

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysala, kliininen asiantuntijuus

2023

Sini Alanko

# Elämän loppuvaiheen hoito päivystyssairaalan vuodeosastolla

**TURKU AMK**   
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

Opinnäytetyö (YAMK) | tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Kliininen asiantuntijuus

2023 | 64 sivua, 8 liitesivua

Sini Alanko

## Elämän loppuvaiheen hoito päivystyssairaalan vuodeosastolla

Väestön ikääntyessä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve kasvaa maailmanlaajuisesti. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään hoitoon myös kuoleman lähestyessä ja sen tapahtuessa hoitopaikasta riippumatta. Tulevaisuudessa myös akuuteissa hoitoympäristöissä tullaan hoitamaan enemmän kuolevia potilaita. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen tulisi kuulua jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen ammattiosaamiseen.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemuksia elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisesta päivystyssairaalan vuodeosastolla. Tavoitteena oli myös tuoda esiin heidän kokemiaan haasteita ja esteitä laadukkaaseen elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle akuutissa hoitoympäristössä. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajien kokemista lisäosaamis- ja koulutustarpeista.

Kehittämiprojektin tulosten perusteella laadittiin koulutusehdotelma hoitajien kokemien koulutustarpeiden pohjalta. Osaamisen lisäämisellä voidaan turvata jokaiselle palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevalle ihmiselle tasa-arvoinen ja laadukas hoito elämän loppuvaiheessa. Lisäksi koulutuksella voidaan tukea henkilökunnan jaksamista sekä vähentää kuolevan potilaan hoitamiseen liittyvää kuormitusta, kuten stressiä ja riittämättömydentunnetta.

Asiasanat:

Elämän loppuvaiheen hoito, palliatiivinen hoito, saattohoito, akuutti hoitoympäristö

Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Master of Health Care

2023 | 64 pages, 8 pages in appendices

Sini Alanko

## End of life care in an acute hospital ward

As the population ages, the need for palliative care and hospice care is increasing worldwide. Every person has the right to good care even when death is approaching and when it happens, regardless of the place of care. In the future, even in acute care settings, more dying patients will be treated. The professional competence of every healthcare professional should include palliative care and hospice care.

The aim of this development project was to find out nurses' experiences of providing end of life care in the acute hospital's ward. The aim was to also highlight the challenges and barriers they experienced in providing high-quality end of life care in an acute care setting. The purpose of this development project was to produce information about the additional skills and educational needs experienced by nurses.

Based on the results of this development project, an education proposal was prepared based on the educational needs experienced by the nurses. By increasing competence, equal and high-quality care at the end of life can be secured for every person who needs palliative care and hospice care. In addition, education can support the nurses' ability to cope and reduce the burden associated with caring for a dying patient, such as stress and feelings of inadequacy.

Keywords:

End of life care, palliative care, hospice care, acute care setting

# Sisältö

<b>Käytetyt lyhenteet ja sanasto</b>	<b>8</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>9</b>
<b>2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve</b>	<b>10</b>
2.1 Toimintaympäristön kuvaus	10
2.2 Projektioorganisaation kuvaus	10
2.3 Kehittämistyön tarve	11
2.4 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos	12
2.5 Kehittämiprojektin eteneminen	13
<b>3 Teoreettiset lähtökohdat</b>	<b>15</b>
3.1 Elämän loppuvaiheen hoito	15
3.1.1 Palliatiivinen hoito	15
3.1.2 Saattohoito	16
3.1.3 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli	17
3.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia elämän loppuvaiheen hoidosta akuuteissa hoitoympäristöissä	20
3.2.1 Osaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä	21
3.2.2 Hoitoympäristön luonteeseen liittyviä tekijöitä	22
3.2.3 Hoitolinjauksiin liittyviä tekijöitä	23
3.2.4 Esihenkilötyöhön ja organisaatioon liittyviä tekijöitä	24
3.2.5 Laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamista estäviä tekijöitä	24
3.2.6 Koulutustarpeita ja kehittämisehdotuksia elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen	25
<b>4 Tutkimuksellinen osuus</b>	<b>27</b>
4.1 Tutkimuksellisen osion tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	27
4.2 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä	27
4.3 Aineistonkeruu	28
4.4 Aineiston analysointi	29

<b>5 Tutkimustulokset</b>	<b>30</b>
5.1 Kokemus työyksikössä toteutettavasta elämän loppuvaiheen hoidosta	31
5.2 Hoitohenkilökunnan kokema lisäosaamis- ja koulutustarve eri osa-alueilla	38
5.3 Hoitohenkilökunnan kokemat vahvuudet sekä merkittävimmät haasteet ja esteet toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa	45
5.4 Elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen tärkeys	46
<b>6 Kehittämisprojektin arviointimenetelmät</b>	<b>48</b>
6.1 Kehittämisprojektin arviointi	48
6.2 Tutkimuksellisen osion arviointi	49
<b>7 Eettisyys ja luotettavuus</b>	<b>50</b>
7.1 Kehittämisprojektin eettisyys ja luotettavuus	50
7.2 Tutkimuksellisen osion eettisyys ja luotettavuus	51
<b>8 Pohdinta ja kehittämis ehdotukset</b>	<b>52</b>
8.1 Pohdinta	52
8.2 Kehittämis ehdotukset	55
8.3 Kehittämisprojektin tuotos	57
<b>Lähteet</b>	<b>59</b>

## **Liitteet**

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomakerunko

Liite 3. Esimerkki aineiston analyysistä (Vahvuudet toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitoa)

Liite 4. Esimerkki aineiston analyysistä (Merkittävimmät haasteet ja esteet toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaalan vuodeosastolla)

Liite 5. ”Ehdotukset elämän loppuvaiheen hoidon kehittämiseksi päivystyssairaalan vuodeosastolla” -posteri

## Kuvat

Kuva 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 15).	18
Kuva 2. "Työyksikössäni tunnistetaan kuolemaa lähestyvä potilas" -väittämän vastausjakauma (N=18).	33
Kuva 3. "Työyksikössäni tehdään asianmukaiset hoitolinjaukset oikea-aikaisesti" -väittämän vastausjakauma (N=18).	33
Kuva 4. "Työyksikössäni annetaan potilaalle/läheisille riittävästi rehellistä tietoa potilaan tilasta ja ennusteesta" -väittämän vastausjakauma (N=18).	34
Kuva 5. "Työyksikössäni toteutetaan laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa" -väittämän vastausjakauma (N=18).	34
Kuva 6. "Työyksikössäni huomioidaan potilaan/läheisen tuen tarpeet kokonaisvaltaisesti elämän loppuvaiheen hoidossa" -väittämän vastausjakauma (N=18).	35
Kuva 7. "Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkehoito elämän loppuvaiheen hoidossa" -väittämän vastausjakauma (N=18).	35
Kuva 8. "Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkkeetön hoito elämän loppuvaiheen hoidossa" -väittämän vastausjakauma (N=18).	36
Kuva 9. "Työyksikössäni toteutetaan elämän loppuvaiheen hoitoa moniammatillisesti" -väittämän vastausjakauma (N=18).	36
Kuva 10. "Työyksikössäni on riittävästi hoitohenkilökuntaa laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi" -väittämän vastausjakauma (N=18).	37
Kuva 11. "Työyksikössäni on sopivat puitteet laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi" -väittämän vastausjakauma (N=18).	37
Kuva 12. Koettu koulutustarve liittyen elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjauksiin ja hoidonrajauksiin (N=18).	40
Kuva 13. Koettu koulutustarve liittyen lähestyvään kuolemaan viittaavien merkkien tunnistamiseen (N=18).	40
Kuva 14. Koettu koulutustarve liittyen lähestyvän kuoleman puheeksi ottamiseen potilaan/läheisten kanssa (N=18).	41

Kuva 15. Koettu koulutustarve liittyen elämän loppuvaiheen lääkehoitoon (N=18).	41
Kuva 16. Koettu koulutustarve liittyen elämän loppuvaiheen lääkkeettömään hoitoon (N=18).	42
Kuva 17. Koettu koulutustarve liittyen kuolevan potilaan/läheisten kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen (N=18).	42
Kuva 18. Koettu koulutustarve liittyen moniammatilliseen yhteistyöhön elämän loppuvaiheen hoidossa (N=18).	43
Kuva 19. Koettu koulutustarve liittyen konsultointimahdollisuuksiin elämän loppuvaiheen hoidossa (N=18).	43
Kuva 20. Koettu koulutustarve liittyen surevan läheisen kohtaamiseen ja tukemiseen (N=18).	44
Kuva 21. Koettu koulutustarve liittyen läheisen tukemiseen ja ohjaamiseen potilaan kuoleman jälkeen (N=18).	44
Kuva 22. Koettu koulutustarve liittyen oman työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukemiseen elämän loppuvaiheen hoitoa toteutettaessa (N=18).	45
Kuva 23. Koettu elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen tärkeys päivystyssairaalan vuodeosastolla (N=18).	47

## Taulukot

Taulukko 1. Taustamuuttajat.	30
Taulukko 2. Kokemus työyksikössä toteutettavasta elämän loppuvaiheen hoidosta.	31
Taulukko 3. Koettu lisäosaamis- ja koulutustarve eri osa-alueilla.	38
Taulukko 4. Koettu elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen tärkeys.	46

## Käytetyt lyhenteet ja sanasto

ERVA	Erytisvastuualue
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1.1.2023 alkaen HUS-yhtymä
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization

# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut vuonna 2017 suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen osaamis- ja laatukriteereistä. Asiantuntijatyöryhmän laatiman suosituksen tarkoituksena on käytäntöjen yhtenäistäminen sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon mahdollistaminen kaikille potilaille heidän asuinpaikastaan tai hoitavasta tahosta riippumatta. Suositus pohjautuu kolmiportaiseen malliin, jonka mukaan palveluita järjestetään perustason lisäksi perustason saattohoidon yksiköissä (A-taso), erityistasolla (B-taso) ja vaativalla erityistasolla (C-taso). (Saarto ym. 2019, 9, 17.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli esitellään tarkemmin kappaleessa 3.1.3.

Perustasaan kuuluu kaikki elämän loppuvaiheen potilaita hoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jotka eivät täytä ABC-tasojen kriteereitä (Saarto ym. 2019, 17). Tämän kehittämisprojektin kohdeosasto kuuluu erikoissairaanhoidon perustasaan. STM:n suosituksen mukaan perustasolla tulisi muun muassa osata tunnistaa lähestyvä kuolema, tehdä saattohoitopäätös sekä hallita perustason oirehoito tarvittaessa erityistason tuella (Saarto ym. 2019, 19–20).

Kehittämisprojektin tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisesta erään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) päivystyssairaalan vuodeosastolla. Tavoitteena oli myös tuoda esiin heidän kokemiaan koulutustarpeita sekä haasteita ja esteitä toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa akuutissa hoitoympäristössä.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli tuottaa tietoa päivystyssairaalan vuodeosastolla työskentelevien hoitajien kokemasta osaamisesta ja koulutustarpeista elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen. Kehittämisprojektin tuloksia voidaan hyödyntää lisäkoulutuksen ja osaamisen kehittämisen suunnittelussa, ja tätä kautta elämän loppuvaiheen hoidon laadun parantamisessa.

## 2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

### 2.1 Toimintaympäristön kuvaus

Kehittämiprojektin kohdeosasto oli vaativaan selkäkirurgiaan erikoistunut vuodeosasto. Sairaalassa toimi ympärivuorokautinen päivystys, joten osastolle tuli potilaita vuorokaudenajasta riippumatta. Hoitoajat osastolla olivat tyypillisesti lyhyitä, vain muutamia vuorokausia. Yleensä potilaat joko kotiutuivat suoraan osastolta tai voinnin niin vaatiessa siirtyivät jatkohoitoon muihin sairaaloihin, kuten oman kotikuntansa mukaiseen kaupunginsairaalaan. Sairaalan toiminta oli pääasiallisesti keskittynyt akuutisti sairastuneiden tai erilaisissa tapaturmissa itsensä loukanneiden potilaiden hoitoon.

Sairaala oli yksi Suomen suurimman sairaanhoitopiirin eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sairaaloista. Kehittämiprojektin loppuvaiheessa, 1.1.2023 voimaan astuneen sote-uudistuksen myötä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toiminta päättyi ja HUS muuttui HUS-yhtymäksi (HUS 2022a). Kehittämiprojektin loppuraporttia kirjoitettaessa myös kyseisen sairaalan toiminta päättyi ja siirtyi uuteen sairaalaan, jossa toiminta jatkuu päivystysluonteisena.

### 2.2 Projektiorganisaation kuvaus

Kehittämiprojekti toteutettiin kolmikantamalla hyödyntäen, millä pystyttiin varmistamaan projektin yhteys työelämän kehittämiseen. Kolmikantamallin mukaisesti kehittämiprojektin ohjausryhmä muodostui opiskelijasta eli projektipäälliköstä, työelämämentorista, jona toimi kohdeosaston ja projektipäällikön esihenkilö, sekä opinnäytetyötä ohjaavasta tutoropettajasta. (Ahonen 2015, 14.) Projektipäällikkö sai kehittämiprojektinsa aikana kiitettävästi tukea myös muilta työyhteisönsä jäseniltä. Kehittämiprojektin alussa sairaalan kipuhoitaja oli apuna aiheen suunnittelussa, yksi sairaalan kliinisistä opettajista tarjoutui auttamaan projektipäällikköä kehittämiprojektin eri vaiheissa ja ennen

tutkimuksellisen osion toteuttamista yksi kohdeosaston lääkäreistä auttoi kyse-lylomakkeen toteutukseen ja aineiston analysointiin liittyvissä asioissa.

### 2.3 Kehittämistyön tarve

HUSin uusimman strategiakertomuksen mukaan organisaation viisi strategista päämäärää vuosille 2020–2024 ovat: 1) mitatusti parasta hoitoa ja palvelua, 2) terveyttä tehokkaasti ja vaikuttavasti, 3) paras yhteisö oppia, tutkia ja tehdä merkityksellistä työtä, 4) asiakaslähtöinen digitaalinen muutos sekä 5) vastuumme yhteiseksi hyväksi (HUS 2022b, 15). Jotta HUSin strategiset päämäärät sekä arvojen ja periaatteiden mukainen korkealaatuinen ja yhdenvertainen hoito toteutuu myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta, henkilöstön osaamista elämän loppuvaiheen hoidosta tulee vahvistaa myös perustasolla.

Kohdeosastolla hoidetaan kuolevia potilaita kohtalaisen harvoin eikä hoitajilla ole lisä- tai täydennyskoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Hoitohenkilökunta voi kokea epävarmuutta oirehoidossa sekä kuolemaa lähestyvän potilaan ja hänen läheistensä kohtaamisessa ja tukemisessa. Selvittämällä hoitajien kokemuksia elämän loppuvaiheen hoidosta voidaan suunnata tarvittavaa koulutusta oikein ja tätä kautta vaikuttaa kuolevien potilaiden saamaan hoitoon heidän viimeisinä päivinä (Limbu & Taylor 2021, 1084).

Yhdeksi haasteeksi päivystysluonteisessa sairaalassa voidaan kokea lähestyvän kuoleman tunnistaminen ja saattohoitopäätöksen oikea-aikainen tekeminen. Saattohoitopäätös voi jäädä kokonaan tekemättä, jolloin potilaalle ei anneta mahdollisuutta inhimilliseen ja kärsimystä lievittävään elämän loppuvaiheen hoitoon (ETENE 2003, 14). Lehto ym. (2019, 3047) ovat tehneet selvitystyön saattohoitopäätösten tekemisestä eräässä HUS-alueen akuuttisairaalassa. Selvitystyössä tutkittiin seitsemän kuukauden aikana sairaalan tietyillä osastoilla kuolleiden (N=110) potilaiden kuolemaa edeltäviä hoitolinjauksia. Selvityksen mukaan potilaista 4 %:lle tehtiin palliatiivisen hoidon linjaus ja vain 2 %:lle saattohoitopäätös ennen kuolemaa. Yhdeksi syyksi selvityksen tekijät epäilivät erikoissairaanhoidon toimintakulttuuria, johon ei tyypillisesti kuulu

saattohoitopäätösten tekeminen. Selvityksen tekijät suosittelivat hoidon tavoitteiden selkeyttämistä potilaan lähestyessä kuolemaa. Epäselvyys hoitolinjauksista voi johtaa parantavaan hoitoon tähtäävien hoitojen jatkamiseen tarpeettoman pitkään, vaikka kuolema on väistämättä edessä.

STM:n suosituksessa osaamisvaje nousee yhdeksi tärkeimmäksi haasteeksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa. Suosituksen mukaan osaamista voidaan vahvistaa muun muassa kehittämällä moniammatillista yhteistyötä sekä henkilökunnan suunnitelmallisella ja säännöllisellä koulutuksella. Perustason henkilökunnan osaamisen vahvistamiseksi suosituksessa esitetään THL:n Saattohoitopassi-verkkokurssin suorittamista. (Saarto ym. 2019, 96–97; THL 2023.)

Tasalaatuisen ja laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiseksi vuosina 2018–2021 toteutettiin ”Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen – EduPal” -hanke. EduPal-hanke oli Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama, ja se toteutettiin tiiviissä yhteistyössä STM:n palliatiivisen hoidon kehittämisen hankkeen asiantuntijoiden kanssa. Hankkeen tavoitteina oli selvittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden koulutuksien palliatiivisen hoidon opetuksen nykytila, laatia osaamisen kuvaukset palliatiivisen hoidon perustasolle ja erityistasoille, laatia valtakunnalliset opetussuunnitelmasuositukset perustasolle ja erityistasoille sekä varmistaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden riittävä osaaminen toteuttaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koulutuksen uudistamisen kautta. (EduPal n.d.; EduPal 2020; Hökkä & Lehto 2020.)

#### 2.4 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos

Kehittämiprojektin tavoitteena oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää kansallisesti ja kansainvälisesti hoitajien kokemuksia elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisesta akuutissa hoitoympäristössä. Tiedonhaun perusteella laadittiin kyselylomake, jonka tavoitteena oli selvittää kohdeosaston hoitohenkilökunnan kokemuksia osaamisestaan, heidän kokemistaan

kehittämistarpeista sekä haasteista ja esteistä toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaalan vuodeosastolla.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitajien kokemasta osaamisesta sekä haasteista ja esteistä, joiden he kokivat vaikuttavan elämän loppuvaiheen hoidon laatuun ja toteuttamiseen päivystyssairaalan vuodeosastolla. Tarkoituksena oli myös tuottaa tietoa hoitajien kokemista koulutustarpeista. Tätä tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa lisäkoulutusta osaamisen kehittämiseksi ja elämän loppuvaiheen hoidon laadun parantamiseksi.

