

Jenni Vainio & Elina Välinen

HOITOTYÖN AMMATTILAISTEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON TARPEEN TUNNISTAMISESSA

HOITOTYÖN AMMATTILAISTEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON TARPEEN TUNNISTAMISESSA

Jenni Vainio & Elina Välinen
Tutkimuksellinen kehittämistyö
Kevät 2023
Kliininen asiantuntija (YAMK)
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija, Palliatiivinen hoitotyö, YAMK

Tekijät: Jenni Vainio & Elina Välinen

Opinnäytetyön nimi: Hoitotyön ammattilaisten osaamisen kehittäminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa

Työn ohjaajat: Reetta Saarnio & Arja Rantala

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2023

Sivumäärä: 63 + 9 liitettä

Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa Euroopassa lähivuosina ja kaikki kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavat ihmiset kuuluvat palliatiivisen hoidon piiriin diagnoosista riippumatta. THL:n vuonna 2022 julkaisemassa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuosituksissa edellytetään, että kaikilla hoidon tasoilla tunnistetaan palliatiivisen hoidon tarve. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen on edellytys hyvälle loppuelämän hoidolle, ja hoitajat tarvitsevat osaamista lähestyvän kuoleman tunnistamiseen.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön ammattilaisten osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tavoitteena oli lisätä osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tutkimuksellinen kehittäminen sisälsi kaksi vaihetta. Tutkimusosiota varten luotiin teoretietoon pohjautuva kysely Webropol-kyselytyökalulla, jonka avulla kartoitettiin hoitotyön ammattilaisten osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisesta toukokuussa 2022. Kysely lähetettiin aikuispotilaita hoitavien osastojen hoitohenkilökunnalle ja vastausprosentiksi saatiin 28 % (n=91). Kysely analysoitiin SPSS Statistics 28-ohjelmalla ja avoin kysymys teemoittelun avulla. Tulosten mukaan osallistujat arvioivat tietonsa ja ymmärryksensä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta hyväksi. Sen sijaan hoidon tarpeen tunnistamisen arvioitiin olevan tietoon ja ymmärrykseen verrattuna heikompaa. Vaikka ymmärrys palliatiivisesta hoidosta arvioitiin hyväksi, eivät osallistujat tulosten mukaan täysin ymmärtäneet palliatiivisen hoidon vaikutusta potilaan muiden sairauksien hoitoon tai palliatiivisen hoidon riippumattomuutta diagnoosista. Osallistujat arvioivat saattohoidon tietämyksensä, ymmärryksensä sekä hoidon tarpeen tunnistamisen olevan vahvempaa verrattuna palliatiivisen hoidon osioihin.

Kehittämisvaiheessa tutkimusvaiheen tulosten pohjalta tuotettiin potilastapaukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen työpajakoulutukseen, joka suunnattiin samalle kohde-ryhmälle kuin kysely. Potilastapausten läpikäymisen jälkeen brainwriting-menetelmän avulla ideoitiin tapoja, jolla tähän potilasryhmään kuuluvien potilaiden tunnistamista olisi mahdollista edistää.

Keskussairaalan alueella kehitetään palliatiivista hoitoa, joten tämän tutkimuksellisen kehittämistyön sisältöä hoitotyön ammattilaisten osaamisesta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisesta voidaan hyödyntää kehityksen tukimateriaalina. Kehittämisvaiheen työpajan avulla lisättiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamista ja tuotettua koulutusmateriaalia tullaan hyödyntämään jatkossakin koulutuksissa.

Asiasanat: hoidon tarve, hoitotyön ammattilainen, osaamisen kehittäminen, palliatiivinen hoito, saattohoito, tunnistaminen.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Clinical Expertise, Option of Palliative Care

Authors: Jenni Vainio & Elina Välinen

Title of thesis: Developing the competence of nursing professionals in identifying the need for palliative and terminal care

Supervisors: Reetta Saarnio & Arja Rantala

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2023

Number of pages: 63 + 9

The need for palliative care will increase in Europe in the coming years and all people with a fatal or life-threatening disease be included in the palliative care, regardless of their diagnosis. The quality recommendations for palliative and terminal care published by the Finnish Institute for Health and Welfare in 2022 require that the need for palliative care be identified at all levels of care. Identifying the need for palliative care and terminal care is a prerequisite for good end-of-life care and nurses need the skills to identify impending death.

The purpose of the research-based development work was to develop, and the aim was to increase the competence of nursing professionals in identifying the need for palliative and terminal care. The research-based development work included two phases. For the research section, a theoretically based survey was created using the Webropol survey tool, which was used to map the competence of nursing professionals in identifying the need for palliative care and terminal care. The survey was carried out in May 2022. The survey was sent to the nursing staff of wards treating adult patients and the response rate was 28% (n=91). The survey was analyzed with the SPSS Statistics 28-program and the open-ended question with the help of themes. According to the results, the participants rated their knowledge and understanding of palliative and terminal care as good. Although the understanding of palliative care was assessed as good, according to the results, the participants did not fully understand the impact of palliative care on the treatment of the patient's other diseases or the independence of palliative care from the diagnosis. According to the results, terminal care as a concept was better known than palliative care.

Based on the results of the research phase, patient cases were produced for a workshop training on identifying the need for palliative and terminal care, which was directed to the nurses who participated in the survey. After going through the patient cases, the brainwriting method was used to brainstorm ways in which it would be possible to promote the identification of this group of patients.

Palliative and terminal care is being developed in the central hospital area, so the content of this work on the competence of nursing professionals in identifying the need for palliative and terminal care can be utilised as support material for development. In addition, with the help of a workshop in the development phase of this work, we increased the competence to identify the need for palliative and terminal care, and the training material produced will continue to be used in training.

Keywords: competence development, identification, need for care, nursing professional, palliative care, terminal care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	HOITOTYÖN AMMATTILAINEN OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA.....	9
2.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito	9
2.2	Palliatiivisen hoidon tarve, haasteet ja hyödyt	11
2.3	Hoitotyön ammattilaisen palliatiivisen hoidon osaaminen sekä osallisuus moniammatillisessa tiimissä	12
2.4	Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen työkaluja	14
3	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	20
4	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	21
4.1	Kyselylomakkeen kehittäminen	21
4.2	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu	24
4.3	Aineiston analyysi.....	24
5	TUTKIMUSVAIHEEN TULOKSET.....	27
5.1	Hoitotyön ammattilaisten tieto ja ymmärrys palliatiivisesta hoidosta.....	28
5.2	Hoitotyön ammattilaisten oman osaamisen arviointi palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta.	31
5.3	Hoitotyön ammattilaisten osaaminen potilasta koskevien tietojen merkityksestä palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa	33
5.4	Hoitotyön ammattilaisten näkemys oman työyksikkönsä osaamisesta palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa, sekä puheeksi ottamisessa	35
5.5	Hoitotyön ammattilaisten koulutustarpeet palliatiiviseen hoitoon liittyen	38
5.5.1	Käsitteiden avaaminen.....	38
5.5.2	Päätöksenteko ja potilaan hoitopolku.....	38
5.5.3	Hoitajan rooli.....	39
5.5.4	Palliatiivinen hoito ja sen keinot potilaan auttamiseksi sekä palliatiiviseen hoitoon liittyvät koulutukset	39
5.5.5	Yhteistyö	40
6	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN KEHITTÄMISVAIHEEN TOTEUTTAMINEN....	41
6.1	Potilastapausten luominen	41
6.2	Hoitohenkilökunnalle suunnattu työpaja	43

