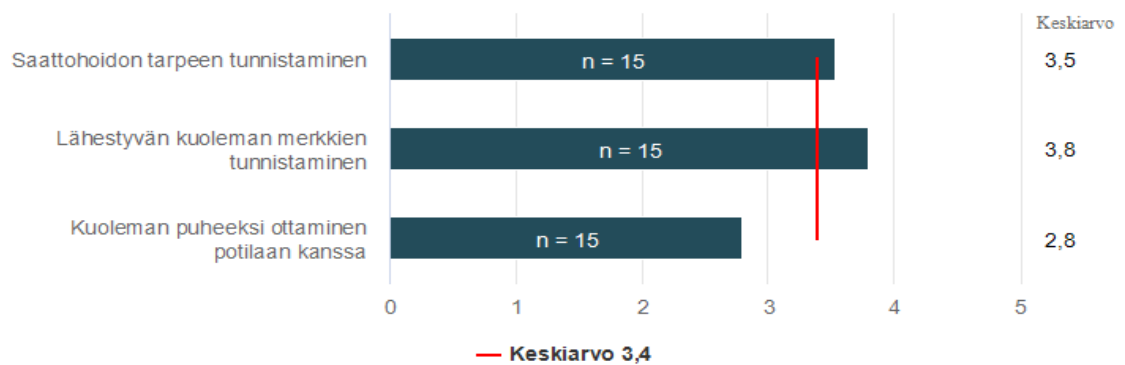
Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Induktiivisessa sisällönanalyysissä saatu aineisto pelkistetään, pelkistetty aineisto listataan ja ryhmitellään luokiksi. Luokittelun jälkeen on nähtävillä eri teemojen toistumisen lukumäärä ja esilletulo vastauksissa. Sisällönanalyysillä saadaan näkyville tiivistetty yleiskuva aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–125). Avoimen kysymyksen vastaukset siirrettiin tekstitiedostoon ja niistä etsittiin toistuvia saattohoidon teemoja. Eri teemoihin liittyvät sanat väritettiin tehosteväreillä. Esimerkiksi kaikki saattohoidon toteuttamisympäristöön liittyvät viittaukset väritettiin vihreällä, jolloin oli nähtävissä sen toistuminen useissa vastauksissa. Näin nousi esille toistuvia kehittämisen tarpeiden teemoja, jotka listattiin ja luokiteltiin lopulta neljän pääluokan alle. Nämä neljä pääluokkaa olivat: yhteistyö ja moniammatillisuus, päätösten viivästyminen, saattohoidon toteuttamisympäristö sekä hoitajien ajanpuute.

## 5 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen tulokset on esitetty kokonaisuuksittain kuvioina ja taulukoina. Tuloksista on tarkasteltu kokonaisuuksien keskiarvoja, kokonaisuuksien osa-alueiden keskiarvoja ja suhteellisia frekvenssejä, sekä osa-alueiden koulutustarpeita. Tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä on pohdittu kappaleessa kuusi.

### 5.1 Saattohoidon tarpeen tunnistaminen

Saattohoidon tarpeen tunnistamiseen liittyvässä kysymyskokonaisuudessa vastaajien itse koetun osaamisen keskiarvoksi tuli 3,4 (asteikolla 1–5). Kokonaisuuden keskiarvot ovat nähtävissä kuviossa 1.



Kuvio 1. Vastausten keskiarvot saattohoidon tarpeen tunnistamisen kokonaisuudessa.

Saattohoidon tarpeen tunnistamisen kokonaisuuden osa-alueista keskiarvoltaan heikointa osaamista koettiin kuoleman puheeksi ottamisessa potilaan kanssa, missä osaamisen keskiarvoksi tuli 2,8 (asteikolla 1–5). Kuoleman puheeksi ottamisessa potilaan kanssa vastanneista vähäistä osaamisensa koki olevan 13,3 % vastaajista ja erinomaista 6,7 % vastaajista. Kokonaisuuden vahvinta osaamista koettiin lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamisessa, missä osaamisen keskiarvoksi tuli 3,8. Lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamisen osaamisessa kiitettävän arvosanan itsel-



leen antoi 53,4 % vastanneista ja erinomaisen 13,3 % vastanneista. Kukaan ei arvioinut osaamistaan vähäiseksi tai kohtalaiseksi lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamisessa. Kokonaisuuden osa-alueiden kaikkien vastausvaihtoehtojen suhteelliset frekvenssit ovat nähtävissä taulukossa 1.

Taulukko 1. Koettu osaamisen taso saattohoidon tarpeen tunnistamisen kokonaisuudessa.

	Vähäistä	Kohtalaista	Hyvää	Kiitettävää	Erinomaista	Keskiarvo
Saattohoidon tarpeen tunnistaminen	0,0%	6,7%	33,3%	60,0%	0,0%	3,5
Lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen	0,0%	0,0%	33,3%	53,4%	13,3%	3,8
Kuoleman puheeksi ottaminen potilaan kanssa	13,3%	20,0%	46,7%	13,3%	6,7%	2,8

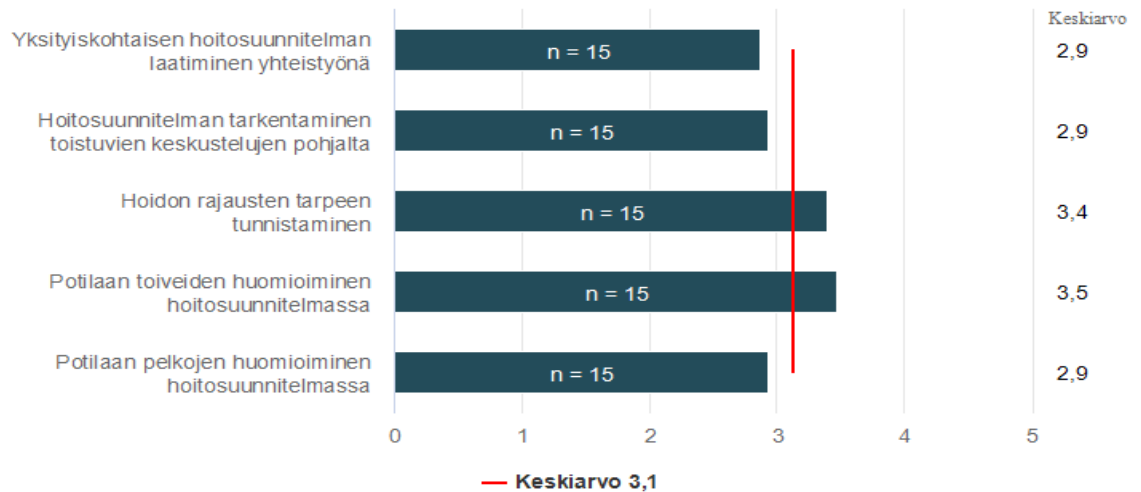
Lisäkoulutusta saattohoidon tarpeen tunnistamisen kokonaisuudessa koettiin tarvittavan eniten kuoleman puheeksi ottamiseen potilaan kanssa (taulukko 2). Sitä toivoi viidestätoista vastanneesta kahdeksan. Kuusi vastaajaa toivoi lisäkoulutusta saattohoidon tarpeen tunnistamiseen.

Taulukko 2. Koettu lisäkoulutuksen tarve saattohoidon tarpeen tunnistamisen kokonaisuudessa.

	Kyllä
Saattohoidon tarpeen tunnistaminen	6
Lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen	3
Kuoleman puheeksi ottaminen potilaan kanssa	8

## 5.2 Elämän loppuvaiheen suunnitelman tekeminen

Elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemistä käsittelevässä kysymyskokonaisuudessa vastaajien itse koetun osaamisen keskiarvoksi tuli 3,1 (asteikolla 1–5). Kokonaisuuden keskiarvot ovat nähtävissä kuviossa 2.



Kuvio 2. Vastausten keskiarvot elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen kokonaisuudessa.

Kokonaisuuden osa-alueista keskiarvoltaan heikointa osaamisen koettiin olevan yksityiskohtaisen hoitosuunnitelman laatimisessa yhteistyönä, hoitosuunnitelman tarkentamisessa toistuvien keskustelujen pohjalta, sekä potilaan pelkojen huomioimisessa hoitosuunnitelmassa. Näissä kaikissa arvioidun osaamisen keskiarvoksi tuli 2,9 (asteikolla 1–5). Kaikissa kolmessa vähäistä osaamista koki 13,3 % vastanneista, eikä kukaan vastanneista kokenut osaamistaan erinomaiseksi. Vahvinta osaamista koettiin potilaan toiveiden huomioimisessa hoitosuunnitelmassa ja hoidon rajausten tarpeen tunnistamisessa. Potilaan toiveiden huomioimisen hoitosuunnitelmassa osaamisen keskiarvo oli 3,5 ja hoidon rajausten tarpeen tunnistamisen keskiarvo 3,4. Suurin suhteellinen frekvenssi yksittäisessä osa-alueessa oli potilaan toiveiden huomioimisessa hoitosuunnitelmassa: 60,0 % vastaajista koki osaamisen tasonsa olevan kiitettävällä tasolla. Kokonaisuuden osa-alueiden kaikkien vastausvaihtoehtojen suhteelliset frekvenssit ovat nähtävissä taulukossa 3.

Taulukko 3. Koettu osaamisen taso elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen kokonaisuudessa.

