

**SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA SAATTOHOIDON  
TOTEUTUMISESTA VUODEOSASTOLLA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja, Hämeenlinnan korkeakoulukeskus  
Syksy 2020  
Reetta Kairus  
Emilia Lehtinen

Sairaanhoitaja

Tiivistelmä

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

---

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| Tekijä    | Reetta Kairus, Emilia Lehtinen   | Vuosi 2020 |
| Työn nimi | Sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta vuodeosastolla |            |
| Ohjaajat  | Paula Hakala, Piiku Pakkanen   |            |

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta työpaikallaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa saattohoidon toteutumisesta sekä sen laadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä vuodeosastotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään Etelä-Suomessa sijaitsevan sairaalan kanssa. Opinnäytetyön tuottaman tiedon perusteella yhteistyökumppani sai mahdollisuuden kehittää toimintaansa vuodeosastoilla toteutettavan saattohoidon osalta.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin palliatiivista hoitoa ja siihen liittyviä hoitopäätöksiä, saattohoitoa, johon liittyi tuoreimmat saattohoitosuositukset, potilaan oikeuksia sekä hoitajan roolia saattohoidossa. Myös elämän loppuvaiheen hoitoa vuodeosastolla käsiteltiin teoretietoon perustuen. Opinnäytetyö oli luonteeltaan laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin sähköisen kyselylomakkeen muodossa. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysillä ja tätä havainnollistettiin analyysikaavioiden avulla.

Kyselyyn vastasi 13 vuodeosastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa. Tuloksista kävi ilmi, että merkittävimpiä asioita hyvän saattohoidon toteutumisessa ovat omaisten huomiointi, potilaiden yksilöllinen kohtaaminen sekä riittävät resurssit ja ammattitaito. Omassa työssään saattohoidon toteutumiseen vaikuttavina tekijöinä sairaanhoitajat kokevat resurssit, saattohoitopäätösten oikea-aikaisuuden sekä omaisten huomiointin. Kehittämisen tarpeita ilmeni saattohoidon oikea-aikaisuudessa sekä riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan turvaamisessa.

Avainsanat Saattohoito, hoitajan rooli, saattohoidon laatu, vuodeosasto

Sivut 61 sivua, joista liitteitä 2 sivua

---

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| Author      | Reetta Kairus, Emilia Lehtinen  | Year 2020 |
| Subject     | Nurse's Experiences of Realization of End-of-Life Care at the Hospital Ward |           |
| Supervisors | Paula Hakala, Piiku Pakkanen  |           |

---

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to find out registered nurse's experiences of end-of-life care in their workplace. The aim of this thesis was to get the information about quality at the end-of-life care and things that affect it. This thesis was carried out in collaboration with a hospital in southern Finland. The partner in cooperation was to get an opportunity to improve their practices in the end-of-life care with the information given by this thesis.

The theoretical basis of the thesis consists of palliative care, decisions of the treatment, end-of-life care and new recommendations of the end-of life care. The theoretical basis also covers patient rights, nurse's role in the end-of-life care and end of life treatment at the hospital ward. This thesis was qualitative study. The study part of the thesis was carried out with the electronic questionnaire. The study material of the thesis was analyzed with content analysis and was demonstrated with diagrams.

Thirteen nurses answered the questionnaire. Answers proved that good end-of-life care consist of relatives' observation, patients' individual meeting, decent resources and professional skill. Nurses experience that resources, timely decisions of the end-of-life care and relatives' observation influence in their job with the end-of-life care. Things that need development are timely end-of-life care along with decent and professional staff.

|          |   |
|----------|---|
| Keywords | End-of-life care, the role of the nurse, quality of the end-of-life care, hospital ward |
| Pages    | 61 pages including appendices 2 pages   |

## Sisälllys

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Johdanto .....  | 1  |
| 2     | Palliatiivinen hoito .....  | 2  |
| 2.1   | Hoitopäätökset.....   | 3  |
| 2.1.1 | Ennakoiva hoitosuunnitelma .....  | 4  |
| 2.1.2 | Hoitosuunnitelma.....   | 5  |
| 2.1.3 | Hoitotahto .....  | 5  |
| 2.2   | Potilaan oikeudet .....   | 6  |
| 3     | Saattohoito .....   | 7  |
| 3.1   | Saattohoitosuosituksset .....   | 9  |
| 3.1.1 | Terveysthuollon yksiköiden saattohoidon laatuksriterit.....             | 10 |
| 3.1.2 | Potilaan hoitoon liittyvät saattohoidon laatuksriterit.....             | 11 |
| 3.2   | Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoito.....                        | 12 |
| 3.2.1 | Saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoito .....                      | 12 |
| 3.2.2 | Saattohoitopotilaan lääkehoito .....                                    | 13 |
| 3.2.3 | Saattohoitopotilaan kivunhoito .....                                    | 14 |
| 3.3   | Hoitajan rooli saattohoidossa .....                                     | 17 |
| 4     | Elämän loppuvaiheen hoito vuodeosastolla .....                          | 19 |
| 4.1   | Saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa huomiointi .....                | 19 |
| 4.2   | Hoitajien kiireen vaikutus riittävän läsnäolon toteuttamiseen .....     | 20 |
| 4.3   | Saattohoitoon liittyvän lisäkoulutuksen tarve .....                     | 21 |
| 4.4   | Kuolemasta puhuminen potilaan, omaisten sekä työyhteisön kanssa.....    | 22 |
| 5     | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....            | 23 |
| 6     | Tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutus .....                           | 24 |
| 6.1   | Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus .....                          | 24 |
| 6.2   | Kohderyhmä.....   | 25 |
| 6.3   | Aineiston keruu .....   | 26 |
| 6.4   | Aineiston analyysi .....  | 28 |
| 7     | Tutkimustulokset.....   | 30 |
| 7.1   | Sairaanhoitajien taustat saattohoitoon liittyen.....                    | 30 |
| 7.2   | Hyvä saattohoito sairaanhoitajien kuvaamana .....                       | 31 |
| 7.3   | Sairaanhoitajien kokemukset saattohoidon toteutumisesta omassa työssään | 34 |

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 7.4 | Saattohoidon kehittäminen sairaanhoitajien näkökulmasta..... | 39 |
| 8   | Pohdinta .....   | 42 |
| 8.1 | Tulosten tarkastelu .....                                    | 42 |
| 8.2 | Eettisyys .....  | 44 |
| 8.3 | Luotettavuus .....   | 47 |
| 8.4 | Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....                  | 48 |
|     | Lähteet.....   | 51 |

## **Kuvat, taulukot ja kaavat**

Kuvio 1 Analyysikaavio (Hyvä saattohoito sairaanhoitajien kuvaamana).

Kuvio 2 Analyysikaavio (Sairaanhoitajien kokemukset saattohoidon toteutumisesta omassa työssään).

Kuvio 3 Analyysikaavio (Saattohoidon kehittäminen sairaanhoitajien näkökulmasta).

## **Liitteet**

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

## 1 Johdanto

Palliativinen hoito ja saattohoito ovat maailmanlaajuisesti tärkeä osa ihmiskeskeisiä terveyspalveluita. Mikään ei ole niin ihmiskeskeistä, kuin lievittää ihmisten kärsimystä fyysisesti, henkisesti, sosiaalisesti sekä psykologisesti. (WHO, n.d.) Palliativinen hoito ja saattohoito parantavat elämän loppuvaiheessa olevien potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua. Maailmanlaajuisesti joka vuosi arviolta 40 miljoonaa ihmistä tarvitsee oireita lievittävää hoitoa, mutta vain 14 % ihmisistä saa sitä tällä hetkellä. (WHO, 2018)

Suomi on tasa-arvoinen ja kaikin puolin hyvä paikka syntyä, mutta samaa ei voi sanoa kuolemista (Toikkanen, 2019). Esimerkiksi äitiyspakkaus kertoo hyvin elämän alun tasa-arvoisuudesta. Se antaa kaikille syntyville vauvoille samat lähtökohdat elämään tarjoamalla perustarvikkeet elämän ensi metreille. Elämän loppuvaiheessa tällainen kokonaisvaltainen tuki yhteiskunnalta kuitenkin puuttuu. (Virta, 2019, s. 6) Elämän loppuvaiheen hoito olisi nähtävä yhtä arvokkaana kuin mikä tahansa terveydenhuollon toiminta (Mäkinen, 2019, s. 12). Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä, joista arvion mukaan runsaat 30 000 tarvitsevat palliativista hoitoa elämän viimeisinä päivinä. Saattohoito koskettaa monia ihmisiä elämän aikana joko suoraan tai välillisesti omaisten kautta. (Toikkanen, 2019)

Palliativisen lääketieteen kehittyessä myös vaatimustaso hyvään hoitoon saattohoidon osalta on kasvanut. Viime aikoina alan ammattilaiset ovatkin nostaneet saattohoidossa ilmi tulevia epäkohtia esille ja vaativat parannuksia niihin liittyen. Lain mukaan kaikkien kansalaisten on saatava hyvää hoitoa tasapuolisesti, jolloin tarvitaan runsaasti resursseja ja osaamista. (Toikkanen, 2019; Vuorinen & Järvimäki, 2012, s. 446)

Tämä tutkimuksellinen opinnäytetyö käsittelee saattohoidon toteutumista erään Etelä-Suomessa sijaitsevan sairaalan vuodeosastoilla. Opinnäytetyö kohdennettiin vuodeosastoilla työskenteleville sairaanhoitajille. Idea tähän opinnäytetyöhön lähti tilaajan tarpeesta sekä tekijöiden omasta kiinnostuksesta aiheeseen. Tekijät ovat osallistuneet saattohoidon toteuttamiseen työelämässä ja sitä kautta löytäneet kiinnostuksen aiheita kohtaan. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä osa hoitotyötä myös monessa

sellaisessa organisaatiossa, jotka eivät ole erikoistuneet nimenomaan saattohoidon toteuttamiseen. Tekijät haluavatkin selvittää näkykö kehitystyö myös käytännön tasolla.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa saattohoidon toteutumisesta vuodeosastoilla. Tilaajan näkökulmasta tavoitteena on saada tietoa vuodeosastoilla toteutettavan saattohoidon laadusta ja opinnäytetyön tulosten perusteella saada mahdollisuus kehittää toimintaansa. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin kyselylomakkeen muodossa.

## **2 Palliatiivinen hoito**

Palliatiivinen hoito tarkoittaa oireidenmukaista hoitoa, jolla pyritään vähentämään kuolevan potilaan kärsimystä ja mahdollistamaan hänelle hyvä elämänlaatu. Palliatiiviseen hoitoon ovat oikeutettuja kaikenikäiset kuolemaan johtavaa sairautta sairastavat potilaat diagnoosista riippumatta. Palliatiivisen hoitolinjan tarkoitus on minimoida potilaan kärsimys siinä vaiheessa, kun hänen sairauteensa ei voida enää muulla tavoin vaikuttaa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019) Tarkoituksena on myös auttaa potilasta säilyttämään toimintakykynsä mahdollisimman hyvänä, ei lyhentää tai pidentää elämää (Saarto & asiantuntijatyöryhmä, 2017, s. 7). Palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä potilaan elämä voi kuitenkin jatkua vielä jopa vuosia (Mäkelä, 2019, s.12). Palliatiivisessa hoitolinjauksessa kuolemaa pidetään luonnollisena asiana pitkälle edennyttä tautia sairastavan henkilön kohdalla (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019, s. 13).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käypä hoito -suosituksessa (2019) mainitaan potilaan läheisten myös kuuluvan oleellisesti palliatiivisen hoidon piiriin. Saarron ja asiantuntijatyöryhmän suosituksessa (2017, s. 7) mainitaan palliatiivisen hoidon auttavan potilaan lisäksi myös hänen läheisiään sopeutumaan ajatukseen lähestyvistä kuolemasta. Palliatiivisen hoidon toteuttamisesta vastaa moniammatillinen tiimi, joka huomioi niin potilaan kuin hänen läheistenkin henkiset, fyysiset, eksistentiaaliset sekä psykososiaaliset tarpeet (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019, s. 13; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, s. 123)



## 2.1 Hoitopäätökset

Elämän loppuvaiheen hoidon tavoitteita ovat mahdollisimman hyvän elämänlaadun varmistaminen loppuun saakka, arvokas kuolema sekä kuolevan läheisten tukeminen. Elämän loppuvaiheessa tehdään useita tärkeitä hoitopäätöksiä, muun muassa palliatiivinen hoitolinjaus, saattohoitopäätös sekä DNR-päätös. Kaikki nämä päätökset tulee kirjata potilaan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. (Valvira, 2019) Keskustelu potilaan sekä hänen omaistensa kanssa on tärkeä osa näiden hoitopäätösten tekoa. Potilaan sekä omaisten kanta tulee myös kirjata hoitokertomukseen. (Laine, 2018)

Saarron ja asiantuntijatyöryhmän suosituksen (2017, s. 7) mukaan niin saattohoidon kuin palliatiivisenkin hoidon hyvä toteuttaminen perustuu ajoissa laadittuun hoitosuunnitelmaan sekä saattohoitopäätökseen. Elämän loppuvaiheessa DNR-päätöksen tekemättä jättäminen voi tuottaa potilaalle turhaa kärsimystä, koska se saattaa pitkittää potilaan luonnollista elämän päättymistä. DNR-päätös auttaa usein lisäämään palliatiivisen hoitolinjan potilaiden hyvää oireenmukaista hoitoa. (Hirvonen & Pöyhiä, 2016, s. 844) Kaikista hoidon rajauksista riippumatta jokaisen potilaan perusoikeuksiin kuuluvat perushoiva sekä kivunhoito (Laine, 2018).

Saattohoitolinjaus tai -päätös tehdään silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien aikana. Päätökseen sisältyy tehokas kivunlievitys sekä henkisen tuen antaminen niin potilaalle kuin hänen läheisilleenkin. (Hänninen, 2015a, s. 257) Saattohoitolinjauksen tekeminen tarpeeksi ajoissa on tärkeää, jotta potilas sekä hänen läheisensä saavat kaiken tarvitsemansa hyödyn sekä avun (Muistiliitto, 2016). Saattohoitopäätös takaa sen, että potilas saa parempaa hoitoa hoitolinjan ollessa oikea. Potilaalla sekä hänen läheisillään on tällöin myös mahdollisuus jättää jäähyväiset rauhassa toisilleen. Ajoissa tehty saattohoitopäätös myös varmistaa sen, että potilaalla on mahdollisuus kuolla kotona tai vuodeosastolla, eikä esimerkiksi ambulanssissa. (Peake, 2020) Joskus saattohoitopäätös saatetaan kuitenkin jättää tekemättä, koska sen laatiminen edellyttää lähestyvän kuoleman tunnistamista. Tällöin päädytään vain rajaamaan potilaan hoitoja esimerkiksi nestehoitoihin ja antibiootteihin liittyen. (Hänninen, 2015a, s. 257)

Saattohoitopäätös sisältää DNR-päätöksen, eli ei yritetä elvyttää -päätöksen, joka on yleisin hoidon rajaus pitkälle edenneessä sairaudessa (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019, s. 339). DNR-päätös ei kuitenkaan sisällä saattohoitopäätöstä, joten jos palliatiiviselle potilaalle laaditaan DNR-päätös, pitää saattohoitopäätös laatia erikseen (Hirvonen & Pöyhiä, 2016, s. 844). Valvira korostaa ohjeessaan (2015, s. 3), että pelkkä DNR-päätös ei vaikuta potilaan muuhun hoitoon, vaan potilaalle on laadittava DNR-päätöksen lisäksi hoitosuunnitelma. Muut hoidonrajaukset, esimerkiksi hengityksen tukihoidoihin liittyvät, tulee myös keskustella ja kirjata erikseen (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019, s. 339; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019).

### **2.1.1 Ennakoiva hoitosuunnitelma**

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma on suomalaisissa palliatiivisen hoidon suosituksissa vielä melko tuore käsite. Siihen sisältyy ACP:n eli advance care planning:in periaatteita, mutta ennakoivan hoitosuunnitelman tavoitteena on myös olla käytännön hoitosuunnitelma. Kansainvälisissä tutkimuksissa käsite ACP tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan sekä hänen läheistensä välillä käytyjä keskusteluja liittyen potilaan toiveisiin koskien hoitoaan, sekä näiden keskusteluiden kirjaamista potilaan hoitosuunnitelmaan. Nämä keskustelut ovat tarkoitettu erityisesti niille potilaille, joiden sairaus pahenee jatkuvasti ja jotka voivat menettää kommunikaatiokykynsä. Keskustelu on kuitenkin hyödyllinen missä vaiheessa sairautta tahansa, mutta on tehtävä viimeistään pitkälle edenneessä sairaudessa. (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019, s. 336)

Ennakoivan hoitosuunnitelman tarjoaminen potilaalle on terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus. ACP mahdollistaa potilaille toiveiden ilmaisen ajoissa koskien heidän tulevaa hoitoaan ja elämänsä loppuvaiheita. Hoitopäätöksistä tulisi keskustella potilaiden kanssa jo varhain, jotta heidän vointinsa mahdollistaisi vielä keskustelun ja päätöksien teon. Ennakoiva hoitosuunnitelma todennäköisesti vähentää potilaille tehtäviä ei-toivottuja toimenpiteitä, lisää heidän toiveidensa kunnioitusta sekä parantaa mahdollisuutta kuolla mieluisassa paikassa. (Steel & Owen, 2020)

### 2.1.2 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelmaan sisältyvät hoitolinjaus, tarvittavat hoitokeinot sekä hoidon rajaukset. Hoitosuunnitelma sisältää tietoa ennakoivasti muun muassa potilaan oireiden ja kivun hoidosta sekä psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeista. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä, 2017, s. 7–8) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käypä hoito -suositukseen (2019) mukaan myös hoidosta vastaavan tahon tiedot sekä potilaan toiveet ja pelot kuoleman lähestyessä pitäisi lukea hoitosuunnitelmassa. Saarron ja asiantuntijatyöryhmän suosituksessa (2017, s. 8) mainitaan, että potilasta hoitava lääkäri on vastuussa hoitosuunnitelman päivittämisestä sekä toteuttamisesta. Lääkärin tehtävä on myös arvioida potilaan tarvitsemaa hoidon tasoa ja kiireellisyyttä.

Hoitosuunnitelman laatiminen ja palliatiiviseen hoitolinjaukseen liittyvä potilaan tiedonsaantioikeus ovat osa saattohoidon laatuksiteereitä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 123, 125, 186) Hoitosuunnitelma tulisi laatia hoitoneuvottelussa, johon osallistuvat lääkärin ja potilaan omahoitajan lisäksi potilas itse sekä hänen läheisensä potilaan suostumuksen mukaan. Hoitopäätösten syyt sekä niiden vaikutukset hoitoon tulee kertoa selkeästi potilaalle itselleen sekä hänen suostumuksellaan myös läheisille. Potilaan sekä hänen läheistensä tulisi saada ajankohtaista tietoa potilaan hoidosta ja nykytilanteesta riippumatta siitä, voidaanko taudin kulkua juurikaan ennustaa. On tärkeää, että hoitopäätökset tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa, koska näin he saavat mahdollisuuden keskittyä potilaan vointiin ja valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Valvira, 2019; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 123–124)

### 2.1.3 Hoitotahto

Tärkeä osa hoitosuunnitelmaa on potilaan laatima hoitotahto (Valvira, 2019, Palliatiivinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019). Saarron ja asiantuntijatyöryhmän suosituksessa (2017, s. 7) mainitaankin, että koko elämän loppuvaiheen hoito perustuu hoitotahtoon, joka on laadittu riittävän ajoissa. Valvira (2019) määrittelee hoitotahdon hoitoa koskevaksi tahdonilmaisuksi siltä varalta, että henkilö ei pysty osallistumaan omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin esimerkiksi sairauden tai tajuttomuuden vuoksi.