Kehittämisprojektin tuotoksena laadittiin kyselytutkimuksen tulosten perusteella koulutusehdotelma hoitohenkilökunnan elämän loppuvaiheen hoidon osaamisen lisäämiseksi. Tuotoksesta laadittiin posterit, jotka luovutettiin kohdeosaston esihenkilölle. Posterissa esiintuotuja koulutusehdotuksia voidaan hyödyntää myös muilla samankaltaisilla osastoilla. Tuotoksen avulla lähiesihenkilöt voivat suunnitella ja kohdentaa oikeanlaista koulutusta hoitohenkilökunnalle elämän loppuvaiheen hoidon osaamisen ja laadun parantamiseksi.

## 2.5 Kehittämisprojektin eteneminen

Kehittämistoiminta käynnistyi työelämässä todetun tarpeen pohjalta (Salonen ym. 2017). Tarve ilmeni projektipäällikön omien kokemusten sekä muiden hoitotyön ammattilaisten kanssa käytyjen keskusteluiden pohjalta, ja se vahvistui aiheeseen liittyviä aiempia tutkimustuloksia tarkasteltaessa.

Toiminnan luova vaihe eli ideointivaihe ajoittui alkuvuoteen 2022. Ideointivaiheessa ideoitiin, miten nykykäytäntöä tulisi muuttaa ja miten haluttuun muutokseen olisi mahdollista päästä (Salonen ym. 2017, 58). Kehittämisprojektin ideapaperi hyväksyttiin maaliskuussa 2022. Ideavaiheen jälkeen alkoi kehittämisprojektin suunnitelmavaihe, jolloin täsmennettiin kehittämisen tavoitteita ja laadittiin kehittämissuunnitelma (Salonen ym. 2017, 60). Suunnitelmavaiheessa tehtiin kirjallisuuskatsaus, jossa selvitettiin aiempaa tutkimustietoa kehittämisprojektin aiheeseen liittyen. Kehittämisprojektin suunnitelma sekä tutkimussuunnitelma esitettiin hyväksyttäväksi kesäkuun 2022 alussa. Kesälomien vuoksi

suunnitelmien hyväksyntään tuli viivettä, mikä siirsi myös kyselyn toteuttamisajankohtaa alkuperäisestä suunnitelmasta.

Kehittämisen- ja tutkimussuunnitelmat hyväksyttiin syyskuussa 2022, minkä jälkeen projektissa edettiin toteutusvaiheeseen (Salonen ym. 2017, 61). Projektipäällikkö haki organisaatiolta kehittämisprojektille tutkimusluvan, jonka HUS myönsi lokakuussa 2022. Tämän jälkeen laadittiin kyselylomakerunko aiemmin tehdyn kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Kyselyn esitestaamisen jälkeen kysely toteutettiin kohdeosaston hoitohenkilökunnalle marras–joulukuussa 2022. Kysely oli avoinna kolmen viikon ajan.

Kyselytutkimuksen sulkeutumisen jälkeen alkoi aineiston analyysi ja raportin kirjoittaminen. Tammikuussa 2023 projektipäällikkö esitteli kehittämisprojektin ja kyselytutkimuksen tulokset sekä niiden pohjalta laaditun koulutusehdotelman kohdeosaston henkilökunnalle. Kehittämisprojektin raportti valmistui huhtikuussa 2023.

## 3 Teorettiset lähtökohdat

### 3.1 Elämän loppuvaiheen hoito

Elämän loppuvaiheen hoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista, jota voidaan toteuttaa esimerkiksi kotona, hoivakodeissa tai sairaaloissa. Hoidon tavoitteena on ylläpitää mahdollisimman hyvää elämänlaatua, turvata arvokas kuolema sekä tukea läheisiä. (Valvira 2020.)

ETENE:n (2003, 3) mukaan yksi terveydenhuollon etiikan keskeisimpiä kysymyksiä on kuolemaa lähestyvien potilaiden laadukas ja inhimillinen hoito. Hoitavalla henkilökunnalla tulee olla tietämystä, kokemusta ja osaamista kuolevien potilaiden hoidosta. Jokaisella kuolevalla on oikeus hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon hoitopaikasta riippumatta.

Elämän loppuvaiheen hoitoon sisältyy palliatiivinen eli oireenmukainen hoitolinja, joka voi kestää vuosia. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, ja se ajoittuu kuoleman läheisyyteen. Saattohoito kestää yleensä muutamista päivistä muutamiin viikkoihin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019.)

#### 3.1.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito on aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Sen tavoitteena on vaalia kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua sekä lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä. Palliatiivinen hoito keskittyy ensisijaisesti oireiden hoitamiseen, kivun hallintaan ja psykososiaalisen ahdistuksen lievittämiseen. Ideaalilanteessa palliatiivinen hoito on moniammatillisen tiimin, johon kuuluu muun muassa lääkäri, hoitajat, sosiaalityöntekijä ja pappi, yhdessä tarjoamaa hoitoa. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia eikä sen tarkoituksena ole pidentää tai lyhentää elämää. (Saarto 2018, 8; Swami & Case 2018, 180; WHO 2020.)

Palliativisen hoidon avulla voidaan vähentää potilaan ja hänen läheistensä kärsimystä ja ahdistusta. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat erityisen tärkeitä palliativisessa hoidossa, ja siinä korostuu ammattilaisten, potilaan ja läheisten välisen kommunikaation merkitys. (Swami & Case 2018, 181–182.)

WHO:n (2020) arvion mukaan noin 56,8 miljoonaa ihmistä tarvitsee vuosittain palliativista hoitoa, ja näistä 25,7 miljoonaa viimeisenä elinvuotenaan. Arvion mukaan maailmanlaajuisesti kuitenkin vain noin 14 % palliativista hoitoa tarvitsevista ihmisistä saa sitä. Asianmukaisen palliativisen hoidon tarjoamiseksi tarvitaan kansallista politiikkaa, resursseja sekä palliativisen hoidon koulutusta terveydenhuollon ammattilaisille. Väestön ikääntymisen myötä palliativisen hoidon tarve tulee kasvamaan maailmanlaajuisesti. Palliativisen hoidon oikea-aikaisella aloittamisella voidaan vähentää tarpeettomia sairaalahoitoja ja terveyspalveluiden käyttöä. Palliativista hoitoa toteutetaan moniammatillisesti potilaan ja hänen läheistensä tarpeet kokonaisvaltaisesti huomioiden. (Saarto 2018, 8; WHO 2020.)

### 3.1.2 Saattohoito

Kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen aikana, tehdään saattohoitopäätös. Päätöstä voidaan pitää hoitolupauksena antaa kuolevalle potilaalle mahdollisimman hyvä oireenmukainen hoito. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 8.) Saattohoidossa tavoitteena on lievittää potilaan kokemia oireita ja ylläpitää elämänlaatua. Hoidot eivät saa aiheuttaa potilaalle haittaa tai kärsimystä. (Pöyhiä 2012, 458.)

Kun saattohoitopäätös tehdään, hoitava henkilökunta voi keskittyä hoitamaan potilaan oireita kokonaisvaltaisesti. Lisäksi se auttaa potilasta ja hänen läheisiään valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. (Lehto ym. 2011, 3046.) Saattohoidon tarkoituksena on turvata riittävä tuki potilaalle ja hänen läheisilleen elämän loppuvaiheessa sekä kuoleman tapahduttua (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 8).

Anttosen (2016, 56) mukaan hyvässä kuolemassa potilaalle mahdollistetaan inhimillinen ja vähäoireinen kuolema, jossa häntä hoidetaan mahdollisimman hyvin hänet omana itsenään hyväksyen. Hyvällä hoidolla ja hoitohenkilökunnan tarjoamalla tuella on iso merkitys läheisten selviytymiseen potilaan kuoleman jälkeen. Läheiset voivat saada lohtua hyvän kuoleman kokemuksesta, jolloin heidän on helpompi jatkaa elämäänsä ja käsitellä suruaan. Hyvän kuoleman mahdollistaminen tuo myös hoitohenkilökunnalle rohkeutta kuolevien potilaiden hoitamiseen ja kuoleman kohtaamiseen.

Hyvän kuoleman vastakohtana Anttonen (2016, 56) kuvaa kuolemaan ajautumista, jossa potilaan tarpeita ei huomioida ja kärsimystä ei pystytä lievittämään. Kokemus huonosta kuolemasta vaikuttaa myös läheisiin ja hoitohenkilökuntaan. Läheisten voi olla vaikea päästä elämässä eteenpäin kokemuksen vuoksi, ja hoitohenkilökunnalle voi jäädä tunne epäonnistumisesta hoidon tarjoamisessa.

### 3.1.3 Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli

Diagnoosistaan, asuinpaikastaan tai taloudellisesta tilanteestaan riippumatta jokaisella ihmisellä on oikeus palliativiseen hoitoon. STM:n suosituksen (Saarto ym. 2019, 9) tarkoituksena on käytäntöjen yhtenäistäminen sekä palliativisen hoidon ja saattohoidon mahdollistaminen kaikille niitä tarvitseville ihmisille heidän asuinpaikastaan ja hoitavasta tahosta riippumatta. Jotta palliativinen hoito on tasa-arvoisesti jokaisen sitä tarvitsevan ihmisen saatavilla, se tulee integroida osaksi olemassa olevaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. (Saarto & Lehto 2019.)

STM:n suositus perustuu kolmiportaiseen malliin, joka koostuu perustasosta ja perustason saattohoitoyksiköistä (A), erityistasosta (B) ja vaativasta erityistasosta (C). Palliativista hoitoa tai saattohoitoa tarvitsevista potilaista suurin osa pystytään hoitamaan perustason yksiköissä. Tarvittaessa hoitosuunnitelman täydentämisessä tai oireiden vaikeutuessa konsultoidaan palliativisen hoidon erityistason eli B- tai C-tason yksikköä. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 18; Saarto & Lehto 2019.)

Saarto & asiantuntijatyöryhmä (2017, 15) korostavat, että jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön tulee osata tunnistaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve sekä laatia elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma tarvittaessa erityistason asiantuntijoiden avulla. Perustason oirehoidon, kuolevasta potilaasta ja hänen läheisistään huolehtimisen sekä psykososiaalisten ja vakaumuksellisten tarpeiden arvioinnin tulee kuulua jokaisen ammattihenkilön osaamiseen.



Kuva 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 15).

## **Perustaso ja perustason A-taso**

Kolmiportaisen mallin perustason muodostavat kaikki kuolevia potilaita hoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jotka eivät täytä ABC-tasojen kriteereitä. Yksiköiden henkilökunta on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Perustasaan kuuluu muun muassa potilaita elämänsä loppuun asti hoitavat ympärivuorokautisen hoidon yksiköt sekä satunnaisesti kuolevia potilaita hoitavat sairaaloiden vuodeosastot. Perustasolla henkilökunnan tulee muun muassa hallita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet sekä osata tehdä saattohoitopäätös. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 16; Saarto ym. 2019, 16.)

A-tason muodostavat sellaiset terveydenhuollon yksiköt, jotka ovat kehittäneet saattohoitoa muun toiminnan ohessa. Tällaisia yksiköitä ovat esimerkiksi terveyskeskusten ja joidenkin sairaaloiden vuodeosastot. Saattohoito on otettu huomioon henkilöstömitoituksessa, ja henkilökunnalla on riittävä osaaminen saattohoidon toteuttamiseen. Yksiköissä saattohoito on huomioitu erillisillä saattohoitovuodepaikoilla. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 16.; Saarto ym. 2019, 16.)

## **Erytistaso (B-taso)**

Erytistason (B) muodostavat yksiköt, jotka ovat erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon, kuten palliatiiviset kotisairaalat tukiosastoineen, palliatiiviset ja saattohoito-osastot sekä palliatiiviset poliklinikat. Erytistason yksiköiden pääasiallinen tehtävä on palliatiivinen hoito ja saattohoito, ja henkilökunnalla on tähän erityiskoulutusta. Erytistason yksiköt toimivat konsultaatiotukena perustason yksiköille, osallistuvat koulutuksen järjestämiseen eri ammattiryhmille sekä kehittävät palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista alueellaan. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 16; Saarto ym. 2019, 16–17.)

### **Vaativa erityistaso (C-taso)**

Vaativan erityistason (C) muodostavat koko erityisvastuualuetta (erva) palvelevat yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksat. Nämä muodostuvat vaativan avohoidon palliatiivisesta poliklinikasta, psykososiaalisen tuen yksiköstä, ympärivuorokautisesta palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimistä erva-alueelle, palliatiivisen hoidon vuodeosastosta, vaativaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneesta kotisairaalaasta ja saattohoito-osastosta ja/tai saattohoitokodista, joka toimii kotisairaalan tukiosastona. Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuksat toimivat palliatiivisen hoidon koordinoijina erva-alueella, ja vastaavat tutkimuksesta ja opetuksesta yhdessä yliopistojen ja oppilaitosten kanssa. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 16; Saarto ym. 2019, 17.)

#### **3.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia elämän loppuvaiheen hoidosta akuuteissa hoitoympäristöissä**

Kuolevien potilaiden hoitaminen akuuteissa hoitoympäristöissä voi aiheuttaa hoitajille henkistä raskautta, kuten riittämättömydentunnetta, ahdistusta ja stressiä. Potilaiden kuolemat saattavat muistuttaa hoitajia heidän omien läheistensä kuolemista tai saada heidät pohtimaan omaa ja läheistensä kuolemaa sekä hoitotahtoja. (Mak ym. 2013, 423; McCourt ym. 2013, 515.)

Mak ym. (2013, 423–427) ovat tutkineet sairaanhoitajien kokemuksia kuolevien potilaiden ja heidän läheistensä hoitamisesta eräässä hong kongilaisessa sairaalassa. Puolistrukturoituun haastattelututkimukseen on osallistunut yhteensä 15 sairaanhoitajaa kolmelta eri akuuttiosastolta. Suurin osa vastaajista on kuvaillut potilaiden odottamattomien kuolemien aiheuttavan ahdistusta, etenkin nuorten potilaiden kuolemien kohdalla. Henkisen rasituksen lisäksi osa hoitajista on kertonut kärsineensä myös somaattisista oireista, joita kuolevien potilaiden hoitaminen on aiheuttanut. Hoitajat ovat tuoneet esiin odottamattomia tunnereaktioita itseltään heidän kohdatessaan kuolemaa lähestyvä potilas ja hänen läheisensä. Yksi hoitajista on kertonut, että työkokemuksestaan huolimatta välttelee näitä tilanteita, koska pelkää, että ei pysty hillitsemään kyyneleitään.

Tutkimusten mukaan hoitajien mielestä kuolevia potilaita hoidetaan parhaiten erikoistuneissa yksiköissä, kuten palliatiivisen ja saattohoidon yksiköissä. Hoitajat kokevat, että näissä yksiköissä myös läheisiä osataan tukea paremmin. (Mak ym. 2013, 1086; McCourt ym. 2013, 510.)

### 3.2.1 Osaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä

Elämän loppuvaiheen hoitoon tarvitaan erityisosaamista, joka monesti eroaa tyypillisestä akuuteissa hoitoympäristöissä annettavasta hoidosta. Akuuteilla osastoilla työskentelevät hoitajat tiedostavat kuolevan potilaan ja hänen läheistensä kaikkiin tarpeisiin vastaamiseen tarvittavan erityisiä taitoja, joita he eivät välttämättä koe vahvuuksikseen hoitaessaan kuolevia potilaita harvoin. (Limbu & Taylor 2021, 1085.)

Tutkimusten mukaan akuuteissa hoitoympäristöissä työskentelevät hoitajat kokevat haasteiksi kuolevan potilaan hoidossa muun muassa hoitoon liittyvän emotionaalisen kuormituksen ja riittämättömän osaamisen oirehoidosta (Mccourt ym. 2013, 515; Bin ym. 2018, 7). Hoitajat kokevat pystyvänsä hoitamaan ja arvioimaan fyysisiä oireita, kuten kipua, hyvin. Psykkisiin ja emotionaalisiin tarpeisiin vastaaminen koetaan vaikeaksi, mikä aiheuttaa hoitajille riittämättömydentunnetta. (Limbu & Taylor 2021, 1087.)

Toisilta hoitajilta saatu oppi koetaan tärkeäksi kuolevia potilaita ja heidän läheisiään hoidettaessa. Kuolevan potilaan ja läheisten kohtaaminen saatetaan kokea vaikeaksi, mikä voi johtaa jopa kohtaamistilanteiden välttelyyn (Mak ym. 2013, 427). Työkokemuksesta huolimatta hoitajat ovat kokeneet yhdeksi ongelmaksi kommunikaation kuolevan potilaan ja hänen perheensä kanssa. Limbu ja Taylorin (2021, 1086) tutkimukseen osallistuneista hoitajista osa on ilmaissut huoltaan siitä, että keskustelemalla läheisten kanssa he huonontaisivat vaikeaa tilannetta entisestään. Eräs hoitaja on kuvaillut, että toivoisi vanhemman kollegan tai lääkärin johtavan keskusteluita potilaan ja läheisten kanssa. Osa hoitajista on kuitenkin kokenut työkokemuksen opettavan avoimuutta ja rehellisyyttä

sekä helpottavan vuorovaikutusta kuolevan potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

Shepherdin ym. (2021, 14) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat, että lääkärit eivät selitä riittävästi kuolemisprosessia potilaalle ja hänen läheisilleen, minkä vuoksi perheillä on epärealistisia odotuksia potilaan ennusteesta. Osa hoitajista kokee, että läheiset heijastavat vihansa hoitavaan henkilökuntaan. Hoitajat voivat kokea potilaan kuolemaan liittyvät läheisten voimakkaat reaktiot ahdistavina. Kuolevan potilaan ja hänen läheistensä tunnereaktioiden ja hoitajien omien tunteiden käsittely saatetaan kokea turhauttavaksi ja stressaavaksi. (Mak ym. 2013, 425; McCourt ym. 2013, 515.)

