

Opinnäytetyö (YAMK)  
Sosiaali- ja terveysala, kliininen asiantuntijuus  
2023

Sanna Koskinen

# **Saattohoidon osaamisen edistäminen keuhkosairauksien vuodeosastolla**

  
**TURKU AMK**  
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä  
Turun ammattikorkeakoulu  
Kliininen asiantuntijuus, syöpää sairastavan hoito  
2023 | 57 sivua, 3 liitesivua

Sanna Koskinen

## Saattohoidon osaamisen edistäminen keuhkosairauksien vuodeosastolla

Väestön ikääntyessä kasvaa myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve. Keuhkosairauksien vuodeosastoilla hoidetaan säännöllisesti kuolevia potilaita. Vakavat keuhkosairaudet voivat edetä saattohoitovaiheeseen nopeasti. Saattohoidon tarpeen kasvaessa on syytä kiinnittää huomiota myös hoitohenkilöstön osaamiseen ja hoidon laadun yhdenvertaisuuteen. Edellytyksenä laadukkaan saattohoidon toteuttamiselle on hoitohenkilöstön osaamisen vahvistaminen ja varmistaminen.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli edistää kohdeyksikön saattohoidon laatua ja saattohoito-osaamista yhtenäistämällä toimintatapoja, sekä vahvistamalla oikea-aikaista oirehoitoa. Kehittämisessä pidettiin erityisen tärkeänä käytännöstä ja hoitohenkilöstön näkökulmasta nousseita tarpeita. Osana kehittämisprojektia järjestettiin kohdeyksikössä työpaja, jonka tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilöstön tärkeimmiksi kokemat kehittämisalueet- ja tarpeet saattohoitoon liittyen, sekä ideoida osana kehittämisprojektia luotua tuotosta.

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena laadittiin tarkistuslista tukemaan saattohoidon yhteneväistä toteutusta kohdeyksikössä. Tarkistuslistan luomiseen hyödynnettiin työpajassa esille nousseita kohtia, sekä kirjallisuuskatsauksen teoretietoa. Lisäksi toteutettiin vertailukehittämistä, jonka avulla saatiin tietoa yksiköistä, joissa vastaava tuotos on jo ollut käytössä. Tarkistuslista on suunniteltu käytännölliseksi hoitotyön apuvälineeksi. Se auttaa muistamisessa, tukee hoitokäytänteiden yhtenäistämistä, sekä tukee laadukkaan saattohoidon toteuttamisessa keuhkosairaille potilaille.

Asiasanat: saattohoito, palliatiivinen hoito, keuhkosairaus, keuhkopotilas, tarkistuslista

Master's Thesis | Abstract  
Turku University of Applied Sciences  
Master of Advanced Clinical Practice, Cancer Care  
2023 | 57 pages | 3 pages of appendices

Sanna Koskinen

## Improving the end-of-life care in a pulmonary diseases inpatient ward

As the population ages, the need for palliative care and end-of-life care is also increasing. Pulmonary diseases inpatient wards are regularly taking care of dying patients. Serious pulmonary illnesses can progress quickly into the end-of-life care phase. As the need for end-of-life care is growing, should the quality and equality of care also be considered. In order to provide high-quality end-of-life care, the competence and knowledge of the nursing staff must be endorsed and ensured.

The aim of this development project was to improve the practices and quality of end-of-life care in the target unit by unifying the practices, and to increase the know-how of the nursing staff providing end-of-life care. Acknowledging the needs of the nursing staff carrying out end-of-life care in practice, was a very important part of this project. A workshop was organised on a pulmonary ward to clarify those needs and to brainstorm a checklist that was created as part of the project.

As a result of this development project an end-of-life care checklist was created. The checklist is based on researched information and the needs of the nursing staff, which were discovered at the workshop. Benchmarking was also carried out as part of the project. Benchmarking provided information from the units that had already been using similar tools in practice. The checklist is a support tool for the nurses who are carrying out end-of-life care. The checklist will help the nursing staff to remember the steps of end-of-life care. It can also help to unify the practices and to carry out high quality end-of-life care for patients suffering from terminal stage lung diseases.

Keywords: end-of-life care, palliative care, pulmonary disease, pulmonary patient, checklist

# Sisältö

<b>1 Johdanto</b>	<b>6</b>
<b>2 Kehittämiprojektin lähtökohdat</b>	<b>8</b>
2.1 Tausta ja tarve	8
2.2 Kohdeorganisaation ja projektiorganisaation kuvaus	8
2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos	10
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	10
<b>3 Teoreettiset lähtökohdat</b>	<b>12</b>
3.1 Tiedonhaku	12
3.2 Edenneet keuhkosairaudet	14
3.3 Saattohoito ja palliatiivinen hoito käsitteinä	15
3.4 Saattohoito Suomessa	17
3.5 Saattohoidon osa-alueet	19
3.6 Hyvä saattohoito	24
3.7 Tarkistuslistat hoitotyössä	26
3.8 Yhteenveto	27
<b>4 Kehittämisen- ja arviointimenetelmät</b>	<b>29</b>
4.1 Kehittämismenetelmät	29
4.1.1 Benchmarking	29
4.1.2 Työpaja	30
4.2 Arviointimenetelmät	32
<b>5 Kehittämismenetelmien tulokset</b>	<b>33</b>
5.1 Benchmarkingin tulokset	33
5.2 Työpajan tulokset	34
<b>6 Tarkistuslista kehittämissuorituksen tuotoksena</b>	<b>37</b>
<b>7 Kehittämissuorituksen pohdinta ja arviointi</b>	<b>38</b>
7.1 Tulosten ja tuotoksen pohdinta	38
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	40

7.3 Arviointi	42
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	44

<b>Lähteet</b>	<b>46</b>
----------------	-----------

## **Liitteet**

Liite 1. Kirjallisuushakukoonti

Liite 2. Saattohoidon tarkistuslista

## **Kuviot**

Kuvio 1. Kehittämiprojektin aikataulu.	11
Kuvio 2. WHO:n määrittämät päämäärät saattohoidolle.	16
Kuvio 3. Saattohoidon ja palliativisen hoidon kolmiportainen malli, STM.	18
Kuvio 4. Saattohoidon osa-alueet.	19
Kuvio 5. Hoitajien tunnistamia ongelmakohtia osaston saattohoitoon liittyen.	34
Kuvio 6. Saattohoitopotilaan hyvä kokonaisvaltainen hoito hoitajien näkökulmasta.	35
Kuvio 7. Saattohoidon tarkistuslistan suunnittelu.	36

## **Taulukot**

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poisjättökriteerit.	13
--	----

# 1 Johdanto

Maapallon väestöstä kuolee vuosittain 56 miljoonaa ihmistä. Vuonna 2014 Maailman terveysjärjestö WHO:n julkaiseman arvion mukaan joka kolmas kuolevista potilaista tulee tarvitsemaan palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Suomi on sijoittunut keskitasolle Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen kartoituksessa, missä arvioitiin palliatiivisen hoidon palveluita. (Saarto & Lehto 2019.) Osaava ja riittävä henkilöstö ovat edellytyksenä laadukkaalle elämän loppuvaiheen hoidolle (Lesonen 2019, 34–36; Vihelä ym. 2020, 276). WHO:n mukaan laadukkaan terveydenhuollon toteuttamisen tulisi perustua näyttöön perustuvaan tietoon. Lisäksi sen tulisi olla tehokasta, turvallista, yksilölähtöistä, oikeudenmukaista, tasa-arvoista, oikea-aikaista, tehokasta sekä saumatonta. (WHO 2018, 13.)

Keuhkosityöpä on maailman yleisin syöpä, ja sen ennuste on yleisesti huono (Bylicki ym. 2019, 413). Keuhkohtaumatauti puolestaan on maailman neljänneksi yleisin kuolinsyy. Kuitenkin useat tutkimukset ovat todenneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon olleen keuhkohtaumatautipotilailla riittämätöntä. (Sorenson 2013.) Herkkyys, empatia ja taito kuunnella ovat hoitotyöntekijän työkaluja kärsimyksen kohtaamisessa. Hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito edellyttävät psykososiaalisen ja henkisen tuen osaamista, hyviä vuorovaikutustaitoja sekä laadukasta oirehoidon osaamista. (Saarto ym. 2018, 5, 140.) Hyvällä elämän loppuvaiheen hoidolla voidaan lisätä kuolevan potilaan elämänlaatua, arvokkuutta, emotionaalista ja henkistä hyvinvointia, sekä potilaan ja omaisten hyvinvointia (Dobbins 2016).

Elämän loppuvaiheen hoidon kehittäminen on kansainvälinen ja ajankohtainen haaste. Väestön ikääntyessä ja syöpäsairauksien lisääntyessä kasvaa myös moniammatillisen elämän loppuvaiheen hoidon tarve. (Salminen-Tuomaala 2021.) Suomessa henkilökunnan ja alueellisten palveluiden laatu vaihtelee suuresti. Potilaiden, omaisten ja hoitotyöntekijöiden kertomuksina voivat tulla julki saattohoidon laadussa ilmenneet puutteet ja huomiot. (Anttonen 2016, 16.)

Tämän kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön tavoitteena oli edistää Jorvin keuhkosairauksien vuodeosaston saattohoidon laatua ja saattohoito-osaamista yhtenäistämällä toimintatapoja, sekä vahvistamalla oikea-aikaista oirehoitoa. Tätä tukemaan luotiin työn tuotoksena ajan tasalla oleva tarkistuslista kohdeyksikön hoitohenkilökunnan hyödynnettäväksi. Kehittämistyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Sydän ja Keuhkokeskuksen kanssa, kohdeyksikkönä toimi Jorvin sairaalan keuhkosairauksien vuodeosasto KEU5.

## 2 Kehittämiprojektin lähtökohdat

### 2.1 Tausta ja tarve

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä Jorvin keuhkosairauksien vuodeosastolle. Idea opinnäytetyön aiheelle syntyi kyseisen kohdeyksikön tarpeista. Tarve saattohoidon kehittämiseksi oli tuotu ilmi hoitohenkilökunnan toimesta, sillä kohdeyksikössä hoidetaan saattohoitopotilaita säännöllisesti. Idean saatua kannatusta yksikön esihenkilöltä ja työn ohjausryhmältä lähdettiin aihealueen lähtökohtia selvittämään kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että hoitohenkilökunnan palliatiivinen ja saattohoito-osaaminen kaipaavat kehittämistä ja aiheen olevan ajankohtainen ja tärkeä (Anttonen 2016, Flinkkilä 2019, 38; Lesonen 2019, 35; Salin ym. 2021, 149–151; Saarto ym. 2022, 11). Tämä kehittämisprojekti keskittyi yhtenäistämään hoitokäytänteitä, sekä edistämään hoitajien osaamista.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteiset arvot: yhdenvertaisuus, edelläkäviisyys ja kohtaaminen ovat tärkeitä kaikissa potilaskohtaamisissa (HUS n.d.). Tähän sisältyy myös kuolevan potilaan kohtaaminen. Tämän kehittämistyön kohdeyksiköllä ei ole ollut omaa yksikkökohtaista perehdytysmateriaalia saattohoitoon, eikä yhtenäistä ohjeistusta niistä tekijöistä, jotka tulisi huomioida saattohoitopotilaiden kohdalla.

### 2.2 Kohdeorganisaation ja projektiorganisaation kuvaus

Tämän kehittämistyön kohdeorganisaatio on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Sydän- ja Keuhkokeskuksen keuhkosairauksien vuodeosasto KEU5 Jorvin sairaalassa. Osastolla työskentelee lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutteja sekä laitoshuoltajia. Kyseisellä osastolla hoidetaan muun muassa keuhkokuume-, keuhkohtaumatauti-, keuhkofibroosi-, keuhkosyöpä-, astma-, tuberkuloosi- ja koronapotilaita. Vaikea-asteiset



keuhkosairaudet aiheuttavat pidemmälle edetessään hengenahdistusta jo pienessäkin rasituksessa, kipuja, psyykkistä kuormittuneisuutta, väsymystä ja ruokahaluttomuutta. Tilanne voi edetä pahenemisvaiheen myötä saattohoitovaiheeseen nopeasti ja yllättäen. (Terveyskylä 2018.)

Projekti on tehtäväkokonaisuus, joka on muotoutunut tiettyyn kehittämistarpeeseen, ollen resursseiltaan rajattu, kertaluontoinen sekä aikataulutettu. Projektitoiminta perustuu tunnistettuihin kehitystarpeisiin, realistisiin tavoitteisiin ja se on osallistavaa. Kokonaisvastuun projektista kantaa projektipäällikkö, joka oli tässä projektissa tämän työn kirjoittaja. Projektille nimetty ohjausryhmä seuraa työn etenemistä, sekä arvioi tuloksia. (Komulainen ym. 2014, 4, 16.) Turun ammattikorkeakoulussa TKI-toiminta (tutkimus-, kehittämis- ja innovointi- toiminta) on kiinteä osa opetusta. YAMK-tutkinnossa kolmikantamallilla vahvistetaan työelämän kiinnittyminen osaksi koulutusta, työelämän kehittäminen, sekä osaamisen jakaminen. Kolmikannan muodostaa opiskelija, opettajatuutori sekä työelämämentori. Heidän lisäksi kehittämisprojektin tukena toimii ohjausryhmä, sekä tarvittaessa projektiryhmä. (Ahonen 2015, 12–15.)

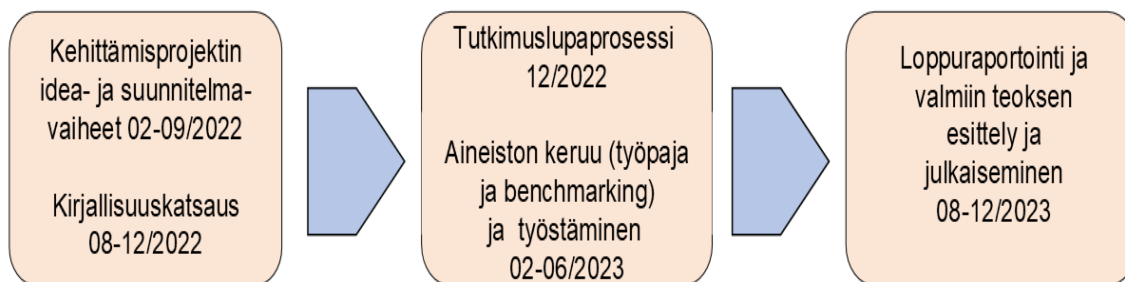
Tämä kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö toteutettiin TKI- kolmikantamallin mukaisesti. Työn ohjausryhmään kuului työn toteuttajan lisäksi opettajatuutori, työelämämentori sekä kohdeyksikön esihenkilönä toimiva osastonhoitaja. Työelämämentori työskentelee tavallisesti kehittämistyön toimintaympäristössä. Hän toimii YAMK- opiskelijan urakehitystä tukevana ohjaajana projektin ajan. (Ahonen 2015, 16.) Tämän projektin työelämämentori vaihtoi työyksikköä projektin loppuvaiheessa, jonka jälkeen kohdeyksikön esihenkilö toimi työn kirjoittajan tukena projektin viimeistelyssä. Tähän kehittämisprojektiin ei perustettu erillistä projektiryhmää, koska siihen ei ollut työn etenemisen ja toteutuksen vuoksi tarvetta.