	Vähäistä	Kohtalaista	Hyvää	Kiitettävää	Erinomaista	Keskisarvo
Yksityiskohtaisen hoitosuunnitelman laatiminen yhteistyönä	13,3%	13,3%	46,7%	26,7%	0,0%	2,9
Hoitosuunnitelman tarkentaminen toistuvien keskustelujen pohjalta	13,4%	13,3%	40,0%	33,3%	0,0%	2,9
Hoidon rajausten tarpeen tunnistaminen	0,0%	13,3%	33,3%	53,4%	0,0%	3,4
Potilaan toiveiden huomioiminen hoitosuunnitelmassa	6,7%	13,3%	13,3%	60,0%	6,7%	3,5
Potilaan pelkojen huomioiminen hoitosuunnitelmassa	13,3%	6,7%	53,3%	26,7%	0,0%	2,9

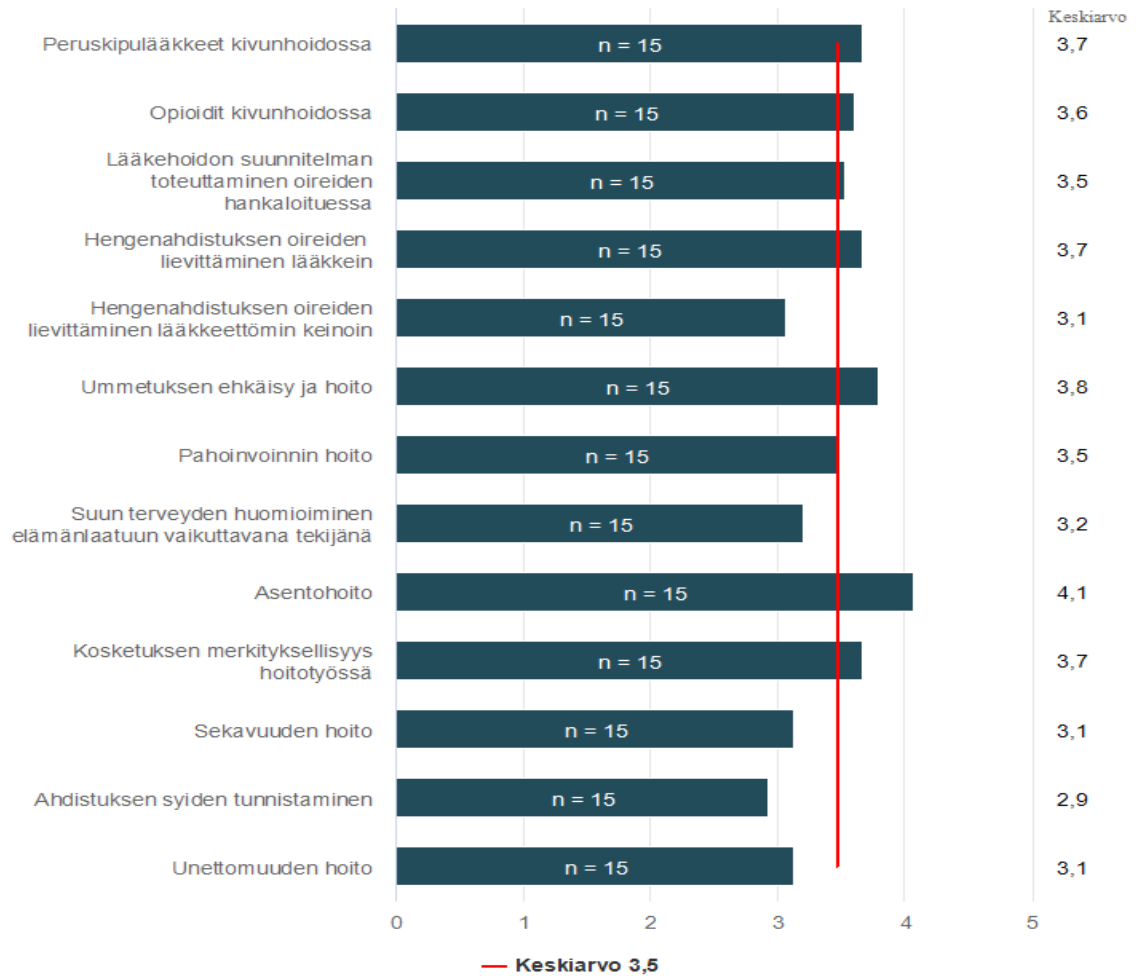
Lisäkoulutusta elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen kokonaisuudessa koettiin tarvittavan eniten potilaan pelkojen huomioimiseen hoitosuunnitelmassa (taulukko 4). Siihen lisäkoulutusta toivoi viidestätoista vastanneesta yhdeksän vastaajaa. Hoidon rajausten tarpeen tunnistamiseen lisäkoulutusta toivoi vastanneista seitsemän.

Taulukko 4. Koettu lisäkoulutuksen tarve elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen kokonaisuudessa.

	Kyllä
Yksityiskohtaisen hoitosuunnitelman laatiminen yhteistyönä	6
Hoitosuunnitelman tarkentaminen toistuvien keskustelujen pohjalta	6
Hoidon rajausten tarpeen tunnistaminen	7
Potilaan toiveiden huomioiminen hoitosuunnitelmassa	5
Potilaan pelkojen huomioiminen hoitosuunnitelmassa	9

### 5.3 Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttaminen

Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamiseen liittyvässä kysymyskokonaisuudessa vastanneiden itse koetun osaamisen keskiarvoksi tuli 3,5 (asteikolla 1–5). Kokonaisuuden keskiarvot ovat nähtävissä kuviossa 3.



Kuvio 3. Vastausten keskiarvot oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa.

Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa keskiarvoltaan heikointa osaamista vastanneiden kesken koettiin ahdistuksen syiden tunnistamisen osaamisessa, sen osaamisen keskiarvo oli 2,9 (asteikolla 1–5). Osa-alueista seuraavaksi heikoin keskiarvo (3,1) oli kolmella osa-alueella: hengenahdistuksen oireiden lievittämisen osaamisessa lääkkeettömin keinoin, unettomuuden hoidon osaamisessa ja sekavuuden hoidon osaamisessa. Vahvinta osaamista koettiin asentohoidossa, missä osaamisen keskiarvo oli 4,1. Asentohoidon osaamisessa 33,3 % vastanneista koki osaamisensa olevan erinomaista ja 46,7 % vastanneista kiitettävää. Kokonaisuuden osa-alueiden kaikkien vastausvaihtoehtojen suhteelliset frekvenssit ovat nähtävissä taulukossa 5.

Taulukko 5. Koettu osaamisen taso oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa.

	Vä- häistä	Kohta- laista	Hy- vää	Kiitettä- vää	Erin- omaista	Kes- kiarvo
Peruskivulääkkeet kivunhoidossa	0,0%	0,0%	40,0%	53,3%	6,7%	3,7
Opioidit kivunhoidossa	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	3,6
Lääkehoidon suunnitelman toteutta- minen oireiden hankaloituessa	0,0%	6,7%	40,0%	46,6%	6,7%	3,5
Hengenahdistuksen oireiden lievittä- minen lääkkein	0,0%	6,6%	26,7%	60,0%	6,7%	3,7
Hengenahdistuksen oireiden lievittä- minen lääkkeettömin keinoin	13,3%	6,7%	46,6%	26,7%	6,7%	3,1
Ummetuksen ehkäisy ja hoito	0,0%	6,7%	13,3%	73,3%	6,7%	3,8
Pahoinvoinnin hoito	0,0%	6,7%	40,0%	53,3%	0,0%	3,5
Suun terveyden huomioiminen elä- mänlaatuun vaikuttavana tekijänä	6,6%	20,0%	26,7%	40,0%	6,7%	3,2
Asentohoito	0,0%	6,7%	13,3%	46,7%	33,3%	4,1
Kosketuksen merkityksellisyys hoito- työssä	0,0%	6,7%	40,0%	33,3%	20,0%	3,7
Sekavuuden hoito	6,7%	13,3%	40,0%	40,0%	0,0%	3,1
Ahdistuksen syiden tunnistaminen	6,7%	20,0%	46,6%	26,7%	0,0%	2,9
Unettomuuden hoito	0,0%	20,0%	46,7%	33,3%	0,0%	3,1

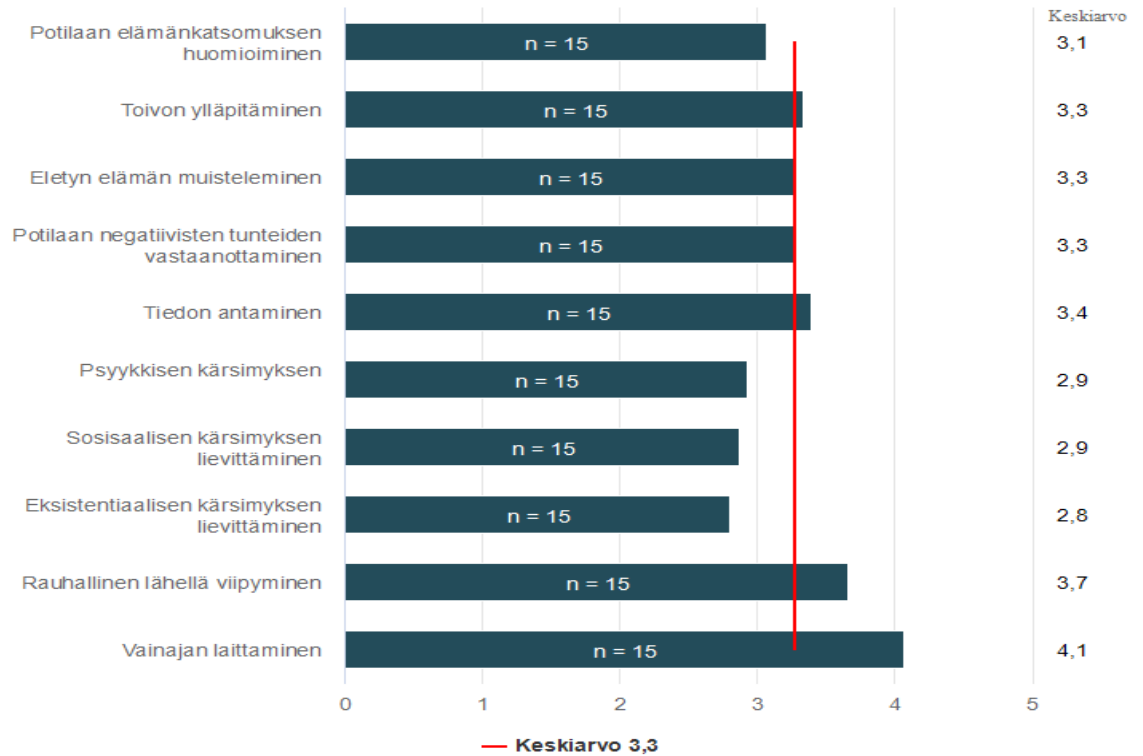
Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa lisäkoulutuksen tarvetta koettiin eniten hengenahdistuksen oireiden lievittämisen osaamisessa lääkkeettömin keinoin ja ahdistuksen syiden tunnistamisen osaamisessa (taulukko 6). Molempien lisäkoulutustarvetta kysyttäessä seitsemän vastaajaa viidestätoista vastanneesta vastasi 'kyllä'.