7	POHDINTA.....	44
7.1	Tutkimusosion tulosten tarkastelu	44
7.2	Kehittämisosion tarkastelu.....	46
7.3	Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu	47
7.4	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	49
7.5	Johtopäätökset ja tulevaisuuden kehittämishaasteet.....	52
	LÄHTEET.....	54
	LIITEET.....	64

1 JOHDANTO

Palliativisen hoidon tarpeen on arvioitu kasvavan Euroopassa lähivuosina väestön ikääntymisen myötä (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019) ja arvion mukaan 30–50 % länsimaaisista ihmisistä kuolee sairaalaympäristöissä (Olsson ym. 2021, 426), eivätkä kaikki saa näyttöön perustuvaa loppuelämän hoitoa (Haavisto ym. 2021, 577). Palliativista hoitoa toteutetaan moniammatillisesti ja kuolema koetaan palliativisessa hoidossa normaalina tapahtumana. Kroonisen sairauden rinnalle ajoissa aloitettu palliativinen hoito parantaa potilaan ja hänen läheisten elämänlaatua, sekä vähentää tarkoituksettomia sairaalakäyntejä sekä hoitoja. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.) Maailman terveysjärjestön määritelmässä kaikki kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavat ihmiset kuuluvat palliativisen hoidon piiriin diagnoosista riippumatta (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019; WHO 2022; WHO 2021, 9). Saattohoito kuuluu palliativiseen hoitoon, ja se sijoittuu elämän viimeisiin viikkoihin tai päiviin (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019). Palliativisen hoidon kehityksen myötä yhä useammalla on mahdollisuus saada palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa, mutta edelleen haasteena on palliativisen hoidon piiriin pääseminen, tai sinne pääseminen liian myöhään (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2022, 21).

Hoitajien osaaminen on suuressa roolissa loppuelämän hoidon toteuttamisessa (Haavisto ym. 2021, 577), ja heiltä edellytetään osaamista potilaiden hoitolinjausten (Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020, 277) ja lähestyvän kuoleman tunnistamisessa (Haavisto ym. 2021, 578). Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen vuonna 2022 julkaisemassa palliativisen hoidon ja saattohoidon laatusuosituksissa edellytetään, että kaikilla hoidon tasoilla tunnistetaan palliativisen hoidon tarve ja ohjataan potilas oikea-aikaisesti tarpeenmukaiseen hoitoon (THL 2022, 21). Suomessa palliativista hoitoa toteutetaan kolmiportaisen järjestämismallin mukaisesti (A- B- ja C-tasot), ja etenkin A-tasolla on tärkeää tunnistaa palliativisen hoidon tarpeessa olevat potilaat (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2021).

Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin eräässä keskussairaalassa yhteistyössä palliativisen keskuksen kanssa. Alueella kehitetään palliativista hoitoa, joten tutkimuksellisen kehittämistyömme sisältöä ja tuloksia voidaan hyödyntää kehityksen tukimateriaalina. Tutkimuksellisen kehittämistyömme tarkoituksena oli kehittää erään keskussairaalan hoitotyön ammattilaisten osaamista palliativisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tavoitteenamme oli lisätä

osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tutkimuksellinen kehittäminen sisälsi tutkimus- ja kehittämisvaiheen. Tutkimusosion tarkoituksena oli kartoittaa keskussairaalan hoitotyön ammattilaisten osaamista liittyen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamisesta ja osaamisen puutteista.

Kehittämisvaiheen tarkoituksena oli tuottaa tutkimusosion tulosten pohjalta materiaalia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamiseen. Tavoitteena oli, että tuotettua materiaalia voidaan hyödyntää hoitotyön ammattilaisten työpajakoulutuksessa. Kehittämisvaiheen työpajan suunnittelussa hyödynnettiin palliatiivisen keskuksen asiantuntemusta.

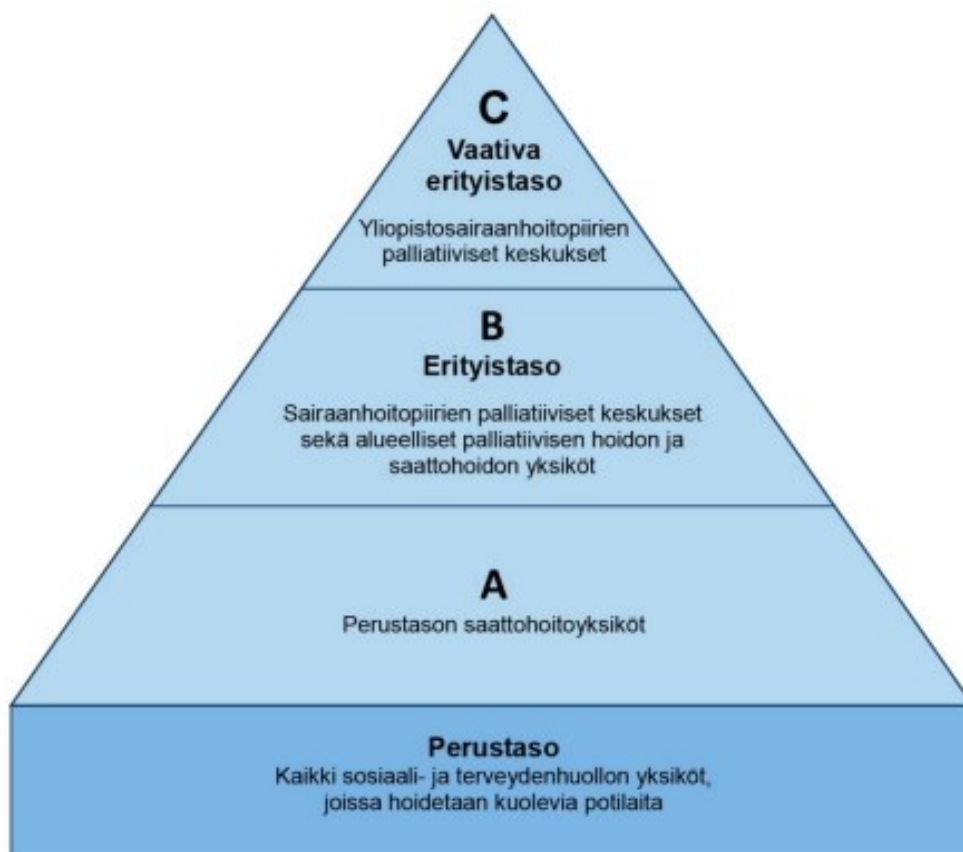
2 HOITOTYÖN AMMATILAINEN OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA

Suunnitelmavaiheessa tiedonhaku suoritettiin systemaattisella haulla Medic-, PubMed- ja EBSCOhostCINAHL-tietokannoista. Tiedon hakemiseen ja hakulausekkeiden muodostamiseen saatiin ohjausta Oulun ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikolta. Liitteessä 1 on kuvattu tiedonhakuprosessimme. Työhön hyväksyttiin mukaan vuoden 2011 jälkeen julkaistua aineistoa, joka käsitteli palliatiivisen hoidon tarpeessa olevan potilaan tai saattohoitopotilaan tai kuolevan potilaan tunnistamista ja näihin potilasryhmiin kuuluvien potilaiden hoitamista, joko erikoissairaanhoidossa tai kotisairaalassa. Lopulta työn aihe tarkennettiin koskemaan vain sairaalanympäristöä, ja kotisairaala jätettiin työstä pois. Lisäksi tehtiin yksittäisiä hakuja suunnitelma- ja raportointivaiheessa, joissa hakusanoihin lisättiin hakusanat "identifying" ja "competence development". Tiedonhaku toistettiin tutkimuksellisen kehittämistyön raportointivaiheessa aiempien tietokantojen lisäksi OVID-Journals@Ovid Full Text- ja GoogleScholar -tietokantoihin. Artikkelien lähdeluetteloista saatiin myös materiaalia työhön. Tutkimuksellisen kehittämistyön keskeiset käsitteet ovat palliatiivinen hoito, saattohoito, hoidon tarve, tunnistaminen, hoitotyön ammattilainen ja osaamisen kehittäminen.

