

Annika Väisänen

# Hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen kehittäminen



Sairaanhoitaja ylempi (AMK)

Syksy 2020



KAMK • University  
of Applied Sciences

## Tiivistelmä

**Tekijä(t):** Väisänen Annika

**Työn nimi:** Hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen kehittäminen

**Tutkintonimike:** Sairaanhoitaja ylempi (AMK)

**Asiasanat:** näyttöön perustuva, palliatiivinen sedaatio, palliatiivinen hoito, hoitotyö, saattohoito, saattohoitoprosessi, läheinen, tukeminen, hoitoneuvottelu

Potilaan saattohoidon nykytilan on todettu olevan Suomessa alueellisesti epäyhtenäistä, mitä on toteutettu pääasiassa terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla. Hoitohenkilöstön osaaminen saattohoitopotilaan hoidossa on ollut puutteellista ja vaihtelevaa. Saattohoitopotilaan hoitotyössä tarvittavaa osaamista on kehitetty yleensä muun toiminnan ohessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Metodologiaksi valikoitui toimintatutkimus, koska se mahdollisti samanaikaisesti työelämän kehittämisen ja tutkimisen.

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaa tutkittua tietoa näyttöön perustuvasta palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksenä oli, mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Kirjallisuuskatsaukseen haettiin julkaisut PubMed Central-, PubMed-, Cinahl- ja Cochrane- sekä Medic- ja Finna.fi -tietokannoista (N=2126, n=10). Aineisto analysoitiin induktiivisella aineistonanalyyysillä ja tuloksena muodostui neljä luokkaa: hoitosuosituksiin perustuva, hoidon eettisyys ja turvallisuus, kivun hoito ja osaamisen vahvistaminen. Kehitettäväksi aiheeksi muodostui hoitohenkilöstön osaamisen vahvistaminen saattohoitopotilaan hoitotyössä.

Toisen syklin tarkoitus oli kuvata saattohoitopotilaan hoitoprosessi perusterveydenhuollossa Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kehittämiskysymys oli, minkälainen on saattohoitopotilaan hoitoprosessi Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kuvaamisen jälkeen kehittämistyötä jatkettiin benchmarking -vierailulla palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneeseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Vierailulta saatu aineisto luokiteltiin kolmeen tasoon: kypsät ideat, kehittämisisideat ja jatkoselvitystä vaativat ideat. Tulosten reflektion perusteella päädyttiin kehittämään hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa.

Kolmannen syklin aiheeksi muodostui saattohoitopotilaan läheisen tukeminen. Tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan hoitoneuvottelussa erityisesti läheisten tukemisessa. Tutkimuskysymys oli, mitä osaamista hoitohenkilöstö kokee tarvitsevänsä hoitoneuvottelussa, jotta se tukee saattohoitopotilaan läheisiä. Läheisten tukemiseksi hoitoneuvotteluissa tarvittavaa osaamista kartoitettiin keskustelemalla hoitohenkilöstön kanssa. Keskusteluaineisto luokiteltiin kalanruotokuvion avulla. Tuloksena oli, että osaamista tarvitaan hoitoprosessista, hoitosuunnitelmasta, potilaiden ja omaisten sekä läheisten kohtaamisesta ja hoitoympäristöstä. Tässä vaiheessa tarkennettiin tutkimuskysymystä, mitä osaamista hoitohenkilöstö kokee tarvitsevänsä saattohoitopotilaan hoitoneuvottelussa, jotta se tukee saattohoitopotilaan läheisiä? Tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön osaamista tukeva saattohoitopotilaan läheisiä tukeva hoitoneuvottelu. Osaamisen tarpeen selkiytyttyä, kuvattiin saattohoitoprosessiin sisältyvä hoitoneuvottelu, jossa tarvittavaa osaamista arvioitiin SWOT:in avulla.

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön osaamisen kehittymistä tukevan hoitoneuvottelun käyttöönottosuunnitelma. Tutkimuskysymys oli, minkälainen implementointisuunnitelma tukee Puolangan terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilöstön mahdollisuuksia tukea saattohoitopotilaan läheisiä hoitoneuvottelussa? Syklissä kuvattiin saattohoitopotilaan läheisten tukemista tukeva hoitoneuvottelun implementointisuunnitelma.

## Abstract

**Author(s):** Väisänen Annika

**Title of the Publication:** Development of Nursing Staff's Palliative Care Competence

**Degree Title:** Master of Health Care

**Keywords:** evidence-based, palliative sedation, palliative care, nursing, end-of-life care, end-of-life care process, close one, support, care meeting

The current state of end-of-life care in Finland has been found to be regionally heterogeneous, and end-of-life care has mainly been implemented in inpatient wards at health centers and hospitals. The end-of-life care competence of the nursing staff has been insufficient and inconsistent. End-of-life care competence has usually been developed alongside other activities. The aim of this thesis was to develop the end-of-life care competence of nursing staff in the inpatient ward at Puolanka Health Center. Action research was chosen as the methodology because it enabled the simultaneous development and research of the working life.

The purpose of the first cycle was to map previous research-based information about the evidence-based nursing of a palliatively sedated patient. The research question for the literature review was the following: what the evidence-based palliative care of a sedated patient was based on previous research-based information. Publications from databases such as PubMed Central, PubMed, Cinahl and Cocrane, Medic and Finna.fi were searched for the literature review (N = 2126, n = 10). The data were analyzed by inductive data analysis which revealed four categories: issues based on treatment recommendations, ethics and safety in patient care, pain management and competence enhancement. Herein, development would focus on enhancing the nursing staff's competence in end-of-life care.

The purpose of the second cycle was to describe the end-of-life care process in the inpatient ward at Puolanka Health Center. The development question was as follows: what the end-of-life care process was in the inpatient ward at Puolanka Health Center. After describing the end-of-life care process, the development work was continued with a benchmarking visit to a palliative and end-of-life care unit. The material collected during the visit was classified into three levels: mature ideas, development ideas and ideas that required further investigation. Based on the reflection of the results, it was decided to develop the nursing staff's competence to support patients' close ones in end-of-life care.

The topic of the third cycle was to support patients' close ones in end-of-life care. The purpose was to describe the competence of the nursing staff in care negotiations, more specifically in supporting patients' close ones. The research question was to explore what competence the nursing staff felt they needed in care meetings in order to be able to support patients' close ones. The skills needed to support close ones in care meetings were mapped out in discussions with nursing staff, and the discussion material was classified using a herringbone pattern. The results showed that information was needed about the care process, care plan, encounters with patients and close ones, and care environment. At this stage, the research question was clarified to focus on what skills the nursing staff felt they needed in a care meeting of a palliative patient in order to support the patients' close ones. The purpose was to describe a care meeting that would not only support the patient's close ones but also the competence of the nursing staff. Once the need for competence development was clarified, the care meeting included in the end-of-life care process was described. The competence required in care meetings was assessed with a SWOT analysis.

The purpose of the fourth cycle was to describe a plan for the introduction of care meetings that would support the development of nursing staff's competence. The research question was the following: what kind of implementation plan would support the development of the nursing staff's competence in the inpatient ward at Puolanka Health Center to support the close ones of patients in end-of-life care in care meetings. The cycle described an implementation plan for activities that would support the close ones of patients in end-of-life care in care meetings.

## Alkusanat

Ajatus opintojen aloittamisesta heräsi kolme vuotta sitten ja päätin lähteä kulkemaan kohti unelmaani. Opinnot on vienyt minua kohti uusia asioita niin elämässäni kuin työssäni. Olen päässyt kehittämään työyhteisöä minulle parhaassa työpaikassa, Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Siellä on ihanimmat ja kannustavimmat työkollegat, jotka ovat jaksaneet minun opintojen ajan olla tukena ja kehittämässä hoitotyötä samalla he ovat auttaneet minua kohti unelmaani.

Kiitos teille ”vuodeosaston tytöt”!

Koko opiskeluaika on ollut haasteellista ja aikansa vievää, mutta isoin urakka on ollut opinnäytetyöprosessi, joka ei meinannut millään valmistua.

Opinnäytetyö kuitenkin lopulta valmistui ja siitä isoin ja nöyrin kiitos kuuluu ohjaavalle opettajalleni Rauni Leinoselle, joka on jaksanut koko ajan luottaa minuun.

Haluan myös esittää vilpittömät kiitokset opiskelijakollegoilleni. Ilman teitä ja varsinkin Anna-Liisaa en olisi näin pitkällä unelmani saavuttamisessa.

Mutta ei saa unohtaa, että kiitos kuuluu myös perheelleni, joka on jaksanut ymmärtää, tukea ja kannustaa minua koko opiskelun ajan.

*"Opiskelu ilman ajattelua on hyödytöntä. Ajattelu ilman opiskelua on vaarallista."*

- Kungfutse

## Sisällys

1	Johdattelua opinnäytetyön lähtökohtiin .....	1
1.1	Aiheen valinta .....	1
1.2	Metodologiana toimintatutkimus .....	2
1.3	Projektiorganisaatio .....	5
1.4	Lähteet.....	9
2	Näyttöön perustuva palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyö -kirjallisuuskatsaus (1. sykli) .....	12
2.1	Johdanto .....	12
2.2	Kirjallisuuskatsaus .....	13
2.2.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito (suunnittelu) .....	13
2.2.2	Tarkoitus ja tutkimuskysymys .....	14
2.2.3	Kirjallisuuskatsauksen aineiston hankinta (toiminta) .....	15
2.2.4	Julkaisujen arviointi.....	20
2.2.5	Aineiston induktiivinen sisällönanalyysi (havainnointi) .....	21
2.2.6	Tulokset .....	24
2.2.7	Johtopäätökset (reflektointi) .....	28
2.2.8	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys .....	30
2.3	Lähteet.....	33
3	Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen (2. sykli) .....	40
3.1	Saattohoitopotilaan hoitoprosessi (suunnittelu) .....	40
3.2	Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen terveyskeskuksen vuodeosastolla (toiminta) .....	43
3.3	Benchmarking vierailun tulokset (havainnointi) .....	47
3.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	49
3.5	Lähteet.....	51
4	Saattohoitopotilaan läheisten tukeminen (3.sykli) .....	56
4.1	Hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen (suunnittelu).....	56
4.2	Hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen kehittäminen läheisten tukemisessa (toiminta) .....	60
4.3	Hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen kehittyminen hoitoneuvottelussa (havainnointi) .....	69
4.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	72
4.5	Lähteet.....	74
5	Saattohoitopotilaan hoitoneuvottelu vakiinnuttamisen suunnitelma .....	80

5.1	Näyttöön perustuva hoitotyö (suunnittelu) .....	80
5.2	Saattohoitopotilaan hoitoneuvottelun implementointisuunnitelma (suunnittelu) ..	81
5.3	Lähteet.....	86
6	Pohdinta .....	89
6.1	Johtopäätökset ja jatkokehittämisasiheet.....	89
6.2	Luotettavuus.....	91
6.3	Eettisyys.....	93
6.4	Asiantuntijuuden kehittyminen.....	95
6.5	Lähteet.....	97
	Liitteet.....	101

## 1 Johdattelua opinnäytetyön lähtökohtiin

### 1.1 Aiheen valinta

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuu koko ajan muutoksia. Se luo tarvetta näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. Vaatimukset laadukkaan ja turvallisten palvelujen kehittämiseksi sekä resurssien riittämättömyydelle tuovat huolta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saatavilla on tutkimustietoa vaikuttavista ja tehottomista hoitomenetelmistä, jotka vaikuttavat potilaan hoidon lopputuloksiin ja kustannuksiin. Näyttöön perustuva toiminnan lakisääteinen vaatimus korostaa väestön oikeutta hyvään ja turvalliseen hoitoon. Näyttöön perustuva toimintaan perustuvan palvelujärjestelmän velvollisuus on käyttää vaikuttaviksi tunnettuja potilaalle merkityksellisiä hoitomenetelmiä. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 7, 17.) Palliatiivisesta hoidosta on virinnyt keskustelua valtakunnallisesti. Palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa WHO:n arvion mukaan ainakin 30 000 ihmistä vuosittain (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 7). On arvioitu, että palliatiivisen hoidon tarve lisääntyy tulevaisuudessa väestön ikääntyessä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018), joten kohtaamme palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaita yhä useammin.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito julkaisussa (2017) kuvataan, että elämän kolmen viimeisen kuukauden aikana noin 70–80 %:a ikääntyneistä siirtyy kodistaan tai tehostetusta palveluasumisesta useimmin terveyskeskusten vuodeosastostuille elämän loppuvaiheen hoitoon. Puolangan vuodeosastolle tulevat potilaat ovat pääsääntöisesti iäkkäitä, ja heidän sairauksiinsa ei aina ole parantavia hoitomenetelmiä enää käytettävissä. Potilaiden lääketieteellisestä hoidosta vastaa vuodeosaston lääkäri, jonka ohjeiden mukaisesti potilaiden lääketieteellistä hoitoa toteutetaan hoitotyön rinnalla. Hoitohenkilökunta toteuttaa potilaiden hoitotyötä tukemalla, edistämällä ja lisäämällä potilaiden omia voimavaroja sekä elämän laatua (ks. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996).

Opinnäytetyö toteutetaan Puolangan terveyskeskuksen akuutti vuodeosastolla, jossa on 15 potilaspaiikkaa. Osastolla työskentelee kuusi sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa. Vuodeosaston terveyspalvelut tuottaa tällä hetkellä Terveystalo kuntaturva Oy, koska Puolangan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat ulkoistettu jo vuodesta 2013 lähtien Puolangan erotessa Kainuun maakunta -kuntayhtymästä. Terveystalo on toiminut Puolangan sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajana vuodesta 2019 lähtien. Terveystalon toimintaa ohjaa yhtiön missio ja arvot. Missio on ”tais-

telemme terveemmän elämän puolesta”, jonka tarkoitus on osoittaa, että Terveystalo on suunnannäyttävä ja terveydenhuollon uudistaja. Terveystalon arvot, osaaminen ja välittäminen, ohjaavat myös vahvasti toimintaa kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. (Laatu- ja vastuullisuuskirja 2018, 7.) Terveystalon arvot ohjaavat työyhteisön toimintaa, ja siksi myös hoitotyön kehittäminen korostuu tavoitteissa. Palliatiivinen hoito on laadukasta, mitä on kehitetty erityisesti osaston lääkärin, lähijohtajan ja hoitohenkilöstön toimesta. Palliatiivista hoitotyötä halutaan kehittää työyhteisössä edelleen. Keskusteluissa korostui erityisesti potilaan palliatiivinen sedaatio, joka on hoitohenkilöstölle osittain tuntematon asia.

Palliatiivisen sedaation yleisyydestä ei ole tarkkaa tietoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018), joten voidaan olettaa, ettei se ole hoitomuotona vielä yleinen (ks. Hamunen 2012, 471). Palliatiivisen sedaation (PS) tarkoituksena on lievittää potilaan elämän loppuvaiheen kipuja ja kärsimystä rauhoittavien lääkkeiden avulla sekä potilaan tajunnan tasoa alentamalla siten, kuin potilas itse ja läheiset sen hyväksyvät. Palliatiiviseen sedaatioon liittyy useita käsitteellisiä ja eettisiä ongelmia. Eettinen kysymys onkin, miten voidaan erottaa sedaatio eutanasiasta. Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan kärsimysten lievittämistä ja eutanasia tarkoittaa potilaan elämän päättämistä. (Hänninen 2007, 2211.)

## 1.2 Metodologiana toimintatutkimus

Opinnäytetyöhön valikoitui metodologiaksi toimintatutkimus, jossa toteutuvat samanaikaisesti työelämän kehittäminen ja tutkimus (Heikkinen 2018, 215; Kananen 2014, 9), koska sen avulla voidaan kehittää työelämän käytäntöjä yhteistyössä työyhteisön toimijoiden kanssa. Toimintatutkimuksessa on kyse ihmisten välisestä yhteistyöstä, joten sitä voidaan sanoa sosiaaliseksi prosessiksi (Heikkinen 2018, 216; Kemmis & Wilkinson 2002, 21). Toimintatutkimuksessa teoriaa ja käytäntöä voidaan pitää saman asian eri puolina (Heikkinen 2018, 216). Opinnäytetyö raportoidaan toimintatutkimuksen lähestymistavan mukaisesti syklimäisesti. Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen esiymmärryksen muodostamisella, jonka jälkeen kuvattiin opinnäytetyön tavoite, ensimmäisen syklin tarkoitus ja kehittämiskysymys. Opinnäytetyön ensimmäinen sykli oli kirjallisuuskatsaus.



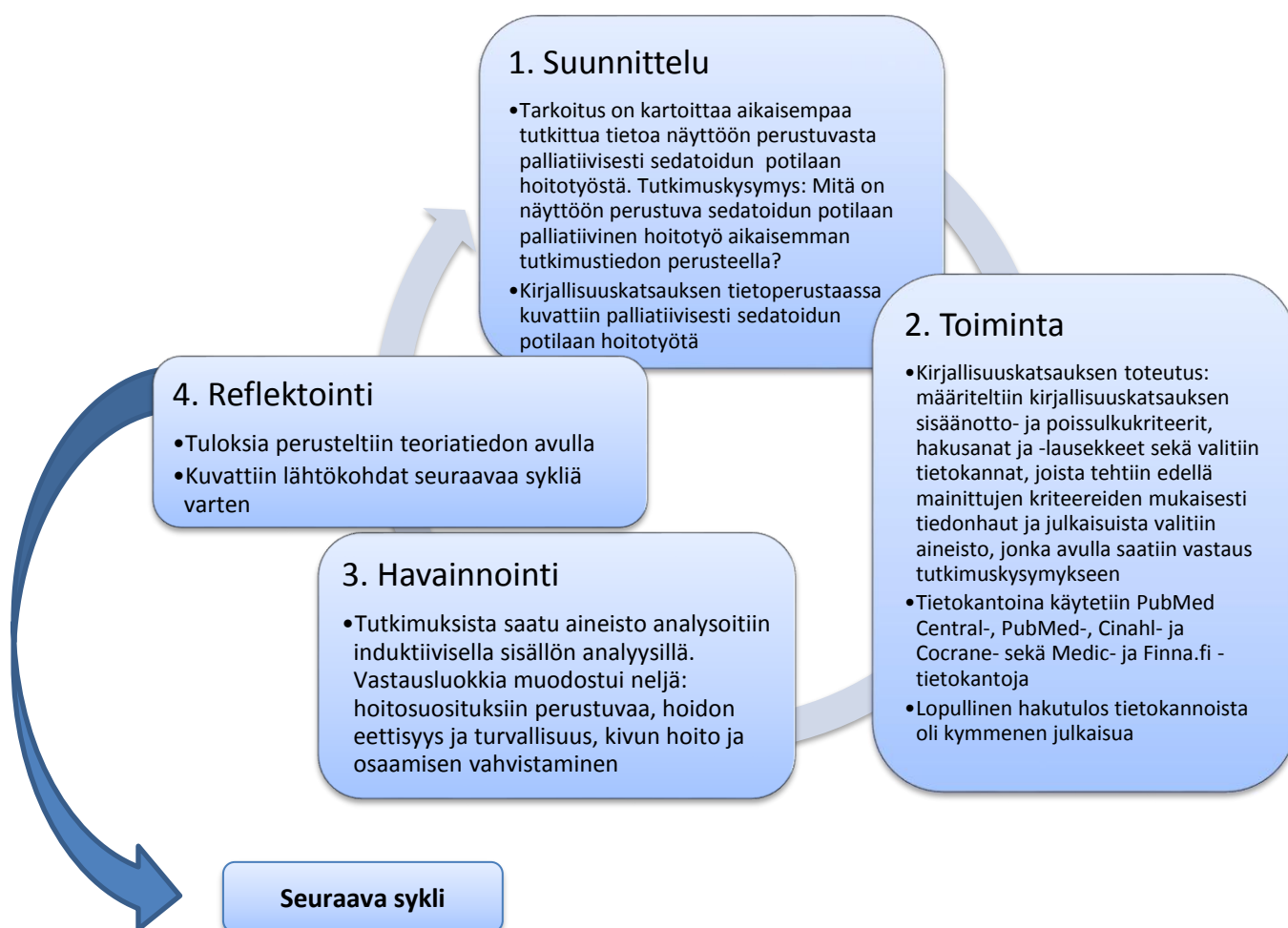
Toimintatutkimuksessa kehittämisasihe tulee työyhteisön toimijoilta ja heidän toiminnastaan eikä ulkoapäin tulevista ohjeista, käskyistä tai kehittämistoiminnasta. Toimintatutkimuksen tavoitteena on saada aikaan todellinen muutos toiminnan avulla, ja se voidaan ymmärtää toiminnan jatkuvana kehittämisenä. Tavoitteena on, että toimijat löytävät ongelmaan ratkaisun yhdessä samalla, kun he sitoutuvat tarvittavaan muutokseen. Tällöin toimijoiden välinen yhteistyö muotoutuu tärkeäksi voimavaraksi. (Aaltola & Syrjälä 1999, 13-15; Kananen 2014, 9, 11-13.) Opinnäytetyön aihe tuli työyhteisön työntekijöiltä, mikä sitouttaa henkilöstöä toteuttamaan toimintatutkimuksen avulla saatuja muutoksia.

Laadukas hoitotyö edellyttää kehittämistä samalla, kun erilaiset hoidot ja hoitomenetelmät muuttuvat uusien tutkimustulosten ja käytännön hoitotyön avulla. Suojanen (2004) kirjoittaa, että henkistä kehittymistä ja muutosta ei tapahdu, ellei työyhteisössä työntekijät osallistu toimintansa kehittämiseen ja ongelmien ratkaisuun. Toimintatutkimuksessa on tarkoituksena tarkastella kriittisesti aikaisempia toimintatapoja ja pohtia uusia ratkaisuja tekemällä työtä eri tavalla. Toimintatapoja (Suojanen 2004) voidaan muuttaa osallistuvien kanssa, kun he oppivat tarkastelemaan ongelmia kriittisesti teorian tiedon avulla. Opinnäytetyön alussa perustettiin projektiorganisaatio, johon kuuluvaan projektiryhmään valittiin henkilöitä, jotka tekevät hoitotyötä vuodeosastolla, tai heillä on muutoin työnsä kautta sidos vuodeosastolle. Vuodeosastolla tehtävä hoitotyö on tuttua projektiryhmään kuuluville henkilöille, minkä vuoksi toimintatutkimuksen mukaisesti tapahtuvaan kehittämiseen ja toiminnan muutokseen saadaan syvällisyyttä ja asiantuntijuusosaamista.

Toimintatutkimuksen mukainen kehittäminen edellyttää lukuisia erilaisia aineistoja, ja siksi prosessin aikana sovelletaan erilaisia tiedonkeruumenetelmiä (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 35; Kananen 2014, 14-15). Toimintatutkimus prosessina voidaan kuvata erilaisten vaiheiden avulla, jotka vuorottelevat keskenään (Kananen 2014, 14-15), ja jossa myös toiminnan reflektiivinen näkökulma korostuu (Heikkinen 2018, 222). Prosessi muistuttaa etenevää spiraalia (Aaltola & Syrjälä 1999, 18), jossa syklit seuraavat toisiaan joko peräkkäin tai rinnakkain (Heikkinen 2018, 224). Perusajatus toimintatutkimuksen erilaisissa määritelmissä on kuitenkin sama eli muutoksen perusteltu suunnittelu (suunnittelu), kokeilu (toiminta), muutoksen tarkkailu ja seuranta (havainnointi), ja arviointi (reflektointi) sekä sen tuloksena muotoutuva uuden syklin suunnittelu (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36-37; Kemmis & Wilkinson 2002, 22; Kananen 2014, 14-15).

Toimintatutkimus on luonteeltaan syklimäistä, joka sisältää suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin. Jokaisen syklin reflektion eli tulosten arvioinnin jälkeen toiminnan kehittäminen jatkuu seuraavassa syklissä. (Kananen 2014, 11-13; Kemmis & Wilkinson 2002, 21-22.) Prosessin suunnitteluun on varattava aikaa, koska nopea siirtyminen ratkaisuvaiheeseen voi jättää

ongelman todellisen ja siihen vaikuttavien tekijöiden analysoinnin pintapuoliseksi. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi on hankalaa, jos tulosten arviointimahdollisuuksia ei suunnitella ennakolta. (Kananen 2014, 34-35.) Opinnäytetyön ensimmäinen sykli muodostuu (kuvio 1) suunnittelusta, toiminnasta, havainnoinnista ja reflektoinnista.



Kuvio 1. Opinnäytetyön ensimmäinen sykli -kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön ensimmäinen sykli muotoutuu kirjallisuuskatsauksesta, jonka avulla etsitään aikaisempaa tutkittua tietoa palliatiivisesti sedatoidun potilaan näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Suunnitteluvaiheessa määritellään syklin tarkoitus, kehittämiskysymys ja kuvataan kirjallisuuskatsauksen tietoperustaa. Seuraavaksi edetään niin sanottuun toimintaan, jossa määritetään kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit, hakusanat ja -lausekkeet sekä valitaan tietokannat, joista tehdään edellä mainittujen kriteereiden mukaisesti tiedonhaut. Tiedonhakuprosessi kuvataan Prisma Statement (ks. Mosher, Liberati, Tetzlaff & Altman 2009, 1-5) kuvion mukaisesti. Ennen aineiston käsittelyä varmistetaan hakuprosessin tuloksena saatujen tutkimusten

näytön aste ja vahvuus, ja tarvittaessa vielä hylätään hakutuloksena saatuja tutkimuksia. Tutkimuksista valitaan aineisto, jonka avulla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Havainnointivaiheessa tutkimuksista saatu aineisto käsitellään, analysoidaan ja tulkitaan, jotta saadaan tulokset, jotka raportoidaan. Reflektointivaiheessa pohditaan ja syvennetään tuloksia teorian tiedon avulla, jotta saadaan vastaus alussa asetettuun tarkoitukseen. Samalla kuvataan lähtökohdat seuraavaa sykliä varten.

### 1.3 Projektiorganisaatio

Työelämän muuttuessa on tärkeää kehittää toimintaa. Opinnäytetyöprosessin tarkoituksena on olla opiskelijaa ja työyhteisöä kehittävä prosessi, joka kehittää opiskelijan asiantuntijuutta, osaamista ja työelämätaitoja (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2017, 5). Opinnäytetyö on verrattavissa projektiin, johon on suunniteltu aikataulu ja hankittu tietyt resurssit. Projektiorganisaatio perustetaan ohjaamaan ja tukemaan opinnäytetyöhön asetettuja tavoitteita ja sitä, että toimintaa kehittävä muutos saadaan onnistuneesti hallintaan. (Opinnäytetyön hallinta n.d.) Opinnäytetyön prosessiin liittyvien oikeiden valintojen myötä mahdollistetaan työelämän toiminnan muutos ja opinnäytetyön tekijä saa tukea kehittää osaamistaan.

Projektiorganisaatioon kuuluvien vastuulla on seurata ja tukea opinnäytetyön tavoitteen ja tulosten saavuttamista (Opinnäytetyön hallinta n.d.). Projektiorganisaation koko ja rakenne vaihtelevat, ja sen toimivuus edellyttää, että toimijoiden vastuut ja valtuudet on määritelty. On tärkeää, että pätevää asiantuntijuutta on riittävästi käytettävissä. Projektin johtaminen ja vastuu tavoitteiden saavuttamisesta on organisointitavasta riippumatta keskitetty projektipäällikölle. (Ruuska 2006, 27; Kettunen 2009, 29.) Opinnäytetyössä projektipäällikkönä toimii opinnäytetyön tekijä ja vastaa prosessin kokonaisuudesta sekä toimivuudesta. Projektipäällikön tehtävänä on vastata siitä, että opinnäytetyö valmistuu aikataulussa ja lopputulos vastaa asetettua tavoitetta (ks. Kettunen 2009, 29).

Opinnäytetyöprosessin projektiorganisaatio on määräaikainen, ja se puretaan opinnäytetyöprojektin päättyttyä (ks. Mäntyneva 2016, 19). Opinnäytetyöprosessi alkoi kesällä 2019, jolloin perustettiin projektiorganisaatio. Opinnäytetyöstä laadittiin kirjoitussuunnitelma (liite 1, taulukko 1), joka toimi samalla opinnäytetyön aikatauluna. Kirjoitussuunnitelmasta voidaan seurata opinnäytetyön etenemistä ja aikataulussa pysymistä.

Projektiorganisaatio koostuu projektiryhmän ja ohjausryhmän lisäksi mahdollisesti projektissa työskentelevistä asiantuntijoista. Projektiorganisaation kokoonpano ja suorituskyky ovat riippuvaisia käytössä olevista henkilöstöresursseista sekä toimijoiden taidoista, suhdeverkostosta, kokemuksesta ja persoonallisuudesta. Menestyksellisessä projektissa sen osallistujat on saatu sitoutettua tavoitteisiin ja toimintaan (Mäntyneva 2016, 19-20.) Opinnäytetyössä nimettiin ohjausryhmä opinnäytetyöprosessin alussa. Ohjausryhmään osallistuivat työnantajan edustaja, ohjaava opettaja ja opiskelijakollegat sekä projektipäällikkö. Opinnäytetyön projektiryhmään projektipäällikkö nimesi työyhteisöstä kuusi eri hoitotyön asiantuntijaedustajaa, jotka toimivat asiantuntijoina ja toiminnan kehittäjinä opinnäytetyössä. Projektiryhmän asiantuntijoista kolme oli sairaanhoitajia ja kolme lähihoitajia. Tällä kokoonpanolla haluttiin tuoda työyhteisön moninaisuutta kehittämisprosessiin, koska jokainen toteuttaa potilaan palliatiivista hoitotyötä. Asiantuntijoilla on kokemusta ja osaamista potilaan hoitotyöstä, ja jokainen on sitoutunut kehittämään osaamistaan.

Projektiryhmän tehtävänä on ideoida, suunnitella ja kehittää opinnäytetyöhön liittyviä asioita yhdessä projektipäällikön kanssa. Opinnäytetyön laajuuden ja kokonaistavoitteen näkökulmasta projektipäällikkö nimesi ohjaus- ja projektiryhmään kuuluvat henkilöt. Projektiorganisaatio koostuu erilaisista henkilöistä, joilla jokaisella on oma asiantuntijuus ja tehtävä projektiorganisaatiossa (Ruuska 2006, 25). Kuviossa 2 on opinnäytetyön projektiorganisaatio, jossa projektipäällikkö eli opinnäytetyön tekijä ohjaa projekti- ja ohjausryhmien toimintaa ja viestintää.



Kuvio 2. Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Projektin käynnistyessä on tärkeää selkeyttää projektin työntekijöiden työtehtävät, vastuut ja keskinäinen työnjako (Mäntyneva 2016, 28-29). Projektiryhmään kuuluvat henkilöt ovat työyhteisössä toimivia työntekijöitä ja asiantuntijoita. Projektiryhmän asiantuntijat toimivat palauteenantajina ja projektipäällikön tukena koko prosessin ajan. Asiantuntijan rooli tulee esiin osallistuessa projektin sisällön määrittelyyn ja tekemiseen (Pelin 2009, 274). Työyhteisössä eri ammattikuntien edustajilla on hieman toisistaan poikkeavat vastuut. Sairaanhoitajat vastaavat työyhteisössä pääsääntöisesti muun muassa potilaiden lääkehuollon toteutumisesta ja lähihoitajien vastuulla on potilaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymisen tukeminen, avustaminen ja kuntouttaminen yhdessä sairaanhoitajien kanssa. Hoitotyö on moniammatillista toimintaa, ja siksi projektiryhmään nimettiin eri ammattiryhmän edustajia.

Projektipäällikkö vastaa opinnäytetyön kokonaisuudesta, johon kuuluu kehittämistyön kokonaisuunnittelu syklien mukaisesti, toteutus, dokumentointi, erilaisten riskien hallinta ja aikataulutus. Opinnäytetyön toteutukseen liittyvät riskit on selvitettävä, koska riskien hallinnalla vahinkoja voidaan minimoida (ks. Pelin 2008, 221). Opinnäytetyöhön liittyvien riskien tunnistaminen on tärkeää. Opinnäytetyön aikana esiintyviä riskejä voidaan vähentää huolellisella ennakoinnilla. Projektipäällikön tärkeä tehtävä on tunnistaa ja hallita riskejä sekä ennakoida niitä. Aikatauluttamiseen on syytä kiinnittää huomiota, ettei aikataulu olisi liian tiivis. Varautumalla riskeihin kehittämisen toteutuminen voidaan mahdollistaa, vaikka jotain ennakoimatonta tapahtuisi. (Mäntyneva 2016, 131-133.)

Riskien tunnistamisessa olennaista on hahmottaa niiden vakavuus ja ilmenemisen todennäköisyys. Keskeistä on hahmottaa riskien vaikutus esimerkiksi opinnäytetyön aikatauluun, kustannuksiin ja laatuun. Tärkeintä on kiinnittää huomio niihin riskeihin, joiden toteutuminen olisi todennäköistä. (Mäntyneva 2016, 135-136.) Opinnäytetyössä merkittävin riski on kirjoittamisen ja sen toteuttamisen ajanhallinnassa sekä viestinnässä. Viestintä on siksi riski, koska projektiryhmän asiantuntijat työskentelevät kolmivuorotyössä, joka asettaa viestinnälle haasteita. Ajanhallinnassa ja viestinnän onnistumisessa projektipäälliköllä on merkittävä vastuu. Riskeille määritetään vastuhenkilö ja riskit ryhmitellään (Pelin 2008, 234). Projektipäällikkö yhdessä projekti- ja ohjausryhmän toimijoiden kanssa varmistaa, että aikataulutus pysyy hallinnassa ja viestintä on riittävää sekä oikeanlaista. Kriittisiä asioita riskin hallinnan kannalta on aikataulu, uusi teknologia, avoimet vastuukysymykset, avainresurssien kuormitus sekä organisaatorajat (Pelin 2008, 223). Opinnäytetyössä ei kuitenkaan tehty erillistä riskianalyysiä.

Opinnäytetyön avulla voi turvallisesti harjoitella projektipäällikön roolia kehittämistyön johtajana ja muutoksen hallinnoijana samoin kuin projektityöskentelyä kokonaisuudessaan. Muutosjohtaminen on avain työelämän menestykseen. Työelämässä tapahtuu muutosta, jonka tarkoituksena on valmistaa organisaatioita kehittämään kestäviä menetelmiä ja toimintoja. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 80; Nenonen 2014, 10.) Muutosjohtamiseen kuuluu oleellisesti lähijohtaja, jonka rooli on merkittävä. Lähijohtajan viestinnän tulee olla aktiivista ja innostavaa, joiden avulla hän edistää muutosta. Lähijohtajana tulee olla motivoitunut muutokseen ja viestiä sitä omalla puheella, käyttäytymisellä ja toiminnalla. (Pirinen 2014, 116.) Muutosjohtamiseen tarvittavan osaamisen oppiminen edistää projektipäällikkönä toimivan opiskelijan varmuutta tulevaisuudessa toimia työyhteisön lähijohtajana.

#### 1.4 Lähteet

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, Toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H. Heikkinen, Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. 11-25. Atena kustannus. Juva.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2017. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 28.9.2019. Osoitteessa [http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene\\_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222)

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. Finnanest 45 (5), 470-471. Viitattu 17.9.2018. Osoitteessa [http://www.finnanest.fi/files/hamunen\\_palliatiivinen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliatiivinen.pdf)

Heikkinen, H. 2018. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 215-230. PS-kustannus. Keuruu.

Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. 25-56. Atena kustannus. Juva.

Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimysten hoidossa. Duodecim 123 (18), 2207-2213. Helsinki. Viitattu 31.1.2019. Osoitteessa <https://docplayer.fi/423025-Palliatiivisen-sedaatio-viimeinen-keino-karsimyksen-hoidossa.html>

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämisen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Jyväskylä.

Kemmis, S. & Wilkinson, M. 2002. Participatory action research and the study of practice. Teoksessa B. Atwell, S. Kemmis & P. Weeks. (Eds.) Action Research in Practice: Partnership for Social Justice in Education. 21-36. Routledge. Lontoo. Viitattu 10.9.2019. Osoitteessa <https://kamezproxy01.kamit.fi:2252/lib/kajaani-ebooks/reader.action?docID=169656>

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Juva. WS Bookwell Oy.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Laatu- ja vastuullisuuskirja. 2018. Terveystalo Oy. Viitattu 17.10.2019. Osoitteessa [https://www.terveystalo.com/Global/Laatukirja%202018/FIN\\_Terveystalo\\_laaturikirja\\_2018.pdf](https://www.terveystalo.com/Global/Laatukirja%202018/FIN_Terveystalo_laaturikirja_2018.pdf)

Mosher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Plos Medicine 6 (7), 1-6. Viitattu 17.10.2019. Osoitteessa <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteuttamiseen. Helsingin seudun kauppakamari. Printon. Viro.

Nenonen, M. 2014. Esimiesviestintä muutosjohtamisen tukena. Tapaustutkimus keskijohdon kokemuksista. Maisterin tutkinnon tutkielma. Johtamisen ja kansainvälisen liiketoiminnan laitos. Aalto-yliopisto. Kauppakorkeakoulu. Helsinki. Viitattu 17.10.2019. Osoitteessa [http://epub.lib.aalto.fi/fi/ethesis/pdf/13570/hse\\_ethesis\\_13570.pdf](http://epub.lib.aalto.fi/fi/ethesis/pdf/13570/hse_ethesis_13570.pdf)

Opinnäytetyön hallinta. n.d. Kainuun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki, Ylempi (AMK). Viitattu 4.9.2019. Osoitteessa: [https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-\(Soteli\)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta](https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-(Soteli)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. 2017. Työryhmän suositus osaamis- ja laatu-kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu 20.9.2018. Osoitteessa [https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0)

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Viitattu 17.9.2018. Osoitteessa <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063#NaN>

Pirinen, H. 2014. Esimies muutoksen johtajana. Talentum Media Oy. Print Best. Viro.

Pelin, R. 2008. Projektihallinnan käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.



Ruuska, K. 2006. Terveysthuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Viitattu 10.9.2019. Osoitteessa <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 21.9.2018. Osoitteessa <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

## 2 Näyttöön perustuva palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyö -kirjallisuuskatsaus (1. sykli)

### 2.1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon muutokset luovat myös paineita näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. Vaatimukset palvelujen kehittämiseksi sekä resurssien riittämättömyydelle tuovat huolta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Hoitohenkilöstön saatavilla on tutkimustietoa vaikuttavista ja tehokkaista hoitomenetelmistä, jotka vaikuttavat potilaan hoidon tuloksiin ja kustannuksiin. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 17; Miettinen 2020; Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa 2017, 16.) Näyttöön perustuvan toiminnan lakisääteinen vaatimus korostaa väestön oikeutta hyvään ja turvalliseen hoitoon. Näyttöön perustuva toimintaan perustuvan palvelujärjestelmän velvollisuus on käyttää vaikuttaviksi tunnettuja ja potilaille merkityksellisiä hoitomenetelmiä. (Korhonen ym. 2018, 7.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa (2019, 15) julkaisussa on arvioitu, että tällä hetkellä palliatiivisen hoito on puutteellisesti järjestetty potilaille, mikä johtuen hoitohenkilöstön puutteellisesta koulutuksesta ja sen järjestämisestä.

Palliatiivisesta hoidosta on keskusteltu Suomessa aktiivisesti viime vuosina. Väestön ikääntymisen vuoksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen arvioidaan lisääntyvän (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 14). Palliatiivista hoitoa WHO:n arvion mukaan tarvitsee Suomessa ainakin 30 000 ihmistä vuosittain (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 7; Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 14). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee palliatiivisen hoidon kuuluvan kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ja heidän läheisilleen. Palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan sellaista potilaan sairauden vaihetta, jossa sairauden kulkuun ei voida enää olennaisesti vaikuttaa ja ensisijainen hoidon päämäärä on vaalia potilaan elämänlaatua sekä lievittää kärsimystä. (Mitä palliatiivinen hoito on 2019; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Palliatiivista hoitoa tarvitsevilla potilailla on erilaisia oireita, joita hoidetaan niin lääkkeillä kuin lääkkeettömästi. Palliatiivisen sedaation käyttö on vielä harvinaista, mutta sen käyttö on lisääntynyt vähitellen palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden keskuudessa (Hamunen 2012, 471).

Artikkeli käsittelee palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyön sisältöä aikaisempien tehtyjen tutkimusten avulla. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kartoittaa aikaisempaa tutkittua tietoa näyttöön perustuvasta palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä.

