

Nina Inkiläinen & Nina Seppälä

**PALLIATIIVINEN HOITO JA  
SAATTOHOITO  
SAIRAANHOITAJIEN KOKEMANA  
KOUVOLAN ALUEELLA**

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja AMK

2018



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Nina Inkiläinen Nina Seppälä	Sairaanhoitaja (AMK)	Huhtikuu 2018
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Palliativinen hoito ja saattohoito sairaanhoitajien kokemana Kouvolan alueella		74 sivua 16 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kouvolan kaupunki, Palliativinen poliklinikka		
<b>Ohjaaja</b>		
Anne Sundström		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon Kouvolan alueella. Näkökulmana oli sairaanhoitajien kokemus saattohoidon yhteistyöstä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden ja palliativisen poliklinikan välillä, sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa, koulutustarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken.</p> <p>Opinnäytetyössä perehdyttiin aihetta käsitteleviin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tutkimuskysymykset selvittivät edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä saattohoidossa Kouvolan alueella. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin sähköisesti strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena helmikuussa 2018. Kysely lähetettiin 74:lle sairaanhoitajalle kotihoitoon, kotiutustiimiin ja saattohoidon tukiosastolle. Vastauksia saatiin 26 kappaletta. Vastausprosentti oli 35,1 %. Vastaukset analysoitiin käyttäen Webropol 2.0 -sovellusta.</p> <p>Tämän opinnäytetyön keskeisiksi tuloksiksi nousivat palliativista hoitoa ja saattohoitoa edistävinä tekijöinä työntekijöiden korkea motivaatio, työn kokeminen palkitsevana ja työssä koettiin myös matalaa kuormittuneisuutta. Sairaanhoitajat kokivat saavansa hyvin tukea niin lääkäriltä kuin työkavereiltakin ja työyhteisöllä oli samat tavoitteet ja hoitolinjaukset olivat yksiselitteisiä. Tiedonkulku oli sujuvaa ja yhteistyö toimivaa potilaan, omaisten ja eri ammattiryhmien kesken. Vaikeuttavina tekijöinä sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksen tarpeen niin somaattisten oireiden kuin psyykkistenkin oireiden arviointiin. Psyykkisten oireiden hoitoon kaivattiin myös lisäkoulutusta. Lisäkoulutustarvetta koettiin myös potilaan hoitoon liittyvien laitteiden käytössä sekä potilaalle haettavaan tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa.</p> <p>Nämä tulokset antavat työn tilaajalle työkalun kehittää palliativista hoitoa ja saattohoitoa Kouvolan alueella, joten työn tuloksilla on konkreettinen merkitys.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
palliativinen hoitotyö, saattohoito, sairaanhoitaja, kokemus, kyselytutkimus, kvantitatiivinen tutkimus		

Authors	Degree	Time
Nina Inkiläinen Nina Seppälä	Bachelor of Health Care	April 2018
<b>Thesis Title</b>  Palliative care and hospice care in Kouvola from nurses` point of view <span style="float: right;">74 pages 16 pages of appendices</span>		
<b>Commissioned by</b>  City of Kouvola , Palliative care clinic		
<b>Supervisor</b>  Anne Sundström		
<b>Abstract</b>		
<p>The aim of this thesis was to define which factors affects to palliative care in Kouvola. The concentrate were nurses` experience from cooperation between the palliative care units and palliative care clinic, nurses` professional contingencies, the need for a training, the smooth running of the work-related factors and cooperations between the different professional groups.</p> <p>The thesis study was devoted to the theory on the basis of the information about palliative care. Intent on questions were concentrated on factors, which further and challenge palliative care in Kouvola. The survey method was theory of quantitative survey method and data were concentrated on email with a structured questionnaire. Questionnaire was carried out to palliative care nurses that work at home care, cashing out team and hospice support department in February 2018. Questionnaires was sent 74 pieces and answers was received 26 pieces. The response rate was 35.1 %. Answers were analyzed with Webropol 2.0 application.</p> <p>On the basis of the questionnaire, the main findings were workers` high motivation, the work is perceived as rewarding and low workload. The nurses felt to have colleagues and medical support and smooth cooperation and flow of information between patient, authorities and the members of the various occupational groups and the uniqueness of treatment guideline. The nurses felt that they have colleagues and medical support, smooth cooperation and flow of information between patient and authorities and the members of the various occupational groups and unambiguous of treatment guideline.</p> <p>Nurses were felt that challenging factor assessment of the need for training necessary in somatic and in the evaluation of psychiatric symptoms and treatment guidance at workplace. The need for additional training was also felt in the use of patient care equipment. Also challenging factors were the need for training on matters relating to patient communication and services. These results provide a tool for palliative care clinic to develop palliative care at Kouvola region, so with this thesis received concrete results.</p> <p>palliative care, hospice, nurse, experience, survey, quantitative research</p>		

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PALLIATIIVINEN HOITO.....	8
2.1	Hoitotahto .....	10
2.2	Oireiden hoitaminen elämän loppuvaiheessa .....	11
2.3	Kuoleman lähestyminen .....	13
3	SAATTOHOITO.....	16
3.1	Saattohoitopäätös.....	20
3.2	Saattohoidon toteuttaminen eri ympäristöissä .....	21
3.3	Kotisaattohoidon edellytykset .....	21
3.4	Omaisten kokemuksia saattohoidosta .....	23
3.5	Potilaan kokemuksia saattohoidosta.....	24
4	HOITOHENKILÖSTÖ PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA JA SAATTOHOIDOSSA ....	25
4.1	Hoitohenkilökunnan kokemuksia palliatiivisesta hoitotyöstä ja saattohoitotyöstä .	26
4.2	Koulutus ja ammatillinen kehittyminen.....	27
4.3	Omaisten ja potilaan kohtaaminen.....	28
4.4	Työnohjaus ja henkilöstön tukeminen/jaksaminen.....	29
4.5	Yhteistyö eri hoitotahojen kesken .....	30
5	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO KOUVOLAN ALUEELLA .....	31
5.1	Palliatiivinen poliklinikka .....	31
5.2	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osasto Villa Apila.....	32
5.3	Kotiutustiimi ja kotihoito .....	33
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET .....	33
7	TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	36
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	36
8.1	Tutkimusmenetelmä .....	37
8.2	Kyselylomake tiedonkeruumenetelmänä .....	38
8.3	Tutkimusaineiston kerääminen .....	39

8.4	Aineiston analyysi .....	40
8.5	Tutkimuksen luotettavuus .....	40
8.6	Tutkimuksen etiikka .....	42
9	TUTKIMUSTULOKSET .....	42
9.1	Taustamuuttujat .....	43
9.2	Sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa .....	46
9.3	Sairaanhoitajien koulutuksen tarve .....	50
9.4	Sairaanhoitajien työn sujuvuuteen liittyvät tekijät .....	57
9.5	Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken .....	63
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	65
10.1.	Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät tekijät .....	66
10.2.	Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa vaikeuttavat tekijät .....	69
11	JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET .....	73
	LÄHTEET .....	75

## LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Muuttujataulukko

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

Liite 5. Tutkimuslupa

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää mitkä tekijät vaikuttavat palliativisen hoidon ja saattohoidon sujuvuuteen Kouvolan alueella. Näkökulmana on sairaanhoitajien kokemus saattohoidon yhteistyöstä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden ja palliativisen poliklinikan välillä, sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa, koulutustarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken. Opinnäytetyö selvittää mitkä ovat niitä palliativista hoitoa ja saattohoitoa edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä joilla on vaikutusta Kouvolan alueen palliativisen hoidon ja saattohoidon sujuvuuteen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa palliativisen hoidon ja saattohoidon sujuvuuden edistävästä ja vaikeuttavista tekijöistä. Näin työn tilaaja saa tietoa siitä, mitkä ovat niitä tekijöitä, joihin Kouvolan kaupunki työnantajana voi vaikuttaa edistääkseen palliativisen hoidon ja saattohoidon sujuvuutta Kouvolan alueella.

Olemme saaneet tutustua ja toteuttaa palliativista hoitoa ja saattohoitotyötä opiskelumme aikana sekä työskennellessämme että ollessamme työharjoitteluissa erilaisissa terveydenhoitoalan toimipaikoissa. Haluamme olla mukana kehittämässä hyvää palliativista hoitoa ja saattohoitoa Kouvolan alueella. Opinnäytetyö tehtiin toimeksiantona Kouvolan palliativiselle poliklinikalle kartoittaen palliativisen hoidon ja saattohoitotyön sujuvuutta. Työelämän edustajina toimivat palliativisen poliklinikan lääkäri ja sairaanhoitaja. Opinnäytetyön ohjauksesta vastasi Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.

Palliativinen hoito ja saattohoito ovat aiheina ajankohtaisia, koska palliativisen hoidon tarpeen arvioidaan kasvavan lähivuosina sekä syöpäpotilaiden että muiden potilasryhmien osalta väestön ikääntymisen vuoksi (Käypähoito suositus 2016). Hyvän palliativisen hoidon ja saattohoidon perustana on lainsäädäntö, joka määrittelee ihmisoikeudet, ihmisten kunnioittamisen, ihmisen tasa-arvoisuuden, potilaan itsemääräämisoikeuden sekä kivun ja kärsimyksen lievittämisen (STM 2010). Jokaisella potilaalla on oikeus parhaaseen mahdolliseen palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon. Hoitohenkilökunnan osaamista tulee kehittää ja tukea heidän voimavarojaan. Palliativisen hoidon ja saatto-

hoidon järjestämisestä vastaavat kunnat, jotka ohjaavat henkilökunnan koulutautumista ja järjestävät resurssit saattohoitoon (Anttonen 2016, 15). Kotisaattohoidon entisestään lisääntyessä on tarpeen tutkia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamista ja siinä esiintyviä tarpeita. Kotisairaالاتasoista hoitoa toteutettaessa mahdollistetaan potilaalle turvallinen ja laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito kotiympäristössä. Hoitohenkilöstöllä on suuri rooli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon onnistumisessa. He vastaavat potilaan hyvästä hoidosta sekä tiedon ja tuen antamisesta potilaan läheisille. Työ on vaativaa ja edellyttää henkilöstöltä kykyä hoitaa potilasta pohjautuen lääketieteelliseen sekä hoitotieteelliseen näyttöön. Työ edellyttää myös kykyä hoitaa potilasta kuunnellen, hänen toiveitaan kunnioittaen. Potilaan kuoleman lähestyessä henkilökunnan rooli läheisten tukijoina ja neuvojina korostuu. On tärkeää selvittää, mitkä tekijät auttavat hoitohenkilöstöä toteuttamaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa parhaan kykynsä mukaan ja mihin asioihin he tarvitsevat tukea, ohjausta tai koulutusta. Palliatiivinen hoito ja saattohoitotyö on haasteellista työtä, jossa elämäkokemus ja työkokemus ovat vahvuuksia. Vahva ammatillinen osaaminen on vahvistava tekijä palliatiivisen hoidon ja saattohoitotyön sujuvuudessa.

Tässä opinnäytetyössä selvitetään kyselytutkimuksen keinoin Kouvolan alueen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä pohjautuen sairaanhoitajien kokemukseen omasta työstään. Kyselytutkimuksen osa-alueet kartoittavat sairaanhoitajien ammatillisia valmiuksia, koulutuksen tarvetta, työn sujuvuuteen vaikuttavia tekijöitä sekä yhteistyön sujuvuutta eri ammattiryhmien kesken. Pyrkimyksenä on kyselytutkimuksen tulosten myötä tuottaa työn tilaajalle tutkittua tietoa, jonka avulla he voivat koordinoida palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistä niihin asioihin, joissa sairaanhoitajat kokevat osaamisen puutetta.

## 2 PALLIATIIVINEN HOITO

Palliatiivinen hoito tarkoittaa oireidenmukaista hoitoa, joka lievittää potilaan kärsimystä ja kipua. Se parantaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. Potilaalle ja hänen läheisilleen tarjotaan apua ja sopeutumista käsillä olevaan tilanteeseen ja luottamusta tulevaisuuteen. Tavallisimmat sairaudet, jotka vaativat palliatiivista hoitoa, ovat erilaiset syövät, muistisairaudet, neurologiset taudit, sydämen vajaatoiminta sekä keuhkohtaumatauti (Anttonen 2016, 17).

Palliatiivisessa hoitotyössä korostuvia tärkeitä periaatteita ovat itsemäärääminen, kunnioitus, turvallisuus, yksilöllisyys, ihmiskeskeisyys ja kokonaisvaltaisuus. Hoitotyön ammattilaisten tehtävä on kyetä auttamaan potilasta löytämään itsensä näköinen tapa elää kaikkien hoitojen aikana. Yksilöllinen hoito tarkoittaa, että parantumattomasti sairas kohdataan psyykkisenä, emotionaalisenä ja ennen kaikkea tuntevana ihmisenä. Espanjalainen Francesco Bellino on julkaissut useita artikkeleita hyvästä elämästä. Hänen mukaansa ei ole hyvää tai huonoa kuolemaa, vain elämä voi olla hyvää tai huonoa. Tähän lukeutuu myös viimeiset hetket elämästä. (Surakka 2015, 7–8.)

Valviran määritelmän mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun sairaus ei ole parannettavissa ja elämän pidentäminen ei ole ainoana päämääränä. Grönlundin ym. (2011) tekemän tutkimuksen mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa elämänlaadun parantamista. Näin potilas voi elää jäljellä olevan elämänsä niin hyvin ja aktiivisesti kuin on mahdollista. Iranmaneshin 2009 tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan rooli palliatiivisessa hoidossa on erityinen. Hän on läheinen perheelle hoidon aikana, jolloin hän huomioi perheen ilmapiiriä ja sääntöjä (Tervala 2014, 24–26). Asiantuntijatyössä korostuu myös parantumattomasti sairaan toiveiden kuuleminen ja hänen voimavarojen täysipainoinen käyttäminen. Omahoitaja kannustaa sairasta ihmistä olemaan oman elämänsä paras asiantuntija ja erikoisosaaaja loppuun asti. Ammatillisesti työskentelevä palliatiivisen hoidon asiantuntija ei kyseenalaista tätä missään hoitamisen vaiheessa. Hän ei myöskään tiedä potilaansa puolesta mikä tälle olisi hyväksi, vaan hoitaa niin kuin potilas haluaa häntä hoidettavan. (Surakka 2015, 9–12.) Palliatiivisessa hoidossa osapuolina ovat potilas, hänen omahoita-



jansa, perheensä sekä hoitohenkilökunta. Oireenmukaiseen hoitoon siirtyminen tarkoittaa, että on tarkoin harkittu kaikki parantavien hoitojen mahdollisuudet. Siten on päätetty siirtyä käyttämään lääketieteellisiä keinoja, joilla voidaan taata jäljellä olevan elämän mukavuus mahdollisimman hyvin. Oireenmukaiseen hoitoon siirtyminen ei kuitenkaan tarkoita kaikkien hoitojen lopettamista. Esimerkiksi syöpätautien yhteydessä oireita lievittävinä hoitoina voidaan joskus käyttää kirurgisia hoitoja, sekä lääke- ja sädehoitoja. (Hänninen 2015, 11.)

Palliativista hoitoa toteutetaan palliativisen hoidon osastoilla, saattohoitokodeissa, sairaaloissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla, tehostetun asumispalvelun yksiköissä, potilaiden kotona kotihoidon avulla ja konsultointiavun varassa. Potilas saa itse määritellä, kuinka hänen palliativinen hoitonsa järjestetään. Haluaako hän saada hoitoa kotona vai sairaalassa? Kotona tapahtuvassa palliativisessa hoidossa tulee huomioida potilaan fyysinen ja psykososiaalinen hyvinvointi hoidon suunnittelussa ja järjestämisessä. Palliativisen hoidon päämääränä on kuoleman kohtaaminen potilaan tuntiessa olonsa turvallisiksi, tapahtuupa se kotona, sairaalassa tai muussa hoitoympäristössä. Kotona tapahtuva kuolema voi toteutua yhdessä perheen kanssa, jos potilas näin toivoo. (Tervala 2014, 3.) Kotona järjestettävään saattohoitoon osallistuvien omaisten jaksamisesta on huolehdittava sekä potilaan hengelliset, emotionaaliset ja sosiaaliset tarpeet tulee huomioida (Tervala 2014, 7–8). Tervalan 2014 tekemän tutkimuksen mukaan palliativinen hoito kotiympäristössä on käsitteenä "kuolevan potilaan saattamista saattohoitoon kotiympäristössä". Kotona tapahtuvassa palliativisessa hoidossa potilaan loppuelämän hyvä fyysinen ja psyykinen hoito on avainasemassa. Kotihoidossa korostuu potilaan kokema vapauden, riippumattomuuden, yksityisyyden, haavoittuvuuden ja normaaliuden tunteet. (Tervala 2014, 52.)

Kotisairaalatasoista hoitoa kotona toteutettaessa mahdollistetaan potilaalle turvallinen ja laadukas hoito sekä kuolema kotiympäristössä. Kotona hoitaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta sitoutumista. Se edellyttää myös kiinnostusta sekä osaamista palliativisesta hoidosta huomioiden potilaan arvojen, tarpeiden ja toiveiden kunnioittaminen. Ahlströmin ym. 2004 tekemän tutkimuksen mukaan kotisaattohoito edellyttää hyvin toimiakseen hyvää suunnittelua, jossa keskiössä on potilaan ja omaisten toiveet kotona järjestettävästä

hoidosta. Lääketieteellisestä hoidosta vastaa kotisairaalan lääkäri, jolla on vastuu kokonaisuudesta. Yhteys kotisairaalaan on oltava mahdollista ympäri vuorokauden. Kotisairaalahoidon henkilökunta vastaa osaltaan välineiden saatavuudesta sekä säännöllisistä käynneistä potilaan kotona. (Tervala 2014, 8–9.)

Palvelujen tarpeen arviointi tehdään palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä. Tarvitavia palveluita ovat esimerkiksi henkilökohtaisen avun saatavuus kotiin, arvioidaan omahoitajan vastuualueet, sovitaan perheen osallistumisesta hoitoon, omaishoitajan avun, ohjauksen ja avun saaminen akuuttitilanteissa. (Tervala 2014, 44.) Potilaalle on tärkeää tuntea olevansa turvassa kotonaan, vaikka hän olisi siellä yksin. On mahdollista saada erilaisia palveluita turvaamaan potilaan oloa, esimerkiksi henkilökohtainen turvahälytín, jolla voi hälyttää apua ympärivuorokauden. Omaishoitajat kokevat tärkeäksi avun saamisen silloin, kun he tuntevat väsyvänsä ja tarvitsevänsä lepoa hoidosta. Tällöin saadaan järjestettyä hoitotiimin palveluita ympäri vuorokauden. (Tervala 2014, 46–47.)

## 2.1 Hoitotahto

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Yksilön oikeuksia on kunnioitettava kuolevan potilaan hoidossa. Kuolevan potilaan ihmisarvoa tulee kunnioittaa. Ennen kaikkea hänen itsemääräämisoikeuttaan, mielipiteitään ja toiveitaan hoidon antamisen tai antamatta jättämisen suhteen tulee kunnioittaa. Potilasta tulee siis hoitaa hänen luvallaan ja suostumuksella. Potilaan itsemääräämisoikeus on kaikkein vahvimmillaan hoidosta tai hoitotoimenpiteistä kieltäytymisen suhteen. (Hänninen ym. 2013, 51–52.) Potilaalla oleva hoitotahto auttaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan potilaan haluamaa loppuvaiheen hoitoa. Hoitotahto sisältää potilaan ilmaiseman tahdon elämää ylläpitävän hoidon lopettamisesta tilanteessa, jossa hänen ennusteensa katsotaan olevan huono hoidoista huolimatta. Toisaalta potilaalla on oikeus ilmaista hoitotahdosta hoidon jatkuminen niin halutessaan. Kaavakkeessa potilas voi ilmaista myös esimerkiksi elvytyskiellon, mikäli ennuste toipumiseen on huono. Antibiootti- ja leikkaushoidot voi kieltää silloin, kun niistä ei katsota olevan hyötyä potilaalle. Potilas voi kieltäytyä hoidoista aina niin halutessaan. Olennaista hoitotahdossa on ilmaisu tai vaatimus hyvästä kivunhoidosta ja palliatiivisesta hoidosta. Hoitotahto voi

mahdollistaa myös palliatiivisen sedaation. Päätöksen palliatiivisen sedaation käytöstä tekee aina lääkäri. Hoitotahto astuu voimaan silloin, kun potilas ei enää pysty itse kommunikoimaan. (Hilden 2006, 29–31.)

Hoitolinjaukset tehdään palliatiivisen hoidon aikana. Silloin pystyvät sekä potilas, että hänen omaisensa valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Hoitolinjaukset on syytä tehdä potilaan vielä ollessa kykenevä tekemään päätöksiä ennen vointinsa huonontumista. Potilas tekee hoitotahdon jonka tekemisessä omaiset voivat avustaa. Hoitotahdossa linjataan tarkasti potilaan tahto koskien loppuvaiheen hoitoa. Näitä ovat esimerkiksi päätös elvytyksestä, tehohoidosta ja muista loppuvaiheen hoidoista. (Tervala 2014, 10.)

Holstenin tutkimuksessa voitiin todeta, että hoitohenkilökunnan asenne vaikutti suuresti siihen, kuinka hyvin potilaiden itsemääräämisoikeus toteutui. Havaittavissa oli myös potilaan sopeutumista. Potilaat eivät pyytäneet sellaista hoitoa, jota tarjoava organisaatio ei pystynyt tarjoamaan. Osa potilaista jätti myös päätöksenteon hoitohenkilökunnalle. Silti heidän kontrollin tunnettaan lisäsi tieto valinnan mahdollisuudesta ja päätöksenteosta. (Hollsten 2014, 15.)

## **2.2 Oireiden hoitaminen elämän loppuvaiheessa**

Palliatiivisen hoidon piiriin kuuluvien potilaiden oirekuva vaihtelee diagnosiryhmittäin. Yhtäläisyyksiä kuitenkin on ja merkityksellistä oireilussa on oireen olemassaolon lisäksi sen häiritsevyys sekä potilaan kokemus oireesta ja tarvitseeko hän apua siihen. Oireiden häiritsevyydellä tarkoitetaan sen tuomaa fyysistä ja psyykkistä vaivaa, kärsimystä ja ahdistusta. Hoito onkin tärkeä suunnata potilasta häiritseviin oireisiin, niihin, jotka häiritsevät häntä eniten. (Saarto 2015, 32–33.) Oireiden hoitaminen voidaan jakaa fyysisiin oireisiin, fyysiseen toimintakykyyn, kivun hoitoon, kuoleman lähestyessä kehon muutoksiin ja välineiden saatavuudesta huolehtimiseen. Fyysisiä oireita ovat kognition vähentyminen, väsyneisyys, hengenahdistus, pahoinvointi ja masennus. Garrisonin ym. 2011 tekemän tutkimuksen mukaan merkityksellistä on hoitaa ja lievittää potilaan kipua sekä huomioida ja parantaa hänen fyysistä toimintakykyään. Masennuksen huomioiminen, infektioiden hoitaminen ja lääkkeiden sivuvaikutusten tunnistaminen ja hoitaminen ovat myös merkityksellisiä. (Tervala 2014, 29.)

Fyysisten oireiden lisääntyminen ja voimistuminen lisää usein myös psyykkistä oireilua. Masennus- ja ahdistusoireet ovat yleisiä potilailla, jotka kärsivät somaattisista oireista kuten pahoinvointi ja hengenahdistus. Masennuksen oireita voi olla vaikea havaita, sillä somatiikan oireet kuten väsymys, ruokahaluttomuus ja laihtuminen ovat usein yleisoireita parantumattomasti sairailta. (Saarto 2015, 33.)

Potilaan kuuntelemisen merkitys korostuu potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Luotettavuuden tunne lisääntyy, kun potilas tulee kuulluksi ja kohdatuksi ihmisenä. Luotettavuuden tunnetta lisää myös herkkyys ja huomaavaisuus potilaan ja omaisten välillä. Potilaan hyvinvointia lisääviä tekijöitä ovat ystävien yhteydenpito, kirjojen lukeminen, elämäntarinansa kertominen muille ja yhteiset perhetapahtumat Carlanderin ym. 2011 tekemän tutkimuksen mukaan.

Hoitohenkilöstö voi lisätä hyvinvointia tarjoamalla positiivisia kokemuksia potilaalle esimerkiksi hyvän ruoan ja kauniiden maisemien esittelemisellä Iranmaneshin 2010 tekemän tutkimuksen mukaan. Kotona asuminen lisää turvallisuuden tunnetta potilaalle, mahdollistaen tuttujen harrastusten jatkamista hyvän oirehoidon turvin. Toistuvat rutiinit tuovat potilaalle eheyttä ja koskemattomuutta, tunnetta oman elämänsä hallinnasta. (Tervala 2014, 31–33.) Tämä on erittäin tärkeää, sillä sairauden edetessä oirekuva usein muuttuu. Oireet kasaantuvat ja niitä on paljon. Vaikea hoitamaton oireilu voi saada potilaan tuntemaan, että on menettänyt hallinnan omaan elämäänsä. Hän saattaa alkaa toivoa omaa kuolemaansa. Oireista etenkin masennus, tokkuraisuus ja väsymys ovat yhteydessä haluun kuolla. (Saarto 2015, 33–34.)

Palliativisessa hoitotyössä tärkeä työväline on kokonaisvaltainen oirearviointi sekä hoitosuunnitelma. Näin varmistetaan yhtenäinen ja johdonmukainen hoitolinjaus. Tämä lisää myös potilaan itsemääräämisoikeutta ja kuulluksi tuleamista. Se lisää myös turvallista hoitoa, kun asiat on kirjattu ylös. Oireiden arviointiin on useita erilaisia mittareita. ESAS-mittari (Edmonton Symptom Assessment System) on Suomessa yleisimmin käytetty, validoitu työväline ja mahdollistaa kokonaisvaltaisen ja luotettavan oirearvioinnin. Näitä oiremittareita löytyy useimmista palliativisista hoitoyksiköistä sekä saattohoitokodeista. ESAS-

mittari toimii perinteisemmän VAS-kipumittarin (Visual Analogue Scale) periaatteella. Oirearviointimittari on yksi tärkeimmistä tiedonkulun varmistajista hoitohenkilökunnan ja hoitavan lääkärin välillä. Se olisikin hyvä olla vähintään viikottainen työväline omahoitajalla, niin osasto- kuin kotihoidossakin. (Surakka 2015, 16–18.)

Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan antibiootihoidosta ei katsota olevan hyötyä elämän loppuvaiheen hoidossa, eikä se vaikuta elinajan ennustetta lisäävästi. Syöpäpotilailla on kohtalaista näyttöä pahoinvoinnin hoidosta ja sen ehkäisystä pahoinvointilääke metoklopramidilla. Nesteytyksestä on suosituksen mukaan enemmän haittaa kuin hyötyä loppuvaiheesta, joskin suun limakalvojen kostuttamista suositellaan janontunteen lievittämiseksi. Kivunhoidossa voidaan poiketa WHO:n kivunportaiden mukaisesta suoraan ylemmälle kivunhoitoporaalle tarvittaessa. Jos kivunhoitoon ei saada riittävän hyvää vastetta, voidaan potilas sedatoida palliatiivisesti ehkäisemään sietämättömiä ja hallitsemattomia oireita. (Käypä hoito suositus 2013.)

Sedaation eri asteita ovat esimerkiksi lääkehoito ilman tarkoituksellista sedaatiota, lievä tai kevyt sedaatio, syvä -jaksottainen sedaatio ja syvä -jatkuva sedaatio. Tarkoituksena on alentaa potilaan tietoisuutta antaen tarpeellinen määrä lääkettä kärsimyksen poistamiseksi. Sedatoitaessa on muistettava mahdollinen aiempien kipulääkkeiden kertyminen elimistöön, joka vaikuttaa sedaatioon käytettävän lääkkeen määrään. Lääkärin on pohdittava sedaation aikaista nestehoidon ja muun lääkityksen tarkoituksenmukaisuutta. (Hänninen 2006, 94–96.)

### **2.3 Kuoleman lähestyminen**

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaan kuolema on yleensä rauhallinen, johon liittyy potilaan sekä omaisten tunteiden kohtaaminen. Kuolema tapahtuu mahdollisimman rauhallisesti, potilaan ja omaisten toiveiden mukaan. Etukäteen on selvitetty, ovatko läheiset läsnä. Kuoleman jälkeen henkilökunnan rooli on olla tukemassa ja lohduttamassa omaisia. Läheisille kuoleman hetkellä läsnäolo on ainutkertainen ja pyhä hetki. Perheenjäsenillä on mahdollisuus hoitaa vainajaa ja olla mukana hyvästelemässä hänet. (Anttonen 2016,

100–102.) Kuoleman jälkeen surun tunteiden käsittelyssä auttaa jo hoitosuhteen aikana käsitellyt suruun liittyvät ajatukset. Potilaan kärsimyksen päättymisen auttaa perheenjäseneniä hyväksymään ja käsittelemään omia tunteitaan läheisen kuolemasta. (Anttonen 2016, 104.)

Toisaalta kuoleman tapahtuessa äkillisesti esimerkiksi tehohoitotyössä pitää sairaanhoitajan kyetä hoitamaan potilasta niin, että kivunhoito ja kärsimyksen poistaminen onnistuu. Saastamoisen 2012 tekemän tutkimuksen mukaan perushoito ja peruselintoiminnoista huolehtiminen on tärkeää, samalla kun kuolevan potilaan turhaa hoitamista tulee välttää. Tällä tarkoitetaan ylimääräisten laitteiden ja välineiden käyttämistä hoitamisessa. Hoitajat kokevat vaikeana kertoa potilaalle, ettei mitään ole enää tehtävissä, vaan sairaus tulee johtamaan kuolemaan. Kuolevalle potilaalle tulee luoda kiireetön, meluton ympäristö ja hyvä kivunhoito kuoleman hetkellä tai lähestyessä. Läheisten ja omaisten kohtaaminen koetaan tärkeimmäksi asiaksi, kun kyseessä on äkillisesti kuoleva tai kuollut potilas. Sairaanhoitajan tulee osata antaa tietoa ja tukea omaisille. Ammatillinen käyttäytyminen on osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Sairaanhoitajan täytyy kyetä lohduttamaan ja auttamaan omaisia eikä päinvastoin. Työ- ja elämäkokemus auttaa hoitajaa kohtaamaan kuoleva potilas sekä hänen omaisensa. (Saastamoinen 2012, 28–34.)