2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavaa, parantumattoman tai henkeä uhkaavan sairauden sairastavan potilaan ja hänen läheisten moniammatillista (Hökkä ym. 2020, 852), kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitoa (Salin ym. 2021, 143). Palliatiivinen hoito on viime vuosina laajentunut kattamaan syöpätautien lisäksi myös kaikki krooniset ja elämää rajoittavat sairaudet (Lüthi ym. 2022, 762). Palliatiivisella hoidolla tavoitellaan potilaan ja hänen läheisten elämänlaadun ylläpitämistä sekä pyritään varhaisen tunnistamisen avulla ehkäisemään kärsimystä, hoitamaan oireita kokonaisvaltaisesti (Lehto & Sainio 2020; Tilvis & Antikainen 2015, 2238), sekä välttämään tarkoituksetonta kuoleman pitkittämistä (Tilvis & Antikainen 2015, 2238). Saattohoito sisältyy palliatiiviseen hoitoon keskittyen palliatiivisen hoidon loppuvaiheeseen ihmisen viimeisille elinviikoille tai elinpäiville (Salin ym. 2021, 143).

Suomessa palliatiivista hoitoa toteutetaan kolmiportaisen järjestämismallin mukaisesti (kuvio 1). Palliatiivisen hoidon perustasoon kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa kohdetaan kuolevia potilaita, kuten terveyskeskukset, sairaalan vuodeosastot ja vanhainkodit. A-tasolla ovat yksiköt, joissa saattohoito lukeutuu yhdeksi perustehtäväksi ja sitä on kehitetty muun toiminnan ohessa. Näiden tasojen tärkeä tehtävä on myös tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2021.) Sairaanhoitopiirien alaisuudessa toimiva B-taso on erityistaso, jonka muodostavat palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt. Näiden yksiköiden pääasiallinen tehtävä on palliatiivinen hoito ja niiden henkilöstö on erikoiskoulutettuja. C-tasolla ovat vaativan erityistason keskuksset, jotka toimivat yliopistosairaaloiden palliatiivisissa keskuksissa. Nämä yksiköt myös koordinoivat erityisvastuualueiden palliatiivista hoitoa, sekä vastaavat yhdessä eri oppilaitosten kanssa opetuksesta sekä tutkimuksesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 15–16.)



KUVIO 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen kolmiportainen malli (STM 2019, 16).

2.2 Palliativisen hoidon tarve, haasteet ja hyödyt

Palliativisen hoidon tarpeen on arvioitu lisääntyvän kaikissa potilasryhmissä Euroopassa lähivuosien aikana ja WHO:n arvion mukaan kotona toteutettavaa palliativista hoitoa Suomessa tarvitsee vuosittain noin 30 000 henkilöä (Lehto & Sainio 2020). Väestön ikääntymisen ja kroonisista sairauksista kärsivien ihmisten lisääntyminen johtaa todennäköisesti palliativisen hoidon tarpeen lisääntymiseen (Lüthi ym. 2020b, 1144). Pitkälle edennyttä kroonista sairautta sairastavien potilaiden palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen on välttämätöntä, koska kroonista sairautta sairastavien potilaiden hoito on yksi suuri haaste kansanterveysjärjestelmässä (Calsina-Berna ym. 2022, 3).

Palliativisen hoidon haasteena on se, ettei sen tarvetta tunnisteta (McCourt, Powerin & Glackin 2013, 511; Lehto & Sainio 2020) tai ymmärretä tarpeeksi hyvin, sitä ei ole taloudellisesti resursoitu riittävästi (Lehto & Sainio 2020), eikä ole selkeästi määritelty terveydenhuollon ammattilaisen vastuuta siitä, missä hoidon ympäristössä (Lüthi ym. 2022, 762) tai mihin aikaan palliativisen hoidon tarve tulisi tunnistaa (Lüthi ym. 2022, 762; Bennardi ym. 2020, 10). Lisäksi ymmärryksen puute palliativisen hoidon laajuudesta ja sen soveltamisesta on esteenä palliativisen hoidon käyttämiselle (Bennardi ym. 2020, 10). On todettu, ettei palliativista hoitoa vielä järjestetä Euroopassa asianmukaisesti (Hökkä ym. 2020, 852), eikä sen asema ja merkitys ole selkeä terveydenhuoltojärjestelmässä, ja se vaikeuttaa palliativiseen hoitoon siirtymistä (Fox ym. 2016, 2). Hyvän palliativisen hoidon onnistumisen esteenä on yleensä huono kommunikaatio terveydenhuollon sisällä (Lino & Williams 2021, 1011; Bennardi ym. 2020, 10) ja kommunikaation esteet palliativisessa hoidossa liittyivät viivästyneeseen diagnoosiin, aikarajoituksiin ja palliativisen koulutuksen puutteeseen. (Lino & Williams 2021, 1011). Palliativisen erikoisalain konsultoinnin esteenä nähdään hoitoon myöhään osallistuminen, hoidon määrittäminen ja hoidon keskeyttämisen lopullisuus. Lisäksi ajatellaan, että palliativinen hoito estää muiden sairauksien hoitamisen, kun yhden sairauden kohdalla ei ole enää mitään tehtävissä. (Kennedy ym. 2019.) Tutkimusten mukaan sairaaloissa vallitseva kiire estää laadukkaan palliativisen hoidon toteuttamista, sillä hoitajilla ei ole aikaa keskustella potilaiden ja heidän läheisten kanssa, vaikka se on erittäin tärkeää potilaan ahdistuksen ja pelkojen helpottamiseksi (McCourt ym. 2013, 513). Esteinä on myös havaittu olevan yhteen sopimattomuus sairaaloiden elämää ylläpitävän kulttuurin kanssa sekä alitajuinen kokemus hoitojen epäonnistumisesta (Bennardi ym. 2020, 11). Onkin tärkeää ymmärtää, ettei palliativisen hoidon

aloittaminen tarkoita hoidon epäonnistumista tai luovuttamista. Se on lisäpalvelu, jota pystymme tarjoamaan helpottamaan potilaan kärsimyksiä. (Tilvis & Antikainen 2015, 2239.)

Palliatiivisen hoidon tarpeessa olevia potilaita hoidetaan monissa erilaisissa hoitoympäristöissä. Potilaiden jäädessä ilman asianmukaista palliatiivista hoitoa sairaalakuolleisuus lisääntyy, vaikka potilaat mieluummin kuolisivat kotona. Lisäksi oirehallinta ei ole optimaalista, suunnittelemattomat sairaalakäynnit lisääntyvät ja hoitoajat pidentyvät, sekä potilaille määrätään turhia lääkkeitä hoitosuunnitelman puuttuessa, eivätkä potilaat ja heidän läheiset saa tarvittavaa tukea. Suurin osa palliatiivisen hoidon tarpeen potilaista voidaan hoitaa palliatiivisen hoidon perustasolla. Erityistason palliatiivista hoitoa tarvitsevat ne potilaat, joiden sairaus on epävakaa tai heillä on suurta eksistentiaalista ja psykososiaalista kärsimystä. Asiantuntijat ovat sitä mieltä, että palliatiivinen hoito ei ole niinkään liitännäinen sairauden diagnoosiin, sen ennusteeseen tai terminaalivaiheeseen, vaan enemmänkin potilaan tarpeeseen ja palliatiivinen hoito tulisivin liittää potilaan hoitoon varhaisessa vaiheessa. (Lüthi ym. 2020b, 1144–1146.)

