

Marjo Pulkkinen

**PALLIATIIVISEN HOITOLINJAUKSEN  
JA SAATTOHOITOPÄÄTÖKSEN  
PUHEEKSIOTTO**  
Taskuopas terveydenhuollon  
ammattilaisille

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoidajakoulutus

2025



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Marjo Pulkkinen
Työn nimi	Palliatiivinen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksiotto. Taskuopas terveydenhuollon ammattilaisille.
Toimeksiantaja	Eloisa/ Palliatiivinen keskus, Savonlinna
Vuosi	2025
Sivut	63 sivua, liitteitä 11 sivua
Työn ohjaaja(t)	Sai Pölönen, Pirjo Heimo ja Kiia Londén

## TIIVISTELMÄ

Palliatiivinen hoitolinjaus asetetaan potilaille, joilla on parantumaton tai kuolemaan johtava sairaus. Saattohoitopäätös on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, jolloin kuolemanmerkit ovat nähtävissä. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa pyritään mahdollisimman hyvään kipu- ja oirehoitoon omaisetkin huomioiden. Hoitolinjauksiin sisältyy myös hoidonrajauksia, jossa potilaalta rajataan pois hyödyttömät ja elämänlaatua huonontavat hoitomuodot. (Valvira s.a.) Hietanen (2015) mainitsee, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet näiden hoitolinjauksien puheeksi ottamisen vaikeaksi (Saarto ym. 2015).

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitolinjauksien puheeksi ottamisesta. Tarkoituksena oli tuottaa taskukokoinen opas palliatiivisen – ja saattohoitolinjauksen puheeksi ottamisesta terveydenhuollon ammattilaisille.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin Jämsän ja Mannisen (2000) viisivaiheista tuotekehitysprosessia. Opinnäytetyön aihe valikoitui toimeksiantajan tarpeesta saada tukimateriaalia palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksiotosta, mistä muodostui opinnäytetyön kehittämistarve. Ideointivaiheessa opinnäytetyöntekijä ja toimeksiantaja kävivät yhdessä aivoriihineuvottelun sopivasta materiaalista ja näin syntyi taskuopas. Suunnitteluvaiheessa aiheesta kerättiin tutkittua tietoa ja samassa yhteydessä luotiin ensimmäinen taskuoppaan hahmotelma käyttäen benchmarkingia eli vertailua muihin oppaisiin. Tuotteen kehittämisen vaiheessa hahmotelmasta luotiin Canva-sovelluksella useampi versio, joista lopulta viimeinen versio, saatekirje ja palautekysely lähetettiin sairaalapalveluiden terveydenhuollon ammattilaisille esitettäväksi sähköpostilla. Oppaasta saadut palautteet analysoitiin käyttäen Likert-asteikkoa ja teemoittelua. Viimeiset yksityiskohdat taskuoppaassa viimeisteltiin viimeistelyvaiheessa.

Opinnäytetyön lopputuotoksena syntyi taskuopas palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksioton tiedonjaosta. Opas voi hyödyttää sosiaalityöntekijöitä terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi. Jatkokehitysehdotuksena palliatiivisen hoitolinjauksen tai saattohoitopäätöksen saaneelle voisi luoda sisältöä jatkotuen mahdollisuuksista. Myös tukimateriaali vaikeiden keskusteluiden kokeneille terveydenhuollon ammattilaisille voisi olla tarpeellinen.

**Asiasanat:** Palliatiivinen hoitolinjaus, saattohoitopäätös, puheeksiotto, taskuopas, tuotekehitysprosessi

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Marjo Pulkkinen
Thesis title	Talking about palliative care plan and the end-of-life decision. Pocket guide for healthcare professionals.
Commissioned by	South Savo wellbeing services county/ Palliative care center, Savonlinna
Time	2025
Pages	63 pages, 11 pages of appendices
Supervisor	Saro Pölönen, Pirjo Heimo and Kiia Londén

## ABSTRACT

A palliative care plan is set for a patient with a disease that leads to death. A hospice decision is the final stage of palliative care and then the signs of death are visible. Palliative and hospice care focuses on relieving pain and other symptoms effectively and supporting the patient's family, as well. The care plan can also exclude treatments that are considered useless or life-degrading. (Valvira n.d.) Research has shown that health care professionals find it difficult to discuss these care plans (Saarto et al. 2015).

The typos were to increase information talking about the palliative care plan and the hospice decision. The purpose was to create a pocket guide for healthcare professionals to help them in talking about palliative care and end-of-life decision with their patients.

The thesis used Jämsä and Manninen's (2000) five-step product development process. The subject and the development need were generated from the commissioner's need to have support material for talking about palliative and hospice care plan with the patient. The pocket guide format was chosen in a think tank discussion with the commissioner and the author. In the design phase the author gathered research information about the idea and created the first outline of the pocket guide using benchmarking. In the product development phase, the author made many pocket guides with Canva-application and chose the best one which was sent by an e-mail to hospital service's healthcare professionals for pre-testing with a cover letter and a feedback survey. The feedback replies were examined by using Likert scale and theming. At the final phase, changes were made and details were adjusted.

The final product was the pocket guide for talking about palliative care and hospice decisions which was made for healthcare professionals. The pocket guide could be a enjoyable help to social workers. Ideas for further development include materials for patients and healthcare professionals. Patients in palliative or hospice care could benefit from materials presenting possibilities for further support. Healthcare professionals would benefit from debriefing materials after difficult patient discussions.

**Keywords:** Palliative care plan, end-of-life decision, bringing up, pocket guide, product development process

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	7
3	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO .....	8
3.1	Palliatiivinen hoito .....	8
3.2	Saattohoito .....	11
4	PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON HOITOLINJAUKSET.....	13
4.1	Palliatiivinen hoitolinjaus.....	14
4.2	Saattohoitopäätös.....	16
4.3	Ennakoiva hoitosuunnitelma .....	17
4.4	Hoidon rajaukset.....	18
4.5	Hoitotahto .....	24
5	PALLIATIIVISEN - JA SAATTOHOITOLINJAUSTEN PUHEEKSIOTTO .....	26
5.1	Puheeksi ottaminen potilaan kanssa .....	27
5.2	Puheeksi ottaminen läheisen tai edunvalvojan kanssa.....	31
6	HYVÄ OPAS.....	33
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	35
8	TUOTEKEHITYSPROSESSI.....	35
8.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	35
8.2	Ideavaihe .....	36
8.3	Luonnosteluvaihe.....	37
8.4	Kehittelyvaihe .....	39
8.5	Viimeistelyvaihe .....	51
9	POHDINTA.....	52
9.1	Tuotteen tarkastelu ja arviointi .....	52
9.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	54
9.3	Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset .....	57
	LÄHTEET.....	59

## LIITTEET

Liite 1. Oppaiden rakenteellisia ominaisuuksia

Liite 2. Tiedonhakutaulukko

Liite 3. Tutkimustaulukko

Liite 4. Saatekirje ja tutkimustiedote

Liite 5. Tutkimustiedote

Liite 6. Webropol-palautekysely

Liite 7. Taskuopas

# 1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestön mukaan palliatiivista eli elämän laatua ylläpitävää kipu- ja oirehoitoa annetaan potilaille, jotka kamppailevat hengenvaarallisten sairauksien kanssa. Saattohoito on taas palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Huomiota ja hoidollista tukea saavat myös potilaiden lähiomaiset. Arviolta vuosittain palliatiivista hoitoa maailman väestöstä tarvitsevat 56.8 % ihmisistä ja viimeisenä elinvuotenaan n. 25.7 %. Kuitenkin vain 14 % koko väestöstä saavat palliatiivista hoitoa. (WHO 2020.) Saarto (2017) arvioi, että Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee n. 30 000 potilasta/vuosi. Palliatiivinen hoitolinjaus tai saattohoitopäätös asetetaan potilaalle hyvissä ajoin ennakoitun hoitosuunnitelman avulla (STM s.a.).

Palliatiivinen hoitolinjaus pitää sisällään myös hoidon rajauksia, jotka rajaavat hoidosta pois hyödyttömät tai turhaa kärsimystä aiheuttavat hoitomuodot. Tunnetuin näistä on DNR-päätös eli do not resuscitate tai DNAR (do not attempt resuscitation) -päätös. (Valvira s.a.) Hietanen (2015) on selvittänyt kuolemaan tai elämän päättyviin liittyvien hoitolinjauksien ja hoidonrajauksien puheeksi ottamisen terveydenhuollon ammattilaisten kohdalla vaikeaksi (Saarto ym. 2015).

Opinnäytetyön aihe valikoitui toimeksiantajan kautta tulleesta tarpeesta saada tietoa palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamisesta, mikä alkoi puhuttamaan heti opinnäytetyöntekijää. Kyseinen aihe on ajankohtainen, mielenkiintoinen sekä usein vaikea ja herkkä aihealue ottaa puheeksi potilaan kanssa. Puheeksiottotilanteen voi kohdata useassa eri terveydenhuollon yksikössä ja tiedosta on hyötyä monille terveydenhuollon ammattilaisille. Aihe on merkityksellinen myös siksi, että tutkimustieto tukee puheeksiottotilanteita muidenkin vaikeiden asioiden äärellä.

Opinnäytetyön aihe on rajattu palliatiivisen hoitolinjaukseen ja saattohoitopäätökseen sekä näihin hoitolinjauksiin sisältyviin hoidonrajauksiin. Opinnäytetyön aiheena on käsitelty tutkimuksia ja tutkittuja lähteitä palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamisesta potilaalle, hänen omaisilleen tai muille asianomai-

sille. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitolinjauksien puheeksi ottamisesta. Tarkoituksena oli tuottaa taskukokoinen opas palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksi ottamisesta terveydenhuollon ammattilaisille.

## **2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS**

Toimeksiantajana opinnäytetyössä toimii Etelä-Savon hyvinvointialueen palliatiivinen keskus Savonlinnassa. Etelä-Savon hyvinvointialue eli Eloisa kokonaisuudessaan järjestää sekä tuottaa ja kehittää eri sosiaali- ja terveysseman palveluita ja pelastuspalveluita Etelä-Savon maakunnalle. Eloisan alueeseen lukeutuu 12 kuntaa, joissa järjestään aiemmin mainittuja palveluita n. 130 000 asukkaalle. (Eloisa s.a.)

Etelä-Savon hyvinvointialueella toimii kaksi palliatiivista keskusta, jotka sijaitsevat Mikkelissä ja Savonlinnassa ja sen palvelualue kattaa koko Etelä-Savon maakunnan asukkaat. Molemmat keskuksat toimivat B-tason yksikköinä, joissa on palliatiiviseen erityisosaamiseen koulutettu henkilökunta, yhteistyötä tekevä moniammatillinen tiimi, joka kokoontuu viikoittain, sekä vapaaehtoisuimijat. Keskuksessa toimii niin palliatiivinen vastaanotto kuin 12-paikkainen osastokin. Palliatiivisen hoidon piiriin kuuluvat myös kotona kotisairaanhoidon kautta hoidettavat palliatiivista hoitoa tarvitsevat potilaat ja keskus antaa tarvittaessa konsultaatioita muille osastoille. (Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys s.a.)

Mikkelissä yksiköt sijaitsevat uusissa Mielen ja kuntoutuksen tiloissa. Savonlinnan palliatiivisen keskuksen 2B-vastaanotto ja -osasto sijaitsevat samassa paikassa Savonlinnan keskussairaalassa. Mikkelin yksikkö sai palliatiiviseen yksikköön erityisosoikeudet keväällä vuonna 2021 ja Savonlinna kesällä 2023. (Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys ry s.a.)

### 3 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän potilaan kokonaisvaltaista, jatkuvaa ja elämän laatua ylläpitävää kipu- ja oirehoitoa. Hoidettavien piiriin kuuluvat myös potilaan läheiset. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. (Terveyskylä s.a.)

#### 3.1 Palliatiivinen hoito

Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) luokittelee palliatiivisen hoidon sairaudet kuolemaan johtaviin tai henkeä uhkaaviin sairauksiin, jolloin potilaan tulee saada hoitoa ilman diagnoosin asettamista. Hyvä loppuelämän hoito toteutuu, kun kuoleman merkit todetaan tarpeeksi ajoissa, mitä kautta voidaan asettaa oikea päätös hoitolinjaukselle. Hyvässä oirehoidossa keskitytään niin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin kuin eksistentiaalisiin eli olemassa olevuuden liittymisen tarpeiden täyttämiseen. Läheisten huomiointi on suuressa osassa hyvää potilaan palliatiivista hoitoa, mikä jatkuu vielä potilaan kuolemankin jälkeen. Palliatiivisessa hoidossa ei pitkitetä tai paranneta sairautta tai sairauksia, vaan halutaan saada potilaalle mahdollisimman kivuton, oireeton, aktiivinen ja hyvä loppuelämä, mutta siinä voidaan vielä hoitaa kroonisen sairauden tilaa. Kuolema on hoidossa oletettava asia, mutta sen ajankohtaa ei voida vielä päätellä, mutta hoitopäätös voidaan tehdä, kun tiedetään pitkäaikaisen sairauden johtavan kuolemaan tai nähdään, ettei parantumiseen ole enää muita hoitokeinoja. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

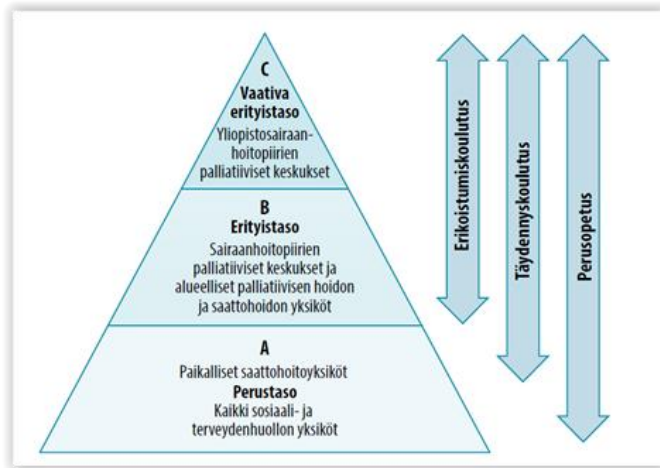
Saarto ym. (2015) kuvailevat, että jokainen henkilö kokee elämänlaatunsa yksilöllisesti, mutta se pitää sisällään monimuotoiset fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuudet. Palliatiivisessa hoidossa potilaalla pyritään kipujen ja sairauksista syntyneiden oireiden hyvään hallintaan ja hoidon keskellä ratkotaan myös psykososiaalisia ja olemassaoloon liittyviä kysymyksiä, sekä niiden lisäksi tuetaan läheisten jaksamista hoidon alusta kuoleman jälkeiseen suruprosessiin saakka. Varhain aloitettu hyvä palliatiivinen hoito pi-

tää yllä elämänlaatua, lievittää masennusoireita sekä pidentää elinaikaa. Hoitotyötä tekee moniammatillinen tiimi ja vuorovaikutus potilaan ja läheisten kanssa korostuu elämän loppuvaiheen hoidossa (THL 2023b).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos eli THL (2023b) on huomionut, että elämän loppuvaiheessa tulisi kunnioittaa potilaan elämänarvoja ja toiveita ja huomioida ne hoitosuunnitelmaa tehtäessä ja potilasta hoidettaessa. Elämänlaadun tukemiseen ja mahdollisimman arvokkaan kuoleman tavoitteluun on tärkeä pyrkiä. Hoito voi tapahtua potilaan omassa kodissa, palvelutalossa, saattohoitokodissa tai sairaalan osastolla, ja hyvän loppuelämän tukemiseen liittyvät hoitoympäristö, omaiset, henkilökunta sekä vapaaehtoistyöntekijät. Potilaan toiveita sekä läheisiä kuunnellaan ja tuetaan hoidon alusta elämän päättymiseen asti ja vielä sen jälkeenkin. Hoitotilanteissa potilaalla on itsemääräämisoikeus, oikeus puolustaa omaa yksityisyyttään ja koskemattomuuttaan sekä työntekijöiden ja muiden henkilöiden tulee kunnioittaa potilaan ihmisarvoa. Potilaalla on lain mukaan oikeus saada hyvää ja laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa. Sama laki määrittää itsemääräämisoikeuden sosiaali- ja terveydenhuollossa huomiotavaksi periaatteeksi, jossa potilaalla on oikeus määrätä omaa elämäänsä koskevia asioita, kuten hoitotoimenpiteitä, ja oikeus myös vaikuttaa omaan elämään liittyviin asioihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6. §.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2024c) määrittelee, että palliatiivinen hoito ei pääty heti kuoleman jälkeen, vaan vainajaa tulee kohdella arvokkaasti ja kunnioittavasti. Läheisten tukeminen ja heidän mahdollisuutensa nähdä vainaja on mahdollistettava arvokkaassa, kiireettömässä ja rauhallisessa ympäristössä. Tukeminen pitää sisällään läheisten mahdollisuuden saada tukea kuoleman jälkeisissä asioissakin ja tietoa kuolemaan liittyen.

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan palliatiivisen ja saattohoidon pitäisi olla jokaiselle laadukasta ja hoitoa voidaan toteuttaa eri tasoisissa hoitopaikoissa. Suositus on jakanut hoidon järjestämisen kolmeen tasoon, joita ovat perustaso ja perustason yksiköt (A), erityisosaamisen yksikkö (B) ja vaativa erityisosaaminen (C) (kuva 1).



Kuva 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon laatujen tasot (Saarto & Lehto 2019)

Perustason osaamisen tasoissa hoitohenkilöstön tulisi hallita palliativinen perushoito ja siihen sisältyvät kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa kuolevan potilaan hoitaminen tapahtuu. Erityistason osaaminen sisällyttää palliativiseen hoitoon erikoistuneita yksiköitä, joihin kuuluvat kotisairaala, saattohoito-osastot, palliativinen konsultaatioryhmä ja palliativiset vastaanotot. Vaativan tason osaaminen kuuluu yliopistotason sairaaloiden palliativisille keskuksille. (Saarto & Lehto 2019.) Palliativista hoitoa voidaan antaa ilman palliativista hoitolinjaustakin (Lehto ym. 2019.)

### **Kuolevan potilaan hoitotyö**

Sairauden edetessä ja yleistilan laskiessa potilaan monesti itsestään selvät asiat, kuten päivittäisten toiminnot, toimintakyky ja kotona pärjääminen, usein heikentyvät ja tällöin potilas tarvitsee apua toimissaan, jolloin hoivan ja huolenpidon merkitys potilaan kohdalla kasvaa. Hoiva ja huolenpito kohdennetaan yksilön omien tarpeidensa mukaan. Potilas voi tarvita arkisia apuja: hygienian hoito, peseytyminen, pukeutuminen, kaupassa käyminen, kotiaskareet ja autolla ajaminen. Muutos terveydentilaan luo usein pelkoa ja epävarmuutta ja niistä puhuminen voi tuntua potilaasta vaikealta, mutta näiden tekijöiden huomioiminen auttavat yksilöllisen suunnitelman laatimisessa. (Terveyskylä 2021g.)

Kotihoito on usein potilaan ja hänen läheistensä kanssa apunaan myös palliativisessa hoidossa, ja potilasta voi hoitaa kotona niin kauan kun kotona pärjääminen onnistuu ja turvallisuus on huomioitu. Palliativisen potilaan kohdalla

on hyvä olla varasuunnitelma, jos vointi yhtäkkiä romahtaa ja sairaalahoitoa tarvitaan. Osastohoidossa tehdään oma hoitosuunnitelma potilaan hoivan ja huolenpidon tarpeista ja päivittäisten toimintojen tukemisesta. Potilaan läheiset voivat olla halutessaan apuna potilaan arkiaskareissa, jos voimavarat ja mahdollisuudet siihen riittävät. (Terveyskylä 2021g.)

### **Toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen**

Palliatiivisessa hoidossa pyritään ylläpitämään ja tukemaan potilaan toimintakykyä niin, että potilaalle kaikki mieluisat ja tärkeät toiminnot ovat mahdollisia toteuttaa sairaudestaan huolimatta. Sairauden vaikutusta arvioidaan jatkuvasti ja toimintakykyä pyritään tukemaan eri keinoin. Asuinolosuhteissa arvioidaan turvallisuus ja liikkumisen esteet, samassa taloudessa asuvat, kodin ulkopuolella tapahtuvat asiat ja mahdollinen avun tarve. Ulkopuolista apua tarvitessa voidaan hyödyntää tukipalveluita: kotihoitoa, siivous- ja ateriapalveluita ja toimintaterapiaa. Toimintakykyä kartoittaessa huomioidaan yksilölliset voimavarat ja sosiaalinen verkosto, ja heidän mahdollisuutensa auttaa. Keskustelutukea voidaan tarjota mielenterveysyksiköstä, vapaaehtoisjärjestöistä, seurakunnasta ja vertaistukijärjestöistä. (Terveyskylä 2021j.)

Vakava sairaus ja huono ennuste voivat vaikuttaa negatiivisesti potilaan elämäntilanteeseen tuoden epävarmuustekijöitä ja huolia. Henkiseen hyvinvointiin vaikuttavat elämäntilanne, tunteiden käsittelytaidot, ulkopuolisen tuen saaminen sekä elämän historia. Elämään päättyvä hoito kuormittaa potilaan lisäksi läheisiä. Kuormitustilanteita voidaan keventää käsittelemällä henkistä jaksamista ja löytää ratkaisuja elämäntilanteiden selvittämiseksi. (Terveyskylä 2021b.)

## **3.2 Saattohoito**

Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Lääkäri voi asettaa potilaan saattohoitoon yleensä muutama päivä tai viikko ennen kuolemaa. Saattohoidon keskeisimpänä tarkoituksena on saada potilaalle mahdollisimman arvokas, hyvä loppuelämä kuolemaansa saakka. Saattohoidolle ei ole enää pa-

rantavaa tai elämää pitkittävää hoitoa, vaan hoitona pyritään huomioimaan potilaan viime hetken tarpeet, lievitetään kipuja ja kärsimystä fyysisesti sekä psyykkisesti ja vastataan potilaskohtaisesti viimeisiin toiveisiin toteuttamalla ne parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitoon kuuluvat hoidettavan lisäksi myös potilaan lähipiiri, joita tuetaan koko potilaan hoidon läpi ja jatketaan vielä potilaan kuoleman jälkeen. Saattohoito voidaan toteuttaa potilaan toivomassa ympäristössä kotisairaanhoidon, vuodeosaston tai saattohoitokodin turvin. (Lääkärin etiikka 2021.)

Saattohoidossa pyritään niin hyvään elämään kuin mahdollista ja hoitoa toteutetaan enää vain lievittämällä ja helpottamalla oireita. Tässä vaiheessa potilas ja omaiset ovat hyväksyneet elämän päättymisen ja rajallisuuden sekä lähestyvän kuoleman, joka voi järkyttää, mutta toisaalta tuoda myös lohtua. Saattohoitovaiheessa on mahdollisuus käydä avointa keskustelua eletystä elämästä positiivisten ja negatiivisten tunteiden ja kokemusten kautta. Elämästä voi vielä nauttia omien voimavarojen ja voinnin mukaan niin läheisten kanssa kuin yksin omien ajatustensa kanssa. (Terveyskylä 2021h.)