## 2.2 Kirjallisuuskatsaus

### 2.2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito (suunnittelu)

#### ***Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmät***

Palliatiivinen hoito eli oireita lievittävä hoito määritellään käypä -hoito suosituksen mukaan oireenmukaisella kuolemaan johtavan tai henkeä uhkaavan potilaan ja läheisten sairauden hoitona. Palliatiivisella hoidolla pyritään vaalimaan potilaan elämänlaatua sekä lievittämään ja ehkäisemään hänen kärsimyksiään. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Tilanteessa, jossa sairauden ennusteeseen ei voida enää vaikuttaa tai potilas ei sitä halua, tehdään usein oireenmukainen hoitolinjaus. Oireenmukaiseen hoitolinjaukseen kuuluu hyödyttömien lääketieteellisten tai kärsimystä aiheuttavien hoitojen välttäminen eli hoidon rajaaminen, kuitenkin säilytetään potilaan hyvä oireenmukainen hoito. Oireenmukainen hoito muuttuu yleensä hoidon loppuvaiheessa saattohoidoksi. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

Palliatiivisen hoidon tarve lisääntyy kuoleman lähestyessä. Saattohoito sijoittuu elämän viimeisiin hetkiin kuoleman lähestyessä (viikkoihin tai päiviin), ja se kuuluu osaksi palliatiivista hoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Saattohoidon perustana tulee olla potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisen kunnioittaminen (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 30). Saattohoidossa keskeisenä lähtökohtana on potilaan kärsimysten ja oireiden lievittäminen. Saattohoidossa arvioidaan, että potilaan elinaika on suhteellisen lyhyt. (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus 2012, 4.) Aktiivinen kuolemaan auttaminen ei kuulu saattohoitoon (Elämän loppuvaiheen hoito 2020).

Saattohoidossa on tärkeää huolehtia potilaan fyysistä, henkistä ja sosiaalisista tarpeista, jolloin oireita lievittävä hoito on osa kuolevan hoitoa. Tavallisimpia saattohoitopotilaan oireita ovat kipu, hengitystieoireet, maha- ja suolisto-oireet. Muita oireita ovat kuivuminen, ruokahaluttomuus, äkillinen sekavuustila ja psyykkisiä oireina masennus ja ahdistus. Oireita voidaan lievittää monin eri menetelmin lääkkeillä ja lääkkeettömästi. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.) Palliatiivinen

sedaatio on yksi harvemmin käytetyistä hoitomuodoista, mutta sitä on alettu käyttää palliatiivisten potilaiden hoidossa (Hamunen 2012, 471).

### ***Palliatiivinen sedaatio osana potilaan hoitoa***

Palliatiivisella sedaatiolla (PS) tarkoitetaan potilaan elämän loppuvaiheen kipujen ja kärsimysten lievittämistä rauhoittavien lääkkeiden avulla sekä potilaan tajuntaa alentamalla. Palliatiivisella sedaatiolla voidaan lievittää potilaan sietämättömiä oireita, joita ei muilla menetelmillä pystytä hallitsemaan. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole kuoleman edistäminen vaan sietämättömien ja hallitsemattomien oireiden ja kipujen lievittäminen. Kaikki muut menetelmät potilaiden oireiden hallitsemisessa tulee olla kokeiltu ennen palliatiivisen sedaation käyttämistä. Palliatiivisen sedaation tarpeen yleisyydestä ei ole tarkkaa tietoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hamunen (2012, 471) mukaan palliatiivisen sedaation käyttö vaihtelee 3 %:sta 52 %:iin. Tämä viittanee siihen, että palliatiivisen sedaation käytössä sekä sen määritelmässä on vaihtelua. Palliatiivista sedaatiota käytetään 2,5-8,5 %:lla potilaista, kun vastaavasti sitä käytetään Ruotsissa 3,2 %:lla ja Tanskassa 2,5 %:lla potilaista (Pöyhiä 2018, 117-120). Hännisen (2007, 2211) mukaan kansainvälisissä tutkimuksissa on vertailtu palliatiivisesti sedatoitujen potilaiden keskimääräistä sedaatio ajan olevan 1,9-3,2 vuorokautta. Käytäntö ja tutkimukset osoittavat, että sedaation käyttö on turvallista samalla tavalla kuin opioidien käyttö. Palliatiiviseen sedaatioon liittyy myös useita käsitteellisiä ja eettisiä ongelmia. (Hänninen 2007, 2211.)

#### **2.2.2 Tarkoitus ja tutkimuskysymys**

Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on hahmottaa, arvioida ja kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä. Tietystä aiheesta tai asiakokonaisuudesta voidaan muodostaa kokonaiskuva kirjallisuuskatsauksen avulla (Salminen 2011, 3; Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7). Tämä kirjallisuuskatsaus on tehty hoitotyön näkökulmasta, mikä sisältää tyypilliset asiakokonaisuudet eli kirjallisuuden haun, sen arvioinnin ja aineistosta tehtyjen tulosten perusteella laaditun synteessin (Suhonen ym. 2016, 8). Kirjallisuuskatsaus mukailee järjestelmällistä katsausta, koska järjestelmällinen katsaus pyrkii jo olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden systemaattiseen löytämiseen, laadun tarkasteluun, analyysiin ja synteesiin. Menetelmällä pyritään tiivistämään tutkimustietoa tietynlaisen katsausten avulla hoitosuosituksen tuottamiseen ja parhaan näytön etsimiseen. Keskeisin lähtökohta on tarkasti muotoiltu tutkimuskysymys, tarkasti valitut ja noudatetut menetelmät sekä kattava aikaisempien tutkimusten hakumenettely. (ks. Salminen 2011, 9-10; Suhonen ym. 2016,

12-14.) Rajatun aiheeseen mukaisesti muotoillaan tutkimuskysymys, johon on mahdollista vastata aikaisemman tutkimustiedon perusteella. (Nilen-Vilén & Hamari 2016, 24-25).

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksenä on, mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Tarkoitus on kartoittaa aikaisempaa tutkittua tietoa näyttöön perustuvasta palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä.

### 2.2.3 Kirjallisuuskatsauksen aineiston hankinta (toiminta)

Kirjallisuuskatsauksen toteutuksen ja aineiston hankintaprosessiin kuuluu ensimmäisenä valittuun aiheeseen perehtyminen, tutkimuskysymyksen laadinta, sisäänotto- ja poissulkukriteerien miettiminen. Tämän jälkeen voidaan hakea aineistoa erilaisten hakumenetelmien avulla. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien ja tutkimuskysymyksen perusteella valikoituu kirjallisuuskatsauksessa käytettävä aineisto. Aineistosta tehdään sisällönanalyysi, josta muodostuu kirjallisuuskatsauksen tulokset ja johtopäätökset. (ks. Nilen-Vilén & Hamari 2016, 23-33; Valkeapää 2016, 57.)

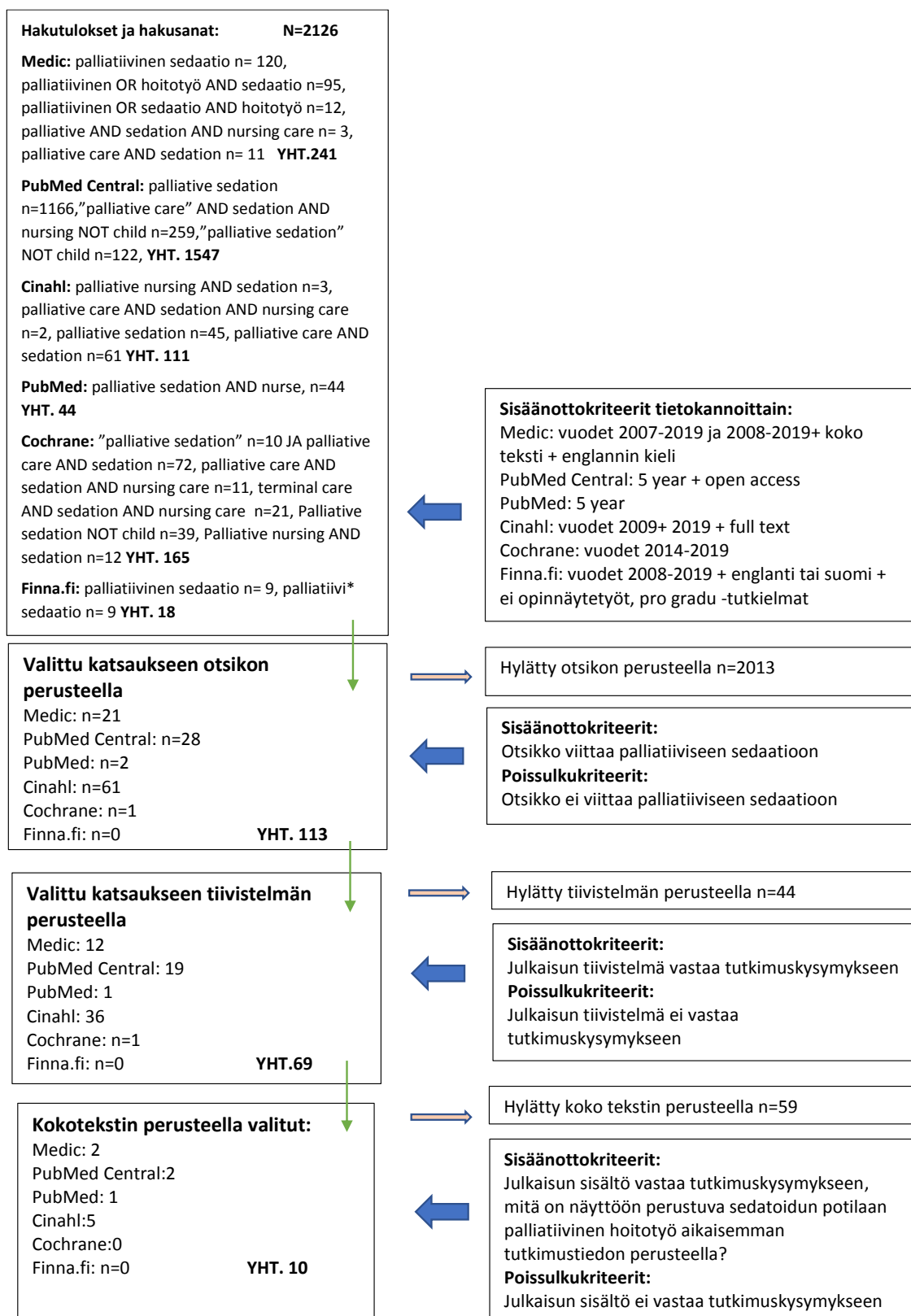
Kirjallisuuskatsauksen toimintavaiheeseen sisältyy kirjallisuushaut, aineiston valinta ja pätevän kirjallisuuden valintaprosessi. Hakuprosessissa tehdyt virheet johtavat vääristyneisiin johtopäätöksiin. Kirjallisuushaussa on oleellista löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaavat aikaisemmat tutkimukset. (Nilen-Vilén & Hamari 2016, 25; Valkeapää 2016, 61.) Kirjallisuuskatsauksessa käytetään usein sähköisissä tietokannoissa olevia hakumenetelmiä, mutta on mahdollista tehdä hakuja myös manuaalisesti. Hakuihin tarvitaan tutkimustehtävän liittyvät soveltuvat hakusanat ja niistä muodostuvat hakulausekkeet. Tutkija itse määrittelee keskeisimmät käsitteet, joista muodostuu hakusanat. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen kuuluu keskeisesti hakustrategiaan. Näiden avulla voidaan varmistaa, että katsaus pysyy suunnittelussa rajauksessa ja aiheessa. (Nilen-Vilén & Hamari 2016, 25-26; Valkeapää 2016, 61-62.) Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksille mietittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden mukaisesti aikaisemmat tutkimukset rajattiin (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Valitut tutkimukset julkaistu vuosina 2008-2019 tai vain 5 vuotta vanhat julkaisut	Tutkimukset, jotka julkaistu ennen vuotta 2008

Tutkimukset ja tieteelliset artikkelit sekä väitöskirjat	Opinnäytetyöt ja pro gradu tutkielmat
Julkaistu suomeksi tai englanniksi	Kieli muu kuin suomi tai englanti
Koko julkaisu saatavissa sähköisesti tai kirjastossa	Julkaisua ei ole saatavissa tai se on maksullinen
Julkaisun sisältö vastaa kysymykseen: Mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella?	Julkaisun sisältö ei vastaa tutkimuskysymykseen
Julkaisuissa on näkökulmana aikuiset saattohoitopotilaat, palliatiivinen sedaatio, hoitohenkilöstö, laitoshoido	Julkaisuissa on näkökulmana yksittäisen sairauden hoitomalli, lasten saattohoito

Hakusanat ja lausekkeet muodostettiin kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksen perusteella. Kirjallisuuden, tutkimusten ja artikkelien hakuprosessi ja valinnat on kuvattu kuviossa (3).



Kuvio 3. Tutkimusten hakuprosessi ja niiden valinta (mukailen Prisma Statement 2015)

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tutkimuksia sekä artikkeleita kansainvälisistä PubMed Central, PubMed, Cinahl ja Cocrane sekä kotimaisista Medic ja Finna.fi tietokannoista erilaisia hakusanoja käyttämällä. Edellä mainitut tietokannat ovat hoitotieteessä useimmin käytettyjä tietokantoja (Sosiaali- ja terveysala 2019). Tietokannoista hakusanoilla löytyi yhteensä 2126 julkaisua, joista lopuksi kymmenen julkaisua vastasi tutkimuskysymykseen koko tekstin perusteella.

*PubMed Central* -tietokannasta tuli julkaisuja 1166 hakusanoilla: palliative sedation. Rajauksena käytettiin, 5 year ja open access, hakiessa tuloksia. Näistä 1166 julkaisuista edellä mainitulla hakusanalla saaduista julkaisuista valittiin otsikon perusteella 13 jatkotarkasteluun. Tiivistelmän perusteella valittiin 13 tuloksesta yhdeksän tutkimusta, joihin perehdyttiin tarkasti. Tehtiin lisähakuja vielä hakusanoilla ”palliative care” AND sedation AND nursing NOT child (rajauksena 5 year ja open access), joilla tuli 259 tulosta, joista valittiin otsikon perusteella viisi jatkotarkasteluun. Tiivistelmän perusteella jatkotarkasteluun jäi vielä kolme julkaisua. Muita hakusanoja olivat ”palliative sedation” NOT child (rajauksena 5 year ja open access). Näiden hakusanojen tuloksena oli 122 tulosta, joista otsikon perusteella otettiin jatkotarkasteluun kymmenen ja tiivistelmän perusteella jatkoon sopi seitsemän tutkimusta. Yhteensä PubMed Central -tietokannasta valikoitui jatkotarkasteluun 28 tutkimusta otsikon perusteella. Tiivistelmän perusteella valikoitui 19 julkaisua tarkasteluun ja koko tekstin perusteella lopullisesti jäi kaksi julkaisua.

Haussa käytettiin myös *PubMed* -tietokantaa, josta saatiin hakusanoilla palliative sedation AND nurse yhteensä 44 viitettä, joista valittiin kaksi otsikon mukaan ja yksi tiivistelmän mukaan jatkotarkasteluun. PubMed -tietokannasta koko tekstin perusteella valittiin yksi julkaisu mukaan.

*Cinahl* -tietokannasta tuli viitteitä kolme, kun hakusanoina oli palliative nursing AND sedation, ja joissa käytettiin rajausmenetelmänä vuosia 2009-2019 ja full. Otsikon ja tiivistelmä perusteella kaksi tutkimusta oli sopivaa, mutta vain yksi koko tekstin perusteella vastasi tutkimuskysymykseen. Hakuja tehtiin myös hakusanoilla palliative sedation (rajauksena 2009-2019 ja full text), joista tuli viitteitä 45 ja otsikon perusteella jatkotarkasteluun sopi 24 tutkimusta. Tiivistelmän mukaan 18 tutkimusta otettiin vielä jatkotarkasteluun, mutta koko tekstin perusteella yksikään ei vastannut tutkimuskysymykseen. Tutkimuksia haettiin vielä hakusanoilla palliative care AND sedation AND nursing care (rajauksena 2009-2019 ja full text). Viitteitä tuli kaksi, joista ei kumpikaan soveltunut jatkotarkastelun kohteiksi. Vähäisten hakutuloksien vuoksi tehtiin vielä lisähaku sanoilla palliative care AND sedation (rajauksena 2009-2019 ja full text) ja julkaisuja saatiin 61, joista valittiin otsikon perusteella 33 jatkotarkasteluun. Tiivistelmän perusteella jatkotarkasteluun jäi



vielä 16 tutkimusta ja koko tekstin perusteella jatkotarkasteluun jäi yhteensä 12, joista neljä julkaisua vastasi tutkimuskysymykseen. Cinahl -tietokannasta koko tekstin perusteella kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä viisi julkaisua.

*Cochrane* -tietokannasta haettiin myös useilla eri hakusanoilla julkaisuja. Hakusanat olivat palliative care AND sedation, palliative care AND sedation AND nursing care, terminal care AND sedation AND nursing care, palliative sedation AND nursing care ja palliative sedation NOT child sekä palliative nursing AND sedation. Hakutuloksia tuli yhteensä 165, mutta vain yksi soveltui otsikon ja tiivistelmän perusteella jatkotarkasteluun. Lopullisesti koko tekstin perusteella näistä julkaisuista ei yksikään vastannut kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen.

*Medic*-tietokannasta haettiin hakusanoilla palliatiivinen OR sedaatio AND hoitotyö. Rajauksena oli vuodet 2008-2019 sekä koko teksti. Viitteitä tuli 95, joista otsikon perusteella jatkotarkasteluun jäi yhdeksän, joista tiivistelmän perusteella kolme valikoitui jatkokoon. Kaksi koko artikkelia valikoitui kirjallisuuskatsaukseen. Julkaisuja haettiin myös hakusanoilla palliatiivinen sedaatio (vuodet 2008-2019 ja koko teksti) saaden hakutuloksia 120, joista otsikon perusteella valikoitui yhdeksän. Tiivistelmän perusteella valikoitui 3, jotka olivat samoja, kuin hakusanoilla palliatiivinen OR sedaatio AND hoitotyö. Lisähakuja tehtiin myös hakusanoilla palliative sedation AND nursing care, palliative AND sedation AND nursing care, palliative care AND sedation, käyttäen rajauksena vuosia 2008-2019 sekä koko tekstiä. Viitteitä saatiin 26, joista jatkotarkasteluun ei valikoitunut yhtään tutkimusta. Kokonaisuudessaan *Medic* -tietokannasta koko tekstin perusteella kaksi julkaisua vastasi tutkimuskysymykseen, jotka otettiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

*Finna.fi* -tietokannasta hakuja tehtiin hakusana palliatiivinen sedaatio. Rajauksena käytettiin vuosia 2008-2019, kielenä suomi tai englanti sekä ei opinnäytetöitä. Viitteitä tuli yhdeksän, joista yhtään viitettä ei kelpuutettu jatkotarkasteluun. Etsin myös toisilla hakusanoilla, mutta samoilla rajausmenetelmillä, käyttäen hakusanoja palliatiiv\* sedaatio, ja viitteitä tuli yhdeksän, mutta yksikään niistä ei soveltunut otsikon perusteella jatkotarkasteluun. *Finna* -tietokannasta ei saatu yhtään julkaisua kirjallisuuskatsauksen tulevaan aineistoon.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten haun jokaisessa vaiheessa perehdyttiin julkaisuihin. Aluksi julkaisuja rajattiin otsikon perusteella, jonka jälkeen rajauksia tehtiin tiivistelmän perusteella. Tämän jälkeen julkaisuista valittiin koko tekstin perusteella lopulliseen tarkasteluun ne, jotka vastasivat kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen. Lopulliseen tarkasteluun ja arviointiin jäi kymmenen julkaisua.

#### 2.2.4 Julkaisujen arviointi

Kirjallisuuskatsauksesta saatuja julkaisuja arvioidaan prosessimaisesti. Arviointi alkaa siitä, että perehdytään valittuihin julkaisuihin ja tehdään arviointia tiettyjen tunnusomaisten kriteerien mukaisesti. Tarkoituksena on tarkastella alkuperäistutkimuksista saatujen tietojen kattavuutta ja tulosten edustavuutta sekä samalla havainnoidaan, miten pätevää alkuperäistutkimusten tieto on oman tutkimuskysymyksen kannalta. Arviointia voidaan tehdä usealla eri tavalla. Näin vältetään vinoumia tai virheellisiä päätelmiä, koska jokaisen valitun julkaisun eheyttä ja luotettavuutta tulee arvioida. (Nilen-Vilèn & Hamari 2016, 28-29; Vilka 2015, 202-203.)

Arvio tutkimuksista perustuu yleisten kriteerien mukaan alkuperäistutkimusten vahvuuksien ja heikkouksien arviointiin. Koska tutkimukset ovat erilaisia asetelmaltaan niin siksi kuvataan, millaisia asetelmia aineisto sisältää. Tämän jälkeen kuvataan alkuperäistutkimusten tutkimusongelmat, kohdejoukko, otantamenetelmät, otoskoot sekä aineistokeruu- ja analyysimenetelmät. Oleellista on, että arviointi on perusteltua ja jokainen valittu aineisto arvioida kriteerien mukaisesti. (ks. Kangasniemi & Pölkki 2016, 83; Nilen-Vilèn 2016, 29-30.) Kirjallisuuskatsauksessa tutkimusten laatua on arvioitu JBI:n (Joanna Briggs Institute) laadun kriittisen tarkistuslistaa järjestelmälliselle kirjallisuuskatsaukselle. Jokainen kirjallisuuskatsaukseen otettu julkaisu on arvioitu JBI:n tarkastuslistan mukaisesti. JBI:n tarkastuslistan mukaan neljä julkaisua sai 9/10 pisteet, neljä julkaisua 6/10 pisteet ja yksi julkaisu 8/10 sekä yksi julkaisu 5/10 pisteet, joten näiden perusteella voidaan todeta, että julkaisut ovat tarkastuslistan pisteiden mukaan laadukkaita julkaisuja. Liitteeksi on otettu arviointi kahdesta (liitteet 2 ja 3) kirjallisuuskatsauksessa saadusta julkaisusta.

Kirjallisuuskatsauksessa saatuja julkaisuja arvioitiin niiden näytön vahvuuden perusteella. Näytön vahvuutta ja sen astetta arvioitaessa käytettyjä kriteerejä ovat tutkimusten laatu ja määrä, tutkimusasetelman vahvuus, tutkimustulosten yhdenmukaisuus, kliininen sovellettavuus ja merkittävyys. (Elomaa & Mikkola 2010, 14, 62.) Tutkimustietoa arvioitaessa saadaan perusteet, minkä tasoiseen tietoon tutkimus perustuu. Tutkimuksen laadun ja näytönasteen arviointia helpottavat yhtenäiset menetelmät, jotka ovat myös läpinäkyvät ja käyttökelpoiset. (Jousimaa, Liira, Liira & Komulainen 2010, 1936-37.) Kirjallisuuskatsaukseen valikoiduista julkaisuista arvioitiin niiden vahvuus ja näytön asteet. Arviointi perustui yleisesti käytössä oleviin näytön astetta kuvaaviin aakkosiin. Näytön vahvuutta (taulukko 3) kuvataan yleensä aakkosilla A-D (ks. Jousimaa ym. 2010, 1936-37).

TAULUKKO 3. Näytönasteen luokittelu ja määritelmät (Jousimaa ym. 2010, 1937)

Näytön Vahvuus/Aste	Määritelmä
A= vahva	Uusi tutkimus tuskin muuttaa käsitystä vaikutuksen suuruudesta
B= kohtalainen	Uusi tutkimus saattaa muuttaa käsitystä vaikutuksen tarkkuudesta ja suuruudesta
C= heikko	Uusi tutkimus hyvin todennäköisesti muuttaa merkittävästi käsitystä vaikutuksen tarkkuudesta ja todennäköisesti myös suuruudesta
D= hyvin heikko	Arvio vaikutuksesta epävarma

Mukaan valikoituneista kymmenestä julkaisusta viisi oli näytön vahvuudeltaan C-luokkaa, neljä D-luokkaa ja yksi B-luokkaan soveltuva. Julkaisujen näytön asteen ja vahvuuden perusteella voidaan arvioida julkaisujen olevan osittain vahvoja ja osittain heikkoja.

Kirjallisuushaussa lopulliseen tarkasteluun jäi kymmenen artikkelia, tutkimusta tai järjestelmällistä kirjallisuuskatsausta. Asetetun tutkimuskysymyksen mukaisesti julkaisuja tarkasteltiin ja arvioitiin soveltuvaksi kirjallisuuskatsaukseen. Kahdeksan julkaisua suomennettiin kokonaan, koska kyseessä oli englanninkielisiä julkaisuja. Suomentamisen ja lukemisen jälkeen kokotekstit käytiin uudestaan läpi ja etsittiin merkityksellisiä lauseita tiivistelmästä, tuloksista ja johtopäätöksistä. Merkitykselliset ilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, valikoituivat mukaan lopulliseen aineistoon. Tämän jälkeen voitiin aloittaa aineiston sisällönanalyysi.

#### 2.2.5 Aineiston induktiivinen sisällönanalyysi (havainnointi)

Sisällönanalyysi menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysi menetelmällä saadaan tulokset johtopäätösten tekemistä varten. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2010, 139-140; Tuomi & Sarajärvi 2018, 118-122.) Sisällönanalyysi on aineistolähtöinen eli induktiivinen, jonka vaiheisiin kuuluu aineiston lukeminen, koodaaminen, tarvittaessa pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja abstrahointi (Nilen-Vilén & Hamari 2016, 30-31; Vilkkä 2015, 163). Aineiston analyysi ja synteesi ovat kirjallisuuskatsauksen vaihe, jonka tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoja valituista aineistoista.

Sisällönanalyysi sisältää aineiston koodauksen, jonka avulla muodostetaan luokkia, joille annetaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Tarkoituksena on etsiä aineistosta yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia sekä verrata ja ryhmitellä niitä. Vertailua ja ryhmittelyä sisältävä analysointi vaihe on interaktiivinen eli se tehdään prosessia toistaen ja luodaan erilaisia käsitteitä tai luokituksia tutkimuksista, joiden avulla yritetään saada ymmärrettävä kokonaiskuva tutkimuksista. (Nilen-Vilén &

Hamari 2016, 30-31; Vilka 2015, 164.) Ennen kuin aloitetaan aineiston analyysi, tulisi valita luokitteluyksikkö, joka voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Määrittämiseen vaikuttaa tutkimuskysymys ja aineiston laatu. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122; Vilka 2015, 164.) Aineiston luokitteluyksiköksi valittiin lause, koska se kuvasi parhaiten asiasisältö kokonaisuutta suhteessa tutkimuskysymykseen. Aineistojen analysoinnissa luokitteluyksiköt poimittiin tutkimuksista, sen jälkeen kaikki alkuperäiset merkitykselliset ilmaukset (N=58) koodattiin. Ennen pelkistämistä englanninkieliset alkuperäiset merkitykselliset ilmaukset suomennettiin, jonka jälkeen ne pelkistettiin eli redusoidtiin (taulukko 4) siten, että alkuperäisten ilmaisujen merkitys säilyi. Aineiston pelkistämisessä siitä karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26-29; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-127.) Analyysissä etsittiin vastausta tutkimuskysymykseen, mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Tutkimuskysymys suuntasi myös aineistosta tehtävää luentaa ja tulkintaa.

Aineiston pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, jolloin aineistosta koodatut pelkistetyt alkuperäiset merkitykselliset ilmaukset eli pelkistetyt ilmaukset tulkitaan tarkasti ja etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään ja yhdistetään toistensa poissulkeviksi luokiksi. Luokille annetaan sisältöä vastaavat nimet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26-29; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-127.) Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin samankaltaisien pelkistettyjen ilmausten kanssa yhteen, jotta aineistosta voidaan erottaa samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja aineiston tuli vastata tutkimuskysymykseen. Ryhmittely tapahtui pelkistettyjen ilmauksien asiasisällön mukaan siten, että vastaavaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin allekkain. Ryhmittelyn aikana toteutui aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jolla on tarkoitus erotella katsauksen kannalta olennainen tieto ja muodostaa valikoidun tiedon avulla teoreettisia käsitteitä, joiden avulla voidaan muodostaa kuvaus tutkimuskohteesta (ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26-29; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-127). Saadut luokat ovat teoreettisia käsitteitä, ja ne antavat vastauksen tutkimuskysymykseen (taulukko 4; liite 4 ja taulukko 5).

TAULUKKO 4. Esimerkki aineiston analyysistä ja ryhmittelystä

Alkuperäiset merkitykselliset ilmaukset	Suomennos alkuperäisistä merkityksellisistä ilmaisuista	Pelkistetyt ilmaukset	Luokat
---	---	-----------------------	--------

<p>1.Suurin osa (88%) vastaajista näki selvän eron palliatiivisen sedaation ja eutanasian tarkoitusten välillä (oireen lievitys vs. kuolema).</p> <p>3.Palliatiivista sedaatiota käytetään harvoin missään muualla kuin saattohoitokodeissa.</p> <p>15. Potilaalla tulee kuitenkin olla terminaalinen sairaus, hänen kärsimyksensä on muihin hoitoihin reagoimatonta, tarvittavat konsultaatiot on tehty, perhe on otettu hoitoon mukaan, ja päätös palliatiivisesta sedaatiosta on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.</p> <p>24. PSU should be available to treat severe symptoms, not just ones that are refractory.</p>	<p>24. PSU: n pitäisi olla käytettävissä vakavien oireiden, ei vain tulenkestävien oireiden hoitoon.</p>	<p>1.Suurin osa vastaajista näki eron palliatiivisen sedaation ja eutanasian tarkoitusten välillä.</p> <p>3.Palliatiivista sedaatiota käytetään harvoin</p> <p>a) muualla kuin saattohoitokodissa</p> <p>15. Potilaalla tulee kuitenkin olla terminaalinen sairaus</p> <p>a) muihin hoitoihin reagoimatonta</p> <p>b) konsultaatiot tehty</p> <p>c) perhe on otettu mukaan hoitoon</p> <p>d) päätös tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.</p> <p>24. PSU pitäisi olla käytettävissä</p> <p>a) vaikeiden oireiden hoitoon</p> <p>b) ei vain tulenkestävien oireiden hoitoon</p>	<p>I Hoitosuosituksiin perustuvaa (1, 3, 3a, 4, 4a, 5, 6, 7, 8a, 14, 15, 24, 24b, 51a, 51b)</p>
<p>2.Kukaan vastaajista ei ollut huolissaan siitä, että palliatiivinen sedaatio nopeuttaisi kuolemaa.</p> <p>12. Käsite palliatiivinen sedaatio on herättänyt laajaa eettistä keskustelua toimenpiteen aiheista ja oikeutuksesta.</p> <p>45. The emotional impact of being involved in a case of CS was highest when respondents felt physically and emotionally close to the sedated patient.</p>	<p>45. CS-tapaukseen osallistumisen emotionaaliset vaikutukset olivat suurimmat, kun vastaajat tunsivat fyysisesti ja emotionaalisesti lähellä rauhoitettua potilasta.</p>	<p>2.Kukaan ei ollut huolissaan, että palliatiivinen sedaatio nopeuttaisi kuolemaa</p> <p>12. Palliatiivinen sedaatio toimenpiteenä on herättänyt keskustelua</p> <p>a) eettistä keskustelua</p> <p>b) oikeudellista keskustelua</p> <p>45. CS-tapaukseen osallistumisen emotionaaliset vaikutukset olivat suurimmat</p> <p>a) vastaajat tunsivat fyysisesti ja emotionaalisesti lähellä potilasta</p>	<p>II Hoidon eettisyys ja turvallisuus (2, 11, 11b, 12, 12a+b, 13, 13a+b, 15a, 15b+c+d, 16, 16a, 17, 18b, 19, 19a, 20, 20a+b, 23, 23a, 25, 25a+b, 26, 26a+b, 28, 28a+b, 31, 31a, 32, 32a, 33, 34, 34a+b, 35b, 35c, 37, 37a, 39, 39c, 44, 45, 45a, 46, 49, 49a+b, 53, 53a+b, 55, 55a, 57)</p>
<p>10.Sedatointi on keino hoitaa potilaan lähellä kuolemaansa kokemia sietämättömiä kärsimyksiä.</p> <p>20. At the end of life, patient goals often shift to comfort, and removal of burdens and relief of suffering become paramount.</p> <p>30. An important question here is whether such sedated patients are completely free of pain</p>	<p>20. Elämän lopussa potilaan tavoitteet siirtyvät usein mukavuuteen, ja taakkojen poistaminen ja kärsimyksen lievittäminen ovat ensiarvoisen tärkeitä</p> <p>30. Tärkeä kysymys on, ovatko tällaiset rauhoitetut potilaat täysin kivuttomia</p>	<p>10.Sedatointi on keino hoitaa kuolevan potilaan sietämättömiä kärsimyksiä</p> <p>20. Elämän lopussa potilaan tavoitteet ovat tärkeitä</p> <p>a) mukavuus</p> <p>b) taakkojen poistaminen</p> <p>c) kärsimyksen lievittäminen</p> <p>30. Tärkeä kysymys on</p> <p>a) onko palliatiivisesti sedatoitu potilas täysin kivuton?</p>	<p>III Kivun hoito (9, 10, 11a, 17a+b, 18, 18a+b, 20c, 21a, 24a, 29, 29a, 30, 30a, 33a, 36, 39a, 50, 50a+b, 54a+b)</p>
<p>8. Lisäkoulutus palliatiivisesta sedaatiosta kuolevien potilaiden parissa työskenteleville olisi tarpeen hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi</p> <p>39. It highlights the uncertainty experienced by these providers with regard to the medical, psychosocial and ethical justification for sedation.</p> <p>56. Current evidence does not suggest that practicing continuous deep sedation is generally associated with lower emotional well-being of healthcare professionals`.</p>	<p>39. Se tuo esiin näiden tarjoajien kokeman epävarmuuden sedaation lääketieteellisestä, psykososiaalisesta ja eettisestä perusteesta.</p> <p>56. Nykyiset todisteet eivät viittaa siihen, että jatkuvan syvän sedaation harjoittamiseen liittyy yleensä terveydenhuollon ammattilaisten alhaisempi emotionaalinen hyvinvointi`.</p>	<p>8. Lisäkoulutus palliatiivisen sedaation parissa työskenteleville olisi tarpeen</p> <p>a) hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi</p> <p>39. Palveluiden tarjoajat kokevat epävarmuutta</p> <p>a) lääketieteellisesti</p> <p>b) sosiaalisesti</p> <p>c) eettisesti</p> <p>56. Todisteet eivät viittaa siihen, että PS:n harjoittaminen liittyy yleensä ammattilaisten alempaan emotionaaliseen hyvinvointiin</p>	<p>IV Osaamisen vahvistaminen (8, 27, 27a+b, 35, 35a, 38, 39b, 40, 41, 41a, 42, 42a+b, 42c, 43, 43a+b, 47, 47a+b, 48, 49c, 51, 52, 52a+b, 54, 55b+c, 56, 58)</p>

Lopuksi muodostetaan interaktiivisen vertailun kautta looginen kokonaisuus eli synteesi (Nilen-Vilén & Hamari 2016, 30-31). Aineiston koodauksen, pelkistämisen, ryhmittelyn jälkeen saatiin neljä luokkaa, joita olivat hoitosuositukseen perustuva, hoidon eettisyys ja turvallisuus, kivun hoito ja osaamisen vahvistaminen.

## 2.2.6 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena muodostui neljä luokkaa, joiden perusteella tulokset raportoidaan. Luokkia olivat hoitosuositukseen perustuva, hoidon eettisyys ja turvallisuus, kivun hoito ja osaamisen vahvistaminen. Jokaisen luokan avulla saatiin vastaus tutkimuskysymykseen eli, mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella.

Kirjallisuuskatsauksen julkaisujen perusteella palliatiivinen sedaatio herättää yhteiskunnassa keskustelua sen eettisyyden ja oikeudellisuuden puolesta. Hoitosuosituksia ei vielä ole palliatiivisen sedaation toteuttamiseen, mutta on suotavaa, että tulevaisuudessa palliatiivisen sedaation lisääntyessä kehitetään kyseiset hoitosuositukset. Palliatiivinen sedaatio koetaan hyväksyttäväksi hoitomuodoksi saattohoito potilaan kärsimysten helpottamisessa.

Palliatiivinen sedaatio koetaan olevan tehokas ja turvallinen menetelmä auttaa saattohoitopotilasta hänen kärsimyksissään, mutta hoitomuotona se aiheuttaa hoitohenkilöstölle, potilaalle ja omaisille henkistä ja eettistä epävarmuutta. Tulosten perusteella voidaan myös tulkita, että hoitohenkilöstö tarvitsee tulevaisuudessa koulutusta palliatiivisen sedaation käyttöön, toteuttamiseen ja sen vaikutusten arviointiin. Mistä voidaan tietää, tuoko palliatiivinen sedaatio potilaille helpotusta kärsimyksiin, ja kaikilla potilailla mahdollisuus saada palliatiivista sedaatiota? Palliatiivista sedaatiota ja sen käyttöä tulee edelleen tutkia, jotta myös saattohoitopotilaille voidaan tarjota laadukasta ja turvallista hoitoa.

### ***1 Hoitosuositukseen perustuva***

Kirjallisuuskatsaukseen otettujen julkaisujen tulosten perusteella palliatiivisesta sedaatiosta ei ole yhdenmukaisia ohjeita tai suosituksia. Suomessa palliatiivinen sedaatio on lyhyesti esitelty käypä hoito -suosituksessa (Ruoppa, Heiskanen, Hamunen & Kalso 2018, 864; Hänninen 2007, 2207). Palliatiiviseen sedaation toteuttamiseen tulee kehittää yhtenäiset hoitosuositukset, ja palliatiivisen sedaation eettisyydestä ja oikeudellisuudesta on aiheellista keskustella.

Tuloksia tarkastellessa havaittiin se tosiasia, että palliatiivinen sedaatio on Suomessa harvoin käytetty hoitomenetelmä potilaiden hoidossa. Tuloksia tarkasteltaessa voidaan kysyä, onko palliatiivinen sedaatio saatavilla kaikille sitä tarvitseville (Ruoppa ym. 2018, 864). Ruoppa ym. (2018, 864) toteavat, että palliatiivisen sedaation ohjeiden ja suositusten käyttö sekä niihin suhtautuminen on ollut Suomessa valikoivaa. Palliatiivisesta sedaatiosta ei ole yhtenäisiä hoitosuosituksia, jonka koettiin vaikuttavan palliatiivisen sedaation käyttöön. Palliatiivinen sedaatio yleistyy, koska tietoisuus hoitomuodosta leviää potilaiden, omaisten ja hoitohenkilöstön keskuudessa.

Olsen, Swetz ja Mueller (2010, 952) sekä Berger (2010, 37) toteavat, että hoitohenkilöstön tulee tarvittaessa pystyä ohjaamaan potilaita ja omaisia, kun harkitaan palliatiivista sedaatiota hoitomenetelmänä. Potilaiden ja omaisten mielipiteet sekä tavoitteet ovat tärkeitä päätöksenteon yhteydessä. Tällä hetkellä potilailla, omaisilla tai hoitohenkilöstöllä ei ole riittävästi tietoa palliatiivisesta sedaatiosta, jotta he voisivat suositella sitä hoitomuodoksi. Sopiva hoitomuoto tulisi valita siten, että potilaalle ei aiheudu turhaa kärsimystä elämän loppuvaiheessa ja hoidon avulla voidaan poistaa potilaan tuntemaa kärsimystä (Six, Laureys, Poelaert, Bilsen, Theuns & Deschepper 2018, 1; Olsen ym. 2010, 952). Suurin osa potilaista, omaisista ja hoitohenkilöstöstä kokee palliatiivisen sedaation hyväksyttävänä hoitomuotona kuolevan potilaan viimeisenä kivun ja kärsimyksen lievitysmahdollisuutena. Hoitohenkilöstön kokema ongelmana on hoidon suuntaviivojen ja hoitosuosistusten puuttuminen. Palliatiivisen sedaatio tarvitsee yhtenäiset hoitosuositukset.