Yleinen tietämys palliatiivisesta hoidosta, siihen liittyvät koulutukset ja kliiniset ohjeistukset parantavat palliatiivisen hoidon käyttöä (Bennardi ym. 2020, 10). Positiiviset asenteet ja asianmukainen tieto liittyvät laadukkaaseen hoidon toteuttamiseen (Alshammari 2022, 2) ja hyvä tiedonkulku turvaa hoidon jatkuvuuden hoidon siirtymä vaiheissa (Lino & Williams 2021, 1011). Laadukkaalla ja oikein ajoitetulla palliatiivisella hoidolla voidaan parantaa potilaiden elämänlaatua (Afsha ym. 2020, 2), välttää tarpeettomia toimenpiteitä (Korhonen & Poukka 2013) sekä pienentää terveydenhuollon kustannuksia (Salin ym. 2021, 144; Haavisto ym. 2021, 577) ja resursseja, sillä se vähentää päi-vystyskäyntejä ja erikoissairaanhoidon tarvetta (Salin ym. 2021, 144).

2.3 Hoitotyön ammattilaisen palliatiivisen hoidon osaaminen sekä osallisuus moniammatillisessa tiimissä

Tässä työssä hoitotyön ammattilaisilla tarkoitetaan sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia. Hoitajien ammatillinen osaaminen on suuressa roolissa loppuelämän hoidon laadussa sekä sen tarjoamisessa, ja sen oletetaan olevan osa osaamista (Haavisto ym. 2021, 577). Hoitajilla on yleensä läheisin kontakti potilaisiin ja heidän läheisiin, mikä auttaa heidän tarpeiden arviointia. Osaaminen

koostuu tiedoista, taidoista, asenteista, arvoista sekä uskomuksesta omaan kykyyn suorittaa tehtäviä. Palliatiivisen hoidon osaamisen varmistaminen edellyttää systemaattista arviointia ja hoitajan perustaitoihin kuuluu ymmärtää palliatiivisen hoidon merkitys ja olla tietoinen loppuvaiheen sairausprosesseista, lähestyvän kuoleman merkeistä sekä itse kuoleman vaiheista. (Hökkä ym. 2020, 852–853, 864.) Suomessa hoitajien koulutus palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta koetaan riittämättömäksi (Flinkkilä 2019, 6) ja STM:n mukaan osaamisvaje on yksi suuri haaste palliatiivisen hoidon kehittämiseksi. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen tulisi muodostua peruskoulutuksesta, täydennyskoulutuksesta ja erikoistumiskoulutuksesta, ja näistä kahta viimeistä koulutusta tulisi systemaattisesti tarjota työntekijöille. (STM 2019, 176.)

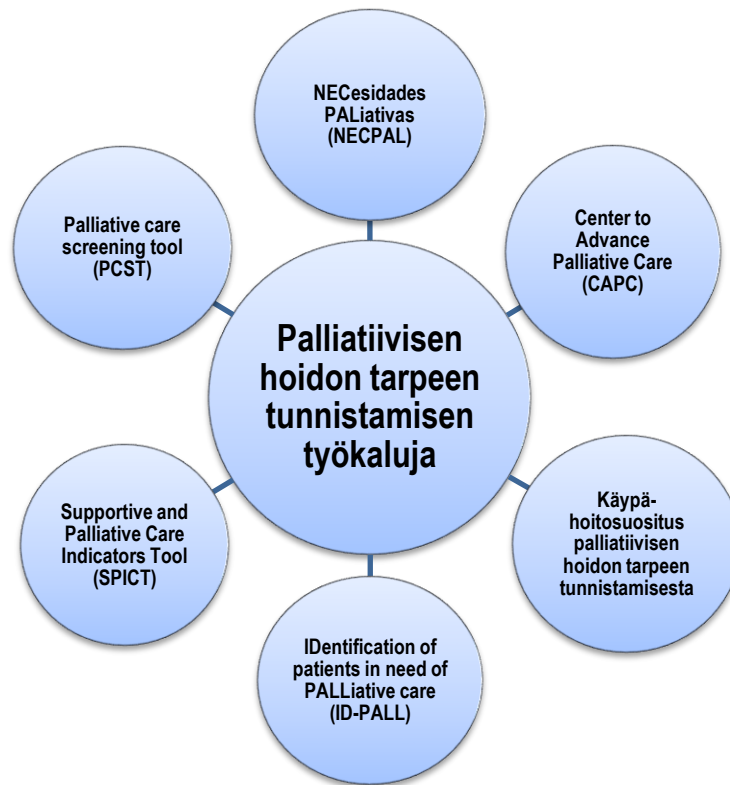
Palliatiivinen hoito on määritelty selkeästi, mutta palliatiivisen hoidon tarpeessa olevien yksilöiden tunnistaminen on haastavaa (Lüthi ym. 2020a, 2) selkeiden kriteerien puuttuessa (Lüthi ym. 2021a, 840). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen on edellytys hyvälle loppuelämän hoidolle (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019) ja sairaanhoitajat tarvitsevat osaamista lähestyvän kuoleman tunnistamiseen (Haavisto ym. 2021, 578). Tiedot merkittävälle edenneessä sairaudessa tai tietyt indikaattorit eri sairauksissa ovat merkkejä saattohoidon tai palliatiivisen hoidon aloittamiselle (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019). Yleensä hoitajat tunnistavat palliatiivisen hoidon tarpeen ja yrittävät välittää tiedon lääkäreille (Lüthi ym. 2020a, 2). Potilaan hoitolinjan kokonaistilanne tulee arvioida moniammatillisesti (Lowey 2017, 41) ja perustaa hoidonrajauspäätös sille, että potilaan jäljellä oleva elinaika olisi mahdollisimman laadukasta (Virkkunen, 2015).

Moniammatillinen työskentely edistää osaamista (Haavisto ym. 2021, 582) ja potilaan palliatiivinen hoito toteutuu parhaiten, kun sitä on tarjoamassa moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat lääkärit, hoitajat, sosiaalityöntekijät ja muut asiantuntijat. Sairaanhoitajilta odotetaan ammattitaitoista, kokonaisvaltaista ja asiantuntevaa hoitoa (Alshammari ym. 2022, 1–2) ja heidän odotetaan toimivan potilaiden puolestapuhujina (Alshammari ym. 2022, 1–2; Olsson ym. 2021, 32). He ovat myös hyvissä asemissa arviomaan ja toteuttamaan potilaiden hoitosuunnitelmia (Lowey 2017, 42). Potilailla ja heidän läheisillä voi olla palliatiivisesta hoidosta vääränlainen tai negatiivinen käsitys liittäen sen suoraan terminaalivaiheen hoidoksi, ja he saattavat kokea menettävänsä toivonsa, kun parantavan hoidon lopettamisesta keskustellaan (Bennardi ym. 2020, 13). Sairaanhoitajan kyvyllä kommunikoida potilaan kanssa on merkitystä siihen, miten potilas kokee sairautensa (McCourt ym. 2013, 514). Terveystieteiden ammattilaisten, potilaiden ja heidän läheisten välinen tuki, yhteistyö

ja keskustelu takaavat riittävän tiedonsaannin, jotta potilaat voivat tehdä todenmukaiseen tietoon perustuvia valintoja ja päätöksiä hoitoaan koskien (Lüthi ym. 2022, 763).