Perhe miettii tulevaisuuttaan ja samalla he pohtivat omia voimavarojaan potilaan hoitamisessa. He joutuvat suunnittelemaan ja käymään läpi potilaan kuolemaa ja siihen liittyviä järjestelyjä. Tavoitteena on, että perhe voi elää mahdollisimman normaalia elämää potilaan lähestyvistä kuolemasta huolimatta saaden ohjausta ja tukea hoitohenkilöstöltä. (Tervala 2014, 34.) Palliatiivisen ja saattohoitotyön asiantuntijan tehtävä onkin auttaa perhettä löytämään uudenlainen elämä. Kuollut perheenjäsen elää yhä muistoissa ja ajan saatossa siirtyy osaksi perheen historiaa. Perhe tiedostaa että läheinen on kuollut, mutta hän on vahvasti mukana tarinoissa. Usein läheisillä onkin vahva tarve puhua kuolleen elämästä ja persoonasta. Surutyön ymmärtäminen on osa hoitotyön asiantuntijan ammattitaitoa. (Surakka 2015, 8.)

Hakasen 1991 tekemässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta muodostaa erilaisia strategioita kuolevan hoitotyössä säilyttääkseen uskon hyvään kuolemaan

ja helpottaakseen omaa psyykkistä selviytymistään. Osa henkilökunnasta suhtautuu potilaaseen rutiininomaisesti ja persoonattomasti. Osa voi vältellä potilasta esimerkiksi lääkärin kierroilla, jolloin ei mennä katsomaan potilasta. Osa lääkäreistä voi hakea elämää pitkittäviä lääketieteellisiä ratkaisuja esimerkiksi hoitaen lääketieteellisesti infektioita. Toisaalta osa delegoi tehtävät muille hierarkisesti tai professionaalisesti. Osa hoitohenkilökunnasta voi vältellä kuolemasta puhumista potilaan kanssa tai muuttaa ilmapiirin vaarattommaksi leikinlaskulla (Hänninen 2006, 26–27).

BMA:n (Medical Ethics today 2012) julkaiseman etiikan käsikirjan mukaan hoitojen hyödyllisyyttä tulisi mitata sillä, onko se potilaan edun mukaista. Elämän loppuvaiheessa potilas ei ehkä kykene enää kommunikoimaan ja ilmaisemaan tahtoaan hoitojen jatkuvuudesta. Hoitojen jatkumista tulisi mitata sillä, auttaako se pysäyttämään taudin etenemisen. Hoitojen jatkuminen voi olla potilaalle raskasta elämän loppuvaiheessa. Jos potilas kokee hoitojen olevan hänelle merkityksettömiä, tulisi ne tällöin lopettaa. Usein ihminen kokee elämän pitkittämisen tuottavan hänelle turhaa kärsimystä ja useinkaan hän ei sitä halua. Lääkärin on pystyttävä kertomaan potilaalle hoitopäätöksestä ja sen on perustuttava lääketieteelliseen hyötyyn. Hoidon lopettaminen pohjautuu aina lääkärin ja potilaan väliseen keskusteluun. Siinä punnitaan realistiset tavoitteet potilaan loppuelämän suhteen. Loppuvaiheessa tehdään DNR-päätös (do not resuscitate) eli päätös elvyttämättä jättämisestä. Siinä tulisi olla kirjattuna, koskeeko päätös pelkästään paineluelvytys-kieltoa vai myös kieltoa hengityskonehoidosta. (Hänninen 2006, 49–51.)

Termeinä palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat osittain päällekkäisiä, mutta molemmilla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa (Etene 2008). Palliatiivinen hoito voidaan aloittaa jo silloin, kun sairautta hoidetaan vielä kaikin keinoin, mutta on tiedossa, että parantavaa hoitoa ei ole. Pikkuhiljaa sairauden ja oireiden edetessä palliatiivisen hoidon osuus lisääntyy. Saattohoitoon siirtyminen on ajankohtaista, kun potilaan toimintakyky on merkittävästi heikentynyt, eikä hän kykene huolehtimaan itsestään kunnolla. Saattohoito on ajallisesti sidoksissa kuoleman välittömään läheisyyteen. Riippuen sairaudesta on raja palliatiivisen ja saattohoidon välillä liukuva. Saattohoitopäätös edellyttää lähestyvän kuoleman tunnistamista. Saattohoitopäätös on lääketieteellisesti merkittävä. Hoitotoimilta edellytetään välitöntä vaikutusta.

Kuntoutus tai ravitsemushoito eivät ehdi enää vaikuttaa, joten ne ovat turhia. Onkin tärkeää, että potilas ja omaiset ymmärtävät ja hyväksyvät saattohoitopäätöksen. Elleivät he ole selvillä lähestyvistä kuolemasta, voi potilaan hiipuminen herättää epäilyn hoitovirheestä tai laiminlyönnistä. Potilasta ja omaisia ei kuitenkaan voi pakottaa hyväksymään saattohoitopäätöstä. Tällöin huolehditaan potilaan hyvästä hoidosta hänen ehdoillaan. Kuitenkin lääkäriellä säilyy päätäntävalta lääketieteellisissä asioissa. Tällaisessa vaikeassa tilanteessa kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Toisinaan potilas ei halua hyväksyä kuoleman lähestymistä tai ajatusta kuolemasta. (Saarto ym. 2015, 256—257.)

### 3 SAATTOHOITO

Hyvän saattohoidon perustana on lainsäädäntö, joka määrittelee ihmisoikeudet, ihmisen kunnioittamisen, ihmisen tasa-arvoisuuden, itsemääräämisoikeuden sekä kivun ja kärsimyksen lievittämisen (STM 2010 c). Saattohoidon järjestämisestä vastaavat kunnat, jotka ohjaavat henkilökunnan kouluttautumista ja järjestävät resurssit saattohoitoon (Anttonen 2016, 15). Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan hoitoa elämän loppuvaiheessa sekä hänen läheistensä tukemista. Saattohoito tarkoittaa ajallisesti potilaan viimeisiä elinviikkoja tai korkeintaan viimeisiä elinkuukausia. Saattohoidon tarkoituksena on valmistella sekä potilasta että hänen läheisiään lähestyvään, rauhalliseen kuolemaan, varmistaen hyvä perushoito, sekä kivunhoito. (Anttonen 2016, 17.) *Saattohoito on potilaan ja hänen perheensä tukemista tilanteessa, jolloin potilasta ei voida enää lääketieteellisin keinoin parantaa ja elämä on päättymässä kuolemaan* (Kuuppelomäki 2002).

Saattohoitosuosituksissa linjataan hyvän hoidon kuuluvan kaikille elämänsä loppuvaiheessa oleville potilaille (STM 2010). Hyvä saattohoito voidaan määrittellä potilaan, hoitoa toteuttavan henkilökunnan, potilaan läheisten, organisaatioiden tai yhteiskunnan sekä talouden näkökulmista (Anttonen 2016, 18). Saattohoidon tarve tulevaisuudessa lisääntyy ja sitä toteuttavan henkilökunnan osaamisen laatu vaihtelee, kaikkialla ei ole saatu riittävää koulutusta tasapuolisesti (Anttonen 2016, 16).



Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) saattohoitosuositukset ohjaavat saattohoitoa, antaen eettiset perusteet, jotka sisältävät suositukset saattohoidosta, vanhusten hoidosta ja terveydenhuollon arvoperustasta. Keskeistä saattohoidossa on lievittää kipua ja muita oireita. Tärkeää on myös hallita hoitojen sivuvaikutuksia Käypä hoito -ohjeistuksen mukaisesti ja soveltaa suositusta järjestelmällisesti ja riittävällä osaamisella. Kotisaattohoitoon suunnataan enenevissä määrin tukea, kehittämistä ja huomiota (Pihlainen 2010, 14-15.)

Saattohoitosuositusten (2010) mukaan hyvään saattohoitoon kuuluu potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Lähtökohtana on saattohoidossa oleva ihminen, joka osallistuu mahdollisuuksien mukaan hoitolinjauksiin. Hyvään saattohoitoon kuuluu saattohoidon toteuttaminen potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän kesken. Potilaalla on oltava mahdollisuus konsultaatioon ja apuun lääkäreiltä ja hoitajilta ympäri vuorokauden. Hoitohenkilöstöltä vaaditaan kykyä arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa riittävällä taidolla. Saattohoitoa toteuttava yksikkö sitoutuu potilaan toiveisiin ja tarpeisiin sekä potilaan toiveen mukaiseen saattohoidon toteutukseen hänen haluamassa hoitopaikassa. Omaisilla tulee olla mahdollisuus osallistua hoitoon potilaan niin halutessa. (Pihlainen 2010, 30–31.)

Lähtökohtana hyvän saattohoidon toteuttamiselle on potilaan tuntema turvallisuus, luottamus siihen, että hänestä huolehditaan ja hän saa osallistua itseään koskeviin hoitopäätöksiin. Potilaalle on tärkeää omanarvontunnon säilyminen sekä tarpeiden ja toiveiden täyttäminen mahdollisuuksien mukaan. Saattohoidon toteuttamisen keinot ovat erilaisia huomioiden potilaan ikä; lapset/vanhukset ja sairauden laatu. Lapsen saattohoito on vaativaa, tarkoituksena on suoda mahdollisimman hyvä loppuelämä hänelle. Lapsen saattohoidon tulee mahdollistaa normaali elämä, mahdollistaen leikkiminen, kavereiden tapaaminen ja ulkoilu. Vanhukset taas arvostavat rehellistä, avointa kommunikointia hoitoon osallistuvien kesken ja he haluavat osallistua päätöksentekoon mahdollisimman pitkään. (Pihlainen 2010, 17–18.)

Saattohoitoa toteutettaessa potilaan kotona ovat läheiset avustamassa ja kotisairaanhoido toteuttaa lääketieteellistä hoitoa. Potilas saa kotiinsa tarvitsemansa apuvälineet kuten sairaalasängyn, rollaattorin, wc-pöntön korottajan ja esimerkiksi happirikastimen tai kipupumpun. Ongelmatilanteissa omaisilla on

tiedossa puhelinnumero, josta he saavat apua ja tukea kotisairaanhoidolta tai lääkäriltä. Omaisilla on mahdollisuus saada avukseen sijaishoitajia ja päiväsairalan jaksoja, joka mahdollistaa omaishoitajille lepoajan. Mikäli tilanne syystä tai toisesta vaikeutuu tai potilas niin haluaa, on hänet mahdollista siirtää saattohoidon tukiosastolle vuorokauden ajasta riippumatta. Osastolla on henkilökunta auttamassa ja hoitamassa ympäri vuorokauden. (Hänninen 2015, 7.) Hännisen (2015) mukaan saattohoidon periaatteet ovat: 1. *Oireiden lievitys*, 2. *Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde*, 3. *Psykologinen tuki*, 4. *Yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus*, 5. *Lähiverkoston huomioonottaminen*, 6. *Potilaan itsemääräämisen varmistaminen*, 7. *Elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi* (Hänninen 2015).

Olellisena osana hyvään saattohoitoon kuuluvat potilaan perhe ja läheiset. Perheen osallisuus on tärkeää niin potilaan kuin perheen itsensäkin kannalta. Parhaimmillaan perhe voi tukea potilasta. Toisaalta perheen sisäiset konfliktit voivat lisääntyä vaikeassa tilanteessa. Tämä voi johtua peloista perheen haajoamisesta, lasten selviytymisestä tai oman terveyden menettämisestä. (Anttonen 2016, 19.) Meekerin tutkimuksessa (2010) ilmenee, että potilaan läheisillä on yhtä suuri riski saada psykososiaalisia ongelmia kuin potilaalla. Tämä johtuu unihäiriöistä, taloudellisista huolista ja emotionaalisesta stressistä (Anttonen 2016, 25). Thomasin ym. (2010) tutkimuksen mukaan läheiset kokivat saattohoidon onnistumiseen vaikuttavan hyvän kommunikoinnin hoitohenkilökunnan kanssa. Tuki ja tieto henkilökunnalta ja henkilökunnan myönteinen asenne vaikuttivat myönteisesti potilaan ja omaisten saattohoidon onnistumisen kokemukseen (Anttonen 2016, 26).

Hoitohenkilöstöllä on suuri rooli saattohoidon onnistumisessa. He vastaavat potilaan hyvästä hoidosta sekä tiedon ja tuen antamisesta potilaan läheisille. Työ on vaativaa. Se edellyttää henkilöstöltä kykyä hoitaa potilasta pohjautuen lääketieteelliseen ja hoitotieteelliseen näyttöön. Se edellyttää myös kykyä hoitaa potilasta kuunnellen sekä hänen toiveitaan kunnioittaen. Potilaan kuoleman lähestyessä henkilökunnan rooli läheisten tukijoina ja neuvoina korostuu. (Anttonen 2016, 20.) Beckstrandin ym. (2009) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö koki työtään vaikeuttavan ajan puutteen. Myös ne potilaat ja omaiset, jotka eivät hyväksyneet sairauden huonoa ennustetta tai lähestyvää kuole-

maa, koettiin työtä vaikeuttavana tekijänä (Anttonen 2016, 27). Hoitohenkilökunnan työtä auttoi ja läheisten tyytyväisyyttä potilaan saattohoitoon paransi koulutusohjelma. Siinä käsiteltiin kommunikointia, eettisyyttä, kulttuurisia seikkoja, tietoa taloudellisista etuuksista, surua ja luopumista, kipua ja oireiden hoitamista, henkisyttä, palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. (Goodie & McGlory 2010.)

Päätöksen saattohoidon aloittamisesta tekee lääkäri. Hänellä on asiantunte-  
musta potilaan sairaudesta. Hän on perehtynyt erilaisiin hoitoihin ja niiden vai-  
kuttavuuteen sekä mahdollisiin sivuvaikutuksiin. (Hänninen 2015, 11.) Saatto-  
hoito ei poissulje mitään hoitoja, jotka voivat vaikuttaa potilaan hyvinvointia li-  
säävästi. Saattohoidossa tullaan monesti tilanteeseen, jossa on tarpeen har-  
kita nesteytyksen tarvetta. On todettu, että taudin varhaisvaiheessa nesteytyk-  
sestä on hyötyä potilaalle, koska se ehkäisee nesteen vähyydestä johtuvaa  
sekavuutta. Toisaalta pidemmälle kehittyneessä vaiheessa on nesteytyksestä  
pääasiassa enemmän haittaa kuin hyötyä potilaalle. Lisänesteen määrä voi li-  
sätä oireita, limaneritys hengitysteissä lisääntyy, turvotus kasvaimen ympärille  
lisää kipua. On suotavaa, että potilas voi itse juoda nestettä sen verran kuin  
hän itse haluaa, ja kun ei juominen enää onnistu, kostutetaan suuta pienellä  
vesimäärällä poistamaan suun kuivuutta.

Ravintoa ei ole syytä antaa edenneessä taudin vaiheessa silloin, kun nielemi-  
nen on vaikeutunut, eikä ravinnon imeytyminen enää ole tehokasta sairau-  
desta johtuen. Ravintoliuoksen antamista nenä-mahaletkulla on syytä tarkoin  
harkita. Potilas saa syödä ja juoda sellaisia ruokia ja juomia, joita hän itse ha-  
luaa, niin pitkään kuin se on mahdollista. (Hänninen 2015, 14–21.)

Verituotteiden annosta suositellaan saattohoidossa annettavaksi punasoluja,  
jos hemoglobiini laskee alle 80, kuitenkin lääkäri harkitsee tilannetta tapaus-  
kohtaisesti. Nesteen lisääntyessä sairauden edetessä, voidaan hoitokeinoina  
käyttää nesteen poistamista vatsaontelosta tai keuhkopussista. Nesteen kerty-  
minen vatsaonteloon aiheuttaa potilaalle kipua, pahoinvointia ja närästystä.  
Antibioottihoitoa käytetään saattohoidossa harkiten. Heikentyneestä vastus-  
tuskuvyystä johtuen ei hoidossa yleensä saavuteta toivottua vastetta. Hengitys-  
tietulehduksen aiheuttamaan limaisuuteen ja hengenahdistukseen voi antibi-

ootti auttaa. Samoin virtsatietulehduksen aiheuttamaan kirvelyyn on antibiootitikuuri paikallaan. Sädehoitoa voidaan käyttää saattohoitovaiheessa hoitamaan esimerkiksi luustokipua. Myös kasvaimen pienentämiseen tarkoitettu sädehoito vähentää oireita. Elämän loppuvaiheessa sädehoidon hyödyt ja haitat arvioidaan tarkasti, koska levinneessä syövässä voi sädehoito rasittaa elimistöä. (Hänninen 2015, 14–21.)

Kivunhoito on erittäin keskeistä hyvässä saattohoidossa. Potilaan oma vastuulääkäri huolehtii kivunhoidosta. Elinvauriokivussa, joka syntyy sairauden vaurioittaessa kehoa, auttaa parhaiten tavalliset särkylääkkeet sekä opioidit tai morfiinin kaltaiset lääkkeet. Tavallisesti syövän kivunhoidossa käytetään jatkuvaa kipulääkitystä. Kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla, jonka rinnalle otetaan tarvittaessa tehokkaampia morfiinin kaltaisia lääkkeitä. Voimakkaat kipulääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia, joista tavallisimmat haitat ovat ummetus ja pahoinvointi. Tällöin voidaan kokeilla toista, mahdollisesti paremmin siedettyä lääkettä. (Hänninen 2015, 23-24.)

### **3.1 Saattohoitopäätös**

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee lääkäri ja jossa linjataan saattohoito sekä tehdään saattohoitosuunnitelma. Suunniteltaessa saattohoitovaiheeseen siirtymistä, keskustellaan saattohoitoneuvottelussa potilaan, hänen omaistensa, lääkärin ja omahoitajan kesken potilaan hoidon tavoitteista; halutaanko elämää pitkittää vai jätetäänkö sellaiset hoidot pois, joista potilas ei hyödy. Tällaisia hoitoja ovat esimerkiksi suonensisäiset infuusiot, antibiootit ja hengitystä tukevat hoidot. (Kuuppelomäki M, 2002.) Potilaan osalta saattohoitopäätöksen hyväksymiseen vaikuttaa hänen kokemuksensa hyvästä ja riittävän pitkästä elämästä. Hyväksymiseen voi vaikuttaa myös pelko hoitojen haittavaikutuksista ja väsymys hoitoihin sekä valinta paremmasta elämänlaadusta. (Anttonen 2016, 68.) Potilas sekä omaiset kokevat tärkeäksi saada mahdollisuuden osallistua saattohoitopäätöksen tekemiseen ja keskusteluun erilaisista hoitovaihtoehdoista. Elämänhallinnan tunnetta heikentää saattohoitopäätöksen nopea tekeminen ilman potilaan ja omaisten läsnäoloa tai mukaan ottamista. Myös kuoleman lähestymisestä puhumattomuus ja henkilökunnan muihin asioihin keskittyminen heikentää potilaan elämänhallinnan tunnetta. (Anttonen 2016, 70.)

### 3.2 Saattohoidon toteuttaminen eri ympäristöissä

Saattohoitoa toteutetaan kaikissa terveydenhoidon yksiköissä kuten vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa, erikoissairaanhoidon yksiköissä, perusterveydenhuollossa, yksityisissä hoitokodeissa sekä potilaan kotona. Kuntien tehtävänä on koordinoita saattohoidon kokonaisuutta ja sen järjestämistä eri yksiköissä ja vastata saattohoidon ohjauksesta, tuesta, koulutuksesta ja konsultoisesta. Potilaan ei tulisi huomata eroa saattohoidossa, tapahtuipa se yksityisellä sektorilla, potilaan kotona tai erikoissairaanhoidossa. (Pihlainen 2010, 23–24.) Saattohoidon tulisi olla suunnitelmallista jokaisessa yksikössä jossa kuolevia hoidetaan. Aaltosen (2015) tutkimuksen mukaan iäkkäät yli 70 -vuotiaat kokivat useita siirtoja eri hoitolaitosten välillä viimeisen kahden vuoden aikana, joina heitä hoidettiin. Tässä oli alue- ja yksikkökohtaisia eroja. Siirtyminen hoitolaitoksesta toiseen kasvoi viimeisen kuuden kuukauden aikana ja oli suurimmillaan viimeisen elinkuukauden aikana. Yleisin kuolinpaikka oli terveyskeskus. Seuraavaksi yleisimpiä olivat koti, vanhainkoti ja sairaala. Yliopistollinen sairaala sekä tehostettu palveluasuminen olivat harvemmin kuolinpaikkoja. Hyvällä suunnittelulla voitaisiin vähentää potilasta kuormittavia siirtoja eri hoitolaitosten välillä. (Aaltonen 2015, 14.)

### 3.3 Kotisaattohoidon edellytykset

Suomessa terveydenhoidon lainsäädäntö ja saattohoidosta annetut ohjeet sekä suositukset (Käypä hoito suositus 2016) antavat kuolevalle mahdollisuuden valita hoitopaikan, jossa hän haluaa kuolla. Hänellä on oikeus valita myös koti kuolinpaikakseen. Kotona tapahtuva saattohoito ja kuolema edellyttää toimivaa kotisairaalatoimintaa. Tällä tarkoitetaan lääkärijohtoista moniammatillista toimintaa, joka perustuu siihen, että potilas on sitoutunut omaan hoitoonsa ja omaiset osallistuvat tarvittaessa potilaan hoitoon. Kriisitilanteita varten tulee saattohoidon tukiosaston yhteystiedot olla selvillä ja toimintaohjeiden koko hoitotiimin, mukaan lukien omaisten tiedossa. Kotisairaalatoiminnan tulee olla ympärivuorokautista. (Pöyhiä 2014, 70–71.)

Perhe, potilas sekä hoitohenkilökunta yhdessä arvioivat mahdollisuuden kotisaattohoitoon sekä mahdollisuuden kotikuolemaan. Perhe tarvitsee tietoa,

mitä on odotettavissa ja mitä hoitoja on mahdollista tehdä kotona. Hoidon onnistumiseksi kotona tarvitaan omaishoitaja, joka on kykenevä sitoutumaan ja toteuttamaan hoitoa. (Tervala 2014, 42.) Sekä potilas että hänen omaisensa tarvitsevat aikaa sopeutuakseen ajatukseen palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä. He tarvitsevat neuvoja ja ohjausta sekä varmistusta diagnoosista. (Tervala 2014, 44.)

Kauppon (2012) tekemän tutkimuksen mukaan koti koettiin turvallisuutta lisääväksi hoitoympäristöksi etenkin silloin, kun siellä oli omainen koko ajan saatavilla. Toisaalta, myös osa yksin asuvista koki kodin mieluisaksi ja elämän laatu lisääväksi ympäristöksi. Toisille kotona oleminen tuntui pelottavalta vaihtoehdolta ja he valitsivatkin mieluummin osastohoidon saattohoidon paikakseen. Omaisten mielestä saattohoidettavan halu kuolla kotona oli tärkein tekijä sille, että omaiset halusivat toteuttaa kuolevan toiveen. Toinen tärkeä tekijä, joka edisti saattohoidon onnistumista ja potilaan pärjäämistä kotona, olivat ylläpidetyt sosiaaliset suhteet. Niitä olivat ystävät ja sukulaiset, jotka vierailivat kuolevan kotona. Nämä tukivat myös omaisen jaksamista. Toisaalta tutkimus toi esiin kotona pärjäämisen vaikeuttavia tekijöitä, joihin lukeutuu myös sosiaalinen eristyneisyys. Sukulaiset ja ystävät eivät välttämättä halua vieraila ja kohdata kuolevaa, saatettavan voimat voivat olla vähissä, eikä asiointi kodin ulkopuolella onnistu. Omaisen näkökulmasta raskasta oli sosiaalisten suhteiden väheneminen, koska hän oli sidoksissa kotiin ja hoidettavaan ympäri vuorokauden. Pienet arjen ilot koettiin voimaannuttaviksi. Kotona pärjäämisen edellytyksiä olikin omaisen motivaatio ja halu hoitaa kuolevaa kotona, sitoutuminen ja elämäntilanteen mahdollistama kotona tapahtuva kuolema. Tämä nousi olennaisena asiana esiin. Myöskin tieto siitä, että saatettava voi milloin tahansa siirtyä osastohoitoon oli luottamusta lisäävä tekijä. Tutkimuksessa ilmeni kotona pärjäämisen estäviä tekijöitä. Näitä oli sosiaalinen eristäytyneisyys sekä fyysisesti ja psyykkisesti vahvan omaisen tai hoitajan tuen ja hoivan puute. (Kauppo 2012, 36–45.)

Kotisaattohoidossa usein omaiset opettelevat hoitohenkilöstön opastuksella tekemään hoitotoimenpiteitä potilaalle. Erilaisia lääkinnällisiä toimenpiteitä, kuten injektioiden antamista esimerkiksi klexane ja kipupumpun avulla annetta-

via kipulääkkeen lisäannoksia. Omaisille opetetaan muita päivittäisiä hoitotoimenpiteitä, koska he pääasiassa toteuttavat päivittäistä hoivaa ja hoitoa potilaalle. (Jänikselä 2014, 8–9).

Jänikselän 2014 tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että kotisaattohoidossa hoitohenkilökunta koki ongelmalliseksi resurssien puutteen toteuttaa laadukasta saattohoitoa. Muut asiakkaat piti hoitaa saattohoitopotilaiden ohella, eikä aikaa riittänyt niin paljon saattohoitopotilaalle kuin olisi haluttu. Osa hoitajista olisi toivonut lisää informaatiota potilaasta ja hänen sairaudestaan sekä lääkityksistä. Hoitajat kokivat yhteistyön riittämättömäksi ja huonoksi kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä. Ilmeni luottamuksen puutetta kotihoidon hoitajia kohtaan, ei luotettu heidän arvioonsa potilaan tilasta, vaikka he näkivät potilasta päivittäin. Lääkäriltä saatava tuki, kollegiaalinen tuki ja vastuu potilaasta hoitajalta toiselle koettiin ongelmana. Vaikeuksia koettiin myös osaamisessa esimerkiksi kipupumpun käytössä, suonensisäisen lääkityksen toteuttamisessa ja yleisesti hoitotyön järjestämisestä. Hoitajat kokivat kivunlievityksen epäonnistuneen joko niin, että potilas ei saanut riittävää kivunlievitystä ajoissa tai lääkäri ei uskaltanut määrätä riittävää määrää kipulääkettä. Hoitoympäristö koettiin jossain määrin ahdistavaksi, ei olisi haluttu jättää kuolevaa potilasta kotiin itsekseen. Hoitajat kokivat ajoittain, että potilas ja läheiset eivät hyväksyneet annettavaa hoitoa ja kuolemaa ei hyväksyty. Joskus ei kotona hoitaminen loppuun asti onnistunut hallitsemattomien kipujen vuoksi. Monet hoitajat kokivat olonsa neuvottomaksi omaisten luopumisen tuskan kanssa, koska he saattoivat vaatia epärealistisia asioita. (Jänikselä 2014, 16–22.)

### **3.4 Omaisten kokemuksia saattohoidosta**

Anttonen 2016 tutkimuksessa selvisi omaisten jäävän joskus vaille tietoa tai sairaudesta kertominen potilaalle jätettiin omaisten vastuulle. Omaisat kokivat olevansa riesa kysymyksineen hoitaville tahoille, eivätkä aina saaneet tietoa ja tukea. Perheelle saattohoito merkitsee muuttuvaa arkea, tulevaisuuden ollessa erilainen ja epävarma. Omaisat saattavat kokea ja tuntea herkemmin hoitohenkilökunnan viestinnän ollessaan epävarmoja tulevaisuudesta. Saadessaan ystävällistä ja kiinnostunutta kohtelua henkilökunnalta, lisääntyi omaisten luottamus hoitoprosessiin, mahdollistaen tavoitteiden luomisen potilaalle sekä omaisille tärkeistä asioista. (Anttonen 2016, 65.) Käytännössä

omaisten rooli saattohoidossa on arkisissa askareissa: autetaan päivittäisissä toimissa, järjestellään potilaan asioita ja annetaan hänelle aikaa ja läsnäoloa (Anttonen 2016, 83). Toisaalta perheenjäsen saattaa jättää itsestään huolehtimisen potilaan ja hänen asioidensa hoitamisen viedessä huomiota (Anttonen 2016, 85). Kaupon tekemän tutkimuksen mukaan omaisten mielikuvat kiireisestä ja alati vaihtuvasta kotihoitoon ja kotisairaanhoidon henkilökunnasta saivat omaiset sinnittelemään viimeiseen asti kotona ilman apuja (Kauppo 2012, 35).

### **3.5 Potilaan kokemuksia saattohoidosta**

Potilaalle on tärkeää tulla hoidetuksi omana itsenään ilman, että häntä hylätään vaikeassakaan sairauden vaiheessa, hoitohenkilökunnan huolehtiessa mahdollisimman vähistä oireista. Anttonen 2016 tekemän tutkimuksen mukaan potilaalle oli tärkeää saada elää elämänsä loppuun saakka, ilman kuoleman jatkuvaa ajattelemista. Huonoksi saattohoidoksi koetaan potilaan tarpeiden kuulemattomuus ja huomiotta jättäminen. (Anttonen 2016, 56.) Kuinka tieto annetaan parantumattomasta sairaudesta ja saattohoidosta, merkitsee erittäin paljon sekä potilaalle itselleen ja myös perheenjäsenille. Ei ole yhden-tekevää, kerrotaanko tieto kiireellä, muiden asioiden lomassa. Potilaan on saatava aikaa riittävästi omaksua saatu tieto ja mahdollisuus lisäkysymysten esittämiseen. Potilaalle on tärkeää saada tukea ja tietoa, kuinka häntä hoidetaan saattohoitovaiheessa ja kuinka saada yhteys hoitopaikkaan. Toisaalta tieto sairaudesta koettiin helpottavanakin, oireilut saivat selityksen. Kuolemanpelko heräsi tässä vaiheessa ja koettiin helpottavana, kun sai kysymyksiin rehellisiä vastauksia. (Anttonen 2016, 59.) Saattohoidossa olevan potilaan ajatuksissa korostui monesti henkisen perinnön jättäminen lapsille ja lapsenlapsille, koettiin tärkeäksi antaa ohjausta, jota he olivat itse saaneet omalta suvultaan (Anttonen 2016, 90).