## ***II Hoidon eettisyys ja turvallisuus***

Palliatiivinen sedaatio herättää potilaissa, omaisissa ja hoitohenkilöstössä hoidon eettisyyteen ja turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä. Myös palliatiivisen sedaation turvallisuus on yksi huolen aihe, koska yhtenäiset hoitosuositukset puuttuvat palliatiivisen sedaation hoidon toteuttamisesta. Tulosten mukaan palliatiivista sedaatiota pidetään äärimmäisenä hoitona, mutta turvallisena ja tehokkaana hoitomuotona kuoleville potilaille.

Palliatiivinen sedaatio herättää keskustelua yhteiskunnassa (Hänninen 2007, 2207) ja palliatiivista sedaatiota tutkittaessa selvisi, että suurin osa (88%) vastaajista huomasi selvän eron sedaation ja eutanasian tarkoituksessa. Vastaajista yksikään ei ollut huolissaan siitä, että palliatiivinen sedaatio nopeuttaisi potilaiden kuolemaa. (Ruoppa ym. 2018, 864.) Tulosten mukaan kuitenkin osa lääkäreistä koki palliatiivisen sedaation tarjoamisen epämiellyttävänä eettisten perusteiden vuoksi. Heistä oli epämiellyttävää tarjota tämänkaltaista lääkehoitoa kuoleville potilaille. Sairaanhoitajilla oli myönteinen, mutta varovainen asenne palliatiivisen sedaation käyttöön. Sairaanhoitajat kokivat, että palliatiivinen sedaatio viimeisenä hoitomuotona lievittää kuolevan potilaan kärsimyksiä

ja oireita. Toisaalta sairaanhoitajat kokivat, että palliatiivisen sedaation aikana operatiivisten suuntaviivojen puuttuessa tai niiden ollessa epäselviä oli heidän vaikea suhtautua asiaan. (Abarshi, Papavasiliou, Preston, Brown & Payne 2014, 915.)

Palliatiivisen sedaation käyttöön vaikuttaa hoitohenkilöstön osaaminen, koulutustaso ja roolit (Berger 2010, 37; Abarshi ym. 2014, 915). Haasteita palliatiivisen sedaation toteuttamiseen tuo myös potilaan ja omaisten toiveet, erimielisyydet hoitoryhmässä ja hoitohenkilöstön taidot sekä selviytyminen (Ziegler ym. 2017, 1). Palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyö on haastavaa hoitohenkilöstön mielestä.

Palliatiivinen sedaatio on valinta, mikä aiheuttaa eettisiä kysymyksiä niin hoitohenkilöstölle, potilaille ja omaisille. Tulosten perusteella koetaan, että palliatiivinen sedaatio on muista hoitomenetelmistä poikkeava. Palliatiivisen sedaation moraalista suhdetta ja eettistä monimutkaisuutta ei ole tarkasti määritelty, jos sitä verrataan eutanasian määrittelyyn. (Berger 2010, 37.) Tämä aiheuttaa hoitohenkilöstölle haasteita toteuttaa hoitotyötä laadukkaasti ja turvallisesti. Palliatiivinen sedaatio on hyväksyttävä hoitomuoto, jota ei saa käyttää väärin. Kuolevan potilaan ja omaisten kohtaaminen on hoitohenkilöstölle emotionaalisesti ja henkisesti raskasta. Palliatiivista sedaatiota ei saa käyttää välttääkseen kohtaamasta potilaita ja omaisia. On todettu, että palliatiivisen sedaation käyttö on haasteellista niin käytännössä kuin myös eettiseltä näkökannalta arvioituna. (Berger 2010, 37; Abarshi ym. 2014, 915.)

Palliatiivinen sedaatio on kuolevan potilaan äärimmäinen, mutta tehokas ja turvallinen hoito (Hänninen 2007, 2207). Tursonov, Cherny ja Ganz (2016, 231) kirjoittavat, että on varmistettava palliatiivisen sedaation saatavuus riittävän ajoissa, jotta vältetään potilaan turhaa kärsimystä. Potilaalla tulee olla terminaalinen sairaus ja kaikki muut mahdolliset hoitomuodot on jo kokeiltu potilaan hoidossa. Lisäksi pitää varmistaa, että tarvittavat konsultaatiot on tehty, potilas itse ja hänen perheensä ymmärtävät palliatiivisen sedaation merkityksen hoitomuotona. Palliatiivista sedaatiota pidetään sopiva hoitamaan potilaan voimakkaita oireita ja kohtuuttomia kärsimyksiä. (Hänninen 2007, 2207; Olsen ym. 2010, 952; Berger 2010, 37; Tursonov ym. 2016, 231; Abarshi ym. 2014, 915.)

Omaisten kokemuksia palliatiivisesta sedaatiosta on selvitetty ja todettu, että lähes kaikki omaiset ovat olleet tyytyväisiä potilaan saamaan hoitoon. Omaiset ovat sitä mieltä, että palliatiivinen sedaatio on eettinen ratkaisu, mikä helpottaa ja lievittää kuolevan potilaan kärsimyksiä elämän loppuvaiheessa. Hoitohenkilöstön ja omaisten sekä potilaiden välinen viestintä on tärkeää.



Omaisten kokemusten mukaan viestintä oli onnistunutta. Omaiset kokivat, että he tarvitsevat tukea läheisen palliatiivisen sedaation aikana ja sen jälkeen. (Tursonov ym. 2016, 231.) Pääsääntöisesti potilaat ja omaiset olivat tyytyväisiä saatuun hoitoon. Hoitohenkilöstön toivottiin kuitenkin kiinnittävän nykyistä enemmän huomioita omaisten ja hoitohenkilöstön väliseen viestintään. Omaiset sekä potilaat toivoivat, että palliatiivisesta sedaatiosta kerrotaan riittävän ajoissa ja hoitohenkilöstö kertoo kyseiseen hoitoon liittyvistä asioista.

Palliatiivista sedaatiota ei ymmärretä kuolevan potilaan eutanasiana, vaan kohtuuttomien kärsimysien helpottavana hoitomuotona. Onko palliatiivinen sedaatio saatavilla kaikille sitä haluaville tai tarvitseville kuoleville potilaille? Tähän kysymykseen tarvitaan lisää tutkimusta.

### ***III Kivun hoito***

Palliatiivista sedaatiota käytetään potilaan kärsimysten ja kohtuuttoman kivun hoitoon. Sen on todettu olevan tehokas ja turvallinen hoitomuoto potilaiden kokeman kärsimyksen ja kivun hoidossa. Palliatiivista sedaatiota toteuttaessa ei kuitenkaan voida olla varmoja, onko potilas todella kivuton. Tulevaisuudessa tätä asiaa halutaan tutkia, mutta asian tutkimisen tekee hankalaksi se, että palliatiivinen sedaatio päättyy potilaan kuolemaan, jolloin potilaiden tuntemuksia ei voida enää selvittää.

Palliatiivista sedaatiota toteuttaessa tulee myös huomioida potilaan tuntema mahdollinen kipu. Miten tiedetään, onko palliatiivisesti sedatoitu potilas todellisuudessa kivuton? Kipua on vaikea arvioida, koska potilas ei pysty hoidon aikana kommunikoimaan. Six ym. (2018, 1) tutkivat potilaiden tuntemaa kipua erilaisten teknisten laitteiden avulla, mutta vielä ei osata varmuudella arvioida, tuntee potilas kipua palliatiivisen sedaation aikana. Lisätutkimusten avulla tulee selvittää, onko potilas todella kivuton. Olisi hyvä, jos potilasta heräteltäisiin aika ajoin sedaatiosta, koska sedaation aikana potilas ei kommunikoi. On tärkeää ymmärtää potilaiden tuntemuksia ja kokemuksia kyseisen hoidon aikana.

### ***IV Osaamisen vahvistaminen***

Hoitohenkilöstö tarvitsee osaamista useista eri aiheista, jotka liittyvät potilaan palliatiiviseen sedaation suunnitteluun ja toteuttamiseen hoitotyössä. Tulosten perusteella hoitohenkilöstö koki, että he tarvitsevat koulutusta moraaliseen päätöksentekoon, omaisten näkökulmien huomioimiseen palliatiivisen hoidon aikana. (Abarshi ym. 2014, 915.) Hoitohenkilöstö tarvitsee osaamista myös hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi (Ruoppa ym. 2018, 864).

Palliativisen sedaation toteuttaminen on aiheuttanut lääkäreille ja sairaanhoitajalle epävarmuutta tehdä päätöksiä sekä hoitaa kuolevia potilaita. Epävarmuus on aiheuttanut sairaanhoitajille epäilyn omasta osaamisesta sekä kyvystä selviytyä työstään. Toisaalta epävarmuus motivoi työorganisaatiossa miettimään ja keskustelemaan asiasta, ja on siten lisännyt ymmärrystä toteutuneista sedaatioista. (Leboul, Aubry, Peter, Royer, Richard & Guirimand 2017, 10.) Tulosten mukaan hoitohenkilöstö koki palliativisen sedaation tehokkaana ja turvallisena ratkaisuna auttaa kuolevaa potilasta kohtuuttomien kärsimysten aikana. Toisaalta hoitohenkilöstö koki henkistä stressiä ja päätöksentekovaikeuksia toteuttaa palliativista sedaatiota sekä tukea potilaita ja omaisia. Hoitohenkilöstö koki epävarmuutta omasta osaamisestaan, mutta epävarmuus oli myös voimavara selviytyä hoitotilanteista. Nämä epävarmuustekijät auttoivat hoitohenkilökuntaa rohkeasti muuttamaan ja kehittämään hoitotyötään.

Palliativista sedaatiota saavan potilaan hoitaminen tuo lääkäreille ja sairaanhoitajille emotionaalista stressiä. Emotionaalinen stressi näytti tulosten perusteella lisäävän sairaanhoitajien vastuun tuntemista, mikä sai sairaanhoitajia etsimään aikaisempaa helpommin tukea sekä muuttamaan työmenetelmiä työyhteisössä. Lääkärit, sairaanhoitajat ja omaiset kokivat, että palliativisen sedaation aloittaminen on ahdistusta herättävä päätös. Todisteet eivät kuitenkaan viittaa siihen, että palliativisen sedaation harjoittaminen liittyisi hoitohenkilöstön alhaiseen emotionaaliseen hyvinvointiin. (Raus, Brown, Seale, Rietjens, Janssens, Bruinsma, Mortier, Payne & Sterckx 2014, 8; Ziegler ym. 2017, 1.) Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilöstö tarvitsee osaamisen kehittämistä palliativisesta sedaatiosta, sen käytöstä ja vaikutuksista.

Hoitohenkilöstön, potilaiden ja omaisten asenteita ja kokemuksia palliativisesta sedaatiosta tulisi tutkia. Esiin nousi myös tarve tehdä lisätutkimusta palliativisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä. Tämä aihe on koettu vaikeaksi tutkia, koska palliativinen sedaatio päättyy potilaiden kohdalla aina kuolemaan. Tulevaisuudessa tulisi myös selvittää, onko palliativinen sedaatio oikeudellisesti perusteltua, ja onko se lääketieteessä ja yhteiskunnassa hyväksyttävää. (ks. Tursonov ym. 2016, 231.)

### 2.2.7 Johtopäätökset (reflektointi)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaa tutkittua tietoa näyttöön perustuvasta palliativisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä. Tutkimuskysymyksenä oli, mitä on näyttöön pe-

rustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Vastauksena saatiin, että näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivisen hoitotyön tulee perustua hoitosuosituksiin, siinä korostuu hoidon eettisyys ja turvallisuus, potilaan kivun hoito ja hoitohenkilöstön osaamisen vahvistaminen.

Palliatiivinen sedaation on todettu olevan turvallinen ja tehokas hoitomuoto, joka koetaan hyväksyttävänä hoitomuotona palliatiivisen potilaan kärsimysten hoidossa (Hänninen 2007, 2207). Tulosten perusteella voidaan todeta, että palliatiivinen sedaatio ei ole palliatiivisten potilaiden hoitomuotona yleinen. Se herättää keskustelua sen eettisyyden ja oikeudellisuuden puolesta. (Berger 2010, 37; Hänninen 2007, 2207.) Huoleksi on muodostunut se, voidaanko palliatiivista sedaatiota antaa kaikille sitä haluaville tai tarvitseville potilaille, koska hoitomenetelmänä palliatiivinen sedaatio on vielä harvinainen (Abarshi ym. 2014, 915; Berger 2010, 37). Tästä syystä tulevaisuudessa tulisikin keskittyä hoitokäytäntöjen ja hoitosuositusten laatimiseen ja niiden yhtenäistämiseen (Hänninen 2007, 2207; Ruoppa ym. 2018, 864), koska palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoidosta ei ole vielä tarpeeksi näyttöä, jotta voitaisiin luotettavasti arvioida sen vaikutuksia.

Palliatiivinen sedaation toteuttaminen hoitotyössä on hoitohenkilöstölle haastavaa. Hoitohenkilöstö kokee asian haastavana, koska yhtenäiset suuntaviivat tai -linjat puuttuvat tai ne ovat epäselviä. Haastavaksi on koettu myös hoitohenkilöstön erimielisyydet hoitolinjauksissa sekä hoitohenkilöstön osaaminen (Ziegler ym. 2017, 1). Hoitohenkilöstö suhtautuu palliatiiviseen sedaatioon varovaisesti, mutta he ymmärtävät sen olevan potilaan kärsimyksien hoitoon sopiva hoitomuoto. (Abarshi ym. 2014, 915.) Palliatiivinen sedaatio on myös eettinen kysymys, koska se koetaan muusta hoidosta poikkeavana hoitomuotona. Yhteiskunnassa ei ole vielä tarkasti määritelty palliatiivisen sedaation eettisiä ja moraalisia perusteita, mikä aiheuttaa myös hoitohenkilöstössä epävarmuutta. (Berger 2010, 37.) Tulosten perusteella hoitohenkilöstön ja potilaiden sekä omaisten välinen viestintä on tärkeää, mihin tulee kiinnittää huomiota. Hoitohenkilöstö kokee, että potilaan ja omaisten kohtaaminen on haastavaa ja palliatiivinen sedaatio lisää haasteita toteuttaa hoitotyötä laadukkaasti (Abarshi ym. 2014, 915; Berger 2010, 37; Tursonov ym. 2016, 231).

Palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyö edellyttää hoitohenkilöstöltä erikoisosaamista. Hoitohenkilöstö koki tulosten perusteella osaamisen puutteiksi muun muassa potilaiden ja omaisten välisen viestinnän sekä heidän mielipiteidensä huomioimisen hoitotyössä. Hoitohenkilöstön osaamisen puutteita kehittämällä voidaan tulevaisuudessa potilaille tarjota laadukasta ja näyttöön perustuvaa palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyötä. On tärkeää jatkaa palliatiivisen sedaation tutkimista tulevaisuudessa. Siitä johtuvia kysymyksiä tulee pohtia eri tahoilla. (ks. Abarshi ym.

2014, 915; Berger 2010, 37; Hänninen 2007, 2207; Leboul ym. 2017, 10; Olsen ym. 2010, 952; Raus ym. 2014, 8; Ruoppa ym. 2018, 864; Tursonov ym. 2016, 231; Ziegler ym. 2017,1.)

## 2.2.8 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

### ***Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus***

Kirjallisuuskatsauksen keskeinen asia on sen luotettavuuden arviointi, koska sille samoin kuin tutkimuksille on asetettu tiettyjä normeja (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija voi osoittaa tuloksien ja aineiston välillä yhteyden (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 37). Tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä on erilaisia ja eri asioita painottavia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158-162). Luotettavuuden kriteerinä voidaan pitää tekijää itseään ja hänen rehellisyyttään, koska arvioinnin kohteena on tekijän tekemät valinnat ja ratkaisut. Tekijän tuleekin arvioida luotettavuutta tehtyjen ratkaisujen mukaisesti. (Vilka 2015, 196-197.) Luotettavuuden kriteereitä ovat muun muassa totuus, uskottavuus, siirrettävyys, toistettavuus, tutkimuksen tilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus ja vakiintuneisuus. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 158-162; Vilka 2015, 195-198.) Luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan eli katsauksen tekijään, aineiston laatuun ja analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointiin sopivat *uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden* kriteerit (mm. Kylmä & Juvakka 2007, 127-129). Kirjallisuuskatsauksessa tekijä on noudattanut edellä mainittuja keskeisimpiä kriteereitä ja huomioinut ne käsitellessään saatuja aineistoja ja tuloksia.

Kirjallisuuskatsauksessa on noudatettu tarkkuutta jokaisessa vaiheessa ja huomioitu alkuperäisten aineistojen lähteiden merkinnät oikein. Aineiston analyysissä on noudatettu tarkkuutta ja huomioitu alkuperäisten ilmauksien merkitys, ja on pyritty edistämään tulosten *uskottavuutta* (ks. Eskola & Suoranta 1998, 212). Aineiston arvioinnissa on käytetty erilaisia luotettavuuden mittareita esimerkiksi näytön vahvuuden -arviointia ja JBI -arviointilomaketta. Erilaisten mittareiden avulla on vahvistettu kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta. Kirjallisuuskatsauksessa on kerrottu selkeästi ja totuudenmukaisesti käytetyt aineistojen hakukriteerit, sisään- ja poissulkukriteerit sekä kaikki vaiheet on raportoitu mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti.

Kirjallisuuskatsauksen hakukriteerit, sisään- ja poissulkukriteerit on mietitty huolellisesti ja vältetty tekemästä liian tiukkaa rajausta. Kriteerit on kuvattu täsmällisesti, tarkasti ja johdonmukai-

sesti, jolloin on voitu varmistaa mahdollisimman tarkoituksen mukaiset ja kattavat alkuperäiset-tutkimustiedot aiheesta. Valintakriteerien täsmällisyydellä pyritään ehkäisemään systemaattisia virheitä. (Heikkilä 2014, 1; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48.)

Luotettavuuden arvioinnin voidaan arvioida kohdistuvan tutkimusaineiston keräämiseen ja tekijän harkintaan saadun tiedon luotettavuudesta (Heikkilä 2014, 1; Nieminen 2006, 216-218). Kirjallisuuskatsauksessa aineistojen luotettavuus ja laadukkuus varmistettiin alkuperäistutkimusten näytön vahvuuden ja asteen sekä laadun JBI -arviointilomaketta käyttäen sekä käyttämällä tarkoituksen mukaisia tietokantoja ja hakusanoja. Alkuperäisaineistoja arvioidessa on tekijälle saat-  
tanut tulla ns. kieliharha, jota voi esiintyä, jos käytetään vain esimerkiksi englanninkielisiä julkai-  
suja. Tämän voi välttää huomioimalla eri kielillä tehdyt tutkimukset. (Pudas-Tähkä 2007, 53.) Kir-  
jallisuuskatsauksen sisään- ja poissulkukriteereiksi on määritelty suomen- ja englanninkieliset jul-  
kaisut, mutta katsauksen uskottavuutta on saattanut heikentää se, että osa alkuperäisaineistoista  
oli englanninkielistä ja niitä suomen kielelle käännettäessä on voinut tulla virheitä tai väärin ym-  
märryksiä.

Kirjallisuuskatsauksen *vahvistettavuutta* voidaan perustella esittämällä katsauksen prosessi, ai-  
neisto, analyysi ja tulokset läpinäkyvästi ja selkeästi (Kylmä & Juvakka 2007, 153-155). Kirjallisuus-  
katsauksen aineiston luotettavuuden arvioimiseksi tekijän tulee selkeästi dokumentoida ja perus-  
tella omat luokitteluperusteensa sekä esittää alkuperäishavaintoja, koska analyysin luotettavuus  
syntyy empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten loogisesta yhteensopivuudesta. Sel-  
keästi ja riittävästi esitetyt aineistojen dokumentoinnit mahdollistavat lukijan tekemän arvioinnin  
onnistuneesti. (Nieminen 2006, 219; Kylmä & Juvakka 2007, 153-155.) Tässä kirjallisuuskatsauk-  
sessa aineiston analysointi ja tulokset on raportoitu hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen (ks.  
Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6; Kylmä &  
Juvakka 2007, 153-155). Raportoinnissa on kunnioitettu alkuperäisten aineistojen tekijöiden tuot-  
tamia aineistoja sekä tuloksia ja raportoitu ne selkeästi, totuudenmukaisesti sekä oikeudenmu-  
kaisesti. Katsauksen vaiheet, menetelmät ja eteneminen on ollut totuudenmukaista ja läpinäky-  
vää, jolloin lukijan on ollut helppo seurata raportin edetessä tekijän ajatuksia ja näytön pitävyyttä.  
(ks. Heikkinen & Syrjälä 2006, 152-153.) Luotettavuutta aineistojen analysoinnissa saattaa hei-  
kentää tekijän vähäinen kokemus aineistojen analysointien tekemisestä.

Katsauksen vahvistettavuutta edistää se, jos aineiston analyysiä, tuloksia ja johtopäätöksiä arvioi  
usea henkilö (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 37). Tämän kirjallisuuskatsauksen hakuproses-  
sin, aineiston analyysin ja synteesin teki yksi henkilö, mikä on saattanut heikentää luotettavuutta.

Tulosten vahvistettavuutta voi hieman heikentää myös se, että valituista viidestä eri tutkimuksessa näytön vahvuus oli vain C tai D- tasoa. Toisaalta tuloksia ja johtopäätöksiä on käsitelty seminaareissa, ja niitä on ohjaava opettaja arvioinut. Tuloksia on reflektoitu eri yhteyksissä.

Tutkimusta voidaan pitää luotettavana, jos tutkimuksen aihe ja tutkittu materiaali ovat yhteensoivia sekä tietoperusta on koko ajan johdonmukaista (ks. Varto 1996, 103-104, 107-108). Katsauksen kannalta on tärkeää, että mukaan valikoituneiden tutkimusten määrä on riittävän edustava, joista saatavan aineiston ja sen analyysin tuloksena saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. (Heikkilä 2014, 1.) Kirjallisuuskatsauksen raportoinnissa on noudatettu kirjallisuudessa suositeltuja tapoja, joilla voidaan vahvistaa katsauksen uskottavuutta.

Tulosten hyödynnettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksista saatujen tulosten sovellettavuuden ja hyödynnettävyyden käyttöä myös muualla. Aineistosta tehdyt tulokset liittyvät keskeisesti tulosten siirrettävyyteen. (Eskola & Suoranta 1998, 65-68, 212-213.) Tutkimuksen voidaan arvioida olevan pätevä ja yleistettävissä, kun tulokset nousevat tematisoidusta kokonaisuudesta sekä tutkimustuloksien vastaavan tutkimustulokselle asetettuja päämääriä (Varto 1996, 103-104, 107-108). Kirjallisuuskatsauksen tulosten *siirrettävyyden* voidaan arvioida toteutuneen osittain, koska saadut tulokset ovat yhteneväiset alkuperäisten tutkimusten tulosten kanssa. Tulokset saattavat kuitenkin aiheuttaa jossain määrin kriittistä keskustelua erilaisten toimintatapojen oikeudenmukaisuudesta tai eettisyydestä (ks. Heikkinen & Syrjälä 2006, 155-156). Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa on samankaltaisuutta eri tutkimuksissa, joten siitä voidaan arvioida kirjallisuuskatsauksen tulosten olevan luotettavia. Hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla (Heikkinen & Syrjälä 2006, 159). Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella työyhteisöissä palliatiivisesti sedatoidun näyttöön perustuva hoitotyö voi olla laadukasta ja potilaslähtöistä.

### ***Kirjallisuuskatsauksen eettisyys***

Kirjallisuuskatsauksen aiheen valinta on ollut eettinen valinta, koska aihe itsessään nostattaa ajatuksia ja kysymyksiä (ks. Kuula 2006, 26). Onko palliatiivinen sedaatio hoitohenkilöstön kehittämä hoitomuoto eutanasiasta? Siksi tulevaisuudessa tuleekin selkiyttää palliatiivisen sedaation ja eutanasian rajat. (Cherny & Radbruch 2009, 581-591; Hamunen 2012, 470-473; Hänninen 2007, 2207.) Palliatiivinen sedaatio ei ole tulosten perusteella yleisesti tunnettu hoitomuoto, joten hoitohenkilöstön tehtävänä on kertoa asiasta potilaille ja omaisille. Palliatiiviseen sedaatioon liittyy

epätietoisuutta. Aiheuttaako se potilaan kuoleman tai nopeuttaako se kuolemaa? (Cherny & Radbruch 2009, 581-591.) Eettisyyttä miettiessä tekijän on huomioitava eettisiä periaatteita ja ajatuksia. On arvioitava, miten tutkimuksessa on noudatettu eettisiä periaatteita. Tekijä itse tekee tutkimuksen eettiset ratkaisut, mutta tiettyjä kollegiaalisia periaatteita ja tavoitteita tulee noudattaa (Kuula 2006, 26).

Eettisiä kysymyksiä ovat esimerkiksi tulosten manipulointi, kopiointi ja väärinkäyttö sekä tutkimuksen kattavuus (Eskelinen & Karsikas 2014, 23-24; Kuula 2006, 36-38). Kirjallisuuskatsausta tehtäessä on noudatettu eettisyyttä muun muassa kunnioittamalla valikoitujen julkaisujen aineistoja. Tekijän tulee noudattaa tutkimusta tehdessään hyvää tieteellistä käytäntöä, johon ei kuulu omien mielipiteiden, tutkimusten, tulosten tai tutkimuskysymysten ohjaaminen haluttuun suuntaan (Eskelinen & Karsikas 2014, 24; Kuula 2006, 34). Hyviä tieteellisiä käytäntö on noudatettu huomioimalla mukaan otettujen julkaisujen tutkijoiden tuottamat tulokset sekä kunnioitettu heidän tekemäänsä työtä (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6; Kuula 2006, 34-36).

Katsauksessa on sovellettu eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia menetelmiä (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6). Kirjallisuuskatsauksessa on raportoitu julkaisujen aineistot oikeaoppisesti ja kunnioitettu julkaisujen alkuperäisiä tekijöitä. Tekijä on varonut omien henkilökohtaisten mieltymysten esiin tuomista julkaisujen tuloksia arvioitaessa. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu muun muassa se, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6), joita tekijä on noudattanut koko prosessin ajan. Toisaalta kirjallisuuskatsauksen eettisyyteen ja luotettavuuteen saattaa vaikuttaa vähäinen kokemus kirjallisuuskatsauksen tekemisestä.

### 2.3 Lähteet

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Tampere. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161352.pdf>

Elämän loppuvaiheen hoito. 2020. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 6.5.2020. Osoitteessa [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

Eskelinen, H. & Karsikas, S. 2014. Tutkimusmetodiikan perusteet. Tekniikan alan oppikirja. AMK-Kustannus. Suomi.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta vastapaino. Tampere.

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. Finnanest 45 (5), 470-473. Viitattu 12.11.2019. Osoitteessa [http://www.finnanest.fi/files/hamunen\\_palliatiivinen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliatiivinen.pdf)

Heikkilä, T. 2014. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Edita publishing Oy. Viitattu 15.8.2019. Osoitteessa <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 144-162. Kansanvalistusseura. Dark Oy. Vantaa.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Toimituskunta K. Varantola., V. Launis., M. Helin., S-K. Spoof. & S. Jäppinen. Helsinki. Viitattu 3.3.2019. Osoitteessa [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimysten hoidossa. Duodecim 123 (18), 2207-2213. Helsinki. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <https://kamezproxy01.kamit.fi:2212/xmedia/duo/duo96746.pdf>

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 6.1.2020. Osoitteessa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Jousimaa, J., Liira, H., Liira, J. & Komulainen, J. 2010. Hoitosuosituksien näytönasteen ja vahvuuden arviointi GRADE- työryhmän tapaan. Terveysportti. Duodecim 123 (18), 1936-43. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99022.pdf>



Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin. & R. Suhonen. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. 80-93. Juvenes Print. Turku.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy. Helsinki.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kylmä J.& Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, t., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2010. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138-148. Viitattu 14.1.2020. Osoitteessa [https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallönanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessä\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa)

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen, & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteissä. 21-43. WS Bookwell Oy. Juva.

Miettinen, M. 2020. Palliatiivinen hoito kuntoon Suomessa- riittävätkö suositukset? Kolumni. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa [https://stm.fi/artikkeli/-/aset\\_publisher/maiya-miettinen-palliatiivinen-hoito-kuntoon-suomessa-riittavatko-suositukset-](https://stm.fi/artikkeli/-/aset_publisher/maiya-miettinen-palliatiivinen-hoito-kuntoon-suomessa-riittavatko-suositukset-)

Mitä palliatiivinen hoito on? 2019. Palliatiivinentalo.fi. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/mit%C3%A4-palliatiivinen-hoito-on>

Niminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen. & K. Vehviläinen-Julkunen. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 215-221. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Nilen-Vilèn, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa R. Suhonen, A. Axelin & M. Stolt (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 23-34. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. Juvenes Print. Turku.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. 2017. Työryhmän suositus osaamis- ja laatu-kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu 29.5.2019. Osoitteessa [https://stm.fi/docu-ments/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoi-don+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoi-don+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. 2019. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laa-dun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14. Helsinki. Viitattu 6.1.2019. Osoitteessa [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/han-dle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidon+saattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllo-wed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon+saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllo-wed=y)

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2018. Käypä -hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duo-decimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lää-käriseura Duodecim. Helsinki. Viitattu 6.1.2020. Osoitteessa <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50063#readmore>

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, haku-termit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson., A. Axelin., M. Stolt. & R-L. Ääri. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. 46-57. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitok-sen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51. Turku.

Prisma Statement. 2015. Viitattu 29.10.2019. Osoitteessa <http://www.prisma-statement.org/>

Pöyhiä, R. 2018. Palliativinen sedaatio. Teoksessa T. Saarto., J. Hänninen., R. Antikainen & A. Vai-nio (toim.) 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. 117-120. Kustannus Oy Duodecim. Tal-linna.

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 -suunnitelmat ja toteutus. 2012. Valtakunnal-linen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hel-sinki. Viitattu 6.1.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-jul-kaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+to-teutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suo-messa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Viitattu 15.8.19. Osoitteessa <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa. Viitattu 14.1.20. Osoitteessa [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sosiaali- ja terveysala. 2019. Tietokannat. Sosiaali- ja terveysala. Viitattu 17.10.2019. Osoitteessa <https://libguides.metropolia.fi/sotealat/tietokannat>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt M. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:73. Juvenes Print. Turku.

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito. (Palliativinen hoito ja saattohoito) Käypä-hoitosuosituksen potilasversiot. Viitattu 14.1.2020. Osoitteessa <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Tutkimustiedon laadun arviointi. N.d. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 6.1.2020. Osoitteessa <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa R. Suhonen, A. Axelin & M. Stolt (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 56-66. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. Juvenes Print. Turku.

Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tammer-paino. Tampere.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Juva.

### ***Kirjallisuuskatsauksen lähteet***

Abarshi, E A., Papavasiliou, E., Preston N., Brown, J. & Payne, S. 2014. The Complexity of Nurses' Attitudes and Practice of Sedation at the End of Life: A Systematic Literature Review. International

Observatory on End-of-life Care. Lancaster University. United Kingdom. Journal of Pain and Symptoms Management 47 (5), 915-925. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011>

Cherny, N. & Radbruch, L. 2009. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 23 (7), 581-593. Viitattu 12.11.2019. Osoitteessa <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>

Berger, J. 2010. Rethinking Guidelines for the use of palliative sedation. Hasting Center report 40 (3), 32-38. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa DOI: 10.1353/hcr.0.0255

Leboul, D., Aubry, R., Peter, J-M., Royer, V., Richard, J-F. & Guirimand, F. 2017. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. France. BMC Palliative care 16 (25), 1-12. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <http://doi.10.1186/s12904-017-0198-8>

Olsen, M., Swetz, K. & Mueller, P. 2010. Ethical decision making with end-of-life care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatment. Mayo Clinic 85 (10), 949-954. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <http://doi:10.4065/mcp.2010.0201>

Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J., Janssens, R., Bruinsma, S., Mortier, F., Payne, S. & Sterckx, S. 2014. Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium. Department of Philosophy and Moral Sciences, Ghent University, Belgium. BMC Medical Ethics 15 (14), 1-10. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/14>

Ruoppa, N., Heiskanen, T. Hamunen, K. & Kalso, E. 2018. Palliatiivista sedaatiota käytetään Suomessa vähän. Lääkärilehti 73 (14), 863-864. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <http://hdl.handle.net/10138/301397>

Six, S., Laureys, J., Poelaert, J., Bilsen, J., Theuns, P. & Deschepper, R. 2018. Comfort in palliative sedation (Compas): a transdisciplinary mixed methods study protocol for linking objective assessments to subjective experiences. BMC Palliative care 17 (62), 1-7. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0316-2>

Tursonov, O., Cherny, N. & Ganz, F. 2016. Experience of family members of dying patients receiving palliative sedation. Oncology nursing forum 43 (6), 226-232. Viitattu 31.5.2019. Osoitteessa DOI: 10.1188/16.ONF.E226-E232

Ziegler, S., Merker, H., Schmid, M. & Puhan, M. 2017. The impact of the inpatient practice of continuous deep sedation until death on healthcare professionals' emotional well-being: a systematic Review. Epidemiology Biostatistics and Prevention Institute, University of Zurich. BMC Palliative care 16 (30), 1-18. Viitattu 31.5.19. Osoitteessa <http://doi.10.1186/s12904-017-0205-0>

### 3 Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen (2. sykli)

#### 3.1 Saattohoitopotilaan hoitoprosessi (suunnittelu)

Opinnäytetyön toisen syklin aiheeksi rajautui kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hoitoprosessilla tarkoitetaan systemaattista viitekehystä kuvata potilaan kliinistä hoitotyötä. Hoitoprosessin kuuluu edetä potilaan näkökulmasta johdonmukaisesti potilaan hoitotyön tarpeen määrittämisen, ongelmien tunnistamisen ja suunnittelun kautta hoitotyön toteutukseen, kirjaamiseen ja arviointiin. (Vuorenmaa 2005, 11-13; Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 28-29.) Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittämisen alussa selvitettiin mahdollinen aiempi prosessikuvaus. Kävi ilmi, ettei Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla ole määritelty saattohoitopotilaan hoitoprosessia. Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kuvaus lähti liikkeelle saattohoitopotilaan hoitoon perehtymällä ja hoitopolkua hahmottamalla. Saattohoitopotilaan hoitoprosessiin kuuluu muun muassa saattohoitopäätös, hoitoneuvottelu, hoitosuunnitelman laatiminen, hoitotahdon ilmaiseminen ja hoitopaikan valinta.

#### ***Mitä on palliatiivinen hoito ja saattohoito?***

Palliatiivinen hoito eli oireita lievittävä hoito määritellään käypä -hoito suosituksen (2019) mukaan oireenmukaisella kuolemaan johtavan tai henkeä uhkaavan potilaan ja läheisten sairauden hoitona. Palliatiivisen hoidon pyrkimyksenä on lievittää ja ehkäistä sekä vaalia potilaan elämänlaatua. Palliatiivinen hoito voi kestää kuukausista vuosiin, vaikka sen tarve lisääntyikin usein kuoleman lähestyessä, mutta sitä ei ole määritelty suoraan kuolemaan johtavana. (Johnston 1999, 2; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Saarto 2018, 8; Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 13.)

Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisen kunnioittaminen (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 30; Surakka ym. 2015, 10). Saattohoidossa on keskeisintä potilaan oireiden ja kärsimysten lievittäminen. Lähtökohtana on potilas, jolla on etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä. Potilaan elinajan arvioidaan olevan lyhyt. (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus 2012, 4; Surakka ym. 2015, 10.) Saattohoito sijoittuu elämän viimeisiin hetkiin kuoleman läheisyyteen eli viikkoihin tai päiviin. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa (Palliatiivinen hoito

ja saattohoito 2019; Saarto 2018, 8). Aktiivinen kuolemaan auttaminen ei kuulu saattohoitoon (Elämän loppuvaiheen hoito 2020).

Potilaan saattohoito vaatii osaavaa henkilöstöä ja yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Usein saattohoito alkaa tilanteesta, jolloin potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Saattohoidettavan potilaan hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan kokonaistilanne ja hänen psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset, hengelliset ja henkiset tarpeensa. Myös saattohoidettavan hoidon kokonaisuuteen kuuluu läheisten ja omaisten tukeminen ja ohjaus. Saattohoidon lähtökohdina on potilaan toiveiden ja tarpeiden täyttäminen sekä vakaumuksen kunnioittaminen. (Aalto 2011, 54; Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 17; Surakka ym. 2015, 18; Pihlainen 2011, 48.)

### ***Saattohoitopäätös***

Saattohoitopäätös on tärkeä palliatiiviseen hoitoon kuuluva asia, jossa kuoleva potilas voi ilmaista oman tahdon hoidostaan. Laki potilaan (1992/785) sekä asiakkaan (2009/812) asemasta ja oikeuksista ohjaavat keskeisesti saattohoitoa. Saattohoitopäätöstä tehdessä tulee lakeja kunnioittaen tehdä päätös yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisen kanssa. Saattohoitopäätös tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Päätöksenteossa tarvitaan usein moniammatillista työryhmää, mutta itse päätöksen tekee yleensä potilasta hoitava lääkäri yksin tai useamman lääkärin kanssa yhdessä.

Saattohoitopäätökseen kuuluu myös potilaan hoitotahdon ilmaiseminen joko kirjallisesti tai suullisesti. Hoitotahtoon liittyy usein elvyttämättä jättämispäätös eli DNR eli Do Not Resuscitate, mutta DNR-päätöksellä ei ole tarkoitus rajata muita hoitomuotoja pois. Tarvittaessa muiden hoitomuotojen, esimerkiksi potilaan pidättäytymisen antibioottilhoidosta, vaatii erillisen kirjauksen potilaan hoitosuunnitelmaan. (ks. Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Lehto 2018, 9; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Pihlajainen 2011, 48-49; Saattohoito N.d; Surakka ym. 2015, 18-19.)

### ***Hoitoneuvottelu ja hoitosuunnitelman laatiminen***

Hoitoneuvottelulla tarkoitetaan keskustelutilaisuutta, johon osallistuvat potilas ja häntä hoitava lääkäri sekä potilaan toivoessa myös omaisia tai läheisiä ja hoitoon osallistuvaa henkilökuntaa. Hoitoneuvotteluun osallistuvien lukumäärä tulee pitää sellaisena, että potilas ja hänen omaisensa tai läheisensä kokevat tulevansa kuulluksi. (Määritelmä 2003, 7.) Hoitoneuvottelussa laaditaan yhteistyössä potilaan, lääkärin ja läheisten kanssa keskustellen potilaan hoitosuunnitelma (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Perrin & Kawanowski 2015, 46). Hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon potilaan psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja

henkiset tarpeet (Hoidon suunnittelu 2018, Surakka ym. 2015, 16). Hoitosuunnitelman tulisi sisältää potilaan ja lääkärin käsitys potilaan sairaudesta ja sen ennusteesta, potilaan sen hetkiset toiveet sekä toiveet sairauden edetessä ja elämän loppuvaiheessa, hoitolinjaukset ja -rajaukset, hoitava taho kaikissa sairauden vaiheissa ja se, missä sekä miten potilaan hoito toteutetaan elämän loppuvaiheessa (Korhonen 2018, 12; Lehto 2018, 10; Perrin & Kawanowski 2015, 46).

Hoitosuunnitelman tekemiseen kuuluu keskustelut potilaan ja läheisten kanssa sekä asianmukaiset kirjaamiset potilaan potilasasiakirjoihin. Hoitosuunnitelma sisältää potilaan sairauden vaiheet, hoitomenetelmät ja hoidon tavoitteet, hoitolinjaukset- ja rajaukset, hoidosta vastaavan tahon, potilaan omat toiveet ja pelot. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Koivuranta-Vaara 2011, 13; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Perrin & Kawanowski 2015, 46.) Hoitosuunnitelmaa päivitetään ja potilaan sairauden edetessä siitä keskustelemalla. Hoitosuunnitelman tärkeä osa on potilaan suullisesti tai kirjallisesti esittämä hoitotahto, jos on potilas sen laatinut tai aikoo laatia. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Koivuranta-Vaara 2011, 13; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Perrin & Kawanowski 2015, 46.)

### ***Hoitotahdon ilmaiseminen ja hoitopaikan valinta.***

Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan tahdon ilmaisua siltä varalta, ettei hän itse kykene sitä ilmaisemaan erilaisten syiden vuoksi ja se on voimassa vain silloin, kun laatija ei pysty itse ilmaisemaan hoitotahtoaan (Halila & Mustajoki 2016). Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja tärkeisiin hoitopäätöksiin on oltava potilaan suostumus. Potilaskirja-asetus (2009/298) säättää, että hoitotahdosta on tehtävä laatijan itsensä selkeä varmenne tai se on liitettävä laatijan potilasasiakirjoihin, mutta hoitotahdolla laatija voi ilmaista hoitotahdon sisällön vapaasti.