Hoitotahdossa voi myös valtuuttaa toisen henkilön tekemään tarvittavat päätökset valtuuttajan puolesta (Halila & Mustajoki, 2016).

Hoitotahtoa tehdessä voi esittää toiveita hoidon suhteen tai vaihtoehtoisesti voi kieltäytyä jostakin tietystä hoitotoimenpiteestä. Hoitotahto varmistaa, että sen laatijan toiveet huomioidaan. Se myös helpottaa lääkäreiden työtä haastavien päätösten edessä sekä vähentää omaisten epätietoisuutta. Hoitotahto on voimassa vain silloin, kun potilas on kykenemätön tekemään omaan hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Se on siis tarkoitettu hoito-ohjeeksi sairauksiin, jotka ovat pitkäaikaisia ja joista paraneminen ei ole enää mahdollista. (Halila & Mustajoki, 2016)

Hoitotahto on usein kirjallinen ja siinä on oltava laatijan allekirjoitus sekä päiväys. Hoitotahto joko kulkee potilaan mukana kirjallisena tai tallennettuna hoitokertomuksen liitteenä. Potilaalla on oikeus ilmaista hoitotahtonsa myös suullisesti, jolloin se on kirjattava hoitokertomukseen mahdollisuuksien mukaan allekirjoitettuna. (Halila & Mustajoki, 2016) Hoitotahdon lisäksi voi laatia elämänlaatutestamentin, jossa voi ilmaista itsellensä tärkeitä arkielämän asioita ja toiveita. Testamenttiin kirjatut toiveet tulee huomioida silloin, kun potilas ei niitä enää itse kykene kertomaan esimerkiksi edenneen muistisairauden vuoksi. (THL, 2019)

## **2.2 Potilaan oikeudet**

Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu yksi keskeisimmistä terveydenhuollon etiikan periaatteista, ihmisarvon kunnioittaminen. Suomen lainsäädäntö määrittelee arvostuksen, kunnioittavan kohtelun sekä inhimillisyyden jokaisen kansalaisen oikeudeksi. (Saarto ym., 2014, s. 525) Laki potilaan oikeuksista (785/1992 § 3) määrittelee, että jokaisella potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava hänen ihmisarvonsa säilyttäen sekä vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Yhteiskunnan tulee tukea haavoittuvassa asemassa olevia potilaita sekä heidän läheisiään, jotta yhdenvertaisuus kaikkien potilaiden välillä säilyisi (STM, 2017).

Potilasta on myös hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä tietystä hoidosta, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan jollakin muulla

lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan oikeuksista 785/1992 § 6) Potilas on itsemääräävä, kun hän ymmärtää eri vaihtoehdot sekä niiden seuraukset hoidossaan. Vaikka potilas olisi menettänyt oikeustoimikelpoisuutensa, hän saattaa silti kyetä päättämään itseään ja hoitoaan koskevista asioista. Esimerkiksi ikä ei siis vähennä yksilön itsemääräämisoikeutta. (Saarto ym., 2014, s. 526) Potilaan on saatava oleellista tietoa terveydentilastaan sekä hoitovaihtoehdoista, jotta hän voi tehdä päätöksiä koskien omaa hoitoaan. Tällöin potilaan päätös on niin sanottu tietoon perustuva suostumus. (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 19)

Potilaalla on oikeus päättää siitä, saako hänen terveystietojaan luovuttaa ulkopuolisille. Ensisijaisesti on noudatettava potilaan itsemääräämisoikeutta sekä hänen laatimaansa hoitotahtoa, mutta sellaisen puuttuessa potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen lähiomaisensa tai laillisen edustajansa kanssa. Tällaisessa tilanteessa potilaan omaisella tai laillisella edustajalla on oikeus saada oleelliset tiedot potilaan terveydentilasta. (Saarto ym., 2014, s. 526)

### **3 Saattohoito**

Palliatiivisen hoidon viimeinen osa on saattohoito, joka ajoittuu potilaan viimeisiin päiviin tai viikkoihin ennen kuolinhetkeä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019). Saattohoitoon siirryttäessä potilaan toimintakyky on siis merkittävästi rajoittunut eikä hän kykene huolehtimaan itsestään entiseen tapaansa (Hänninen, 2015a, s. 257). Saattohoitoon siirtymisen perusteita ovat muun muassa runsas avuntarve päivittäisissä toiminnoissa, useat sairauden pahenemisvaiheet, useat samanaikaiset sairaudet, vaikea ja pysyvä elimen toimintahäiriö ilman mahdollisuutta intensiivihoitoon sekä alle yhden kuukauden arvioitu elinaika (Peake, 2020). Saattohoito onkin aktiivista potilaan oireiden ja kivun lievittämistä (Surakka ym., 2015, s. 79).

Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään saattohoitoon (Muistiliitto, 2016). Hyvään saattohoitotyöhön kuuluu näkemys kuoleman normaaliudesta sekä ainutlaatuisuudesta juuri kyseisen potilaan kohdalla (Hänninen, 2015a, s. 256). Kokonaisvaltainen saattohoito on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti suunniteltua (Tasmuth, 2019). Onnistuneen saattohoidon yksi tavoite on, ettei potilaan tarvitsisi olla kuollessaan yksin. Tämä ei

kuitenkaan ole aina mahdollista, eivätkä kaikki potilaat koe sitä tarpeelliseksi. Kuolevalle potilaalle tärkeää onkin koko hoitajakson ajan jatkunut perusturvan tunne ja kokemus siitä, että on tärkeä. (Surakka ym., 2015, s. 79)

Ensisijainen saattohoidon toteuttaja on perusterveydenhuolto. Saattohoitoa voidaan kuitenkin toteuttaa tämän lisäksi muun muassa erityisissä saattohoitoyksiköissä, vanhainkodeissa, kehitysvammaisten laitoksissa, yksityisissä hoivakodeissa, erikoissairaanhoidon sairaaloissa sekä potilaiden kodeissa. Viime aikoina on korostettu kotisaattohoidon roolia vuodeosastosaattohoidon rinnalla, koska tällöin potilaalla on mahdollisuus olla kotonaan niin kauan kuin hän haluaa. Kotona toteutuva saattohoito edellyttää kuitenkin hoitoon osallistuvan omaisen läsnäoloa, jatkuvaa mahdollisuutta yhteydenpitoon hoitavien henkilöiden kanssa sekä joustavaa mahdollisuutta päästä laitoshoitoon. Usein viimeisinä päivinään potilas ja hänen omaisensa toivovatkin, että potilas voisi siirtyä vuodeosastolle. (Hänninen, 2015a, s. 257)

Saattohoitoa toteutettaessa oirearvioiden tekeminen on tärkeää. Kuolevan potilaan oireiden ja voinnin seuraamiseksi on kehitelty erilaisia tarkistuslistoja, joista tunnetuin on LCP eli Liverpool Care Pathway. Nämä listat ohjeistavat arvioimaan potilaan oireita sekä kipulääkitystä ja sen vastetta ainakin kerran työvuoron aikana, hoitamaan potilaan suun sekä toteuttamaan asentohoitoa neljän tunnin välein ja informoimaan omaisia päivittäin. Jatkuva ja huolellinen oireiseuranta on tärkeää, jotta mahdollisimman moni oire tulee havaituksi ja hoidetuksi. (Hänninen, 2015a, ss. 258–259)

Oireiden selvittäminen on haastavampaa, jos potilaan kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt. Tällöin oireiden selvittäminen perustuu tarkkailuun ja havaintojen tekemiseen esimerkiksi potilaan ilmeiden, ääntelyn sekä liikehdinnän perusteella. On oleellista kuitenkin huomioida, että heikko yleistila, kakeksia eli elimistön kuihtuminen, aineenvaihdunnalliset muutokset sekä autonominen neuropatia kuuluvat potilaiden saattohoitovaiheeseen. Väsymys, tajunnan tason aleneminen, periferian viileneminen sekä nielemisvaikeudet ovat oireita, jotka ovat sitä voimakkaampia, mitä lähempänä kuolema on. (Hänninen, 2015a, ss. 258–259)

### 3.1 Saattohoitosuositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa -raportissa (2019a, ss. 130–132) tulee ilmi, että THL:n suorittamien kyselyjen perusteella iäkkäiden ihmisten palveluiden rakenne on erilainen eri maakunnissa. Saattohoidon laatu saattaa siis vaihdella suurestikin eri maakunnissa sekä yksiköissä. On havaittu, että maakuntien välistä vaihtelua on esimerkiksi henkilömitoituksissa, henkilöstön tukemisessa sekä henkilökunnan osaamisessa.

THL:n tutkimusten perusteella voidaan epäillä, että joissain paikoissa lähestyvää kuolemaa ei tunnisteta ajoissa ja potilaita yritetään hoitaa parantavasti silloinkin, kun olisi pitänyt jo siirtyä oireenmukaiseen hoitoon. On havaittu myös, että henkilöstöllä on riittämätöntä osaamista kärsimystä aiheuttavien oireiden hoidossa. Osaaminen on heikointa kotihoidossa ja parasta laitoshoidossa. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 131–132) Myös Valviralle on tullut kanteluita, joissa tulee esiin vuodeosaston lääkäreiden ja hoitajien osaamisen puutteita esimerkiksi potilaan kivun ja hengenahdistuksen hoidossa. (Anttila, n.d.)

Maakuntien väliset vaihtelut terveydenhuollon eri osa-alueilla viittaavat elämän loppuvaiheen merkittävään eriarvoisuuteen, joka on havaittu riippuvan asuinalueesta sekä hoitavasta yksiköstä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, s. 132). Eriarvoisuuden vähentämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö (2019) on vuonna 2019 laatinut palliatiivisen asiantuntijaryhmän kanssa uudet saattohoitosuositukset, joiden tarkoituksena on antaa suositus palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta. Nämä yhtenäiset saattohoidon laatukriteerit otetaan käyttöön joka puolella Suomea, jotta potilaat saisivat saman tasoista hoitoa paikasta riippumatta.

Suomessa palliatiivinen hoito ja saattohoito on porrastettu kolmeen eri tasoon, jolla voidaan turvata tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen hoitoon pääsy koko maassa. Tässä järjestelmämallissa palliatiivinen hoito ja saattohoito on jaettu perustason lisäksi A-tasoon, erityistasoon (B-taso) ja vaativaan erityistasoon (C-taso). Perustasoon kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita ja jotka

eivät kuulu ABC-tasoille. Tällaisia perustason yksiköitä ovat esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastot, vanhainkodit sekä myös kotona tapahtuva hoito. A-tason yksiköitä ovat terveydenhuollon yksiköt, kuten terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, joissa saattohoito kuuluu yksikön perustehtäviin muun toiminnan rinnalla. Erityistason (B) muodostavat sairaanhoitopiirien palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt, kuten saattohoito-osastot. Vaativan erityistason (C) muodostavat yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset, kuten palliatiivisen hoidon poliklinikat. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 15–17) Seuraavissa luvuissa tuomme esiin iäkkäiden sosiaalipalveluiden sekä perustason ja A-tason yksiköiden laatukriteereitä, koska opinnäytetyömme tilaaja kuuluu näihin ryhmiin.

### **3.1.1 Terveydenhuollon yksiköiden saattohoidon laatukriteerit**

Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden, joissa hoidetaan saattohoitopotilaita, tulee tunnistaa elämän loppuvaiheen hoitoa tarvitsevat potilaat. Hoitavassa yksikössä tulee osata tunnistaa ja hoitaa tavallisimmat lähestyvään kuolemaan liittyvät fyysiset oireet, kuten kipu, hengenahdistus, ummetus, oksentelu ja ahdistuneisuus. Myöskin tavalliset lähestyvään kuolemaan liittyvät psykososiaaliset oireet tulee osata hoitavassa yksikössä tunnistaa ja hoitaa. Hoitavassa yksikössä tulee olla kaikki potilaan hoitoon tarvittavat välineet, kuten happi- ja imulaite sekä painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon tarvittava välineistö. Nämä välineet voivat olla elämän loppuvaiheen hyvän laadun kannalta välttämättömiä. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 127, 129–130, 186)

A-tason yksiköillä eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden vuodeosastoilla tulee perustason kriteerien lisäksi olla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kirjallinen toimintamalli. Tähän malliin kuuluvat oireiden systemaattinen arviointi, saattohoito-ohjeistus, oirehoito-ohjeistus ja tieto konsultoivasta erityistason yksiköstä. Vuodeosastoiden tulee olla myös kiinteä osa alueellista palliatiivisen hoidon palveluketjua. Yksiköllä tulee olla osaamista tarjota potilaille ja heidän läheisilleen psykososiaalista, henkistä ja hengellistä tukea. Yksikön pitää osata kartoittaa psykososiaalisen ja henkisen tuen tarve niin potilailta kuin heidän läheisiltäänkin. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, s. 188)



Vuodeosastoilla palliatiivisen lääketieteeseen erikoistuneen lääkärin tulee olla konsultoitavissa vuorokauden ympäri. Myös erityistason tuki pitää olla saatavilla osastolle kotisairaalaista tai palliatiiviselta konsultaatiotiimiltä. A-tason yksiköissä pitää olla nimetty jatkokoulutuksen saanut lääkäri ja sairaanhoitaja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vastuuhenkilöiksi. Työn kuormittavuuden takia, henkilökunnalle tulee olla saatavilla työnohjausta. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 129, 188)

Hoitavassa yksikössä tulee aina varmistaa, että yksikössä on riittävä määrä henkilökuntaa ja paikalla on aina riittävästi työntekijöitä. Henkilöstöllä kuuluu aina olla lääkkeiden antamiseen liittyvät luvat kunnossa. A-tason terveydenhuollossa tulee järjestää henkilökunnalle säännöllistä ja suunnitelmallista täydennyskoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Vuodeosastojen henkilökunnalla pitää olla perustasoa korkeampaa ja ajantasaista osaamista palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, jolloin yksikössä pystytään käynnistämään hoito vaikeissakin tilanteissa. Palliatiivisen hoidon tulisi olla osana perehdytysuunnitelmaa perustason yksiköissä sekä vuodeosastoilla, joissa kuolevien potilaiden hoito on osa päivittäistoimintaa. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 127, 177, 187, 189)

### **3.1.2 Potilaan hoitoon liittyvät saattohoidon laatuksiteerit**

Hoitavan yksikön tulee tehdä saattohoitosuunnitelma hoitoneuvottelussa yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelman tulee olla yksilöllinen ja sen päämäärä perustuu potilaan hoitotahtoon. Potilaan hoitotahdon tulee olla ajantasainen ja sen tulee olla hoitohenkilökunnan tiedossa. Hoitavan yksikön tulee huolehtia, että loppuvaiheen hoitosuunnitelman olemassaolo ja päivittämispäivämäärät kirjataan kriittisiin asiakirjoihin ja on löydettävissä kaikissa potilaan käyttämissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä. Palliatiivinen hoitolinjauus tulee myös kirjata viimeistään, kun potilas on kuolemaan johtavien sairauksien lisäksi myös menettänyt toimintakykynsä. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 123, 125, 186) Hoitosuunnitelmasta ja siihen liittyvistä laatuksiteereistä on kerrottu laajemmin luvussa 2.1.

Saattohoidossa yksityisyys ja oma rauha läheisten kanssa ovat usein tärkeitä kuolemaa lähestyvälle potilaalle. Yksityisyys ja oma huone pitää mahdollistaa potilaalle hänen niin

halutessaan viimeistään saattohoitovaiheessa. Myös läheisten yöpyminen potilaan luona tulee mahdollistaa tarvittaessa. Läheisten tulee olla tietoisia potilaan voinnista, lääketieteellisestä tilanteesta ja ennusteesta potilaan niin salliessa. Tiedon saanti ja hoitosuunnitelman laatiminen edellyttävät, että omaisen on täytynyt osallistua hoitoneuvotteluihin, joissa häntä on kuultu potilaan edustajana ja omaisena. Hoitohenkilökunnalla tulee olla omaisen tiedonsaantitoiveet koskien potilaan mahdollisia tilan muutoksia. Saattohoitoon myös kuuluu suruaikana yhteydenotot omaisiin. Hoitohenkilökunnan tulee myös ymmärtää omaisen tuen tarpeen ja vastata siihen parhaalla mahdollisella tavalla. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, ss. 124, 129–130)

### **3.2 Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoito**

Saattohoidossa tulee ottaa huomioon potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet, jolloin hoito on kokonaisvaltaista. Psyykkisten oireiden tunnistaminen ja huomioiminen on tärkeä osa saattohoitoa, sillä ne heikentävät elämänlaatua huomattavasti. (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019, s. 339; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019). Psykososiaalinen tuki on kuuntelua ja keskustelua sekä tarvittaessa myös lääkehoitoa (Hänninen, 2018, s. 104). Potilaan eksistentiaaliseen kärsimykseen liittyvät kokemus sairaasta kehosta, voimattomuus sekä tulevaisuuden puuttuminen ja hyvästien jättäminen (Haho, 2017, s. 1704). Osalle potilaista myös hengellisyys eli sisäinen kiinnostus jumaluutta tai korkeampaa voimaa kohtaan on merkityksellistä elämän viime metreillä. Eksistentiaaliseen kärsimykseen ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen on osa hoitotyötä. (Muurinen, Sipola & Vainio, 2018, s. 140) Tässä opinnäytetyössä keskitymme kertomaan enemmän saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoidosta, lääkehoidosta sekä kivunhoidosta.

#### **3.2.1 Saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoito**

Potilaan sairauteen liittyvät kärsimykset muuttuvat kuoleman lähestyessä. Kuolemaan johtavan sairauden diagnoosihetkellä vaivanneet oireet eivät välttämättä enää häiritse potilasta, kun kuoleman lähestyessä oirekuva muuttuu. (Hänninen, 2015, ss. 36–37) Kuolevan potilaan tavallisimpia oireita ovat kipu, hengitystieoireet sekä maha- ja

suolisto-oireet. Elämän loppuvaiheessa yleisiä oireita ovat myös kuivuminen, ruokahaluttomuus, poikkeava uupumus eli fatiikki, äkillinen sekavuus sekä psyykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistuneisuus. (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019) Oirekuvan merkittävin muutos on kivun väheneminen ja sekavuuden lisääntyminen kuolemaa edeltävinä päivinä, johon vaikuttaa viimeisten päivien vähäinen ja jopa olematon ravinnon ja nesteiden nauttiminen (Hänninen, 2015, s. 37).