Saattohoidossa hoidetaan ja kohdataan myös asioita, jotka eivät ole mitattavissa, nähtävissä eikä todennettavissa. Hengelliset kysymykset sisältävät paljon muutakin kuin pelkän uskonnollisuuden, joka on yksi osa hengellisyyttä. Esimerkiksi hengellinen kärsimys voi syntyä potilaan syyllisyydentunteesta ja sen miettimisestä, mikä on ollut elämän tarkoitus, millainen hänen elämänsä



on ollut ja mielessä voi olla myös ajatus siitä, pääseekö taivaaseen vai joutuuko helvettiin. (Aalto 2013, 20–21.) Lipposen ja Karvisen 2014 tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että kuoleman lähestyessä ja potilaan jaksamisen hiipussa, tulee hengelliset asiat tärkeäksi voimavaraksi. Toisaalta elämän loppuvaiheessa saattaa usko kyseenalaistua potilaan oman sisäisen kriisin vuoksi. Saattohoitokodissa koettiin hengellisten asioiden muodostuvan jokapäiväiseksi, kun taas muualla näitä asioita käytiin läpi sattumanvaraisesti. Hoitajat kuvaavat hengellistä hoitamista ajoittain raskaaksi, aina ei löydä vastauksia kysymyksiin. Useampi hoitaja kokee helpottavana, kun voi siirtää vastuun tarvittaessa sairaalapastorille. Myös hoitajien keskinäiset keskustelut ja työnohjaus koetaan valtavana voimavarana. (Lipponen & Karvinen 2014, 33-36.)

#### **4 HOITOHENKILÖSTÖ PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA JA SAATTOHOIDOSSA**

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavan hoitajan tulee olla motivoitunut ja oikein asennoitunut työhönsä. Hoitajalla tulee olla empaattisuutta ja kykyä ottaa sekä potilas että omaiset huomioon, toteuttaen potilaan toiveita, ohjaten ja neuvoen. Ilmapiiirin tulee olla kiireetön. Potilaalla tulee olla tunne, että hoitaja on häntä ja hänen tarpeitaan varten. Palliatiivinen hoito ja saattohoitotyö on ajoittain vaativaa. Hoitaja saattaa tuntea ahdistusta ja hänen on silti kyettävä toimimaan ammattimaisesti ja omat tunteensa halliten. (Hautsalo 2013, 17-18.) Palliatiivista hoitoa ja saattohoitotyötä tekevän hoitajan on myös tärkeää ymmärtää saattohoidettavan toivon ulottuvuuksia. Toivo on potilaan elämänlaadun kannalta merkittävä tekijä. Se on moniulotteinen ja jatkuvasti elävä. Hoitaja voi omalla toiminnallaan joko vahvistaa potilaan toivoa tai heikentää sitä. Toivon suuntaaminen tulevaan ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö potilas hyväksyisi lähestyvää kuolemaa. Toivo on merkittävä tekijä ihmisen elämänlaadun kokemuksessa. Hoitajan onkin tärkeää kyetä tukemaan potilasta löytämään ja vahvistamaan toivon tunnetta sekä ilmaisemaan sitä. Tämä kaikki vaatii hoitajalta kykyä syvempään dialogiseen keskusteluun potilaan kanssa. (Hävölä 2015, 132–133, 145–146.)

#### 4.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia palliatiivisesta hoitotyöstä ja saattohoitotyöstä

Työssään hoitohenkilökunta kohtaa haasteita työssä jaksamisessa. He kokevat painetta riittävästä ammatillisesta osaamisesta sekä potilaan ja omaisten kohtaamisen vaikeutta. Toisaalta palliatiivisessa hoitotyössä ei koeta olevan enempää stressiä ja kuormitusta kuin muillakaan erikoisaloilla (Ablett & Jones 2007). Hoitohenkilöstön työmotivaatio vaikuttaa stressinsietokykyyn. Hyvä työmotivaatio auttaa henkilöstöä kuuntelemaan potilasta sekä omaisia ymmärtävästi ja avoimesti.

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavalle henkilöstölle tulee järjestää koulutusta takaamaan potilaiden tasapuolinen - ja tasalaatuinen saattohoito. Näyttöön perustuvan tiedon käyttäminen työssä korostuu, jotta saadaan uutta ja ajankohtaista tietoa saattohoidosta. Kunnat vastaavat saattohoito-koulutuksen järjestämisestä alueittain. (Pihlainen 2010, 32.) Hoitohenkilöstö kokee koulutuksen auttavan kestämään työn aiheuttamat paineet. Keskeisiä koulutusohjelman asioita ovat Goodien ja McGloryn (2010) mukaan kommunikatio, eettiset näkökulmat, taloudellisiin asioihin liittyvät tiedot, suru ja luopuminen, kipu ja oireenhoito, henkisyys sekä palliatiivinen hoito ja saattohoito. Koulutus auttoi henkilökuntaa käsittelemään paremmin sairauden ja kuoleman aiheuttamia tunteita niin perheen kuin potilaankin kanssa. Yorkin ym. (2009) tekemän tutkimuksen mukaan potilaan omaiset kokivat tyytyväisyyttä hoitoon, kun hoitohenkilökunta oli motivoitunutta. (Anttonen 2016, 28–29.)

Hoitohenkilökunta kokee tärkeäksi saada tietoa potilaan sairauden tilasta. He kokevat pystyvänsä paremmin suunnittelemaan potilaan hoitoa, tukemaan potilasta sekä tämän läheisiä. Tieto saadaan lähetteestä, jonka jälkeen potilaaseen sekä tämän läheisiin otetaan nopeasti yhteyttä parhaan avun ja hoidon saamiseksi. (Anttonen 2016, 60.) Hoitohenkilöstö pystyy parhaimmillaan auttamaan potilasta sekä hänen omaisiaan ymmärtämään avuntarpeet saattohoidon aikana. Perustan onnistuneelle saattohoidolle luovat omahoitajuus sekä käydyt hoitoneuvottelut, joilla saadaan selville juuri kyseiselle potilaalle parhaiten sopivat hoito- ja auttamiskeinot.

Hoitohenkilökunta kokee Anttosen tutkimuksen mukaan uran alkuvaiheessa osaamiseen liittyvää epävarmuutta ja toisaalta pidemmällä uralla ollessa koe-taan uupumista ja voimavarojen puutetta (Anttonen 2016, 81). Hoitohenkilö-kunnan hoitotyön perustana on potilaan ja hänen läheistensä kunnioittaminen, kuunteleminen ja kysymyksiin vastaaminen, ratkaisujen etsimistä ongelmiin, jotka ovat ratkaistavissa. Hoitohenkilökunta kokee tärkeäksi potilaasta sekä hänen läheistensä hyvinvoinnista huolehtimisen sekä oireiden ennakoivan hoi-tamisen. (Anttonen 2016, 82.)

Saattohoitoa toteuttavan henkilöstön näkökulmasta hengellisyys on yksi osa-alue potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Milliganin 2011 tekemässä tutkimuksessa hengellisyydellä on todettu olevan potilaalle sekä hänen per-heenjäsenilleen positiivista vaikutusta elämänlaatuun ja jaksamiseen. Potilaan hengellisen tuen tarve ilmentyy hoitohenkilökunnalle suunnattuina kysymyk-sinä ja ajatuksina. Hoitajan oma hengellisyys auttaa häntä ymmärtämään poti-laan hengelliset lähtökohdat. Hoitajalta hengellinen hoitaminen edellyttää em-paattisuutta, rehellisyyttä ja inhimillisyyttä ymmärtääkseen potilaan haavoittu-vuuden. (Lipponen & Karvinen 2014, 31.)

#### **4.2 Koulutus ja ammatillinen kehittyminen**

Saattohoidon edellytys on hoitohenkilöstön mahdollisuus ammatilliseen kehit-tymiseen. Ammatillinen kehittyminen auttaa henkilöstöä motivoitumaan työ-hönsä ja hakemaan lisäkoulutusta. Koulutuksella saadaan motivoituneempia ja osaavampia työntekijöitä, lisäten potilaan parempaa hoitamista ja omaisten tukemista. Koulutuksen avulla kehitetään, lisätään ja ylläpidetään palliatiivi- sessa – ja saattohoidossa tarvittavaa erityisosaamista. Toisaalta ammatillista kasvua ja kehittymistä jarruttaa saattohoidon erityisyyden kieltäminen, arvioi-malla saattohoitoa samoilla kriteereillä kuin muutakin sairaanhoitoa. Työnteki-jöiden tarpeen huomioimatta jättäminen työnjaksotukseen ja työnohjaukseen, samoin heidän tunteidensa väheksyminen ja ohjaus mekaaniseen suorittami- seen, vähentää ammatillista kehittymistä. (Anttonen 2016, 109–111.)

Eurooppalaisen palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) suositus palliatiivisen hoidon opetussuunnitelmasta koostuu palliatiivisesta hoidosta, lääkityksestä, kivunhoidosta, neuropsykologisten ja muiden oireiden hoidosta, etiikasta ja

laista, potilas- ja perhekeskeisyydestä ja henkilöstön vuorovaikutuksesta. Perustuen eurooppalaisiin suosituksiin on lääkäriliitto laatinut palliatiivisen hoidon opetussuunnitelman. Sen avulla perehdytetään lääkärit palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Opetusministeriö on laatinut sairaanhoitajan opetussuunnitelmaan hoitotieteeseen perustuvan osaamisen ja vahvan eettisen sekä ammatillisen päätöksenteon. Lukuisat suomalaiset tutkimukset (muun muassa Huhtinen 2005) osoittavat sairaanhoitajien saattohoidon osaamisessa olevan puutteita, esimerkiksi yhteisesti sovittujen kivun hoidon käytännöissä. Hoitoyksiköissä kaivataan lisää koulutusta kivun lievityksestä, yhteisten hoitokäytäntöjen luomisesta ja hoitomenetelmien monipuolistamisesta. (Pihlainen 2010, 20–22.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (2009) tekemästä tutkimuksesta selviää suurimmiksi koulutustarpeiksi ja kehittämiskohteiksi saattohoitoneuvottelut, saattohoidon käytännön järjestäminen, hoitohenkilökunnan koulutus, työnohjaus, hoitotahdon toteuttaminen ja palautejärjestelmät (Pihlainen 2010, 27). Pöyryn ym. 1990 tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että saattohoitoa toteuttava henkilökunta rutinoituu ja herkkyys havaita potilaan kipua heikkenee enemmän kuin henkilökunnalla, joka ei toteuta saattohoitoa säännöllisesti. Kouluttautuminen ja työnohjaus koettiin ehkäiseväksi tekijäksi rutinoitumisessa. Hoitajat kaipaavat lisää koulutusta etenkin kliinisiin taitoihin, esimerkiksi drenien hoitoon, kipupumppujen avulla tapahtuvaan hoitoon, trakeostomian hoitoon sekä omaisten tukemiseen ja omahoitajuuteen liittyviin asioihin. (Hautsalo 2013, 20, 40.)

### **4.3 Omaisten ja potilaan kohtaaminen**

Hoitajan on kyettävä ohjaamaan ja neuvomaan sekä potilasta että omaisia riittävän ymmärrettävästi. Myös omaiset tarvitsevat aikaa ja tilaa puhua omista, vaikeistakin tunteistaan. He tarvitsevat tukea surussaan ja valmistautumisessa omaisensa kuolemaan. Raatikainen ym. (2000) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että omaiset pitivät hoitoa hyvänä silloin, kun potilaan perustarpeista huolehdittiin. Hyvänä hoitona pidettiin myös, kun omaiset kokivat tulleensa kuulluksi ja heidän kanssaan keskusteltiin tilanteesta. Tärkeäksi koettiin myös, että potilaan omaa tahtoa kunnioitettiin. (Hautsalo 2013, 19.)

Haasteena hoitajat kokivat ajoittain ajanpuutteen. Aikaa ei ollut tarpeeksi olla läsnä potilaan luona ja kohdata omaisia. Toisaalta palkitsevana koettiin omaisten kiitos ja tunnustus hyvästä työstä. (Hautsalo 2013, 36.)

Kuolevan potilaan hoidossa on tärkeää kyetä kertomaan parantumattomasta sairaudesta ja puhua lähestyvistä kuolemista. Potilaalla on oikeus saada rehellistä tietoa sairaudestaan, jotta hän voi suunnitella jäljellä olevaa elämänsä haluamallaan tavalla. Jos lääkäri on itse ahdistunut elämän rajallisuudesta ja ei ole sinut kuoleman kanssa, voi hän vältellä kuoleman asioista puhumisesta potilaan kanssa. Lääkäri voi myös perusteettomasti holhota potilasta olemalla kertomatta lähestyvistä kuolemista, ajatellen potilaan tekevän huonoja valintoja kuullessaan totuuden. On kuitenkin tärkeää, että potilas saa tietää sairauttaan koskevat tiedot ja eri hoitovaihtoehdot, olivat ne lääkärin mielestä ahdistavia tai ei. (Mattila 2006, 41–43.)

#### **4.4 Työnohjaus ja henkilöstön tukeminen/jaksaminen**

Henkilöstö koki Anttosen 2016 tekemän tutkimuksen mukaan tarvetta kehittää ammatillista osaamistaan. Tärkeäksi koettiin pitää raja työ- ja henkilökohtaisen elämän välillä. Työntekijän oma tilanne vaikutti kuormittavasti, jos hänen oma läheisensä oli vakavasti sairastunut. Työntekijöiden toisilleen antama tuki ja kollegiaalisuus koettiin erittäin tärkeänä. Sen koettiin antavan tukea vaikeissa tilanteissa. Uransa alussa olevat työntekijät pitivät huolellista perehdyttämistä tärkeänä. Työstä saatu palaute auttoi työntekijän itsetunnon kehittymisessä, jolloin myös avun pyytäminen tarvittaessa koettiin helpompana. Työnohjausta oli saatavilla tukemaan henkilökunnan jaksamista. (Anttonen 2016, 84.) Hoitohenkilökunta koki voimavarojaan vahvistavina tekijöinä tuen saamisen erilaisissa työtehtävissä, ammatillisen kehittymisen, tyytyväisyyden tunteen työhönsä, työn määrän ja laadun määrittelyn (Anttonen 2016, 91).

Työnohjaus koetaan hoitohenkilöstöä auttavaksi keinoksi ajoittain raskaassa saattohoitotyössä. Työnohjauksen muotoja ovat yksilö- ja ryhmäohjaus. Ryhmäohjauksesta saadaan tukea saattohoitoon, koska siinä hiotaan hoitohenkilökunnan yhteistyötä ja sovitaan yhteisiä linjoja hoitotyössä. Työnohjauksesta saadaan tukea jokaisen henkilökohtaisten vahvuuksien vahvistamiseen ja kei-

noja vahvistaa kehitettäviä osa-alueita. Hoitajilla on vastuu omasta jaksamisestaan, esimerkiksi pitäen kiinni omista työajoistaan ja tarvittavista vapaisistaan. (Hautsalo 2013, 23–24.)

Hautsalon 2013 tekemästä tutkimuksesta ilmenee, että saattohoidossa työskentelevät hoitajat kaipaavat mahdollisuutta päästä tutustumaan erikoissairaanhoidon osastoille ja työkiertoa tuomaan varmuutta erilaisiin hoitotoimenpiteiden tekemiseen. Koetaan, että eri-ikäiset ja -tasoiset hoitajat ovat saattohoidossa rikkaus. Koska työ on vaativaa, on siinä haasteensa, kun nuoret hoitajat sekä vasta-alkajat aloittelevat työuraansa saattohoito-osastolla. Saattohoito-osastolla saatavilla olevasta lääkäristä koetaan olevan suuri voimavara. On aina joku, jolta kysyä hoidon toteutuksesta ja mahdollisuus konsultoida haasteellisissa tilanteissa. Yhteistyötä kotihoidon kanssa halutaan kehittää lisää. (Hautsalo 2013, 38-41.)

#### **4.5 Yhteistyö eri hoitotahojen kesken**

Yhteistyö eri tahojen kesken on tärkeää hoitohenkilöstön jaksamisenkin kannalta. Kaikki tahot ottavat yhdessä vastuun potilaan hoitamisesta ja omaisten tukemisesta. Moniammatillinen yhteistyö on parhaimmillaan saumatonta ja sujuvaa, toinen toistaan kunnioittavaa. Jos ei yhteistyötä ja hyvää yhteishenkeä henkilökunnan kesken ole, tuntuu työn tekeminen raskaalle. Pahimmillaan se aiheuttaa työuupumusta, jolloin potilas ei saa parasta mahdollista hoitoa. Parhaimmillaan yhteistyö toimii, kun tiimin jäsenet luottavat toistensa ammattitaitoon ja ovat sitoutuneita yhteisiin periaatteisiin. Uransa alkuvaiheessa olevat henkilöstön jäsenet saavat uutta tietoa ja taitoa muilta yhteistyötahoilta, joka auttaa heitä turvallisen saattohoidon toteuttamisessa. Yhteistyöstä saa voimaa jaksaa raskasta saattohoitotyötä, kun saa tiimin jäseniltä tukea ja apua. Molanderin (1999) tekemässä tutkimuksessa virkistyspäivällä koettiin olevan apua työssäjaksamiseen. Tuolloin saa tavata ja olla yhteydessä työkavereiden kanssa muutenkin kuin työssä. (Hautsalo 2013, 24.)

Työyhteisö koetaan toimivaksi silloin, kun kaikki tiimin jäsenet työskentelevät saman päämäärän eteen ja jakavat samat, yhteiset arvot ja periaatteet. Tällöin henkilökunta on motivoitunutta ja he haluavat tehdä parhaansa potilaiden hoi-

tamiseksi. Henkilöstömitoituksen on oltava riittävä sekä henkilökunnan jaksamisen että potilaankin vuoksi. Jatkuvasti vaihtuvat hoitajat oman henkilökunnan uupuessa tuovat epävarmuuden tunteita potilaalle. Tiimipalaverit koetaan tärkeiksi. Niissä saa keskustella mahdollisista kehittämiskohteista ja antaa palautetta siitä, mikä on sujunut hyvin. Tiimipalavereiden avulla voidaan kehittää yhteistyötä positiivisempaan suuntaan. (Hautsalo 2013, 41-43.)

## **5 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO KOUVOLAN ALUEELLA**

Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä on voimassa vuonna 2009 tehty saattohoitopotilaan hoitopolku. Kouvolan alueella palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa koordinoi Kouvolan palliatiivinen poliklinikka. Kotisaattohoidon tukiosastona toimii palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osasto Villa Apila. Osasto toimii palliatiivisen poliklinikan välittömässä läheisyydessä. Kotiutustiimi sekä kotihoito toteuttavat potilaan kotona tapahtuvaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ympärivuorokautisesti. Saattohoitoa toteutetaan myös tehostetun asumispalvelun yksiköissä koko Kouvolan alueella. Näissä yksiköissä kotiutustiimi auttaa tarvittaessa esimerkiksi suonensisäissä lääkityksissä ja kipupumppujen käytössä. Lääketieteellinen resurssi saattohoitoon osoitetaan aikuisväestön palvelujen lääkäriresursseista. Onkologian erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Kotihoito, kotiutustiimi, palliatiivinen poliklinikka sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osasto Villa Apila tekevät tiivistä yhteistyötä palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa saavien asiakkaiden hoidon laadun ja jatkuvuuden turvaamiseksi.

### **5.1 Palliatiivinen poliklinikka**

Palliatiivinen poliklinikka sijaitsee Kouvolan terveysasemalla Marjoniemessä, terveyskeskuksen yhteydessä. Palliatiivisella poliklinikalla hoidetaan vakavan sairauden oireita kokonaisvaltaisesti silloin, kun sairaus ei ole enää parannettavissa. Hoidossa keskitytään potilaan ja hänen läheistensä henkiseen tukemiseen. Hoidon tavoite on myös tukea potilasta pärjäämään kotona tai hoitopaikassaan mahdollisimman pitkään. Palliatiivisella poliklinikalla työskentelevät palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet lääkäri ja sairaanhoitaja. Poliklinikan toimintaan kuuluu sekä vastaanottokäynnit että kotikäynnit potilaan luona. Poliklinikka tekee yhteistyötä kotiutustiimin, perusterveydenhuollon, kotihoidon, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osasto Villa Apilan,

erikoissairaanhoidon sekä muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. (Agge 2017, 16–19.) Palliatiivisen poliklinikan asiakkuus voi alkaa niin, että potilas ottaa itse yhteyttä poliklinikalle tai yhteyttä voi ottaa omainen, läheinen tai potilasta hoitava sairaanhoitaja. Myös hoitava lääkäri, kuten onkologi, voi tiedottaa palliatiivista poliklinikkaa uudesta potilaasta.

Tulevaisuuden tavoitteena palliatiivisella poliklinikalla on toiminnan vakiinnuttaminen sekä kasvattaa tietoisuutta palliatiivisen poliklinikan toiminnasta. Tällä hetkellä potilaat painottuvat onkologisiin potilaisiin ja tavoitteena on, että myös muiden vakavien sairauksien potilasryhmät löytäisivät palliatiiviselle poliklinikalle. Tavoitteisiin kuuluu myös palliatiivisen yksikön perustaminen, sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelmallinen kehittäminen.

## **5.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osasto Villa Apila**

Saattohoitopotilaiden tukiosasto Villa Apila aloitti toimintansa 1.1.2018 osana ikääntyneiden palveluja. Villa Apila sijaitsee Kouvolan terveysasemalla osoitteessa Marjoniementie 10. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osastolla Villa Apilassa työskentelee 12 sairaanhoitajaa. Potilaspaiikkoja osastolla on 14.

Saattohoitopotilaat tulevat osastolle erikoissairaanhoidosta, muista hoitolaitoksista tai kotoa. Saapuminen osastolle ei edellytä saattohoitopäätöstä. Tuki-osastopaikan myöntää palliatiivisen poliklinikan, kotiutustiimin tai Villa Apilan lääkäri. Henkilöillä, joille palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa toteutetaan kotona, on oikeus saapua osastolle mihin vuorokauden aikaan tahansa. Tämä mahdollistaa omaishoitajille hengähdystauon potilaan hoitamisesta sekä saatettavalle turvan siitä, että mikäli kotona oleminen käy kipujen tai muiden seikkojen vuoksi vaikeaksi, on hänellä mahdollisuus siirtyä osastolle. Osaston saattohoidon tavoitteena on turvata potilaalle mahdollisimman oireetonta hoitoa ja arvokas kuolema. Osastolla järjestetään kuolevalle yhden hengen huone, jotta ympäristö olisi mahdollisimman rauhallinen ja omaisten läsnäolo olisi mahdollista ympäri vuorokauden. (Saattohoito-osasto Villa Apila, s.a.)



### 5.3 Kotiutustiimi ja kotihoito

Kotiutustiimi hoitaa potilaita, jotka asuvat kotonaan ja tarvitsevat siellä sairaanhoidollisia- ja säännöllisiä kotikäyntejä (Agge 2017, 19). Kotiutustiimi antaa esimerkiksi suonensisäiset antibiootit ja muut tarvittavat lääkkeet lääkärin ohjeen mukaan. Kotiutustiimi toimii ympäri vuorokauden, kolmessa vuorossa. Kotiutustiimissä työskentelee vain sairaanhoitajia, ei lähihoitajia, jotta lääkeshoidon toteuttaminen on mahdollista kaikissa eri muodoissa. Kotiutustiimissä työskentelee 19 sairaanhoitajaa. Kotiutustiimi tekee tiivistä yhteistyötä kotihoidon kanssa.

Kotihoitoon kuuluvat kotipalvelu ja kotisairaanhoito sekä saattohoito. Kotihoidon palvelut auttavat silloin, kun ihminen ei omatoimisesti, tai omaisten avulla, selviä jokapäiväisistä askareista tai, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Kotihoidon antama hoito liittyy henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä siihen liittyvät sairaanhoidolliset palvelut kuten haavahoito, lääkehoito ja laboratorionäytteet. Kotihoidon toiminta on asiakaslähtöistä. Palveluita saa tarpeen määrityksen mukaan joko tilapäisesti tai toistuvasti. Asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kirjataan palveluiden määrä. Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia ja lähihoitajia toteuttaen asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista. Sairaanhoitajia, jotka tekevät asiakastyötä on 43. (Kotihoito s.a.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää mitkä tekijät vaikuttavat palliativisen hoidon ja saattohoidon sujuvuuteen Kouvolan alueella. Mitkä ovat niitä palliativista hoitoa ja saattohoitoa edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä, joilla voidaan kehittää Kouvolan alueen jo olemassa olevaa palliativista hoitoa ja saattohoitoa?

Kouvolan alueen palliativinen hoito ja saattohoito on kokenut voimakasta kehittämistä vuosien 2014 – 2015 Saattaen -osakokonaisuuden myötä. Marraskuussa 2015 käynnistyi palliativisen poliklinikan toiminta. Siitä eteenpäin se on tukenut ja koordinoanut Kouvolan alueen saattohoitoa ja kehittänyt sitä edelleen. Hankkeen alussa ja lopussa hoitohenkilökunnalle teetettiin kyselyt

saattohoitotyöstä. Tuolloin kyselyn painopisteenä olivat saattohoidon osaaminen, asenteet ja koulutustarpeet. Näiden pohjalta voitiin seurata kehittämistyön tuloksia. Tuolloin keskeisiksi kehittämisen kohteiksi hoitohenkilökunnan kyselyn tuloksista nousivat koulutuksen tarve, henkilöstöressurssien riittävyys, lääkärin välitön tuki, yhteistyön kehittäminen eri toimijoiden kesken ja toimiva saattohoitopolku selkeine toimintaohjeineen.

Palliatiivinen hoito ja saattohoitomalli on nyt toiminut uudelleen organisoinnin jälkeen noin kaksi vuotta. Tämän opinnäytetyön tilaaja, palliatiivinen poliklinikka, kokee ajankohtaiseksi selvittää, kuinka olemassa olevat käytänteet toimivat palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Mitkä ovat toimivia käytänteitä ja mitkä koetaan haasteina? Onko toimintaohjeissa tulkinnan varaa? Mitkä ovat niitä asioita ja tekijöitä, joihin hoitohenkilökunta kaipaisi tukea? Kuinka yhteistyö sujuu hoitotyöhön osallistuvien ammattiryhmien kesken?

Sairaanhoitajien kokemuksia saattohoitotyöstä on aiemmissa tutkimuksissa tutkittu lähinnä laadullisen tutkimuksen keinoin, haastattelemalla, miltä saattohoitotyön toteuttaminen tuntuu. Saattohoitopotilaita on haastateltu siitä, millainen on hyvä saattohoitaja. Nämäkin ovat olleet laadullisia tutkimuksia. Tutkimuksemme selvittää määrällisen tutkimuksen keinoin sitä, mitkä kaikki tekijät vaikuttavat sairaanhoitajan kokemukseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sujuvuudesta. Aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta esiin on noussut määrällisesti mitattavia tekijöitä, joiden vaikuttavuutta hoitotyön kokemukseen kyselytutkimuksemme mittaa.

Opinnäytetyöhön koottujen aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta verrattiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kokemukseen vaikuttavia tekijöitä niihin tekijöihin, joita työn tilaaja oli tuonut keskustelussa esille. Molemmissa, niin aiemmissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa kuin keskustelussa, nousi esiin samoja tekijöitä. Sen tiedon pohjalta johdettiin tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksiin haetaan vastauksia kyselylomakkeella, joiden kysymykset johdetaan aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta.

Aiemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta nousi esille saattohoidon sujuvuuteen vaikuttavia tekijöitä sairaanhoitajien näkökulmasta. Näitä olivat esimerkiksi saattohoitopotilaan hoitopolun toimivuus. Tärkeää oli, että yhteistyö eri

hoitotahojen välillä oli toimivaa ja kaikki osallistuvat tahot olivat tietoisia jokaisen potilaan hoitosuunnitelmasta. Jokaisella tuli olla tieto, minne ottaa yhteyttä saattohoitopotilaan hoidon eri vaiheessa. Oli myös tärkeää, että saattohoidosta vastaava lääkäri oli saatavilla. Työtiimin tuki ja kollegiaalisuus koettiin voimavarana. Tiimipalaverien tärkeys nousi esille työssäjaksamisen kautta. Oli hyvä, että sairaanhoitajat voivat käydä yhdessä läpi erilaiset saattohoitotilanteet. Työnohjauksessa voitiin purkaa koko tiimin tai yksilön kannalta kuormittavia työtilanteita. Saattohoitotyö koettiin haasteellisena työnä, jossa elämäkokemus ja työkokemus olivat vahvuuksia. Vahva ammatillinen osaaminen oli vahvistava tekijä saattohoitotyön sujumuudessa. Vahva hoitotyön etiikan hallinta korostui saattohoitotyössä. Hoitotyön sujumuutta edisti, mikäli hoitaja kykeni hoitamaan potilasta tämän tahdon ja edun mukaisesti.

Toisinaan sairaanhoitajat kokivat haasteellisena omaisten kohtaamisen. Joskus ei tahtonut löytyä sanoja kertomaan läheisen kuoleman lähestymisestä. Samoin potilaalle itselleen asian kertominen, ettei mitään ollut enää tehtävissä, koettiin kuormittavana. Työssä jaksamista ja sen sujumuutta heikensivät myös resurssien niukkuus ja kiireen tuntu työssä. Riittämättömyyden tunne lisäsi uupumusta ja heikensi hoitajan voimavaroja työskennellä vaativassa saattohoitotyössä. Väsynyt hoitaja saattoi hoitaa potilaita persoonattomasti. Hän saattoi vältellä kuolemasta puhumista potilaan kanssa ja delegoida työtehtäviään muille tiimiläisille välttääkseen ahdistavia tilanteita. Ammatillisen osaamisen ja koulutuksen puute sekä tiedonkulun ongelmat, heikensivät sairaanhoitajien kokemusta työn sujumuudesta.

Opinnäytetyön teemat nousivat esiin toimeksiantajalta. Kyselytutkimusta on rajattu toimeksiantajan ja aikaisempien tutkimusten sekä kirjallisuuden pohjalta esiin nousseisiin saattohoitoa edistäviin ja vaikeuttaviin tekijöihin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sujumuuden edistävästä ja vaikeuttavista tekijöistä. Näin työn tilaaja saa tietoa, mitkä ovat niitä tekijöitä, joihin Kouvolan kaupunki työnantajana voi vaikuttaa edistääkseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sujumuutta Kouvolan alueella.