### 2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa keuhkosairaalan potilaan saattohoitoon liittyviä hyviä käytänteitä ja nykytilaa, sekä Suomessa että kansainvälisesti. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää saattohoidon kehittämistarpeita Jorvin keuhkosairauksien vuodeosaston hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kehittämistyön tuotoksena luotiin saattohoidon tarkistuslista kohdeyksikön hyödynnettäväksi. Tavoitteena oli, että työn tuotos tulisi jatkossa osaksi hoitohenkilökunnan päivittäistä toimintaa ja sitä hyödynnettäisiin osana perehdytystä. Tämän kehittämistyön tavoitteena oli edistää Jorvin keuhkosairauksien vuodeosaston saattohoidon laatua ja saattohoito-osaamista yhtenäistämällä toimintatapoja, sekä vahvistamalla oikea-aikaista oirehoitoa.

### 2.4 Kehittämiprojektin eteneminen

Tämä kehittämiprojekti alkoi ideavaiheella alkuvuonna 2022, kehittämiprojektin aiheen valinnalla, sekä sen tarpeen määrittelyllä. Aiheesta keskusteltiin yhdessä ohjausryhmän jäsenten kanssa. Aiheen saatua kannatusta aloitettiin suunnitelmavaihe kesällä 2022, jolloin ryhdyttiin toteuttamaan kirjallisuuskatsausta. Kehittämiprojektin suunnitelma selkeytyi ja täydentyi tämän myötä. Suunnitelmavaihe sisälsi myös tutkimustavan valinnan, johon harkinnan jälkeen valikoituivat benchmarking ja työpajatoiminta. Toteutusvaiheessa keväällä 2023 suoritettiin aineiston keruuta. Kohdeyksikössä järjestettiin työpaja, sekä vertailukehittämistä toteutettiin sähköisesti. Tämän jälkeen toteutuksen tuloksia käytiin läpi, sekä niitä tarkasteltiin ja luotiin yhteenvetoja. Niiden, sekä kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotu työn tuotos, eli saattohoidon tarkistuslista valmistui syksyllä 2023. Tämän jälkeen toteutettiin loppuraportointia, ja valmiin tuotoksen esittely suoritettiin loppuvuodesta 2023. Kehittämiprojekti eteni järjestelmällisesti ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti. Ohjausryhmä toimi projektin etenemisen tukena läpi sen tekemisprosessin. Kuviossa 1 on esitettyä kehittämiprojektin aikataulu.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin aikataulu.

## 3 Teorettiset lähtökohdat

### 3.1 Tiedonhaku

Tämä työ alkoi kirjallisuuskatsauksella, jolla kerättiin aiemmin tutkittua tietoa ja teoriapohjaa aiheesta kansainvälisistä tietokannoista. Kirjallisuuskatsaus tavoittelee kehittämään, arvioimaan ja luomaan teoriaa, rakentamaan kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta sekä tunnistamaan ongelmia. (Salminen 2011, 3.) Tässä työssä tiedonhaun tarkoituksena oli selvittää keuhkosairaalan potilaan kokonaisvaltaista saattohoitoa, hyvään saattohoitoon kuuluvia tekijöitä, sekä saattohoitoon liittyviä kehittämistarpeita. Kirjallisuuskatsaus muodostuu tiedonhaun tuottamista tuloksista. Kirjallisuuskatsaus keskittyy enemmän saattohoitoon palliatiivisen hoidon sijasta, mutta osa tiedonhaussa löydettyistä tutkimuksista käsittelee molempia käsitteitä.

#### **Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset:**

- Mitkä tekijät muodostavat keuhkosairaalan potilaan hyvän kokonaisvaltaisen saattohoidon?
- Miten saattohoidon laatua voitaisiin parantaa?

Keskeiset asiasanat määriteltiin ennen tiedonhaun toteuttamista. Hakusanoiksi määriteltiin seuraavat: keuhkopotilas, keuhkosairaus, saattohoito, palliatiivinen hoito, tarkistuslista, perehdytys ja hoitajan osaaminen. Näistä sanoista muodostettiin hakulausekkeita, joita käytettiin tiedonhaussa. Vastaavat sanat käännettiin englanniksi kansainvälisiin tietokantoihin. Tiedonhakuun käytettiin kotimaisia Medic- ja Terveysportti- tietokantoja. Ulkomaisista tietokannoista käytettiin Pubmedia, Google Scholaria sekä Cinahlia. Tietokantojen lisäksi kirjallisuuskatsauksessa on hyödynnetty laadukasta hoitoalan kirjallisuutta ja julkaisuja. Tiedonhakua toteutettiin elokuusta joulukuuhun 2022, ja täydennettiin koko kehittämisprojektin ajan. Haku rajattiin niin, että koko tekstin tuli olla saatavilla, sekä tekstin kielen tuli olla joko suomi, ruotsi tai englanti.

Hakutuloksia rajattiin myös koskemaan vain aikuisia ja ikääntyneitä potilaita. Kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut ovat vähintään pro gradu taseisia.

Hakutulosten määrän rajaamiseksi pyrittiin hakusanoissa painottamaan ja tulokset rajaamaan koskemaan juuri keuhkosairasta potilasta. Tarkistuslista-hakusanan tulokset rajattiin koskemaan hoitotyötä tai saattohoitoa. Tulokset rajattiin myös olemaan tehtynä vuosina 2010–2022. Hakutuloksia käytiin ensin läpi otsikkotasolla, minkä jälkeen otsikon osuvuuden perusteella tuloksia valittiin tarkempaan tarkasteluun. Näistä luettiin ensin tiivistelmä, ja tiivistelmän perusteella arvioitiin osuvuutta ja sopivuutta juuri tähän kirjallisuuskatsaukseen. Sen jälkeen karsittiin sopimattomat teokset pois, ja keskityttiin relevantteihin teoksiin tarkemmin.

Tiedonhaussa haasteeksi nousi se, että hakuosumia tuli paljon, mutta niistä juuri tähän työhön relevanttien teosten löytäminen ja rajaaminen oli haastavaa. Kirjallisuuskatsaukseen hyödynnetyt tutkimuksia on 31, nämä teokset ovat laadukkaita ja julkaistu vuoden 2010 jälkeen. Taulukossa 1 on esitetty kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poisjättökriteerit. Tiedonhaussa käytetyt tietokannat, hakusanat, mahdolliset rajaukset, osumat sekä hyödynnetyt osumat ovat liitteessä 1.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poisjättökriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poisjättökriteerit
Kokoteksti saatavilla	Kokoteksti ei saatavilla
Suomen- ruotsin- tai englanninkielinen julkaisu	Julkaisukielenä muu kuin suomi, ruotsi tai englanti
Julkaistu vuoden 2010 jälkeen	Julkaistu ennen vuotta 2010
Julkaisu käsittelee aikuisia tai ikääntyneitä	Julkaisu käsittelee muita kuin aikuisia tai ikääntyneitä
Vastaa tutkimuskysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin

### 3.2 Edenneet keuhkosairaudet

Sairastavuus ja kuolleisuus ovat korkeita edenneissä keuhkosairauksissa. Yleisimmät terminaalivaiheen keuhkosairaudet ovat keuhkohtaumatauti (COPD) sekä keuhkosityöpä. (Roggiero & Reinke 2018, 1265.) COPD on yleinen keuhkojen pitkäaikainen sairaus (Salomaa 2022a). Sitä sairastaa noin 200 000 suomalaista (Tarnanen ym. 2019b). Sairaus kehittyy vuosien kuluessa hitaasti ja liittyy miltei aina tupakointiin. Tupakoivista noin 20–30 % sairastuu tautiin. Sairautta ilmenee keski-ikäisillä ja vanhemmilla. COPD etenee kolmen osatekijän kautta: krooninen keuhkoputkitulehdus, ilmäteiden ahtautuminen sekä keuhkolaajentuma. (Salomaa 2022a.) Tavanomaisia oireita ovat pitkittynyt yskä, hengenahdistus ja limaisuus, ja nämä oireet yleensä pahenevat ajan myötä. Pitkälle edetessä sairauden oireita ovat heikko suorituskyky, väsymys, laihtuminen, hengenahdistus jo pienessäkin rasituksessa tai levossa, sekä toistuvat sairaalahoitoon johtavat pahenemisvaiheet. (Tarnanen ym. 2019b.)

COPD:n hoito pyrkii ehkäisemään pahenemisvaiheita, parantamaan elämänlaatua, lievittämään oireita sekä viivyttämään taudin etenemistä (Tarnanen ym. 2019b). Tupakoinnin lopettaminen on olennaisinta hoitoon ja ennusteeseen liittyen (Mustajoki ym. 2013, 171). Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu tupakasta vieroittamisen lisäksi liikunnallinen kuntoutus, ravitsemustilan huomiointi sekä ohjattu omahoito (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito suositus, 2020). Lääkehoito on tapauskohtaista ja yksilöllistä, määräytyen taudin oireiden, vaikeusasteen, sekä keuhkojen toiminnan mukaan. Edenneessä vaiheessa tupakoimattomalle potilaalle voidaan tarvittaessa tarjota kotihappihoitoa, sekä erikoistapauksissa harkitaan ylipainehengityshoitoa tai kirurgisia hoitomuotoja. (Salomaa 2022a.)

Keuhkosityöpä on maailman yleisin syöpä, ja iso osa keuhkosityöpään sairastuneista myös kuolee siihen (Dela Cruz ym. 2011, 1–2). Suurin riskitekijä on tupakointi, aiheuttaen jopa noin 90 % kaikista keuhkosityöivistä. Muita riskitekijöitä ovat asbestille altistuminen, maaperän radon sekä tietyt

keuhkosairaudet. (Tarnanen ym. 2017.) Tyypillisiä keuhkosyövän oireita ovat veriyskä, yskä, kivut, hengenahdistus, äänen käheytyminen, ruokahaluttomuus, sekä laihtuminen (Knuutila 2020). Keuhkosyöpä voi olla alkuvaiheessa oireeton, päästen kasvamaan kookkaaksi ennen oireiden ilmaantumista. Keuhkosyöpä jaetaan ei-pienisoluiseen ja pienisoluiseen syöpään, ja tarvittaessa alatyyppeihin. (Salomaa 2022b.)

Keuhkosyöpäpotilaan kohdalla arvioidaan hänen suorituskykyään ennen hoitoa, sillä hoidot ovat usein uuvuttavia ja raskaita. Huonokuntoisille potilaille niitä ei voida aloittaa. Yleisin käytetty asteikko suorituskyvyn mittaamiseksi on WHO/ECOG/Zubrodin suorituskykyluokitus. Keuhkosyövän hoitomuotoja voivat olla leikkaus, solunsalpaajahoido, sekä laajemmalle levinneen ei-pienisoluisen keuhkosyövän hoitona palliatiivinen sädehoito, palliatiivinen oireenmukainen hoito ja lääkitys. (Keuhkosyöpä: Käypä hoito -suositus 2017.) Sopivimman hoidon valinta liittyy keuhkosyövän levinneisyyteen, solutyyppiin, molekyylipatologisiin löydöksiin sekä potilaan suorituskykyyn (Salomaa 2022b).

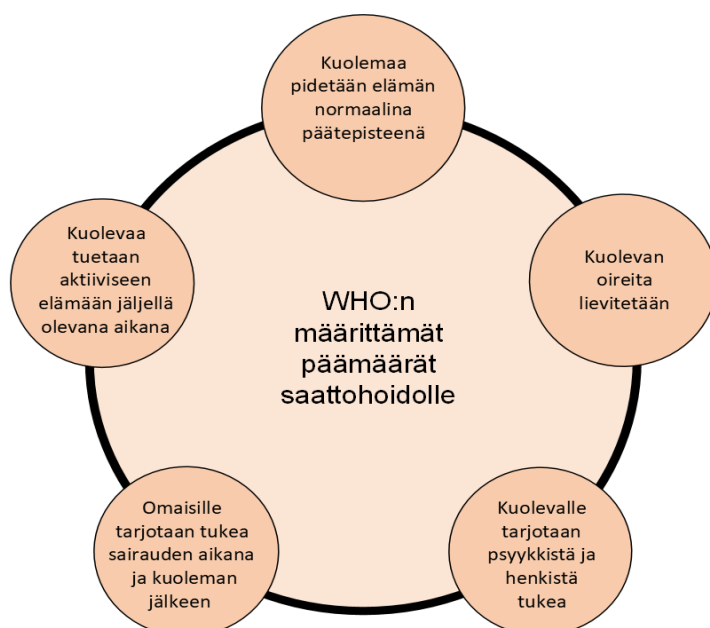
### 3.3 Saattohoito ja palliatiivinen hoito käsitteinä

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt palliatiivisen, eli oireita lievittävän hoidon tarkoittavan potilaan aktiivista, kokonaisvaltaista hoitoa, jota toteutetaan silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja tämän läheisille kärsimystä, sekä heikentää elämänlaatua. Tämä vaihe voi kestää jopa vuosia. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on ylläpitää potilaan elämänlaatua, sekä lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä. (Saarto ym. 2018, 1.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Se ajoittuu oletetun kuolinhetken läheisyyteen, viimeisiin viikkoihin tai päiviin (Ollila 2014, 66; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019). Saattohoito on vaikeasti sairaan potilaan hoitoa silloin, kun parantavista hoidoista on jo luovuttu, eikä taudin etenemiseen voida enää vaikuttaa. Saattohoitopäätös edellyttää, että potilaalla on diagnosoitu kuolemaan johtava sairaus. Saattohoitoprosessin tulisi olla

monitahoinen, kokonaisvaltainen, syvä vuorovaikutusprosessi, johon kuuluvat potilas, omaiset sekä hoitohenkilökunta. (Styrman & Tornainen 2018, 140–142.) Kuolevaksi potilaaksi mielletään potilas, joka on toimintakyvyltään merkittävästi heikentynyt, ja jonka elintoimintojen hiipuesssa lähestyvät kuoleman merkit ovat jo nähtävissä. Kuoleva potilas olisi tärkeää tunnistaa, jotta hoitotoimenpiteet voitaisiin ajoittaa oikea-aikaisesti. (Saarto ym. 2015, 10–11, 256.)

Saattohoitoa ohjaavat WHO:n määrittämät päämäärät, jotka on kuvattu kuviossa 2 (Saarto ym. 2015, 10–11, 256). Hoitovastuussa oleva lääkäri tekee saattohoitopäätöksen, keskustellen ja sopien potilaan, sekä hänen luvallaan myös omaisten kanssa. Saattohoitopäätös tarkoittaa samalla hoitolupausta. Tämän myötä tulisi huomioida potilaan laadukas oireenmukainen hoito, sekä tarvittava tuki potilaalle ja läheisille, myös kuoleman jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 7–8.)