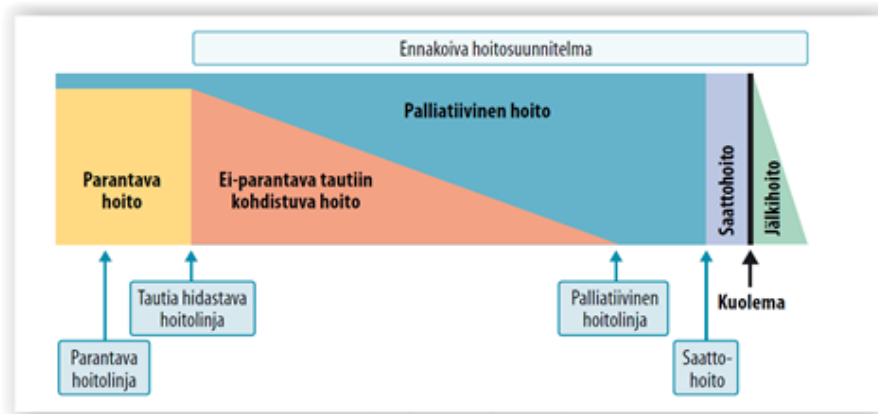
Saarto ym. (2015) kuvailevat, että saattohoitopotilas voi säilyttää toimintakyvyn kohtuullisen hyvänä kuolemaan saakka tai kuolema voi tulla sairauden aiheuttaman äkillisen komplikaation tai sen tasaisen etenemisen kautta. Nopeasti reagoitu hoito auttaa suunnittelemaan hoitotoimenpiteitä niin, että potilas saa nopean avun mm. oire- ja lääkehoitoon. Saattohoitopäätös tehdään, kun todetaan sairauden johtavan kohti kuolemaa, mutta vointia tulee arvioida jatkuvasti, koska tilanne voi muuttua päinvastaiseen suuntaan ja potilas virkistyy.

Kuoleva potilas on toimintakyvyltään selkeästi heikentynyt ja tällöin kuoleman merkit ovat usein nähtävissä. Saattohoitovaiheessa tärkeintä on hyvä oirehoito ja hoitojen tulee olla välittömästi oloon vaikuttavia eli siinä tähdätään sen hetkisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Kun syöpäsairaiden potilaiden sytostaattihoidot eivät enää hyödytä potilasta, ne jäävät pois. Oirehoidon lisäksi saattohoidossa vuorovaikutus, keskustelutuokiot, läsnäolo ja potilaan kuuleminen sekä perheen psykososiaalinen tukeminen liittyvät olennaisesti hyvään hoitoon. (Anttonen ym. 2024.)

## 4 PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON HOITOLINJAUKSET

Palliatiivisen – ja saattohoidon hoitolinjauksien ja mahdollisten hoidon rajoitusten päätöksen teossa on oltava lääketieteelliset perusteet ja niiden päättämisestä vastaa aina yksi tai useampi lääkäri. Ennen päätöstä potilas ja potilaan toiveesta omaiset ovat ilmaisseet toiveensa. Hoitolinjaus tarkoittaa potilaan hoidon ensisijaista tavoitetta, joilla turvataan potilaan toiveet ja hänen arvonsa mukainen näkemys. Hoitolinjaus pitää sisällään myös hoitolupauksen, esim. *palliatiivinen hyvä hoito*. Hoidon rajoitukset ilmaisevat, mitkä hoitomuodot on päätetty rajata potilaan hoidosta pois. Lopuksi yhteistyössä tehdyt päätökset kirjataan hoitosuunnitelmaan. (Haavisto ym. 2023, 376.) Jos potilas ei jostain syystä itse kykene vastaamaan, voivat läheiset antaa toivottua ja arvokasta tietoa potilaan hoidosta (Terveyskylä 2021f). Hoitolinjausten avulla voidaan tehdä hoidon rajoituksia ja lopettaa hyödytön tehohoito (Saarto ym. 2015).

Hoitolinjaukset määritetään sairauden edetessä, tai kun potilaan tilanne muuttuu. Alkuun sairautta pyritään hoitamaan sitä parantamalla. Luumurtumassa tai paikallisen syövän hoidossa puhutaan parantavasta hoitolinjauksesta. Jos huomataan, ettei parantavaa hoitoa enää ole, voidaan siirtyä jarruttavaan hoitolinjaukseen, jolloin pyritään hidastamaan tai tasaamaan sairauden etenemistä ja keskitytään mahdollisimman hyvään elämänlaatuun, esimerkiksi sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Palliatiiviseen hoitolinjaan siirrytään, kun parantavaa tai jarruttavaa hoitolinjaa ei enää ole. Palliatiivista hoitoa voidaan antaa pitkäaikaisen sairauden hoidon rinnalla eikä vain palliatiivisen hoitolinjauksen päätöksen teon jälkeen, ja sen on todettu edistävän potilaan ja hänen läheisten elämänlaatua. Kuvasta 2 voidaan havainnollistaa asetettavien hoitolinjauksien neliportainen malli. (Lehto ym. 2019.)



Kuva 2. Hoitolinjaukset sairauden etenemisen mukaan (Lehto ym. 2019)

#### 4.1 Palliativinen hoitolinjaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin mukaan (s.a.) palliativiseen hoitolinjaukseen siirrytään, kun lääkäri arvioi muiden hoitokeinojen olevan hyödyttömiä ja sairauden tuomat oireet aiheuttavat ikäviä oireita tai kärsimystä. Hoitolinjassa keskitytään hyvään oirehoitoon, vaalitaan hyvää elämänlaatua sekä annetaan mahdollisuuksia ylläpitää toiveidenmukaista, aktiivista ja hyvää elämää sairauden tai sairauksien rinnalla. Hoidossa ei täysin luovuta parantumattoman sairauden hoidosta, vaan siinä keskitytään niin hyvään hoitoon kuin mahdollista. Lehto ym. (2019) näkevät palliativisen hoitolinjauspäätöksen ajankohtaiseksi, kun hoidoilla ja tutkimuksilla ei ole enää selkeästi parantavaa tai elämää pitkittävää vaikutusta, ja palliativisen hoitolinjauksen erottaa saattohoitopäätöksestä sillä, että elinajan ennuste ei ole vielä selvitetävissä.

Terveyskylä (2021d) tarkentaa, että vakavan sairauden hoitokeinoista saataan luopua siksi, että parantamiseen tarkoitettusta hoidosta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä, hoito voi heikentää potilaan yleistä toimintakykyä tai mahdollisesti potilas voi menehtyä lyhyen ajan sisällä hoitojen vuoksi. Oikea-aikainen hoitolinjaan siirtyminen on tämän takia tärkeää, jotta potilas voi vielä elää aktiivista ja hyvää elämää. Hyödynnettävät ja tilannetta lievittävät oireiden ja kipujen hoitokeinot niin lääkkeillä kuin ilmankin otetaan palliativisessa hoitolinjauksessa huomioon. Potilaan elinaika ei palliativisessa hoidossa ole ennustettavissa eli se voi kestää useista kuukausista jopa muutamaan vuoteen. Palliativiseen hoitolinjaan siirtyminen ei tarkoita potilaan hoidosta luopumista,

vaan hoidon tavoitteet keskittyvät hyvään oirehoitoon ja loppuelämän vaalimiseen (Saarto 2017).

Palliativisen hoitolinjauksen kriteereinä voivat olla se, ettei potilaan kuolemasta yllätytä 6–12 kk kuluessa tai kroonista eli pitkäaikaista sairautta sairastava potilas kärsii suorituskyvyn heikkenemisestä, selkeästä painonlaskusta tai potilas on joutunut sairaalahoitoon vuoden aikana useammin kuin kerran eikä potilaan yleistila tai sairauden ennuste parane tavallisilla hoitotoimilla. Eri sairauskohtaiset indikaattorit eli sairauden tuomat muutokset, kuten pitkälle edennyt rintasyöpä, pitkälle edennyt Alzheimerin tauti tai vakava sydänsairaus, tukevat hoitosuunnitelman laatimista. (Palliativinen ja saattohoito 2021.) Haaviston ym. (2023) teoksessa mainitaan palliativisen hoitoon siirtymisen ennakkoinnin merkeiksi, kun potilas on vaikeasti monisairas ja sairaudet aiheuttavat potilaalle selkeää toimintakyvyn heikkenemistä ja päivittäistä avun tarvetta, sairauden hoito on tehotonta tai raskasta, niihin liittyy useita pahenemisasihteja, jotka johtavat potilaan sairaalahoitoon, oireet jatkuvat oikeanlaisesta hoidosta riippumatta, potilas ei ole halukas vaikuttaviin hoitoihin tai syöminen ja juominen on heikentynyt.

Palliativisen hoitolinjauksen tuomia hoitoperiaatteita sovelletaan yksilökohtaisesti. Hoitolinjaukseen siirryttäessä potilaan kohdalla hoitosuunnitelmassa otetaan kantaa lääkehoitoon, infektioiden hoitoon, perussairauksien hoitoon, akuuttihoitoon ja käytettäviin hoitotoimenpiteisiin sekä leikkaushoitoon. Myös antibioottien tarvetta selvitetään etukäteen. Potilaan ruokailussa otetaan huomioon mielekkäät ruoat ja juomat ja suunhoidosta on tärkeä huolehtia. Suonensisäisen nesteytyksen tarvetta arvioidaan palliativisen hoidon kohdalla, koska siitä ei välttämättä ole tarpeeksi hyötyä potilaalle. (Haavisto ym. 2023, 377–378.)

Potilaan ja läheisten toiveiden mukaan hoitolinjauksesta voidaan puhua niin usein kuin se nähdään tarpeelliseksi ja se on voitava ottaa puheeksi useammin kuin kerran. Hoitolinjauspäätöksestä laaditaan yhteisymmärryksessä laadittu hoitosuunnitelma, jossa on maininta hoidon rajauksista ja lääketieteellisistä perusteluista. Kun päätös palliativisesta hoitolinjauksesta on tehty, siitä lisätään tieto potilaan diagnooseihin ICD10-koodilla Z51.5 - palliativinen hoito.

(Saarto ym. 2017, 8.). Palliatiivisen hoitolinjauksen käyttö on yleisintä syöpäsairauksien hoidossa, mutta sitä suositaan käytettävän muidenkin potilasryhmien kanssa (Lehto ym. 2019).

## 4.2 Saattohoitopäätös

Tarnanen ym. (2019) kuvailevat artikkelissaan, että saattohoito sisältyy palliatiiviseen hoitoon ja on merkki lähestyvistä kuolemasta. Saattohoito mielletään tärkeäksi hoidon linjaukseksi, mutta on usein päätöksenä raskas. Saattohoidossa on tärkeä huomioida fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset näkökulmat ja niiden tarpeiden täyttäminen. Saattohoidossa tärkeintä ei ole potilaan, vaan myös omaisten huomiointi ja tukeminen, koska monesti kuolema koskettaa läheisiäkin. Saattohoitovaiheessa omaisilla on aikaa jättää potilaalle jäähyvästit (Terveyskylä 2021e).

Sairaanhoitajan roolin merkitys tukijana kasvaa saattohoitopäätöksen saaneella potilaalla ja hänen omaisillaan. Hänen tehtävänsä on arvioida potilaan terveydentilaa ja oikeanlaisen oireenmukaisen hoidon toteutumista. Ristiriitaisissa tilanteissa esimerkiksi potilaan ja omaisten välillä, sairaanhoitaja voi ottaa puolustuskannan potilaan puolesta omaisiin. Sairaanhoitaja voi kertoa oman tai potilaan näkemyksen hoitotilanteeseen, kun toiveet ovat ristiriitaisia. (Haavistola ym. 2014.)

Kun lääkäri linjaa saattohoitopäätöksen, potilaalla on aikaa elää muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. Saattohoitopäätös tehdään potilaan ja läheisten kanssa yhteisymmärryksessä ja hoitoon sisältyy aina elvytyskielto (Do not resuscitate, DNR). Saattohoitovaiheeseen lähestymisen merkkeinä voivat olla laihtuminen esim. syömisongelmien takia, kuumeilu ilman erityistä syytä tai keuhkokuume, tai yleisvoimien ja vireistilan lasku ja hengenahdistus- ja kivuliaisuusoireiden lisääntyminen. (Haavisto ym. 2023, 379.)

Haavisto ym. (2023, 379–380) listaavat, että kun potilas siirretään saattohoitoon, kaikista hoidoista, seurannoista ja tutkimuksista luovutaan, joilla on välitön vaikutus vointiin tai se aiheuttaa turhaa rasitusta. Näihin lukeutuvat mit-

taukset ja seurannat, joilla ei ole enää merkitystä potilaan hoidossa (mm. laboratoriokokeet, verenpaine seuranta ja nestelista) ja lääkkeet, joilla ei ole välitöntä vaikutusta (verenpainelääkkeet, osteoporoosilääkkeet ja vitamiinit). Suonensisäisen nesteytyksen ja ravitsemushoidon on havaittu olevan tarpeetonta saattohoitovaiheessa. Kuoleman lähestyessä oirehoidon, kivun, pelkojen ja muiden ahdistavien oireiden hoidon merkitys kasvaa. Palliatiivisen hoidon tavoitin saattohoitopäätös hoidon tarpeineen kirjataan potilaan hoitokertomukseen (Saarto 2017, 8).

### **4.3 Ennakoiva hoitosuunnitelma**

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma tulisi laatia lääkärin tai hoitajan huomattessa perussairauksien tai sairauksien pitkälle edenneen tilanteen tai heikkenevän elinajan myötä. Hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa yhteisessä hoitoneuvottelussa ja siinä kuullaan potilaan ja hänen läheistensä ajatukset, toiveet, tarpeet sekä tehdään päätökset hoitolinjauksista ja hoidon rajauksista. Hoitolupauksen tulisi määrittää koko hoitosuunnitelman sisällön kautta. Hyvin laaditun ennakoivan hoitosuunnitelman avulla vältetään huonolaatuisesta ja epätarkoituksenmukaisesta hoidosta ja se mahdollistaa hyvän palliatiivisen hoidon. (Lehto ym. 2019.)

Maritta Haavisto ym. (2023, 374) kirjoittavat teoksessaan, että ennakoivan hoidon suunnittelun tavoitteena on mahdollistaa potilaan mieleinen ja toivoma loppuelämän hoito ottaen huomioon myös läheisten tukeminen. Hoitajat ja ammattilaiset toteuttavat potilaan hoitoa etukäteen laaditun hoitosuunnitelman ja yhteistyössä päätettyjen hoitolinjauksien pohjalta. Suunnitelma antaa hyvän luottamuksen potilaalle, kun hän ei itse ole enää kykenevä päättämään tai puhumaan omasta hoidostaan. Hoidon suunnittelun tarve korostuu, kun tiedetään, että potilaan sairaus on henkeä uhkaava tai ei ole enää parannettavissa. Äkillinen voimien romahtaminen voi viedä potilaan mahdollisuuden ilmaista potilaan toiveita hyvästä, toivotusta ja arvokkaasta loppuelämän hoidosta. Hoidon suunnittelun ennakointi olisi syytä ottaa huomioon, kun huomataan, että potilaan perussairaukset monipuolistuvat tai hänellä huomataan selkeää kommunikointikyvyn heikkenemistä.

Ennakoiva hoitosuunnitelma tulee laatia aina ympärivuorokautisen palveluasumisen alkamisen yhteydessä (Haavisto ym. 2023, 374). Hoitosuunnitelma voidaan tehdä, kun potilaan kohdalla hoitoon ei ole enää parantavia hoitoja tai sairaus johtaa kuolemaan. Se laaditaan merkittävien päätöksien vuoksi ja siitä tehdään kirjaus potilaan henkilökohtaiseen potilaskertomukseen, mikä on yksilöllisesti huomioitu niin, että siinä on mainittu selkeät hoito-ohjeet oireiden hoitamiseksi ja ongelmatilanteiden varalle. Hoitosuunnitelmaan voi tehdä muutoksia tilanteiden muuttuessa ja sitä voidaan hyödyntää kaikkien potilasta hoitavien tahojen kesken. (Valvira s.a.)

Hoitosuunnitelma sisältää potilaan sairauden ja terveydentilan mukaan yksilöllisen näkemyksen hänen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja henkisistä tarpeista. Siinä on huomioitu hoitolinjaus, sairauden tila ja sen ennustettu eteneminen, vaikeiden oireiden huomiointi ja niiden hoito, psyykkisten ominaisuuksien sekä hengellisen ja henkisen tuen hoitaminen, potilaan omat toiveet ja muiden tuntemusten, etenkin pelkojen ja huolien, näkemykset, potilaan laattima hoitotahto, läheisten kokemukset ja näkemykset, tarpeettomien hoitojen poissulkeminen ja muut hoidon rajaukset, toivottu saattohoitopaikka, saattohoitotilanteeseen varautuminen ja hoidon tarpeet sekä suunnitelma akuuttitilanteiden varalle. (Terveyskylä 2021c.) Hoitosuunnitelmassa tulisi ilmetä tieto yksiköstä, josta pyytää konsultaatiotukea (Haavisto ym. 2023).

Hoitosuunnitelma tulee luoda yhteistyössä potilaan kanssa ja potilaan itsemääräämisoikeutta tulisi kunnioittaa eli potilaan on mahdollista antaa joko suostumus hoitoon tai kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Tässä tilanteessa hoitotahdon olemassaolo olisi syytä selvittää. Jos potilas ei ole itse kykenevä päättämään omaista tarpeista ja toiveistaan, on mahdollista kuulla potilaan läheisiä tai etsiä toinen selvitystapa. Läheisten mielipiteitä voidaan kuulla, jos potilas näin haluaa. Potilaalla ja kaikilla hoitoon osallistuvilla on oikeus tietää hoitosuunnitelman sisällöstä ja paikasta, jossa sitä säilytetään. (Haavisto ym. 2023, 374–376.)

#### **4.4 Hoidon rajaukset**

Hoidon rajaus on tärkeä erottaa hoitolinjauksesta. Hoidon rajauksen tavoitteena on luopua kaikista hoidoista ja hoitotoimenpiteistä, joilla ei nähdä lääketieteellistä tarvetta ja hyötyä potilaan kohdalla tai ne eivät sisälly potilaan arvojen ja toiveiden mukaiseen hoitotahtoon. DNR eli ”do not resuscitate” -päätös on mahdollisesti tunnetuin hoidonrajaus. Usein hoitolinja pitää sisällään hoidonrajauksia, ainakin saattohoitolinjaan automaattisesti liitetään DNR-päätös. DNR-päätös sekä muut erikseen määritellyt hoidon rajaukset tulee kirjata hoitosuunnitelmaan, mutta ne on huomioitava selkeästi erikseen. (Saarto ym. 2015.)

Monesti potilas on maininnut aiemmin kirjatussa hoitotahdossa omia näkemyksiään hoidonrajausten tarpeista. Lääketieteellisen perustelun kautta määriteltä hoidonrajaus usein liittyy terveydentilaan, jossa hoidon antaminen ei enää tehoa, paranna tai lievitä oireita, vaan lisää ja pahentaa potilaan kärsimyksiä. Oletetaan, että vakava sairaus on syy hoidon rajaamiselle tai toisena vaihtoehtona hoidolle ei nähdä enää vastetta. Hoidon rajausten päättämisen yhteydessä arvioidaan hoitolinjauksien kokonaistilanne ja jäljellä oleva elin-aika. (Saarto ym. 2015.) Valviran (s.a.) mukaan ennakoivasti rajattu hoito voidaan huomioida sillä, millaisissa tilanteissa erikoissairaanhoidoa tarvitaan, ja kun rajaukset on tehty. Kannanotto sairauksien hoitoon otetaan huomioon hoitosuunnitelmassa. Kokonaisvaltaista hoitoa ei tule lopettaa, vaan on etsittävä toinen lääketieteellisesti hyväksytty tapa hoitaa potilasta. Palliatiivisessa hoidossa yleisimmät hoidon rajaukset ovat DNR-päätös eli ”elvytyksestä pidättäytyminen”, rajaukset hoidoissa tai tutkimuksissa ja neste- ja lääkehoidossa sekä sairaalasiirroissa. (Terveyskylä 2021d.)

Hoidon rajauksista keskustellaan yhteisymmärryksessä potilaan ja mahdollisesti omaisten kanssa. Päätöksenteossa potilaalla on oikeus mielipiteisiinsä ja toivomaansa hoitoon, mutta lääkäri määrittelee lääketieteellisin perusteluin hyväksytyh hoidon rajauksen eli vastuu päätöksistä on aina lääkärillä. (Terveyskylä 2021d.) Usein potilas on kirjannut hoidonrajaus-toiveensa hoitotahtoon. Omaisilla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa hoidonrajauspäätökseen. Potilas voi kieltäytyä parantavasta ja elämänlaatua ylläpitävästä hoidosta. Pitkäaikaisten sairauksien kohdalla hoidon rajaukset huomioidaan ajoissa ennen kuin sairaus pahenee, jotta vältetään hätäisiä ja hyödyttömiä hoitopäätöksiä. Hoidon rajauksen avulla potilaalle mahdollistetaan arvokas kuolema ja se helpottaa

hoitopäätösten tekemistä ja asianmukaista hoitoa. Hoidonrajaus tulee kirjata selkeästi perusteluineen potilaan hoitokertomukseen ja hoitosuunnitelmaan ja sen tulisi olla nähtävillä akuuttitilanteissakin. (Saarto ym. 2015.)

## **Elyvytyskielto**

Elvytyskielto eli Älä elvytä -päätös (Do not resuscitate, DNR) tarkoittaa pidättäytymistä kaikista elvytyskeinoista, joihin lukeutuvat painelupuhalluselytys, defibrillaattorin käyttö ja lääkkeellinen elvyttäminen. Osa sydämen rytmihäiriöistä voivat olla syy hoitaa tilanne tasapainoon, koska ne saattavat johtaa elimistön toiminnan horjumiseen ja epätarkoituksenmukaiseen tilaan. DNR:n lisäksi voidaan käyttää muita lyhenteitä: DNAR eli ”do not attempt resuscitate” eli ”älä yritä elvyttää”, ER lyhyesti ”ei elvytystä” sekä harvemmin käytetty AND (allow natural death) eli päätös sallia luonnollinen kuolema. (Lund & Jämsen 2023.) Elvytyksen periaatteena on saada sydämen toiminta ja verenkierto elimistössä uudelleen käyntiin, kun sydän on lopettanut toimintansa joko hetkellisesti tai kokonaan, ja vastakohtaisesti DNR-päätös kieltää potilaan elvytyksen hoidollisena menetelmänä (Laine 2022).

DNR-päätöksen teosta vastaa lääkäri, kunhan siihen on olemassa riittävät lääketieteelliset perustelut. Hoitopäätöstä tehtäessä huomioidaan, onko potilaalla mahdollisuutta selvitä elvytyksestä vai heikentääkö se potilaan paranemisen ennustetta. Päätös tulee tehdä aina potilaskohtaisesti. Selkeää ohjetta elvytyksestä jättäytymisen rajaamisesta ei ole, mutta keskustelu tulee aina käydä potilaan sekä mahdollisesti omaisten kanssa, ja päätöksestä ja keskustelusta on oltava selkeä kirjaus. (Lund & Jämsen 2023.) Jos potilaan sairauden tila tai tajuttomuus estää potilaan oman mahdollisuuden päätöksen tekoon, voivat potilaan omaiset osallistua keskusteluun, ja potilas sen jälkeen, kun se on hänelle mahdollista (Terveyskylä 2023a).