## 7 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon Kouvolan alueella. Näkökulmana sairaanhoitajien kokemus saattohoidon yhteistyöstä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden ja palliatiivisen poliklinikan välillä, sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa, koulutustarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken. Aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta keskeisimmiksi kysymyksiksi nousivat:

Mitkä tekijät edistävät saattohoitoa Kouvolan alueella?

Mitkä tekijät vaikeuttavat saattohoitoa Kouvolan alueella?

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen kohderyhmään kuuluvat käytännön palliatiivista hoitoa ja saattohoitotyötä tekevät sairaanhoitajat kotiutustiimistä, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osastolta sekä kotihoidosta. Tehostetun asumispalvelun sairaanhoitajat rajataan tutkimuksen ulkopuolelle opinnäytetyön tekijöiden resurssien vuoksi. Tutkimus rajataan koskemaan sairaanhoitajia tulosten vertailukelpoisuuden sekä tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Näin ollen lähihoitajat jätetään tutkimuksen ulkopuolelle. Kaikilla kyselyyn valituilla on sairaanhoitajan tutkinto, yhtäläiset toimiluvat sekä samankaltainen työnkuva.

Työskentely alkoi tapaamisella palliatiivisen poliklinikan lääkäri Terhi Harjulan sekä sairaanhoitaja Päivikki Helinin, työn tilaajien, kanssa. Tällöin kartoitettiin, mikä on työn keskeinen tavoite ja millaista tietoa he tarvitsevat. Tapaamisen pohjalta aloitettiin tiedonhaku aiemmista tehdyistä aiheeseen sopivista tutkimuksista sekä kirjallisuudesta. Tiedonhaussa käytettiin kirjaston yhteistietokanta Melindaa, Finnaa, Medic-tietokantaa sekä Google Scholaria. Tiedonhaun apuna käytettiin myös kirjaston informaatikon tietotaitoa, mutta valitettavasti aiheesta on vain vähän tehtyjä tutkimuksia. Mukaan hyväksyttiin myös muutama vanhempi tutkimus, koska haluttua tietoa ei löytynyt tuoreemmista tutkimuksista ja koimme mukaanottamisen tärkeäksi. Tällä haluttiin lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Hakutuloksista mukaan tutkimukseen valittiin esilukemisen jälkeen parhaiten soveltuvat.

Idea- ja suunnitelmaseminaari pidettiin toukokuussa 2017. Teoriaosuus kirjoitettiin kesän ja alkusyksyn aikana. Työn valmistumisajaksi määriteltiin joulukuu 2017. Syksyn aikana pidettiin useampi ohjauskeskustelu ohjaavan opettajan kanssa, jonka ohjeiden perusteella työtä kehitettiin eteenpäin. Tutkijat saivat teoriaosuuden hiottua opettajan ohjeiden mukaan valmiiksi tammikuussa 2018, jolloin päästiin hakemaan tutkimuslupaa Kouvolan kaupungilta. Toteutusvaiheen seminaari pidettiin 10.1.2018. Tutkimuslupa myönnettiin 06.2.2018. Tutkimusluvun jälkeen kysely lähetettiin liikkeelle sähköisesti. Kyselyn toteuttamisen aika oli rajallinen ja vastausaika ennalta määritetty. Kysely lähetettiin 74 sairaanhoitajalle, joista 19 työskentelee kotiutustiimissä, 43 kotihoidossa ja 12 Villa Apilassa. Kyselytutkimuksen ajankohta oli 07.2.2018-21.2.2018. Ensimmäisen viikon jälkeen lähetettiin muistutus kyselystä, toivoen suurempaa vastausprosenttia kyselyyn. Kyselyyn vastanneita oli 26. Tulosten analysointi aloitettiin välittömästi kyselyn sulkeuduttua. Webropolin käytössä pyydettiin ja saatiin jonkin verran apua koululta. Työn julkaisuseminaari pidettiin 17.4.2018.

## **8.1 Tutkimusmenetelmä**

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiiviselle tutkimusmenetelmälle on keskeistä se, että se noudattaa syyn ja seurauksen lakeja. Keskeistä on myös se, että aiemmista tutkimuksista vedetään johtopäätöksiä, hyödynnetään aiempia teorioita, määritellään käsitteet joita tutkimuksessa käytetään. Kerättävän aineiston on sovellettava määrälliseen mittaamiseen, tutkittavien henkilöiden valinta ja määrittely tapahtuu perusjoukosta, josta valitaan mukaan otos, muuttujien asettaminen taulukkomuotoon sekä aineiston esittäminen tilastollisesti mm. tulosten kertominen prosenttilukoiden avulla ja päätelmien teko. (Hirsjärvi ym. 2009, 139–140.)

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä määritellään ongelma tai tutkimuskysymys, jonka perusteella laaditaan tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksillä saadaan tietoa tutkimusongelmaan, saadut tiedot analysoidaan. (Kananen 2011, 20–21.)

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti vahvasti työntilaajan tarve saada tietoa suurelta vastaajamäärältä. Kvantitatiiviselle tutkimukselle onkin tyypillistä suuri vastaajamäärä sekä tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat määrällisiä (Vilka 2007, 18). Tässä tutkimuksessa valittiin aineiston keruu menetelmäksi sähköinen kyselylomake. Tutkittava joukko työskentelee useassa eri työpis-teessä, joten sähköinen kyselylomake säästää tutkijoiden aikaa sekä on talou-dellinen.

## 8.2 Kyselylomake tiedonkeruumenetelmänä

Survey-tutkimukseksi nimitetään suunnitelmallista kyselytutkimusta. Tässä tut-kimusmenetelmässä kerätään aineisto kyselylomaketta käyttäen. Tämä on te-hokas ja taloudellinen menetelmä silloin, kun tutkimukseen osallistuvia henki-löitä on paljon ja aineistoa kerätään heiltä strukturoidun kyselylomakkeen avulla. (Heikkilä 2014, 17.)

Kyselylomakkeen kysymykset luotiin teoreettista viitekehystä käyttäen, joka kirjoitettiin aiempien tutkimusten pohjalta. Kyselylomakkeen muodoksi valittiin sähköinen kyselylomake. Tämä aineistonkeruumenetelmä mahdollistaa suu-ren vastaajamäärän tavoittamisen. Vastausten saanti on nopeaa, haastatteli-jan vaikutus vastaajaan vältetään ja arkaluontoisten kysymysten esittäminen on helppoa. Vastausprosentti riippuu kohderyhmästä, kysymysten väärinkäsi-tyksen mahdollisuus on suuri. (Heikkilä 2014, 18.)

Jokaiseen aineistonkeruumenetelmään liittyy hyvät ja huonot puolet. Kysely-tutkimuksen etuna pidetään sitä, että niiden avulla saadaan kerättyä laaja tut-kimusaineisto. Tutkittavia henkilöitä voi olla paljon, ja heiltä voidaan kysyä useita asioita. Hyvin laaditun kyselyn tulokset voidaan tallentaa helposti ja analysoida tietokoneen avulla. Tämä säästää tutkijoiden aikaa. Myöskin kus-tannukset ovat hyvin hallittavissa ja ennustettavissa. Kyselytutkimuksella on myös heikkouksia. Kerättyä aineistoa saatetaan pitää pinnallisena sekä teo-reettisesti vaatimattomina. Huonoina puolina pidetään myös sitä, että ei voida varmistua, kuinka vakavasti vastaajat ovat vastanneet kyselyyn, ovatko vas-tausvaihtoehdot olleet onnistuneita, ovatko vastaajat perehtyneet aiheeseen sekä vastausten kato saattaa nousta haittatekijäksi. (Hirsjärvi 2009, 195, 196.)

### 8.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimusaineiston keräämiseen vaaditaan tutkimuslupa. Tutkimuslupaa haettiin Kouvolan kaupungin hyvinvointipalvelusta toteusvaiheen seminaarin jälkeen. Tutkimuslupa myönnettiin 6.2.2018. Tutkimusluvan myöntäminen mahdollisti tutkimuksen tekemisen.

Tutkimusaineisto kerättiin helmikuussa sähköisesti lähetetyllä Webropol-kyselylomakkeella. Se lähetettiin saattohoidon tukiosaston, kotihoidon ja kotiutustiimin sairaanhoitajille. Kyselylomakkeen mukaan liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta. Kyselytutkimuksen ajankohta oli 7.2.2018-21.2.2018. Kysely lähetettiin 74 sairaanhoitajalle, joista 19 työskentelee kotiutustiimissä, 43 kotihoidossa ja 12 Villa Apilassa.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin sairaanhoitajat, jotka tekevät käytännön saattohoitotyötä. Lähihoitajat rajasimme tutkimuksen ulkopuolelle rajallisempien lääkelupien sekä tutkijoiden resurssien vuoksi. Emme rajanneet yhtään sairaanhoitajaa tutkimuksen ulkopuolelle. Halusimme saada mahdollisimman laajan tutkimusaineiston sekä eri-ikäisiä ja erilaisen työuran omaavia sairaanhoitajia mukaan tutkimukseen.

Sairaanhoitajille annettiin kaksi viikkoa vastausaikaa. Ensimmäisen viikon jälkeen heille lähetettiin vielä muistutusviesti. Kouvolan palliatiivinen hoito ja saattohoito oli suurten muutosten alla aineiston keruun aikana. Muistutuksella pyrittiin nostamaan vastausprosenttia.

Kyselyllä tutkittiin Kouvolan alueen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä sairaanhoitajien näkökulmasta. Tarkasteltavia asioita olivat sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa, koulutus-tarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken. Kyselylomakkeena käytettiin strukturoitua lomaketta. Kysymysten esittämiseen käytettiin neliportaista Likertin asteikkoa. Tarkoituksella pois jätettiin vaihtoehto "en osaa sanoa", sillä ajatuksella, että jokaisella on mielipide oman työn tekemisestä ja kokemisesta.

## 8.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi ja tulkinta on tutkimuksen tärkeä vaihe. Tässä vaiheessa tutkijalle selviää millaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiinsa. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineiston analyysi aloitetaan heti aineiston keruun jälkeen. Tämä soveltuu hyvin etenkin silloin, kun aineisto on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella. (Hirsjärvi ym. 2009, 221–223.)

Analysoimme tuloksia ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukointi ilmaisee kahden luokitellun muuttujan välistä riippuvuutta. Näin kyselyn vastauksista nähdään eri asioiden vaikutus toisiinsa. (Vilkkä 2007, 118—119.) Riippuvuudella tarkoitetaan sitä, että jokin muuttuja vaikuttaa toiseen muuttujaan. Näin on mahdollista löytää muuttujia, jotka voivat selittää toista muuttujaa. (Vilkkä 2007, 129.)

Kysely toteutettiin käyttäen Webropol 2.0 -sovellusta. Samaa sovellusta käytettiin myös aineiston analysointiin. Aineiston analysointi aloitettiin jakamalla tulokset esiintyvyyden, taustamuuttujien, prosenttijakauman sekä muiden osioiden perusteella. Muita osioita olivat ammatilliset valmiudet, koulutustarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät ja yhteistyö eri ammattiryhmien kesken. Webropol 2.0 -sovellus mahdollisti kyselyn tulosten esittämisen erilaisten kaavioiden muodossa. Ristiintaulukointi onnistui myös. Näin ollen vertailu eri-ikäisten, eri työpisteissä työskentelevien, erilaisen työkokemuksen omaavien kesken oli mahdollista. Tulokset esitellään tutkimustulokset kohdassa graafisesti.

## 8.5 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla mittaus- ja tutkimustavoilla. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että luotettavuutta mitataan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa kuinka toistettava mittaustulos on, eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti kertoo sen, mittaako mittari juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi, ymmärtääkö kyselytutkimukseen vastaava henkilö kysymykset samoin, kuin kysymysten tekijä. Mikäli tässä on eroa, ei kyselyn tulos ole tosi. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 –233.) Reliabiliteettia on parannettu käyt-



tämällä esitestattua mittaria. Ennen varsinaista kyselytutkimusta kysely teetettiin kolmella sairaanhoitajalla, jotka työskentelevät saattohoidon parissa. Esikyselyllä haluttiin varmistaa kysymysten selkeys, kyselyn eteneminen johdonmukaisesti ja että kysymyksillä kartoitetaan tarkoitettuja asioita. Mittaria on muutettu paremmaksi esitestauksen jälkeen. Mittari mittasi asioita, joita tutkijat halusivatkin eli saimme tuloksista tietoa saattohoitotyön edistävästä ja vaikeuttavista tekijöistä.

Kyselylomake on laadittu niin, että vastaajat pysyvät anonyymeinä ja tunnistamattomina. Tutkijat hävittävät kyselylomakkeet asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimustuloksiin voi vaikuttaa tiedonkeruumenetelmä. Sähköinen kysely mahdollistaa vastaamisen tutkittavalle sopivana ajankohtana. Hänellä on mahdollisuus valita kiireetön hetki kyselyyn vastaamiseen, jolloin vastausten luotettavuus paranee. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Luotettavuuden parantamiseksi opinnäytetyön lähteinä on käytetty tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita, jotka ovat peräisin arvostetuista ja yleisesti tunnetuista lähteistä. Tutkimuksen lähteinä ei ole käytetty opinnäytetöitä, yksittäisten henkilöiden kotisivuja tai muita ei-luotettavia lähteitä.

Opinnäytetyötä tehdessä työn tutkijat osallistuivat aktiivisesti opettajan ohjaukseen sekä opinnäytetyöpajassa käytiin kaksi kertaa. Tutkijat hyödynsivät opponenteilta idea- ja suunnitelmaseminaarissa sekä toteutusvaiheen seminaarissa saamaansa palautetta sekä opettajan antamaa palautetta hyödynnettiin työn edistyessä. Ennen kyselyn alkua tutkijat kertoivat henkilökohtaisesti opinnäytetyöstään sekä tulevasta kyselystä sekä Villa Apilan, että kotiutustiimin sairaanhoitajille. Palaute oli siellä innokasta ja kyselyä odottavaa. Kyselyyn vastaajat pysyivät anonyymeinä, eikä heitä voi tunnistaa tuloksista. Ikää emme käyttäneet tulosten esittelyssä ristiintaulukoinnin toisena muuttujana jolla varmistettiin vastaajien anonyyminä pysymisen myös niissä ikäryhmissä, joissa vastaajia oli vain yksi. Tämä yhdistettynä pieneen työyhteisöön olisi voinut mahdollistaa vastaajan tunnistamisen. Tutkijat hävittivät kyselyn tulokset asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Kysely koettiin hyvin onnistuneeksi, vaikka vastauksia oli odotettua vähemmän. Todennäköisesti muutokset työpaikoilla ovat vaikuttaneet vastausprosenttiin.

## 8.6 Tutkimuksen etiikka

Opinnäytetyössä olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä. Työssä on käytetty useita eri tutkimuksia kerättyä tietoa saattohoidosta. Kaikki työssä käytetyt lähdeviitteet ja sekä suorat lainaukset ja niiden oikeellisuus on tarkistettu. Tutkittava joukko on valittu niin, että kaikki sairaanhoitajat valituista yksiköistä voivat vastata, eikä ketään ole rajattu pois näistä yksiköistä. Tämä valinta on perusteltu sillä, että saadaan mahdollisimman laaja vastaajamäärä osallistumaan kyselyyn. Toisaalta olemme joutuneet rajaamaan asumispalveluksiköiden sairaanhoitajat kyselyn ulkopuolelle. Tehostetun palveluasumisen saattohoidosta vastaa jokaisen yksikön hoitava lääkäri. Hänellä on mahdollisuus konsultoida palliatiivisen poliklinikan lääkäriä. Vaikeat saatot ovat tilanteita, joissa saattohoidon erityisosaamista voidaan tarvita. Näin ollen tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajat ovat harvemmin osana palliatiivisen poliklinikan, kotiutustiimin, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaston ja kotihoidon välistä saattohoidon hoitopolkua. Myöskin tutkijoiden resurssit ovat rajalliset.

Raportoinnissa on tuotu tulokset esille rehellisesti ja kunnioitettu alkuperäisiä tutkimuksia. Olemme käyneet useasti ohjauskeskusteluja ohjaavan opettajan kanssa saadaksemme parhaan mahdollisen tuloksen kyselytutkimukselle. Olemme lähettäneet työmme työntilajalle tarkasteluun ennen kyselytutkimuksen lähettämistä, jotta työmme vastaa toimeksiantoa. Heidän hyväksymisensä jälkeen kyselylomake on lähetetty tutkittaville henkilöille.

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyn tulokset kerättiin kahdessa viikossa 7.2. – 21.2.2018. Puolesta välissä lähetettiin muistutus kyselystä, koska vastaajat ovat keskellä sote- muutoksia. Näin pyrittiin parantamaan vastausprosenttia. Kysely oli suunnattu kaikille 74:lle Villa Apilassa, Kotiutustiimissä ja Kotihoidossa työskentelevälle sairaanhoitajalle, jotka toteuttavat käytännön saattohoitotyötä. Kysymyksillä pyrit-

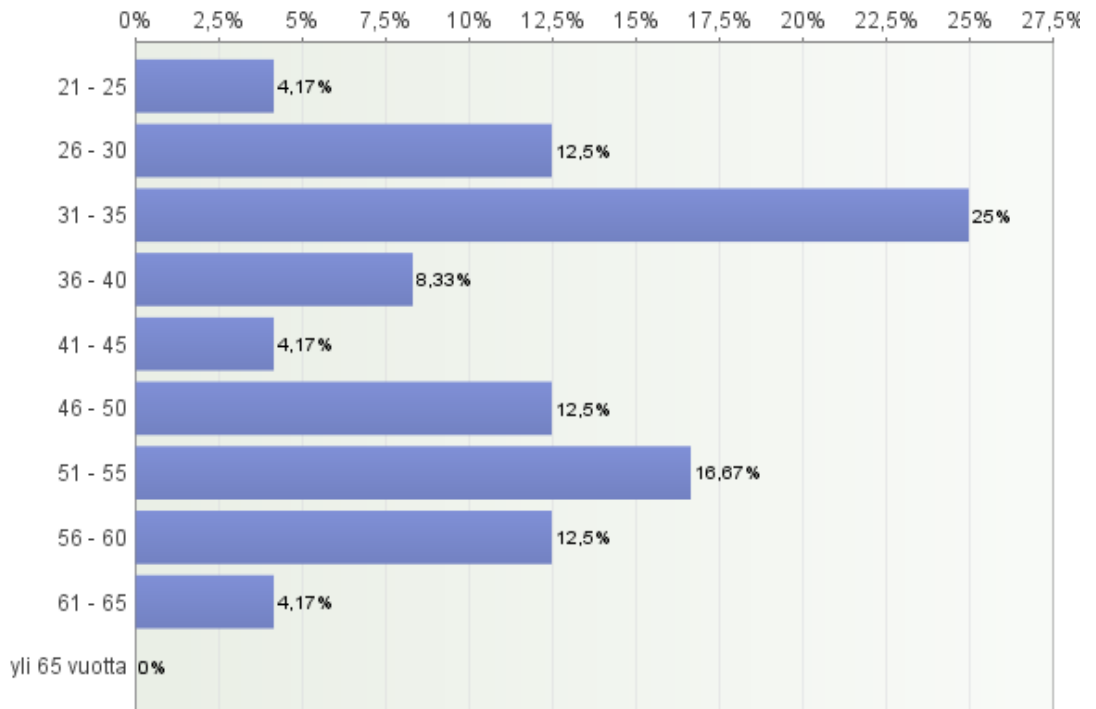
tiin selvittämään, mitkä tekijät vaikuttavat saattohoitoa edistävästi tai vaikeuttavasti Kouvolan alueella. Näkökulmana oli sairaanhoitajien kokemus saattohoidon yhteistyöstä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden ja palliatiivisen poliklinikan välillä, sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa, koulutus-  
tarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken.

Tuloksia tarkasteltaessa vastanneiden kokonaismäärä merkitään kirjaimella N. Kyselyyn vastasi 26 vastaajaa (N=26), joka on 35,13 % kyselyn saaneista sairaanhoitajien kokonaismäärästä. Tulosta voidaan pitää kohtuullisena ottaen huomioon muutokset, joiden keskellä tutkittavat sairaanhoitajat ovat. Kouvolan kaupungissa on käynnissä uudelleen organisointi terveydenhoito- ja sairaanhoitopalveluissa. Terveyskeskuksen vuodeosastot siirrettiin konkreettisesti toiseen toimipisteeseen vuoden 2018 alussa. Ainoastaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osasto jäi entiselle paikalla. Suuria muutoksia on siis ollut olemassa.

## 9.1 Taustamuuttujat

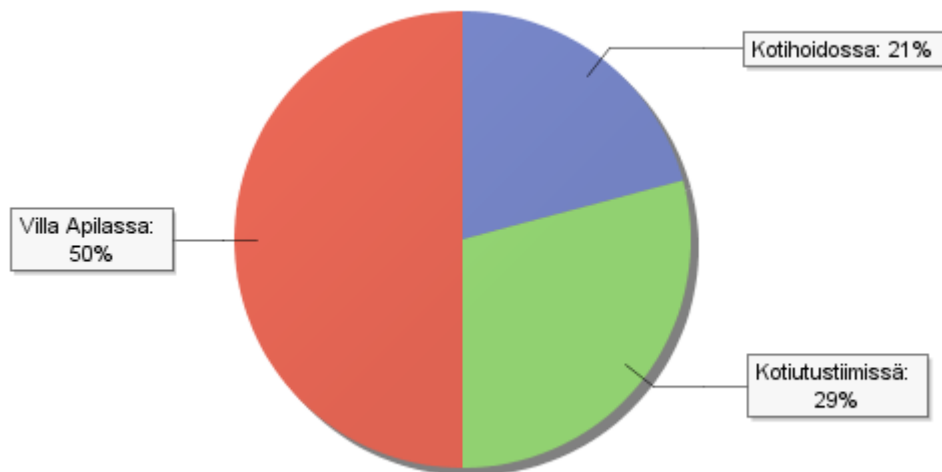
Kyselytutkimuksessa kysyttiin taustamuuttujina vastaajien ikää, työskentelyyksikköä, työkokemusta vuosina, kuormittumisen ja uupumisen kokemusta työssä sekä motivoituneisuuden ja tyytyväisyyden kokemusta työssä.

Eniten vastauksia saatiin 31–35 vuotiaiden vastaajien ryhmästä (25 %), toiseksi eniten vastaajista oli 51–55 vuotiaita (16,67 %). 26–30 vuotiaita, 46–50 vuotiaita ja 56–60 vuotiaita vastaajia oli täsmälleen saman verran eli 12,5 %. 36–40 vuotiaita vastaajia oli 8,33 %:n osuus vastaajista. 21–25 vuotiaiden, 41–45 vuotiaiden ja 61–65 vuotiaiden vastaajien määrä oli myös sama eli 4,17 %. Saimme hyvän jakauman eri ikäisiä vastaajia. (kuva 1.)



Kuva 1. Ikäjakauma (N=26)

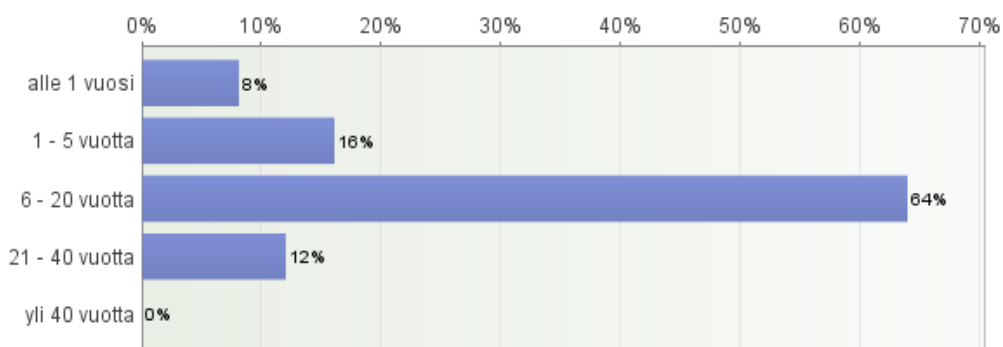
Kyselyyn vastaajista puolet (50 %) työskentelee Villa Apilassa. Kyselyyn vastanneista 29 % oli Kotiutustiimistä ja 21 % Kotihoidon sairaanhoitajia. (kuva 2).



Kuva 2. Vastaajat työskentely-yksiköittäin (N=26)

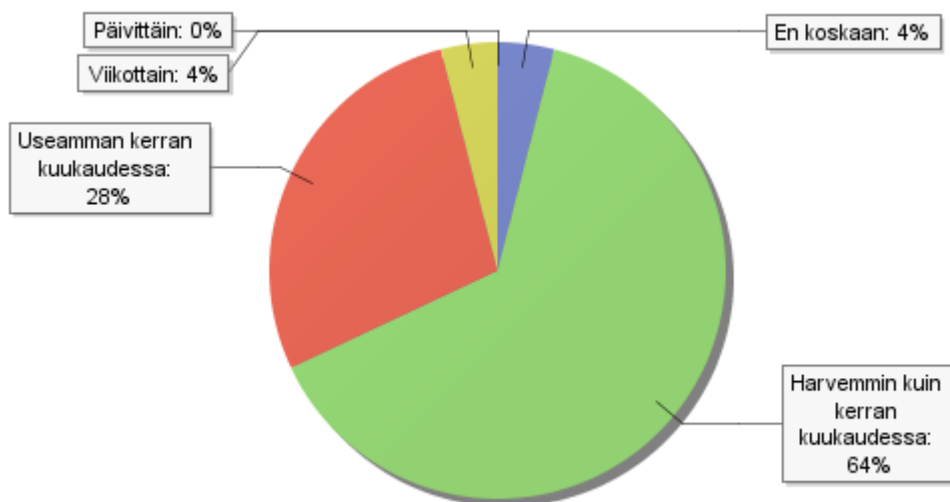
Kyselyyn vastanneista työkokemusta oli 6 – 20 vuotta 64 %:lla vastaajista. 1 – 5 vuotta työkokemusta oli 16 %:lla vastaajista. Kolmanneksi eniten työkokemusta eli 21 – 40 vuotta oli 12 %:lla vastaajista. Alle 1 vuosi työkokemusta oli 8 %:lla vastaajista. Kenelläkään vastaajista ei ollut työkokemusta yli 40 vuotta.

Tärkeää tulosten kattavuuden ja vertailtavuuden kannalta, että saimme vastaajia monesta eri ryhmästä. (kuva 3.)



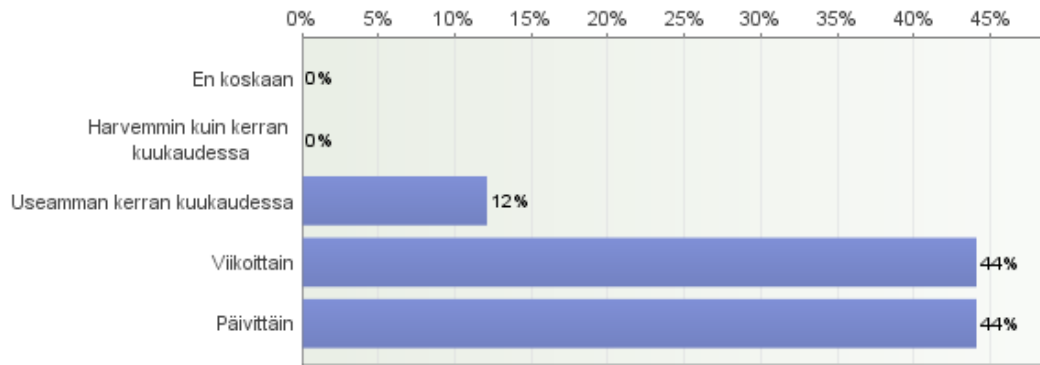
Kuva 3. Työkokemus sairaanhoitajana vuosina (N=26)

Kuormitusta ja uupumista työssään koki yli puolet (64 %) vastaajista harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Useamman kerran kuukaudessa kuormittuneisuutta koki 28 % vastaajista. 4 % vastaajista koki kuormittuneisuutta viikoittain ja päivittäin ei kukaan kokenut kuormittuvansa. 4 % vastaajista vastasi, ettei koe kuormittuneisuutta koskaan. (kuva 4.)



Kuva 4. Kaikkien vastaajien kuormituksen ja uupumisen kokeminen työssä (N=26)

Motivoituneisuutta ja tyytyväisyyttä työhönsä koki päivittäin ja viikoittain melkein puolet (44 %) vastaajista. Vastaavasti useamman kerran kuukaudessa koki tyytyväisyyttä työhönsä 12 % vastaajista. Kukaan ei vastannut kokevansa tyytyväisyyttä harvemmin kuin kerran kuukaudessa tai ei koskaan. (Kuva 5.)

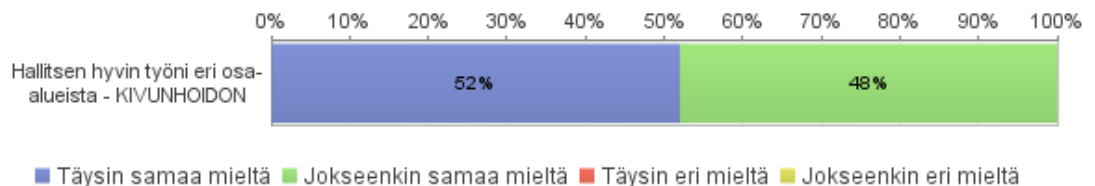


Kuva 5. Työmotivaatio ja työtyytyväisyys (N=26)

## 9.2 Sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa

Sairaanhoitajien ammatillisia valmiuksia selvittävässä kysymyksissä kysyttiin saattohoidon eri osa-alueiden hallinnasta.