### 3.2.2 Hoitoympäristön luonteeseen liittyviä tekijöitä

Limbu & Taylor (2021, 1085) ovat tutkineet kirurgisten sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoitamisesta eräässä sairaalassa Iso-Britanniassa. Kuolevien potilaiden ja heidän läheistensä hoitaminen saattaa aiheuttaa raskasta akuuteissa hoitoympäristöissä työskenteleville sairaanhoitajille, mutta samanaikaisesti hoidettavien toipuvien leikkauspotilaiden on koettu antavan positiivista energiaa työhön. Toisaalta hoitajat ovat tuoneet esiin huoltaan siitä, että toipuvat leikkauspotilaat eivät välttämättä ole niin motivoituneita hoitoonsa, jos vieressä hoidetaan kuolevaa potilasta. (Mak ym. 2013, 428; Limbu & Taylor 2021, 1085.)

Hoitajat kokevat elämän loppuvaiheen hoidon tarjoamisen palkitsevana, mutta he tunnistavat siihen tarvittavan aikaa, energiaa ja asiantuntijuutta. Kuolevien potilaiden ja läheisten hoitaminen koetaan haasteelliseksi yksiköissä, joissa huolehditaan monipuolisesta potilasmateriaalista ja toipuvienkin potilaiden tarpeista. (Limbu & Taylor 2021, 1086.)

Akuuteissa hoitoympäristöissä yhdeksi merkittäväksi haasteeksi laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle pidetään kiirettä. Kiireestä huolimatta hoitajat haluavat tehdä parhaansa hoitaessaan kuolevaa potilasta ja hänen läheisiään (Mak ym. 2013, 427). Limbun & Taylorin (2021, 1086)

tutkimuksessa hoitajat ovat olleet yksimielisiä siinä, että he haluaisivat viettää enemmän aikaa kuolevien potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. He ovat kokeneet pystyvänsä viettämään hyvin rajallisen ajan kuolemaa lähestyvän potilaan vierellä. Lisäksi he ovat kokeneet sekä toipuvien leikkauspotilaiden että kuolevien potilaiden psyykkisiin ja emotionaalisiin tarpeisiin vastaamisen haasteelliseksi.

Myös osaston fyysisten tilojen koetaan vaikuttavan elämän loppuvaiheen hoidon laatuun. Lisätilan ja yksityisyyden lisäämiseksi voidaan joutua esimerkiksi sulkemaan viereinen potilaspaikka, jos erillistä huonetta ei ole saatavilla. Aina yksityisyyttä ei kuitenkaan pystytä takaamaan. Limbun ja Taylorin (2021, 1086) tutkimuksessa hoitajat ovat uskoneet, että kuolevan potilaan läheiset hyötyisivät siitä, jos heitä varten osastolla olisi ylimääräinen sängyllinen huone. Kiireisessä akuutissa ympäristössä koetaan vaikeaksi tarjota riittävän rauhallinen ja hiljainen ympäristö läheisille.

### 3.2.3 Hoitolinjauksiin liittyviä tekijöitä

Tutkimusten mukaan akuuteissa hoitoympäristöissä työskentelevät hoitajat kokevat yhdeksi merkittäväksi haasteeksi laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle liian pitkään jatkettavat aktiiviset hoidot. Hoitajat kokevat, että hoitolinjauksen tekemisessä ja asianmukaisen hoidon aloittamisessa voi olla viivettä, vaikka potilaan tila heikkenisi jatkuvasti. Tämän saatetaan kokea lisäävän potilaan kokemaa taakkaa, mikä voi aiheuttaa kuormitusta myös hoitajille. (Limbu & Taylor 2021, 1086; Shepherd ym. 2021, 14.)

Shepherdin ym. (2021, 14) tutkimuksessa 66 % (N=215) kyselytutkimukseen osallistuneista akuuteissa hoitoympäristöissä työskentelevistä sairaanhoitajista on kokenut, että lääkäreillä ei ole riittävästi koulutusta elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen. McCourt ym. (2013, 515) suosittavat asianmukaista koulutusta hoitavalle henkilökunnalle, jotta voidaan helpottaa parantamiseen tähtäävästä hoidosta siirtymistä kokonaisvaltaiseen elämän loppuvaiheen hoitoon. Hoitolinjauksen oikea-aikainen tekeminen akuutissakin hoitoympäristössä parantaa potilaan

elämänlaatua ja on resurssien hyödyntämisen kannalta perusteltua (Pandini ym. 2016, 312).

#### 3.2.4 Esihenkilötyöhön ja organisaatioon liittyviä tekijöitä

Terveydenhuollon esihenkilöiden ja organisaatioiden tulee tiedostaa merkityksellinen roolinsa ja vastuunsa tuentarjoajina hoitajille, jotta voidaan vähentää hoitajien kokemaa riittämättömydentunnetta heidän hoitaessaan kuolevia potilaita ja heidän läheisiään (Mak ym. 2013, 430; McCourt ym. 2013, 515). Agustinus & Chan (2013, 22–25) ovat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan selvittäneet tekijöitä, jotka vaikuttavat sairaanhoitajien asenteisiin palliativista hoitoa ja saattohoitoa kohtaan akuuteissa hoitoympäristöissä sekä pitkäaikais-hoidon osastoilla. Katsauksen mukaan organisaation tuella ja positiivisella asenteella voidaan vaikuttaa hoitajien asenteisiin palliativista hoitoa kohtaan. Katsauksessa suositellaankin organisaatioita kehittämään positiivista kuvaa palliativisesta hoidosta ja tukemaan hoitajia esimerkiksi erilaisten tukiryhmien, mentoroinnin ja ammatillisen jatkokoulutusmahdollisuuden avulla.

Palliativisen hoidon koulutukseen tulisi panostaa jo hoitotyön koulutuksessa, mutta sitä tulisi jatkaa myös työuran aikana. Elämän loppuvaiheen hoidon laadun parantamiseksi akuuteissa hoitoympäristöissä työskenteleville hoitajille on tärkeää järjestää täydennyskoulutusta kliinisen osaamisen kehittämiseksi. (Agustinus & Chan 2013, 25; McCourt ym. 2013, 510, 515; Pandini ym. 2016, 310.)

#### 3.2.5 Laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamista estäviä tekijöitä

Shepherdin ym. (2021, 14, 21) tutkimuksen mukaan hoitajien kokemia esteitä laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle ovat mahdollisesti turhan hoidon jatkaminen liian pitkään, riittämätön oirehoito sekä heikko kommunikatio lääkäreiden, potilaan ja läheisten välillä. Hoitajien kokemuksen mukaan elämän loppuvaiheen hoidon laatua voitaisiin parantaa, jos lääkärit lyhentäisivät

aktiivisen hoidon kestoa ja perheillä olisi realistisemmat odotukset potilaan enusteesta.

Makin ym. (2013, 426–427) tutkimuksessa nuoremmat hoitajat ovat nähneet enemmän esteitä laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle ja kehittämiseksi. Heidän keskuudessaan on korostunut pettymys sairaalan joustamattomiin käytäntöihin ja osaston tehtäväorientoituneisuuteen. Myös McCourtin ym. (2013, 515) katsauksen mukaan hoitokulttuuria tulisi muuttaa niin, että hoitopaikan kulttuurin määräävien tarpeiden sijaan keskityttäisiin enemmän potilaan yksilöllisiin tarpeisiin.

Koulutuksen ja osaamisen puutteen on koettu olevan merkittävä este kokonaisvaltaisen elämän loppuvaiheen hoidon tarjoamiselle. Lisäksi ajanpuute sekä henkilökunnan, potilaan ja läheisten väliset kommunikaatiovaikeudet vaikeuttavat laadukkaan hoidon tarjoamista. Hoitajat kokevat riittämättömydentunnetta, stressiä ja väsymystä hoitaessaan kuolevia potilaita sekä ristiriitaa siinä, millaista hoitoa haluaisivat antaa ja mitä pystyvät antamaan. Oirehoidon osaaminen ja riittävän tuen saaminen koetaan myös liian vähäiseksi. Lisäksi tilojen ja yksityishuoneiden puutteen koetaan heikentävän elämän loppuvaiheen hoidon laatua. (McCourt ym. 2013, 510, 515.)

### 3.2.6 Koulutustarpeita ja kehittämissuhteita elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen

Hoitajat kokevat, että koulutuksen avulla voitaisiin parantaa elämän loppuvaiheen hoidon laatua. Limbun ja Taylorin (2012, 1087) tutkimuksen mukaan koulutusta on kaivattu esimerkiksi kommunikaatioon potilaan ja hänen läheistensä kanssa, kirjaamiseen, fyysisten ja psyykkisten oireiden hallintaan, elämän loppuvaiheen hoidossa käytettäviin laitteisiin sekä uskonnollisiin ja kulttuurisiin kysymyksiin liittyen. Koska akuuteissa hoitoympäristöissä ei hoideta kuolevia potilaita säännöllisesti, hoitajat ovat toivoneet koulutusta ja päivitystä laitteiden käyttöön 1–2 kertaa vuodessa.

Limbun ja Taylorin (2021, 1087) tutkimuksessa yksi hoitaja on myös ehdottanut, että potilaan kuoleman jälkeen järjestettäisiin debriefing-tilaisuus henkilökunnan tukemiseksi. Tämän avulla he voisivat kokea olonsa arvostetuksi ja oppia, mitä tulevaisuudessa voitaisiin tehdä toisin. Toinen tutkimukseen osallistunut on ehdottanut myös kokeneemman hoitajan varjostamista, minkä avulla vähemmän kokenut hoitaja voisi oppia ennakoimaan ja hallitsemaan vaikeita tilanteita paremmin.

Elämän loppuvaiheen hoito voidaan kokea emotionaalisesti ja henkisesti rasakaksi. Vertaistuen ja mentoroinnin avulla voitaisiin mahdollisesti helpottaa aloittelevien hoitajien kokemaa stressiä elämän loppuvaiheen hoitoa toteutettaessa (Agustinus & Chan 2013, 22). Limbun ja Taylorin (2021, 1087) tutkimuksessa hoitajat ovat tunnistaneet yhdeksi elämän loppuvaiheen hoidon edistäjäksi sen, että voidaan hakea apua kokeneemmilta hoitajilta ja muilta kollegoilta. Tiimityöskentely on koettu tärkeäksi, ja sen avulla on pystytty ratkaisemaan haastaviakin tilanteita. Myös osaston palliatiivisen hoidon yhteyssairaanhoitajalla on nähty olevan merkittävä rooli hänen tiedottaessaan hoitohenkilökunnan jäseniä mahdollisista muutoksista elämän loppuvaiheen hoidon käytännöissä ja toiminnassa.

Laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon esteitä voidaan vähentää järjestämällä koulutusta ja harjoittelua sekä tukemalla hoitajia (McCourt ym. 2013, 515). Suuremmalla henkilökuntamäärällä voitaisiin vaikuttaa siihen, että hoitajat kokisivat pystyvänsä antamaan riittävästi aikaa ja tukea kuoleville potilaille ja heidän läheisilleen (Mak ym. 2013, 426).

## 4 Tutkimuksellinen osuus

### 4.1 Tutkimuksellisen osion tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia osaamisesta toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaan vuodeosastolla. Tavoitteena oli myös tuoda esiin heidän kokemiaan koulutustarpeita sekä haasteita ja esteitä toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa akuutissa hoitoympäristössä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa akuutissa hoitoympäristössä työskentelevien hoitajien osaamisesta ja heidän kokemistaan koulutustarpeista elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää lisäkoulutuksen ja osaamisen kehittämisen suunnittelussa, ja tätä kautta elämän loppuvaiheen hoidon laadun parantamisessa yksikössä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaiseksi hoitajat kokevat elämän loppuvaiheen hoidon osaamisen päivystyssairaan vuodeosastolla?
2. Mitä haasteita ja esteitä hoitajat kokevat laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle päivystyssairaan vuodeosastolla?
3. Millaista koulutusta ja lisäosaamista tarvitaan, jotta elämän loppuvaiheen hoidon laatua voidaan parantaa akuutissa hoitoympäristössä?

### 4.2 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena kyselylomakkeen avulla. Ennen kyselylomakkeen laatimista päätettiin teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet sekä tutustuttiin tutkimuksen aihetta käsitteleviin aiempiin tutkimuksiin ja teoriakirjallisuuteen. Kyselylomakkeen kysymykset valikoituivat kirjallisuuskatsauksen myötä nousseista hoitajien kokemista haasteista ja kehittämistarpeista. Kyselylomakkeen laatimiseen käytettiin runsaasti aikaa, jotta se mittaisi teoreettisten käsitteiden mukaisia ilmiöitä. Ennen kyselyn julkistamista se esitettiin

kahdella tutkimuksen perusjoukkoa vastaavalla henkilöllä, joilta pyydettiin kriittinen arviointi kyselylomakkeesta. (Vilka 2015, 51, 58.)

Tutkimuksen perusjoukkoon kuuluivat päivystyssairaaloiden vuodeosastoilla työskentelevät lähi-/perushoitajat ja sairaanhoitajat. Otokseksi valikoitui yhden kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunta, johon kuului yhteensä 20 lähi-/perushoitajaa ja sairaanhoitajaa. Otokseen valikoitujen henkilöiden tuli olla valmis-tuneita terveydenhuollon ammattilaisia. Tämän vuoksi osastolla tutkimuksen aikana työskennelleet hoitotyön opiskelijat rajattiin kyselyn ulkopuolelle, mikäli heillä ei ollut lähihoitajan tai sairaanhoitajan tutkintoa suoritettuna.

#### 4.3 Aineistonkeruu

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä Webropol®-kyselyllä 23.11.–14.12.2022 välisenä aikana. Linkki sähköiseen kyselyyn lähetettiin sähköpostitse kohde-osaston hoitohenkilökunnalle (N=20). Kysely pidettiin avoinna kolmen viikon ajan, ja tänä aikana lähetettiin kaksi muistutusviestiä kyselyyn vastaamisesta. Pienen otoskoon sekä vastausten ja kerättävän aineiston monipuolistamiseksi kyselyn kaikkiin kysymyksiin vastaaminen asetettiin pakolliseksi.

Kyselyn oheen liitettiin saatekirje, jonka tarkoituksena oli antaa tietoa tutkimuksesta, sen merkityksestä sekä motivoida tutkittavaa osallistumaan tutkimukseen. Saatekirje ja kyselylomakerunko ovat liitteissä (Liite 1 ja Liite 2).

Kyselylomakkeessa kysyttiin muutama taustakysymys, joilla saattoi olla vaikutusta vastaajien kokemuksiin tutkittavasta asiasta. Kyselylomakkeen monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot olivat 1–5, jolloin tulokset oli helppo muuttaa mitattavaan muotoon määrällisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Kahdella avoimella kysymyksellä haettiin vastaajien spontaaneja mielipiteitä tutkittavasta asiasta. (Vilka 2015, 52.)

#### 4.4 Aineiston analysointi

Linkki kyselyyn lähetettiin kohdeosaston hoitohenkilökunnalle, johon kuului yhteensä 20 lähi-/perushoitajaa ja sairaanhoitajaa. Kyselyyn vastasi 18 henkilöä, joten vastausprosentti oli 90 %.

Sivulla 1 kysyttiin taustamuuttujia, joilla voitiin ajatella olevan vaikutusta osallistujan vastauksiin ja kokemuksiin. Vastaaaja valitsi valmiista vastausvaihtoehdoista itselleen sopivan vaihtoehdon. Sivulla 2 ja 3 kartoitettiin hoitajien kokemuksia monivalintakysymysten avulla. Vastausvaihtoehdot esitettiin väittämiin olivat: 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Osittain eri mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Osittain samaa mieltä ja 5 = Täysin samaa mieltä. Viimeinen kysymys sivulla 4 oli myös monivalintakysymys, ja siinä kysyttiin hoitajien kokemusta elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen tärkeydestä päivystyssairaalan vuodeosastolla. Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat: 1 = Ei ollenkaan tärkeä, 2 = Jonkin verran tärkeä, 3 = Tärkeä, 4 = Erittäin tärkeä ja 5 = En osaa sanoa.

Kyselyn monivalintavastaukset ilmaistiin tilastollisesti ilmaistavina eli numeerisina tuloksina (Vilkkä 2015, 87). Webropol®-ohjelman raportista saatiin automaattisesti monivalintavastausten prosenttijakaumat, keskiarvot ja mediaanit. Keskihajonnat kunkin monivalintaväittämän vastauksille laskettiin manuaalisesti Excel-ohjelman avulla.

Sivulla 4 oli kaksi avointa kysymystä, joissa kartoitettiin vapain sanoin hoitohenkilökunnan kokemuksia vahvuuksistaan sekä haasteista ja esteistä toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaalan vuodeosastolla. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin mukaisesti pelkistämällä, tiivistämällä ja ryhmittämällä vastaukset (Vilkkä 2015, 87).

## 5 Tutkimustulokset

Kyselyyn vastasi 18 henkilöä. Vastaajista suurin osa (67%) oli sairaanhoitajia, loput (33%) lähi- tai perushoitajia (Taulukko 1). Enemmistöllä vastaajista (61%) oli työkokemusta 11 vuotta tai enemmän, ja jopa puolella (50%) kaikista vastaajista työkokemusta oli taustalla yli 15 vuotta (Taulukko 1). Kyselyyn vastaajissa ei ollut yhtäkään, kenellä olisi ollut työkokemusta alle 1 vuosi. Kenelläkään kyselyyn vastaajista ei ollut lisäkoulutusta elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen (Taulukko 1).

Taulukko 1. Taustamuuttujat.