Lääkehoidon tarpeellisuutta arvioidaan yksilöllisesti oireiden ja kliinisten löydösten perusteella. Laboratorioarvot eivät enää saattohoitovaiheessa ole merkittäviä, jolloin niitä ei ole enää syytä tutkia tai hoitaa, elleivät ne ole tärkeitä oirehoidon mittareita. (Poukka & Korhonen, 2015, s. 259) Myös verenpaineen, lämmön ja happikylläisyyden mittaus lopetetaan tarpeettomina ja huomio kiinnitetään itse potilaaseen erilaisten mittauservojen sijasta. Kaikkea ylimääräistä tulee välttää sekä rutiineiksikin muodostuneita jokapäiväisiä toimenpiteitä on harkittava. Saattohoidossa tavoitteena onkin tilanteen rauhoittaminen ja toimenpiteiden sijaan hoitaminen muuttuu läsnäoloksi, keskusteluksi ja kuunteluksi. (Korhonen & Poukka, 2013)

### **3.2.2 Saattohoitopotilaan lääkehoito**

Saattohoidossa potilaiden oireiden hoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin muussakin oirehoidossa. Hiipuvien elintoimintojen aiheuttamat muutokset lääkeainemetaboliassa aiheuttavat kuitenkin haasteita saattohoitopotilailla. Hoidon tavoitteena on silloisten oireiden lievitys, eikä mahdollisilla pitkäaikaisilla haittavaikutuksilla ole enää merkitystä. Kaikella lääkehoidolla tulee olla oireita lievittävä vaikutus ja lääkehoidon hyötyjen tulee olla mahdollisia haittavaikutuksia selvästi suurempia. (Poukka & Korhonen, 2015, s. 259)

Lääkkeiden tarkoituksenmukaisuutta tulee arvioida säännöllisesti ja esimerkiksi sairauksia ehkäiseviä lääkityksiä voidaan usein purkaa tarpeettomina. (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019) Kokonaisvaltainen oirearvio ja lääkehoidon vasteen arviointi on tärkeä tehdä useita kertoja päivässä. (Poukka & Korhonen, 2015, s. 259)

Vitamiinit ja hivenaineet, osteoporoosilääkkeet sekä kolesterolilääkkeet yleensä lopetetaan jo varhain kuolemaan johtavan sairauden edetessä. Yleensä myös muita lääkkeitä, kuten

verenpainelääkkeitä ja rytmihäiriölääkkeitä vähennetään tai lopetetaan sairauden edetessä. Aiemmista lääkkeistä jatketaan kipu- ja pahoinvointilääkkeitä sekä anksiolyyttejä. (Poukka & Korhonen, 2015, s. 259) Antibioottihoitoja annetaan saattohoidossa olevalle potilaalle vain, jos sillä on merkitystä potilasta haittaavien oireiden kannalta (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019). Lääkelistaa karsittaessa on hyvä huomioida myös omaisia ja selittää heille syyt, miksi ja miten lääkelistaan tehdään muutoksia, koska usein omaiset ovat pitkään huolehtineet potilaan lääkityksestä (Korhonen & Poukka, 2013).

Saattohoitopotilailla lääkkeet pyritään antamaan suun kautta niin kauan kuin se on mahdollista, jolloin voidaan välttää pistäminen ja häiritsevät letkut. Tarvittaessa lääkkeiden antotapaa vaihdetaan. Monet potilaat pystyvät liuosmuotoisena ottamaan lääkkeet suun kautta hyvin lähelle kuolemaansa, mutta usein viimeisinä päivinä tarvitaan muuta antotapaa. Annostelureitin valintaan vaikuttavat potilaan kliininen tilanne, toivomukset, käytettyjen lääkkeiden luonne ja hoitopaikan tekniset mahdollisuudet. Tarvittaessa antotapa voidaan vaihtaa ihonalaiseen lääkannostelijaan tai nopeimmin vaikuttavaan laskimoon annettavaan lääkitykseen, jos hoitopaikassa on mahdollista niitä toteuttaa. (Poukka & Korhonen, 2015, ss. 259–260)

Saattohoitopotilaan tila voi muuttua nopeasti, vaikka oireet olisivatkin hyvin hallinnassa. Äkillisten tilanteiden varalle kaikille potilaille määrätään säännöllisen lääkityksen rinnalle tarvittavat lääkkeet hankalimpien oireiden, kuten kipujen, levottomuuden, kouristusten ja limaisuuden varalle. Jos epäillään, että potilas voi menehtyä äkillisesti, potilaalle määrätään varalle niin sanottu katastrofilääkitys. Tällainen lääkitys kattaa riittävän annoksen opioideja ja bentsodiatsepiinia nopeaa sedaatiota eli rauhoitusta varten. Näin voidaan varmistaa riittävä oireiden hoito nopeasti ja minimoidaan potilaan kärsimys. (Poukka & Korhonen, 2015, s. 260)

### **3.2.3 Saattohoitopotilaan kivunhoito**

Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kipua esiintyy yleisesti esimerkiksi loppuvaiheen syövässä, sydänsairauksissa, keuhkohtaumataudissa ja munuaissairauksissa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019) Potilaan hoitamaton ja jatkuva kipu vaikuttaa suuresti potilaan psyykkiseen ja

fyysiseen hyvinvointiin, heikentää yöunia ja ruokahalua sekä huonontaa toimintakykyä, joka lisää kaatumisriskiä. (Peake, 2020; Heiskanen, Hamunen & Hirvonen, 2013, s. 385). On hyvä myös muistaa, että potilas tuntee kipua, vaikka hänen tajunnantasonsa olisikin alentunut (Poukka & Korhonen, 2015, s. 260).

Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat perusedellytyksiä hyvälle saattohoidolle (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019). Hoitaja tuntee potilaan yleensä parhaiten sekä on hänen asianajajansa. Hänen tehtävänä on havaita potilaan kipua ja sen muutokset sekä ilmoittaa niistä lääkärille. Hoitajan tulee osata käyttää ainakin yhtä kivun voimakkuuden mittaria ja osata varmistaa samaa mittaria käyttäen, oliko annetusta lääkkeestä riittävästi apua. (Tasmuth, 2018, s. 38) Kivun voimakkuus, vaikutus toimintakykyyn, mielialaan ja nukkumiseen, kivun luonne, sijainti sekä esiintymisaika tulee kirjata tarkasti potilaan asiakirjoihin (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019).

Saattohoitopotilaan kivun hallinta toteutuu yleensä hyvin, kun noudatetaan yksinkertaisia periaatteita kipulääkityksen portaittaisessa tehostamisessa kivun voimakkuuden mukaan eikä vahvojen opioidien annon aloittamista viivytellä. Kivun hoidossa tavoitteena on löytää jokaiselle potilaalle tehokas kipulääkeannos sekä samalla pitää lääkkeiden haittavaikutukset hallinnassa. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen, 2013, s. 385)

Yleensä potilaan lääkitystä jatketaan saattohoidossa entisellä annoksella tai entistä vastaavalla annoksella toista annostelureittiä käyttäen, jos potilaalla on käytössä säännöllinen kipulääkitys ja kivut ovat hallinnassa. (Poukka & Korhonen, 2015, s. 260) Lieviin kipuihin yleensä riittää peruslääkkeeksi ibuprofeeni tai paracetamoli tavanomaisina annoksina. Kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun voidaan ibuprofeenin ja paracetamolien rinnalle lisätä vahva opioidi, kuten morfiini. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen, 2013, s. 386) Kuitenkin ensisijaisesti saattohoitopotilaan kivunhoidossa käytetään aina vahvoja opioideja (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019).

Potilaalle voidaan vaihtaa ihonalainen annostelureitti, jos nieleminen ei enää onnistu. Ihonalaisella lääkeannostelijalla voidaan potilaalle antaa koko vuorokauden

kipulääkitys ja tarvittavat lisäannokset, jolloin muut opioidit lopetetaan. Lääkeannostelijaa voidaan käyttää kaikissa hoitopaikoissa sekä kotona, jos hoitohenkilökunta on perehtynyt lääkeannostelijan käyttöön. Annostelijan lääkeannosta laskettaessa on otettava huomioon kaikki edellisenä vuorokautena annetut opioidit. Jos potilaan ennuste on liian lyhyt, voidaan ihonalainen lääkitys toteuttaa kertainjektiona tai letkullisen siipineulan kautta neljän tunnin välein sekä lisäksi tarvittaessa. (Poukka & Korhonen, 2015, ss. 260, 262)

Joskus saattohoitopotilaiden kipua ei saada hallintaan tavanomaisin menetelmin, jolloin joudutaan turvautumaan invasiivisempiin kivunhoitokeinoihin. Kyseessä voi olla vaikeasti hallittava alueellinen kipu tai vaikea neuropaattinen kipu. Tällaisia invasiivisiä kivunhoitokeinoja ovat opioidien intratekaalinen ja epiduraalinen annostelu sekä hermoblokadit. (Poukka & Korhonen, 2015, s.

262) Tällaisia invasiivisiä kivunhoitokeinoja käytetään kuitenkin lähinnä erikoissairaanhoidossa (Haanpää, 2007).

Kipua hoidettaessa on syytä muistaa, että kipukokemus koostuu fyysisen kivun lisäksi psyykkisestä, sosiaalisesta ja eksistentiaalisesta kivusta. Tällöin kaikkea kipua ei voida hoitaa opioideilla. Kipujen taustalla voi olla esimerkiksi kuiva suu, johon auttaa säännöllinen suunhoito ja kosteutus sekä painehaavan kipuihin auttaa asennonvaihdot, puuduttavat geelit ja antidecubitus-patja eli painehaavapatja. (Poukka & Korhonen, 2015, s. 262) Myös lämpö- ja kylmäpussit, hieronta sekä rentouttava musiikki ovat hyviä lääkkeettömiä kivunhoidon keinoja. Läheisten sekä hoitajan läsnäolo voivat myös olla avuksi potilaan kipuihin. (Tasmuth, 2018, s. 38) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käypä hoito – suosituksessakin (2019) korostetaan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä lääkehoidon rinnalla.

Kivunhoito ei kuitenkaan joka paikassa aina onnistu parhaimmalla mahdollisella tavalla, sillä Valviraan tulleissa saattohoidon kanteluissa yleisin syy on saattohoidossa olevan potilaan kipulääkityksen riittämättömyys. (Anttila, n.d., ss. 10–12) Sairaanhoidotalon tekemässä kyselyssäkin on tullut ilmi, että riittävässä kivunhoidossa on puutteita (Virta, 2019, s. 7). Ongelmia kivunhoidossa voi ilmetä jo siinä, ettei esimerkiksi muistisairaahan potilaan kipua tunnisteta, kun kipu ilmenee sekavuutena ja levottomuutena (Peake, 2020). Joissakin Valviralle saapuneissa kanteluissa tulee ilmi, että potilaan kivun

voimakkuutta ei ole kysytty tai seurattu. Osa lääkäreistä ja hoitajista ovat pelänneet antaa vahvoja opioideja, koska ne voivat aiheuttaa lääkeriippuvuutta potilaalle. Saattohoidossa olevan potilaan kohdalla lääkeriippuvuuden pelkääminen onkin epäasianmukaista. (Anttila, n.d., ss. 10–12) Ongelmia ilmenee usein myös siinä, että opioidien pelätään lyhentävän saattohoidossa olevan elinaikaa ja tämä asenne heijastuu myös omaisille (Peake, 2020). Kanteluiden kohdalla kyse on kuitenkin usein siitä, että omaiset eivät ole saaneet riittävästi informaatiota potilaan lääkehoidon perusteista, hyödyistä ja haitoista. (Anttila, n.d., ss. 10–12)

### **3.3 Hoitajan rooli saattohoidossa**

Terveystieteiden ammattilaisten koulutuksen tulisi syventyä entistä enemmän vuorovaikutustaitoihin sekä läsnäolokykyyn, koska kuolevan potilaan sekä hänen läheistensä kohtaaminen vaatii taitoa aitoon läsnäoloon. Edellä mainittujen asioiden lisäksi mahdollisuus keskustella työssään kohtaamista haastavista tilanteista olisi tärkeää, jotta hoitajien ammatillisuus sekä elämän loppuvaiheen hoitotyön laatu vahvistuisivat. (Terkamo-Moisio, 2018, s. 35) Saattohoitokouluttaja Miia Salosen mukaan työnohjauksen tulisi olla itsestään selvä osa terveydenhuollon palveluja ja jokaisella saattohoitotyötä tekevällä tulisi olla oikeus työnohjaukseen. Taustalla tulee aina olla ajatus, että työnohjaus aloitetaan työyhteisössä ennen kuin kyseessä on kriisi. (Agge, 2018, s. 28) Kaikissa työpaikoissa työnohjauksellisen keskustelun toteutuminen ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 205).

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys on laatinut palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit, joissa edellytetään hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa, esimerkiksi lohduttamista, kuuntelua, läsnäoloa, kuulemista ja rauhoittamista. Myös potilaan oireiden helpottaminen lääkehoidon- sekä lääkkeettömän hoidon avulla ovat asioita, joita hoitotyön asiantuntijan tulee osata. Hoitajan tulee myös kannustaa potilasta toimimaan parhaansa mukaan ja pyrkiä kuulemaan sekä toteuttamaan hänen toiveitaan mahdollisuuksien mukaan loppuun saakka. (Surakka ym., 2015, s. 9) Saattohoitoa toteuttavalla hoitajalla on oltava vahva kliininen osaaminen ammattitaitonsa perustana. Kuolevan potilaan hoidossa kliinisten toimenpiteiden suorittamista ei saa pelätä, vaan ne tulee suorittaa niin kuin muidenkin potilaiden kohdalla. (Törmä, 2010, s. 33)

Empatia sekä välittäminen ovat oleellisessa osassa saattohoitoa toteuttavan hoitajan työssä. Sosiaaliset taidot, hyvä itsetuntemus sekä hoitajien välinen kollegiaalisuus ovat myös tärkeässä osassa onnistunutta saattohoitotyötä. (Törmä, 2010, ss. 33, 35) Hoitajan tulee ymmärtää kuolevan potilaan kunnioittamisen ja itsemääräämisoikeuden vahvistamisen tärkeys. Oleellista on myös muistaa se, että vaikka kuolema tuntuisi hoitajan näkökulmasta jo arkipäiväiseltä, se ei koskaan ole arkipäiväistä potilaan tai hänen läheistensä näkökulmasta. Tämän vuoksi saattohoitovaihe on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllinen ja tämän vuoksi erilainen. (Surakka ym., 2015, s. 10) Hoitajan tulisi aika ajoin pysähtyä miettimään omaa toimintaansa ja pohtia, toteuttaako hän potilaan hoitoa vain rutiinilla, vai pyrkiikö toteuttamaan mahdollisimman hyvää ja potilaskohtaista vuorovaikutusta (Surakka ym., 2015, s. 10).

Hoitajan on ehdottoman tärkeää kommunikoida saattohoidossa olevien potilaiden ja heidän läheistensä kanssa sekä osoittaa sanoillaan ja teoillaan, että avun tarjoaminen ei lopu, vaikka päätös saattohoidosta olisikin tehty. Kommunikaatio potilaan ja hänen läheistensä kanssa auttaa myös saamaan selkeämmän käsityksen potilaan tarpeista, jolloin hoitaja voi auttaa potilasta kuolemaan hyvin. (Perrin, 2014, ss. 169, 184) Vaikka saattohoidossa oleva potilas ei enää vastaisi, on silti tärkeää olla potilaalle läsnä ja puhua hänelle. Jos sanoja ei ole, potilaalle voidaan kommunikoida niillä keinoilla, joita on vielä käytössä. Katsekontakti, ilmeet ja kosketus kertovat sen, mitä sanoilla ei voi tuoda esiin. (Muistiliitto, 2016, s. 15)

Palliatiivisen hoitotyön tunnepitoisuus on myös haasteena hoitajan ammatillisuudelle, koska hänen pitää tukea potilasta ja hänen läheisiään raskaiden asioiden edessä, mutta samalla myös käsitellä omia tunteitaan. Hoitaja ei saisi ajatella potilaan elämää ja hoitoa omasta näkökulmastaan, vaan hänen tulisi toimia potilaan omien toiveiden mukaisesti. On tärkeää muistaa, että potilaan kärsimyksestä johtuva hoitajan oma ahdistus ei ole ammattitaidon puutetta eikä esteenä hyvälle hoidolle. Hoitajan tulee kuitenkin pystyä käsittelemään omaa ahdistustaan ja oppia sietämään sitä. Säännöllinen ja ammattitaitoinen työnohjaus on oleellisessa asemassa hoitajan oman jaksamisen tukemisessa (Surakka ym., 2015, ss. 12, 93).



## 4 Elämän loppuvaiheen hoito vuodeosastolla

Sarivaaran, Lämsän ja Seppälän toteuttaman tutkimuksen (2018, ss. 4, 6) mukaan toiminnalliset, ajalliset ja tilalliset rakenteet vaikuttavat oleellisesti siihen, millaista hoitoa kuolevalle potilaalle voidaan vuodeosastolla järjestää. Saattohoitopotilaiden hoito on yksi vuodeosastojen tehtävistä, mutta sen toteuttamiseen mahdollisimman hyvin liittyy haasteita edellä mainituissa osa-alueissa. Tutkimuksessa ilmenee myös, että Suomesta puuttuu ajankohtaista tutkimustietoa terveyskeskusten vuodeosastojen valmiuksista toimia saattohoitosuosituksen mukaisesti.

### 4.1 Saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa huomiointi

Varsinkin yksityisten tilojen puute on suuri haaste vuodeosastolla toteutettavassa saattohoidossa. Osastoilla ei yleensä ole montaa yhden hengen potilashuonetta, joten lähestyvä kuolemakaan ei välttämättä takaa potilaan pääsyä yksityiseen huoneeseen. Tämä vaikeuttaa hyvän saattohoidon toteuttamista ja rauhallisten viimeisten päivien tai hetkien tarjoamista potilaalle. Usean hengen huoneessa oleminen voi olla raskasta myös muille potilaille sekä kuolevan potilaan omaisille. Muut potilaat saattavat ahdistua jatkuvasta kuolevan potilaan omaisten läsnäolosta sekä lähestyvistä kuolemasta heidän ollessa itsekkin kipeitä. Tämä vaatii hoitajilta eri potilaiden tarpeiden ymmärtämistä ja taitoa reagoida niihin nopeastikin. Vuodeosastolla ei välttämättä myöskään ole tarjota omaisille erillistä tilaa, jossa he voisivat levätä. (Sarivaara, Lämsä & Seppälä, 2018, ss. 7–8)

Lesosen tekemän pro gradu –tutkielman (2019, ss. 20–22) mukaan hoitajat kokevat, että omaisten tukeminen ja huomiointi vie jopa enemmän aikaa kuin saattohoidossa olevien potilaiden. Omaisia pyritään kuitenkin huomioimaan aina mahdollisuuksien mukaan ja samalla huolehtimaan myös heidän jaksamisestaan. Pro gradu –tutkielman tulosten mukaan vuodeosastoilla pyrittiin järjestämään oma huone jokaiselle saattohoitopotilaalle, vaikka joissakin terveyskeskuksissa yhden hengen huoneita on vähän tai niitä käytetään eristyshuoneina. Potilaille ja omaisille pyrittiin kuitenkin järjestämään mahdollisimman viihtyisä ja rauhallinen tila.