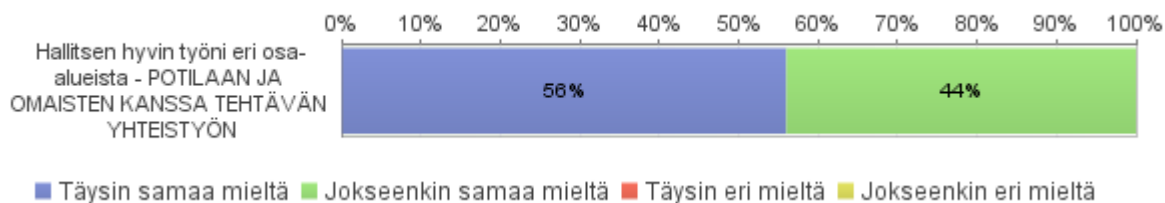
Kuvasta 6. voidaan nähdä, että kaikista vastaajista yli puolet (52 %) koki hallitsevansa työnsä osa-alueista hyvin kivunhoidon. 48 % vastasi hallitsevansa kivunhoidon jokseenkin hyvin. Kukaan ei vastannut kivunhoidon hallinnan olevan jokseenkin tai täysin riittämätöntä. (Kuva 6.) Ristiintaulukoinnilla selvisi, että vahvinta osaamista kivunhoidossa koettiin kotiutustiimissä. Villa Apilassa kivunhoidon osaaminen jakautui tasan hallitsen hyvin kivunhoidon sekä hallitsen jokseenkin hyvin kivunhoidon välillä. Kotihoidossa kivunhoidon hallinta koettiin pääsääntöisesti jokseenkin hyvänä. Yksi kotihoidon vastanneista sairaanhoitajista koki hallitsevansa kivunhoidon hyvin.



Kuva 6. Kivunhoidon hallinta (N=26)

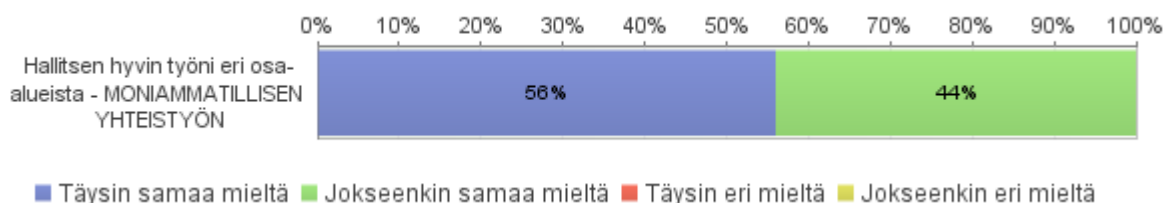
Potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön hallitsi hyvin yli puolet (56 %) vastaajista. Potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön 44 % koki hallitsevansa jokseenkin hyvin. Kukaan ei kokenut hallitsevansa riittämättömästi potilaan ja omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. (Kuva 7.) Lähes kaikki koti-hoidon ja kotiutustiimin sairaanhoitajat olivat *täysin samaa mieltä* siitä, että he

hallitsevat hyvin potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön. Villa Apilassa vastaukset jakoutuivat aika tasan *hallitsen hyvin* - ja *hallitsen jokseenkin hyvin* potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön välille.



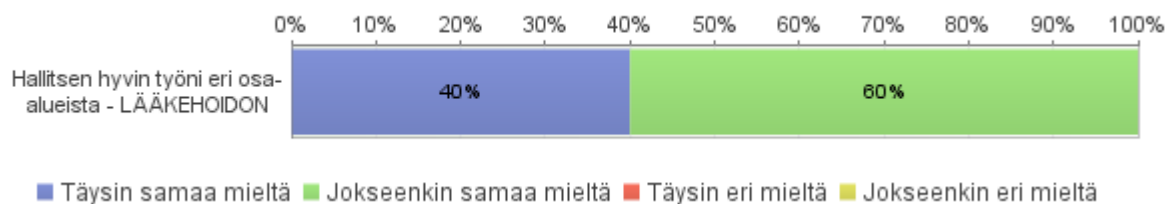
Kuva 7. Potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön hallinta (N=26)

Moniammatillisen yhteistyön hallitsi hyvin yli puolet (56 %) vastaajista ja melkein puolet (44 %) hallitsi sen jokseenkin hyvin. Kukaan vastaajista ei kokenut moniammatillisen yhteistyön hallintaansa riittämättömäksi. (Kuva 8.)



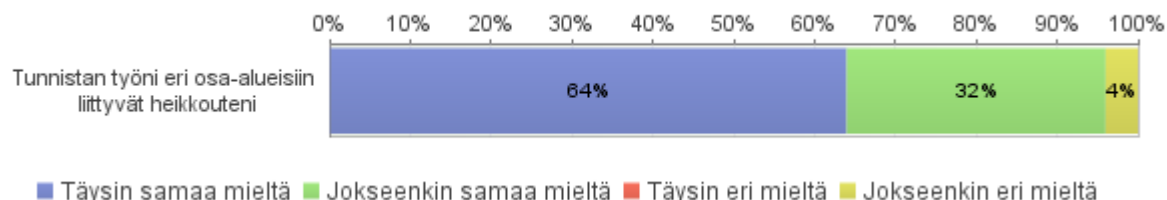
Kuva 8. Moniammatillisen yhteistyön hallinta (N=26)

Lääkehoidon osaamisensa melkein puolet (40 %) vastaajista koki hyväksi, yli puolet (60 %) koki lääkehoidon osaamisensa jokseenkin hyväksi. Kukaan ei vastannut lääkehoidon osaamisensa olevan riittämätöntä. (Kuva 9.) Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista oli työkokemusta 6–20 vuotta. Heidän vastaustensa mukaan suurin osa koki osaamisen lääkehoidossa jokseenkin hyväksi, ja alle puolet tässä työkokemusryhmässä oli *täysin samaa mieltä* siitä että hallitsevat lääkehoidon hyvin. Alle vuoden työkokemuksen omaavat kokivat myös lääkehoidon hallinnan hyväksi. Pelkästään työkokemuksen pituus ei siis vaikuttanut lääkehoidon hallinnan kokemukseen.



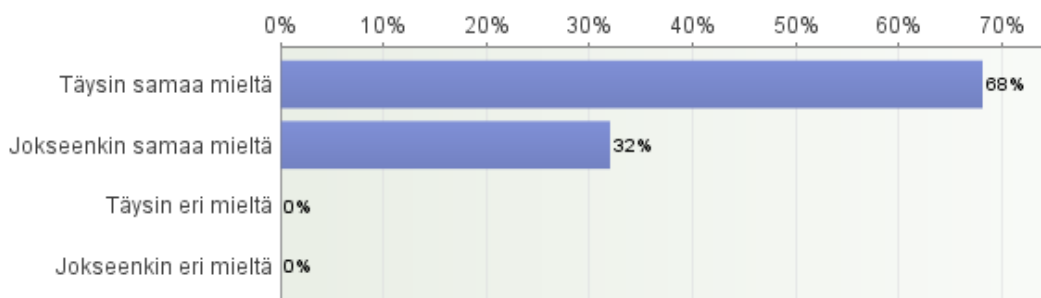
Kuva 9. Lääkehoidon hallinta (N=26)

Vastaajista yli puolet (64 %) vastasi tunnistavansa erittäin hyvin työnsä eri osa-alueisiin liittyvät heikkoutensa ja kolmannes (32 %) vastasi tunnistavansa melko hyvin. 4 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä, eli he eivät tunnista työn eri osa-alueisiin liittyviä heikkouksiaan kovin hyvin. (Kuva 10.)



Kuva 10. Työn eri osa-alueiden heikkouksien tunnistaminen (N=26)

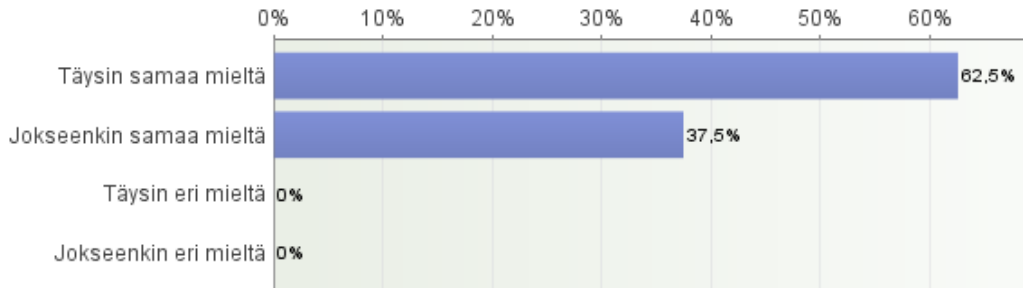
Yli puolet (68 %) vastasi hallitsevansa hyvin työhönsä liittyvien laitteiden ja koneiden (mm. kipupumpun) käytön. Kolmannes (32 %) koki hallitsevansa ne melko hyvin. Kukaan ei kokenut osaamattomuutta niiden käytössä. (Kuva 11.) Kaikki kotiutustiimin sairaanhoitajat vastasivat olevansa *täysin samaa mieltä* siitä, että hallitsevat työhönsä liittyvien laitteiden ja koneiden käytön. Kotihoidossa enemmistä vastaajista koki hallitsevansa ne melko hyvin. Villa Apilan sairaanhoitajista suurin osa koki hallitsevansa työhön liittyvät laitteet ja koneet melko hyvin, osa koki hallitsevansa ne hyvin.



Kuva 11. Työhön liittyvien laitteiden ja koneiden käytön hallinta (N=26)

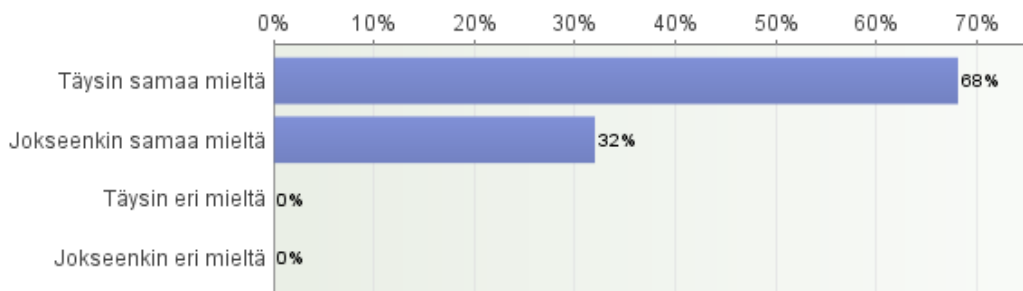


Lisäkoulutustarpeensa tunnisti yli puolet (62,5 %) vastaajista, 37,5 % tunnisti tarpeen melko hyvin ja kukaan ei kokenut, etteikö tunnistaisi lisäkoulutuksen tarvettaan (Kuva 12).



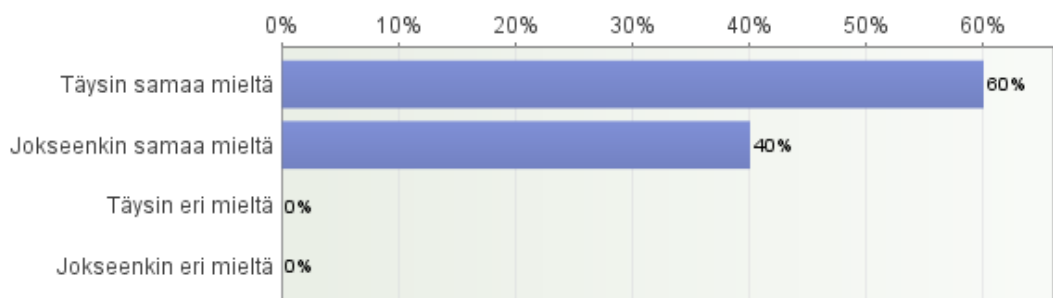
Kuva 12. Lisäkoulutuksen tarpeen tunnistaminen (N=26)

Näyttöön perustuvaa tietoa osaa etsiä vastausten perusteella yli puolet (68 %) vastaajista, 32 % osaa etsiä melko hyvin ja kukaan ei vastannut, etteikö osaisi tietoa etsiä (Kuva 13).



Kuva 13. Näyttöön perustuvan tiedon etsiminen (N=26)

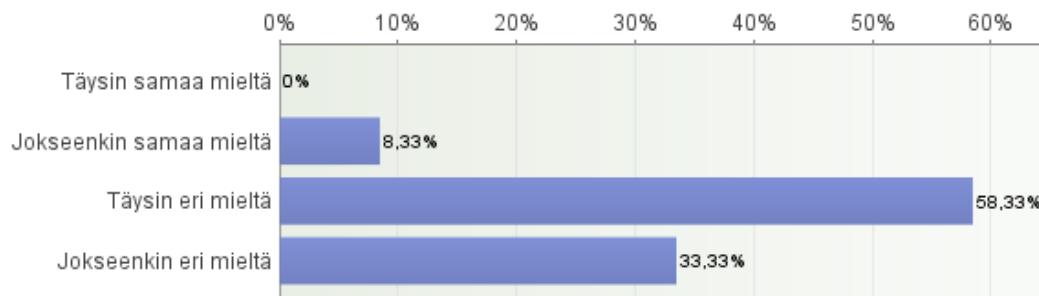
Näyttöön perustuvaa tietoa osaa käyttää vastausten perusteella yli puolet (60%) vastanneista sairaanhoitajista, 40 % osaa melko hyvin ja kukaan ei vastannut, etteikö osaisi näyttöön perustuvaa tietoa käyttää (Kuva 14).



Kuva 14. Näyttöön perustuvan tiedon käyttäminen (N=26)

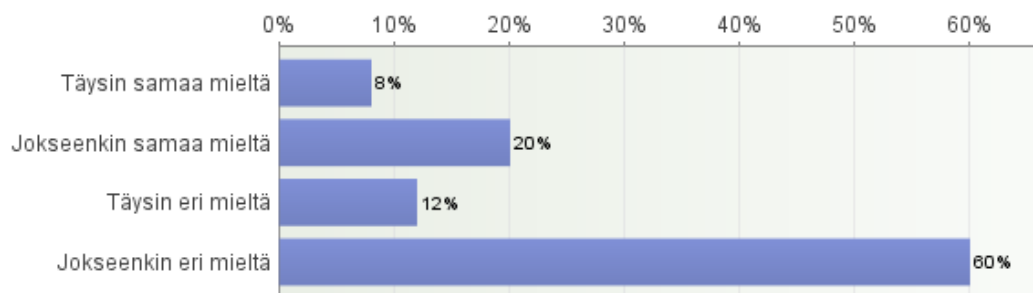
### 9.3 Sairaanhoitajien koulutuksen tarve

Sairaanhoitajien koulutustarvetta selvittelevissä kysymyksissä saimme hajontaa vastauksissa eri osa-alueiden välillä, melkein kymmenesosa (8,33 %) vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta tai ohjausta joskus saattohoitopotilaan perushoidossa. Suurin osa vastaajista (58,34 %) koki hallitsevansa hyvin perushoidon, eikä koe tarvitsevansa siihen lisäkoulutusta. 33,33 % vastaajista koki osaavansa perushoidon melko hyvin eikä tarvitse lisäkoulutusta tai ohjausta. (Kuva 15.) Oli sairaanhoitajalla työkokemusta alle vuosi tai reilusti enemmän, suurin osa koki osaavansa saattohoitopotilaan perushoidon hyvin. Kuitenkin osa 6–20 vuoden työkokemuksen vastanneista koki olevansa *jokseenkin samaa mieltä* lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarpeesta.



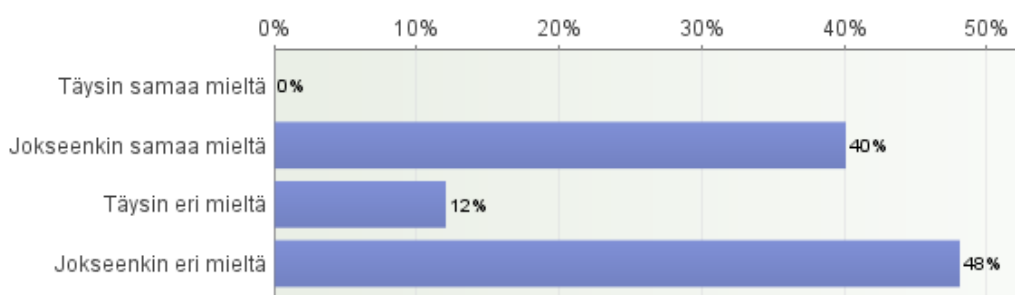
Kuva 15. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan perushoidossa (N=26)

Saattohoitopotilaan haavahoidossa 8 % hoitajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta tai ohjausta, kun taas 12 % koki hallitsevansa haavahoidon hyvin, eikä tarvitse siihen lisäkoulutusta. 20 % koki tarvitsevansa jonkin verran lisäkoulutusta ja enemmistö (60 %) koki hallitsevansa haavahoidot melko hyvin. (Kuva 16.)



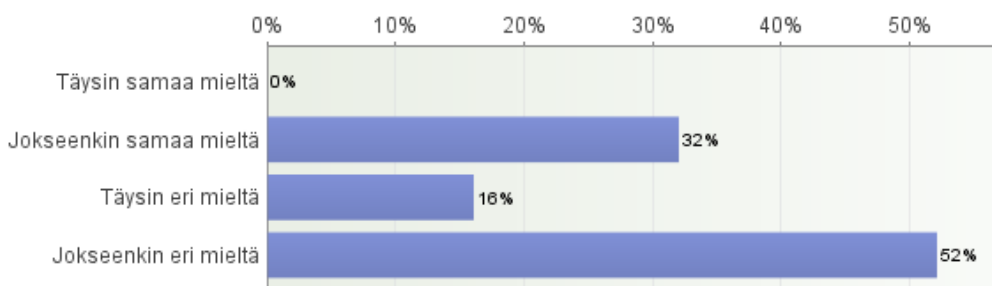
Kuva 16. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan haavahoidossa (N=26)

Saattohoitopotilaan somaattisten oireiden arvioinnissa 40 % tarvitsi joskus lisäkoulutusta tai ohjausta ja 12 % koki hallitsevansa oireiden arvioinnin ilman lisäkoulutuksia. Melkein puolet (48 %) koki hallitsevansa oireiden arvioinnin melko hyvin. (Kuva 17.) Sairaanhoidajien työkokemuksella oli yllättävän vähän vaikutusta siihen, miten he kokivat osaamisensa saattohoitopotilaan somaattisten oireiden arvioinnissa. Olipa työkokemusta alle vuosi tai yli 21 vuotta niin silti koettiin tarvetta saada joskus lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan somaattisten oireiden arvioinnissa.



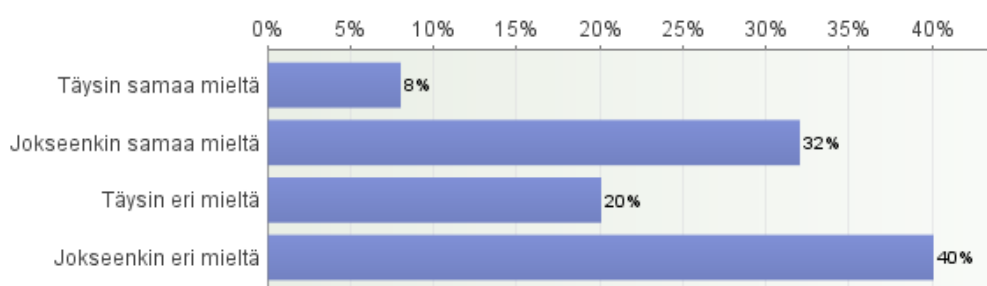
Kuva 17. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan somaattisten oireiden arvioinnissa (N=26)

Somaattisten oireiden hoidossa kolmannes koki (32 %) tarvitsevansa joskus lisäkoulutusta tai ohjausta, 16 % koki osaavansa somaattisten oireiden hoidon ilman lisäkoulutusta ja enemmistö (52 %) koki osaamisensa melko hyväksi (Kuva 18). Työkokemus vaikutti lisäkoulutuksen ja -ohjauksen tarpeeseen. Ne sairaanhoitajat, joilla kokemusta oli 6–20 vuotta, kokivat että heillä oli osaamista saattohoitopotilaan somaattisten oireiden hoidoissa. Ne vastaajat, joilla kokemusta oli alle vuosi tai 1–5 vuotta, kokivat, että heillä on tarvetta lisäkoulutukselle tai -ohjaukselle.



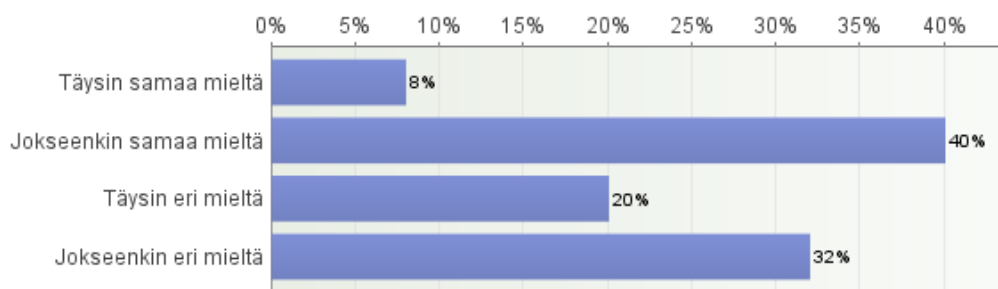
Kuva 18. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan somaattisten oireiden hoidossa (N=26)

Saattohoitopotilaan kivunhoidossa vastaajista 8 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta tai ohjausta, 20 % koki osaamisensa niin hyväksi, ettei lisäkoulutustarvetta ole. 32 % vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta tai ohjausta joskus, melkein puolet (40 %) koki osaamisensa melko hyväksi kivunhoidossa ja kokivat tarvitsevansa joskus lisäkoulutusta ja ohjausta (Kuva 19). Kun sairaanhoitajalla oli työkokemusta alle vuosi tai 1–5 vuotta oli hän *täysin samaa mieltä* tai *jokseenkin samaa mieltä* siitä, että tarvitsee lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan kivunhoidossa. Kun työvuosia oli enemmän, kokivat sairaanhoitajat osaamisen paremmaksi ja koulutustarpeen vähäisemmäksi.



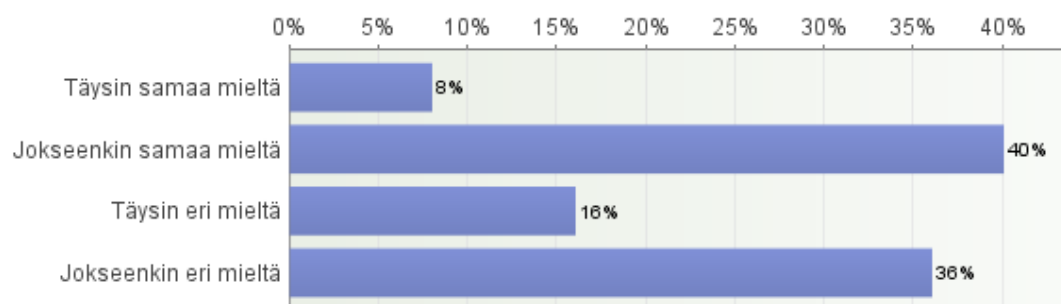
Kuva 19. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan kivunhoidossa (N=26)

Saattohoitopotilaan lääkehoidossa 8 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta tai ohjausta, 20 % koki osaamisensa olevan hyvä lääkehoidossa, eikä tarvetta lisäkoulutukselle ole. Melkein puolet (40 %) koki tarvitsevansa joskus ohjausta tai lisäkoulutusta lääkehoidossa, kolmannes (32 %) koki osaamisensa melko hyväksi. (Kuva 20.) Osa vastaajista, joilla oli työkokemusta 21–40 vuotta olivat sitä mieltä, etteivät tarvitse lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan lääkehoidossa. Työkokemuksella 6–20 vuotta kokemus jakautui aikalailta puoleksi, toinen puoli oli *jokseenkin samaa mieltä* ja toinen puoli *jokseenkin eri mieltä* siitä että tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan lääkehoidossa. Mikäli työkokemusta oli alle viisi vuotta, niin suurin osa oli koulutuksen tarpeesta *jokseenkin samaa mieltä*.



Kuva 20. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan lääkehoidossa (N=26)

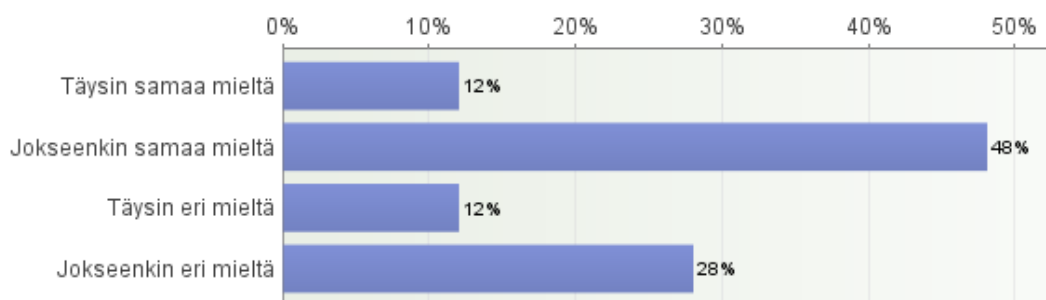
Saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden havaitsemisessa 8 % koki tarvitsevänsä lisäkoulutusta tai ohjausta, melkein puolet (40 %) koki tarvitsevänsä lisäkoulutusta joskus, 16 % koki osaamisensa hyväksi ilman lisäkoulutustarvetta ja yli kolmannes (36 %) koki osaamisensa melko hyväksi (Kuva 21). Olipa työkokemusta alle vuosi tai yli 21 vuotta vastaajat olivat *jokseenkin samaa mieltä* siitä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden havaitsemisessa. Sairaanhoitajista ne joilla oli työkokemusta 6–20 vuotta, oli reilu puolet *jokseenkin eri mieltä* lisäkoulutuksen ja -ohjauksen tarpeesta. Ainoastaan muutama niistä sairaanhoitajista joilla oli pidempi työura takana, oli kokenut, etteivät he tarvitse lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden havaitsemisessa.



Kuva 21. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden havaitsemisessa (N=26)

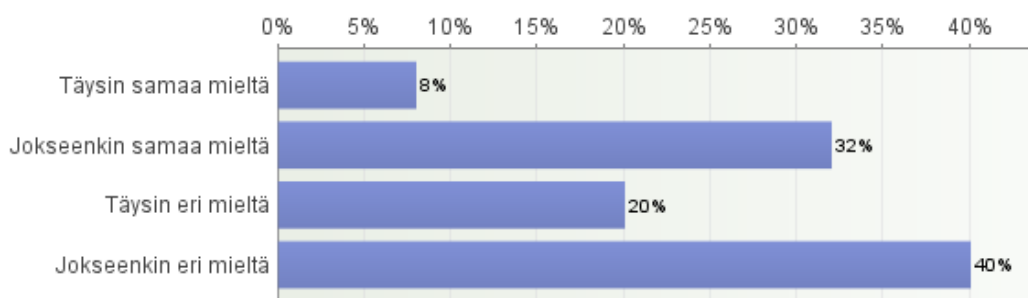
Potilaan psyykkisten oireiden hoitamisessa hoitajista 12 % vastasi tarvitsevänsä lisäkoulutusta tai ohjausta, melkein puolet (48 %) koki tarvitsevänsä joskus lisäkoulutusta, 12 % koki osaamisensa niin hyväksi, ettei lisäkoulutustarvetta ole ja 28 % koki lisäkoulutustarvetta joskus (Kuva 22). Vastanneista ainoastaan kolme oli *täysin eri mieltä* siitä, että tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoitamisessa. Heillä kaikilla oli työkokemusta 6 vuotta tai enemmän. Olipa sairaanhoitajalla työkokemusta

sitten alle vuosi tai jo useampi vuosi, kokemus oli yhteneväinen saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoitamisen lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarpeesta.



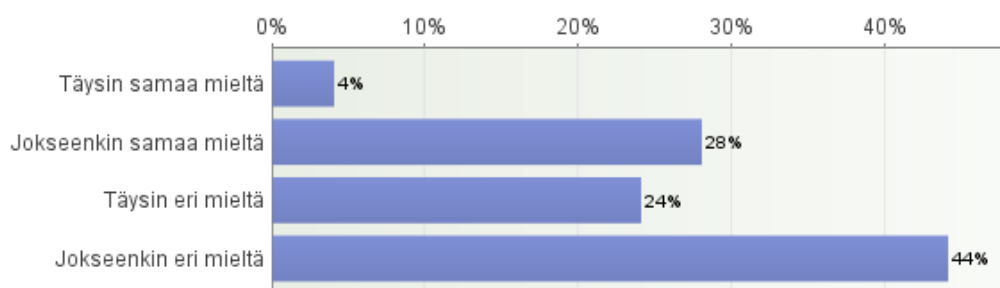
Kuva 22. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoitamisessa (N=26)

Omaisten kohtaamiseen liittyvissä asioissa vastaajista melkein puolet (40 %) koki osaamisensa melko hyväksi, kolmannes (32 %) vastasi tarvitsevansa joskus ohjausta tai lisäkoulutusta, 8 % vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta tai ohjausta ja 20 % koki osaamisensa hyväksi, eivätkä tarvitse lisäkoulutusta tai ohjausta (Kuva 23). Vastaukset jakautuivat työskentely-yksikön mukaan seuraavanlaisesti: Villa Apilassa enemmistö oli *jokseenkin eri mieltä* siitä, että heillä olisi lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarvetta saattohoitopotilaan omaisten kohtaamiseen liittyvissä asioissa. Kotiutustimissä pieni enemmistö oli *täysin eri mieltä* lisäkoulutuksen ja -ohjauksen tarpeesta ja kotihoitossa oltiin yksimielisesti *jokseenkin samaa mieltä* lisäkoulutuksen ja -ohjauksen tarpeesta



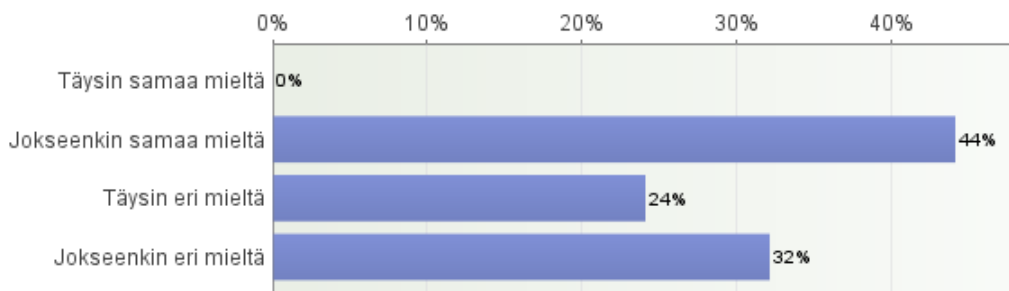
Kuva 23. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan omaisten kohtaamiseen liittyvissä asioissa (N=26)

Saattohoitopotilaan kohtaamiseen liittyvissä asioissa 4 % vastaajista koki tarvitsevansa ohjausta tai lisäkoulutusta, melkein kolmannes (28%) vastasi tarvitsevansa joskus ohjausta tai koulutusta, 24 % koki osaamisensa hyväksi ilman lisäkoulutustarvetta ja melkein puolet (44 %) koki osaamisensa melko hyväksi (Kuva 24). Kotihoidossa vastaukset siihen, että koetaanko tarvetta lisäkoulutukseen tai -ohjaukseen saattohoitopotilaan kohtaamiseen liittyvissä asioissa, jakoutuivat miltei tasan vastausten *jokseenkin eri mieltä* ja *jokseenkin samaa mieltä* kesken. Kotiutustiimissä oli hajontaa vastauksissa. Tasavertaisina määrittään olivat vastausvaihtoehdot *täysin eri mieltä* ja *jokseenkin eri mieltä*. Kotiutustiimissä oltiin myös *täysin samaa mieltä* koulutustarpeen tai -ohjauksen kanssa. Villa Apilassa vastattiin eniten kohtaan *jokseenkin samaa mieltä*. Lähes yhtä paljon saivat vastauksia kohdat *täysin eri mieltä* ja *jokseenkin eri mieltä*. Kukaan ei ollut *täysin samaa mieltä* lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarpeen kanssa. Hajontaa oli siis myös Villa Apilan vastauksissa.