2.4 Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen työkaluja

Kansainvälisten suositusten mukaan on tarpeen tunnistaa järjestelmällisesti potilaiden palliatiivisen hoidon tarvetta, jotta voidaan varmistaa hoidon tasapuolinen saatavuus. Palliatiivisen hoidon tunnistamisen helpottamiseksi on käytettävissä erilaisia välineitä, joista suurin osa on seulonta tyyppiä tarkistuslistoja. (Lüthi ym. 2021b, 76.) Tutkimuksissa viisi työkalua nousi vahvimmin esille ja valittiin siitä syystä tutkimuksellisen kehittämistyön käyttöön (kuvio 2). Työkalujen käyttöön liittyy kuitenkin rajoituksia, sillä niitä ei ole vielä testattu riittävästi ja pääasiassa työkalut on suunniteltu lääkäreiden käyttöön (Lüthi ym. 2020a, 2). Lüthi ym. (2022) ovat tutkineet palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen työkaluja ja heidän tutkimuksensa sisäänottokriteerit täyttivät ainoastaan NECPAL:n, CAPC:n, PCST:n ja SPICT:n kohdalla (Lüthi ym. 2022, 767). Mikään näistä, tai muista aiemmista työkaluista ei ole osoittautunut riittävän tarkaksi, eivätkä ne ota kantaa tarvitseeko potilas perustason- vai erityistason palliatiivista hoitoa. Tämän seurauksena on kehitetty uusi työkalu nimeltä ID-PALL. (Lüthi ym. 2021b, 76.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin lisäksi Käypä-hoitosuositusta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamiseen. (Kuvio 2).



KUVIO 2. Palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen työkaluja.

NECesidades PALiativas (NECPAL)

NECPAL- työkalu on Espanjassa kehitetty työkalu (Lüthi ym. 2022, 771), joka auttaa tunnistamaan kroonisesti sairaita ja lyhyen elinajanennusteen omaavat potilaat, jotka voisivat hyötyä palliativisesta hoidosta. NECPAL- työkalu koostuu neljästä kysymysosioista, joista ensimmäinen osio sisältää "yllätyskysymyksen"; olisitko yllätynyt, jos potilas kuolisi seuraavan 12 kuukauden aikana? Vastauksen ollessa negatiivinen, tulkitaan se työkalussa positiiviseksi tulokseksi. Toisessa osiossa kysytään, onko terveydenhuollon ammattilainen, potilas tai tämän läheinen pyytänyt palliativista hoitoa. Kolmas osio käsittelee terveydentilan kliinistä arviota (Ochoa ym. 2021, 2–3), kuten ravitsemustilaa, painonlaskua, suorituskykyä ja suunnittemattomia sairaalajaksoja (Tripodoro ym. 2019, 97). Neljännessä kysymysosiossa käsitellään sairauskohtaisia indikaattoreita (Ochoa ym. 2021, 3) ja sairauskohtaisia, hoidosta huolimatta ilmaantuvia, vaikeita fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Lisäksi työkalussa otetaan huomioon monimutkaisen hoidon tarve. (Tripodoro ym. 2019, 97.) Kyselyn tulos on positiivinen ja potilaan voidaan tulkita tarvitsevan palliativista hoitoa, jos ensimmäinen osio ja jokin seuraavista kolmesta osiosta on positiivinen (Ochoa ym. 2021, 3).

Palliative care screening tool (PCST)

Yhdysvalloissa kehitettyä (Lüthi ym. 2022, 771), PCST-työkalua (palliativisen hoidon seulontatyökalu) on myös käytetty tunnistamaan palliativisen hoidon tarpeessa olevia potilaita sekä ennustamaan kuolemaa. Aiempien tutkimusten mukaan se on lääkärin arvioita tarkempi menetelmä tunnistamaan palliativisen hoidon tarvetta. Työkalu koostuu neljästä eri arviointikohdasta, jossa ensimmäisessä osiossa kysytään ensisijaista sairautta, joka johtaa palliativisen hoidon tarpeeseen. Toisessa osiossa kysytään liitännäissairauksista ja kolmannessa osiossa potilaan suorituskykyä ja sen rajoitteita. Viimeisessä osiossa pisteitä lisää muun muassa taudin paheneminen, potilaan siemämätön kipu, psykososiaaliset ja henkiset ongelmat sekä sairaalassa käynnit tai hoidossa olemisen tietyn aikaa. Työkalussa on määritelty kuinka paljon mistäkin osiosta saa pisteitä ja yhteenlasketun pistemäärän ollessa neljä tai yli, voi se ennustaa kuolemaa kolmen kuukauden sisällä ja siten ohjata palliativisen hoidon aloittamista. (Yen ym. 2020, 975, 982.)

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)

NHS Lothian on yhdessä Edinburghin yliopiston palliativisen perushoidon tutkimusryhmän kanssa kehittänyt (Afshar ym. 2020, 3) Skotlannissa (Lüthi ym. 2022, 771) vuonna 2010 SPICT-työkalun, jota voidaan käyttää tukemaan palliativisen hoidon tarpeen arviointia. Tutkimusten mukaan työkalu on hyödyllinen ja käyttökelpoinen. (Afshar ym. 2020, 3.) Sen ensimmäinen osio koostuu yleisistä kliinisistä indikaattoreista, kuten suunnittelemattomista sairaalahoidoista, painon putoamisesta viimeisen kuuden kuukauden aikana, yleisen terveyden ja suorituskyvyn heikkenemisestä, häiritsevien oireiden ilmenemisestä optimaalisesta hoidosta huolimatta sekä potilaan tai hänen läheisen pyynnöstä vähentää tai lopettaa hoitoja. Toisessa osiossa ovat sairauskohtaiset kliiniset indikaattorit, jotka sisältävät myös arviointia suorituskyvystä ja sen laskusta sekä vaativista hoidoista. (The University of Edinburgh: SPICT-4ALL.) Viimeisessä osiossa on ehdotuksia toimenpiteistä, kuten ajantasaisen lääkityksen arvioinnista, keskustelusta potilaan ja hänen läheisten kanssa potilaan heikentyneestä terveydentilasta ja kuolemasta, hoidon ennakkoon suunnittelusta tai lähetteestä erikoislääkärille. Tämä työkalu ei sisällä raja-arvoja ohjaamaan palliativisen hoidon aloittamista. (Afshar ym. 2020, 3.)