Lipposen ja Karvisen artikkelissa (2015, s. 157) tulee ilmi, että vuonna 2012 tehdyn Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina -tutkimuksen mukaan laitos- ja kotihoidossa työskentelevät ammattilaiset kokivat omaisten kohtaamisen yhdeksi haastavimmaksi osaksi saattohoitotyötä. Omaisten hoitajille kohdistamat toiveet liittyen potilaan hoitoon saattoivat olla ristiriidassa potilaan omien mielipiteiden kanssa ja tällöin toiveet saattoivat olla jo epäinhimillisiä. Omaisten kohtaaminen koettiin vaikeaksi myös silloin, kun potilaan kuolema oli tapahtunut yllättäen.

#### **4.2 Hoitajien kiireen vaikutus riittävän läsnäolon toteuttamiseen**

Riittämättömät resurssit heijastuvat myös potilaiden sekä omaisten kohtaamiseen. Organisaatioilta edellytetään riittävästi resursseja, jotta kohtaamiset tapahtuisivat inhimillisellä ja lämpimällä otteella yksilölliset tarpeet huomioiden. (Virta, 2019, s. 7) Yksi resursseihin liittyvä haaste vuodeosastoilla onkin hoitajien ajan riittämättömyys sekä tähän liittyvä kiire. Hoitajat kokevat hoitotyössä korostuvan erityisesti fyysisen puolen, koska perushoito vie suuren osan työajasta. Välillä aikaa on vain välttämättömiin hoitotoimenpiteisiin ja tämän vuoksi osa potilaista joutuu kuolemaan täysin yksin. Tutkimuksessa ilmeni myös, että vaikka hoitajille järjestetään koulutuksia saattohoitoon ja erityisesti potilaan ja hänen läheistensä psykososiaaliseen tukemiseen, sen käytännön toteuttamiseen ei juuri jää aikaa. Kuoleman ottaminen puheeksi ei tunnu luontevalta kesken hoitotoimien tai jos ylimääräistä aikaa ei juurikaan ole. Hoitajat kokevat syyllisyyttä ja stressiä siitä, ettei potilaiden psyykkisiin tarpeisiin jää juuri aikaa fyysistä tarpeista huolehtimisen ohella. (Sarivaara, Lämsä & Seppälä, 2018, ss. 9–10) Hoitajat kokevat, että luottamuksen rakentuminen, aito läsnäolo sekä keskustelut potilaiden kanssa eivät toteudu hoitajien haluamalla tavalla (Lesonen, 2019, s. 29).

Potilaiden huomiointi ja laadukkaan hoidon toteuttaminen koettiin vaikeammaksi silloin, jos osastolla oli samanaikaisesti useampia saattohoitopotilaita hoidettavana. Potilaan ahdistuksen helpottaminen, toivon ylläpitäminen sekä yksilöllisen saattohoidon toteuttaminen hankaloituu, jos hoitajilla on kiire. Vastauksista nousi esille, että hoitajien resurssien vuoksi potilaiden laadukkaaseen sekä kokonaisvaltaiseen tukemiseen ei jäänyt tarpeeksi aikaa. (Lipponen & Karvinen, 2015, s. 157) Törmän artikkelissa (2010 s.

35) mainitaan, että Saattohoidon koulutus-, tutkimus- ja kehittämisprojektiin 2006-2008 osallistuneiden vastaajien mukaan pienemmässä hoitokodissa saattohoidon toteuttaminen on yksilöllisempää ja potilaiden kohtaamiseen on enemmän aikaa, kuin ison sairaalan vuodeosastolla.

Hävölän, Kylmän ja Rantasen Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina -tutkimuksessa (2015) korostetaan saattohoitotyötä toteuttavan hoitajan roolia potilaan toivon löytymisessä, ilmaisemisessa sekä sen vahvistamisessa. Potilaan läheisten tukeminen liittyy myös oleellisesti potilaan toivoon sekä läheisten omaan selviytymiseen. Tutkimuksessa ilmeni myös, että hoitajat kokivat potilaiden toiveiden olevan usein pieniä, mutta ne olivat potilaille sitäkin tärkeämpiä. Hoitajilla on merkittävä rooli keskusteluyhteyden avaamisessa potilaiden kanssa, heidän toiveidensa kuuntelussa sekä niiden toteuttamisessa mahdollisuuksien mukaan. Ylilääkäri Juha Lehdon (Mäkinen, 2019, s. 12) mukaan saattohoidosta potilaan kanssa puhumiseen kannattaa valmistautua kuin vaativaan leikkaukseen. Vaikka siihen kuluisi monelta ammattilaiselta paljon aikaa, se kuitenkin maksaa itsensä takaisin. (Mäkinen, 2019, s. 12)

#### **4.3 Saattohoitoon liittyvän lisäkoulutuksen tarve**

Sairaanhoitajaliiton kyselyn mukaan suurin osa sairaanhoitajista kokee tarvitsevänsä lisäkoulutusta saattohoitoon liittyen (Virta, 2019, s. 7). ETENEn kannanotossa eutanasiaan (2017) mainitaan, että potilaiden hoidon yhdenvertaisuus niin palliativisessa- kuin saattohoidossakin on varmistettava nykyistä paremmin terveydenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutusten avulla. Hyvä lisäkoulutuskaan ei kuitenkaan takaa saattohoidon hyvää laatua, elleivät saattohoitosuosituksat ja yhdessä sovitut toimintamallit ole organisaatioissa käytössä. (Virta, 2019, s. 7)

Lesosen tekemän pro gradu -tutkielman (2019, s. 29) mukaan hoitajat toivovat kaikille työntekijöille järjestettäviä saattohoitokoulutuksia, ei vain saattohoitovastaaville. Myös yhtenäinen linja lääkäreiden ja hoitajien saattohoitokoulutuksessa sekä lisäkoulutuksen tarve potilaan kohtaamisen keinoista sekä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä nousivat toivotuiksi asioiksi.

Lipposen ja Karvisen artikkelissa (2015, ss. 156–158) käsiteltyjen tulosten mukaan saattohoidon toteuttamisen vaatavuutta lisää useilta eri erikoisaloilta tulevat potilaat. Laitos- ja kotihoidossa työskentelevät hoitajat sekä lääkärit kaipaivat lisäkoulutusta tähän liittyen, mutta koulutusta kaivattiin myös saattohoitopotilaan kivun- sekä oireenmukaisen hoidon toteuttamiseen. Vastaajat kaipaivat myös yleisesti koulutusta saattohoitoon liittyen, jotta jokainen potilas saisi laadukasta hoitoa. Koulutuksen tarvetta koettiin myös omaisten kohtaamiseen sekä potilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen ja esimerkiksi potilaan ahdistuksen lievittämiseen eri keinoin.

Keväällä 2020 perustason hoitajille otetaan käyttöön verkossa suoritettava Saattohoitopassi (Mäkinen, 2020, s. 44). Tämän verkkokoulutuksen tavoitteena on vahvistaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista eri yksiköissä. Saattohoitopassi-verkkokoulutus on osa palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusta perustason yksiköissä, joissa hoidetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaita. Koulutus ei kuitenkaan korvaa täydennyskoulutusta, vaan on osa sitä ja näin ollen edesauttaa yhtenäistämään palliatiivisen hoidon osaamista valtakunnallisesti. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät, 2019a, s. 177)

Saattohoidon koulutuksessa on yleisesti puutteita ja opetuksen määrä vaihtelee suuresti eri oppilaitosten välillä (Virta, 2019, s. 7; Terkamo-Moisio, 2018, s.

35). Sairaanhoitajakoulutuksessakaan saattohoitoon liittyviä opintoja ei ole riittävästi (Virta, 2019, s. 7). Opetus ja kulttuuriministeriön rahoittamassa Edupal-hankkeessa pyritään kehittämään palliatiivisen osaamisen koulutusta korkeakouluissa. Hanke on tarkoitus toteuttaa vuosina 2018–2021. (Edupal, n.d.) Edupal-kärkihankkeen myötä tammikuussa 2020 alkoi sairaanhoitajille 30 opintopisteen erikoistumiskoulutus saattohoidosta useassa ammattikorkeakoulussa. Suunnitteilla on myös ylemmän ammattikorkeakoulun koulutusta. (Mäkinen, 2019, s. 12)

#### **4.4 Kuolemasta puhuminen potilaan, omaisten sekä työyhteisön kanssa**

Hoitajat kertoivat osastoiden toimintarakenteiden myös vaikuttavan hyvän saattohoidon toteuttamiseen. Kuolemasta vaietaan ja se otetaan puheeksi usein vasta potilaan viime hetkillä. Potilas saattaa tällöin jo olla lähes tiedottomassa tilassa. Hoitajat kokevat, että DNR-päätöksestä keskustellaan potilaan ja omaisten kanssa paljon useammin kuin

hoitolinjauksista tai saattohoitoon siirtymisestä. Potilaiden myöhäinen siirtäminen terveydenhuoltoyksiköiden välillä on myös ongelma ja vaikeuttaa potilaiden hyvää hoitoa. Työyhteisön väliset keskustelut kuolemasta tai haastavista tilanteista olivat myös vähäisiä, eikä kaikilla osastoilla ollut mahdollisuutta työnohjaukseen. (Sarivaara, Lämsä & Seppälä, 2018, ss. 10–13)

Varsinkin nuoret hoitajat sekä lääkärit kertoivat kokevansa ahdistusta sekä avuttomuuden tunteita kohdatessaan ja hoitaessaan kuolevaa potilasta. Mahdollisuutta puhua omista kokemuksistaan työyhteisön sisällä sekä työnohjauksen piirissä pidettiin tärkeänä osana saattohoitotyötä. Työntekijän oman sekä työyhteisön jaksamisen ylläpitämiseen toivottiin myös lisäkoulutusmahdollisuutta. (Lipponen & Karvinen, 2015, s. 158)

Lesosen pro gradu -tutkielman (2019, s. 34) sekä Sairaanhoidajaliiton tekemän kyselyn (Virta, 2019, s. 7) mukaan hoitajat kokivat palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisen olevan usein myöhässä potilaan vointiin nähden. Vaikeasti sairaan potilaan hoidon linjauksia ja saattohoitopäätöksiä tehdään myös liian vähän sekä hoitosuunnitelmat ovat usein puutteellisia (Virta, 2019, s. 7). Ajoissa tehdyt hoitopäätökset sekä omaisten kanssa keskustelu olisivat tärkeä osa hyvän saattohoidon toteutumista. Hoitajat kokevat, että kuolemasta puhuminen sen lähestyessä on haastavaa ajan ja yksityisyyden puutteen sekä potilaiden ja omaisten asian kieltämisen vuoksi. Omaiset pitäisikin saada ymmärtämään saattohoidon tarkoitus ja hyöty potilaan voinnille. (Lesonen, 2019, s. 34)

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoidajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta työpaikallaan. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa saattohoidon toteutumisesta vuodeosastoilla. Tavoitteena on myös saada tietoa vuodeosastoilla toteutettavan saattohoidon laadusta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksellisen opinnäytetyön tuottaman tiedon perusteella tilaaja saa mahdollisuuden kehittää toimintaansa ja tämän avulla osastoilla toteutettavaa saattohoitoa voidaan kehittää entistä laadukkaammaksi.

Tutkimuskysymykset, joihin opinnäytetyöllä haetaan vastauksia ovat:

- 1) Millaista on hyvä saattohoito sairaanhoitajien kuvaamana?
- 2) Miten vuodeosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat kokevat saattohoidon toteutuvan omassa työssään?
- 3) Miten sairaanhoitajat kehittäisivät saattohoidon toteutumista työpaikallaan?

## 6 Tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutus

Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä sovelletaan laadullista eli kvalitatiivista menetelmää, koska opinnäytetyössä halutaan saada syvällisempää tietoa sairaanhoitajien kokemuksista saattohoitoon liittyen. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset rakentuivat tämän halutun tavoitteen perusteella. Tutkimus on induktiivinen eli aineistolähtöinen, mikä tarkoittaa etenemistä yksittäisestä yleiseen (Kananen, 2010, s. 40). Tässä luvussa käsittelemme tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutusta. Kerromme laadullisesta tutkimuksesta, jota olemme hyödyntäneet opinnäytetyössämme, tutkimuksellisen opinnäytetyön kohderyhmästä sekä aineiston keruusta ja analyysistä.

### 6.1 Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus noudattaa yleisesti käytettyä tutkimuksen prosessikaaviota. Tutkimuksen tekeminen lähtee tutkimusongelmasta, josta prosessin edetessä muodostuu tutkimuskysymykset, joihin pyritään saamaan luotettavia vastauksia aineiston avulla. Tutkimusprosessi voidaan jakaa tutkimuksen suunnittelu-, tiedonkeruu-, analyysi- ja tulkintavaiheisiin. (Kananen, 2010, s. 36)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään hahmottamaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja se antaa vastauksia mitä-kysymyksiin. Tässä tutkimusmenetelmässä tutkittavia yksiköitä eli tutkimusobjekteja on yksi tai muutamia. Laadullisessa tutkimuksessa lähestymistapa on induktiivinen eli aineistolähtöinen. Tässä lähestymistavassa eteneminen tapahtuu yksittäisestä yleiseen eli yksittäisten tapausten avulla pyritään yleistykseen. Induktiivisessa

tutkimuksessa kerätään havaintoja ilmiöstä ja niistä tehdään yleistyksiä tai kehitetään teorioita. (Kananen, 2010, ss. 37, 38, 40)

Laadullinen tutkimus soveltuu parhaiten tilanteisiin, joissa ilmiöstä ei ole aiempaa tietoa, luodaan uusia teorioita tai halutaan saada ilmiöstä syvälinen näkemys ja hyvä kuvaus (Kananen, 2010, s. 41–42; Kananen, 2015, s. 71). Kvalitatiivinen tutkimus sopii jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusi näkökulma.

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, käsitysten tai tulkintojen tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, ss. 65–66) Näiden ilmiöiden kuvaaminen on mahdollista vain laadullisin keinoin eli tekstin avulla. Ilmiön sanallinen kuvaaminen on kokonaisvaltaisempaa ja helpompaa ymmärtää, mutta ei kuitenkaan ole yhtä tarkka kuin lukuihin perustuva määrällinen kuvaus. (Kananen, 2010, s. 42; Kananen, 2015, s. 71)

Laadullinen menetelmä valittiin opinnäytetyöhön, koska tekijät halusivat kuulla vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien omia kokemuksia, käsityksiä ja näkemyksiä saattohoidon toteutumisesta, jolloin määrällinen tutkimus ei olisi soveltunut tähän työhön. Sairaanhoitajien kokemusten perusteella pyrittiin saamaan tietoa saattohoidon laadusta juuri kyseisessä yksikössä. Kyseiseen yksikköön ei ole aiemmin tehty vastaavanlaista opinnäytetyötä, joten tutkimuksellisella opinnäytetyöllä pyrittiin saamaan uutta tietoa yksikön toiminnasta. Opinnäytetyössä pyrittiin yksittäisten kokemusten avulla saada yleistettyä kyselyn tulokset koko sairaalan vuodeosastoja koskeviksi. Laadullinen menetelmä sopi opinnäytetyöhön myös sen takia, että tarkoituksena oli saada syvälinen näkemys ja kokonaisvaltaisempi ymmärrys aiheesta.

## **6.2 Kohderyhmä**

Aineisto kerättiin erään sairaalan vuodeosastojen sairaanhoitajilta, joilla on kokemusta saattohoidon toteuttamisesta. Sairaalassa vuodeosastoja on kolme ja näillä osastoilla työskentelee yhteensä noin 50 sairaanhoitajaa. Kyselyyn pyrittiin saamaan osallistujia kaikilta kolmelta osastolta. Kriteerinä kyselyyn vastaamiselle oli työskentely jollakin näistä kolmesta osastosta. Tutkimuksellisen opinnäytetyön kohderyhmää ei tämän enempää rajattu, jotta tutkimusmateriaalia saataisiin riittävästi ja tulokset olisivat mahdollisimman

luotettavia. Yhtäkään vastaajaa ei suljettu etukäteen pois, joten tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön otantamenetelmänä oli kokonaisotos. Kokonaistutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jossa mielenkiinto kohdistuu koko perusjoukkoon, kuten kaikkiin jäseniin tai työntekijöihin (Jyväskylän yliopisto, 2015).

Osastojen sairaanhoitajat saivat oman halunsa ja mielenkiintonsa mukaan itse päättää, osallistuivatko kyselyyn. Pyrkimyksenä kuitenkin oli, että jokaiselta kolmelta osastolta kyselyyn vastaisi suurin piirtein yhtä monta sairaanhoitajaa. Opinnäytetyön tekijät lähettivät saatekirjeen sekä kyselylomakkeen sairaalan yhteyshenkilölle, joka välitti ne edelleen osastojen sairaanhoitajille. Tekijät pyrkivät laatimaan kyselylomakkeen siten, että vastaajien olisi mahdollista vastata siihen työajalla niin, ettei vastaaminen veisi liikaa aikaa varsinaisesta hoitotyöstä. Microsoft Forms -kyselyn muodostaman keskiarvon mukaan vastaajat käyttivät noin puoli tuntia aikaa kyselyyn vastaamiseen. Vastaajilla oli noin 1,5 kuukautta aikaa vastata kyselyyn. Opinnäytetyön tekijät lähettivät kaksi kertaa muistutusviestiä kyselyyn vastaamisesta, ja kyselyn aukioloa pidennettiin hieman alkuperäisestä suunnitelmasta.

### **6.3 Aineiston keruu**

Laadullisessa tutkimuksessa on useita mahdollisia aineistonkeruumenetelmiä. Aineistoa ei aina tarvitse myöskään kerätä itse, vaan tutkittavasta ilmiöstä voi olla olemassa jo ennestään kirjoitettua aineistoa. Tällaista valmista aineistoa, esimerkiksi päiväkirjoja tai elämänkertoja, kutsutaan sekundääriseksi aineistoksi. Primääriaineistoksi kutsutaan puolestaan tutkijan itse keräämää ja muodostamaa aineistoa, jota kerätään juuri kyseistä tutkimusta varten.

Primääriaineiston keruu tapahtuu kyselyjen, haastattelun tai havainnoinnin avulla (Kananen, 2015, s. 132). Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruu suoritettiin sähköisen Microsoft Forms -kyselyn avulla.

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on, että aineisto on yleistettävä, laadukas, tieteellinen sekä edustava. Tutkimuksen tarkoitus sekä laajuus vaikuttavat oleellisesti siihen, millainen on tutkimuksessa käytettävän otoksen suuruus. Vastaajien lukumäärä ei ole oleellisin asia, vaan otoksen keskiössä ovat vastaajien kokemukset. Pinnalliset tulokset kertovat siitä, että kerätty aineisto on ollut liian pieni. Kvalitatiivisten tutkimusten aineistot ovat usein pienempiä kuin kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimusten. (Kankkunen & Vehviläinen-



Julkunen, 2013, ss. 110–111) Kvalitatiivinen tutkimus ei tavoittele yleistettävyyttä, mutta sen yhteydessä puhutaan siirrettävyydestä eli vastaavista tutkimustuloksista samankaltaisissa tapauksissa (Kananen, 2010, s. 70).