DNR ei pidä sisällään muiden hoitojen rajaamista, vaan päätöksen teossa on erillisesti huomioitava muut hoidonrajaukset, jotka voidaan liittää DNR-päätökseen. Näitä voivat olla tehohoidon rajaaminen, neste- tai lääkehoidon rajaaminen. Konkreettisia perusteluita elvytyksen rajaamiselle voivat olla: akuutti sairaustilanne johtaa muutaman päivän sisällä kuolemaan, parantavaa hoitoa sairaudelle ei enää ole, elinajan odotetaan olevan kroonisen sairauden vuoksi

lyhyt, potilaalle on asetettu palliatiivinen hoitolinjaus, potilas on itse kieltäytynyt hoitotahdossaan elvytyksestä tai tehohoidosta/elvytyksestä toipuminen ovat potilaalle epätodennäköisiä. Lopuksi tiedot perusteluineen kirjataan potilaspapereihin. DNR-päätöksen tulee näkyä potilaan riskitiedoissa. (Lund & Jämsen 2023.)

Kun DNR-päätöksestä on tehty lopullinen päätös, voidaan ottaa kantaa muihin hoidonrajauksiin tai hoitolinjauksiin, esim. saattohoitopäätökseen. Sen hetkinen hoito voi jatkua, kun hoidolle nähdään riittävät perusteet eikä herkkyyttä muille komplikaatioille eli hoidollisille haitoille ole. Toisinaan DNR-päätös voidaan kumota, kun huomataan päätöksen olevan potilaalle perusteeton. (Lund & Jämsen 2023.) Jos DNR-päätös ei ole potilaan tiedossa lääkärikäynnin yhteydessä, voidaan asia ottaa puheeksi hoitavan lääkärin kanssa, ja arvioida sen olemassa olemisen perusteet uudelleen (Terveyskylä 2023a).

Kaikista hoidonrajauksista DNR on lievin päätös, koska se vaikuttaa hoitoon vähiten. Usein päätös tehdään lähellä kuolemaa tai saattohoitovaiheessa, jonka yhteydessä yleensä muitakin hoidonrajauksia nähdään tarpeellisiksi. Yksinkertaistettuna DNR-päätöksen myötä potilaalle sallitaan luonnollinen kuolema ilman hyödytöntä tai terveydentilaa pahentavaa elvytystä. Muut hoidot edelleen jatkuvat normaaleina, ellei hoidonrajausta nähdä muuhunkin tarpeellisenä, esim. tehohoidon rajausta. DNR-päätös voi aiheuttaa potilaalle negatiivisia tai pelottavia tunteita, mutta sen tarkoituksena on lievittää potilaan kärsimyksiä. (Laine 2022.)

## **Hoidot ja tutkimukset**

Hoitoja ja tutkimuksia, jotka lisäävät potilaan kärsimyksiä tai pahentavat oireita, pyritään poistamaan käytettävistä hoitomuodoista. Esimerkkeinä näistä hoidoista voivat olla hengityskonehoito, leikkaushoito, keinomunuaishoito tai yleisimmin tehohoidon rajausta. Myös verikokeita, radiologisia kuvauksia (röntgen, MRI, tietokonetomografia) tai tähystyksiä (mahalaukun tähystys) välteään toteuttamasta, jos niillä ei nähdä selkeää tarvetta tai sairautta parantavaa vastetta. Joskus niillä voidaan parantaa oirehoitoa. Tutkiminen ilman selvää perustetta voi aiheuttaa potilaalle epämiellyttäviä tunteita tai kärsimyksiä. Palliatiivisessa hoidossa pyritään ylläpitämään hyvää ja oireetonta loppuelämää,

joten hoidonrajauksissa huomioidaan hoitoja ja tutkimuksia, jotka vaikuttavat päinvastaisesti elämänlaatuun. (Terveyskylä 2021d.) Saattohoitovaiheessa luovutaan kaikista seurannoista, hoidoista ja tutkimuksista, joista on potilaalle vain rasitetta (Haavisto ym. 2023, 379).

Tehohoitoa annetaan potilaille, joiden sairaus on aiheuttanut vakavan elintoinnin häiriön, mutta joiden toimintakyvyn ja paranemisennusteen mahdollisuudet toipumiselle ovat odotettavissa. Hoidon ennustaminen on haasteellista, ja tehohoitoon koskevien päätösten tulee olla eettisesti ja lääketieteellisesti hyvin perusteltuja. Hoidonrajaus tulisi tehdä ennen kuin potilaan tilanne paheenee. (Valtonen ym. 2022.)

Tehohoidosta luopuminen kuuluu hoidonrajauksiin, kun sille ei nähdä selkeää lääketieteellistä perustetta tai vastetta sairauden hoitoon. Rajauksen jälkeen hoidossa keskitytään hyvään oirehoitoon eli oireiden lievittämiseen ja sallitaan luonnollinen kuolema. Kyseinen hoidonrajaus on yleinen palliatiivisessa hoidossa ja automaattisesti kaikilla saattohoitopäätöksen saaneilla potilailla. Tehohoidon luopumisen yhteydessä erilaisten elimistön toimintaa tukevien koneiden käyttö ja voimakkaiden lääkehoitojen antaminen lopetetaan. Kipua ja ahdistusta voidaan hoitaa rauhoittavien lääkkeiden sekä unilääkkeiden avulla ja hoidon rajauksessa keskitytään hyvään hoitoon ja huolenpitoon, hygieniaan ja toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen niin pitkään kuin mahdollista. Potilaalla ja omaisilla on mahdollisuus saada tukea sairaalapastorilta ja heille voidaan järjestää keskustelu- tai hartaushetki. Omaisia tuetaan surutyössä ja autetaan käytännön järjestelyissä. Niin kuin muiden hoidon rajauksien, päätökset tehdään yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa sen hetkisen arvioinnin perusteella ja siinä keskitytään selviämiskykyyn ja toipumisen mahdollisuuksiin sekä haittojen ja riskien suhteisiin. Tehohoidosta luovutaan eettisten perusteiden olevan hyödyttömiä. (Terveyskylä 2023i.)

Palliatiivisen hoitolinjauksen hoidonrajaukset arvioidaan kajoaviin hoitotoimenpiteisiin ja tutkimuksien tarpeisiin, leikkaushoidon mahdollisuuteen, happilisan tai muiden hengityshoitojen tarpeeseen, dialyysihoidon mahdollisuuteen sekä tehohoidon hyötyyn. Monesti palliatiivisessa hoidossa huomioidaan anemian hoito ja punasolujen siirtäminen sekä diabeteksen hoito niin, että vältetään hypo- tai hyperglykemiaa eli liian alhaista tai korkeaa verensokeria. Insuliinia

ei mitata kuin vain tyypin I diabetesta sairastavilta, koska se aiheuttaa yleensä vain rasitetta. (Haavisto ym. 2023, 378–379.)

### **Hoitopaikkasiirrot**

Lääkärilehti Duodecimin katsauksen mukaan (Lehto ym. 2019) hoitosuunnitelman rakentamisessa olisi tärkeä ottaa huomioon sairaalasiirtojen tarve etenkin ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asuvien osalta. Tarpeettomat hoitopaikkasiirrot tai päivystyskäynnit voivat kuormittaa tai heikentää potilaan toimintakykyä tai lisätä sekavuutta varsinkin muistisairaiden potilaiden kohdalla. Omassa hoitoyksikössä tehdyn sairaus- tai saattohoitopäätöksen yhteydessä voidaan määrittää keinot lääkärin konsultaatiotuen mahdollisuuteen, oirehoidon ylläpitämiseen, oirelääkityksen varmistamiseen ja kotisairaalan antamaan hoidolliseen tukeen. Ennakoon tehdyllä hoitopäätöksellä voidaan lievittää potilaan ahdistuneisuutta.

Kun päätöstä tehdään, se arvioidaan kriittisesti niin, että onko siirrolla selkeää hoitovastetta tai lisäarvoa. Usein vanhuksen elämänlaatu ei parane siirron avulla, ja sillä on riski hyvinvoinnin heikkenemiselle tai deliriumille. Sairaala-siirron kirjauksessa voidaan mainita potilaan siirtäminen vain siitä syystä, että oireiden hoito vaatii toimenpiteitä, jotka eivät ole mahdollisia potilaan omassa hoitopaikassa. (Haavisto ym. 2023, 378–379.)

### **Lääke-, neste- ja ravitsemushoito**

Palliatiivisessa hoidossa lääkäri arvioi lääkehoitoa säännöllisesti lääkevasteen ja sairauden etenemisen mukaan. Usein käytössä on vain oireita lievittäviä lääkkeitä, esim. kipulääkkeitä. Ennaltaehkäisevistä lääkkeistä, joilla ei ole enää hyötyä, luovutaan, ja niihin lukeutuvat mm. kolesteroli- sekä osteoporosilääkkeet. Lääkkeitä voidaan antaa suun kautta tai parenteraalisesti, mutta huonokuntoisella vanhuksella se voidaan rajata joko vain suun kautta annettavaksi tai silloin, kun sillä on oireiden lievittämiseksi tärkeä merkitys. Tämä rajaus kohdistuu etenkin infektioiden hoitona käytettäviin antibiootteihin. Vanhusten saattohoitovaiheessa voidaan käyttää yleensä vanhuksille epäsopivina

lääkkeinä pidettyjä antikolinergisia lääkkeitä, bentsodiatsepiineja ja psykoosilääkkeitä oirehoidon yhteydessä, ja lääkeshoidosta ja sen rajauksista päättää lääkäri. (Haavisto ym. 2023, 377–379.)

Antibioottihoidolla ei kuolevan potilaan hengitystieoireisiin tai kuumeiluun olevan apua, ja yleensä sillä yritetäänkin parantaa ihminen hyvään elämään takaisin (Terveyskylä 2021c.). Selvien infektion tuomien oireiden, esim. virtsan aiheuttaman kirvelyn, hoidossa saattohoitovaiheessa voidaan käyttää antibiootteja. Eroa elinajan pidentämiseen siitä ei välttämättä ole muihin potilaisiin verrattuna, ja se tulee lopettaa, jos selkeää vastetta sillä ei hoidolle saada. (THL 2024c.)

Neste- ja lääkehoitona palliatiiviselle – ja saattohoitopotilaalle tarjotaan mieltymysten mukaisia ruokia ja juomia, ja potilasta autetaan syömään niin kauan kuin se hyväksi koetaan. Palliatiiviselle potilaalle suonensisäistä nestehoitoa annetaan, jos siitä on riittävästi hyötyä potilaan oirehoidossa. Usein hoito on lyhyt, n. 2–3 vuorokautta. Suonensisäinen nestehoito ei hyödytä enää voiminnollessa pysyvästi heikko. (Haavisto ym. 2023.) Saattohoitovaiheessa ei turvauduta enää suonensisäiseen neste- ja ravitsemushoittoon, koska se lisää elimistössä kudosturvotusta ja voi aiheuttaa hengenahdistusta ilman parantavaa oirehoitoa (Terveyskylä 2021d.).

#### **4.5 Hoitotahto**

Potilaan suositellaan tekevän hoitotahto ennakkoon siltä varalta, että hän ei enää myöhemmin kykene vastamaan toiveistaan ja tarpeistaan hoitopäätöksistään esimerkiksi tajuttomuuden, toimintakyvyn, muistisairauden tai muun syyn vuoksi. Hoitotahtoon on tarkoitus kirjata omaan hoitoon liittyviä toiveita ja hoidon rajauksia, jotka hoitava henkilökunta ja terveydenhuollon ammattilaiset ottavat hoidossa huomioon hoitopaikasta riippumatta. Hoidon rajauksena voisi olla näkemys antibioottihoidon, tehohoidon, elvytykseen tai muuhun hoitoon liittyen. Siihen voi kirjata toiveita lempiruoista, mieltymyksistä, harrastuksesta, musiikista tai hoitoympäristöstä. Hoitotahdon laatija voi nimetä ja valtuuttaa henkilön vastaamaan omiin tarpeisiin ja toiveisiin liittyen, mitä voi hyödyntää

edunvalvonta-asioissa. (Halila ym. 2022.) Hoitotahtoon kirjatut hoidon rajaukset ja toiveet ohjaavat hoitavaa tahoja palliatiivisen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitotahdon kautta hoitohenkilöstön on noudatettava hoitotahdon laatijan näkemää arvokasta ja hyvää kuolemaa sekä hoitotahtoon kirjatut toiveita mahdollisuuksien mukaan. Hoitotahtoon voi kirjata selkeästi, milloin esim. hengityskonehoidosta luovutaan. (THL 2024a.)

Hoitotahdon avulla henkilö pystyy ilmaisemaan toiveensa silloin, kun hän ei itse enää siihen kykene. Hoitotahto helpottaa hoitavan henkilökunnan päätöksentekoa tilanteissa, jossa elämää pitkittävät hoidot voisivat parantaa elämänlaatua tai tuottaa kärsimystä kuolemaan johtavan sairauden hoidon rinnalla. Hoitotahdosta voidaan tulkita potilaan toiveet vaikean hoidon ja siihen liittyvän päätöksenteon keskellä, jolloin potilaan arvon mukainen hoito toteutuu. Se auttaa myös läheisiä saamaan ymmärrystä potilaan toivomiin hoitopäätöksiin ja helpottaa heidän päätöksentekoaan potilaan puolesta. (Halila ym. 2022.)

Hoitotahto voi olla suullinen tai kirjallinen, mutta kirjallisen version avulla väärinymmärrykset voidaan sulkea pois, joten siksi kirjallista versiota suositetaan. Hoitotahdon voi lisätä OmaKanta-palveluun tai toimittaa hoitavaan terveydenhuollon yksikköön, jossa se voidaan lisätä potilaan hoitokertomukseen. Myös suullinen hoitotahto on kirjattava potilaan tietoihin. Läheisten on syytä tiedostaa hoitotahdon olemassaolo, ja muutosten tullen sitä voidaan päivittää. Hoitotahdon voi laatia valmiille tai vapaamuotoiselle lomakepohjalle ja siihen suositellaan kirjata oma sekä kahden todistajan allekirjoitukset. Lain mukaan hoitavan henkilökunnan on noudatettava hoitotahtoon kirjattuja toiveita. Niistä voi poiketa vain merkittävien perusteluiden kautta. (Terveyskylä 2021f.)

Hoitotahdon voimassaolo alkaa allekirjoituksen päivämäärästä, mutta sitä voidaan käyttää vasta, kun potilas ei itse kykene vastaamaan hoidostaan. Hoitotahto on aiemmin tunnettu nimellä hoitotestamentti. Voimassaolon pituudesta ei ole selkeää määrittystä, ja siksi on suositeltavaa tarkistaa hoitotahdon sisältö 5–10 vuoden välein. Hoitotahtoon voi tehdä muutoksia tarpeen mukaan ja sen voi perua. Hoitotahtoa on ennen kutsuttu nimellä hoitotestamentti, mutta kyseistä termiä ei enää juuri käytetä. Hoitotahto on hyvä säilyttää omien tärkeiden asiakirjojen kanssa samassa paikassa. (Halila ym. 2022; Haavisto ym. 2023.)

## 5 PALLIATIIVISEN - JA SAATTOHOITOLINJAUSTEN PUHEEKSIOTTO

Potilaaseen liittyvistä tärkeistä hoidollisista asioista ja terveydentilasta sekä päätöksistä käydään keskustelu ja suunnitelma yleensä yhteisen hoitoneuvottelun muodossa, johon osallistuvat lääkäri, oma hoitaja tai muu hoitohenkilökunnan jäsen, potilas ja potilaan halutessa hänen omaisensa. Hoitoneuvottelussa tarkoituksena on laatia potilaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma ja samassa yhteydessä päätetään käytetyistä hoitolinjauksista ja hoidon rajoituksista. Vastuu hoitopäätöksistä on lääkärillä, mutta asiat on tarkoitus keskustella yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Terveyskylä 2021c.)

Hoitolinjausten päätöksenteko mielletään yhdeksi vaikeimmaksi lääkärin tehtäväksi, koska monesti potilaiden toiveiden ja lääketieteellisen tiedon ristiriidan suhde kasvaa, vaikka hoitolinjauksien antama hyöty olisikin merkityksellistä. Monesti potilas ja omaiset kokevat, että vaikeana koetut tilanteet sekä asiat selkeytyvät ja rauhoittuvat, kun niistä keskustellaan ääneen. Hyvä puheeksi ottaminen vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta hyviä vuorovaikutustaitoja. (Saarto ym. 2017.) Lopuksi hoitoneuvotteluun osallistujien näkemykset kirjataan yhteiseen hoitosuunnitelmaan. (Haavisto ym. 2023, 376.)

Päätöksen voi ottaa puheeksi kuka tahansa hoitoon osallistuva henkilö, kun aika on ajankohtainen, ja koska lääkärillä ei ole usein mahdollisuutta tavata potilasta, hoitavalla henkilökunnalla on mahdollisuus toimia viestinviejänä potilaan ja hänen omaistensa sekä lääkärin joukossa. Sairaanhoidaja voi esimerkiksi antaa ennakoivan viestin potilaalle ja hänen omaisilleen ajatella asiaa hoitoneuvottelua varten. Sairaanhoidaja voi tehdä havaintoja potilaan terveydentilasta ja välittää viestin lääkärille, mikä tarvitsee rohkeutta asian puheeksi ottamiselle ja helpottaa usein lääkärin tekemiä päätöksiä, ja siten yhteistyö sairaanhoidajien ja lääkärin välillä on merkityksellistä. Taitoja ja tietoa tilanteeseen ammattilaisille tuo työkokemus, mutta on koettu, että toisilla terveydenhuollon ammattilaisilla on paremmat valmiudet ottaa vaikea hoitopäätös puheeksi, kun toinen taas jännittää puheeksi ottamista pitkän työkokemuksenkin jälkeen. (Haavistola ym. 2015.)

Palliatiivisen - tai saattohoitolinjauksen puheeksi ottaminen parantaa hoitotyytyväisyyttä, kun taas keskustelematta jättäminen voi luoda epävarmuutta potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välille. (Saarto ym. 2015.) Yhteisten keskustelutilanteiden ja hoidon suunnittelun kautta on tutkitusti huomattu hoitotyytyväisyyden paranemista, ajoissa aloitettua palliatiivista hoitoa sekä läheisten ahdistuneisuuden vähenemistä. Hoitoneuvottelut ja -suunnitelmat ovat vähentäneet turhia sairaalasiirtoja, tehohoitojaksoja sekä elvytysyrityksiä. Hoitotahdoja on laadittu myös enenevässä määrin. Kyse on kuitenkin maa- ja aluekohtaisesta tilanteesta. (Lehto ym. 2019.)

Haavistolan ym. (2015) mukaan saattohoito on itsessään tunnettu ilmaus potilaan arvonn mukaisen ja hyvän elämän tukemisen hoitona, mutta se helposti koetaan haastavaksi ja ongelmalliseksi asiaksi ottaa asia puheeksi omaisen ja hänen läheistensä kanssa. Puhumattomuus hoitopäätöksestä on riski epätaroituksen mukaiselle hoidolle. Hoitotahdon tiedottamisen puute voi lisätä riskiä siitä, ettei potilas tai hänen omaisensa ole tiedostaneet potilaalla olevan mahdollisuutta laatia omaa hoitoa koskeva hoitotahto. Haasteen hoitolinjauksien puhumiselle ovat tuoneet kiire ja uskallus, mitkä taas ovat johtuneet monisairaista potilaista ja vaikeasti ennustettavista tilanteista. Myös eri lääkäreiden ja hoitajien tuoma vaihtuvuus sekä resurssit potilaiden hoidossa ovat estäneet vastuunoton päätöksenteosta ja sitä kautta puhumisesta elämän loppuvaiheen hoidossa. Toisinaan esteenä puheeksi ottamiselle ovat voineet olla lääkärin tai sairaanhoitajien negatiivinen suhtautuminen kuolemaan tai yksinkertaisesti kuolemanpelko. Usein sairaanhoitajat ja lääkärit haluavat luoda potilaalle toivoa sairaudesta paranemiseen ja mahdollisuuden selviytyä, ja siksi kuoleman kohtaaminen vaikeuttavat saattohoitopäätöksestä puhumista.

## **5.1 Puheeksi ottaminen potilaan kanssa**

Palliatiivinen hoitolinjaus tai saattohoitopäätös tulee terveydenhuollon ammattilaisen ottaa puheeksi missä tahansa sairauden vaiheessa, mutta viimeistään pitkälle edenneen sairauden hoidossa. Jos henkilö sairastuu muistisairauteen, on terveydenhuollon ammattilaisen otettava hoitolinjaus puheeksi mahdollisimman pian diagnoosin saamisesta. Varhain silloin, kun potilaalla diagnosoidaan kognition heikentymistä tai hän ei pysty enää harkitsemaan itse omia

mieltymyksiään ja tekemään itseään koskevia päätöksiä omaan tulevaisuuteen liittyen. Potilaan sairauden edetessä hoitojen rinnalla sekä hoidon vaikutusten, hoitovasteen hiipumisen sekä epävarmojen tilanteiden myötä niiden puheeksi ottamiselle olisi hyvä olla matala kynnyks ja tilanteet tulisi käydä asteittain prosessina. Paras tilanne puheeksi ottamiselle on, kun potilas pystyy vielä itse vastamaan ja päättämään oman arvons mukaisista toiveista. (Helin ym. 2022; Lehto 2019.) Toisin sanoen potilaskohtamisessa on muistettava eettisyyden merkitys ja potilaan omat oikeudet (Tohmola ym. 2023).

Tieto hoitolinjauksista tulee jakaa potilaalle prosessina: ensimmäisellä kerralla tiedonjaon tulee olla rajallista, koska tiedon vastaanottaminen voi olla vaikeaa. Asia on kerrottava sen selkeyttämisen kannalta. Hoitajan vastuulla on auttaa täydentämään lääkäriä jakamaan informaatiota. Jos tilanteen vastaanottaminen on liian vaikea asia käsiteltäväksi, niin siitä puhuminen lopetetaan ja tilanteeseen voidaan palata myöhemmin. Kun tieto on jaettu, on syytä varmistaa, onko potilaalla mahdollista puhua lähiomaisen kanssa tai saada muualta tukea. Hoitavan tahon on tärkeä antaa omat yhteystietonsa ja tieto jatkohoidosta epävarmuuden varalle sekä toivon ja huolenpidon varmistamiseksi. Tiedon määrällä ei ole niin suurta merkitystä kuin tavalla, jolla tietoa jaetaan, ja on tärkeä jakaa palliatiivisen – tai saattohoitolinjauksen hyödyt sekä haitat. (Saarto ym. 2015.)

Tilanteessa, jossa ennuste on huono, luodaan hoitosuunnitelma palliatiivisen hoidon aloituksesta ja sitä kautta puheeksi ottamisen tilanne on ajankohtainen. Palliatiivinen hoitolinjaus on tärkeä ottaa puheeksi potilaan kanssa silloin, kun hoidosta ei ole enää parantavaa tai jarruttavaa apua ja kuolema on odotettavissa. Saattohoitopäätös tulisi ottaa puheeksi, kun elinajan oletetaan päättyvän muutaman päivän tai viikon sisällä, ja kuoleman merkit ovat nähtävissä. (Helin ym. 2022; Lehto 2019.) Keskustelutilanteet voivat jatkua potilaan kuolemankin jälkeen jälkihoitona omaisten tarpeiden mukaan. Hoitolinjauksesta keskustellaan myös muutosten yhteydessä. (Lehto 2019.)

Hietasen (2015) mukaan lääkärin tulee arvioida hoitolinjaukset huolellisesti avoimesti käydyn keskustelun avulla potilaan kanssa. Potilaalla on itsemääräämisoikeus ja sitä kautta mahdollisuus kieltäytyä hoitolinjauksesta, jolloin

potilaan hoito tulee turvata muulla lääketieteellisellä keinolla. Potilaalla tai hänen läheisillään ei kuitenkaan ole oikeuksia vaatia perusteetonta hoitoa. Hoitovaihto- valinnat määräytyvät usein potilaan arvojen ja toiveiden mukaisesti sekä lääketieteellisen perustelun pohjalta. Keskustelutilanteessa asioista pyritään löytämään yhteisymmärrys. Potilaalla ja omaisilla on oikeus saada kattavaa tietoa hoidosta ja sen syystä, ja hoitolinjaukset tulee olla selkeästi ilmaistuna sairauksikertomuksessa perusteluineen. (Saarto ym. 2015.)