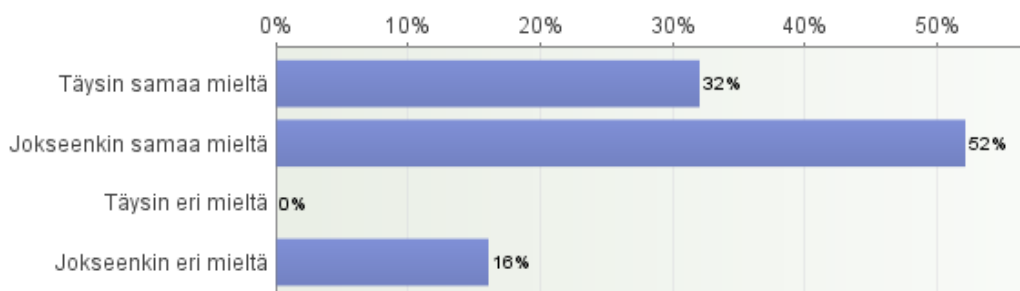
Kuva 24. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan kohtaamiseen liittyvissä asioissa (N=26)

Saattohoitopotilaan hoitoon liittyvien laitteiden käytössä melkein puolet (44 %) vastasi tarvitsevansa joskus lisäkoulutusta tai ohjausta, melkein kolmannes (24 %) koki osaamisensa hyväksi ja kolmannes (32 %) vastasi osaamisensa melko hyväksi (Kuva 25). Vahvimmaksi osaaminen koettiin Kotiutustiimissä ja Villa Apilassa. Näissä yksiköissä oli useampia vastauksia kohdassa *täysin eri mieltä*. Molemissa yksiköissä oli vastattu myös vastauksia *jokseenkin eri mieltä* sekä *jokseenkin samaa mieltä* -vaihtoehtoon. Kotihoidossa oltiin enemmistönä *jokseenkin samaa mieltä* lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarpeesta saattohoitopotilaan hoitoon liittyvien laitteiden käytössä.



Kuva 25. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaan hoitoon liittyvien laitteiden käytössä (N=26)

Vastaajista kolmannes (32 %) vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta tai ohjausta saattohoitopotilaalle haettavissa tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa, yli puolet (52 %) koki tarvitsevansa joskus lisäkoulutusta, 16 % vastaajista koki osaamisensa tukiasioissa melko hyväksi (Kuva 26). Villa Apilan vastaajista puolet oli *täysin samaa mieltä* ja toinen puolikas *jokseenkin samaa mieltä* siitä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaalle haettaviin tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa. Kotiutustiimissä vastaukset jakautuivat miltei tasan *jokseenkin samaa mieltä* ja *jokseenkin eri mieltä* -vastausvaihtoehtojen kesken. Kukaan ei ollut *täysin samaa mieltä* eikä toisaalta *täysin eri mieltä* siitä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaalle haettaviin tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa. Kotihoidon vastauksista lähes kaikki tuli kohtaan *jokseenkin samaa mieltä*.

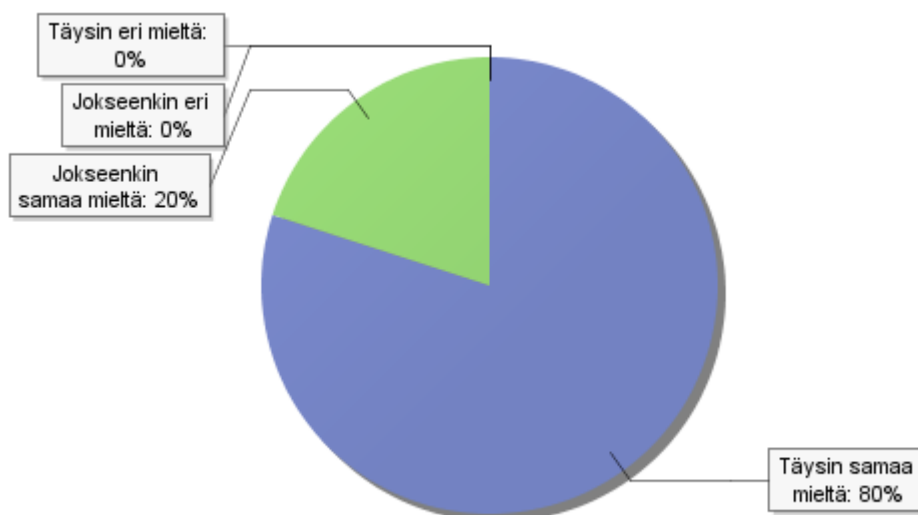


Kuva 26. Lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarve saattohoitopotilaalle haettaviin tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa (N=26)



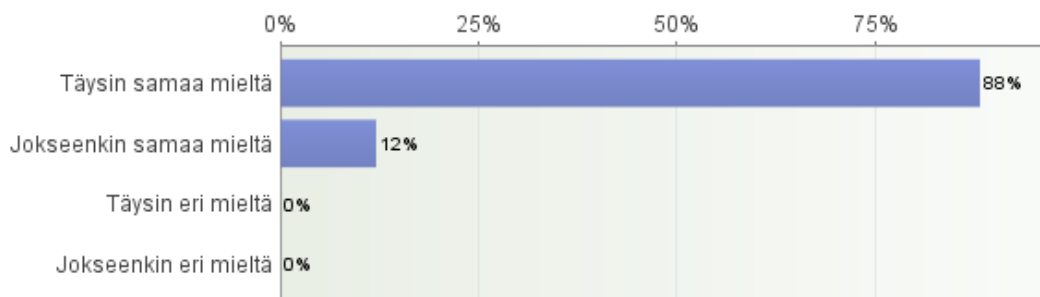
#### 9.4 Sairaanhoitajien työn sujuvuuteen liittyvät tekijät

Kyselyllä selvitimme, mitkä tekijät vaikuttavat työn sujuvuuteen, ja vastaukseksi saimme enemmistön kokevan työtovereilta saavan tukea ja lääkärin olevan hyvin tavoitettavissa konsultointia varten. Työnohjauksen riittävyys jatkoi mielipiteitä, samoin tyky-päivien riittävyys koettiin eri tavoin vastaajien kesken. Neljä viidestä vastaajasta (80 %) vastasi saavansa tukea työtovereilta ja 20 % vastasi saavansa tukea melkein aina. (Kuva 27.) Kotiutustiimin ja Villa Apilan sairaanhoitajista selkeä enemmistö oli *täysin samaa mieltä* tuen saamisesta työkavereilta. Kotihoidossa vastaukset jakoutuivat melko tasan vaihtoehtojen *jokseenkin samaa mieltä* ja *täysin samaa mieltä* välillä. Hieman enemmän vastattiin vaihtoehtoa *täysin samaa mieltä*.



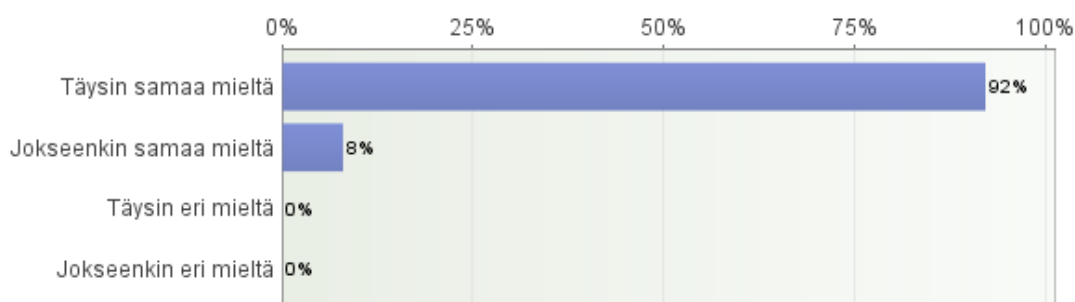
Kuva 27. Tuen saaminen työtovereilta (N=26)

Melkein kaikki vastaajat (88 %) vastasi saavansa lääkäriin yhteyttä konsultointia varten, 12 % vastasi tavoittavansa lääkärin melkein aina (Kuva 28). Kotihoidossa kaikki vastajat olivat asiasta *täysin samaa mieltä*. Kotiutustiimissä ja Villa Apilassa suurin osa vastaajista oli *täysin samaa mieltä* ja muutama vastaaja *jokseenkin samaa mieltä*.



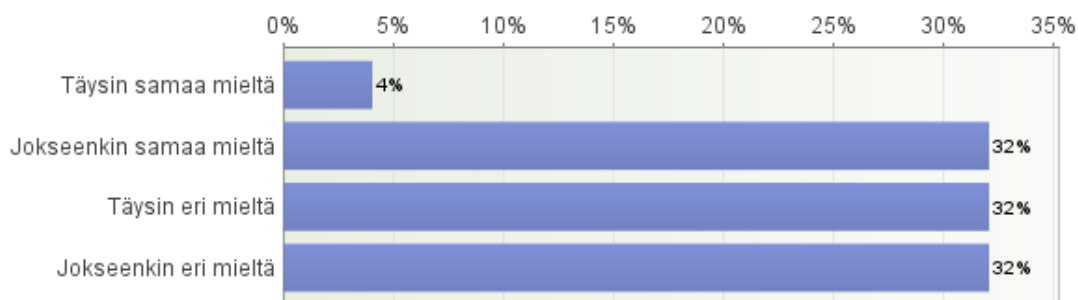
Kuva 28. Lääkäriin saatavuus konsultointia varten (N=26)

Melkein kaikki (92 %) vastaajista vastasivat tietävänsä kuinka lääkärin tavoitetaan, 8 % kokivat tietävänsä melko hyvin (Kuva 29).



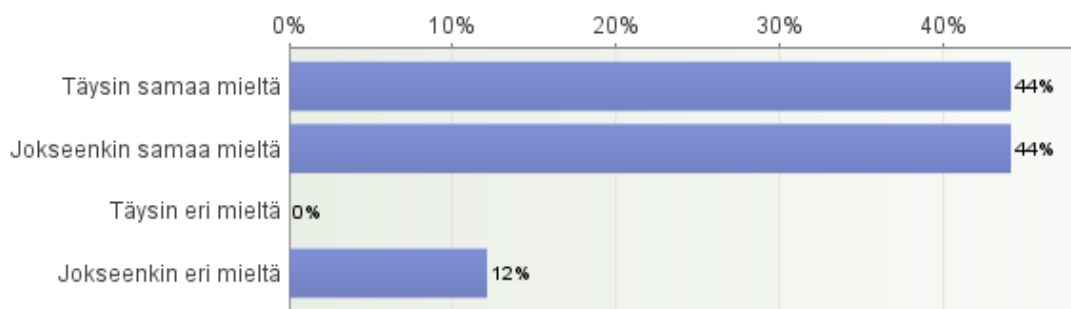
Kuva 29. Tiedän miten tavoitan lääkärin (N=26)

Työnohjauksen riittävyys jakoi vastauksia melko tasaisesti, kolmannes (32 %) vastasi työnohjausta olevan riittämättömästi, 32 % vastasi tarvitsevansa hie-man lisää työnohjausta, 32 % vastasi työnohjausta olevan jokseenkin riittävästi ja 4 % koki työnohjausta olevan riittävästi (Kuva 30). Vaikka työnohjauksen riittävyteen vastattiin *täysin eri mieltä* tai *jokseenkin eri mieltä*, niin silti kuormittumista ja uupumista koettiin harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Toisaalta osa vastaajista koki kuormittumista ja uupumista useamman kerran kuukaudessa ja koki työnohjausta olevan jokseenkin riittävästi.



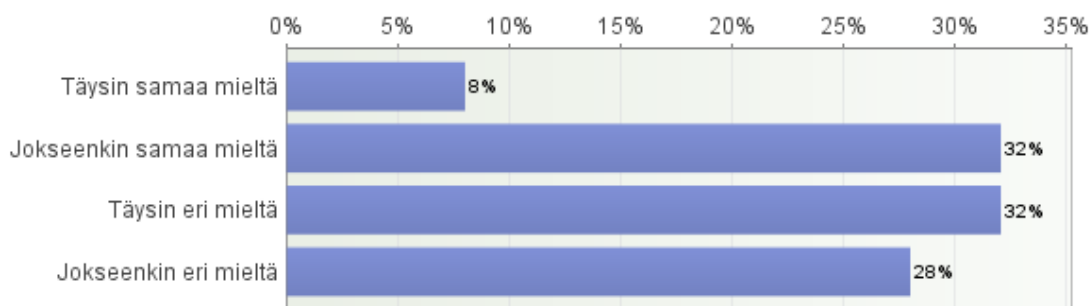
Kuva 30. Työnohjausta järjestetään riittävästi (N=26)

Melkein puolet (44 %) vastasi kokevansa työnsä palkitsevana, 44 % vastasi kokevansa jokseenkin palkitsevana ja 12 % koki työnsä jokseenkin palkittomana (Kuva 31). Suurin vastaajamäärä, joka oli *täysin samaa mieltä* työnsä palkitsevuudesta, koki myös motivoituneisuutta ja tyytyväisyyttä työhönsä päivittäin. Toiseksi eniten vastattiin työn palkitsevuudesta *jokseenkin samaa mieltä* ja motivoituneisuutta ja tyytyväisyyttä koettiin työhön tällöin viikottain.



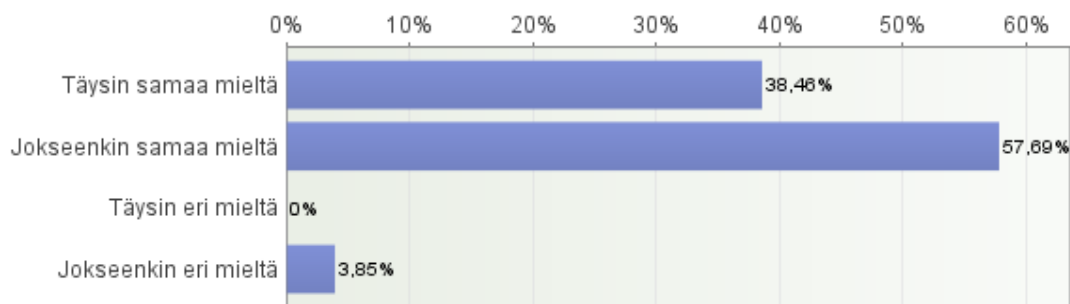
Kuva 31. Työn kokeminen palkitsevana (N=26)

Tyky-päivien riittävyyden koki 8 % hyväksi vastaajista, 32 % koki sen olevan melko hyvä, kolmannes (32 %) vastasi niiden olevan riittämätöntä ja 28 % vastasi niiden olevan jokseenkin riittämätöntä (Kuva 32). Tyky-päivien riittävyydestä *täysin eri mieltä* olleet vastaajat kokivat kuormittumista ja uupumista harvemmin kuin kerran kuukaudessa. *Jokseenkin samaa mieltä* ja *jokseenkin eri mieltä* olleet vastaajat kokivat samaten kuormittumista ja uupumista harvemmin kuin kerran kuukaudessa.



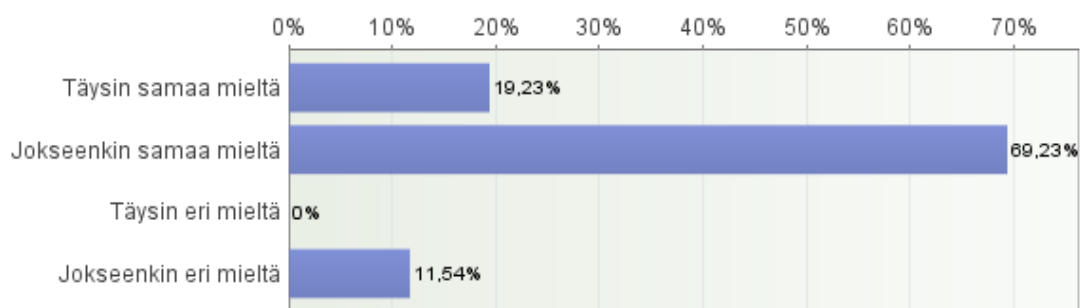
Kuva 32. Tyky-päivien riittävyys (N=26)

Yhteistyön koki sujuvaksi potilaan ja henkilökunnan välillä 38,46 % vastaajista, enemmistö (57,69 %) koki sen melko sujuvaksi ja 3,85 % koki yhteistyössä olevan hieman parannettavaa (Kuva 33).



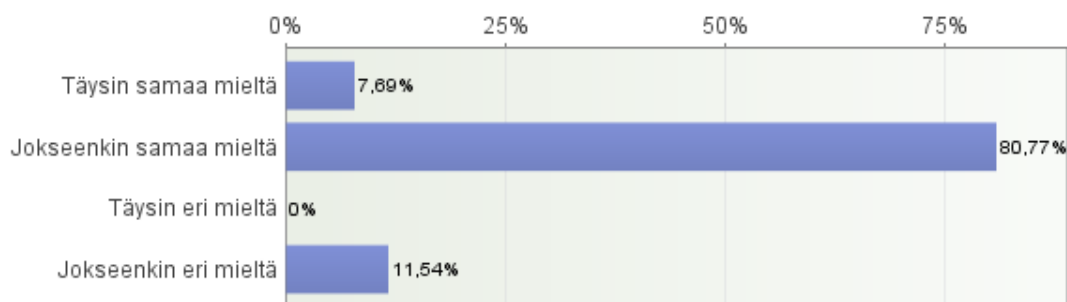
Kuva 33. Yhteistyön sujuvuus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä (N=26)

Tiedonkulun potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä koki 19,2 % vastaajista moitteettomaksi, suurin osa (69,23 %) vastasi sen olevan melko moitteetonta ja 11,54 % vastasi siinä olevan jonkin verran parannettavaa (Kuva 34).



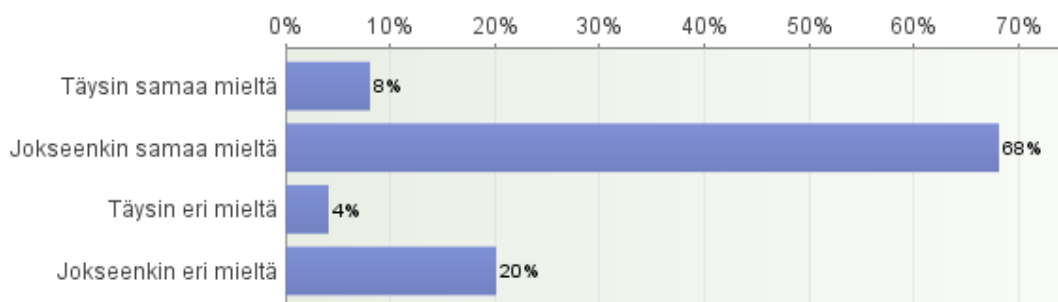
Kuva 34. Tiedonkulun moitteettomuus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä (N=26)

Suurin osa (80,77 %) vastaajista vastasi yhteistyön sujuvuuden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien välillä olevan melko hyvä, 7,69 % koki yhteistyön hyväksi ja 11,54 % vastasi yhteistyön sujuvuudessa olevan parannettavaa jonkin verran (Kuva 35). Kyselyn tulokset jakautuivat tasaisesti Kotiutus-tiimin, Villa Apilan sekä kotihoidon kesken ja pääosin vastattiin jokseenkin samaa mieltä.



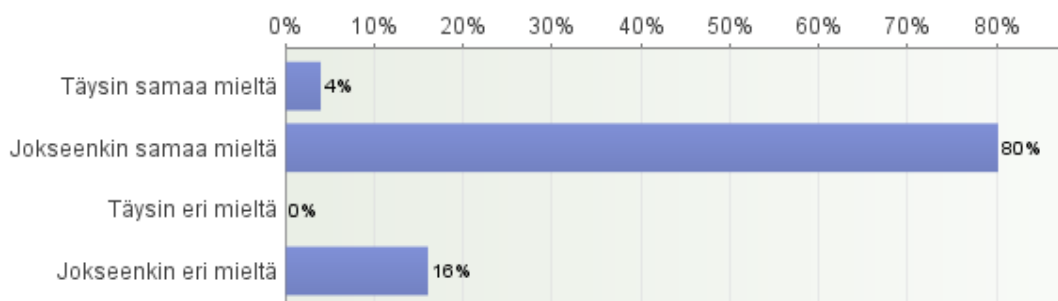
Kuva 35. Yhteistyön sujuvuus potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien välillä (N=26)

Yli puolet (68 %) vastasi tiedonkulun olevan melko moitteetonta potilaan hoidossa ammattiryhmien välillä, 8 % koki sen olevan moitteetonta, 4 % vastasi tiedonkulun olevan riittämätöntä ja 20 % vastasi sen olevan melko riittämätöntä (Kuva 36).



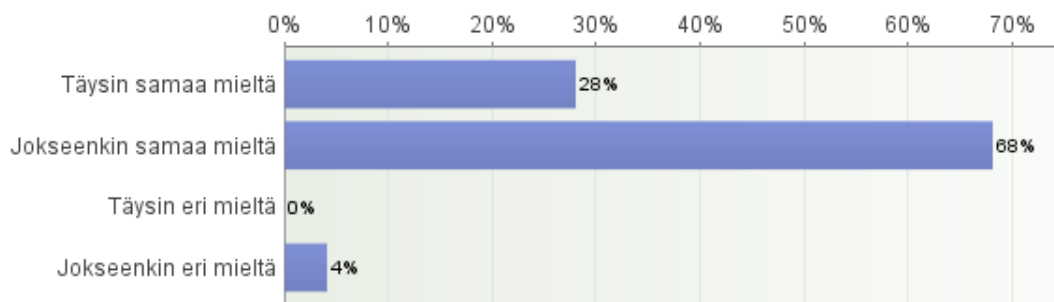
Kuva 36. Tiedonkulun moitteettomuus potilaan hoidossa ammattiryhmien välillä (N=26)

Enemmistö (80 %) vastasi tiedonkulun olevan jokseenkin moitteetonta potilaan hoidossa omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä, 4 % vastasi sen olevan moitteetonta ja 16 % koki sen olevan jokseenkin riittämätöntä (Kuva 37).



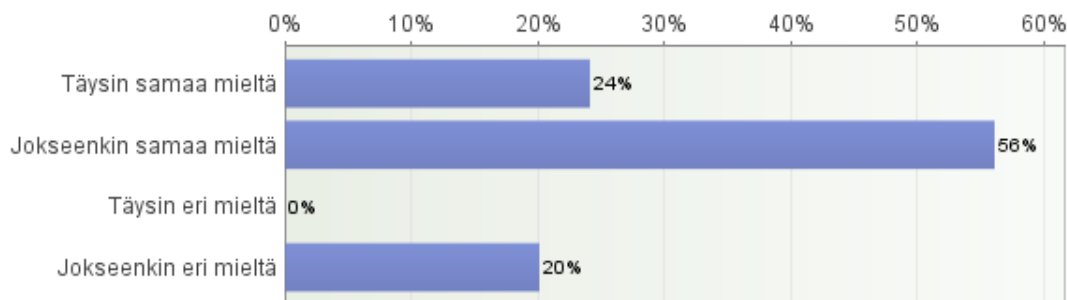
Kuva 37. Tiedonkulun moitteettomuus potilaan hoidossa omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä (N=26)

Melkein kolmannes (28 %) vastasi saattohoitopäätöksen olevan oikeaan aikaan tehty, yli puolet (68 %) koki sen olevan jokseenkin oikea-aikainen ja 4 % vastasi sen olevan jokseenkin väärään aikaan tehty (Kuva 38). Tulokset jakautuivat samoin Kotiutustiimissä, Villa Apilassa ja kotihoidossa.



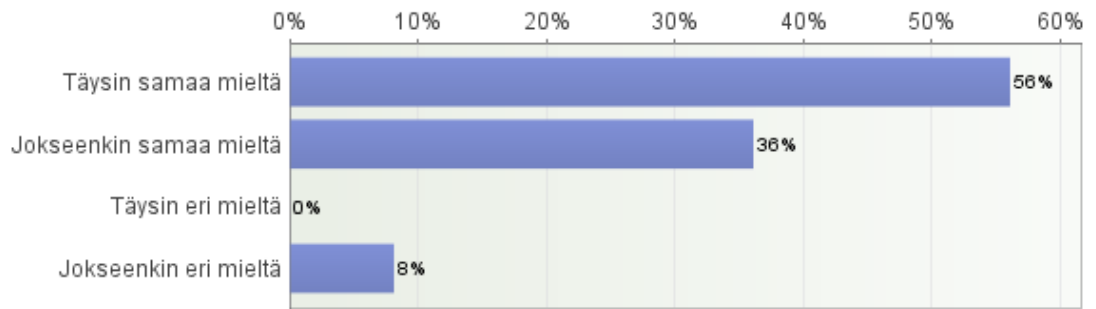
Kuva 38. Saattohoitopäätöksen teko oikeaan aikaan (N=26)

Hoitolinjauksen yksiselitteisyyteen yli puolet (56 %) vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä, 24 % koki hoitolinjauksen olevan yksiselitteinen ja 20 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä (Kuva 39). Villa Apilassa suurin osa vastaajista oli *jokseenkn samaa mieltä* hoitolinjauksen yksiselitteisyydestä, osa oli kuitenkin asiasta *jokseenkin eri mieltä*. Kotiutustiimissä ja kotihoidossa vastattiin *täysin samaa mieltä* ja *jokseenkin samaa mieltä*, ja näiden vastausten määrät jakautuivat melko tasan.



Kuva 39. Hoitolinjauksen yksiselitteisyys N(=26)

Yli puolet (56 %) vastasi työyhteisön jäsenillä olevan samat tavoitteet ja periaatteet potilaan hoidossa, 36 % vastasi olevan jokseenkin samat ja 8 % koki, että tavoitteet ja periaatteet eivät olleet jokseenkaan yhteneväiset (Kuva 40). Tulokset olivat yhteneviä Kotiutustiimin, Villa Apilan ja kotihoidon kesken.

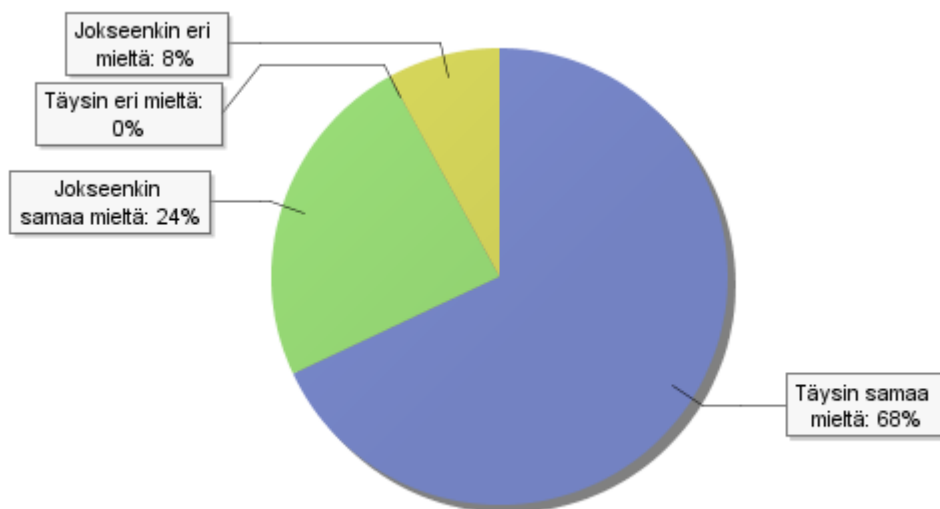


Kuva 40. Työyhteisön jäsenillä on samat tavoitteet ja periaatteet potilaan hoidossa (N=26)

### 9.5 Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken

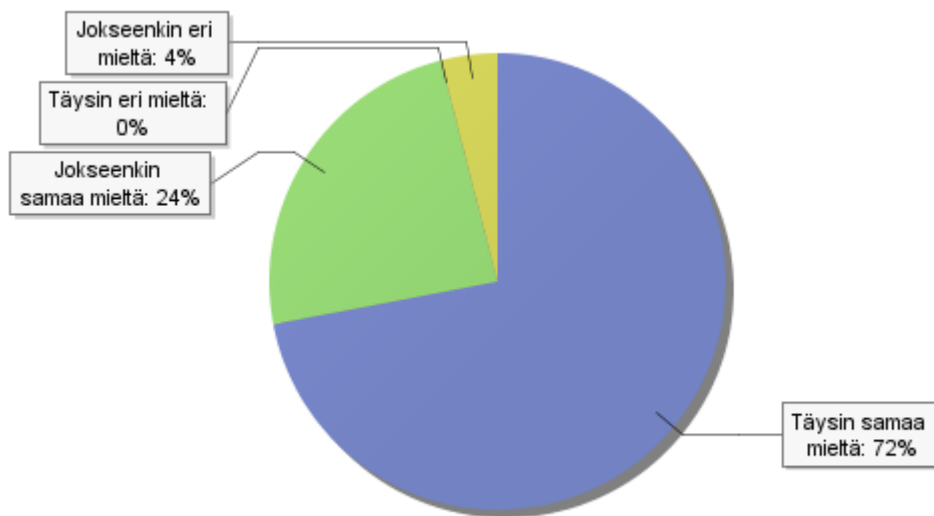
Kysymyksillä halusimme selvittää, kuinka yhteistyö sujuu eri ammattiryhmien kesken ja onko joidenkin ryhmien välisessä yhteistyössä kehittämisenvaraa.