Taulukko 6. Koettu lisäkoulutuksen tarve oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa.

	Kyllä
Peruskipulääkkeet kivunhoidossa	5
Opioidit kivunhoidossa	5
Lääkehoidon suunnitelman toteuttaminen oireiden hankaloituessa	5
Hengenahdistuksen oireiden lievittäminen lääkkein	5
Hengenahdistuksen oireiden lievittäminen lääkkeettömin keinoin	7
Ummetuksen ehkäisy ja hoito	2
Pahoinvoinnin hoito	3
Suun terveyden huomioiminen elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä	4
Asentohoito	3
Kosketuksen merkityksellisyys hoitotyössä	3
Sekavuuden hoito	5
Ahdistuksen syiden tunnistaminen	7
Unettomuuden hoito	5

#### 5.4 Kuolevan potilaan kohtaaminen

Kuolevan potilaan kohtaamiseen liittyvässä kysymyskokonaisuudessa vastanneiden itse koetun osaamisen keskiarvoksi tuli 3,3 (asteikolla 1–5). Kokonaisuuden keskiarvot ovat nähtävissä kuviossa 4.



Kuvio 4. Vastausten keskiarvot kuolevan potilaan kohtaamisen kokonaisuudessa.

Keskiarvoltaan heikointa osaamisen koettiin olevan eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisessä, missä koetun osaamisen keskiarvoksi tuli 2,8 (asteikolla 1–5). Eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisessä osaamisensa koki vähäiseksi 6,7 % vastaajista, kohtalaiseksi 20,0 % vastaajista ja vain 13,3 % vastaajista kiitettäväksi. Kukaan ei arvioinut osaamistaan erinomaiseksi eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisessä. Seuraavaksi heikoin keskiarvo (2,9) oli psyykkisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa ja sosiaalisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa. Vahvinta osaamista koettiin vainajan laittamisessa, missä keskiarvo oli 4,1. Vainajan laittamisessa erinomaiseksi osaamisensa arvioi 26,7 % vastanneista ja kiitettäväksi 53,3 % vastanneista. Kukaan ei arvioinut osaamistaan vähäiseksi tai kohtalaiseksi vainajan laittamisessa. Kokonaisuuden osa-alueiden kaikkien vastausvaihtoehtojen suhteelliset frekvenssit ovat nähtävissä taulukossa 7.

Taulukko 7 . Koettu osaamisen taso kuolevan potilaan kohtaamisen kokonaisuudessa.

	Vä- häistä	Kohta- laista	Hy- vää	Kiitettä- vää	Erin- omaista	Kes- kiarvo
Potilaan elämäntarkastuksen huomioiminen	13,4%	13,3%	33,3%	33,3%	6,7%	3,1
Toivon ylläpitäminen	6,7%	0,0%	46,6%	46,7%	0,0%	3,3
Eletyn elämän muisteleminen	6,7%	6,7%	46,6%	33,3%	6,7%	3,3
Potilaan negatiivisten tunteiden vastaanottaminen	6,7%	6,7%	40,0%	46,6%	0,0%	3,3
Tiedon antaminen	6,7%	0,0%	46,6%	40,0%	6,7%	3,4
Psyykkisen kärsimyksen lievittäminen	6,7%	20,0%	46,6%	26,7%	0,0%	2,9
Sosiaalisen kärsimyksen lievittäminen	6,7%	20,0%	53,3%	20,0%	0,0%	2,9
Eksistentiaalisen kärsimyksen lievittäminen	6,7%	20,0%	60,0%	13,3%	0,0%	2,8
Rauhallinen lähellä viipyminen	6,7%	0,0%	26,7%	53,3%	13,3%	3,7
Vainajan laittaminen	0,0%	0,0%	20,0%	53,3%	26,7%	4,1

Lisäkoulutuksen tarvetta kuolevan potilaan kohtaamisen kokonaisuudessa koettiin eniten psyykkisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa (taulukko 8), mitä kysyttäessä viidestätoista vastanneesta viisi vastasi 'kyllä'. Lisäkoulutukselle koettiin tarvetta myös potilaan elämäntarkastuksen huomioimisen, potilaan negatiivisten tunteiden vastaanottamisen ja sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa. Näiden kaikkien lisäkoulutustarvetta kysyttäessä viidestätoista vastanneesta neljä vastaajaa vastasi myönteisesti.

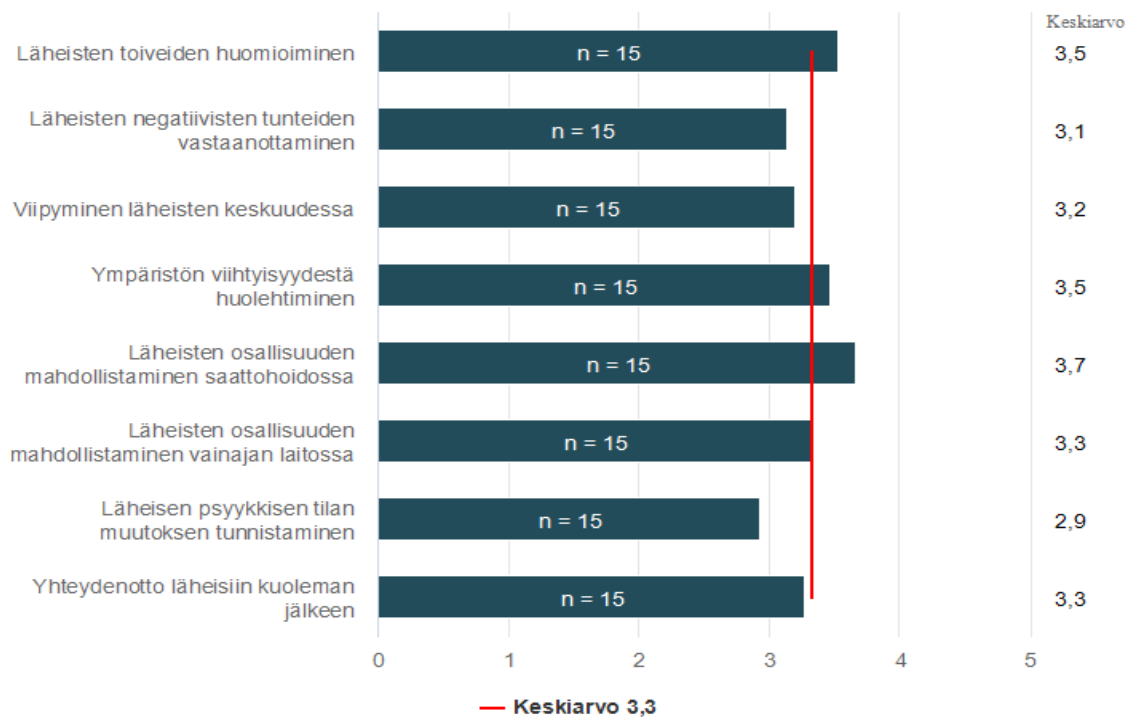
Taulukko 8. Koettu lisäkoulutuksen tarve kuolevan potilaan kohtaamisen kokonaisuudessa.

	Kyllä
Potilaan elämäntarkastuksen huomioiminen	4
Toivon ylläpitäminen	3
Eletyn elämän muisteleminen	3
Potilaan negatiivisten tunteiden vastaanottaminen	4
Tiedon antaminen	2
Psyykkisen kärsimyksen lievittäminen	5
Sosiaalisen kärsimyksen lievittäminen	4
Eksistentiaalisen kärsimyksen lievittäminen	4
Rauhallinen lähellä viipyminen	2
Vainajan laittaminen	1



## 5.5 Läheisten kohtaaminen

Läheisten kohtaamiseen liittyvässä kysymyskokonaisuudessa vastanneiden itse koetun osaamisen keskiarvoksi tuli 3,3 (asteikolla 1–5). Kokonaisuuden keskiarvot ovat nähtävissä kuviossa 5.



Kuvio 5. Vastausten keskiarvot läheisten kohtaamisen kokonaisuudessa.

Kokonaisuuden osa-alueista keskiarvoltaan heikoimmaksi osaaminen koettiin läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistamisessa, missä osaamisen keskiarvoksi tuli 2,9 (asteikolla 1–5). Läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistamisen osaamisen osa-alueella 6,7 % vastaajista arvioi osaamisen vähäiseksi ja 13,3 % kohtalaiseksi. Kukaan ei arvioinut osaamistaan erinomaiseksi läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistamisessa. Vahvimaksi osaaminen koettiin läheisten osallisuuden mahdollistamisessa saattohoidossa, missä koetun osaamisen keskiarvo oli 3,7. Läheisten osallisuuden mahdollistamisen osaamisessa saattohoidossa 13,3 % vastanneista arvioi osaamisensa erinomaiseksi ja 53,3 % vastanneista kiitettäväksi. Kokonaisuuden osa-alueiden kaikkien vastausvaihtoehtojen suhteelliset frekvenssit ovat nähtävissä taulukossa 9.

Taulukko 9. Koettu osaamisen taso läheisten kohtaamisen kokonaisuudessa.