Hietanen (2015) korostaa, että tiedonjaon tulee olla potilaskeskeisestä liittyen hänen sairautensa ennusteeseen ja siihen liittyviin hoitovaihtoehtoihin. Ensimmäisellä kerralla suositetaan ennusteen toistamisen välttämistä, koska se voi romahduttaa vielä lisää. Jälkeenpäin on hyvä varmistaa tiedon omaksuminen, koska potilas voi muokata kuulemansa asian tullakseen toimeen ja pärjätäkseen elämässään. Ajan myötä tilannetta käsitellään ja pohditaan vielä lisää. Vaikean asian hyväksyminen voi viedä aikaa ja se kohdataan hyvin yksilöllisesti, ja siksi tuen ja realiteetin tulee säilyä koko prosessin ajan. Äänen painolla ja myötätunnolla sekä sanattoman viestinnän huomioimisella jaetaan välittävä kokemus potilaalle. Turvattomien tunteiden huomiointi on tärkeää ja terveydenhuollon tuki ja kannattelu vahvistavat niiden läpikäyntiä. Huonojen uutisten kertomisella lääkäri voi muistuttaa, ettei ikävien asioiden jakaminen ole mielekäs tehtävä. (Saarto ym. 2015.) Potilaalta on oikeus kysyä, mitä hän tietää asiasta etukäteen, sillä hoitolinjauksesta puhuttaessa tilanteessa tarkoituksena on löytää tuki ja luottamus potilaan ja hoitavan tahon välillä sekä sitoutua yhdessä luotuun suunnitelmaan (Helin ym. 2022).

Hoitolinjauksesta tai hoidon rajauksista puheeksi ottaminen voi olla kokemuksena vaikea tai ahdistava, koska kyseessä on kuoleman läheisyys, mutta jos asiasta ei keskustella, voi se heikentää potilaan hoitoa tai elämänlaatua. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi tällaisessa tilanteessa pelätä loukkaavansa potilasta tai viedä viimeisenkin toivon elämään. Syöpäpotilaiden kohdalla on kuitenkin todettu, että he ovat saaneet hoitosuunnitelman ja siihen liittyvän keskustelun kautta toivotun hoidon loppuelämänsä ajalle. Keskustelussa tarkoituksena on käydä ensin potilaan ennuste, sitten kartoitetaan hänen arvonsa, toiveet ja tavoitteet, sekä selvitetään hoitotahto ja viimeisenä päätetään hoitolinjaukset ja -hoidonrajaukset. Hoidon rajaukset päätetään potilaan toiveiden ja lääketieteellisten perusteluiden kautta. Helpottaakseen puheeksi

ottamista, voi esiin tulleita päätöksiä perustella, että kyseessä ei ole täysi luovuttaminen elämän suhteen, vaan oireenmukainen ja tarkoituksenmukaisen hoidon jatkuminen. Tilanteessa voi kertoa, että hoitolinjauksilla ja hoidonrajoituksilla voidaan välttää turhia komplikaatioita ja ne ennaltaehkäisevät akuuttitilanteita. Sairauksilla on jossain vaiheessa rajan ylittävä vaihe, jolloin paraneminen ei ole enää mahdollista ja elinaika tulee päätökseen, mikä voi selittää potilaalle asetettua hoitolinjausta tai hoitopäätöstä ja tällöin hoitolinjauspäätökseen suhtautuminen on helpompaa. (Hirvonen & Pöyhiä 2016.) Hietanen (2015) huomioi, että huonot uutiset muuttavat usein elämää pysyvästi, vaikei tilanne olisi tullut yllätyksenä (Saarto ym. 2015).

Terveystieteiden ammattilaisen toivotaan puheeksi ottamisen tilanteessa tuovan ilmi kulttuurille tyypillinen asiantuntijuus ja asiapainotteisuus sekä omata vuorovaikutustaidoissaan lempeyttä, empaattisuutta, rehellisyyttä, asiantuntevuutta ja tilanneherkkyyttä. Tilanteet voivat olla potilaille vaikeita käsitellä, luoda pelkoa, huolia tai ahdistusta, joissa terveydenhuollon ammattilaisen herkkyys ja tunneäly auttaa havainnoimaan potilaalle heränneitä tunnetiloja. (Artkoski & Hyvärinen 2016; Mäenpää ym. 2021.) Terveystieteiden ammattihenkilön jakaessa rehellistä hoitolinjauspäätöstä, toiveiden kuuleminen keskustelussa on tärkeää ja oikea-aikainen tiedonjako on huomioitu hyväksi potilaskokemukseksi. Rehellisyys ja totuudenmukaisuus vahvistavat potilaan hyvinvointia ja oikeanlaisen hoidon mahdollisuutta sekä vähentävät potilaan omia huolia keskustelun aiheesta. Terveystieteiden ammattilaiset tarvitsevat itsereflektiotaitoja pitääkseen yllä hyvää vuorovaikutustilannetta ja sen avulla kehittävät kommunikaatiotaitojaan. (Mäenpää ym. 2021.) Toisinaan hyvänä tapana on käyttää erilaisia ”siltoja”, mm. elämäntarinoilla tai esitteillä, jotka helpottavat vaikean asian puheeksi ottamista, sen tuomaa prosessia ja siitä syntyneitä huolia. On todettu, että terveydenhuollon ammattilaisen toiminnalla on iso merkitys potilastyytyväisyyteen, sairauden kokemiseen, hyvinvointiin ja onnistuneeseen keskusteluun, eli kohtaaminen ei ole yhdentekevää. Ammattitaitoinen keskustelija pysyy lujana ja luotettavana sekä osaa tukea ja kuunnella potilastaan koko prosessin ajan. (Groebe ym. 2019.)

Terveystieteiden ammattilainen voi sovittaa vuorovaikutustilanteen omaan persoonaan istuvaan tapaan ja viestintä hoitolinjauksen puheeksi ottamisesta

tai vaikean asian kohtaamisessa ei ole koskaan valmiiksi jäsenneltyä. Ammatilainen voi suosia omaa lähestymistapaa, joka tuntuu luontevalta tavalta toimia, koska tilanne ei aina ole helppo aihe puhuttavaksi tai se voi aiheuttaa ahdistuneisuutta tai muita negatiivisia tunteita tai sisältää puutteellisia tietoja. Näissä vuorovaikutustilanteissa ammatilainen voi jatkuvasti kehittyä. (Faull ym. 2015., 27–29.) Hoitolinjausten ja -rajausten vuorovaikutustilanteeseen on kehitetty valmiita malleja, etenkin syöpälääkäreille, jotka korostavat rauhallisen ympäristön merkitystä ja häiriötekijöiden minimointia, rehellisyyttä, liian tarkkojen ennusteiden antamisen välttämistä, empatiaa, toiveikkuuden ylläpitämistä mahdollisimman hyvästä ja oikeanlaisesta oirehoidosta sekä mahdollisuuden esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä niin, että potilaalla on aikaa ja tilaa prosessoida kokemuksiaan. (Artkoski & Hyvärinen 2016.)

Hietanen (2015) muistuttaa, että hoitoneuvotteluissa voi esiintyä vaikeita tai ristiriitaisia ihmiskohtaamisia. Näitä esimerkkejä voivat olla vetäytyvä, masentunut, vihainen tai manipuloiva potilas. Näissä tilanteissa on tärkeä antaa potilaalle omaa tilaa ja mahdollisuus jakaa omia kokemuksiaan niin, että heidän sallitaan näyttää negatiiviset tunteensa. Terveystieteiden ammattilaisen roolissa kuuntelun, kärsivällisyyden ja läsnäolon merkitykset sekä omien tunteiden hallinta, asiantuntijuus ja työn rajojen säilyttäminen korostuvat etenkin näiden ristiriitaisten potilaskohtaamisten kautta. Työntekijä voi saada työnohjausta haastavien keskustelutilanteiden jälkeen. (Saarto ym. 2015.) Vaikean asian puheeksi ottaminen on tilanne, jossa tunteet ovat tunteita ja tosiasiat tosiasioita ja elämänkaaren ymmärtäminen ja kuoleman hyväksyminen on osattava kohdata (Helin ym. 2022).

## **5.2 Puheeksi ottaminen läheisen tai edunvalvojan kanssa**

Perhe ja läheiset vaikuttavat toisinaan potilasta koskevaan päätöksentekoon, ja siksi heidän suositetaan osallistuvan yhteiseen hoitoneuvotteluun. Terveystieteiden ammattilaisilta toivotaan oma-aloitteisuutta ottaa läheiset mukaan keskusteluun, jotta läheisetkin saisivat tuen ja parhaan mahdollisen tiedon potilaan hyvästä ja toivomasta loppuelämän hoidosta ja hoitolinjauksesta. Puheeksi ottotilanteessa tarkoituksena on kertoa omaisille potilaan hoitovalinnan

mahdollisuuksista, vahvistaa yhteisen ajan merkitystä ja hioa hyviä vuorovai-  
kutustaitoja. Potilaalla on oikeus päättää, haluaako omaista mukaan käymään  
keskustelua koskien oman hoitolinjauksen tai hoidon rajauksen päätöksente-  
koa. (Artkoski & Hyvärinen 2016.)

Palliativiseen – tai saattohoitolinjaukseen siirtyvän potilaan omaisilla usein on  
vaikea elämäntilanne läheisen sairastumisen vuoksi. He voivat masentua ja  
ahdistua, jolloin terveydenhuollon tuen ja arvostuksen tarve kasvaa. Hoitolin-  
jauskeskustelun yhteydessä voidaan harkita keskustelutuen antamista lähei-  
selle, sillä läheiset muodostavat tyypillisesti potilaan suurimman tukiverkoston.  
Läheisillä on suurin rooli mahdollistaa potilaalle toivorikkain elämä vaikean  
sairauden ympärillä. (Artkoski & Hyvärinen 2016). Hietasen (2015) mukaan  
luottamus omaiseen rakentuu kuulumisten kyselyllä ja potilaan roolin muutok-  
sen selvityksellä. Omaisilta voi kysyä, mitä he tietävät potilaan aiemmasta ti-  
lanteesta, miten he ovat sen kokeneet tai mitä pitävät tarpeellisena. Rakenta-  
van ja kiitollisen palautteen antaminen sekä lämmin läsnäolo luo merkitykselli-  
syyttä terveydenhuollon ammattilaisen ja omaisen välillä. (Saarto ym. 2015.)

Omainen on yksilö omien arvojen ja toiveiden kanssa, joten terveydenhuollon  
ammattilaisen on pysyttävä neutraalina ristiriitojen keskellä, ja viedä toisinaan  
keskustelu toisen suuntaan keskittyen vain potilaan parhaaseen mahdolliseen  
hoitoon. Hoitoneuvottelutilanteessa pääsääntöisesti tarkoituksena on, että  
omainen on kuuliija ja ammattilainen keskittyy vuorovaikutukseen potilaansa  
kanssa. Omaiselle voi tarvittaessa huomauttaa, että joutuu odottamaan, koska  
potilas on ensisijaisesti se, kenelle asiat voidaan kertoa ensin. Sairaanhoidaja  
voi tukea omaisen kanssa kohtaamista, mikä antaa enemmän tilaa lääkärin ja  
potilaan kanssa keskustelulle. Vaativissa tilanteissa voidaan järjestää perhe-  
kokous, jossa taataan yksityinen ja rauhallinen ympäristö, ja käydään omais-  
ten asiat ja huolet läpi yhteistyön löytämiseksi. (Saarto ym. 2015.)

Puheeksi ottaminen hoitolinjauksesta potilaan kanssa on toisinaan mahdo-  
tonta, jolloin potilas voi olla liian sairas, tajuton tai lähellä kuolemaa, puhua  
vieraan maan kieltä ja tulla toisesta kulttuurista tai on liian hämmentynyt vas-  
taanottaakseen palliativisen hoitolinjauksen puheenaiheita. Tällöin on turvau-  
duttava kompromisseihin, vaikka tarkoituksena on edelleen kunnioittaa poti-

laan arvoa ja toiveita. Näissä kompromissitilanteissa palliatiivisen hoitolinjauksen voi ottaa puheeksi potilaan omaisen tai muiden ammattilaisten/edunvalvonnan kanssa, mitä kautta mahdollistetaan potilaan paras mahdollinen hoito. Ulkopuolista tulkkia voidaan hyödyntää erikieltä puhuvien potilaiden kanssa, jotta saadaan selville potilaan arvojen mukainen toive hoitoon. (Faull ym. 2015, 30.)

Sekä potilaiden että omaisten kanssa korostuvat rohkeasti puheeksi otettu, oikea-aikainen, luottamuksellinen keskustelutilanne, jossa ammattilainen hyödyntää käytöksessään myötätuntoa, kuuntelutaitoa, ystävällisyyttä, selkeää kielenkäyttöä ja rehellisyyttä. Turvallisen ja luottamuksen ilmapiirin luomat elementit koostuivat tarpeiden ja tunteiden huomioimisella, kiireettömällä tilanteella ja välittävällä ammattitaidolla. (Mäenpää ym. 2021; Groebe 2023; Tohmola ym. 2023.) Läheisten huomiointi palliatiivisen hoitolinjauksien päätösten yhteydessä on suositeltavaa. Asiantunteva ja osaava hoitaja tai lääkäri kehittää jatkuvasti osaamistaan puheeksi ottotilanteita varten ja vuorovaikutustaidot kehittyvät jatkuvasti. (Groebe 2023.)

Kommunikaatiotaidot ovat onnistumisen edellytyksiä ja käyttämien tietojen avulla voidaan tunnistaa potilaan ja omaisten huolenaiheita. On väärin olettaa, että keskustelu ammattilaisten, potilaiden sekä omaisten välillä on merkityksentöntä. Vaikean asian puheeksi ottaminen on hyvin suoraviivaista ja siinä on paljon työtä. Itsereflektointi vahvistaa terveydenhuollon ammattilaisen vuorovaikutusosaamista ja on väärin olla aliarvostamasta itseään silloin, kun potilaalle ja omaisille selkeytetään huolenaiheita. Vuorovaikutustaidot kehittyvät jatkuvasti. (Faull ym. 2015, 31.)

## **6 HYVÄ OPAS**

Tavallisimmin informaation välittäjänä toimii painotuote, esimerkiksi esite tai opas. Tuotteen kehittelyvaiheessa päätetään lopullinen tuotteen asiasisältö ja sen ulkoasu. Asiasisällön valintaan vaikuttavat kohderyhmä, tarkoitus sekä laajuus. Suullisen ohjauksen tueksi laadittu opas voi poiketa potilaalle jaetusta ohjauksesta. (Jämsä & Manninen 2020.)

Hyvän oppaan tavoitteena on sen käytettävyys, johon voidaan vaikuttaa oppaan luotettavuudella sekä sen ymmärrettävyydellä. Hyvässä oppaassa kyse on turvallisuudesta, sillä sen tarkoituksena on jakaa realistista tietoa. Käytettävällä oppaalla päästään toimivaan lopputulokseen, jolloin opas antaa selkeän sekä yhdenmukaisen syyn toimintaan ja vähentää riskien mahdollisuutta. Käytettävyyttä varmistaa toimiva ohjeistus ja sen palveleva rooli. (Halme & Klemola 2022.)

Hyvän oppaan kriteerinä on helppolukuisuus, sillä se takaa jokaisen lukijan ymmärryksen. Vaikeiden termien käyttö ja monimutkainen kieli haastaa lukijaa, jolloin oppaan käyttö voi vähentyä. Tämän voi havainnollistaa oppaassa turhien asioiden poisjättämisenä, yksinkertaisena sanastona sekä selkeällä kirjasintyyllillä. (Halme & Klemola 2022.) Painotuote kirjoitetaan asiatyyllillä ja sen tavoitteena on olla apuna tiedon jaossa. Tekstin tulee olla ymmärrettävää, johdonmukaista ja otsikoilla jäsenneiltyä. (Jämsä & Manninen 2020.)

Oppaan ymmärrettävyyden takaamiseksi ei ole eriteltyä ja yleisesti käytettyä keinoa. Tarkoituksena on saada siitä selkeä niin, että näkökulmat ja tärkeät asiat on selkeytetty tai eritelty lukijalle. Pelkkä realismi ei ole ainoa keino, vaan myös sen ilmaisutapa, millä voidaan vahvistaa neutraali tiedon jako. (Halme & Klemola 2022.) Tilanteen asiantuntijuus, perustelut ja täsmälliset termit lisäävät oppaan luotettavuutta (Kielitoimiston ohjepankki s.a.).

Tosiasialliset sekä luotettavat ohjeet auttavat sen hyödynnettävyyteen ja ohjeiden noudattamiseen. Tavoitteena onkin, että lukija ymmärtää luetun ja osaa toimia sen mukaan. Oppaan ymmärrettävyyden voi vahvistaa loogisella etenemisellä, lyhyiden ja helpposanaisten virkkeiden, samojen termien käytön, riittävän perustelun, visuaalisuuden sekä kuvien, kaavioiden tai piirroksien avulla. (Halme & Klemola 2022.) Painoasulla on merkitsevä rooli hyvän oppaan rakentamisessa, sillä se toimii oppaan oheisviestijänä. Vaihtoehtoja voi valikoida eri tekstinkäsittelyohjelmista, jossa huomioidaan kirjasintyyli, koko, kuvioiden mahdollisuus sekä värit ja kontrastit. Eri organisaatiokohtaisilla visuaalisilla tyyliillä ja imagolla voidaan vahvistaa ja tunnistaa yritys sekä auttamaan päätöksentekoa ulkoasun valinnassa. (Jämsä & Manninen 2020.)

## **7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitolinjauksien puheeksi ottamisesta. Tarkoituksena oli tuottaa taskukokoinen opas palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksi ottamisesta terveydenhuollon ammattilaisille.

## **8 TUOTEKEHITYSPROSESSI**

Tuotekehitysprosessi voidaan jakaa viiteen eri perusvaiheeseen, joita ovat ongelma- ja kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe, luonnostelu- tai suunnitteluvaihe, tuotteen kehittämisvaihe sekä tuotteen viimeistely. Edellinen vaihe koko prosessissa voi olla vielä keskeneräinen seuraavaan vaiheeseen siirryttäessä, mutta pääsääntöisesti tuotekehitysprosessi kulkeutuu edellä mainitussa järjestyksessä. (Jämsä & Manninen 2000, 28–29.) Koska tässä opinnäytetyössä valmistettava tuote oli jo tiedossa, tuotekehitysprosessin pääasiallinen tavoite oli tuotteen valmistaminen tiedossa olevien päätösten ja ominaisuuksien kautta.

### **8.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen**

Ongelmalähtöisissä tilanteissa pyritään joko parantamaan tai kehittelemään parempilaatuista toimintaa tai tilannetta vastaamaan paremmin tarkoitustaan. Toisinaan voidaan luoda täysin uusi tuote. On olemassa erilaisia laadun hallinnan ja sen kehittämisen menetelmiä, joita organisaatio voi hyödyntää selvittääkseen ongelmiaan ja kehittämistarpeitaan. Useissa paikoissa ongelmia voidaan tunnistaa esimerkiksi asiakkailta tai henkilöiltä tulleiden palautteiden kautta. Kyseiset tilanteet ja niiden analysointi paljastavat sen hetkisen kehittämistarpeen. Ongelmalle ja kehittämistarpeelle on tärkeää täsmentää, kuinka laajasta asiakasryhmästä on kyse ja miten yleinen tarve on, jotta ymmärretään muutoksen hyödyt. Kun ongelma- ja kehittämistarve on selkeä, voidaan käynnistää tuotekehitysprosessi. (Jämsä & Manninen 2020, 29–33.)

Tämän opinnäytetyön kehittämistarpeena oli terveydenhuollon henkilökunnan haaste ottaa palliatiivisen ja saattohoitolinjauksien päätöksiä puheeksi potilaidensa kanssa. Ongelma ilmeni muiden terveydenhuollon yksiköiden avun tarpeesta ja toiveesta saada materiaalia palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamiseen. Moni Savonlinnan terveydenhuollon ammattilainen oli kokenut kuolemaan liittyvien asioiden puhumisen vaikeaksi potilaidensa kanssa.

## 8.2 Ideavaihe

Ongelman ja kehittämistarpeen tunnistamisen sekä sen selkeytymisen jälkeen siirrytään ideavaiheeseen. Ideavaiheessa mietitään ja innovoidaan erilaisia keinoja ongelman ratkaisemiseksi ajankohtaisen tarpeen mukaan. Tässä vaiheessa tarkoituksena voi olla joko valmiiksi olemassa olevan tuotteen uudistaminen tai uusien ratkaisujen löytäminen ongelman ratkaisemiseksi. Uuden vaihtoehdon kohdalla hyödynnetään erilaisia lähestymis- ja työtapoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset usein soveltavat aivoriieheä. Ongelman ratkaisun keinona voi olla myös benchmarking. (Jämsä & Manninen 2020, 35.)

Luovissa tilanteissa ratkaisukeinoja yritetään löytää mahdollisimman avoimesti ja sallivin keinoin, jotta saadaan mahdollisimman hyvä kuva parhaasta mahdollisesta tuotteesta vastaamaan tarkoitustaan. *Aivoriiehessä* pääasiallinen tarkoitus on selvittää ongelma tai kehittää kokonaan uusi tapa toimia. Menetelmässä on tarkoitus hyödyntää huumoria ja luovuutta siihen, että keksitään useita ideoita, mitä kautta laadukkaiden ideoiden todennäköisyys kasvaa. Uusien ideoiden loppumisen jälkeen siirrytään niiden arviointiin, jossa lopullinen idea valitaan aiheiden yhdistelyn, hylkäämisten tai pisteytysten avulla. (Jämsä & Manninen 2020, 35–37.)

*Ideapankkimenetelmässä* organisaatio kerää asiakkailta, henkilökunnalta tai muilta tahoilta mielipiteitä muutostoiveista ja tavoista ratkaista niitä. Usein ratkaisukeinot muodostuvat jo olemassa olevista toimivista ratkaisuvaihtoehdoista, joista voi löytyä keino ratkaista tilanne. *Benchmarking* on vertailuanalyysiä toimintatavoista toisen yrityksen tai yksikön kanssa. Sisäinen benchmarking on hyödyllinen selvittämään sosiaali- ja terveysalojen yhteistyön mahdollisuudet antamisen ja saamisen osa-alueilla. Ideapankkimenetelmää sekä

benchmarkingia suositellaan hyödyntää aiempien menetelmien lisäksi. (Jämsä & Manninen 2020, 37–39.)

Koska opinnäytetyön ongelmana ja kehittämistarpeena oli selvittää terveydenhuollon ammattilaisten tapa ottaa palliatiivinen – tai saattohoitolinjaus potilaan kanssa puheeksi, oli siihen ideoitava ja keksittävä keino lisätä tietoa palliatiivisesta - ja saattohoitolinjauksien puheeksi ottamisesta. Menetelmänä ideoinnissa käytettiin aivoriiheä toimeksiantajan kanssa käydyssä neuvottelussa, jossa paras vaihtoehto valittiin useasta vaihtoehdosta. Ongelman ratkaisun esimerkkeinä pohdittiin tukilomaketta, tarkistuslistaa, esitettä tai opasta terveydenhuollon ammattilaisille, mutta usean vaihtoehdon jälkeen ideaksi jäi taskukokoinen opas. Päätöksen perusteluna taskukokoisen oppaan ajateltiin kuvaata paremmin selkeää ja tarpeeksi kattavaa tiedon jakamistapaa. Taskukokoisuus tuli valituksi, koska näin tieto olisi kätevästi saatavissa ja muodossa, jota voi kantaa mukana. Taskukokoisen oppaan lyhyellä pituudella tarkoitus oli motivoida terveydenhuollon ammattilaisia lukemaan opasta. Oppaan ideoinnissa käytettiin ideapankkimenetelmää, sillä toimeksiantaja otti vastaan muiden sairaalan yksiköiden kautta tulleita kehitysehdotuksia palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamisen tavoista.