Hoitotahdossa voi olla erilaisia erityistoiveita tai kieltäytymisiä hoidosta. Hoitotahdolla voi myös valtuuttaa toisen henkilön tekemään tarvittavat hoitopäätökset laatijan puolesta. Sen avulla voi ilmaista myös hoitopaikan, jos laatija näin haluaa. (Halila & Mustajoki 2016.) Saattohoitopotilas voi nykykäytännön mukaan pääsääntöisesti valita hoitopaikan, mutta asiasta on vireillä myös saattohoitolakialoite, jonka avulla turvattaisiin potilaan oikeutta valita itselleen sopiva saattohoitopaikka lähellä omaa asuinympäristöään ja läheisiään tai muita hänelle läheisiä ihmisiä (Lakialoite LA 32/2019).

Opinnäytetyön toisen syklin tarkoitus on kuvata saattohoitopotilaan hoitoprosessi perusterveydenhuollossa Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kehittämiskysymys on, minkälainen on saattohoitopotilaan hoitoprosessi Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla?



### 3.2 Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen terveyskeskuksen vuodeosastolla (toiminta)

#### ***Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittämisympäristön kuvaus***

Kehittämisympäristönä on Puolangan terveyskeskuksen vuodeosasto. Vuodeosaston toiminnasta vastaa Terveystalo Kuntaturva Oy. Puolangan sosiaali- ja terveystalolta tuotti aikaisemmin Atendo Kuntaturva Oy, mutta vuonna 2019 tehtyjen yrityskauppojen jälkeen palveluiden tuottajaksi tuli Terveystalo Kuntaturva Oy. Terveystalon toimintaa ohjaa missio, ”taistelemme terveemmän elämän puolesta” ja arvot ”osaaminen ja välittäminen” (Laatu- ja vastuullisuuskirja 2018, 7).

Vuodeosastolle tulee puolankalaisia potilaita pääsääntöisesti oman terveyskeskuksen päivystysvastaanotolta, Kainuun keskussairaalaan, Oulun yliopistollisesta sairaalasta sekä kotoa. Potilailla on yleensä erilaisia sairaalahoitoa vaativia sairauksia tai hoidon tarpeita. Vuodeosastolle voi tulla hoitoon myös lupapaikalle esimerkiksi omaishoitajan vapaiden ajaksi. Moninaisten potilaiden vuoksi hoitotyöntekijän osaaminen on laaja-alaista. Vuodeosastolla työskentelee pääsääntöisesti 10 hoitajaa, joista kuusi on sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa sekä 40 % työajalla yksi lähihoitaja. Lähijohto muodostuu palveluesimiehestä ja aluepalvelujohtajasta. Päivittäisistä asioista vastaa palveluesimies, jonka keskimääräinen työaika johtamiseen on 20 % normaalista työajasta. Vuodeosastolla on yksi lääkäri, joka työskentelee osastolla arkinen 8-16 välisenä aikana. Tuosta ajasta päivittäin on varattu noin 2-3h vuodeosaston potilaiden hoitoon. Iltaisin ja viikonloppuisin päivystävä lääkäri on erikoissairaanhoidossa Kainuun keskussairaalaan, josta voi tarvittaessa konsultoida päivystävää lääkäriä. (Puolangan sosiaali- ja terveystalolta N.d.)

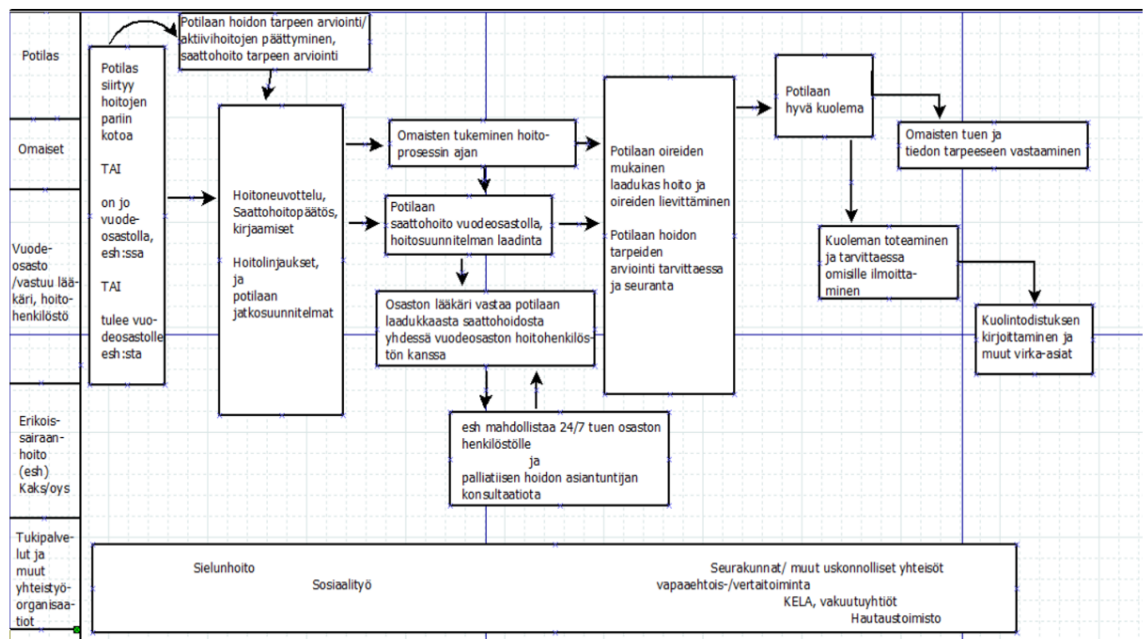
#### ***Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kuvaus***

Saattohoitopotilaan hoitoprosessi kuvataan prosessikuvion avulla, jonka avulla löydetään mahdollisia kehittämisinterventioita terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitopotilaan hoitoprosessissa. Saattohoitoprosessia arvioidaan ja täydennetään benchmarking -vierailun avulla. Prosessikuvauksen ja benchmarking -vierailun tulosten avulla voidaan selvittää terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitopotilaan hoitoprosessi.

Puolangan terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitopotilaan hoitoprosessi (kuva 1) aloitettiin määrittelemällä, mistä potilas tulee vuodeosastolle. Potilas saapuu osastolle esimerkiksi Kainuun keskussairaalaan, potilas on jo vuodeosastolla hoidossa tai hän siirtyy vuodeosastolle kotoa. Kun

potilas tulee osastolle, hänelle tehdään hoidon tarpeen arviointi yhteistyössä lääkärin, hoitohenkilöstön ja potilaan sekä mahdollisesti läheisten kanssa. Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu usein mahdollisena seuraavana arkena, kun potilas on tullut osastolle. Lääkärin tekemä hoidon tarpeen arviointi voi siirtyä viikonlopun yli seuraavaan arkeen, koska usein potilas tulee osastolle iltaisin tai viikonloppuisin. (ks. Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 51 §.)

Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen järjestetään hoitoneuvottelu, johon osallistuu hoitohenkilöstöä, potilas, läheiset ja mahdollisuuksien mukaan lääkäri (ks. Määritelmä 2003, 7). Hoitoneuvottelussa potilaan hoitosuunnitelmasta keskustellaan yhteistyössä potilaan ja läheisten kanssa ja kirjataan hoitosuunnitelma potilaan potilastietojärjestelmään (ks. Koivuranta-Vaara 2011, 13). Joskus hoitohenkilöstö yhdessä lääkärin kanssa arvioi, ettei hoitoneuvottelua ole tarpeen järjestää. Tällöin hoitajat kyselevät potilaalta ja läheisiltä tietoja ja vastaavat potilaan tietojen oikeellisuudesta. Pääsääntöisesti tietojen siirtyminen ja hoidon tavoitteiden asettaminen tapahtuvat hoitohenkilöstön toimesta ja siksi hoitosuunnitelmasta voi jäädä pois potilaan näkökulmasta merkityksellisiä, sekä tavoitteiden saavuttamisen ja potilaan kokemusten kannalta tärkeää tietoa.



Kuva 1. Saattohoitopotilaan hoitoprosessi Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla

Saattohoitopotilaan hoitoprosessin tukipalveluita ovat muun muassa sielunhoito, sosiaalityö, seurakunnan järjestämä tuki sekä muut potilaan elämää helpottavat yhteistyötahot ja heidän toimintansa. Tukipalvelut järjestetään, jos potilas itse ilmaisee niitä tarvitsevansa. (ks. Pihlainen

2011, 50.) Vuodeosastolla potilaan hoito jatkuu hoitosuunnitelman mukaisesti yhteistyössä potilaan, läheisten, hoitohenkilöstön ja lääkärin kanssa. Hoitosuunnitelmaa tarkennetaan ja päivitetään potilaan sairauden edetessä (ks. Surakka ym. 2015, 18). Jos potilaan terveydessä ilmenee ongelma, joka edellyttää esimerkiksi toisen lääkärin asiantuntija-apua, on mahdollista konsultoida erikoissairaanhoidon lääkäriä tai palliatiivisen hoidon asiantuntijaa vuorokauden ajankohdasta riippumatta (ks. Saarto, Lehto, Jyrkkiö, Sirkiä, Poukka, Hänninen, Marjamäki, Forss, Heikkinen, Peltola & Ollikainen 2017, 14). Potilaan saattohoito päättyy kuolemaan, jolloin hoitohenkilöstö huolehtii läheisten tukemisesta ja ohjauksesta. Lääkäri laatii kuolintodistuksen ja muut tarvittavat asiakirjat, jotka ovat terveyskeskuksesta noudettavissa tai ne lähetetään postitse kotiin potilaan läheisille. (ks. Aho & Terkamo-Moisio 2018, 17-19.)

Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kuvaamisen jälkeen kehittämistyötä jatkettiin suunnittelemalla Benchmarking-vierailu palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneeseen terveydenhuollon toimintayksikköön.

### ***Benchmarking-vertailumenetelmä***

Benchmarking eli vertailukehittäminen on systemaattinen tiedon keruun, vertailun ja oman toiminnan parantamisen menetelmä (Hotanen, Laine & Pietiläinen 2001, 6; Karlöf, Lundgren & Edenfeldt Froment 2003, 35-40). Benchmarking-menetelmä valikoitui opinnäytetyön toisen syklin kehittämismenetelmäksi, koska sen avulla voidaan oppia toisilta toimijoilta parempia ja tehokkaampia toimintatapoja omien toimintatapojen tilalle (ks. Hotanen, Laine & Pietiläinen 2001, 6; Karlöf, Lundgren & Edenfeldt Froment 2003, 35-40) sekä menetelmän käytössä on olennaista toiminnan kehittäminen saatujen tietojen perusteella. Menetelmän tarkoituksena on tuottaa tietoa omasta, että toisten toimijoiden toiminnasta (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 100; Perälä, Junttila & Toljamo 2007, 11-14).

Benchmarking on toiminnan laadun kehittämismenetelmä, jota voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä ja hoitotyön johtamisessa (Perälä, Junttila & Toljamo 2007, 11-14). Opinnäytetyön toisen syklin kehittämiskohteena oli vuodeosaston saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen, jolloin menetelmän käyttö sopii opinnäytetyön tarkoitukseen, koska menetelmä tukee saattohoitopotilaan hoitotyön kehittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvän laadun seurantajärjestelmä tukee suunnitelmien, toiminnan ja johtamisen kehittämistä. (Perälä ym. 2007, 11-14.)

Benchmarking -menetelmällä voidaan saada palveluista ja päätöksenteosta entistä läpinäkyvämpiä, koska palveluiden käyttäjien odotukset muuttuvat, ja palveluiden tarjoajien pitää pystyä tuottamaan yhä tehokkaimpia ja vaikuttavampia palveluita (Perälä, Junntila & Toljamo 2007, 11-14). Menetelmän perimmäinen ajatus on jatkuva toiminnan arviointi ja kehittäminen vastaamaan parasta ja tehokasta toimintaa. Tarkoituksen on oppia hyviä käytäntöjä sekä saada ratkaisuja vertaamalla omaa toimintaa esi-kuvaorganisaatioon (Aalto-Kallio ym. 2009, 100; Perälä 2008, 89-94). Benchmarking voi tarjota hoitotyön käytäntöjen yhtenäistymiseen mahdollisuuden, kun luodaan toimiva palautejärjestelmä ja hyödynnetään saatuja palautteita. Menetelmän avulla saadaan esille kehittämishaasteita. (Aalto-Kallio ym. 2009, 100; Perälä, Junntila & Toljamo 2007, 12.)

Benchmarking on monivaiheinen strukturoituprosessi. Eri lähteiden mukaan benchmarking- prosessi voi vaihdella. Hotasen, Laineen ja Pietilän (2001, 14) mukaan yleisin benchmarking- prosessi muodostuu Plan-Do-Check-Act -vaiheista. Plan -vaiheella tarkoitetaan benchmarking- prosessin suunnittelua, Do -vaiheella tarkoitetaan toteutusta eli nykytilan kuvausta ja analysointia, Check -vaiheella tarkoitetaan vertailukäynnin suorittamista, havaintojen ja johtopäätösten analysointia, ja Act -vaiheella tarkoitetaan vertailukäynnin tulosten käyttöönottoa toiminnassa (Hotanen ym. 14-15; Rho 2018, 9-11).

### ***Benchmarking vierailun suunnittelu***

Benchmarking-vierailun tarkoituksena oli selvittää saattohoitopotilaan hoitoprosessi siihen erikoistuneella hoito-osastolla. Vierailun tutkimuskysymys oli, minkälainen on saattohoitopotilaan hoitoprosessi palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneella osastolla? Vierailun avulla haettiin kehittämisinterventioita Puolangan terveystieteiden keskuksen vuodeosaston saattohoitopotilaan hoitoprosessiin.

Benchmarking prosessin Plan -vaihe lähti liikkeelle vierailun suunnittelusta (ks. Hotanen ym. 2001, 14-15). Benchmarking vierailu tapahtui Oulun kaupungin sairaalan palliatiivisen ja saattohoidon osastolla A2 syksyllä 2019. Vierailulle oli suunniteltu ennakoon kysymykset (liite 5), joiden mukaan benchmarking -vierailu sisällöllisesti toteutuu. Ennakoon suunnitellut kysymykset laadittiin Puolangan terveystieteiden keskuksen vuodeosaston saattohoitohoitoprosessista (kuva 1). Ennen vierailua opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä Oulun A2-osaston osastonhoitajaan, jonka kanssa sovittiin vierailusta puhelimitse. Puhelimessa sovittiin tarkka vierailuajankohta osastolle, tapausmista paikka ja sovittiin kysymysten lähettämisestä sähköpostitse ennen vierailua. (ks. Hotanen, ym.

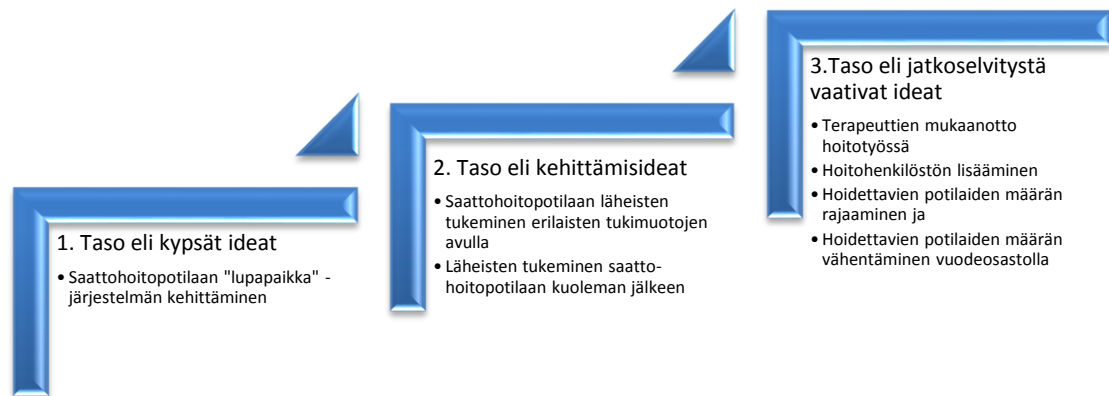
2001, 12-13.) Vierailun aikana oli tarkoitus keskustella vapaamuotoisesti saattohoitopotilaan hoitoprosessista. Keskustelussa saatava aineisto suunniteltiin kirjoitettavan muistiin. Saatu aineisto oli muodoltaan vapaamuotoinen word asiakirja, jossa oli vastaukset vierailun aikana esitettyihin kysymyksiin. Paperiset aineistot tekijä siirsi muistitikulle, jossa aineisto säilytetään siihen saakka, kunnes opinnäytetyö julkaistaan. (ks. Tutkimusaineiston arkistointi ja hävittäminen 2017.)

Benchmarking prosessin Do -vaiheeseen liittyi saattohoitoon erikoistuneen vierailukohteen kuvaus (ks. Hotanen ym. 2001, 14-15). Vierailu tapahtui Oulun kaupungin sairaalan A2 osastolla, joka on palliatiivisen ja saattohoidon osasto. Osastolla toimii myös hoitorinki, johon kuuluvat työntekijät toteuttavat palliatiivista- ja saattohoitoa potilaan kotona. A2 osastolla on 37 potilaspaikkaa sekä 1-5 lupapaikkaa eli käytännössä potilaspaikkoja on jopa 42 paikkaa. Hoitohenkilöstöä osastolla on vakituisesti 24 sairaanhoitajaa ja 6 lähihoitajaa ja arkisin farmaseutti sekä lääkäri. (Viitanen 2019.) Ennen benchmarking-vierailua tekijä lähetti ennakkoon suunnitellut kysymykset Oulun kaupungin sairaalan osaston A2 osastonhoitaja Viitaselle, joka varautui myös esittelemään osaston toimintaa. Vierailun alussa osastonhoitajan kanssa keskusteltiin yleisesti osaston toiminnasta ja aikataulusta. Vierailun aikana lähes kaikkiin ennakkoon lähetettyihin kysymyksiin saatiin vastaukset. Ajallisesti vierailu kesti noin 3 tuntia.

### 3.3 Benchmarking vierailun tulokset (havainnointi)

Benchmarking- prosessin Check vaiheeseen kuului vierailun aineiston analysointi, jolla tarkoitetaan saatujen tietojen (aineistojen) läpikäymistä ja arviointia (ks. Hotanen ym. 2001, 14-15). Benchmarking-vierailun jälkeen vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi. Vierailun tapahduttua saaduista vastauksista tehtiin kooste ja verrattiin kehittämiskohteen toimintaan (Aalto-Kallio ym. 2009, 100; Hotanen ym. 2001, 44-45; Perälä 2008, 94). Vierailun aikana kaikkiin esitettyihin kysymyksiin saatiin vastaus, ja osa kysymyksistä tuotti päällekkäisiä vastauksia. Kysymyksiin saatu aineisto luettiin, jonka jälkeen aineistosta tehtiin karkea sisällönanalyysi. Analyysirunkona käytettiin kolmen tasoista luokittelua (Kuva 2) eli kypsät ideat, kehittämisideat ja jatkoselvitystä vaativat ideat. *Kypsät ideat* ovat sellaisia, joita voidaan soveltaa sellaisenaan. *Kehittämisideat* ovat sellaisia ideoita, joita voidaan pienellä muutoksella hyödyntää. *Jatkoselvitystä vaativat ideat* ovat sellaisia

ideoita, jotka tarvitsevat muutoksia ennen niiden soveltamista ja käyttöön ottamista.



Kuva 2. Kolmen tason tulokset

Analyysin jälkeen tulokseksi muodostui ensimmäisen tason kypsä idea, *saattohoitopotilaan lupapaikka -järjestelmän* kehittäminen. Vuodeosastolla on ollut jo käytössä suullinen lupa potilaille lupapaikkaan vuodeosastolla, mutta tämän järjestelmän avulla toiminta voidaan saada vielä toimivammaksi. Saattohoitopotilaan lupapaikka -järjestelmän ideana on, että kaikille luvan saaneille potilaille annetaan osastolta lähtiessä kansio/lehtinen, jossa on muun muassa hoitopaikan tiedot ja potilaan lääkitystiedot. Kansiosta saa tiedon, missä potilaalla on jo lupapaikka. Tämän järjestelmän avulla potilaan ollessa kotona ja terveydentilan äkillisesti huonontuessa tieto lupapaikasta välittyy myös muille toimijoille kuten ensihoidon työntekijöille. Kansiossa on potilaille, hoitohenkilöstölle ja muille toimijoille ajantasainen tieto potilaan hoidosta ja hoitopaikasta, jolloin potilaan hoitoon pääsy voi nopeutua. Kansiossa oleva tieto voi tuoda potilaille turvallisuuden tunnetta koitua vuodeosastolta. (ks. Surakka 2015, 76-77.)

Toisen tason kehittämisideoiksi muodostui *saattohoitopotilaan ja läheisten tukeminen erilaisten tukimuotojen avulla* sekä *läheisten tukeminen saattohoitopotilaan kuoleman jälkeen*. *Saattohoitopotilaan ja läheisten tukeminen erilaisten tukimuotojen avulla* tarkoitetaan, että potilaan ollessa vuodeosastolla hoidossa, hänen läheisilleen järjestetään esimerkiksi "omaisten iltoja", joiden tarkoituksena on tukea saattohoitopotilaan läheisiä hoidon aikana. Tämä kehittämisidea voisi tuoda saattohoitopotilaan läheisille voimavaroja jaksaa tukea saattohoitopotilasta hoidon ajan (ks. Surakka 2015, 84). Tästä kehittämisideasta todennäköisesti muodostuisi tarvetta muuttaa hoitohenkilöstön resurssien käyttöä. Kehittämisidea on hyvä, mutta käytännössä toteuttaminen voi olla haasteellista vuodeosaston saattohoidon tarpeessa olevien potilaiden vähyyden vuoksi.

Kehittämisideaa *läheisten tukeminen saattohoitopotilaan kuoleman jälkeen* tuloksella tarkoitetaan niin sanottua ”jälkihoitopuhelua” saattohoitopotilaan kuoleman jälkeen läheisille. Tämän kehittämisidean tarkoituksena on tuoda saattohoitopotilaan läheiselle hoitohenkilöstön tukea suruprosessin aikana ja mahdollisuutta saada keskustella asioista, jotka mietityttävät läheisen kuoleman jälkeen (ks. Surakka 2015, 84). Kehittämisidean toteuttaminen käytännössä ei todennäköisesti vaadi hoitohenkilöstöltä ylimääräisiä resursseja, ja sen muokkaaminen vuodeosaston hoitohenkilöstön hoitotyöhön on mahdollista, mutta idean käyttöönotto vaatii hoitohenkilöstölle osaamisen kehittämistä saattohoitopotilaan läheisten tukemisesta.

Kolmannen tason jatkoselvitystä vaativiksi ideoiksi muodostui *terapeuttien mukaanotto potilaan hoitoon, henkilökunnan lisääminen, hoidettavien potilaiden määrän rajaaminen ja hoidettavien potilaiden lukumäärän vähentäminen osastolla*. Kaikkien näiden tulosten käyttöönoton hankaluutena on resurssien ja toiminnan muuttaminen hoitotyössä, joka ei ole tällä hetkellä mahdollista.

### 3.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Benchmarking vierailulla haluttiin selvittää saattohoitopotilaan hoitoprosessi siihen erikoistuneella hoito-osastolla. Vierailu oli onnistunut, kun toisen osaston käytäntöihin perehtyminen avasi uusia näkökulmia suhteessa omaan toimintaympäristöön. Vierailun aikana saatiin tietoa toisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-osaston hyvistä käytänteistä, jotka sopivat joko suoraan tai hieman muokaten saattohoitoprosessin kehittämiseen. Vierailun voidaan arvioida olleen onnistunut, koska asetettuihin tavoitteisiin päästiin (ks. Aalto-Kallio ym. 2009, 100-102; Karlöf & Östblom 1993, 44). Vierailun tulokset ja niiden hyödyntäminen liittyvät benchmarking-prosessin Act vaiheeseen (ks. Hotanen ym. 2001, 14-15). Benchmarking-prosessin avulla saatiin uusia kehittämisinterventioita käytettäväksi saattohoitoprosessin kehittämisessä. Saattohoitoprosessia kuvaavassa luvussa esitettiin potilaan hoitoprosessi. Hoitoprosessin kuvauksessa todettiin potilaan ja läheisten/omaisten osallistuvan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin mutta sitä, miten potilas tai läheinen/omainen osallistuu käytännössä hoitotyöhön, ei ole prosessissa avattu.

Benchmarking-prosessin tulosten perusteella saattohoitoprosessin nykykäytäntöjä tulee kehittää prosessin vaiheissa hoitosuunnitelman tekeminen, hoidon toteutus, tukipalveluiden saatavuus ja omaisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen. Muutos toisi prosessiin asiakaslähtöisiä käytäntöjä, kuten potilaan ja omaisten tavoitteiden selvittämisen sekä kirjaamisen hoitosuunnitelmaan.

Potilaan ja omaisten arvio tavoitteiden saavuttamisesta tulee myös kirjata hoitosuunnitelmaan, mutta he eivät kykene kuvaamaan eikä arvioimaan niitä, jos heillä ei ole tarvittavaa tietoa potilaansa tilanteesta ja hoidosta. Hoitoprosessissa tulee myös ottaa huomioon asiakaslähtöinen näkökulma. Voidaan myös todeta, että asiakaslähtöinen hoitoprosessi edistää potilaiden ja omaisten sitoutumista hoitoon, ja osaltaan ehkäisee mahdollisten ongelmien ilmaantumista hoitoprosessin päätyttyä. (ks. Lugton 1999, 111-112; McIntyre 1999, 211-213; Surakka ym. 2015, 33-36, 143-144.)

Benchmarking vierailulla saatiin tietoa saattohoitoprosessin järjestämisen asiakaslähtöisistä käytännöistä. Toimintayksikössä voidaan siirtää suoraan hoitotyöhön potilaan ja omaisten osallistuminen ja tavoitteiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan. Kehitettävistä käytännöistä merkittävin oli saattohoitoprosessin täydentäminen ja kuvaaminen kaikkien eri toimijoiden näkökulmasta. Saattohoitoprosessin muuttaminen siten, että potilas ja/tai omaiset osallistuvat kokonaisuudessaan hoidon suunnitteluun, vaatii käytännön muuttamista. Käytäntöjen muuttaminen vaikuttaa hoitajien tehtävään ja ajankäyttöön. Benchmarking vierailulla saavutettiin syklille asetettu tarkoitus saattohoitoprosessin kehittämisestä. Vierailun avulla saattohoitoprosessia voidaan joiltain osin kehittää osana opinnäytetyötä.

Opinnäytetyön kolmas sykli täsmentyy kirjallisuuskatsauksen, saattohoitopotilaan hoitoprosessin kuvauksen ja benchmarking vierailun tulosten perusteella. Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kuvauksen ja benchmarking vierailusta sekä kirjallisuuskatsauksesta saaduista tuloksista keskusteltiin työyhteisössä ja ohjausryhmässä. Työyhteisön ja ohjausryhmän kanssa käydyn keskustelun jälkeen täsmentyi kehittämisinterventio ja siihen liittyvät tarve.



### 3.5 Lähteet

- Aalto, K. 2011. Armollinen kuolema. Teoksessa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006-2010. ETENE julkaisuja 31. 53-54. Helsinki. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+31+Yhdenvertaisuus+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ETENE+2006-2010.pdf/e3783f6d-7fb3-48b0-ba2e-a30efd911fb0/ETENE-julkaisuja+31+Yhdenvertaisuus+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ETENE+2006-2010.pdf>
- Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla, matka teoriasta käytäntöön. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7. Kehitys Oy. Pori.
- Aho, AL. & Terkamo-Moisio, A. 2018. Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen. Hoitosuositus. Hotus. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/akillisestikuollut-hs-lyh.pdf>
- Elämän loppuvaiheen hoito. 2020. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Helsinki. Viitattu 6.5.2020. Osoitteessa [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto - käytännön ohjeita. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 12.8.2020. Osoitteessa [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809)
- Hotanen, J., Laine, R. & Pirttiläinen, S. 2001. Benchmarking opas. Opi hyviltä esikuvilta. Suomen laatu keskus koulutuspalvelut Oy. Espoo.
- Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 6.1.2020 Osoitteessa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>
- Johnston, B. 1999. Overview of nursing developments in palliative care. Teoksessa J. Lugton & M. Kindlen (Eds.) Palliative care: The nursing role. 1-26. Churchill Livingstone. Harcourt Brace and Company Limited. China.
- Karlöf, B. & Östblom, S. 1993. Benchmarking. Tuottavuudella ja laadulla mestariksi. Suomentanut M. Tillman. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Karlöf, B., Lundgren, K. & Edenfeldt Froment, M. 2003. Ota oppia parhaista! Tehoa vertailuoppimisesta. Talentum. Jyväskylä.

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystalouden laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa [http://shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon\\_laatuopas.pdf](http://shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf)

Korhonen, M. 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Versio 1.2. Helsinki. Viitattu 6.6.2020. Osoitteessa [https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS\\_toiminnalliset+vaatimukset\\_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576](https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576)

Laatu- ja vastuullisuuskirja. 2018. Terveystalo. Helsinki. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa [https://www.terveystalo.com/Global/Vuosikertomus%202018/FIN\\_Terveystalo\\_laatu\\_kirja\\_2018.pdf](https://www.terveystalo.com/Global/Vuosikertomus%202018/FIN_Terveystalo_laatu_kirja_2018.pdf)

Lakialoite LA 32/2019. Lakialoite laiksi saattohoidon järjestämisestä. Eduskunta. Viitattu 12.8.2020. Osoitteessa [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA\\_32+2019.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA_32+2019.aspx)

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja asemasta 2000/812. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lehto, J. 2018. Hoitosuunnitelma. Teoksessa T. Saarto., J. Hänninen., R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 9-13. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna.

Lugton, J. 1999. Support processes in palliative care. Teoksessa J. Lugton & M. Kindlen (eds.) Palliative care: The nursing role. 89-113. Churchill Livingstone. Harcourt Brace and Company Limited. China.

McIntyre, R. 1999. Support for family and carers. Teoksessa J. Lugton & M. Kindlen (eds.) Palliative care: The nursing role. 193-215. Churchill Livingstone. Harcourt Brace and Company Limited. China.

Määritelmä. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Työryhmä-

portti. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä -hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 6.1.2020. Osoitteessa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#readmore>

Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. 2019. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14. Helsinki. Viitattu 6.1.2019. Osoitteessa [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Perrin, K Q. & Kazanowski, M. 2015. Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation. American Association of Critical-Care Nurses 35 (5), 44-52. Continuing Education. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015357>

Perälä, M-L. 2008. Benchmarking -toimintaan hoitotyössä. Teoksessa L. Koponen. & H. Hopia (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. 89-100. Suomen Graafiset palvelut Oy. Suomi.

Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakes. Valopaino Oy. Helsinki. Viitattu 18.2.2020. Osoitteessa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76021/T19-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Pihlainen, A. 2011. Yhdenvertaisuus saattohoidossa. Teoksessa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006-2010. ETENE julkaisuja 31. 48-52. Helsinki. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+31+Yhdenvertaisuus+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ETENE+2006-2010.pdf/e3783f6d-7fb3-48b0-ba2e-a30efd911fb0/ETENE-julkaisuja+31+Yhdenvertaisuus+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ETENE+2006-2010.pdf>

Puolangan sosiaali- ja terveyspalvelu. N.d. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://terveys.puolanka.fi/>

Rho, H-K. 2018. A Review of Benchmarking Studies on Anti-Corruption Compliance Programmes. International Anti-Corruption Academy (IACA). Research paper series no. 01. Laxenburg. Viitattu 18.2.2020. Osoitteessa [http://www.iaca.int/wwwtest/media/attachments/2018/07/24/research\\_paper\\_01\\_han\\_kyun\\_rho\\_final.pdf](http://www.iaca.int/wwwtest/media/attachments/2018/07/24/research_paper_01_han_kyun_rho_final.pdf)

Saarto, T. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa T. Saarto., J. Hänninen., R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 8. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna.

Saarto, T., Lehto, J., Jyrkkö, S., Sirkiä, K., Poukka, P., Hänninen, J., Marjamäki, E., Forss, M., Heikkinen, T., Peltola, S. & Ollikainen, P. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa [https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliatiivisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0)

Saattohoito. N.d. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 6.1.2020. Osoitteessa <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-loppu/saattohoito/>

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus. 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 6.1.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

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

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tutkimusaineiston arkistointi ja hävittäminen. 2017. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.5.2020. Osoitteessa [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Tieteellinen\\_toiminta/Tutkimuksen\\_paattaminen/Tutkimusaineiston\\_arkistointi\\_ja\\_havitta\(44363\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Tieteellinen_toiminta/Tutkimuksen_paattaminen/Tutkimusaineiston_arkistointi_ja_havitta(44363))

Viitanen, S. 2019. Oulun kaupungin sairaalan A2 osaston osastonhoitaja. Keskustelu.

Vuorenmaa, A. 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen. Tietojärjestelmätieteen kandidaattitutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 25.2.2020. Osoitteessa [http://users.jyu.fi/~jorma/kandi/2005/Kandi\\_Vuorenmaa.pdf](http://users.jyu.fi/~jorma/kandi/2005/Kandi_Vuorenmaa.pdf)

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveystenhuollon toimintaprosessit. Terveystenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset- raportti. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 25.2.2020. Osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1>

#### 4 Saattohoitopotilaan läheisten tukeminen (3.sykli)

##### 4.1 Hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen (suunnittelu)

Opinnäytetyön kolmannen syklin aiheeksi muodostui opinnäytetyön ohjausryhmän ja projektiryhmään kuuluneiden henkilöiden keskustelujen perusteella saattohoitopotilaan läheisten tukeminen. Kolmannessa syklissä kirjallisuuskatsauksen ja benchmarking menetelmän avulla saatujen tulosten perusteella kehitetään saattohoitopotilaan läheisten tukemista hoitotyössä. Tarkoitus on kuvata hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa. Tutkimuskysymys on, mitä osaamista hoitohenkilöstö kokee tarvitsevänsä saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa?

Palliativisen hoidon ja saattohoidon on osa terveydenhuoltojärjestelmää. Palliativisessa hoidossa potilaan sairauden edetessä kuolema kuuluu osaksi hoitoa, ja tällöin palliativinen hoito muuttuu potilaan saattohoidoksi. Palliativinen hoito tulisi toteuttaa moniammatillisesti huomioiden potilaan kokonaisuhoito. Palliativisen hoitotyön erityispiirteisiin kuuluu potilaan auttaminen elämään aktiivista elämää niin pitkään kuin on mahdollista sekä auttaa läheisiä sopeutumaan tilanteeseen (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Saarto 2018, 8). Palliativisen hoitotyön asiantuntijoiden tehtävänä on tukea läheisiä löytämään uudenlainen elämän sisältö läheisen kuoleman kohdatessa ja sen jälkeen. Saattohoitotyöhön kuuluu potilaan hyvä oireenmukainen hoito yhteistyössä potilaan, läheisten ja moniammatillisen työryhmän kanssa, potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisen kunnioittaminen sekä hoidon järjestäminen potilaan toiveiden tai tarpeiden mukaan. (Perrin & Kawanowski 2015, 44-46; Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 8, 133-134.) Saattohoitotyö ja saattohoitopotilaan läheisten tukeminen luo moninaisia ammatillisia osaamisen tarpeita hoitohenkilöstölle.

##### ***Mitä on osaaminen?***

Osaaminen (*competence*) voidaan kuvata ihmisen moninaisuuksien kokonaisuutena. Ihmisen osaaminen voidaan kuvata tietojen, taitojen, lahjakkuuksien, kykyjen ja ominaisuuksien sekä niihin perustuvaa kykyä ymmärtää ja ratkaista erilaisia ongelmia. Näiden kuvauksien perusteella voidaan arvioida ihmisen hallitsevan työhönsä liittyvät asiat teoriassa ja käytännössä sekä kykyä toteuttaa ratkaisuja konkreettisiin ongelmiin. Osaamista kertyy kokemuksista, koulutuksista ja jatkuvasta oppimisprosessista. (Piili 2006, 106; Sydänmaalakka 2007, 287; Vanhala, Laukkanen &

Koskinen 2002, 222.) Osaamista tulee ylläpitää ja kehittää jatkuvasti (Ojala 2018, 17; Sydänmaalakka 2007, 131).

Osaaminen voidaan ajatella olevan organisaation kilpailutekijä. Osaamisen vanhetessa nopeasti, syntyy kilpailukyky siitä, kuka kykenee tehokkaimmin ja nopeimmin uudistamaan osaamistaan. Uuden osaamisen luominen ja innovaatioiden tuottaminen tehokkaasti nousevat myös yhdeksi kilpailutekijäksi. Oma osaaminen on ihmisistä itsestään kiinni. (Hilden 2002, 7; Sydänmaalakka 2007, 27; Viitala 2015, 170.) Työntekijä on vastuussa omasta ja työyhteisön osaamisen kehittämisestä. Työntekijä sitoutuu pitämään omasta osaamisestaan huolta ja työnantaja sitoutuu tukemaan osaamisen kehittämistä. (Roiha, Pakarinen, Andersson, Rusanen, Louhelainen, Saramies, Valtari, Jokinen, Lehtovirta & Koskinen 2011, 8; Öhman & Kukkurainen 2017.) Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla on kehittämiseen sitoutunut henkilöstö, jota työnantajana toimiva Terveystalo Kuntaturva Oy tukee hoitotyön kehittämisessä (Terveystalo vastuullisuusraportti 2019, 25). Hoitohenkilöstö on tuonut esille, että he tarvitsevat osaamisen kehittämistä saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa.

Hoitohenkilöstön osaamisen kehittämistä ohjaa myös valtakunnallisesti laaditut laatukriteerit saattohoidolle. Sosiaali- ja terveysministeriö on kuvannut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila (Saarto & Finne-Soveri 2019, 19, 97) -raportissa kolmeen tasoon perustuvan mallin saattohoidon eli perustaso, ja eritystaso sekä vaativa eritystaso. Puolangan terveyskeskuksen vuodeosasto kuuluu perustason osaamisen vaatimuskriteereiden tasolle, mikä tarkoittaa sitä, että vuodeosaston hoitohenkilöstön tulee osata tunnistaa parantumattomasti sairas potilas sekä huomioidaan hänen ja läheisten erilaiset tarpeet hoidon aikana. Hoitotyöntekijän tulee myös osata tehdä ja päivittää hoitosuunnitelma, ja osata hoitaa potilaan erilaisia oireita ja tunnistaa lähestyvä kuolema. Lisäksi täytyy osata tunnistaa tilanne, jos potilas tarvitsee esimerkiksi erityistason hoitoa. Hoitotyöntekijän täytyy myös osata luoda potilaan ja läheisten hoito turvalliseksi ja mahdollistaa läheisten osallistuminen hoitoon sekä suoda heille yksityisyys hoidon aikana. Kaikkien näiden laatukriteerien mukaista hoitoa tulee tarjota perustasolla olevassa hoitoyksikössä. Hoitohenkilöstön osaamista tulee kehittää saattohoitotyössä muun muassa täydennyskoulutuksen ja moniammatillisen yhteistyön avulla.

Saattohoitotyössä hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen nousee saattohoitotyön keskeisimmäksi asiaksi (ks. Piili 2006, 106; Sydänmaalakka 2007, 287; Vanhala ym. 2002, 222). Saattohoitotyössä hoitohenkilöstöltä vaaditaan muun muassa vuorovaikutus-, tiedollista-, taidollista-, eettistä- ja yhteistyöosaamista sekä, moniammatillista osaamista (ks. Saarto & Finne-Soveri 2019,

19). Vuorovaikutusosaamisen kykyyn liittyy erilaisten vuorovaikutussuhteiden ilmiöiden ja rakenteiden tunnistaminen sekä taito uudistaa niitä siten, että vuorovaikutus on joustavaa (Puusa & Ala-Kortesmaa 2019, 189-190). Tiedollinen osaaminen liittyy vahvaan saattohoitotyön tietope-  
rustaan ja taidollinen osaaminen työssä tarvittavaan praktiseen osaamiseen selvittää hoitotyöstä (Ranki 1999, 27). Keskeisimpiä eettisenosaamisen piirteitä on ihmisarvon ja itsemääräämisen kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus sekä potilaan ja läheisten toiveiden ja tarpeiden täyttäminen sekä vakaumuksen kunnioittaminen (Aalto 2011, 54; Hallikainen, Ikonen, Järveläinen, Kurki, Louhela, Piironen, Monto-Puusti & Uramo 2017, 7; Pihlainen 2010, 30; Surakka ym. 2015, 10).