	Vä- häistä	Kohta- laista	Hy- vää	Kiitettä- vää	Erin- omaista	Kes- kiarvo
Läheisten toiveiden huomioiminen	0,0%	6,7%	33,3%	60,0%	0,0%	3,5
Läheisten negatiivisten tunteiden vastaanottaminen	6,7%	6,7%	53,3%	33,3%	0,0%	3,1
Viipyminen läheisten keskuudessa	6,7%	6,7%	46,6%	40,0%	0,0%	3,2
Ympäristön viihtyisyydestä huolehtiminen	6,7%	6,7%	33,3%	40,0%	13,3%	3,5
Läheisten osallisuuden mahdollistaminen saattohoidossa	6,7%	0,0%	26,7%	53,3%	13,3%	3,7
Läheisten osallisuuden mahdollistaminen vainajan laitossa	6,7%	6,7%	33,3%	53,3%	0,0%	3,3
Läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistaminen	6,7%	13,3%	60,0%	20,0%	0,0%	2,9
Yhteydenotto läheisiin kuoleman jälkeen	6,6%	0,0%	60,0%	26,7%	6,7%	3,3

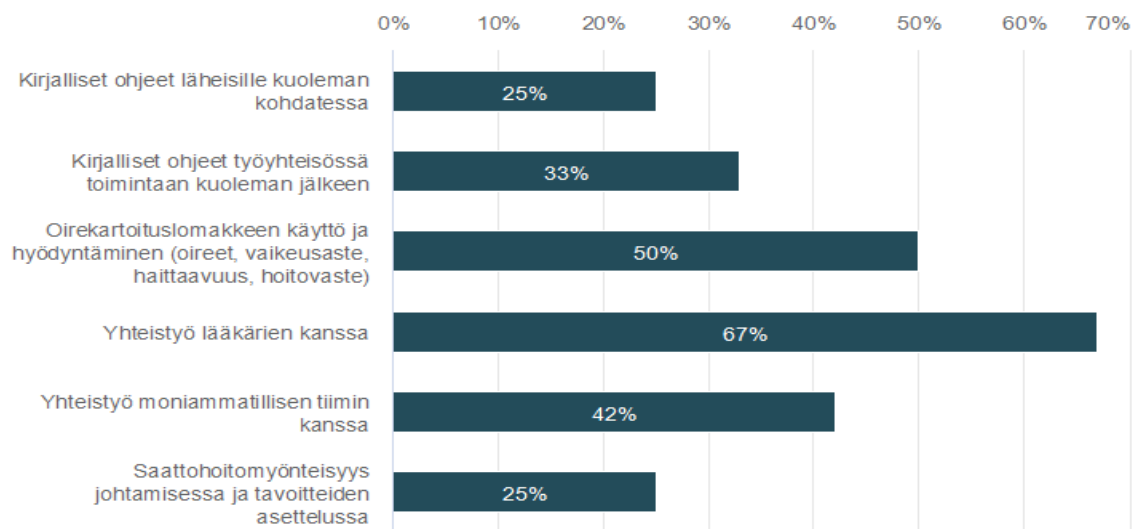
Läheisten kohtaamisen kokonaisuudessa lisäkoulutukselle koettiin eniten tarvetta läheisten negatiivisten tunteiden vastaanottamisen osaamisessa (taulukko 10), mihin viidestätoista vastasi myönteisesti viisi. Myös läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistamisen osaamiseen ja yhteydenottamiseen läheisiin kuoleman jälkeen toivottiin lisäkoulutusta, molempiin vastasi myönteisesti neljä vastaajaa viidestätoista vastaajasta.

Taulukko 10. Koettu lisäkoulutuksen tarve läheisten kohtaamisen kokonaisuudessa.

	Kyllä
Läheisten toiveiden huomioiminen	3
Läheisten negatiivisten tunteiden vastaanottaminen	5
Viipyminen läheisten keskuudessa	2
Ympäristön viihtyisyydestä huolehtiminen	2
Läheisten osallisuuden mahdollistaminen saattohoidossa	2
Läheisten osallisuuden mahdollistaminen vainajan laitossa	2
Läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistaminen	4
Yhteydenotto läheisiin kuoleman jälkeen	4

## 5.6 Kehittämisen tarpeet työpaikalla saattohoitoon liittyen

Sairaanhoitajien itse koetun osaamisen kartoittamisen lisäksi kyselyssä kartoitettiin muutamien saattohoidon toteutukseen liittyvien käytäntöjen kehittämisen tarpeita työpaikalla. Ylivoimaisesti eniten koettiin tarvetta kehittää yhteistyötä lääkärin kanssa. Yhteistyön kehittämistä toivoi 67 % vastanneista. Kaikkien vastausten suhteelliset frekvenssit kehittämisen tarpeista työpaikalla saattohoitoon liittyen on esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6. Vastausten suhteelliset frekvenssit kehittämisen tarpeista työpaikalla saattohoitoon liittyen.

Vastanneista viidestätoista kahdeksan vastaajaa koki tarvetta kehittää yhteistyötä lääkärin kanssa (taulukko 11). Myös oirekartoituslomakkeen käytössä ja hyödyntämisessä koettiin kehittämisen tarvetta, näin vastasi kuusi viidestätoista vastanneesta. Vähiten kehittämisen tarvetta koettiin olevan kirjallisissa ohjeissa läheisille kuoleman kohdatessa ja saattohoitomyönteisyydessä johtamisessa ja tavoitteiden asettelussa. Näihin molempiin vastasi myönteisesti kolme vastaajaa viidestätoista vastanneesta.

Taulukko 11. Koetut kehittämisen tarpeet työpaikalla saattohoitoon liittyen.

	n	Pro- sentti
Kirjalliset ohjeet läheisille kuoleman kohdatessa	3	25,0%
Kirjalliset ohjeet työyhteisössä toimintaan kuoleman jälkeen	4	33,3%
Oirekartoituselomakkeen käyttö ja hyödyntäminen (oireet, vaikeusaste, haittaavuus, hoitovaste)	6	50,0%
Yhteistyö lääkäreiden kanssa	8	66,7%
Yhteistyö moniammatillisen tiimin kanssa	5	41,7%
Saattohoitomyönteisyys johtamisessa ja tavoitteiden asettelussa	3	25,0%

### 5.7 Avoimen kysymyksen vastaukset

Viimeisenä kohtana lomakkeella oli avoin kysymys 'Mitä muuta haluat tuoda esille?'. Vastauksia avoimeen kysymykseen tuli seitsemän (taulukko 12). Kuudessa vastauksessa nousi esille moniammatillisen yhteistyön merkitys saattohoitotyön onnistumisessa. Viidessä vastauksessa esille otettiin saattohoidossa tarvittavien päätösten viivästyminen ja sen mahdolliset seuraukset potilaalle. Kolmessa vastauksessa kommentoitiin saattohoidon toteuttamisympäristöä. Kaksi vastausta toi esille hoitajien ajanpuutteen saattohoitotyössä.

Taulukko 12. Avoimen kysymyksen vastaukset luokiteltuina.

Avoimeen kysymykseen annetut vastaukset luokiteltuina (n=7)	
Moniammatillinen yhteistyö	6
Päätösten viivästyminen	5
Saattohoidon toteuttamisympäristö	3
Hoitajien ajanpuute	2

Palliativiseen ja saattohoitoon liittyvien päätösten viivästyminen viitattiin mm. seuraavissa vastausten lainauksissa: "kipupumpun aloittaminen pitäisi usein tehdä aiemmin", "hoitosuunnitelma on usein epäselvä; lääkärit eivät ota kantaa onko kyseessä saattohoito vai palliativinen hoito" ja "jotkut lääkärit tekevät rohkeasti saattohoitopäätöksiä, mutta kaikki eivät niitä uskalla tehdä". Samoista vastauksista oli löydettävissä viittauksia moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tarpeisiin. Selkeästi moniammatillisen yhteistyön tarve tuli esille myös seuraavissa lainauk-

sisä ”yhteistyö lääkäreiden kanssa on usein haasteellista; potilaalle tehdään ns. turhia tutkimuksia ja hoitoja” ja ”jos lääkäri ei tunnista saattohoitovaiheen eri osa-alueita niin hoitaja ei yksin voi toimia”. Muita moniammatillisia tahoja, jotka mainittiin, olivat OYS:n erityisvastuualueen palliatiivisen hoidon yksikkö ja ikäihmisten asumisyksiköt.

Saattohoidon toteuttamisympäristöä kommentoitiin mm. seuraavilla tavoilla: ”Omaisille toivoisi myös enemmän paikkaa mihin hengähtää syömään rauhassa tai muuten vain levähtämään” ja ”huoneiden viihtyvyyteen ei hirveästi voi satsata nykyisin, syöpää/vaikeita sairauksia on yhä enemmän ja useita syöpäpotilaita/kuolevia on yhtä aikaa osastolla”.

## 6 Pohdinta ja johtopäätökset

Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien kokeman saattohoitotyön osaamisen keskiarvoksi muodostui viiden strukturoidun kysymyskokonaisuuden vastausten perusteella arvo 3,32, asteikolla 1–5. Tutkimuskyselyn perusteella lisäkoulutukselle ja osaamisen kehittämiseksi koettiin eniten tarvetta niillä osa-alueilla ja niissä kokonaisuuksissa, joissa osaaminen koettiin heikoimmaksi. Toisaalta lisäkoulutuksen tarvetta koettiin myös osaamisen tasoltaan vahvimaksi koetun kokonaisuuden monilla osa-alueilla. Työyhteisön saattohoitotyöhön liittyvistä käytännöistä kysyttäessä ja avoimella kysymyksellä vapaasti ajatuksia pyydetessä saadut vastaukset tukivat jäsenneltyjen tutkimuskysymysten vastausten tuloksia.

Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa heikoimmaksi (keskiarvo 3,1) elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen kokonaisuudessa. Kokonaisuuden osa-alueista vahvinta osaamista koettiin potilaan toiveiden huomioimisessa hoitosuunnitelmassa ja hoidon rajausten tarpeen tunnistamisen osaamisessa. Keskiarvoa heikompaa osaamista koettiin elämän loppuvaiheen suunnitelman laatimisen ja sen toistuvan tarkentamisen osaamisessa sekä potilaan pelkojen huomioimisessa suunnitelmassa. Loppuvaiheen hoitosuunnitelmassa tulee huomioida potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet (Saarto ym. 2017, 7), joihin myös pelot ja muuttuvat toiveet kuuluvat. Hyvin laaditulla suunnitelmalla mahdollistetaan potilaan toiveiden toteutuminen ja näin voidaan parantaa potilaan saamaa hoitoa ja elämänlaatua. Hyvän hoitosuunnitelman avulla voidaan vähentää epätarkoituksenmukaisia hoitoja, loppuvaiheen sairaalajaksoja ja läheisten henkistä kuormittuneisuutta (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Hoitosuunnitelmassa tulee huomioida ihmisarvoa kunnioittavat toimenpiteet, kuolevan ja hänen läheistensä osallisuuden mahdollistaminen ja ympäristön viihtyisyys (Saarto ym. 2017, 8). Tärkeää on, että hoitosuunnitelmaa tarkennetaan keskustelujen pohjalta sairauden edetessä, jotta potilaan toiveet tulevat kuulluiksi loppuun asti (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen kokonaisuuden osa-alueilla koulutusta koettiin tarvittavan eniten potilaan pelkojen huomioimisessa hoitosuunnitelmassa ja toiseksi eniten hoidon rajausten tarpeen tunnistamisessa. Kolmanneksi eniten koulutustarvetta koettiin yksityiskohtaisen hoitosuunnitelman laatimisessa yhteistyönä, hoitosuunnitelman tarkentamisessa toistuvien keskustelujen pohjalta sekä potilaan toiveiden huomioimisessa hoitosuunnitelmassa.

