

Heidi Akbaba-Çinar

**PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA JA SAATTOHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN
OMAISTEN KOHTAAMISEN JA TUKEMISEN TOIMINTAOHJE YKSITYISEEN
PALVELUASUMISYKSIKÖÖN, KOTIHOITON JA TERVEYSKESKUKSEN
VUODEOSASTOLLE**

**PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA JA SAATTOHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN
OMAISTEN KOHTAAMISEN JA TUKEMISEN TOIMINTAOHJE YKSITYISEEN
PALVELUASUMISYKSIKKÖÖN, KOTIHOITON JA TERVEYSKESKUKSEN
VUODEOSASTOLLE**

Heidi Akbaba-Cinar
Opinnäytetyö
Kevät 2025
Kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma
Kliininen asiantuntijuus palliatiivisessa
hoidossa
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma, Kliininen asiantuntijuus palliativisessa hoidossa

Tekijä: Heidi Akbaba-Cinar

Opinnäytetyön nimi: Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaamisen ja tukemisen toimintaohje yksityiseen palveluasumisyksikköön, kotihoitoon ja terveyskeskuksen vuodeosastolle

Työn ohjaaja(t): Jaana Holappa-Girginkaya & Reetta Saarnio

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2025

Sivumäärä: 72 + 6 liitettä

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä keskityttiin palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen yksityiseen sosiaali- ja terveysalan yksikköön. Palliativisen hoidon ja saattohoidon merkitys korostuu etenkin ikäihmisten hoidossa sekä tulee lähitulevaisuudessa lisääntymään muun muassa väestönrakenteen muutoksen takia. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen on tärkeää, sillä jokaisella ihmisellä on oikeus laadukkaaseen ja arvokkaaseen loppuelämän hoitoon.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli luoda toimintamalli, joka parantaa palliativisen hoidon ja saattohoidon suunnittelua ja toteutusta kyseisissä hoitoyksiköissä. Tutkimuksellisen vaiheen toteuttamistapa oli laadullinen ja aineisto kerättiin ryhmähaastattelemalla hoitotyöntekijöitä (n=8). Kehittämisvaiheessa käytettiin työpajatyöskentelyä aivoriihimenetelmää hyödyntäen. Ryhmähaastattelusta saatu materiaali litteroitiin ja siitä tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi, jonka tulosten työpajatyöskentelyyn edettiin. Työpajatyöskentelyssä (n=25) oli tarkoituksena löytää ratkaisuja valittuun kehittämiskohteeseen.

Haastatteluaineiston tulosten perusteella palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa on paljon kehitettävää, ja tähän kehittämistyön yhdeksi pääkohdaksi kehittämisessä nousi palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaaminen ja tukeminen. Hoitotyöntekijät kokevat haasteelliseksi omaisten kohtaamisen ja tukemisen johtuen muun muassa kiireestä, haastavista tilanteista ja osaamisen puutteesta. Omaisten kanssa on tärkeää viestiä empaattisesti ja muistettava ottaa huomioon omaisten erilaiset tunnereaktiot, joita palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisilla voi nousta esille.

Työpajatyöskentelyn tuloksista laadittiin toimintaohje saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaamisen ja tukemisen avuksi. Toimintaohje tehtiin Power Point-esityksen muotoon, jolloin se on helposti tulostettavissa hoitotyöntekijöiden käyttöön hoitoyksiköihin.

Asiasanat: palliativinen hoito, saattohoito, osaamisen kehittäminen, hoitotyön kehittäminen, omaiset, omaisten tukeminen, toimintaohje.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Clinical Expertise, Advanced practise – Palliative care

Author: Heidi Akbaba-Cinar

Title of thesis: Operating Model for Meeting and Supporting the Relatives of Patients in Palliative Care and End-of-Life Care in Private Assisted Living Units, Home Care and Health Centre Inpatient Wards

Supervisor(s): Jaana Holappa-Girginkaya & Reetta Saarnio

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2025

Number of pages: 72 + 6 appendices

This developmental research project focused on improving palliative and end-of-life care in a private healthcare facility. The importance of palliative care is increasingly recognized, especially in the care of elderly patients, and the need for such services is expected to grow due to demographic changes. Developing high-quality palliative and end-of-life care is essential, as every individual has the right to compassionate and dignified care at the end of life.

The aim of this project was to create a practical model to enhance the planning and implementation of palliative and end-of-life care in selected care settings. The research phase involved building a knowledge base through a literature review and conducting group interviews. In the development phase, workshop methods were applied using brainstorming techniques. The interview data were transcribed and analyzed using inductive content analysis, which formed the foundation for the workshop discussions aimed at generating practical solutions.

One of the key areas identified for improvement was the encounter and support of patients' relatives during palliative and end-of-life care. Healthcare professionals often find it challenging to support family members due to time constraints, emotionally complex situations, and a lack of specific training. Effective communication with relatives requires empathy and sensitivity, as well as an understanding of the wide range of emotional responses that families may experience in these circumstances.

Based on the results of the workshop, a guideline was developed to help families of patients in hospice care meet and support them. The guideline was made in the form of a Power Point presentation, which can be easily printed for use by nursing staff in care units.

Keywords: palliative treatment, palliative care, terminal care, relatives.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO	9
2.1	Palliatiivinen hoito.....	9
2.2	Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma	11
2.3	Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli	14
2.4	Saattohoito osana palliatiivista hoitoa	16
2.5	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen	17
2.6	Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaaminen ja tukeminen.....	19
2.7	Omaisten erilaiset tukimuodot	23
3	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
4	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	28
4.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmät	29
4.2	Aineistonkeruu.....	31
4.3	Ryhmähaastatteluaineiston analyysi	32
5	TUTKIMUSVAIHEEN TULOKSET.....	37
5.1	Hoitotyöntekijöiden näkemykset omasta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta	38
5.1.1	Osaamisen ja koulutuksen merkitys.....	40
5.1.2	Kliinisen osaamisen merkitys	41
5.1.3	Moniammatillisen yhteistyön ja päätöksenteon haasteet	41
5.2	Kehittämistarpeet hoitotyöntekijöiden näkökulmasta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa	42
5.2.1	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutukseen liittyvät haasteet	42
5.2.2	Omaisten kohtaaminen ja tukeminen	43
6	KEHITTÄMISVAIHEEN TOTEUTTAMINEN JA TUOTOS	46
6.1	Millä tavoilla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksesta tulisi laadukkaampaa ja selkeämpää?	51

6.2	Mikä/mitkä vaiheet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa tuottaa haasteita työyksiköissänne?.....	51
6.3	Toimintamalliehdotus saattohoitovaiheessa olevan potilaan omaisten kohtaamisen ja tukemisen parantamiseksi	52
7	POHDINTA	54
7.1	Kehittämistyön tulosten tarkastelua	54
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	58
7.3	Jatkotutkimusehdotukset	61
	LÄHTEET	63
	LIITTEET	72

1 JOHDANTO

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tarkoituksena on lievittää kipua ja muita oireita sekä taata potilaalle mahdollisimman laadukas elämän loppuvaihe. Palliativiseen hoitoon kuuluu olennaisena osana myös potilaan omaisten huomioonottaminen. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen vaihe eli se ajoittuu ihmisen viimeisille elinviikoille tai päiville. (Sosiaali – ja terveysministeriö 2024.)

Palliativisen hoidon kehittämistä varten Sosiaali – ja terveysministeriö on perustanut kehittämissuunnitelman, jonka tavoitteena on turvata hoito, huolenpito ja hoiva elämän loppuvaiheessa. Suomessa saattohoitoa on kehitetty 1980-luvulta lähtien, mutta se vaatii yhä jatkuvaa kehittämistä. Kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulisi olla vähintään perustason osaaminen palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon, ja sen takia onkin tärkeää sisällyttää se jo koulutusvaiheessa opintoihin niin perusopinnoissa kuin erikoiskoulutuksissakin. (Matilainen & Lepistö 2023; Sosiaali – ja terveysministeriö 2024.)

Opinnäytetyössä sovelletaan aiemmista tutkimuksista saatuja tietoja työelämän kehittämis- ja uudistamistarpeisiin. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena ei kuitenkaan ole vanhan materiaalin päivittäminen, vaan kehittämistyön tulee olla lisäksi muutakin. Kehittäminen alkaa aina hyvästä pohjatyöstä, johon kuuluvat aiheen rajaaminen, johon haetaan vastauksia. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2019: TAMKin opiskelijan käsikirja; Säteri 2020; Airaksinen ym. 2022, 13, 4.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada työelämästä nousevaan käytännön ongelmaan ja kysymyksiin vastauksia sekä kehittää palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköiden hoitotyöntekijöiden kokemissa kehittämiskohdissa. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus on kehittää kyseessä olevien hoitoyksiköiden palliativisen hoidon ja saattohoidon toteuttamista yhdessä hoitoyksiköiden hoitajien kanssa. Tämä opinnäytetyö tehtiin tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmällä, ja sen tavoitteena oli tuotos, joka palvelee toimeksiantajan toimintaympäristön arjen käytäntöjä. Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotos siis kehittää. Asiantuntijaksi kehittymiseen vaaditaan kehittämistyön tuotoksen lisäksi akateemisin keinoin tehty tuotos ja sen toteuttamisprosessi. (Airaksinen, Kostamo & Vilka 2022, 10, 12.)

Tavoite on toimintaohjeen avulla parantaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnittelua ja toteutusta kyseisissä hoitoyksiköissä. Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin ryhmähaastattelun ja työpajatyöskentelyn muodoissa hoitoyksiköiden hoitotyöntekijöiden kanssa. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotoksena valmistui toimeksiantajalle palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen liittyvä toimintaohje hoitohenkilökunnan käyttöön. Toimintaohje kehitettiin erityisesti saattohoitovaiheessa olevan potilaan omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen.

2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Tietoperustan teoreettinen viitekehys muodostui kirjallisuushaun avulla. Kirjallisuushakua käytettiin palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon sekä omaisten tukemiseen ja kohtaamiseen liittyvän tiedon hakemisessa. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tietoa on haettu eri tietokannoista. Tiedonhaussa käytetään hakusanoina palliatiivinen hoito, saattohoito, osaamisen kehittäminen, hoitotyön kehittäminen, omaiset, omaisten tukeminen. Englanninkieliset hakusanat ovat palliative treatment, palliative care, terminal care, relatives. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja tietokannat ovat taulukossa 1 (Taulukko 1.). Tiedonhakuun liittyviä asioita käytiin läpi yhdessä ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikon kanssa etäyhteydellä.

Taulukko 1. Hakusanat tietokannoittain.

CINAHL	PubMed	Medic	Google scholar	Journal.fi
"palliative care" OR "palliative treatment" OR "terminal care" AND "relatives"	"palliative care" AND "palliative treatment" OR "palliative care" AND "relatives"	"palliative care" AND "relatives", "palliatiivinen hoito" AND "omaisten tukeminen"	palliatiivinen hoito AND omaisten tukeminen	palliatiivinen hoito AND omaisten tukeminen

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairaus ei ole parannettavissa eikä sen ennusteeseen voida vaikuttaa. Palliatiivisessa hoidossa voi olla kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastava potilas. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on pyrkiä ehkäisemään ja lievittämään potilaan kipua ja kärsimystä sekä vaalimaan jäljellä olevan elämän laatua. Onnistunut palliatiivinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman normaalisti kuolemaansa saakka, hänen toimintakykään pidetään yllä potilaan toivomalla tavalla ja hänen oireitaan hoidetaan asianmukaisesti. Palliatiivisen hoidon yksi tavoite on myös tukea

palliativisessa hoidossa olevan potilaan omaisten selviytymistä sairauden aikana ja potilaan kuoleman jälkeen. Palliativisen hoidon keskiössä onkin siis ihminen, joka on parantumattomasti sairas sekä hänen omaisensa. Saattohoito on osa palliativista hoitoa. (Kaunonen, Kylmä, Mattila, Surakka & Åstedt-Kurki 2015, 5, 172; Guldogan, Pöyhiä & Vanhanen 2018, 62; Käypä hoito-suositus 2019; ho, Eironen, Havusto, Hökkä & Kritz 2023, 6.)

Arvioiden mukaan palliativisen hoidon tarve tulee lähivuosina kasvamaan Euroopassa sekä syöpöpotilaiden että muiden potilasryhmien osalta muun muassa väestön ikääntymisen vuoksi. Maailmanlaajuisten arvioiden mukaan 40 miljoonaa ihmistä tarvitsee palliativista hoitoa vuosittain. Väestön ikääntyminen, pidemmät sairausprosessit ja monisairastavuus kasvattavat seuraavien kymmenien vuosien aikana palliativisen hoidon tarvetta yhä enemmän. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan palliativisen hoidon potilaista noin 60 % on muita kroonisia sairauksia kuin syöpää sairastavia potilaita. (Käypä hoito-suositus 2019; Hasson, Nicholson, Muldrew, Bamidele, Payne & McIlfratrick 2020, 1.)

Etkindin, Evansin, Gomesin, Lovellin, Higginsonin ja Murtaghin (2017) tutkimuksen mukaan, jossa tarkasteltiin Englannin ja Walesin vuosittaisia kuolemia vuoteen 2040 mennessä, kuolemia tulee olemaan 25,6 prosenttia enemmän kuin tänä päivänä. Määrällisesti se tarkoittaa 127 235 kuolemaa enemmän kuin esimerkkivuonna 2014. Palliativista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrä kasvaa 25 prosenttia vastaavalla aikavälillä tarkasteltuna. Tutkimuksessa nostettiin esille, että mikäli palliativisen hoidon tarpeen kasvaminen jatkaa samanlaista nousua kuin se on ollut vuosina 2006-2014, palliativisen hoidon tarve tulee kasvamaan jopa 42,4 prosenttia. Palliativisen hoidon tarve tulee kasvamaan seuraavien vuosikymmenten aikana enemmän kuin aikaisemmin. Kaksi suurinta sairausryhmää, joihin palliativista hoitoa tarvitaan ovat dementia ja syöpäsairaudet. (Etkind, Evans, Gomes, Etkind, Bone, Gomes, Lovell, Higginson & Murtagh 2017. 1,8.)

Palliativisen hoidon tarkoitus on kärsimyksen lieventäminen ja elämänlaadun vaaliminen sairauden siinä vaiheessa, kun hoito ei ole enää parantavaa. Terveysteen liittyvä elämänlaatu on subjektiivinen käsite, joka sisältää yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Oleellinen osa niin palliativista hoitoa kuin saattohoitoa ovat kivun ja muiden oireiden hallinta sekä psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien ratkaiseminen. Eksistentiaalisia eli olemassaoloon liittyviä ongelmia voivat olla esimerkiksi elämän merkityksellisyyteen ja mielekkyyteen liittyvät asiat. Kuoleman lähestyessä ja potilaan ollessa tietoinen, että sairauteen ei ole parantavaa keinoja, saa useimmat pohtimaan kuolemaa ja siihen liittyviä asioita. Myös hengelliset asiat voivat tulla tärkeiksi,

vaikka potilas ei aiemmin olisikaan ollut erityisen kiinnostunut hengellisen puolen asioista. (Mattila 2013; Antikainen, Hänninen, Saarto & Vainio 2015, 10.)

Palliativisen hoidon tavoitteena siis on, että potilas voisi elää voimiensa ja halunsa mukaista elämää mahdollisimman vähäoireisena aina kuolemaansa saakka. Myös palliativisessa hoidossa olevan potilaan omaiset ovat keskeisessä asemassa: koko perhe tarvitsee tukea jaksakseen potilaan rinnalla ja selvitäkseen potilaan kuoleman jälkeen. (Antikainen ym. 2015, 10; Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys ry.)

Kun potilaalla todetaan vakava sairaus, palliativinen hoito tulisi aloittaa jo varhain tautispesifisen hoidon rinnalle lievittämään oireita ja tukemaan potilasta sekä hänen perhettään. Varhainen palliativinen hoito tautispesifisen hoidon rinnalla parantaa potilaiden elämänlaatua, vähentää masentuneisuutta ja voi jopa parhaimmassa tapauksessa pidentää elinaikaa. Mitä pidemmälle krooninen kuolemaan johtava sairaus etenee, sitä enemmän se rasittaa potilasta. Olisi hyvä ymmärtää, että palliativinen hoito ja tautispesifinen hoito eivät ole kilpailijoita keskenään, vaan limittäin toteutettuina voivat parantaa potilaan elämänlaatua. Palliativisen hoidon osuus sairauden edetessä kasvaa asteittain ja jossain vaiheessa katsotaan parhaaksi siirtyä täysin palliativiseen hoitoon, kun sairauden kulkuun ei voida enää vaikuttaa. Oireenmukaiseen eli palliativiseen hoitoon siirryttäessä tehdään elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, joka sisältää muun muassa päätöksen palliativisesta hoidosta. (Antikainen ym. 2015, 10-11.)

2.2 Palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma

Palliativinen hoito ja saattohoito ovat kehittyneet vuosien saatossa, ja potilailla on täten aiempaa useammin mahdollisuus laadukkaampaan elämän loppuvaiheen hoitoon. Osa potilaista, jotka tarvitsisivat palliativista hoitoa, eivät kuitenkaan pääse palliativisen hoidon piiriin tai ohjautuvat sinne liian myöhään. Jokaisen potilaan ihmisoikeus on, että palliativinen hoito olisi saatavilla (Hökkä, Lehto, Melender & Salin 2021, 144). Hoidon jatkuvuus on erittäin tärkeää kaikissa potilaan hoitoon liittyvissä asioissa, ja erityisen tärkeää, kun kyseessä on elämän loppuvaiheen hoito. Potilaan siirryessä esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin palliativisen hoitolinjauksen jälkeen, hoidon jatkuvuus on vaarassa, ellei sen jatkuvuutta varmisteta ja oteta huomioon, kun

potilas kotiutetaan erikoissairaanhoidosta. Tiettyjä pitkälle edenneen sairauden merkkejä voidaan käyttää elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tarpeen tunnistamisessa (Taulukko 1). (Käypä hoito-suositus 2019; Ahtiluoto ym. 2022, 21-22.)

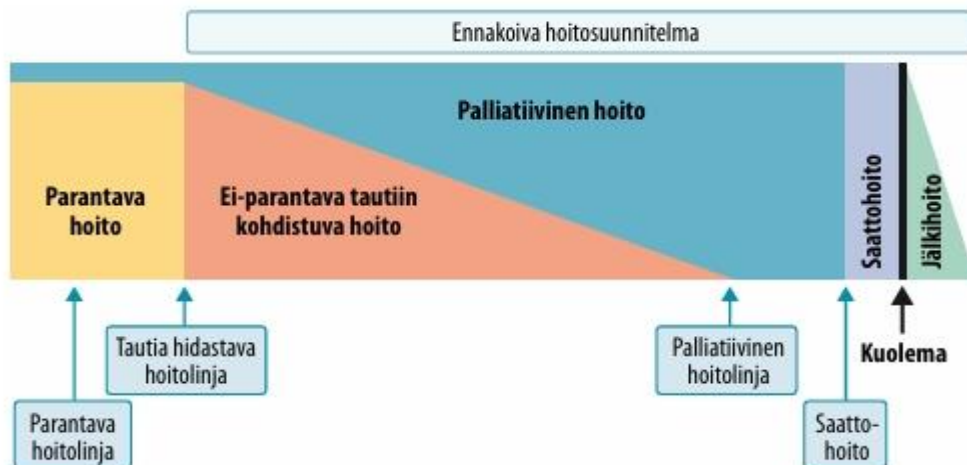
Ennakoiva hoitosuunnitelma on edellytys pitkälle edennyttä ja henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan hoidossa. Ennakoiva hoitosuunnitelma tulee olla tehty oikea-aikaisesti, jotta se takaisi mahdollisimman laadukkaan palliativisen hoidon. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma koostuu keskusteluista lääkärin, potilaan ja hänen omaistensa kanssa, potilaan omista toiveista ja tarpeista sekä hoidon linjauksista, rajauksista, toteutuksesta ja hoidosta vastaavasta tahosta. Nämä kaikki tehdään hoitoneuvottelussa yhdessä potilaan ja hänen luvallaan hänen omaistensa kanssa. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaa tehdessä asiat täytyy siis käydä läpi potilaan kanssa ja hänen tulee ymmärtää mitä tehdyt päätökset käytännössä tarkoittavat. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaa päivitetään tarpeen mukaan muuttuvissa tilanteissa. (Ahtiluoto ym. 2022, 22.)

Taulukko 1. Merkkejä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tarpeen tunnistamiseen (Käypä hoito-suositus, 2019).

<p>Potilas voi menehtyä seuraavan puolen vuoden tai vuoden sisällä</p>	<p>Kroonisesti sairaalla potilaalla jatkuvaa suorituskyvyn heikkenemistä, etenevää painonlaskua, suunnittelemattomia sairaalajaksoja, yleistilan etenevää heikkenemistä ja toimintakyvyn laskua hoitotoimista huolimatta</p>	<p>Sairauskohtaiset indikaattorit</p> <ul style="list-style-type: none"> • sydänsairaus • keuhkosairaus • vaikean vaiheen dementia • syöpä • neurologinen sairaus • vaikea munuaisten vajaatoiminta • maksasairaus, johon ei ole maksansiirtomahdollisuutta
---	---	---

Ennakoiva hoitosuunnitelma (engl. advance care planning, ACP) on potilaan hoitavan lääkärin laatima hoitosuunnitelma, joka tehdään yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa.

Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata keskustelut potilaan ja hänen omaistensa kanssa ja kirjaukset sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja hoitomenetelmien tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajouksista, potilaan hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan omista henkilökohtaisista toiveista, tarpeista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Potilaalla voi olla myös hoitoahtaus, joka on tärkeää liittää hoitosuunnitelmaan ja ottaa huomioon potilaan hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tavoitteena on käydä tarvittavat keskustelut ja tehdä päätökset siinä vaiheessa, kun sairaus on rauhallisessa vaiheessa ja potilas vielä kykenevä ottamaan hoitoaan koskeviin asioihin kantaa ja esittämään toiveitaan. Jokaisella palliatiivisella potilaalla ei ole samanlainen elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, vaan se laaditaan jokaiselle henkilökohtaisesti ja käyttäen eri elementtejä jokaisen sairauden kohdalla. (Antikainen ym. 2015, 13-14; Käypä hoito-suositus 2019.)



Kuvio 1. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisajankohta (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).

Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma on hyvä tehdä riittävän ajoissa, koska potilaan tila voi heikentyä nopeasti ja potilas ei tällöin ole kykenevä enää kertomaan mielipiteitään tai päättämään hoitoaan koskevia asioita (Kuvio 1.). Ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä on hyötyä muun muassa potilaan toiveiden toteutumisen kannalta, omaisten henkisen kuormituksen vähenemisen kannalta, vähentyneiden elämän loppuvaiheen elvytysten ja tehohoitojaksojen kannalta sekä se lisää todennäköisyyttä kuolla omassa hoivayksikössä kuin sairaalassa. (Käypä hoito-suositus 2019.)

2.3 Palliativisen hoidon kolmiportainen malli

Palliativinen hoito jaetaan Suomessa hoidon järjestämiseksi ja hoidon integroimiseksi porrastettuun malliin, jossa hoidon järjestäminen jakaantuu perus – ja erityistasoille (Kuvio 2). Aiemmin Suomessa ei ole porrastettu palliativista hoitoa ja saattohoitoa, vaan sen on ajateltu kuuluvan perustason hoitoon. Noin joka kolmas kuolevaa tekevä potilas kuitenkin tarvitsee erityistason palliativista hoitoa ja saattohoitoa. (Saarto 2018, 573; Terveyskylä 2023.)

Erikoissairaanhoidon tehtäviä on huolehtia palliativisen hoidon varhaisesta integroimisesta eri sairauksien hoitoon, vastata vaativan tasoisesta hoidosta ja harvinaisten potilasryhmien ja oireyhtymien hoidosta sekä vastata opetuksesta, koulutuksesta ja tutkimuksesta palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon liittyen. Perusterveydenhuollon tehtävinä puolestaan on vastata suurimmasta osasta palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta, ja hoito tulisi järjestää mahdollisimman lähellä potilaiden asuinpaikkaa, jotta omaisten rooli hoitoon voidaan ottaa mukaan. (Saarto 2018, 5, 573.)

Perustasolla ovat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan potilaita, joiden sairaus on kuolemaan johtava. Tähän tasoon kuuluvat terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit ja muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, joissa potilaita hoidetaan heidän kuolemaansa saakka. Perustasoon ei kuulu ABC-tasojen terveydenhuollon yksiköt. (Kuvio 2.) (Terveyskylä 2023.)