Yhteistyöosaamisesta käytetään usein sanoja tiimi tai tiimityö, jolla tarkoitetaan työntekijöiden työskentelyä yhteistä päämäärää kohti. Yhteistyöosaamiseen liitetään usein moniammatillinen osaaminen, jolla tarkoitetaan eri ammattialojen edustajien yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyön tarkoituksena on turvata potilaan ja läheisten kokonaishoito. (Väisänen 2015, 9-10.) Saattohoitotyössä korostuu vuorovaikutusosaaminen ja moniammatillinen yhteistyö, joiden avulla voidaan tukea saattohoitopotilaan läheisiä, koska niin potilas, kuin hänen läheisensä tarvitsevat tukea ja ymmärrystä hoitohenkilöstöltä hoidon aikana ja sen jälkeen.

### ***Saattohoitotyön osaamisen kehittämisen lähtökohtia***

Saattohoidon nykytilaa on kuvattu sosiaali- ja terveysministeriön raportissa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa (Saarto & Finne-Soveri 2019). Raportista nousee selkeitä kehittämistarpeita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden rakenteissa, osaamisessa ja resursoinnissa. Raportista käy ilmi, että suurin vaje on koulutetussa henkilöstössä ja heidän palliatiivisen ja saattohoidon osaamisessa. Potilaalla on oikeus tasavertaiseen hoitoon sairautensa vaikeusasteen edellyttämän palliatiiviseen hoidon ja saattohoidon saamiseen joko kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. (Saarto & Finne-Soveri 2019, 16, 93-95; ks. Sawatzky, Porterfield, Lee, Dixon, Lounsbury, Pesut, Roberts, Tayler, Voth & Stajduhar 2016, 11.)

Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla tarjotaan kaikille kuntalaisille tarvittaessa laadukasta ja asiakaslähtöistä Terveystalon arvoihin perustuvaa saattohoitoa. Potilaan hoitotyössä noudatetaan arvoja - osaaminen ja välittäminen. (ks. Terveystalo laatukäsikirja 2019, 34.) Saattohoito on keskeistä Puolangalla väestön ikääntyessä, koska ikääntyneiden yli 64 vuotta täyttäneiden osuus koko Suomeen verrattuna on 38,4 %: a. Muualla Suomessa vastaavan luku on 22,3%:a (Kuntien avainluvut 2019). Tästä voidaan päätellä, että saattohoitoa tarvitsevia potilaita ja heidän



läheisiä on vuodeosastolla hoidossa vuosittain. Saattohoitopotilaan läheisten tukeminen on tästäkin syystä perusteltu kehittämisen kohde vuodeosastolla. (ks. Perrin & Kawanowski 2015, 44.)

Palveluiden vaihtelevaisuus ja hoidon tasavertainen saatavuus ilmenee myös Puolangan vuodeosastolla toteutetussa saattohoidossa. Saattohoidon toteutuksen haasteena voi olla esimerkiksi se, että saattohoidon toteuttaminen Puolangalla sen maantieteellisen sijainnin vuoksi, voi vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon. Saattohoitotyön haasteet on huomioitu niin Puolangalla kuin valtakunnallisesti. Haasteita saattohoidon kehittämisessä luo myös se, että hoitomuodot ja -menetelmät muuttuvat. Puolangan vuodeosaston henkilöstöllä on noussut esille saattohoitopotilaan läheisten tukemisen osaamisen kehittämisen tarve. (ks. Saarto & Finne-Soveri 2019, 14.)

Saattohoidon toteuttaminen on haasteellista kaikille hoitoon osallistuville. Hoitohenkilöstöllä on omat haasteensa toteuttaa potilaan saattohoitoa. Saattohoitotyö vaatii hoitohenkilöstöltä monenlaista osaamista. Hoitohenkilöstön tulisi hallita vuorovaikutusosaaminen, hallita hoidon eettisyys, toimia moniammatillisesti yhteistyössä eri toimijoiden kanssa sekä omata vahva taitotieto. Hoitohenkilöstön tulisi jatkuvasti kehittää muun muassa vuorovaikutusosaamistaan ja moniammatillista yhteistyöosaamistaan. Saattohoitotyö voi aiheuttaa hoitohenkilöstölle myös pelkoa kohdata potilaat ja heidän läheisensä. Hoitohenkilöstön tulisi osata luovia tilanteissa. Hoitohenkilöstön niin sanottuja kompastuskiviä saattohoitopotilaan hoitotyössä on kokemus osaamisen puutteesta ja tilanteen tunnepitoisuus. (Perrin & Kawanowski 2015, 46-48; Surakka ym. 2015, 10-12.)

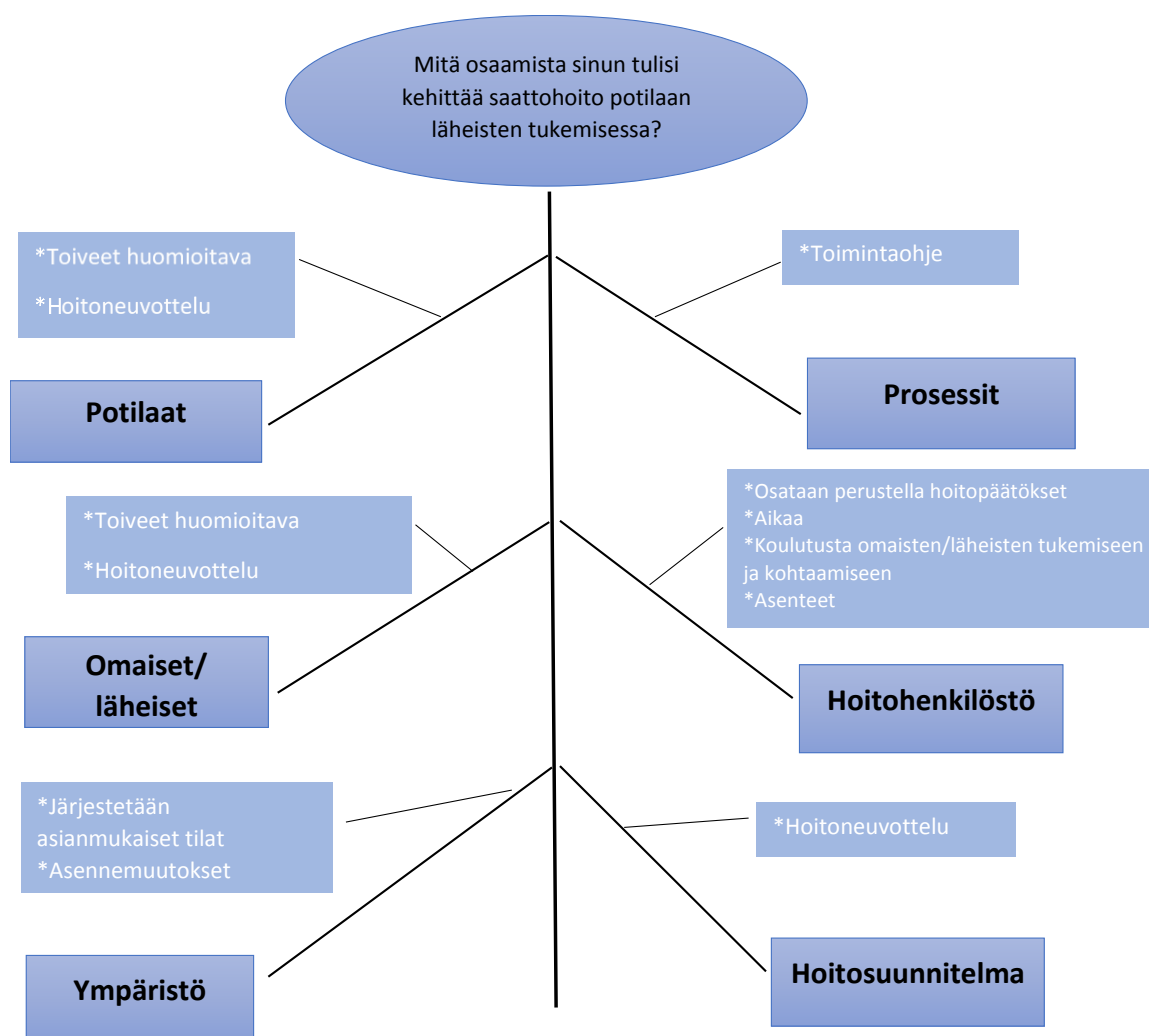
Jokaisen saattohoidon tarpeessa olevan potilaan ja läheisen tulee saada tasa-arvoista laadukasta saattohoitoa. Saattohoitoa tulee tarjota jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon eritasoissa palveluissa. (Luoma 2018, 2, 7; Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa 2019, 14). Valtakunnallisessa sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila (Saarto & Finne-Soveri 2019, 19, 97) raportissa on noussut esille, että perustason terveyskeskuksen vuodeosastolla tulee täyttää yleiset laatukriteerit, joita on muun muassa se, että hoitohenkilöstön tulisi osata tunnistaa parantumattomasti sairaan potilaan tilanne ja tehdä yhteistyössä potilaan ja läheisten kanssa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma sekä huomioida potilaan ja läheisten psykososiaalisen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve ja järjestää tarvittava tuki. Terveyskeskuksen vuodeosastolla tulee mahdollistaa rauhalliset ja yksityisyyttä kunnioittavat olosuhteet kuolevalle potilaalle sekä läheisten läsnäolo kuolevan potilaan tueksi. Raportissa myös tulisi esille, että hoitohenkilöstön osaamisen tarpeita on moniammatillisen toiminnan kehittäminen, yhdenmukaisen koulutuksen varmistaminen valtakunnallisella tasolla ja hoitohenkilöstön osaaminen vahvistaminen säännöllisillä täydennyskoulutuksilla. Tämä

valtakunnallinen raportti tukee opinnäytetyön aikaisemmissa sykleissä muotoutunut kehittämistarvetta kehittää hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa.

#### 4.2 Hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen kehittäminen läheisten tukemisessä (toiminta)

Saattohoitopotilaan läheisten tukemisen kehittäminen aloitettiin selvittämällä hoitohenkilöstön osaamisen kehittämisen tarve. Osaamisen kehittämisen tarve selkeytyi projektiryhmän vapaa-muotoisessa keskustelutilaisuudessa ja lopuksi osaamisen tarpeet yhdistettiin kalanruotokuvaan (Ishikawa- diagrammi N.d).

Puolangan terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitopotilaan läheisten tukemisen osaamisen kehittämisen kohteet jäseneltiin kalanruotokuvaan (kuva 3). Osaamisen tarpeita kartoittaessa henkilöstöltä kysyttiin, *mitä osaamista sinun tulisi kehittää saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa*. Vastauksiksi muodostui prosessit, hoitohenkilöstö, hoitosuunnitelma, potilaat, omaiset/ läheiset ja ympäristö. Hoitohenkilöstö kokee, että saattohoitopotilaan omaisten tukemiseen ei ole toimintaohjeita, joita noudattamalla he voisivat tarjota laadukasta ja asiakaslähtöistä tukea saattohoitopotilaan läheisille. Esille tuli myös, että itse hoitohenkilöstöllä on epävarmuutta tukea saattohoitoa saavien potilaiden omaisia/läheisiä. He kokevat, että he tarvitsevat aikaa ja koulutusta saattohoitopotilaan omaisten /läheisten tukemiseen, jotta he osaavat perustella valitut hoitopäätökset potilaalle sekä läheisille. Esille tuli myös, että tällä hetkellä vuodeosastolla toteutetut hoitoneuvottelut eivät aina vastaa niiden tarkoitusta tai ovat muutoin tuloksettomia. Tähän hoitohenkilöstö toivoi myös kuvausta, miten järjestetään hoitoneuvottelu, jonka avulla sekä potilas että läheiset osallistutetaan hoitoon ja sen suunnitteluun.



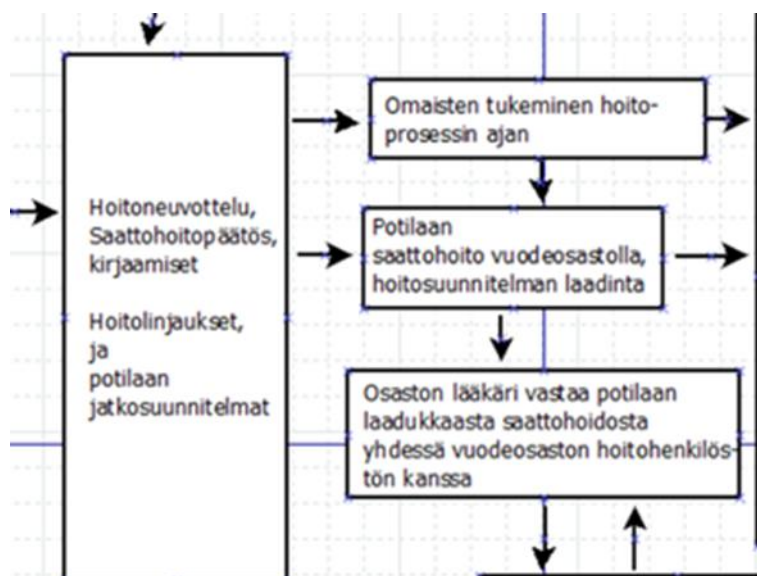
Kuva 3. Hoitohenkilöstön osaamisen kehittämistarpeet saattohoitopotilaan läheisen tukemisessa

Potilaat ja omaiset/läheiset nousivat myös kehittämisen keskiöön siksi, koska vuodeosastolla tehdyt hoitoneuvottelut eivät ole vastanneet niiden tarkoitusta (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 2004/857; Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Hoitohenkilöstö koki, että potilas ja omaiset/läheiset on otettava nykyistä asiakaslähtöisemmin huomioon saattohoitopotilaan hoitopolussa. Ongelmaksi hoitohenkilöstö koki sen, ettei he osaa ottaa potilasta tai omaisia/läheisiä riittävästi huomioon. Siksi tätä asiaa on kehitettävä. Hoitoympäristö mainittiin myös kehittämisen kohteena siten, että saattohoitopotilaille ja heidän omaisille/läheisille järjestetään asianmukaiset tilat. Tätä asiaa on jo vuodeosastolla kehitetty. Hoitohenkilöstö koki myös, että omat asenteet ovat ongelma saattohoitopotilaiden ja heidän omaistensa/läheistensä yhteistyön kehittämiseksi. Kaikki omaiset/läheiset eivät halua aktiivisesti osallistua saattohoitopotilaan hoitoon, tai heillä voi olla epärealistiset odotukset potilaan hoidosta.

Saattohoitopotilaan ja läheisten tukeminen toi esille työyhteisössä erilaisia osaamisen kehittämistarpeita. Opinnäytetyön projektiryhmään kuuluvien kanssa päätettiin keskittyä läheisten tukemiseen saattohoitoprosessin alkuvaiheeseen eli hoitosuunnitelman laatimisessa hyödynnettävän hoitoneuvottelun kehittämiseen. Potilaalle yhteistyössä tehty hoitosuunnitelma määrittelee vahvasti potilaan hoitoprosessia. Hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä potilaan, läheisten, lääkärin ja hoitohenkilöstön kanssa hoitoneuvottelussa (ks. Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Osaamisen kartoittamisen yhteydessä tuli esille myös hoitohenkilöstön epävarmuus ja osaamisen vaje saattohoitopotilaan hoitosuunnitelman laatimista ja hoitoneuvottelun järjestämistä. (ks. Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 2004/857; Terveysturvalaki 2010/1326.) Siksi päätettiin aloittaa saattohoitopotilaan läheisten tukemisen kehittämiseen kertaamalla kaikkien hoitohenkilöstöön kuuluvien kanssa saattohoitoprosessi. Hoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen lähtee siitä, että hoitohenkilöstö tietää saattohoitoprosessin ja sitoutuu sen kehittämiseen, sillä saattohoitopotilaan läheisten tukemiseen liittyy vahvasti koko hoitoprosessin tunnistaminen ja hoidon toteutuksen onnistuminen. (ks. Roiha ym. 2011, 8; Perrin & Kawanowski 2015, 46-48; Surakka ym. 2015, 16, 18; Öhman & Kukkurainen 2017.)

Aluksi kerrattiin hoitohenkilöstön kanssa saattohoitopotilaan hoitoprosessin (kts. kuva 1) käypä -hoitosuosituksen mukaan (ks. Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Keskittiin huomio hoitoprosessin alkuun eli hoitosuunnitelman laatimisessa hyödynnettävän hoitoneuvottelun järjestämiseen, joka sisältyy potilaan saattohoitoprosessiin vuodeosastolla (kuva 4). Laadittiin hoitohenkilöstön kanssa suunnitelman, miten jatkossa toimitaan saattohoitopotilaan saapuessa vuodeosastolle. Tässä vaiheessa tarkennettiin tutkimuskysymystä, mitä osaamista hoitohenkilöstö kokee tarvitsevänsa saattohoitopotilaan hoitoneuvottelussa, jotta se tukee saattohoitopotilaan läheisiä? Tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön osaamista tukeva saattohoitopotilaan läheisiä tukeva hoitoneuvottelu.



Kuva 4. Saattohoitopotilaan hoitoprosessiin aloitukseen liittyviä asioita

### ***Läheisten tukeminen saattohoitotyössä***

Usein hoitotyössä korostetaan vain potilasta ja hänen läheisiään pidetään taustalla, mutta hoitotyön keskeinen periaate on kuitenkin perhekeskeisyys, varsinkin saattohoitotyössä. Perhekeskeisessä hoidossa tulee pohtia, minkälainen on potilaan perhe, keitä siihen kuuluu ja miten se määritellään. Lähtökohtaisesti potilas itse määrittelee hänelle tärkeimmät ihmiset ja nämä ihmiset ovat läsnä potilaan elämässä myös sairautensa, että saattohoidossa. (Surakka ym. 2015, 30).

Hoitotyössä voidaan tukea saattohoitopotilasta ja potilaan läheisiä järjestämällä lakien edellyttämä hoito, yhdessä laadittavan hoitosuunnitelman avulla (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 2004/857; Terveystieteiden tutkimuslaki 2010/1326). Saattohoidossa hoitosuunnitelman tekeminen on perusteltua, koska sillä varmistetaan johdonmukainen ja yhtenäinen hoitolinja. Samalla potilaan kokemus itsemääräämisestä ja turvallisesta hoidosta toteutuu, kun potilas asioi useassa eri hoitopaikassa sairautensa aikana (Hoidon suunnittelu 2018; Korhonen 2018, 9; Perrin & Kazanowski 2015, 44; Surakka ym. 2015, 16). Hoitosuunnitelmaa tehtäessä tulee ottaa huomioon potilaan omat mielipiteet hoidosta läheisiä unohtamatta. Hoitoon kuuluu muun muassa hoidonlinjaukset, -rajaukset, hoitotahto, toiveet hoidosta ja hoitopaikasta. Siksi on hyvä kokoontua yhteiseen hoitoneuvotteluun, jossa niin potilas kuin läheiset sekä hoitohenkilöstö voivat keskustella yhteisesti hoitolinjauksista ja toiveista. (Hoidon suunnittelu 2018; Korhonen 2018, 9; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Perrin & Kawanowski 2015, 46-48; Surakka ym. 2015, 16.)

Saattohoitopotilaan läheisiä tukevaa hoitotyötä kehitetään yhteistyössä vuodeosaston lääkärin ja hoitohenkilöstön kanssa siten, että se palvelee tulevaisuudessa vuodeosastolle tulevia saattohoitopotilaita sekä heidän läheisiään. Hoitohenkilöstön osaamisen puutteita on kartoitettu (kts. edellä kuva 3), ja päädytty yhteistyössä kehittää vuodeosaston saattohoitopotilaan hoitoneuvotteluprosessia (kts. kuva 4) tarkoituksena saattohoitopotilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen saattohoitotyössä.

Terveydenhuoltolaki (2010/1326) ja laki potilaan oikeuksista ja asemasta (2004/857) velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toteuttamaan laadukasta ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Myös Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos suosittelee vahvasti, että jokaiselle perusterveydenhuollossa asioivalle potilaalle tehdään hoitosuunnitelma. (ks. Korhonen 2018, 9; Surakka ym. 2015, 16.) Laadukas ja näyttöön perustuva hoitotyö vaatii hoitohenkilöstöltä osaamista, varsinkin saattohoitotyössä potilaiden ja läheisten kohtaamisessa sekä tukemisessa (Surakka ym. 2015, 10-12). Kuolevan potilaan ja läheisten hoitaminen ja kohtaaminen koetaan hoitotyössä haastavaksi. Hoitohenkilöstöltä vaaditaan rohkeutta kohdata kuoleva potilas ja hänen läheisensä. Hyvän kuuntelevan vuorovaikutussuhteen luominen auttaa niin potilasta kuin läheisiä selviytymään tilanteista. Saattohoitotyössä korostuu hoitohenkilöstön vuorovaikutusosaaminen, kliininen osaaminen sekä eettinen osaaminen. (Saukkonen, Viitala, Lehto & Åstedt-Kurki 2017, 202-203; Vähäkangas 2018, 5.)

Hoitohenkilöstön osaaminen liittyy vahvasti saattohoidon laatuun, koska hoitohenkilöstön asenteet ja osaaminen edistävät saattohoidon laatutekijöitä. Hoitohenkilöstön tärkeimpiä oppimismenetelmiä ovat tiedon hankkiminen potilastiedoista ja kirjallisuudesta sekä koulutuksissa opittujen asioiden soveltaminen. Myös hyväksi oppimisen menetelmäksi on todettu työntekijöiden yhteinen asioiden reflektointi. Saattohoidon tiedollinen osaamisen kehittyminen luo hoitohenkilöstölle varmuutta toteuttaa laadukasta saattohoitotyötä. (Anttonen 2008, 54; Heikkinen 2006, 183; Vähäkangas 2018, 4-5.)

Hoitohenkilöstöltä esiin tulleista osaamisen puutteista (ks. kuva 3) sovittiin, että kehitetään saattohoitopotilaan läheisen tukemista suunnittelemalla kuvaus hoitoneuvottelun järjestämisestä ja arvioidaan sen käyttöönotettavuutta nelikenttä (SWOT) -analyysin avulla (ks. Nelikenttäanalyysi 2018; Virtanen 2007, 189). Hoitoneuvottelun kuvauksen avulla saadaan vahvistettua hoitohenkilöstön saattohoitotyön osaamista kehittämällä heidän osaamistaan vuorovaikutusosaamisessa, moniammatillisessa yhteistyössä, eettisessä osaamisessa sekä taitotiedossa.

SWOT-analyysi on yksi tunnetuimmista kehittämismenetelmistä (Virtanen 2007, 189). Yleensä SWOT-analyysiiä käytetään nelikenttä -menetelmällä, johon kirjataan organisaation nykyisen toiminnan vahvuudet ja heikkoudet sekä toimintaympäristöstä tulevat mahdollisuudet ja uhat. Tässä on olennaista kiinnittää huomiota siihen, että vahvuudet ja heikkoudet tulkitaan organisaation toiminnan avulla ja mahdollisuuksia ja uhkia arvioidaan toimintaympäristön näkökulmasta. Jos näkökulmien määrittely horjuu, se horjuttaa koko SWOT-analyysia. (Virtanen 2007, 189.) SWOT-analyysin avulla voidaan analysoida saattohoitopotilaan hoitoneuvottelun kuvauksen toimivuutta ja käytännöllisyyttä, ja sen avulla voidaan arvioida uuden toiminnan vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. (ks. Nelikenttäanalyysi 2018; Virtanen 2007, 189.)

Hoitosuunnitelman tekoon kuuluu keskustelu eli hoitoneuvottelu potilaan ja läheisten kanssa. Hoitoneuvottelussa kohdataan potilas, ja läheiset yhdessä hoitohenkilöstön kanssa huomioiden tilanteen tunteellisuus ja toisten kunnioittaminen. Hoitoneuvotteluun liittyy myös asianmukaiset kirjaamiset potilaan potilasasiakirjoihin. Laadukkaassa hoitoneuvottelussa potilas ja läheiset tulevat kuulluksi ja ymmärretyksi. Hoitoneuvottelussa ei riitä pelkästään totuudenmukainen puhe, vaan se edellyttää aitoa läsnäoloa ja ymmärrystä. Tästä syystä hoitohenkilöstöltä vaaditaan hoitoneuvottelussa vahvaa vuorovaikutusosaamista. Vuorovaikutus mahdollistaa myös asioiden kertomisen ymmärrettävästi ja asianmukaisesti, jonka avulla potilas ja läheiset voivat todellakin osallistua hoidon suunnitteluun.

Saattohoitoon liittyvä eettisyys tulee myös hoitohenkilöstön huomioida hoitoneuvottelussa, mikä vaatii hoitohenkilöstöltä tietämystä, kokemusta ja osaamista saattohoidosta. Eettisyys ilmenee saattohoidossa potilaan, että läheisten itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena. Kuitenkaan erilaiset periaatteet ja ohjeet eivät korvaa hoitohenkilöstön läsnäoloa ja vuorovaikutusta hoitoneuvottelussa. Hoitoneuvottelun järjestäminen edellyttää hoitohenkilökunnalta myös yhteistyöosaamista, jotta hoitoneuvottelussa voidaan keskustella potilaan elämän eri osa-alueista. Hoitoneuvottelun järjestämiseen ja sen pitämiseen vaaditaan myös hoitohenkilöstöltä tiedollista ja taidollista osaamista, jotta se onnistuu. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Lehto, Marjamäki & Saarto 2019; Mitä tietoa saan läheisen tilanteesta 2018; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Sawatzky ym. 2016, 5.)

Ennen saattohoitopotilaan hoitoneuvottelua tai sen aikana on tehtävä potilaalle saattohoitopäätös yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisten kanssa. Hoitoneuvottelu on hyvä järjestää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta potilaan hoito tapahtuu heti alusta lähtien yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisten kanssa. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Lehto ym. 2019; Mitä tietoa saan läheisen tilanteesta 2018; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Sawatzky ym. 2016,

5.) Hoitoneuvotteluun osallistuu potilas, lääkäri, hoitohenkilöstöä ja potilaan suostumuksella läheisiä. Tarkoituksena on määritellä keskustellen potilaan ja hänen läheistensä kanssa hoitoon liittyvät keskeiset asiat kuten potilaan tilanne, hoitolinjaukset, ja mahdollisesti siirtyminen saattohoitoon. Hoitoneuvottelussa keskustellaan saattohoidon merkitys, potilaan sairauden tilanne, hoitolinjaukset, hoitovastuullinen taho, kartoittaa potilaan ja läheisten toiveet elämän loppuvaiheesta sekä kaikki hoitoneuvottelussa tehdyt päätökset tulee kirjata potilaan potilasasiakirjoihin. Hoitoneuvottelussa on mahdollisuus potilaalla ja läheisillä esittää kysymyksiä ja huolia. Potilas ja läheisiä kehoitetaan ennen hoitoneuvottelua miettimään mahdollisia kysymyksiä ja kirjoittamaan ne muistiin. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 3-5; Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Lehto ym. 2019; Mitä tietoa saan läheisen tilanteesta 2018; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hyvin toteutettu ja onnistunut hoitoneuvottelu saattaa vahvistaa potilaan ja läheisten ymmärrystä lähestyvästä kuolemasta ja auttaa keskittymään jäljellä olevaan elämään ja kuolemaan valmistautumiseen. Hoitoneuvottelun yksi tärkeimmistä tarkoituksista on varmistaa, että potilas ja läheiset ymmärtävät, mitä tarkoittaa siirtyminen saattohoitoon ja tämän tavoitteen onnistumisessa korostuu hoitohenkilöstön vuorovaikutusosaaminen sekä tiedollinen osaaminen. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Hammar, Leppäaho & Kylänen 2019, 32; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Siirtyä saattohoitoon n.d.)

Hoitoneuvottelun onnistumisessa on hoitohenkilöstöllä tärkeä vastuu, joten hoitohenkilöstön tulee olla osaavaa. Onnistunut hoitoneuvottelu vaatii siis hoitohenkilöstöltä osaamista, joita jokaisen tulee kehittää, jotta voidaan tarjota saattohoitopotilaan läheisiä tukevaa hoitoa. (ks. Hammar ym. 2019, 16; Sawatzky ym. 2016, 11). Hoitoneuvottelun järjestämisen kuvauksen avulla voidaan kehittää hoitohenkilöstön vuorovaikutusosaamista, eettistä osaamista, moniammatillista osaamista sekä taitotieto-osaamista. Nämä osaamiset korostuvat vahvasti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamistarpeissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa osaamisen muutos on jatkuvaa, joten osaamisen menetelmiä on koko ajan kehitettävä ja arvioita. (Kangasniemi, Hipp, Häggman-Laitila, Kallio, Karki, Kinnunen, Pietilä, Saarnio, Viinamäki, Vuotilainen & Waldén 2018, 9, 14.) Hoitoneuvottelu käytäntöä kehittämällä saadaan hoitohenkilöstölle osaamista tukeva väline, jota he voivat soveltaa järjestäessään hoitoneuvottelua sekä onnistua hoitoneuvottelun järjestämisessä.

Hoitohenkilöstön osaaminen korostuu siinä, kuinka hoitohenkilöstö kohtaa läheiset hoitoneuvottelussa ja yleensä saattohoitotyössä. Saattohoitotyön ja hoitoneuvottelun onnistuminen edellyttää potilaan läheisten huomioimisen, tukemisen ja kunnioittamisen. Osa laadukasta saattohoito-

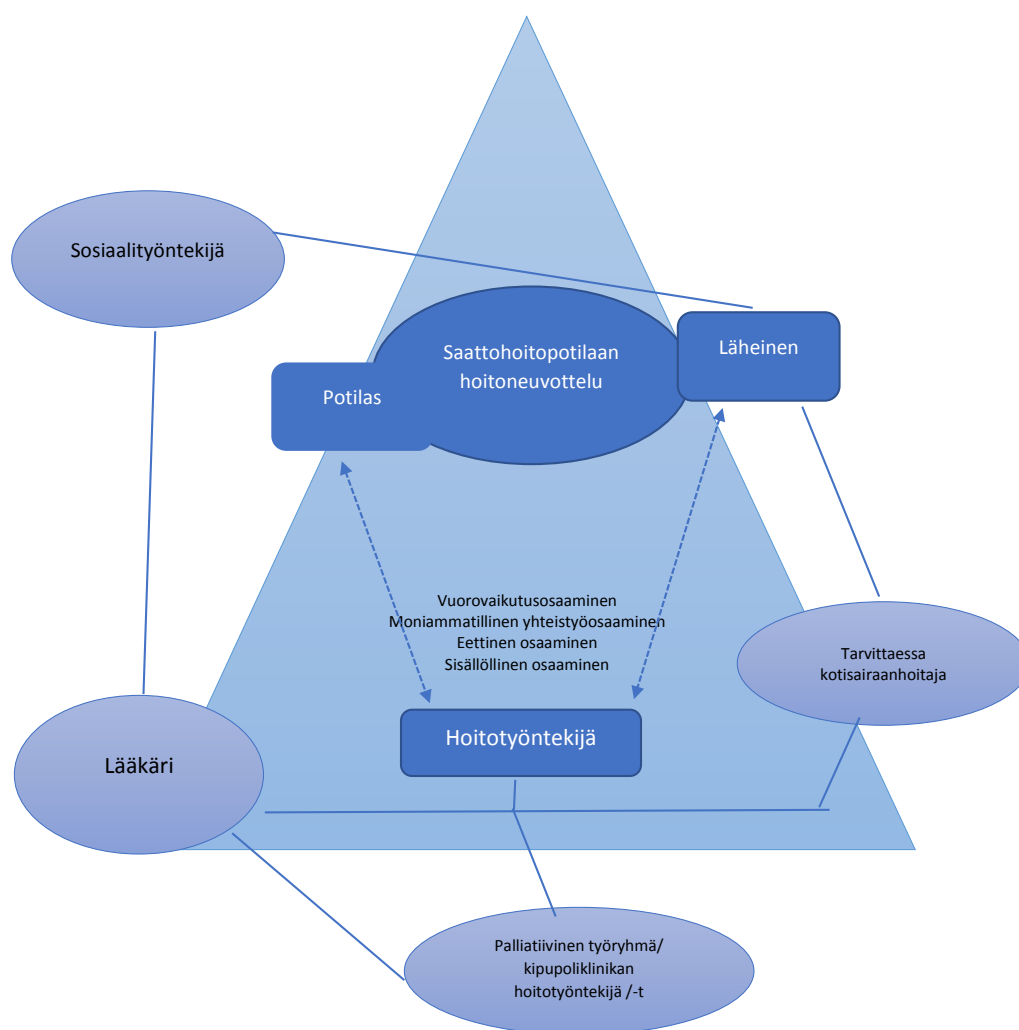


osaamista on hoitohenkilöstön aito läsnäolo, käytettävissä oleminen, turvallisuuden luominen ja rohkeus lähestyä potilaan läheisiä. Hoitohenkilöstön oman rajallisuuden ymmärtäminen ja rehellisyys auttavat hoitohenkilöstöä kohtamaan läheisiä aidosti. Saattohoitopotilaan huolta läheisistä voidaan helpottaa huomioimalla ja huolehtimalla läheisistä. (Flinkkilä 2019, 3-4; Sand 2003, 94-95; Saukkonen ym. 2017, 202-203.)

Kun saattohoidossa olevan potilaan läheisten osallistuminen mahdollistetaan hoitoon ja päätöksentekoon, sen on arvioitu lisäävän läheisen kokemista itsensä tärkeäksi ja osaksi saattohoitopotilaan hoitoa. Myös perheen ja naapureiden tuki on koettu auttavan saattohoitopotilasta ja hänen läheisiään selviytymään. (Saukkonen ym. 2017, 202-203.) Saattohoidossa läheisten tukeminen tapahtuu antamalla heille tukea, turvallisuutta, tietoa ja toivoa. Hoitohenkilöstön tuki mielletään keskusteluksi, kuuntelemiseksi, lähellä oloksi ja koskettamiseksi sekä toisten ihmisten tunteiden hyväksymiseksi. Toisinaan riittää vain, että hoitohenkilöstö on läsnä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 152; Sand 2003, 94-96; Saukkonen ym. 2017, 202-203.)

### ***Saattohoitopotilaan läheisiä tukevan hoitoneuvottelun kuvaus***

Projektiryhmän kuuluvien kanssa kehitettiin Puolangan terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitopotilaan läheisiä tukeva hoitoneuvottelun kuvaus, jonka mukaisesti voidaan tukea läheisiä saattohoitopotilaan hoitotyössä (kuvio 4). Potilaan tullessa Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolle tehdään hänelle hoidon tarpeen arviointia yhdessä hoitohenkilöstön ja lääkärin kanssa ensimmäisten arkipäivien aikana (ks. Kansanterveyslaki 1972/66; Terveystieteiden tutkimuslaki 2010/1326). Tilanteen ollessa lähellä saattohoitoa tai saattohoito voidaan katsoa jo alkaneen, sovitetaan potilaan ja läheisten kanssa hoitoneuvottelu mahdollisimman pian.



Kuvio 4. Hoitohenkilöstön osaaminen saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa

Käytännön hoitoneuvotteluun osallistuvat osastolta lääkäri, vastaava sairaanhoitaja, potilas ja hänen suostumuksellaan läheinen/läheisiä. Hoitoneuvottelun käytännöllä tarkoitetaan sitä, että potilas, läheiset sekä lääkäri ja sairaanhoitaja kohtaavat toisensa hoitoneuvottelussa samanaikaisesti, jolloin heillä on mahdollisuus keskustella saattohoidosta ja sen tarkoituksesta. Hoitoneuvottelu käytäntö edistää niin potilaan kuin läheisten osallistumista hyvään saattohoitoon ja vahvistaa heidän osallisuuttaan.

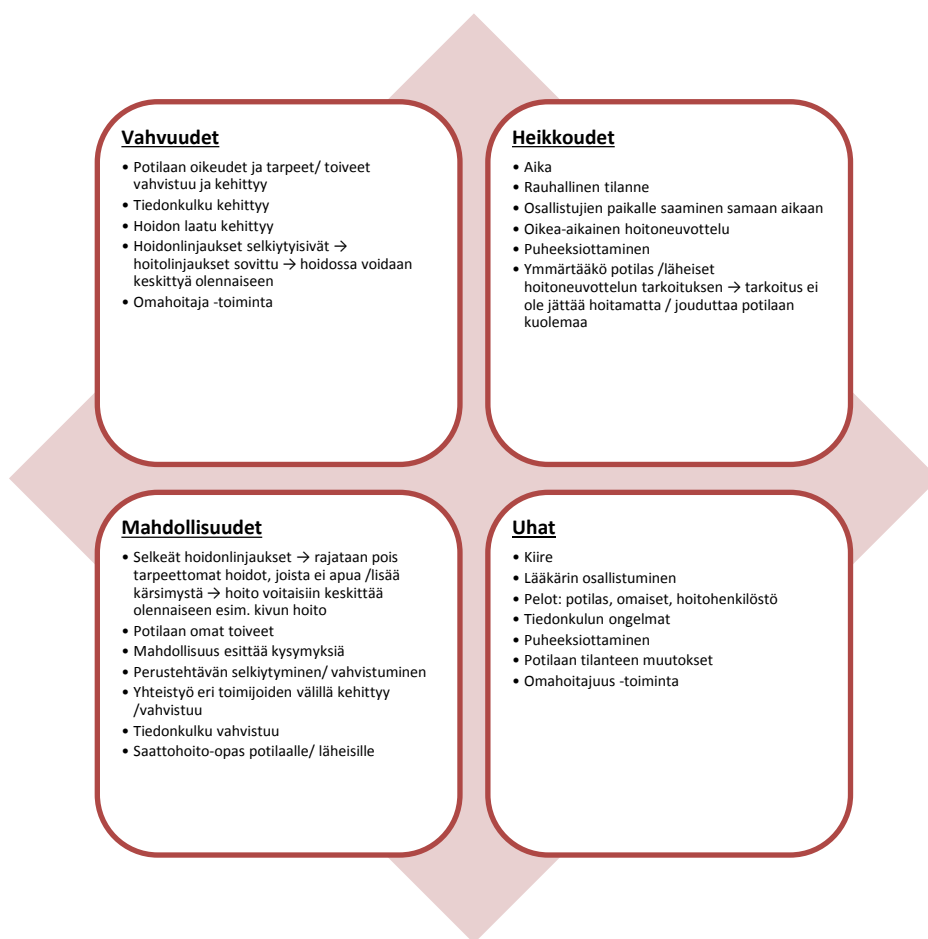
Hoitoneuvotteluun on kehitetty myös hoitoneuvottelun muistilista (liite 6), joka tukee ja ohjeistaa hoitohenkilöstöä järjestämään hoitoneuvottelun. Muistilista on tehty PACE (palliative care older people) -toimintamallin tulevaisuuden arviointi- ja suunnittelulomakkeita sekä palliativisen seurantalomakkeita hyödyntäen (Hammar ym. 2019, 75-77, 82).

Hoitoneuvottelussa keskustellaan yhdessä potilaan ja läheisten kanssa terveydestä ja sen muutoksista, hoidonlinjauksista, -rajauksista, hoitotahdosta, toiveista miten ja missä hoidetaan, hoitavasta tahosta sekä mahdollisista esiin tulevista kysymyksistä hyödyntäen hoitoneuvottelun muistilistaa. Hoitohenkilöstö ohjaa ja tukee saattohoitopotilaan läheisiä osallistumaan keskusteluun ja päätöksentekoon. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; Lehto ym. 2019; Mitä tietoa saan läheisen tilanteesta 2018; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Hoitoneuvottelun aikana keskustellaan potilaan hoitoon liittyvät asiat. Hoitoneuvottelussa korostuu hoitohenkilöstön vuorovaikutusosaaminen ja yhteistyöosaaminen. On tärkeää että, potilas ja omaiset tulevat kuulluksi ja ymmärretyksi. Saattohoitopotilaan läheisten huomioiminen lisää niin potilaan kuin läheisten turvallisuudentunnetta sekä mahdollisuutta vaikuttaa ja päättää hoitoon liittyvistä asioista. Potilaan ja läheisten turvallisuudentunne taas tukee potilasta ja läheisiä käsittelemään kuolemaa. Potilaan kuoleman koittaessa on tärkeää huomioida, että saattohoidon aikana on tehty kaikki sovitut asiat, jotta läheisillä on helpompi kohdata todellisuus. (ks. Sawatzky ym. 2016, 5-11; Siirtyä saattohoitoon n.d.) Hoitohenkilöstön vuorovaikutus ja yhteistyöosaaminen vahvistuu, kun potilas sekä läheiset ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

Hoitoneuvottelun jälkeen hoitoneuvottelussa keskustellut asiat kirjataan potilaan potilasasiakirjoihin. Hoitoneuvottelussa sovitut hoitopäätökset otetaan käytäntöön edellyttäen, että potilas sekä hoitohenkilöstö sitoutuvat noudattamaan tehtyjä päätöksiä. Hoitoneuvottelun lopuksi potilaalle ja läheisille voidaan tarvittaessa antaa saattohoitopotilaan ja läheisen opas (ks. Saattohoito-opas n.d).