Benchmarking-menetelmää hyödynnettiin tämän opinnäytetyön taskukokoisen oppaan suunnitteluun ja sen rakentamiseen. Tässä vaiheessa etsin ideoita oman opinnäytetyöni oppaan kehittämiseksi. Löysin hyödynnettävää tietoa kolmesta oppaasta, joista kokosin taulukon. Taulukossa huomioitiin koko, laajuus, ulkoasu, fontti ja sisällöllinen rakenne (liite 1).

### **8.3 Luonnosteluvaihe**

Jämsän ja Mannisen (2020) mukaan luonnosteluvaihe alkaa, kun tuotteesta on selkeä päätös. Luonnosteluvaiheeseen heidän ohjeidensa mukaan (2020, 44–50) tuli tarkentaa asiakasprofiili, tuotteen kohderyhmä eli tuotteen ensisijainen hyödyn saaja, heidän tarpeensa ja tapa, millä taskuopas palvelisi parhaiten. Ennen tuotteen suunnittelua oli siis selvitettävä mahdollisimman tarkasti toimeksiantajan eli Palliatiivisen keskuksen toiveet ja näkökulmat, mitä he toivovat palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen taskuoppaalta,

mitä kautta tuli ajatus hyödyntää Etelä-Savon hyvinvointialueen arvoja ja kriteereitä. Kohderyhmä eli terveydenhuollon ammattilaiset tuli huomioida, koska heitä varten opas oli tarkoitettu hyödynnettäväksi. Taskuopas palvelisi parhaiten, kun tieto on järjestelmällistä, ymmärrettävää ja helposti saatavilla. Etelä-Savon hyvinvointialueen arvoja taas olivat yhdenvertaisuus, vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys, turvallisuus ja rohkeus (Eloisa 2024). Oppaan luomisessa tuli huomioida hyvän oppaan kriteerit. Kaikkien osapuolten arvoista ja tarpeista sekä hyvän oppaan kriteereistä muodostettiin asiasisältö ja rakenne oppaaseen sekä opinnäytetyöhön.

Jämsä ja Manninen painottaa oppaassaan, että asiantuntijoiden tuottamasta tiedosta ja säädöksistä voidaan saada luotettavaa tietoa omaan tuotteeseen (Jämsä & Manninen 2020, 45). Tästä syystä selvitin oppaaseen tulevan asiasisällön rakentamiseksi aiempia tutkimuksia ja niihin perustuvia tietoja. Tiedonhaun aloitin tiedonhaun Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjaston (Kaakkuri) internetsivuilta löytyvistä tietokannoista Finna.fi, Ebsco (CINAHL) ja Journal.fi. Tutkimusten tiedonhaussa hyödynsin Kaakkurin internetsivuja ja e-kirjallisuutta, Googlen hakupalvelua sekä Savonlinnan kaupunginkirjaston ja Savonlinnan ammattikorkeakoulun kampuksen kirjaston kirjallisuutta. Toteutin tutkimusten tiedonhaun pääkäsitteellä ”palliativisen hoitolinjauksen tai saattohoitopäätöksen puheeksiotto”. Monipuolistin hakua pääkäsitteen synonyymeillä ja läheltä aihealuetta liittyvin käsittein. Tutkimukset, joita hyödynsin, löytyivät käsitteinä *palliativinen hoito*, *palliativinen hoito puheeksi*, *palliativisen hoidon osaaminen*, *palliativinen hoitolinjaus puheeksi*, *kuolema puheeksi ja talk about end of life*. Näitä käsitteitä oli muokattava lyhenteiksi sekä eri sanamuodoiksi hyödyntäen myös erikoismerkkejä, minkä avulla tiedonhaku monipuolistui.

Tiedonhakuprosessissa tutkimukset oli täytyneet rajata mukaanotto- ja poissulkukriteereihin. Jämsän ja Mannisen (2020) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa suositaan viimeisimpiä lääketieteellisiä tutkimuksia ja hoitokäytäntöjä, ja ulkomaiset tutkimukset voivat olla tieteen kärkiryhmä. Tutkimuksen mukaanottokriteerinä toimivat alle 10 vuotta vanhat julkaisut, jotta aihetta käsittelevä tieto ei olisi liian vanhentunutta, sekä suomen- ja englanninkieliset lähteet kielitaidon vuoksi ja kokonaan saatavilla ja luettavissa olevat julkaisut, jotta tutkitulle tiedolle löytyi perustelut ja tarkempi sisältö. Poissulkukriteereinä

olivat vastakohtaisesti yli 10 vuotta vanhat, muun kuin suomen- ja englanninkieliset julkaisut sekä osittain luettavissa olevat tutkimukset ja tutkimusraportit. Englanninkielisiä tutkimuksia etsiessä osittain luettavissa olevia tekstejä oli enemmän ja pääsy niiden kokonaisversion lukemiseen olisi tarvinnut rekisteröintitietoja, ja tästä syystä englanninkielisiä lähteitä käytettiin vähemmän eli vain muutama. Lopuksi tiedonjakoon liittyen koottiin taulukko, jossa on näkyvillä käytetyt tietokannat, hakusanat, mahdollinen rajaus sekä tiedonhaun tulokset ja opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten määrä (liite 2).

Suomessa ei ole aiemmin toteutettu tarkkoja palliatiivisen hoitolinjauksen, saattopäätöksen ja hoidon rajauksen puheeksi ottamisen tutkimuksia ja kyseinen näkemys vahvistui erään tutkimuksen tiedon mukaan, jossa mainittiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon puheeksi ottamisen liittyvien tutkimusten vähäisyys. Tästä syystä tutkimusten tiedonhaku oli vaikeaa. Myös englanninkielisiä lähteitä oli vaikeasti löydettävissä. Niinpä jouduin valikoimaan tutkimuksia hieman aihealueeni ulkopuolelta liittyen mm. palliatiivisessa hoidossa hyväksi todettuihin vuorovaikutustaitoihin tai kuolemasta puhumiseen. Opinnäytetyöhön valikoiduista tutkimuksista ja tutkimusartikkeleista kokosin tutkimustaulukon (liite 3). Muut tutkimustiedon keräämisessä käytetyt lähteet listasin lähdeluetteluun. Keräsin tutkimuksia eri näkemysten kautta eli lääkäreiden ja sairaanhoitajien näkökulmista tutkittuna sekä potilaiden ja heidän omaisten kokemuksina.

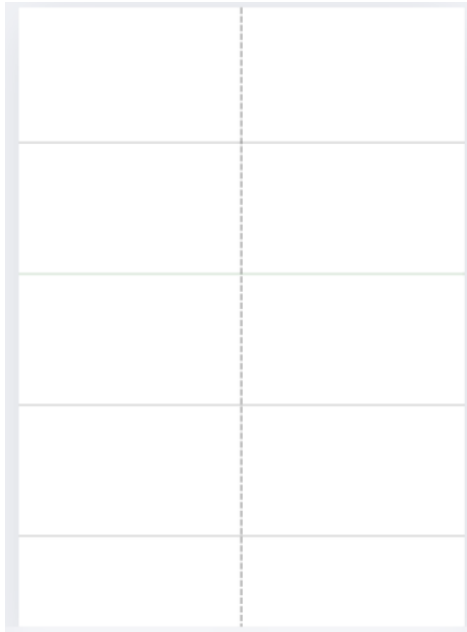
#### **8.4 Kehittelyvaihe**

Luonnosteluvaiheessa valitut ratkaisut, periaatteet ja arvot, asiantuntijuus sekä rajaukset mahdollistavat kehittelyvaiheeseen siirtymisen. Alkuun kehittelyvaiheessa työvaiheena on niin kutsuttu työpiirustusten laatiminen. Kun tuotteen tarkoituksena on jakaa informaatiota, sitä varten tehdään jäsennelty asiasisältö. Usein sosiaali- ja terveysalalla tuotteet toimivat tiedonjaon välineinä. Tietoa jakaessa voidaan hyödyntää mm. toimintaohjetta tai opasta terveydenhuollon henkilökunnalle. Keskeinen sisältö rakentuu realistisen, täsmällisen ja ymmärrettävän tiedon sekä tarpeen mukaisesti. Tuotteen asiasisällön valitseminen, sen määrä tai tietojen reaaliaikaisuus ovat usein ongelmia tuotekehityksessä. Tiedonhaun valinnassa olisi tärkeä asettua kohderyhmän rooliin, jotta

voidaan muodostaa tarpeeksi vastaanottajaryhmää puhutteleva tuote. (Jämsä & Manninen 2020, 54–55.)

Opinnäytetyön kehittelyvaiheen aloitusta tuki taskukokoisen oppaan sisällön hahmotelma, mistä opinnäytetyön tuotteen kehittelyvaiheeni alkoi. Kehittelyvaiheessa jouduin luomaan usean version, mitä kautta sain hiottua lopullisen taskuoppaan. Käytin oppaan kehittäessä Canva-ohjelmaa, joka on graafisen suunnittelun työkalu esitteiden, postereiden sekä oppaiden suunnittelun ja luomisen tueksi (Canva 2025). Hahmotelmavaiheessa hyödynsin benchmarkingia, mitä kautta löysin ”Surun kohtaamisen” -esitteen, joka oli pieneen kokoon taiteltavissa, ja sitä kautta sain idean oman taskuoppaani kokoon. Koko oli omaan makuuni ja asiasisällön laajuuteen nähden epäsopiva, joten ajattelin mukautella esitteen kokoa ja järjestelmällisyyttä omaan oppaaseeni sopien. Opinnäytetyön taskuoppaan kooksi loin siis lopulta 210 cm x 290 cm eli koon A4. A4-koko olisi myöskin helposti tulostettavissa ilman leikkaamista.

Sen jälkeen jaoin koon useampaan osioon (kuva 3), jotta oppaan voisi muuttaa taskuun taiteltaviksi ja taittelukohtat olivat selkeästi erotettavissa. Osioiden jakaminen helpotti asiasisällön jaottelua ja sisällyttämistä työhön ja ne jaettiin viivoilla vaaka- ja pystysuuntaisesti. Halusin viivojen värityksen olla selkeästi näkyvissä, jotta taittelukohtat voisi huomata tulostetusta versiosta. En halunnut kuitenkaan, että ne korostuvat liikaa, jotta muu ulkoasu ja asiasisältö korostuisi viivoja enemmän. Loin katkoviivat kahdelle A4-pohjalle, koska tällöin taskuoppaan pystyi kehittämään kaksipuoleiseksi.



Kuva 3. Taskuoppaan taittelukohtien suunnittelu ja osioiden mittaaminen

Muuhun sisällön luomiseen hyödynsin kahta aiempaa Xamkin opinnäytetyön opasta, mistä sain idean oman aiheeni etenemiseen, sisällön rakenteeseen ja logojen lisäämiseen. Lähdin jakamaan asiasisältöä niin, että aihealueet erotuivat hyvin toisistaan ja sisältö etenisi loogisesti. Alkuun taskuoppaaseen siis lisäsin pääotsikoksi opinnäytetyön aiheen ”palliativinen hoitolinjaus ja saattohoitopäätös puheeksi” (kuva 4). Alaotsikko vahvisti kohderyhmän, jolle oppaan tieto olisi tarkoitus jakaa. Sijoitin otsikon arkin oikeaan yläkulmaan, jotta se olisi lukijan silmissä etusivulla. Koska etusivun vasen kulma olisi muuten jäänyt tyhjäksi, lisäsin siihen palliativisen hoitosuosituksen linkin, lisäapujen mahdollisuuden sekä Eloisan ja Xamkin logot. Sama alue muodostui alkuun oppaan takasivuksi. Muuten tiedonjaossa tuli huomioida järkevästi etenevä tiedonjako ja helppolukuisuus.



Kuva 4. Taskuoppaan pääotsikko

Sisällytin asiasisältöä taskuoppaaseen hyvän oppaan kriteerein palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamisesta poimien tutkimustiedon pääasioita. Aiheet järjesteltiin aihealue kerrallaan niin, että siinä on selkeästi huomioitu palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksi ottaminen tiivistetyssä muodossa. Koska hoidonrajaus-käsite kuuluu palliatiiviseen hoitolinjaukseen ja saattohoitopäätökseen, on taskuoppaassa mainittu hoidonrajaus ja sen puheeksi ottaminen. Jotta tieto etenisi loogisesti, avasin peruskäsitteet lukijalle ymmärrettäväksi heti otsikon alapuolelle (kuva 5).

#### **Palliatiivinen hoito**

= parantumattomasti sairaan henkilön hyvä oireenmukainen hoito, jossa ylläpidetään toiveenmukaista, aktiivista ja hyvää elämää sairauden rinnalla.

- Potilaan lisäksi hoidossa otetaan huomioon myös omaisten tukeminen.
- Voi kestää kuukausista vuosiin.

(THL 2024.)

#### **Saattohoito**

= palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, jossa kuoleman merkit ovat nähtävissä

- kestää päiviä tai muutamia viikkoja

(THL 2024.)

Palliatiivinen hoitolinjaus ja saattohoitopäätös pitävät sisällään myös hoidon rajauksia. (THL 2024.)

#### **Hoidon rajaukset**

= hoidossa luovutaan hoidoista ja toimenpiteistä, joilla ei ole lääketieteellistä hyötyä tai ne eivät sisälly potilaan hoitotahdon mukaisiin arvoihin ja toiveisiin.

- Tarkoituksena ei ole hoitamatta jättäminen, vaan oikeanlaisen oirehoidon tarjoaminen.

(THL 2024.)

#### **DNR tai DNAR (do not (attempt)**

resuscitate) eli "älä (yritä) elvyttää" on hoidonrajauksista tunnetuimpia ja se sisältyy saattohoitopäätökseen. Muita hoidonrajauksia ovat mm. tehohoidosta tai antibiootihoidosta pidättäytyminen.

(Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kuva 5. Taskuoppaan peruskäsitteiden avaaminen.

Seuraavaksi etenin osioihin, joissa käsiteltiin puheeksi ottamisen tärkeyttä, kuka palliatiivisen hoitolinjauksen, saattohoitopäätöksen tai hoidon rajauksen tiedonjaosta potilaalle on vastuussa ja milloin puheeksi ottaminen olisi ajankohtaista. Halusin erottaa osiot sisällyttämällä aihealueet erikseen niitä käsittelevien otsikoiden alle ja erilliseen laatikkoon, jotta tietoa käsittelevä aihe pysyy oman otsikkonsa alla. Alla esimerkki laatikosta, miksi palliatiivinen hoitolinjaus olisi tärkeä ottaa potilaan kanssa puheeksi (kuva 6). Koska kaikki tieto ei mahtunut A4-arkin etupuolelle, tieto jatkui toiselle arkille, mistä oli tarkoitus tulla taskuoppaan kääntösivu.

### MIKSI?

- Potilaalla on **oikeus** saada tietoa ja tärkeää on, että hän saa tiedon tarpeeksi ajoissa.
- Parantaa potilaan hoitotyytyväisyyttä.
- Vähentää potilaan sekä omaisten ahdistuneisuutta ja asiat selkeytyvät.
- Antaa aikaa käsitellä tilannetta, siitä heränneitä tunteita ja ajatuksia.

Kuva 6. Aihetta käsittelevän tiedon muodostaminen oppaaseen.

Miten-, miksi- ja kuka-otsikoiden jälkeen kääntösivulle lisäsin tietoa miten palliatiivinen hoitolinjaus tai saattohoitopäätös tulisi ottaa potilaan kanssa puheeksi. Aihe oli aiempia tietoja laajempaa, joten jaon ”miten”-kohdan useaan aihealueeseen omien otsikoidensa alle. Näiden jälkeen loin yhteenvedon esimerkillisestä toimintatavasta, minkä tarkoituksena oli nopeuttaa oppaan lukemista (kuva 7). Kyseisestä kohdasta tuli oppaan viimeinen osa-alue.

### Esimerkki, kuinka toimin

1. Mieti etukäteen puheenaiheita ja valmistaudu keskusteluun potilaan yksilöllisen tilanteen mukaisesti.
2. Varmista oikea hetki, rauhoita tilanne ja pyydä potilas istumaan alas.
3. Kommunikoiv avoimesti, selkeästi ja rehellisesti hoitoon liittyvistä asioista. Anna aikaa kysymyksiin ja vastauksiin sekä ole kärsivällinen.
4. Tue, osoita myötätuntoa, kuuntele ja välitä. Ole tilanteen tasalla ja oma itsesi.
5. Huomioi omaiset mahdollisuuksien mukaan.
6. Älä jätä potilasta yksin ja varmista jälkituen mahdollisuus.

Kuva 7. Lyhyt yhteenvedo, kuinka palliatiivinen hoitolinjaus ja saattohoitopäätös otetaan potilaan kanssa puheeksi

Valitsin taskuoppaan värit ja kirjasintyyliit Eloisan graafisen ohjeistuksen mukaisesti ja siksi väreinä käytössä olivat kirkkaanvihreä, musta ja valkoinen, sekä vaaleanpunainen tummankeltainen ja tummanvihreä. Halusin värien tuovan työhön eloisuutta ja lukumotivaatiota. Värien oli tarkoitus erottaa asioita toisistaan korostaakseen omaa aihettaan. Hyvän oppaan kriteerein oppaan käytettävyyttä vahvasti helppolukuinen, asiattylinen sekä ymmärrettävä kieli ja selkeä kirjasintyyli. Siksi muokkasin tekstiä helposti ymmärrettäväksi käyttäen asiattyliä. Typografiana eli kirjasintyylinä otsikoissa olisi tullut käyttää Ridley Grotesk tai Arial Black -fonttia, mutta koska Canva-ohjelmistossa kyseistä fonttia ei ollut valittavissa, käytin taskuoppaan otsikoihin Archival Black -fonttia, joka luo lähes samantyylistä selkeää tekstiä. Leipätekstissä käytössä oli Arial. Fonttikokoina toimivat koot 4.5–16. Otsikoiden tuli olla muuta tekstiä

erottuvampaa, joten niissä oli käytössä isompi fontti ja osan tekstistä joutui muuttamaan pienemmäksi, koska kaikki asiat eivät olisi isommalla fontilla mahtuneet oppaaseen. Lihavointia hyödynnettiin erottamaan ylä- sekä alaotsikoita ja luettelomerkeillä halusin selkeyttää eri näkökulmia samasta otsikosta ja sitä käsittelevästä asiasta. Lopuksi lisäsin oppaaseen kuvia perhosista, linnusta, kukista ja koskesta, jotta opasta ei olisi liian tylsä lukea ja mielestäni kuvat sopivat aiheeseen, ja koska kyseessä on herkkä ja kuohuva asia puhuttavaksi.

## **Tuotteen esitetaus**

Tuotteen viimeistelyä varten tarvittiin palautetta ja hyvä keino siihen olikin esiteta tuote valmisteluhetkellä. Esitetaukseen osallistuvien suositeltiin kuuluvan kohderyhmään, jotka eivät tunteneet lopullista tuotosta ja näin saatiin luotettavaa kritiikkiä tuotteen viimeistelyyn. Koekäyttöä ja tuotteen arvostelua helpotti, kun vertailtavaa tuotetta ei ollut käytettävissä. (Jämsä & Manninen 2020, 80–81.) Kun palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksi ottamisen taskukokoinen opas oli valmis, tuote siis esitetaattiin Savonlinnan keskussairaalan terveydenhuollon ammattilaisilla. Ennen sitä hyväksytin opinnäytetyön suunnitelman toimeksiantajalla. Kun esitetaattava ryhmä ei tuntenut tuotetta entuudestaan, se vahvisti laadukkaampaa palautteen saamista (Jämsä & Manninen 2020, 81). Tämän opinnäytetyön esitetauksen kohderyhmä pohjautui toimeksiantajan ehdotukseen ja siihen kuuluivat Savonlinnan sairaalapalveluiden osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat sekä heidän terveydenhuollon ammattihenkilöstönsä.

Ennen esitetausta lähetin Eloisalle tutkimuslupahakemuksen aineistonkeruuta varten. Eloisan sääntöjen mukaan opiskelijana tuli tehdä sähköinen tutkimuslupahakemus opinnäytetyöstä. Eloisa oli valmiiksi strukturoinut hakemuksen ja ohjeen mukaan liitin hakemukseen vielä opinnäytetyön suunnitelman. (Eloisa 2025.) Tutkimuslupa hyväksyttiin kesäkuun 2025 jälkeen minulla oli lupa toteuttaa esitetaus. Tein esitetauksen tästä opinnäytetyöstä palautekyselyn muodossa, jonka lähetin saatekirjeen eli esittelykirjeen liitteenä toimeksiantajan vastaavan sairaanhoitajan kautta sähköpostitse kohderyhmälle. Saatekirjeessä (liite 5) kuvattiin ja esiteltiin opinnäytetyön aihe ja syy palaut-

teen keräämiseen. Saatekirjeessä mainittiin vastaamisen merkitys, tietojen käsittely ja muu tietosuojaa, vastausajankohta sekä vastaamisessa suurin piirtein kestänyt aika.

Lisäsin opinnäytetyöntekijänä saatekirjeeseen linkin suoraan palautekyselyyn ja e-versioiseen taskuoppaaseen. Kysely oli suunniteltu valmiiksi Webropol-ohjelmalla, joka on usein tutkimuksissa käytettävien kyselyiden luomisen työkalu, ja jolla saatiin raportoitua monipuolinen vastauksista saatu tulos (HAMK s.a.) Opinkirjon (s.a.) ohjeen mukaan kysymyksissä suositeltiin valmiiksi muotoiltuja monivalintoja, jotta toistettavuus ja luotettavuus säilyi, ja avoimia kysymyksiä suositeltiin käyttää harkiten. Suositeltavaa oli, etteivät kysymykset olleet liian pitkiä, ne olivat helposti ymmärrettäviä sekä selkeitä. Kyselyyn käytetyn ajan ei olisi tullut viedä yli 15 minuuttia pidempään. Kysymysten tuli liittyä palautetta käsittelevään aiheeseen. (Opinkirjo s.a.) Valmiiseen, lähetettävään Webropol-palautekyselyyn (liite 6) muotoilin siis ohjeen mukaan kysymyksiä palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamiseen liittyvästä taskuoppaan rakenteesta, ulkoasusta ja asiasisällöstä ja niiden alakohtaisista kysymyksistä. Tarkoituksena oli jäsenellä ja harkita kysymykset helposti ymmärrettäviksi hyvän oppaan kriteeristökin huomioiden. Pääosin lisäämäni kysymykset olivat strukturoituja eli valmiiksi muotoiltuja monivalintakysymyksiä. Käytin monivalinnoissa vastausasteikkona Likert-asteikkoa eli järjestysasteikkoa, jossa pystyin laittamaan vastausvaihtoehdot järjestykseen ominaisuuksien mukaan (Tietoarkisto s.a). Vastausvaihtoehdot koostuivat vaihtoehdoista: ”täysin eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä”, ”ei samaa eikä erimieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Lisäsin kyselyyn yhden avoimen kysymyksen, jossa palautteen antaja pystyi kertomaan avoimesti kokemuksiaan tai kehitysehdotuksiaan, mitä kautta oli mahdollisuus saada konkreettisempia viimeistelyehdotuksia. Kyselyn lopussa oli vielä monivalinnainen valmiiksi strukturoitu kysymys taskuoppaan palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi oton tiedonjaon hyödyistä ja tuesta terveydenhuollon ammattilaiselle. Tavoitteenani oli, että vastaamisaika vei tutkittavalta n. 10 minuuttia.