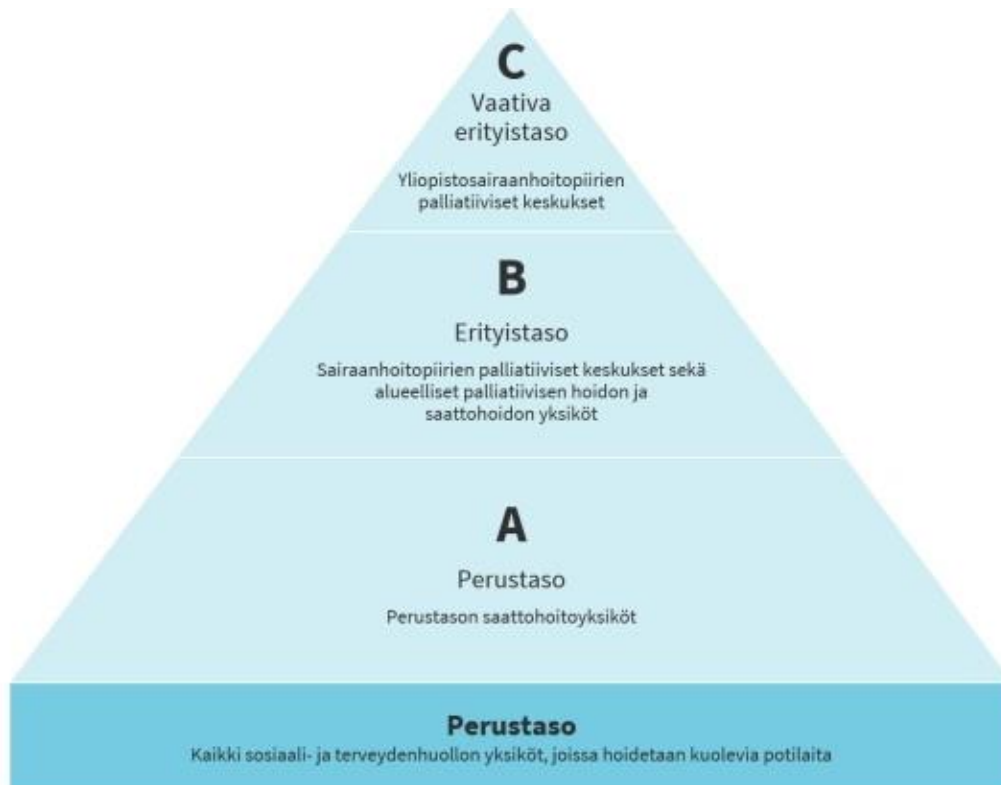
Perustason tehtävänä on huolehtia palliativisen hoidon ja elämänloppuvaiheen hoidon toteutuksesta. Perustason potilaiden oireet ovat vakaat ja hoidossa voidaan käyttää ennakoivaa elämänloppuvaiheen hoitosuunnitelmaa, jolloin heidän hoitonsa on toteutettavissa perustason yksiköissä. Hoito toteutetaan joka tapauksessa moniammatillisena yhteistyönä eri ammattiryhmien kesken ja tarpeen vaatiessa myös konsultoimalla muiden tasojen ammattilaisia, jos hoidossa tulee vastaan sellaisia asioita, joihin ei omassa yksikössä ole osaamista tai kokemusta. Perustason yksiköissä tulisi olla osaamista kuitenkin ennakoivan hoitosuunnitelman ja saattohoitopäätöksen tekemiseen. Saattohoitopäätöksellä tarkoitetaan lääketieteellisesti tehtyä päätöstä, joka on tehtävä potilaslain mukaisesti yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen laillisen edunvalvojansa, lähiomaistensa tai muiden omaistensa kanssa. Saattohoitopäätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri yksin tai yhdessä toisen lääkärin kanssa. (Lääkäriliitto 2021; Terveyskylä 2023.)

A-tasolle kuuluvat perustason saattohoitoyksiköt. Saattohoitotyö on otettu huomioon yksikön henkilöstön mitoituksessa ja koulutuksessa sekä toimintaympäristöissä. A-tason yksiköitä voi olla sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. A-tason yksiköiden tulee täyttää tietyt laatu-kriteerit, muun muassa henkilökunnalla tulee olla perustasoa korkeampaa osaamista palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Vaativimmissakin tapauksissa hoito kyetään järjestämään A-tason yksikössä, tarvittaessa konsultoimalla erityistason yksiköitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023; Terveyskylä 2023.)

B-taso on erityistaso, johon kuuluvat sairaanhoitopiirien palliatiivisen keskuksien sekä alueelliset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt (Kuvio 2.). B-tason yksiköt ovat erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Yksiköissä tulee olla tarjottavissa potilaille myös psykososiaalista, henkistä ja eksistentiaalista tukea tarpeen mukaan. Palliatiivinen hoito on B-tason yksiköiden päätehtävä ja henkilökunta erikoiskoulutettua. Hyvinvointialueilla tämä tarkoittaa sitä, että B-tason yksiköt muodostavat erityistason palliatiivisen hoidon verkoston. Hyvinvointialueen keskellä palliatiiviset yksiköt koordinoivat ja vastaavat palveluketjuista. Myös perustason konsultointi kuuluu B-tason yksiköille. Yksiköitä tällä tasolla ovat muun muassa alueelliset kotisairaalat, palliatiiviset osastot, saattohoitokodit ja päiväsairaalat. Kotisaattohoidossa olevat potilaat voivat siirtyä etukäteen sovitulle tukiosastolle, mikäli vointi kotona menee sellaiseksi, että potilas ei pärjää kotisairaanhoidon turvin. Tällaisissa tapauksissa potilaan ei tarvitse hakeutua tukiosastolle päivystyksen kautta, vaan potilas saa mennä suoraan tukiosastolle. (Saarto 2018; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023; Terveyskylä 2023.)

Vaativa erityistaso C toteutetaan yliopistosairaanhoitopiirien palliatiivisten keskusten kautta. Taso C toteutetaan yliopistosairaaloiden palliatiivisten keskusten kautta, jotka ovat laajan palvelun keskuksia (Kuvio 2.). Tason C keskuksien vastaavat erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, konsultaatiosta ja etäpalveluista vuorokauden ympäri, hoitoketjun suunnittelusta ja yhteensovittamisesta, lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintasuunnitelmasta. Myös psykososiaalisen tuen järjestäminen on tason C vastuulla. C-tason keskuksilla on vastuualueenaan myös koulutukset, opetus, tutkimuksien ja hoidon kehittäminen. Myös erä-alueen osaamistaso on C-tason yksiköiden vastuulla. (Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen kehittäminen ja työelämälähtöinen kehittäminen – EduPal; Saarto 2018; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023; Terveyskylä 2023.) Palliatiivisen hoidon porrastettu malli kuvattuna kuviossa 2 (Kuvio 2.).

Palliativisen hoidon osaajia tarvitaan siis kaikilla hoidon järjestämisen tasoilla niin hoivayksiköissä kuin erikoissairaanhoidossa (Palliativisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen kehittäminen ja työelämälähtöinen kehittäminen – EduPal). Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön kohderyhmänä on perustason hoitoyksiköitä.



Kuvio 2. Palliativisen hoidon porrastettu malli (Saarto, Lyytikäinen, Ahtiluoto, Junttila, Lehto, Finne-Soveri, Hammar & Forsius, 2022).

2.4 Saattohoito osana palliativista hoitoa

Saattohoito on osa palliativista hoitoa. Kuolemaa lähestyvä ihminen siirtyy palliativisessa hoidossa saattohoitovaiheeseen. Saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan ihmisen hoitoa, joka voi kestää tunteista jopa viikkoihin. Kun ihminen siirtyy saattohoitoon, hoidollisilla toimenpiteillä ei voida enää vaikuttaa ennusteeseen. (Rahko & Rajala 2020; Lääkäriliitto 2021, 201, 210.)

Saattohoidon tarkoitus ei ole pidentää ihmisen elämää, vaan tehdä viimeisimmistä hetkistä mahdollisimman arvokaita ja vähentää ihmisen kipua ja kärsimystä. Tärkeä osa saattohoitoa on omaisten ja muiden läheisten huomioon ottaminen ja auttaa heitä sopeutumaan tilanteeseen ja muutokseen saattohoidossa olevan ihmisen kuoltua. (Lääkäriliitto 2021, 210.)

Saattohoito on potilaan aktiivista hoitoa ja omaisten tukemista. Aktiivisella hoidolla tarkoitetaan saattohoidossa potilaan oireiden ja kärsimyksen lievittämistä. Se on tehokasta oireenmukaista hoitoa elämän viime hetkillä ja kuoleman edellä. Kuratiivisen eli paranemiseen tähtäävän ja palliatiivisen hoidon raja on ideaalitalanteessa liukuva: oirehoidon tulisi olla osa aktiivista hoitoa ja sen osuus vain lisääntyisi siirryttäessä palliatiiviseen hoitoon. Sama tulisi tapahtua myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välillä eli raja olisi liukuva ja siirtymä luonteva. Kuviossa 3 on kuvattu siirtymät aktiivisesta taudin hoidosta ensin palliatiiviseen hoitoon ja siitä edelleen saattohoitoon. (Rimpiläinen & Akural 2007.)



Kuvio 3. Liukuma aktiivisesta hoidosta palliatiiviseen hoitoon ja siitä edelleen saattohoitoon (Rimpiläinen & Akural 2007).

2.5 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen

Suomessa on varsin vähän tehty tutkimuksia siitä, miten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osamista tulisi kehittää asiantuntijoiden näkökulmasta. Erään tutkimuksen mukaan kehittämiskohteet palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa liittyvät toiminnan puutteiden, hoitokäytäntöjen sekä osaamisen kehittämiseen. Tutkimuksen tulosten mukaan tärkeimmät tutkimuskohteet liittyivät toimintaympäristöön, potilaaseen, hoitoon, omaisiin, ammattihenkilöihin, vapaaehtoistyöhön sekä monitieteiseen tutkimukseen. Tutkimuksella pyrittiin tuottamaan tietoa siitä, kuinka Suomessa saadaan tuotettua potilaille tasa-arvoinen ja tasalaatuinen hoito asuinpaikasta riippumatta. Suomessa hoitotyöntekijöiden koulutus on muihin Pohjoismaihin verrattuna hyvällä tasolla vanhustyössä: suurimmalla osalla on työtehtäviään vastaava koulutus. (Himanen, & Nikkola 2020, 63; Hökkä ym. 2021, 143.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon palveluiden kehittäminen on keskeistä, sillä oikea-aikaisella ja laadukkaalla palliativisella hoidolla mahdollistetaan potilaan parempi hoito ja omaisten tukeminen. Se vähentäisi lisäksi myös terveydenhuollon kustannuksia. Kun palliativinen hoito on laadukasta ja hyvin toteutettua, se vähentää esimerkiksi päivystyskäyntejä ja potilaan ohjautumista kalliiseen erikoissairaanhoidon. Kuten Hökän, Lehdon, Melenderin ja Salinin tutkimuksessa tuotiin esille, keskittyminen pelkästään erityistason palliativisen hoidon kehittämiseen ei riitä vastaamaan potilaiden ja heidän perheidensä tarpeita elämän loppuvaiheessa. (Hökkä ym. 2021, 144.)

Himasen ja Nikkolan tutkimuksessa selvisi, että kliinisessä hoitotyössä lääkehoidon osaaminen on yksi keskeisimmistä kehittämistarpeista. Tutkimus oli suunnattu lähihoitajille, jotka kokivat, että heillä olisi kiinnostusta lääkehoidon toteuttamisesta, mutta he kokivat, että osaaminen lääkehoidon toteutukseen on puutteellista. Samassa tutkimuksessa kehittämiskohteiksi nousivat myös kommunikointi ikäihmisten kanssa haastavissa tilanteissa sekä asiakaslähtöisyyden parantaminen. Vanhustyön parissa työskentelevien potilasmateriaali usein koostuu ainakin jo palliativisen hoidon piiriin kuuluvista potilaista. (Himanen & Nikkola 2020, 67-68.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon keskeisiä teemoja palveluiden yhtenäistämisen lisäksi ovat osaamisen ja koulutuksen lisääminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hankkeessa ”Palliativisen hoidon ja saattohoidon laatutieto” tavoitteena on luoda mahdollisuuksia hoidon laadun ja suositusten toteuttamisen seurantaan koko Suomessa yhtenäisellä tavalla. Lisäksi hankkeen tavoitteena on ohjata palveluntuottajia tarjoamaan parempaa ja laadukkaampaa elämän loppuvaiheen hoitoa. Samalla hankkeessa kehitetään tietopohjaa valtakunnallisen laaturekisterin pohjaksi. Fin-Pall-hanke, joka toteutettiin vuosina 2021-2024 lisäsi hyvinvointialueiden saattohoidon ja palliativisen hoidon saatavuutta ja laatua, mutta edelleen on tehtävää muun muassa haja-asutusalueilla kotisairaaloiminnan kehittämisessä. (Hammar & Lämsä 2021, 111-112; Forsius & Hammar 2025.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen voisi käyttää enemmän myös palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevia potilaita sekä heidän omaisiaan hyödyksi, sillä he usein ovat halukkaita kehittämään hoitoa sekä ovat usein sitoutuneita tutkimuksiin. Tämä johtuu siitä, että heille annetaan mahdollisuus ilmaista mielipiteitä ja tehdä jotain hyvää tulevaisuuden hoidon kannalta. Aiemmin tehdyt tutkimukset ovat usein keskittyneet pääasiassa syöpäpotilaisiin ja ovat tulleet

pääosin Yhdysvalloista, Iso-Britanniasta ja Australiasta. Busan, Pozsgain, Zellerin ja Csikosin tekemä tutkimus korostaa, että sekä perheenjäsenet että terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeitä keskustelukumppaneita potilaan loppuvaiheen hoitoa koskevissa päätöksissä. Monissa tapauksissa potilaat haluaisivat keskustella aiheesta enemmän kuin heillä on mahdollisuus, mikä osoittaa tarvetta parantaa kommunikaatiota. (Vlockova, Polakova, Tuckova, Houska & Loucka 2021, 1-2, 6; Busa, Pozsgai, Zeler & Csikos 2022.)

Yhtenä mielenkiintoisena pohdiskelun aiheena tähän loppuun voisi mainita myös sen, että palliatiivinen hoito ja saattohoito liittyvät vahvasti geriatriseen hoitotyöhön. Saattohoitoa pyritään kehittämään osana hyvää ja laadukasta palliatiivista hoitoa jatkumona kuratiivistavoitteiselle, jarruttavalle ja hyvälle oireenmukaiselle hoidolle. On tehty tutkimuksia, joiden mukaan näyttää yleisesti katsottuna siltä, että vanhuuteen ei saisi kuolla. Myös toimintamallit kuoleman kohtaamiseen silloin, kun se liittyy vanhuuden tuomiin kehon rapistumisiin, ovat puutteelliset. (Kaunonen ym. 2015, 156.)

2.6 Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaaminen ja tukeminen

Omaisella tarkoitetaan yleisesti ottaen potilaan oman perheen jäsentä tai läheistä sukulaista. Lähiomaisella tarkoitetaan lähtökohtaisesti potilaan aviopuolisona, lapsia, vanhempia ja sisarusia. Myös potilaan avopuolisoa tai henkilöä, joka asuu potilaan kanssa pysyvästi, voidaan pitää lähiomaisena. Potilaslaissa lähiomaisen määritelmää ei ole suoraan avattu, joten potilas voi käytännössä itse määritellä kuka hänen lähiomaisensa on. Potilas voi halutessaan määritellä esimerkiksi ystävänsä lähiomaiseksi. (Minilex 2025.)

Potilaan läheisiksi luokitellaan Suomen lain mukaan laaja joukko ihmisiä. Potilaan läheisellä tarkoitetaan Suomen lain mukaan puolisoa, lasta, lastenlasta, sisarusta, vanhempaa, sisarusten lasta tai henkilöä, joka on muuten erityisen läheinen ihminen. Myös vanhempien sisarukset sekä heidän puolisonsa ja entiset puoliset sekä puolison lapset, lapsenlapset, sisarukset, vanhemmat ja isovanhemmat sekä avopuolisot ja avioliitonkaltaisissa olosuhteissa asuvat sekä rekisteröidyssä parisuhhteessa olevat henkilöt luokitellaan läheisiksi. (Aho ym. 2023.)

Palliativisessa hoidossa olevan potilaan omaisille tulee taata mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon, mikäli sekä potilas että omaiset sitä toivovat (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) sekä kouluttaa heitä osallistumismahdollisuuksista. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä perhelähtöisten toimintatapojen omaksumista. Lisäksi omaisille on tarjottava tukea heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. STM:n suositus (2019) palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä korostaa kehittämistarpeena elämän loppuvaiheen potilaiden ja heidän omaistensa elämäntilanteen huomioon ottavan psykososiaalisen tuen yhdenvertaista saatavuutta. Yhdenvertaisuuden merkitys on nostettu esiin myös Euroopassa. Seitsemässä maassa toteutetussa ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoidon tutkimus- ja kehittämishankkeessa (PACE – Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe) Suomi sijoittui lähes heikoimmalle sijalle omaisten henkisen tukemisen sekä vuorovaikutuksen ja yhteisymmärryksen luomisen osalta. Saattohoidossa olevien omaisten tukeminen on erityisen tärkeää, sillä läheisen kuolema voi vaikuttaa merkittävästi heidän hyvinvointiinsa ja jaksamiseensa. (Saarto, Finne-Soveri ja asiantuntijatyöryhmä 2019, 174; Aho ym. 2023, 7; Saarinen, Mishina, Soikeli-Jalonen & Haavisto 2023, 906.)

Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten osallistuminen hoitoon koostuu eri osa-alueista, kuten fyysisestä, emotionaalisesta ja käytännön hoidosta sekä päätöksenteosta. Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon voi tarjota potilaalle tukea, edistää hoidon laatua sekä parantaa potilaan sekä omaisten selviytymistä. Karin Oechslen (2019) narratiivisen katsauksen perusteella palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden omaiset kokevat merkittävää psykologista ja eksistentiaalista stressiä, kuormitusta sekä psyykkistä oireilua koko potilaan sairauden ajan. He kokevat, että potilaan hoidon aikana jää paljon täyttämättömiä tarpeita, kuten riittämätön tiedon saaminen. Oechslen tutkimuksen mukaan varhain aloitetulla palliativisella hoidolla tai sen liittämällä potilaan hoitoon ajoissa on myönteisiä vaikutuksia myös omaisiin. (Oechsle 2019, 1.)

Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaiset kokevat ahdistusta ja haastetta myös siinä, kun potilas on kipeä ja kipujen hoitaminen on omaisten vastuulla esimerkiksi kotioloissa. Onkin tärkeää, että esimerkiksi kotisaattohoitotilanteissa hoitotyöntekijät tukevat omaisia vaikeissa tilanteissa ja potilaan oireiden kanssa selviytymisessä. (Fringer, Stängle, Bischofberger, Büche, Praxmarer, Ch Ott & Schnepf 2020.)

Omaiset tarvitsevat tietoa potilaan hoidosta, lääkkeistä ja lääkkeiden sivuvaikutuksista sekä siitä, kuinka he voivat parhaimmalla mahdollisella tavalla auttaa palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevaa omaistaan. Tiedonpuutteen on tutkittu lisäävän stressiä ja ahdistusta. Hoitotyöntekijöiden on tärkeää olla omaisten tavoitettavissa ympärivuorokautisesti, jotta omaiset saavat tarvittaessa apua esimerkiksi juuri kivunhoidon toteutukseen. (Fringer ym. 2020.)

Paanasen ja Luodonpää-Mannin tutkimuksessa (2023) tarkasteltiin omaisten kokemuksia hoivakotien vuorovaikutuskäytännöistä ja niiden vaikutuksia yhteistyöhön hoitohenkilöstön kanssa. Omaisten näkökulmasta tärkeimpiä vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä olivat vastaanotto hoivakodissa, tiedonkulku, yhteistyö ja hoidon laatu. Vuorovaikutus koettiin positiivisena, negatiivisena, neutraalina tai ambivalenttina. Positiivisiin kokemuksiin kuului hyvä yhteys hoitajiin, tiedon aktiivinen jakaminen ja henkinen tuki. Heikentäviä tekijöitä olivat puolestaan puutteellinen tuki, huono tiedonkulku ja huono hoito. (Paananen & Luodonpää-Manni 2023, 274-275.)

Paanasen ja Luodonpää-Mannin tutkimuksessa (2023) omaiset odottivat aktiivisuutta hoitohenkilöstöltä, erityisesti ensimmäisissä kohtaamisissa hoivakotiin siirtymisen yhteydessä. Pienet, arkiset kohtaamiset, kuten tervehtiminen, olivat tärkeitä. Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että henkilökohtainen yhteys ja tutustuminen hoitajien kanssa tukevat hyvää vuorovaikutusta. Tärkeää on, että omaiset kokevat olevansa osa hoitoprosessia, ja heidän mielipiteensä otetaan huomioon. (Paananen & Luodonpää-Manni 2023, 274-275.)

Omaisten toiveet ja huolet pitäisi kuunnella rakentavasti ja ottaa huomioon hoidon suunnittelussa. Hyvä viestintä ja vuorovaikutus vaativat suunnitelmallisuutta ja toimivaa sisäistä viestintää hoivakodeissa. Parantamalla vuorovaikutusta voidaan edistää sekä hoitohenkilöstön hyvinvointia että asukkaiden elämänlaatua, ja luoda syklisiä, positiivisia vaikutuksia yhteistyölle. (Paananen & Luodonpää-Manni 2023, 274-275.)

Kun palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaiset kohdataan, on tärkeää ottaa heidät huomioon ja kohdella heitä arvostavasti, sillä omaiset kokevat tärkeäksi roolinsa ja asiantuntijuutensa huomioon ottamisen. Omaisten kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen heidän kanssaan tulee kiinnittää huomiota, koska myötätuntoinen ja kunnioittava kohtaaminen koetaan tärkeäksi sekä tyytyväisyyttä edistäväksi tekijäksi. Mikäli vuorovaikutus hoitotyöntekijän ja potilaan omaisten välillä on puutteellista, se voi aiheuttaa ristiriitaisia tunteita potilaan omaisissa. Potilaan omaiset haluavat usein keskustella potilaan tilanteesta ja tarvitsevat tukea ja apua siihen, miten

ottaa puheeksi esimerkiksi kuolema ja siihen liittyvät asiat potilaan kanssa, kuten hautajaisjärjestelyt. On tärkeää, että omaiset kohdattaisiin hoitotyössä kiireettömästi, sillä se lisää myös luottamusta hoitotyöntekijöitä kohtaan. (Aho ym. 2022, 14-16.)

Kuoleva menettää oman roolinsa perheen jäsenenä, terveytensä, riippumattomuutensa ja luottamuksensa elämän jatkuvuuteen, turvallisuuteen ja ennustettavuuteen. Nämä menetykset sekä muut tunteet, joita kuoleva ihminen kohtaa aiheuttavat merkittävää surua ihmiselle. Potilaan ja hänen omaistensa tukeminen on erittäin tärkeää. Lähiomaisten merkitys on kuolevan potilaan hoidossa merkittävä. On tärkeää kunnioittaa potilaan omaa tahtoa siitä, keille hän esimerkiksi haluaa soitettavan kunnan romahtamisesta tai kenet hän haluaa mukaan hoitoneuvotteluihin. Aina se ei ole potilaan omaiset, vaan esimerkiksi läheinen ystävä. (Pitkälä & Hänninen 1999; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2004.)

Saattohoidossa on tärkeää tukea potilasta sekä hänen omaisiaan. Tukemiseen ja kohtaamiseen vaaditaan osaamista, rohkeutta ja mahdollisuuksia kohdata potilas ja omaiset sellaisessa tilanteessa, jossa keskustelun aloittaminen on soveliaista. Lähestyvä kuolema laittaa potilaan sekä hänen omaisensa kaikki muutoskykyisyydet koetukselle. Järkytys elämän päättymisestä koettelee potilasta sekä hänen omaisiaan monella tavalla. Potilaalle ja hänen omaisilleen voi herätä mieleen monenlaisia kysymyksiä, ja olisikin tärkeää kuunnella potilasta ja hänen omaisiaan, sillä heidän voimavaransa voivat olla hyvin lopussa. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 365-366.)

Omaisten rooli on keskeinen, kun he tukevat ja hoitavat vakavasti sairaita omaisiaan. He eivät ainoastaan vaikuta potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun, vaan myös itse kokevat huomattavaa henkistä ja fyysistä kuormitusta sairauden eri vaiheissa. Tämä kuormitus voi ulottua diagnoosista aina potilaan menehtymiseen ja surun käsittelyyn saakka. Erityisesti sairauden loppuvaiheessa omaisten psykologinen rasitus saattaa jopa ylittää potilaan kokemukset. Vaikka palliatiivisen hoidon tavoitteena on parantaa sekä potilaiden että heidän omaistensa elämänlaatua, omaisten erityistarpeista tiedetään edelleen melko vähän verrattuna potilaisiin. Toisaalta Saukkosen, Viitalan, Lehdon ja Åstedt-Kurjen tutkimuksen (2017) mukaan hoitoon osallistuessaan potilaan omaiset tuntevat itsensä tärkeäksi ja siten pysyivät paremmin ajan tasalla potilaan hoidossa. Sandgrenin, Axelssonin, Bylund-Greklon ja Benzeinin tutkimuksen (2021) mukaan omaisten arvokkuuden tunne liittyy läheisesti heidän kohtaamiseensa ja saamaansa tukeen. He korostavat tarvetta tulla kohdatuiksi kunnioitavasti ja yksilöllisesti, mikä auttaa heitä säilyttämään identiteettinsä ja tuntemaan yhteyttä läheisiinsä. (Saukkonen, Viitala, Lehto & Åstedt-Kurki 2017, 203; Oechsle 2019, 1-2; Sandgren, Axelsson, Bylund-Grenklo & Benzein 2021.)

2.7 Omaisten erilaiset tukimuodot

Palliatiivisessa hoidossa ja etenkin saattohoidossa olevien omaisten tukeminen on tärkeä osa potilaan hoitoa. Omaisten tukemisessa tulisi ottaa huomioon useita elämän eri osa-alueita, kuten sosiaalinen, emotionaalinen, tiedollinen, konkreettinen, psyykkinen ja hengellinen tuki sekä vertais-tuki. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan sosiaalisista suhteista saatavissa olevaa voimavaraa. Sosiaalisen tuen muotoja voivat olla sosiaalisista suhteista saatava henkinen tuki, arviointituki, tietotuki ja aineellinen apu. Sosiaalisilla suhteilla on tärkeä rooli esimerkiksi elämäntapahtumien ja kriisien haittavaikutuksia vastaan. Sosiaalinen tuki viittaa ihmissuhteisiin liittyvään tekijään, joka voi edistää hyvinvointia ja vähentää stressiä. Se voidaan määritellä voimavaraksi, joka kumpuaa sosiaalisista verkostoista. (Vahtera & Uutela 1994.)