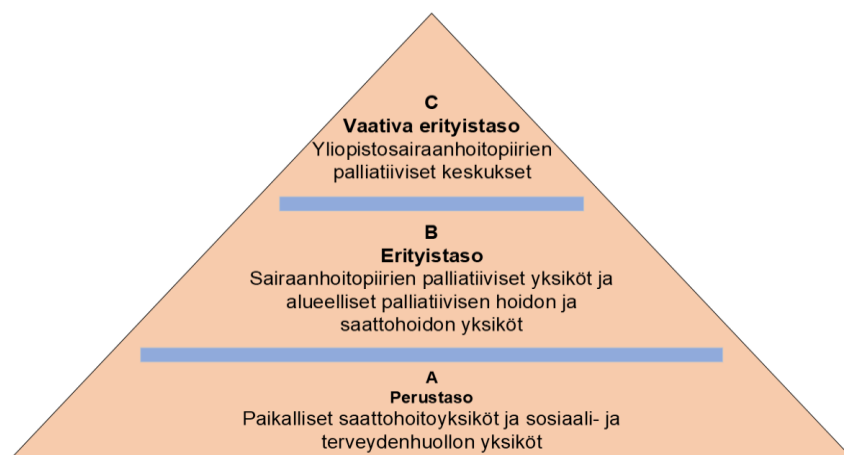
Kuvio 2. WHO:n määrittämät päämäärät saattohoidolle.



### 3.4 Saattohoito Suomessa

Suomessa elämän loppuvaiheen hoitoa on ohjeistettu hoitohenkilökunnalle ensimmäisen kerran vuonna 1982 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 9). Saattohoidon ja palliatiivisten palvelujen saatavuudessa ja tasossa Suomessa on edelleen alueellisia eroja sekä huomattavia puutoksia. Yksi huomattavimmista ongelmista on osaamisen puute, koskien kaikkia hoidon tasoja ja jokaista ammattiryhmää. (Saarto ym. 2022, 11.) The Economist lehden vuonna 2015 julkaisemassa vertailututkimuksessa arvioitiin palliatiivisen hoidon ja elämän loppuvaiheen hoidon laatua laatuindikaattoreiden perusteella. Suomi sijoittui sijalle 20, kun vertailtavia maita oli yhteensä 80. (The Economist Intelligence Unit 2015, 14–15.) Kotimaisten asiantuntijoiden kokemat tärkeimmät saattohoidon kehittämiskohteet liittyvät toiminnan puitteisiin, hoitokäytänteisiin, osaamisen kehittämiseen, palvelujärjestelmään, palveluiden tasa-arvoiseen saatavuuteen sekä kotisaattohoitoon (Salin ym. 2021, 152–155).

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2017 suosituksen saattohoidon ja palliatiivisen hoidon järjestämisestä Suomessa. Kyseisen suosituksen tarkoituksena on mahdollistaa saattohoito ja palliatiivinen hoito niitä tarvitseville, asuinpaikasta ja hoitavasta tahosta riippumatta, sekä yhtenäistää käytäntöjä. Kuviossa 3 on kuvattuna kolmiportainen palveluverkko, joka perustuu hoidon tarpeeseen. Se koostuu perustasosta ja perustason saattohoitoyksiköistä (A), erityistasosta (B), ja vaativasta erityistasosta (C). (Saarto & Lehto 2019.) Potilaan hoidon tulisi olla laadukasta jokaisella hoidon tasolla, ja siihen vaaditaan hoitohenkilökunnalta laajaa osaamista, sekä potilaiden ja omaisten tarpeiden tunnistamista (Vihelä ym. 2020, 276–277). Tämän työn kohdeyksikkö sijoittuu tämän luokittelun mukaan perustasolle (A).



Kuvio 3. Saattohoidon ja palliativisen hoidon kolmiportainen malli, STM.

Useat kansalliset ja kansainväliset lait, sopimukset ja suositukset säätelevät ja ohjaavat elämän loppuvaiheen hoitoa Suomessa. Ne perustuvat perusoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen, ihmisarvon kunnioittamiseen sekä yksilön koskemattomuuteen. Keskeiset kansalliset lait ja asetukset ovat:

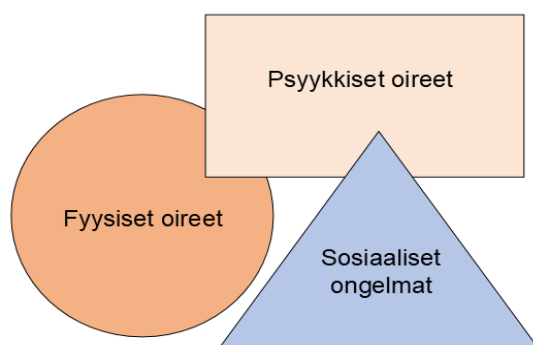
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Suomen perustuslaki 731/1999
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/198

Suomessa on luotu elämän loppuvaiheen hoidon kansallisia suosituksia, joista keskeisiä ovat: Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus (2018), Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus (THL 2022), sekä Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti (STM 2019). Kansainvälisiä hoitoa ohjaavia suosituksia ovat: YK:n

Kuolevan oikeuksien julistus (1975), WHO:n suositus palliatiivisesta hoidosta (2014), Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (2010), sekä Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999. (THL 2022.)

### 3.5 Saattohoidon osa-alueet

Kuoleman lähestyessä potilaat voivat kärsiä monista psyykkisistä ja fyysisistä oireista, jotka kasaantuvat ja sekoittuvat keskenään (Rome ym. 2011, 349; Saarto ym. 2018, 16). Kuviossa 4 on kuvattuna saattohoidon osa-alueet. Vakavasta keuhkosairaudesta kärsivän saattohoitopotilaan tavallisia oireita ovat dyspnea, kakeksia, fatiikki, veriyskä, yskä (ysköksillä tai ilman), kipu ja psykososiaalinen kärsimys (Narsavage ym. 2017, 284). Jokaisen saattohoitopotilaan oireet ja tarpeet ovat yksilöllisiä. Elämänlaatua ylläpitävään kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu hyvä perushoito, fyysisten oireiden lievittäminen, psyykkisten oireiden tunnistaminen ja psyykkinen tuki, sosiaalisten oireiden tunnistaminen ja niissä tukeminen, sekä henkisten ja hengellisten tarpeiden ja toiveiden tunnistaminen ja niissä tukeminen. (Asunmaa ym. 2023, 435.) Vitaalielintoimintojen mittausten seurannan sijaan hoitohenkilökunnan huomion tulisi keskittyä läsnäoloon, välttämällä tarpeettomia toimenpiteitä. Kuolevalta potilaalta tulisi kuitenkin aktiivisesti seurata ja arvioida kipua, hengenahdistusta, limaisuutta, pahoinvointia sekä levottomuutta. (Korhonen & Poukka 2013.)



Kuvio 4. Saattohoidon osa-alueet.

Noin 70 % edennyttä syöpää sairastavista potilaista kärsii **kivuista**. Kivun lievityksen tulisi jatkua potilaan viimeisiin hetkiin asti. Vaikka viimeisten päivien aikana puhekyky ja nieleminen heikkenisivät, tulisi kipulääkkeiden jatkua eri antoreittiä samalla annoksella, huolimatta potilaan heikkenevästä tajunnantasosta. (Lim 2016, 460.) Potilaan kipua tulisi arvioida ja kirjata säännöllisesti. Mikäli potilas ei kykene kertomaan kivustaan itse, tulisi sitä arvioida havainnoimalla potilasta, käyttäen esim. PAINAD- asteikkoa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019.) Kivun arviointiasteikko tulisi valita kullekin potilaalle sopivimmaksi, niitä voivat olla esimerkiksi VAS- kipujana, NRS numeerinen asteikko ja VRS sanallinen asteikko (Saarto ym. 2018, 22).

Kivun hoidossa tulisi lääkehoidon ohella huomioida myös lääkkeettömät kivunhallintakeinot, kuten asento- ja liikehoidot, rentoutus, psyykkinen kipu, hoitotyön menetelmät ja distraktio (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019). Vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat ovat kokeneet heidän kipulääkityksensä ja hengenahdistusta lievittävän lääkityksensä olleen riittämätöntä verrattuna syöpäsairaisiin potilaisiin (Romem ym. 2015, 464–469; Brozek ym. 2019, 242). Hoitamattomana kipu voi korostaa muita fyysisiä oireita, sekä se voi yhdistyä sosiaalisiin ja henkis-hengellisiin ongelmiin. Fyysiset ongelmat, kuten ummetus ja pahoinvointi voivat myös lisätä kipuja. Kipu voi heikentää psyykkisiä voimavaroja, ja muuttaa potilaan aggressiiviseksi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 58–59.)

**Dyspnea** on terminaalivaiheen sairauksissa yleinen oire (Nieminen 2014, 113; Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019). Hankala hengenahdistus kuluttaa myös henkisiä voimavaroja ja aiheuttaa henkistä ahdistuneisuutta (Nieminen 2014, 113). Hengenahdistusta voidaan helpottaa potilaskohtaisesti lääkehoidon lisäksi erilaisilla asentohoidoilla, liikkumisen apuvälineillä ja hengitysfysioterapian menetelmillä (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019). Tavallisesti lääkkeellisten ja lääkkeettömien hoitomuotojen yhdistäminen, sekä soveltuviissa tilanteissa palliativiset toimenpiteet (kuten pleuranesteen poisto, ilmatieahtauman hoito) ja

palliativinen sädehoito luovat kokonaisuuden optimaaliselle hoidolle.

Oireenmukaisena lääkehoitona toimivat yleensä opioidit ja bentsodiatsepiinit.

Viiksien kautta annettu ilmavirta, sekä happi voivat myös tuoda helpotusta

ahdistukseen, kuten myös yksinkertaisen tuulettimen tuoma ilmavirtaus. Kun

kyseessä on saattohoidossa oleva potilas, ei happihoitoa ole kuitenkaan

tarpeellista aloittaa, ellei potilas ole sitä jo aiemmin saanut. (Saarto ym. 2015,

96–101.) “Palliativinen happihoito” määrätään monesti rutiininomaisesti, vaikka

se on monesti turhaa potilaan ollessa jo saattohoitovaiheessa (Campbell ym.

2012, 518).

Noninvasiivinen ventilaatio (NIV) tutkitusti helpottaa keuhkosairaiden potilaiden

hengenahdistusta, ja vähentää morfiinin tarvetta palliativisessa hoidossa. Se

voi myös lisätä elämän loppuvaiheen elämänlaatua. (Diaz de Teran ym. 2019.)

NIV- hoito voi olla aiheellista osana kuolevankin potilaan hyvää oirehoitoa

(Brander 2011, 171). NIV:in käytön ei kuitenkaan tulisi johtaa kärsimykseen, tai

lähestyvän kuoleman tarpeettomaan pitkittämiseen. NIV- hoitoon tulisi

suhtautua pidättyvästi, mikäli se ei lievitä oireita, oletettu akuutti

pahenemisvaihe ei väisty, tai potilas tulee kuolemaan muista syistä kuin

hengitysvajauksen takia. (Saarto ym. 2015, 100; Lehto 2021, 521.)

**Yskä, ysköksillä tai ilman** on yleinen oire keuhkopotilailla (Narsavage ym.

2017, 284). Yskän oireenmukaisena hoitona käytetään yleensä ensisijaisesti

opioideja. Lisäksi voidaan käyttää keittosuolaliuoksen inhalaatiota, inhaloituja

puudutteita, sekä huomioida sitä aiheuttavat tekijät, kuten mahdollinen

aspiraatiovaara, sekä hengitystieinfektiot. (Saarto ym. 2015, 102–103.) Rungas

limaisuus voi aiheuttaa hengenahdistusta sekä korinaa. Limaimut voivat

helpottaa tilannekohtaisesti, huomioiden kuitenkin, että ne voivat olla potilaalle

epämiellyttäviä, ja omaisille kuormittavia seurata (Rahko & Rajala 2020.)

Parantumattomasti sairailta jopa 60%: lla esiintyy loppuvaiheessa

**pahoinvointia**. Sitä voidaan helpottaa hoitamalla sen syytä (kuten ummetus,

infektio, kipu, mahaärsytys), sekä pahoinvointilääkkeillä. (Palliativinen hoito ja

saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019.) **Nielemisvaikeuksia** voi esiintyä

useissa eri sairauksissa elämän loppuvaiheessa. Sitä arvioitaessa tulisi

huomioida siihen johtaneita syitä, niiden hoidettavuutta, ravitsemus- ja nestehoidon tarvetta, aspiraatoriskiä sekä mahdollisen tukoksen tai esteen astetta. (Saarto ym. 2015, 115.) **Kakeksia** on hyperkatabolinen tila, johon kuuluu ruokahaluttomuus, tahaton painon lasku, sekä laajat aineenvaihdunnan muutokset. Kun kyseessä on kuoleva potilas, ei tehostetusta ravitsemushoidosta ole hyötyä. (Saarto ym. 2018, 69–70.)

**Dehydraation** tavallisimpia syitä ovat nesteiden riittämätön saanti, tai nesteiden menettäminen esimerkiksi oksentelun, kuumeen tai ripulin vuoksi, jolloin nesteytys voi olla tarpeen oireiden lievittämiseksi. Saattohoidossa nesteet suun kautta yleensä kuitenkin riittävät, hyvästä suun hoidosta huolehtien. Suonensisäisesti tai ihon alle annettava nesteytys ei vaikuta potilaan ennusteeseen, vaan voi aiheuttaa merkittäviä haittavaikutuksia, kuten hengenahdistusta, turvotuksia, sekä pleuranesteen muodostumista. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019.) Toisinaan hidas nesteinfuusio voi olla tarpeen, jotta saadaan laskimonsisäisen oirehoitolääkityksen antoreitti turvattua. Kuitenkin tällöinkin nesteytyksen tulisi olla enintään 1000 ml vuorokaudessa, ja nesteytyksen mahdollisia haittavaikutuksia tulisi tarkkailla säännöllisesti. (Rahko & Rajala 2020.)

Yksi yleisimmistä vaivoista palliativisessa hoidossa olevilla potilailla on **ummetus**, jonka esiintyvyys syöpäpotilailla on jopa 70–100 %. Ummetuksen hoito on tärkeää suolen toiminnan ja elämänlaadun ylläpitämiseksi, sekä komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Opioidit, sekä monet muut elämän loppuvaiheen hoidossa käytetyt lääkkeet aiheuttavat ummetusta. Ravinnolla, liikkumisella mahdollisuuksien mukaan ja laksatiiveilla voidaan hoitaa ja ehkäistä ummetusta. (Saarto ym. 2015, 143–145.) Eritystoimintojen seurannasta tulisi huolehtia hoitohenkilökunnan toimesta, ja virtsakatetri asettaa tarvittaessa (Rahko & Rajala 2020).