Kyselytutkimuksessa kaikki vastaajat saavat samanlaisen lomakkeen, jolloin avoimen kyselyn lähettäjä olettaa, että vastaajat haluavat ja kykenevät ilmaisemaan itseään kirjallisesti tarkoittamallaan tavalla. Kyselytutkimuksessa vastaajat eivät ole vuorovaikutuksessa kyselyn lähettäjän kanssa, jolloin se ei ole yhtä joustava aineistonkeruumenetelmä kuin haastattelu. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, luku 3.1)

Kaikkien kyselylomakkeessa olevien kysymysten tulee liittyä oleellisesti tutkimuskysymyksiin. Kysymysten muotoilu ja laatu vaikuttaa suuresti tutkimuksen onnistumiseen ja luotettavuuteen. Jokaisen vastaajan tulee ymmärtää kysymys samalla tavalla eli kysymyksissä tulee käyttää yleiskielisiä ilmaisuja ja pyrkiä välttämään erikoistermien käyttöä. Varsinkin avoimissa kysymyksissä kysymystekstin muotoilu ja virheiden välttäminen ovat tärkeitä, koska tällöin valmiiksi annetut vastausvaihtoehdot eivät osoita, mihin kysymys liittyy. Virheiden välttämiseksi kyselylomake tulee testata ennen sen varsinaista käyttämistä. (Kananen, 2015, ss. 229–230)

Avoimet kysymykset voivat olla joko täysin avoimia- tai rajattuja kysymyksiä. Avoimien kysymysten etuina on vastaajien omanlaatuiset vastaukset, omien ilmaisujen käyttäminen sekä uusien tutkimattomien asioiden selvittäminen. Vastaukset voivat tuottaa tarkkaa tietoa kysytystä aiheesta ja paljastavat vastaajan tietämyksen, koska käytössä ei ole vastausvaihtoehtoja. (Kananen, 2015, ss. 232 –233)

Kyselylomake (liite 2) koostui kahdeksasta kysymyksestä, joihin pyrittiin saamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisia ja rehellisiä vastauksia. Kolme ensimmäistä kysymystä olivat suljettuja taustakysymyksiä ja loput viisi kysymystä avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyön tekijät laativat kysymykset perustuen opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin sekä teoriapohjaan. Kysymyksistä pyrittiin tekemään mahdollisimman yksinkertaisia ja selkeitä, jotta jokainen vastaaja ymmärtäisi kysymyksen samalla tavalla. Kyselylomake pidettiin mahdollisimman lyhyenä, jotta sairaanhoitajat pystyivät vastaamaan lomakkeessa oleviin kysymyksiin mahdollisimman laajasti. Kyselyyn vastaaminen tapahtui työajalla.

Sensitiivisen aiheen vuoksi kysymykset esitettiin kyselylomakkeen muodossa. Opinnäytetyön tekijät kokivat myös, että kyselylomakkeen mahdollistamat anonyymit vastaukset helpottivat tutkittavia vastaamaan kysymyksiin todenmukaisemmin. Vallitseva koronapandemia vaikutti osaltaan myös siihen, että tekijät päätyivät yhteisymmärryksessä yhteistyökumppanin kanssa suorittamaan aineistonkeruun kyselylomakkeen muodossa haastatteluiden sijaan.

Kyselylomake esiteltiin ennen varsinaista kyselyä ja esitestauksessa ilmi käyneet puutteet korjattiin lopulliseen lomakkeeseen. Esitestauksen suoritti eräällä osastolla työskentelevä hoitaja, joka toimii saattohoitovastaavana. Kyselyyn vastaamisen lisäksi hän luki opinnäytetyön teoriapohjan ja esitti siihen muutamia kehitysehdotuksia. Esitestauksen perusteella opinnäytetyön tekijät huomasivat, että muutaman kysymyksen muotoilua tuli muuttaa yksinkertaisemmaksi ja samalla muuttaa hieman sanamuotoja. Ennen kyselyä sairaanhoitajat saivat luettavakseen saatekirjeen (liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksellisen opinnäytetyön ja siihen liittyvän kyselyn toteuttamisesta. Linkki kyselyyn lähetettiin opinnäytetyön yhteyshenkilölle, joka lähetti sen edelleen vuodeosastojen sairaanhoitajille.

#### **6.4 Aineiston analyysi**

Sisällönanalyysiksi kutsutaan perusanalyysimenetelmää, jota voidaan käyttää kaikissa kvalitatiivisen tutkimuksen perinteissä. Monet kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, vaikka ne kulkisivatkin eri nimillä. Jyväskylän yliopiston filosofian laitoksen tutkija Timo Laine on esittänyt rungon laadullisen tutkimuksen analyysin etenemisestä. Pelkistettynä sisällönanalyysi alkaa siitä, että tutkija päättää, mikä kyseisessä aineistossa on kiinnostavaa. Toista vaihetta kutsutaan aineiston litteroinniksi ja koodaamiseksi, jolloin jäsennetään sitä, mitä tutkijan mielestä aineistossa käsitellään. Kolmannessa kohdassa aineistoa luokitellaan ja teemoitellaan, jolloin aineisto ryhmitellään erilaisten aihepiirien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, ss. 103–105)

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto voidaan analysoida aineisto- tai teorialähtöisesti. Myös näiden kahden menetelmän yhdistelmää voidaan käyttää (Kananen, 2015, s. 171).

Laadulliseen tutkimukseen liittyy induktiivinen analyysi eli yksittäisestä yleiseen etenevä

sekä deduktiivinen analyysi, joka tarkoittaa yleisestä yksittäiseen etenevää (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 107). Aineiston analyysiin sisältyy aineiston huolellinen lukeminen ja sen pohtiminen, tekstin järjestely sekä sen sisällön erittely ja jäsentäminen. Analyysi helpottaa aineiston tulkintaa ja samalla lisää sen informaatioarvoa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniikka, 2006) Aineiston avulla tutkijan tulisi saada selkeä ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä ja samalla saada vastaus tutkimuskysymykseen (Kananen, 2015, s. 161).

Tässä opinnäytetyössä kyselyn avulla saatu aineisto analysoitiin soveltamalla aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tällöin tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus valitsemalla analyysiyksiköt aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät siis ole etukäteen päätettyjä tai harkittuja. Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmillä havainnoilla tai tiedoilla ei tulisi olla mitään merkitystä analyysin tekemisen tai lopputuloksen kanssa, koska analyysin tulisi lähteä kerätystä aineistosta käsin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 108)

Ensimmäinen vaihe aineistolähtöistä sisällönanalyysia tehdessä on huolellinen aineistoon perehtyminen ja tämän jälkeen alkuperäisilmaisujen pelkistäminen eli redusointi. Tällöin aineistosta karsitaan pois kaikki tutkimukselle epäolennainen. Käytännössä pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi alleviivaamalla samaa kuvaavat ilmaisut samanvärisellä kynällä. Pelkistetyt ilmaukset listataan allekkain esimerkiksi eri paperille, kuitenkin kadottamatta mitään alkuperäisistä ilmauksista. Tämän vaiheen jälkeen seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi. Tällöin samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokiksi, jotka nimetään ryhmän sisältöä kuvaavasti. Ryhmien luokittelua jatketaan yhdistämällä alaluokkia yläluokiksi, joita edelleen yhdistelemällä muodostetaan pääluokkia. Ne nimetään aineistoa kuvaavasti. Tätä vaihetta seuraa vielä aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jolloin erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, ss. 122-126)

Opinnäytetyön tekijät aloittivat sisällönanalyysin tekemisen perehtymällä huolellisesti aineistoon ja lukemalla sen useaan otteeseen läpi. Seuraavaksi tekijät tulostivat vastaukset, jotta pystyivät leikkaamaan irti kaikki merkitykselliset ja kiinnostavat ilmaisut. Aineistosta tehtiin nostoja tutkimuskysymysten perusteella. Tekijät ryhmittelivät ilmaisut isoille papereille siten, että samaa aihetta käsittelevät ilmaisut olivat samassa ryhmässä. Tämän

ryhmittelyn perusteella he siirsivät ilmaukset tietokoneelle ja säilyttivät vastaukset edelleen omissa ryhmissään. Tekijät muodostivat taulukoita vastauksista, siten että yhdessä taulukossa käsiteltiin yhtä tutkimuskysymystä käsitteleviä vastauksia. Ensimmäisten versioiden huomattiin kuitenkin olevan liian moniosaisia ja sekavia, joten tekijät muodostivat uudet taulukot. Tekijät jatkoivat analysointia alkuperäisistä ilmauksista pelkistyksiin, alakategorioihin ja edelleen muodostivat yläkategoriat sekä pääluokat.

## 7 Tutkimustulokset

Opinnäytetyön kyselyn kohderyhmänä oli 50 vuodeosastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa ja kyselyyn vastasi heistä 13. Opinnäytetyön sähköinen kysely koostui kolmesta strukturoidusta kysymyksestä sekä viidestä avoimesta kysymyksestä. Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa sisällönanalyysiä käyttäen tulokset keskittyivät tutkimuskysymysten kannalta olennaisiin pääluokkiin, joiden mukaan tulokset ovat esitelty tässä työssä. Tutkimuksen sisällönanalyysia kuvaavat analyysikaaviot (kuvio 1. ja kuvio 2.), joissa näkyvät analyysin tuotoksena muotoutuneet pääluokat ja niihin liittyvät yläkategoriat. Kolmannessa analyysikaaviossa (kuvio 3.) vastaukset on poikkeuksellisesti esitelty yläkategorioina ja alakategorioina suppeampien vastausten vuoksi.

### 7.1 Sairaanhoitajien taustat saattohoitoon liittyen

Kyselylomakkeen alussa ennen varsinaisia avoimia kysymyksiä oli kolme suljettua taustakysymystä. Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin, miten kauan sairaanhoitajat ovat työskennelleet saattohoitopotilaiden parissa. Kaikista vastanneista sairaanhoitajista (13n) kahdeksan oli tehnyt saattohoitotyötä yli 10 vuotta, neljä 1–5 vuotta ja yksi 0–1 vuotta. Kukaan vastaajista ei ole työskennellyt saattohoidon parissa 5–10 vuotta. Kaikilla sairaanhoitajilla oli kuitenkin jonkun verran työkokemusta saattohoitotyöstä.

Toinen kysymys käsitteli sitä, ovatko sairaanhoitajat suorittaneet palliatiiviseen hoitoon liittyvää koulutusta. Kaikista vastanneista sairaanhoitajista seitsemän ei ole suorittanut

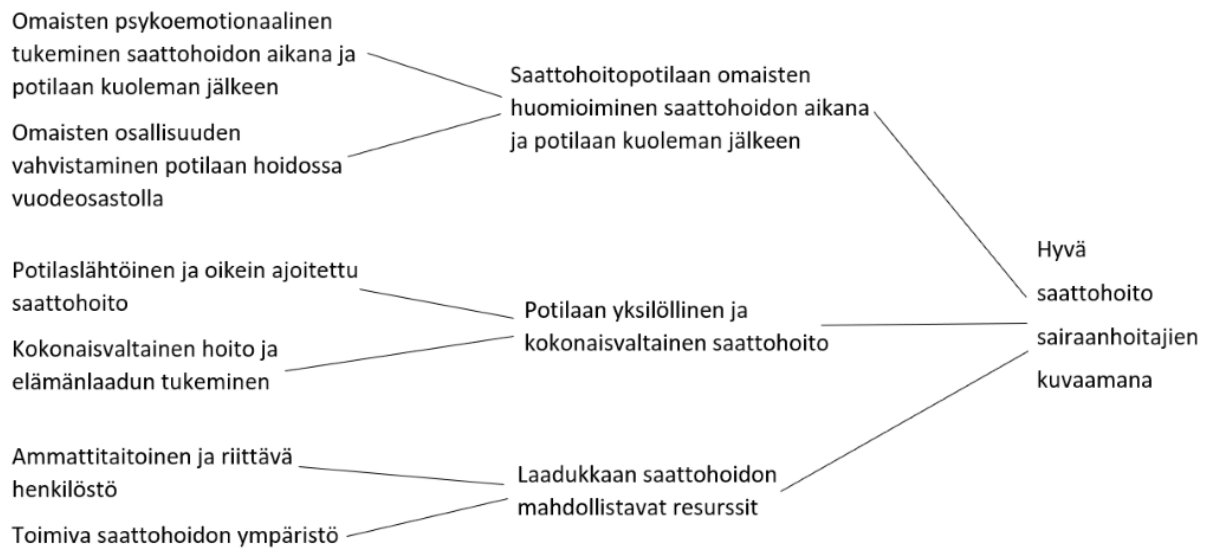
mitään palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusta. Kuusi sairaanhoitajaa oli suorittanut työnantajan järjestämiä täydennyskoulutuksia. Kukaan vastaajista ei ole suorittanut palliatiivisen hoidon asiantuntijan erikoistumiskoulutusta. Kolmannessa kysymyksessä selvitettiin, ovatko Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat saattohoitosuositukset (2019) tutut kyselyyn osallistuneille sairaanhoitajille. Yli puolet sairaanhoitajista (n=9) vastasi, että saattohoitosuositukset eivät ole tutut, alle puolet (n=4) vastaajista tiesivät saattohoitosuositukset entuudestaan.

## **7.2 Hyvä saattohoito sairaanhoitajien kuvaamana**

Opinnäytetyön ensimmäisen tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin sitä, millaista hyvä saattohoito on sairaanhoitajien kuvaamana. Kyselyyn osallistuneet sairaanhoitajat kuvasivat hyvän saattohoidon koostuvan saattohoitopotilaan omaisista ja heidän huomioimisestaan, potilaan yksilöllisestä ja kokonaisvaltaisesta hoidosta sekä laadukkaan saattohoidon mahdollistavista resursseista.

Vastaukset jakoutuivat edelleen omaisten psykoemotionaaliseen tukemiseen niin saattohoidon aikana kuin potilaan kuoleman jälkeenkin, heidän osallisuutensa vahvistamiseen sekä potilaslähtöiseen ja oikein ajoitettuun saattohoitoon. Myös potilaan kokonaisvaltainen hoito ja elämänlaadun tukeminen, ammattitaitoinen ja riittävä henkilöstö sekä toimiva saattohoidon ympäristö koettiin merkittäviksi osiksi hyvää saattohoitoa. Alla oleva kuvio 1 havainnollistaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyviä vastauksia analyysikaavion muodossa.

Kuvio 1 Analyysikaavio (Hyvä saattohoito sairaanhoitajien kuvaamana).



### Saattohoitopotilaan omaisten huomioiminen saattohoidon aikana ja potilaan kuoleman jälkeen

Omaisten psykoemotionaalisen tukemisen osalta vastauksissa nousi useasti esille omaisten ja läheisten tukeminen sekä heidän hyvä ja avoin kohtaamisensa. Myös avoin vuorovaikutus hoitajan sekä omaisen välillä sekä omaisten kuunteleminen nähtiin tärkeinä asioina. Useampi vastaaja mainitsi myös, että hoitajan olisi tärkeää eläytyä omaisen tilanteeseen ja ymmärtää saattohoitotilanteessa ilmenevää luopumisen tuskaa ja kärsimystä. Esille nousi myös se, että omaiset havainnoivat herkästi, miten potilasta hoidetaan ja kokevat tärkeäksi sen, että potilas on kivuton. Eräs vastaaja mainitsi, että omaisilla tulisi olla mahdollisuus viettää aikaa potilaan luona.

“Hoitajan on tärkeää myös ymmärtää, miten rakkaimmasta luopuminen on raastavan tuskaista...”

“Omaiset katsovat tarkalla silmällä ja kuulevat herkin korvin, miten heille rakasta potilasta hoidamme, kosketamme ja miten hänelle puhumme.”

Omaisten osallisuuden vahvistamiseen liittyvät vastaukset käsittelevät ajantasaisen tiedon antamisen tärkeyttä omaisille niin saattohoidon aikana kuin kuoleman jälkeenkin. Eräs

vastaaja nosti esille sen, että hoitajan on kyettävä ohjaamaan omaisia myös kuoleman jälkeisissä järjestelyissä. Yksi vastaaja mainitsi, että hoitajan ei pidä antaa omaisille epärealistisia toiveita vaan oltava sanoissaan rehellinen.

“Hoitajan olisi omaisen rinnalla oltava sanoissaan ymmärtäväinen ja lauseensa tarkoin valitseva, mutta rehellinen. Kun toivoa ei enää ole, ei sitä pidä enää antaa.”

### **Potilaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen saattohoito**

Potilaslähtöiseen ja oikein ajoitettuun saattohoitoon liittyen sairaanhoitajat mainitsivat ajoissa tehtyjen saattohoitopäätösten tärkeyden ja sen, että ne auttavat potilasta ja omaisia valmistautumaan tulevaan. Vastauksissa esille nousi myös rauhallisen olotilan luominen potilaalle sekä potilaan yksilöllisyyden merkitys osana kokonaisvaltaista hoitoa. Myös hoitajan aktiivinen kommunikointi potilaan kanssa sekä potilaan tukemisen ja voinnin tarkkailun merkitys tulivat ilmi vastauksista. Useampi vastaaja mainitsi myös potilaan toiveiden huomioimisen sekä niiden toteuttamisen mahdollisuuksien mukaan vuodeosastolla. Vastauksissa mainittiin myös musiikin, eläinten ja luonnon merkitys saattohoidossa. Yksi vastaaja painotti ajantasaisen lääkehoidon tärkeyttä.

“Ajoissa tehty saattohoitopäätös antaa aikaa potilaalle ja läheisille valmistautua tulevaan.”

“...toiveiden kuunteleminen/toteuttaminen mahdollisuuksien ja eettisyyden rajoissa...”

Kokonaisvaltaisen hoidon ja elämänlaadun tukemisen osalta useat vastaukset käsitelivät potilaan oireenmukaisen hoidon tärkeyttä sisältäen fyysisen-, psyykkisen-, sosiaalisen ulottuvuuden. Varsinkin hyvä kivunhoito nousi esille useasti. Vastauksissa mainittiin myös kärsimysten ja ahdistuksen lievittäminen sekä hyvän loppuvaiheen elämänlaadun mahdollistaminen. Useampi sairaanhoitaja mainitsi myös hyvän perushoidon tärkeyden.

Turvallisuuden tunteen luominen potilaalle sekä hoitajan lohduttamisen taito nähtiin tärkeinä. Kolme vastaajaa mainitsi potilaan hengellisten tarpeiden huomioinnin ja niiden tärkeyden. Eräs vastaaja mainitsi, ettei osastolla ole ainakaan tietoisesti tapahtunut väärän toivon antamista potilaalle.

“Hyvä hoito, joka takaa mahdollisuuksien mukaan potilaan kokemuksen turvasta ja turvallisuudesta.”

“Enemmän kyse on siitä, kuinka sanansa asettelee ja mitä tarjoaa sen tilalle, kun tiedossa on vain pelkkä “lohduton kuolema”.”