Emotionaalinen tukimuoto keskittyy potilaan ja hänen omaistensa henkiseen ja tunnepitoiseen hyvinvointiin. Se voi sisältää kuuntelua, empatiaa ja lohdutusta, ja se on tärkeää potilaan ja omaisten psyykkisen jaksamisen tukemiseksi. Palliatiivinen hoito voi herättää monenlaisia tunteita, kuten pelkoa, ahdistusta ja surua, ja emotionaalinen tuki voi auttaa lievittämään näitä tuntemuksia. (Viitala, A. 2024.)

Psykososiaalisella tuella tarkoitetaan potilaan ja hänen omaistensa psyykkistä, sosiaalista, henkistä ja hengellistä tukemista, mutta pääasiassa se on keskusteluapua. Se koostuu moniammatillisesta yhteistyöstä, johon osallistuu hoitotyöntekijöiden lisäksi muun muassa perheterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijät ja sairaalapastori. (Keski-Suomen hyvinvointialue 2024.)

Tiedollisella tuella tarkoitetaan tukea, joka liittyy tiedon jakamiseen, opastamiseen ja neuvontaan. Se ei ole taloudellista tukea, vaan keskittyy auttamaan ihmisiä saamaan tarvitsemaansa tietoa, ymmärrystä sekä ohjeita tietyn asian käsittelyssä. Tiedollista tukea voi saada muun muassa Kansaneläkelaitokselta, sosiaalipalveluista tai muita asiantuntijoilta, jotka tarjoavat neuvontaa. Sitä ovat päätöksen tekoon osallistuminen, sairauden ymmärtäminen, kuoleman kohtaaminen sekä palveluiden saatavuus. Tiedollinen tuki on erityisen tärkeää, jotta potilaat ja heidän omaisensa voivat tehdä tietoisia päätöksiä hoitoprosessissa. (Viitala 2024; Stenberg 2023, 16.)

Konkreettisella tuella tarkoitetaan käytännöllistä tukea, kuten esimerkiksi avun järjestämisen potilaan omaisille. Konkreettinen tuki voi olla esimerkiksi kotiapujen järjestämistä tai vertaistuen piiriin ohjaamista. On tärkeää ohjata ja järjestää käytännön tukea palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisille, sillä omaiset tarvitsevat usein apua käytännön asioiden hoitamisessa. He saattavat tarvita apua myös taloudellisesti ja apua tuen hakemiseen. (Aho ym. 2023, 21.)

Hengellisellä tuella tarkoitetaan pysähtymistä eksistentiaalisuuteen eli olemassaoloon liittyvissä kysymyksissä. Usein ihmisellä nousee pintaan hengellisiä kysymyksiä, vaikka ihmisen elämään ei aiemmin olisi kuulunutkaan hengellisyyttä. Hengellistä tukea ovat muun muassa hengellisyyden huomioiminen ja hengellisten rituaalien toteuttaminen, kuten luterilaisessa kristinuskossa rukous, puolesta rukoileminen ja ehtoollinen. Sairaalapastorin kanssa voi keskustella usein myös eksistentiaalisuuteen liittyvistä asioista ilman uskonnollisten rituaalien toteuttamista. Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden omaiset tarvitsevat useimmiten hengellistä ja eksistentiaalista tukea, esimerkiksi sairaalapastorin tapaamista. (Aho ym. 2023, 22; Stenberg 2023, 17; Terveyskylä 2025.)

Palliativisessa hoidossa tulee huomioida myös potilaan ja omaisten eksistentiaalinen ahdistus ja kärsimys. Tähän voi kuulua tuki, joka auttaa käsittelemään elämän ja kuoleman suuria kysymyksiä, kuten merkityksellisyyttä ja kuoleman pelkoa. Tällöin potilas ja hänen omaisensa saattavat kaivata syvällistä keskustelua ja tukea, joka auttaa heitä käsittelemään omia uskomuksiaan, arvojaan ja elämänsä tarkoitusta. (Viitala 2024.)

Vertaistuellalla tarkoitetaan monimuotoista auttamista. Vertaistukea on mahdollista saada monessa eri muodossa, kuten kasvotusten, puhelimitse tai internetin välityksellä. Vertaistukea voi saada esimerkiksi henkilöltä, jolla on samanlaisia kokemuksia tai vertaistukiryhmissä, joissa on koottu yhteen samanlaisia elämäntilanteita kokeneita henkilöitä. Vertaistuki voi auttaa potilaita ja omaisia tuntemaan, että he eivät ole yksin kokemuksensa kanssa. Nykypäivänä tukea voi saada monenlaisten reittien kautta, kuten mobiilisovellusten tai verkkosivustojen kautta. (Viitala 2024; Terveyskylä 2025.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten (2019:68) mukaan palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat ja heidän omaistensa tulisi saada neuvontaa ja apua myös virka-ajan ulkopuolella mahdollisissa yllättävissä tilanteissa. Tämä tukee potilaan ja omaisten hyvinvointia, erityisesti silloin, kun hoitoon liittyvät päätökset tai kriisitilanteet vaativat tukea myös normaalien työaikojen ulkopuolella. (Viitala 2024.)

Omaishoidontuki on tukimuoto, jota potilaan omaisen on mahdollista hyödyntää potilaan vielä ollessa elossa. Omaishoidon tuki on Suomessa lakisääteinen yleiseen järjestämisvelvollisuuteen kuuluva palvelu. Hyvinvointialueet vastaavat omaishoidon tuen maksamisesta määrärahojensa puitteissa. Yleensä omaishoitajuus rakentuu vähitellen: omaisen tarvitsee arjen askareissa palliatiivisessa hoidossa olevaa potilasta, kunnes hänen omat voimavaransa eivät riitä tai ole riittävät potilaan hoitamiseen. Omaishoitotilanne voi kehittyä myös äkillisemmin, muun muassa tilanteessa, jossa potilaan vointi romahtaa syystä tai toisesta nopealla aikataululla. Olennainen asia omaishoidon tuen saamisella on se, että omaisen tai läheinen haluaa ryhtyä omaishoitajaksi ja potilas hyväksyy hänet omaishoitajan rooliin. Omaishoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka huolehtii sairaasta, vammaisesta tai ikääntyvästä läheisestään. Omaishoitajaksi voi ryhtyä henkilö, joka on hoidettavan omaisen tai muuten läheinen henkilö hoidettavalle. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2025.)

Hautausavustusta on mahdollista saada oman kunnan sosiaalitoimelta. Hautausavustusta varten tulee tehdä hakemus sosiaalitoimelle, ja se haetaan vainajan nimellä. Osa kunnista edellyttää hautausavustuksen saamiseksi perustoimeentulotuen päätöstä. (Terveyskylä 2025.)

Kansaneläkelain ja työeläkelain mukaiset perhe-eläkkeet täydentävät Suomessa toisiaan. Leskeneläkettä voi hakea, jos omaisen on ollut kuolleen puolisonsa kanssa avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Nykyään leskeneläkettä voi saada myös avoliitossa olleet pariskunnat, jos puolison kuolema on ollut 1.1.2022 jälkeen. Leskeneläkkeeseen vaikuttavat kuitenkin avo – ja avioliiton kesto, onko pariskunnalla lapsia sekä milloin leskeneläkettä hakeva on syntynyt. Kela eli Kansaneläkelaitos maksaa leskeneläkettä vain alle 65-vuotiaille leskille. Leskeneläkkeen määrä riippuu kuolleen puolison työuran ja eläkeoikeuden mukaan. Mikäli perheellä on yhteisiä lapsia, leskeneläke voi olla määrältään suurempi kuin lapsettomilla. Mikäli perheellä on ollut vapaaehtoinen vakuutus, myös sitä kautta on mahdollista hakea vakuutusturvaa kuoleman vuoksi. Tällaisia vakuutuksia ovat muun muassa henki – ja eläkevakuutus. (Kansaneläkelaitos 2025.)

3 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus on kehittää hoitoyksiköiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamista yhdessä hoitoyksiköiden hoitajien kanssa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite on luodun toimintamallin avulla parantaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnittelua ja toteutusta kyseisissä hoitoyksiköissä. Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö sisältää tutkimuksellisen osuuden sekä kehittämisosuuden.

Tutkimusvaiheen tarkoitus on saada tietoa hoitohenkilökunnan osaamisesta ja mahdollisista kehittämisaalueista palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Tutkimusvaiheen tavoite on löytää kehittämistä vaativat vaiheet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta ja kerätä muu saatu tieto yhteen kehittämisvaiheessa hyödynnettäväksi.

Tutkimusvaiheen tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta?
2. Millaisia kehittämistarpeita hoitoyksiköiden hoitajien näkemysten mukaan on?

Kehittämisvaiheen tarkoitus on saada hoitohenkilökunta pohtimaan kehityskohtia ja kehitysideoita, jotta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutus heidän työskentelemissään hoitoyksiköissä olisi mahdollisimman laadukasta. Kehittämisvaiheen tavoitteena on saada keskustelun ja yhdessä pohittamisen kautta kehittämisratkaisuja kehittämiskohteisiin ja selkiyttää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri vaiheita. Tuotoksena tulee hoitoyksiköihin käytettäväksi toimintamalli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisen tueksi.

Kehittämisvaiheen tutkimuskysymykset ovat:

1. Millä tavoilla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksesta tulisi laadukkaampaa ja selkeämpää?
2. Mikä/mitkä vaiheet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa tuottaa haasteita hoitoyksiköissänne?

Tutkimuksellisen osuuden toteuttamisessa käytettiin laadullista tutkimusta, jonka tarkoituksena oli kuvata ja selvittää hoitoyksiköiden palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisen tasoa sekä kehittämistarpeita.

4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Kehittämisen päätavoite on muutos, jolla tavoitellaan esimerkiksi jotain parempaa ja toimivampaa toimintatapaa. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voivat olla jonkin toiminnan ongelmakohdat. Kehittämistoiminta voi kohdistua esimerkiksi yksittäisiin työntekijöihin tai heidän tapansa tehdä töitä. Tällöin tavoitellaan muutosta työntekotapaan tai käytettyihin menetelmiin. (Toikko & Rantanen 2009, 16.)

Tutkimuksellisella kehittämistyöllä tarkoitetaan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön ongelmat ja haasteelliset kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa. Pääasiassa keskitytään kehittämistoimintaan, mutta tutkimuksellisia periaatteita hyödynnetään. Tutkimuksellinen kehittämistyö on tiedon tuottamista, jossa kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta. Tutkimuksellisella kehittämistyöllä tavoitellaan konkreettista muutosta, johonkin työelämän käytännön kehittämisalueeseen. Tavoite on todellisten ongelmien ratkaisu, joka palvelee koko ammattialaa ja toimeksiantajaa. Menetelmällisesti tutkimuksellinen kehittämistyö koostuu monien kehittämistyön menetelmien yhdistelmästä. Tietoperusta koostuu aiemmasta kirjallisesta tutkimustiedosta, mutta tietoperusta voi osittain olla myös hiljaista tietoa esimerkiksi työorganisaatiosta. (Toikko & Rantanen 2009, 21-23; Humak Opinnäytetyöopas YAMK 2024.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tavoitellaan konkreettista muutosta parempaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksen suhteen. Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö sai alkunsa työorganisaation kehittämistarpeesta ja halusta kehittyä sekä saada yhteisempää linjaa toimia.

Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen tähtää olemassa olevan tilanteen kehittämiseen tieteellistä, olemassa olevaa tietoa hyödyntäen. Tutkimus siis palvelee kehittämistä, mutta kehittäminen on ensisijainen asia. Tavoitteena on saavuttaa uutta tietoa, jota voidaan myös laajemmin hyödyntää kehittämistoiminnan tueksi. Tutkimusavusteinen lähestymistapa painottaa toimijoiden verkostoitumista ja oppimista yhdessä. (Toikko & Rantanen 2009, 33-34.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuotos voi palvella myös muita perustason hoitoyksiköitä, joissa hoidetaan palliatiivisia ja saattohoitopotilaita.

4.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmät

Tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistui asumispalveluyksiköitä, kotihoito sekä terveyskeskuksen vuodeosasto. Asumispalveluyksiköissä lähi- ja sairaanhoitajia on yhteensä 50, kotihoitossa 40, terveyskeskuksen vuodeosastolla 10. Lisäksi varahenkilöstössä on 6 hoitajaa. Osa hoitohenkilökunnasta työskentelee osa-aikaisena. Terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelee vakituisten hoitotyöntekijöiden lisäksi tuntisopimuksella hoitajia aina tarpeen mukaan. Haastattelukutsu lähetettiin hoitoyksiköiden esihenkilöiden toimesta hoitohenkilökunnalle, joilla oli hoitotyön kokemusta vähintään 10 vuoden ajalta. (Haastattelu 2024.)

Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimustyyppiä, jossa ollaan kiinnostuneita muun muassa tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kokemuksista ja ajatuksista. Laadullinen tutkimus pyrkii tekemään johtopäätöksiä aineistosta käsin, ja siksi laadullisen tutkimuksen yhteydessä puhutaankin usein aineistolähtöisyydestä. Laadulliseen tutkimukseen sisältyy useita eri vaiheita: aiheen valinta, tutkimuksen tavoitteiden asettaminen, tutkimuskysymysten muotoileminen, tutkimuksen rajoitusten tekeminen, teoreettisen viitekehyksen laatiminen aiemmalla tutkitulla tiedolla, lähestymistavan valinta, tutkimusmenetelmien valinta, aineiston hankinta ja analysointi sekä tulosten kirjoittaminen raporttiin sekä niiden luotettavuuden arvioiminen. (Puusa & Juuti 2020.)

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö jakautuu eri vaiheisiin ja tutkimuksellisen vaiheen toteuttaminen valituin menetelmin. Ryhmähaastattelu toteutettiin Microsoft Teamsin välityksellä, ja se nauhoitettiin ja tallennettiin hyödynnettäväksi analyysivaiheessa. Ryhmähaastattelu toteutettiin teema-haastattelun muodossa.

Tutkimuksellinen vaihe koostuu teema-haastattelun toteuttamisesta ja analysoinnista. Teema-haastattelun tavoitteena oli saada tietoa hoitoyksiköiden hoitajilta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta ja mahdollisista kehittämiskohteista. Tavoitteena oli kerätä saatu data yhteen kehittämisvaihetta varten. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin laadullista menetelmää, teema-haastattelua, jonka avulla oli tarkoitus kerätä lisää tietoa hoitoyksikön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sen hetkisestä osaamisen tasosta sekä kehittämiskohteista.

Tapaustutkimuksella eli case studylla tarkoitetaan esimerkiksi yksittäisen tapahtuman tai rajatun kokonaisuuden tutkimista. Tapaustutkimuksessa käytetään yleensä useampia tutkimusmenetelmiä

apuna tiedonhankinnassa. Tyypillisesti tapaustutkimuksen aiheeksi valikoituu jokin yksittäinen tapaus, tilanne tai tapahtuma. Tapaustutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä jostain tietystä ilmiöstä pyrkimättä kuitenkaan yleistämään sitä. Tapaustutkimuksessa halutaan ymmärtää tutkittavaa asiaa syvällisesti ja huomioida siihen liittyviä konteksteja, kuten olosuhteita. Oleellista tapaustutkimuksessa on aiheen rajaus siten, että se on selkeä ja se muodostaa selkeän kokonaisuuden. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä pyrittiin huomioimaan hoitoyksiköiden olosuhteet ja hoitohenkilökunnan osaamisen taso toimintamallin kokoamisessa. Tapaustutkimuksen tulosten merkitystä ja oikeellisuutta voidaan perustella esittämällä käytetystä aineistosta ja sen analyysistä kattava kuvaus. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006; Mannila 2021.)

Puolistrukturoidulla haastattelulla tarkoitetaan haastattelua, jossa kysymykset on ennalta määritettyjä ja ne kysytään kaikilta haastateltavilta samassa järjestyksessä. Puolistrukturoidussa haastattelussa puuttuu niin sanotut valmiit vastaukset, joten haastateltavilla on sananvapaus. Puolistrukturoitu haastattelu on strukturoitua haastattelua vapaampaa, vaikka etenee kuitenkin selvien räämien mukaan. Tämä haastattelumuoto sopi opinnäytetyön aiheeseen, sillä haastattelu oli samalla asiantuntijahaastattelu, ja haastattelun aikana ei ollut tarkoitus poiketa aiheen viereen. (Näpäri 2017; Hyvärinen, Suoninen & Vuori 2021.)

Teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelutilannetta, jossa kysymyksiä ei välttämättä muotoilla etukäteen, vaan haastattelussa käytetään tiettyjä aiheeseen sopivia teemoja, joiden kautta haastattelu etenee. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, jossa kysymykset perustuvat tutkijan aikaisempaan tutkimustietoon ja tutkittavaan teemaan. Menetelmässä korostuu vuorovaikutus ja turvallisen haastattelutilanteen luominen, ja ne antavat tilaa osallistujan omille kokemuksille. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Palonen & Kylmä 2022, 281.)

Teemahaastattelu on erityisen sopiva, kun tutkimusaiheesta on jo olemassa jonkin verran tietoa, joka mahdollistaa teemojen tunnistamisen ja täsmällisten haastattelukysymysten laatimisen. Vaikka teemahaastattelu on puolistrukturoitu, se mahdollistaa vuorovaikutuksen tutkijan ja tutkimukseen osallistujan välillä, sillä teemat antavat tilaa myös edellisten vastausten pohjalta esitettyihin kysymyksiin. Haastattelun rakenne ei ole yhtä tiukka kuin täysin strukturoitujen haastattelujen, ja siinä pyritään säilyttämään tutkimukseen osallistujan omat ajatukset ja kokemukset keskiössä. Teemahaastattelu on tehokas ja joustava menetelmä, joka mahdollistaa syvällistä tietoa keräämi-

sen, mutta se vaatii huolellista valmistautumista ja perehtyneisyyttä aiempaan tutkimukseen. Väärinkäytettynä tai liian joustamattomasti toteutettuna se voi jäädä liian pinnalliseksi ja rajoittavaksi tutkimuksen kontekstin ja tutkimuskysymysten kannalta. (Palonen & Kylmä 2022, 282-288.)

Haastattelija päätti teemat aiheeseen sopien ennakkoon. Tässä tutkimuksellisessa kehittämissä työssä ryhmähaastattelun teemat olivat seuraavat:

1. palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen
2. palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiskohteet
3. hoidon toteuttamiseen liittyvät haasteet
4. hoidon toteuttamiseen saatavat apuvälineet ja muut avut.

Teemahaastattelussa kysyttiin tutkimuskysymyksiä, sillä niihin pyrittiin löytämään monipuolisesti vastauksia sekä hoitoyksiköiden hoitotyöntekijöiltä kuin jo tutkitusta tiedosta ja muusta kirjallisesta aineistosta. Teemahaastattelun vastauksista ja saaduista kehittämiskohdista tehdään yhteenvetotietona työpajatyöskentelyssä. Teamsin välityksellä.

4.2 Aineistonkeruu

Ryhmähaastatteluun osallistui yhteensä 8 hoitotyöntekijää palveluasumisyksiköistä, kotihoidosta ja varahenkilöstöstä, jossa hoitotyöntekijät työskentelivät myös vuodeosaston puolella. Ryhmähaastattelu toteutettiin Microsoft Teamsin välityksellä aamupäivällä. Ryhmähaastattelu organisoitiin siten, että hoitoyksiköiden esihenkilöt lähettivät osallistuville hoitotyöntekijöille Teams-kutsut kyseisenä ajankohtana ja sopi heidän kanssaan myös suullisesti etukäteen ryhmähaastattelun ajankohdasta sekä laittoi kutsuun liitteeksi saatekirjeen sekä suostumuslomakkeen.

4.3 Ryhmähaastatteluaineiston analyysi

Induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tarkoitetaan sisällönerittelyä tai teemoittelua, jossa laaja joukko aineistoja käsitellään määrälliseen analyysiin avulla. Induktiivinen sisällönanalyysi on ollut yksi yleisimmistä käytetyistä analyysimenetelmistä, ja sitä käytetään myös Suomessa eniten. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää erityisen hyvin haastatteluiden analysoimisessa ja siksi se onkin valittu myös tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä menetelmäksi sisällönanalysointiin. (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 215, 216; Vuori, J. 2025.) Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa voi olla subjektiivinen, sosiaalinen, kulttuurillinen tai yhteiskunnallinen, ja sen avulla voidaan kuvata esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia sekä hoitotyön kehittämistä (Elo ym. 2022, 216).

Ennen analyysin aloittamista määritellään, mitä aineiston osia tarkastellaan, eli valitaan niin sanottu analyysiyksikkö. Tällaisia yksiköitä voivat olla esimerkiksi ajatuskokonaisuudet, lauseet tai sanat, joita aineistosta poimitaan. On kuitenkin huomioitava, että jos analyysiyksikkönä valitaan yksittäinen sana, voi analyysi jäädä liian pinnalliseksi. Siksi usein käytetään lauseita tai ajatuskokonaisuuksia, jotka voivat muodostua useista lauseista ja vastata tutkimuskysymykseen useista näkökulmista. Yksi ajatuskokonaisuus voi sisältää monia merkityksiä, jotka liittyvät tutkimusaiheeseen. Jos aineisto ei ole valmiiksi tekstimuodossa, se täytyy litteroida eli kirjoittaa auki. Tämä auki kirjoittaminen on tärkeää, sillä se auttaa ymmärtämään aineiston kokonaiskuvaa ja varmistaa analyysin luotettavuuden. Ennen analyysin aloitusta myös päätetään, tarkastellaanko aineistosta vain ilmeistä sisältöä vai myös piilotettua sisältöä, kuten eleitä, ilmeitä tai taukoja, jotka voivat olla oleellisia tutkimuskysymyksen kannalta. (Elo ym. 2022, 219.)

Aineistoon tutustuminen on seuraava vaihe, joka tarkoittaa aineiston huolellista läpikäymistä ennen varsinaista analyysiä. Tämän vaiheen avulla saa kokonaiskuvan aineistosta, mikä helpottaa itse analyysin tekemistä. Tässä vaiheessa tarkistetaan myös tutkimuskysymykset ja varmistetaan, että aineisto vastaa niihin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymyksiä voidaan tarvittaessa myös tarkentaa tässä vaiheessa. (Elo ym. 2022, 219.)

Aineistolähtöinen analyysi alkaa tutkimuskysymysten määrittelyllä ja aineistosta poimittujen ilmaistusten tiivistämisellä. Alkuperäisilmaisuista poistetaan täytesanat ja murre sanat, ja ne pelkistetään tarkasti, jotta tutkimus ei sisällä tulkintoja (Taulukko 3.). Pelkistetyissä ilmauksissa tulisi olla vain

yksi asiasisältö. Seuraavassa vaiheessa aineistoa koodataan, mikä auttaa jäsentämään ja hahmottamaan aineiston kokonaisuutta. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään ja luokitellaan etsimällä samankaltaisuuksia. Alaluokat luokitellaan ja nimetään tarkasti, jotta analyysi on selkeä (Taulukko 4.). Luokittelua jatketaan yläluokiksi ja mahdollisesti pääluokiksi, mutta aina suhteessa tutkimuskysymyksiin (Taulukko 5. ja Taulukko 6.). Analyysiä tarkistetaan jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon palaten ja varmistetaan, että luokat ja ryhmät vastaavat oikealla tavalla tutkimusaihetta. Analyysin lopputuloksena on tiivistys, joka voi olla esitetty taulukossa tai kuviossa (Kuvio 4.). (Elo ym. 2022, 219-221.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä saatu aineisto litteroitiin eli haastattelu kirjoitettiin äänitallenteesta tekstimuotoon. Litteroinnin jälkeen aineistot luettiin huolellisesti läpi. Aineistojen tuloksia analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 23 sivun verran.

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa litteroidusta ryhmähaastattelusta etsittiin ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Litteroitu aineisto käytiin läpi huolellisesti, jotta saatiin kokonaiskuva aineistosta. Aineistosta poimittiin olennaisimmat ilmaukset, jotka liittyivät tutkimusvaiheen tutkimuskysymyksiin. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin. Alkuperäisiä ilmauksia taulukoitiin ensimmäiseen tutkimuskysymykseen 19 kappaletta ja pelkistettyjä ilmauksia 33 kappaletta. Toiseen tutkimuskysymykseen liittyen alkuperäisiä ilmauksia taulukoitiin 36 kappaletta ja pelkistettyjä ilmauksia 70. Alla on kuvattu alkuperäisten ilmausten muotoutumisesta esimerkki pelkistetyiksi ilmauksiksi (Taulukko 3.).

Taulukko 3. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä vastaten tutkimuskysymykseen Milaista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta?

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
Osa meistä on käynyt koulutuksia, mutta kaikilla ei ole samoja tietoja.	Osaamisessa on vaihtelua.
Käytännössä sitä oppii työssä, mutta olisi hyvä saada lisää koulutusta.	Osaamista hankitaan työn kautta.
	Koulutusta olisi hyvä saada lisää.
Ainakin kaipaisin sitä semmoista koulutusta, selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita.	Selkeitä toimintaohjeita tarvitaan.
	Yhtenäisiä ohjeita tarvitaan.

Aika hyvin osataan hoitajina ennakoida sitä, että jos jollakin ihmisellä vointi lähtee menemään tosi huonompaan suuntaan, niin osataan lääkäritä pyytää jo ennakoivasti saattohoitolääkitykset esimerkiksi reseptille ja lääkeohjeet sinne.	Hoitotyöntekijät osaavat ennakoida saattohoitolääkityksen tarpeen ja pyytävät lääkkeitä ajoissa.
	Lääkärit tekevät ennakoivia saattohoitolääkityksiä.
	Hoitotyöntekijät saattavat tunnistaa saattohoidon tarpeen ennen lääkäriä, mutta päätöksen tekeminen kestää.

Sisällönanalyysin seuraavassa vaiheessa pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia. Samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset koottiin yhteen, ja niille annettiin alaluokkaa kuvaava nimi. Alaluokkia muodostui ensimmäiseen tutkimuskysymykseen yhteensä 12 kappaletta (Taulukko 4.). Toiseen tutkimuskysymykseen liittyen alaluokkia muodostui yhteensä 9 kappaletta.