Elämän loppuvaiheessa **hygienia ja suunhoito** siirtyvät usein hoitohenkilökunnalle (Hotus- hoitosuositus 2022, 4, 13). Potilaan hyvästä perushoidosta tulisi huolehtia, yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioiden (Kim & Kim 2021, 8). Saattohoitopotilailla yleisiä suun oireita ovat nielemisvaikeudet,

muutokset makuaistissa, suun kuivuminen, syljen vähäisyys tai liikatuotanto, kivut, Candida-hiivasieni sekä erilaiset suun infektiot. Suunterveyden ongelmat tutkitusti heikentävät palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden hyvinvointia. Vakioidut suunhoidon käytännöt ovat yhteydessä suun ongelmien vähenemiseen, ja niitä tulisi toteuttaa hoito-organisaatioissa. Suun puhdistuksesta sekä säännöllisestä kostutuksesta tulisi huolehtia. (Hotus-hoitosuositus 2022, 4, 13.)

**Fatiikki, eli poikkeava uupumus** on väsymystila, joka ei lieivity levollakaan. Heikkous, uneliaisuus, apatia ja motivaation puute liittyvät fatiikkiin. (Tarnanen ym. 2019.) Suomessa Käypä Hoito ei suosittele saattohoitovaiheessa verituotteiden käyttöä. Fatiikki on monitahoinen, eikä todennäköisesti helpottuisi punasolusiiirroilla anemiasta huolimatta (Rahko & Rajala 2020, 1609). Psykkiset oireet heikentävät elämänlaatua huomattavasti, ja siksi ne tulisi tunnistaa ja huomioida ajoissa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019). **Psykososiaalinen ja eksistentiaalinen kärsimys** ovat yleisiä saattohoitopotilailla (Asunmaa ym. 2023, 438). Psykososiaalisilla hoidoilla voidaan helpottaa masennus- ja ahdistusoireita, sekä niihin voidaan tarvittaessa yhdistää lääkehoitoa (Tarnanen ym. 2019). Moniammatillinen tiimi, kuten sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, sairaalapastori ja kuntoutusohjaaja voivat kukin tarjota omalta osaltaan tukea ja apua (Rahko & Rajala 2020). Myös kuolevan potilaan omaiset voivat tarvita tukea ja heidät tulisi osata huomioida. Hoitohenkilöstön olisi hyvä valmistautua etukäteen omaisten kohtaamiseen, ja sille tulisi olla varattuna kiireetöntä aikaa. (Asunmaa ym. 2023, 439.)

**Äkillisen sekavuustilan, deliriumin** taustalla on aivotoiminnan häiriö. Sen esiintyvyys syöpäpotilaiden viimeisinä elinpäivinä on jopa 88 %. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019.) Delirium voi luoda hoitotilanteesta hyvin haastavan ja väsyttävän sekä hoitohenkilökunnalle, että omaisille (Lim 2016, 461). Sairaalaoloissa yleisin syy deliriumille on lääkitys, kuten antikolinergit, opioidit ja rauhoittavat unilääkkeet (Rome ym. 2011, 349). Muita syitä voivat olla esimerkiksi infektiot, hypoksia, aivoetäpesäkkeet,

hyperkalsemia ja uremia. Sekavan potilaan hoitoympäristön tulisi olla rauhallinen, turvallinen ja valvottu. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019.) Deliriumille provosoivat ja altistavat tekijät tulisi havaita ja hoitaa. Saattohoidossa saatetaan tarvita sedaatiota viimeisten elinpäivien sekavuuden hoitoon, ellei muulla hoidolla ole vastetta. (Saarto ym. 2015, 170–173.) Kuoleman lähestyessä palliativista sedaatiota voidaan harkita myös muille hoitotoimille reagoimattoman hengenahdistuksen hoitoon (Tarnanen ym. 2019b; Leivo-Korpela ym. 2022, 52). Palliativisella sedaatiolla kuolevan potilaan tajuntaa alennetaan lääkkein oireiden lievittämiseksi ja potilaan rauhoittamiseksi. Se ei jouduta kuolemaa. Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää palliativisen sedaation tavoitteet ja toteutus ennen sen aloittamista. (Tarnanen ym. 2019b.)

### 3.6 Hyvä saattohoito

Saattohoitopäätöksen teon yhteydessä tulisi potilaan ja omaisten kanssa tehdä saattohoitosuunnitelma, eli yksilöllinen elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Hoidonrajaukset, tai “ei elvytetä-päätös” (DNR, DNAR) eivät korvaa saattohoitopäätöstä, vaikka elvyttämättä jättäminen kuuluukin saattohoitopäätökseen. (Valvira 2020; Suomen lääkäriliitto 2021.) Hoitava lääkäri voi laatia ennakoivan hoitosuunnitelman (ACP, advance care planning) pitkälle edennyttä sairautta sairastavan potilaan ja tämän omaisten kanssa, ja sairauden edetessä tätä suunnitelmaa tulisi tarkentaa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tulisi sisältää merkinnät käydyistä keskusteluista ja sairauden vaiheesta, hoitolinjauksesta- ja rajauksista, hoitomenetelmistä, potilaan omista toiveista ja peloista, sekä hoidosta vastaavasta tahosta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019; Saarto ym. 2022, 23.) Ennakoivat hoitosuunnitelmakeskustelut ja interventiot ovat lisänneet hoitotyytyväisyyttä, sekä palliativisen hoidon ja kirjallisten hoitotahtojen toteutumista. Lisäksi ne ovat vähentäneet omaisten ahdistuneisuutta, vähentäneet siirtoja hoivayksiköistä sairaalaan, sekä vähentäneet tehohoitojaksoja ja elvytysyrityksiä. (Lehto ym. 2019.)



Kuoleman lähestymisen tunnistaminen ja sen jälkeen hoitotiimin jäsenten yhteinen keskustelu potilaan hoitosuunnitelmasta ohjaavat oikea-aikaiseen oirehoitoon, ja kokonaisvaltaisen saattohoidon onnistuneeseen toteuttamiseen (Lim 2016, 458). Laadukkaan ja vaikuttavan saattohoidon oirehoidon tulisi olla ennakoivaa ja ennaltaehkäisevää (Asunmaa ym. 2023, 435). Systemaattinen kirjaaminen potilastietojärjestelmään mahdollistaa hoitovasteen arvioimisen, ja tuo tarvittavat tiedot potilaan tilasta ilmi koko hoitotiimille. Yksikön yhteinen toimintamalli ja ohjeistus tukevat perehdyttämisessä, sekä ohjaavat toimintaa. (Saarto ym. 2022, 26.) Monikulttuurisuus ja kieliongelmat tulisivat olla huomioituna etukäteen. Oman äidinkielen käyttö on merkityksellistä kuolevalle potilaalle ja tämän omaisille. (Grönlund & Huhtinen 2011, 33–34; Saarto ym. 2022, 24.)

Saattohoitopotilaan tulisi voida tuntea olonsa turvalliseksi, saada osallistua hoitopäätöksiin, sekä kokea saavansa säilyttää omat elämäntapansa ja arvonsa. Saattohoidon lähtökohtiin kuuluu saattohoitopotilaan toiveiden ja tarpeiden täyttäminen, sekä tämän vakaumuksen kunnioittaminen. Potilaiden omia toiveita elämän viime hetkien hoitoon liittyen tulisi huomioida yhä enemmän. (Sosiaali ja terveysministeriö 2010, 17.) Potilaat ovat kertoneet kommunikoinnin olevan yksi tärkeimmistä hoitohenkilökunnan ominaisuuksista saattohoitoon liittyen (Tavares ym. 2017, 6; Vihelä ym. 2020, 275). Vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat ovat kokeneet saavansa laadultaan ja määrältään huonoja keskusteluita mahdolliseen palliatiiviseen hoitoonsa liittyen, ja niiden tapahtuneen vasta myöhäisessä vaiheessa. (Janssen ym. 2011, 275; Au ym. 2012, 726; Sorenson 2013, 322; Tavares ym. 2017, 6.) Myös ennakoivia hoitosuunnitelmia tulisi toteuttaa keuhkohtaumatautipotilaille nykyistä enemmän (Patel ym. 2012, 76–77; Sorenson 2013, 321–322).

Sairaanhoitajien opetussuunnitelmaan sisältyy vahva eettinen ja ammatillinen päätöksentekotaito, sekä hoitotieteeseen perustuva osaaminen (Sosiaali ja terveysministeriö 2010, 21). Sairaanhoitajilta odotetaan laaja-alaista ja kokonaisvaltaista saattohoidon osaamista. Ohjausosaaminen, kohtaamisosaaminen, vuorovaikutusosaaminen, oirehoito sekä juridinen ja

eettinen osaaminen ovat taitoja, joita saattohoitoa toteuttavalta hoitohenkilökunnalta jokaiselta edellytetään. (Vihelä ym. 2020, 275–282.) Saattohoidossa vuorovaikutuksen ja läsnäolon merkitys korostuvat, ja myös omaiset ja heidän tarpeensa tulisi osata huomioida (Anttonen 2016, 137; Flinkkilä 2019, 31; Lesonen 2019, 36; Vihelä ym. 2020, 278).

Hoitotyön peruskoulutus on harvoin vastannut hoitajien työelämän tarpeita saattohoitoon liittyen, ja lisäkoulutusta tarvitaan. Myös vuorovaikutusosaaminen osana koulutusta tulisi huomioida. (Flinkkilä 2019, 38; Lesonen 2019, 35; Salin ym. 2021, 149–151; Hökkä 2022, 73.) Hoitajat ovat kokeneet tarvitsevansa tukea omaisten kohtaamiseen, ja kuolemasta puhuminen on koettu hankalaksi (Lesonen 2019, 36). Vuoden 2019 Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa ehdotettiin systemaattista palliatiivisen hoidon perusopetusta, sekä täydennys- ja erikoistumiskoulutusta hoitohenkilökunnan osaamisvajeen kohentamiseksi (Forsius ym. 2021, 4).

### 3.7 Tarkistuslistat hoitotyössä

Potilasturvallisuus nimettiin yhdysvaltalaisen lääketieteen järjestön vuoden 2000 raportissa ”To Err is Human” tärkeimmäksi kehityskohteeksi terveydenhuollon organisaatioissa. Tämän jälkeen potilasturvallisuutta on tutkittu huomattavasti enemmän, ja turvallisuuteen on kiinnitetty enemmän huomiota kuin aiemmin. (Kurki ym. 2021, 7–8.) Käytännön toimet potilasturvallisuuden edistämiseksi, kuten tarkistuslistojen käyttöönotto ovat konkretisoineet potilasturvallisuustyötä, sekä muokanneet ilmapiiriä turvallisuutta korostavammaksi (Aaltonen & Rosenberg 2013, 10). Sosiaali- ja terveysalalla hyödynnetään erilaisia asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä tarkistuslistoja, joiden on todettu olevan hyödyllisiä (Kurki ym. 2021, 255).

Tarkistuslistojen tulisi perustua näyttöön perustuvaan tietoon, sekä korostaa riskitilanteita, jotka jäävät helposti huomioimatta ja tapahtuessaan voivat aiheuttaa vakaviakin haittoja (Walker ym. 2012, 48). Tarve tarkistuslistan kehittämiseksi ja hyödyntämiseksi saa usein alkunsa yksikössä tapahtuneesta

läheltä piti -tilanteesta, tai jo sattuneesta virheestä (Blomgren & Pauniahho 2013, 276). Tarkistuslistaan kootaan ydinasiat, ja se myös auttaa arvioimaan potilasturvallisuutta jokapäiväisessä hoitotyössä (Mustajoki ym. 2013, 899). Hyvä tarkistuslista on helppolukuinen, lyhyt, ja sen läpikäyminen on nopeaa toimintaa. Tarkistuslista voi olla elektronisessa tai paperisessa muodossa. Sen tarkoituksena ei ole lisätä hoitohenkilökunnan työmäärää. (Blomgren & Pauniahho 2013, 287–288.) Tarkistuslistan avulla voidaan varmistaa, että aiemminkin suoritettut asiat tulevat toteutetuksi järjestelmällisesti ja säännöllisesti (Blomgren & Pauniahho 2013, 287–288; Crowe 2017, 31).

Tarkistuslistoja käytetään yhtenäistämään käytänteitä, sekä vähentämään ehkäistävissä olevia virheitä käytännössä. Tarkistuslistat tutkitusti parantavat muistamista, sekä helpottavat kommunikointia yksiköissä, joissa se on käytössä. (Walker ym. 2012, 47–48; de La Cruz ym. 2016, 241.)

Tarkistuslistasta on hyötyä etenkin, jos hoitohenkilökunnalta vaaditaan monien asioiden yhtäaikaista hallintaa, nopeaa työtahtia sekä suurta tarkkuutta (Blomgren & Pauniahho 2013, 276). Tarkistuslistojen on todettu lisänneen tehokkuutta ja tietojen dokumentoinnin laatua. (de La Cruz ym. 2016, 243–244).

### 3.8 Yhteenveto

Edenneiden keuhkosairauksien sairastavuus ja kuolleisuus ovat korkeita. Keuhkohtaumatauti sekä keuhkosityöpä ovat yleisimpiä terminaalivaiheen keuhkosairauksia. (Roggiero & Reinke 2018, 1265.) Kuoleva potilas voi kärsiä monista fyysisistä ja psyykkisistä oireista, jotka voivat kasaantua ja sekoittua keskenään (Rome ym. 2011, 349; Saarto ym. 2018, 16). Terminaalivaiheen keuhkosairaudesta kärsivän potilaan tavallisia oireita ovat dyspnea, kakeksia, fatiikki, veriyskä, yskä (ysköksillä tai ilman), kipu ja psykososiaalinen kärsimys (Narsavage ym. 2017, 284). Saattohoidossa tulisi huomioida hyvä perushoito, fyysiset-, psyykkiset-, ja sosiaaliset oireet sekä hengelliset tarpeet ja toiveet.

Oirehoidon tulisi olla ennakoivaa ja ennaltaehkäisevää, jotta se olisi vaikuttavaa ja laadukasta. (Asunmaa ym. 2023, 435.)

Saattohoitoprosessin tulisi olla monitahoinen, kokonaisvaltaisesti laaja, syvä vuorovaikutusprosessi, johon kuuluvat potilas, omaiset sekä hoitohenkilökunta (Styrman & Torniainen 2018, 140–142). Saattohoitopäätös on hoitolupaus, jonka myötä potilaan laadukas oireenmukainen hoito ja tarvitsema tuki tulisi huomioida (Sosiaali ja terveysministeriö 2017, 7–8). Suomessa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteuttamisessa on todettu olevan merkittäviä ongelmia koskien osaamisen puutetta kaikissa ammattiryhmissä ja hoidon tasoissa (Saarto ym. 2022, 11). Sairaanhoidajilta odotetaan laaja-alaista ja kokonaisvaltaista saattohoidon osaamista (Vihelä ym. 2020, 275). Hoitotyön peruskoulutus vastaa harvoin työelämän tarpeita, joten lisäkoulutusta tarvitaan. Myös omaisten kohtaamisosaaminen ja vuorovaikutusosaaminen tulisi huomioida. (Flinkkilä 2019, 38; Lesonen 2019, 35; Salin ym. 2021, 149–151; Hökkä 2022, 73.) Hoitotyön tarkistuslistat voivat toimia muistin, kommunikoinnin ja dokumentoinnin tukena, sekä auttavat yhtenäistämään hoitotyön käytänteitä (Walker ym. 2012, 47–48; de La Cruz ym. 2016, 241).