Taustamuuttujat	N	%
<b>Ammattinimike</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
Lähi- tai perushoitaja	6	33,30 %
Sairaanhoitaja	12	66,70 %
<b>Työkokemus vuosina</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
<1	0	0,00 %
1–5	4	22,20 %
6–10	3	16,70 %
11–15	2	11,10 %
>15	9	50,00 %
<b>Lisäkoulutus elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen (palliativisen hoitotyön erikoistumisopinnot, palliativisen hoitotyön kliinisen asiantuntijan opinnot, muu lisäkoulutus)</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
Kyllä, mikä?	0	0,00 %
Ei	18	100,00 %

## 5.1 Kokemus työyksikössä toteutettavasta elämän loppuvaiheen hoidosta

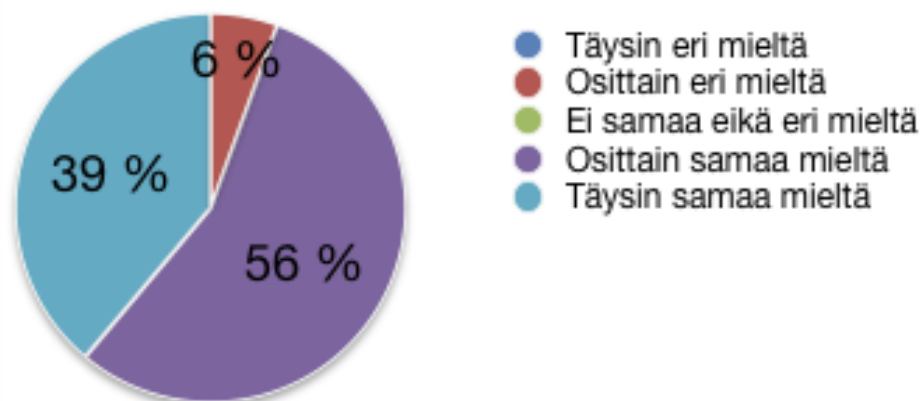
Kyselyn sivulla 2 kartoitettiin hoitohenkilökunnan kokemuksia työyksikössä toteutettavasta elämän loppuvaiheen hoidosta. Sivulla oli 10 väittämää, joihin vastausvaihtoehdot olivat 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Osittain eri mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Osittain samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä. Kaikki 18 vastaajaa vastasivat kaikkiin sivun kysymyksiin. Taulukossa 2 on nähtävillä sivulla esitetyt väittämät, niihin saadut vastaukset sekä vastausten keskiarvot, mediaanit ja keskihajonnat.

Taulukko 2. Kokemus työyksikössä toteutettavasta elämän loppuvaiheen hoidosta.

Väittämä	N	1 % / N	2 % / N	3 % / N	4 % / N	5 % / N	Keski- arvo	Me- di- aani	Keski- ha- jonta
Työyksikössäni tunnustetaan kuolemaa lähestyvä potilas	18	0,0% / 0	5,5% / 1	0,0% / 0	55,6% / 10	38,9% / 7	4,3	4	0,75
Työyksikössäni tehdään asianmukaiset hoitolinjaukset oikea-aikaisesti	18	11,1% / 2	22,2% / 4	22,2% / 4	44,5% / 8	0,0% / 0	3	3	1,08
Työyksikössäni annetaan potilaalle/läheisille riittävästi rehellistä tietoa potilaan tilasta ja ennusteesta	18	0,0% / 0	27,8% / 5	5,6% / 1	44,4% / 8	22,2% / 4	3,6	4	1,14
Työyksikössäni toteutetaan laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa	18	0,0% / 0	22,2% / 4	33,4% / 6	33,3% / 6	11,1% / 2	3,3	3	0,97
Työyksikössäni huomioidaan potilaan/läheisten tuen tarpeet kokonaisvaltaisesti elämän loppuvaiheen hoidossa	18	0,0% / 0	27,8% / 5	38,9% / 7	27,8% / 5	5,5% / 1	3,1	3	0,9
Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkehoito elämän loppuvaiheen hoidossa	18	5,5% / 1	22,2% / 4	27,8% / 5	27,8% / 5	16,7% / 3	3,3	3	1,18

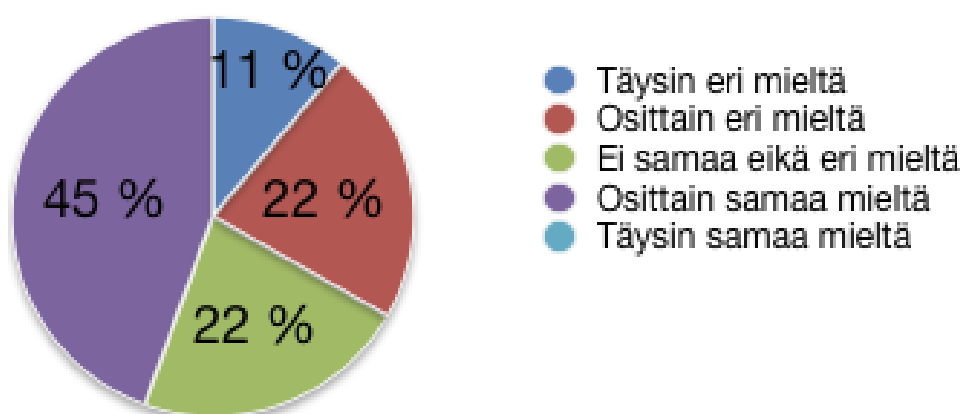
Väittäjä	N	1 % / N	2 % / N	3 % / N	4 % / N	5 % / N	Keski- arvo	Me- di- aani	Keski- ha- jonta
Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkkeetön hoito elämän loppuvaiheen hoidossa	18	11,1% / 2	16,7% / 3	33,3% / 6	33,3% / 6	5,6% / 1	3,1	3	1,11
Työyksikössäni toteutetaan elämän loppuvaiheen hoitoa moniammatillisesti	18	0,0% / 0	22,2% / 4	27,8% / 5	33,3% / 6	16,7% / 3	3,4	3,5	1,04
Työyksikössäni on riittävästi hoitohenkilökuntaa laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi	18	61,1% / 11	16,7% / 3	5,5% / 1	16,7% / 3	0,0% / 0	1,8	1	1,17
Työyksikössäni on sopivat puitteet laadukkaan elämän loppuvaiheen toteuttamiseksi	18	33,3% / 6	38,9% / 7	11,1% / 2	16,7% / 3	0,0% / 0	2,1	2	1,08

Vastaajista valtaosa eli 56 % koki olevansa osittain samaa mieltä siitä, että työyksikössä tunnustetaan kuolemaa lähestyvä potilas (kuva 2). Täysin samaa mieltä oli 39 %, osittain eri mieltä 6 % vastaajista. Kukaan ei vastannut olevansa täysin eri mieltä tai ”ei samaa eikä eri mieltä”.



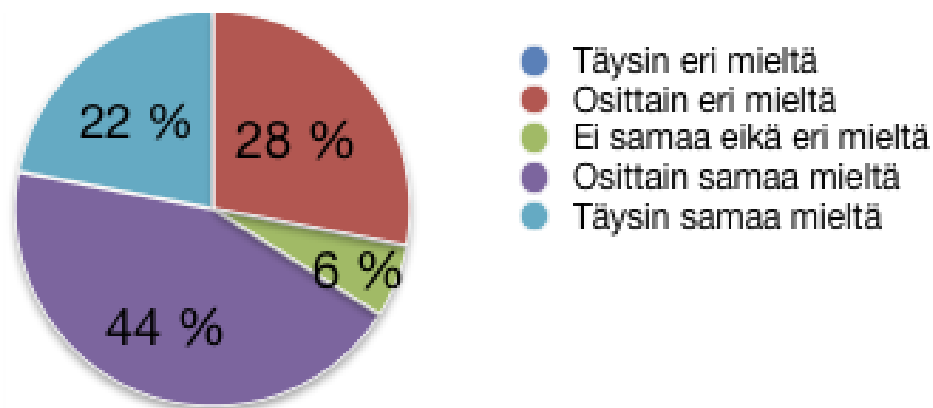
Kuva 2. ”Työyksikössäni tunnustetaan kuolemaa lähestyvä potilas” -väittämän vastausjakauma (N=18).

45 % kyselyyn osallistuneista vastasi olevansa osittain samaa mieltä ”työyksikössäni tehdään asianmukaiset hoitolinjaukset oikea-aikaisesti” -väittämän kanssa (kuva 3). Sekä ”osittain eri mieltä” että ”ei samaa eikä eri mieltä” vaihtoehtoihin vastasi molempiin 22 % vastaajista. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 11 % vastanneista. Kukaan ei ollut täysin samaa mieltä.



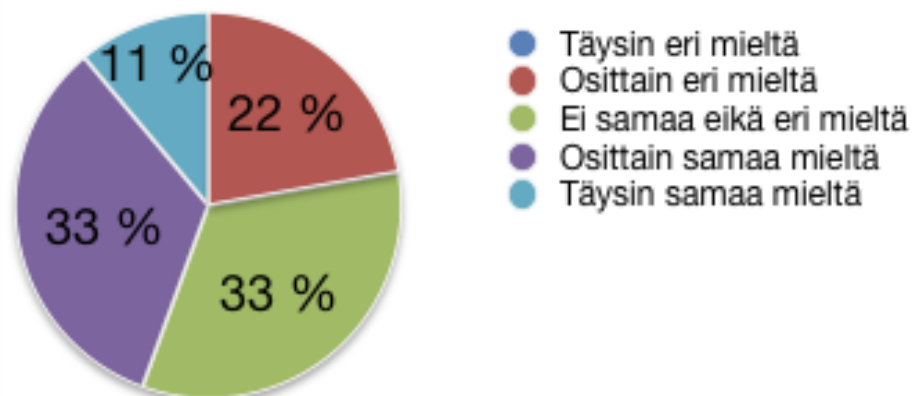
Kuva 3. ”Työyksikössäni tehdään asianmukaiset hoitolinjaukset oikea-aikaisesti” -väittämän vastausjakauma (N=18).

Valtaosa, yhteensä 66 % vastaajista, oli joko täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä siitä, että työyksikössä annetaan potilaalle/läheisille riittävästi rehellistä tietoa potilaan tilasta ja ennusteesta (kuva 4). 28 % oli kuitenkin osittain eri mieltä väittämän kanssa, 6 % vastasi ”ei samaa eikä eri mieltä”. Kukaan ei vastannut olevansa täysin eri mieltä väittämän kanssa.



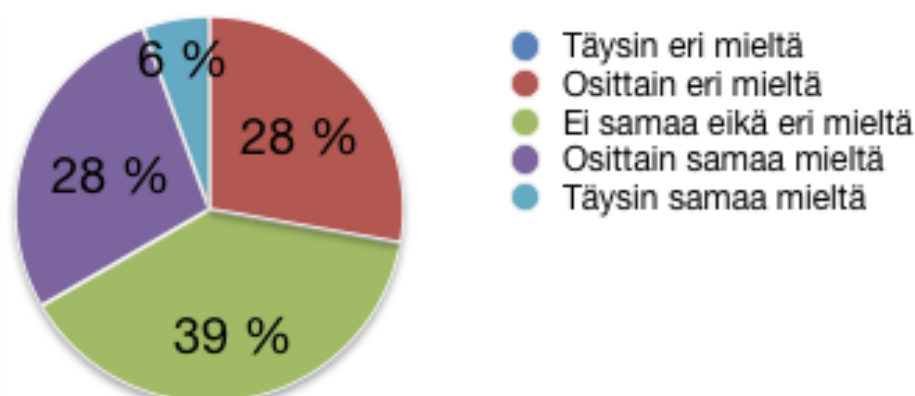
Kuva 4. ”Työyksikössäni annetaan potilaalle/läheisille riittävästi rehellistä tietoa potilaan tilasta ja ennusteesta” -väittämän vastausjakauma (N=18).

Vastaajista 33 % koki olevansa osittain samaa mieltä ja 11 % täysin samaa mieltä siitä, että työyksikössä toteutetaan laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa (kuva 5). 33 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Osittain eri mieltä väittämän kanssa oli 22 % vastaajista. Kukaan ei vastannut olevansa täysin eri mieltä.



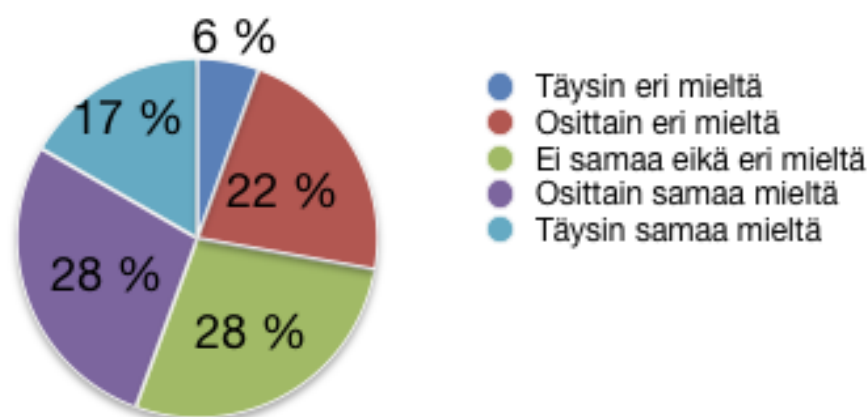
Kuva 5. ”Työyksikössäni toteutetaan laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa” -väittämän vastausjakauma (N=18).

Yhteensä 34 % vastaajista oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että työyksikössä huomioidaan potilaan/läheisten tuen tarpeet kokonaisvaltaisesti elämän loppuvaiheen hoidossa (kuva 6). 39 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, 28 % vastaajista oli osittain eri mieltä väittämän kanssa. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä.



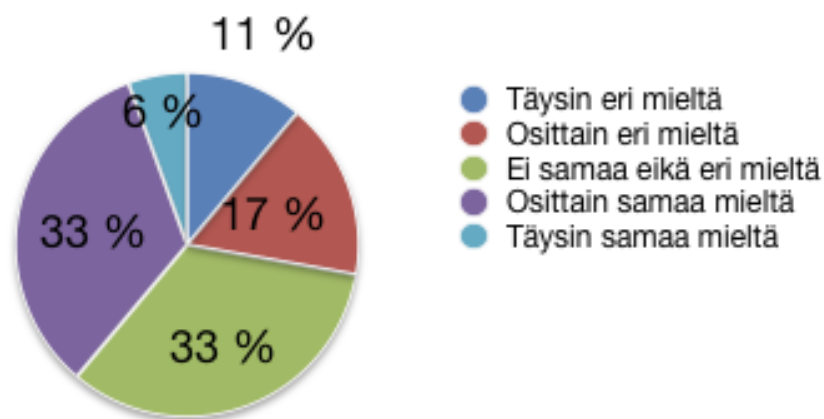
Kuva 6. "Työyksikössäni huomioidaan potilaan/läheisen tuen tarpeet kokonaisvaltaisesti elämän loppuvaiheen hoidossa" -väittämän vastausjakauma (N=18).

Asianmukaisen lääkehoidon hallitsemisesta kysyttäessä 17 % vastaajista koki olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa, 28 % osittain samaa mieltä (kuva 7). 28 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, 22 % oli osittain eri mieltä. 6 % vastaajista koki olevansa täysin eri mieltä väittämän kanssa.



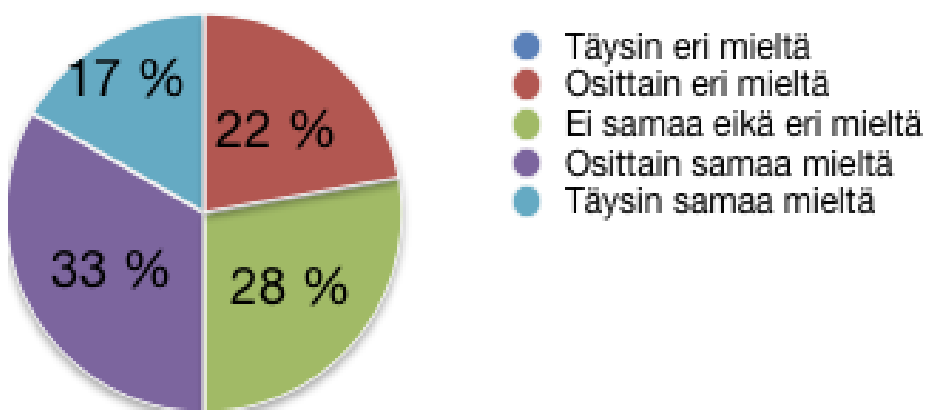
Kuva 7. "Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkehoito elämän loppuvaiheen hoidossa" -väittämän vastausjakauma (N=18).

Vastaajista yhteensä 39 % oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että työyksikössä hallitaan asianmukainen lääkkeetön hoito elämän loppuvaiheen hoidossa (kuva 8). 33 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, 17 % oli osittain eri mieltä. 11 % vastaajista oli täysin eri mieltä väittämän kanssa.



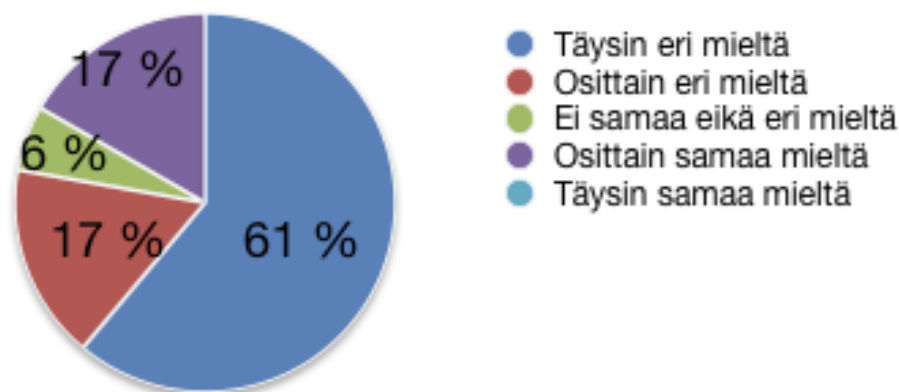
Kuva 8. "Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkkeetön hoito elämän loppuvaiheen hoidossa" -väittämän vastausjakauma (N=18).

Yhteensä 50 % kyselyyn osallistuneista koki olevansa täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että työyksikössä toteutetaan elämän loppuvaiheen hoitoa moniammatillisesti (kuva 9). 28 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, 22 % oli osittain eri mieltä. Kukaan ei vastannut olevansa täysin eri mieltä.



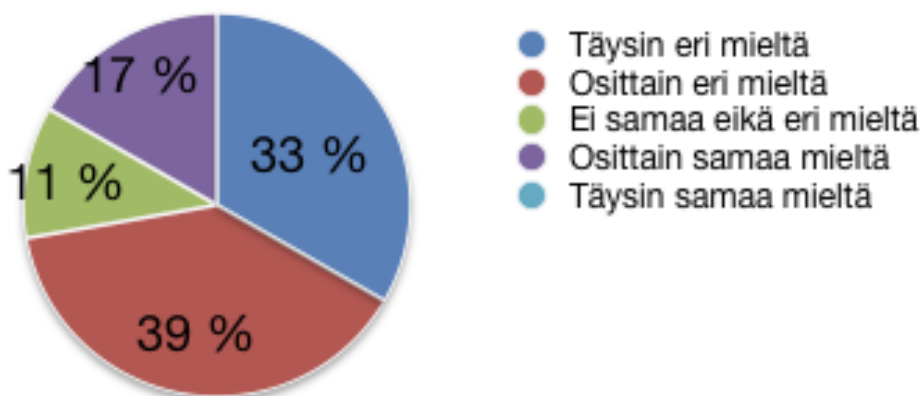
Kuva 9. "Työyksikössäni toteutetaan elämän loppuvaiheen hoitoa moniammatillisesti" -väittämän vastausjakauma (N=18).