Center to Advance Palliative Care (CAPC)

Yhdysvalloissa kehitetystä neljännestä työkalusta, CAPC:ta, on kaksi eri versiota, joista toinen on suunniteltu käytettäväksi vastaanottotilanteisiin ja toinen käytettäväksi potilaan ollessa sairaalahoitossa. CAPC koostuu ensisijaisista ja toissijaisista kriteereistä. (Lüthi ym. 2022, 771.) Ensisijaisia kriteereitä vastaanottotilanteeseen suunnitellussa työkalussa ovat muun muassa useat sairaalakäynnit, monimutkaiset hoidot, vaikea fyysisten ja psyykkisten oireiden hoito, toimintakyvyn heikkeneminen sekä tahaton painonlasku (Weissman & Meier 2011, 3). Ne ovat vähimmäisindikaattoreita, joita terveydenhuollon ammattilaisten tulee käyttää palliatiivisen hoidon tarpeen seulonnassa. Toissijaiset kriteerit (esim. ikä, kognitiivinen heikkeneminen, jatkuva hapenkäyttö kotiloissa, vähäinen sosiaalinen tukiverkosto) ovat tarkempia indikaattoreita palliatiivisen hoidon tarpeen arviointiin. CAPC sisältää myös yllätyskysymyksen. (Lüthi ym. 2022, 771.) Sairaalahoitoa aikana käytettävässä CAPC-työkalussa ensisijaisia kriteereitä ovat muun muassa vaikeasti hallittavat psyykkiset ja fyysiset oireet, joiden vuoksi potilas on joutunut käymään useammin sairaalassa, erimielisyydet, esimerkiksi ravitsemuksen hoidossa, kun potilas ei enää syö tai juo suun kautta sekä hoitotavoitteiden epäselvyys. Toissijaisiin kriteereihin kuuluvat muun muassa potilaan tai hänen läheisten henkinen ahdistus, potilaan tai läheisten pyyntö palliatiivisesta hoidosta sekä monimutkaisten hoitojen harkinta. (Weissman & Meier 2011, 3.)

Identification of patients in need of PALLiative care (ID-PALL)

ID-PALL työkalu koostuu kahdesta eri osiosta, joista ensimmäinen osio selvittää perustason palliatiivisen hoidon tarvetta ja toinen osio eritystason palliatiivisen hoidon tarvetta. Ensimmäinen osio koostuu ”yllätyskysymyksestä”, potilaan etenevän tai useiden sairauksien tai komplikaatioiden rajoittavasta vaikutuksesta elinikään, yleisen toimintakyvyn heikkenemisestä, psykososiaalisen tai eksistentiaalisen kärsimyksen läsnäolosta, voimien epävakaudesta, kuten vaikeasti kontrolloitavista oireista, painehaavoista, deliriumjaksoista ja suunnittelemattomista sairaalajaksoista. Lisäksi osiossa pyydetään ottamaan kantaa päätöksenteon tuen tarpeesta, parantavien hoitojen lopettamisesta tai elintoimintoja tukevista hoidoista (hengityskoneen, dialyysin tai keinotekoisien reitin ravitsemukselle ja nesteytykselle), sekä potilaan tai hänen läheisten mahdollisesta toiveesta saada palliatiivista hoitoa. Jos ensimmäisen osion tulos on positiivinen, ohjaa työkalu täyttämään toisen osion, jonka avulla arvioidaan, tarvitseeko potilas palliatiivisen hoidon asiantuntijan konsultaatiota. ID-PALL:ia voivat käyttää sekä lääkärit että hoitajat, eikä sen käyttö vaadi tarkkoja lääketieteellisiä

tietoja. Työkalu sopii tutkimuksen mukaan hyvin aikaisen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamiseen ja sitä voidaan käyttää kaikissa hoidon ympäristöissä, paitsi hätätilanteissa ja tehohoidossa. (Lüthi ym. 2021a, 841–842.)

Käypä-hoitosuositus palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käypähoito (2019) määrittelee myös merkkejä ja indikaattoreita, joita voidaan käyttää pitkälle edenneen sairauden ja elämän loppuvaiheen tunnistamisessa. Ensimmäisenä esitetään yllätyskysymys: Potilaan hoitava lääkäri ei olisi yllättynyt, jos potilas menehtyisi 6–12 kuukauden kuluessa. Muina merkkeinä voidaan pitää sitä, että kroonista sairautta sairastavalla potilaalla on etenevää suorituskyvyn laskua, progressiivista painon laskua tai potilas on joutunut suunnittelemattomaan sairaalahoitoon vuoden aikana kahdesti tai useammin, eikä suorituskyvyn ja yleisvoinnin alenemaa saada enää hoitotoimilla palautettua entiselle tasolle.

Käypä hoidossa on määritelty sairauskohtaisia indikaattoreita, jolloin elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaa voi laatia. Sydänsairauksissa NYHA IV, sydänperäinen kakeksia, hengenahdistus ja/ tai rintakipu minimaalisessa rasituksessa sekä optimaalisesta hoidosta huolimatta jatkuva oireilu voivat olla sairauden loppuvaiheen merkkejä. Keuhkosairauksissa sairauden loppuvaiheen voi tunnistaa sairaalahoitoa vaativista toistuvista taudin pahenemisvaiheista, hypoksemiasta, hyperkapniasta, laihtumisesta, vaikeasta obstruktiosta/ restriktiosta, hengenahdistuksesta levossa tai pienessä rasituksessa sekä muista vaikeista sairauksista. Syöpäsairauden loppuvaiheen merkkejä ovat toimintakyvyn heikkeneminen, kakeksia, hauraus ja huono hoitovaste. Myös vaikea asteisen dementian hoitoon olisi hyvä suunnitella elämän loppuvaiheen hoitoa viimeistään silloin, kun potilas ei enää kykene kommunikoimaan kunnolla, ei tunnista omaisiaan, ei kykene liikkumaan tai suorittamaan päivittäisistä toimista itsenäisesti ja potilaalla on virtsan –ja ulosteenpidätysongelmia. Neurologisissa sairauksissa progressiivinen fyysinen tai kognitiivinen heikkeneminen hoidosta huolimatta ja monimuotoiset hankalasti hallittavissa olevat oireet, sekä puheentuoton ongelmat, etenevä dysfagia, uusiutuvat aspiraatiopneumoniat ja hengitysvaikeudet ovat merkkejä siitä, että potilas voisi hyötyä palliatiivisesta hoidosta. Munuaisten vajaatoimintapotilaan GFR-arvon ollessa alle 15, eikä dialyysihoitoja aiota toteuttaa ja potilaalla on suorituskyvyn alenemaa, muita sairauksia ja lisääntyviä oireita, on hyvä harkita palliatiivista hoitoa. Maksansiirron ulkopuolella olevien maksasairauksien loppuvaiheen merkkejä ovat edennyt kirroosi, johon liittyy komplikaatioita, runsas askites,

hepatorenaalinen oireyhtymä, hepaattinen enkefalopatia, alentunut albumiinipitoisuus veressä sekä kohonnut INR-arvo. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2019.)

3 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää erään keskussairaalan hoitotyön ammattilaisten osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tavoitteenamme oli lisätä osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tutkimuksellinen kehittämistyö sisältää tutkimus- ja kehittämisvaiheen.

Tutkimusosion tarkoituksena oli kartoittaa erään keskussairaalan hoitotyön ammattilaisten osaamista liittyen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamisesta ja osaamisen puutteista. Tutkimuskysymyksemme on:

1. Minkälaista osaamista hoitotyön ammattilaisilla on palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa?

Kehittämisvaiheen tarkoituksena oli tuottaa tutkimusosion tulosten pohjalta materiaalia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamiseen. Tavoitteena oli, että tuotettua materiaalia voidaan hyödyntää hoitotyön ammattilaisten koulutuksessa. Kehittämisvaiheen työpajan suunnittelussa hyödynnettiin kyseisen keskussairaalan palliatiivisen keskuksen asiantuntemusta.