## 4 Kehittämis- ja arviointimenetelmät

### 4.1 Kehittämismenetelmät

Tämä kehittämisprojekti perustuu tutkimukselliseen kehittämistoimintaan. Saattohoito-osaamista lähdettiin pohtimaan aiemman teoreettisen ja tutkitun tiedon pohjalta, sekä hyödynnettiin tätä opinnäytetyötä varten kerättyä tietoa. Kehittäminen koetaan monesti konkreettisena toimintana, joka pyrkii ennalta määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittämistoiminta voi pyrkiä toimintatavan kehittämiseen ja edistämiseen, tähdäten muutokseen ja tavoitteellisuuteen. Lisäksi toiminta voi kohdistua suoraan työntekijöihin ja ammatilliseen asiantuntemukseen, jolloin muutosta tavoitellaan työnteon menetelmiin ja tapoihin. (Toikko & Rantanen 2018, 14–18.) Tähän pyrittiin myös tämän projektin kohdalla.

#### 4.1.1 Benchmarking

Tässä kehittämistyössä käytettiin benchmarkingia toisena kehittämismenetelmänä. Sanalle benchmarking ei ole täsmällistä suomenkielistä käännöstä, joten englanninkielinen termi on yleisesti käytössä. Ehdotuksia suomenkielelle ovat muun muassa vertailuanalyysi, esikuva-analyysi ja vertailukehittäminen. (Savonen 2021, 15–16.) Tässä työssä käytettiin käännöstä vertailukehittäminen. Benchmarkingissa tärkeää on ensin määrittää valittu kehittämisalue. Tärkeää on etukäteen selvittää myös, mitä hyvältä esimerkiksi halutaan ja mitä siitä tarvitsee oppia. (Karlöf ym. 2003, 152–172.) Tässä työssä benchmarkingin kehityskohteena oli työn tuotos, eli saattohoidon tarkistuslista.

Benchmarkingin ensimmäisessä vaiheessa kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista etsittiin sairaaloiden vuodeosastoja, hoivakoteja, perusterveydenhuollon yksiköitä tai kotisairaanhoidon yksiköitä, joissa on ollut käytössä saattohoidon tarkistuslista tai vastaava hoitotyön apuväline. Useimmissa löydettyissä yksiköissä kyseinen tuotos oli myös syntynyt

opinnäytetyön tuotoksena. Lisäksi yksikön nimen tuli olla ilmoitettuna, ja yhteyshenkilön yhteystiedot tuli löytyä verkosta. Tämä rajasi tuloksia. Sopivia yksiköitä benchmarkingiin valikoitui kymmenen.

Benchmarkingin toisessa vaiheessa näiden yksiköiden yhteyshenkilöitä lähestyttiin sähköpostitse keväällä 2023. Sähköposti sisälsi kyselylomakkeen, sekä saatekirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyön taustasta. Relevantteja vastauksia saatiin kahdelta yksiköltä. Kyselylomakkeelle laaditut kysymykset olivat avoimia, laadullisia kysymyksiä. Benchmarking- kysymysten aihealueiksi valikoituivat: A) tarkistuslistan vaikuttavuus saattohoidon laatuun B) tarkistuslistan sisältö C) tarkistuslistan visuaalinen ilme ja käytettävyys D) tarkistuslistan mahdolliset puutteet.

Benchmarking pyrkii tunnistamaan menestyksen tuoneita tapoja vertailemalla, kuvaamalla ja ymmärtämällä (Tuominen 2016, 8). Keskeistä on tarkastella sitä, miten jokin on tehty ja miksi. Benchmarkingin ajatuksena on hyvien käytänteiden jakaminen suorituskyvyn parantamisen lisäksi. (Savonen 2021, 15–16.) Tähän pyrittiin vertailukehittämällä myös tässä kehittämistyössä, työn tuotosta pyrittiin kehittämään näiden vertailukohteiden avulla.

#### 4.1.2 Työpaja

Toisena kehittämismenetelmänä toteutettiin työpajatoimintaa. Työpaja, eli workshop tarkoittaa seminaaria tai tapahtumaa, jossa osallistujat työskentelevät yhdessä erilaisin vuorovaikutuksellisin välinein ja menetelmin. Työpajat keskittyvät ideoiden, mielipiteiden, ajatusten ja tietojen vaihtamiseen ja yhteiseen keskusteluun. (Salonen ym. 2017, 91.) Osana tätä kehittämissuunnitelmaa järjestetyssä työpajassa tarkoituksena oli kerätä kohdeyksikön hoitajien ideoita ja mielipiteitä osaston saattohoidon kehittämistarpeisiin liittyen, sekä tunnistaa mahdollisia ongelmakohtia. Työpajatoiminnalla saatiin osallistettua kehittämistyöhön myös heidät, jotka tulevat jatkossa itse hyödyntämään kehittämistyön tuotoksena kehitettyä tarkistuslistaa. Tarkoituksena oli, että työpajassa yhteisesti ideoidaan niitä kohtia, joita hoitajat itse kokevat

mielekkääksi tarkistuslistalle tulevan. Tavoitteena oli, että työpajasta nousee esille näkökulmia ja asioita, joita tässä kehittämistyössä voidaan hyödyntää. Vastaava työpajatyöskentely mahdollistaa käsiteltävään aiheeseen ja sen ongelmakohtiin tarkemman perehtymisen. Työpajat mahdollistavat luovan ja kattavan näkemyksen käsiteltävästä aiheesta, ja uusia näkökulmia voi kehittyä. Työpajojen avulla saadaan monesti ajankohtaisia sekä kehittämiskelpoisia tuloksia. (Kunnaala–Hyrkki & Brunila 2019.)

Työpaja toteutettiin helmikuussa 2023, ja siihen osallistui kuusi kohdeyksikön sairaanhoitajaa. Kehittämiprojektin projektipäällikkö toimi työpajan vetäjänä. Työpajaan kutsutut hoitajat oli valittu yksikön esihenkilön toimesta, työvuorojärjestelyihin parhaiten sopien. Yksi kutsutuista ei päässyt osallistumaan tapahtumaan. Osallistujille oli etukäteen lähetetty tiedote tutkimuksesta, opinnäytetyön tietosuojailmoitus, sekä suostumuslomake allekirjoitettavaksi projektipäällikön toimesta. Työpajassa vallitsi avoin, innostunut ja luonteva ilmapiiri. Yhteisen alustuksen jälkeen aloitettiin työskentely aivoriihi- menetelmää mukailien. Aivoriihi- menetelmän tavoitteena on kehittää suuri määrä luovia ideoita osallistaen kaikki ryhmän jäsenet. Aivoriihi tavoittelee synnyttämään paljon ideoita, ja mitä enemmän ideoita, sitä todennäköisempää on, että niiden joukossa on myös toteuttamiskelpoisia ideoita. (Innokylä n.d.). Osallistujat jakautuivat kahteen pienryhmään, joissa he ideoivat muistilapuille työpajan vetäjän ennalta suunnittelemiin teemoihin vastauksia ja ideoita. Jokaiseen teemaan oli koottu osallistujille myös taustatietoa kehittämiprojektin kirjallisuuskatsauksesta. Tämän jälkeen muistilaput koottiin yhteen valkotaululle, ja niiden sisältöä käytiin yhteisesti läpi.

Työpajassa tarkastellut aiheet nousivat kirjallisuuskatsauksen teoriatietoon pohjautuen, ja nämä neljä teemaa käsittelivät: A) osaston saattohoidon ja saattohoito-osaamisen nykytilannetta, sen mahdollisia ongelmakohtia sekä perehdyttämistä B) toiveita ja ajatuksia saattohoidon toteutukseen liittyen C) saattohoitopotilaan hyvää kokonaisvaltaista hoitoa D) saattohoidon tarkistuslistan suunnittelua. Työpajasta ei lähetty jälkikäteen osallistujille erillistä

palautelomaketta, koska työpajassa annettu välitön palaute oli työn toteuttajalle riittävää.

#### 4.2 Arviointimenetelmät

Arviointi on osa työn suunnittelua ja tutkijan oman toiminnan kehittämistä. Arvioinnin tulisi olla kiinteä osa työtä ja toiminnan parantamista, johtaen kehittämistoimenpiteisiin. (Jelli 2022.) Tässä kehittämistyössä toteutettiin jatkuvaa itsearviointia. Usein itsearviointi on projektityön merkittävimpiä arviointitapoja (Kymäläinen ym. 2016, 56). Tämän työn itsearvioinnin tukena hyödynnettiin Innokylän kehittäjän arviointityökalua siihen soveltuvien osioiden kohdalla. Kyseisen arviointia tukevan työkalun avulla voidaan arvioida kehittämisprosessia ja tavoitteiden saavuttamista, perustuen systeemiseen innovaatiomalliin. (Koivisto ym. 2017, 12–15.)

Lisäksi hyödynnettiin ohjausryhmältä saatua palautetta, sekä opiskelijatovereilta saatua vertaispalautetta. Arvioinnin avulla työtä pyrittiin kehittämään eteenpäin. Arviointi on monipuolisimmillaan, mikäli sitä toteutetaan useammasta näkökulmasta keräten tietoa reaaliaikaisesti, monipuolisesti ja systemaattisesti. Projektin lähtökohtia arvioitaessa pohditaan, ovatko tehtävä ja tavoitteet oikein tunnistettuja, sekä miten tavoite palvelee kohderyhmää ja tunnistettua ongelmaa. Lisäksi arvioidaan toimintaa, johon sisältyy projektin johtaminen, viestintä ja yhteistyötaidot. Projektin tuotoksen arvioinnissa keskitytään sen hyödynnettävyyteen ja tavoitteen toteutumiseen. (Kymäläinen ym. 2016, 56.)



## 5. Kehittämismenetelmien tulokset

### 5.1 Benchmarkingin tulokset

Työn tuotosta pyrittiin kehittämään benchmarkingista saatujen vastausten perusteella. Relevantteja hyödynnettäviä vastauksia saatiin kahdelta yksiköltä. Vertailukehittämisen menetelmällä etsitään toimivia käytänteitä muiden alojen organisaatioista tai oman organisaation eri osista, ja vertaillaan niitä omiin käytänteisiin. Benchmarkingilla saatua informaatiota hyödynnetään muuttamalla se tiedoksi, ja luomalla sen avulla uutta osaamista. (Kantola 2003, 13, 61). Benchmarkingin tulosten perusteella saattohoidon tarkistuslista oli koettu hyödylliseksi apuvälineeksi, ja sen oltiin koettu vaikuttaneen positiivisesti saattohoidon laatuun. Tämä vahvisti tämän projektin toteutussuunnitelmaa.

Vastanneissa yksiköissä tarkistuslistasta oli ollut pääsääntöisesti paperiversio käytössä, mutta se oli saatavilla myös sähköisessä muodossa. Toisessa yksikössä sitä pyritään tulevaisuudessa myös integroimaan osaksi potilastietojärjestelmää. Toisessa yksikössä tarkistuslistaa oli sen julkaisun jälkeen päivitetty ajantasaisuuden säilymiseksi. Vertailukohteina olleiden tarkistuslistojen visuaalinen ilme oli pelkistetty, helppolukuinen ja selkeä, ja tämä oltiin myös koettu toimivaksi. Toisessa yksikössä koettiin, että nykyistä vielä lyhyempi lista olisi heillä tehokkaampi. Tämän perusteella osana tätä työtä luotu tarkistuslista pyrittiin pitämään pelkistettynä ja tiiviinä, taskukokoisena muistikorttina. Tämän työn tarkistuslistan kohdat nousivat kirjallisuuskatsaukseen ja työpajaan pohjautuen, ja yhteneväisiä kohtia sisällöllisesti löytyi myös näihin vertailtuihin tarkistuslistoihin. Benchmarkingissa kiinnitettiin erityisesti huomiota käytössä olleiden tarkistuslistan koettuihin vahvuuksiin, sekä mahdollisiin kehittämiskohtiin.

## 5.2 Työpajan tulokset

Osana tätä kehittämisprojektia järjestetyssä työpajassa käsiteltiin neljää eri teemaa kuuden kohdeyksikön sairaanhoitajan kesken. Keskusteluteema A) käsitteli saattohoidon ja saattohoito-osaamisen nykytilannetta, sen mahdollisia ongelmakohtia sekä perehdyttämistä. Osaston nykytilanne koettiin melko hyväksi, mutta ongelmakohtia siihen liittyen löytyi myös. Hoitajat toivoivat ennakoimista saattohoitopäätöksiin, hoito- ja lääkemääräyksiin sekä jatkohoitolähetteisiin. Hoitajien tunnistamia ongelmakohtia saattohoitoon liittyen on kuvattuna kuviossa 5. Hoitajat toivoivat enemmän mahdollisuuksia saattohoitokoulutuksiin osallistumiseen, sekä koulutusten huomioimista osana uuden työntekijän perehdytysjaksoa. Yhteisenä kokemuksena kaivattiin mahdollisuutta tarjota potilaille enemmän henkis-hengellistä ja psyykkistä tukea, kuten esimerkiksi psykiatrista tai sielunhoidollista hoitajaa. Osastolla saattohoidossa olevat potilaat myös monesti kuolevat osastolla, ja mietteitä herätti saattohoitoon erikoistuneiden hoitoyksiköiden lähestyminen ennakoivasti.



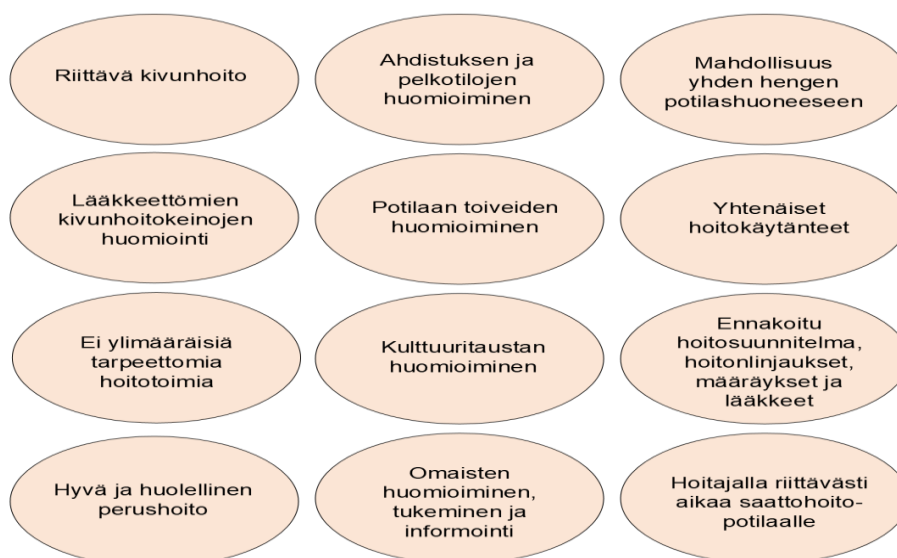
Kuvio 5. Hoitajien tunnistamia ongelmakohtia osaston saattohoitoon liittyen.