Riittävästä hoitohenkilökuntamäärästä kysyttäessä selkeä enemmistö, 61 % vastaajista, koki olevansa täysin eri mieltä väittämän kanssa (kuva 10). Sekä vastausvaihtoehtoihin ”osittain eri mieltä” että ”osittain samaa mieltä” vastasi molempiin 17 % vastaajista. Kukaan ei vastannut olevansa täysin samaa mieltä siitä, että työyksikössä olisi riittävästi hoitohenkilökuntaa laadukkaan elämän loppuvaiheen toteuttamiseksi.



Kuva 10. "Työyksikössäni on riittävästi hoitohenkilökuntaa laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi" -väittämän vastausjakauma (N=18).

Yhteensä 72 % vastaajista oli joko täysin tai osittain eri mieltä siitä, että työyksikössä on sopivat puitteet laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi (kuva 11). 17 % oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa, 11 % ei samaa eikä eri mieltä. Kukaan ei ollut täysin samaa mieltä.



Kuva 11. "Työyksikössäni on sopivat puitteet laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi" -väittämän vastausjakauma (N=18).

Valtaosassa taulukon 2 väittämistä vastausten mediaani oli 3–4. Tästä kuitenkin poikkesi “Työyksikössäni on riittävästi hoitohenkilökuntaa laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi” -väittämä mediaanilla 1 ja “Työyksikössäni on sopivat puitteet laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi” -väittämä mediaanilla 2. Eniten keskihajontaa (1,18) oli väittämässä, joka liittyi asianmukaisen lääkehoidon toteuttamiseen elämän loppuvaiheen hoidossa.

## 5.2 Hoitohenkilökunnan kokema lisäosaamis- ja koulutustarve eri osa-alueilla

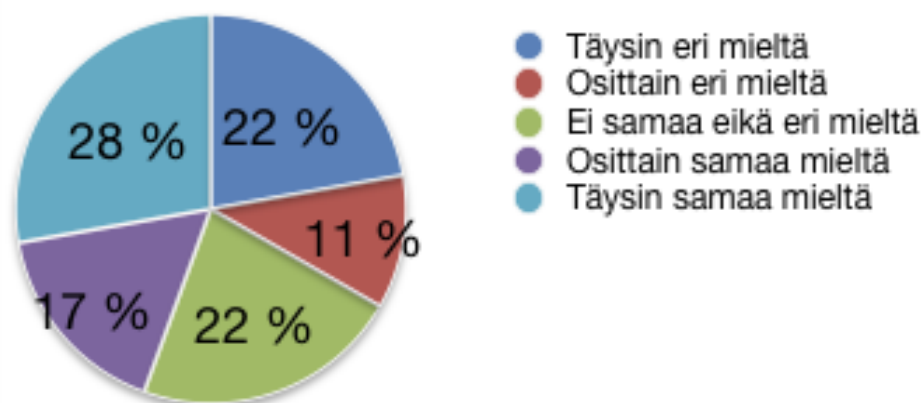
Kyselyn sivulla 3 kartoitettiin hoitohenkilökunnan kokemaa lisäosaamis- ja koulutustarvetta eri osa-alueilla. Sivulla oli 11 väittämää, joihin vastausvaihtoehdot olivat: 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Osittain eri mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Osittain samaa mieltä ja 5 = Täysin samaa mieltä. Kaikki 18 vastaajaa vastasivat kaikkiin sivun kysymyksiin. Taulukossa 3 on nähtävillä sivulla esitetyt väittämät, niihin saadut vastaukset, vastausten keskiarvot, mediaanit sekä keskihajonnat.

Taulukko 3. Koettu lisäosaamis- ja koulutustarve eri osa-alueilla.

Kysymys	N	1 % / N	2 % / N	3 % / N	4 % / N	5 % / N	Keski- arvo	Medi- aani	Keski- hajonta
Elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset	18	22,2% / 4	11,1% / 2	22,2% / 4	16,7% / 3	27,8% / 5	3,2	3	1,54
Lähestyvään kuolemaan viittaavien merkien tunnistaminen	18	22,2% / 4	22,2% / 4	22,2% / 4	16,7% / 3	16,7% / 3	2,8	3	1,42
Lähestyvän kuoleman puheeksi ottaminen potilaan/ läheisten kanssa	18	16,6% / 3	16,7% / 3	27,8% / 5	27,8% / 5	11,1% / 2	3	3	1,28

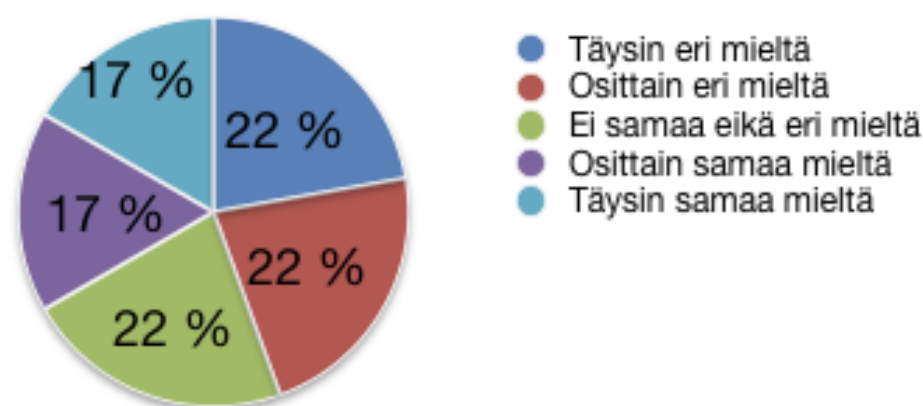
Kysymys	N	1 % / N	2 % / N	3 % / N	4 % / N	5 % / N	Keski- arvo	Medi- aani	Keski- hajonta
Lääkehoito elämän loppuvaiheen hoidossa	18	22,2% / 4	5,6% / 1	22,2% / 4	22,2% / 4	27,8% / 5	3,3	3,5	1,53
Läkkeetön hoito elämän loppuvaiheen hoidossa	18	27,8% / 5	11,1% / 2	33,3% / 6	11,1% / 2	16,7% / 3	2,8	3	1,44
Kuolevan potilaan/läheisten kokonaisvaltainen kohtaaminen	18	22,2% / 4	16,7% / 3	27,8% / 5	22,2% / 4	11,1% / 2	2,8	3	1,34
Moniammatillinen yhteistyö elämän loppuvaiheen hoidossa	18	16,7% / 3	22,2% / 4	27,8% / 5	22,2% / 4	11,1% / 2	2,9	3	1,28
Konsultointimahdollisuudet elämän loppuvaiheen hoidossa	18	22,2% / 4	16,7% / 3	22,2% / 4	16,7% / 3	22,2% / 4	3	3	1,5
Surevan läheisen kohtaaminen ja tukeminen	18	22,2% / 4	16,7% / 3	16,7% / 3	38,9% / 7	5,5% / 1	2,9	3	1,32
Läheisen tukeminen ja ohjaaminen potilaan kuoleman jälkeen	18	16,7% / 3	11,1% / 2	27,8% / 5	38,9% / 7	5,5% / 1	3,1	3	1,21
Oman työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukeminen elämän loppuvaiheen hoitoa toteutettaessa	18	27,8% / 5	11,1% / 2	33,3% / 6	16,7% / 3	11,1% / 2	2,7	3	1,36

Vastaajista yhteensä 45 % koki olevansa täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarvitsee lisää osaamista elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjauksista ja hoidonrajoituksista (kuva 12). 22 % ei kokenut tarvetta koulutukselle aiheeseen liittyen, 22 % vastasi neutraalisti ”ei samaa eikä eri mieltä”. 11 % oli osittain eri mieltä väittämän kanssa.



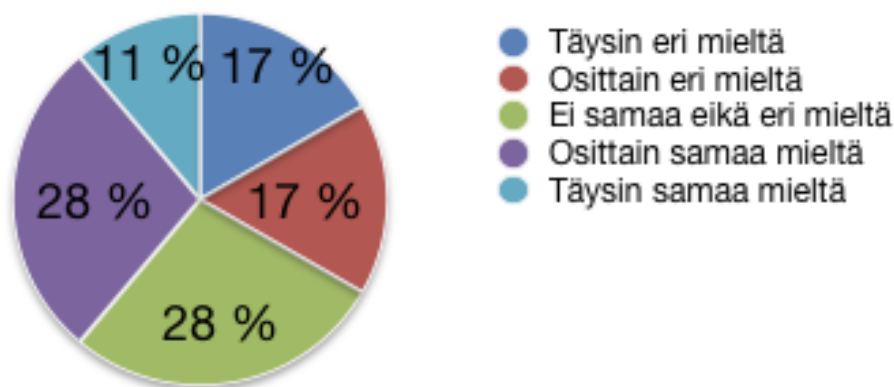
Kuva 12. Koettu koulutustarve liittyen elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjauksiin ja hoidonrajoituksiin (N=18).

Yhteensä noin kolmasosa, 34 % vastaajista koki voivansa hyötyä koulutuksesta lähestyvään kuolemaan viittaavien merkkien tunnistamiseen liittyen (kuva 13). Vastausvaihtoehtoihin ”täysin eri mieltä”, ”osittain eri mieltä” ja ”ei samaa eikä eri mieltä” vastasi kuhunkin vaihtoehtoon 22 % vastaajista.



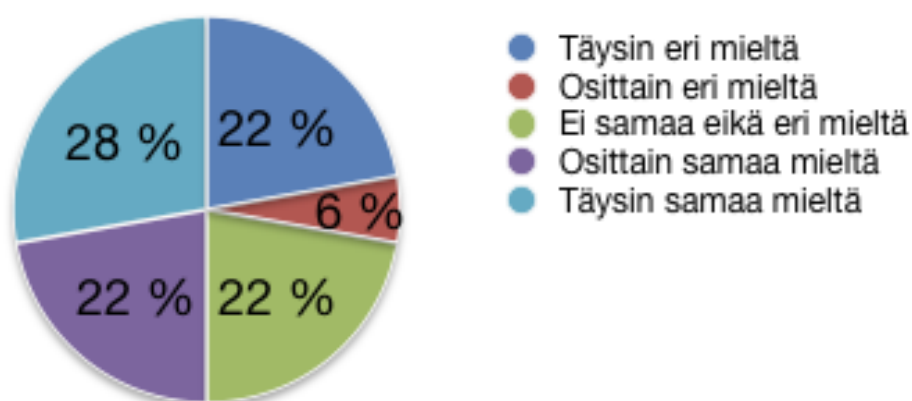
Kuva 13. Koettu koulutustarve liittyen lähestyvään kuolemaan viittaavien merkkien tunnistamiseen (N=18).

Vastaajista yhteensä 39 % vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarvitsisi lisää koulutusta siihen, miten ottaa lähestyvä kuolema puheeksi potilaan/läheisten kanssa (kuva 14). Täysin eri mieltä ja osittain eri mieltä väittämän kanssa oli molempia 17 % vastaajista. 28 % ei ollut samaa eikä eri mieltä.



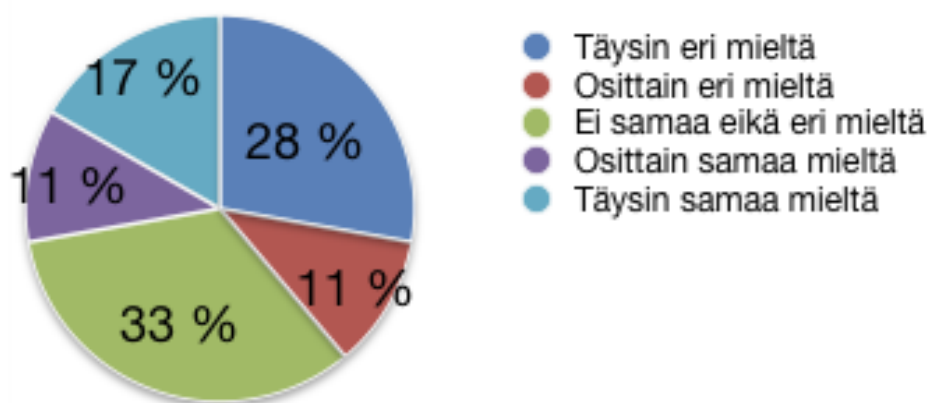
Kuva 14. Koettu koulutustarve liittyen lähestyvän kuoleman puheeksi ottamiseen potilaan/läheisten kanssa (N=18).

Yhteensä puolet vastaajista eli 50 % oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarvitsisi lisää osaamista elämän loppuvaiheen lääkehoitoon liittyen (kuva 15). 22 % vastaajista oli täysin eri mieltä, 6 % osittain eri mieltä väittämän kanssa. 22 % vastasi "ei samaa eikä eri mieltä".



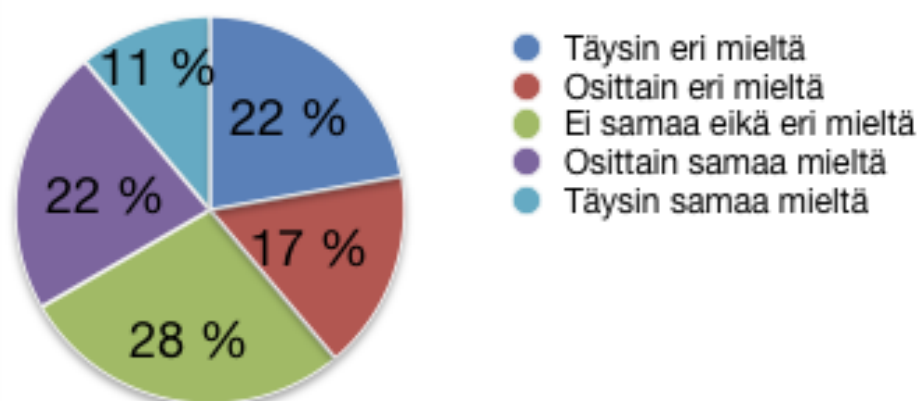
Kuva 15. Koettu koulutustarve liittyen elämän loppuvaiheen lääkehoitoon (N=18).

Yhteensä 39 % vastaajista oli joko täysin tai osittain eri mieltä siitä, että tarvitsisi koulutusta elämän loppuvaiheen lääkkeettömään hoitoon liittyen (kuva 16). Yhteensä 28 % vastaajista koki, että voisi hyötyä koulutuksesta. 33 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa.



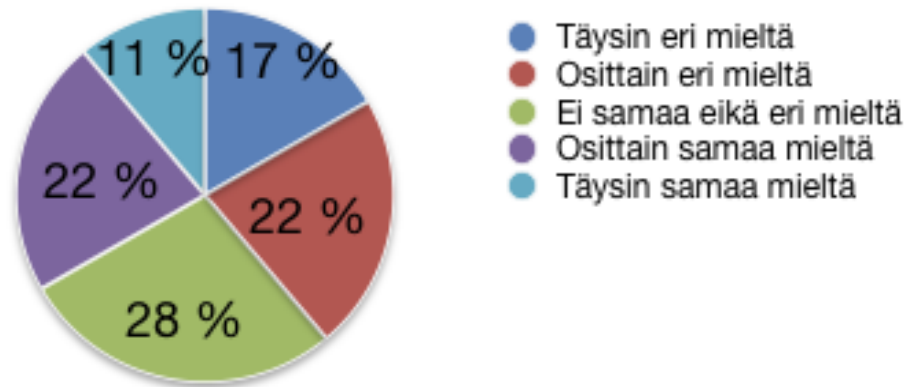
Kuva 16. Koettu koulutustarve liittyen elämän loppuvaiheen lääkkeettömään hoitoon (N=18).

Kyselyyn vastanneista yhteensä 33 % koki, että lisäkoulutus kuolevan potilaan/läheisten kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen liittyen voisi olla hyödyllistä (kuva 17). 22 % vastaajista oli täysin eri mieltä, 17 % osittain eri mieltä koulutustarpeesta. 28 % vastasi "ei samaa eikä eri mieltä".



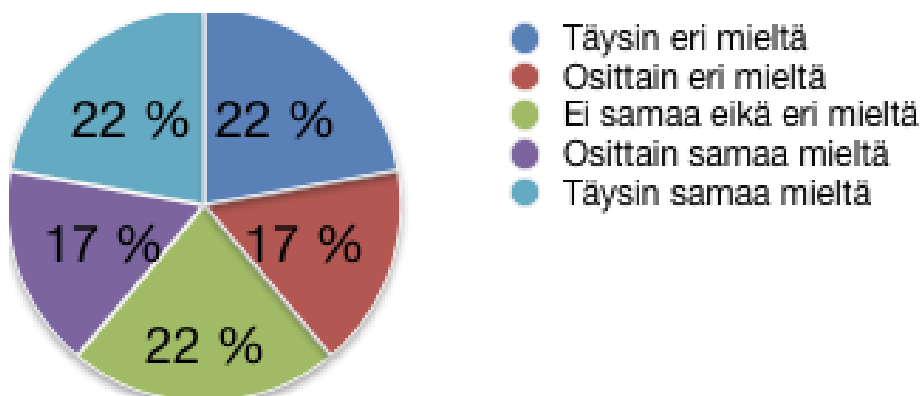
Kuva 17. Koettu koulutustarve liittyen kuolevan potilaan/läheisten kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen (N=18).

Moniammatilliseen yhteistyöhön elämän loppuvaiheen hoidossa liittyen yhteensä 33 % vastaajista koki kaipaavansa lisäkoulutusta (kuva 18). 39 % vastaajista ei kokenut koulutustarvetta aiheeseen liittyen niin merkitykselliseksi, 28 % vastasi ”ei samaa eikä eri mieltä”.