4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksellinen kehittämissyö toteutettiin määrällisenä, kuvailevana poikittaistutkimuksena, koska aineisto kerättiin vain kerran ja sen avulla pyrittiin toteamaan nykytila hoitohenkilökunnan osaamisesta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Tutkimusosissa tutkittiin, miten paljon tiettyä piirrettä tai ominaisuutta ilmaantuu tietyssä joukossa, joten kvantitatiivinen lähestymistapa soveltui Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2017, 60) mukaan tähän tutkimukselliseen kehittämissyöhön. Kysely toteutettiin kokonaisotannalla, jota käytetään, kun koko perusjoukko on mukana tutkimuksessa (Vilka, 2007, 52).

4.1 Kyselylomakkeen kehittäminen

Kysely toteutettiin Webropol-kyselytyökalun avulla. Kyselylomakkeen luominen aloitettiin tutustulla teoriatietoon ja määrittelemällä keskeiset käsitteet (Valli, 2018, 93). Kyselylomakkeen alussa kysyttiin vastaajien suostumusta osallistua kyselyyn, jonka jälkeen kysyttiin taustatietoja kolmella kysymyksellä. Seuraava osio (kysymykset 5–10) koostui väittämistä koskien palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustietoa. Monivalintakysymys numero 11 toimi kontrollikysymyksenä aiemmassa osiossa esitetyille väitteille. Kysymyksissä 12–15 osallistujia pyydettiin arvioimaan omaa osaamistaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa sekä potilaan tilassa ilmenevien merkkien tunnistamisessa, joista voi päätellä potilaan tarvitsevan palliatiivista hoitoa. (Taulukko 1.)

Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamiseen on maailmalla luotu erilaisia työkaluja, mutta yhtäkään ei ole käännetty suomeksi. Seuraaviin viiteen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen työkaluun perehdyttiin; NECPAL (Ochoa ym. 2021; Tripodoro ym. 2019), PCST (Lüthi ym. 2022, 771; Yen ym. 2020), SPICT (Afshar ym. 2020; The University of Edinburgh: SPICT-4ALL), CAPC (Lüthi ym. 2022; Weissman & Meier 2011) ja ID-PALL (Lüthi ym. 2021b; Lüthi ym. 2021a). Työkaluista yhdistettiin eniten toistuvat palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa hyödynnettävät teemat kysymykseen 16. Teemat olivat yhteneväisiä Palliatiivinen hoito ja saattohoito Käypä hoito-suosituksen kanssa. Käypä hoito-suosituksista lisättiin vielä sairauskohtaisia indikaattoreita samaan kysymyk-

seen. Osallistujia pyydettiin arvioimaan tässä kysymyksessä sitä, kuinka suuri merkitys näillä potilasta koskevilla tiedoilla on pohdittaessa sitä, tarvitseeko potilas mahdollisesti palliatiivista hoitoa. Lisäksi osallistujilta kysyttiin arviota oman työyksikön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen nykytilasta (kysymykset 17–20) sekä sitä, kuinka todennäköisesti osallistujat ottaisivat puheeksi palliatiivisen hoidon tai saattohoidon aloittamisen potilaalle lääkärin kanssa (kysymykset 21–22). Ainoana avoimena kysymyksenä kysyttiin osallistujien koulutustoiveita liittyen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon sekä näiden tarpeen tunnistamiseen, sillä vastaukset olisivat olleet liian monimuotoisia muotoiltavaksi kyselylomakkeeseen (Treiman 2009, 3). (Taulukko 1.)

Lähes kaikki kysymykset olivat järjestelmäasteikollisia (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2020, 32). Kanasen (2008, 12) ja Tähtisen ym. (2020, 26) suosituksen mukaisesti kyselylomake esitettiin ennen virallisen kyselyn toteuttamista kahdeksalla vastaajalla ja kyselyä muokattiin vastausten perusteella.

TAULUKKO 1. Kyselylomakkeen rakenne tiivistetysti.

Mittarin aihealue	Aihealuetta mittaavien kysymysten määrä	Käytetty asteikko
Taustatiedot	Kolme kysymystä	Nominaaliasteikko Järjestysasteikko
Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustieto	Kuusi kysymystä	Likert-asteikko
Palliatiivisen hoidon tavoitteet	Yksi kysymys	Monivalinta kysymys
Osaaminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa ja osaaminen potilaan tilassa ilmenevien merkien tunnistamisessa, joista voi päätellä potilaan tarvitsevan palliatiivista hoitoa	Neljä kysymystä	Likert-asteikko
Potilasta koskevat tiedot ja indikaattorit, joita voi hyödyntää pohdittaessa potilaan mahdollista palliatiivisen hoidon tarvetta	Yksi kysymys, jossa 23 osiota	Likert-asteikko
Oman työyksikön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen	Neljä kysymystä	Likert-asteikko
Palliatiivisen hoidon puheeksi ottaminen	Kaksi kysymystä	Likert-asteikko
Koulutustoiveet palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyen	Yksi kysymys	Avoin kysymys

4.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Aineisto kerättiin survey-kyselynä, koska se sisälsi erilaisia kysymyksen- ja ongelmanasettelun mahdollisuuksia, jonka avulla aineisto voitiin analysoida määrällisesti ja avoin kysymys laadullisesti (Jyväskylän yliopisto, 2021). Keskussairaalan henkilökunnasta haluttiin saada mahdollisimman iso otos, tutkittavien määrä oli siis suuri ja he olivat hajallaan työskennellen eri osastoilla. Nämä asiat tukivat myös valittua tutkimusmetodia. (Vilka, 2007, 28). Kysely toteutettiin verkkokyselynä kymmenelle aikuispotilaille hoitavalle osastolle ja määrällisesti tutkimus lähetettiin yhteensä 326 hoitotyön ammattilaiselle. Osastot koostuivat erikoissairaanhoidon vuodeosastoista, joissa hoidetaan sisätautisia ja kirurgisia potilaita, sekä tehostetun hoidon yksiköstä ja päivystysosastosta, joissa hoidetaan kaikkien eri erikoisalojen potilaita. Tärkeää on kyselyn lähettämisen ajoitus, ja kysely toteutettiin ennen pitkien kesälomien alkua, toukokuun alussa 2022 (Vilka, 2007, 28). Kysely lähetettiin osastojen osastonhoitajille, jotka välittivät kyselyn eteenpäin työntekijöilleen. Kyselyn liitteenä lähetettiin myös saatekirje ja tutkimuslupa. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, ja kolmantena vastausviikolla osastonhoitajia pyydettiin lähettämään kysely vielä uudestaan, jolloin vastausaikaa jäi vielä viikko. Tässä vaiheessa vastausten määrä vaikutti liian vähäiseltä ($n = 55$) ja se pyrittiin maksimoimaan viemällä osastojen kahvipöydille paperisia kyselylomakkeita saatekirjeineen, jolla pyrittiin ehkäisemään päällekkäisiä vastauksia. Kyselyn lopulliseksi vastausprosentiksi saatiin 28 % ($n = 91$).