Vahvinta osaamista vastaajat kokivat omaavansa oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa (keskiarvo 3,5). Koulutustarvetta koettiin silti kaikilla kokonaisuuden osa-alueilla, mikä kertoo kokonaisuuden tärkeydestä ja sairaanhoitajien halusta pitää tietojaan ja taitojaan ajan tasalla. Eniten koulutusta toivottiin hengenahdistuksen oireiden lievittämiseen lääkkeettömin keinoin sekä ahdistuksen syiden tunnistamiseen. Toiseksi eniten koulutusta toivottiin peruskipulääkkeiden ja opioidien käyttöön kivunhoidossa, lääkehoidon suunnitelman toteuttamiseen oireiden hankaloituessa, hengenahdistuksen oireiden lievittämiseen lääkkein, sekä sekavuuden ja unettomuuden hoitoon. Kolmanneksi eniten toivottiin koulutusta suun terveyden huomioimiseen elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä.

Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuuden osa-alueista osaamista kuvaavaa keskiarvoa heikommaksi jäi kolme toisiinsa kytkeytyvää osa-aluetta: sekavuuden hoito, ahdistuksen syiden tunnistaminen ja unettomuuden hoito. Niiden hyvän hoidon hallinta on tärkeää, sillä sekavuus on hyvin tavallista saattohoitopotilailla. Sekavuus, ahdistus ja unettomuus voivat olla monin tavoin kytköksissä toisiinsa. Ahdistuneisuus voi ilmetä unettomuutena, pelkoti-loina, levottomuutena tai lamaantumisena, jolloin oireiden syiden tunnistaminen myös hankaloituu. (Poukka ym. 2015, 264–265.) Myös hengenahdistuksen oireiden lääkkeettömän lievittämisen osaamisen taso jäi keskiarvoa matalammaksi. Hengenahdistusta koettiin osattavan lievittää hyvin lääkkein, mutta heikommin lääkkeettömin keinoin. Hengenahdistus aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta, joita voidaan lievittää opioideilla ja bentsodiatsepiineilla (Poukka ym. 2015, 262). Aina lääkkeet eivät tuo haluttua helpotusta tai niitä ei voida annostella enempää. Sairaanhoitajan on tärkeä hallita myös hengenahdistusta helpottavat lääkkeettömät keinot, kuten rentoutuminen, asentohoito (puoli-istuva asento), ikkunan avaaminen ja huoneen tuulettaminen (Poukka ym. 2015, 262).

Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisessa vahvinta osaamisen koettiin olevan asentohoidossa, jolla onkin merkittävä rooli painehaavakipujen ja painehaavojen ehkäisyssä (Poukka ym. 2015, 262) sekä siihen vahvasti liittyvänä osana myös kosketuksen merkityksessä hoitotyössä. Hoitotyössä tulee tiedostaa, että sanojen menettäessä merkityksensä aistii iho edelleen tarkasti. Rauhallisin ja lempein ottein voidaan vaikuttaa pahaan oloon, kärsimykseen, mielihyvään ja rauhoittumiseen. (Idman 2013, 145; Anttonen 2016, 129.)

Tutkimusaineiston perusteella kivun lääkehoidon osaamisen koettiin olevan hyvällä tasolla peruskipulääkkeiden ja opioidien käytössä. Vaikka saattohoitopotilaan tajunnantaso olisi alentunut, hän tuntee kipuja, joita tulee hoitaa (Poukka ym. 2015, 260). Kipua voidaan mitata PAINAD-mitarilla, joka perustuu potilaan käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin. PAINAD-

mittarin käytöllä kivun arviointia voidaan parantaa ja kivun lääkehoidon osaamista kehittää. (Björkman ym., 2007.) Lääkehoidon suunnitelman toteuttamisen osaaminen oireiden hankaloituksessa koettiin myös hyväksi. Suunnitelman toteuttaminen on merkityksellistä, sillä vaikka saattohoitopotilaan oireet olisivat hyvin hallinnassa, voi tilanne muuttua nopeastikin. Sairaanhoitajan tulee kyetä toteuttamaan lääkehoidon muutoksia lääkärin ennalta määrittämän ohjeistuksen mukaisesti. (Poukka ym. 2015, 260.)

Ummetuksen ehkäisyn ja hoidon osaamisen koettiin olevan hyvällä tasolla. Ummetus on yksi tavallisimpia saattohoitopotilaan oireita ja sen tehokas hoitaminen on tärkeää, sillä hoitamattomana se lisää potilaan kärsimyksiä (Poukka ym. 2015, 262). Suun terveyden huomioimisen osaaminen elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä jakautui vastausasteikolla laajasti vähäisen ja erinomaisen osaamisen välille. Se voi kertoa siitä, että osa vastaajista pitää suun hoitoa merkittävänä ja osa taas hankalampana toteuttaa, jolloin koetaan myös herkemmin epävarmuutta. Suunhoidolle voi olla myös estäviä tekijöitä, kuten potilaan haluttomuus ja ymmärtämättömyys suunhoidon tärkeydestä tai hoitajien vähättely suunhoidon merkitystä kohtaan, jolloin suun hoitaminen voi jäädä vähemmälle tai jopa tekemättä (Hävölä, Flinkkilä, Laine & Nivala-Huhtaniska 2022, 15). Kuitenkin tulee tiedostaa, että suun ongelmat ovat erittäin yleisiä ja vaativat hyvää ja säännöllistä hoitoa. Suun terveys vaikuttaa merkittävästi potilaan fyysiseen ja psyykkiseen elämänlaatuun. (Poukka ym. 2015, 264.) Suunhoidon tavoitteina saattohoidossa onkin edistää hyvää oloa, lievittää ja hallita kipuja sekä ehkäistä infektioita (Hävölä ym. 2022, 9).

Saattohoidon tarpeen tunnistamiseen liittyvässä kokonaisuudessa kaikkien vastaajien koettua osaamista kuvaavaksi keskiarvoksi tuli 3,4. Kuoleman puheeksi ottaminen potilaan kanssa koettiin keskiarvoltaan kokonaisuuden heikoimmaksi osaamisen osa-alueeksi. Sama osa-alue sai myös eniten kyllä-vastauksia kysyttäessä vastaajilta lisäkoulutuksen tarvetta. Toiseksi eniten koulutustarvetta koettiin saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Koska kuolemaa lähestyvien potilaiden tunnistaminen sekä rohkeasti asiasta puhuminen ovat vaikeita asioita (Hirvonen 2021, 128), on erinomaista, että sairaanhoitajat halusivat niihin myös lisää koulutusta. Hyvissä ajoin tapahtuvan saattohoidon tarpeen tunnistamisen, ja sen puheeksi ottamisen myötä, on mahdollista tarjota parempaa loppuelämän hoitoa (Hirvonen 2021, 129). Lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamisen osaaminen koettiin keskiarviltaan vahvimmaksi osa-alueeksi. Sairaanhoitajan onkin tärkeää tunnistaa lähestyvän kuoleman merkit. Kuoleman hetken lähestyessä hän tietää toimia potilaan toiveiden mukaan yksilöllisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen, sekä pystyy keskittymään rauhalliseen ja levolliseen läsnäoloon. (Surakka ym. 2015, 79.)



Kuolevan potilaan sekä läheisten kohtaamiseen liittyvissä kokonaisuuksissa osaaminen koettiin molemmissa melko samantasoisena (keskiarvot 3,3). Kuolevan potilaan kohtaamisen kokonaisuudessa osaaminen koettiin keskiarvoiltaan heikoimmaksi kuolevan potilaan psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisen osa-alueilla. Samat osa-alueet nousivat esille myös kysyttäessä lisäkoulutustarvetta. Koulutustarvetta koettiin eniten potilaan psyykkisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa. Toiseksi eniten koulutustarvetta tuli esille elämäkatsomuksen huomioimisen, negatiivisten tunteiden vastaanottamisen ja sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa. Merkittävä osa saattohoitotyöstä on psykososiaalista tukeamista, pelkästään fysiologisiin tarpeisiin keskittyvä hoitotyö on riittämätöntä (Surakka ym. 2015, 35). Sivuutettaessa kuolemanpelko ja vallitsevat tunteet, ahdistus ja epätoivo lisääntyvät (Surakka ym. 2015, 33). Sairaanhoidajien kokema lisäkoulutuksen tarve kertoo kuolevan potilaan kohtaamisen merkittävyydestä ja tärkeydestä, vaikka kokonaisuus koetaankin usein vaikeaksi.

Kuolevan potilaan läheisten kohtaamisen kokonaisuudessa osaaminen koettiin keskiarvoltaan heikoimmaksi läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistamisessa. Alle kokonaisuuden osaamisen keskiarvon (3,3,) jäivät myös negatiivisten tunteiden vastaanottamisen, läheisten keskuudessa viipymisen ja kuoleman jälkeisen yhteydenottamisen läheisiin osaamisten keskiarvot. Kaikkiin edellä mainittuihin osa-alueisiin, lukuun ottamatta viipymiseen läheisten keskuudessa, toivottiin myös eniten lisäkoulutusta. Sairaanhoidajan kuunnellessa, keskustellessa ja myötäeläessä omaisten keskuudessa, syntyy mahdollisuus tunnistaa omaisten tarpeita (Surakka ym. 2015, 77), sekä mahdollisia huolestuttavia muutoksia omaisen mielialassa, kuten ajautuminen masennukseen tai sokkiin. Oikeanlaista apua voidaan tarjota vain tilanteen tunnistamisen myötä (Surakka ym. 2015, 78). Jokaisessa työyhteisössä tulee laatia kirjalliset ohjeet kuoleman jälkeisistä toimista ja kertoa omaisille ennalta tulevasta kuoleman jälkeisestä yhteydenotosta. Tieto siitä, että omaisiin otetaan myöhemmin yhteyttä sovitulla tavalla, tuo omaisille tunteen, etteivät he ole yksin surun keskellä ja että heidän voinnistaan välitetään (Surakka ym. 2015, 84).