Saatekirje, esitestattava taskuopas ja kysely lähetettiin elokuun alussa esitetauksen kohderyhmälle toimeksiantajan kautta suunnitellusti ja vastaamisaika siihen oli 30.9.2025 saakka. Sähköpostin saaneita oli yhteensä 54 osastonhoitajaa sekä apulaisosastonhoitajaa, joiden oli tarkoitus välittää viestiä omalle

terveydenhuollon ammattihenkilöstölleen. Kokonaismäärää, joille viesti lopulta välittyi, ei voinut tietää. Asetin vastausten ajankohdan tarkoituksella pitkäksi, jotta saisin kerättyä palautteita mahdollisimman paljon. Tätä kautta muistutusviestin lähetys oli mahdollista puolessa välissä vastausaikaa eli syyskuun alussa, millä tavalla sain vielä lisävastauksia opinnäytetyöhön. Kyselyyn vastanneita kertyi kyselyn loppuun mennessä yhteensä 32, mikä oli positiivinen tulos.

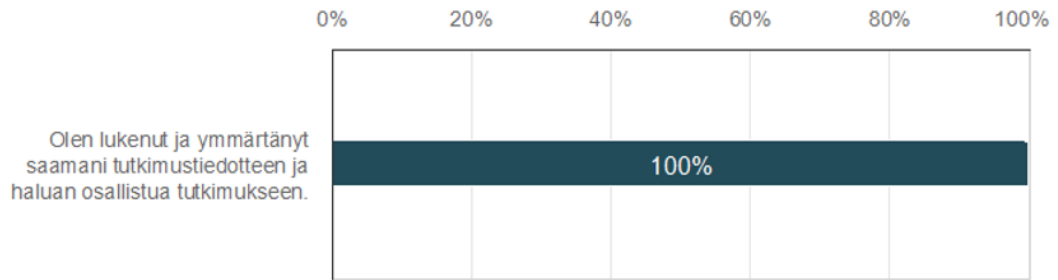
## **Palautekyselyn analysointi**

Vastausajan päätyttyä palautekyselyn tulokset analysoidaan Webropolin keräämien tulosten perusteella. Tässä vaiheessa Webropolin keräämästä vastausaineistosta saatiin siis kerättyä vastaajajoukko ja vastaustulosten määrä. Sen jälkeen tarkoitus oli analysoida kysymykset vastaushajonnan mukaisesti saaden jokaisen kysymyksen vastauskohtainen prosentuaalinen osuus ja niiden välinen ero. Monivalinnoissa vastausvaihtoehdot avattiin kysymys kerrallaan, mitä kautta tehtiin johtopäätöksiä kysymykseen liittyvään aiheeseen ja tutkimusongelmaan. Analysointivaiheessa tulokset myös tarkistettiin, puutteet poistettiin ja tulosten perusteella tehtiin johtopäätöksiä. (Tietoarkisto s.a.)

Tässä opinnäytetyössä analysoin esitestauksen kyselyn monivalinnaisten Likert-asteikon vastaukset vastaushajonnan mukaisesti, missä tein johtopäätökset vaihtoehtojen ”täysin eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä” välillä. Tätä kautta oli mahdollista analysoida vastaajien positiiviset ja negatiiviset kokemukset taskuoppaasta. Analysoin avoimen kysymyksen ”vapaamuotoinen palaute ja kehitysehdotukset” sisällöllisenä analyysin teemoittelu-menetelmällä, jossa avasin vastaukset sisältönsä perusteella esimerkkilainauksiin pohjautuen ja jakaen ne positiivisiin ja kehitettäviin palautteisiin (Vuori 2021).

Luotettavan tutkimuksen mukaan jokaiselta tutkittavalta tuli varmistaa tutkimukseen osallistumisen tiedot ja halu osallistua tutkimukseen. Kyseiseen kohtaan vastasi yhteensä 32 vastaajaa ja näin jokainen eli 100 % varmisti luke-neensa tutkimustiedotteen ja siihen liittyvät huomiot (kuva 8).

Vastaajien määrä: 32, valittujen vastausten lukumäärä: 32

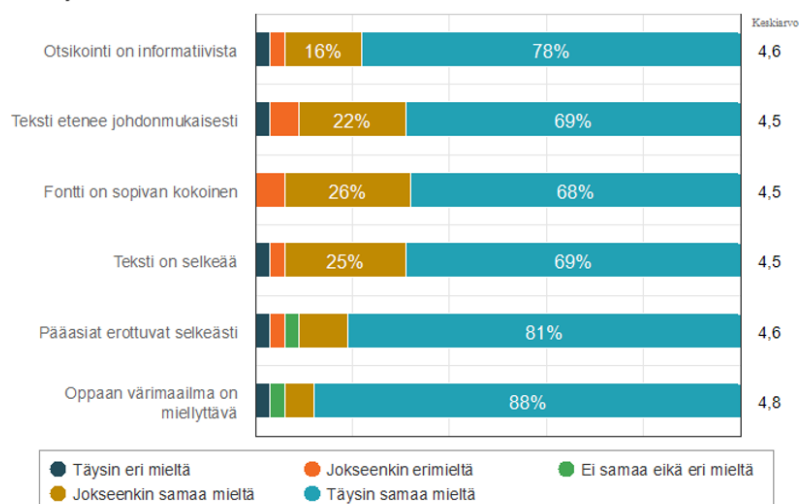


Kuva 8. Kyselyyn vastanneet ja tutkimustiedotteen varmistus vastaajilta.

Tutkimuksen palautekyselyn toisessa kysymyksessä otin huomioon palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen taskuoppaan rakenteen ja ulko-asun toimivuuden. Kyseiseen osioon vastasi myös 32 palautteenantajaa, ja aihealueessa käsiteltiin oppaan otsikointia, rakenteen johdonmukaisuutta, fonttikoon sopivuutta, tekstin selkeyttä, pääasioiden erottumista toisistaan ja värimaailman miellyttävyyttä lukijalle. Vastaajien mukaan (yli 69 %) opas oli tarkoituksenmukainen rakenteeltaan ja sisällöltään (kuva 9). Tämä yli 4.5 keskiarvo kokonaisuudesta vahvisti, että taskuopas palveli rakenteellisesti ja ulkoasullisesti tarkoitustaan, mikä oli selkeästi positiivinen tulos. Kun tarkemmin analysoin tuloksia, oppaan värimaailma oli saanut 88 % vastaajista ajattelemaan, että värimaailma miellyttää täysin lukijaa, ja 6 % taas on jokseenkin samaa mieltä asiasta. Loput vastanneista eivät olleet samaa eikä eri mieltä asiasta tai suhtautuivat väreihin negatiivisemmin. Myös pääasioiden erottuminen ja oppaan informatiivisuus huomattiin oppaassa selkeästi, sillä täysin samaa mieltä olivat 79–81 % vastaajista, kun muut vastaajat eli n. 20 % taas jättivät osioille kehittämisen varaa. Tekstin johdonmukaisuus, fonttikoon sopivuus ja tekstin luettavuuden selkeys olivat taas saaneet vastaajia miettimään enemmän soveltuvuutta oppaassa, sillä prosenttiosuus täysin samaa mieltä olevista jakautui 68-69 % välille, 22–25 % olivat sitä mieltä, että olivat jokseenkin mieltä asiasta ja loput kokivat ne kehitettäväksi piirteiksi. Tekstin johdonmukaisuudesta ja fonttikoon sopivuudesta oltiin eniten ”jokseenkin eri mieltä”.

## Oppaan ulkoasu ja rakenne

Vastaajien määrä: 32

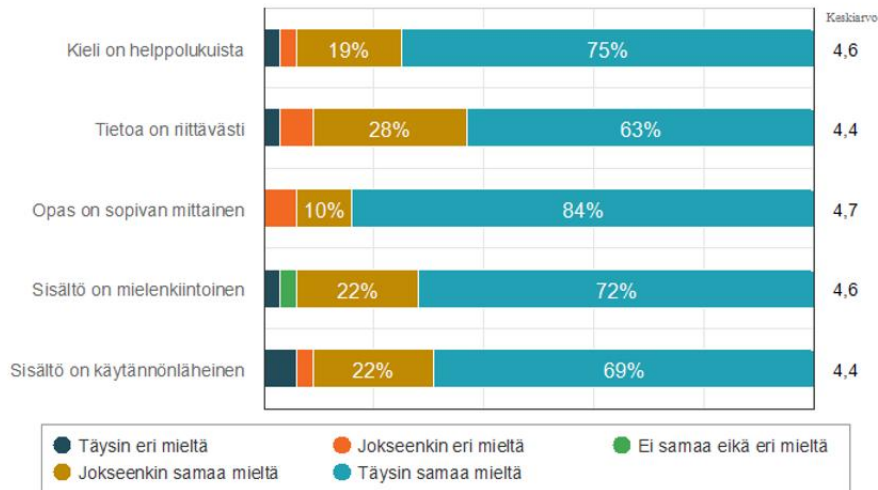


Kuva 9. Taskuoppaan ulkoasun ja rakenteen vastaushajonta.

Kysymyksessä numero 3 tarkoituksena oli kerätä palautetta taskuoppaan asiasisällöstä (kuva 10). Asiasisällöstä halusin kerätä vastauksia kielen helppolukuisuudesta, tiedon riittävydestä, oppaan pituudesta, sisällön mielenkiintoisuudesta sekä sen käytännölläisyydestä. Vastaukset selkeästi erottuivat positiiviseen suuntaan, sillä keskiarvoltaan vastausten prosenttijajonta täysin samaa mieltä olevista oli jokaisen osion osalta yli 63 %. Eniten täysin samaa mieltä oltiin oppaan pituudesta, sillä siihen vastasi 84 % olevan täysin samaa mieltä asiasta. Vain 10 % vastaajista ajatteli olevan jokseenkin eri mieltä ja 6 % suhtautuivat asiaan negatiivisemmin tai eivät ollenkaan. Vastaajista 75 % piti kieltä helppolukuisena ja 19 % olivat tästä jokseenkin samaa mieltä, mikä jää selkeästi positiivisen tuloksen puolelle. Tiedon riittävyys, oppaan mielenkiintoisuus ja sen käytännölläisyys olivat saaneet vastaajia miettimään näiden osatekijöiden palvelevuutta enemmän, sillä n. 80 % vastaajien täysin tai jokseenkin samaa mieltä olevien 20 % suhtautuivat negatiivisemmin tai eivät ollenkaan näihin asiasisällöllisiin tekijöihin. Oppaan käytännölläisyys näkyi selkeimmin negatiivisena kokemuksena vastaajien keskuudessa.

### Oppaan asiasisältö

Vastaajien määrä: 32

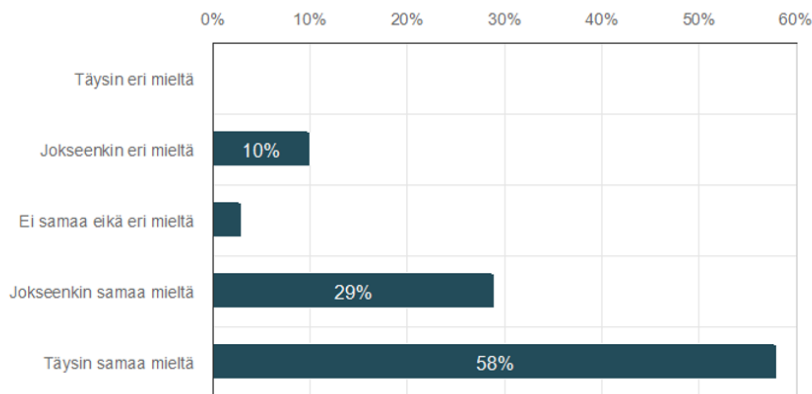


Kuva 10. Taskuoppaan asiasisällön vastaushajonta.

Palautekyselyn neljäntenä kysymyksenä oli kerätä palautetta palliativisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksi ottamisen taskuoppaan tiedonjaosta ja tuesta työelämässä. Alla olevasta kuvasta (kuva 11) voin varmistaa, että kyselyyn vastasi kaikkiaan 31 vastaajaa. Kuvasta pystyin päättelemään, että suurin osa vastanneista oli kokenut tiedon ja tuen oppaassa positiivisesti, sillä 58 % oli asiasta samaa mieltä. 29 % ajattelivat olevan jokseenkin samaa mieltä ja vain 10 % olivat jokseenkin eri mieltä tai muutamat eivät osoittaneet mielipidettä ollenkaan. Näin voitiin päätellä, että taskuoppaasta on enemmän hyötyä kuin haittaa terveydenhuollon ammattilaisille.

### Opas lisää tietoa palliativisen - ja saattohoitolinjauksen puheeksi ottamisesta ja tukee minua työssäni

Vastaajien määrä: 31, valittujen vastausten lukumäärä: 31



Kuva 11. Vastaushajonta taskuoppaan tiedonjaosta ja tuen hyödystä terveydenhuollon ammattilaiselle.

Palautekyselyn viimeisenä osiona vastaajilla oli mahdollisuus antaa vapaa-  
muotoista palautetta ja kehitysehdotuksia oppaan viimeistelyä varten. Tähän  
osioon kertyi yhteensä 16 erilaista kommenttia. Kommentit olivat sekä positiivisia että kehitettäviä mielipiteitä.

Positiivisina vastauksina tuli kiitoksia sekä hyvää palautetta oppaan sisällöstä, sen ulkoasusta ja tarpeesta. Aihe olikin koettu vaikeaksi asiaksi keskustella potilaalle ja puheeksiottotilanne tarvitsee aikaa hoitajalta kaiken muun kiireen keskellä. Oppaan koko, sen järkevyyt ja käytännöllisyys tuli huomioiduksi positiivisena kokemuksena. Erityismainintaa sai viimeiselle sivulle koottu tiivistelmä esimerkistä, kuinka tilanteessa voisi toimia. Alle on listattu muutama kommentti positiivisista palautteista.

*"Auttaa omassa työssäni puheeksi ottamista ja kannustaa siihen. Olen niin onnellinen potilaiden puolesta, että palliatiivinen hoito on tänä päivänä niin hyvää. Vuosien saatossa näin ei ole todella ollut. Hieno opas, kiitos!" (Vastaaja 1)*

*"Oppaassa on rauhallinen tunnelma ja se on selkeä." (Vastaaja 4)*

*"Erittäin tarpeellinen ja informatiivinen opas. Kooltaan järkevä ja käytännöllinen." (Vastaaja 6)*

*"Selkeä opas, sopivia värejä käytetty. Kokemuksen perusteella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eroa ei edelleenkään ihan täysin ymmärretä. Opas avaa kyllä hyvin eroja ja antaa muutakin aiheeseen liittyvää informaatiota tiivistetysti muodossa." (Vastaaja 7)*

*"Hyvä ja tärkeä opas." (Vastaaja 10)*

Kommentteja annettiin kehitettävässäkkin muodossa. Muutama palautteenantaja näki oppaassa pieniä tarpeita muuttaa sisältöä sekä kirjoitusvirheitä ja poistamaan ylimääräistä ja toistettua tietoa. Osa palautteenantajista oli kokenut tilanteen jo tutuna asiana toimia omassa työssään. Muutama palaute koski oppaaseen lisättyjä perhosia, kukkia ja muita kuvioita, koska eivät nähneet niillä tarvetta oppaassa tai ne veivät liikaa tilaa. Esimerkkifraasien lisäys oppaaseen otettiin avoimissa palautteissa esille. Alla muutama esimerkki avoimista palautteista ja kehitysideoista.

*"Jättäisin kuvan koskesta pois. Yläkulmassa niin pientä tekstiä, että sama kun ei olisikaan." (Vastaaja 11)*

*”On paljon pieniä nyansseja, joita voisi muuttaa, niin opas olisi vielä käytettävämpi.” (Vastaaaja 5)*

*”Potilaalle voisi antaa jotain tietoa myös kirjallisena, sillä kriisitilanteessa kaikkea ei välttämättä muista myöhemmin” (Vastaaaja 2)*

*”Tuttua asiaa, näinhän me ollaan aina niin kuin tehtykin...” (Vastaaaja 9)*

*”Esimerkkifraaseja voisi olla kuinka ottaa asia puheeksi.” (Vastaaaja 13)*

Toimeksiantajani oli myös saanut viestin Eloisan johtajaylihoitajalta, että johtajaylihoitaja haluaa pitää yhteisen palaverin taskuoppaasta ja antaa suoraa palautetta ja kehitysehdotuksia oppaaseen. Tämä palaveri pidettiin yhdessä Palliatiivisen keskuksen vastaavan sairaanhoitajan, johtajaylihoitajan ja opinnäytetyöntekijän kesken Teamsin välityksellä. Palaverissa keskityttiin yksityiskohdient hiontaan, rakenteellisiin muutoksiin sekä lähteiden lisäämiseen, jotka koin tärkeäksi huomioida oppaan viimeistelyssä. Palaverin lopuksi kävin vielä taskuoppaan rakennetta ja sisältöä läpi toimeksiantajani kanssa.

## **8.5 Viimeistelyvaihe**

Palautteen saamisen jälkeen kehittämistarpeet voitiin tunnistaa tuotteen viimeistelyä varten. Valmiin tuotteen viimeistelyvaihe alkoi usean eri version jälkeen, jolloin palautteiden mukaiset yksityiskohdat ja ohjeiden laadinta voitiin valmistaa loppuun. (Jämsä & Manninen 2020, 81.) Opinnäytetyön viimeistelyvaihe toteutettiin palautekyselystä saatujen tulosten sekä toimeksiantajien ja ohjaajien palautteiden avulla, mitä kautta taskuoppaan yksityiskohdat ja ohjeistukset hiottiin käyttövalmiiksi. Viimeistelyvaiheeseen kuului myös lopullisen raportin kirjoittaminen.

Annettujen palautteiden kautta huomioin taskuoppaan viimeistelytarpeita sen johdonmukaisuudessa, ulkoasussa, pienissä yksityiskohdissa, väreissä sekä rakenteessa. Alkuperäisen kohdan ”miten palliatiivinen hoitolinjaus tai saattohoitopäätös otettaisiin puheeksi” avasin erillisiin laatikoihin lyhennetyillä otsikoilla niin, että kohta avattiin kokonaiseksi tekstiksi ilman luettelomerkkejä. Muita otsikoita selvensin avaamaan enemmän tarkoitustaan ja lausejärjestyksiä ja sanamuotoja tuli muutettua enemmän ymmärrettävään ja oikein kirjoitet-

tavaan muotoon. Erottelin vaaleanpunaisella, vihreällä ja keltaisella väreillä aihealuetta käsitteleviä asioita toisistaan. Fonttikoko muuttui niin, että tekstistä sai mahdollisimman hyvin selvää ja esimerkiksi esimerkkitoiminta-laatikko korostui muita osioita enemmän. Uutena muutoksena lisäsin oppaaseen avoimen palautteen kautta tulleen idean esimerkkifraaseista, ja ajatuksesta antaa potilaalle kirjallista tietoa tiedonjaon yhteydessä. Vähensin kuvioita oppaassa, mutta jätin osan ylläpitämään oppaan ulkoasua. Johtajaylihoitajan mielipiteenä sain palautteen vielä muuttaa potilaskäsitteen asiakaskäsitteeksi, jotta opasta voisi käyttää laajemmin muissakin terveydenhuollon yksiköissä kuin potilaita hoitavilla osastoilla eli esimerkiksi kotihoidossa tai vastaanotoilla.

## **9 POHDINTA**

Palliatiivisen hoidon ja saattohoitopäätöksen puheeksioton taskuopas terveydenhuollon ammattilaiselle oli ajatuksena mielenkiintoinen tuote valmistaa. Koen aihealueen tärkeäksi hoitotyössä ja uskon, että kuolemaan liittyvä aihealue on yksi vaikeimmista asioista ottaa potilaan kanssa puheeksi. Opinnäytetyö on ollut kokonaisuudessaan aikaa vievää ja siinä on ollut paljon yksityiskohtien hiontaa, mutta tuotteen valmiiksi saamisesta olen erittäin tyytyväinen. Opinnäytetyössä huomioidaan vielä sen eettisyys ja luotettavuus sekä jatkokehitysehdotukset. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi sujui suunnitelman mukaisesti aikataulussa.

### **9.1 Tuotteen tarkastelu ja arviointi**

Valmis palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen taskuopas terveydenhuollon ammattilaiselle vaati usean eri version luomista ja paljon eri kohtien hiomista yhteensopiviksi. Mielestäni alkujaankin ajatuksena oli parempi idea luoda taskuopas kuin opaslehtinen, sillä halusin oppaan mahtuvan pieneen tilaan, mitä kautta se olisi tarpeen vaatiessa helposti saatavissa ja mahtuisi pieneen tilaan. Pieneen kokoon sai tiivistettyä mielestäni tärkeimmät aihealueeseen liittyvät ajatukset ja lopulta sen johdonmukaisuuden luominenkin onnistui. Pieni koko ja järjestelmällisyys toivat työhön haastetta, sillä kaikkea

haluamaani tietoa ei saanut siihen mitenkään sopimaan ja asioita joutui lyhentämään. Uskon, että lyhyt ja ytimekäs opas on mielekkäämpi lukea kuin pitkä.

Otsikointi ”Palliativinen hoitolinjaus ja saattohoitopäätös puheeksi” ilmaisee heti lukijalle, että oppaassa on ajatuksena jakaa tietoa aiheesta, ja koska alaotsikoinnissa otetaan tarkennuksena esille ”terveydenhuollon ammattilaiselle”, on tiedonjaon kohderyhmä heti lukijalle selvillä. Ensimmäisillä käsitteillä on tarkoitus avata pääkäsitteiden merkitys, ja sitä kautta erotella käsitteiden merkitykset toisistaan. Lukijan tiedonsaantia ja rohkeutta puhua asiasta motivoi, kun hän tietää, miksi palliativinen hoitolinjaus, saattohoitopäätös tai hoidonrajaus otetaan puheeksi potilaan kanssa. Terveysthuollon ammattilainen ymmärtää olevansa vastuussa puheeksi ottamisesta, kun siihen on mainittu, että kuka asian voi ottaa puheeksi. Palliativisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen osaa ottaa puheeksi oikeaan aikaan, kun oppaassa on selkeästi huomioitu tilanteet puheeksi ottamisen ajankohdista.

Erilliset kohdat *asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen, oikea-aikainen tiedonjako, avoin keskustelu, omaisten huomioiminen ja asiantuntijuuden vahvistuminen puheeksiottajana* ovat avaamassa näiden osa-alueiden merkitystä hoitolinjauksen puheeksiottotilanteessa. Viimeisellä sivulla oleva taulukoitu esimerkkitalanne, kuinka toimia, taas lyhentää osa-alueet lyhyeen ja tiivistettyyn muotoon, ja terveydenhuollon ammattilainen voi näistä asioista ottaa heti muistilistan, mitä asioita kyseisissä tilanteissa olisi hyvä ottaa huomioon. Esimerkkifraasit vielä edellisellä sivulla voivat olla pieni apu ottaa opinnäytetyön aihe puheeksi potilaan tai asiakkaan kanssa, jos puheeksiottajalla on aloitusvaikeuksia.