#### 4.3 Hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen kehittyminen hoitoneuvottelussa (havainnointi)

Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolle kuvattiin saattohoitopotilasta ja hänen läheisiä tukeva hoitoneuvottelu, jonka mukaisesti kehitetään potilaan ja läheisten saattohoidon laatua. Saattohoitopotilaan läheisiä tukeva hoitoneuvottelun käytäntö kuvattiin yhdessä vuodeosaston hoitohenkilöstön kanssa. Käytännöstä tehtiin yhteenveto ja tätä arvioitiin SWOT-nelikenttä arviointityökalua hyödyntäen (kuvio 5). SWOT-analyysin avulla kartoitettiin hoitoneuvottelu käytännön mahdollisia vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia. (ks. Nelikenttäanalyysi 2018; Virtanen 2007, 189.) SWOT-analyysia avulla arvioitiin saattohoitopotilaan läheisiä tukevan hoitoneuvottelu käytännön käytettävyyttä. Analyysia tehdessä ohjaavana kysymyksenä oli, miten hoitoneuvottelun käytännön kuvaus tukee saattohoitopotilaan läheisten tukemista?



Kuvio 5. SWOT-analyysi hoitoneuvotteluprosessin kuvauksesta

SWOT-analyysin avulla arvioitiin hoitoneuvottelun muuttunutta käytäntöä. Vahvuuksia oli potilaan oikeuksien, toiveiden ja tarpeiden vahvistuminen, koska hoitoneuvottelun aikana potilas saa kertoa ajatukset, jotka tulevat kaikille hoitoon osallistuville tietoon. Tästä syystä arvioitiin tiedonkulun kehittyvän ja tulevan esille kirjaamisessa. SWOT:ssa arvioitiin myös, että hoidon laatu kehittyy, koska hoitoneuvottelussa potilaan ja läheisten toiveet hoidosta tulevat esille. Näin hoito voidaan kohdentaa potilaan sekä läheisten toiveiden mukaisesti. Esille tuli myös, että hoidon linjaukset selkiytyvät, jotka ovat olleet ajoittain epäselvät. Hoidon linjauksetkin selkiytyvät, koska potilaan, läheisten ja lääkärin päätökset hoidosta kirjataan ja tiedotetaan hoitoon osallistuville. Omahoitajatoiminta koettiin myös vahvuutena, koska hoitoneuvotteluun osallistuu mahdollisuuksien mukaan potilaan omahoitaja, jolla on sillä hetkellä ajantasaisin tieto potilaan tilanteesta.

Heikkouksina SWOT-analyysissa koettiin olevan ajanhallinta, miten saadaan järjestettyä kaikille hoitoneuvotteluun osallistuville yhteinen aikataulu nopeasti. Hoitoneuvottelun järjestää vuodeosaston sairaanhoitaja keskusteltuaan asiasta lääkärin kanssa. Hoitoneuvotteluun pyydetään mu-

kaan myös läheiset. Heikkoudeksi arvioitiin myös rauhallisen tilanteen luominen, vaikka vuodeosastolla on käytössä yhden hengen huoneet. Lisäksi lääkäri saattaa olla kiireinen, joka luo tilanteeseen tietynlaisen ilmapiirin. SWOT-analyysissa heikkoudeksi arvioitiin myös oikea-aikainen hoitoneuvottelu. Onko potilas tai läheiset tietoisia sairaudentilanteesta tai, ovatko he hyväksyneet jo sairauden ja sen ennusteen? Nämä asiat ovat hankalia ja arkoja hoitohenkilöstölle kuten myös asian puheeksi ottaminen. Miten hoitohenkilöstö osaa ottaa asian puheeksi oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa? Tässä korostuu hoitohenkilöstön vuorovaikutus- ja taitotieto-osaaminen. Hoitohenkilöstön vastuulle jää esittää käytännön mukaisen hoitoneuvottelun tarkoitus siten, että eri osapuolet ymmärtävät sen tarkoituksen. Tämä aiheuttaa huolta hoitohenkilöstössä, koska kyseessä on vaikea asia, ja jokaisella on omasta mielestään osaamisvajeita saattohoitopotilaan läheisten kohtaamisessa.

SWOT-analyysin avulla uhkiksi muodostuivat kiire ja lääkärin mahdollinen poisjääminen hoitoneuvottelusta. Uhkina koettiin myös olevan erilaiset pelot niin potilaiden, läheisten kuin hoitohenkilöstön. Tiedonkulunongelmat olivat myös uhkia. Jos tiedonkulku katkeaa jossain vaiheessa hoitoprosessissa, niin potilaan hoidon laatu voi kärsiä tai potilas siirtyy eri hoitoyksikköön. Miten voimme varmistaa tiedonkulun, kun potilas siirtyy toiseen hoitoyksikköön, koska tälläkin hetkellä eri toimipaikoissa on erilaiset tietojärjestelmät, jotka voivat aiheuttaa tiedonkulun katkeamisia? SWOT-analyysissa arvioitiin uhkana potilaan tilanteen muuttuminen. Miten hoitohenkilöstö, potilas ja läheiset osaavat silloin reagoida jo päätettyihin hoitolinjauksiin? Tässä tulee esille potilaiden ja läheisten toivo siitä, että tilanne vielä paranee. Uhaksi koettiin omahoitaja -toiminta. Omahoitaja -toiminnan toteutumisen uhaksi koettiin mahdollisuus tiedonkulun katkeamisessa tai hoitajan yksilöitymisessä. Esimerkiksi huonot uutiset tilanteen äkillisestä muutoksesta voivat yksilöityä omahoitajan syyksi. Joskus potilaan läheiset voivat esittää omahoitajalle huolia tai toiveita potilaan hoidosta vapaa-ajalla.

SWOT- analyysin avulla kehitetyn kuvaksen avulla erilaisia mahdollisuuksia hoitoneuvottelusta arvioitiin olevan useita. Mahdollisuudeksi koettiin potilaan ja läheisten toiveiden kuuleminen ja noudattaminen sekä hoidon linjausten selkiytyminen, jolloin osataan järjestää oikeaa hoitoa oikeaan aikaan. On myös tärkeää, että mahdollistuu potilaan ja läheisten kysymysten esittäminen lääkärille. Hoitohenkilöstö on huomannut, että usein potilaalla/läheisillä on toive saada keskustella lääkärin kanssa. Mahdollisuudeksi arvioitiin myös hoitohenkilöstön perustehtävän selkiytyminen, koska hoidonlinjaukset ovat aikaisempaa selkeämpiä. Mahdollisuudeksi arvioitiin muutoksen vuoksi eri toimijoiden välisen yhteistyön vahvistuminen, joka vahvistaa hoitohenkilöstön moniammatillista yhteistyöosaamista. Näin arvioitiin tapahtuvan, koska potilaan toiveet sekä hoidon

linjaukset kirjataan. Myös tässä tilanteessa tiedonkulun arvioitiin kehittyvän tai vahvistuvan. SWOT-analyysissä mahdollisuudeksi arvioitiin myös, että hoitoneuvottelun jälkeen on hyvä antaa potilaalle ja/ tai läheisille opas saattohoidosta.

Kun perehdyttiin saattohoitopotilaan läheisten tukemiseen, löydettiin syöpäjärjestön ja Hännisen (2015, 5) oppaat saattohoitopotilaalle ja läheiselle, joista arvioitiin olevan hyötyä (ks. Saattohoitoparas n.d.). Ko. oppaita tilataan saattohoitopotilaille ja läheisille jaettavaksi. Oppaista on potilaille ja läheisille hyötyä heidän käsitellessään saattohoitotilannetta ja sen lopullisuutta.

#### 4.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Syklin tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan hoitoneuvottelussa läheisten tukemisessa. Hoitoneuvottelukäytäntö luo uudenlaisia mahdollisuuksia tukea saattohoitopotilaan läheisiä, jolloin niin saattohoitopotilaan, että läheisten hoitoon tyytyväisyys ja turvallisuuden tunne lisääntyy. Hoitohenkilöstön osaamista kehitettiin suunnittelemalla hoitoneuvottelun muistilista, jonka avulla pyritään myös vahvistamaan heidän vuorovaikutusosaamistaan, yhteistyöosaamistaan, eettistä osaamistaan sekä taitotietoa. Tähän päästiin kartoittamalla hoitohenkilöstön osaamisen vajauksia ja niistä nousseiden tulosten perusteella keskustelemalla ja analysoimalla saattohoitopotilaan hoitoprosessia läheisiä tukevasta näkökulmasta.

Hoitoneuvottelu käytännön kuvaaminen onnistui ja SWOT-analyysin avulla arvioituna käytäntö voi kehittää vuodeosastolle tulevien saattohoitopotilaiden ja heidän läheistensä hoidon laatua. Hoitoneuvottelussa saattohoitopotilaan läheiset tuntevat kuulluksi ja huomioduksi. Läheisiä huomioivalla hoitoneuvottelulla myös edistetään läheisten kokemaa tuen saantia hoitohenkilöstöltä. (ks. Sawatzky ym. 2016, 5-11; Siirtyä saattohoitoon n.d.) Laadukas hoito auttaa potilasta aktiiviseen elämään kuolemaansa saakka ja tukee läheisiä selviytymään potilaan sairauden aikana ja sen päätyttyä (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 -suunnitelma ja toteutus 2012, 4).

Hoitohenkilöstön osaamisen voidaan arvioida kehittyneen syklin aikana heidän perehtyessä saattohoitopotilaan läheisten tukemiseen ja luodessaan yhteistyössä uudenlaisen hoitoneuvottelukäytännön. Hoitoneuvottelu käytäntöä kehittäessään jokainen pääsi osallistumaan sen kehittämiseen. Hoitoneuvottelu käytännön soveltaminen työyhteisössä on aina omanlaisensa haaste, mutta muutosvastarintaa lieventää se, että hoitohenkilöstö on ollut mukana alusta asti kehittämässä hoitoneuvottelua. (ks. Ahoniemi 2009, 117-119; Pakkanen 2011, 11, 21-25.)

Hoitoneuvottelun järjestäminen edellyttää hoitohenkilöstön hyväksymistä ja sitoutumista muutuneeseen käytäntöön (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 69). Muutos vaatii aina tietynlaisen halun kehittää toimintaa paremmaksi, koska muutosvastarinta on yleensä ensimmäinen reaktio uuteen asiaan. Muutoksen hyväksyminen on osa uuden asian ottamista käytäntöön, mutta myös muutoksesta keskustelu helpottaa uuden asian sisäistämistä ja hyväksymistä. Kaikkien tulee sitoutua muutokseen, jotta muutos onnistuu. (ks. Ahoniemi 2009, 117-119; Pakkanen 2011, 11, 21-25.) Hoitoneuvottelun mukainen toiminta tehostaa myös hoitohenkilöstön osallistumista tukea potilasta hoidon aikana ja edistää potilaan osallistumista omaan hoitoonsa. Potilaan hyvään hoitoon kuuluu potilaan terveyden ja hyvinvoinnin kokonaistarkastelu, yksilöllinen ja inhimillinen kohtelu, joka sisältää arvostamisen, tiedonsaannin ja kuulluksi tulemisen (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 5-6).

Saattohoitopotilaan läheiset tarvitsevat tukea saattohoidon aikana. Siksi tulevaisuudessa hoitotyötä tulee kehittää myös Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla, vaikka potilastyytyväisyys on hyvää tasoa. Aina hoitotyössä on kehitettävää. Hoitoneuvottelun kehittämisen myötä potilaan ja läheisten toiveet ja tarpeet otetaan huomioon, he saavat oman ”äänensä” kuuluville. Hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus toteuttaa hoitotyötä osaavasti ja tasalaatuisesti, kun selkeät hoitolinjaukset on kirjattu potilasasiakirjoihin, jolloin myös eri toimijoiden välinen yhteistyö vahvistuu. Muutoksen implementointi tuottaa aina haasteita. Tämä vaatii sitkeää kehittämistyötä ja uudenlaisen käytännön vakiinnuttamista osaksi hoitotyön arkea.

#### 4.5 Lähteet

- Aalto, K. 2011. Armollinen kuolema. Teoksessa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006-2010. ETENE julkaisuja 31. 53-54. Helsinki. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+31+Yhdenvertaisuus+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ETENE+2006-2010.pdf/e3783f6d-7fb3-48b0-ba2e-a30efd911fb0/ETENE-julkaisu+31+Yhdenvertaisuus+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ETENE+2006-2010.pdf>
- Ahoniemi, L. 2009. Näkökulmia muutosjohtamiseen. Teoksessa J. Kiuru (toim.) Johdatus johtamiseen. Ajatuksia johtamisen perusteet-opintojaksosta ja rakennusaineita tulevaan. Maanpuolustuskorkeakoulu. Johtamisen ja sotilaspedagogiikan laitos. Julkaisusarja 2. Artikkelikokoelmat Nro 3, 110-123. Helsinki. Viitattu 21.10.2020. Osoitteessa [https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74118/kiuru-johdatus\\_johtamiseen2.PDF?sequence=1#page=111](https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74118/kiuru-johdatus_johtamiseen2.PDF?sequence=1#page=111)
- Anttonen, M.S. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa E. Grönlund., M.S. Anttonen., S. Lehtomäki. & E. Agge. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. 49-58. Suomen sairaanhoitaja liitto ry. Helsinki.
- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki. Viitattu 4.9.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf>
- Elämän loppuvaiheen hoito. 2020. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 6.6.2020. Osoitteessa [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)
- Flinkkilä, M-L. 2019. Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajankoulutus. Viitattu 11.8.2020. Osoitteessa [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20190995/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20190995.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20190995/urn_nbn_fi_uef-20190995.pdf)
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Edita Prima. Helsinki.



Hallikainen, T., Ikonen, E., Järveläinen, M., Kurki, A., Louhela, M., Piironen, R., Monto-Puusti, K. & Uramo, M. 2017. Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. PunaMusta Oy. Viitattu 28.8.2020. Osoitteessa [https://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/docs/Talentia\\_Etiikkaopas\\_2017.pdf](https://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/docs/Talentia_Etiikkaopas_2017.pdf)

Hammar T, Leppäaho S & Kylänen M. 2019. (Suom.) PACE toimintamalli: Kuusi askelta palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE-toimintamalli+Kuusi+askelta+palliatiivisen+hoidon+kehitt%C3%A4miseen.pdf/ace7b20c-c35b-4ef7-94f1-ebba332ae8d6>

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Hoidon suunnittelu. 2018. Terveyskylä.fi. Palliatiivinen talo. Viitattu 6.6.2020. Osoitteessa <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 14. Uudistettu painos. Etelä -Suomen syöpäjärjestö. Terhokoti. T. A. Sahalan Kirjapaino Oy. Helsinki. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>

Ishikawa -diagrammi. N.d. Innokylä. Viitattu 24.2.2020. Osoitteessa [https://www.innokyla.fi/documents/1911099/5673493/Kalanruoto\\_ohje+PDF.pdf/840d428b-f27e-43aa-acac-0b288c27c257](https://www.innokyla.fi/documents/1911099/5673493/Kalanruoto_ohje+PDF.pdf/840d428b-f27e-43aa-acac-0b288c27c257)

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, R., Viinamäki, L., Vuotilainen, A. & Waldén, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39. Viitattu 21.10.2020. Osoitteessa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf?sequence=1>

Kansanterveyslaki 1972/66. Viitattu 6.6.2020. Osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Korhonen, M. 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Versio 1.2. Helsinki. Viitattu 6.6.2020. Osoitteessa [https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS\\_toiminnalliset+vaatimukset\\_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576](https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576)

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy.

Kuntien avainluvut. 2019. Viitattu 21.5.2020. Osoitteessa <http://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?active1=620&year=2020&active2=SSS>

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 2004/857. Viitattu 6.6.2020. Osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135 (4), 335-342. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/4/duo14788>

Luoma, M-L. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa vuonna 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Dia-sarja. Viitattu 21.5.2020. Osoitteessa <https://stm.fi/documents/1271139/12429036/Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+tila+Suumessa+vuonna+2018%2C+Minna-Liisa+Luoma.pdf/3dc9974f-3d18-dda7-79bd-079056b242b3/Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+tila+Suumessa+vuonna+2018%2C+Minna-Liisa+Luoma.pdf>

Mitä tietoa saan läheisen tilanteesta? 2018. Kuntouttamistalo.fi. Terveyskylä.fi. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/l%C3%A4heiselle/tukea-l%C3%A4heiselle/mit%C3%A4-oikeuksia-minulla-on-l%C3%A4heisen%C3%A4/mit%C3%A4-tietoja-saan-l%C3%A4heisen-tilanteesta>

Nelikenttäanalyysi. 2018. Vaasan yliopisto. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa [https://www.univaasa.fi/fi/sites/digi-action/tyopajat/testi/1-ideointimenetelmat/1-2\\_ideointi/1-2-1-4\\_nelikenttaanalyysi/](https://www.univaasa.fi/fi/sites/digi-action/tyopajat/testi/1-ideointimenetelmat/1-2_ideointi/1-2-1-4_nelikenttaanalyysi/)

Otala, L. 2018. Ketterä oppiminen, keino menestyä jatkuvassa muutoksessa. Kauppakamari. Media Zone OU. Viro.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä -hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Viitattu 21.5.2020. Osoitteessa <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50063#readmore>

Pakkanen, S. 2011. Muutosjohtaminen terveydenhuollon osastonhoitajan työssä -osastonhoitajien kokemuksia muutosjohtamisesta, muutosvastarinnasta sekä osastonhoitajalta edellytetyjä ominaisuuksia muutosjohtajana. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 21.10.20. Osoitteessa [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120019/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120019.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120019/urn_nbn_fi_uef-20120019.pdf)

Perrin, K Q. & Kazanowski, M. 2015. Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation. American Association of Critical-Care Nurses 35 (5), 44-52. Continuing Education. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015357>

Puusa, A. & Ala-Kortesmaa, S. 2019. Vuorovaikutukselliset työyhteisötaidot asiantuntijatyössä. Työelämän tutkimus - Arbetslivsforskning 17 (3), 187-201. Viitattu 10.8.2020. Osoitteessa <https://journal.fi/tyoelamantutkimus/article/download/87125/46056/>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksot. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki. Viitattu 10.8.2020. Osoitteessa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Piili, M. 2006. Esimiestyön avaimet. Ihmisen kohtaaminen ja ohjaaminen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ranki, A. 1999. Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Roiha, M., Pakarinen, T., Andersson, B., Rusanen, M., Louhelainen, H., Saramies, A., Valtari, J., Jokinen, I., Lehtovirta R. & Koskinen, M. 2011. Osaamista kehittämään! -periaatteita ja menetelmiä osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen. Teoksessa L. Kaartinen (toim.) KT Kuntatyönantajat. 5-40. Suomen kuntaliitto. Mainostoimisto Soihtu Oy. Helsinki.

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14. Helsinki. Viitattu 28.8.2020. Osoitteessa [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliatiivisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saarto, T. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa T. Saarto., J. Hänninen., R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 8. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna.

Saattohoito-opas. N.d. Etelä-Suomen syöpäjärjestö. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://www.etela-suomensyopayhdistys.fi/neuvonta-ja-tuki/saattohoito-opas/>

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 -suunnitelma ja toteutus. 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE -julkaisuja 36. Helsinki. Viitattu 24.6.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>

Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana -systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 29 (3), 195-206.

Sawatzky, R., Porterfield, P., Lee, J., Dixon, D., Lounsbury, K., Pesut, B., Roberts, D., Tayler, C., Voth, J. & Stajduhar, K. 2016. Conceptual foundations of a palliative approach: a knowledge synthesis. BMC Palliative Care 15 (5), 1-14. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715271/pdf/12904\\_2016\\_Article\\_76.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715271/pdf/12904_2016_Article_76.pdf)

Siirtyä saattohoitoon. N.d. Fican -potilaan polku. Syöpäjärjestöt. Viitattu 23.6.2020. Osoitteessa <https://www.syopajarjestot.fi/potilaanpolku/siirtyy-saattohoitoon/>

Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta. 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE -julkaisuja 32. Helsinki. Viitattu 24.6.2020. Osoitteessa [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70260/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3195-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70260/URN_ISBN_978-952-00-3195-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. 2019. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 68. Viitattu 21.5.2020. Osoitteessa [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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

Sydänmaalakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Economica -kirjasarjan julkaisu nro 17. Gummerus Kirjapaino Oy. Talentum.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Viitattu 6.6.2020. Osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveystalo laatukäsikirja. 2019. Helsinki. Viitattu 21.5.2020. Osoitteessa [https://www.terveystalo.com/Global/Laatukirja%202019/Terveystalo\\_Laatukirja\\_2019.pdf](https://www.terveystalo.com/Global/Laatukirja%202019/Terveystalo_Laatukirja_2019.pdf)

Terveystalo vastuullisuusraportti. 2019. Helsinki. Viitattu 21.5.2020. Osoitteessa [https://www.terveystalo.com/Global/Vastuullisuusraportti%202019/Terveystalo\\_vastuullisuusraportti\\_2019.pdf](https://www.terveystalo.com/Global/Vastuullisuusraportti%202019/Terveystalo_vastuullisuusraportti_2019.pdf)

Vanhala, S., Laukkanen, M. & Koskinen, A. Liiketoiminta ja johtaminen. 3. uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima Oy. Helsinki.

Viitala, R. 2015. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 4-5 painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Vähäkangas, M. 2018. Sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia kuoleman kohtaamisesta opintojen aikana. Kandidaatin tutkielma. Oulun Yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö. Hoitotieteen tutkinto-ohjelma. Oulu. Viitattu 10.8.2020. Osoitteessa <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201805301960.pdf>

Väisänen, I. 2015. Hoitotyön opettajien näkemyksiä sairaanhoitajaopiskelijoiden moniammatillisen koulutuksen toteuttamisesta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajan koulutus. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 28.8.2020. Osoitteessa [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150466/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150466.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150466/urn_nbn_fi_uef-20150466.pdf)

Öhman, J. & Kukkurainen, ML. 2017. Osaaminen on työkyvyn osa-alue ja yrityksen menestystekijä. LAMKpub. Viitattu 21.5.2020. Osoitteessa <http://www.lamkpub.fi/2017/04/20/osaaminen-on-tyokyvyn-osa-alue-ja-yrityksen-menestystekija/>

## 5 Saattohoitopotilaan hoitoneuvottelu vakiinnuttamisen suunnitelma

### 5.1 Näyttöön perustuva hoitotyö (suunnittelu)

Opinnäytetyön neljänneksi sykliseksi muodostui saattohoitopotilaan läheisen tukeminen hoitoneuvottelun vakiinnuttamissuunnitelman laatiminen ja implementointi. Näytön käyttöönotto eli implementoinnin tavoitteena on varmistaa, että asiakkaille/potilaille merkitykselliseksi osoitettujen hoitomenetelmiä hyödynnetään hoidossa ja päätöksenteossa. Näyttö ohjaa kehittämään ja ohjaamaan olemassa olevia hoitokäytäntöjä siten, että asiakas/potilas saa parasta mahdollista näyttöön perustuvaa hoitoa. Näytön käyttöönotto ja vakiinnuttaminen on edellytyksenä näyttöön perustuvalla toiminnalla. (Korhonen ym. 2018, 98; Westerlund, Nilsen & Lunden 2019, 333.)

Tarkoitus on kuvata saattohoitopotilaan hoitoneuvottelun implementointisuunnitelma. Tutkimuskysymys on, minkälainen implementointisuunnitelma tukee vuodeosaston hoitohenkilöstön osaamisen kehittymistä saattohoitopotilaan läheisten tukemisesta hoitoneuvottelussa? Neljäs sykli päättyy syklin suunnitteluun, mutta kehittäminen jatkuu opinnäytetyön päätyttyä vuodeosastolla saattohoitopotilaan läheisten tukemisen hoitoneuvottelukuvauksen pilotoinnilla ja toiminnan vakiinnuttamisella.

Näyttöön perustuva toiminta on luetettavan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoitotyössä sekä hänen läheistensä huomioimista hoidon toteutuksessa. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnettuja hoitokäytäntöjä ja menetelmiä sekä lisätä toiminnan tehokkuutta, vaikuttavuutta ja osaamista henkilöstön keskuudessa. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 53-54; Näyttöön perustuva toiminta 2018.) Näyttöön perustuvan hoitotyö kuten myös Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785) sekä Terveystalolaki (2010/1326) turvaavat potilaille ja heidän läheisilleen laadukkaan ja turvallisen hoidon sekä mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoon.

Puolangan terveyskeskuksen vuodeosaston näyttöön perustuvaa hoitotyötä ohjaavat erilaiset lait, käypä hoito -suositukset, terveysportista ja koulutuksista saatu tieto sekä Terveystalo Kuntaturva Oy:n strategia, missio ja arvot. Organisaation strategian tulisi vahvistaa näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttamista osaksi hoitotyöntekijöiden päivittäistä toimintaa sekä määritellä keskeisimmät linjaukset ja ohjeistukset toiminnan jatkuvaan kehittämiseen (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 2020, 19). Erilaiset hoitosuositukset auttavat terveydenhuollon ammattilaisia tekemään päätöksiä potilaiden parhaasta mahdollisesta avusta ja hoidosta ongelmien

ratkaisuun (Leino-Kilpi & Lauri 2003 7-9, 18). Uusia lääketieteellisiä tutkimustuloksia, suosituksia hoitotyöhön tuo lääkäri, hoitohenkilöstö sekä hoitotyön lähijohtaja esimerkiksi erilaisista koulutuksista. Hoitotyö ja hoitomenetelmien tulee perustua tutkittuun tietoon (Korhonen ym. 2018, 77) ja lähijohtajan rooli korostuu, kun tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä hyödyntämällä moniammatillista yhteistyötä (Heino 2010, 6; Viitala 2013, 184).

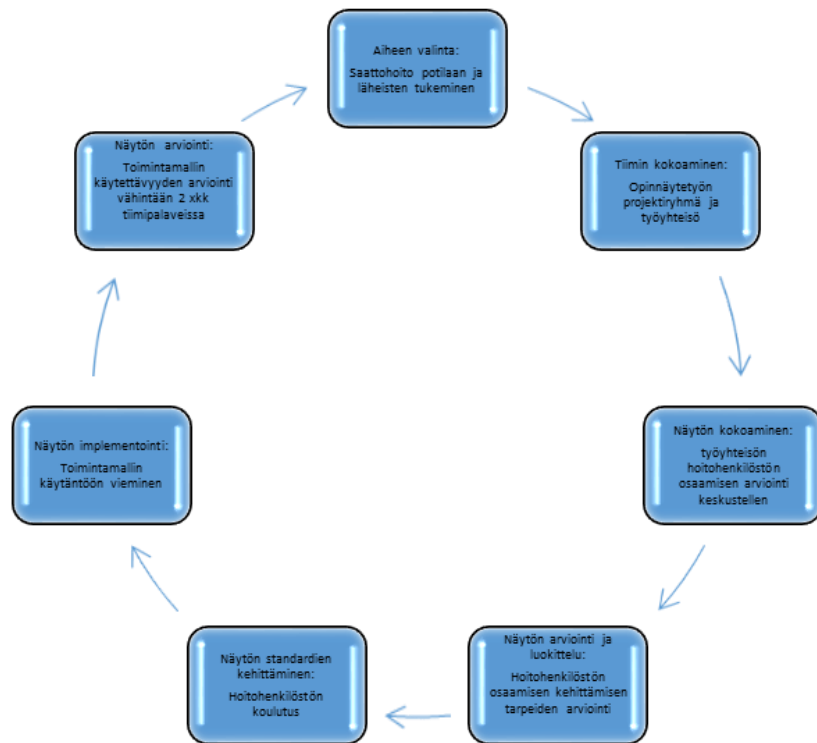
Näyttöön perustavan toiminnan toteutumisen ongelmana on usein se, että hoitotyöntekijät ovat epävarmoja omasta osaamisestaan ja heihin kohdistuvista osaamisvaatimuksistaan (Korhonen ym. 2018, 77). Suurimmat haasteet työyhteisössä näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöönotossa on osittain henkilöstön asenteet, epävarmuus omasta osaamisesta ja uusien hoitokäytänteiden hyväksyminen (muutosvastarinta) sekä uusien hoitokäytänteiden vakiinnuttaminen. Hoitomene- telmissä voi olla vaihteluita johtuen juuri hoitotyöntekijöiden vanhentuneista tiedoista ja toimin- tataavoista, mikä voi johtaa potilaiden epätasa-arvoiseen kohteluun (Heino 2010, 21-22; Korhonen ym. 2018, 47). Hoidon laadun, yhteistenkäytäntöjen ja vaihtelevien käytäntöjen yhtenäistäminen on näyttöön perustuvan toiminnan tavoite (Korhonen ym. 2018, 17). Osa hoitohenkilöstöstä ko- kee muutokset uhkina ja uusien käytänteiden käyttöönottoon liittyy usein muutosvastarinta. Muutosvastarinta uusien käytänteiden käyttöönotossa liittyy vahvasti hoitajien osaamisen epä- varmuuteen. (ks. Heino 2010, 21-22.) Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen onkin edellytys turvalli- selle ja laadukkaalle hoidolle, joka on lainsäädännön asettaman vaatimus (Korhonen ym. 2018, 71; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Terveystieteidenhuoltolaki 2010/1326).

## 5.2 Saattohoitopotilaan hoitoneuvottelun implementointisuunnitelma (suunnittelu)

Näyttöön perustuva toiminta edistää potilaan hoidon laatua ja auttaa hallitsemaan terveydenhoi- tokustannuksia (Brown 2014, 157). Näyttöön perustuvalla toiminnalla on tarvetta sosiaali- ja ter- veydenhuollossa, koska erilaisten hoitokäytäntöjen ja palveluiden toiminnot ovat vaihtelevia sekä vanhentuneita. Vanhentuneet ja tehottomat toiminnot johtavat potilaiden eriarvoiseen kohte- luun ja laadun heikkenemiseen. Näiden toimintojen tunnistaminen on ensimmäinen vaihe näyt- töön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. (Korhonen ym. 2018, 47.) Saattohoito potilaan läheis- ten tukemisen kuvauksen käyttöönottosuunnitelman kehittämisessä käytetään Iowa mallia.

Iowa malli on todisteisiin perustuvassa käytännöstä laadukkaasti hoidon edistämiseksi kehitetty malli (Brown 2014, 157). Malli on kehitetty terveydenhuollon tarpeisiin tutkimustiedon hyödyn-

tämiseen ja hoidon laadun kehittämiseen (Doody & Doody 2011). Iowa mallin avulla voidaan ottaa huomioon potilaat, palveluntarjoajat ja nykyiset tutkimukset muutoksen viemisessä käytäntöön (Kowal 2010, 5). Iowa malli auttaa hoitohenkilöstöä siirtämään tutkimusten tulokset kliiniseen käytäntöön edistämällä potilaiden hoidon laatua (Brown 2014, 157). Iowa malliin kuuluu seitsemän vaihetta (kuvio 6), joita tulee noudattaa mallin käytössä. Vaiheet ovat *aiheen valinta*, *tiimin kokoaminen*, *näytön kokoaminen*, *näytön arviointi ja luokittelu*, *näytön standardien kehittäminen*, *näytön implementointi* sekä *näytön arviointi*. (Doody & Doody 2011.)



Kuvio 6. Näytön käyttöönotto Iowa mallia mukaillen Doody & Doody (2011)

Saattohoitopotilaan läheisten tukemisen uuden toiminnan käyttöönotossa edettiin työyhteisössä Iowa mallin seitsemän vaiheen mukaisesti. Ensiksi tuli *aiheen valinta*, joka muodostui opinnäytetyön kolmannen syklin perusteella saattohoitopotilaan läheisten tukeminen. Valitsemalla aiheen näyttöön perustuvalle toiminnalle on otettava huomioon useat tekijät. Näihin sisältyvät ongelman prioriteetti ja laajuus, soveltaminen kaikkiin käytännön aloihin, sen vaikutus hoidon kehittämiseen, tietojen saatavuus ja todisteiden saatavuus ongelmat, ongelman monialainen luonne ja henkilöstön sitoutuminen. (Doody & Doody 2011.) Aiheen valinnan jälkeen tuli *muodostaa tiimi*, joka opinnäytetyössä oli jo nimetty projektiryhmä, joka koostui hoitotyön asiantuntijoista. Projektiryhmä muodostui kolmesta sairaanhoitajasta ja kolmesta lähihoitajasta, joilla kaikilla on erilaista osaamista. Tiimi vastaa kehittämisestä, toteutuksesta ja arvioinnista ja tiimin tulee laatia



kirjallisia ohjeita, menettelytapoja ja ohjeita, jotka ovat näyttöön perustuvia. (ks. Doody & Doody 2011.)

Tiimin muodostamisen jälkeen Iowa mallin mukaisesti tulee koota näyttö, joka muodostui opin-  
näytetyön ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksesta. Tiimin muodostamisesta ja aiheiden va-  
linnasta tulisi järjestää aivorihi-istunto, jossa tunnistetaan käytettävissä olevat lähteet ja keskei-  
set termit todisteiden etsimiseksi. Muodostetaan tutkimuskysymys/kysymykset ja kysymyksiin  
etsitään vastauksia tutkimuksista sekä kirjallisuudesta. (Doody & Doody 2011.) Kirjallisuuskat-  
sauksen tutkimuskysymys oli, että mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen  
hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Kirjallisuuskatsauksen tuloksena muodostui  
neljä luokkaa: hoitosuositukseen perustuva, hoidon eettisyys ja turvallisuus, kivun hoito ja osaami-  
sen vahvistaminen. Kehitettäväksi aiheeksi rajautui hoitohenkilöstön osaamisen vahvistaminen,  
koska se koettiin olevan ajankohtainen kehittämisenkohde. Neljännessä vaiheessa tapahtuu näy-  
tön arviointi ja luokittelu Iowa mallin mukaisesti, jota selviteltiin työyhteisössä. Työyhteisön hoi-  
tohenkilöstön osaamisen tarpeiksi muodostui useita kehittämisinterventioita, joista projektiryh-  
män kanssa päädyttiin kehittämään hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tu-  
kemisessä.

Iowa mallin viidennessä vaiheessa on näytön standardien kehittäminen. Ensimmäisen syklin ai-  
kana haettiin tutkimustietoa palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyöhön, jonka tuloksina  
muodostuneista luokista päädyttiin kehittämään hoitohenkilöstön osaamista. Toisen syklin ai-  
heeksi muodostui saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen, jota kehitettiin benchmar-  
king vierailun avulla. Vierailun tulosten perusteella päädyttiin kehittämään hoitohenkilöstön  
osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa. Kolmannessa syklissä kartoitettiin hoito-  
henkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa ja tulokseksi saatiin, että onnis-  
tuneen hoitoneuvottelun avulla voidaan tukea saattohoitopotilaan läheisiä.

Näiden jälkeen päädyttiin kehittämään hoitoneuvottelua läheisten tukemisen vahvistamiseksi.  
Hoitoneuvotteluun kehitettiin tueksi ”muistilista”, joka on hoitotyöntekijän tuki, miten toimia  
hoitoneuvottelussa, jotta hoitoneuvottelu tukee potilasta ja läheisiä. Käytäntöä tulee muokata  
pilotoinnin kokemusten perusteella omaan toimintaan sopivaksi. Tällöin keskustelut työyhteis-  
össä ovat tärkeitä, kun tarkoituksena on toteuttaa hoitoneuvottelun pilotointi käytännössä. Jos  
interventio onnistuu pilotoinnin toteutuksessa, se voidaan muuntaa organisaatiokäytännön muu-  
tokseksi. Jopa käytännön muutoksen toteuttamisen jälkeen tiimin tulisi jatkaa käytännön muu-  
toksen arviointia ja tarkkailla käytännön poikkeamia tai tulosten vähenemistä. (Brown 2014, 158-

159.) Hoitoneuvottelu käytännön kehittämisen jälkeen sovittiin, että pilotoidaan hoitoneuvottelu mahdollisimman nopealla aikataululla (ks. taulukko 6).

TAULUKKO 6. Hoitoneuvottelun pilotointisuunnitelma

<b>Saattohoitopotilaan läheisiä tukeva hoitoneuvottelu – käyttöönottosuunnitelma</b> <b>Päätavoite</b> Saattohoitopotilaan läheisiä tukevan hoitoneuvottelun kehittäminen Puolangan terveyskeskuk- sen vuodeosastolla				
<b>Osaamisen tavoite</b>	<b>Toimenpiteet ja aikataulu</b>	<b>Mittarit</b>	<b>Arviointi</b>	<b>Vastuuhenkilöt ja osallistujat</b>
Tavoitteena on, että sairaanhoitaja tietää saattohoitopotilaan hoitoprosessin ja osaa suunnitella asiakasläh- töisen potilaan hoito- neuvottelun	Saattohoitopoti- laan hoitoprosessi koulutus (3h) -Kesä 2020	Koulutuksessa käyty suullinen keskustelu  Toteutunut koulu- tuspäivä  Kaikki työntekijät osallistuneet	Keskustelussa saatu palaute  Koulutus pidetty	Opinnäytetyön tekijä /lähijohto  Hoitotyöntekijät
Tavoitteena on kehit- tää hoitotyöntekijöi- den vuorovaikutus- osaamista	Miten tuemme saattohoitopotilaan läheisiä? Kehittä- misiltapäivä (2h): Kesä 2020	Suullinen palaute  Toteutunut kehit- tämisisiltapäivä Kaikki työntekijät osallistuneet	Saadun palautteen arviointi  Kehittämisisil- täpäivä pidetty	Opinnäytetyön tekijä  sekä hoitotyönte- kijät
Tavoitteena on kehit- tää hoitotyöntekijöi- den moniammatillista yhteistyöosaamista	Projektiryhmään kuuluvien kanssa hoitoneuvottelun käytännön suun- nittelu Kesä 2020  Jatkossa talvella 2020-21 hoitoneu- vottelu käytäntö esitellään muille hoitoneuvotteluun osallistuville hen- kilöille esim. sosi- aalityöntekijöille	Suullinen palaute Toteutunut kehit- tämishetki Projektiryhmään kuuluvat osallis- tunut suunnitte- luun	Saadun palautteen arviointi  Kehittämishetki pidetty	Opinnäytetyön tekijä ja projekti- ryhmä /lähijohto  sekä hoitotyönte- kijät ja muut si- dosryhmät

Tavoitteena on kehittää hoitotyöntekijöiden eettistä osaamista	Saattohoitopotilaan hoitoneuvotteluun liittyvän ”muistilistan” suunnittelu Syksy 2020	”Muistilistasta” saatu palaute  Toteutunut suunnitteluilta päivä	”Muistilistan” sisällön arviointi hoitoneuvottelu tilanteiden jälkeen  Kehityskeskustelut  Kaikki työntekijät osallistuneet  Suunnitteluilta-päivä pidetty	Opinnäytetyön tekijä ja projekti-ryhmä /lähijohto  sekä hoitotyöntekijät
Tavoitteena on, että sairaanhoitajalla on laadukas osaaminen toteuttaa asiakaslähtöinen hoitoneuvottelu	Hoitoneuvottelun käytännön harjoittelu hoitotyöntekijöiden keskuudessa -Talvi 2020-21	Suullinen palaute  Toteutunut harjoittelu hoitotyöntekijöiden kanssa	Palautekeskustelu ja arviointi  Kehityskeskustelut  ”Kehittämislta-päivä”	Opinnäytetyön tekijä ja projekti-ryhmä,  sekä hoitotyöntekijät
Tavoitteena on, että sairaanhoitajat hallitsevat asiakaslähtöisen hoitoneuvottelun	Asiakaslähtöisen hoitoneuvottelun käyttöönotto -Talvi 2020–21	Suullinen ja kirjallinen palaute  Toteutuneet hoitoneuvottelut	Potilastyytyväisyys kysely potilaille ja läheisille -suullisesti /kirjallisesti (vapaamuotoisesti /lomakkeella)  Henkilöstö kysely -kirjallisesti/suullisesti  Jatkossa voidaan kehittää ns. ”omaisten ilta”, esim. kaksi kertaa vuodessa	Lähijohto  Hoitohenkilöstö

Näytön implementointi kuuluu osaksi Iowa mallin kuudetta vaihetta, jossa toiminta sovelletaan käyttöön ja muistetaan huomioida kouluttaminen. Pilotoinnissa mukana olevat työntekijät kehittävät esimerkillään toimintaa motivoiden toisia työntekijöitä. (Doody & Doody 2011.) Projektiryhmässä arvioidaan toiminnan mahdollista käytännöllisyyttä ennen käyttöönottoa SWOT-analyysin avulla ja totesimme, että muutos mahdollisesti edistää saattohoitopotilaan läheisten tukemista hoitoprosessin aikana. Seuraavan saattohoitopotilaan kohdalla noudatetaan hoitoneuvottelu toimintaa, jonka jälkeen arvioidaan sen käytännöllisyyttä saadun vapaamuotoisen potilaspalautteen avulla. Mahdollisen palautteen saaminen ja hankkiminen jää opinnäytetyön tekijän ja lähijohdon vastuulle. Opinnäytetyön aikana ei osastolle tullut potilasta, jolla sairauden hoito olisi edennyt

saattohoitovaiheeseen, joten emme voineet opinnäytetyön aikana pilotoida hoitoneuvottelu käytäntöä.