Kuolevan potilaan kohtaamisen kokonaisuuden osa-alueista keskiarvoltaan vahvinta osaamista koettiin olevan vainajan laittamisessa (keskiarvo 4,1,) ja vain yksi vastaaja koki sille lisäkoulutustarvetta. Osaaminen toivon ylläpitämisessä, tiedon antamisessa, eletyn elämän muistelemisessa ja rauhallisessa lähellä viipymisessä koettiin hyvänä. Muistelemalla arvostavasti elettyä elämää, voidaan lievittää lähestyvän kuoleman aiheuttamaa psyykkistä ahdistusta (Surakka ym. 2015, 33). Myös toivon ylläpitäminen loppuun asti on merkityksellistä, toivo vain muuttaa muotoaan sairauden edetessä (Surakka ym. 2015, 112).

Läheisten kohtaamisen kokonaisuudessa keskiarvoltaan vahvinta osaamista koettiin läheisten osallisuuden mahdollistamisessa saattohoidossa (keskiarvo 3,7). Potilaan hyvään kokonaishoittoon kuuluukin myös omaisten huomioiminen saattohoidossa (Surakka ym. 2015, 77). Omainen voi halutessaan olla mukana muun muassa vainajan laitossa, mikä voi olla omaiselle merkittävä kokemus (Surakka ym. 2015, 81). Myös läheisten toiveiden huomioiminen ja ympäristön viihtyisyydestä huolehtiminen koettiin vahvana osaamisen alueena.

Eri kokonaisuuksissa esille tulleissa osaamisen kehittämisen tarpeissa sekä lisäkoulutuksen tarpeita kysyttäessä korostuivat psykososiaalisiin aiheisiin liittyvät osa-alueet, eli aiheet, jotka liittyvät sekä psyykkisiin että sosiaalisiin tekijöihin. Saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamisen kokonaisuudessa lisäkoulutusta toivottiin eniten kuoleman puheeksi ottamiseen potilaan kanssa. Loppuvaiheen suunnitelman tekemisen osaamisen kokonaisuudessa lisäkoulutusta toivottiin eniten potilaan pelkojen huomioimiseen hoitosuunnitelmassa. Oireenmukaisen ja inhimillisen saattohoidon toteuttamisen kokonaisuudessa lisäkoulutusta toivottiin eniten hengenahdistuksen oireiden lievittämiseen lääkkeettömin keinoin ja ahdistuksen syiden tunnistamiseen. Samassa kokonaisuudessa edellä mainittujen lisäksi keskiarvoltaan heikointa osaamista koettiin myös sekavuuden ja unettomuuden hoidon osaamisessa. Kuolevan potilaan kohtaamisen kokonaisuudessa lisäkoulutusta toivottiin eniten psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämiseen sekä potilaan elämäkatsomuksen huomioimiseen ja negatiivisten tunteiden vastaanottamiseen. Kuolevan potilaan läheisten kohtaamisen kokonaisuudessa eniten lisäkoulutusta toivottiin läheisten negatiivisten tunteiden vastaanottamiseen ja läheisten psyykkisen tilan muutosten tunnistamiseen. Sairaanhoidajalta vaaditaan siis kliinisen osaamisen lisäksi monenlaisia psykososiaalisia taitoja saattohoitotyössä. Saattohoito ja kuolema ovat ainutlaatuisia hetkiä potilaan ja hänen läheistensä elämässä, ja niihin tulee suhtautua tilanteen vaatimalla herkkyydellä ja arvokkuudella, ammatillisuutta unohtamatta. (Surakka ym. 2015, 79–80.)

Saattohoidon toteutukseen liittyvien työyksikön käytäntöjen kehittämisen tarpeita kysyttäessä ylivoimaisesti eniten koettiin kehittämisen tarvetta yhteistyössä lääkäreiden kanssa (67 % vastaajista). On lääkärin tehtävä tunnistaa potilaan sairauden eteneminen ja ennusteen heikkeneminen (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Käytännön työssä sairaanhoitajat ja muut ammattilaiset potilaan ympärillä voivat tuoda esille potilaan muuttuvia tarpeita. Usein juuri hoitajat tekevät merkittäviä huomioita potilaan tilasta. Ilman sairaanhoitajien huomioita ja moniammatillista yhteistyötä, olisi lääkäreiden vaikeampi tehdä päätöksiä. Tutkimuslomakkeen kysymys ja siihen saadut kyllä-vastaukset eivät kuitenkaan paljasta, mitä ja millaista yhteistyötä lääkäreiden kanssa haluttai-

siin kehittää. Lääkäreillä on tunnistamisen ja saattohoitopäätöksen tekemisen lisäksi myös merkittävä rooli pahenemisvaiheiden varalle tehtävässä lääkesuunnittelussa. Lääkärin tulee määrätä säännöllisen lääkityksen lisäksi tarvittava lääkitys hankalimpien oireiden varalle (Poukka ym. 2015, 260). Tarkka ja selkeä lääkesuunnitelma antaa sairaanhoitajalle paremmat mahdollisuudet vaikuttaa potilaan kivun hoitoon ja elämän laatuun omassa hoitotyössään.

Toiseksi eniten toivottiin oirekartoituslomakkeen käytön ja hyödyntämisen kehittämistä. Saattohoitopotilaan oireiden lääkehoidossa haasteita aiheuttaa vaikeutunut oireiden arviointi. Jotta hyvä lääkehoito voidaan mahdollistaa, tulee lääkehoidon lähtökohtana olla potilaan oma arvio ja toiveet oirehoidon toteuttamisesta, sekä lääkehoidon vasteen säännöllinen arviointi. (Poukka ym. 2015, 259–260.) Tilanteen kartoittamisen apuna voidaan käyttää erilaisia oirekartoituslomakkeita (esim. ESAS). Oirekartoituslomakkeen käytön ja hyödyntämisen kehittämisen tarpeen esille tulo tukee aiemmin esille tullutta saattohoidon tarpeen tunnistamisen ja oireenmukaisen saattohoitotyön osaamisen merkityksellisyyttä.

Avoimen kysymyksen vastauksissa korostui eniten moniammatillisen yhteistyön merkitys saattohoitotyön onnistumisessa. Myös työyhteisön käytäntöjen kehittämistarpeita kysyttäessä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sai kolmanneksi eniten kyllä-vastauksia. Eri ammattiryhmien osaamista tulisi hyödyntää saattohoitotyössä. Myös Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen (2022, 24) laatukriteerin 13 mukaan saattohoitopotilaan laadukkaaseen hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä. Siihen kuuluvat lääkärin ja hoitajan lisäksi myös psykososiaalisen tuen ammattilainen, sosiaalityöntekijä, hengellisen tuen asiantuntija, fysioterapeutti sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Avoimissa kysymyksissä mainittiin OYS:n erityisvastuualueen palliatiivisen hoidon yksikkö ja ikäihmisten asumisyksiköt. Yhteistyötä tulisikin tehdä kattavasti perustason (A) saattohoitoyksiköistä molempiin suuntiin, sekä erityistason (B tai C) palliatiivisten keskusten ja saattohoitoyksiköiden että perustason asumisyksiköiden suuntaan.

Saattohoidossa tarvittavien päätösten viivästyminen tuli esille useissa avoimen kysymyksen vastauksissa. Elämän loppuvaiheen suunnitelman ajantasaisuuden tärkeyden korostamisen lisäksi se voi viitata myös edellä mainittuun yhteistyön kehittämisen tarpeeseen. Viivästykö saattohoitopäätöksen tekeminen moniammatillisen yhteistyön puutteen tai toimimattomuuden vuoksi? Sairaanhoitajat kokivat, että lääkäreiden päätökset hoitolinjauksista tai vaikkapa lääkeannostelijan käyttöönotosta tulevat usein liian myöhään. Vastaajat arvostelivat myös sitä, että hoitolinjausten ollessa epäselviä, potilaille tehdään tarpeettomia tutkimuksia ja toimenpiteitä, vaikka olisi jo aika

siirtyä rauhalliseen saattohoitoon. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen (2022, 29) laatuksiteereissä 25 ja 26 mainitaankin, että laadukkaassa saattohoitotyössä saattohoitopäätös tehdään oikea-aikaisesti ja jokaiselle saattohoitopotilaalle laaditaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen saattohoitosuunnitelma, jota tarvittaessa päivitetään. Silloin voidaan keskittyä oikea-aikaiseen ja laadukkaaseen hoitoon.

Avoimen kysymyksen vastauksissa kommentoitiin työympäristön sopivuutta saattohoitoympäristöksi. Potilaan omaisille kaivattiin tilaa tai paikkaa, missä voisi välillä hengähtää, levätä tai vaikka yöydä eväitä. Vastajat kokivat, että saattohoituhuoneiden sijaintiin ja viihtyisyyteen on vain vähäisiä vaikuttamismahdollisuuksia. Etenkin, jos osastolla on yhtä aikaa useampia saattohoitopotilaita, koettiin vaikuttamismahdollisuudet vähäisiksi. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen (2022, 29, 32) laatuksiteereissä 29 ja 38 sanotaan, että laadukkaassa saattohoitotyössä saattohoitovaiheessa mahdollistetaan rauhalliset ja yksityisyyttä kunnioittavat puitteet sekä läheiselle mahdollisuus yöpyä potilaan luona. Hoitajien ajanpuute toteuttaa saattohoitotyötä haluamallaan kiireettömyydellä nousi esille kahdessa avoimen kysymyksen vastauksessa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen (2022, 31) laatuksiteerissä 33 on myös otettu kantaa henkilöstömäärään. Riittävä henkilöstö on suosituksen mukaisen laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edellytys.