Taulukko 4. Esimerkki alaluokkien muodostumisesta tutkimuskysymykseen Millaista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta?

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Osaamisessa on vaihtelua.	Palliatiivisen hoidon osaamisen vahvistaminen
Nuoremmat hoitotyöntekijät tuntevat epävarmuutta saattohoidossa.	
Kaikki hoitotyöntekijät eivät hallitse kipupumpujen käyttöä.	
Koulutusta ja harjoittelua tarvitaan kipupumpujen oikeanlaiseen käyttöön.	
Ravitsemuksen merkitystä palliatiivisessa hoidossa ei aina tunnisteta.	
Kotisaattohoidossa on puutteita lääkehoidon saatavuudessa ja osaamisessa.	
Hoitotyöntekijät osaavat ennakoida saattohoitolääkityksen tarpeen ja pyytävät lääkkeitä ajoissa.	Kokemuksen kautta saatu asiantuntemus

Hoitotyöntekijät saattavat tunnistaa saattohoidon tarpeen ennen lääkäriä, mutta päätöksen tekeminen kestää.	
Kokeneilla hoitotyöntekijöillä on vahva osaaminen saattohoidossa.	
Osaamista hankitaan työn kautta.	

Seuraavaksi samansisältöisiä alaluokkia yhdistelemällä muodostettiin yläluokkia. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyen yläluokkia muodostui 6 kappaletta ja toiseen tutkimuskysymykseen liittyen 3 kappaletta. Alaluokkien muodostuminen yläluokiksi on kuvattu alla olevassa taulukossa esimerkin muodossa (Taulukko 5.).

Taulukko 5. Esimerkki yläluokkien muodostumisesta tutkimuskysymykseen Millaista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Palliatiivisen hoidon tietotason vaihtelu	Koulutuksen ja osaamisen vahvistaminen
Koulutuksen vaikutus hoitotyöhön	
Kokemuksen kautta saatu asiantuntemus	Kokemuksen merkitys hoitotyössä
Lääkemääräysten merkitys hoidon sujuvuudelle	Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen
Oireiden lievityksen osaaminen	Kliininen osaaminen
Hoidon ennakointi	

Yläluokista muodostettiin lopulta yhteensä 3 pääluokkaa (Taulukko 6.). Toiseen tutkimuskysymykseen liittyen muodostui 2 pääluokkaa. Pääluokat muodostuivat samankaltaisista yläluokista. Alkuperäiset ilmaukset, pelkistetyt ilmaukset, alaluokat, yläluokat ja pääluokat ovat tarkemmin kuvattuna kokonaisuudessaan liitteessä 6 tutkimuskysymyksittäin (Liite 6.).

Taulukko 6. Esimerkki pääluokkien muodostumisesta Millaista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta?

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Koulutuksen ja osaamisen vahvistaminen	Osaamisen ja koulutuksen merkitys
Kliininen osaaminen	Kliinisen osaamisen merkitys
Kokemuksen merkitys hoitotyössä	
Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen	

5 TUTKIMUSVAIHEEN TULOKSET

Tutkimusvaiheen tutkimuskysymyksiä oli *millaista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta sekä millaisia kehittämistarpeita hoitoyksiköiden hoitajien näkemyksien mukaan on*. Haastattelussa kysytyt avoimet kysymykset sekä haastattelun teemat ovat myös liitteenä (liite 2.).

Ryhmähaastattelussa korostettiin, että palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa hoitotyöntekijältä vaaditaan laaja-alaisesti monenlaista osaamista. Osaamista tarvitaan esimerkiksi kivunhoidon toteuttamisessa, lääkityksen hallinnassa, omaisten tukemisessa sekä yhteistyössä lääkärin ja muiden hoitotyöntekijöiden kanssa. Lisäksi ryhmähaastattelussa nostettiin esille, että koulutuksen ja osaamisen kehittäminen on keskeistä, jota hoitotyöntekijät voivat kohdata palliatiivisen hoidon erityishaasteet ja varmistaa potilaiden ja heidän omaistensa hyvän hoidon ja tukemisen.

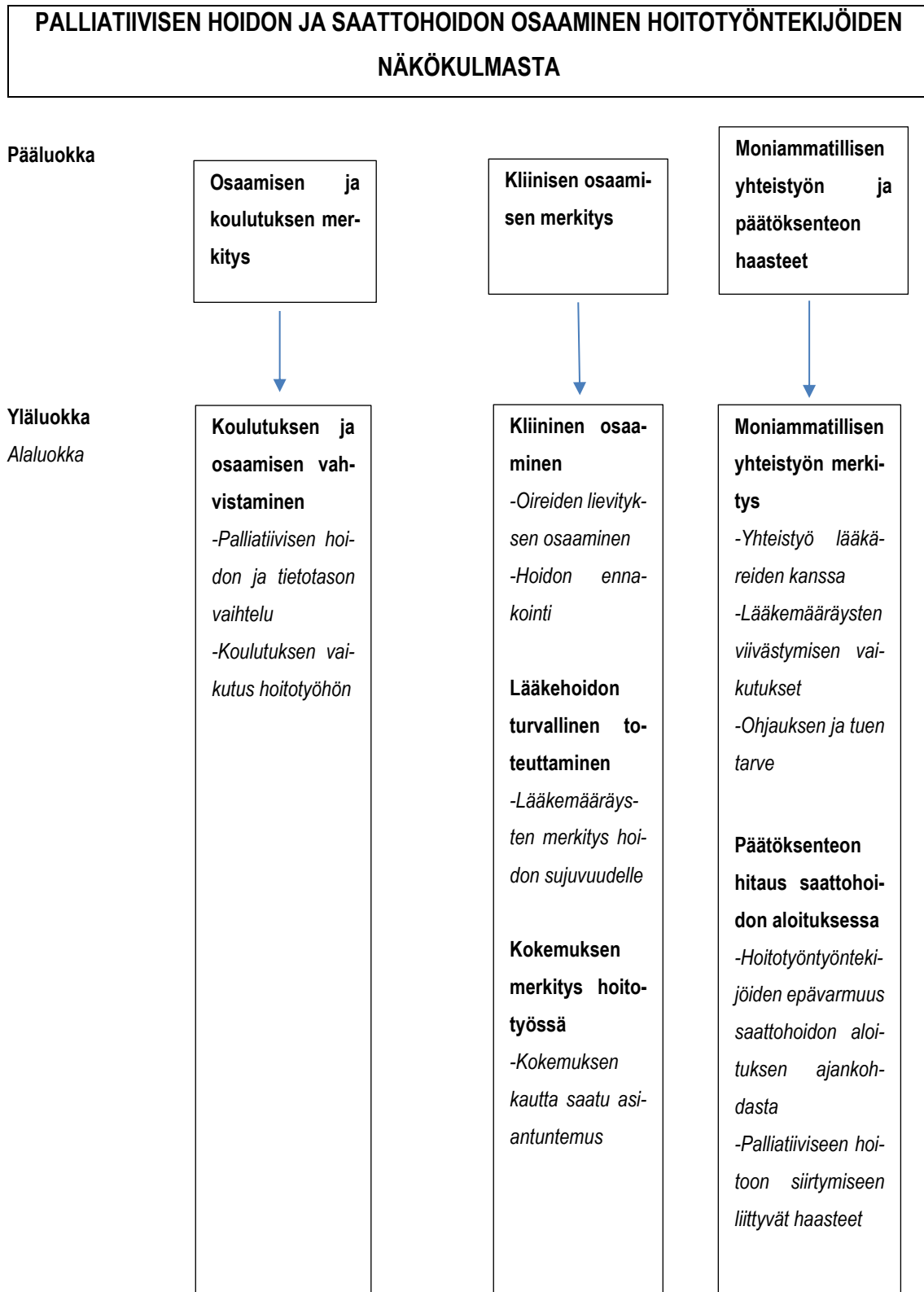
Tärkeimmät kehittämiskohteet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa liittyivät hoitotyöntekijöiden mukaan koulutuksen ja osaamisen lisäämiseen, hoitotyöntekijöiden tuen vahvistamiseen sekä omaisten kohtaamiseen sekä kommunikaation parantamiseen omaisten kanssa. Osaamisen korostaminen liittyi niin käytännön hoitotyöhön kuin myös vuorovaikutustaitoihin.

Induktiivinen sisällönanalyysi toi esiin sekä palliatiivisen hoidon nykyiset vahvuudet että kehittämiskohteet. Osaamisen ja koulutuksen hajanaisuus, kliinisen osaamisen merkitys, moniammatillisen yhteistyön haasteet, resurssien riittämättömyys, omaisten tukemisen vaikeudet, hoitotyöntekijöiden henkinen kuormitus ja lisäkoulutuksen tarve nousivat keskeisiksi teemoiksi. Tulos viittaa siihen, että palliatiivisen hoidon kehittämiseen tarvitaan systemaattista koulutusta, lisäresursseja sekä parempaa tukea hoitotyöntekijöille.

5.1 Hoitotyöntekijöiden näkemykset omasta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta

Ryhmähaastattelu perustui kahteen tutkimuskysymykseen, joista ensimmäinen liittyi hoitoyksiköisen hoitotyöntekijöiden omaan näkemykseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Aineisto koostui ryhmähaastattelusta. Ryhmähaastattelu analysoitiin ja siinä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin perusteella keskeisimmiksi teemoiksi nousi *osaamisen ja koulutuksen vaihtelevuus, kliinisen osaamisen merkitys ja moniammatillisen yhteistyön ja päätöksenteon haasteet* (Kuvio 4.). Sisällönanalyysin perusteella voidaan todeta, että hoitotyöntekijöiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa on vaihtelua, ja lisäkoulutusta kaivataan erityisesti kivunhallinnan, oireiden lievityksen ja vuorovaikutuksen osalta. Moniammatillinen yhteistyö tukee hoitotyöntekijöiden työtä, mutta lisää itsenäistä päätöntekovaltuutta toivotaan.

Kuvio 4. Sisällönanalyysin mukaisesti luokiteltuna näkemykset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.



5.1.1 Osaamisen ja koulutuksen merkitys

Hoitotyöntekijät kokivat, että heidän perustietonsa palliatiivisesta hoidosta vaihtelee yksilöittäin. Osalle haastatteluun osallistujista saattohoitopotilaita sattui kohdalle vain muutamia vuosittain, osalle taas enemmän: *"Saattohoitopotilaita joku muutama vuodessa, ei hirveästi, mutta tietenkkin on joku."* Palliatiivista hoitoa taas annetaan useammalle potilaalle, koska suurin osa hoidettavista on jollain tavalla palliatiivisessa vaiheessa: *"Palliatiivisia niin tuota periaatteessahan nämä kaikki on melkein palliatiivisessa hoidossa tällä hetkellä."* Hoitotyöntekijöiden mukaan palliatiivisia potilaita ja saattohoitopotilaita on kuitenkin keskimäärin kymmeniä vuosittain, vaikkakin määrät vaihtelevat yksilöittäin ja vuosittain.

Osa hoitotyöntekijöistä on saanut lisäkoulutusta esimerkiksi kivunhallinnasta ja oireiden lievityksestä, mutta monilla on puutteita erityisesti tämän erikoisalan syvemmissä ymmärryksessä. Hoitotyöntekijät kokevat, että lisäkoulutus olisi tarpeen, jotta he voisivat tarjota laadukkaampaa hoitoa erityisesti palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa oleville potilaille. Monet hoitotyöntekijät mainitsevat, että he ovat oppineet merkittävän osan palliatiivisesta ja saattohoidosta työnsä kautta. Työympäristön tarjoama kokemus on arvokasta, mutta monet kokevat, että strukturoitu lisäkoulutus ja ohjaus voisivat vahvistaa osaamista sekä lisätä varmuutta vaikeiden hoitotilanteiden kohtaamiseen. Lisäkoulutusta toivotaan erityisesti kivunhoitoon ja omaisten kohtaamiseen: *"Varmaan lisääntymään niinku justiinnsa kivunhoidosta ja omaisten kohtaamisesta."*

Hoitotyöntekijöiden palliatiivisen hoidon tietotaso vaihtelee, mikä saattaa johtaa epäyhtenäisiin käytäntöihin ja eritasoiseen potilashoittoon. Koulutuksen vaikutus hoitotyöhön on merkittävä: asianmukainen koulutus lisää varmuutta, osaamista ja mahdollistaa laadukkaamman hoidon tarjoamisen. Siksi koulutuksen ja osaamisen vahvistaminen on olennainen osa hoitohenkilöstön kehittämistä. On tärkeää, että hoitajilla on yhtenäinen ja riittävä perusosaaminen sekä mahdollisuus jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen.

Jälkipyykki kuolemantapausten jälkeen olisi tärkeää, koska se voi olla järkyttävä kokemus hoitajille: *"Mun mielestä sitten olisi aika tärkeätä niinku siinä työyhteisössä niin sen kuoleman jälkeen tämänlaisen jälkipyykki, koska joillekin hoitajille se voi olla aika järkytys se kuolema."* Hoitotyöntekijöiden mukaan omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen tarvitaan myös koulutusta ja toimintamallia: *"Parempaa tukea erityisesti omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen."*

5.1.2 Kliinisen osaamisen merkitys

Erityisesti oireiden hallinta, kuten kivunlievitys ja muut hoitokeinot ovat tärkeitä taitoja. Osa hoitotyöntekijöistä kokee osaavansa nämä asiat hyvin, mutta toisten mukaan osaamisessa on parantamisen varaa. Oireiden lievityksen osaaminen ja hoidon ennakointi ovat tässä keskiössä: hoitotyöntekijöiden on kyettävä tunnistamaan ja lievittämään oireita tehokkaasti, jotta potilas saa yksilöllistä ja inhimillistä hoitoa. Lisäksi lääkehoidon turvallinen toteuttaminen vaatii osaamista ja selkeitä toimintakäytäntöjä, sillä lääkemääräysten merkitys hoidon sujuvuudelle on merkittävä. Kivulääkkeiden käyttöön toivotaan lisää rohkaisua ja koulusta: *"Monesti niinku kurssailaan sen kipulääkkeen että uskallanko minä antaa. Mutta jos ihminen on kuoleva ja on kivussa niin minun mielestä kivut pitää poistaa."*

Käytännön kokemus auttaa, mutta lisäresursseja koulutukseen tarvitaan. Selkeät yhtenäiset ohjeet ja lääketieteellinen tuki nousivat esiin tarpeina: *"Työntekijät suoriutuu hyvin, mutta semmoisia yhtenäisiä selkeitä ohjeistuksia... Ovat tuoneet esille kaipausta."* Kokemuksen kautta saatu asiantuntemus täydentää muodollista koulutusta, ja pitkään alalla toimineiden hoitajien kokemus rikastuttaa koko työyhteisön osaamista. Kokonaisuudessaan kliininen osaaminen, koulutus ja moniammatillinen yhteistyö muodostavat yhdessä perustan laadukkaalle palliatiiviselle ja saattohoidolle.

5.1.3 Moniammatillisen yhteistyön ja päätöksenteon haasteet

Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö tukee palliatiivista hoitoa, mutta käytännössä yhteistyö ei aina toteudu sujuvasti. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon onnistunut toteuttaminen edellyttää tiivistä moniammatillista yhteistyötä. Haastattelun tulosten perusteella korostuu erityisesti yhteistyön merkitys lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Lääkemääräysten viivästyminen voi aiheuttaa viivästyksiä potilaan hoidossa, mikä puolestaan heikentää hoidon sujuvuutta ja potilaan hyvinvointia. Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden välinen yhteistyö on keskeistä, mutta hoitotyöntekijät kokevat jäävänsä toisinaan yksin päätöksenteossa. Hoitotyöntekijät näkevät moniammatillisen yhteistyön keskeisenä osana laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Lääkärien ja muiden asiantuntijoiden tuki on arvokasta, mutta jotkut hoitotyöntekijät kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi itsenäistä päätöntekovaltuutta hoitopäätöksissä: *"Meillä on ainakin täällä päätetty*

täällä (paikkakunta), että yökkö jos on yksin niin jos tarvitsee apua niin saa soitella tietyille henkilöille.”

Myös ohjauksen ja tuen tarve nousee esiin, mikä osoittaa, että hoitotyöntekijät kaipaavat enemmän tukea ja selkeitä rakenteita päätöksenteon tueksi. Palliatiivisen konsultaatiotiimin olemassaolo oli hoitotyöntekijöiden mukaan unohtunutkin, eikä aina ole osattu ajatella, että myös sitä kautta voisi esimerkiksi haasteellisissa kipuasioissa konsultoida: *”En ole ikinä ajatellutkaan, että olisin voinut soittaa palliatiiviseen konsultaatiotiimiin.”*

5.2 Kehittämistarpeet hoitotyöntekijöiden näkökulmasta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa

Tutkimusvaiheen toinen tutkimuskysymys etsi vastauksia hoitoyksiköiden hoitotyöntekijöiden kokemiin kehittämiskohtiin palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat keskeinen osa laadukasta terveydenhuoltoa, mutta niiden toteuttamisessa on edelleen kehittämistarpeita. Hoitoyksiköiden hoitotyöntekijöiden näkemykset nostavat esiin useita haasteita, jotka liittyvät sekä hoidon rakenteellisiin ja toiminnallisiin kysymyksiin että omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen (Kuvio 5.). Näiden haasteiden ratkaiseminen voi merkittävästi parantaa sekä potilaiden että heidän läheistensä kokemusta hoitoprosessista.

5.2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutukseen liittyvät haasteet

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttaminen vaatii sujuvia hoitokäytäntöjä, selkeitä ohjeistuksia sekä riittäviä resursseja: *”Ainakin kaipaisin sitä semmoista koulutusta, selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita.”* Haasteita ilmenee erityisesti lääkehoidon saatavuudessa ja oikeiden lääkemääräysten viiveissä. Saattohoidon lääkkeiden saatavuus voi olla ongelmallista etenkin iltaisin ja viikonloppuisin, mikä voi viivästyttää oireenmukaista hoitoa ja vaikeuttaa potilaan kivunhallintaa. Lisäksi hoitotyöntekijät kokevat epävarmuutta kipulääkkeiden annostelussa, mikä korostaa tarvetta lisäkoulutukselle ja selkeille ohjeistuksille.

Toinen merkittävä haaste on palliatiivisen hoidon päätöksenteon viivästyminen: *”Joskus tuntuu, että lääkärit mietiskelee liian kauan, että pitäisikö tehdä saattohoitopäätös, kun itse jo näkee, että nyt pitäisi tehdä se päätös.”* Hoitotyöntekijät kokevat, että päätöksiä tehdään usein myöhään ja pääasiassa erikoissairaanhoidosta tuleville potilaille. Tämä voi vaikuttaa hoidon laatuun ja aiheuttaa epävarmuutta niin hoitotyöntekijöille kuin omaisille. Lisäksi konsultaatiopalveluiden käyttö on vähäistä, ja hoitotyöntekijöillä ei aina ole selkeää tietoa siitä, milloin ja miten esimerkiksi palliatiivista konsultaatiotiimiä voisi hyödyntää. Päivystävän lääkärin saatavuus on myös haaste erityisesti iltasin ja viikonloppuisin, mikä vaikeuttaa hoitoprosessin sujuvuutta. Puhelinkonsultaation mahdollisuus omalle lääkärille on kuitenkin olemassa myös asumispalveluyksiköissä.

Hoitotyöntekijöiden kuormitus ja resurssit vaikuttavat merkittävästi saattohoitotyön laatuun. Hoitotyöntekijät kokevat saattohoitotyön henkisesti raskaaksi ja kaipaavat enemmän työnohjausta ja vertaistukea: *”Se on se työkaveri, johon turvaudutaan ja puretaan tilannetta ja sieltä yleensä saa sitä tukea kuitenkin.”* Kiire ja resurssipula voivat myös vaikuttaa hoidon laatuun ja aiheuttaa vaihtelua hoitokäytännöissä. Kotisaattohoito on erityisen haastavaa resurssien puutteen vuoksi, minkä vuoksi suurin osa saattohoitopotilaista hoidetaan asumispalveluyksiköissä tai vuodeosastoilla: *”Meillähän ei tällä hetkellä juurikaan kotisaattohoitoa ole, että kun ollaan joko asumispalveluyksiköissä tai vuodeosastolla... Se on varmaan kuitenkin semmoinen tulevaisuuden juttu.”*

5.2.2 Omaisten kohtaaminen ja tukeminen

Omaisten kohtaaminen ja tukeminen ovat keskeisiä osa-alueita saattohoidossa, mutta hoitotyöntekijöiden mukaan ne vaativat kehittämistä. Omaisilla voi olla epärealistisia odotuksia hoidosta, mikä saattaa aiheuttaa ristiriitoja hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä. Esimerkiksi nesteytyksen lopettaminen voi herättää omaisissa vastustusta, jos he eivät ymmärrä päätöksen taustalla olevia lääketieteellisiä syitä: *”Omaisten välillä voi olla epärealistisia toiveita, kuten että miksi potilaalle ei anneta nesteitä, vaikka hän on tajuttomassa tilassa.”* Omaisat saattavat myös kokea jäävänsä ulkopuoliseksi hoitoprosessista, mikä voi johtaa turhautumiseen ja jopa aggressiivisiin reaktioihin hoitotyöntekijöitä kohtaan.

Omaisten osallistuminen päätöksentekoon ja tiedonsaanti ovat merkittäviä kehittämiskohteita: *”Ehkä semmoinen niinku omaisten tukeminen ja kohtaaminen ja tiedonanto, niin se olisi varmaan*

yksi semmoinen kehitettävä.” Hoitotyöntekijöillä ei aina ole riittävästi aikaa keskustella omaisten kanssa, ja kiire saattaa vähentää mahdollisuuksia kohdata omaiset kunnolla. Omaisille ei myöskään aina kerrota tarpeeksi selkeästi, mitä palliatiivinen hoito tarkoittaa, mikä voi lisätä epävarmuutta ja väärinkäsityksiä. Tämän vuoksi omaisviestinnän ohjeistusta tulisi kehittää ja hoitotyöntekijöille tarjota enemmän koulutusta haastavien tilanteiden hallintaan.

Kuoleman jälkeinen tuki omaisille on myös yksi kehittämiskohde. Nykyisin jälkikeskusteluja ei ole tarjolla systemaattisesti, ja suremaan jääneiden omaisten kohtaaminen voisi olla parempaa. Omaisille tulisi tarjota enemmän mahdollisuuksia keskustella hoitotyöntekijöiden kanssa potilaan kuoleman jälkeen, sillä tämä voi helpottaa surutyötä ja parantaa hoitoprosessin kokonaiskokemusta.

Kuvio 5. Sisällönanalyysin mukaisesti luokiteltuna hoitotyöntekijöiden näkemykset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistarpeista.

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSET PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON KEHITTÄMISTARPEISTA

Pääloukka

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutukseen liittyvät haasteet

Omaisten kohtaaminen ja tukeminen



Yläluokka

Alaluokka

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutukseen liittyvät haasteet
-Lääkehoidon haasteet
-Palliatiivisen hoidon ja saattohoitopäätösten haasteet
-Konsultaatiopalveluiden ja päätöksenteon tukeminen

Hoitotyöntekijöiden tukeminen ja resurssit
-Hoitotyöntekijöiden kuormitus ja tuen tarve
-Hoitotyöntekijöiden resurssit ja työolosuhteet
-Ohjeistuksen ja koulutuksen kehittäminen

Omaisten tukeminen ja kohtaaminen
-Omaisten odotukset ja reaktiot
-Omaisten osallistuminen ja tiedonsaanti
-Kuoleman jälkeinen tuki omaisille

6 KEHITTÄMISVAIHEEN TOTEUTTAMINEN JA TUOTOS

Kehittämisympäristössä järjestettiin työpaja hoitoyksiköiden lähi- ja sairaanhoitajille, joilla oli kokemusta palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden hoitamisesta. Työpajassa käytiin läpi esille nousseet kehittämiskohdat ja yhdessä etsittiin ja ideoitiin ratkaisuja näiden kehittämiskohteiden parantamiseksi. Kehittämissession työpaja toteutettiin aivoriihi-menetelmällä hoitoyksikön hoitotyöntekijöiden kesken Microsoft Teamsin välityksellä. Työpajaan osallistui 25 hoitotyöntekijää kotihoitosta, asumispalveluyksiköistä sekä vuodeosastolta. Työpaja järjestettiin iltapäivällä ja sen organisoitiin hoidettiin hoitoyksiköiden esihenkilöiden kanssa yhteistyössä.

Aivoriihi on menetelmä, jonka avulla on tarkoitus kasata runsas joukko ideoita yhteistyössä jokaisen aivoriiheen osallistuvan kanssa. Aivoriihen tavoitteena on kerätä mahdollisimman paljon ideoita. Periaatteena pidetään sitä, että mitä enemmän ideoita saadaan kasaan, sitä todennäköisempää on löytää joukosta hyviä ja toteuttamiskelpoisia ideoita. Aivoriihi rakentuu siten, että vetäjän lisäksi siihen osallistuu noin 5-15 henkilöä. Aivoriihessä käytetään ideoinnin apuvälineinä kynää ja paperia, tai esimerkiksi fläppitaulua tai post-it-lappuja. (Innokylä 2023.) Aivoriihessä oli tarkoitus tutkimusvaiheen analysoitujen tulosten pohjalta nostaa esiin kehittämiskohteita ja saada hoitotyöntekijöitä aktivoimalla kehitysideoita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiseen heidän omasta näkökulmastaan katsoen.