Viimeiselle sivulle kootut hoitosuositukset ovat muistuttamassa terveydenhuollon ammattilaista, mistä tilanteeseen tai palliativiseen hoitolinjaukseen tai saattohoitopäätökseen on saatavilla lisätietoa. Näitä terveydenhuollon ammattilainen voisi hyödyntää tarpeen mukaan. Lähteet viimeisellä sivulla joutui kirjoittamaan oppaaseen pienellä fontilla, jotta kaikki sai mahtumaan. Lähdeviiteinä on oppaan pienuuden vuoksi hyödynnetty numerointia, jotta ne eivät vievät liikaa tilaa muulta tekstiltä.

Oppaan värytys on mielestäni aihealueeseen sopiva ja sopii Eloisan graafisen ohjeistuksen kriteereihin. Eri värit ja laatikot erottavat aihealueita toisistaan ja kukat, perhoset ja lintutuovat pieniä, eläväisiä yksityiskohtia oppaaseen. Näillä tekijöillä tarkoituksena oli motivoida lukijaa. Viivat osoittavat taskuoppaan taittelukohtat, mitkä ovat huolellisesti mitoiteltu. Johdonmukaisuuden järjesteleminen pieneen taskuoppaaseen oli alusta alkaen hankalaa, mutta lopulta keksin ajattelun taitella taskuoppaan alkuun keskeltä puoliksi niin, että otsikointi jäisi taskuoppaan etusivulle. Taskuopas on vielä tarkoitus taitella vaakatasolta viiteen osaan viivojen mukaisesti. Kun taskuoppaan taittelee oikein, etusivuksi jää opinnäytetyön otsikko ja takasivulta löytyvät käytetyt lähteet. Lopuksi lisäksi nuolet sivujen oikeaan alareunaan johdattamaan lukijaa lukemaan opasta oikeaan suuntaan.

Teksti on pääosin kirjoitettu normaalilla ja selkeällä fontilla, mitä lukijan on helppo lukea. Lähteiden fontti jäi mielestäni pieneksi, mutta siinä oli joustettava, jotta ne eivät olisi vieneet oppaassa liikaa tilaa. Otsikot on selkeästi eroteltu isommalla tai lihavoidulla fontilla. Myös esimerkkifraasit olisi voineet olla isommalla fontilla kuin 10, mutta uskon, että niistä saa tarpeeksi selvää. Kursiivilla muotoillut tekstit tulevat eri tavalla huomioiduksi, koska ne eroavat normaalista tekstistä. Luettelomerkit muutamissa kappaleissa ilmaisevat asioiden sisältymisen yllä olevaan otsikkoon. Koska opas on suunniteltu kahdelle A4-kokoiselle arkille, voi molemmat arkit tulostaa yhdelle arkille käyttäen kaksipuoleista tulostustoimintoa. Valmis palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksi ottamisen taskuopas terveydenhuollon ammattilaiselle on liitetty opinnäytetyön raportin liitteeksi (liite 7).

## **9.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittelee, että tutkimus on eettisesti ja luotettavasti hyväksytty, kun siinä on huomioitu ja hyödynnetty hyvän tieteellisen käytännön eli HTK:n mukaiset kriteerit. Sen pääperiaatteisiin lukeutuvat luotettavuus, rehellisyys, arvostus sekä vastuunkanto. Hyvä tieteellinen käytäntö käyttää menetelmiä, joiden avulla voidaan huolehtia kyseisten periaatteiden toteutumisesta. Näistä seikoista tulee huolehtia koko tieteellisen prosessin ajan. (TENK 2024.)

HTK-ohjeen mukaisesti tieteellinen tutkimus ja sen prosessi käsitellään huolellisesti niin, että työn suunnittelussa, tutkimuksessa käytetyissä menetelmissä sekä niiden analysoimisessa varmistetaan tutkimuksen luotettavuus (TENK 2023, 13). Tutkimuksen luotettavuuden mittareina käytetään reabiliteettia eli toiston mahdollisuutta sekä validiteettia eli yleistämistä ja tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen saavuttamista. (Opinkirjo s.a.) Luotettavuus opinnäytetyön tutkimusten välillä vahvistui sillä, että tutkimustulokset heijastivat samankaltaisuutta ja aineisto käsitteli jokaisessa tutkimuksessa palliatiivista tai elämään päättyvää hoitoa ja niistä pystyi poimimaan tietoa tutkittavaan aiheeseen. Mukaan valikoidut tutkimukset liittyivät lääkäreiden, sairaanhoitajien tai potilaiden kokemuksiin näkökulmiin, mikä edisti tutkimuksen laatua, sillä useamman kokijan näkökulmat oli sitä kautta otettu huomioon. Opinnäytetyön teksti kirjoitettiin omin sanoin ja opinnäytetyössä edettiin valmiiksi luodun aikataulun mukaisesti pitäen kirjaa prosessin eri vaiheista.

Tieteellinen työ tulee HTK-ohjeistuksen mukaan tehdä huolellisen suunnittelun ja toteutuksen kautta pääperiaatteet huomioiden. Tämä voidaan vahvistaa aiemman tutkimustiedon mukaan ottamisella meneillä olevaan tutkimukseen. (TENK 2023, 14.) Tutkimuksen tiedonhaussa sovelletaan eettisesti oikeanlaista sekä vastuullista tiedonhankintaa ja sen arviointia (Hirvonen s.a.). Aiempaa tutkittua tietoa palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamisesta ei ollut monipuolisesti löydettävissä, mikä heikensi tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta ja tiedon saamista lisättiin sillä, että tutkimustietoa kerättiin aihetta käsittelevästä tietokirjallisuudesta ja internet-lähteistä. Tämä laajensi tiedon monipuolisuutta, mikä avasi, toisti ja vahvisti tutkittua tietoa. Opinnäytetyön lähteinä oli käytössä useita tapoja: kirjoja, E-kirjoja, käypä hoitoa, tutkimusraportteja ja relevantteja internet-lähteitä suomen ja englannin kielellä. Lähteet olivat kaikin puolin luotettavia, koska ne perustuivat valmiiksi tutkittuun tietoon ja luotettaviin sivustoihin. Luotettavuutta lisäsivät tutkimusten mukaanotto ja poissulkukriteerit, ja lähteet ovat suhteellisen tuoreita. Muiden kirjoittamiin julkaisuihin luotettavuuden osalta tulee aina viitata asianmukaisesti (TENK 2023, 15), joten opinnäytetyössä käytetystä jokaisesta lähteestä tehtiin tarkka lähdeviittaus, jotta lukija voi yhdistää, mistä lähteestä kirjoitettu tieto on kerätty. Käytetyistä lähdemateriaaleista laadittiin lähdeluettelo.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan eettisesti huomioidussa tutkimuksessa tutkija on kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen, jos on syytä epäillä omaa esteellisyyttään (Hirvonen s.a.) ja tämä huomioitiin heti opinnäytetyötä aloittaessa, ettei esteellisyyttä opinnäytetyön tekemiseen ole ja opinnäytetyön tekijänä olen puolueeton tutkittuun aiheeseen. TENK:n ohjeen mukaan (2023, 14) eettisesti hyväksytyssä tutkimuksessa on haettu toimintaan tarvittavat luvat ja suostumukset sekä tehty eettinen ennakoarviointi tutkimusaineiston keräämistä varten. Osa-alueessa varmistetaan, että tutkijat sekä tutkittavat eivät vaaranna turvallisuuttaan ja arvostus tutkittavia kohtaan säilyy. Suunnitelma- vaiheessa opinnäytetyötä varten olikin allekirjoitettu opinnäytetyösopimus toimeksiantajan, opiskelijan sekä ohjaavan opettajan allekirjoituksilla. Etelä-Savon hyvinvointialueelta pyydettiin tutkimuslupa aineistonkeruuta varten ennen tuotteen esitestausta. Tämä hyväksyttiin kesäkuun loppupuolella.

HTK:n kriteerit kattavat selkeän ja etukäteen sovitun yhteistyötoiminnan kaikkien kumppaneiden kanssa (TENK 2023, 15), mikä vahvistui opinnäytetyön sopimuksen kautta niin, että opiskelija, toimeksiantaja ja ohjaajat ymmärsivät opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen. Tähän tilanteeseen liittyi toimeksiantajan toiveiden kuuleminen, jota hyödynnettiin opinnäytetyön prosessissa. Etelä-Savon hyvinvointialueella käytettyjen graafisen ohjeistuksen sekä hyvän oppaan kriteereiden noudattaminen huomioitiin oppaan suunnittelussa ja sen toteuttamisessa.

Tutkimuksessa käytettävä aineisto tulee käsitellä, säilyttää ja avata asianmukaisesti huomioimalla tietosuojalainsäädäntö, salassapito sekä luottamuksellisuus (TENK 2023, 14). Viimeistelyä varten taskuoppaasta kerättävästä palautteesta lähetettiin toimeksiantajan kautta palautekysely, johon sisällytettiin palautteen tarkoitus ja sisältö sekä se, miten kysely säilytetään, käsitellään ja hävitetään käytön jälkeen. Palautetta pyydettiin myös ohjaajilta sekä toimeksiantajalta. Validiteettia vahvisti palautekyselyssä se, että kysymykset ovat monivalintoja, joissa oli selvät vastausvaihtoehdot eikä palautteen antajalle annettu liikaa mahdollisuutta avoimiin mielipiteisiin. Palautekyselyssä mainittiin, että vastaaminen on vapaaehtoista ja se annetaan nimettömästi, eikä kenenkään henkilökohtaisia tietoja vaaranneta tai palautteet eivät päädy ulkopuolisten käsiin. Luotettavuutta lisäsi myös, että palaute pyydettiin ulkopuoliselta kohde-

ryhmältä, jolla ei ollut hyödynnettävissä verrattavaa tuotetta. Palautekysely lähetettiin saatekirjeen liitteenä, jossa oli tarkemmat ohjeet ja tutkimuseettiset tietosuoja- ja luottamusta ylläpitävät näkökulmat, ja se sisälsi aikavälin, kun palaute oli mahdollista antaa, sekä palautekyselyssä käytetyn ajan vastaamiseen. Palautekyselyn reabiliteettia vahvisti, että samaa palautekyselyä pystyi hyödyntämään muidenkin oppaiden analysoinnissa ja sen mittarit tukivat hyvin toisiaan niin, ettei sattumanvaraa vastasvaihtoehtoilta ollut kuin yhden avoimen kysymyksen verran.

Plagiointi, eli toisen tekstin kopioiminen luvottomasti, sepittäminen, eli itse tekaistujen ja luotujen asioiden selittäminen, tai vääristely, eli tiedon muuntelu ilman selkeää syytä, kuuluvat vilpin tunnusmerkeiksi (TENK 2023, 17). Piittaamattomuus hyvässä tieteellisessä käytännössä määritellään esim. tutkimuslupien pyytämättä jättämisellä, tutkimusluvan noudattamatta jättämisellä, väärin tai epäasiallisesti aiempiin tutkimuksiin viittaamisena tai harhaan johtavana tutkimustuloksena (TENK 2023, 18–19). Opinnäytetyön suunnitelma ja opinnäytetyö kirjoitettiin omin samoin ja molemmat tuotokset kulkevat plagiointitunnistusjärjestelmän kautta, millä tavoin voidaan havaita opinnäytetyön sisältämä plagiointi. Opinnäytetyössä ei ole sepitetty aiheita oman tiedon pohjalta eli tieto on selitetty aiempaan tutkimustietoon perustuen lähdeviitteitä käyttäen. Piittaamattomuus estettiin noudattamalla tutkimuseettisiä sääntöjä niin, ettei prosessista jätetty huomiotta opinnäytetyön suunnitelmaa, tutkimuslupaa tai toimeksiantajan esittämiä toiveita ja tutkimus toteutettiin suunnitellussa aikataulussa.

### **9.3 Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset**

Opinnäytetyön aiheen tarve nähtiin jo tarpeellisena ennen opinnäytetyön aiheen kehittelyä terveydenhuollon ammattilaisten, etenkin hoitotyöntekijöiden, keskuudessa, koska he olivat maininneet palliatiiviselle keskukselle tarpeesta saada materiaalia palliatiivisen hoitolinjauksen puheeksi ottamisesta potilaan kanssa. Palliatiivisen hoitolinjauksen, saattohoitopäätöksen tai niihin sisältyvien hoidon rajoitusten puheeksi ottamisesta ei ollut entuudestaan olemassa kirjallista materiaalia. Webropol-palautteista muutaman palautteen antajan kautta tuli esille opinnäytetyön tuotteen tärkeys ja merkitys sekä kiitollisuus

oppaan tekemisestä. Tavoitteena olikin, että terveydenhuollon ammattilainen voisi taskuoppaasta hyödyntää tietoa puheeksiottotilanteeseen, kun keskustelee potilaan kanssa palliatiivisesta hoitolinjauksesta tai saattohoitopäätöksestä.

Mielestäni onnistuin keräämään hyvin tarpeellisen tiedon pieneen oppaaseen ja sen pituus ei jäänyt liian pitkäksi, ettei sitä tylsistyisi lukemaan. Taskuoppaassa on otettu huomioon tutkimustiedon pääasialliset kohdat tiivistetysti ja ne on järjestelty etenemään johdonmukaisesti. Mielestäni kuvat ja värit ylläpitävät oppaan mielenkiintoa ja ovat yhtä Eloisan kanssa. Taskuopas on helposti tulostettavissa kaksipuoleisella A4-arkille ja taittelukohtat ovat selkeästi merkitty.

Jatkokehitysehdotuksena opasta voisi jakaa vielä sosiaalityöntekijöille, jos heille nähdään tarve jakaa tietoa opinnäytetyön aiheesta. Heidän keskuudessaan aihetta todennäköisesti käsitellään vähemmän, ja oppaasta löytyisi pääasialliset tiedot palliatiivisen hoitolinjauksen ja saattohoitopäätöksen puheeksiottoon liittyen. Jos oppaaseen halutaan vielä kerätä lisää tietoa aiheesta, voisi aiheesta muodostaa pienen opaslehtisen, johon tietoa saadaan kirjattua lisää. Palliatiivinen hoitolinjaus ja saattohoitopäätös voi toisinaan herättää kuulijassa erilaisia tunnereaktiota, pahimmillaan sokkitilan, jolloin hän saattaa tarvita tukea käsitellä hoitopäätöstään. Tällöin jatkokehitysehdotuksena voisi olla tukimateriaalia palliatiivisen hoitolinjauksen tai saattohoitopäätöksen saaneelle potilaalle. Toisena jatkokehitysehdotuksena voisi olla tukilomake terveydenhuollon ammattilaisille, miten hakea apua vaikeisiin potilaskohtaisiin.

## LÄHTEET

- Anttonen, A., Heiskanen, T., Akrén, O. & Tyynelä-Korhonen, K. 2024. Syöpäsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/opk04504> [viitattu 7.1.2025].
- Artkoski, M. & Hyvärinen, M-L. 2016. Lääkärit puhuvat kuolemasta. *Suomalaisen Kuolemantutkimuksen seura ry* 5. Verkkolehti. Saatavissa: <https://journal.fi/thanatos/article/view/137538/85585> [viitattu 29.1.2025].
- Canva Pty Ltd. 2025. Suunnittelu on helppoa ja ilmaista. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.canva.com/fi\\_fi/free/](https://www.canva.com/fi_fi/free/) [viitattu 23.5.2025].
- Eloisa. 2024. Strategia. Etelä-Savon hyvinvointialue. WWW-dokumentti. Päivitetty: 27.2.2024. Saatavissa: <https://etelasavonha.fi/elois/organisaatio-ja-toimielimet/strategia/> [viitattu 28.4.2024].
- Eloisa. 2025. Tutkimus- ja kehittämistoiminta Eloisassa. Etelä-Savon hyvinvointialue WWW-dokumentti. Päivitetty 6.3.2025. Saatavissa: <https://etelasavonha.fi/elois/tutkimus-ja-kehittamistyo/tutkimus-ja-kehittamistoiminnan-periaatteet/-:~:text=Tutkimuslupaa%20anotaan> [viitattu 25.5.2025].
- Eloisa s.a. Etelä-Savon hyvinvointialue. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://etelasavonha.fi/> [viitattu 1.1.2025].
- Faull, C. & Blankley, K. 2015. Palliative care. 2. painos. UK/Oxford: Oxford University Press. E-kirja. Saatavissa: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/xamk-ebooks/reader.action?docID=1978014&ppg=5> [viitattu 31.1.2025]
- Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R. & Strupp, J. 2019. How to talk about attitudes toward the end-of-life: a qualitative study. *American journal of hospice and palliative medicine* 8, 697-704. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org.ezproxy.xamk.fi/10.1177/1049909119836238> [viitattu 31.1.2025].
- Haavisto, M., Kakko K., Mäkimartti, P. & Pikkarainen, L. (toim.) 2023. Vanhukseen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Myller, H. 2015. Saattohoitopäätös ja puheeksi ottaminen. Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa: inhimillisesti potilaan parhaaksi. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:35. Joensuu: Karelia ammattikorkeakoulu - julkaisutoiminta, 24–31. E-kirja. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-275-158-4h> [viitattu 6.2.2025].
- Halila, R., Mustajoki, P., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Hoitotahto. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.1.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00809> [viitattu 19.1.2025].
- Halme, J. & Klemola, L. 2022. Savonia-artikkeli: potilasohjeen luettavuus ja ymmärrettävyys ovat osa ohjeen käytettävyyttä. Savonia-ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Päivitetty 28.2.2022. Saatavissa: [Savonia-artikkeli: Potilasohjeen luettavuus ja ymmärrettävyys ovat osa ohjeen käytettävyyttä - Savonia-AMK](https://www.savonia.fi/artikkeli/potilasohjeen-luettavuus-ja-ymmarrettavyys-ovat-osa-ohjeen-kaytettavytta-savonia-AMK) [viitattu 20.4.2025].
- HAMK, s.a. Webropol-palvelut. Hämeen ammattikorkeakoulu. Päivitetty 23.5.2025. Saatavissa: <https://digipedaohjeet.hamk.fi/ohje/webropol-palvelut/> [viitattu 23.5.2025].

Helin, U., Pikkarainen, H. & Rahkonen, T. 2022. Akuuttitilanteen hoitolinjaukset selkeiksi. *Lääkärilehti* 77. Verkkolehti. Päivitetty 21.6.2022. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/akuuttitilanteen-hoitolinjaukset-selkeiksi/?public=f014c3c29f3f187bd44d8df54b08107c> [viitattu 29.1.2025].

Hirvonen, O. & Pöyhiä, R. 2016. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös – uskallanko ottaa puheeksi? *Duodecim* 9, 844–849. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13107> [viitattu 29.1.2025].

HUS s.a. Palliatiivinen hoito. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hus.fi/potilaalle/hoidot-ja-tutkimukset/palliatiivinen-hoito-saattohoito> [viitattu 4.1.2025].

Hyvärinen, J. s.a. Tutkimusetiikka. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://ksamk.sharepoint.com/sites/Tutkimusjakehitys/SitePages/Tutkimusetiikka.aspx?OR=Teams-HL&CT=1628573290347> [viitattu 7.5.2025].

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kielitoimiston ohjepankki, s.a. Ohjeita ohjeiden tekijöille. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kielitoimistonohjepankki.fi/vk/sopiva-savy-toimivat-ohjeet-ja-kysymykset/ohjeita-ohjeiden-tekijoille/> [viitattu 20.4.2025].

Laine, H. 2022. DNAR, elvytyskielto. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty: 10.2.2024. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01180> [viitattu 18.1.2025].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 785

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 4/2019, 335–342. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788> [viitattu 18.1.2015].

Lund, V. & Jämsen, E. 2023. DNR-päätös ja toiminta sen jälkeen. Mäkijärvi, M., Alakare, J., Harjola, V-P., Päivä, H., Tuukkanen, J. & Valli, J. (toim.) *Akuuttihoito-opas*. 22. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/aho/article/aho01630/search/dnr> [viitattu 18.1.2025].

Mäenpää, P., Lamminmäki, A., Kaakinen, P. & Hökkä, M. 2021. Potilaiden ja läheisten näkemyksiä lääkäreiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://doi.org/10.23990/sa.102483> [viitattu 29.1.2025].

Opinkirjo kehittämiskeskus, s.a. Aineiston kerääminen ja tutkimusmenetelmät. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://opinkirjo.fi/tutkimuksen-perusteet/aineiston-kerääminen-ja-tutkimusmenetelmät/> [viitattu 14.5.2025].

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.10.2019. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063> [viitattu 1.1.2025].

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: [https://www.oppoportti.fi/oppikirjat/pli00263 - haku](https://www.oppoportti.fi/oppikirjat/pli00263-haku) [viitattu 18.1.2025].

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu:

Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-tiedosto. Päivitetty 18.12.2017. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0> viitattu 11.1.2025].

Sosiaali- ja terveysministeriö, s.a. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/saattohoito> [viitattu 4.4.2025].

Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys s.a. Etelä-Savon hyvinvointialueen (Eloisa) palliatiivinen keskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/koulutus-uusi/palliatiivinen-erityispatevyys/erityispatevyyskoulutuspaikat/koulutuspaikkaesittely/ita-suomen-yta/mikkeli/> [viitattu 1.1.2025].

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käypä hoito -potilasversio. Helsinki: Suomen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.10.2019. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/khp00072> [viitattu 1.1.2025].

TENK. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. E-kirja. Saatavissa: [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf) [viitattu 7.5.2025].

THL. 2024a. Hoitotahto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty: 3.4.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto> [viitattu 19.1.2025].

THL. 2023b. Elämän loppuvaiheen hoito. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 8.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito> [viitattu 1.1.2025].

THL. 2024c. Mitä on palliatiivinen hoito. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.3.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito> [viitattu 4.1.2025].

Terveyskylä. 2023a. DNR-päätös eli elvytyskielto. WWW-dokumentti. Päivitetty 24.11.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/tietoa-tehohoidosta/kun-tehohoito-ei-hyodyta/dnr-paatos-eli-elvytyskielto> [viitattu 18.1.2025].

Terveyskylä. 2021b. Henkinen jaksaminen vakavassa sairaudessa. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11. 2024. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/palliatiivisessa-hoidossa/henkinen-jaksaminen> [viitattu 1.1.2025].

Terveyskylä. 2021c. Hoidon suunnittelu palliatiivisessa hoidossa. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2024. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu> [viitattu 4.1.2025].

Terveyskylä. 2021d. Hoidon rajaukset. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2024. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-rajaukset> [viitattu 5.1.2025].

Terveyskylä. 2021e. Hoitolinjat. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoitolinjat> [viitattu 4.1.2025].

Terveyskylä. 2021f. Hoitotahto. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoitotahto> [viitattu 19.1.2025].

Terveyskylä. 2021g. Hoiva ja huolenpito palliatiivisessa hoidossa. WWW -dokumentti. Päivitetty 1.11.2021 Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivisessa-hoidossa/hoiva-ja-huolenpito> [viitattu 1.1.2025].

Terveyskylä, s.a. Palliatiivinen hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito> [viitattu 1.1.2025].

Terveyskylä. 2021h. Saattohoidon mahdollisuudet. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2024. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/saattohoidon-mahdollisuudet> [viitattu 1.11.2024].

Terveyskylä. 2023i. Tehohoidosta luopuminen ja saattohoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 24.11.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/tietoa-tehohoidosta/kun-tehohoito-ei-hyodyta/tehohoidosta-luopuminen-ja-saattohoito> [viitattu 18.1.2025].