Verkkokurssien suorittamiselle toivottiin erillistä aikaa työvuorosuunnittelusta. Saattohoitotyöhön perehdyttämisessä mentorointimalli koettiin hyödylliseksi, jossa uusi hoitaja pääsee kokeneemman mukaan seuraamaan työntekoa ja

potilaan kohtaamista. Hoitohenkilökunnan yhteistyö, sekä omaisten kanssa yhteydenpitoon liittyvät asiat koettiin toimiviksi.

Teema B) käsitteli hoitajien toiveita ja ajatuksia saattohoidon toteutukseen liittyen. Hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että hoitajat ja lääkärit kävisivät yhteisiä keskusteluja saattohoitopotilaasta, ja tämän yksilöllisestä hoitosuunnitelmasta ja käytänteistä. Tämän avulla jokaisen tiedossa olisi toimintatavat kunkin potilaan kohdalla, kuten milloin lopetetaan vitaalielintoimintojen mittaukset, suonensisäiset nesteytykset ja antibioottihoidot. Tämän koettiin voivan helpottaa myös omaisten kanssa käytäviä keskusteluja ja tarvittavia järjestelyjä. Hoitotyön käytäntöjä toivottiin yhtenäisemmiksi. Hoitajat pohtivat keskustellessaan resursseja ja mahdollisuutta siihen, että saattohoitopotilas huomioitaisiin päivittäisessä työnjaossa, jotta kyseinen potilas saisi tarvitsemansa avun, ajan ja tuen kiireettömästi. Kuolleen potilaan uloskirjaus Apotti- potilastietojärjestelmässä koettiin hitaaksi ja haastavaksi, ja ohjeiden selkeyttämistä mietittiin. Vainajan luokittelun potilastietojärjestelmään huomattiin uupuvan monesti.

Teema C) käsitteli hoitajien näkemyksiä ja huomioita saattohoitopotilaan hyvään kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyen. Nämä tulokset ovat kuvattuna kuviossa 6.



Kuvio 6. Saattohoitopotilaan hyvä kokonaisvaltainen hoito hoitajien näkökulmasta.

Teema D) käsitteli saattohoidon tarkistuslistan suunnittelua. Saattohoidon tarkistuslistaan yhteisesti pohditut kohdat ovat kuvattuna kuviossa 7. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tukevat näitä kohtia. Keskustelua herätti ajatus saattohoidon tarkistuslistan hyödyntämisestä käytössä olevaan potilastietojärjestelmään kirjaamisessa. Tarkistuslistan koettiin voivan jatkossa parantaa kirjaamisen laatua.



Kuvio 7. Saattohoidon tarkistuslistan suunnittelu.

## 6. Tarkistuslista kehittämisprojektin tuotoksena

Kehittämisprojektin kohdeyksikössä ei ole tähän asti ollut yhtenäistä linjausta, erillisiä ohjeistuksia tai käytänteitä siitä, mitkä tekijät tulisi olla huomioituna saattohoitopotilaiden kohdalla. Tämän kehittämisprojektin tuotoksena luotiin tarkistuslista saattohoidon toteuttamisen tueksi (liite 2). Se on tarkoitettu käytännölliseksi hoitotyön apuvälineeksi, tukemaan hoitajia hoitokäytänteiden yhtenäistämässä, sekä laadukkaan ja oikea-aikaisen hoidon toteuttamisessa.

Tarkistuslistan sisältämät kohdat nousivat kirjallisuuskatsauksen, benchmarkingin sekä työpajatoiminnan pohjalta. Tarkistuslista sisältää kohdat niistä fyysisistä, sosiaalisista sekä psyykkisistä tekijöistä, joita hoitohenkilökunnan tulisi huomioida jokaisen saattohoitopotilaan kohdalla, yksilöllisyys muistaen. Lisäksi siinä on huomioituna hoitolinjaukset- ja päätökset. Listan lopussa ovat kohdat kuoleman jälkeisille toimille. Tuotosta tulee jatkossa päivittää aina tarvittaessa saattohoitokäytänteiden ja suositusten päivittyessä. Tarkistuslistan kääntöpuolella löytyy muistutus siitä, miten käytössä olevan potilasjärjestelmän ohjekirjasta voi hakea ohjeistuksen vainajan uloskirjaukseen. Tätä ei potilastietojärjestelmään liittyvistä tietosuojasäyistä ole julkaistu tämän opinnäytetyön liitteissä.

## 7 Kehittämiprojektin pohdinta ja arviointi

### 7.1 Tulosten ja tuotoksen pohdinta

Työpajassa käsiteltiin hoitajien mielteitä saattohoitoon, sen toteutukseen ja mahdollisiin ongelmakohtiin liittyen. Hoitajat toivoivat yhtenäisesti enemmän mahdollisuuksia saattohoitokoulutuksiin osallistumiselle ja sen sisällyttämistä osaksi perehdytysjaksoa. Omaisten kohtaamista ja ohjausosaamista pohdittiin myös. Aiempien tutkimusten mukaan sairaanhoitajilta odotettu saattohoito-osaaminen on laaja-alaista, ja pelkkä hoitotyön peruskoulutus on harvoin vastannut työelämän tarpeisiin. Myös saattohoitopotilaiden ja heidän omaisten kohtaamis- ja vuorovaikutusosaaminen tulisi huomioida osana koulutuksia. (Flinkkilä 2019, 38; Lesonen 2019, 35; (Vihelä ym. 2020, 275–282.; Salin ym. 2021, 149–151; Hökkä 2022, 73.)

Työpajassa käsiteltiin myös saattohoitopotilaan hyvää kokonaisvaltaista hoitoa. Vakavasta keuhkosairaudesta kärsivän kuolevan potilaan oireisiin kuuluu moninaiset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset oireet (Narsavage ym. 2017, 284). Työpajan osallistujat tunnistivat näitä laajasti, mikä korostaa heidän kokemuksensa tuomaa saattohoito-osaamista. Työpajan keskusteluissa huomioitiin riittävä kivunhoito (Romem ym. 2015, 464-469; Lim 2016, 460; Brozek ym. 2019, 242), psyykkiset oireet ja mahdollisuus psyykkiseen tai henkis-hengelliseen tukeen ja omaisten huomioiminen (Anttonen 2016, 137; Lesonen 2019, 35; Vihelä ym. 2020, 278), sekä ennakoidun yksilöllisen hoitosuunnitelman- ja linjausten tekeminen, ja yhteiset hoitokeskustelut potilaasta (Janssen ym. 2011, 275; Patel ym. 2012, 76–77; Sorenson 2013, 322; Lim 2016, 458; Lehto ym. 2019; Lesonen 2019, 36; Leivo-Korpela ym. 2022). Ennakoivia hoitosuunnitelmia tulisi tutkimusten mukaan toteuttaa keuhkohtaumatautipotilaille nykyistä enemmän (Patel ym. 2012, 76–77; Sorenson 2013, 321–322). Tämän merkitystä saattohoidon onnistumiselle pohtivat myös työpajan osallistujat.

Keuhkohtaumatautipotilaat ovat myös kokeneet saaneensa laadultaan ja määrältään huonoja elämän loppuvaiheen hoidon keskusteluita ja vasta myöhäisessä vaiheessa (Janssen ym. 2011, 275; Au ym. 2012, 726; Sorenson 2013, 322; Tavares ym. 2017, 6). Resursointi tulisi olla huomioituna niin, että saattohoitopotilaalle olisi mahdollisuus antaa tämän tarvitsemaa tukea, apua ja aikaa riittävästi. (Lesonen 2019, 35–36). Työpajaan osallistuneet hoitajat olivat myös tätä mieltä. He kokivat sen voivan vaikuttaa hoidon laatuun, mitä enemmän aikaa saattohoidossa olevalle potilaalle on yksittäisellä hoitajalla antaa. He kokivat myös hyvän resursointiin voivan mahdollistaa rauhallisen läsnäolon ja lääkkeettömien hoitomuotojen hyödyntämisen.

Työn tuotoksena luotiin saattohoidon tarkistuslista hoitohenkilökunnan työnteon tueksi. Työn tuotosta pyrittiin kehittämään benchmarkingista saatujen vastausten perusteella. Benchmarkingin tulosten perusteella saattohoidon tarkistuslista oli koettu hyödylliseksi, ja sen oltiin koettu vaikuttaneen positiivisesti saattohoidon laatuun. Myös aiemmat tutkimukset hoitotyön ja elämän loppuvaiheen hoidon tarkistuslistoihin liittyen tukevat tätä tulosta (Walker ym. 2012; de La Cruz ym. 2016; Crowe 2017). Tarkistuslistan käyttäminen tukee hoitohenkilökuntaa toimimaan järjestelmällisesti, ja toteuttamaan hoitotoimet säännöllisesti. (Crowe 2017, 31). Tarkistuslista voi toimia muistamisen ja kommunikoinnin tukena raporteilla, sekä vähentää virheitä ja yhtenäistää käytänteitä, mikä oli myös tämän kehittämisprojektin tarkoituksena. (Walker ym. 2012, 47–48; de La Cruz ym. 2016, 241.) Tarkistuslistat voivat parantaa hoitotyön dokumentoinnin laatua (de La Cruz ym. 2016 243–244). Kirjaamisen kehittymistä tarkistuslistan myötä pohtivat myös työpajaan osallistujat.

Työpajassa suunniteltiin yhteisesti tarkistuslistaa, ja tämä suunnitelma sisälsi kohdat: kivunhoito ja lääkkeettömät hoitokeinot, hygienian ja suun hoidon huomiointi, asentohoidot, keskusteluapu ja henkinen tuki, potilaan ja omaisten toiveiden huomiointi, omaisten informointi ja ohjaus, sekä kuoleman jälkeiset käytänteet ja toimet. Kirjallisuuskatsauksen tulokset keuhkosairaalan potilaan kokonaisvaltaiseen saattohoitoon liittyen tukevat näitä kohtia. Lisäksi

vertailukehittämiseen osallistuneissa yksiköissä käytössä olleet tarkistuslistat sisälsivät samankaltaisia kohtia.

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Työelämään liittyviä tutkimushankkeita arvioivat monet eri tahot, eri näkökulmista. Näin ollen tutkimus on arvioinnin kohteena koko tutkimusprosessin ajan. Tutkijalla itsellään on merkittävä rooli ideointi-, sitoutumis-, toteuttamis- ja kirjoittamisvaiheessa, koska tutkijan itsensä tehtävänä on arvioida tekemiään ratkaisuja jatkuvasti työn edetessä. (Vilkkä 2015, 188–189.) Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, mutta kuitenkin tulosten pätevyys ja luotettavuus voivat vaihdella. Tämän takia tehdyn tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida kaikissa tutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 2014, 231.) Tämä pyrittiin huomioimaan myös tässä tutkimuksessa, työn tekijä pyrki toteuttamaan laaja-alaista arviointia jatkuvasti työn edetessä.

Tässä kehittämistyössä pyrittiin luotettavaan tietoon, sekä toteuttamaan kehittämistyö hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Näitä ovat: rehellisyys, objektiivisuus, tieteellisten menetelmien käyttö, tulosten avoimuus ja vastuullisuus, lähdeviittausten huomiointi, tutkimusluvut, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet, tietosuoja, sekä tutkimuksen eettinen suunnittelu, toteuttaminen ja tallentaminen. (Kananen 2017, 189–190.) Työn pohdinnassa pyrittiin olemaan itsekriittinen. Tutkimustyön ajan pyrittiin hyvän tieteellisen käytännön mukaan rehelliseen, huolelliseen ja tarkkaan toimintaan kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Lähdeviitteet huomioitiin huolellisesti, lähdeaineistoa ei plagioitu vaan toimittiin rehellisesti. Lähdeaineiston viittaukset tarkastettiin vielä uudelleen työn viimeistelyvaiheessa. Tutkimuslupa haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin käytänteiden mukaisesti, ja se myönnettiin tutkimusluvista vastaavan henkilön toimesta tammikuussa 2023. Projektipäällikkö kantoi vastuun työn toteutuksesta ja siihen liittyvistä velvoitteista.

Tässä kehittämistyössä pyrittiin noudattamaan myös tutkimuseettisiä perusperiaatteita. Niihin kuuluvat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja



vastuunkanto. Ne ohjaavat ja auttavat tutkimustyössä käytäntöön liittyvissä eettisissä ja älyllisissä haasteissa. (Allea 2020, 4.) Lisäksi pyrittiin noudattamaan puolueettomuus näkökulmaa, jolloin huomioitiin tutkijan oman osuuden vaikutusta tutkittavana olevaan yhteisöön ja sen toimintakulttuuriin (Vilkkä 2015, 198). Tutkija pyrki objektiivisuuteen työn jokaisessa vaiheessa huolimatta siitä, että hän työskenteli myös itse tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä, ja että työpajaan osallistuneet työntekijät olivat tutkijalle jo ennestään tuttuja. Tutkija pyrki toimimaan objektiivisesti työpajatoiminnassa tästä huolimatta.

Työpajaan osallistuminen oli osallistujille täysin vapaaehtoista, ja siihen osallistuvia tiedotettiin etukäteen toiminnan tarkoituksesta. Osallistujien henkilötietoja ei käsitelty tutkimuksessa ammattinimikettä lukuunottamatta, eikä yksittäisen osallistujan lausumia pysty tunnistamaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.) Myöskään benchmarkingiin osallistuneita yksiköitä ei pysty tunnistamaan, yksiköitä ei mainita nimeltä, ja heidän osallistumisensa oli täysin vapaaehtoista. Tutkimustulokset kirjoitettiin niin, että tutkittavien anonymiteetti on turvattu, ja yksityisyyden suojaa noudatettiin huolellisesti (Kuula-Luumi 2018).

Tutkimusprosessi on altis virheille, johtuen tutkijasta, tutkittavista tai aineistosta. Tutkijan aineiston valinnalla ja kriittisyydellä voidaan vaikuttaa luotettavuuteen paljon. (Kananen 2015, 337–338.) Haasteena ja hyvänä asiana tässä työssä oli aihe, sekä saatavilla olleet lähdeaineistot. Saattohoidosta löytyi paljon tietoa, joten haasteena oli kriittisesti rajata aihetta sekä karsia tietoa, jotta työssä on käytetty juuri uusinta paikkaansa pitävää tietoa. Aineistonkeruu toteutettiin eri kansainvälisistä tietokannoista tarkoilla ja huolellisesti valituilla hakusanoilla. Lähdemateriaalina käytetyt tutkimukset ovat vähintään pro gradu tasoisia. Tutkimuksen aihe oli tekijälle itselleen mielenkiintoinen, mikä edesauttoi projektin tekemistä ja etenemistä. Luotettavuuden kriteerinä on viime kädessä tutkija itse ja hänen oma rehellisyytensä. Tämän työn kirjoittaja arvioi ja pohti työn edetessä tekemiään tekoja, valintoja ja ratkaisuja. Luotettavuuden

arviointia toteutettiin myös tässä kehittämistyössä suhteessa teoriaan, tutkimusaineiston tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin (Vilkkä 2015, 196–197).