Kehittämisympäristöön tarkoituksena oli saada hoitotyöntekijät pohtimaan kehityskohtia ja kehitysideoita, joita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutus heidän työskentelemässään hoitoyksiköissä olisi mahdollisimman laadukasta. Aivoriihessä oli tarkoitus tutkimusvaiheen analysoitujen tulosten pohjalta nostaa kehittämiskohteita esiin. Tarkoituksena oli saada keskustelun ja yhdessä pohtimisen kautta kehittämiskäsitteitä kehittämiskohteisiin ja selkiyttää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri vaiheita. Tutkimuskysymyksinä kehittämisympäristössä olivat *millä tavoilla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksesta tulisi laadukkaampaa ja selkeämpää sekä mikä/mitkä vaiheet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa tuottaa haasteita työyksiköissänne*. Tuotoksena tuli hoitoyksiköihin käytettäväksi toimintaohje, jolla saattohoidossa olevien potilaiden omaisia voitaisiin tukea ja kohdata paremmin potilaan elämän loppuvaiheessa. Padlet-alustat kuvattuna kuvioissa 6-8 (Kuvio 6, 7 ja 8).

Ensimmäisessä vaiheessa (Kuvio 6.) pohdittiin haasteita, joihin hoitotyöntekijät ovat törmänneet omaisten kanssa. Esiin nousi muun muassa omaisten epärealistiset odotukset, hoitopäätösten ymmärtämättömyys ja tyytymättömyys niihin, luottamuspulla hoitotyöntekijöitä sekä hoitoa kohtaan, omaisten ja potilaan odotuksien ristiriita hoidon suhteen sekä hoitotyöntekijöiden syyllistäminen ja aggressiivisuus hoitotyöntekijöitä kohtaan.



Kuvio 6. Hoitoyksiköiden kokemat haasteet omaisten kanssa.

Toisessa vaiheessa (Kuvio 7.) pohdittiin omaisten roolia potilaan hoidossa. Hoitotyöntekijöiden kokemuksen mukaan potilaiden omaisista osa osallistui hyvin aktiivisestikin potilaan hoitoon, mutta osa arkaili osallistumista. Omaisilla saattoi olla pelkoa siitä, että tekevät jotain väärin tai eivät uskalla hoitaa haurasta potilasta etenkin kuoleman lähestyessä. Osalla hoitotyöntekijöistä oli myös kokemuksia hyvin passiivisista omaisista, jotka eivät osallistuneet potilaan hoitoon millään tavalla. Hoitotyöntekijät toivat esille, että omaisia ei painosteta tai pakoteta osallistumaan potilaan hoitoon, vaan se on aina heidän oma valintansa osallistua tai olla osallistumatta.



Kuvio 7. Hoitoyksiköiden kokemuksia omaisten roolista.

Viimeisessä vaiheessa (Kuvio 8.) pohdittiin nimenomaan kehittämiskeinoja pallatiivisessa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen. Keskustelussa nostettiin esille omaiselle tällä hetkellä tarjottava tuki, johon kuului keskustelu, läsnäolo ja potilaan menehtymisen jälkeen annettava informaatiolappu, josta löytyi käytännön järjestelyihin liittyvää tietoa. Keskustelussa nostettiin esille ja tiedostettiin myös potilaan hengellisen ja eksistentiaalisen tuen tarve. Hoitoyksiköissä potilaan ja omaisen niin toivoessa järjestetään esimerkiksi seurakunnasta pastori paikalle hoitoyksikköön.



Kuvio 8. Hoitoyksiköiden kehittämis ehdotukset palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen.

Kun kolme Padlet-alustaa kysymyksineen oli käyty läpi, kaikki alustat käytiin yhdessä keskustellen vielä auki. Tästä syntyi keskustelua ja keskustelun kautta ideoita syvennettiin ja tarkennettiin. Työpajan vetäjä ryhmitteli samankaltaiset asiat yhteen ja se helpotti alustojen läpikäymistä. Padlet-alustojen ryhmittelyt kuvattuna taulukoissa 8-10 (Taulukko 8, 9 ja 10).

Ensimmäisen Padlet-alustan ryhmittelyssä (Taulukko 8.) nousi esille neljä teemaa, jotka liittyivät potilaan hoitoon. Omaisten odotukset potilaan hoidosta tai hoidon tavoitteista saattoi poiketa hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden ajatuksista paljonkin. Usein hoitoon liittyvissä asioissa korostui myös erimielisyydet hoitolinjasta ja omaiset saattoivat olla sitä mieltä, että hoito on riittämätöntä. Myös hoitotyöntekijöihin kohdistuvasta negatiivisesta suhtautumisesta ja luottamuspulasta keskusteltiin ensimmäisessä vaiheessa.

Taulukko 8. Työpajan ensimmäisen Padlet-alustan ryhmittely.

Odotukset hoidosta / hoidon tavoitteista
Erimielisyydet hoitolinjasta / hoidosta
Riittämättömältä koettu hoito
Hoitajiin kohdistuva negatiivinen suhtautuminen / luottamuspula

Toisessa Padlet-alustan ryhmittelyssä (Taulukko 9.) aiheeksi muotoutui omaisten hoitoon osallistuminen. Osa omaisista osallistui hoitotyöntekijöiden mukaan potilaan hoitoon hyvinkin aktiivisesti, mutta osa arkailee osallistumista potilaan hoitoon. Arkailun taustalla hoitotyöntekijöiden mukaan saattoi olla pelkokin siitä, että omaisena tekee jotain väärin ja on haitaksi potilaalle. Myös lähestyvä kuolema pelottaa omaisia ja saa usein vetäytymään kauemmaksi potilaan hoidosta. Osa omaisista toisaalta hoitotyöntekijöiden mukaan osallistuivat aktiivisemmin potilaan hoitoon kuoleman läheisyydessä. Hoitotyöntekijät toivat esille, että on myös täysin passiivisia omaisia, jotka eivät osallistu potilaan hoitoon millään lailla. Syynä saattoi olla esimerkiksi haluttomuus osallistua tai pitkä välimatka, jolloin hoitoon osallistuminen ei ole ollut mahdollista.

Taulukko 9. Työpajan toisen Padlet-alustan ryhmittely.

Hoitoon osallistumisen arkailu / pelko
Osallistuvat aktiivisesti hoitoon
Kuoleman lähestyessä pelko osallistua hoitoon
Passiiviset omaiset eivät osallistu lainkaan

Kolmannessa Padlet-alustan ryhmittelyssä (Taulukko 10.) teemaksi muotoutui omaisten kohtaamiseen ja neuvontaan sekä kirjaamiseen ja tiedottamiseen liittyvät asiat. Keskustelussa omaisille ajan antaminen sekä aito läsnäolo nousivat esille, samoin kuin tilan ja rauhan antaminen potilaalle ja heidän omaisilleen heidän niin toivoessaan. Ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma koettiin helpottavana tekijänä, erityisesti, jos potilaalla ja omaisilla oli potilaan hoitoon liittyviä toiveita. Potilaan, omaisten ja hoitotyöntekijöiden välinen vuorovaikutus koettiin tärkeänä asiana. Myös avoimuus esimerkiksi potilaan todellisesta tilanteesta koettiin tärkeäksi. Omaisten ohjaamisessa ja neuvonnassa koettiin muistaa antaa omaisille neuvoja muun muassa kuinka potilasta voidaan auttaa yksinkertaisissa toimenpiteissä, kuten suun kosteuttamisessa. Kirjaaminen ja pääasioiden tiedottaminen hoitotyöntekijöiden kesken oli tärkeää, sillä näin tieto potilaan sen hetkisestä tilanteesta välittyi eteenpäin ja seuraavan vuoron oli helpompi jatkaa potilaan hoitoa.

Taulukko 10. Työpajan kolmannen Padlet-alustan ryhmittely.

Aito läsnäolo ja ajan antaminen omaisille
Toiveiden huomioiminen, ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma
Tilan ja rauhan antaminen potilaalle ja omaisille heidän niin toivoessaan
Vuorovaikutuksen tärkeys ja avoimuus puolin ja toisin
Omaisten ohjaus ja neuvonta kuinka voivat olla potilaan avuksi mm. yksinkertaisissa hoitotoimenpiteissä
Kirjaamisen tärkeys ja asioista tiedottaminen hoitajien kesken potilaan hoidossa

6.1 Millä tavoilla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksesta tulisi laadukkaampaa ja selkeämpää?

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun ja selkeyden kehittäminen on keskeinen osa potilaiden ja omaisten hyvinvointia tukevia palveluita. Työpajan keskusteluissa nousi esiin useita keskeisiä teemoja, jotka liittyvät sekä rakenteellisiin että inhimillisiin näkökohtiin.

Ensinnäkin, selkeät hoitopolut ja ohjeistukset koettiin merkittäviksi laadun parantamisen kannalta. Työpajan osallistujat kokivat, että hoitoketjun eri vaiheiden ja vastuunjaon tulisi olla paremmin määriteltäviä, jotta epäselvyydet ja viiveet hoidon toteutuksessa vähenisivät. Erityisesti viestinnän merkitys korostui, sillä potilaat ja omaiset tarvitsevat selkeitä ja ajantasaisia tietoja hoidon etenemisestä.

Toiseksi, moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen nousi esiin keskeisenä kehittämiskohteena. Palliatiivinen hoito edellyttää saumatonta yhteistyötä lääkäreiden, hoitajien, sosiaalityöntekijöiden ja muiden asiantuntijoiden välillä. Työpajassa ehdotettiin säännöllisiä moniammatillisia kokouksia sekä koulutusta, jotta kaikilla osapuolilla olisi yhtenevä näkemys hoitolinjauksista.

Kolmanneksi, saattohoitoa tulisi inhimillistää entisestään. Osallistujat korostivat potilaslähtöisyyttä ja omaisten tukemista osana laadukasta palliatiivista hoitoa. Tämä tarkoittaa muun muassa hoitohenkilöstön koulutusta empaattiseen ja läsnäolevaan kohtaamiseen sekä mahdollisuuksia omaisten aktiivisempaan osallistumiseen hoitoprosessiin.

6.2 Mikä/mitkä vaiheet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa tuottaa haasteita työyksiköissänne?

Työpajan keskusteluissa nousi esiin useita konkreettisia haasteita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa. Nämä haasteet liittyvät erityisesti hoitoprosessin alkupisteeseen, resurssien riittävyyteen ja omaisten tukemiseen.

Ensimmäinen keskeinen haaste liittyy palliatiivisen hoidon aloitusvaiheeseen. Osallistujat kokivat, että hoitopäätösten tekeminen ja siirtyminen saattohoitoon on monesti epäselvä ja viivästyy tarpeettomasti. Selkeät kriteerit ja hoitosuunnitelmat voisivat auttaa hoitopäätösten tekemistä aikaisemmassa vaiheessa, jolloin potilas ehtisi saada paremmin palliatiivista tukea.

Toiseksi, resurssien puute koettiin merkittäväksi ongelmaksi. Työpajan osallistujat näkivät, että hoitohenkilöstön rajalliset resurssit ja kiire vaikuttavat merkittävästi hoidon laatuun. Erityisesti saattohoitovaiheessa tarvittaisiin enemmän aikaa potilaan ja omaisten kohtaamiseen. Ratkaisuksi ehdotettiin lisäresursointia ja työntekijöiden koulutusta tehokkaaseen ajankäyttöön sekä psyykkisen kuormituksen hallintaan.

Kolmantena haasteena nousi esiin omaisten tukeminen. Monet omaiset kokevat epävarmuutta ja stressiä saattohoidon aikana, mutta tukipalvelut eivät aina ole riittäviä. Työpajassa nousi esiin tarve kehittää omaisille suunnattuja ohjeistuksia, keskustelutukea ja mahdollisuuksia osallistua hoidon eri vaiheisiin. Myös jälkiseurannan kehittämistä ehdotettiin, jotta omaiset saisivat tarvittaessa tukea myös läheisen menehtymisen jälkeen.

6.3 Toimintamalliehdotus saattohoitovaiheessa olevan potilaan omaisten kohtaamisen ja tukemisen parantamiseksi

Kehittämisosion jälkeen tutkimuksellisen osion ja kehittämisosion tuloksista laadittiin toimintamalli, joka hoitoyksikössä voidaan ottaa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien omaisten kohtaamisen ja tukemisen kehittämisessä käyttöön. Kehitysideoiden laatiminen pohjautui hoitoyksiköiden subjektiiviseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamiseen, joka tehtiin tutkimusvaiheessa sekä kehittämisvaiheen aivoriihessä.

Työpajan tuloksia eli ideoita, joita hoitoyksiköiden kehittämistyöhön osallistuvat hoitotyöntekijät ja ehdottivat, koottiin yhteen ja ne liitettiin palliatiivisen potilaan ja saattohoitopotilaan hoidon toimintamalliehdotukseen. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisideoiden kokoamisessa otettiin huomioon myös aiempaa tutkittua ja näyttöön perustuvaa etenkin omaisten tukemisesta ja kohtauksesta. Ryhmähaastattelussa nousi esille paljon asioita, joissa voisi olla kehittämistä, mutta myös

paljon hyviä käytäntöjä, joita voi jakaa ja parantaa edelleen. Kokonaisuudessaan ryhmähaastattelussa korostui, kuinka tärkeää on ennakoiava keskustelu, tiedon jakaminen puolin ja toisin sekä potilaan ja omaisten tukeminen. Työpajaan valittiin kehittämiskohdaksi sisällönanalyysin pohjalta ja hoitotyöntekijöiden sekä heidän esihenkilönsä toiveesta saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaaminen ja tukeminen. Näiden pohjalta luotiin toimintamalliehdotus omaisten kohtaamisen ja tukemisen tueksi.

Toimintamalliehdotusta lähdettiin rakentamaan siten, että sen pääasiallinen kohderyhmä oli saattohoitovaiheessa olevien potilaiden omaisten kohtaaminen ja tukeminen. Toimintamalliehdotusta voidaan käyttää hyvin myös palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden omaisten kohtaamisessa ja tukemisessä. Toimintamalliehdotuksen pääpaino juuri saattohoitopotilaiden omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen valikoitui siksi, koska usein siinä vaiheessa potilaan omaisten ovat aktiivisimmillaan osallistumassa potilaan hoitoon ja näin ollen haasteellisia tilanteita omaisten kanssa suuremmalla todennäköisyydellä syntyy juuri silloin. Toimintamalliehdotuksen kokoamisessa käytettiin aineistona tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia sekä tietoperustaa. Toimintamalliehdotuksesta tehtiin Power Point-esitys, joka on liitteenä 5 (Liite 5.).

7 POHDINTA

7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelua

Eräs keskeinen kehityskohde, joka nousi työpajassa esille, oli hoitohenkilökunnan ajankäyttö omaisten kohtaamisessa. Kiireisessä työympäristössä voi olla vaikeaa löytää riittävästi aikaa omaisille, vaikka se koetaankin ensiarvoisen tärkeäksi. Keskustelussa nousi esille myös kirjallisten ohjeiden tarve, joiden avulla omaiset voisivat jälkikäteen palata heille annettuun tietoon. Tämä voisi auttaa heitä ymmärtämään hoitoprosessin kulkua ja siihen liittyviä linjauksia paremmin.

Omaisten kohtaaminen ja heidän tukemisensa on tärkeää, ja siihen liittyy usein haasteita, koska hoitotyöntekijöillä ei välttämättä ole aina aikaa tai valmiuksia tukea omaisia kuoleman jälkeen. Jälkipyykin tekeminen ja omaisten kanssa keskustelu ovat myös asioita, jotka kaipaavat kehittämistä. Osa hoitotyöntekijöistä kokee kuoleman hyvin henkilökohtaisesti ja saattaa tarvita tukea käsitelläseen sitä. Keskustelussa nostettiin myös esiin, että olisi hyödyllistä saada lisää koulutusta ja tukea etenkin kivunhoidon ja omaisten kohtaamisen osalta, sekä kehittää hoitotyöntekijöiden kykyä käsitellä kuolemaa ja siihen liittyviä tunteita. Yhteistyö hoitoyksikön sisällä, erityisesti lääkärin kanssa, on myös tärkeää, jotta saadaan varmuutta hoitopäätöksistä ja potilaan hyvinvoinnin turvaamisesta. Lopuksi keskustelussa pohdittiin sitä, kuinka tärkeää on olla läsnä ja empaattinen potilaan ja omaisten kanssa, sillä näillä pienillä hetkillä voi olla suuri merkitys omaisille ja hoitotyöntekijöille itselleen. (Korhonen, Lappi-Hynninen, Oinonen, Mertala, Rantula & Laukkonen 2021; Aho ym. 2023.)

Keskusteluissa nousi esille myös ennakoiva suunnitelma, jossa omaisten toiveet otetaan huomioon jo varhaisessa vaiheessa. Ennakoiva hoitosuunnitelma on tulisi tehdä viimeistään siinä vaiheessa, kun potilaan sairaus on edennyt pitkälle. Kun ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään ajoissa, myös potilaan mahdollisia toiveita hoidon suhteen voidaan huomioida ja toteuttaa paremmin. Tällöin myös potilas pystyy esimerkiksi kertomaan toiveita omaisten huomioonottamisesta tai toiveista sen suhteen, kuinka haluaa heidän osallistuvan hoitoon ja hoitopäätöksiin. Avointa vuorovaikutusta ja yhdenmukaisia hoitolinjauksia pidettiin tärkeinä tekijöinä, joiden avulla voidaan välttää ristiriitoja ja tukea omaisia paremmin. (Lehto ym. 2019, 335-336; Valvira 2025.)

STM:n (2019) suosituksen mukaan tehostetun asumispalvelujen yksiköissä kuolemaan varaudutaan varsin heikosti tekemällä ennakoivia hoitosuunnitelmia. Asiantuntijatyöryhmän saamien vastausten perusteella vain 20 prosenttia vastaajista ilmoitti, että ennakoiva hoitosuunnitelma oli tehty kaikille asumisyksikön asukkailla. Hieman ylikolmannes vastaajista ilmoitti, että kenellekään asumispalveluyksikön asukkaista ei ole tehty elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa, vaikka STM:n suosituksen mukaan se olisi tehtävä kaikille tehostetun palveluasumisen ja säännöllisen kotihoidon asiakkaille. (Saarto ym. 2019, 174; Toikkanen 2022.)

Potilaskeskeisen hoidon tulisi olla kaiken hoidon ja laadun arvioinnin perusta. Tämä tarkoittaa, että hoito räätälöidään yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaan, ja terveydenhuollon ammattilaiset pyrkivät tukemaan potilaita kokonaisvaltaisesti – niin emotionaalisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti, taloudellisesti kuin lääketieteellisestikin. Tavoitteena on aktiivinen yhteistyö potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä sekä yhteiseen päätöksentekoon perustuva hoito. Potilaskeskeinen hoito voidaan jakaa kuuteen keskeiseen osa-alueeseen, jotka ovat sairauden ja potilaan kokemuksen ymmärtäminen, potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen, hoitopäätöksistä yhteisymmärryksen löytäminen, ennaltaehkäisy ja terveyden edistämisen sisällyttäminen hoitoon, terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan suhteen vahvistaminen sekä realistinen suhtautuminen hoitotyön resursseihin ja moniammatillisen yhteistyön tarpeeseen. (Mæhre, Bergdahl & Hetumberg 2022, 2465.)

Omaisten tukeminen ja tiedottaminen ovat todella keskeisiä teemoja palliatiivisessa hoidossa. Täytyy kuitenkin ottaa aina huomioon se, että tiedon antaminen potilaan hoidosta edellyttää potilaan lupaa (Rahko & Rajala 2020). On totta, että kun omaiset eivät saa riittävästi tietoa tai tukea, he voivat kokea epätoivoa, turhautumista ja jopa vastustusta hoitopäätöksille. Työpajassa hoitotyöntekijät toivat esille, että omaisten kokema tiedonsaannin puute oli yhtenä syynä omaisten haastavaan ja aggressiiviseen käytökseen hoitotyöntekijöitä kohtaan. Tiedon jakaminen ja avoin kommunikaatio voivat auttaa lievittämään pelkoja ja epävarmuutta sekä varmistamaan, että omaiset pystyvät tukemaan potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Tällöin omaiset voivat myös paremmin hyväksyä hoitopäätökset ja olla mukana prosessissa. (Korhonen & Pouka 2013; Aho ym. 2023.)

Keskustelussa nousi esiin ristiriitaisia tilanteita, joissa omaiset saattoivat vaatia lisähoitoja, vaikka potilas itse ei niitä halunnut tai potilaan tila on jo sellainen, että niistä ei ole mitään hyötyä. Tämä aiheuttaa haasteita hoitohenkilökunnalle, jotka joutuvat tasapainoilemaan potilaan tahdon, omaisten odotusten ja lääkinnällisten linjausten välillä. Hoitotyöntekijät kokevat myös ajoittain syyllistä-

mistä ja aggressiivista käytöstä omaisten taholta, erityisesti silloin, kun hoitopäätökset eivät vastaa omaisten odotuksia. Myös tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus ovat tärkeitä tekijöitä: omaiset haluavat usein tietää tarkasti potilaan tilanteesta ja sen etenemisestä, vaikka tämä ei aina ole ennustettavissa. Omaisten kanssa olisi tärkeää keskustella vaikeistakin aiheista, kuten lähestyvistä kuolemasta. Usein se on omaisten toiveenakin, että asioista puhutaan suoraan ja heille kerrotaan tarpeeksi potilaan sairaudesta ja voinnista. (Midlöv, E. M., Lindberg, T. & Skär, L. 2023, 363-364; Mäkelä ym. 2023, 435.)

Ryhmähaastattelussa käsiteltiin monia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon haasteita, erityisesti hoitotyöntekijöiden ja omaisten välisiä suhteita. Keskeisin teema oli se, kuinka omaisten odotukset ja huolenaiheet voivat olla ristiriidassa hoitotyöntekijöiden päätöksentekojen kanssa, erityisesti silloin, kun hoitotoimenpiteet eivät enää ole tehokkaita tai ne eivät ole potilaan hyvinvoinnin kannalta tarkoituksenmukaisia. Useissa tilanteissa omaiset saattavat toivoa, että hoito jatkuisi tai että enemmän lääketieteellisiä toimenpiteitä toteutettaisiin, vaikka hoitotyöntekijät tietävät, ettei se enää hyödyttäisi potilasta. Tämä luo jännitteitä ja vaikeuttaa päätöksentekoa. Erityisesti nuorempien hoitotyöntekijöiden epävarmuus ja kokemus puuttuvat, ja he kokevat, että he tarvitsevat lisää koulutusta ja selkeitä ohjeita.

Omaisten rooli saattohoidossa vaihtelee suuresti. Osa haluaa osallistua aktiivisesti potilaan hoitoon, kun taas toiset jäävät taustalle joko omasta halustaan tai olosuhteiden pakosta. Sandgrenin ym. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että omaiset haluavat olla sekä lähellä sairasta omaistaan ja tukea häntä, mutta samalla he kaipaavat etäisyyttä tilanteeseen. Tässä korostuu tarve tasapainottaa myös tarvittaessa omaisten osallistumista hoitoon ja huolehtia heidänkin hyvinvoinnistaan, jos heissä huomataan kuormittuneisuutta tai esimerkiksi väsymystä. Hoitotyöntekijöiden on tärkeää tunnistaa nämä omaisten mahdollisesti sanomattomat tunteet ja tarjota mahdollisuuksien mukaan tukea, joka auttaa omaisia selviytymään raskaasta tilanteesta ilman, että heidän kokemansa arvokkuuden tunne osallisuudestaan potilaan hoitoon vaarantuisi. Tarjottu tuki voi olla yksinkertaisimmillaan muistuttaa omaisia levähtämään ja käymään esimerkiksi kotona tai hoitamassa asioita; lyhytkin helpotus auttaa heitä jaksamaan ja palautumaan fyysisesti ja henkisesti. (Sandgren ym. 2021.)

Mæhren, Bergdahlin ja Hembergin tutkimuksen (2022) mukaan hoitotyöntekijöiden raskaan työtaakan sekä ajan puutteen vuoksi on tärkeää, että potilailla on omaisia, jotka ovat mukana hoitoprosessissa ja pystyvät auttamaan potilasta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttaminen on kuormittavaa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta, ja senkin vuoksi omaisten osallistuminen potilaan hoitoon on hyödyllistä. On tärkeää, että palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan omaiset, jotka haluavat olla mukana potilaan hoidossa potilaankin näin toivoessa, otettaisiin mukaan hoitoon ja heille ohjattaisiin sellaisia kevyitä hoitotopimenpiteitä, joita he voivat potilaan hyväksi tehdä. Esimerkiksi saattohoitovaiheen lopussa olevan potilaan suun kostuttaminen sitruunatikulla tai huulten rasvaaminen huulivoiteella. (Gardiner, Taylor, Goodwin, Robinson & Gott 2022, 992; Mæhre, Bergdahl & Hemberg 2022, 2468.)

Lisäksi keskusteluissa nousi esiin seurakunnan tai vapaaehtoistyön mahdollinen rooli tukiverkostona erityisesti yksinäisille omaisille. Monissa paikoissa pastori tai muu hengellinen tukihenkilö on pyydetty paikalle omaisten toiveesta, ja tämä on koettu merkitykselliseksi. Vapaaehtoistoiminnan kehittäminen voisi tarjota lisätukea niille, jotka jäävät yksin menetyksen jälkeen.