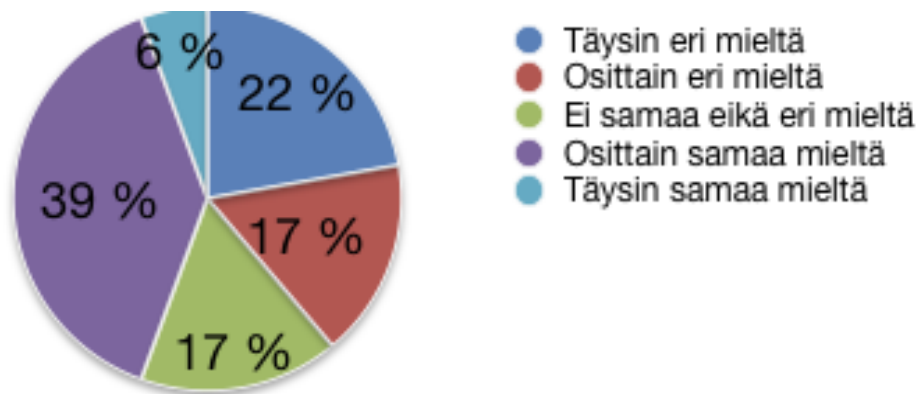
Kuva 18. Koettu koulutustarve liittyen moniammatilliseen yhteistyöhön elämän loppuvaiheen hoidossa (N=18).

Yhteensä 39 % vastaajista vastasi, että voisi hyötyä koulutuksesta liittyen konsultointimahdollisuuksiin elämän loppuvaiheen hoidossa (kuva 19). Myös yhteensä 39 % oli täysin tai osittain eri mieltä koulutustarpeesta aiheeseen liittyen. 22 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä.



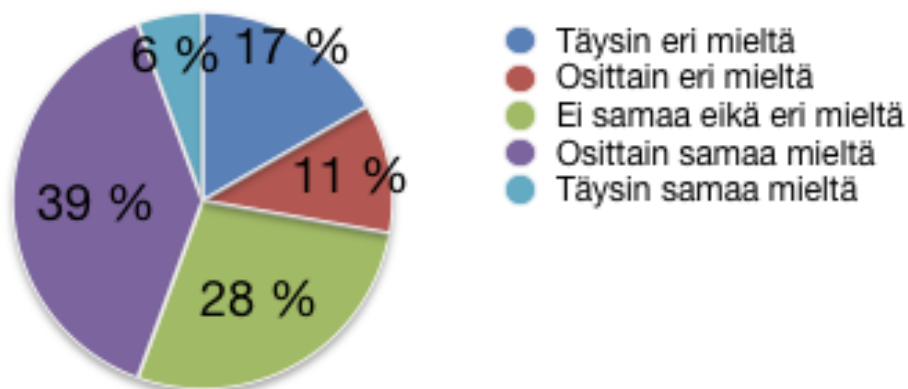
Kuva 19. Koettu koulutustarve liittyen konsultointimahdollisuuksiin elämän loppuvaiheen hoidossa (N=18).

Yhteensä 45 % vastaajista vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarvitsisi lisää koulutusta surevan läheisen kohtaamiseen ja tukemiseen (kuva 20). 22 % vastaajista oli täysin eri mieltä väittämän kanssa. Sekä vastausvaihtoehtoihin ”osittain eri mieltä” että ”ei samaa eikä eri mieltä” vastasi molempiin 17 % vastaajista.



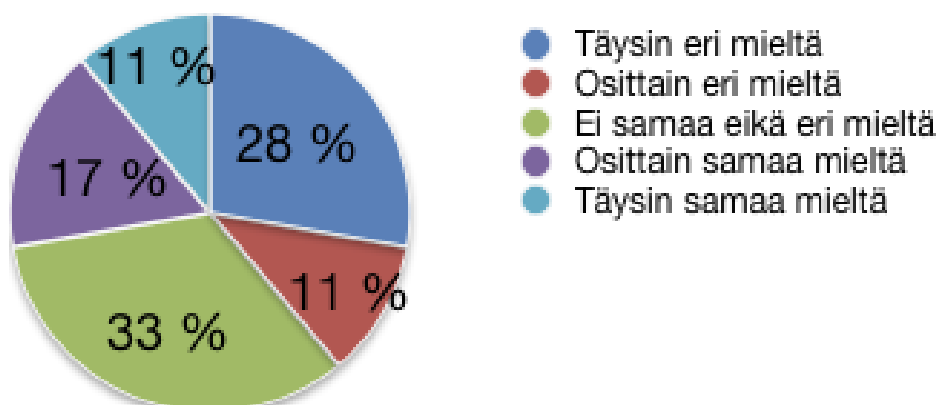
Kuva 20. Koettu koulutustarve liittyen surevan läheisen kohtaamiseen ja tukemiseen (N=18).

Vastaajista yhteensä 45 % oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarvitsisi lisää osaamista läheisen tukemiseen ja ohjaamiseen potilaan kuoleman jälkeen. 17 % vastaajista oli täysin eri mieltä, 11 % osittain eri mieltä. 28 % vastasi ”ei samaa eikä eri mieltä”.



Kuva 21. Koettu koulutustarve liittyen läheisen tukemiseen ja ohjaamiseen potilaan kuoleman jälkeen (N=18).

Vain yhteensä 28 % vastaajista vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarvitsisi koulutusta oman työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukemiseen elämän loppuvaiheen hoitoa toteutettaessa (kuva 22). 28 % vastaajista ei kokenut koulutustarvetta ollenkaan aiheelliseksi, 11 % ei myöskään kokenut aihetta niin merkitykselliseksi. 33 % vastasi ”ei samaa eikä eri mieltä”.



Kuva 22. Koettu koulutustarve liittyen oman työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukemiseen elämän loppuvaiheen hoitoa toteutettaessa (N=18).

Taulukon 3 väittämien mediaani oli hyvin tasaisesti 3. Ainoa poikkeama tässä oli väittämä, joka koski lisäosaamis- ja koulutustarvetta liittyen lääkehoitoon elämän loppuvaiheen hoidossa mediaanilla 3,5. Eniten keskihajontaa (1,54) oli väittämässä, jossa kartoitettiin lisäosaamis- ja koulutustarvetta elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjauksiin ja hoidonrajauksiin liittyen. Toiseksi suurin hajonta (1,53) oli elämän loppuvaiheen lääkehoitoon liittyvässä väittämässä.

### 5.3 Hoitohenkilökunnan kokemat vahvuudet sekä merkittävimmät haasteet ja esteet toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa

Kysymykset 6 ja 7 olivat avoimia kysymyksiä. Molempien kysymysten vastaukset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Esimerkit aineiston analyysistä ovat nähtävissä liitteissä (Liite 3 ja Liite 4). Aineistoa analysoitaessa vastaukset ensin pelkistettiin, minkä jälkeen luotiin ala- ja yläluokat (Vilkka 2015, 85). Pääluokkana kysymyksessä 6 (Liite 3) oli ”vahvuudet toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitoa” ja kysymyksessä 7 (Liite 4) ”merkittävimmät haasteet ja

esteet toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaalan vuodeosastolla”.

Kysymyksessä 6 vastaajia pyydettiin arvioimaan kolme tekijää, jotka he kokevat vahvuuksikseen elämän loppuvaiheen hoitoa toteuttaessaan. Vastauksista nousi esiin 5 yläluokkaa: työkokemuksen mukana tullut osaaminen, potilaan ja läheisten kohtaaminen ja tukeminen, perushoito, kivunhoito ja yhteistyö lääkärin kanssa.

Kysymyksessä 7 vastaajia pyydettiin kertomaan heidän kokemansa kolme merkittävintä estettä ja haastetta toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaalan vuodeosastolla. Vastauksista nousi esiin 4 yläluokkaa: hoitolinjausten tekemättömyys, osaamisvaje, kiire sekä fyysiset tilat.

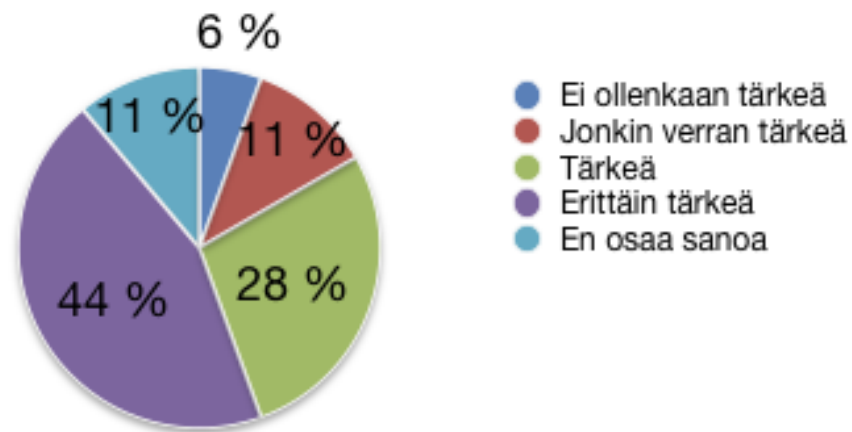
#### 5.4 Elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen tärkeys

Viimeisessä kysymyksessä, kysymyksessä 8, kysyttiin, miten tärkeäksi vastaaja kokee elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen päivystyssairaalan vuodeosastolla. Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat 1 = Ei ollenkaan tärkeä, 2 = Jonkin verran tärkeä, 3 = Tärkeä, 4 = Erittäin tärkeä, 5 = En osaa sanoa. Kaikki 18 vastaajaa vastasivat kysymykseen. Taulukossa 4 on nähtävillä kysymykseen saatujen vastausten jakaantuminen.

Taulukko 4. Koettu elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen tärkeys.

Kysymys	N	1 % / N	2 % / N	3 % / N	4 % / N	5 % / N	Keski- arvo	Medi- aani	Keski- hajonta
Miten tärkeäksi koet elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen päivystyssairaalan vuodeosastolla?	18	5,6% / 1	11,1% / 2	27,8% / 5	44,4% / 8	11,1% / 2	3,4	4	1,04

Valtaosa, yhteensä 72 %, vastaajista koki elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen päivystyssairaalan vuodeosastolla joko erittäin tärkeäksi tai tärkeäksi (kuva 23). 11 % vastaajista piti hoidon kehittämistä jonkin verran tärkeänä, 6 % ei kokenut aihetta ollenkaan tärkeäksi. 11 % vastaajista vastasi kysymykseen ”en osaa sanoa”.



Kuva 23. Koettu elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen tärkeys päivystyssairaalan vuodeosastolla (N=18).

## 6 Kehittämisen projektin arviointimenetelmät

### 6.1 Kehittämisen projektin arviointi

Kehittämisen projektin arvioinnin apuna käytettiin Innokylän arviointimittaria, joka on tarkoitettu työkaluksi itse- ja vertaisarviointiin. Arviointimittaria käytettiin apuna koko kehittämisen prosessin arvioinnissa. Sen avulla todettiin, että kehittämisen projektin tarve ja merkitys tuotiin projektissa selkeästi esiin ja kehittämisen projektin tavoitteet olivat sidoksissa tarpeeseen. (Innokylä n.d.)

Kehittämisen projektia arvioitaessa arviointimittari-työkalun avulla jouduttiin toteamaan, että projektipäällikkö ei onnistunut kaikkien keskeisten toimijoiden, tässä tapauksessa lähinnä ohjausryhmään kuuluvien henkilöiden, osallistamisessa aivan tavoitteiden mukaisesti (Innokylä n.d.). Erilliset tapaamiset työelämämentorein kanssa toteutuivat heikosti projektipäälliköstä ja työelämän haastavasta tilanteesta johtuvista syistä. Kehittämisen projektista kuitenkin keskusteltiin runsaasti työn ohessa ja projektipäällikkö sai työelämämentorilta arvokkaita näkemyksiä ja kommentteja työn eri vaiheissa. Ohjaustuntien järjestäminen ja aikataulujen sovittaminen tutoropettajan kanssa osoittautui haastavaksi kehittämisen projektin aikana.

Vaikka keskeisten toimijoiden osallistaminen ei toteutunut suunnitellusti, projektipäällikkö eteni työssään kohtalaisen hyvin työyhteisön jäsenten tuen ja avun turvin. Kehittämisen projektin toteuttaminen edellytti projektipäälliköltä runsaasti itseohjautuvuutta, tiedon omatoimista hakemista ja työn jatkuvaa arviointia.

Kehittämisen projektin hyödyllisyyttä voidaan arvioida tulevaisuudessa sen perusteella, hyödynnetäänkö kehittämisen projektin tuloksia kohdeosastolla henkilökunnan osaamisen vahvistamisessa ja koulutuksessa.

## 6.2 Tutkimuksellisen osion arviointi

Vilkan (2015, 94) mukaan työelämän tutkimushankkeita voidaan arvioida muun muassa tutkimuksen tuottaman uuden tiedon, tutkimuksen vaikuttavuuden sekä ammatillisen hyödynnettävyyden mukaan. Tutkimuksen arviointiin osallistuu monta eri tekijää koko tutkimusprosessin aikana. Kyselylomakkeen mukana lähetettävällä saatekirjeellä on merkittävä vaikutus koko tutkimuksen onnistumiseen. Tutkimukseen kutsuttu arvioi saatekirjeen perusteella tutkimusta ja tekee päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Saatekirjeen tulee sisältää riittävästi tietoa tutkimuksen sisällöstä ja tarkoituksesta sekä siitä, miten tutkimustuloksia hyödynnetään. (Vilka 2015, 95.)

Vilkan (2015, 46) mukaan kyselylomakkeen tyypillisimmät riskit ovat vastausprosentin jääminen alhaiseksi sekä vastausten palautusten viivästyminen. Kehittämishankkeeseen kuuluvaan kyselytutkimukseen kutsuttiin yhteensä 20 lähi-/perushoitajaa ja sairaanhoitajaa, joista 18 vastasi kyselyyn. Vastausprosentin perusteella saatekirjetä voidaan pitää onnistuneena, kun 90 % kutsutuista osallistui tutkimukseen.

Tutkimuksen pätevyys eli validius pyrittiin takaamaan sillä, että ennen kyselytutkimuksen julkistamista se annettiin luettavaksi myös kolmelle perusjoukkoon kuulumattomalle henkilölle. Tällä pyrittiin varmistamaan se, että kysymykset olivat riittävän selkeitä ja yksiselitteisiä eikä tutkimuksen tulokset vääristyisi sen takia, että vastaaja tulkitsee ne eri tavalla kuin ne on tarkoitettu tulkittavan (Vilka 2015, 97).

Vilkan (2015, 96) mukaan tutkittavien luottamusta tutkimusta kohtaan saadaan lisättyä sillä, että saatekirjeessä mainitaan yhteyshenkilö, johon tarvittaessa voi olla yhteydessä. Kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä oli projektipäällikön nimi ja yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Yhteydenottoja tutkittavilta ei kuitenkaan kyselytutkimuksen aikana tullut. Tämän perusteella voidaan ajatella, että saatekirjeen sisältö ja kyselylomakkeen kysymykset olivat ymmärrettävät, kun lisätietoa tai tarkennusta niihin liittyen ei pyydetty.

## 7 Eettisyys ja luotettavuus

### 7.1 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus

Jokaisella ihmisellä on lakiin kirjattuna yhdenvertainen oikeus hyvään hoitoon ja hyvään kohteluun, minkä tulee toteutua myös kuoleman lähestyessä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Suomen perustuslaki 731/1999).

ETENE:n (2003, 3, 5, 7) mukaan yksi terveydenhuollon keskeisimmistä kysymyksistä on kuolemaa lähestyvien ihmisten laadukas ja inhimillinen hoito, mikä edellyttää hoitavalta henkilökunnalta riittävää tietämystä ja osaamista. Myös kuoleman lähestyessä ja sen tapahtuessa tulee kunnioittaa ihmisarvoa, mikä toteutuu muun muassa hyvällä oirehoidolla, kärsimyksen lievittämisellä sekä potilaan toiveiden arvostamisella. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitavaa henkilökuntaa täydentämään ammattitaitoaan jatkuvasti sekä hoitamaan potilasta parhaalla mahdollisella tavalla hänen kärsimystään lievittäen.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n (2019, 14) laatimien ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten periaatteiden mukaisesti projektipäällikkö tutustui perusteellisesti kehittämistyönsä aiheeseen ja aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin sekä muuhun kirjallisuuteen. Teoreettiseen viitekehykseen lähdeaineistoksi valikoitui tutkimukset, jotka täyttivät tiedonhaun sisäänottokriteerit ja joita voitiin pitää luotettavina. Aiempien tutkimusten tekijöiden työtä kunnioitettiin osoittamalla asianmukaiset lähdeviittaukset heidän julkaisuihinsa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Kehittämiprojektin jokaisessa vaiheessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta kehittämiprojektia voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana sekä sen tuloksia uskottavina. Tämä edellytti projektipäälliköltä rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta aineiston keruussa sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Koko kehittämiprojektin ajan huolehdittiin siitä, että hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ei päässyt tapahtumaan. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 8)

mukaan näitä ovat vilppi tieteellisessä toiminnassa sekä piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä.

## 7.2 Tutkimuksellisen osion eettisyys ja luotettavuus

Myös koko tutkimuksen teon ajan noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, mistä vastasi tutkimuksen tekijä eli kehittämisprojektin projektipäällikkö. Tutkimuksen teossa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta alusta loppuun asti.

Kehittämisprojektin kehittämis- ja tutkimussuunnitelmien hyväksymisen jälkeen kohdeorganisaatiolta haettiin tutkimuslupa kyselytutkimukselle, mikä kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Koska tutkimuksellisessa osiossa ei käsitelty henkilötietoja, eettistä ennakoarviointia ei tarvittu. Eettisyyden toteutumiseksi tutkimukselliseen osioon osallistuminen oli täysin vapaaehtoista eikä siinä kerätty henkilötietoja, joiden kautta yksittäisen vastaajan voisi tunnistaa (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry n.d., 4). Tutkittavia tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta saatekirjeen avulla. Myös tutkijan yhteystiedot annettiin vastaajille mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Vastaajien anonymiteetin säilymisestä huolehdittiin koko tutkimuksen ajan (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367).