## 6.1 Luotettavuus

Ennen tutkimusta ja opinnäytetyötä tehtiin huolellinen opinnäytetyösuunnitelma. Opinnäytetyötä varten perehdyttiin saattohoidon teoreettisiin lähtökohtiin sekä sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen saattohoitotyössä. Opinnäytetyön lähdemateriaalin haussa käytettiin Medic, Terveysportti ja Finna -tietokantoja sekä Google Scholar -hakua. Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja: saattohoito, palliatiivinen hoito, elämän loppuvaiheen suunnitelma, saattohoidon tarpeen tunnistaminen, saattohoidon järjestäminen, kuolema, sairaanhoitajan osaamisvaatimukset. Lisäksi käytettiin niin suomenkielisiä kuin englanninkielisiä artikkeleita tutkimuksista liittyen sairaanhoitajien palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon osaamiseen. Opinnäytetyön luotettavuus perustuu aineiston valintaan ja lähteiden laatuun (Vilka 2021, 186). Aineistoa valittiin kiinnittäen huomiota lähteiden luotettavuuteen ja ajantasaisuuteen. Tiedonhaussa käytettiin luotettavia tietokantoja, sekä luotettavien tiedontuottajien ja organisaatioiden julkaisemia aineistoja sekä kiinnitettiin huomiota aineiston ajantasaisuuteen, eli julkaisuvuoteen. Aineisto oli pääosin vuosilta 2015–2021.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat tutkimusprosessin aikaiset ratkaisut ja valinnat, joiden pohjalta aineistoa kerätään. Tutkijan on valittava tutkittava aineisto tarkoituksenmukaisesti ja perustellusti. (Vilka 2021, 185–187.) Kyselylomakkeen sisältö laadittiin huolellisesti sairaanhoitajan osaamisvaatimuksien ja teorian tiedon pohjalta. Kyselylomakkeen validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sen kykyä mitata juuri haluttua asiaa (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Kyselylomakkeen esitestaus vahvisti mittarin olevan validi. Esitestajilta saadun palautteen perusteella kysely mittasi juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Esitestaus osoitti, että kysely oli ymmärrettävä, pituudeltaan sopiva ja vastasi tutkimuskysymyksiin. Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa on tärkeä kiinnittää huomiota myös tietojen syöttämisen huolellisuuteen sekä mittausvirheiden arviointiin (Vilka 2021, 187). Webropol-alustan käyttäminen minimoi mahdolliset virheet tietojen syöttämisessä, koska vastaaminen tapahtui sähköisesti suoraan järjestelmään.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tutkimuksen kohteena olevalta joukolta, ja tavoitteena oli mahdollisimman kattava otos, eli suuri vastausprosentti. Vastausprosentin suuruus kertoo kyselyn tulosten luotettavuudesta. Mitä suurempi otos on, eli mitä isompi osa perusjoukosta (akuuttiosaston sairaanhoitajat) vastaa kyselyyn, sitä luotettavamman kuvan kokonaisuudesta tulokset antavat. (Vilka 2021, 187). Tutkittavien joukko oli jo lähtökohtaisesti määrältään suhteellisen pieni (30), koska tutkimus toteutettiin toimeksiantajan pyynnöstä vain akuuttiosastolla toimiville sairaanhoitajille.

Tutkijan tulee perustella otoksen edustavuus, tutkittavien tavoittamistavan tarkoituksenmukaisuus ja tutkittavien osallistumismotiivi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 158). Tutkittavia motivoitiin vastaamaan esimiehen kehotuksilla, sekä saatekirjeellä (liite 1). Saatekirjeessä tuotiin esille työnantajan halu tietää työntekijöidensä tarpeista ja toiveista saattohoitotyöhön liittyen. Kyselyn vastausprosentiksi saatiin 50. Suurempaa vastausprosenttia ei saavutettu, vaikka vastausaikaa pidennettiin ja esimies muistutti sairaanhoitajia kahdesti kyselyn vastausaikana. Vastauksia olisi tullut kenties enemmän, jos suunniteltu käynti akuuttiosaston osastopalaverissa kertomassa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä kyselystä olisi voitu toteuttaa. Koronapandemia esti vierailun akuuttiosastolle. Tiedoksianto jäi näin ollen esimiehen jakaman sähköpostin varaan. Sähköpostissa oli tutkimuskyselyn saatekirje ja linkki kyselyyn. Kenties sähköposti ei saavuttanut kaikkia kyselyn kohdejoukkoon kuuluvia sairaanhoitajia, sillä työ sähköpostin lukeminen päivittäin ei ole välttämätöntä osastotyön arjessa. Syynä vastausprosentin jäämiselle viiteenkymmeneen on voinut olla myös työn kiireisyys. Kenties ei ole koettu olevan riittävästi aikaa vastata kyselyyn työaikana.

Tutkijan tulee perustella myös tutkimustulosten merkitys käytännön hoitotyöhön ja tilastollinen merkitys (Kankkunen ym. 2010, 158). Saadut tulokset ovat suoraan merkityksellisiä toimeksiantajalle, ja niitä voi hyödyntää saattohoitotyön osaamisen kehittämisen toimenpiteiden suunnittelussa. Tutkimuskyselyn tulokset kartoittivat vain kohteena olevan yksikön sairaanhoitajien osaamisen tarpeita. Tuloksia ei siis voi pitää akuuttiosastoa laajemmin tilastollisesti merkittävänä kohderyhmän pienuuden vuoksi. Tutkimuskyselyä varten laaditun mittarin käytettävyyttä on kuitenkin mahdollista tarkastella ja testata sen sopivuutta myös muissa perusterveydenhuollon tasoissa saattohoitoa tekevissä yksiköissä osaamisen tarpeiden kartoittamiseen.

## 6.2 Eettisyys

Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen tutkimuskyselyn toteuttamista varten haettiin ja saatiin tutkimuslupa Kuusamon kaupungin hoitotyön johtajalta Kajaanin ammattikorkeakoulun tutkimuslupa -kaavaketta käyttäen. Tutkimuksen aikana noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2021) laatimia hyviä tieteellisiä käytänteitä, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta. Opinnäytetyössä käytettyihin julkaisuihin viitattiin asianmukaisesti.

Tutkimusaineiston keruu ja käsittely toteutettiin eettisesti hyvien käytänteiden mukaisesti (Vilka 2021, 115–116). Kyselyn alkuun laadittiin tietoisesti suostumuksen kysyvä lauseke, jossa vastaajalle kerrottiin kyselyyn osallistumisen olevan vapaaehtoista, luottamuksellista ja anonyymia. Jo opinnäytetyötä suunnitellessa laadittiin aineistohallintasuunnitelma (liite 3), jossa tutkimusaineiston keräämisen, säilyttämisen ja käyttöoikeuksien periaatteet määriteltiin. Webropol-työkälun käyttäminen mahdollisti anonyymien vastaamisen tutkimuskyselyyn. Ohjelmisto noudattaa tietosuojasetuksia sekä tietosuojan että tietoturvan osalta. Kyselylomakkeella ei ollut tarvetta kysyä vastaajan henkilötietoja, joten niitä ei kerätty, tallennettu tai käsitelty. Annettuja vastauksia ei voitu yhdistää vastaajaan.

## 6.3 Ammatillinen kehittyminen

Kehitimme ammatillista osaamistamme useilla suomalaisen yleissairaanhoitajan osaamisvaatimusten osa-alueilla. Erityisesti perehdyimme kahdeksannen kompetenssin palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon osaamisen osa-alueisiin. Sairaanhoitajan tulee osaamisvaatimusten mukaisesti tunnistaa palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon tarve, osata tehdä elämän loppuvaiheen

hoitosuunnitelma yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä, hoitavan lääkärin ja moniammatillisen tiimin kanssa, osata toteuttaa oireenmukaista ja inhimillistä palliatiivista hoitotyötä ja saattohoitoa sekä osata kohdata ja hoitaa kuolevaa potilasta ja tukea hänen läheisiään (Savonia ammattikorkeakoulu, n.d). Opinnäytetyötä tehdessä omaksuimme paljon tietoa palliatiivisen- ja saattohoitotyön lainsäädännöstä, suomalaisesta palvelujärjestelmästä ja käytännön työstä. Saattohoitotyön asiantuntijuus kehittyi laajaan lähdemateriaaliin perehtymällä. Opinnäytetyötä tehdessä meille rakentui kokonaiskuva sairaanhoitajan saattohoitotyön osaamisen tarpeiden monipuolisuudesta perusterveydenhuollon tasolla.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti myös yhdeksän kompetenssin mukaisesti näyttöön perustuvaa toimintaa, tutkimustiedon hyödyntämistä ja päätöksentekoa (Savonia ammattikorkeakoulu, n.d). Tiedonhaku terveys- ja hoitotieteiden yleisimmistä tietokannoista sujuvoitui. Taito lukea ja arvioida kriittisesti tieteellisiä julkaisuja, opinnäytetöitä ja erilaisia lähteitä parani. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys korostui ja kirkastui tietokantoja ja muita lähteitä tutkittaessa. Tutkimuskyselyn toteuttaminen kehitti eettisyyden, luotettavuuden ja tietosuoja-asetusten huomioon ottamista tutkimusaineiston käsittelyssä, säilyttämisessä ja hävittämisessä.

Sairaanhoitajan osaamisvaatimusten osa-alueessa ammatillisuus ja eettisyys listataan sairaanhoitajan ammatti-identiteetin omaksuminen (Savonia ammattikorkeakoulu, n.d). Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tulee toimia vastuullisesti työssään, tuntee sairaanhoitajan ammatteettiset ja turvallisen hoitotyön periaatteet, sekä osata työskennellä niiden mukaisesti. Saattohoitotyön asiantuntijuus ja tutkimusprosessin toteuttaminen edistivät kokonaisvaltaisesti sairaanhoitajan ammatti-identiteetin muodostumista.

#### 6.4 Jatkotutkimusaiheet

Monet esille tulleet osaamisen kehittämisen tarpeet liittyivät psykososiaalisiin aiheisiin, eli osa-alueisiin, jotka liittyvät sekä psyykkisiin että sosiaalisiin tekijöihin. Kuoleman puheeksi ottaminen, potilaan elämäkatsomuksen huomioiminen, ahdistuksen ja kärsimyksen tunnistaminen ja lievittäminen sekä potilaan pelkojen huomioiminen elämän loppuvaiheen hoitotyössä vaativat sairaanhoitajalta psykososiaalista osaamista. Nyt kartoitettujen sairaanhoitajien saattohoitotyön osaamisen kehittämisen tarpeiden lisäksi voisi olla mielenkiintoista haastatella sairaanhoitajia

heidän henkilökohtaisista kokemuksistaan saattohoitotyössä. Kokevatko he henkistä kuormittumista tai riittämättömyyden tunteita saattohoitotyötä tehdessään? Millaisia eettisiä kysymyksiä he kohtaavat saattohoitotyössään?