Sairaanhoitajat mainitsivat myös potilaan kuuntelemisen, henkisten voimavarojen huomioimisen ja hoitajan kiireettömän läsnäolon. Myös hoitajan eläytyminen potilaan tilanteeseen sekä empaattisen kohtaamisen merkitys tulivat vastauksista esille.

“Läsnäolosta, joka tarkoittaa potilaan tilanteeseen eläytymistä, kuulemista, näkemistä ja herkästi aistimista toisena ihmisenä eli kohdallani sairaanhoitajana.”

### **Laadukkaan saattohoidon mahdollistavat resurssit**

Ammattitaitoiseen ja riittävään henkilöstöön liittyvät vastaukset käsittelivät potilaan tahdon kunnioittamista sekä hoitajan ammatillisuutta ja eettisyyttä. Osaava henkilökunta ja henkilökunnan riittävän määrän turvaaminen nähtiin tärkeinä asioina. Saattohoidon toimiva ympäristö nousi myös esille vastauksissa. Potilaan yksilöllisyys ja rauhallisen tilan järjestäminen ovat osa toimivaa ympäristöä. Eräs vastaajista korosti myös luonnon merkitystä saattohoidossa.

“Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen...”

“Palliativisen hoidon hallitseminen kokonaisuudessaan.”

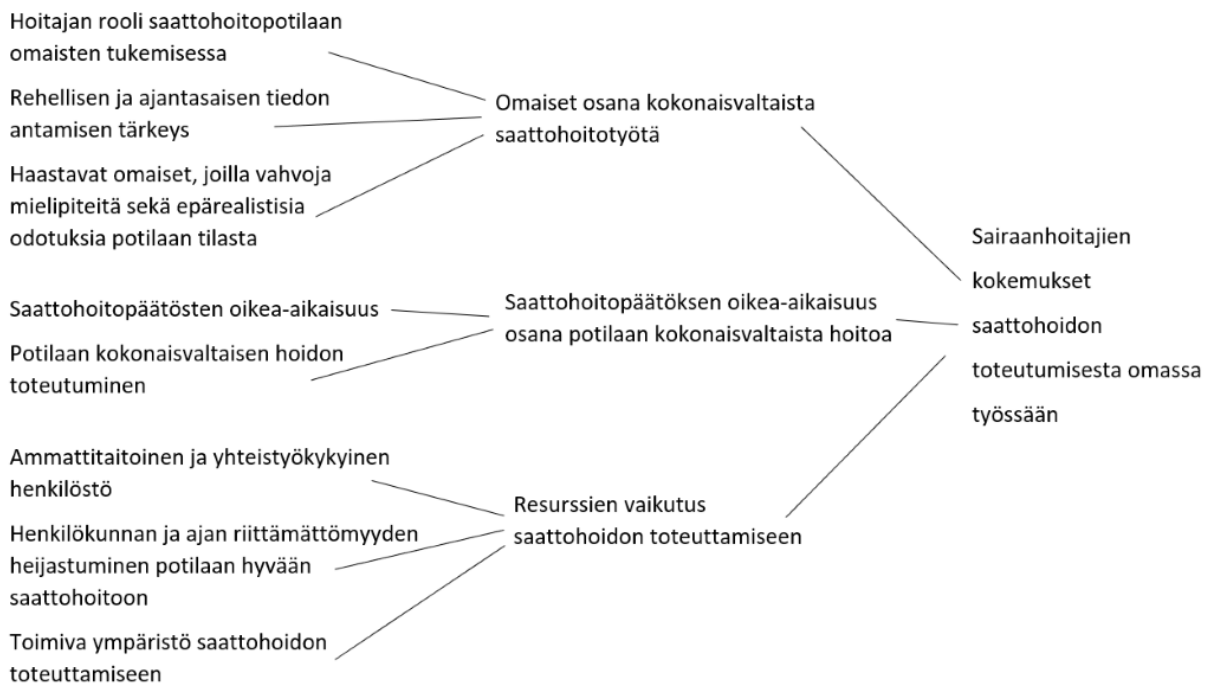
### **7.3 Sairaanhoitajien kokemukset saattohoidon toteutumisesta omassa työssään**

Toisen tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin, miten sairaanhoitajat kokevat saattohoidon toteutuvan omassa työssään. Kyselyyn osallistuneet sairaanhoitajat vastasivat, että saattohoidon toteuttamiseen heidän työssään liittyy omaisten huomiointi, saattohoitopäätösten oikea-aikaisuus osana potilaan laadukasta hoitoa sekä resurssien vaikutus saattohoidon toteuttamiseen.



Vastauksissa käsiteltiin hoitajan roolia saattohoitopotilaan omaisten tukemisessa sekä rehellisen ja ajantasaisen tiedon antamisen tärkeyttä. Myös haastavat omaiset liittyivät osaltaan saattohoitotyön toteuttamiseen. Saattohoitopäätösten oikea-aikaisuus, potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen sekä saattohoidon toimiva ympäristö olivat vastaajien mukaan tekijöitä, jotka vaikuttavat saattohoitotyön toteuttamiseen. Vastaukset käsitelivät myös ammattitaitoista ja yhteistyökykyistä henkilöstöä sekä henkilökunnan ajan riittämättömyyden heijastumista potilaan hyvään saattohoitoon. Alla oleva kuvio 2 havainnollistaa toiseen tutkimuskysymykseen liittyviä vastauksia analyysikaavion muodossa.

Kuvio 2 Analyysikaavio (Sairaanhoitajien kokemukset saattohoidon toteutumisesta omassa työssään).



### Omaiset osana kokonaisvaltaista saattohoitotyötä

Sairanhoidajat kuvasivat hoitajan olevan merkittävässä roolissa saattohoitopotilaiden omaisten huomioimisessa. Hoitajien eläytyminen omaisen tilanteeseen sekä läsnäolon tarjoaminen koettiin onnistuneena. Vastauksissa mainittiin myös, että omaiset kiinnittävät huomiota potilaan huoneen siisteyteen ja pitävät sitä mittarina, miten hyvin potilasta hoidetaan. Muutamissa vastauksissa mainittiin omaisten ravitsemuksen, levon ja riittävän tuen saannin varmistamisen tärkeydestä ja sen onnistumisesta vuodeosastoilla. Eräässä

vastauksessa puhuttiin omaisen luopumisen tuskasta, joka saattaa ilmetä esimerkiksi huolena potilaan nesteytyksestä.

“On ollut omaisia, jotka eivät osanneet oikein huolehtia omasta syömisestään tai lepäämistään. Hoitajamme ovat tarjonneet esim. potilaalle tilatun ruoan omaiselle, jollei potilas itse enää kykene syömään.”

“Kollegani ovat toisinaan itseänikin liikuttavalla tavalla mukana eläytyen omaisen tilanteeseen.”

Vastauksissa esille nousi rehellisen ja ajantasaisen tiedon antamisen tärkeys. Sairaanhoidajat kuvasivat, että potilaan voinnin muutoksista tiedottaminen omaisille on tärkeää ja hoitajan on perusteltava omaisille, miksi potilasta hoidetaan tietyllä tavalla. Epäselvissä tilanteissa omaiset haluavat usein olla lääkäriin yhteydessä ja eräs vastaaja mainitsikin, että lääkärit ovat hyvin yhteydessä omaisiin saattohoitopäätöksiä tehtäessä. Yksi vastaaja mainitsi, että omaisilla on mahdollisuus olla potilaan vierellä kellonajasta riippumatta.

“...luottamaan siihen, että osastoltamme kyllä soitetaan, jos potilaan tilanne muuttuu.”

“...hoitajan tehtävä on selittää, miksi potilaan kohdalla toimitaan juuri sillä tavoin, kuin toimitaan.”

Vastaajat kokivat omaisten kohtaamisen välillä haastavaksi. Vastauksissa mainittiin omaisten epärealistiset toiveet potilaan paranemisesta ja niistä aiheutuva luottamuspuola omaisten ja hoitajien välillä. Myös asioita vaativat tai kieltävät omaiset mainittiin muutamassa vastauksessa.

“Omainen voi elätellä vielä toiveita potilaan kuntoutumisesta tai muusta epärealistisesta paranemisesta.”

### **Saattohoitopäätösten oikea-aikaisuus osana potilaan laadukasta hoitoa**

Useassa vastauksessa nousi esille se, että saattohoitopäätösten tekeminen usein viivästyy. Sairaanhoidajat kuvasivat, että myöhään tehty saattohoitopäätös vaikuttaa

negatiivisesti potilaan sekä omaisten vointiin ja jaksamiseen, eikä heille jää tarpeeksi aikaa käsitellä asiaa ja valmistautua lähestyvään kuolemaan. Vastauksissa mainittiin myös, että viivästynyt saattohoitopäätös voi jäädä myös painamaan hoitajan mieltä ja estää hoitajaa toteuttamasta hoitoa mahdollisimman hyvin potilaan parhaaksi.

“Saattohoitopäätökset tehdään useimmiten myöhään, jolloin potilas ja läheiset eivät ehdi käsittelemään ja valmistautumaan tulevaan. Toisaalta ajoittain voinnin romahtamiset tapahtuvat nopeasti.”

“...päätöstä ei tehdä tarpeeksi ajoissa, jolloin potilas ja omaiset elävät epätietoisuudessa eikä heille jää aikaa sisäistää asiaa...”

Vastauksista tuli ilmi, että potilaslähtöinen hoito sekä potilaan huomiointi vuodeosastolla onnistuvat. Eräs vastaaja mainitsi, että potilaalla on oikeus hyvään saattohoitoon vuorokaudenajasta riippumatta. Sairaanhoitajat kuvasivat, että työyhteisössä vallitsee myös potilaan kunnioittamisen kulttuuri. Kivunhoidon toteutuminen jakautui eri mielipiteisiin, muutaman vastaajan mielestä kivunhoito toteutuu hyvin ja lääkehoito on ajantasaista. Useimmat vastaajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että kivunhoidon aloittaminen tapahtuu usein viiveellä ja se ei ole riittävää tai ajantasaista. Vastaajat mainitsivat kuitenkin, että saattohoitopotilaiden kivun- sekä lääkityksen tarpeen arviointi on haastavaa tajunnantason muutosten tai potilaan asian kieltämisen vuoksi.

“Kivunhoito varovaista, viiveellä. Injektioiden pistäminen tekee kipeää, kipupumpun kautta tapahtuvaan kivunlievitykseen siirrytään myöhään.”

“Potilaan tajunnantason muutokset, jolloin tarvittavan kipulääkkeen antaminen on haastavaa. Nukkuva potilas saattaa olla herätessään hyvinkin ahdistunut/kivulias”.

### **Resurssien vaikutus saattohoidon toteuttamiseen**

Henkilökunnan ammattitaidon tukemiseen ja vahvistamiseen liittyvät vastaukset käsittelivät saattohoitotyön osaamista ja siihen liittyviä valmiuksia. Vastauksista nousi esille, että vuodeosastolla on valmiuksia esimerkiksi potilaan kärsimysten lievittämiseen sekä potilaan hengenahdistuksen hoitoon. Useat vastaajat painottivat lisäkoulutuksen tärkeyttä ja tämän

myötä hoitajien osaamisen vahvistamista. Muutamassa vastauksessa mainittiin myös hoitajan työkokemuksen vaikutus saattohoitotyöhön ja esimerkiksi omaisten tukemiseen. Työyhteisön hyvinvointi, tiimityö sekä työyhteisön tuki koettiin vastauksissa tärkeäksi ja toimivaksi. Myös moniammatillinen yhteistyö ja mahdollisuus konsultaatioon nousivat esille onnistuneina asioina.

“Omaisten kohtaamiseen sekä potilaan ja omaisten henkiseen tukemiseen tarvittaisiin lisää osaamista.”

“Hyvä yhteishenki ja työmotivaatio henkilöstöllä.”

“Yhteistyö eri yksiköiden välillä, esim palliatiivinen poli ja kipuhoitajat.”

Useista vastauksista ilmeni, että henkilökunnan puute vaikuttaa negatiivisesti laadukkaan saattohoitotyön toteuttamiseen. Vastaajat kokivat, että henkilökuntaa ei ole riittävästi varsinkaan silloin, jos potilaita on useita tai potilaat tarvitsevat hoitajaa erityisen paljon. Vastaajat kokivat myös, että riittämättömän henkilökuntamäärän vuoksi läsnäolon toteuttamisen kanssa on haasteita ja se jää liian vähäiseksi. Useimmissa vastauksissa korostui se, että saattohoitopotilaita varten pitäisi saada lisähenkilökuntaa, jotta läsnäolo potilaan kanssa onnistuisi. Sairaanhoidajat kuvasivat, että osastolla vallitseva kiire vaikuttaa myös negatiivisesti saattohoitotyön toteuttamiseen. Vastauksissa mainittiin, että osastolla on kuitenkin mahdollisuus tiedustella esimieheltä ylimääräistä hoitajaa, jos potilas tarvitsee paljon hoitajan läsnäoloa tai osastolla on useampia saattohoitopotilaita samanaikaisesti.

“Henkilökuntaa ei ole riittävästi etenkin silloin kun saattohoidettavia on useita ja he tarvitsisivat hoitajan läsnäoloa enemmän.”

“Läsnäoloa ei useinkaan pystytä toteuttamaan riittävästi.”

“Jos kyseessä on erityisen paljon hoitajaa tarvitseva potilas, voidaan esimieheltä tiedustella ylimääräistä hoitajaa.”

Vastauksista ilmeni, että osastoilla on saatavilla hoitovälineistöä ja lääkkeitä saattohoidon toteuttamista varten. Muutama vastaaja mainitsi, että esimerkiksi kivunhoitoon kipupumpun avulla on tarvittavat välineet saatavilla. Sairaanhoitajat kuvasivat, että potilaalle sekä omaisille pyritään myös mahdollisuuksien mukaan järjestämään turvallinen ja viihtyisä ympäristö esimerkiksi rauhallisen oman huoneen muodossa. Muutamassa vastauksessa mainittiin myös osaston saattohoitokärryt, joissa on ajanvietettä potilaalle sekä omaisille.

“Sairaalaolosuhteet mahdollistavat esim. lisähapen antamisen, imun käytön sekä nopean lääkitsemisen eri antoreittejä käyttäen ... Myös PCA-pumpun tarvetta pyritään arvioimaan mahdollisimman varhain.”

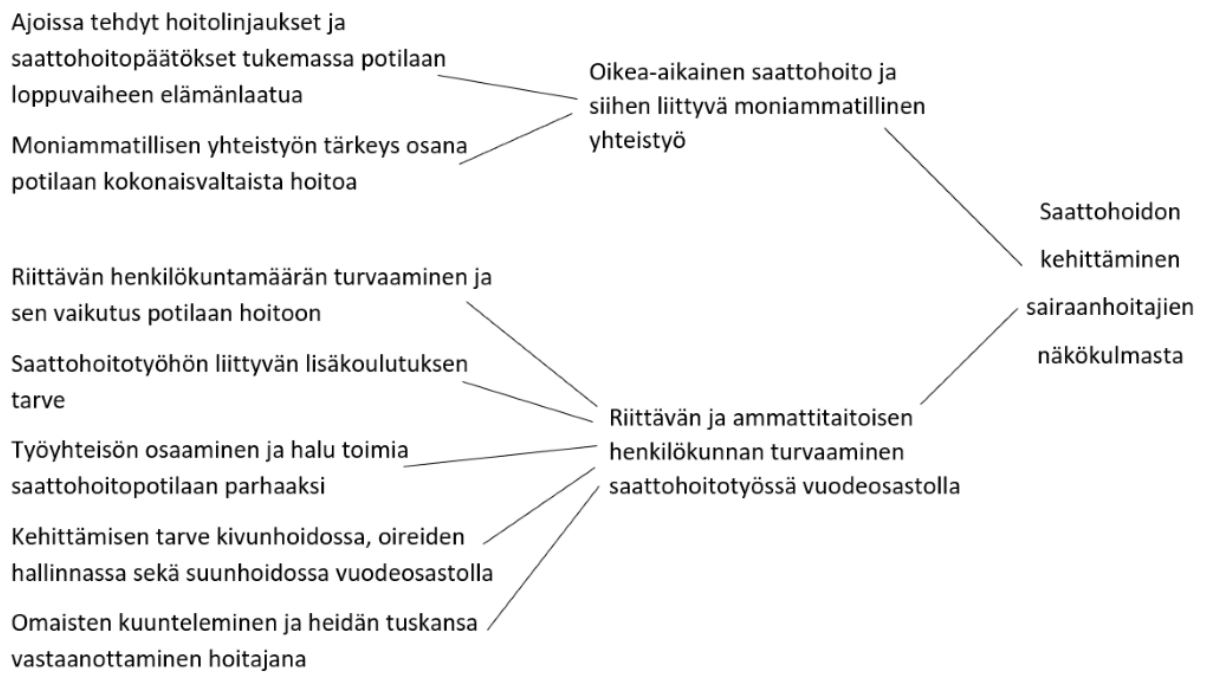
“Osastollamme on erikseen ns. saattohoituhuone, jossa on kiinnitetty sisustukseen huomiota mm. rauhoittavien taulujen muodossa.”

#### **7.4 Saattohoidon kehittäminen sairaanhoitajien näkökulmasta**

Kolmannen tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin, miten sairaanhoitajat kehittäisivät saattohoidon toteutumista työpaikallaan. Tähän kysymykseen saatiin kuitenkin vähemmän vastauksia (n=11), kuin muihin kysymyksiin sekä vastaukset olivat suppeampia. Tämän vuoksi aineiston analysointi on tehty tämän kysymyksen osalta niin, että vastauksia ei ole analysoitu pääluokkiin saakka. Saadut vastaukset esitellään tekstissä alaluokkien ja yläluokkien avulla.

Vastaukset käsittelivät oikea-aikaista saattohoitoa ja siihen liittyvää moniammatillista yhteistyötä sekä riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan turvaamista. Vastauksissa käsiteltiin ajoissa tehtyjen hoitolinjausten ja saattohoitopäätösten vaikutusta potilaan loppuvaiheen elämänlaatuun, moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä sekä riittävän henkilökuntamäärän turvaamista ja vaikutusta potilaan hoitoon. Myös saattohoitotyöhön liittyvän lisäkoulutuksen tarve sekä työyhteisön osaaminen ja halu toimia potilaan parhaaksi tulivat ilmi vastauksista. Vastaajat käsittelivät myös kehittämisen tarvetta muun muassa kivunhoidossa sekä omaisten kuuntelemista ja heidän tuskansa vastaanottamista hoitajana. Alla oleva kuvio 3 havainnollistaa kolmanteen tutkimuskysymykseen liittyviä vastauksia analyysikaavion avulla.

Kuvio 3 Analyysikaavio (Saattohoidon kehittäminen sairaanhoitajien näkökulmasta).