Tutkimuksellisen osion luotettavuutta lisää se, että kyselytutkimukseen osallistettiin tutkittavan aiheen kohderyhmää eli päivystyssairaalan vuodeosastolla työskentelevää hoitohenkilökuntaa. Otos edustaa tutkimuksen perusjoukkoa, vaikkakin tässä tutkimuksessa otos oli melko pieni. Kyselytutkimuksen luotettavuuteen vaikutti oleellisesti laadittu mittari eli kyselylomake, joten tutkimuksen tekijällä oli mittaria laatiessaan merkittävä rooli tutkimuksen luotettavuuden lisäämisessä. Mittarin epäselvyys voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta, jos vastaaja ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin tutkija on sen tarkoittanut ymmärrettäväksi. Riskiä väärintulkinnalle pyrittiin vähentämään selkeillä ja ymmärrettävillä kysymyksillä. (Vilka 2015, 97.)

## 8 Pohdinta ja kehittämisehdotukset

### 8.1 Pohdinta

Saarto & asiantuntijatyöryhmä (2017, 11) korostavat, että jokaisen sosiaali- ja terveysalalla työskentelevän ammattilaisen perustaitoihin tulee kuulua palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on myös lakiin perustuva ammattieettinen velvollisuus sairaan ihmisen kärsimyksen lievittämiseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Väestön ikääntymisen myötä tulevaisuudessa myös akuuteissa hoitoympäristöissä tullaan hoitamaan enemmän kuolevia potilaita. Elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseen tarvitaan erityistä osaamista, joka eroaa tyypillisesti akuuteissa hoitoympäristöissä tarjottavasta hoidosta. Potilaan ja läheisten tarpeet tulee huomioida kokonaisvaltaisesti, mikä voi tuntua haastavalta akuuteissa ympäristöissä työskenteleville ammattilaisille. Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu vuorovaikutuksen merkitys. Potilaan yksilölliset tarpeet tulee huomioida, ja keskusteluihin tulee käyttää aikaa potilaan ja läheisten kokeman kokonaisvaltaisen taakan keventämiseksi. (Becker ym. 2020, 4; Limbu & Taylor 2021, 1085, 1087.)

Kehittämiprojektin kohdeosasto oli kirurginen vuodeosasto, missä elämän loppuvaiheen hoidon tarpeen tunnistaminen voi olla haastavaa. Yksi syy tähän saattaa olla se, että hoitajaksot ovat tyypillisesti lyhyitä eikä potilaat ole hoitohenkilökunnalle entuudestaan tuttuja. Kirurgisilla osastoilla hoidetaan yleensä toipuvia potilaita eikä kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista välttämättä koeta luonnolliseksi osaksi kirurgista hoitoympäristöä. Sekä hoitajien että lääkäreiden tiedon ja osaamisen lisäämisellä voidaan helpottaa hoitavan henkilökunnan kykyä vaihtaa roolia kahden erilaisen hoidon tavoitteiden ja suuntausten välillä. (Hahne ym. 2017, 11.)

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion tavoitteena oli selvittää päivystysraajan vuodeosastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia elämän loppuvaiheen hoidon osaamisesta. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esiin hoitajien kokemia

esteitä ja haasteita laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle akuutissa hoitoympäristössä sekä heidän kokemiaan lisäosaamis- ja koulutus-tarpeita. Kyselytutkimukseen vastanneista enemmistöllä (61,1%) oli työkoke-musta 11 vuotta tai enemmän, mikä todennäköisesti vaikutti vastauksiin. Pitkällä kliinisellä työkokemuksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia asenteisiin elämän loppuvaiheen hoitoa kohtaan helpottamalla muun muassa kommunikaatiota potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Vähemmän aikaa työelämässä olleiden hoitajien on todettu näkevän enemmän esteitä laadukkaan elämän loppu-vaiheen hoidon toteuttamiselle ja kehittämislle. (Mak ym. 2013, 427; Fristedt ym. 2021, 4–5.)

Valtaosa (94,5%) kyselytutkimukseen vastanneista oli vähintään osittain sitä mieltä, että työyksikössä tunnustetaan kuolemaa lähestyvä potilas. Kuitenkin vain 44,5% vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että asianmukai-set hoitolinjaukset tehdään oikea-aikaisesti. Myös aiemmissa tutkimuksissa akuuteissa hoitoympäristöissä työskentelevät hoitajat ovat tuoneet esiin viivettä hoitolinjausten tekemisessä ja aktiivisen, parantamiseen tähtäävän hoidon jat-kamista tarpeettoman pitkään (Limbu & Taylor 2021, 1086; Shepherd ym. 2021, 14). Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa yksi vastaajista osuvasti kuvasi, että:

*Kuolevan potilaan kohtaaminen ei ole niin vaikeaa, kun päätös saattohoidosta on tehty.*

Yli puolet vastaajista (66,8%) koki, että työyksikössä annetaan potilaalle ja lä-heisille riittävästi rehellistä tietoa potilaan tilasta ja ennusteesta. McCourtin ym. (2013, 14) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat perheillä olevan usein epärea-listisia odotuksia potilaan ennusteesta eivätkä lääkärit heidän mukaansa selitä kuolemista prosessina riittävän selkeästi. Fristedt ym. (2021, 6) suosittelevat työkokemuksen pituudesta riippumatta täydennyskoulutusta kaikilla erikois-aloilla työskenteleville hoitajille, jotta heitä voidaan rohkaista puhumaan kuole-masta. Myös tämän kehittämissuorituksen kyselytutkimuksen vastauksista nousi esiin maininta kuoleman kohtaamisen vaikeudesta, mikä voi hankaloittaa kom-munikaatiota potilaan ja läheisten kanssa.

*Kuolevan/kuoleman kohtaaminen on varsinkin kokemattomille hoitajille vaikeaa, ei ymmärretä, että kuolema on osa elämää.*

Kyselytutkimuksen vastauksissa korostui hoitajien kokema kiire sekä hoitoympäristön tiloihin liittyvät tekijät merkittävinä esteinä ja haasteina toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa. Toipuvien leikkauspotilaiden tarpeisiin vastaamisen voidaan kokea vievän aikaa kuolemaa lähestyvän potilaan ja hänen läheistensä tarpeiden huomioimisesta ja tukemisesta. Hoitajat eivät välttämättä ehdi viettämään niin paljon aikaa kuolevan ja hänen läheistensä kanssa kuin haluaisivat. (Limbu & Taylor 2021, 1086.) Kuten yksi kyselytutkimuksen vastaajista ilmaisi:

*Pitää samalla hoitaa eläviä.*

Kyselytutkimuksen vastauksissa korostui myös koulutuksen ja osaamisen puute. Selkeimmät koulutustarpeet liittyivät elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjauksiin ja hoidonrajauksiin sekä lääkehoitoon. 50% vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että tarvitsee lisää osaamista ja koulutusta elämän loppuvaiheen hoidon lääkehoitoon liittyen.

*Kipulääkettä ei uskalleta antaa.*

Vastauksiin lääkehoidon osaamiseen liittyen vaikuttanee vastaajan ammattinimike, sillä kohdeosastolla vain sairaanhoitaja saa antaa suonensisäisesti, ihonalaisesti tai lihakseen annosteltavia opioidipohjaisia kipulääkkeitä.

Jos tutkimuksellinen osio olisi toteutettu laadullisella menetelmällä ja suuremmalla otoskoolla, vastauksista olisi voinut saada monipuolisemmat ja syvällisemmät. Kehittämiprojektia toteutettaessa kuitenkin ajallisista ja projektipäällikön henkilökohtaisista syistä johtuen päädyttiin valitsemaan määrällinen tutkimusmenetelmä sekä otos koskemaan vain yhden osaston hoitohenkilökuntaa. Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion mukaan päivystyssairaalan vuodeosastolla työskentelevät hoitajat kokivat melko samanlaisia haasteita ja esteitä laadukkaana elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle kuin aiemmissakin tutkimuksissa. Kohdeosastolla toteutettavan elämän loppuvaiheen hoidon laatu ja

osaaminen koettiin kuitenkin ehkä hiukan paremmaksi aiempiin tutkimuksiin verrattuna, mihin saattoi vaikuttaa enemmistön pitkä työkokemus hoitoalalla.

## 8.2 Kehittämisehdotukset

Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion perusteella kehittämiskohteiksi nousivat henkilökunnan osaamiseen, hoitolinjausten tekemiseen sekä elämän loppuvaiheen hoidon lääkehoitoon liittyvät tarpeet. Myös kiire sekä hoitoympäristö olivat sellaiset, joiden hoitajat kokivat heikentävän elämän loppuvaiheen hoidon laatua.

Hoitoympäristöön liittyvä haaste ratkennee osaston muutettua uuteen sairaalaan. Uudella osastolla rauhallisen yksityishuoneen järjestäminen kuolemaa lähestyvälle potilaalle on helpompaa, jolloin myös potilaan läheisten on miellyttävämpi olla potilaan vierellä. Kiireellä lienee yhteys henkilökuntamäärään, johon projektipäällikön on nykyisessä hoitajatilanteessa haasteellista keksiä ratkaisua.

Henkilökunnan osaamisen vahvistamiseksi ja STM:n palliatiivisen hoidon suosituksiin viitaten henkilökuntaa kannustetaan suorittamaan THL:n Saattohoitopassi-verkkokurssi. Verkkokurssi on tarkoitettu perustasolla työskenteleville ammattilaisille ja erityisesti yksiköihin, joissa tarjotaan elämän loppuvaiheen hoitoa, mutta jotka eivät ole erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon tai saattohoitoon. Kursilla käsiteltäviä aiheita ovat: käsitteet, palvelujärjestelmä, kohtaaminen ja vuorovaikutus, hoiva ja huolenpito, oirehoito, lääkehoidon toteutus sekä kuolema ja kuoleman jälkeinen hoito. Kurssi on maksuton ja vastaa laajuudeltaan yhtä opintopistettä. Sen voi suorittaa oman aikataulun mukaisesti ja jakaa useammalle kerralle. Kurssista saa todistuksen, kun suorittaa siihen kuuluvan tentin hyväksytysti. (Saarto ym. 2019, 97; THL n.d.; THL 2023.)

Moniammatillinen yhteistyö on laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteutumisen edellytys, minkä vuoksi sitä tulee kehittää kaikissa kuolevia potilaita hoitavissa yksiköissä (Heino & Nikkilä 2019, 11). Kuolemaa lähestyvän potilaan ja hänen läheistensä hoitaminen ja tukeminen on kokonaisvaltaista, ja siinä

tulee huomioida niin fyysiset, psyykkiset, henkiset ja hengelliset kuin sosiaalisetkin tarpeet.

Eri ammattiryhmien erikoisosaamista hyödyntämällä voidaan lievittää hoitavan henkilökunnan kokemaa taakkaa kuolevaa potilasta hoidettaessa, joten eri ammattiryhmien tarjoamien mahdollisuuksien esittely elämän loppuvaiheen hoidossa voisi olla hyödyllistä. Sosiaalityöntekijän avulla kuolemaa lähestyvän potilaan ja läheisten on mahdollista saada apua käytännönasioiden järjestämiseen, kun taas henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin sekä eksistentiaaliseen kärsimykseen voi auttaa sairaalapastorin kanssa keskustelu (Rahko & Rajala 2020, 1611–1612). Fysioterapia tarjoaa erilaisia mahdollisuuksia elämän loppuvaiheen hoitoon, esimerkiksi hengityksen tukemiseen liittyen.

Osaamisen vahvistamisessa voidaan hyödyntää erityistason (B-/C-taso) ammattilaisia. Uuteen sairaalan muuton myötä kohdeosaston kanssa samaan kerrokseen muuttaa tulevaisuudessa syöpätautien osasto, jonka henkilökunnalla on enemmän osaamista palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tämä voi mahdollistaa konsultoinnin matalammalla kynnyksellä ja esimerkiksi osastotuntien järjestämisen erityistason henkilökunnan toimesta. Erityistasoa hyödyntämällä voitaisiin lisätä henkilökunnan osaamista elämän loppuvaiheen hoidon erityispiirteissä, kuten kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa ja tukemisessa sekä lääkkeettömän ja lääkkeellisen oirehoidon hallinnassa.

Kyselytutkimukseen vastanneista yhteensä 44,5% (N=18) oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että tarvitsee lisää osaamista ja lisää koulutusta elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjauksiin ja hoidonrajauksiin liittyen. Avoimissa vastauksissa haasteena ja esteenä laadukkaan elämän loppuvaiheen toteuttamiselle toistui hoitolinjausten tekemättömyys. Vastausten perusteella voidaan suositella koulutusta elämän loppuvaiheen hoitolinjauksista ja niiden merkityksestä niin hoitohenkilökunnalle kuin lääkäreillekin. Käytännökokemuksen perusteella osalla hoitajista saattaa olla myös virheellisiä tai puutteellisia käsityksiä hoitolinjoista ja hoidonrajauksista. Kohdeosaston moniammatilliseen tiimiin kuuluu nykyään myös geriatri, joka mahdollisesti voisi lisätä henkilökunnan osaamista

palliativisen hoidon ja saattohoidon periaatteista. Geriatria ja erityistasoa voi myös konsultoida hoitolinjausten ja hoitosuunnitelmien tekemisessä.

Projektipäällikön oman kokemuksen perusteella kohdeosastolla on jo nyt varsin avoin ja kunnioittava ilmapiiri eri ammattiryhmien välillä. Keskustelukulttuuria hoitolinjauksista voisi kuitenkin edelleen kehittää. Hoitajat ovat potilaan läsnä ympärivuorokautisesti, ja usein havaitsevat ensimmäisenä potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset. Lisäämällä hoitajien tietämystä elämän loppuvaiheen hoidosta ja esimerkiksi lähestyvään kuolemaan viittaavista merkeistä he saattaisivat rohkaistua toimimaan enemmän keskustelunavaajina hoitolinjauksiin liittyen. Lopulliset päätökset hoitolinjauksista tekee luonnollisesti lääkäri.

Tulosyksikköön, johon kohdeosasto kuuluu, on vuonna 2020 laadittu saattohoito-ohje osana yhden sairaanhoitajan palliativisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta. Ohjeessa ohjataan muun muassa lääkeinfuusion aloittaminen saattohoitopotilaalle. Projektipäällikön tekemän suullisen selvityksen perusteella ohje tuntuu jalkautuneen heikosti käytäntöön eikä lääkeinfuusiota ole juuri käytetty kuolemaa lähestyvien potilaiden kivunhoidossa. Projektipäällikön omalla osastolla eli kehittämisprojektin kohdeosastolla ohje on monille tuntematon. Jotta lääkeinfuusio saataisiin juurrutettua osaksi saattohoitopotilaan kivunhoitoa, niin lääkäreille kuin hoitajille tulisi järjestää koulutusta saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Esimerkiksi palliativisen lääketieteen erikoislääkäreitä voisi pyytää puhumaan lääkehoidosta elämän loppuvaiheen hoidossa. Kipupumppuja kohdeosastolla käytetään ajoittain kivunhoitona leikkausten jälkeen, mutta kuolevan potilaan kivunhoidossa sen käyttö on tuntemattomampi. Koulutuksessa lääkeinfuusion käyttöön voisi hyödyntää esimerkiksi sairaalan kipuhoidon tai erityistason asiantuntijoita.

### 8.3 Kehittämisprojektin tuotos

Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion tulosten perusteella laadittiin koulutusehdotukset (Liite 5) elämän loppuvaiheen hoidon osaamisen ja laadun kehittämiseksi päivystyssairaalan vuodeosastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan

kokemien tarpeiden pohjalta. Ehdotukset koottiin posterimuotoon. Posterissa ehdotetaan lisäkoulutusta elämän loppuvaiheen hoitolinjauksiin ja hoidonrajauksiin liittyen, henkilökunnan osaamisen lisäämistä esimerkiksi Saattohoitopassi-verkkokurssin avulla, moniammatilliseen tiimiin kuuluvien ammattilaisten toimenkuvien selkiyttämistä sekä lääkehoito-osaamisen vahvistamista. Koulutusehdotelma luovutettiin kohdeosaston esihenkilölle, ja sitä voi vapaasti hyödyntää myös muilla samaan tulosityksikköön kuuluvilla kirurgisilla vuodeosastoilla.

Kehittämiprojektin onnistumista ja sen tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida tulevaisuudessa sen perusteella, hyödynnetäänkö koulutusehdotelmaa henkilökunnan osaamisen kehittämisessä. Myös ortopedien kokemaa osaamista ja heidän kokemiaan haasteita tai esteitä elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen voisi olla hyödyllistä tutkia. Näin nähtäisiin, miten heidän kokemuksensa eroavat hoitohenkilökunnan näkemyksistä ja missä he kokevat erityisesti tarvitsevänsä lisäosaamista.

Mikäli hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä koulutetaan ehdotelman mukaisesti, jatkossa voisi toteuttaa vastaavatyypin tutkimuksen uudelleen ja selvittää, miten he kokevat osaamisensa kehittyneen. Seuraava tutkimus voisi olla hyödyllistä toteuttaa laadullisin menetelmin, esimerkiksi haastattelun avulla. Tällä tavalla mahdollisesti saataisiin yksityiskohtaisempaa tietoa tutkittavien näkemyksistä ja kokemuksista.

## Lähteet

Ahonen, P. (toim.) 2015. Ylemmän ammattikorkeakoulutuksen opettajuus tutkimuksen, kehittämisen ja uudistamisen sillanrakentajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 222. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165978.pdf>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry n.d. Opinnäytetyön eettiset ohjeet. Viitattu 3.6.2022. Saatavilla: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6prosessin%20eettiset%20suositukset%20muistilistat%20opiskelijalle%20ja%20ohjaajalle.pdf>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 16.4.2023. Saatavilla: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%2084YTET%2096IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>

Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 30.1.2023. Saatavilla <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Agustinus, S. & Chan, S. W. C. 2013. Factors affecting the attitudes of nurses towards palliative care in the acute and Long term care setting: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Vol 11, No 1, 1–69. Saatavilla: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JBI7555>

Becker, C.; Beck, K.; Vincent, A. & Hunziker, S. 2020. Communication challenges in end-of-life decisions. Swiss Medical Weekly; 150: w20351.