Yli kaksi kolmannelta (68 %) vastasi yhteistyön toimivuuden yksikön hoitajien kesken olevan hyvä, 24 % vastasi yhteistyön olevan melko hyvää ja 8 % vastasi sen olevan jokseenkin riittämätöntä (Kuva 41). Kotiutustiimissä oltiin yksiselitteisesti *täysin samaa mieltä* yhteistyön toimivuudesta yksikön hoitajien kesken. Villa Apilassa ja kotihoidossa vastauksissa oli hajontaa, mutta hieman suurempi vastaajamäärä vastasi *täysin samaa mieltä* kuin *jokseenkin samaa mieltä*.



Kuva 41. Yhteistyön toimivuus yksikön hoitajien kesken (N=26)

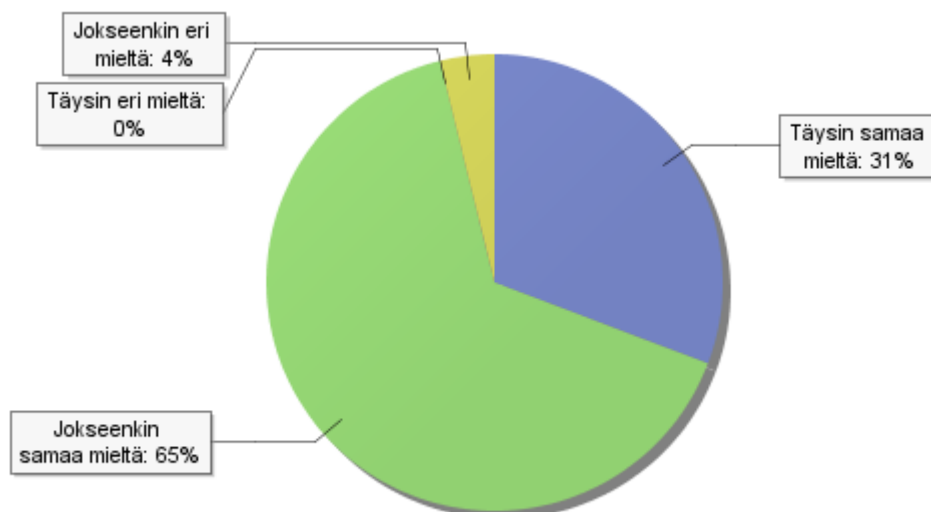
Yhteistyön toimivuuden lääkärin ja hoitajien kesken koki kolme neljännestä (72 %) vastaajista hyväksi, neljännes (24 %) koki yhteistyön toimivuuden melko hyväksi ja 4 % koki yhteistyön toimivuuden jokseenkin riittämättömäksi (Kuva 42). Kotihoidossa ja kotiutustiimissä lähes kaikki vastaukset olivat *täysin samaa mieltä* siitä, että yhteistyö toimii hyvin lääkärin ja hoitajien kesken. Villa Apilassa suurin osa oli myös vastannut olevansa *täysin samaa mieltä* ja loput *jokseenkin samaa mieltä*.



Kuva 42. Yhteistyön toimivuus lääkärin ja hoitajien kesken (N=26)

Yhteistyön toimivuuden hoitajien ja muiden ammattiryhmien kesken koki vastaajista kolmannes (31 %) hyväksi, yli puolet (65 %) koki melko hyväksi ja 4 % koki yhteistyön toimivuuden olevan jokseenkin riittämätöntä (Kuva 43). Eniten vastauksia annettiin *jokseenkin samaa mieltä* vastausvaihtoehtoon niin kotiutustiimissä Villa Apilassa kuin kotihoidossakin. Yksikkökohtaista eroavaisuutta ei siis ollut eri yksiköiden välillä vaan tulokset jakautuivat melko tasan.





Kuva 43. Yhteistyön toimivuus hoitajien ja muiden ammattiryhmien kesken (N=26)

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön aihe vahvistettiin keväällä 2017 ja tarkoituksena oli tehdä kattava tutkimus palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävästä ja vaikeuttavista tekijöistä Kouvolan alueella palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavien yksiköiden käyttöön. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sujuvuuteen Kouvolan alueella. Näkökulmana oli sairaanhoitajien kokemus saattohoidon yhteistyöstä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden ja palliatiivisen poliklinikan välillä, sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, koulutustarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken. Opinnäytetyön tuotoksena tehty sähköinen kyselytutkimus sairaanhoitajille ja siitä saadut tulokset ovat yhteneväisiä aiemmin tehdyn tutkimustiedon sekä kirjallisuuden kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sujuvuuden edistävästä ja vaikeuttavista tekijöistä Kouvolan alueella aiemmin mainittujen tarkasteltavien asioiden pohjalta. Koska kysely kohdennettiin tietoisesti sairaanhoitajille, joiden tiedettiin toteuttavan työssään palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa, oli odotettavaa, että vastaukset ovat kokemukseräisiä. Kyselyssä ei ollut vastausvaihtoehtoa en

osaa sanoa. Tämä oletuksena, että jokaisella on mielipide kokemuksestaan tekemässään työssä.

Kyselyn taustamuuttujiksi vastaajilta kysyttiin Ikää, työskentely-yksikköä, työkokemusta, työssä kokemaa kuormittumista ja uupumista sekä työssä kokemaa motivoituneisuutta ja tyytyväisyyttä. Vastaajista suurin osa oli iältään 31–35 -vuotiaita. Muutoin vastaajien määrä ikäjakauman perusteella asettui välille 21–65 vuotta melko tasaisesti. Ikää emme käyttäneet tulosten esittelyssä riskiintaulukoinnin toisena muuttujana varmistaaksemme vastaajien anonyyminä pysymisen myös niissä ikäryhmissä, joissa vastaajia oli vain yksi. Tämä yhdistettynä pieneen työyhteisöön olisi voinut mahdollistaa vastaajan tunnistamisen. Selvänä enemmistönä tähän kyselyyn vastasivat Villa Apilan sairaanhoitajat. Heitä oli puolet kyselyyn vastaajista. Kotiutustiimin ja kotihoidon vastausprosentit olivat keskenään lähes saman suuruiset. Yli puolet vastanneista sairaanhoitajista omasi työkokemusta 6–20 vuotta. Muutamalla työkokemusta oli tätä enemmän ja joitakin vastavalmistuneita sairaanhoitajia, joilla oli alle vuosi työkokemusta, oli vastaajissa. Anttosen (2016) tekemän tutkimuksen mukaan uransa alussa olevat työntekijät pitivät huolellista perehdyttämistä tärkeänä ja työstä saatu palaute auttoi itsetunnon kehittymisessä jolloin myös avun pyytäminen koettiin helpompana. Sairaanhoitajilta joilla oli alle vuosi työkokemusta olisi voitu kysyä lisäkysymyksenä ovatko he saaneet perehdytystä työhönsä joka olisi voinut vaikuttaa työn kuormittavuuden kokemukseen.

### **10.1. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät tekijät**

Ehkä yllättävänä saattohoitoa edistävänä tuloksena tutkijoille tuli sairaanhoitajien kuormituksen ja uupumisen kokeminen työssä. Ennemminkin yllätti se, että yli puolet vastaajista koki sitä harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Tämä on saattohoitotyön luonteen vuoksi hyvä tulos, ja aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta odotettua. Tulosta selittää sairaanhoitajien kokemus työmotivaatiosta ja työtyytyväisyydestä. Yli 40 prosenttia vastaajista kokee työtyytyväisyyttä ja motivaatiota työhönsä päivittäin ja sama määrä vastaajista kokee työtyytyväisyyttä ja motivaatiota viikottain. Tutkimuksessaan (Ablett & Jones, 2007) toteaakin, että palliatiivisessa hoitotyössä ei koeta olevan enempää stressiä ja kuormitusta kuin muillakaan erikoisaloilla. Hoitohenkilökunnan työmotivaatio vaikuttaa myös stressinsietokykyyn myönteisesti. On kuitenkin

hyvä ottaa huomioon myös vastaajat, jotka kokivat kuormitusta ja uupumista työhönsä useamman kerran kuukaudessa sekä heidät, jotka kokevat sitä viikottain. Tutkimuksessaan (Ablett & Jones 2007) selvittävät myös, kuinka paineet riittävästä ammatillisesta osaamisesta ja potilaan ja omaisten kohtaamisen vaikeus lisäävät haastetta sairaanhoitajien työssä jaksamiseen.

Kyselyssä selvitettiin sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarvetta saattohoitopotilaan omaisten kohtaamiseen liittyvissä asioissa. Sen koki melko hyväksi lähes puolet vastaajista. Kolmannes oli sitä mieltä, että tarvitsevat joskus ohjausta ja lisäkoulutusta. Tutkimuksen (Hautsalo 2013) mukaan hoitajat kokivat ajanpuutteen haasteena. Koettiin, että aina ei ollut riittävästi aikaa olla potilaan luona ja kohdata omaisia kiireettömästi. Tämä lisäsi haastetta omaisten kohtaamiseen. Olisikin ollut hyödyllistä kysyä myös tässä tutkimuksessa työajan riittävyyttä potilaan hoitamiseen ja omaisten kohtaamiseen. Raatikaisen ym. (2000) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että omaiset pitivät hyvänä hoitona sitä, kun he kokivat tulleensa kuulluksi ja heidän kanssaan keskusteltiin tilanteesta. Sairaanhoitajalla on siis oltava mahdollisuus kohdata omaisen kiireettä. Ristiintaulukoinnin tuloksena tästä saatiin yksikkö kohtaisia eroja. Villa Apilassa oltiin enemmistönä sitä mieltä ettei lisäkoulutukselle ole tarvetta, kun taas kotihoito koki lisäkoulutuksen ja -ohjauksen melko tarpeelliseksi. Voisiko tähän mahdollisesti vaikuttaa sairaanhoitajien erilainen työskentely ympäristö? Kotihoidossa työskennellään asiakkaan kotona ja Villa Apilassa ollaan osastolla. Osastolla on ennalta määrätty henkilökunta resurssi ja potilaspaikkoja on tietty määrä. Kotihoidossa asiakkaiden määrää tai käyntien määrää voi olla hankalampi ennalta tarkoin arvioida ja kiireen tuntu voi olla yleisempää.

Sairanhoitajista yli puolet koki hallitsevansa saattohoitopotilaan kivunhoidon hyvin. Garrisonin ym. (2011) tekemän tutkimuksen mukaan onkin merkityksellistä hoitaa ja lievittää kuolevan kipua. Kyselytutkimuksella saatiin myös selville, että lähes 70 prosenttia vastaajista hallitsee työhönsä liittyvien laitteiden ja koneiden hallinnan, kuten kipupumpun käytön. Kun tähän yhdistetään vielä tieto, että kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista 40 prosenttia hallitsee hyvin ja 60 prosenttia melko hyvin saattohoitopotilaan lääkehoidon, voidaan ajatella että saattohoitopotilaan kivunhoidossa on osaamista. Toisaalta kivunhoidon

lisäkoulutuksen tarpeellisuudesta oli täysin samaa mieltä 8 prosenttia ja jokseenkin samaa mieltä 32 prosenttia. Osaamisen kokeminen ei näin ollen ole tasalaatuista kaikkien sairaanhoitajien kohdalla. Ristiintaulukoinnin tuloksena selvisi, että sairaanhoitajat joilla oli pidempi työkokemus kokevat osaamisen paremmaksi. Tämä on sangen loogista ja voisi olla hyödyllistä kohdentaa lisäkoulutus ja -ohjaus uransa alkuvaiheessa oleville sairaanhoitajille. Osaamisen kokemusta voisi parantaa myös hyvä perehdytys työhön ja mentorin nimeäminen uransa aloittavalle sairaanhoitajalle. Tällöin hänellä olisi kollegiaalinen tuki helposti saatavilla.

Tutkimustulosten mukaan vahvaa osaamista löytyy saattohoitopotilaan perushoidossa, haavahoidossa jokseenkin eri mieltä lisäkoulutustarpeesta oli 60 prosenttia eli osaamista on myös haavahoidossa. Yli puolet vastaajista kokee tunnistavansa työnsä eri osa-alueisiin liittyvät heikkoudet. Tutkimustuloksia lukiessa heräsi kysymys, mitä he tekevät huomaamilleen heikkouksille. Pyrkivätkö he saamaan lisäkoulutusta tai ohjausta tai muuten kehittämään heikkoa aluetta? Tutkimustuloksista selvisi kyllä, että yli 60 prosenttia tunnistaa lisäkoulutustarpeensa. Kysymys ei selvittänyt sitä, hakeutuvatko he lisäkoulutukseen. Yhtenevät tulokset tulivat myös näyttöön perustuvan tiedon etsimisessä ja käyttämisessä. Molemmissa noin 60 prosenttia hallitsee nämä hyvin ja noin 40 prosenttia melko hyvin. Nämä ovat tärkeitä taitoja, jotta sairaanhoitaja kykenee käyttämään työssään tuoreinta tutkittua tietoa potilaan hoidossa.

Edistävinä tekijöinä voidaan pitää sairaanhoitajien kokemusta siitä, että työka-vereilta saa tukea. Kyselyyn vastanneista 80 prosenttia on täysin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä siitä, että lääkäri on saatavilla konsultointia varten oli 88 prosenttia. Yli 90 prosenttia tiesi, miten he tavoittavat lääkärin. Työn koki palkitsevana täysin 44 prosenttia vastaajista, ja 44 prosenttia oli jokseenkin samaa mieltä. Yhteistyön sujuvuudesta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä oltiin täysin samaa mieltä lähes 40 prosenttia ja jokseenkin samaa mieltä oli lähes 60 prosenttia. Myös tiedonkulun koettiin toimivan potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Ammattiryhmien keskinäinen yhteistyö koettiin melko hyvänä, samoin tiedonkulku. Myöskin tiedonkulku omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä koettiin melko hyvänä, vastaajista 80 prosenttia oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tiedonkulku on moitteetonta. Saattohoitopäätöksen oikea-ai-

kaisuudesta oltiin täysin samaa mieltä 28 prosenttisesti ja 68 prosenttia oli jokseenkin samaa mieltä. Hoitolinjauksen yksiselitteisyyden kanssa täysin samaa mieltä oli 24 prosenttia ja jokseenkin samaa mieltä 56 prosenttia. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että työyhteisöllä on samat tavoitteet ja periaatteet potilaan hoidosta.

Yhteistyön toimivuutta kysyttiin yksikön hoitajien kesken. Täysin samaa mieltä siitä, että yhteistyö toimii hyvin, oli 68 prosenttia. Yhteistyö koettiin lääkärin ja hoitajien kesken myös hyvin toimivaksi, sitä mieltä oli 72 prosenttia. Yhteistyö muiden ammattiryhmien ja hoitajien kesken toimii myös hyvin, täysin samaa mieltä oli 31 prosenttia ja jokseenkin samaa mieltä 65 prosenttia. Johtopäätöksenä yhteistyön toimivuutta selvittävien kysymysten vastauksista voidaan todeta että tulokset ovat saattohoitoa edistäviä tekijöitä. Yhteistyö eri tahojen kesken on tärkeää hoitohenkilöstön jaksamisen kannalta. Kaikki tahot ottavat yhdessä vastuun potilaan hoitamisesta ja omaisten tukemisesta. (Hautsalo 2013.)

## **10.2. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa vaikeuttavat tekijät**

Somaattisten oireiden arvioinnissa koettiin olevan jonkin verran lisäkoulutuksen ja ohjauksen tarvetta. Vain 12 prosenttia oli sitä mieltä, että he eivät tarvitse lainkaan lisäkoulutusta. Vastaajista 40 prosenttia oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että lisäkoulutus ja ohjaus on tarpeen. Sairaanhoitajien työkokemuksella oli yllättävän vähän merkitystä siihen, miten he kokivat osaamisensa saattohoitopotilaan somaattisten oireiden arvioinnissa. Olipa työkokemusta alle vuosi tai yli 21 vuotta, saatettiin kokea tarvetta lisäkoulutukselle tai -ohjaukselle. Surakka (2015) toteaa tutkimuksessaan, että palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa tärkeä työväline on kokonaisvaltainen oirearviointi sekä hoitosuunnitelma. Näin varmistetaan yhtenäinen ja johdonmukainen hoitolinjaus. Oirearviointimittarilla varmistetaan myös tiedonkulkua hoitohenkilökunnan ja hoitavan lääkärin välillä.

Mielenkiintoista tutkimustuloksissa oli esiin noussut seikka jossa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista yli puolet koki hallitsevansa somaattisten oireiden hallinnan melko hyvin verraten somaattisten oireiden arviointiin. 16 prosenttia oli sitä mieltä, etteivät tarvitse lainkaan lisäkoulutusta somaattisten oireiden

hoitamisessa, kun taas 32 prosenttia oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tarvitsevat lisäkoulutusta. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat molemmat elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa (Etene 2008) Onkin keskeistä, että sairaanhoitajilla on amattiosaamista potilaan somaattisten oireiden arvioimisessa ja hoitamisessa. Kyselyyn vastanneiden työkokemus vaikutti osaamisen kokemukseen. Sairaanhoitajat joilla oli pidempi työkokemus kokivat osaamisen hyväksi, kun taas sairaanhoitajat joilla oli alle 5 vuoden työkokemus kokivat tarvetta lisäkoulutukselle tai -ohjaukselle.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden havaitsemisessa ja hoitamisessa olikin enemmän hajontaa osaamisen kokemisessa. Vastaajista 40 prosenttia oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tarvitsevat lisäkoulutusta ja ohjausta psyykkisten oireiden havaitsemisessa ja 8 prosenttia oli asiasta täysin samaa mieltä. Psyykkisten oireiden hoitamisessa koki lisäkoulutuksen ja ohjauksen tarvetta vielä suurempi vastaaja määrä. Saarto (2015) toteaa, että masennus- ja ahdistusoireet ovat yleisiä potilailla, jotka kärsivät somaattisista oireista kuten pahoinvointi ja hengenahdistus. Masennuksen oireita voi olla vaikea havaita, sillä somatiikan oireet kuten väsymys, ruokaluttomuus ja laihtuminen ovat usein yleisoireita parantumattomasti sairailta. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen oirehoidon onnistumisen kannalta sairaanhoijien osaamista tulisi vahvistaa. Osaamisen vahvistamista tukee myös kyselytutkimuksen ristiintaulukoinnin tulos. Olipa työkokemusta alle vuosi tai yli 21 vuotta, vastaajat olivat jokseenkin samaa mieltä siitä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden havaitsemisessa. Työkokemuksella 6–20 vuotta reilu puolet oli jokseenkin eri mieltä lisäkoulutuksen ja -ohjauksen tarpeesta. Ainoastaan pidemmän työuran tehneistä muutama oli kokenut, ettei tarvitse lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden havaitsemisessa. Vastanneista ainoastaan kolme oli täysin eri mieltä siitä, että tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoitamisessa. Heillä kaikilla oli työkokemusta 6 vuotta tai enemmän. Työkokemuksen pituudella ei ollut merkitystä sillä olipa työkokemusta alle vuosi tai jo useampi vuosi, kokemus oli yhteneväinen saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoitamisen lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarpeesta. Selkeästi on siis osoitettavissa tutkimuksen tuloksista, että niin psyykkisten oireiden havaitsemisessa kuin hoitamisessakin on tarvetta lisäkoulutukselle tai -ohjaukselle.

Potilaan hoitoon liittyvien laitteiden käytössä koettiin melkoista lisäkoulutuksen ja ohjauksen tarvetta. Yli 40 prosenttia vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tarvitsevat lisäkoulutusta. Vahvimmaksi oma osaaminen koettiin Kotitutustiimissä ja Villa Apilassa. Näissä yksiköissä oli useampia vastauksia kohdassa täysin eri mieltä. Molemmissa yksiköissä vastattiin myös vastauksia jokseenkin eri mieltä sekä jokseenkin samaa mieltä -vaihtoehtoon. Kotihoidossa oltiin enemmistönä jokseenkin samaa mieltä lisäkoulutuksen tai -ohjauksen tarpeesta saattohoitopotilaan hoitoon liittyvien laitteiden käytössä. Laitteiden käytön osaaminen voisi heijastua myös työn sujuvuuteen ja kuormittumisen kokemukseen. Mikäli osaaminen on vahvaa laitteiden käytössä, lisää se itsevarmuutta ja työn sujuvuutta. Kotitutustiimin ja Villa Apilan osaamisen voisi ajatella pohjautuvan laitteiden päivittäiseen tai ainakin toistuvaan käyttöön. Osaaminen säilyy ja kehittyy, mikäli työssään käyttää useasti potilaan hoitoon liittyviä laitteita. Kotihoidossa näitä kenties käytetään harvemmin.

Suurin ja selkein lisäkoulutuksen ja ohjauksen tarve koettiin potilaalle haettaviin tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa. Täysin samaa mieltä oli 32 prosenttia ja jokseenkin samaa mieltä 52 prosenttia. Kukaan ei kokenut osaavansa asiaa täysin. Villa Apilan vastaajista puolet oli täysin samaa mieltä ja toinen puolikas jokseenkin samaa mieltä siitä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta tai -ohjausta saattohoitopotilaalle haettaviin tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa. Kotitutustiimissä vastaukset jakautuivat miltei tasan jokseenkin samaa mieltä ja jokseenkin eri mieltä vastausvaihtoehtojen kesken. Kukaan ei ollut täysin samaa mieltä eikä toisaalta täysin eri mieltäkään. Kotihoidon vastauksista lähes kaikki vastasivat kohtaan jokseenkin samaa mieltä. Tämän kyselytutkimuksen pohjalta näyttäisi olevan tarvetta jokaiselle työyksikölle antaa lisäkoulutusta tai -ohjausta potilaalle haettaviin tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa.

Molanderin (1999) tekemän tutkimuksen mukaan virkistyspäivillä työkavereiden kesken koettiin olevan merkitystä työssäjaksamiseen. Kyselyssä kävi ilmi, että tyky-päiviä ei ole riittävästi. Täysin samaa mieltä oli 32 prosenttia, jokseenkin samaa mieltä oli sama määrä. Tyky-päivien riittävydestä täysin eri mieltä olleet vastaajat kokivat kuormittumista ja uupumista harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Jokseenkin samaa mieltä ja jokseenkin eri mieltä olleet vastaajat kokivat samaten kuormittumista ja uupumista harvemmin kuin kerran

kuukaudessa. Tulos voidaan kuitenkin lukea saattohoitoa vaikeuttavaksi tekijäksi.

Samaten tulos työnohjauksen riittävydestä. 32 prosenttia oli täysin samaa mieltä siitä, että työnohjaus on riittämätöntä, 32 prosenttia oli siitä melko samaa mieltä ja 32 prosenttia jokseenkin samaa mieltä. Hautsalon (2013) mukaan työnohjaus koetaan hoitohenkilöstöä auttavaksi keinoksi ajoittain ras-kaassa saattohoitotyössä. Työnohjauksella saadaan tukea jokaisen henkilö-kohtaisten vahvuuksien vahvistamiseen ja keinoja vahvistaa kehitettäviä osa-alueita. Vaikka työnohjauksen riittävyteen vastattiin täysin eri mieltä tai jok-seenkin eri mieltä niin silti kuormittumista ja uupumista koettiin harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Toisaalta osa vastaajista koki kuormittumista ja uu-pumista useamman kerran kuukaudessa ja kokivat työnohjausta olevan jok-seenkin riittävästi. Nämä eivät siis näyttäneet kulkevan käsikädessä. Toisaalta on hyvä pohtia, onko kyselyyn vastattu rehellisesti vai niin, kuin oletetaan vas-tattavan. Pohdintaa herätti myös työnohjauksen laatu. Oltiinko siihen tyytyväi-siä ja koettiin se hyödyllisenä? Tällä voi olla myös merkitystä kokemukseen työnohjauksen riittävydestä.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa nousi esiin enemmän palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistäviä tekijöitä kuin vaikeuttavia tekijöitä. Tämä on tietenkin hyvä asia Kouvolan alueen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sujuvuuden kannalta. Se kertonee siitä, että aiempi kehittämistyö on tuottanut tulosta Kou-volan alueella. Vaikeuttavien tekijöiden huomioiminen kehittäisi Kouvolan alu-een palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa vielä lisää. Esiin nousseiden vaikeutta-vien tekijöiden määrä ei ole suuri ja näin ollen ne ovat realistisesti kehitettä-vissä. Lisäkoulutuksen ja -ohjauksen tarpeen voi kohdentaa esiin nousseisiin vaikeuttaviin tekijöihin. Esiin nousseet tyky-päivien vähyys ja työnohjauksen riittämättömyys vaativat enemmän talodellista resurssia, mutta ovat tärkeitä työntekijöiden työssäjaksamisen kannalta. Haluammehan, että tärkeässä ja vaativassa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoitotyössä työskentelevät sai-raanhoitajat jaksavat tulevaisuudessakin tehdä tätä arvokasta työtä.

Opinnäytetyön kyselyn tulokset ovat hyvin yhtenäisiä aiemmin tehtyjen tutki-musten ja kirjallisuuden kanssa joiden pohjalta kysymykset on johdettu. Aiem-missa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Tämän opinnäytetyön



keskeisiksi tuloksiksi nousevat kyselytutkimuksen perusteella seuraavat taulukossa esitetyt saattohoitoa edistävät ja vaikeuttavat tekijät. Taulukossa esitetyt edistävät ja vaikeuttavat tekijät ovat satunnaisessa järjestyksessä.

Taulukko. Kouvolan alueella palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa edistävät tekijät ja vaikeuttavat tekijät.

<b>Edistävät tekijät</b>	<b>Vaikeuttavat tekijät</b>
Työntekijöiden korkea motivaatio	Psyykkisten oireiden arvioinnin ja hoitamisen koulutuksen tarve
Työ koetaan palkitsevana	Potilaan hoitoon liittyvien laitteiden ja koneiden käytön koulutuksen tarve
Matala kuormittuneisuus	Koulutuksen tarve potilaalle haetta- viin tukiin ja palveluihin liittyvissä asi- oissa
Potilaan hyvä lääkehoidon hallinta	Tyky-päivien vähyys
Somaattisten oireiden hoidon osaa- minen	Työnohjauksen riittämättömyys
Vahva perushoidon hallinta	Koulutuksen tarve somaattisten oi- reiden arvioinnissa
Työn eri osa-alueiden heikkouksien tunnistaminen	
Koulutustarpeen tunnistaminen	
Näyttöön perustuvan tiedon etsinnän ja käytön hallinta	
Työkavereiden tuki	
Lääkärin tuki	
Yhteistyön sujuvuus sekä tiedon- kulku potilaan, omaisten ja eri am- mattiryhmien kesken	
Hoitolinjauksen yksiselitteisyys	
Työyhteisöllä samat tavoitteet	

## 11 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Sote-uudistusten myötä Kouvolan alueen palliatiivinen hoito ja saattohoito on ollut muutoksessa tämän opinnäytetyön teon ja kyselyn ajan. Jatkotutkimus-

ehdotuksena voisi tutkia jokaisen saattohoitoa toteuttavan yksikön, mukaan lukien tehostetun palveluasumisen yksiköt, hoitohenkilöstön kokemuksia, osaamista ja koulutuksen tarvetta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa.

Tästä tutkimuksesta rajasimme tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajat pois, mutta heidän valmiuksien, kokemusten, osaamisen ja koulutuksen kartoittaminen olisi hyödyllistä, sillä tehostetussa palveluasumisessa toteutetaan myös palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia saattohoitoa toteuttavien sairaanhoitajien olemassa olevan koulutuksen, erityisosaamisen ja jatkokoulutushalukkuuden tai jatkokoulutus suunnitelmat. Näin Kouvolan kaupunki voisi kohdentaa koulutuksen tarjottavaksi heille, jotka siihen ovat oikeasti motivoituneita.

Jatkotutkimuksena voisi myös selvittää työajan riittävyyttä potilaan hoitamiseen ja omaisten kohtaamiseen, onko riittävästi aikaa kohdata potilaat ja omaiset. Olisi hyvä selvittää onko palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa antavien yksiköiden välillä eroavaisuutta työajan riittävydessä potilaan hoitamiseen ja omaisten kohtaamiseen.

## LÄHTEET

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

Aaltonen, M. 2015. Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people. Tampere University press.

Agge, E. 2017. "Myö hoietaan". – *Sairaanhoitaja-lehti* 6/2017, 16 –23.

Ahlström, L. & Hänninen, J. 2004. Saattohoito kotona. Helsinki: Duodecim.

Ablett, J. & Jones, R. 2007. Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology* 16.

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Beckstrand, R. L. 2009. College of nursing, Brigham Young University, USA.

Medical Ethics Today. 2012. British Medical Association Medical Ethics Department.

Carlander, I., Ternstedt, B.M., Sahlberg-Blom, E., Hellström, I. & Sandberg J. 2011. Being me and being us in a family living close to death at home. Karolinska Institute.

Saattohoito. 2008. Etene, valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Kirjapaino Keili Oy.

Goodie, J. & McGlory G. 2010. Compassionate care: a focus on dying well. *Nursing*, 5/2010.

Grönlund, E. 2011. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Fioca Oy.

Hakanen, J. 1991. Kuoleman kolme näyttämöä, etogeeninen tarkastelu. Helsingin yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos. Tutkimuksia 1.

Hautsalo, P. 2013. Sairaanhoitajien kokemuksia työskentelystä ja hoitotyön kehittämisestä saattohoito-osastolla. Savonia-ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-opinnäytetyö.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hilden, H.-M. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim.

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

Huhtinen, A. 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina: tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Lapin yliopisto, väitöskirja.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava.

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Etelä-Suomen syöpäyhdistys ry. Helsinki: Sahalan Kirjapaino Oy.