### Oikea-aikainen saattohoito ja siihen liittyvä moniammatillinen yhteistyö

Ajoissa tehtyihin hoitolinjauksiin ja saattohoitopäätökseen liittyvät vastaukset käsittelivät DNR- sekä saattohoitopäätöksen ajantasaisuutta ja niiden laatimista tarpeeksi ajoissa. Muutamassa sairaanhoitajan vastauksessa mainittiin myös lääkäreiden rooli liittyen yhteydenpitoon potilaan omaisten kanssa sekä siihen, että saattohoitopäätökset tulisi tehdä tarpeeksi ajoissa. Sairanhoitajat mainitsivat myös moniammatillisen yhteistyön merkityksen varsinkin hoitajien ja lääkäreiden välillä liittyen kommunikointiin, potilaan hoitolinjan suunnitteluun sekä asioiden ylös kirjaamiseen. Eräs sairaanhoitaja mainitsi, että heillä on tiedossa tahoja, joita konsultoida hankalammissa tilanteissa.

“Saattohoitopäätökset pitäisi saada tehtyä ajoissa.”

“Potilaan hoitolinjan suunnitteleminen riittävän varhaisessa vaiheessa ja sen kirjaaminen ylös lääkärin taholta, auttaa hoitajaa toimimaan oikeasuuntaisesti, jos tilanne muuttuu.”

“Lääkäreiden tulisi ennakoida potilaan tilannetta ja kuunnella hoitajia, jotta esimerkiksi tarvittava vahva kipu-/pahoinvointilääke olisi listalla jo hyvissä ajoin.”

## **Riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan turvaaminen saattohoitotyössä vuodeosastolla**

Useampi sairaanhoitaja nosti esille riittävän henkilökuntamäärän turvaamisen. Lisähenkilökuntaa pitäisi olla saatavilla silloin, jos osastolla on paljon hoitajan läsnäoloa tarvitsevia potilaita. Eräs sairaanhoitaja myös toivoi, että jokaisella saattohoitopotilaalla olisi mahdollisuus omaan henkilökohtaiseen hoitajaan, joka olisi toteuttamassa potilaan toiveita. Tärkeänä pidettiin myös lisäkoulutuksen merkitystä ja tarvetta niin lääkäreille kuin hoitajillekin.

“Toivoisin, että jokaisella saattohoidossa olevalla potilaalla olisi oma henk.koht.hoitaja toteuttamassa potilaan toiveita.”

“Koulutusta ei koskaan ole liikaa. Aina tulee jotain uutta vaikka kuinka kauan olisi hoitotyötä tehnyt.”

Sairaanhoitajien mukaan osastolla työskentelevillä hoitajilla on vahva halu toimia potilaan parhaaksi ja tarjota potilaalle hyvä loppuelämä. Muutama sairaanhoitaja nosti esille, että osastolla on hyvä osaaminen potilaan oireiden lievittämisessä. Lisäksi osaamista mainittiin olevan myös lääkehoidossa sekä perushoidossa. Osa vastaajista puolestaan kaipasi keinoja potilaan kivunhoidon kehittämiseen sekä oireiden hallintaan. Muutaman vastaajan mukaan kivunhoitoa tulisi myös tehostaa sekä kiinnittää enemmän huomiota potilaan suunhoitoon.

“Osastollamme on joka tapauksessa vahva halu ja pyrkimys tehdä kaikki mahdollinen potilaan hyvän loppuvaiheen hoidon eteen ja siitä olen ylpeä.”

“Kiinnitettäisiin enemmän huomiota suunhoitoon.”

Muutama sairaanhoitaja nosti esille omaisten tukemisen ja huomioinnin. Sairaanhoitajat kokivat, että hoitajan tulisi tiedostaa omaisen tuska, kun potilas on kuolemassa. Eräs sairaanhoitaja mainitsi myös kehittämisen tarvetta omaisten kohtaamiseen ja heidän tuskansa vastaanottamiseen hoitajana.

“Kehittäminen liittyy ehkä enemmän psyykkiseen puoleen, omaisen kuuntelemiseen tai hänen tuskansa vastaanottamiseen.”

## 8 Pohdinta

Aihe opinnäytetyölle lähti tilaajan tarpeesta. Aiheen kohtaaminen käytännön hoitotyössä sekä tekijöiden oma kiinnostus vaikutti myös aiheen valintaan ja opinnäytetyössä käytettyjen näkökulmien valitsemiseen. Yhteistyökumppanina toimivan sairaalan vuodeosastoilla saattohoito on osana jokapäiväistä hoitotyötä ja tilaajan tavoitteena oli saada tietoa, miten saattohoito osastoilla toteutuu ja miten sairaanhoitajat tämän kokevat. Tilaajan toiveena oli, että opinnäytetyö toteutettaisiin sairaalan kaikilla vuodeosastoilla.

Opinnäytetyö aloitettiin tammikuussa 2020, jolloin opinnäytetyö alkoi muodostua teoreettisen viitekehyksen luomisella. Opinnäytetyölle asetettiin työn suunnitteluvaiheessa kolme tutkimuskysymystä, joihin tutkimuksella pyrittiin saamaan vastauksia. Alkuvuodesta tekijät tapasivat sairaalalla yhteyshenkilönä toimineen palvelukoordinaattorin ja laativat hänen kanssaan opinnäytetyösopimuksen. Opinnäytetyösuunnitelma kehittyi kevään 2020 aikana, mihin myös itse tilaaja sai vaikuttaa. Opinnäytetyön tutkimuslupaa haettiin toukokuussa ja itse kyselyn toteutus aloitettiin toukokuun lopussa. Kyselyä pidettiin auki toukokuun lopusta heinäkuun puoleen väliin saakka, jonka jälkeen vastausten analysointi aloitettiin. Alkuperäinen suunnitelma oli pitää kyselyä auki neljä viikkoa, mutta vähäisen vastausmäärän vuoksi vastausaikaa pidennettiin. Vastauksia analysoitiin kesän- ja alkusyksyn aikana. Väliseminaari pidettiin syyskuun lopussa, loppuseminaari pidettiin joulukuun alussa.

Opinnäytetyöprosessia on viety koko ajan eteenpäin ja aineiston pariin on palattu yhä uudelleen. Opinnäytetyötä on tehty muiden opintojen ohessa, joten prosessi on hieman venynyt aiemmista suunnitelmista.

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat kokevat hyvän saattohoidon koostuvan omaisten huomioinnista niin saattohoidon aikana kuin potilaan kuoleman jälkeen, potilaan yksilöllisestä ja kokonaisvaltaisesta saattohoidosta sekä laadukkaana saattohoidon



mahdollistavista resursseista. Anttosen (2016, ss. 124–132) mukaan luottamuksellinen hoitosuhde potilaan, omaisten sekä hoitajien välillä auttaa potilasta sekä omaisia elämään sairauden kanssa sekä madaltaa kynnystä keskustella kuolemasta. Hoitajan tuki niin potilaalle kuin omaisillekin on erityisen tärkeää saattohoidon aikana. Yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyvät yhteisymmärryksessä potilaan kanssa sovitut hoitolinjaukset sekä potilaan omien päätösten tukeminen. Saattohoidon mukaiset henkilöstöresurssit mahdollistavat ajan antamisen potilaille.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat omassa työssään tärkeäksi hoitajan roolin omaisten tukemisessa ja rehellisen sekä ajantasaisen tiedon antamisessa. Vastauksissa mainittiin myös haastavien omaisten kohtaaminen, johon saattaa liittyä vahvoja mielipiteitä sekä epärealistisia odotuksia potilaan tilasta. Anttonen (2016, ss. 121–125) mainitsee väitöskirjassaan, että henkilökunnan tarjoama ymmärrys, tieto sekä lohduttamisen taito helpottavat niin potilasta kuin omaisiakin käsittelemään kuolemaa. Hoitajan tulee vastaanottaa omaisten ahdistus ja tarjota tähän tilanteeseen tukea, kuitenkin jokaisen henkilön yksilölliset tarpeet huomioiden. Epätietoisuus lisää epäluottamusta omaisten ja hoitajien välillä, mikä saattaa lisätä omaisten vaatimuksia ja epärealistisia odotuksia paranemisesta.

Sairanhoitajat kertovat myös saattohoitopäätösten oikea-aikaisuuden vaikutuksista saattohoidon toteuttamiseen. Ajoissa tehdyt saattohoitopäätökset auttavat hoitajia työskentelemään mahdollisimman hyvin potilaan parhaaksi ja luovat edellytykset laadukkaalle saattohoidolle. Myöhään tehdyt saattohoitopäätökset heikentävät potilaan loppuvaiheen elämänlaatua ja vaikeuttavat esimerkiksi kivunhoitoa. Lehdon, Mustosen, Vinkanharjun ja Pesson (2011, ss. 3046–3047) tekemän selvityksen mukaan palliatiivista- tai saattohoitoa koskeva päätös oli kirjattu vain 6 %:lle Hyvinkään sairaalan vuodeosastojen potilaista heidän menehtyessään. DNR-päätös puolestaan oli laadittu noin kahdelle kolmasosalle potilaista.

Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä ilmenee resurssien vaikuttavan suuresti saattohoidon laatuun. Saattohoidon toteuttaminen vaatii henkilökunnalta osaamista, moniammatillisuutta sekä yhteistyökykyä. Tuloksista ilmenee, että vuodeosastolla on hyviä valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen, mutta lisäkoulutuskin

on hyvin tervetullutta. Tuloksista nousee esiin henkilökunnan sekä ajan riittämättömyyden heijastuminen laadukkaaseen saattohoitoon. Henkilökunnan puutteesta johtuen läsnäololle ei ole riittävästi aikaa. Lipposen ja Karvisen (2015, ss. 152, 158) toteuttamassa tutkimuksessa käy ilmi hoitohenkilökunnan ja lääkärien tunnistavan osaamisessaan monen tasoisia koulutustarpeita. Myös niukan henkilöstömitoituksen vuoksi saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen ei ole riittävästi aikaa eikä usein myöskään riittävästi osaamista.

Sairaanhoitajien mukaan saattohoitoa voitaisiin vuodeosastolla kehittää oikea-aikaisen saattohoidon, riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan ja omaisten tukemisen lisäksi kehittämällä moniammatillista yhteistyötä sekä oireiden hallintaa ja kivunhoitoa. Varsinkin lääkärien ja hoitajien välinen sujuva yhteistyö parantaisi saattohoitopotilaan hoitoa laadukkaammaksi. Anttosen (2016, ss. 6, 20) mukaan hyvä kuolema toteutuu parhaiten, kun potilas, perheenjäsen ja ammattitaitoinen hoitohenkilökunta toimivat vuorovaikutteisessa yhteistyössä. Sairaanhoitajan ja lääkärin välinen hyvä yhteistyösuhde edistää saattohoitopotilaan yksilöllistä hoitoa. Kyselyn tulosten mukaan oireiden hallintaa ja kivunhoitoa haluttaisiin oikea-aikaisemmaksi ja riittävämmäksi. Lääkäreillä ja hoitajilla on havaittu olevan puutteita potilaan kivun ja muiden oireiden hoidossa (Anttila, n.d., s. 11). Sairaanhoitajaliiton kyselyssä lähes kaikissa vastauksissa nousi esiin kivunhoidon puutteellisuus ja sen kehittäminen (Virta, 2019, s. 7).

## 8.2 Eettisyys

Etiikka pyrkii etsimään vastauksia kysymykseen, mikä on oikein (ETENE, 2011, s. 10). Etiikka myös auttaa tekemään valintoja kuitenkin antamatta valmiita ratkaisuja. Tutkimusetiikka perustuu oikeudenmukaisuuteen, hyödyn tuottamiseen, haitan välttämiseen sekä elämän kunnioittamiseen. Tiedeyhteisöjen yhteiset eettiset arvot koskevat tutkimuksen vapautta, tasa-arvoa sekä oikeudenmukaisuutta. (Pietilä & Länsimies-Antikainen, 2008, ss. 3, 12) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että läpi tutkimusprosessin noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tulosten keräämisessä, esittämisessä ja arvioinnissa. On eettisesti merkittävää, että tutkimusta tehdessä käytetään eettisiä tiedonhankinta- sekä

tutkimusmenetelmiä ja tutkimustuloksia julkaistaessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 150)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan on myös hyvän tieteellisen käytännön mukaista, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti sekä tieteellisten vaatimusten mukaisesti. Kaikkien osapuolten hyväksyntä tulee näkyä muun muassa tutkimusryhmän aseman, oikeuksien, velvollisuuksien sekä tutkimustulosten omistajuuden ja niiden säilytyksen ylös kirjaamisessa. Tutkimuksessa käytetyt rahoituslähteet sekä muut merkitykselliset tekijät tulee raportoida tutkimuksen tuloksia julkaistaessa ja hyvää hallintokäytäntöä on noudatettava läpi tutkimusprosessin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 151) Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittelee ohjeessaan (2012), että tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla.

Hyvän tutkimuskäytännön mukaista on, että tutkittavilta saadaan tutkimukseen osallistumisesta asiaan perehtyneesti annettu suostumus. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittaville tulee kertoa kaikki oleellinen tieto tutkimuksesta ja varmistaa, että tutkittava on ymmärtänyt tämän kaiken kerrotun. Tutkittavan tulee myös pystyä tekemään rationaalisia arviointeja hänelle kerrotun tiedon perusteella sekä osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. Muita keskeisiä asioita tutkimustietojen käsittelyssä ovat anonymiteetti ja luottamuksellisuus. Osallistujien anonymiteetin tulee säilyä läpi tutkimusprosessin, myös tietoja julkaistaessa. Anonymiteettia tulee suojata sitä tiukemmin, mitä arkaluontoisemmasta asiasta on kyse. Periaatteena on se, että henkilöllisyyden paljastuminen tulee tehdä mahdollisimman haastavaksi. (Saaranen-Kauppinen & Sarajärvi, 2006)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eli TENK:in tehtävänä on edistää tieteellistä käytäntöä sekä tutkimusetiikkaa koskevia keskusteluja Suomessa ja tunnistaa sekä torjua tutkimusvilppiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Neuvottelukunta on laatinut Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa -ohjeet, jota ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan (Arene, 2017). Ohjeen tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä sekä vähentää tieteellistä epärehellisyyttä kaikissa organisaatioissa, joissa harjoitetaan tutkimusta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012,

s. 4). Tämän edellä mainitun ohjeen lisäksi neuvottelukunta on julkaissut humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet, joihin ammattikorkeakoulut ovat myös sitoutuneet (Arene, 2017).

Eettisiä periaatteita noudatettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön aiheen valinnassa, aineiston keräämisessä, sen analysoinnissa sekä raportin kirjoittamisessa otettiin huomioon tutkimuseettiset kysymykset. Koko prosessin ajan on noudatettu huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä sekä pohdittu aihetta eettisesti eri näkökulmista. Opinnäytetyön aihe pohjautuu käytännön hoitotyöhön sekä teorian tietoon. Opinnäytetyön tekijöiden oma kiinnostus aiheeseen vaikutti myös sen valintaan. Tekijät kokivat myös, että kyseinen aihe on ajankohtainen ja hyvin montaa ihmistä koskettava.

Opinnäytetyöprosessin alussa allekirjoitettiin yhdessä yhteyshenkilönä toimineen palvelukoordinaattorin kanssa opinnäytetyösopimus, jonka myös opettajat allekirjoittivat. Ennen aineistonkeruun toteutusta haettiin tutkimuslupaa, jonka liitteenä oli opettajien hyväksymä opinnäytetyösuunnitelma. Tutkimuksen toteutus aloitettiin vasta hyväksytyt tutkimusluvan tultua.

Jokainen kyselyyn osallistuva henkilö sai luettavakseen saatekirjeen, jossa kerrottiin lisätietoa tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutuksesta sekä siihen liittyvästä kyselystä. Saatekirjeessä mainittiin, että kyselyyn vastaamalla henkilö luovuttaa vastauksensa opinnäytetyön tekijöiden käyttöön, joten jokaisen kyselyyn vastanneen osallistuminen oli tietoinen suostumus. Kyselylomakkeet toimitettiin sähköisessä muodossa yhteyshenkilönä toimivalle palvelukoordinaattorille, joka välitti lomakkeet jokaisen osaston sairaanhoitajille. Tämä mahdollisti sen, ettei sairaanhoitajien sähköpostiosoitteita tai nimiä ei tullut edes opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Vastaaminen oli jokaiselle vapaaehtoista ja vastaukset annettiin anonymisti. Vastaajien anonymiteetti säilyi koko prosessin ajan, koska vastaajien henkilöllisyys ei tullut edes opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Kaikki vastaukset olivat nimettömiä, eikä niistä ollut mahdollista selvittää vastaajan henkilöllisyyttä. Aineiston analysointi ja kyselylomakkeiden käsittely oli huolellista ja opinnäytetyön tekijät noudattivat vaitiolovelvollisuutta. Aineiston käsittelyn valmistuttua se hävitettiin asianmukaisesti poistamalla vastaukset lopullisesti Microsoft Forms -sivustolta sekä tuhoamalla tulostetut paperit.

### 8.3 Luotettavuus

Oleellinen osa tieteellisen tutkimuksen toteutusta on sen luotettavuuden arviointi. Luotettavuuskysymykset pitää huomioida jo työn suunnitteluvaiheessa, jotta tutkimuksesta saadut tulokset ovat luotettavia. Aineiston keruun sekä analyysin jälkeen luotettavuutta ei voi enää parantaa. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuskriteereinä pidetään dokumentaatiota, tulkinnan ristiriidattomuutta, luotettavuutta tutkittavan kannalta sekä saturaatiota, joka tarkoittaa uusien vastauksien vastaanottoa niin kauan, kunnes ne eivät enää tuota uutta tietoa. (Kananen, 2010, ss. 69–70, 128)

Tutkimuksen luotettavuutta ja samalla pätevyyttä voidaan parantaa arvioivalla ja kriittisellä suhtautumisella. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa arviointi on koko tutkimusprosessin ajan ilmenevää kokonaisvaltaista ja kriittistä tarkastelua. Tutkimuksen arviointiin liittyy myös reflektiota, joka tarkoittaa oman toiminnan kriittistä tarkastelua ja läpikäymistä. Reflektiota tulisi tehdä läpi koko tutkimusprosessin, koska tutkimuksen lähtökohtien, etenemisen ja lopputuloksen arviointi kuuluu oleellisesti tieteelliseen tutkimukseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006) Kirjallisuudessa tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään usein reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Näiden käsitteiden käyttöä on kuitenkin kritisoitu laadullista tutkimusta tehdessä, koska ne vastaavat enemmän määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden perusvaatimus on se, että tutkijalla on riittävästi aikaa tutkimuksen toteuttamiseen sekä tutkimusprosessi on julkinen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija raportoi tekemänsä asiat yksityiskohtaisesti ja esimerkiksi tutkijakollegoilla on mahdollisuus arvioida julkista tutkimusprosessia. (Tuomi & Sarajärvi, ss. 160–165)

Kaikki opinnäytetyön tekemiseen liittyvät ratkaisut ja valinnat tulee perustella ja kirjata ylös. Esimerkiksi perustelut valitusta tiedonkeruumenetelmästä, aineiston analysoinnista ja -tulkinnasta tulee ilmetä lukijalle opinnäytetyötä lukiessa. Aineistosta tehdyt tulkinnat liittyvät myös laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymyksiin, koska samasta aineistosta voidaan tehdä useampia eri tulkintoja näkökulmaa muuttamalla. Kahden tutkijan tekemä sama tulkinta aineistosta lisää luotettavuutta, jolloin puhutaankin tulkinnan ristiriidattomuudesta. (Kananen, 2010, ss. 69–70)

Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen, joka kirjoitettiin tieteellisen- ja tutkimuksellisen tiedon pohjalta. Opinnäytetyössä käytettyjä lähteitä etsittiin eri tietokannoista, kuten Medicistä, Cinahlista sekä Google Scholarista sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Lähteinä käytettiin myös muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön-, Valviran-, käypä hoidon- ja Duodecimin – julkaisuja. Suhtautuminen käytettyjen lähteiden luotettavuuteen on ollut kriittistä.