Työpajassa keskusteltiin siitä, että potilaan kuoleman jälkeen omaiset voivat jäädä yksin surunsa kanssa. Keskustelussa nousi esille tarve olla yhteydessä omaisiin myös potilaan menehtymisen jälkeen, erityisesti heihin, jotka ovat olleet tiiviisti mukana hoitoprosessissa. Monet omaiset ottavat itse yhteyttä hoitopaikkaan jälkikäteen, mutta aktiivisempi tukimuoto, kuten yhteydenotto omaisille kuoleman jälkeen, voisi auttaa heitä käsittelemään menetystään paremmin. Onkin tärkeää huolehtia myös omaisten hyvinvoinnista myös potilaan kuoleman jälkeen. Potilaan omaisten tukeminen on tärkeää luopumisen ja surun käsittelyn prosessissa konkreettisten tekojen kautta. (Seppänen ym. 2020, 366.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisessä on monia osa-alueita, joita tulisi huomioida, jotta potilaiden lisäksi myös omaiset saisivat tarvitsemansa tuen. Hoitohenkilökunnan ja omaisten välisen vuorovaikutuksen parantaminen, selkeät hoitolinjaukset ja kirjalliset ohjeet voisivat helpottaa haasteellisia tilanteita. Omaisten tukeminen kuoleman jälkeen ja vapaaehtoistoiminnan laajentaminen voisivat myös olla ratkaisuja, jotka auttavat omaisia selviytymään paremmin menetyksestä. Kokonaisuudessaan työpajassa käyty keskustelu osoitti, että palliatiivinen hoito ja saattohoito on paitsi potilaan myös omaisten hoitamista, ja tämän huomioiminen kehittämistyössä on ensiarvoisen tärkeää.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen edellyttää sekä rakenteellisia että toiminnallisia muutoksia. Lääkehoidon saatavuuden parantaminen, selkeiden hoitolinjojen määrittely ja hoitohenkilökunnan koulutuksen lisääminen ovat kehityskohteita. Lisäksi omaisten tukemiseen ja tiedottamiseen tulisi panostaa enemmän, jotta hoitoprosessi olisi mahdollisimman sujuva ja inhimillinen kaikille osapuolille. Näiden kehittämistoimien avulla voidaan parantaa niin potilaiden kuin heidän omaistensakin kokemusta erityisesti elämän loppuvaiheen hoidosta.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen kriteerien mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla, määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on luotettavuutta arvioiden pystyttävä kuvaamaan ja perustelemaan miten valinnat on tehty, mitä nämä ratkaisut ovat olleet ja miten lopullisiin ratkaisuihin on päädytty omassa opinnäytetyössä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä on totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalisuus. Kehittämistyön yhteydessä luotettavuudella tarkoitetaan ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Kehittämistyössä ei riitä, että syntyvä tieto tai tuotos on todenmukaista, vaan sen täytyy olla myös hyödyllistä. Vakuuttavuutta pidetään laadullisten tutkimusten avainkriteerinä luotettavuuden arvioimisessa. Myös johdonmukaisuus on yksi pääelementti luotettavuuden arvioimisessa. Se tarkoittaa sitä, että tutkimusaineisto on kerätty ja analysoitu huolellisesti. Lisäksi tulisi ottaa huomioon tutkimuksen epävarmuustekijät sekä johtopäätöksiä heikentävät osatekijät. Luotettavuuden osatekijöihin voi ottaa mukaan myös eri toimijoiden sitoutuneisuus, sillä kehittämistoiminta on aina sosiaalinen kokonaisuus. Niin tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä kuin kohdeorganisaation toimijat osallistuvat kehittämiseen. Kun kaikki osapuolet ovat sitoutuneita prosessiin, se lisää kehittämistyön eri vaiheiden luotettavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 123–124.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli tärkeää, että ryhmähaastatteluun osallistuvat hoitotyöntekijät pystyivät ja sitoutuivat osallistumaan myös laajemmalle joukolle osoitettuun työpajaan. Tällöin sitoutuneisuuden myötä kehittämistyön luotettavuutta voitiin parantaa.

Tutkimusetiikka on osa hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomalainen tiedeyhteisö on sitoutunut noudattamaan sitä. Korkeakouluilla ja tutkimuslaitoksilla on omia ohjeistuksia muun muassa tietosuojaan liittyen. Yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa, yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja muita oikeuksia. Eettisten periaatteiden mukaisesti tulee myös välttää aiheuttamasta tutkittavana oleville ihmisille, yhteisöille ja muille tutkimuskohteille aiheuttavia merkittäviä riskejä ja haittoja. (Vuori 2023.)

Tutkittavalla henkilöllä on osallistuessaan tutkimukseen oikeus osallistua tai vaihtoehtoisesti kieltäytyä osallistumasta. Tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista ja siihen ei saisi missään tapauksessa pakottaa tai aiheuttaa pelkoa osallistumattomuuden seuraamuksista. Tutkimukseen osallistumissuostumus tulee tutkijan toimesta dokumentoida esimerkiksi suullisesti, kirjallisesti tai sähköisesti. Tutkimukseen osallistujalla on myös oikeus keskeyttää tai peruuttaa suostumuksensa tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Lisäksi tutkimukseen osallistujalle on annettava tietoa muun muassa tutkimuksesta, sen käyttötarkoituksista ja henkilötietojen käsittelystä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8-9.)

Henkilötiedoilla tarkoitetaan tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan luonnolliseen henkilöön liittyviä tietoja. Mikäli tutkimuksesta voidaan tunnistaa henkilö suoraan tai epäsuorasti. Tutkimuksen avoimuus on yksi tärkeä kriteeri kriittiselle arvioimiselle. Tutkimuksen aikana kerätyn materiaalin tulisi olla muiden tutkijoiden saatavilla, jotta tieteen avoimuus toteutuisi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 11-13.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tutkimustuloksista ja työn lopputuotoksesta ei kuitenkaan käy ilmi hoitoyksikön tietoja tai muita tunnistettavia seikkoja, ja siitä on jo suunnitelmavaiheessa sovittu suullisesti toimeksiantajan kanssa.

Teemahaastattelun sekä aivoriihen materiaalit hävitetään asianmukaisesti tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tullessa päätökseen. Lisäksi saatekirje välitetään hoitohenkilöstölle hoitoyksikön esihenkilön välityksellä, jolloin opinnäytetyön tekijä ei ole missään suorassa tekemisissä koko hoitohenkilöstön kanssa. Ryhmähaastatteluun ja työpajaan osallistuvilta kerättiin kirjallinen suostumuslomake kehittämistyöhön osallistumiseen, joka on liitteenä (Liite 3.).

Tietosuojalainsäädäntö edellyttää henkilötietojen käsittelyn osalta tiettyjä ehtoja, joka opinnäytetyön tarkoittaa kirjallisen tai sähköisen suostumuslomakkeen täyttämistä ja allekirjoittamista. Lomake ei voi olla automaattinen, vaan tutkimukseen osallistuvan tulee manuaalisesti se täyttää ja allekirjoittaa. Tässä työssä suostumuslomakkeet olivat paperiversioita, ja tutkimuksen päätyttyä

suostumuslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti silppuroidulla. Suostumuslomakkeet kerättiin esihenkilöltä ennen ryhmähaastattelua ja työpajaa. Tämä tieto kerrottiin suostumuslomakkeella ja siihen lisättiin myös tieto suostumuslomakkeiden ja kehittämistyön materiaalin säilyttämisestä. Nämä tiedot kerrottiin myös haastattelun ja työpajan aikana osallistuville hoitotyöntekijöille. (Tietosuoja-valtuutetun toimisto 2024.)

Teemahaastattelussa ei myöskään tuoda haastateltavien henkilöllisyyksiä mitenkään ilmi. Raporttiin eli opinnäytetyöhön käytettiin teemahaastatteluun viitattaessa termiä hoitotyöntekijä, mutta ikää, sukupuolta, nimeä tai muuta tunnistettavaa tietoa työssä ei tulla mainitsemaan. Teemahaastattelussa sekä aivoriihessä haastateltavat anonymisoidaan eli heistä ei käytetä nimiä opinnäytetyössä. Anonymisoinnissa on tärkeää ottaa huomioon myös se näkökulma, että millään taholla ei ole sellaista aineistoa, jolla tunnisteettomaksi muutettu aineisto saadaan muutettua tunnistettavaksi. Opinnäytetyössä käytetään ammattinimikkeenä hoitotyöntekijää, jotta valmiista työstä ei ole mahdollista tunnistaa sitä, millä ammattinimikkeellä henkilö hoitoyksikössä työskentelee. Myöskään hoitoyksiköiden nimiä ei työssä käytetä. Nämä toimet takaavat sen, että myöskään hoitoyksiköiden toiset hoitotyöntekijät eivät pysty tunnistamaan työhön osallistuneiden henkilöllisyyksiä. Sisällysanalyysiä tehdessä alkuperäisilmaukset myös kirjoitettiin auki siten, että niin sanotut täytesanat poistettiin niistä. Tämä lisää myös haastateltavien ja työpajaan osallistuneiden henkilöllisyyden tunnistamattomuutta. (Tietosuoja-valtuutetun toimisto 2024.)

Ylemmän ammattikorkeakouluopiskelijan tulee hallita opinnäytetyötä tehdessään hyvä tieteellinen käytäntö ja siihen liittyvät tutkijan ja ohjaajan vastuut sekä loukkausten tunnusmerkit, eettisen ennakkoarvioinnin lähtökohdat, tarpeellisuus ja ennakkoarviointimenettely sekä tieteen alojen omat eettiset normit ja käytänteet. Lisäksi opinnäytetyön tekijän tulee olla tietoinen mahdollisista seuraamuksista, joita tulee, mikäli hyvän tieteellisen käytännön säännöksiä rikkoo, kuten esimerkiksi plagioidulla eli käyttämällä jonkun toisen tekstiä omanaan ilman asianmukaisia lähdeviittauksia. (Oulun ammattikorkeakoulu 2024.)

Opinnäytetyön tulosten oikeudet ovat yleensä tekijällä, mutta mikäli mukana on esimerkiksi organisaatio kuten tässä opinnäytetyössä, omistuksesta tulee sopia yhteistyösopimuksessa. Lisäksi siinä on hyvä sopia etukäteen mikä tieto on mahdollisesti salassa pidettävää, esimerkiksi hoitoyksiköiden nimet.

Lisäksi kehittämistyötä varten tulee tehdä tietosuojailmoitus. Vaikka valmiissa työssä ei voida keittää haastateltavaa tai työpajaan osallistujaa tunnistaa, työn kehittämissaiheissa ollaan osallistujien kanssa videoyhteydessä ja nämä tallennetaan analysointivaihetta varten. Suomessa on voimassa tietosuojalaki, jonka mukaan henkilötietoja saa käsitellä tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan e alakohdan mukaisesti tietyissä tilanteissa. (Finlex 2018.) Tietosuojailmoituksen internet-osoite löytyy liitteestä 1.

Koska tämän opinnäytetyön kohteena on organisaatio ja sen toiminta sekä edustajat, kuten hoitohenkilökunta, on hyvän tutkimustavan mukaista pyytää organisaatiolta tutkimuslupa opinnäytetyön tekemistä varten. Tutkimussuunnitelma tai sen tiivistelmä, haastattelun kysymykset ja työpajojen sisältö olisivat hyvä olla tutkimuslupa pyytäessä valmiina. Vaikka organisaatio myöntäisikin tutkimusluvansa, haastatteluun ja työpajaan osallistuvista jokainen viime kädessä itse päättää osallistuuko kyselyyn vai ei. Haastattelun ja työpajojen yhteydessä käytiin lävitse vielä niiden tarkoitus ja tavoitteet kehittämistyössä. Kohdeorganisaatiolla on käytössä oma tutkimuslupakaavake, joka täytettiin ja lähetettiin hyväksyttäväksi heti, kun suunnitelmavaihe oli opinnäytetyön ohjaajien puolesta hyväksytty.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen on monitahoinen haaste, joka edellyttää syvälistä ymmärrystä hoitoprosessien vahvuuksista ja kehityskohteista. Työpajan pohjalta voidaan tunnistaa useita jatkotutkimuksen kannalta keskeisiä teemoja, jotka voivat osaltaan parantaa hoidon laatua, selkeyttää toimintamalleja ja vahvistaa hoitotyöntekijöiden ja omaisten kokemaa tukea.

Ensimmäinen keskeinen tutkimusalue liittyy palliatiivisen hoidon aloitusvaiheen kehittämiseen. Olisi tarpeen tutkia, miten hoitopäätösten tekeminen voidaan ajoittaa ja kommunikoida tehokkaammin sekä potilaille että omaisille. Tämän lisäksi tulisi selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miksi palliatiivinen hoito toisinaan käynnistyy myöhään ja mitä rakenteellisia muutoksia voitaisiin tehdä ennakoivan ja potilaslähtöisen hoidon mahdollistamiseksi.

Toinen tärkeä tutkimusaihe on moniammatillisen yhteistyön ja viestinnän kehittäminen. Palliatiivinen hoito edellyttää useiden eri toimijoiden välistä saumatonta yhteistyötä, ja olisi hyödyllistä tutkia,

millaiset käytännöt tukisivat parhaalla mahdollisella tavalla tiedonkulkua ja hoidon koordinaatiota. Erityisesti digitaalisten potilastietojärjestelmien ja viestintätyökalujen hyödyntämistä voitaisiin tarkastella lähemmin.

Kolmas merkittävä tutkimusalue liittyy omaisten tukemiseen ja heidän kokemuksiinsa saattohoidosta. Työpajan tulokset osoittivat, että omaiset kokevat usein riittämätöntä tukea sekä saattohoitovaiheen aikana että sen jälkeen. Jatkotutkimus voisi keskittyä esimerkiksi siihen, mitkä tukimuodot ovat vaikuttavimpia ja miten ne voitaisiin järjestää nykyistä systemaattisemmin. Samalla tulisi pohtia, miten hoitotyöntekijät voi parhaiten kohdata omaisten emotionaaliset tarpeet ilman, että se lisää kohtuuttomasti hoitotyöntekijöiden kuormitusta.

Lopuksi, olisi hyödyllistä tarkastella palliatiivisen hoidon resurssien riittävyyttä ja tehokasta käyttöä. Työpajassa nousi esiin hoitohenkilöstön kokema kiire ja resurssien niukkuus. Jatkotutkimuksen avulla voitaisiin kartoittaa, miten nykyisiä resursseja voitaisiin kohdentaa paremmin ja mitkä rakenteelliset muutokset voisivat helpottaa hoitotyön kuormitusta. Nämä tutkimusaiheet voisivat tuottaa arvokasta tietoa ja konkreettisia suosituksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun parantamiseksi, sekä edistää entistä potilas- ja omaislähtoisempää hoitokulttuuria.

LÄHTEET

Aho, A-L., Eironen, S., Havusto, J., Hökkä, M. & Kritz, J. 2023. Palliativisessa hoidossa ja palliativisessa hoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen. Hotus-hoitaisuusluokituksen lyhennelmä. Hotus-hoitaisuussuositukset 21.9.2023. Luettu 18.2.2025. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2023/09/hoitosuositus-palliativinen-web.pdf>

Ahtiluoto, S., Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hammar, T., Lehto, J., Junntila, K., Lyytikäinen M. & Saarto, T. 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Ohjaus 4/2022. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. Luettu 18.9.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Opinnäytetyön eettiset ohjeet. Opiskelijan muistilista. Luettu 28.9.2023. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6prosessin%20eettiset%20suositukset%20muistilistat%20opiskelijalle%20ja%20ohjaajalle.pdf>

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

de Boer, D., Hofstede, Jolien M., de Veer, Anke J. E., Raijmakers, Natasja J. H. & Francke, Anneke L. 2017. Relatives' perceived quality of palliative care: comparisons between care settings in which patients die. BMC Palliative care. Luettu 3.4.2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5559822/pdf/12904_2017_Article_224.pdf

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaihet ja eteneminen. Hoitotiede 2022, 34 (4), 215-225. Luettu 20.2.2025. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028>

Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J. & Murtagh, F. E. M. 2017. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. BMC Medicine 15:102. <https://rdcu.be/bRRLT>

Finlex 2024. Tietosuojalaki. 5.12.2018/1050. Luettu 30.11.2024. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Forsius, P. & Hammar, T. 2025. Palliatiivisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen – ohjelma (FinPall). Hankkeiden loppuraportti palliatiivisen hoidon kehittämisestä vuosinä 2021-2024. Raportti 4/2025. Luettu 3.4.2025. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/150875/URN_ISBN_978-952-408-458-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fringer, A., Stängle, S., Bischofberger, I., Büche, D., Praxmarer, R., Ch Ott, S. & Schnepf, W. 2020. Experiences of relatives with outpatient palliative care: a cross-sectional study 2020. International Journal of Palliative care. Luettu 3.3.2025. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.5.230>

Güldogan, E., Pöyhä, R. & Vanhanen, A. 2018. Kotisairaala. Helsinki: Duodecim.

Gardiner, C., Taylor, B., Goodwin, H., Robinson, J. & Gott, M. 2022. Employment and family caregiving in palliative care: An international qualitative study 2022. Palliative Medicine. Luettu 9.3.2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9344494/pdf/10.1177_02692163221089134.pdf

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Duodecim Käypä hoito. Luettu 29.9.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix00086>

Hammar, T. & Lämsä, R. 2021. Huomio palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Sosiaali-lääketieteellinen aikakauslehti 2/2021. Luettu 21.2.2024. <https://journal.fi/sla/article/view/108079/63111>

Hasson, F., Nicholson, E., Muldrew, D., Bamidele, O., Payne, S. & McIlpatrick, S. 2020. International palliative care research priorities: A systematic review 2020. BMC Palliative care. Luettu 5.3.2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6998205/pdf/12904_2020_Article_520.pdf

Himanen, S. & Nikkola, R. 2021. Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistarpeet lähijohtajien ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Gerontologia 1/2021. Luettu 31.3.2025. [Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistarpeet lähijohtajien ja hoitohenkilökunnan arvioimana - pdf](https://www.gerontologia.fi/gerontologia/1/2021/hoitotyontekijoiden-osaamisen-kehittamistarpeet-lahijohtajien-ja-hoitohenkilokunnan-arvioimana)

Humak Opinnäytetyöopas YAMK 2024. Luettu 13.2.2024. <https://humak.libguides.com/c.php?g=688355&p=4925415>

Hyvärinen, M., Suoninen, E. & Vuori, J. 2021. Haastattelut. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 1.9.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelu/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>

Hökkä, M., Lehto, Juho T., Melender, H-L. & Salin, S. 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2021: 58: 143-157. Luettu 16.2.2024. <https://journal.fi/sla/article/view/94374/63117>

Innokylä 2023. Aivoriihi. Luettu 3.3.2024. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>

Itä-Suomen yliopisto 2024. Tiedonhakijan opas. Tiedonhakuprosessi ja tiedonhaun suunnittelu. Luettu 2.9.2024. <https://sites.uef.fi/tiedonhaku-kirjasto/tiedonhakuprosessi-ja-tiedonhaun-suunnittelu/>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291-301. Luettu 31.8.2024. [file:///O:/Documents/128286-Artikkelin%20teksti-273828-1-10-20230330%20\(1\).pdf](file:///O:/Documents/128286-Artikkelin%20teksti-273828-1-10-20230330%20(1).pdf)

Kansaneläkelaitos 2025. Leskeneläke. Luettu 18.2.2025. <https://www.kela.fi/leskenelake>

Kaunonen, M., Kylmä, J., Mattila, K-P., Surakka, T. & Åstedt-Kurki, P. 2015. Palliativinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Karkapää, H. 2022. Palliativinen hoito. Lääkäri käsikirja 1.11.2022. Duodecim Terveysportti. Luettu 29.9.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00397?toc=397592>

Keski-Suomen hyvinvointialue 2024. Mitä on psykososiaalinen tuki palliativisessa hoidossa? Luettu 18.2.2025. <https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/ohjeet/Palliativisen%20hoidon%20psykososiaalinen%20tuki.pdf>

Korhonen, A., Lappi-Hynninen, M., Oinonen, H., Mertala, A., Rantula, H. & Laukkonen, K. 2021. Kuolevan potilaan kohtaaminen – haaste hoitotyön ammattilaiselle? Diakonia-ammattikorkeakoulun verkkomedia. Luettu 19.2.2025. <https://dialogi.diak.fi/mika-dialogi/>

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettu 19.2.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>

Käypä hoito-suositus 2017. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 22.8.2017. Luettu 29.9.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s9>

Käypä hoito-suositus 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 4.10.2019. Luettu 1.9.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim. Luettu 3.4.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14788.pdf>

Lääkäriliitto 2021. Lääkärin etiikka. Luettu 16.9.2023. <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarin-etiikka-2021.pdf>

Mæhre, K. S., Bergdahl, E. & Hemberg, J. 2022. Patients', relatives' and nurses' experiences of palliative care on an advanced care ward in a nursing home setting in Norway. Nursing Open. Wiley. Luettu 23.2.2025. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.1503>

Mattila, K-P. 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 18.9.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10916>

Midlöv, E. M., Lindberg, T. & Skär, L. 2024. Relative's suggestions for improvements in support from health professionals before and after a patient's death in general palliative care at home: A qualitative register study. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Luettu 3.4.2025. [file:///C:/Users/OMISTAJA/Downloads/EBSCO-FullText-04_03_2025%20\(1\).html](file:///C:/Users/OMISTAJA/Downloads/EBSCO-FullText-04_03_2025%20(1).html)

Minilex 2025. Lähiomaisen määritelmä potilaslaissa. Luettu 20.2.2025. <https://www.minilex.fi/a/l/%C3%A4hiomaisen-m%C3%A4%C3%A4ritelm%C3%A4-potilaslaissa>

Mäkelä, M., Hupli, M. & Kuusisto A. 2023. Palliatiivisessa hoidossa olevienpotilaiden ja omaisten tiedonsaanti – ja tarpeet sairaalasta kotiutuessa. *fiNjEhEw. Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. Luettu 3.4.2025. [file:///C:/Users/OMISTAJA/Downloads/126953-Article%20Text-319111-1-10-20231223%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/OMISTAJA/Downloads/126953-Article%20Text-319111-1-10-20231223%20(1).pdf)

Näpäri, L. 2017. Haastattelun lajityypit. *Spoken*. Luettu 30.8.2024. <https://spoken.fi/haastattelun-lajityypit/>

Oechsle, K. 2019. Current Advances in Palliative & Hospice Care: Problems and Needs of Relatives and Family Caregivers During Palliative and Hospice Care—An Overview of Current Literature. *Medical Sciences*. MDPI. Luettu 23.2.2025. https://mdpi-res.com/medsci/medsci-07-00043/article_deploy/medsci-07-00043-v2.pdf?version=1553166997

Oulun ammattikorkeakoulu 2024. Opinnäytetyö. Tutkimusetiikka. Käytännöt ja ohjeistukset. Luettu 4.9.2024. <https://oamk.fi/opiskelu/opinnaytetyo/tutkimusetiikka/>

Oulun ammattikorkeakoulu 2024. Opinnäytetyön viimeistely. Luettu 14.9.2024. <https://oamk.fi/opiskelu/opinnaytetyo/opinnaytetyon-viimeistely/>

Paananen, J. & Luodonpää-Manni, M. 2023. Läheisten kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitohenkilöstön kanssa ympärivuorokautisessa hoidossa. *Hoitotiede* 2023, 35 (3). <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hle/hle00281.pdf>

Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen – EduPal. Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen osaaminen. Hankkaan lähtökohdat. Opetus ja kulttuuriministeriö. Luettu 2.9.2023. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/sample-page/>

Palonen, M. & Kylmä, J. 2022. Avoin haastattelu ja temahaastattelu aineistonkeruumenetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2022, 34 (4). <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hle/hle00255.pdf>

Pitkälä, K. & Hänninen J. 1999. Kun kuolema lähestyy. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 1999; 115(15). Luettu 18.2.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo90404>

- Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Pöyhiä, R. 2002. Läpilöyöntikivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. FINNANEST Vol. 35. Nro 1/2002. Luettu 29.9.2023. https://say.fi/files/a_poyhia.pdf
- Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 29.9.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15685>
- Rimpiläinen, R. & Akural, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheissa. Finnanest 2007, 40 (4). Luettu 17.2.2025. https://say.fi/files/rimpilainen_palliatiivinen.pdf
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 30.8.2024. https://www.fsd.tuni.fi/menetelma-opetus/kvali/L6_3_2.html
- Saarinen, J., Mishina, K., Soikkeli-Jalonen, A. & Haavisto, E. 2023. Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review 2023. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Luettu 5.3.2025. <https://doi.org/10.1111/scs.13062>
- Saarto, T. 2018. Palliatiivinen hoito osana terveydenhuoltojärjestelmää. Duodecim Käypä hoito. Luettu 16.9.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix02562>
- Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisessa ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali – ja terveysministeriö 17.12.2019. Luettu 27.2.2025. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J. T. & Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Luettu 23.2.2025. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128394/77517>
- Sandgren, A., Axelsson, L., Bylund-Grenklo, T. & Benzein, E. 2021. Family members' expressions of dignity in palliative care: a qualitative study. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Luettu 3.4.2025. file:///C:/Users/OMISTAJA/Downloads/EBSCO-FullText-04_03_2025.pdf

Seppänen, M., Vähäkangas, A. & Anttonen, M. S. 2020. Hyvä kuolema. Gerontologia 34(4). Luetui 31.3.2025. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99644/57525>

Sosiaali – ja terveysministeriö 2024. Saattohoito. Luettu 15.11.2024. <https://stm.fi/saattohoito>

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry. Palliatiivinen hoito. Palliatiivisen hoidon tavoitteet. Luettu 18.9.2023. <https://www.sphy.fi/palliatiivinen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito/>

Stenberg, S. 2023. Mikälaista tukea palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa olevan potilaan läheiset tarvitsevat? Kandidaattitutkielma, 16-17. Yhteiskuntateiteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. Luettu 18.2.2025. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/146304/Stenberg-Satu.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023. Palliatiivisen hoidon järjestäminen. Luettu 16.9.2023. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025. Vammaispalvelujen käsikirja. Omaishoito. Hakupäiviä 16.2.2025. <https://thl.fi/julkaisut/kasikirjat/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/omaishoito>

Terveyskirjasto 2016. Lääketieteen sanasto. Luettu 29.9.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03762>

Terveyskylä 2025. Henkinen ja hengellinen tuki palliatiivisessa hoidossa. Luettu 21.2.2025. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/henkinen-ja-hengellinen-tuki>

Terveyskylä 2023. Itsehoito. Opi arvioimaan kipua 2017. Luettu 1.10.2023. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito>

Terveyskylä 2023. Oireiden hoito. Oireiden lääkehoidon toteutus palliatiivisessa hoidossa. Palliatiivinen talo. Luettu 19.9.2023. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oirehoidon-toteutus/oireiden-l%C3%A4%C3%A4kehoidon-toteutus>

Terveyskylä 2023. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Palliatiivinen talo. Luettu 16.9.2023. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palvelut/palliatiivisen-hoidon-ja-saattohoidon-j%C3%A4rjest%C3%A4minen>

Terveyskylä 2025. Sosiaalinen tuki palliatiivisessa hoidossa. Toimeentulotuki. Hakupäivä 16.2.2025. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/sosiaalinen-tuki>

Terveyskylä 2025. Vertaistuen muodot. Luettu 23.2.2025. <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/tieto-vertaistuesta/vertaistuen-muodot>

Tietoarkisto 2023. Kyselylomakkeen laatiminen. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 15.9.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetaelmaopetus/kvantti/kyselylomake/laatiminen/>

Tietosuojavaltuutetun toimisto 2024. Tietosuoja. Tieteellinen tutkimus. Aineiston hävittäminen, anonymisointi tai arkistointi tutkimuksen päättyessä. Luettu 20.11.2024. <https://tietosuoja.fi/aineiston-havittaminen-anonymisointi-tai-arkistointi-tutkimuksen-paattyessa>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere 2009.