Hävölä, H., Rantanen, A., Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvamina. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Iranmanesh, S. 2010. Caring for dying and Meeting death – the views of Iranian and Swedish nurses and student nurses. *Indian Journal of Palliative Care* 2010, 5 -8.

Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kauppo, K. 2012. Kotisaattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kotona selviytyminen: Pirkanmaan hoitokodin asiakkaiden kokemuksia kotisaattohoidosta. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

Kotihoito s.a. Kouvola kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kouvola.fi/index/sosiaalijaterveyspalvelut/ikaantyyvalle/kotihoito.html> [viitattu 15.9.2017].

Kuuppelomäki, M. 2002. Saattohoidon alkamiseen liittyvä eettinen päätöksenteko. – *Ylihoitajalehti vol.20 4/2002*, 10 – 12.

Käypä hoito - suositus. 2016. Kuolevan potilaan oireiden hoito. WWW-dokumentti. Saataviss<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/ltk/koti> [viitattu 14.8.2017]

Käypä hoito -suositus. 2016. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) [viitattu 27.3.2018]

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2014. Lupa lähteä: Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. *Gerontologia* 2014, 30 – 38.

Mattila, K-P., 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Duodecim. Keuruu: Ota-van kirjapaino Oy.

Meeker, M. A. 2010. Steadying Oneself: Reflections of Family Care Managers in Advanced Cancer. -*Journal of Hospice & Palliative nursing* vol.12, 6-7/2010, 3.

Molander, G. 1999. Askel lyhenee, maa kutsuu – yli 80-vuotiaiden kuolema el etyn elämän valossa. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, Kuntoutuksen edistämiskeskus.

Ollila, S. 2015. Näkemyksiä hyvästä saattohoidosta pohjanmaan alueella. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Vaasan yliopiston julkaisuja, selvityksiä ja raportteja 198.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. 2014. Lääkäri saattajana, pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Porvoo: Bookwell Oy.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoidtajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Preventiivinen hoitotiede. Pro gradu –tutkielma.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

Saattaen osakokonaisuus s.a.Kouvola. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/07/liite-7-saattaen-osakokonaisuus\\_kouvola.pdf](https://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/07/liite-7-saattaen-osakokonaisuus_kouvola.pdf) [viitattu 15.9.2017].

Saattohoito-osasto Villa Apila s.a. Kouvolan kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyyvalle/saattohoito-osastovillaapila.html> [viitattu 12.4.2018]

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

STM. 2010. Saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma.

Thomas, K., Hudson, P., Oldham, L., Kelly, B. & Trauer, T. 2010. Meeting the Needs of Family. Tennessee: Centre for Palliative care Education and Research.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

## Tutkimustaulukko

Tutkimus	Aineiston ja tutkimusmenetelmän kuvaus	Keskeiset tutkimustulokset
<p>Anttonen Mirja Sisko, P.2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa: substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, 2016. Väitöskirja.  <a href="http://urn.fi/URN:978-952-03-0066-1">http://urn.fi/URN:978-952-03-0066-1</a></p>	<p>Tutkimuksessa analysoidaan parantumattomasti sairaan syöpäpotilaan hoitopolkua, sairauden vaikutusta hänen läheisiinsä ja hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitamisesta saattohoidon aikana. Tutkimuksen tavoitteena on hyvän saattohoidon kehittäminen, lisäämällä saattohoitoon sekä palliativiseen hoitoon osallistuvan henkilökunnan kouluttamista ja lisäämällä tutkittua tietoa</p>	<p>Kuolevan potilaan hoidossa keskeistä on hoitohenkilöstön välittävä ja kunnioittava potilaan ja omaisten kohtaaminen. Saattohoidon tarkoitus on valmistella potilasta ja omaisia lähestyvään, rauhalliseen kuolemaan, huolehtien potilaan hyvästä kivunlievityksestä, antaen kysymyksiin totuudenmukaisia vastauksia, antaen tukea. Hoitohenkilöstön tehtävänä on antaa neuvoja ja suunnitella hoitoa niin, että potilaalle aiheutuu mahdollisimman vähän kärsimystä. Keskeistä on ottaa omaiset sekä potilas mukaan suunnittelemaan hoitoa. Hoitohenkilöstö kokee koulutuksen auttavan kestämään työn tuomaa painetta ja motivoi työhön.</p>
<p>Hävölä Hanna, Rantanen Anja, Kylmä Jari, P.2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja saattohoitotyötä tekevän hoitajan</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan saattohoidossa olevan potilaan toivoa sekä sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä potilaan ja saattohoitotyötä tekevän hoitajan</p>	<p>Keskeisinä tuloksina tutkimuksessa nousi esiin kuolevan potilaan toivoa vahvistavat tekijät sekä heikentävät tekijät. Myös hoitajan merkitys toivon vahvis-</p>

<p>laan ja hoitajan kuvaamina. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, 2015. Väitöskirja.  <a href="http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/27/2/saattoho.pdf">http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/27/2/saattoho.pdf</a></p>	<p>näkökulmasta. tutkimus tehtiin laadullisena, aineisto kerättiin haastatteleamalla saattohoidossa olevia sekä saattohoitotyötä tekeviä hoitajia.</p>	<p>tajana tai heikentävänä nousi esiin. Omaisten merkitys toivon vahvistajana mutta myös heikentäjänä tuli myös haastattelujen myötä esiin.</p>
<p>Pihlainen Aira, P.2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.  <a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9</a></p>	<p>Julkaisussa kerrotaan hyvästä saattohoidosta ja siihen liittyvistä tekijöistä ja ohjeistetaan toimintatavoista. Suositukset on tarkoitettu kaikille sosiaali- ja terveysalan yksiköille käyttöön. Suositusten tarkoituksena on turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan oikeutena.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan koulutus koetaan keskeiseksi kehittämistavoitteeksi sekä hyvä saattohoito edellyttää saattohoitosuosituksen noudattamista. Näyttöön perustuvaa tietoa on suositeltavaa käyttää hoitotyössä, jolla saadaan uutta, ajankohtaista tietoa saattohoidosta.</p>
<p>Aaltonen Mari, Väitöskirja 2015, Terveystieteiden yksikkö, gerontologia, Tampere University Press. Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people  <a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9902-9">http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9902-9</a></p>	<p>Tutkimuksessa selvitetiin miten usein iäkkäät yli 70-vuotiaat siirtyivät hoitopaikkojen välillä kahden viimeisen elinvuotensa aikana. Vertailukohteina olivat erilaiset hoitoyksiköt. Tutkimus selvitti myös mikä oli viimeisin hoitopaikka, eli kuolinpaikka.</p>	<p>Hyvällä ihmisen loppuelämän hoidon suunnittelulla voitaisiin välttää monet kuormittavat potilaan siirtymiset hoitolaitoksesta toiseen. Suurinta edestakaiset siirtymiset olivat kodin-terveysaseman ja sairaalan välillä.</p>
<p>Kauppo Kati, P.2012. Kotisaattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kotona selviytyminen: Pirkanmaan Hoitokodin asiakkaiden kokemuksia kotisaattohoidosta. Tampereen yliopisto, 2012. Pro gradu-tutkielma.  <a href="http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-22549">http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-22549</a></p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin saattohoitopotilaan ja heidän omaistensa pärjäämistä, kun potilas on kotisaattohoidossa. Tutkimus käsittelee kotisaattohoidon onnistuneiden tekijöitä sekä potilaiden erilaisia näkemyksiä halusta kuolla kotona. Tutkimus on toteutettu haastattelututkimuksena.</p>	<p>Keskeisenä asiana esiin nousee kotisaattohoidon mahdollistajat eli omaiset ja ystävät, kotihoito, kotisaattohoidon raskaskin arki niin omaishoitajien kuin potilaankin näkökulmasta. Kotisaattohoidon estäviä tekijöitä, kuten hoitavan henkilön ympärivuorokautinen saataavuus tai potilaan pelko olla kotona, nousevat esiin myös.</p>



<p>Hollsten Rita, P.2014. Tutkimus potilaan itse-määräämisen mahdollisuuksista. Turun yliopisto, 2014. Pro gradu-tutkielma. <a href="http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014070832398">http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014070832398</a></p>	<p>Tutkimus käsittelee itsemääräämistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus on laadullinen tutkimus ja aineiston keruu on tehty haastatteleamalla. Esimerkit itsemääräämiseen liittyen ovat päivittäisistä asioista, joten hyvin konkreettisia.</p>	<p>Tutkimus osoittaa että itsemäärääminen tapahtuu aina jossakin kontekstissa, usein arjen eri askareissa ja hoitotilanteissa. Suuri merkitys on sillä, kuinka hoitohenkilökunta mahdollistaa potilaan vaikuttamisen ja päättämisen, autonomian toteutumisen myöskin jo kunnoltaan heikentyneen potilaan kohdalla.</p>
<p>Lipponen Varpu, Karvonen Ikali, 2014. Gerontologia 1/2014 artikkeli. Lupa lähteä, hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana. <a href="http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/27A">sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/27A</a> FB01900753B01900753BC22580E3002F4656</p>	<p>Artikkelissa tarkastellaan potilaiden omahoitajina toimivien hoitajien kokemuksia hengellisyyden toteutumisesta yhdessä Suomalaisessa saattohoitokodissa. Saattohoitokodissa hengellisyys on osa kokonaisvaltaista hoitamista.</p>	<p>Hengellisyys on tärkeä voimavara potilaalle kuoleman lähestyessä. Hengellinen hoitaminen on osa kokonaisvaltaista saattohoitoa. Hoitajan oma hengellisyys, empaattisuus, rehellisyys helpottaa potilaan hoitamista myös hengellisissä asioissa.</p>
<p>Jänikselä Terhi, 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Tampereen yliopisto, 2014. Pro gradu-tutkielma. <a href="https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1">https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1</a></p>	<p>Tutkimuksessa kuvataan kotihoidon työntekijöiden kuvaamia ongelmia kuolevan potilaan kotisaattohoidossa.</p>	<p>Tutkimuksen perusteella ilmeni, että resurssit ovat liian vähäisiä, joka vaikeuttaa avuntarpeen vastaamiseen. Vuorovaikutuksessa potilaan ja hoitajan välillä koettiin olevan vaikeuksia. Potilaan psyykkinen oireilu, omaisten kohtuuttomat vaatimukset, saattohoidon toteuttamisessa osaamisen heikkous, yhteistyön sujumattomuus ym. seikat työntekijät kokivat haasteellisiksi.</p>
<p>Tervala Johanna, 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Oulun yliopisto, 2014. Pro gradututkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selkiyttää palliatiivisen hoidon käsitettä kotiympäristössä.</p>	<p>Palliatiivinen kotihoito on kuolevan potilaan saattamista saattohoitoon kotiympäristössä,</p>

<a href="http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf">http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf</a>	<p>Tutkimuksessa kuvataan palliativista hoitoa potilaan, hänen omaishoitajansa, perheensä ja hoitohenkilökunnan näkökulmista.</p>	<p>jossa keskeistä on potilaan oireenmukainen ja yksilöllinen hoito. Hoitoon osallistuvat omaishoitaja(t), perhe ja hoitohenkilökunta. Kotihoitoon liittyvät järjestelyt tehdään yhteistyössä ja hyvässä vuorovaikutuksessa osapuolten välillä.</p>
<p>Saastamoinen Tiia, 2012. Sairaanhoitajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Itä-suomen yliopisto, 2012. Pro gradu-tutkielma. <a href="http://urn.fi/urn:fi:uef-20120110">http://urn.fi/urn:fi:uef-20120110</a></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää tehohoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien tehtäviä ja valmiuksia kohdata äkillisesti kuoleva potilas ja hänen omaisensa. Lisäksi tarkoituksena tutkia, mitkä eettiset periaatteet ohjaavat sairaanhoitajan toimintaa tehohoitotyössä.</p>	<p>Äkillisesti kuolevan potilaan hoitotyössä keskeistä on potilaan hoitaminen ja omaisten kohtaaminen. Nämä edellyttävät sairaanhoitajalta kykyä kohdata potilas ja omaiset arvostaa ja kunnioittaa. Empaattisuus ja inhimillisuus hoitotyössä kuuluvat sairaanhoitajan ominaisuuksiin.</p>
<p>Lipponen Varpu, 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampere University Press, hoitotiede. Väitöskirja. <a href="http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6672-1">http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6672-1</a></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää saattohoidossa olevan ja hänen omahoitajan moninaista hoitosuhdetta. Mitkä kaikki asiat vaikuttavat ja miten niihin reagoidaan. Miten asiat ilmenevät puheissa, kuinka arjen hoitotilanteissa sanoitetaan vaikeita asioita. Hoitosuhteen merkityksellisyys tulee ilmi.</p>	<p>Kuolevan sekä omahoitajan kemioilla on suuri merkitys luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle. Ammattitaito vaikuttaa myös vahvasti. Saattohoitajaksi ei synnytä vaan opitaan kokemuksen kautta. Työn vaativuus tulee esiin kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. On hallittava hoitosuhteen läheisyys ja etäisyys jotta hoitosuhde olisi luottamusta herättävä mutta ei kuitenkaan osapuolia liikaa kuormittava.</p>
<p>Hautsalo Paula, 2013. Sairaanhoitajien kokemuksia työskentelystä ja hoitotyön kehittämi-</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on saattohoito-osastolla työ-</p>	<p>Hoitajilla on lisäkoulutustarpeita mm. kliinissä hoitamisessa ja omaisten kohtaamisessa. Työnohjausta ja</p>

<p>sestä saattohoito-osastolla: "kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä". Ylempi amk-opinnäyte-työ. <a href="http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013110816761">http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013110816761</a></p>	<p>kentelystä. Tarkoituksena on selvittää lisäkoulutuksen tarve ja mihin osa-alueisiin tarvitaan koulutusta.</p>	<p>yhteistyötä eri hoitotahojen välillä pidetään tärkeänä, yhteenhiileen puhaltaminen ja samojen arvojen ja periaatteiden jakaminen korostuu. Työkavereiden tuki auttaa jaksamaan ajoit- tain raskaassa työssä.</p>
--	--	---

## Muuttujataulukko

Tutkimusongelmat ja tutkittavat alueet	Teoreettinen tarkastelu	Kysymysnumero
Taustamuuttujat:		
Ikä	14, 29	1
Työskentely-yksikkö	20, 30 - 32	2
Työkokemus	7, 14 - 15, 17 - 18, 23 - 24, 26 - 28	3
Koen kuormittumista ja uupumista työssäni?	15, 22 - 24, 26, 28 - 29	4
Koen motivoituneisuutta ja tyytyväisyyttä työhöni?	18, 23 - 24, 26 - 30	5
Koulutustarve	16 - 18, 22 - 23, 27 - 28	7
-perushoidossa	16	1.
-haavahoidossa	27	2.
-somaattisten oireiden arvioinnissa	23	3.
-somaattisten oireiden hoidossa	23	4.
-kivun hoidossa	23	5.
-lääkehoidossa	22	6.
-psykkisten oireiden havaitsemisessa	22	7.
-psykkisten oireiden hoitamisessa	22	8.
-omaisten kohtaamiseen liittyvissä asioissa	23	9.
-potilaan kohtaamiseen liittyvissä asioissa	23	10.

-hoitoon liittyvien laitteiden käytössä	23	11.
	22	12.
-potilaalle haettavaan tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa		
Työn sujuvuuteen liittyvät tekijät	12, 18 - 23, 28 - 31	9
-työtovereilta saatava tuki	30	1.
-lääkäri saatavilla konsultointia varten	23	2.
-lääkärin tavoitettavuus	23	3.
-työnohjaus	28	4.
-työnohjauksen riittävyys	28	5.
-työn palkitsevuus	27, 31	6.
-tyky-päivien riittävyys	31	7.
-yhteistyön sujuvuus potilaan ja henkilökunnan välillä	23	8.
-tiedonkulun moitteettomuus potilaan ja henkilökunnan välillä	24	9.
-yhteistyön sujuvuus hoitoon osallistuvien ammattiryhmien välillä	30	10.
-tiedonkulun moitteettomuus eri ammattiryhmien välillä	30 - 31	11.
-tiedonkulun moitteettomuus omaisten ja henkilökunnan välillä	24	12.
-saattohoitopäätöksen oikea-aikaisuus	20	13.
-hoitolinjauksen yksiselitteisyys	20 - 21	14.
	31	15.

-työyhteisön samat periaatteet ja tavoitteet potilaan hoidossa		
Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken	9 - 10, 12 - 14, 20 -23, 29 – 30	10
-yksikön hoitajien kesken	31	1.
-lääkärien ja hoitajien kesken	23	2.
-hoitajan ja muiden ammattiryhmien kesken	30	3.

Saatekirje

Hyvä saattohoidon sairaanhoitaja,

Olemme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoita ja valmistumme pian sairaanhoitajiksi. Teemme kyselytutkimusta saattohoidosta Kouvolan alueella. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat saattohoitoon Kouvolan alueella. Näkökulmana sairaanhoitajien kokemus saattohoidon yhteistyöstä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden eli kotiutustiimin, kotihoidon, saattohoidon tukiosaston Villa Apilan ja palliativisen poliklinikan välillä. Kysely lähetetään näiden yksiköiden sairaanhoitajille. Tarkasteltavia asioita ovat sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa, koulutustarve, työn sujuvuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken. Tutkimuksen on tilannut Kouvolan kaupunki, palliativinen poliklinikka. Tutkimustulosten avulla saadaan selville mahdollisia kehittämiskohteita saattohoitotyön osalta.

Kysely on osa opinnäytetyötämme ja toivoisimme teidän osallistuvan siihen. Kyselyyn vastaamiseen menee noin 10–20 minuuttia aikaa ja se tapahtuu internetissä. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonymisti. Kyselymme koostuu suljetuista kysymyksistä. Saatuja vastauksia käytetään vain tämän tutkimuksen teossa, eikä vastaajien henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Vastausten käsittely on luottamuksellista ja tutkijoina hävitämme kaiken aineiston tutkimuksen valmistuttua. Palliativisen poliklinikan käyttöön jää kuitenkin yleiskoonti kaikista vastauksista sekä aineiston tiedostot. Opin- näytetyö valmistuu maaliskuussa 2018 ja se julkaistaan osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Vastausaikaa kyselyyn teillä on kaksi viikkoa 7.2.2018. – 21.2.2018, toivoisimme vastauksia mahdollisimman pian. Jos teillä on kysyttävää tai haluatte jotakin lisätietoa, meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostitse.

Kiitos osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin,

Nina Seppälä  
[Nina.Seppala@edu.xamk.fi](mailto:Nina.Seppala@edu.xamk.fi)

Nina Inkiläinen  
[Nina.Inkilainen@edu.xamk.fi](mailto:Nina.Inkilainen@edu.xamk.fi)

## Kyselylomake



## SAATTOHOITO SAIRAANHOITAJIEN KOKEMANA KOUVOLAN ALUEELLA

## 1. Ikä \*

21 - 25,  26 – 30,  31 – 35,  36 – 40,  41 - 45,  46-50,  51-55,  56-60,  
 61-65,  yli 65 vuotta.

## 2. Työskentelen \*

Kotihoidossa  Kotiutustiimissä  Saattohoidon tukiosastolla

## 3. Työkokemus sairaanhoitajana vuosina \*

alle 1 vuosi,  1 - 5 vuotta,  6 – 20 vuotta,  21– 40 vuotta,  yli 40 vuotta.

## 4. Koen kuormittumista ja uupumista työssäni

en koskaan  
 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
 useamman kerran kuukaudessa  
 viikoittain  
 päivittäin

## 5. Koen motivoituneisuutta ja tyytyväisyyttä työhöni

en koskaan  
 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
 useammin kuin kerran kuukaudessa  
 viikoittain  
 päivittäin

## 6. Ammatilliset valmiudet saattohoidossa \*

Valitse kullekin väittämälle sopivin vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Hallitsen hyvin työni eri osa-alueista kivunhoidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hallitsen hyvin työni eri osa-alueista potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Hallitsen hyvin työni eri osa-alueista moniammatillisen yhteistyön           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hallitsen hyvin työni eri osa-alueista lääkehoidon                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tunnistan työni eri osa-alueisiin liittyvät heikkouteni                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hallitsen työhöni liittyvien laitteiden ja koneiden käytön (esim.kipupumppu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tunnistan lisäkoulutustarpeeni   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Osaan etsiä näyttöön perustuvaa tietoa                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Osaan käyttää näyttöön perustuvaa tietoa                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 7. Koulutustarve \*

Valitse kullekin väittämälle sopivin vaihtoehto.

Tarvitsen lisäkoulutusta tai ohjausta saattohoitopotilaan

- |  | Täysin eri mieltä        | Jokseenkin eri mieltä    | Jokseenkin samaa mieltä  | Täysin samaa mieltä      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Perushoidossa                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haavahoidossa                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Somaattisten oireiden arvioinnissa          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Somaattisten oireiden hoidossa              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kivunhoidossa                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lääkehoidossa                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Psykkisten oireiden havaitsemisessa         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Psykkisten oireiden hoitamisessa            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Omaisten kohtaamiseen liittyvissä asioissa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Potilaan kohtaamiseen liittyvissä asioissa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Potilaan hoitoon liittyvien laitteiden käytössä.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Potilaalle haettavaan tukiin ja palveluihin liittyvissä asioissa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 8. Työn sujuvuuteen liittyvät tekijät\*

valitse kullekin väittämälle sopivin vaihtoehto.

- |  | Täysin eri mieltä        | Jokseenkin eri mieltä    | Jokseenkin samaa mieltä  | Täysin samaa mieltä      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Työtovereilta saa tukea   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lääkäri on saatavilla konsultointia varten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tiedän miten tavoitan lääkärin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Työssä järjestetään työnohjausta riittävästi  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Koen työni palkitsevana   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tyky-päiviä on riittävästi  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Yhteistyö sujuu hyvin potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiedonkulku on moitteetonta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Yhteistyö sujuu hyvin potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien välillä           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tiedonkulku on moitteetonta potilaan hoidossa ammattiryhmien välillä                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tiedonkulku on moitteetonta potilaan hoidossa omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Saattohoitopäätös tehdään oikeaan aikaan   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hoitolinjaus on yksiselitteinen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Työyhteisön jäsenillä on samat tavoitteet ja periaatteet potilaan hoidossa           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**9. Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken\***

valitse kullekin väittämälle sopivin vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Yhteistyö toimii hyvin				
1. Oman yksikön hoitajien kesken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saattohoidosta vastaavan lääkärin ja hoitajien kesken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hoitajan ja muiden ammattiryhmien kesken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kouvolan kaupunki  
Hyvinvointipalvelut

TUTKIMUSLUPA  
Hakemus ja päätös


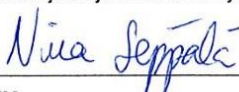
Saapumispäivä 15.1.2018	Diaarinumero 2266/05.17.01/2018
----------------------------	------------------------------------

HAKEMUS

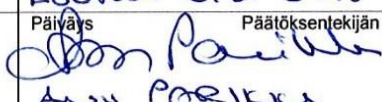

1 Tutkimusluvan hakijan/ hakijoiden tiedot	Sukunimi ja etunimi (yhteyshenkilö) Inkiläinen Nina	
	Lähiosoite [redacted]	
	Postinumero [redacted]	Postitoimipaikka [redacted]
	Puhelinnumero [redacted]	Sähköpostiosoite Nina.Inkilainen@edu.xamk.fi
	Sukunimi ja etunimi Seppälä Nina	
	Lähiosoite [redacted]	
	Postinumero [redacted]	Postitoimipaikka [redacted]
	Puhelinnumero [redacted]	Sähköpostiosoite Nina.Seppala@edu.xamk.fi
	Tutkimus-/oppilaitos, johon tutkimus tehdään Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu	
	Koulutusohjelma Sairaanhoitaja AMK	
2 Tutkimuksen ohjaaja(t)	Sukunimi ja etunimi SUNDSTRÖM ANNE	
	Oppiarvo/ammatti TAM, lehtari	
	Toimipaikka Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (Xamk)	
	Toimipaikan osoite Paratienkatu 7, 45100 Kouvola	
	Puhelinnumero työhön 044 7028464	Sähköpostiosoite anne.sundstrom@xamk.fi
	Sitoudun ohjaamaan tutkimusta	
	Päiväys 10.1.2018	Allekirjoitus Anne Sundström
3 Tutkimuksen kuvaus	<p>Lyhyt kuvaus tutkimuksen sisällöstä ja menetelmistä (nimi, keskeiset tavoitteet, tutkimusmenetelmät, kohderyhmä)</p> <p>Palliativien - ja saattohoito sairaanhoitajien kokonaan Kouvola alueella.</p> <p>Tavoite selittää, mitkä tekijät vaikuttavat palliativien - ja saattohoitoon Kouvola alueella. Näkökulmana sairaanhoitajien kokemus yhteistyöstä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden välillä. Tarkasteltavana asioita ovat sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet saattohoidossa, koulutustarve, työn sujumuuteen liittyvät tekijät sekä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.</p> <p>Aineiston keruumenetelmänä sähköinen strukturoitu kyselylomake.</p> <p>Kohderyhmänä sairaanhoitajat kotitutustumista, kotihoidosta sekä saattohoidon tukiosastolta.</p>	

Liitteenä tutkimussuunnitelma

<b>3</b> <b>Tutkimuksen kuvaus</b> (jatkuu edelliseltä sivulta)	Tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> AMK-opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Tutkimuksen kohdeyksikkö hyvinvointipalveluissa <i>Kotiutustimin sairaanhoitajat, kotihoiton sairaanhoitajat ja saattohoidon tukiosaston sairaanhoitajat</i>	
	Pääasiallinen tutkimustapa/-menetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelut <input type="checkbox"/> Asiakirja-/tilastoanalyysi <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Aineiston suunniteltu keruu-aika Alkaa <i>1/2018</i> Päätyy <i>2/2018</i>	Tutkimuksen arvioitu valmistusaika <i>3/2018</i>
<b>4</b> <b>Tutkimuksen toteutus</b>	Onko tutkimuksen kohteena henkilö/henkilöitä, jonka/joiden osallistumisesta päättää huoltaja tai edunvalvoja? <input type="checkbox"/> Kyllä (selvitä Lisätietoja-kohtaan, miten huoltajan suostumus hankitaan) <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Käsitelläänkö tutkimuksessa henkilö-tietoja? <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Muodostuuko tutkimusta tehtäessä henkilö-tietopohjainen tutkimusrekisteri? <input type="checkbox"/> Kyllä (täytä myös Tutkimusrekisteritiedot-lomake) <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Käytetäänkö tutkimuksessa jo olemassa olevien rekistereiden tietoja? <input type="checkbox"/> Kyllä (selvitys Lisätietoja-kohtaan) <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Lisätietoja (esim. viittaukset tutkimussuunnitelman eri kohtiin)	
	Arvio osallistuvan henkilökunnan työajan käytöstä <i>Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10-20 min.</i>	
Arvio, miten tutkimus hyödyntää kaupungin palvelujen kehittämistä <i>Tutkimus tehdään toimeksiantona Kouvolan palliativiselle poliklinikalle. Tutkimuksen perusteella on mahdollista kehittää palliativista sekä saattohoitoa Kouvolan alueella.</i>		
<b>5</b> <b>Yhteys-henkilö(t)</b>	Tutkimusluvan myöntämisen edellytyksenä on, että hakija on ollut yhteydessä siihen hyvinvointipalvelujen yksikköön, johon tutkimus kohdistuu. Asianomaisen yksikön yhteyshenkilö(t) nimetään alla oleviin kohtiin.	
	Nimi <i>Riikka Kajovaara</i>	Puhelinnumero <i>020 615 7304</i>
	Yksikkö <i>Kohutustiimi &amp; Villa Apila</i>	Sähköposti <i>riikka.kajovaara@kouvola.fi</i>
	Nimi <i>Anne Heikkilä</i>	Puhelinnumero <i>020 615 7863</i>
Yksikkö <i>Kouvolan kotihoito</i>	Sähköposti <i>anne.m.heikkila@kouvola.fi</i>	

6 Tutkimuksen tekijän/ tekijöiden sitoumus ja allekirjoitukset	Sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja asiakkaan, hänen läheistensä tai Kouvolan kaupungin vahingoksi enkä luovuta saamiani henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pidän ne salassa. Tutkimustulokset esitän niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Noudatan henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä mainittuja säännöksiä henkilötietojen käsittelystä ja salassapidosta.
	Päiväys Allekirjoitus ja nimenselvennys 10.1.2018  Nina Inkiläinen
	Päiväys Allekirjoitus ja nimenselvennys 10.1.2018  Nina Seppälä
7 Hakemuksen liitteet	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> Kysely-/haastattelu- yms. lomake <input type="checkbox"/> Aineistonkeruulomake <input checked="" type="checkbox"/> Muu aineiston keruuseen liittyvä materiaali (esim. yhteydenottokirje) <input type="checkbox"/> Huoltajan suostumus <input type="checkbox"/> Tutkimusrekisteritiedot
8 Hakemuksen palautus	Täytetty ja allekirjoitettu tutkimuslupahakemus liitteineen toimitetaan Kouvolan hyvinvointipalvelujen kirjaamoon.  Osute.  Hyvinvointipalvelut/kirjaamo PL 85, Torikatu 10 (4. krs) 45101 Kouvola

## PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-päätös	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin: 1. Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä noudattamaan henkilötietolain määräyksiä. 2. Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. 3. Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan. 4. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan asianomaiselle yhteyshenkilölle ja hyvinvointipalvelujen kirjaamoon. 5. Jos tutkimus keskeytyy, siitä ilmoitetaan yhteyshenkilölle ja tutkimusluvan myöntäjälle. 6. Alaikäisten lasten haastatteluun pyydetään aina huoltajien kirjallinen lupa. 7. Lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan, jolloin luvansaajan on palautettava tutkimusta varten saamansa tiedot. 8. Lupa on voimassa hakemuksessa määritellyn ajan. Muu, mikä:  <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä seuraavin perusteluin:
Allekirjoitus	Päiväys Päätöksentekijän allekirjoitus, nimenselvennys ja virka-asema 10.1.2018  Anu Parikka  Nina Kärkinen
Päätöksen jakelu	1. Hakija, lähetetty (pvm.) 2. Yhteyshenkilö 3. Tutkimusluparekisterin pitäjä
Huomioitavaa	- Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. - Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta ja kohteen nimen mainitsemisesta tutkimusraportissa. - Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

18.5.2016