Uudessa tutkimuksessa voisi kartoittaa myös kuolevan potilaan läheisten kokemuksia ja mielipiteitä saattohoidosta perusterveydenhuollon tasolla. Tutkimuskysymyksenä voisi olla esimerkiksi kokevatko omaiset riittävinä ja asianmukaisina hoitajien läsnäolon, avun ja tuen.

Myös kyselyssä esille tullutta tarvetta kehittää yhteistyötä lääkärien kanssa voisi tutkia tarkemmin. Tutkimus voisi kartoittaa millaista yhteistyötä sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lääkärien kanssa. Moniammatillisen yhteistyön merkitys saattohoidon onnistumisessa tuli esille sekä kysyttäessä kehittämistarpeista työpaikan käytännöissä että avoimen kysymyksen vastauksissa. Voisikin selvittää tarkemmin, millaiselle moniammatilliselle yhteistyölle tarvetta koetaan.

Mikäli tutkimuksen kohteena olisi sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen lisäksi myös sairaanhoitajien psykososiaaliset tarpeet ja kokemukset, omaisten näkemys saattohoidosta, sekä lääkärien että moniammatillisen tiimin kanssa tapahtuvan yhteistyön tarkemmat muutoksen tarpeet, saataisiin kattava kuva akuuttiosastolla toteutettavasta saattohoidosta ja sen kehittämisen tarpeista.



## Lähteet

- Anttonen, MS. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.  
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. (2007). Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi Kahden kipumittarin vertailu. *Lääkärilehti* 62(26) 2547–2553.
- Heiskanen, T. (2015). Kivun hoito palliatiivisella potilaalla. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (54). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2009) *Tutki ja kirjoita*. (140, 231). Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, O. (2021). Kohti parempaa elämän loppuvaiheen hoitoa. *Finnanest* 54(2), 126–129.
- Hyvä saattohoito Suomessa. (2010). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 7.12.2021.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2021). Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 20.4.2022.  
<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>
- Hänninen, J. (2015). Saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (10, 257). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S. & Nivala-Huhtaniska, N. (2022). Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. *Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö*. Viitattu 17.5.2022.  
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/hoitosuositus-suunhoito-netti-1.pdf>
- Hökkä, M., Matrins Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H., Hernández-Marrero, P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* 34(7), 12–13.  
<https://doi.org/10.1177/0269216320918798>
- Idman, I. (2013). Kuolevan potilaan tynnyttely. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) *Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta*. (145). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Tutkimus hoitotieteessä. (154). Helsinki: WSOYpro Oy.

Klemetti, M-L., (2022). Henkilökohtainen tiedonanto. 25.1.2022.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 13.1.2022.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 13.1.2022.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

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

Mattila, K-P. (2018). Kuolemaansa lähestyvälle ja hänen perheelleen on hyvä puhua kuolemasta rohkeasti ja lempeästi. Duodecim (134), 834–835.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä Hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 3.12.2021.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Poukka, P. & Korhonen, T. (2015). Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. (259–265). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 17.12.2021.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö raportteja ja muistioita 2019:68. Viitattu 15.5.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 4/2022. Viitattu 19.5.2022.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Sario, S. (2021). Syöpäkivun kokonaishoito. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.4.2022.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01650/search/who?db=24>

Savonian ammattikorkeakoulu. (n.d). Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Saatavilla 24.1.2022. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/31/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Surakka, T., Mattila, K., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2015). Palliatiivinen hoitotyö. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 13.1.2022.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504227148>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Täydennyskoulutus. (n.d.). Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.1.2022.

<https://stm.fi/sotehenkilosto/taydennyskoulutus>

Unkila, K., Lautala, K., Wikström, M., Joensuu, M. & Savinainen, M. (2018) Kognitiivinen haastattelu kyselylomakkeen kehittämisessä. Kuntoutus 1, 17–24. Viitattu 13.1.2022.

Vilkka, H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä. Keuruu: PS-Kustannus

Vilkka, H. (2014) Tutki ja Mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet. (80–88). Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Saatekirje tutkimuskyselyn vastaanottajalle

Hei, sinä akuuttiosaston sairaanhoitaja

Nyt pääset kertomaan **saattohoitotyön** osaamisestasi ja lisäkoulutuksen tarpeistasi lyhyen Webropol-pohjaisen tutkimuskyselyn avulla.

Kysely vie aikaasi vain noin 15 minuuttia, kiitos jo etukäteen vastauksistasi!

Tällä kyselyllä kartoitetaan saattohoitotyön eri osa-alueiden osaamisen ja koulutuksen tarpeita työpaikallasi. Tutkimus on osa opinnäytetyötämme ja sen lähtökohtana on työnantajasi halu saada lisätietoa aiheesta. Jokainen vastaus on meille ja työnantajallesi tärkeä!

Kysely toteutetaan luottamuksellisesti, emme kysy tai tallenna vastaajien henkilötietoja. Annettuja vastauksia ei voida yhdistää vastaajien henkilöllisyyteen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta erittäin suositeltavaa!

**Vastausaikaa kyselyllä on 2 viikkoa, 14.3.-27.3.2022.**

Opinnäytetyö valmistuu kesäkuussa 2022, jonka jälkeen se on saatavilla allekirjoittaneilta tai työnantajaltasi ja luettavissa theseus.fi -sivustossa.

Vastaamaan pääset mukana olevasta **linkistä**. Kiitos osallistumisesta!

Yhteistyöterveisin,  
Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Irina Säkkinen ja Hanna Säkkinen

Vastaamme mielellämme lisäkysymyksiin opinnäytetyöhön ja tutkimukseen liittyen.  
Ota rohkeasti yhteyttä: Irina p.xxx tai Hanna p. xxx.



## 4. Kuolevan potilaan kohtaaminen

	Koen osaamiseni tason olevan seuraavilla osa-alueilla : (valitse sopivin vaihtoehto)					Tarvitsen lisäkoulutusta
	Vähäistä	Kohtalaista	Hyvää	Kiitettävää	Erinomaista	Kyllä
Potilaan elämäntarkastuksen huomioiminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Toivon ylläpitäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Eletyn elämän muisteleminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan negatiivisten tunteiden vastaanottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Tiedon antaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Psyykkisen kärsimyksen lievittäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalisen kärsimyksen lievittäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Eksistentiaalisen kärsimyksen lievittäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Rauhallinen lähellä viipyminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Vainajan laittaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Läheisten kohtaaminen

	Koen osaamiseni tason olevan seuraavilla osa-alueilla : (valitse sopivin vaihtoehto)					Tarvitsen lisäkoulutusta
	Vähäistä	Kohtalaista	Hyvää	Kiitettävää	Erinomaista	Kyllä
Läheisten toiveiden huomioiminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Läheisten negatiivisten tunteiden vastaanottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Viipyminen läheisten keskuudessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ympäristön viihtyisyydestä huolehtiminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Läheisten osallisuuden mahdollistaminen saattohoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Läheisten osallisuuden mahdollistaminen vainajan laitossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Läheisen psyykkisen tilan muutoksen tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Yhteydenotto läheisiin kuoleman jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

**Koetko kehittämisen tarvetta työpaikallasi seuraavissa asioissa saattohoitoon liittyen?  
Voit valita niin monta vaihtoehtoa kuin haluat.**

- Kirjalliset ohjeet läheisille kuoleman kohdatessa
- Kirjalliset ohjeet työyhteisössä toimintaan kuoleman jälkeen
- Oirekartoituselomakkeen käyttö ja hyödyntäminen (oireet, vaikeusaste, haittaavuus, hoitovaste)
- Yhteistyö lääkärin kanssa
- Yhteistyö moniammatillisen tiimin kanssa
- Saattohoitomyönteisyys johtamisessa ja tavoitteiden asettelussa

**Mitä muuta haluat tuoda esille?**

## Aineistonhallintasuunnitelma

### 1. Aineistojen yleinen kuvaus

Aineisto tähän kartoittavaan tutkimukseen kerätään kvantitatiivisesti (määrällinen) kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen luomiseen käytetään Webropol-palvelua. Kyselylomakkeella kerätty aineisto analysoidaan, jonka jälkeen se koottuna ja järjestettynä esitetään opinnäytetyössä. Näin aineistonkeruusta saatuja tuloksia voidaan käyttää johtopäätöksien tekoon.

### 2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Aineiston alkuperäinen versio on tallennettuna Webropol-palveluun. Webropol-alustan käyttäminen minimoi mahdolliset virheet tietojen syöttämisessä, sillä vastaaminen ja aineiston tarkastelu tapahtuvat samalla alustalla. Kyselylomakkeella ei ole tarvetta kysyä vastaajan henkilötietoja, joten niitä ei kerätä, tallenneta tai käsitellä. Webropol-työkalun käyttäminen mahdollistaa anonyymien vastaamisen tutkimuskyselyyn, jolloin annettuja vastauksia ei voida yhdistää vastaajaan.

### 3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Aineisto pidetään tallennettuna Webropol-palvelussa, jossa sitä myös työstetään analysoinnin aikana. Webropol-palveluun kirjaudutaan omilla kamk-tunnuksilla, jolloin kyselyn avulla saatua aineistoa pääsee käsittelemään ja tarkastelemaan analyysivaiheessa vain opinnäytetyön tekijä, joka kyselyn on laatinut. Ulkopuoliset eivät näin pääse kyselyyn käsiksi.

### 4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskyymykset

Tutkimuksen aineistoon ei kerätä arkaluonteisia tietoja, kuten henkilötietoja, nimeä tai osoitetietoja, eikä kyselyyn vastanneita ole mahdollista tunnistaa aineistosta. Aineistoa käsitellään ainoastaan Webropol-palvelimella, jolloin ns. ulkopuolista aineistoa (mm. paperimuistiinpanoja) ei synny. Webropol-ohjelmisto noudattaa tietosuojasetuksen vaatimuksia niin tietosuojan kuin tietoturvan osalta. Kajaanin ammattikorkeakoululla (KAMK) on Webropol-käyttölisenssi, jolloin ohjelmaa voidaan hyödyntää laajasti kaikissa KAMKin toiminnoissa.

### 5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Kerätty ja analysoitu aineisto sekä käytössä ollut kyselykaavake esitetään opinnäytetyössä, niiltä osin niitä voidaan käyttää hyödyksi jatkossakin. Muutoin Webropol-kyselyn avulla tätä tutkimusta varten kerätty aineisto ei ole myöhemmin muiden käytettävissä.