Toikkanen, U. 2022. Vanhuspalveluisa ei ennakoida elämän loppuvaihetta. Lääkärilehti. Luettu 3.4.2025. www.laakarilehti.fi/e34752

Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasio, g. d., Büla, C. & Jox, R. J. 2018. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatrics. Luettu 3.4.2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6148954/pdf/12877_2018_Article_914.pdf

Vlockova, K., Polakova, K., Tuckova, A., Houska, A. & Loucka, M. 2021. Views of patients with advanced disease and their relatives on participation in palliative care research 2021. BMC Palliative care. Luettu 5.3.2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8180046/pdf/12904_2021_Article_779.pdf

Vahtela, J. & Uutela, A. 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. Läketeollinen aikakauskirja Duodecim. Luettu 21.2.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo40219>

Vakkala, M. 2021. Nosiseptiivinen kipu. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet 6.5.2021. Duodecim Oppiportti. Luettu 29.9.2023. https://www.oppiportti.fi/op/atd00175/do?p_haku=kudosvaurio-kipu#g=kudosvauriokipu

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Sosiaali – ja terveysministeriö. Luettu 18.2.2025. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liitty%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf.pdf>

Valvira 2025. Elämän loppuvaiheen hoito. Luettu 3.4.2025. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>

Viitala, A. 2024. Potilaan ja hänen läheistensä tukeminen palliativisen hoidon aikana. Sairaanhoidajan käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk25226?toc=1135863>

Vuori, J. 2023. Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 15.9.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelma-opetus/kvali/tutkimuseiikka/tutkimuseiikka-ihmistieteissa/>

LIITTEET

Saatekirje hoitoyksikön hoitotyöntekijöille liite 1

Ryhmähaastattelun teemat ja kysymykset liite 2

Suostumuslomake haastatteluun sekä työpajaan osallistuville hoitotyöntekijöille liite 3

Aineistonkeruu liite 4

Sisällönanalyysin alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaukset sekä luokkien muodostumiset liite 5

Saattohoidossa olevan potilaan omaisten kohtaaminen ja tukeminen – Toimintaohje hoitotyöntekijöille liite 6

Hei Sinä palliatiivisia potilaita ja saattohoitopotilaita työssäsi kohtaava hoitotyöntekijä. Olen Oulun ammattikorkeakoulun YAMK-tutkintoa suorittava sairaanhoitaja Oulusta. Teen tutkimuksellista kehittämistyötä, jonka tarkoituksena on kehittää työskentelemäsi hoitoyksikön palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Yhä enemmän kohtaamme työssämme parantumattomasti sairaita sekä kuolevia ihmisiä. Jotta kaikilla olisi samanarvoinen ja yhtä laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito, on tärkeää, että tiedämme kuinka toimia erilaisissa tilanteissa ja kuinka ohjata potilaita.

Haluaisitko Sinä lähteä mukaan tähän kehittämistyöhön ja tuoda oman äänesi ja mielipiteesi esille paremman palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamiseksi? Järjestän ryhmähaastattelun hoitotyöntekijöille sekä työpajan, jossa pääsette yhdessä muiden kollegoiden kanssa pohtimaan hoitoyksikönne palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiskohtia sekä pohtimaan yhdessä niihin ratkaisuja.

Kehittämistyön ryhmähaastattelu sekä työpajan ajankohta ilmoitetaan myöhemmin. Mikäli kiinnostuit ja innostuit aiheesta, tutustu ja täytä liitteenä oleva suostumuslomake ja toimita se työskentelemäsi hoitoyksikön esihenkilölle. Kenenkään henkilötietoja tai työyksiköiden tietoja ei käytetä työssä tunnistettavasti, ja kaikki materiaali hävitetään työn valmistuttua asianmukaisesti ja tietosuojalainsäädäntöä noudattaen. Halutessasi voit tutustua tietosuojaan tarkemmin seuraavassa osoitteessa:

<https://sec.oamk.fi/tietosuojainfo-kyseely/?id=9135cbb4ffa94525c9a60f90200e7f12fbbe3c25>

Mikäli Sinulla herää kysyttävää kehittämistyöhön liittyen, ole rohkeasti yhteydessä sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin,

Heidi Akbaba-Cinar

YAMK-opiskelija

Oulun ammattikorkeakoulu

Hakbaba20@students.oamk.fi

Ryhmähaastattelun teemat ovat

1. palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen
2. palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiskohteet
3. hoidon toteuttamiseen liittyvät haasteet
4. hoidon toteuttamiseen saatavat apuvälineet ja muut avut.

Ryhmähaastattelun kysymykset ovat

1. Kuinka paljon hoidatte palliatiivisia potilaita ja saattohoitopotilaita?
2. Miten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutus järjestetään tällä hetkellä?
3. Millaista tukea hoitoyksiköissä saadaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen?
4. Millaista tukea tarvitsitte palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa ja haastavissa tilanteissa?
5. Millaisia kehittämiskohteita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa tällä hetkellä on?
6. Mikä/mitkä vaiheet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa tuottaa haasteita hoitoyksiköissänne?
7. Millaisia haasteellisia tilanteita teillä on tullut eteen palliatiivisia potilaita ja saattohoitopotilaita hoitaessanne?
8. Mihin olette yhteydessä haastavissa tilanteissa?
9. Koetteko palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisenne riittäväksi?
10. Mitä/mitkä asiat kaipaisivat kehittämistä osaamisen ylläpitämiseksi?

SUOSTUMUSLOMAKE TUTKIMUKSELLISEEN KEHITTÄMISTYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus on kehittää teidän työyksiköidenne palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnittelua ja toteuttamista.

Jotta voin käsitellä henkilötietojasi tutkimuksen toteuttamiseksi, minulla on oltava siihen riittävä peruste. Tässä tutkimuksessa käsittelen tietojasi yleisen edun perusteella ja pyydän sinulta suostumuksen osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen tulokset ovat kaikkien hyödynnettävissä.

Pyydän Sinua mukaan tutkimukseeni, koska mahdolliset kehittämiskohteet ovat helpoiten selvitettävissä juuri sitä työtä tekevien kautta.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. Sinun ei tarvitse kertoa minulle, miksi et halua osallistua.

Tulen haastattelemaan sinua ryhmähaastattelun muodossa (päivä paikka). Työpaja järjestetään (päivä paikka).

Haluan tietää työskentelemäsi hoitoyksikön mahdollisista kehittämiskohdissa liittyen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Kehittämiskohdat voivat liittyä niin suoraa potilastyöhön kuin kaikkeen muuhunkin.

Haastattelu kestää 1-1,5 tuntia ja se toteutetaan etäyhteydessä Teamsin välityksellä. Teams-kokoontuminen nauhoitetaan, jotta saan purettua aineiston myöhemmin kehittämistyön purkuvaiheessa.

Kaikki aineisto, mukaan lukien tämä suostumuslomake, ryhmähaastattelun ja työpajan äänitallenne ja tutkijan muistiinpanot hävitetään asianmukaisesti ja tietoturvalakia noudattaen tämän työn valmistuttua viimeistään 31.7.2025. Tietosuojainfoon pääset tutustumaan tarkemmin: <https://sec.oamk.fi/tietosuojainfo-ky-sely/?id=9135cbb4ffa94525c9a60f90200e7f12fbbe3c25>

Pyydän sinua allekirjoittamaan suostumuslomakkeen, jos olet halukas osallistumaan tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön ja kehittämään työyksikkösi asioita palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyen.

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintamalli yksityiseen palveluasumisyksikköön ja terveyskeskuksen vuodeosastolle*.

Olen lukenut yllä olevat tiedot ja ymmärtänyt ne.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus, milloin tahansa tutkimuksen aikana keskeyttää tutkimukseen osallistuminen, eikä siitä aiheudu minulle mitään ikäviä seuraamuksia. Keskeyttämiselle ei tarvitse ilmaista erillistä syytä.

Kyllä, haluan osallistua tutkimukseen.

Päiväys _____ Paikka _____
 ____/____/2025

 Tutkittavan allekirjoitus

 Tutkittavan nimenselvennys

AINEISTONKERUU

Tiedonhakuprosessissa pyritään saamaan riittävän laajasti ja kattavasti tietoa tarkasteltavaan aiheeseen liittyen sekä perehdytään aiheeseen. Tiedonhaun aikana on tarkoitus perehtyä jo olemassa olevaan tutkittuun ja kirjoitettuun tietoon. Tiedonhakuprosessi alkaa aiheen haltuunotolla eli täytyy olla tiedossa mistä aiheesta ja mitä tietoa halutaan hakea. Tutkittavan aiheen terminologiaan ja käsitteistöön on tärkeää tutustua ja tiedontarve tulisi kartoittaa jo tiedonhakuprosessin alkuvaiheessa, sillä se nopeuttaa ja helpottaa tarvittavan tiedon hankkimista. (Tieteellisen tiedonhankinnan opas 2023.) Tiedonhaussa käytettiin verkkotietokantoja. Tiedonhakuprosessi suoritetaan huolella, sillä materiaalia on käytössä paljon. Tiedonhakuprosessi dokumentoidaan ja sisällytetään opinnäytetyöhön.

Tiedonhakuprosessissa on tärkeää ymmärtää sen tärkeys ja rooli, kun aletaan tekemään esimerkiksi tutkimustyötä. Tiedonhaussa tulee keskittyä rajattuun aiheeseen ja sen keskeisten käsitteiden auki kirjoittamiseen. Tutkimuksessa käytetyt käsitteet tulee määritellä tutkimuksessa yksiselitteisesti. Tiedonhaku onnistuu helpoiten, kun aihetta pystytään rajaamaan tarpeeksi. Kun tiedonhakua tehdään tutkimusta varten, se on jo tutkimuksellista tiedonhakua. Tutkimuksellinen tiedonhaku on luonteeltaan systemaattista ja toistuvaa. Tiedonhaku on syytä dokumentoida ja sisällyttää työhön liitteeksi. (Itä-Suomen yliopisto 2024.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tiedonhakuprosessin hakusanoina käytetään keskeisiä käsitteitä. Tiedonhakuprosessissa käytetään apuna Oulun ammattikorkeakoulun kirjaston informaation ohjausta tiedonhakuprosessiin liittyen.

PubMedistä hakusanoilla ”palliative care” AND ”palliative treatment” löytyi hakutuloksia 3160, joista käyttöön otettiin 2 tutkimusta. Hakukriteereinä käytettiin vuoden 2015 jälkeen julkaistua materiaalia, koko tekstin saatavuutta sekä suomen -tai englanninkielisiä julkaisuja. PubMedin hakua muokattiin seuraavaksi hakusanoille ”palliative care” AND ”relatives”, jolloin hakutuloksia löytyi 787. Näistä 5 julkaisua tuli käyttöön samoilla sisäänottokriteereillä, kuin aiemmassakin PubMedin haussa.

Journal.fi-sivustolta löytyi hakusanoilla palliatiivinen hoito AND omaisten tukeminen yhteensä 101 hakutulosta. Näitä hakutuloksia ei rajattu erikseen vuosiluvun mukaan, vaan ne oli järjestetty automaattisesti hakusanoja parhaiten vastaavaan järjestykseen. Näistä tuloksista otettiin tähän työhön käyttöön 4.

CINAHL-tietokannasta hakutuloksia löytyi hakusanoilla "palliative care" OR " palliative treatment" OR "terminal care" yhteensä 9314 tulosta. Hakukriteereinä käytettiin kokotekstin saatavuutta sekä vuoden 2015 jälkeen julkaistuja aineistoja. Hakusanoja kohdennettiin vielä siten, että edellä mainittujen lisäksi hakuun lisättiin AND "relatives", jolloin hakutuloksia saatiin samoilla hakukriteereillä 7775 kappaletta. Tästä hausta käyttöön tuli 1 tutkimus. Hakua pyrittiin täsmentämään vielä ottamalla muut hakusanat pois ja jättämällä vain "palliative care" AND "relatives", jolloin hakutuloksia saatiin 129 kappaletta. Näistä käyttöön tuli 3 tutkimusta.

Medicistä hakusanoilla "palliative care" AND " relatives" hakutuloksia löytyi 4 kappaletta. Näistä yksikään ei päätynyt käytettäväksi, sillä ne eivät soveltuneet aiheeseen. Hakusanoilla suomeksi eli "palliativinen hoito" AND "omaisten tukeminen" hakutuloksia löytyi 23 kappaletta. Näistä käyttöön tähän työhön tuli 1 tutkimus.

Teoreettisen viitekehyksen kokoamisessa käytettiin myös painettua kirjallisuutta sekä vapaata hakua harmaasta kirjallisuudesta Google scholar-hakukoneella. Google scholarin hausta löytyi hakusanoilla palliativinen hoito AND omaisten tukeminen yhteensä 8 tulosta, kun käytettiin hakukriteereinä vuodesta 2015 alkaen julkaistuja sekä arvioituja artikkeleita. Näistä yhtäkään ei kuitenkaan valittu tähän työhön, sillä ne olivat opinnäytetöitä kaikki ja siten eivät täyttäneet sisäänottokriteereitä.

SISÄLLÖNANALYYSIN ALKUPERÄISET JA PELKISTETYT ILMAUKSET SEKÄ LUOKKIEN MUODOSTUMISET

Tutkimuskysymys 1. Millaista palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamista hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta?

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
Osa meistä on käynyt koulutuksia, mutta kaikilla ei ole samoja tietoja.	Osaamisessa on vaihtelua.
Käytännössä sitä oppii työssä, mutta olisi hyvä saada lisää koulutusta.	Osaamista hankitaan työn kautta. Koulutusta olisi hyvä saada lisää.
Ainakin kaipaisin sitä semmoista koulutusta, selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita.	Selkeitä toimintaohjeita tarvitaan. Yhtenäisiä ohjeita tarvitaan.
Aika hyvin osataan hoitajina ennakoida sitä, että jos jollakin ihmisellä vointi lähtee menemään tosi huonompaan suuntaan, niin osataan lääkäriltä pyytää jo ennakoivasti saattohoitotilanteita esimerkiksi reseptille ja lääkeohjeet sinne.	Hoitotyöntekijät osaavat ennakoida saattohoitotilanteiden tarpeen ja pyytävät lääkkeitä ajoissa. Lääkärit tekevät ennakoivia saattohoitotilanteita. Hoitotyöntekijät saattavat tunnistaa saattohoidon tarpeen ennen lääkäriä, mutta päätöksen tekeminen kestää.
Jos on joku semmoinen lääketieteellinen juttu niin tietenkin konsultoidaan lääkäriä, että lääkäri kirjaa kaikki tuonne, että meillä on sitten taustatukea siellä.	Lääketieteellisissä asioissa konsultoidaan lääkäriä. Lääkäri kirjaa potilastietoihin hoito-ohjeita. Hoitotyöntekijät saavat taustatukea lääkärin antamista kirjallisista ohjeista.
Sitten se omaisten kohtaaminen on aina semmoinen mihin tarvitsisi ehkä sitä tukea.	Omaisten kohtaamiseen tarvitaan tukea.
Se on se työkaveri, johon turvaudutaan ja puretaan tilannetta ja sieltä yleensä saa sitä tukea kuitenkin.	Työkavereilta saa tukea. Tilanteita puretaan työkavereiden kanssa.

Saattohoitopotilaiden hoidossa on paljon kokemuksen tuomaa osaamista.	Kokeneilla hoitotyöntekijöillä on vahva osaaminen saattohoidossa.
Kipupumppujen käyttö vaatii erityisosaamista, jota kaikilla ei ole.	Kaikki hoitotyöntekijät eivät hallitse kipupumppujen käyttöä.
	Kipupumpun käytössä on eroavaisuuksia eri yksiköissä.
	Koulutusta ja harjoittelua tarvitaan kipupumppujen oikeanlaiseen käyttöön.
Saattohoitopotilaan lääkityksessä on tärkeää tietää, miten annostellaan turvallisesti.	Saattohoidon lääkehoito vaatii tarkkaa annostelua.
	Oikeiden lääkemääräysten puuttuminen voi viivästyttää oireenmukaista hoitoa.
Palliativisessa hoidossa tarvitaan enemmän ravitsemukseen liittyvää osaamista.	Ravitsemuksen merkitystä palliativisessa hoidossa ei aina tunnisteta.
Uudet hoitajat kokevat epävarmuutta, kun he eivät ole aiemmin hoitaneet saattohoitopotilaita.	Nuoremmat hoitotyöntekijät tuntevat epävarmuutta saattohoidossa.
	Opastus ja tuki kivunhoidossa auttaisivat hoitotyöntekijöitä toimimaan varmemmin.
Kotisaattohoidossa on usein ongelmia, kun kipupumppuja ei ole valmiina tai niitä ei osata käyttää.	Kotisaattohoidossa on puutteita lääkehoidon saatavuudessa ja osaamisessa.
No ainakin itsellä tulee mieleen juuri tämä kivunhoito, että sitten kun menee tosi kivuliaaksi.	Kivunhoitoa tulisi kehittää, jotta osataan toimia tilanteissa nopeasti.
Monesti hoitajilla on epävarmuutta siitä, milloin on oikea hetki aloittaa saattohoito.	Saattohoidon aloitukseen liittyy epävarmuutta.
Meidän omille lääkäreille kyllä pitää antaa kiitosta, että hyvin ennakoivat tuota hyvissä ajoin ja saadaan lääkemääräyksiä ja kaikkia varalta jo ettei sitten ole sormi suussa, kun oikea tilanne tulee.	Lääkärit ennakoivat hyvin.
	Lääkäreiden ennakoivat lääkemääräykset helpottavat hoitotyöntekijöiden hoitotoimia, kun potilaalla tulee voinnin heikkenemistä.
	Palliativiseen hoitoon siirryttäessä ei tehdä kovinkaan usein kirjallisia päätöksiä.

Itse se palliatiiviseen hoitoon siirtyminen niin se on ehkä semmoinen, en ole ainakaan nähnyt kovin monta kirjattuna.	Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on näkymätöntä.
Monesti mietitään, että uskallanko antaa tämän annoksen. Mutta jos ihminen on kuoleva ja on kivussa, niin kivut pitää poistaa.	Hoitotyöntekijät epäroivät kipulääkkeiden antamista, mutta kivunhoito on ensisijaista.
	Saattohoidon lääkehoito vaatii tarkkaa annostelua.
Kotisaattohoidossa on välillä vaikea arvioida, milloin palliatiivinen vaihe alkaa.	Palliatiiviseen hoitoon siirtymisen arviointi kotihoidossa on haasteellista.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Osaamisessa on vaihtelua.	Palliatiivisen hoidon osaamisen vahvistaminen
Nuoremmat hoitotyöntekijät tuntevat epävarmuutta saattohoidossa.	
Kaikki hoitotyöntekijät eivät hallitse kipupumpujen käyttöä.	
Koulutusta ja harjoittelua tarvitaan kipupumpujen oikeanlaiseen käyttöön.	
Ravitsemuksen merkitystä palliatiivisessa hoidossa ei aina tunnisteta.	
Kotisaattohoidossa on puutteita lääkehoidon saatavuudessa ja osaamisessa.	
Kipupumpun käytössä on eroavaisuuksia eri yksiköissä.	Palliatiivisen hoidon tietotason vaihtelu
Opastus ja tuki kivunhoidossa auttaisivat hoitotyöntekijöitä toimimaan varmemmin.	Ohjauksen ja tuen tarve
Nuoremmat hoitotyöntekijät tuntevat epävarmuutta saattohoidossa.	
Opastus ja tuki kivunhoidossa auttaisivat hoitotyöntekijöitä toimimaan varmemmin.	
Työkavereilta saa tukea.	

Hoitotyöntekijät saavat taustatukea lääkärin antamista kirjallisista ohjeista.	
Tilanteita puretaan työkavereiden kanssa.	
Omaisten kohtaamiseen tarvitaan tukea.	
Koulutusta olisi hyvä saada lisää.	
Saattohoidon lääkehoito vaatii tarkkaa annostelua.	Oireiden lievityksen osaaminen
Hoitotyöntekijät epäröivät kipulääkkeiden antamista, mutta kivunhoito on ensisijaista.	
Lääkärit tekevät ennakoivia saattohoitolääkityksiä.	Hoidon ennakointi
Lääkärit ennakoivat hyvin	
Kivunhoitoa tulisi kehittää, jotta osataan toimia tilanteissa nopeasti.	
Lääkäreiden ennakoivat lääkemääräykset helpottavat hoitotyöntekijöiden hoitotoimia, kun potilaalla tulee voinnin heikkenemistä.	Lääkemääräysten merkitys hoidon sujuvuudelle
Hoitotyöntekijät osaavat ennakoida saattohoitolääkityksen tarpeen ja pyytävät lääkkeitä ajoissa.	Kokemuksen kautta saatu asiantuntemus
Hoitotyöntekijät saattavat tunnistaa saattohoidon tarpeen ennen lääkäriä, mutta päätöksen tekeminen kestää.	
Kokeneilla hoitotyöntekijöillä on vahva osaaminen saattohoidossa.	
Osaamista hankitaan työn kautta.	
Palliativiseen hoitoon siirtymisen arviointi kotihoidossa on haasteellista.	Palliativiseen hoitoon siirtymiseen liittyvät haasteet
Oikeiden lääkemääräysten puuttuminen voi viivästyttää oireenmukaista hoitoa.	Lääkemääräysten viivästymisen vaikutukset
Yhtenäisiä ohjeita tarvitaan.	
Selkeitä toimintaohjeita tarvitaan.	

Saattohoidon aloitukseen liittyy epävarmuutta.	Hoitotyöntekijöiden epävarmuus saattohoidon aloituksen ajankohdasta
Palliativiseen hoitoon siirryttäessä ei tehdä kovinkaan usein kirjallisia päätöksiä.	Palliativiseen hoitoon siirtymisen epäselvä dokumentointi
Lääketieteellisissä asioissa konsultoidaan lääkäreitä.	Yhteistyö lääkäreiden kanssa
Lääkäri kirjaa potilastietoihin hoito-ohjeita.	

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Palliativisen hoidon tietotason vaihtelu	Koulutuksen ja osaamisen vahvistaminen
Koulutuksen vaikutus hoitotyöhön	
Oireiden lievityksen osaaminen	Kliininen osaaminen
Hoidon ennakointi	
Kokemuksen kautta saatu asiantuntemus	Kokemuksen merkitys hoitotyössä
Lääkemääräysten viivästymisen vaikutukset	Moniammatillisen yhteistyön merkitys
Ohjauksen ja tuen tarve	
Yhteistyö lääkäreiden kanssa	
Hoitotyöntekijöiden epävarmuus saattohoidon aloituksen ajankohdasta	Päätöksenteon hitaus saattohoidon aloituksessa
Palliativiseen hoitoon siirtymiseen liittyvät haasteet	
Lääkemääräysten merkitys hoidon sujuvuudelle	Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Koulutuksen ja osaamisen vahvistaminen	Osaamisen ja koulutuksen merkitys
Kliininen osaaminen	Kliinisen osaamisen merkitys
Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen	
Kokemuksen merkitys hoitotyössä	
Moniammatillisen yhteistyön merkitys	

Päätöksenteon hiatus saattohoidon aloituksessa	Moniammatillisen yhteistyön ja päätöksenteon haasteet
--	--

Tutkimuskysymys 2. Millaisia kehittämistarpeita hoitoyksiköiden hoitajien näkemysten mukaan on?

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
Meillä on lupa ottaa ylimääräistä henkilökuntaa saattohoitotilanteisiin, mutta harvoin sitä tulee otettua, ja on vaikea saada ketään yhtäkkiä paikalle.	Lupa ottaa ylimääräisiä työntekijöitä vuoroon.
	Ylimääräisiä hoitotyöntekijöitä on vaikea saada.
Jos vuoronvaihdossa ei ole riittävästi resursseja, hoidon laatu saattaa vaihdella, ja potilas ei saa tasaista hoitoa koko prosessin ajan.	Hoidon laatu saattaa vaihdella, jos vuoronvaihdossa ei ole riittävästi resursseja.
	Potilas ei saa tasaista hoitoa, jos hoidon laatu vaihtelee.
Kotisaattohoito ei aina onnistu, koska tarvittavat resurssit puuttuvat.	Kotisaattohoidon toteuttaminen on haastavaa resurssipulan vuoksi.
Kaivattaisiin selkeitä kirjallisia ohjeita siitä, miten saattohoito etenee, mitä pitää huomioida ja miten toimitaan eri vaiheissa.	Hoitotyöntekijät kaipaavat selkeitä kirjallisia ohjeita saattohoitoprosessin etenemisestä.
	Hoitotyöntekijät kaipaavat selkeää kirjallista ohjetta saattohoitopotilaan hoidon eri vaiheista.
Ainakin kaipaisin semmoista koulutusta, selkeät yhtenäiset ohjeet tähän tilanteeseen. Se olisi hyvä, jos semmoisen paketin saisi.	Hoitotyöntekijät kaipaavat lisää koulutusta ja selkeitä ohjeita saattohoidosta.
	Hoitotyöntekijöillä ei ole yhtenäisiä kriteereitä siitä, milloin potilas tulisi siirtää palliatiiviseen hoitoon.