Kyselylomake esiteltiin ennen sen varsinaista käyttöä. Esitestauksen suoritti eräällä vuodeosastolla työskentelevä saattohoitoon erikoistunut hoitaja. Esitestauksen jälkeen kysymyksiä ja sanamuotoja tarkennettiin ja samalla muokattiin paremmiksi sekä yksinkertaisemmiksi. Osastojen sairaanhoitajat ovat työskennelleet saattohoidon parissa, koska jokaisella näistä vuodeosastoista toteutetaan saattohoitoa. Vastaajilla oli siis tarpeeksi tietoa ja asiantuntemusta kyseisestä aiheesta, jotta vastauksia voidaan pitää todenmukaisina ja luotettavina. Vastaajat olivat saaneet tietoa opinnäytetyöprosessista sekä anonymiteetistä, joten voidaan tämänkin puolesta olettaa vastausten olevan luotettavia.

Opinnäytetyön tekijät raportoivat tarkasti, miten opinnäytetyön eri vaiheet on toteutettu. Toimintaa on arvioitu kriittisesti läpi opinnäytetyöprosessin. Jos jokin on todettu toimimattomaksi, käytettyä toimintatapaa on muutettu esimerkiksi kysymysten asettelua ja sisällönanalyysiä tehdessä. Uusia tieteellisiä lähteitä on etsitty opinnäytetyölle läpi prosessin ja tekstiä muokattu sujuvammaksi. Tekijät ovat keskustelleet aiheesta paljon keskenään, ja samalla pohtineet uusia ja erilaisia näkökulmia opinnäytetyön toteuttamiseen ja raportin kirjoittamiseen.

#### **8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Opinnäytetyön kyselylomakkeen taustakysymyksillä pyrittiin kartoittamaan sairaanhoitajien taustoja saattohoitoon liittyen. Ensimmäisessä taustakysymyksessä tiedusteltiin, kuinka kauan sairaanhoitajat ovat työskennelleet saattohoidon parissa. Vastausten perusteella voidaan todeta, että kaikilla kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla on jonkinlaista kokemusta saattohoidon toteuttamisesta. Toisella taustakysymyksellä pyrittiin saamaan tietoa, ovatko sairaanhoitajat suorittaneet jotakin täydennyskoulutusta. Vastausten perusteella

sairaanhoitajilla ei juurikaan ole täydennyskoulutusta saattohoitoon liittyen, jolloin mahdollisuus täydennyskoulutuksiin voisi tukea laadukkaan saattohoidon toteutumista. Viimeisellä taustakysymyksellä selvitettiin, ovatko uudet sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituks (2019) tutut sairaanhoitajille. Johtopäätöksenä vastauksista voidaan todeta, että suurimmalle osalle suositukset eivät ole ennestään tutut, jolloin suosituksiin perehtyminen voisi tukea saattohoidon toteuttamista.

Tässä tutkimuksellisessa opinnäytetyössä ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä saatiin vastauksia siihen, millaista on hyvä saattohoito vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kuvaamana. Tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajat näkevät omaisten kohtaamisen ja huomioimisen isona osana potilaan saattohoitoa. Vastauksissa ilmenee omaisten tukemisen tarve myös potilaan kuoleman jälkeen. Sairaanhoitajat pitävät tärkeänä, että saattohoidossa oleva potilas saa yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa koko saattohoidon ajan. Yksilöllisyyteen ja kokonaisvaltaisuuteen nähdään kuuluvan oikea-aikaiset hoitolinjaukset ja saattohoitopäätös, potilaan tahdon kunnioittaminen sekä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarve. Tulosten perusteella voidaan myös todeta resurssien, kuten tarkoituksenmukaisten tilojen ja välineiden tarve sekä henkilökunnan osaamisen merkitys saattohoidossa.

Toisella tutkimuskysymyksellä pyrittiin saamaan tietoa, miten sairaanhoitajat kokevat saattohoidon toteutuvan omassa työssään. Vastausten perusteella sairaanhoitajat kokevat saattohoidon toteutuvan pääosin hyvin, mutta kehittämiskohteitakin löytyy. Vastausten perusteella voidaan todeta, että vuodeosastolla huomioidaan omaiset hyvin ja heidät pidetään ajan tasalla potilaan tilasta. Potilaan huomiointi ja kokonaisvaltainen hoito toteutuu hyvin vuodeosastoilla. Henkilökunnalla on hyvä yhteishenki ja moniammatillisuus toimii moitteetta. Laadukasta saattohoitoa tukee myös henkilökunnan osaaminen sekä lisäkoulutukset. Vuodeosastolta myös löytyy tarvittavat välineet ja tilat hyvän saattohoidon mahdollistamiseksi. Vastausten perusteella haasteita saattohoitoon tuovat haastavat omaiset, saattohoitopäätösten tekeminen liian myöhään, toisinaan kivunhoidon riittämättömyys sekä riittämättömät resurssit. Vastausten mukaan riittämättömillä resursseilla tarkoitetaan henkilökunnan puutetta, hoitajien ajan riittämättömyyttä sekä toisinaan tilojen puutetta.

Kolmannella tutkimuskysymyksellä saatiin vastauksia siihen, miten sairaanhoitajat kehittäisivät saattohoidon toteutumista työpaikallaan. Vastauksista tärkeimpinä kehittämiskohteina nousivat saattohoitopäätösten oikea-aikaisuus, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sekä riittävän henkilökuntamäärän turvaaminen. Vastausten perusteella voidaan myös todeta sairaanhoitajien kaipaavan lisäkoulutusta sekä lisää osaamista potilaan oireiden hoidossa ja omaisten tukemisessa. Sairanhoitajien mukaan lisäkoulutus nähtäisiin tarpeellisenä vastavalmistuneille sairaanhoitajille sekä kokeneemmillekin hoitajille, koska hoitotyö kehittyy koko ajan.

Tilaaajalta saadun palautteen perusteella työ on onnistunut, kattava ja kohdennettu juuri tilaajan tarpeisiin. Opinnäytetyö täydentää jo olemassa olevaa materiaalia saattohoidosta sekä toimii jatkossa niin koulutus- kuin perehdytysmateriaalina kyseisessä organisaatiossa, joten tilaajan asettama tavoite opinnäytetyölle saavutettiin.

Opinnäytetyöprosessin aikana nousi

esiin joitakin jatkotutkimusaiheita. Mielenkiintoista olisi kuulla itse saattohoitopotilaan omaisilta, miten he kokevat oman läheisensä saattohoidon toteutuvan. Omaiset kuitenkin näkevät saattohoidon toteutumisen eri näkökulmasta kuin hoitajat. Tässä tutkimuksellisessa opinnäytetyössä sairaanhoitajien mielestä omaisten kohtaaminen ja tukeminen on isossa osassa potilaan saattohoitoa, ja juuri siksi olisi mielenkiintoista kuulla itse omaisilta kokevatko he tulleen kohdatuksi läheisensä saattohoidon aikana. Tutkia voisi myös hoitajien henkistä jaksamista saattohoitotyössä. Olisi mielenkiintoista selvittää, miten hoitajat kokevat saattohoitotyön vaikuttavan omaan psyykkiseen hyvinvointiinsa.



## Lähteet

Agge, E. (2018). Miten suhtaudut siihen, että kuolet? *Sairaanhoitaja* 91(5), ss. 28–31.

Anttila, S. (n.d.). Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. *Palliatiivinen hoito*, ss. 10–12. Valvira. Haettu 6.3.2020 osoitteesta [https://www.valvira.fi/documents/14444/414583/Saattohoitoon\\_kohdistetut\\_kantelut.pdf/5ee2e881-1efb-4ff6-a1b0-50b002aa26fa](https://www.valvira.fi/documents/14444/414583/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf/5ee2e881-1efb-4ff6-a1b0-50b002aa26fa)

Anttonen, M-S. (2016). *Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 2148. Haettu 22.10.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Arene. (2017). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Haettu 29.3.2020 osoitteesta <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Edupal. (n.d.). Perustietoa hankkeesta. Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen. Haettu 13.4.2020 osoitteesta <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/perustietoa-hankkeesta/>

ETENE. (2011). Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Haettu 29.3.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>

Grönlund, E. & Huhtinen, A. (2011). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita Prima.

Haanpää, M. (2007). Neuropaattisen kivun hoito-opas. Lisätietoa aiheesta. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix00086>

Haho, A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkärilehti* 33/2017, vsk 72, ss. 1704–1709.

Halila, R. & Mustajoki, P. (2016). Hoitotahto – käytännön ohjeita. *Lääkärikirja Duodecim*.

Haettu 24.1.2020

osoitteesta [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809)

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. (2013). Kipu palliatiivisessa

hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129(4), ss. 385–392. Haettu

6.3.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822>

Hirvonen, O. & Pöyhä, R. (2016). Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös –

uskallanko ottaa puheeksi? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 132(9), ss. 844–849. Haettu 30.3.2020 osoitteesta

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/9/duo13107>

Hänninen, J. (2015). Kuolevan kipu. *Sic! Lääketietoa Fimeasta* 4/2015, ss. 36–37. Haettu

6.3.2020 osoitteesta [https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kuolevan-kipu](https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu)

Hänninen, J. (2015a). Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä? Teoksessa T. Saarto, J.

Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 256–259.

Hävölä, H., Kylmä J. & Rantanen. A. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä

vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27(2), ss. 132–147. Haettu 1.4.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1760566>

Idman, I. (2018). Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito palliatiivisen hoidon

osana. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio

(toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 104–106.

- Jyväskylän yliopisto. (2015). Kokonaistutkimus, otanta ja harkinnanvarainen näyte. Haettu 4.9.2020 osoitteesta <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineistonhankintamenetelmat/kokonaistutkimus-otanta-ja-harkinnanvarainen-naeyte>
- Kananen, J. (2010). *Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. (2015). *Opinnäytetyön kirjoittajan opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Korhonen, T. & Poukka, P. (2013). Kuolevan potilaan hoito. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129(4), ss. 440–445. Haettu 3.3.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>
- Laine, H. (2018). DNR-päätös. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 6.5.2020 osoitteesta [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01180](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180)
- Laki potilaan oikeuksista 785/1992. Haettu 24.1.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135(4), ss. 335–342. Haettu 22.1.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/4/duo14788>
- Lehto, J., Mustonen L., Vinkanharju, A. & Pessa, K. (2011). Tarvitaanko akuuttisairaalassa saattohoitopäätöksiä? *Lääkärilehti* 41/2011 vsk. 66, ss. 3046–3047.

- Lesonen, M. (2019). *Hoitajien kuvauksia saattohoidosta*. Pro gradu -tutkielma. Preventiivinen hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20191389>
- Lipponen, V. & Karvinen, I. (2015). Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamana. *Gerontologia* 29(3), ss. 152–163. Haettu 1.4.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1757736>
- Muistiliitto. (2016). Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito. Haettu 24.2.2020 osoitteesta [https://www.muistiliitto.fi/application/files/2415/1962/6288/Muistisairaahan\\_ihmisen\\_hyva\\_saattohoito.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/2415/1962/6288/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito.pdf)
- Muurinen, S., Sipola, V. & Vainio, A. (2018). Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 140–141.
- Mäkinen, T. (2019). Lopun parantaja. *Tehy* 5/2019, s. 12.
- Mäkinen, T. (2020). Loppumatkan eväät. *Tehy* 1/2020, s. 44.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus. (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 29.2.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#readmore>
- Peake, M. (2020). Saattohoidon perusteita. Sairaanhoidtajaliiton webinaari 5.5.2020, Palliatiivinen keskus, Siun sote.
- Perrin, K. (2014). Palliative care nursing. E-kirjassa M. Matzo & D. Sherman (toim.) *Quality care to the end of life*. New York: Springer Publishing Company, ss. 169–188. Haettu 27.3.2020 osoitteesta <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.hamk.fi/lib/hamk-ebooks/reader.action?docID=1718245&ppg=1>

- Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (2008). Etiikkaa monitieteisesti. Teoksessa A-M. Pietilä & H. Länsimies-Antikainen (toim.) *Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45*, ss. 11–227. Haettu 29.3.2020 osoitteesta [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-0130-8/](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0130-8/)
- Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utriainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen, P., Papinaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallunki, M., Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H. & Stoor, H. (2014). Vanhuuskuolema. Konsensuslausuma 2014. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130*, ss. 523–531. Haettu 24.1.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo11523>
- Poukka, P. & Korhonen, T. (2015). Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 259–265.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Analyysin äärellä. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja] Haettu 14.4.2020 osoitteesta [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_1.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html)
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Hyvä tutkimuskäytäntö. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja] Haettu 4.9.2020 osoitteesta [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_2.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html)
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Tutkimuksen arviointi – reflektointia. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja] Haettu 4.9.2020 osoitteesta [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html)

- Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J. & Utriainen, T. ym. (2014). Vanhuuskuolema. Konsensuslausuma 2014. *Duodecim* 2014;130:523–31. Haettu 24.1.2020. Medic-tietokanta.
- Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 7.1.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>
- Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. (2019). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 22.1.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>
- Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. (2019a). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 24.1.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>
- Sarivaara, S., Lämsä, R. & Seppälä, U. (2018). Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia* 32(1), ss. 4–20. Haettu 18.2.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.23989/gerontologia.67817>
- Steel, A. & Owen, L. (2020). Advance care planning: the who, what, when, where and why. *British Journal of Hospital Medicine* vol. 81(2). Haettu 26.3.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.0396>
- STM. (2017). ETENEn kannanotto eutanasiaan. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Haettu 19.2.2020 osoitteesta <https://etene.fi/lausunnot-ja-kannanotot-2017>
- Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2015). *Palliatiivinen hoitotyö*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

- Tasmuth, T. (2018). Saattohoitopotilaan kivunhoito. *Sairaanhoitaja* 91(5), s. 38.
- Tasmuth, T. (2019). Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkärilehti* 9/2019, ss. 540–544.
- Terkamo-Moisio, A. (2018). Kuoleman läheisyydessä keskeistä on kohtaaminen. *Tutkiva hoitotyö* 16(3), ss. 34–35.
- THL. (2019). Hoitotahto. Haettu 24.2.2020  
osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto>
- Toikkanen, U. (2019). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattijärjestöt vaativat Suomeen parempaa saattohoitoa. *Lääkärilehti* 3/2019.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). E-kirjassa *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, luku 3.1.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Haettu 29.3.2020  
osoitteesta [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Törmä, S. (2010). Ammatillisen kasvun näkymiä saattohoitajan työssä. *Aikuiskasvatus* 1/2010, ss. 30–39. Haettu 1.4.2020  
osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1463943>
- Valvira. (2015). Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <https://www.valvira.fi/-/hoitosuunnitelmat-ja-dnr-paatos-pitkaaikaishoidossa-seka-ensihoito>

Valvira. (2019). Elämän loppuvaiheen hoito. Haettu 22.1.2020  
osoitteesta [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-  
ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-<br/>ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

Virta, S. (2019). Saattohoidossa paljon puutteita. *Sairaanhoitaja* 92(5), ss. 6–7.

Vuorinen, E. & Järvimäki, V. (2012). Terveyskeskus, sairaala vai koti – miten saattohoito tulisi  
järjestää Suomessa? *Finnanest* 45(5), ss. 446–449.

WHO. (n.d.). Palliative care. World health organization. Haettu 31.3.2020  
osoitteesta <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

WHO. (2018). Palliative care. World health organization. Haettu 31.3.2020  
osoitteesta <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>





## Liite 1: Saatekirje

Hei,

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teemme tutkimuksellista opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta työpaikallaan. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa saattohoidon toteutumisesta vuodeosastoilla. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Vanajaveden sairaalan vuodeosastojen kanssa.

Kysely toteutetaan Microsoft Forms -kyselynä, johon ystävällisesti pyydämme sinua vastaamaan.

Kysely koostuu kolmesta suljetusta taustakysymyksestä sekä viidestä avoimesta kysymyksestä, joihin toivomme mahdollisimman totuudenmukaisia sekä laajoja vastauksia. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu täysin nimettömästi ja vastaukset tulevat vain opinnäytetyön tekijöille analysoitavaksi. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Kyselyn tulokset analysoidaan niin, että vastaajien anonymiteetti säilyy.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastaamalla kyselyyn annat vastauksesi opinnäytetyön tekijöiden käyttöön. Vastaukset esitetään valmiissa opinnäytetyössä niin, että vastaajat sekä organisaatio säilyvät tunnistamattomina. Vastausaikaa kyselyyn on kuukausi.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan yhteistyökumppanin luvalla ammattikorkeakoulujen opinnäytetyötietokannassa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiin opinnäytetyöhön tai kyselyyn liittyen.

Ystävällisin terveisin,

Emilia Lehtinen [emilia1712@student.hamk.fi](mailto:emilia1712@student.hamk.fi)

Reetta Kairus [reetta1706@student.hamk.fi](mailto:reetta1706@student.hamk.fi)

Opinnäytetyömme ohjaavat opettajat:

Yliopettaja Paula Hakala [paula.hakala@hamk.fi](mailto:paula.hakala@hamk.fi)

Lehtori Piiku Pakkanen [piiku.pakkanen@hamk.fi](mailto:piiku.pakkanen@hamk.fi)

**Liite 2: Kyselylomake**

## Taustakysymykset:

1. Kuinka kauan olet työskennellyt saattohoitopotilaiden parissa?

- A) En yhtään
- B) 0-1 vuotta
- C) 1-5 vuotta
- D) 5-10 vuotta
- E) Yli 10 vuotta

2. Oletko suorittanut palliatiiviseen hoitoon liittyvää koulutusta?

- A) Palliatiivisen hoidon asiantuntijan erikoistumiskoulutuksen
- B) Työnantajan järjestämiä täydennyskoulutuksia
- C) Molempia edellä mainittuja koulutuksia
- D) Ei kumpaakaan

3. Ovatko Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat saattohoitosuosituksen (2019) sinulle tutut?

- A) Kyllä
- B) Ei

## Varsinaiset kysymykset:

4. Kuvaile mistä tekijöistä hyvä saattohoito koostuu?

---

5. Kuvaile toteutuuko saattohoito omassa työssäsi edellä mainitulla (kysymys 4) tavalla?

---

6. Kuvaile mitkä tekijät työssäsi tukevat hyvän saattohoidon toteutumista? Kerro esimerkkejä.

---

7. Kuvaile mitä ongelmia saattohoidon toteutumiseen liittyy? Kerro esimerkkejä.

---

8. Kuvaile miten kehittäisit saattohoidon toteutumista työpaikallasi?

---