Terveyskylä. 2021j. Toimintakyvyn tukeminen palliatiivisessa hoidossa. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/palliatiivisessa-hoidossa/toimintakyvyn-tukeminen> [viitattu 1.1.2025].

Tietoarkisto, s.a. Aineiston dokumentointi ja raportointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/raportointi/raportointi/> [viitattu 30.5.2025].

Tietoarkisto, s.a. Mittaaminen: muuttujien ominaisuudet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/mittaaminen/ominaisuudet/-likert> [viitattu 23.5.2025].

Tohmola, A., Auramo, P., Kaakinen, P., Lamminmäki, A., Lehto, J., Muurinen, K., Rajala, M. & Hökkä, M. 2023. Palliatiivisen hoidon osaaminen sairaanhoitajien ja lääkärin kuvaamana. Pohjoisen tekijät – Lapin ammattikorkeakoulun julkaisu 39/2023. Tutkimusraportti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-316-505-2> [viitattu 29.1.2025].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2024. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). WWW-dokumentti. Päivitetty 22.4.2024. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk> [viitattu 7.5.2025].

Valtonen, M., Lönnroos, E., Pietiläinen, L. & Reinikainen, M. 2022. Vakavasti sairaan potilaan tehohoidon rajaaminen. *Duodecim* 15/22, 1283–1290. Verkko-lehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo16941> [viitattu 18.1.2025].

Valvira s.a. Elämän loppuvaiheen hoito. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito> [viitattu 12.1.2025].

Vuori, J., 2021. Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/> [viitattu 23.5.2025].

WHO. 2020. Palliative care. World Health Organization. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.8.2020. Saatavissa: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care> [viitattu 4.4.2025].

Taulukko 1. Oppaiden rakenteellisia ominaisuuksia

Bibliografiset tiedot	Koko	Laajuus	Visualisointi	Sisällön rakenne
<p>Marttila, J. &amp; Myyryläinen, R. 2023. Keuhkokuumeen kotihoito-opas kotisairaallalle. Opinnäytetyö. PDF-tiedosto. Saatavissa: <a href="https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202404116264">https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202404116264</a> [viitattu 20.4.2025].</p>	Taitettava A4 eli A5	8 sivua	Eloisan visualisoinnin ja grafiikan kriteerit (Eloisan logo, vihreät väliotsikot, raamit taulukoissa, musta fontti, vihreä-valkoinen tausta)	Etusivu, jossa pääotsikko ja toimeksiantaja sekä kohderyhmä, toisella sivulla sairaus ja sen oireet, seuraavalla sivulla hoito, miten ehkäistä, taulukoihin selkeytetty tärkeitä kokonaisuuksia. Muistiinpano-sivu. Viimeisellä sivulla yhteystietoja ja seurantakanavat ja internetosoite + Eloisan logo.
<p>Ronkainen, T. &amp; Sinkkonen, N. 2022. Erityisherkyys lapsella. Opas vanhemmille ja hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <a href="https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202202032077">https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202202032077</a> [viitattu: 20.4.2025].</p>	A5	16 sivua	Visualisoinnissa hyödynnetty Sosterin aikaisia grafiikan ja visualisoinnin kriteereitä, esim. vaalean sininen fontti ja Sosterin logo. Oppaassa valokuvia ja ajatuskuplia. XAMKin logo.	Kansilehti, sisällysluettelo, sivukohtaisesti jaettu tiedonjako otsikoin, viimeisellä sivulla lisätietoja.
<p>Surevan kohtaaminen, s.a. Surevan kohtaamisen -toiminnan esite. PDF-dokumentti. Saatavissa: <a href="https://www.surevankohtaaminen.fi/wp-content/uploads/2024/04/Surevan_haitariesite_2024.pdf">https://www.surevankohtaaminen.fi/wp-content/uploads/2024/04/Surevan_haitariesite_2024.pdf</a>. [viitattu 20.4.2025].</p>	215.9 x 279.4 mm	Kaksipuolinen, useampi sarake, kokoon taitettava	vaalean sininen pohja, fonttina Arial, otsikoiden väreinä tumman sininen ja lihavointi, tekstissä käytettä vaalean sinistä, asiayhteyteen sopivia kuvia. Otsikon ensimmäinen sana muusta fontista poikkeava	Selkeytetty ja rajattu: kohtaa sureva yksilönä, osoita myötätuntoni, anna aikaasi, anna tietoa, kunniota surua, ohjaa eteenpäin, sekä jokaisen otsikon alla lisätietoja. Toisella puolella lisätietoja toiminnasta. Etenee loogisesti ja kappalejako selkeää.

## Liite 2

Taulukko 2. Tiedonhakutaulukko

<b>Tietokanta</b>	<b>Hakusanat</b>	<b>Rajaukset</b>	<b>Hakutulosten määrä</b>	<b>Valittujen lukumäärä</b>
Finna.fi	Palliativisen hoidon osaaminen	-	361	yksi
Finna.fi	palliat* puhe*	-	62	yksi
Ebsco	Talk about end of life	CINAHL with full text	41	yksi
Journal.fi	Palliat* hoitolinj* puheek*		50 124	yksi
Journal.fi	kuolema puheeksi		2 517 736	yksi

Taulukko 3. Tutkimustaulukko

Valitut tutkimukset	Tutkimuksen tarkoitus ja kohderyhmä	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Artkoski, M. &amp; Hyvärinen, M-L. 2016. Lääkärit puhuvat kuolemasta. <i>Suomalaisen Kuoleman-tutkimuksen seura ry</i> 5. Verkkolehti. Saatavissa: <a href="https://journal.fi/thanatos/article/view/137538/85585">https://journal.fi/thanatos/article/view/137538/85585</a> [viitattu 29.1.2025].</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen teema kuolema on lääkäreille ja miten he puhuvat kuolemasta. Kohderyhmänä 27 lääkäriä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa hyödynnetty avointa haastattelua.</p>	<p>Lääkärit suosivat asiapainottisuutta ja suoraa kertomusta kuolemasta mahdollisuuksien mukaan potilaalle ja omaisille usein lähellä kuolemaa. Lääkäriltä suositetaan rauhoittavaa, selkeää, myönteistä, yksilökeskeistä tukijaa, joka on valmis kuuntelemaan ja käsittelemään tapahtunutta. Usein lääkärit kokevat tilanteen vaikeaksi.</p>
<p>Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R. &amp; Strupp, J. 2019. How to talk about attitudes toward the end-of-life: a qualitative study. <i>American journal of hospice and palliative medicine</i>, Volume 36, issue 8, sivut 697-704. WWW-dokumentti. Saatavissa: <a href="https://doi.org.ezproxy.xamk.fi/10.1177/1049909119836238">https://doi.org.ezproxy.xamk.fi/10.1177/1049909119836238</a> [viitattu 31.1.2025].</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa erityisvaatimuksista sekä olosuhteista viestinnän tueksi eri hoitoympäristöissä, kun potilas on elämän loppuvaiheen hoidossa. Tutkimus on alun perin tehty Saksassa.</p> <p>Kohderyhmänä oli 4 ryhmää, jotka koostuivat vapaaehtoisista sekä 18 palliatiivisen ja saattohoidon henkilökunnasta</p>	<p>Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna eli puoliksi suunnitellulla haastattelulla elämään liittyvän hoidon ja sen kokemuksen ajatuksista. Aineisto kerättiin hyvin sanatarkasti nauhoituksen ja puhtaaksikirjoituksen avulla. Tulokset analysoitiin sisällöllisenä analyysinä. Kyseessä laadullinen tutkimus.</p>	<p>Keskustelut elämään päättymisestä koostuvat hyvästä ja rauhallisesta ilmapiiristä, luottamuksesta, hoitajien asenteista sekä hyvistä vuorovaikutustaidoista.</p>
<p>Haavistola, N., Laakkonen, M. &amp; Myller, H. 2015. Saattohoitopäätös ja puheeksi ottaminen. Myller, H. (toim.). <i>Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa: inhimillisesti</i></p>	<p>Artikkeli koostuu opinnäytetyön pohjalta tehdyn tutkimuksen mukaan saattohoitopäätöksentekoon ja sen puheeksi ottamiseen Paletti-hankkeen alueella. Siinä on tarkoitus sel-</p>	<p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Siinä käytettiin teemahaastattelua. Aineisto analysoitiin sisällöllisenä analyysinä teemoja hyödyntäen.</p>	<p>Terveystieteiden ammattilaisten kohdalla saattohoitopäätöksestä puhuminen on tuntunut vaikealta. Vaikeutta siihen on tuonut elämänsä kaaren hyväksyminen ja valmius tilanteeseen.</p>

<p>potilaan parhaaksi. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisu B:35. Joensuu: Laser media oy, 24-31. E-kirja. Saatavissa: <a href="https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87121/B35.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87121/B35.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a> [viitattu 6.2.2025].</p>	<p>vittää, miten saattohoitopäätöksen teko toteutuu ja miten se otetaan puheeksi. Kohderymänä oli kaksi lääkärinä ja kolme sairaanhoitajana.</p>		
<p>Mäenpää, P., Lamminmäki, A., Kaakinen, P. &amp; Hökkä, M. 2021. Potilaiden ja läheisten näkemyksiä lääkärin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. <i>Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti</i>, Vol 58, nro 2. PDF-tiedosto. Saatavissa: <a href="https://doi.org/10.23990/sa.102483">https://doi.org/10.23990/sa.102483</a> [viitattu 29.1.2025].</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata lääkärin osaamista palliatiivisessa hoidossa sekä saattohoidossa potilaiden ja heidän läheistensä kokemana.</p> <p>Kohderymänä palliatiivisen hoidon potilaat ja heidän läheiset (n=41).</p>	<p>Palliatiivisen hoitotyön sekä lääketieteellisen koulutuksen monialaisen työelämälähtöisen hankkeen laatima avoin kysely ”mitä jokaisen lääkärin tulisi osata palliatiivisesta hoidosta sekä saattohoidosta?”</p> <p>Aineisto analysoitu induktiivisen sisällön analyysinä.</p>	<p>Palliatiivisessa hoidossa lääkärin tulisi osata hyvä vuorovaikutusosaaminen sekä potilaan ja omaisten kohtaamistaidot.</p>
<p>Tohmola, A., Auramo, P., Kaakinen, P., Lamminmäki, A., Lehto, J., Muurinen, K., Rajala, M. &amp; Hökkä, M. 2023. Palliatiivisen hoidon osaaminen sairaanhoitajien ja lääkärin kuvaamana. Pohjoisen tekijät – Lapin ammattikorkeakoulun julkaisu 39/2023. Tutkimusraportti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <a href="https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-316-505-2">https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-316-505-2</a> [viitattu 29.1.2025].</p>	<p>Edupal-hankkeen (2018–2021) tarkoituksena oli kerätä palliatiivisen hoidon koulutuksen kehittämiseksi tietoa sairaanhoitajien sekä lääkärin palliatiivisen hoidon osaamisesta eri tasoilla.</p> <p>Kohderymä: palliatiivisen hoidon asiantuntijat (n=193), sairaanhoitaja (n=129) sekä erityispätevyyslääkärit (n=64).</p>	<p>Tutkimus laadittiin kyselynä avointen kysymysten pohjalta jakautuneena 10 eri osa-alueeseen, jotka analysoitu induktiivisena sisällöllisenä analyysinä.</p>	<p>Niin lääkärin kuin hoitajankin on osattava ottaa palliatiivisesta – tai saattohoitopäätöksestä asia oikea-aikaisesti puheeksi, mikä vaatii rohkeutta ja omaa uskallusta puhua avoimesti tilanteessa. Tilanne tulee käydä potilaan ja omaisten kanssa keskustellen. vuorovaikutustilanteen tulee olla kiireetön, tapahtua rauhallisessa ympäristössä niin, että potilaalle annetaan aikaa ja tukea, sekä kuunnellaan tarpeen mukaan. Herkkyys tunteiden tulkitsijana korostuu terveydenhuollon ammattilaisen kohdalla.</p>

## Saatekirje

Arvoisa terveydenhuollon ammattilainen,

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta, Savonlinnasta. Teen tällä hetkellä opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on lisätä tietoa palliatiivisen - ja saattohoitolinjauksien puheeksi ottamisesta potilaalle. Tietoa jaetaan taskukokoisen oppaan muodossa, jota terveydenhuollon ammattilainen voi kyseisen tilanteen kohdatessa hyödyntää. Pyytäisinkin teitä tutustumaan oppaaseen ja vastaamaan aihetta käsittelevään palautekyselyyn.

Palautekyselyssä huomioidaan oppaan rakenteeseen, ulkoasuun sekä asiasisältöön liittyviä kysymyksiä, joihin teillä on mahdollisuus vaikuttaa. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista sekä vastaukset annetaan nimettömästi. Palaute käsitellään myös asianmukaisesti ja hävitetään käytön jälkeen.

Palautekysely toteutetaan Webropol-kyselynä ja vastausaikaa on 30.9.2025 saakka. Vastausaikaa kestää n. 10 minuuttia.

Linkki e-oppaaseen: [Palliatiivinen hoitolinjaus ja saattohoitopäätös puheeksi - taskuopas terveydenhuollon ammattilaiselle](#)

Linkki kyselyyn: <https://link.webropolsurveys.com/S/B5A62276378BF9F6>

Linkki tutkimustiedotteeseen: [https://ksamk-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/omapu017\\_edu\\_xamk\\_fi/ET5ANIQrCStEmAxQ\\_aqfjDEB-NcqEjhwOoXMWGXLOQD3rQ?e=EbL9Ur](https://ksamk-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/omapu017_edu_xamk_fi/ET5ANIQrCStEmAxQ_aqfjDEB-NcqEjhwOoXMWGXLOQD3rQ?e=EbL9Ur)

Vastaamiseen on erityisen arvokasta ja antaa mahdollisuuden oppaan viimeistelyyn. Kiitos osallistumisestanne!

Ystävällisin terveisin,

Marjo Pulkkinen  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (XAMK)

Ohjaajat:

Kiia Londén	Sari Pölönen	Pirjo Heimo
Vastaava sairaanhoitaja	Lehtori	Lehtori
Palliatiivinen keskus 2B, Savonlinna	XAMK	XAMK
Etelä-Savon hyvinvointialue		

## **Tutkimustiedote**

Kerromme tässä tutkimustiedotteessa tutkimuksesta, sen tavoitteista, toteutuksesta ja tulosten raportoinnista. Opinnäytetyön aiheena on palliatiivisen – ja saattohoitolinjauksien puheeksi ottaminen potilaan kanssa, johon sisältyy myös hoidon rajausten puheeksi ottaminen. Kyseisestä aiheesta tuotetaan tuotekehitysprosessina taskukokoinen opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle, jota voidaan hyödyntää potilaiden kohdalla palliatiivisen – ja saattohoitolinjauksien puheeksi ottamisen yhteydessä.

### **Tutkimuksen tekijät**

Sairaanhoitajaopiskelija Marjo Pulkkinen  
XAMK

Yhteyshenkilö tutkimukseen liittyvissä kysymyksissä:  
vastaava sairaanhoitaja Kiia Londén  
Palliatiivinen keskus 2B, Savonlinna

### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Pyydämme sinua osallistumaan opinnäytetyössä tuotettuun taskukokoiseen oppaaseen liittyvään palautekyselyyn. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa palliatiivisen – ja saattohoitolinjauksien puheeksi ottamisesta. Tarkoituksena on tuottaa taskukokoinen opas palliatiivisen – ja saattohoitolinjauksien puheeksi ottamisesta palliatiivisen keskuksen hyödynnettäväksi.

### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää tutkimukseen osallistumisesi tai peruuttaa jo antamasi suostumuksen syytä ilmoittamatta milloin tahansa tutkimuksen aikana eikä siitä koidu sinulle kielteisiä seurauksia.

Sinulla on oikeus saada pääsy tietoihin, oikeus oikaista tietoja, oikeus rajoittaa tietojen käsittelyä ja oikeus vastustaa henkilötietojen käsittelyä. Keskeyttäessäsi tutkimukseen osallistumisesi, sinusta siihen mennessä kerättyjä henkilötietoja, näytteitä ja muita tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

### **Tutkimuksen kulku**

Tuote esitellään Webropol-palautekyselyn avulla, joka on avoinna kaksi kuukautta 6.8.–30.9. välisen ajan. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia. Kyselyssä on yhteensä 12 suljettua kysymystä ja yksi avoin kysymys. Ennen palautekyselyyn vastaamista suosittelen tutustumaan taskuoppaan ulkoasuun ja asiasisältöön, mikä vie aikaa noin 10 minuuttia.

### **Tutkimuksen mahdolliset hyödyt sekä haitat/riskit ja niihin varautuminen**

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää opinnäytetyön kehittämistä ja viimeistelyä varten.

### **Tutkimusaineiston käsittely**

Palautekyselyyn vastataan nimettömästi. Kyselyn tuloksia hyödynnetään ke-

hittämään taskuopasta ja sen yksityiskohtia. Kaikki tutkimukseen liittyvät materiaalit hävitetään asianmukaisesti käytön jälkeen.

### **Tutkimustulokset ja niistä tiedottaminen**

Tuloksista raportoidaan valmiissa opinnäytetyössä, josta tutkimustulokset voidaan lukea analysoinnin ja tutkimustulosten perusteella. Palautekyselyssä ei voida tunnistaa henkilötietoja eikä niitä käytetä opinnäytetyössä.

### **Tutkimuksen korvaukset tutkittavalle**

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

## Palautekysely

Palautekyselyssä huomioidaan taskuoppaan ulkoasuun, rakenteeseen sekä asiasisältöön liittyviä kysymyksiä, joihin teillä on mahdollisuus vaikuttaa. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, luottamuksellista ja vastaukset tallentuvat nimettömästi. Palaute käsitellään asianmukaisesti ja hävitetään käytön jälkeen.

Kysely on avoinna 6.8.-30.9.2025 välisen ajan ja aikaa vastaamiseen menee n. 10 minuuttia.

Kiitos vastauksestanne!

**1. Tutkimustiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja tietojeni käsittelystä siten, että henkilötietojani tai epäsuoria tunnisteita, joista minut voitaisiin tunnistaa, ei käsitellä.**

**Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa. Tutkimuksen keskeyttämisestä ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia.**

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani tutkimustiedotteen ja haluan osallistua tutkimukseen.

## 2. Oppaan ulkoasu ja rakenne

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Otsikointi on informatiivista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teksti etenee johdonmukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fontti on sopivan kokoinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teksti on selkeää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pääasiat erottuvat selkeästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppaan värimaailma on miellyttävä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Oppaan asiasisältö

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Kieli on helpolukuista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietoa on riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opas on sopivan mittainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sisältö on mielenkiintoinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sisältö on käytännönläheinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 4. Opas lisää tietoa palliatiivisen - ja saattohoitolinjauksen puheeksi ottamisesta ja tukee minua työssäni



Täysin eri mieltä



Jokseenkin eri mieltä



Ei samaa eikä eri mieltä



Jokseenkin samaa mieltä



Täysin samaa mieltä

### 5. Vapaamuotoinen palaute ja kehityschdotukset

---

---



### MIKSI HOITOLINJAUS TAI HOIDON RAJAUS ON HYVÄ OTTAA PUHEEKSI?

- Asiakkaalla on oikeus saada tietoa ja tärkeää on, että hän saa tiedon tarpeeksi ajoissa [9].
- Parantaa asiakkaan hoitotytyväisyyttä [6].
- Vähentää asiakkaan sekä omaisten ahdistuneisuutta ja asiat selkeytyvät [6].
- Antaa aikaa käsitellä tilannetta, siitä heränneitä tunteita ja ajatuksia [9].

### Asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen

Palliatiivisen hoitolinjauksen, saattohoitopäätöksen tai -hoidonrajausten lähtökohtana on yksilöllinen asiakkaan sairaustilanne ja ennuste lääketieteellisine perusteluineen. Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus saada päättää asioistaan ja sitä kautta mahdollisuus myös rajoittaa omaisten tiedonsaantia [9]. Puheeksiottotilanteessa huomioidaan asiakkaan hoitotahdon mukaiset arvot ja toiveet [11].

### KUKA OTTAA HOITOLINJAUKSEN TAI HOIDON RAJAUKSEN PUHEEKSI?

- Lääkäri on aina vastuussa asiakkaan palliatiivisen hoidon tai saattohoidon hoitopäätöksistä, mutta **hoitolinjaus- tai hoidon rajauspäätöksen esille tuojana voi toimia kuka tahansa hoitoon osallistuva henkilö** ja päätöksestä onkin keskusteltava asiakkaan kanssa [5].

### Oikea-aikainen tiedonjako

Palliatiivisen hoitolinjauksen, hoidon rajauksen tai saattohoitopäätöksen tiedonjaon tulisi olla realistista ja ymmärrettävää. Asiakkaalle tulisi antaa mahdollisuus kysymyksiin, ja siksi tilanteessa on tärkeää olla myös kärsivällinen. Koska asiakas ei ole aina valmis vastaanottamaan kaikkea tietoa kerralla, asiasta käydään mahdollisesti useampi keskustelu. Tietoa voi jakaa myös kirjallisena [9].

### MILLOIN HOITOLINJAUS TAI HOIDONRAJAUS OTETAAN PUHEEKSI?

- *Palliatiivinen hoitolinjaus* otetaan puheeksi kuolemaan johtavan sairauden hoidossa, kun jarruttavaa tai parantavaa hoito ei enää ole. Asiasta suositellaan keskustelemaan ennakoivasti [4].
- *Saattohoitopäätös* otetaan puheeksi viimeistään, kun elinajanodote on lyhyt ja kuoleman merkit ovat nähtävissä [4].
- Palliatiivinen hoitolinjaus, saattohoitopäätös ja hoidon rajaus otetaan puheeksi myös hoidon tuomien muutosten yhteydessä [4].
- Ihanteellinen tilanne puheeksi ottamiselle on, kun asiakas itse pystyy vielä ymmärtämään, vastaamaan ja tuomaan esille omia tarpeitaan ja toiveitaan loppuelämänsä hoidosta [4].

### Avoin keskustelu

Puheeksiottotilanteessa on hyvä varmistaa rauhallinen ympäristö. Asiakkaat usein toivovat terveydenhuollon ammattilaiselta, luottamusta, tukea, kuuntelutaitoa ja välittämistä. Kun terveydenhuollon ammattilainen on tilanteen tasalla, hän pystyy huomioimaan asiakkaalla heränneet tunteet [1,5,9]. Toisinaan joudutaan varautumaan yllättäviin tilanteisiin [3]. Asiakasta ei tule keskustelun jälkeen jättää yksin [9].

### Omaisten huomioiminen

Jos asiakas myöntää omaisten mahdollisuuden osallistua palliatiivisen hoitolinjauksen tai saattohoitopäätöksen hoitoneuvotteluihin, tietoa jaetaan monipuolisesti hoitovalinnoista ja niiden mahdollisuuksista. Yhteinen aika asiakkaan ja omaisten välillä näiden hoitopäätösten yhteydessä vahvistuu [1]. Omaisilla tulee olla mahdollisuus myös käsitellä päätöksiä jälkikeskustelussa [2].

### Asiantuntijuuden vahvistuminen puheeksiottajana

Terveydenhuollon ammattilainen kehittyi jatkuvasti vuorovaikutustaidoissaan, mitä enemmän kohtaa palliatiivista hoitolinjausta tai saattohoitopäätöstä käsitteleviä neuvotteluja. Ammattilaisena voi pohtia kehityskohteitaan ja on tärkeää olla armollinen itselleen [2,3,7]. Haastavissa tilanteissa keskustelu esimiehen kanssa voi auttaa. [9].