Olisi hyvä, jos työyhteisössä olisi kuoleman jälkeän jälkipyykki, koska joillekin hoitajille se voi olla aika järkytys.	Saattohoitotyöhön tulisi olla enemmän työnohjausta ja vertaistukea.
Vaikka haluaisi keskustella omaisten kanssa, niin ei vaan ehdi, kun on monta muuta hoidettavaa potilasta.	Kiire vähentää mahdollisuuksia kohdata omaiset.
	Hoitajilla ei ole aina aikaa keskustella omaisten kanssa riittävästi.
Osa omaisista ei hyväksy sitä, että potilas on kuolemassa, ja voivat vaatia hoitoa, joka ei ole enää tarpeellista.	Omaisilla voi olla epärealistisia odotuksia hoidon jatkamisesta.
	Omaiset saattavat vaatia hoitoa, joka ei ole enää tarkoituksenmukaista.
Osa omaisista kokee, että hoitajat luovuttavat liian aikaisin.	Omaisten käsitykset palliatiivisesta hoidosta voivat erota hoitajien näkemyksistä.
	Omaisille ei aina kerrota tarpeeksi selkeästi, mitä palliatiivinen hoito tarkoittaa.
Haasteelliset omaiset voivat olla iso kuormitustekijä henkilökunnalle.	Haasteelliset omaiset kuormittavat hoitotyöntekijöitä.
	Omaiset voivat kokea jäävänsä ulkopuolisiksi, mikä kuormittaa hoitotyöntekijöitä.
	Hoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta omaisten kohtaamiseen ja haastavien tilanteiden hallintaan.
Hoitajille ei ole selkeitä ohjeita siitä, miten toimia omaisten kanssa haastavissa tilanteissa.	Omaisviestinnän ohjeistusta tulisi kehittää.
	Omaisviestinnässä tulisi olla yhtenäiset käytännöt ja enemmän aikaa omaisten kohtaamiseen.
Olisi hyvä, jos omaisille voisi soittaa esimerkiksi pari kuukautta kuoleman jälkeen ja kysyä, miten he voivat.	Kuoleman jälkeinen tuki omaisille voisi olla systemaattisempaa.
	Omaisille ei ole tarjolla tarpeeksi jälkikeskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa

Joskus tuntuu, että lääkäri mietiskelee liian kauan, että pitäisikö tehdä saattohoitopäätös, kun itse jo näkee, että nyt pitäisi tehdä se päätös.	Saattohoitopäätökset voivat viivästyä lääkärin epäröinnin takia.
	Saattohoidon aloittamisen näkee hoitotyöntekijät usein ennen varsinaista saattohoitopäätöksen tekemistä.
	Viivästynyt saattohoitopäätös voi vaikuttaa kivunhoidon ja lääkityksen aloitukseen.
	Päätöksentekoa tulisi nopeuttaa lääkärrien osalta.
	Viive päätöksenteossa voi lisätä omaisten ja hoitajien epävarmuutta.
Meillä on enemmän tapana kysyä omalta lääkäriltä, joka voi sitten konsultoida eteenpäin	Hoitotyöntekijät turvautuvat ensisijaisesti omaan lääkäriinsä.
Joskus omaiset eivät ymmärrä, miksi kuolevalle potilaalle ei anneta enää esimerkiksi ravintoa tai nesteytystä.	Omaisten ymmärrystä palliatiivisesta hoidosta tulisi parantaa.
	Omaiset voivat kyseenalaistaa hoitokäytännöt, jos he eivät ymmärrä, miksi esimerkiksi nesteytys lopetetaan.
Monesti mietitään, että uskallanko antaa tämän annoksen. Mutta jos ihminen on kuoleva ja on kivussa, niin kivut pitää poistaa.	Hoitotyöntekijät epäröivät kipulääkkeiden antamista, mutta kivunhoito on ensisijaista.
	Saattohoidon lääkehoito vaatii tarkkaa annostelua.
En ole kyllä ikinä ajatellutkaan, että olisin voinut soittaa palliatiiviseen konsultaatiotiimiin.	Palliatiivisen konsultaatiotiimin käyttö on vähäistä.
	Konsultaatiotiimi voisi tarjota enemmän tukea vaikeiden oireiden hallintaan.
	Hoitotyöntekijöillä ei ole aina tietoa siitä, milloin ja miten konsultaatiotiimiä voi hyödyntää.
Kotona potilaan tilanne voi muuttua äkkiä, kuten hengenahdistus tai verenvuoto, ja silloin reagointi on vaikeaa.	Potilaan voinnin heikkeneminen ei aina johda välittömästi hoitolinjausten tarkasteluun.
Meillä on ollut tilanteita, joissa omaiset eivät ole hyväksyneet palliatiivista hoitolinjausta.	Palliatiivisen hoidon päätöksiä voi olla vaikea perustella omaisille.

	Omaiset haluavat olla mukana päätöksenteossa, mutta heitä ei aina osata ottaa mukaan hoitoprosessiin.
Kaivattaisiin selkeitä kirjallisia ohjeita siitä, miten saattohoito etenee, mitä pitää huomioida ja miten toimitaan eri vaiheissa.	Saattohoidon ohjeistus kaipaa selkeyttämistä ja yhtenäisyyttä.
Iltaisin ja viikonloppuisin lääkäriin voi olla hankalampi saada yhteyttä konsultaatioissa.	Päivystävän lääkärin saatavuus voi olla haasteellista erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin.
Jos vuoronvaihdossa ei ole riittävästi resursseja, hoidon laatu saattaa vaihdella, ja potilas ei saa tasaista hoitoa koko prosessin ajan.	Hoidon laatu saattaa vaihdella resurssipulasta johtuen.
	Resurssipulasta johtuen potilaan hoito ei välttämättä ole tasaista.
Kivunhoito on haastavaa, varsinkin kun potilas menee tosi kivuliaaksi tai hengitysvaikeuksia alkaa ilmetä. On vaikeaa tietää, kuinka paljon kipulääkettä uskaltaa antaa.	Kipulääkkeiden annosteluun liittyy epävarmuutta.
Monesti hoitajilla on epävarmuutta siitä, milloin on oikea hetki aloittaa saattohoito.	Saattohoidon aloitukseen liittyy epävarmuutta.
Saattohoitopotilaan lääkityksessä on tärkeää tietää, miten annostellaan turvallisesti.	Saattohoidon lääkehoito vaatii tarkkaa annostelua.
	Oikeiden lääkemääräysten puuttuminen voi viivästyttää oireenmukaista hoitoa.
Ehkä se semmoinen niinku omaisten tukeminen ja kohtaaminen ja tiedonanto, niin se se olisi varmaan yksi semmoinen kehitettävä.	Omaisten tukeminen ja kohtaaminen on yksi kehittämiskohde.
	Tiedonanto omaisille on kehittämiskohde.
Varsinkin jos on nuorempia ihmisiä, jotka kuolevat, niin tavallaan myös sen jälkihoito, niiden läheisten, jotka jää suremaan, voisi olla parempaa.	Suremaan jääneiden omaisten kohtaaminen voisi olla parempaa.
	Omaisten jälkihoitoa voisi olla.
Lääkärikonsultaatioita meillä on aika helppo tehdä, saadaan kyllä sieltä sitten.	Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus konsultoida lääkäriä helposti.

	Lääkärin päätökset ovat keskeisiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon linjauksissa.
Meillähän ei tällä hetkellä juurikaan kotisaattohoitoa ole, että kun ollaan joko asumispalveluyksiköissä tai vuodeosastolla.	Kotisaattohoitoa ei juurikaan toteuteta.
	Saattohoitopotilaat hoidetaan pääsääntöisesti asumispalveluyksiköissä tai vuodeosastolla.
Ehkä sekin, että jos kokee, että ei pääse osalliseksi tai ei saa tietoa, niin se voi näkyä semmoisella haastavana käyttäytymisenä, jopa hyökkäävyytenä henkilökuntaa kohtaan.	Omaiset voivat reagoida hyökkäävästi hoitotyöntekijöitä kohtaan tuntiessaan, että jäävät potilaanhoidosta ulkopuolisiksi.
	Omaiset voivat olla haasteellisia jäädessään ulkopuolisiksi potilaan hoidossa.
	Omaisten olisi tärkeää saada tietoa potilaan hoidosta.
Olen huomannut, että jos on kiire ja paljon muitakin potilaita, omaisten huomioiminen jää helposti vähemmälle.	Kiire vaikuttaa negatiivisesti omaisten huomioimiseen
	Omaiset jäävät helposti toissijaisiksi, jos hoitohenkilökunnalla on kiire muita potilaita kohtaan.
	Hoitotyöntekijöiden kiire saattaa vaikuttaa omaisten käytökseen.
Omaisten välillä voi olla epärealistisia toiveita, kuten että miksi potilaalle ei anneta nesteitä, vaikka hän on tajuttomassa tilassa	Omaisten odotukset hoidosta voivat olla epärealistisia.
	Omaiset eivät aina ymmärrä miksi potilasta ei hoideta enää aktiivisesti.
Musta tuntuu, että sitä palliatiivisen hoidon päätöstä tehdään aika harvoin. Toki jos on joku semmoinen, se tulee erikoissairaanhoidosta, niin ne hän on ihan selviä.	Palliatiivisen hoidon päätökset ovat harvinaisia.
	Saattohoitopäätöksiä tehdään usein vain erikoissairaanhoidosta tuleville.
Niitä päätöksiä ei oikeastaan juuri koskaan näe sille, että ne on paremmin saattohoitopäätöksiä sitten mitä tehdään.	Saattohoitopäätöksiä tehdään enemmän kuin palliatiivisen hoidon päätöksiä.
Joskus meillä on vaikeuksia saada lääkkeitä ajoissa saataville.	Saattohoidon lääkkeiden saatavuus voi olla haasteellista.

	Lääkkeiden saatavuus voi olla haasteellista, erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin.
Saattohoitotyö on henkisesti raskasta, ja hoitajatkin tarvitsevat tukea.	Saattohoitotyö on henkisesti kuormittavaa ja vaatii tukea.
	Saattohoitotyöhön tulisi olla enemmän työnohjausta ja vertaistukea.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Oikeiden lääkemääräysten puuttuminen voi viivästyttää oireenmukaista hoitoa.	Lääkehoidon haasteet
Saattohoidon lääkkeiden saatavuus voi olla haasteellista	
Lääkkeiden saatavuus voi olla haasteellista, erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin	
Hoitotyöntekijät epäröivät kipulääkkeiden antamista, mutta kivunhoito on ensisijaista.	
Saattohoidon lääkehoito vaatii tarkkaa annostelua.	
Kipulääkkeiden annosteluun liittyy epävarmuutta.	
Palliativisen hoidon päätökset ovat harvinaisia.	Palliativisen hoidon ja saattohoidon haasteet
Palliativisen hoidon päätöksiä tehdään usein vain erikoissairaanhoidosta tuleville.	
Saattohoitopäätöksiä tehdään enemmän kuin palliativisen hoidon päätöksiä.	
Saattohoitopäätökset voivat viivästyä lääkärin epäröinnin takia	
Viivästynyt saattohoitopäätös voi vaikuttaa kivunhoidon ja lääkityksen aloitukseen.	
Päätöksentekoa tulisi nopeuttaa lääkärin osalta.	

Viive päätöksenteossa voi lisätä omaisten ja hoitajien epävarmuutta.	
Potilaan voinnin heikkeneminen ei aina johda välittömästi hoitolinjausten tarkasteluun.	
Saattohoidon aloitukseen liittyy epävarmuutta.	
Saattohoitotyö on henkisesti kuormittavaa ja vaatii tukea.	Hoitotyöntekijöiden kuormitus ja tuen tarve
Saattohoitotyöhön tulisi olla enemmän työnohjausta ja vertaistukea.	
Omaiset voivat kokea jäävänsä ulkopuolisiksi, mikä kuormittaa hoitotyöntekijöitä.	Omaisten osallistuminen ja tiedonsaanti
Omaiset eivät aina ymmärrä miksi potilasta ei hoideta enää aktiivisesti.	
Omaisten odotukset hoidosta voivat olla epärealistisia.	
Omaisten tukeminen ja kohtaaminen on yksi kehittämiskohde.	
Omaiset jäävät helposti toissijaisiksi, jos hoitohenkilökunnalla on kiire muita potilaita kohtaan.	
Tiedonanto omaisille on kehittämiskohde.	
Omaiset haluavat olla mukana päätöksenteossa, mutta heitä ei aina osata ottaa mukaan hoitoprosessiin.	
Omaisten olisi tärkeää saada tietoa potilaan hoidosta.	
Hoitajilla ei ole aina aikaa keskustella omaisten kanssa riittävästi.	
Kiire vähentää mahdollisuuksia kohdata omaiset.	
Omaisille ei aina kerrota tarpeeksi selkeästi, mitä palliatiivinen hoito tarkoittaa.	
Omaisviestinnän ohjeistusta tulisi kehittää.	

Omaisviestinnässä tulisi olla yhtenäiset käytännöt ja enemmän aikaa omaisten kohtaamiseen.		
Omaisten ymmärrystä palliatiivisesta hoidosta tulisi parantaa.		
Palliatiivisen hoidon päätöksiä voi olla vaikea perustella omaisille.		
Omaisot voivat olla haasteellisia jäädessään ulkopuolisiksi potilaan hoidossa.		
Lupa ottaa ylimääräisiä työntekijöitä vuoroon	Hoitotyöntekijöiden resurssit ja työolosuhteet	
Ylimääräisiä hoitotyöntekijöitä on vaikea saada.		
Hoidon laatu saattaa vaihdella, jos vuoronvaihdoissa ei ole riittävästi resursseja.		
Potilas ei saa tasaista hoitoa, jos hoidon laatu vaihtelee.		
Kotisaattohoidon toteuttaminen on haastavaa resurssipulan vuoksi.		
Hoidon laatu saattaa vaihdella resurssipulasta johtuen.		
Resurssipulasta johtuen potilaan hoito ei välttämättä ole tasaista.		
Kotisaattohoitoa ei juurikaan toteuteta.		
Saattohoitopotilaat hoidetaan pääsääntöisesti asumispalveluyksiköissä tai vuodeosastolla.		
Kiire vaikuttaa negatiivisesti omaisten huomiointiin		
Hoitotyöntekijöiden kiire saattaa vaikuttaa omaisten käyttöön.		
Hoitotyöntekijät kaipaavat selkeitä kirjallisia ohjeita saattohoitoprosessin etenemisestä.		Ohjeistuksen ja koulutuksen kehittäminen
Hoitotyöntekijät kaipaavat lisää koulutusta ja selkeitä ohjeita saattohoidosta.		

Hoitotyöntekijät kaipaavat selkeää kirjallista ohjetta saattohoitopotilaan hoidon eri vaiheista.	
Hoitotyöntekijöillä ei ole yhtenäisiä kriteereitä siitä, milloin potilas tulisi siirtää palliatiiviseen hoitoon.	
Hoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta omaisten kohtaamiseen ja haastavien tilanteiden hallintaan.	
Saattohoidon ohjeistus kaipa selkeyttämistä ja yhtenäisyyttä.	
Saattohoitotyöhön tulisi olla enemmän työnohjausta ja vertaistukea.	
Hoitotyöntekijät turvautuvat ensisijaisesti omaan lääkäriinsä.	Konsultaatiopalveluiden ja päätöksenteon tukeminen
Palliatiivisen konsultaatiotiimin käyttö on vähäistä.	
Konsultaatiotiimi voisi tarjota enemmän tukea vaikeiden oireiden hallintaan.	
Hoitotyöntekijöillä ei ole aina tietoa siitä, milloin ja miten konsultaatiotiimiä voi hyödyntää.	
Päivystävän lääkärin saatavuus voi olla haasteellista erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin.	
Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus konsultoida lääkäriä helposti.	
Lääkärin päätökset ovat keskeisiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon linjauksissa.	
Saattohoidon aloittamisen näkee hoitotyöntekijät usein ennen varsinaista saattohoitopäätöksen tekemistä.	

Omaisilla voi olla epärealistisia odotuksia hoidon jatkamisesta.	Omaisten odotukset ja reaktiot
Omaisot saattavat vaatia hoitoa, joka ei ole enää tarkoituksenmukaista.	
Omaisten käsitykset palliativisesta hoidosta voivat erota hoitajien näkemyksistä.	
Omaisot voivat reagoida hyökkäävästi hoitotyöntekijöitä kohtaan tuntiensa, että jäävät potilaanhoidosta ulkopuolisiksi.	
Omaisot voivat kyseenalaistaa hoitokäytännöt, jos he eivät ymmärrä, miksi esimerkiksi nesteytys lopetetaan.	
Kuoleman jälkeinen tuki omaisille voisi olla systemaattisempaa.	Kuoleman jälkeinen tuki omaisille
Omaisille ei ole tarjolla tarpeeksi jälkikeskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa.	
Suremaan jääneiden omaisten kohtaaminen voisi olla parempaa.	
Omaisten jälkihoitoa voisi olla	

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Lääkehoidon haasteet	Palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutukseen liittyvät haasteet
Palliativisen hoidon ja saattohoitopäätösten haasteet	
Konsultaatiopalveluiden ja päätöksenteon tukeminen	
Hoitotyöntekijöiden kuormitus ja tuen tarve	Hoitotyöntekijöiden tukeminen ja resurssit
Hoitotyöntekijöiden resurssit ja työolosuhteet	
Ohjeistuksen ja koulutuksen kehittäminen	
Omaisten odotukset ja reaktiot	Omaisten tukeminen ja kohtaaminen
Omaisten osallistuminen ja tiedonsaanti	
Kuoleman jälkeinen tuki omaisille	

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutukseen liittyvät haasteet	Palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutukseen liittyvät haasteet
Hoitotyöntekijöiden tukeminen ja resurssit	
Omaisten tukeminen ja kohtaaminen	Omaisten kohtaaminen ja tukeminen

SAATTOHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN OMAISTEN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN – Toimintaohje hoitotyöntekijöille

SAATTOHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN OMAISTEN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN

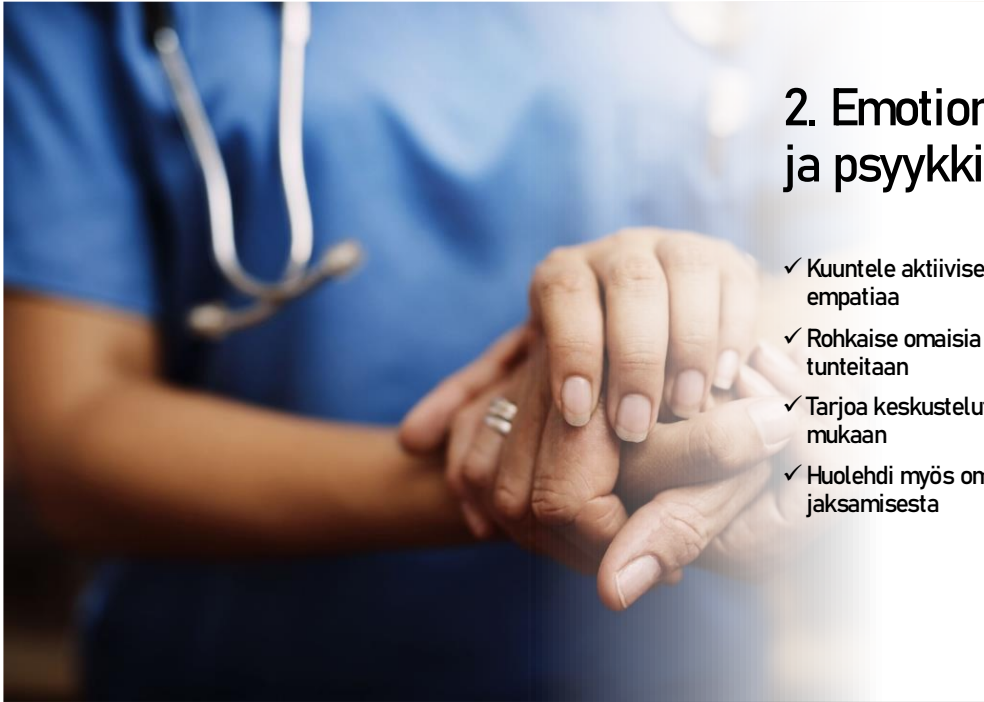
Toimintaohje hoitotyöntekijöille

Kuva: Microsoft Power Point suunnittelutyökalu

1. Ensikohtaaminen ja tiedonanto

- ✓ Tervehdi omaisia rauhallisesti ja esittele itsesi
- ✓ Luo turvallinen ja myötätuntoinen ilmapiiri
- ✓ Kerro lyhyesti ja selkeästi potilaan tilanteesta
- ✓ Varmista, että omaiset ymmärtävät annetun tiedon
- ✓ Anna omaisille mahdollisuus ilmaista tunteitaan





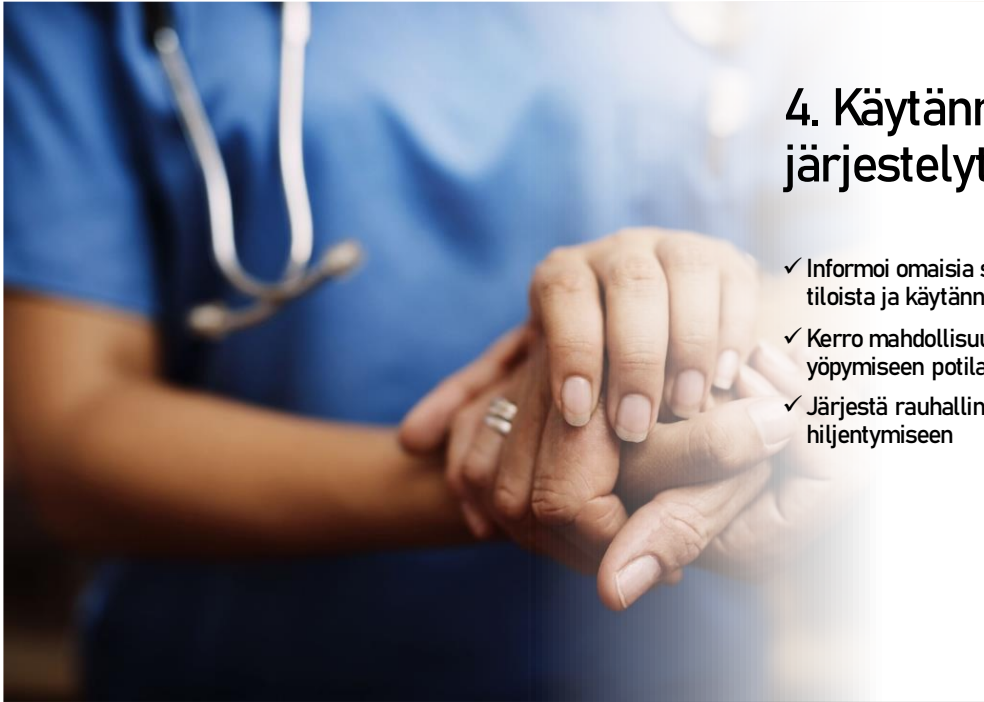
2. Emotionaalinen ja psyykkinen tuki

- ✓ Kuuntele aktiivisesti ja osoita empatiaa
- ✓ Rohkaise omaisia ilmaisemaan tunteitaan
- ✓ Tarjoa keskustelutukea tarpeen mukaan
- ✓ Huolehdi myös omaisten jaksamisesta

3. Osallistaminen hoitoon

- ✓ Kysy, haluavatko omaiset osallistua potilaan hoitoon
- ✓ Opasta omaisia hoitotoimenpiteissä
- ✓ Anna omaisilla lupa olla läsnä rauhassa





4. Käytännön järjestelyt

- ✓ Informoi omaisia saattohoidon tiloista ja käytännöistä
- ✓ Kerro mahdollisuudesta yöpymiseen potilaan luona
- ✓ Järjestä rauhallinen tila hiljentymiseen

5. Kuoleman lähestyessä

- ✓ Anna tietoa kuoleman merkeistä ja prosessista
- ✓ Rohkaise omaisia sanomaan hyvästit
- ✓ Tarjoa mahdollisuus hengelliseen tukeen





6. Kuoleman jälkeen

- ✓ Anna omaisille aikaa jäädä potilaan luo
- ✓ Osoita myötätuntoa ja kuuntele omaisten tarpeita
- ✓ Anna tietoa jatkotoimenpiteistä
- ✓ Tarjoa mahdollisuus jälkikeskusteluun

7. Jälkiseuranta

- ✓ Tarjoa mahdollisuus keskustella saattohoidon kokemuksesta
- ✓ Ohjaa vertaistuen ja sururyhmien äärelle





8. Haasteet omaisten kanssa

- ✓ Omaisilla voi olla erilaisia tunteita: suru, viha, pelko, epätoivo
- ✓ Kommunikaatiohaasteet: epäselvä tieto, väärinkäsitykset
- ✓ Omaisten erilaiset odotukset ja tarpeet
- ✓ Konfliktit omaisten ja hoitotyöntekijöiden välillä
- ✓ Omaisten uupumus ja voimattomuus
- ✓ Hoitotyöntekijöiden jaksaminen haastavissa tilanteissa

9. Kuinka selviytyä haasteista omaisten kanssa?

- ✓ Kuuntele aktiivisesti ja varmista, että omaiset tuntevat itsensä kuulluiksi
- ✓ Käytä selkeää ja johdonmukaista viestintää, vältä epäselvyyksiä
- ✓ Osoita empatiaa ja ymmärrystä omaisten tunteita kohtaan
- ✓ Pidä kiinni ammatillisista rajoista ja pyri säilyttämään rauhallisuus
- ✓ Ohja omaiset tarvittaessa lisätuen (sosiaalitoimi, vertaistuki) piiriin
- ✓ Pyri ratkaisemaan ristiriidat rakentavasti ja yhteistyössä
- ✓ Huolehdi myös omaista jaksamisestasi ja hyödynnä työyhteisön tuki