EduPal n.d. Palliativisen koulutuksen kehittäminen. Perustietoa hankkeesta. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/perustietoa-hankkeesta/>

EduPal 2020. EduPal hankkeen uutiskirje lokakuu 2020. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/wp-content/uploads/sites/42/2020/11/EduPal-uutiskirje-syksy-2020.pdf>

ETENE, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 1.4.2022. Saatavilla: <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4nraportti%E2%80%A8+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Frosted, S.; Grynne, A.; Melin-Johansson, C.; Henoeh, I.; Hagelin, C. L. & Browall, M. 2021. Registered nurses and undergraduate nursing students' attitudes to performing end-of-life care. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104772>

Hahne, P.; Lundström, S.; Leveälähti, H.; Winnhead, J. & Öhlén, J. 2017. Changes in professionals' beliefs following in palliative care implementation program at a surgical department: a qualitative evaluation. BMC Palliative care. Vol 16, No 77, 1–13.

Heino, J. & Nikkilä, M. 2019. Verkostoyhteistyö palliatiivisen potilaan hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 2.2.2023. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/105750>

HUS n.d. Tukielin- ja plastiikkakirurgia. Viitattu 1.4.2022. <https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/tukielin-ja-plastiikkakirurgia#tukielinkirurgia>

HUS 2022a. Tietoa vuodenvaihteen muutoksista HUSissa. Viitattu 5.1.2023. <https://www.hus.fi/ajankohtaista/tietoa-vuodenvaihteen-muutoksista-husissa>

HUS 2022b. Vaikuttavinta hoitoa – Toimintamme kulmakivet. Strategiakausi 2020–2024. Viitattu 1.4.2022. HUS Intra.

Hökkä, M. & Lehto, J. 2020. EduPal - mikä on EduPal hanke? EduPal hanke. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://www.youtube.com/watch?v=xFP1P8GAUmw>

Innokylä n.d. Arviointimittari. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/arviointimittari>

jamk n.d.. Kirjallisuuskatsaukset. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja (päivitettävänä 2021–2022). Viitattu 9.4.2022. Saatavilla: <https://oppimateriaa-lit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>

Lai, X. B.; Wong, F. K. Y. & Ching, S. S. Y. 2018. The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care setting: a qualitative study. BMB Palliative Care. Vol 17, No 117, 11–11. Saatavilla: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0372-7>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 1.7.1994. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3>

Lehto, J.; Mustonen, L.; Vinkanharju, A. & Pesso, K. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalassa saattohoitopäätöksiä? Suomen Lääkärilehti. Vol 65, No 41, 3046–3047.

Limbu, T. & Taylor, P. M. Experiences of surgical nurses in providing end-of-life care in an acute setting: a qualitative study. British Journal of Nursing. Vol 30, No 18, 1084–1089. Saatavilla: <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.18.1084>

Mak, Y. W.; Chiang, V. C. L. & Chui, W. T. 2013. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. International Journal of Palliative Nursing. Vol 19, No 9, 423–431. Saatavilla: <https://search-ebshost-com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104235603&site=ehost-live>

McCourt, R.; Power, J.J. & Glackin, M. 2013. General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol 19, No 10, 510–516.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Viitattu 2.4.2021. Saatavilla: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Pandini, S.; Defendi, S.; Scire, C.; Fiorini, F. & Fiorini, G. 2016. Biases in palliative care access for elderly patients dying in hospital: A prospective study in acute care. *Progress in Palliative Care*. Vol 24, No 6, 310–314. Saatavilla: <https://doi-org.ezproxy.turkuamk.fi/10.1080/09699260.2016.1230973>

Pöyhä, R. 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. *Finnanest*. Vol 45, No 5. Viitattu 8.4.2022. Saatavilla: [http://www.finnanest.fi.ezproxy.turkuamk.fi/files/poyhia\\_nesteytys.pdf](http://www.finnanest.fi.ezproxy.turkuamk.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf)

Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveystieteiden vuodeosastolla. *Duodecim*. Vol 136, No 13, 1605–1613.

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksenteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 3.4.2022. Saatavilla: [https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0)

Saarto, T. 2018. Palliativinen hoito ja saattohoito. Teoksessa: Saarto, T.; Hänninen, J.; Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 8.

Saarto, T.; Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Viitattu 21.3.2022. Saatavilla:

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

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa - kolmiportainen malli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol 135, No 6, 535–541. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://www.duodecim-lehti.fi/duo14834#s5>

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. E-kirja. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Shepherd, J.; Waller, A.; Sanson-Fisher, R.; Clark, K. & Ball, J. 2021. Barriers to the provision of optimal care to dying patients in hospital: a cross-sectional study of nurses' perceptions. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol 38, No 3, 14–24. Saatavilla: <https://www.ajan.com.au/index.php/AJAN/article/view/315>

Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731>

Swami, M. & Case, A. A. 2018. Effective Palliative Care: What Is Involved? Oncology (Williston Park, N.Y.). Vol 32, No 4, 180–184.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) n.d. Saattohoitopassi-verkkokurssi – osaamista ja varmuutta elämän loppuvaiheen hoitoon. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: [https://thl.fi/documents/920256/1449649/Saattopassi\\_esite\\_2021\\_FIN\\_web.pdf/4bb21f11-971c-221e-cfb6-3cb905e7b1ff?t=1640004815231](https://thl.fi/documents/920256/1449649/Saattopassi_esite_2021_FIN_web.pdf/4bb21f11-971c-221e-cfb6-3cb905e7b1ff?t=1640004815231)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2023. Saattohoitopassi-verkkokurssi. Viitattu 2.2.2023. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/osaaminen-ja-koulutus/saattohoitopassi-verkkokurssi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 8.4.2022. Saatavilla: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Valvira 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 3.6.2022. Saatavilla: [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

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

World Health Organization (WHO) 2020. Palliative care. Viitattu 30.1.2023. Saatavilla: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

## Saatekirje

Arvoisa hoitoalan ammattilainen,

Elämän loppuvaiheen hoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista. Tämän kyselyn tavoitteena on selvittää kokemuksiasi elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisesta päivystyssairaalan vuodeosastolla sekä siitä, millaisia haasteita ja esteitä koet laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiselle akuutissa hoitoympäristössä. Tarkoituksena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan kokemasta osaamisesta sekä koulutustarpeista elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tulosten analysointia varten kyselyn alussa kysytään muutama taustatietokysymys. Kyselyn missään vaiheessa ei kysytä henkilötietojasi, ja kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 10–15 minuuttia. Aikaa kyselyyn vastaamiseen on 14.12.22 klo 18.00 asti.

Pyydän sinua ystävällisesti osallistumaan kyselyyn. Kyselyn tulosten avulla voidaan suunnitella koulutusta elämän loppuvaiheen hoidon osaamisen kehittämiseksi ja hoidon laadun parantamiseksi hoitohenkilökunnan kokemien tarpeiden pohjalta. Kyselyn tulokset julkaistaan alkuvuodesta 2023 osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötäni. Opinnäytetyöni ohjaaja on lehtori Hille Halonen, Turun AMK / Terveys ja hyvinvointi.

Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Osallistumisestasi kiittäen,

Sini Alanko

Sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija

sini.alanko@edu.turkuamk.fi

## Kyselylomakerunko

### 1. AMMATTINIMIKKEESI (valitse oikea vaihtoehto)

Lähi- tai perushoitaja

Sairaanhoitaja

### 2. TYÖKOKEMUKSESI VUOSINA (valitse oikea vaihtoehto)

<1

1–5

6–10

11–15

>15

### 3. ONKO SINULLA JOKIN LISÄKOULUTUS ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITON LIITTYEN (PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN ERIKOISTUMISOPINNOT, PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN KLIINISEN ASiantuntijan OPINNOT, MUU LISÄKOULUTUS)? (valitse oikea vaihtoehto)

Kyllä, mikä?

Ei

**4. KOKEMUS TYÖYKSIKÖSSÄ TOTEUTETTAVASTA ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOIDOSTA** (1 = Täysin eri mieltä, 2 = Osittain eri mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Osittain samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä)

	1	2	3	4	5
Työyksikössäni tunnistetaan kuolemaa lähestyvä potilas					
Työyksikössäni tehdään asianmukaiset hoitolinjaukset oikea-aikaisesti					
Työyksikössäni annetaan potilaalle/läheisille riittävästi rehellistä tietoa potilaan tilasta ja ennusteesta					
Työyksikössäni toteutetaan laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa					
Työyksikössäni huomioidaan potilaan/läheisten tuen tarpeet kokonaisvaltaisesti elämän loppuvaiheen hoidossa					
Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkehoito elämän loppuvaiheen hoidossa					
Työyksikössäni hallitaan asianmukainen lääkkeetön hoito elämän loppuvaiheen hoidossa					
Työyksikössäni toteutetaan elämän loppuvaiheen hoitoa moniammatillisesti					
Työyksikössäni on riittävästi hoitohenkilökuntaa laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi					
Työyksikössäni on sopivat puitteet laadukkaan elämän loppuvaiheen toteuttamiseksi					

**5. MILLÄ SEURAAVISTA OSA-ALUEISTA KOET TARVITSEVASI LISÄÄ OSAAMISTA JA KOULUTUSTA?** (1 = Täysin eri mieltä, 2 = Osittain eri mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Osittain samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä)

	1	2	3	4	5
Elämän loppuvaiheen hoidon hoitolinjaukset ja hoidon- rajaukset					
Lähestyvään kuolemaan viittaavien merkkien tunnista- minen					
Lähestyvän kuoleman puheeksi ottaminen potilaan/lä- heisten kanssa					
Lääkehoito elämän loppuvaiheen hoidossa					
Lääkkeetön hoito elämän loppuvaiheen hoidossa					
Kuolevan potilaan/läheisten kokonaisvaltainen kohta- minen					
Moniammatillinen yhteistyö elämän loppuvaiheen hoi- dossa					
Konsultointimahdollisuudet elämän loppuvaiheen hoi- dossa					
Surevan läheisen kohtaaminen ja tukeminen					
Läheisen tukeminen ja ohjaaminen potilaan kuoleman jälkeen					
Oman työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukeminen elämän loppuvaiheen hoitoa toteuttaessa					

**6. MITKÄ KOLME TEKIJÄÄ OVAT MIELESTÄSI VAHVUUKSIASI TOTEUT-  
TAESSASI ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITOA?** (avoin kysymys)

**7. MITKÄ KOLME TEKIJÄÄ KOET MERKITTÄVIMMIKSI HAASTEIKSI JA  
ESTEIKSI TOTEUTTAA LAADUKASTA ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITOA  
PÄIVYSTYSSAIRAALAN VUODEOSASTOLLA?** (avoin kysymys)

**8. MITEN TÄRKEÄKSI KOET ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOIDON KEHITTÄMISEN PÄIVYSTYSSAIRAALAN VUODEOSASTOLLA?**

(1 = ei ollenkaan tärkeää, 2 = jonkin verran tärkeää, 3 = tärkeää, 4 = erittäin tärkeää, 5 = en osaa sanoa)

## Esimerkki aineiston analyysistä (Vahvuudet toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitoa)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty lausuma	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	
“pitkä työkokemus alalta...”	Pitkä työkokemus	Työkokemus	Työkokemuksen mukana tullut osaaminen	<b>Vahvuudet toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitoa</b>	
“...osaan mielestäni jo nähdä ns, kuoleman merkkejä loppuvaiheen potilaan hoidossa...”	Lähestyvän kuoleman tunnistaminen	Voinnan muutosten tunnistaminen			
“...jos koen potilaan vaikuttavan kivuliaalta...”	Potilaan oireiden arviointi	Oireiden arviointi			
“...ihmisarvon kunnioittaminen...”	Ihmisarvon kunnioittaminen	Kunnioitus			Potilaan ja läheisten kohtaaminen ja tukeaminen
“...hänen ja omaistensa tarpeiden huomioiminen ja asettaminen etusijalle...”	Tarpeiden huomioon ottaminen	Huomioonottaminen			
“...ajanantaminen vaikka se olisi poissa akuuttihoitoa vaativilta...”	Ajan priorisointi	Priorisointi			
“...potilaan ja läheisten empaattinen kohtaaminen ja kunnioitus...”	Empaattinen kohtaaminen ja kunnioitus	Empaattisuus			
“...ollaan myös psyykkisesti läsnä potilaan kanssa...”	Kokonaisvaltaisen läsnäolo	Läsnäolo			
“...annetaan mahdollisimman paljon aikaa ja keskustellaan...”	Ajan anto keskustelulle	Ajan antaminen			
“...omaisten tukeminen kuolevan potilaan ympärillä...”	Läheisten huomioon ottaminen	Läheisten tukeminen			
“...omaisten kohtaaminen, puhuminen kuolemasta...”	Kuolemasta puhuminen	Tiedon antaminen			
“...omaisten lohduttaminen kertomalla “potilaasta kaunista ja positiivista...”	Omaisten lohduttaminen	Lohduttaminen			
“...hyvä perushoito...”	Hyvä perushoito	Perushoito	Perushoito		
“...maalaisjärjen käyttö oireiden helpottamisessa (asento-/kylmä-/lämpöhoidot)...”	Oireiden hoito	Lääkkeetön hoito			
“...riittävä kivunhoito määräysten puitteissa...”	Riittävä kivunhoito	Kipulääkitsemien	Kivunhoito		
“...kivun havaitseminen ja sen asianmukainen hoito...”	Kivun havainnointi	Kivun arviointi			
“...jos koen potilaan vaikuttavan kivuliaalta - - en epäoi lääkittä häntä...”	Kivuliaisuuden tunnistaminen				
“...osaan pyytää hoitolinjan muutoksia, lääkityksen lisäämistä yms...”	Voinnan havainnointi	Lääkärin konsultointi	Yhteistyö lääkärin kanssa		
“...tarvittaessa konsultoida lääkäriä kipulääkityksestä...”	Kipulääkityksen riittävyden arviointi	Lääkemuutosten tarpeellisuuden arviointi			

## Esimerkki aineiston analyysistä (Merkittävimmät haasteet ja esteet toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaalan vuodeosastolla)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty lausuma	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"...lääkärit eivät tee hoidonrajauksia tarpeeksi nopeasti..."	Hoidonrajauksia ei tehdä oikea-aikaisesti	Hoidonrajauksien tekemättömyys	Hoitolinjausten tekemättömyys	<b>Merkittävimmät haasteet ja esteet toteuttaa laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa päivystyssairaalan vuodeosastolla</b>
"...turhista hoidoista luopuminen on monille vaikeaa..."	Turhista hoidoista luopumisen vaikeus	Turhien hoitojen jatkaminen		
"...lääkäreiden kykenemättömyys päättää saattohoidosta..."	Kykenemättömyys päättää saattohoidosta	Saattohoitopäätöksen tekemättömyys		
"...hoitolinjausten tekemättömyys/viivästyminen..."	Hoitolinjausten viivästyminen	Hoitolinjausten tekemättömyys		
"...koulutuksen puute..."	Koulutuksen puute	Koulutus-tarve	Osaamis-vaje	
"...henkilökunnan liian vähäinen osaaminen tai kouluttautumattomuus..."	Vähäinen osaaminen	Kouluttautumattomuus	Kiire	
"...tunnistaa missä vaiheessa pitää tehdä saattohoitopäätös..."	Kuolemaa lähestyvän potilaan tunnistaminen	Lähestyvän kuoleman tunnistaminen		
"...epäpätevät kollegat..."	Osaamattomuus	Osaamattomuus		
"...kipulääkettä ei uskalleta antaa..."	Pelko kipulääkettä	Lääkehoidon osaamattomuus		
"...lopettaa "turhat" lääkkeet potilaalta..."	Tarpeettomien lääkkeiden lopettaminen			
"...resurssien vähyys..."	Vähäiset resurssit	Vähäiset resurssit	Hoito-ympäristö	
"...kiire hoitajalle ei ole aikaa potilaalle että omaiselle..."	Ei aikaa potilaalle ja omaiselle	Ajanpuute		
"...niin moni saa kuolla yksin huoneessaan..."	Läsnäolon puute	Läsnäolon puute		
"...liian vähän aikaa keskustella potilaan/omaisten kanssa syvällisesti..."	Liian vähän aikaa	Kiire		
"...rauhallisten tilojen puute..."	Rauhaton ympäristö	Rauhaton ympäristö		
"...pitää samalla hoitaa eläviä..."	Osaston luonne	Osaston luonne		
"...aina ei saa pientä huonetta potilaalle..."	Tiloihin liittyvä	Tilan puute		

## ”Ehdotukset elämän loppuvaiheen hoidon kehittämiseksi päivystyssairaalan vuodeosastolla” -posterit

Hoitohenkilökunnan  
kokemuksiin perustuvat  
kehittämistarpeet

TURKU AMK 

### Ehdotukset elämän loppuvaiheen hoidon kehittämiseksi päivystyssairaalan vuodeosastolla

#### Henkilökunnan osaamisen lisääminen

- THL:n saattohoitopassi-verkkokurssin suorittaminen
- Maksuton, tarkoitettu perustasolla työskenteleville ammattilaisille
- Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet
- Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen
- Eri ammattilaisten (hoitaja, lääkäri, sairaalapastori, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ym.) roolien ja työnkuvien selkiyttäminen
- Yhteistyö erityistason (B/ C) ammattilaisten kanssa
- Esim. kuolemaa lähestyvän potilaan ja läheisten kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja tukemiseen liittyvä koulutus

#### Tietoa hoitolinjauksista ja hoidonrajoituksista

- Koulutusta hoitajille ja lääkäreille palliatiivisesta hoidosta, saattohoidosta ja esim. DNR-päätöksestä sekä niiden merkityksestä
- Geriatrin tai erityistason asiantuntijoiden hyödyntäminen
- Konsultaatiot elämän loppuvaiheen hoidon hoitosuunnitelmien teossa
- Geriatri
- Erityistason tuki

Tietoa lisäämällä voidaan sujuvoittaa parantamiseen tähtäävästä hoidosta siirtymistä kokonaisvaltaiseen oireenmukaiseen hoitoon

#### Lääkehoito-osaamisen vahvistaminen

- Tietoa elämän loppuvaiheen lääkehoidosta hoitajille ja lääkäreille
- Esim. palliatiivisen lääketieteen erikoislääkärin hyödyntäminen
- Kivunhoidon osaamisen kehittäminen
- koulutusta lääkeinfuusion käyttöön (TuPlan saattohoito-ohjeistus 2020)
- Kipuhoitajan tai erityistason asiantuntijoiden hyödyntäminen



Sini Alanko  
YAMK-opiskelija, kliininen asiantuntijuus  
[sini.alanko@edu.turkuamk.fi](mailto:sini.alanko@edu.turkuamk.fi)