Iowa mallin seitsemänteen vaiheeseen kuuluu näytön arviointi, joka on myös toiminnan jatkuvaa arviointia (on välttämätöntä todisteiden arvon ja osallistumisen toteuttamiseksi käytännössä), seurantaa ja tarkkailemista (Doody & Doody 2011). Arvioinnilla tarkoitetaan sitä, miten arvioimme toimintaa, jotta ymmärrämme, mitä olemme tekemässä (Virtanen 2007, 12). Arviointia voidaan tehdä erilaisilla menetelmillä esimerkiksi saadun potilaspalautteen avulla. Virtanen (2007, 22-24) on esittänyt, että arviointia voisi tehdä viiden kysymyksen avulla, joiden avulla saataisiin vastaus siihen, onko tavoitteessa onnistuttu. Nämä kysymykset ovat, milloin arviointia tehdään, missä arviointia tehdään ja miten arviointi kannattaa kohdistaa, kenelle arviointi tehdään, mitä täsmälleen ollaan arvioimassa sekä pohtia kaikkia motiiveja, mitä arviointiin voi liittyä (Virtanen 2007, 22-24). Yksi arvioinnin tärkeä osa on myös vaikuttavuuden arviointi, jotta voidaan varmistaa toimien toteutumisen oikeaan aikaan, oikeassa paikassa, oikealle henkilölle ja oikeanlaista hoitoa (ks. Heliskoski, Humala, Kopola, Tonteri & Tykkyläinen 2018, 4). Tulevaisuudessa työyhteisössä käytetään hoitoneuvottelua saattohoitoprosessissa, kun saadaan se pilotoitua, sitten voidaan arvioida sen hyödyllisyyttä, koska hoitojen tulee olla läpinäkyvää ja tasa-arvoista kaikille potilaille.

### 5.3 Lähteet

Brown, C. 2014. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: An Illustrated Example in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 18 (2), 157-159. Evidence-Based Practice. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://doi.org/10.1188/14.cjon.157-159>

Doody, C. & Doody, O. 2011. Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing). Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa [https://www.researchgate.net/publication/51466031\\_Introducing\\_evidence\\_into\\_nursing\\_practice\\_Using\\_the\\_IOWA\\_model/download](https://www.researchgate.net/publication/51466031_Introducing_evidence_into_nursing_practice_Using_the_IOWA_model/download)

Heino, H. 2010. Muutoksen johtaminen terveydenhuollossa lähijohdon näkökulmasta. Itä-Suomen Yliopisto. yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta sosiaali- ja terveysjohtamisen

laitos, terveyshallintotiede. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://core.ac.uk/download/pdf/15168331.pdf>

Heliskoski, J., Humala, H., Kopola, R., Tonteri, A. & Tykkyläinen, S. 2018. Vaikuttavuuden askelmerkit. Työkaluja ja esimerkkejä palveluntuottajille. Sitran selvityksiä 130. Viitattu 2.7.2020. Osoitteessa <https://media.sitra.fi/2018/03/27105443/vaikuttavuuden-askelmerkit.pdf>

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. 2009. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Helsinki. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afife201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy. Helsinki.

Kowal, C. 2010. Implementing the Critical Care Pain Observation Tool Using the Iowa Model. Journal of the New York State Nurses Association. Viitattu 2.7.2020. Osoitteessa <http://kamezproxy01.kamit.fi:2139/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=728cc967-0d0b-4da2-92da-d1b4ff768720%40sessionmgr103>

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Näyttöön perustuva toiminta. 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. 2020. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1. Helsinki. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM\\_2020\\_1\\_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM_2020_1_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Terveydenhuolto laki 2010/1326. Viitattu 28.2.2020. Osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Edita Publishing. Helsinki.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima Oy. Helsinki.

Westerlund, A., Nilsen, P. & Lunden, L. 2019. Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. Guest Editorial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 16 (5), 332-334. Sigma Theta Tau International. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6899530/pdf/WVN-16-332.pdf>

## 6 Pohdinta

### 6.1 Johtopäätökset ja jatkokehittämisasiheet

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitohenkilöstön saattohoito osaamisesta Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Aihe nousi esiin hoitohenkilöstöltä, koska palliatiivisen hoitotyön osaamisessa ja varsinkin saattohoitopotilaan ja läheisten tukemisessa on kehitettävää. Vuodeosastolla ei ole ollut palliatiivisen potilaan hoitoprosessin kuvausta eikä toimintamallia toteuttaa laadukasta saattohoitoa. Tulevaisuudessa hoitohenkilöstö toivoo osaavansa tukea saattohoitopotilaita ja läheisiä, jotta Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla voidaan järjestää laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa. Opinnäytetyö eteni toimintatutkimukselle ominaisten piirteiden mukaisesti ensimmäisestä syklistä (Kananen 2014, 11-13; Kemmis & Wilkinson 2002, 21-22), jossa tehtiin kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa aikaisempaa tutkittua tietoa näyttöön perustuvasta palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä. Keskeisimmiksi tuloksiksi muodostui se, että näyttöön perustuva palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyö on hoitosuosituksiin perustuvaa, hoidon eettisyyteen ja turvallisuuteen, kivun hoitoon ja osaamisen vahvistamiseen vaikuttavaa potilaan hoitotyötä.

Opinnäytetyön toisen syklin aiheeksi rajautui kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Toisen syklin tarkoitus oli kuvata saattohoitopotilaan hoitoprosessi perusterveydenhuollossa Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittämisen alussa selvitettiin mahdollinen aiempi prosessikuvaus. Kävi ilmi, ettei Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla ollut määritelty saattohoitopotilaan hoitoprosessia. Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kuvaus lähti liikkeelle saattohoitopotilaan hoitoon perehtymällä ja hoitopolkua hahmottamalla. Saattohoitoprosessin arviointiin haettiin vastauksia Benchmarking vierailusta, jonka tarkoituksena oli, selvittää saattohoitopotilaan hoitoprosessi siihen erikoistuneella osastolla. Benchmarking-vierailu onnistui ja ennakkoon mietittyihin kysymyksiin saatiin vastauksia. Benchmarking-prosessin avulla saatiin uusia kehittämisinterventioita käytettäväksi saattohoitoprosessin kehittämisessä. Benchmarking-prosessin tulosten perusteella saattohoitoprosessin nykykäytäntöjä tuli kehittää. Reflektion tuloksena päätettiin kehittää hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa.

Ohjausryhmään ja projektiryhmään kuuluvien toimijoiden kanssa sovittiin kirjallisuuskatsauksen, saattohoitopotilaan hoitoprosessin ja benchmarking-vierailun tuloksien analysoinnin jälkeen keskittyä kolmannessa syklissä saattohoitopotilaan läheisten tukemisen kehittämiseen. Kolmannessa syklissä kirjallisuuskatsauksen ja benchmarking-menetelmän avulla saatuja tuloksia hyödynnetään saattohoitopotilaan läheisten tukemisen kehittämisessä. Kolmannen syklin alussa tarkoitus oli kehittää hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa. Syklin aikana hoitohenkilöstön osaamisen tarvetta kartoitettiin vapaamuotoisella keskustelulla työyhteisössä. Keskusteluista saadut vastaukset analysoitiin kalanruoto -menetelmää hyödyntäen, jonka avulla syklin tarkoitusta voitiin hieman tarkentaa. Analyysin jälkeen esille nousi useita kehittämisinterventioita, ja yhdessä projektiryhmäläisten kanssa päätettiin kehittää saattohoitoprosessin alkuvaihetta eli hoitosuunnitelmaan kuuluvaa hoitoneuvottelua, jonka tarkoituksena on tukea saattohoitopotilasta lisäksi hänen läheisiään.

Hoitohenkilöstön kanssa opiskeltiin saattohoitopotilaan hoitoprosessi käypä -hoitosuosituksen mukaan ja keskitettiin huomio hoitoprosessin alkuun. Laadittiin hoitohenkilöstön kanssa suunnitelman, miten voidaan jatkossa toimia saattohoitopotilaan saapuessa vuodeosastolle. Kehitettiin hoitoneuvottelu, joka tukee saattohoitopotilasta ja hänen läheisiään. Hoitoneuvottelua arvioitiin SWOT-analyysin avulla. Todettiin hoitoneuvottelu todennäköisesti edistäisi saattohoitopotilaan läheisten tyytyväisyyttä saattohoitopotilaan saamaan hoitoon sekä läheisten saamaan tukeen.

Opinnäytetyön neljäs sykli muodostui kolmannen syklin saattohoitopotilaan ja läheisen tukemisen avuksi kehitetyn hoitoneuvottelun implementointisuunnitelman tekemisellä. Implementointisuunnitelma tehtiin mukaillen Iowa mallia (ks. Doody & Doody 2011), mutta mallista kuudes ja seitsemäs vaihe esiteltiin vain teoreettisesti, koska opinnäytetyössä ei edetty hoitoneuvottelun pilotointivaiheeseen. Puolangan vuodeosastolla otetaan mahdollisimman nopealla aikataululla sopivien saattohoitopotilaiden kohdalla hoitoneuvottelu käyttöön, mutta käyttöönotto ei ehdi tapahtua tämän opinnäytetyön aikana.

Opinnäytetyön alussa tarkasteltiin lähinnä palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyötä. Työn edetessä huomattiin, että työyhteisössä oli osaamisen vajaan usealla palliatiivisen potilaan hoitotyön ulottuvuudella, joten kehittämisen tuli lähteä liikkeelle palliatiivisen potilaan hoitoprosessista, ennen sen jatkokehittämistä yhteen rajattuun aiheeseen. Opinnäytetyön ensimmäisen syklin tulosten perusteella voitiin lähteä kehittämään hoitohenkilöstön osaamista. Palliatiivisen potilaan hoitotyön perusteet lähtevät liikkeelle hoitohenkilöstön osaamisesta ja potilaiden tarpeista, joten näiden ongelmien ratkaisemisesta muotoutui opinnäytetyön tavoite. Työn edetessä



aihe rajattiin yhdessä projektiryhmän ja ohjaavan opettaja kanssa saattohoitopotilaan hoitotyöhön, koska käsite palliatiivinen hoitotyö olisi ollut liian laaja asiakokonaisuus. Opinnäytetyön tekijän oman ajanhallinta vuoksi opinnäytetyö päätettiin lopettaa neljännen syklin suunnitteluvaiheeseen, josta tulevaisuudessa voidaan jatkaa saattohoitopotilaan ja läheisten tukemisen hoitoneuvottelun pilotointia ja kehittämistä työyhteisöön.

Opinnäytetyön loppuessa neljänteen sykliin jatkokehittämisasiheiksi muodostuivat:

1. Mitä tukea saattohoitopotilas ja läheiset kokevat tarvitsevansa hoitohenkilöstöltä? Mitä muita yhteistyötahoja on, joilta he toivovat saavansa tukea?
2. Miten kuvattu ja käyttöön otettu hoitoneuvottelu tukee saattohoitopotilaan läheisiä? Miten tai mitä mittareita voi käyttää arvioitaessa saattohoitopotilaan läheisten tuen tarvetta?
3. Miten saattohoitotyön kokonaisprosessia voidaan kehittää, jotta se tukee saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä selviytymistä potilaan saattohoidon aikana?

## 6.2 Luotettavuus

Erilaisten tutkimusten keskeisin osa on niiden luotettavuuden arviointi, koska tutkimuksille on asetettu tiettyjä normeja ja asetuksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 24-25). Opinnäytetyön eri osioiden on hyvä nivoutua ja kuulua yhteen muodostaen loogisen, johdonmukaisen kokonaisuuden (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163). Opinnäytetyö prosessin aikana niin tekijä kuin opinnäytetyö kehittyvät koko ajan. Tekijä pohtii koko prosessin ajan opinnäytetyön luotettavuutta ja lopuksi esittää oman käsityksen opinnäytetyön kokonaisluotettavuudesta. Opinnäytetyön luotettavuudessa tuleekin ottaa huomioon, että luotettavuuden arviointiin voi vaikuttaa erilaisia tekijöitä esimerkiksi tekijän oma moraalit, ympäristötekijät. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 147; Heikkinen & Syrjälä 2010, 152; Kiviniemi 2018, 84.)

Tekijä on pyrkinyt huomioimaan opinnäytetyön teon aikana esiintyneet erilaiset tekijät, jotka ovat voineet vaikuttaa luotettavuuteen, esimerkiksi tekijä on tuonut opinnäytetyössä esille kaikki tehdyt valinnat sekä perustellut ne (Kananen 2017, 77). Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija voi osoittaa tuloksien ja aineiston välillä yhteyden (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 37). Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointia voidaan tehdä viiden kriteerin mu-

kaisesti, joihin kuuluu *historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus*. Näitä ominaisuuksien mukaan tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida kriteeri kerhallaan, vaan ne limittyvät toisiinsa. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149.)

Opinnäytetyön aihe voidaan katsoa olevan tällä hetkellä yhteiskunnallisesti kiinnostava ja ajankohtainen (Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa 2019, 13), joten toimintatutkimuksen kriteereihin kuuluvan historiallisen jatkuvuuden voidaan katsoa toteutuvan jo aiheen valinnasta, mutta historiallisen jatkuvuuden voidaan arvioida toteutuvan koko opinnäytetyön prosessin aikana. Historiallisella jatkuvuudella tarkoitetaan, että se muodostuu ennalta olemassa olevan palliatiivisen hoitotyön teoriatiedon ja yhteiskunnallisen kiinnostavuuden perusteella (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149). Aiheen kiinnostavuuden ja mielenkiinnon herättäjänä se valikoitui jo siten opinnäytetyön aiheeksi sekä myös työelämän intressit vaikuttivat aiheen valintaan.

Opinnäytetyön reflektiivisyys muodostuu tekijän ymmärryksestä ja tulkinnoista tutkittavasta aiheesta. Reflektiivisyys on yksi toimintatutkimuksen syklin peruskäsitteitä ja jokaisen syklin toiminnan päättää reflektio, josta käynnistyy seuraava sykli. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 152, 154.) Tekijän ymmärryksen luominen aiheesta alkoi jo opinnäytetyön esiselvityksen tekemisestä, jolloin tekijä alkoi perehtyä aiheeseen tutustuessa erilaisiin saattohoitoa kuvaaviin kirjallisiin teoksiin. Ymmärryksen muodostuminen on jatkunut koko opinnäytetyö prosessin ajan perehdyttäessä erilaisiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen sekä työelämän havaintoihin.

Opinnäytetyön dialektisuus ilmenee esiin muodostuneiden tulosten perusteella (Heikkinen & Syrjälä 2010, 154). Jo kirjallisuuskatsauksen teon aikana aineiston analyysin aikana erilaiset tutkimustiedot vahvistivat toistensa tuottamaa tietoa. Dialektisuudella tarkoitetaan väittämien rakentumisen ja vastaväittämien tuloksena eli niiden yhdessä muodostamaa synteisiä. Dialektisuus voi ilmetä yhdestä ajattelutavasta, joka saa vastapainokseen toisen, jolloin väittämät saavat toisistaan vastapainoa. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 154.) Opinnäytetyön prosessin aikana huomioitiin erilaisia ajatuksia ohjausryhmän, projektiryhmän ja työyhteisön avulla. Projektiryhmätyöskentely on tuonut opinnäytetyön etenemiseen erilaisia ajatuksia, jotka ovat auttaneet prosessia eteneään haluttuun pisteeseen.

Toimivuusperiaatetta voidaan arvioida käytännön vaikutusten perusteella, kuten hyödyn kanalta (Heikkinen & Syrjälä 2010, 155), joka esiintyy opinnäytetyön kolmannessa syklissä projektiryhmän osallistumisena opinnäytetyön etenemiseen. Projektiryhmän kanssa yhdessä kehitelty hoitoneuvottelu auttaa konkreettisesti kliinistä käytäntöä. Tämän opinnäytetyön aikana kehitetty

hoitoneuvottelua ei ehditty tekijän aikataulun vuoksi pilotoimaan. Käytännön kehitykseen vaikutti myös maailmanlaajuisesti vaikuttava Covid -19 -epidemia, joka vaikeutti kehitystyötä työyhteisössä.

Luotettavuuden arvioinnin kriteeri havahduttaminen ohjaa luotettavuuden arvioinnissa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Havahduttaminen myös tuo arvioitavaksi tekijän tuottaman tuotoksen ja osaamisen. (ks. Heikkinen & Syrjälä 2010, 159-160.) Opinnäytetyön aikana on pyritty käyttämään tieteellisten periaatteiden mukaista tekstityyliä, joten voidaan arvioida, että teksti ei paikoitellen ole kovinkaan lukijaystävällistä, mutta sen arvioinnin jokainen lukija tekee itse. Myös opinnäytetyön havahduttavuus jää siis jokaisen lukijan ”harteille”.

Opinnäytetyössä on ainakin yksi heikkous havaittavissa eli asiakaslähtöisyys, koska käytäntöä kehittämässä ei ollut potilaita tai läheisiä mukana. Toteutuksesta jäi puuttumaan potilaiden tai läheisten kanssa tehtävä yhteiskehittäminen, joka voidaan katsoa kohtuullisen merkittäväksi puutteeksi. Nyt arvioituna kehittämistyöhön olisi pitänyt sisällyttää myös potilaiden tai läheisten näkemyksiä. Kehittämisen tarkoituksena on tuottaa laadukasta ja luotettavaa toimintaa (ks. Routio 2007), joihin kuitenkin tekijänä koen yltäneeni opinnäytetyön aikana. Olen huolehtinut, että kaikki aineisto on tullut raportoitua tarkasti ja läpinäkyvästi.

### 6.3 Eettisyys

Jokaisen jokapäiväiseen elämään kuuluu etiikka. Eettisyydellä tarkoitetaan pääasiallisesti sitä, mitä voi tehdä ja mitä ei, mikä on moraalisesti oikein. (ks. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 10.) Tutkimuksen tekemisessä etiikka luo taustan koko tutkimusprosessille, ja siinä tehtäville valinnoille sekä ratkaisuille aina aiheen valinnasta tutkimuksen tuloksiin asti. Tutkimuksen teossa vaaditaan hyviä eettisiä tieteellisiä tietoja, taitoja ja toimintatapoja. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6; Kuula 2006, 23; Tuomi & Sarajärvi 2018, 149-150.) Opinnäytetyön aihe nousi esiin hoitohenkilöstöltä. He kokivat, ettei heidän palliatiivisen hoitotyönsä osaamisessa ja varsinkin palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyössä on kehitettävää. Vuodeosastolla ei ole aikaisemmin ollut hoidossa palliatiivisia potilaita, jotka olisivat toivoneet tai halunneet käyttää palliatiivista sedaatiota hoitomuotona. Aihe itsestään on haasteellinen ja vaatii myös eettisten kysymyksien pohdintaa (ks. Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 3,6) sekä opinnäytetyön tekemisen aikana tekijää on ohjannut eettinen sitoutuminen aiheeseen ja työ tekemiseen (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 150). Opinnäytetyön aihe on

yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja herättää keskustelua (Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 7).

Onnistuneessa tutkimuksessa on otettu huomioon tutkimuksen eettisyys ja voidaankin todeta, että eettinen sitoutumattomuus ohjaa hyvää tutkimusta. Tutkijan on huolehdittava onnistuneessa tutkimuksessa, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu metodologia on sopiva ja raportointi onnistunut sekä luotettavuus- ja arviointikriteerit toteutuvat tutkimuksessa. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018,33; Tuomi & Sarajärvi 2018, 149-150.) Tutkimuksessa tekijän on myös noudatettava hyviä tieteellisiä käytäntöjä, joihin kuuluu huolellisuus, rehellisyys, tarkkuus koko prosessin ajan. On myös huomioitava, että tutkimuksen raportoinnin tulee olla läpinäkyvää ja saavuttaa hyvän tieteellisen käytännön vaatimukset. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.) Tämän opinnäytetyön tekemisessä on huolehdittu, että koko työn tekemisen ajan on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja otettu huomioon myös aiheen eettisyys. Jo ensimmäisen syklin aikana kaikki kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat raportoitu läpinäkyvästi siten, että jokainen halukas voisi saada samat tulokset toteuttaessaan samoja valintoja. Kirjallisuuskatsauksen teossa on käytetty hyväksi ohjausta kirjaston informaatikon toimesta sekä otettu vastaan ohjaavan opettajan ohjausta katsauksen teossa, koska tekijällä ei ole ollut aikaisempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen teossa. Opinnäytetyön muiden syklien aikana on myös huolehdittu, että raportointi on rehellistä, tarkkaa ja huolellista, jotta hyvät tieteelliset käytännöt ja eettisyys ovat toteutuneet opinnäytetyön edetessä.

Tekijän on otettava huomioon myös toisten tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisilla tavoilla. Toisten tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa ja huolehtia oikeanmukaiset sekä asianmukaiset viittaukset heidän julkaisuihinsa. Tekijän tulee antaa kaikki kunnia sekä arvostus toisten julkaisuiden saavuttamille tuloksille ja huomioiden niiden merkitys omassa työssään ja sen raportoinnissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.) Koko opinnäytetyön ajan on huolehdittu, että esimerkiksi tulosten raportointi on ollut huolellista ja tarkkaa sekä rehellistä. Raportoinnissa on huolehdittu muiden tekijöiden työ viittaamalla niihin asianmukaisesti sekä huolehdittu, että lähdeviittausten merkintä on tarkkaa ja siten voidaan erottaa opinnäytetyön tekijän ja lainatut tekstit työssä. Raportointi on tehty yksityiskohtaisesti artikkelien muodossa, joiden avulla muodostuu opinnäytetyön kokonaisuus.

#### 6.4 Asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyö liittyy osaksi ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa, jonka tavoitteena on tuottaa asiantuntijoita sosiaali- ja terveydenhuollon alalle (ks. Hotulainen 2010, 1-5; Sosiaali- ja terveysalan koulutus 2018). Tutkinnon keskeisimpänä tavoitteena on vastata työelämän tarpeisiin ja kehittää alaa tarpeellisilla muutoksilla. Koulutuksen tarkoituksena on tuottaa osaajia, jotka hallitsevat asiakaslähtöiset, laadukkaat ja kustannustehokkaat palveluprosessit ja -ketjut. Työelämän jatkuvat muutokset luovat edellytyksiä ylemmän ammattikorkeakoulun suorittaneille kehittää projekti-, tutkimus- ja kehittämistoiminnan osaamista ja digitaalisten ratkaisujen kehittämistä. Koulutus tarjoaa mahdollisuuden kehittää vastuun ottamista työyhteisöjen johtajana sekä kehittää jokaisen koulutukseen osallistuvan osaamista toimia työyhteisöjen kehittäjä ja muutosjohtajana. (ks. Kangasniemi, Hipp, Häggman-Laitila, Kallio, Karki, Kinnunen, Pietilä, Saarnio, Viinamäki, Vuotilainen & Walden 2018, 17; Sosiaali- ja terveysalan koulutus 2018.) Asiantuntijuus ja sen kehittyminen on pitkä monimutkainen prosessi, joka vaatii aikansa. Asiantuntijuus voi kehittyä monin eri tavoin ja menetelmin. (ks. Hotulainen 2010, 1.) Arvioin omaa asiantuntijuuden kehittymistä ylemmän ammattikorkeakoulun osaamisvaatimusten (kompetenssien) mukaisesti.

Ylemmän ammattikorkeakoulun yhtenä osaamisvaatimuksena eli kompetenssina on tutkimus- ja kehittämisosaaminen, mikä sisältää osaamisvaatimuksen, että opiskelija osaa johtaa moniammatillisia kehittämishankkeita erilaisten asiakas-, sidos-, tiimien ja potilasryhmien kanssa. Kompetenssiin kuuluu myös kehittäminen työyhteisössä. Kompetenssiin sisältyvään osaamisvaatimukseen kuuluu myös vastuun ottaminen kehitettäessä työyhteisöä erilaisten asiantuntijoiden kanssa. Siihen kuuluu myös se, että kehittämisessä hyödynnetään ja arvioidaan kriittisesti käytettäviä kehittämistyön menetelmiä ja -toimintaa. (ks. Hotulainen 2010, 1-5; Sosiaali- ja terveysalan koulutus 2018.) Opinnäytetyöprosessi on vahvistanut tutkimus- ja kehittämisosaamisesta, koska minulla ei ole aikaisempaa kokemusta tieteellisestä kirjoittamisesta eikä johdonmukaisesta kehittämistyöstä. Ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsaus opetti kehittämään itseäni ja tutkimus- ja kehittämisosaamistani, jo heti aineistojen hausta lähtien tulosten raportointiin saakka.

Ylemmän ammattikorkeakoulun kompetensseihin kuuluu myös vahvistaa sosiaali- ja terveysalan asiantuntijuusosaamisen kehittymistä. Asiantuntijuusosaamisen kehittymisen tarkoituksena on kehittää asiantuntijan kykyä toimia itsenäisenä asiantuntijana perustaen päätökset näyttöön perustavaan tietoon sekä hyödyntäen monitieteistä hoitotyön tietoperustaa. Asiantuntijuusosaamisen kehittämiseen liittyy myös erilaisten kehittämiskohteiden ja muutostarpeiden tunnistami-

nen ja ennakoiminen sekä asiakaslähtöisien palveluprosessien ja -ketjujen ja henkilöstön osaamisen kehittäminen. (ks. Hotulainen 2010, 1-5; Sosiaali- ja terveysalan koulutus 2018.) Tämän opinnäytetyön avulla olen saanut kehittää omaa asiantuntijaosaamistani, koska jo heti opinnäytetyön alku vaiheessa perustettiin opinnäytetyön projektiryhmä. Projektiryhmä työskentely on ollut minulle verrattain uutta ja vaatinut ajoittain uusien asioiden oppimista opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön aikana olen saanut turvallisesti harjoitella projektityöskentelyä ja projektipäällikön roolia kehittämistyön johtajana, ja muutoksen hallinnoijana ja saanut kokemusta toimia tulevaisuudessa osaavana ja muutosta edistävänä lähijohtajana.

Kompetensseihin liittyy myös johtamisosaaminen, jonka osaamistavoitteisiin kuuluu johtaminen hallitusti erilaisten muutosprosessien aikana yhteistyössä moniammatillisten toimijoiden kanssa, toiminnan kehittäminen ja arvioiminen yhteistyössä moniammatillisten toimijoiden kanssa sekä asiakaslähtöisten palveluiden ja -ketjujen kehittäminen laadukkaiksi, vaikuttaviksi, osallistuviksi ja ennakoiviksi. (Sosiaali- ja terveysalan koulutus 2018.) Johtamisosaamiseni on kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana, koska prosessin aikana on pitänyt huomioida monia eri asioita, joita ei tule ajatelleeksi edes siihen kuuluvan kuten esimerkiksi viestinnän tärkeys. Muutosjohtaminen on erittäin haasteellista, mutta koulutus on antanut minulle valmiuksia toimia työyhteisössä muutostarpeiden kehittäjänä.

Muutosjohtaminen on avain työelämän menestykseen. Työelämässä tapahtuu muutosta, jonka tarkoituksena on valmistaa organisaatioita kehittämään kestäviä menetelmiä ja toimintoja. (Heino 2010, 16; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 80.) Muutosjohtamiseen kuuluu oleellisesti lähijohtaja, jonka rooli on merkittävä. Lähijohtajan viestinnän tulee olla aktiivista ja innostavaa, joiden avulla hän edistää muutosta. Lähijohtajana tulee olla motivoitunut muutokseen ja viestiä sitä omalla puheella, käyttäytymisellä ja toiminnalla. (Heino 2010, 6; Pirinen 2014, 116.) Muutosjohtamiseen tarvittavan osaamisen oppiminen on kehittänyt osaamistani toimia opinnäytetyön projektipäällikkönä ja samaan aikaan antanut uuteen työhöni työyhteisön lähijohtajana toimimisessa varmuutta.

Projektipäällikkönä ja lähijohtajana tarvitaan myös viestintäosaamista, jonka merkitys opinnäytetyössä on ollut varsin merkittävä. Muutosjohtamista tukevissa projekteissa keskeistä on viestien riittävän moneen kertaan toistaminen sekä viestiminen useissa eri viestinkanavissa (Mäntyneva 2016, 119-120). Tästäkin syystä onnistunut ja kohdennettu viestintä nousee yhdeksi keskeisimmistä osa-alueista projektihallinnassa, koska suurin osa projektihallintaan koskevista ongelmista liittyy viestintään, jolloin projektipäällikön rooli korostuu. (ks. Juholin 1999, 13; Mäntyneva 2016, 111-113.) Tämän opinnäytetyön aikana viestinnästä on pääosin huolehdittu sähköpostitse sekä

työyhteisöön päin sovitulla tapaamisilla sekä ilmoitustaulun avulla. Projekteissa viestinnän avulla voidaan tukea muutoksen onnistumista, kun sitä toteutetaan ihmisten osallistumisen mahdollis-  
tavalla tavalla (Nenonen 2014, 82).

Kaikessa toiminnan muutoksessa tulee huomioida mahdollinen muutosvastarinta, joka vaikeut-  
taa tai hankaloittaa muutosten onnistumista. Muutosvastarintaa esiintyy lähes aina, oli kyse  
isosta tai pienestä, myönteisestä tai kielteisestä muutoksesta. Muutos koetaan usein uhkana it-  
selleen tai omalle osaamiselleen, mutta tuo arvokasta tietoa organisaation johdolle. Muutoksen  
hallintaan kuuluu muutosvastarinta ja työyhteisön mukaan ottamisen jo suunnitteluvaiheessa,  
jolla voidaan muutosvastaisuutta vähentää. Myös tiedottamisella on tärkeä merkitys muutosvas-  
tarinnan lieventämisessä, jolloin korostuu lähijohdon rooli muutoksen hallinnassa. Kouluttautu-  
misella voidaan myös lieventää muutosvastarintaa, jolloin työyhteisössä osaaminen lisääntyy ja  
vastarinta vähenee. (Heino 2010, 21-22.) Opinnäytetyössä muutosvastarintaa ei esiintynyt, koska  
työyhteisön henkilöstö oli mukana opinnäytetyön suunnittelussa. Projektiryhmän osallistujat sai-  
vat vaikuttaa kehittämisen etenemiseen ja esittää omia mielipiteitä, jotka huomioitiin opinnäyte-  
työn suunnittelussa ja etenemisessä. Opinnäytetyössä kehitettyä hoitoneuvottelua ei ole vielä  
pilotoitu, joten ei vielä tiedetä, mitä hoitoneuvottelu aiheuttaa.

Ylemmän ammattikorkeakoulun ja opinnäytetyön prosessin aikana olen hitaasti, mutta varmasti  
kehittynyt uuteen rooliini lähijohtajana ja koulutus on vahvistanut osaamisen tietoperustaa, jota  
osaan tulevaisuudessa hyödyntää työskennellessäni lähijohtajana. Olen siis päässyt koulutuksen  
ja opinnäytetyön tavoitteisiin sekä saanut valmiuksia toimia työyhteisössä lähijohtajana ja muu-  
tosten tuojana. Lähijohtajan roolissa olen jo päässyt toimimaan opinnäytetyön aikana.

## 6.5 Lähteet

Doody, C. & Doody, O. 2011. Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model.  
British journal of nursing (Mark Allen Publishing). Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa [https://www.re-  
searchgate.net/publication/51466031\\_Introducing\\_evidence\\_into\\_nursing\\_practice\\_Us-  
ing\\_the\\_IOWA\\_model/download](https://www.researchgate.net/publication/51466031_Introducing_evidence_into_nursing_practice_Using_the_IOWA_model/download)

Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Heikkinen, H. & Syrjälä, 2010. Tiede, totuus ja toimintatutkimus. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. 2008. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 143-162. Kansanvalistusseura. Helsinki.

Heino, H. 2010. Muutoksen johtaminen terveydenhuollossa lähijohdon näkökulmasta. Itä-Suomen Yliopisto. yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveyshallintotiede. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://core.ac.uk/download/pdf/15168331.pdf>

Hotulainen, R. 2010. Asiantuntijuuden ja huippusuoritusten kehittymisestä. Opetushallitus. Viitattu 21.10.2020. Osoitteessa [https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/181774\\_sivu\\_6a\\_asiantuntijuuden\\_ja\\_huippusuoritusten\\_kehittamisesta\\_1.pdf](https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/181774_sivu_6a_asiantuntijuuden_ja_huippusuoritusten_kehittamisesta_1.pdf)

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 9.1.2020. Osoitteessa [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Juholin, E. 1999. Sisäinen viestintä. Juva. WSOY. Helsinki.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämisen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Jyväskylä.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Suomen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Jyväskylä.

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, R., Viinamäki, L., Vuotilainen, A. & Walden, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39. Viitattu 21.10.2020. Osoitteessa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf?sequence=1>



Kemmis, S. & Wilkinson, M. 2002. Participatory action research and the study of practice. Teoksessa B. Atwell, S. Kemmis & P. Weeks. (eds.) Action Research in Practice: Partnership for Social Justice in Education. 21-36. Routledge. Lontoo. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://kamezproxy01.kamit.fi:2252/lib/kajaani-ebooks/reader.action?docID=169656>

Kiviniemi, K. 2018. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa R. Valli. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 73-87. PS-kustannus. Jyväskylä.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138-148. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://www.researchgate.net/publication/261723764>

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteissä. 21-43. WS Bookwell Oy. Juva.

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteuttamiseen. Helsingin seudun kauppakamari. Printon, Viro.

Nenonen, M. 2014. Esimiesviestintä muutosjohtamisen tukena. Tapaustutkimus keskijohdon kokemuksista. Maisterin tutkinon tutkielma. Johtamisen ja kansainvälisen liiketoiminnan laitos. Aalto-yliopisto. Kauppakorkeakoulu. Helsinki.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. 2017. Työryhmän suositus osaamis- ja laatu-kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa [https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0)

Pirinen, H. 2014. Esimies muutoksen johtajana. Talentum Media Oy. Print Best. Viro.

Routio, P. 2007. Toiminnan kehittäminen. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <http://www2.uiah.fi/projects/metodi/020.htm>

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE julkaisuja 32. Helsinki. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>

Sosiaali- ja terveysalan koulutus. 2018. Opetussuunnitelma 2018-2020. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.7.2020. Osoitteessa <http://opinto-opas.kamk.fi/index.php/fi/68148/fi/68794/SYA18S/year/2018>

Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. 2019. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 68. Viitattu 9.1.2020. Osoitteessa [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja. Tampereen yliopisto. Viitattu 9.1.2020. Osoitteessa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

## Liitteet

Liite 1: TAULUKKO 1. Opinnäytetyön kirjoitussuunnitelma

Liite 2: JBI -arviointilomake

Liite 3: JBI -arviointilomake

Liite 4: TAULUKKO 5. Aineiston analyysi taulukko

Liite 5: Ennakko kysymykset benchmarking vierailulle

Liite 6: Saattohoitopotilaan hoitoneuvottelu

## TAULUKKO 1. Opinnäytetyön kirjoitussuunnitelma

OPINNÄYTETYÖN KIRJOITUSSUUNNITELMA					
Opinnäytetyön nimi Hoitohenkilöstön saattohoito osaamisen kehittäminen					
Opiskelija Annika Väisänen					
Mitä?	Miksi? Milloin?	Minne? Keille?	Keiden kanssa? Yhteiskehittelyn ti- lat?	Miten?	Tekstin aikaansaama keskustelu, "vastakaiku"
Artikkeli (kirjallisuuskatsaus) 1.sykli	Selvittää, mitä on palliatiivisesti sedatoidun potilaan näyttöön perustuva hoitotyö (Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella määräytyy opinnäytetyön kehittämiskohteen valinta näyttöön perustuvan tutkimustietoon) Kesä 2019/syysy 2019	Kamk -devmoodle  Hoitotyön opettaja ja opiskelijat, vertaiset	Projektipäällikkö  Opinnäytetyön seminaarit, työyhteisön osastopalaveri	Tieteellinen teksti	Keskustelua kehittämis-kohteen valinnan määrittämisestä, palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä
Essee (Metodologian kuvaus)	Valitun metodologian eli toimintatutkimus kehittämistyön kannalta. Metodologian valinta ohjaa opinnäytetyön prosessin etenemisestä Kesä 2019 /syysy 2019	Kamk -devmoodle  Ohjaava opettaja, opiskelijat, vertaiset	Projektipäällikkö  Opinnäytetyön seminaarit	Tieteellinen teksti	Keskustelua valitun metodologian erilaisista mahdollisuuksista edistää kehittämistyötä ja sen mukaista opinnäytetyön prosessia
Essee (Projektiorganisaation kuvaus)	Projektiorganisaatioon kuuluvien toimijoiden roolit ja vastuut Syysy 2019	Kamk -devmoodle  Ohjaava opettaja, opiskelijat, vertaiset, projektiorganisaation toimijat	Projektipäällikkö  Opinnäytetyön seminaarit	Tieteellinen teksti	Keskustelua projektiorganisaation merkityksestä opinnäytetyössä
Tutkimus- ja kehittämissuunnitelma (tutkimuslupa)	Suunnitelma, joka ohjaa ja suuntaa kehittämistoimintaan  Määritellään käytettävissä olevat resurssit sekä tuetaan organisaation johtohenkilöstön ja toimintayksikön hoitohenkilöstön sitoutumista osaksi opinnäytetyön kokonaisuutta samalla kun kehitetään hoitotyötä. Syysy 2019	Kamk -devmoodle, sähköposti  Terveystalon johto, ohjaava opettaja, opiskelijat, vertaiset  Projektiorganisaatioon kuuluvat henkilöt	Projektipäällikkö  Terveystalon johto Ohjausryhmän kokous	Laadittu Kamk -ohjeiden mukaisesti	Keskustelua tutkimus- ja kehittämissuunnitelman toteutumisesta kaikkien lupakäytäntöjen mukaisesti


Artikkeli (Benchmarking) 2.sykli	Kehittää Benchmarking -menetelmän avulla saattohoito potilaan hoitoprosessia työyhteisössä Syksy 2019/ Talvi 2020	Kamk devmoodle  Terveystalon henkilökunta, ohjaus- ja projektiryhmä, opiskelijakollegat	Projektipäällikkö  Tiimipalaveri	Tieteellinen teksti	Keskustelua benchmarking -menetelmän käytöstä saattohoito potilaan hoitoprosessin kehittämisessä
Artikkeli (Saattohoitopotilaan läheisten tukemisen osaamisen kehittämisen avulla) 3. sykli	Kehittää saattohoitopotilaan läheisten tukemista hoitohenkilöstön osaamisen kehittämisen avulla Kevät 2020/ Kesä 2020	Kamk devmoodle  Terveystalon henkilökunta, ohjaus- ja projektiryhmä, opiskelijakollegat	Projektipäällikkö  Tiimipalaveri	Tieteellinen teksti	Keskustelua saattohoitopotilaan läheisten tukemisesta erilaisin auttamismenetelmin
Artikkeli (Saattohoitopotilaan läheisen tukemisen käyttöönotto-suunnitelma) 4. sykli	Kuvata saattohoitopotilaan läheisten tukemista suunnitellun hoitoneuvottelun käyttöönottamisen Kesä 2020	Kamk devmoodle  Terveystalon henkilökunta, ohjaus- ja projektiryhmä, opiskelijakollegat	Projektipäällikkö  Tiimipalaveri	Tieteellinen teksti	Keskustelua saattohoitopotilaan läheisten tukemisen keinojen käyttöönotosta
Artikkeli (kypsyysnäyte)	Pohtia palliatiivisen sedaation eettisiä kysymyksiä Syksy 2020	Opettajat  Aiheesta kiinnostuneet	Projektipäällikkö	Tieteellinen teksti	Keskustelua, mitä aiheesta kiinnostuneet henkilöt ja artikkelin lukijat ajattelevat tutkimuksellisesta kehittämisosaamisesta
Poster	Kehittää hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemiseksi Kesä 2020	Kamk, devmoodle, ohjaava opettaja, opiskelijakollegat, vertainen, työyhteisö, aiheesta kiinnostuneet henkilöt	Projektipäällikkö  Opinnäytetyön seminaari	Mallintaminen	Keskustelua saattohoitopotilaan näyttöön perustuvasta hoitotyön kehittämisen mahdollisuudesta
Suullinen esitys	Kehittää hoitohenkilöstön osaamista saattohoitopotilaan läheisten tukemiseksi Syksy 2020	Opiskelijakollegat, opiskelijavertainen, ohjaava opettaja. Aiheesta kiinnostuneet henkilöt	Projektipäällikkö  Myöhemmin sovittu opinnäytetyön esitys  Työyhteisön tiimipalaverissa	Dialoginen keskustelu	Keskustelua saattohoitopotilaan läheisten tukemisesta näyttöön perustuvien menetelmien
Opinnäytetyön loppujulkaisu	Kuvata hoitohenkilöstön osaamisen kehittymistä saattohoitopotilaan läheisten tukemisessa	Lopullinen opinnäytetyö, Theseus	Projektipäällikkö  Theseus	Tieteellinen teksti	Keskustelua uudesta mahdollisesta toimintamallista

edellä kuva- tuista teks- teistä	Kesä /syksy 2020				saattohoito- potilaiden ja läheisten hoi- totyössä
--	------------------	--	--	--	---

JB I -arviointilomake (<https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>)

aste: V  
vahvuus: B/C

20.5.2013  
OHJE

 THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE  
The Finnish Centre for Evidence-Based Health Care

**JB I Kriittisen arvioinnin tarkistuslista järjestelmälliselle katsaukselle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa, joihin arvioijan on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?). (The Joanna Briggs Institute 2011.)