### 7.3 Arviointi

Tämä kehittämisprojekti eteni eri työvaiheiden kautta suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti. Ideavaiheessa tunnistettiin ja pohdittiin kehittämiskohteen tarvetta, jonka jälkeen edettiin suunnitelmavaiheeseen. Tämä sisälsi kirjallisuuskatsauksen tekemisen ja sopivien kehittämismenetelmien valitsemisen. Toteutusvaiheessa järjestettiin työpaja, sekä toteutettiin benchmarkingia, jonka jälkeen näiden tuloksia käsiteltiin. Tulosten, sekä kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin työn tuotos. Osana tätä kehittämisprojektiä toteutettu kirjallisuuskatsaus osoitti puutteita keuhkopotilaiden saamassa saattohoidossa, sekä hoitohenkilökunnan osaamiseen liittyen. Lisäksi tarkasteltiin saattohoidon osa-alueita, joiden tulisi tulla huomioiduksi jokaisen kuolevan potilaan kohdalla.

Kehittäjän arviointityökalu toimi itsearviointin tukena projektin tekemisen ajan. Kyseistä mittaria hyödynnettiin kehittämisprojektin eri vaiheissa tarkistuslistana, jolla varmistettiin, että kaikki tarpeellinen on tullut huomioiduksi. Arviointimittari sisältää kohdat: tarpeet, tavoitteet, osallisuus, ratkaisun kuvaus, vastaako ratkaisu tavoitteisiin, kokeilu, arviointi, resurssit sekä toteuttaminen. (Koivisto ym. 2017, 15–18.) Näistä kehittämisprojektin alkuvaiheessa tarvetta ja tavoitteita tarkennettiin ja täsmennettiin useamman kerran, jotta ne saatiin tarkoiksi ja selkeiksi. Niihin myös palattiin useamman kerran työn edetessä.

Täsmällisellä suunnitelmalla projektin toteutusvaihe eteni tehtyjen suunnitelmien mukaisesti. Koska hyviä vertailukehittämiskohteita löydettiin useita, odotettiin vertailukehittämiseen myös useampia vastauksia. Vastauksia yksiköistä, joita lähestyttiin sähköisesti ei kuitenkaan saatu. Kuitenkin vertailukehittämisessä saadut ja tässä työssä hyödynnetyt vastaukset olivat laadukkaita, ja edesauttoivat tarkistuslistan kehittämisessä.

Työpajan toteuttaminen oli suunniteltu yhdessä kohdeyksikön esihenkilön kanssa hyvissä ajoin, mikä myötävaikutti työpajan järjestämiseen ja toteuttamiseen. Projektipäällikkö ei ollut aiemmin toiminut vastaavassa työpajan vetäjän roolissa. Työpaja onnistui projektipäällikön mielestä hyvin, ja myös suora välitön palaute osallistujilta työpajan jälkeen oli positiivista. Erillistä arviointipalautetta ei koettu tarpeelliseksi kerätä työpajan jälkeen. Työpajan kautta mahdollistettiin kohdeyksikön hoitajille tilaisuus vaikuttaa, ja tuoda ilmi heidän havaintojaan. Tässä kehittämissuunnitelmassa pyrittiin huomioimaan hoitohenkilökunnan näkemyksiä mahdollisimman paljon. Kehittämismenetelminä benchmarking ja työpaja tuloksineen nivoutuivat luontevasti ja toimivasti yhteen.

Projektipäällikkönä toimiminen kehittämistyön aikana edisti projektipäällikön johtamis- ja esiintymistaitoja, sekä kartutti asiantuntemusta valikoidusta aiheesta. Projektipäälliköllä on nyt myös kokemusta ja asiantuntijuutta toimia vastaavassa roolissa tulevaisuudessa. Ohjausryhmän vankka kokemus oli hyödyllistä tilanteissa, jossa projektipäällikkö itse koki olevansa epätietoinen tai epävarma. Kehittämistyön ohjausryhmään kuulunut työelämämentori vaihtoi työyksikköä projektin loppuvaiheella. Tällä ei kuitenkaan ollut projektin etenemiseen eikä toteuttamiseen merkittävää vaikutusta, ohjausryhmän muiden jäsenten tuella projekti saatiin viimeistelyä suunnitellusti. Projektinhallinta onnistui hyvin, ja projekti pysyi näin ollen suunnitellussa aikataulussa. Kohdeyksikön esihenkilön aktiivinen sitoutuminen oli kehittämistyön etenemisen kannalta hyödyllistä.

Työn tuotos on käytännöllinen hoitotyön apuväline, joka perustuu näyttöön perustuvaan tietoon. Sen sisältämät kohdat perustuvat kirjallisuuskatsauksen tuloksiin, ja lisäksi siinä on huomioitu työpajan pohjalta nousseet käytäntölähtöiset tarpeet saattohoidon toteutukseen liittyen. Työn tuotosta ei työn toteuttamisen aikataulullisissa puitteissa ehditty koetastata

kohdeyksikössä. Ohjausryhmässä sen kuitenkin katsottiin vastaavan kehittämisprojektille asetettuihin tavoitteisiin ja sen tarkoitukseen. Tuotoksen implementoinnin tueksi kehittämisprojekti tuloksineen esiteltiin kohdeorganisaation yhteisessä sisäisessä koulutustilaisuudessa, sekä se toistetaan tarvittaessa kohdeyksikössä. Implementoinnin tukena olisi kohdeyksikössä hyvä olla saattohoidosta vastuussa oleva henkilö, joka jatkossa huolehtii tarkistuslistan systemaattisesta käyttämisestä, sekä tarvittavasta päivittämisestä suositusten uudistuessa tai päivittyessä. Kohdeyksikköä on tästä informoitu.

Työpajassa nousi esille tarkistuslistan integroiminen osaksi kohdeyksikössä käytössä olevaa potilastietojärjestelmää. Tämän kehittämisprojektin teon aikana kyseiseen potilastietojärjestelmään on luotu oma saattohoito- välilehti. Saattohoidon tarkistuslistan sisältö osaltaan tukee tämän välilehden kohtia, joten tarkistuslista voi jatkossa toimia tehokkaan ja systemaattisen potilastietojärjestelmään kirjaamisen tukena. Saattohoidon tarkistuslistan sisältö on kuitenkin potilastietojärjestelmän välilehteä moninaisempi ja sisällöltään laajempi. Tarkistuslistaa voi hyödyntää sellaisenaan kirjaamisen tukena, käymällä listan kohtia läpi ja näin tarkistaen, että kaikki tarpeellinen on dokumentoitu potilastietojärjestelmään. Tarkistuslista toimitetaan kohdeyksikköön sekä paperisena taskukokoisena muistikorttina, että sähköisenä versiona, jolloin sitä voidaan hyödyntää molemmissa muodoissa.

#### 7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän kehittämisprojektin lähtökohtana toimi kohdeyksikössä koettu riittämättömyys saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen ja yhtenäisen hyvän hoidon toteuttamiselle. Osana kehittämisprojektia tehty kirjallisuuskatsaus, sekä hoitajille järjestetty työpaja vahvistivat saattohoidon osaamisen kehittämisen tarpeellisuuden jokaisen potilaan hyvän kuoleman turvaamiseksi.

Työpajan perusteella tiivis ja tehokas tarkistuslista koettiin erillistä laajempaa saattohoito-opasta käytännöllisemmäksi hoitotyön apuvälineeksi. Kehittämiseen

saatiin työpajan avulla osallistettua myös sen kannalta keskeisimmät toimijat, osastolla työskentelevät hoitajat. Tarkistuslistan hyötyjä tukee myös kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset ja kirjallisuus aiheesta, sekä vertailukehittämiseen osallistuneet yksiköt.

Tämä kehittämisprojekti on merkityksellinen työn tekijälle itselleen sekä työn kohdeyksikölle. Opinnäytetyöntekijä on itse perehtynyt työn aiheeseen tiiviisti, ja kokenut sen merkitseväksi. Kehittämistyöstä hyötyy kohdeyksikön hoitohenkilökunta, sekä myös potilaat, joiden saaman hoidon laadun edistämiseen saattohoitotyön kehittämisellä pyritään. Työtä voidaan jatkossa hyödyntää kohdeorganisaatiossa myös laajemmin eri yksiköiden välillä. Tämän kehittämisprojektin johtopäätöksenä todettakoon, että keuhkopotilaiden saattohoitotyön kehittäminen, puutteiden tunnistaminen sekä hoitotyön käytänteiden yhtenäistäminen on erittäin tärkeää tasa-arvoisen hyvän kuoleman takaamiseksi jokaiselle saattohoidossa olevalle potilaalle. Yksilöiden osaamisen lisäksi laadukkaan saattohoidon toteuttamisessa tulisi huomioida riittävä resursointi, sekä moniammatillinen toiminta. Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös psyykkisiin oireisiin ja eksistentiaaliseen kärsimykseen tulisi kiinnittää huomiota. Kirjallisuuskatsauksen perusteella kohdeyksikölle suositellaan myös säännöllisiä saattohoitokoulutuksia osaamisen tueksi ja varmistamiseksi.

Jatkotutkimusehdotuksena kohdeyksikössä ehdotetaan toteutettavaksi seurantatutkimus saattohoidon tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen, siihen ei tämän työn toteuttamisen aikataulullisissa puitteissa ollut mahdollisuutta. Tämä kehittämisprojekti sivusi keuhkopotilaista huolehtivien hoitajien kokemaa saattohoito-osaamista ja jatkossa osaamista sekä sen kehittymistä olisi tärkeää seurata ja tarkastella tarkemmin. Tärkeää on muistaa myös saattohoitoa toteuttavan hoitohenkilökunnan oma jaksaminen. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen perusteella keuhkopotilaiden, sekä heidän omaisten omakohtaisia kokemuksia saamaansa elämän loppuvaiheen hoitoon ja sen laatuun liittyen olisi tärkeää seurata ja tarkastella.

## Lähteet

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. 1., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ahonen, P. 2015. Ylemmän ammattikorkeakoulutuksen opettajuus tutkimuksen, kehittämisen ja uudistamisen sillanrakentajana. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja 222. Viitattu 22.9.2022.

<https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165978.pdf>

Allea (All European Academies) 2020. Tutkimusetiikan eurooppalaiset käytännöt ja ohjeistus. The European Code of Conduct for Research Integrity. Revised Edition -ohjeen suomennos. Berliini. Viitattu 7.11.2022.

[https://allea.org/wpcontent/uploads/2020/08/Finnish\\_European\\_Code\\_of\\_Conduct\\_digital-final.pdf](https://allea.org/wpcontent/uploads/2020/08/Finnish_European_Code_of_Conduct_digital-final.pdf)

Anttonen M-S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 17.10.2022.

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

Asunmaa, H.; Helminen, S.; Jaakonsaari, M.; Koivisto, O. & Pohtola, K. 2023. Sairaanhoidotyössä toimiminen. 1., Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Au, D.; Udris, E.; Engelberg, R.; Diehr, P.; Bryson, C.; Reinke, L. & Curtis, J. 2012. A Randomized Trial to Improve Communication About End-of-Life Care Among Patients With COPD. Chest 2012. Vol. 141, No 3, 726–735. Viitattu 02.01.2023.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415164/pdf/110362.pdf>

Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. 2013. Terveysturvallisuuden tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. 1., Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 274–292.

Brander, P. 2011. Noninvasiivinen ventilaatio ja äkillinen hengitysvajaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim Vol. 127, No 2, 167–175. Viitattu 18.09.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99303>

Brozek, B.; Damps- Konstańska, I.; Pierzchala, W.; Barczyk, A.; Currow, D.; Jassem, E. & Krajnik, M. 2019. End of life care for patients with advanced lung cancer and obstructive chronic lung disease: survey among Polish pulmonologists. Polish archives of internal medicine. Vol. 129, No 4, 242–252. Viitattu 28.9.2022. <https://pamw.pl/en/node/4478/pdf>

Bylicki, O.; Didier, M.; Riviere, F.; Margery, J.; Grassin, F. & Chouaid, C. 2019. Lung cancer and end-of-life care: a systematic review and thematic synthesis of aggressive inpatient care. BMJ Supportive & Palliative Care. 2019;9, 413–424. Viitattu 3.10.2022. <https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/9/4/413.full.pdf>

Campbell, M.; Yarandi, H. & Dove-Medows, E. 2012. Oxygen is nonbeneficial for most patients who are near death. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 45, No 3, 517–523. Viitattu 3.10.2022. [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00255-2/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(12)00255-2/fulltext)

Crowe, S. 2017. End-of-life care in the ICU: Supporting nurses to provide high-quality care. Canadian Journal of Critical Care Nursing. Vol 28, No 1, 30–33. Viitattu 18.09.2023. <https://www.scribd.com/document/475901417/A38#>

Dela Cruz, C.; Tanoue, L. & Matthay, R. 2011. Lung cancer: Epidemiology, etiology and prevention. Clin Chest Med. Vol. 32, No 4. Viitattu 7.11.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864624/pdf/nihms468128.pdf>

de La Cruz, M.; Reddy, A.; Vidal, M.; Tanco, K.; Azhar, A.; Silvestre, J.; D.Liu, D.; Wu, J. & Bruera, E. 2016. Impact of a palliative care checklist on clinical documentation. Journal of Oncology Practice. Vol.12, No 2., 241–247.

Viitattu 13.9.2022.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5702792/pdf/jop.2015.007203.pdf>

Diaz de Teran, T.; Barbagelata, E.; Cilloniz, C.; Nicolini, A.; Perazzo, T.; Perren, A.; Serin, S.; Scharffenberg, M.; Fiorentino, G.; Zaccagnini, M.; EL-Khatib, M.; Pappadacos, P.; Karim, H.; Solidoro, P. & Esquinas, A. 2019. Non-invasive ventilation in palliative care. A narrative review. *Minerva Medica*. Viitattu 12.9.2022. [https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Esquinas/publication/334807230\\_Non-invasive\\_ventilation\\_in\\_palliative\\_care\\_A\\_narrative\\_review/links/5d41b1b54585153e5932336d/Non-invasive-ventilation-in-palliative-care-A-narrative-review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Esquinas/publication/334807230_Non-invasive_ventilation_in_palliative_care_A_narrative_review/links/5d41b1b54585153e5932336d/Non-invasive-ventilation-in-palliative-care-A-narrative-review.pdf)

Dobbins, E. 2016. Improving end-of-life care. *The Nurse Practitioner*. Vol. 41, No 9. Viitattu 18.10.2022.

[https://journals.lww.com/tnpj/fulltext/2016/09000/improving\\_end\\_of\\_life\\_care\\_recommendations\\_from.4.aspx](https://journals.lww.com/tnpj/fulltext/2016/09000/improving_end_of_life_care_recommendations_from.4.aspx)

Flinkkilä, M-L. 2019. Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Pro gradu- tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 28.9.2022. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21405/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20190995.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21405/urn_nbn_fi_uef-20190995.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Forsius, P.; Hammar, T.; Finne-Soveri, H. & Alastalo, H. 2021. Elämän loppuvaiheen hoidon osaaminen kaipaa vahvistusta iäkkäiden palveluissa. *THL: tutkimuksesta tiiviisti*. 75/2021. Viitattu 13.9.2022. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143514/TUTI2021\\_075%20k.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143514/TUTI2021_075%20k.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. 1., painos. Helsinki: Edita.



Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19., painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hotus- hoitosuositus 2022. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 12.9.2022.

<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>

HUS n.d. Arvot ja strategia. Viitattu 28.9.2022. <https://www.hus.fi/tietoa-meista/strategia-ja-vastuullisuus/arvot-ja-strategia>

Hökkä, M. 2022. Palliative care nursing competences and undergraduate nursing students' views of palliative care education. Väitöskirja.

Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 06.09.2023.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526233260.pdf>

Innokylä n.d. Aivorihi. Viitattu 24.10.2022. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>

Jelli 2022. Arvioinnin työkaluja ja menetelmiä. Viitattu

21.11.2022. <https://www.jelli.fi/jarjestotoiminta/arvioinnin-tyokaluja-ja-menetelmia/>

Janssen, D.; Curtis, J.; Spruit, M.; Downey, L.; Schols, J.; Wouters, E. & Engelberg, R. 2011. Patient–clinician communication about end-of-life care for Dutch and US patients with COPD. *European Respiratory Journal*. Vol. 38, No 2, 268–276. Viitattu 05.01.2023.

<https://erj.ersjournals.com/content/erj/38/2/268.full.pdf>

Kantola, I. 2003. Harjoittelun ja työelämäprojektien benchmarking.

Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja. 14/2003. Helsinki: Edita.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Juvenes print.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Juvenes print.

Karlof, B.; Lundgren, K. & Edenfelt Froment, M. 2003. Ota oppia parhaista! Tehoa vertailuoppimisesta. Helsinki: Talentum.

Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2022.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi06040>

Keuhkosityöpä. Käypä hoito -suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Onkologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi06050>

Kim, M. & Kim, M. We want more than life- sustaining treatment during end-of life care: Focus-group interviews. Int. J. Environ Res. Public Health 2021, Vol. 18, No. 4415. Viitattu 12.10.2023. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094415>

Knuutila, A. 2020. Keuhkosityöpä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 136, No 7. Viitattu 7.11.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15505>

Koivisto, J.; Pohjola, P. & Blomqvist, P. 2017. Ennen-aikana-jälkeen. Arviointiopas kehittäjille. THL. Viitattu 22.11.2022. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135538/URN\\_ISBN\\_978-952-302-968-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135538/URN_ISBN_978-952-302-968-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Komulainen, M.; Erävesi, E.; Kääriä, J.; Nypelö, S.; Putkonen, A. & Saarinen, J. 2014. Ideasta käytäntöön. Turku: Turun ammattikorkeakoulun projektitoiminnan opas. Viitattu 22.9.2022. [https://julkaisut.turkuamk.fi/ideasta\\_kaytanton.pdf](https://julkaisut.turkuamk.fi/ideasta_kaytanton.pdf)

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 129, No 4. Viitattu 12.10.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821#s8>

Kunnaala-Hyrkki, V. & Brunila, O-P. 2019. Workshopeissa lyödään viisaat päät

yhteen. XAMK Read 02/2019. Viitattu 24.10.2022.

<https://read.xamk.fi/2019/logistiikka-ja-merenkulku/workshopeissa-lyodaan-viisaat-paat-yhteen/>

Kurki, T.; Jylhä, V. & Kekoni, T. 2021. Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Kuula-Luumi, A. 2018. Turvaa tutkittavan anonymiteetti! Vastuullinen tiede. Viitattu 21.11.2022. <https://vastuullinentiede.fi/fi/jatkokaytto/turvaa-tutkittavan-anonymiteetti>

Kymäläinen, H-R.; Lakkala, M.; Carver, E. & Kamppari, K. 2016. Opas projektityöskentelyyn. Tieteestä toimintaa -verkosto. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 22.11.2022. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160099/Opas\\_projektity%C3%B6skentelyyn\\_2016.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160099/Opas_projektity%C3%B6skentelyyn_2016.pdf?sequence=1)

Lehto, J.; Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 135, No 4. Viitattu 30.10.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>

Lehto, J. 2021. Keuhkosairauksien palliatiivinen hoito. Teoksessa: Kaartenaho, R.; Halme, M.; Koskela, H. & Saaresranta, T. (toim.) Keuhkosairaudet. 2., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 515–526.

Leivo-Korpela, S.; Piili, R. & Lehto, J. 2022. Keuhkohtaumataudin palliatiivinen hoito. Lääkärilehti 1–2/2022, vsk 77, 49–52. Viitattu 10.01.2022. [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/141301/SLL1\\_2\\_2022\\_49.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/141301/SLL1_2_2022_49.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lesonen, M. 2019. Hoitajien kuvauksia saattohoidosta. Pro gradu- tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 10.01.2023. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21962/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20191389.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21962/urn_nbn_fi_uef-20191389.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lim, R. 2016. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*. Vol. 10, No 5, 455–467. Viitattu 05.01.2023.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933619/pdf/10.1177\\_1753465816660925.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933619/pdf/10.1177_1753465816660925.pdf)

Mustajoki, M.; Alila, A.; Matilainen, E.; Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. *Sairaanhoitajan käsikirja*. 8., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Narsavage, G.; Chen, Y-J.; Korn, B. & Elk, R. 2017. The potential of palliative care for patients with respiratory diseases. *Breathe*. Vol. 13, No 4, 278–289. Viitattu 19.10.2022.

<https://breathe.ersjournals.com/content/breathe/13/4/278.full.pdf>

Nieminen, E-M. 2014. Henkeä ahdistaa ja happi loppuu. Teoksessa: Pöyhiä, R.; Tasmuth, T. & Reinikainen, P. (toim.) *Lääkäri saattajana*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 1., painos. 113–123.

Ollila, M. 2014. Missä haluaisin kuolla- laitoksessa vai kotona. Teoksessa: Pöyhiä, R.; Tasmuth, T. & Reinikainen, P. (toim.) *Lääkäri saattajana*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 1., painos. 65–74.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.9.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Patel, K.; Janssen, D. & Curtis, J. 2012. Advance care planning in COPD. *Respirology*. Vol. 17, No 1, 72–78. Viitattu 02.01.2023. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1440-1843.2011.02087.x>

Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla.

Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim Vol. 136, No 13, 1605–1613. Viitattu 10.01.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15685>

Rome, R.; Luminais, H.; Bourgeois, D. & Blais, C. 2011. The role of palliative care at the end of life. *Ochsner Journal*. Vol. 11, No 4, 348–352. Viitattu 12.9.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241069/pdf/i1524-5012-11-4-348.pdf>

Romem, A.; Tom, S.; Beauchene, M.; Babington, L.; Scharf, S. & Romem, A. 2015. Pain management at the end of life: A comparative study of cancer, dementia, and chronic obstructive pulmonary disease patients. *Palliative Medicine*. Vol. 29, No 5, 464–469. Viitattu 02.01.2023. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/epub/10.1177/0269216315570411>

Ruggiero, R. & Reinke, L. 2018. Palliative care in advanced lung diseases: a void that needs filling. *Annals of the American thoracic society*. Vol. 15, Issue 11. 1265–1268. Viitattu 7.11.2022. <https://www.atsjournals.org/doi/epdf/10.1513/AnnalsATS.201805-347HP?role=tab>

Saarto, T.; Hänninen, J.; Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. *Palliativinen hoito*. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T.; Hänninen, J.; Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. 1., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa, kolmiportainen malli. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vol. 135, No 6, 535–541. Viitattu 7.9.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>

Saarto, T.; Lyytikäinen, M.; Ahtiluoto, S.; Junttila, K.; Lehto, J.; Finne-Soveri, H.; Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. THL. Ohjaus 4/2022. Viitattu 5.9.2022.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022\\_004\\_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

Salin, S.; Melander, H.-L.; Lehto, J.T. & Hökkä, M. 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. Vol. 58, No 2, 143–157. Viitattu 28.9.2022. <https://doi.org/10.23990/sa.94374>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62, Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 8.11.2022. [https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Salminen-Tuomaala, M. 2021. Palliatiivisen hoitotyön osaamisen kansainvälinen kehittäminen. SeAMK- verkkolehti. Viitattu 17.10.2022. <https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja-luovuus/palliatiivisen-hoitotyon-osaamisen-kansainvalinen-kehittaminen/>

Salomaa E-R. 2022a. Keuhkohtaumatauti (COPD). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.11.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00029>

Salomaa E-R. 2022b. Keuhkosityöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.11.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00031/keuhkosityopa>

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Viitattu 24.10.2022. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Savonen, K. 2021. Benchmarking sosiaali- ja terveyshallintotieteen koulutuksen kehittämisen tukena. Pro gradu- tutkielma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 17.10.2022.

[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/25813/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20211134.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/25813/urn_nbn_fi_uef-20211134.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sorenson, H. 2013. Improving end-of-life care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Therapeutic Advances in Respiratory Disease. Vol. 7, No 6, 320–326. Viitattu 3.10.2022.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1753465813504803>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Viitattu 13.9.2022.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017/44. Viitattu 7.9.2022.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Styrman, T. & Tornainen, M. 2018. Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Suomen Lääkäriliitto 2021. Saattohoito. Viitattu 13.9.2022.

<https://www.laakariliitto.fi/laakaran-etiikka/elaman-loppu/saattohoito/>

Tarnanen, K.; Jekunen, A. & Komulainen, J. 2017. Keuhkosityöpä- vakava paikka. Duodecim terveyskirjasto. Käyvän hoidon potilasversiot.

Viitattu 7.11.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00014>

Tarnanen, K.; Saarto, T. & Laukkala, T. 2019a. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). Duodecim terveyskirjasto. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 12.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00072>

Tarnanen, K.; Harju, T. & Meinander, T. 2019b. Keuhkohtaumatauti- salaa etenevä kansantauti. Duodecim terveyskirjasto. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 7.11.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00012/keuhkohtaumatauti-salaa-eteneva-kansantauti>

Tavares, N.; Jarrett, N.; Hunt, K. & Wilkinson, T. 2017. Palliative and end-of-life care conversations in COPD: a systematic literature review. ERJ Open Research. Vol. 3, No 2, 1–12. Viitattu 28.9.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407435/pdf/00068-2016.pdf>

Terveyskylä 2018. Keuhkosairaudet. Viitattu 7.9.2022.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/sairaudet/keuhkosairaudet>

The Economist Intelligence Unit 2015. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. Viitattu 5.9.2022.

[https://www.virtualhospice.ca/Assets/2015%20Quality%20of%20Death%20Index\\_20151013163458.pdf](https://www.virtualhospice.ca/Assets/2015%20Quality%20of%20Death%20Index_20151013163458.pdf)

THL 2022. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. Viitattu 7.9.2022. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 18.10.2022.



[https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tuominen, K. 2016. Kehityksen tie. Benchmarking- käsikirja. Oy Benchmarking Ltd. Benchmarking pilottiohjelma.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021. Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ohje. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. 2., Uudistettu painos. Viitattu 21.11.2022. [https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje#3\\_2](https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje#3_2)

Valvira 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 02.01.2023. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva\\_ammattiharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva_ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

Vihelä, M.; Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede. Vol. 32, No 4, 275–284. Viitattu 30.10.2022. <https://www.kamk.fi/loader.aspx?id=b3f4c179-d22e-44eb-b4be-e8e75420f2bb>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., Uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Walker, I.; Reshamwalla, S. & Wilson, I. 2012. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? British Journal of Anaesthesia. Vol. 109, No 1, 47–54. Viitattu 05.01.2023. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S000709121732932X/pdf>

WHO 2018. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. World Health Organization. Viitattu 05.09.2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>

**Kirjallisuushakukoonti**

Tietokanta/ lähde	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä / hyödynnetty
Cinahl	end-of-life care AND pulmonary patient	Julkaisu vuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla	Osumia 20
Cinahl	end-of-life care AND checklist	Julkaisu vuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla	Osumia 56/ hyödynnetty 2
Google Scholar	end-of-life care AND checklist	Julkaisu vuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla	Osumia 41
Google Scholar	saattohoito ja hoitajan osaaminen	Julkaisu vuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla	Osumia 2220/ hyödynnetty 4
Google Scholar	saattohoito ja tarkistuslista	Julkaisu vuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla	Osumia 205
Medic	saattohoito ja perehdytys	Julkaisu vuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla	Osumia 170/ hyödynnetty 3

Liite 1

Medic	tarkistuslista		Osumia 53
PubMed	end-of-life care AND checklist	Julkaisuvuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla, potilaiden ikä 45–80 v. ja vanhemmat	Osumia 71/ hyödynnetty 1
PubMed	end-of-life care AND pulmonary patient	Julkaisuvuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla, potilaiden ikä 45–80 v. ja vanhemmat	Osumia 1035/ hyödynnetty 13
PubMed	end-of-life care AND pulmonary disease	Julkaisuvuosi 2010–2022, koko teksti oltava saatavilla, potilaiden ikä 45–80 v. ja vanhemmat	Osumia 4644/ hyödynnetty 2
Terveysportti: Lääkärin tietokanta, Hoitotyön tietokanta	saattohoito		Osumia 258/ hyödynnetty 8

**Saattohoidon tarkistuslista**

<b>HOIDOSSA HUOMIOITAVAT ASIAT SAATTOHOITOPOTILAAN KOHDALLA</b>	<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>
Saattohoitopäätös tehty lääkärin toimesta, linjaukset ja hoidonrajaukset kirjattu Apottiin		
Potilaan ja omaisten kanssa keskusteltu linjauksista ja rajauksista		
Omaisiin yhteydenpito tarkistettu ja kirjattu Apottiin, ilmoitetaanko voinnin muutoksista yöllä?		
Siirto yhden hengen potilashuoneeseen		
Onko toiveita keskusteluavulle tai sielunhoidolliselle tuelle?		
Onko potilaan ja omaisten toiveet hoitoon liittyen huomioitu ja kirjattu Apottiin? Kulttuuritaustan huomiointi		
Onko potilaalla kipua? Hyödynnä NRS, PAINAD arviointeja		
Lääkkeettömien hoitokeinojen hyödyntäminen (kylmä, kuuma, musiikki, rauhoittaminen, läsnäolo, kosketus, asentohoidot)		
Onko potilaalla hengenahdistusta? Yskän ja limaisuuden huomiointi		
Hygienian ja suun hoidon huomiointi		
Asentohoitojen huomiointi		
Onko potilaalla pahoinvointia? Vatsan toiminnan seuranta, ummetuksen huomiointi		
Onko potilas ahdistunut, levoton, kärsivä, masentunut?		
Kuoleman jälkeen vainajan laitto: Exitus-setti, nostolakana, nimiranneke, potilaan arvotavaroista huolehtiminen, omaisille ilmoittaminen		
Kuoleman jälkeen: Omaisille ohjeet, vainajan luokittelu, uloskirjaus		