Aburshi, E., Papavasiliou, E., Preston, N.,  
Kirjoittaja Brown, J., & Payne S Vuosi 2014 Nro 8  
Arvioija Annika Väisänen Päiväys 4.2.2015

Arviointikriteeri	K	E	?
1. Onko katsauksen kysymys selvästi ja yksiselitteisesti esitetty?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oliko hakustrategia asianmukainen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Olivatko käytetyt tiedon lähteet riittäviä?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Olivatko sisäänottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olivatko tutkimusten arviointikriteerit asianmukaiset?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Toteutiko tutkimusten kriittisen arvioinnin itsenäisesti vähintään kaksi arvioijaa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Käytettiin tietojen uuttamisvaiheessa menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Käytettiin tutkimustulosten yhdistämisessä asianmukaisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Tukevatko tutkimusten tulokset tehtyjä suosituksia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko linjaukset lisätutkimuksista asianmukaiset?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8/10

Kokonaisarviointi: Hyväksy ☒ Hylkää ☐ Lisätietoja tarvitaan ☐

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Kinallisuus katsaus sairaanhoitajien asenteista PS:n toteutuksessa  
 päätelmä on, että osa sairaanhoitajista koki PS:n raskaana  
 → koulutus tarve nousta  
 → hoito linjojen yhtenäistäminen

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

JBİ -arviointilomake (<https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>)

Näytön aste: III  
u vahvuus: B/C

20.5.2013  
OHJE

**THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE**  
The Finnish Centre for Evidence-Based Health Care

**JBİ Kriittisen arvioinnin tarkistuslista järjestelmälliselle katsaukselle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa, joihin arvioijan on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?). (The Joanna Briggs Institute 2011.)

---

Kirjoittaja Ziegler, S., Merkar, H., Schmid, M. Vuosi 2017 Nro 10  
Arvioija Anniika Väisänen Päiväys 6.2.2019

---

Arviointikriteeri	K	E	?
1. Onko katsauksen kysymys selvästi ja yksiselitteisesti esitetty?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oliko hakustrategia asianmukainen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Olivatko käytetyt tiedon lähteet riittäviä?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Olivatko sisäänottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olivatko tutkimusten arviointikriteerit asianmukaiset?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Toteuttiko tutkimusten kriittisen arvioinnin itsenäisesti vähintään kaksi arvioijaa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Käytettiinkö tietojen uuttamisvaiheessa menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Käytettiinkö tutkimustulosten yhdistämisessä asianmukaisia menetelmiä?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tukevatko tutkimusten tulokset tehtyjä suosituksia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko linjaukset lisätutkimuksista asianmukaiset?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9/10

Kokonaisarviointi: Hyväksy ☒ Hylkää ☐ Lisätietoja tarvitaan ☐

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Palliativisen sedation emotionaalisiin vaikutuksiin toteutti kirjallisuus katsauksen avulla

Tuloksissa ei väitetä että PS:n harjoittaminen vaikuttaisi hoitojen emotionaaliseen hyvinvointiin

Todennäköistä, että lisätutkimukset voivat muuttaa nykyistä näyttöperustaa

⇒ Lisätutkimuksia suositellaan

---

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>



## TAULUKKO 5. Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi

Mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella?			
I Hoitosuosituksiin perustuvaa			
II Hoidon eettisyys ja turvallisuus			
III Kivun hoito			
IV Osaamisen vahvistaminen			
Alkuperäiset ilmaukset	Suomennos ilmaisuista	Pelkistetyt ilmaukset ja ryhmittely	Luokat
1.Suurin osa (88%) vastaajista näki selvän eron palliatiivisen sedaation ja eutanasian tarkoitusten (oireen lievitys vs kuolema).		1.Suurin osa vastaajista näki eron palliatiivisen sedaation ja eutanasian tarkoitusten	I Hoitosuosituksiin perustuvaa (1, 3, 3a, 4, 4a, 5, 6, 7, 8a, 14, 15, 24, 24b, 51a, 51b)
2.Kukaan vastaajista ei ollut huolissaan siitä, että palliatiivinen sedaatio nopeuttaisi kuolemaa.		2.Kukaan ei ollut huolissaan, että palliatiivinen sedaatio nopeuttaisi kuolemaa	
3.Palliatiivista sedaatiota käytetään harvoin missään muualla kuin saattohoitokodeissa.		3.Palliatiivista sedaatiota käytetään harvoin a)muualla kuin saattohoitokodissa	
4.Palliatiivisen sedaation harvinaisuus herättää kysymyksen, onko menetelmä saatavilla kaikille sitä tarvitseville.		4.Palliatiivinen sedaation harvinaisuus a)onko menetelmä kaikille saatavilla?	II Hoidon eettisyys ja turvallisuus (2, 11, 11b, 12, 12a+b, 13, 13a+b, 15a, 15b+c+d, 16, 16a, 17, 18b, 19, 19a, 20, 20a+b, 23, 23a, 25, 25a+b, 26, 26a+b, 28, 28a+b, 31, 31a, 32, 32a, 33, 34, 34a+b, 35b, 35c, 37, 37a, 39, 39c, 44, 45, 45a, 46, 49, 49a+b, 53, 53a+b, 55, 55a, 57)
5.Suomessa ei ole virallisia hoitosuosituksia palliatiivisesta sedaatiosta.		5. Suomessa ei ole virallisia hoitosuosituksia	
6. Toteutustapahtumamahdollisuuksia on kuvailtu lyhyesti esimerkein juuri uudistussa Käypä hoito -suosituksessa.		6. Toteutustapahtumamahdollisuuksia on kuvailtu lyhyesti Käypä hoito -suosituksessa	
7. Suhtautuminen suosituksiin ja ohjeisiin tuntuu kuitenkin valikoivalta.		7. Suhtautuminen suosituksiin ja ohjeisiin valikoivaa	III Kivun hoito (9, 10, 11a, 17a+b, 18, 18a+b, 20c, 21a, 24a, 29, 29a, 30, 30a, 33a, 36, 39a, 50, 50a+b, 54a+b)
8. Lisäkoulutus palliatiivisesta sedaatiosta kuolevien potilaiden parissa työskenteleville olisi tarpeen hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi		8. Lisäkoulutus palliatiivisen sedaation parissa työskenteleville olisi tarpeen a)hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi	
9.Kuolevan potilaan hoidossa syntyy tilanteita, joissa oireita ei saada hallintaan tavanomaisin keinoin.		9.Kuolevan potilaan hoidossa on tilanteita, joissa oireet ovat hankalat	
10.Sedatointi on keino hoitaa potilaan lähellä kuolemaansa kokemia sietämättömiä kärsimyksiä.		10.Sedatointi on keino hoitaa kuolevan potilaan sietämättömiä kärsimyksiä	IV Osaamisen vahvistaminen (8, 27, 27a+b, 35, 35a, 38, 39b, 40, 41, 41a, 42, 42a+b, 42c, 43, 43a+b, 47, 47a+b, 48, 49c, 51, 52, 52a+b, 54, 55b+c, 56, 58)
11. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole jouduttaa potilaan kuolemaan vaan oireiden vaikeusasteen mukaisesti rauhoittaa potilasta tai vaivuttaa hänet uneen esimerkiksi välittömän tukehtumiskuoleman uhatessa.		11. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole jouduttaa potilaan kuolemaa a) oireiden vaikeusasteen mukaisesti rauhoittaa potilasta b) vaivuttaa uneen välittömän tukehtumiskuoleman uhatessa	
12. Käsite palliatiivinen sedaatio on herättänyt laajaa eettistä keskustelua toimenpiteen aiheista ja oikeutuksesta.		12. Palliatiivinen sedaatio toimenpiteenä on herättänyt keskustelua a) eettistä keskustelua b) oikeudellista keskustelua	
13. Tähänastiset tutkimukset ovat osoittaneet, että se on kuolevan potilaan oirehoidon äärimuotona tahokas ja turvallinen.		13. Tutkimukset ovat osoittaneet, että se on oirehoidon äärimuotona a) tehokas b) turvallinen	
14. Palliatiivisesta sedaatiosta ei ole vielä yhdenmukaisia ohjeita.		14. Palliatiivisesta sedaatiosta ei ole yhdenmukaisia ohjeita	
15. Potilaalla tulee kuitenkin olla terminaalinen sairaus, hänen kärsimyksensä on muihin hoitoihin reagoimatonta, tarvittavat konsultaatiot on tehty, perhe on		15. Potilaalla tulee kuitenkin olla terminaalinen sairaus a) muihin hoitoihin reagoimaton	

otettu hoitoon mukaan, ja päätös palliativisesta sedaatiosta on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.		b) konsultaatiot tehty c) perhe on otettu mukaan hoitoon d) päätös tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.	
16. Palliative sedation has an important place on the continuum of appropriate palliative care at the end of life.	16. Palliativisella sedaatiolla on tärkeä paikka asianmukaisen palliativisen hoidon jatkuvuudessa elämän lopussa.	16. Palliativisella sedaatiolla on tärkeä paikka a) palliativisen hoidon jatkuvuudessa elämän lopussa	
17. It is appropriate therapy for refractory and unacceptably severe suffering.	17. Se on sopiva hoito tulenkestäville ja kohtuuttoman vakaville kärsimyksille.	17. Sopiva hoito a) tulenkestävissä vaikeissa oireissa b) kohtuuttoman vakaville kärsimyksille	
18. As with any other therapy, the patient or surrogate should be informed of potential adverse effects, including lost of social interaction and potential for life-threatening aspiration or respiratory depression.	18. Kuten minkä tahansa muun hoidon yhteydessä, potilaalle tai korvikkeelle on tiedotettava mahdollisista haittavaikutuksista, mukaan lukien paljon sosiaalista vuorovaikutusta ja mahdollisuus hengenvaaralliseen aspiraatioon tai hengityslamaan.	18. Kuten missä tahansa hoidossa potilaan tai perheen tulisi olla tietoisia a) haittavaikutuksista b) sosiaalisen vuorovaikutuksen menetyksestä c) mahdollisuus hengenvaaralliseen aspiraatioon tai hengityslamaan	
19. Palliative medicine teams should be involved, if possible, in any case in which PS is considered.	19. Palliativisen lääketieteen tiimi tulisi ottaa mukaan mahdollisuuksien mukaan kaikissa tapauksissa, joissa palliativista sedaatiota harkitaan.	19. Palliativisen hoitotiimin tulisi ottaa mukaan a) tapauksessa, jossa PS:aa harkitaan	
20. At the end of life, patient goals often shift to comfort, and removal of burdens and relief of suffering become paramount.	20. Elämän lopussa potilaan tavoitteet siirtyvät usein mukavuuteen, ja taakkojen poistaminen ja kärsimyksen lievittäminen ovat ensiarvoisen tärkeitä	20. Elämän lopussa potilaan tavoitteet ovat tärkeitä a) mukavuus b) taakkojen poistaminen c) kärsimyksen lievittäminen	
21. Many physicians are uncomfortable removing life-sustaining therapy or providing comfort-directed medication because of confusion about the ethical soundness of such treatments.	21. Monet lääkärit kokevat epämukavaksi poistaa elämää ylläpitävää terapiaa tai tarjoamaan mukavuuteen suuntautuvaa lääkitystä, koska tällaisten hoitojen eettinen järkevyys on epäselvä.	21. Monista lääkäreistä on epämiellyttävää tarjota elämän lopettavia hoitoja a) lääkkeillä b) eettisistä syistä	
22. In contrast to physician-assisted suicide or euthanasia, withdrawal of or withholding life-sustaining treatment and PS are ethically sound options.	22. Toisin kuin lääkärin avustamat itsemurhat tai eutanasiat, elinikäisen hoidon lopettaminen tai pidättäminen ja palliativinen sedaatio ovat eettisesti hyväksyttäviä vaihtoehtoja.	22. Ps on eettinen valinta a) lääkäreiden tarjoamalle hoidolle	
23. We hope that by increasing familiarity with the ethical basis for these practices, this review will encourage their appropriate application.	23. Toivomme, että lisäämällä tuntemusta näiden käytäntöjen eettiseen perustaan, tämä katsaus kannustaa niiden asianmukaista soveltamista.	23. Eettiseen perustan tuntemuksen lisääminen a) tarkastelu kannustaa niiden soveltamista	
24. PSU should be available to treat severe symptoms, not just ones that are refractory.	24. PSU: n pitäisi olla käytettävissä vakavien oireiden, ei vain tulenkestävien oireiden hoitoon.	24. PSU pitäisi olla käytettävissä a) vaikeiden oireiden hoitoon b) ei vain tulenkestävien oireiden hoitoon	
25. Of course, patients should be counseled about the implications of induced unconsciousness on the existential and interpersonal dimensions of dying and should be vigorously supported in order to allow them to make choices as authentically as possible.	25. Potilaita on tietenkin neuvottava aiheutuneen tajuttomuuden vaikutuksista kuoleman eksistentiaaliseen ja ihmisten väliseen ulottuvuuteen, ja heitä on tuettava voimakkaasti, jotta he voivat tehdä valintoja mahdollisimman todenmukaisesti.	25. Potilaita on neuvottava a) tajuttomuuden vaikutuksista b) tuettava valintoja tehdessä	
26. Additionally, PSU should be accepted for existential suffering, with the caution that sedation should not be used as a shortcut that lets caregivers skip the hard work of providing spiritual and emotional support to the patient.	26. Lisäksi PSU olisi hyväksyttävä eksistentiaalisissa kärsimyksissä varoen, että sedaatiota ei pidä käyttää pikakuvakkeena, joka antaa mahdollisuuden hoitajille ohittaa kovan työn tarjota potilaalle henkistä ja emotionaalista tukea.	26. PSU:n tulisi olla hyväksyttävä eksistentiaalisissa kärsimyksissä a) sedaatiota ei pidä käyttää pikakuvakkeena b) mahdollisuus hoitajilla ohittaa potilaalle tarjoaman	

		henkisen ja emotionaalisen tuen antamisen	
27. Therefore, further discourse is needed, both within medicine and between medicine and society, to explicitly establish whether PSU is a justifiable action for these patients based on its harm-benefit ratio or on a compassionate exception to killing, or whether it should be prohibited because of a principled objection killing or some other weighty societal interest.	27. Siksi tarvitaan lisäkeskustelua, sekä lääketieteen sisällä että lääketieteen ja yhteiskunnan välillä, jotta voitaisiin nimenomaisesti määrittää, onko PSU näille potilaille perusteltu toimenpide sen haitta-suhde-suhteen vai myötätuntoisen poikkeuksen vuoksi tappamiseen vai pitäisikö sen pitää olla kielletty tappamisen tai muun painavan yhteiskunnallisen edun takia.	27. Lisäkeskustelua tarvitaan a) lääketieteessä sekä lääketieteen ja yhteiskunnan välillä b) onko psu perusteltu toimenpide	
28. It is an outlier medical practice, its moral relationship to active euthanasia is not well defined, and the extent of its ethical complexities has not been fully elucidated.	28. Se on ulkopuolinen lääketieteellinen käytäntö, sen moraalista suhdetta aktiiviseen eutanasiaan ei ole määritelty tarkalleen, eikä eettisten monimutkaisuusien laajuutta ole selvitetty täysin.	28. Se on ulkopuolinen lääketieteellinen käytäntö a) moraalista suhdetta ei ole tarkasti määritelty b) eettistä monimutkaisuutta ei ole täysin selvitetty	
29. In case of untreatable suffering at the end of life, palliative sedation may be chosen to assure comfort by reducing the patient's level of consciousness.	29. Jos elämän lopussa on hoitamaton kärsimystä, palliatiivinen sedaatio voidaan valita mukavuuden takaamiseksi vähentämällä potilaan tietoisuutta.	29. Hoitamaton kärsimystä elämän lopussa a) palliatiivinen sedaatio voidaan valita mukavuuden takaamiseksi	
30. An important question here is whether such sedated patients are completely free of pain	30. Tärkeä kysymys on, ovatko tällaiset rauhoitetut potilaat täysin kivuttomia	30. Tärkeä kysymys on a) onko palliatiivisesti sedatoitu potilas täysin kivuton?	
31. Because these patients cannot communicate anymore, caregivers have to rely on observation to assess the patient's comfort.	31. Koska nämä potilaat eivät voi enää kommunikoida, hoitajien on luotettava havaintoihin arvioidakseen potilaan mukavuutta	31. Potilaat eivät voi kommunikoida a) hoitajien on luotettava havaintoihin arvioidakseen potilaan mukavuutta	
32. Recently however, more sophisticated techniques from the neurosciences have shown that sometimes consciousness and pain are undetectable with these traditional behavioral methods.	32. Viime aikoina neurotieteiden kehittyneemmät tekniikat ovat osoittaneet, että joskus tajuntaa ja kipua ei voida havaita näiden perinteisten käyttäytymismenetelmien avulla.	32. Neurotieteiden kehittyneet tekniikat ovat osoittaneet, että joskus tajunta ja kipu ovat epäselviä a) havainnointi vaikeaa perinteisillä käyttäytymismenetelmien avulla	
33. The aim of this study is to better understand how unconscious palliative sedated patients experience the last day of their life and to find out if they are really free of pain.	33. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää paremmin, kuinka tajuttomat palliatiivisesti sedatoidut potilaat kokevat viimeisen elämäpäivänsä, ja selvittää, ovatko he todella kivuttomia.	33. Tarkoituksena on ymmärtää paremmin tajuttoman palliatiivisesti sedatoidun potilaan kokemuksia viimeisinä päivinä a) ovatko he todella kivuttomia?	
34. Most of the family members were satisfied with the use of palliative sedation, relief of suffering, and support given by staff during the initiation of treatment and one to four months later.	34. Suurin osa perheenjäsenistä oli tyytyväisiä palliatiivisen sedaation käyttöön, kärsimysten lievittämiseen ja henkilökunnan antamaan tukeen hoidon aloittamisen aikana ja yhdestä neljään kuukautta myöhemmin.	34. Perheen jäsenet olivat tyytyväisiä a) Ps:n käyttöön hoidossa b) tuen saamisesta hoitohenkilöstöltä	
35. The results highlight the importance of communication between nurses and family members and the importance of providing timely and repeated explanations of palliative sedation.	35. Tulokset korostavat sairaanhoitajien ja perheenjäsenten välisen viestinnän merkitystä ja tarvetta tarjota oikea-aikaisia ja toistuvia selityksiä palliatiivisesta sedaatiosta.	35. Tulokset korostavat viestinnän merkitystä a) hoitajien ja perheen jäsenten välillä tärkeää b) antaa väliä tietoja ja c) toistaa tietoja, jotka liittyvät PS:ään	
36. In addition, treatment should be started early enough to avoid unnecessary suffering of the patient and his or her family.	36. Lisäksi hoito tulisi aloittaa riittävän aikaisin, jotta vältetään potilaan ja hänen perheensä tarpeeton kärsimys.	36. Hoito tulisi aloittaa tarpeeksi ajoissa, välttääkseen turhaa kärsimystä potilaalle tai omaisille	
37. Despite some fear of shortening the patient's life by use of sedation, participants agreed that this is an ethical way to ease the suffering of the dying patient.	37. Huolimatta pelosta, että sedaation avulla lyhennetään potilaan elämää, osallistujat olivat yhtä mieltä siitä, että tämä on eettinen tapa lievittää kuolevan potilaan kärsimystä.	37. Osalliset myöntävät, että tämä on eettinen tapa helpottaa kuolevan potilaan kärsimyksiä	

		a) huolimatta pelosta, että sedaatio lyhentää potilaan elämää	
38. More research, including qualitative and interventional studies, is needed to investigate this subject.	38. Aiheen tutkimiseen tarvitaan enemmän tutkimusta, mukaan lukien kvalitatiiviset ja interventiotutkimukset.	38. Lisätutkimusta tarvitaan	
39. It highlights the uncertainty experienced by these providers with regard to the medical, psychosocial and ethical justification for sedation.	39. Se tuo esiin näiden tarjoajien kokeman epävarmuuden sedaatioon lääketieteellisestä, psykososiaalisesta ja eettisestä perusteesta.	39. Palveluiden tarjoajat koivat epävarmuutta a) lääketieteellisesti b) sosiaalisesti c) eettisesti	
40. This uncertainty affecting them is a source of psychological burden and moral distress, and in addition it has proved to be a major source of suffering in the workplace.	40. Tämä heihin vaikuttava epävarmuus aiheuttaa psykologista taakkaa ja moraalista tuskaa, ja lisäksi se on osoittautunut tärkeäksi kärsimyksen lähteeksi työpaikoilla.	40. PS hoito on aiheuttanut epävarmuutta työpaikoilla ja osoittautunut kärsimyksen lähteeksi	
41. Uncertainty with respect to the three levels of expertise in palliative care causes health care providers to doubt their own professional competence and ability to perform their duties.	41. Epävarmuus palliativisen hoidon kolmesta asiantuntemustasosta saa terveydenhuollon tarjoajat epäilemään omaa ammatillista pätevyyttään ja kykyään suorittaa tehtävänsä.	41. Epävarmuus aiheuttaa sairaanhoitajien epäilemään omaa ammatillista pätevyyttä a) sekä kykyä suorittaa tehtävänsä	
42. Uncertainty motivates the team to think about, debate and clarify the action taken.	42. Epävarmuus motivoi ryhmää ajattelemaan, keskustelemaan ja selvittämään toteutettuja toimia.	42. Epävarmuus motivoi ryhmää a) ajattelemaan b) keskustelemaan c) selvittää toteutuneita toimia	
43. By sharpening their sense of responsibility, uncertainty gives care providers an incentive to seek new expertise and to make changes in the work organization of the multidisciplinary care team.	43. Terävöittämällä vastuuntuntoaan epävarmuus antaa hoitopalvelujen tarjoajille kannustimen etsiä uutta asiantuntemusta ja tehdä muutoksia monialaisessa hoitoryhmässä.	43. Hoitopalveluiden tarjoajien vastuuntunto antaa kannustimen a) etsiä uutta asiantuntemusta b) tehdä muutoksia monialaisessa hoitoryhmässä	
44. It is clear that many physician, nurses and relatives were emotionally affected by their involvement in CS.	44. On selvää, että heidän osallistumisensa CS: hen vaikuttivat emotionaalisesti moniin lääkäreihin, sairaanhoitajiin ja omaisiin.	44. Lääkärit, sairaanhoitajat ja omaiset olivat emotionaalisesti vaikuttuneita palliativisen sedaatian vaikutuksista	
45. The emotional impact of being involved in a case of CS was highest when respondents felt physically and emotionally close to the sedated patient.	45. CS-tapaukseen osallistumisen emotionaaliset vaikutukset olivat suurimmat, kun vastaajat tunsivat fyysisesti ja emotionaalisesti lähellä rauhoitettua potilasta.	45. CS-tapaukseen osallistumisen emotionaaliset vaikutukset olivat suurimmat a) vastaajat tunsivat fyysisesti ja emotionaalisesti lähellä potilasta	
46. Despite the fact that many guidelines stress that CS is 'normal medical practice', for many physician, nurses, and relatives the initiation of CS can be an emotionally distressing decision.	46. Huolimatta siitä, että monissa ohjeissa korostetaan, että CS on "normaali lääketieteellinen käytäntö", monille lääkäreille, sairaanhoitajille ja sukulaisille CS: n aloittaminen voi olla emotionaalisesti häiritsevä päätös.	46. Lääkärit, sairaanhoitajan ja sukulaiset kokevat, että palliativisen sedaatian aloittaminen voi olla emotionaalisesti ahdistava päätös	
47. Using our findings, a case can also be made of more education for physicians and nurses centred on decision making in relation to their perception of moral responsibility, and, for example, for including relatives with experience of impact of CS in such educational projects.	47. Havaintojen perusteella voidaan tehdä tapaus, jossa lääkäreille ja sairaanhoitajille annetaan enemmän koulutusta, joka keskittyy päätöksentekoon heidän moraalisesta vastuun käsityksensä suhteen, ja esimerkiksi sisällyttämään tällaisiin koulutushankkeisiin sukulaisia, joilla on kokemusta CS: n vaikutuksista.	47. Lääkärit ja sairaanhoitajat annetaan enemmän koulutusta a) joka keskittyy päätöksentekoon heidän moraalisesta vastuun käsityksen suhteen b) sisällyttää koulutushankkeisiin sukulaisia, joilla on kokemusta CS:n vaikutuksista	
48. In general, nurses had a positive but cautious of PS at the end of patient's life.	48. Yleensä sairaanhoitajilla oli positiivinen mutta varovainen käsitys palliativisen sedaatian vaikutuksesta potilaan elämän lopussa.	48. Sairanhoitajilla oli positiivinen, mutta varovainen asenne PS:n vaikutuksista	
49. Most saw it as a last resort treatment for relieving suffering and refractory	49. Useimmat pitivät sitä viimeisenä keinona lievittää kärsimyksiä	49. Useimmat pitivät PS:n käytön viimeisenä keinona a) lievittää kärsimyksiä	

symptoms, and its practice was often influenced by their level of education, expertise, and the roles they played per setting.	ja tulenkestäviä oireita, ja sen käytäntöön vaikuttivat usein heidän koulutustaso, asiantuntemus ja roolit, jotka heillä oli.	b) tulenkestäviä oireita c) käytäntöön vaikutti usein heidän osaaminen, koulutustaso, asiantuntemus ja roolit	
50. Most nurses administered sedation until death only within the given circumstance because of the anticipatory benefits in controlling refractory symptoms and suffering.	50. Useimmat sairaanhoitajat antoivat sedaatiota kuolemaan asti vain tietyssä tilanteessa, koska ennakoivista eduista tulenkestävien oireiden ja kärsimysten hallinnassa.	50. Sairaanhoitajat antoivat sedaatiota tietyssä tilanteessa a) tulenkestävien oireiden b) kärsimysten hallinnassa	
51. Some of them experienced burdens during PS delivery, these could be supported by operational guidelines and task-related.	51. Jotkut heistä kokivat rasitteita PS-toimituksen aikana, joita voitaisiin tukea toimintaohjeilla ja tehtäviin liittyvillä.	51. Jotkut kokivat PS:n aikana rasitteita, joita voitaisiin tukea a) toimintaohjeilla b) tehtäviin liittyvillä	
52. The practice of continuous deep sedation is a challenging clinical intervention with demanding clinical and ethical decision-making.	52. Jatkuvan syvän sedaation harjoittaminen on haastava kliininen toimenpide, jossa vaaditaan kliinistä ja eettistä päätöksentekoa.	52. Jatkuvan syvän sedaation harjoittaminen on haastava kliininen toimenpide, jossa vaaditaan a) kliinistä päätöksentekoa b) eettisestä päätöksentekoa	
53. Though current research indicates that healthcare professional's involvement in such decisions is associated with emotional stress, little is known about sedation-related emotional burden.	53. Vaikka nykyinen tutkimus osoittaa, että terveydenhuollon ammattilaisten osallistuminen tällaisiin päätöksiin liittyy emotionaaliseen stressiin, sedaatioon liittyvästä emotionaalisesta taakasta tiedetään vain vähän.	53. Terveydenhuollon ammattilaisten osallistuminen päätöksiin liittyy a) emotionaalista stressiä b) PS:n aiheuttamasta emotionaalisesta taakasta tiedetään vähän	
54. Common clinical concerns contributing to professionals' burden were diagnosing refractory symptoms and sedation in context of possibly life-shortening decisions.	54. Ammattilaisten taakkaa lisäävät yleiset kliiniset huolet olivat tulenkestävien oireiden ja sedaation diagnosoit mahdollisesti elinikäistä lyhentävien päätösten yhteydessä.	54. Ammattilaisten taakkaa lisäävät kliiniset huolet olivat päätösten yhteydessä a) tulenkestävien oireiden vaikutukset b) sedaation diagnoosien vaikutukset	
55. Non-clinical challenges included conflicting wishes between patients and families, disagreements within the care team, and insufficient professionals' skills and coping.	55. Ei-kliinisiin haasteisiin kuuluivat potilaiden ja perheiden väliset ristiriitaiset toiveet, hoitoryhmän sisäiset erimielisyydet sekä ammattilaisten riittämättömät taidot ja selviytyminen.	55. Ei-kliinisiin haasteisiin kuuluvat a) potilaan ja perheen väliset ristiriitaiset toiveet b) hoitoryhmän sisäiset erimielisyydet sekä c) ammattilaisten riittämättömät taidot ja selviytyminen	
56. Current evidence does not suggest that practicing continuous deep sedation is generally associated with lower emotional well-being of healthcare professionals.	56. Nykyiset todisteet eivät viittaa siihen, että jatkuvan syvän sedaation harjoittamiseen liittyy yleensä terveydenhuollon ammattilaisten alhaisempi emotionaalinen hyvinvointi.	56. Todisteet eivät viittaa siihen, että PS:n harjoittaminen liittyy yleensä ammattilaisten alempaan emotionaaliseen hyvinvointiin	
57. Higher emotional burden seems more likely when professionals struggles with clinical and ethical justifications for continuous deep sedation.	57. Suurempi tunnekuormitus näyttää todennäköisemmältä, kun ammattilaiset kamppailevat jatkuvan syvän sedaation kliinisiin ja eettisiin perusteluihin.	57. Ammattilaiset kamppailevat jatkuvan syvän sedaation kliinisten ja eettisten perusteluiden kanssa näyttää todennäköisemmältä aiheuttamaan suurempaa tunnekuormaa	
58. Further research is needed to strengthen this evidence, as it likely that additional studies will change the current evidence base.	58. Tutkimus on tarpeen tämän todisteen vahvistamiseksi, koska todennäköisesti lisätutkimukset muuttavat nykyistä näyttöperustaa.	58. Tutkimus on tarpeen todisteen vahvistamiseksi, koska a) lisätutkimukset voivat muuttavat nykyistä näyttöperustaa.	

Ennakkokysymykset benchmarking vierailulle

***Kysymykset benchmarking vierailukäynnille***

1. Kun teidän osastollenne tulee potilas hoitoon, onko hänelle tehty saattohoitopäätös vai tehdäänkö se yleensä vasta osastolla?
2. Kuka tekee päätöksen vai aloitteen? potilaan saattohoidon tarpeesta?
3. Miten omaiset/läheiset ovat mukana potilaan saattohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa?
4. Kuka tekee potilaan saattohoidon tarpeen arvioinnin?
5. Miten potilaan saattohoidon tarpeen arviointi tehdään?
6. Kuka päättää potilaan aktiivihoitojen lopettamisesta?
7. Missä vaiheessa saattohoitopotilaan hoitoa pidetään hoitoneuvottelu/t?
8. Kuka osastolla vastaa saattohoitopotilaan hoitoneuvottelun järjestämisestä?
9. Ketä osallistuu saattohoitopotilaan hoitoneuvotteluun/-neuvotteluihin?
10. Kuka päättää saattohoitopotilaan hoitolinjaukista?
11. Milloin saattohoitopotilaan hoitolinjaukset päätetään?
12. Kuka laatii saattohoitopotilaan hoitosuunnitelman?
13. Mitä erityisesti huomioitavia asioita on saattohoitopotilaan hoidon rakenteellisessa kirjaamisessa?
14. Kuka vastaa saattohoitopotilaan hoidon rakenteellisen kirjaamisen laadusta?
15. Mitä jatkohoitosuunnitelmia saattohoitopotilaalle tehdään?
16. Miten saattohoitopotilaan jatkohoitosuunnitelmat yleensä toteutuvat?
17. Mitä erilaista tukea saattohoitopotilaat tarvitsevat?
18. Miten edm. tuki heille turvataan ja järjestetään?
19. Mitä erilaista tukea saattohoitopotilaiden omaiset/läheiset tarvitsevat?
20. Miten edm. tuki heille turvataan ja järjestetään?
21. Mitä saattohoitopotilaan hyvä hoito käsittää?
22. Mikä on lääkärin vastuu saattohoitopotilaan hoitoprosessissa?
23. Mikä on hoitohenkilöstön vastuu saattohoitopotilaan hoitoprosessissa?
24. Miten erikoissairaanhoidon asiantuntijat ovat tukena saattohoitopotilaan hoitoprosessissa?
25. Mitä tukea osaston hoitohenkilökunta saa saattohoitopotilaan hoidossa erikoissairaanhoidon asiantuntijoilta?
26. Miten palliativisen hoidon asiantuntijat ovat tukena saattohoitopotilaan hoitoprosessissa?

27. Miten erilaiset tukipalvelut esim. seurakunnan työntekijän tai vapaaehtoisen tukihenkilön tuki mahdollistuvat saattohoitopotilaan hoitoprosessissa?
28. Miten saattohoitopotilaan hoitoprosessissa ilmene erilaisten tukihenkilöiden ja -palveluiden vastuut?
29. Mitä on saattohoitopotilaan hyvä kuolema?
30. Kuka arvioi omaisten/läheisten tuen tarpeen potilaan kuoltua?
31. Mitä tukea omaiset/läheiset yleensä tarvitsevat potilaan kuoleman jälkeen?
32. Kuka ohjaa omaisia/läheisiä potilaan kuoleman jälkeiseen arkeen, selviytymiseen?
33. Jos omaiset/läheiset eivät ole läsnä potilaan kuolinhetkellä, kuka ilmoittaa omaisille/läheisille potilaan kuolemasta?
34. Milloin omaisille/läheisille ilmoitetaan potilaan kuolemasta?
35. Miten omaisille/läheisille ilmoitetaan potilaan kuolemasta?
36. Kuka kirjoittaa potilaan kuolintodistuksen?
37. Mistä omaiset saavat potilaan kuolintodistuksen?
38. Miten kehittäisit oman osaston saattohoitopotilaan hoitoa?

### Saattohoitopotilaan hoitoneuvottelu

**Ennen hoitoneuvottelua** sairaanhoitaja varmistaa seuraavat asiat:

- sovitaan hoitoneuvottelun ajankohta
- varataan hoitoneuvottelulle riittävästi aikaa
- varataan hoitoneuvottelulle rauhallinen ja viihtyisä tila
- tehdään tarvittavat ennakkosuunnitelmat, varmistetaan potilaan taustatiedot mm.;
  - potilaan nimi, syntymäaika
  - yhteyshenkilönä toimivan läheisen nimi, yhteystiedot
  - tai mahdollinen edunvalvoja?
  - tilanteeseen johtaneet syyt eli sairaudet (diagnoosit)
  - saattohoitopäätös

**Hoitoneuvottelussa:**

- Luodaan hoitoneuvottelulle keskusteleva ja lämmin ilmapiiri, kuunnellaan potilasta ja läheisiä hoitoneuvottelussa (noin 5-10 min aloitukseen, ennen kuin siirrytään asioiden käsittelyyn)
- esittäytymiset (potilas ja läheinen ensiksi jne.)
- keskustellaan tavoitteet, miksi ollaan tässä tilanteessa, tilaisuudessa juuri tämän potilaan kanssa (varmistaa, että potilas tai läheiset ovat tietoisia saattohoitopäätöksestä)
- Keskustellaan potilaan ja läheisten kanssa mm. seuraavanlaisista asioista:

*Fyysiset toiveet ja tarpeet:*

- Minkälaiseksi koette vointinne ja jaksamisenne?
- Mitä toiveita teillä on esimerkiksi ravitsemuksen, puhtauden tms. hoidon suhteen?
- Mitä toiveita hoitoympäristön/-huoneen suhteen?
- Mitä toiveita läheisillä on potilaan hoidolle?
- Mitkä asiat ovat teille merkityksellisiä, jotka toivotte otettavan teidän hoidossanne huomioon elämänne viimeisimpinä hetkinä?
- Ketä ihmisiä haluatte osallistuvan hoitoon?



*Psykososiaaliset toiveet ja tarpeet:*

- Mitä tukea erityisesti koette tarvitsevanne hoidon aikana?
- Haluatteko kertoa vakaumuksestanne? (tai potilaan, läheisten kertomana, siinä tapauksessa, että potilas ei ole kykenevä ilmaisemaan vakaumustaan)
- Haluatteko keskustella nyt tai myöhemmin elämääne ja kuolemaan liittyvistä asioista? Jos, niin kenen tai keiden henkilöiden kanssa?
- Onko teillä /potilaalla kirjallinen hoitotahto? Jos on, mitä asioita haluatte ottaa siitä keskusteluun?
- Varmistetaan mm., onko hoitotahdossa mainintaa toiveista kieltäytyä elämää pitkittävästä hoidosta?
- Varmistetaan mm., onko päätöstä elvytyskiellosta (pvm)
- Mitä mahdollisia hoitolinjauksia tai -rajauksia potilaan saattohoito sisältää?

*Muut merkitykselliset asiat:*

- Mitä erityistoiveita teillä on, jotka hoitohenkilökunnan on aiheellista tietää, jos ette jostain syystä kykene jossain vaiheessa ilmaisemaan itseänne ja, jotka haluatte meidän tietävän?
- Läheisen tukeminen surutyössä? Miten voimme auttaa teitä potilaan hoidon aikana ja sen jälkeen surutyössänne?

*Muuta huomioitavaa:*

- Ohjataan ja neuvotaan nyt tai myöhemmin potilaan hoidon aikana potilasta ja läheisiä keskustelemaan yhdessä kuoleman jälkeisistä asioista esim. haudaus, tuhkaus
- Huomiodaan tilanteen vaikeus niin potilaalle kuin läheisille →myötätunto ja kuuntelu useasti riittää tukemaan potilasta sekä läheisiä
- Varmistetaan potilaan ja läheisen muut tärkeät ja keskusteltavat asiat
- Tehdään sanallinen kooste hoitoneuvottelusta, mistä keskusteltiin, mitä sovittiin ja miten potilaan hoito jatkuu ja miten läheiset mukana
- Ym.

= Lopuksi kirjataan yhteenveto potilaan potilasasiakirjoihin (ylehoi) sekä hoitoneuvottelun päivämäärä, läsnäolijat