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin kvantitatiivisen tutkimuksen mukaisesti SPSS Statistics 28-ohjelmalla (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 129). Aineisto tarkistettiin ennen analysointia ja puuttuvat tiedot koodattiin. Yhden osallistujan tyhjä vastausrivi poistettiin, koska osallistuja ilmoitti kyselyn ensimmäisessä kysymyksessä, että ei halua osallistua kyselyyn. Vastauksista laskettiin SPSS Statistics 28-ohjelman avulla prosentit ja frekvenssit, jotka saatettiin kysymyksittäin taulukkomuotoon. Kysymyksen numero 16 taulukko tehtiin liitteeksi 2 sen laajuuden vuoksi. Tuloksia tarkasteltiin myös ristiintaulukoinnin avulla, jonka tarkoituksena on antaa yleiskuvaa jakaumasta, muuttujien välisistä riippuvuuksista (Holopainen & Pulkkinen, 2012, 52) ja yhteyksistä (Heikkilä 2014, 198) sekä mahdollisesti löytää toisiaan selittäviä muuttujia (Vilka 2007, 129). Taustamuuttujista voitiin

tulosten analysoinnissa hyödyntää tutkimukseen osallistujien työkokemusta ja se uudelleen koodattiin SPSS Statistics 28-ohjelmalla muuttujaksi, jossa oli kolme luokkaa alkuperäisen seitsemän luokan sijaan.

Ristiintaulukoiduille aineistoille tehtiin χ^2 -riippumattomuustesti (khiin neliö-testi), koska näiden kahden menetelmän yhdistäminen sopii monien tutkimusongelmien käsittelyyn ja sen avulla voitiin tutkia muuttujien välisiä riippuvuuksia (Tähtinen ym. 2020, 166–167). Merkitsevyytestauksessa kolme käytössä olevaa termiä ovat: tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p= 0,001$), tilastollisesti merkitsevä ($p= 0,01$) sekä tilastollisesti melkein merkitsevä ($p= 0.05$) ja testiin liitetään riippumattomuushypoteesi. P-arvo kertoo riskin tulosten yleistettävyydestä, esimerkiksi $p:n$ ollessa 0.05 on 5 %:n mahdollisuus siihen, että saatu tulos on sattumaa. (Valli 2015, 60; Tähtinen ym. 2020, 42.) Tilastollisen merkitsevyyden testaamisessa tulee ottaa huomioon se, ettei testaus anna informaatia sen sisältämien erojen sisällöllisiin merkityksiin (Tampereen Yliopisto, Ristiintaulukointi) tai muuttujien yhteyden voimakkuuteen (Tähtinen ym. 2020, 168).

Kysymyksessä 23 kysyttiin avoimella kysymyksellä mistä aiheesta ja minkälaista koulutusta osallistuja haluaisi palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyen. Vastaukset analysoitiin teemoittelun avulla. Analyysi muistuttaa aluksi sisällönanalyysia, koska aineistosta pyritään tunnistamaan teemat, jotka käsittelevät tutkittavaa kysymystä. Avoimeen kysymykseen tulleet 69 vastausta luettiin läpi useaan kertaan, jonka jälkeen niistä poimittiin ne vastaukset pelkistettyyn muotoon, jotka vastasivat kysymykseen ja koko tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimuskysymykseen. Näistä vastuksista muodostettiin teemat (liite 3, taulukko 2). (Koski, 2020, luku 10: Teräs & Toiviainen, 2014, 92.) Osa vastauksista ei vastannut annettuun kysymykseen, joten ne jätettiin pois teemoittelusta.

TAULUKKO 2. Esimerkki teemoittelusta.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Teema
-Mitä palliatiivinen hoito on ja sen eri keinot auttaa potilaan loppu-aikaa?	Mitä palliatiivinen hoito on Eri keinot auttamiseen	1. Käsitteiden avaaminen
- Onko päätökseen siirtymiseen jokin keskeinen ehto, jonka pitää olla toteutunut, jotta edellä mainittuun hoitoon voidaan siirtyä?	Ehdot siirtymiselle palliatiiviseen- tai saattohoitoon	2. päätöksenteko
- Miten hoito etenee, kuka hoitaa ja missä.	Miten hoito etenee, kuka hoitaa, missä hoidetaan	3. Hoitopolku

5 TUTKIMUSVAIHEEN TULOKSET

Tutkimukseen osallistui yhteensä 91 hoitajaa yhdeksältä eri osastolta. Tutkimukseen osallistuneista 90 % oli sairaanhoitajia ja 9 % lähi- ja perushoitajia. Suurimmalla osalla (26 %) osallistujista oli työkokemusta 5–9 vuotta ja 18 %:lla osallistujista oli työkokemusta yli 30 vuotta. Eniten vastauksia saatiin tehostetun hoidon yksiköstä (noin 50 %) ja yhdeltä osastolta emme saaneet yhtään vastauksia. Taulukossa 3 kuvataan tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja.

TAULUKKO 3 1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.

Taustatiedot	n= 91	100 %
Ammatti		
Sairanhoitaja	82	90
Lähihoitaja	1	1
Perushoitaja	7	8
Ei vastausta	1	1
Työkokemus (v)		
0–4 vuotta	9	10
5–9 vuotta	24	26
10–14 vuotta	13	14
15–19 vuotta	11	12
20–24 vuotta	11	12
25–29 vuotta	7	8
yli 30 vuotta	16	18

5.1 Hoitotyön ammattilaisten tieto ja ymmärrys palliatiivisesta hoidosta

Taulukossa 4 on esitetty tutkimukseen osallistuneiden vastausten jakautuminen koskien tietoa palliatiivisesta hoidosta sekä saattohoidosta ja näiden käsitteiden ymmärtämisestä. Lisäksi taulukossa on esitetty vastausten jakautuminen koskien väittämiä *“Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon”* ja *“Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan sairauden diagnoosista, eli potilaan sairauden diagnoosi vaikuttaa siihen, voiko hän saada palliatiivista hoitoa”*.

Tulosten mukaan yli puolet osallistujista arvioi tietävänsä mitä palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat, sekä ymmärtävänsä näiden merkityksen potilaan hoidossa. Tutkimukseen osallistujista noin 59 %:a oli väittämän *“Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon”* kanssa eri mieltä, vastaamalla kysymykseen, ettei väite pidä paikkansa. Väittämän kanssa samaa mieltä oli yhteensä noin 13 % osallistujista, jotka vastasivat väitteen pitävän melko hyvin tai pitävän täysin paikkansa. Väittämä *“Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan sairauden diagnoosista, eli potilaan sairauden diagnoosi vaikuttaa siihen, voiko hän saada palliatiivista hoitoa”* sai vastauksissaan aikaan hieman hajontaa. Väitteen vastasi pitävän paikkansa noin 8 % ja melko hyvin paikkansa noin 13 % osallistujista. Tutkimukseen osallistujista noin 41 % vastasi, ettei väite pidä paikkaansa ja noin 25 % vastasi väitteen pitävän melko huonosti paikkansa. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4 2. Hoitotyön ammattilaisten tieto ja ymmärrys palliativisesta hoidosta.

Tieto ja ymmärrys palliativisesta hoidosta	Väite ei pidä paikkaansa	Väite pitää melko huonosti paikkansa	Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	Ei vastausta	n	%
5. Tiedän mitä palliativinen hoito on		1,1 % (n=1)	6,6 % (n=6)	36,3 % (n=33)	56,0 % (n=51)		91	100
6. Tiedän mitä saattohoito on			5,5 % (n= 5)	30,8 % (n= 28)	63,7 % (n= 58)		91	100
7. Ymmärrän palliativisen hoidon merkityksen potilaan hoidossa		3,3 % (n= 3)	7,7 % (n= 7)	27,5 % (n= 25)	60,4 % (n= 55)	1,1 % (n= 1)	91	100
8. Ymmärrän saattohoidon merkityksen potilaan hoidossa		1,1 % (n= 1)	3,3 % (n= 3)	25,3 % (n= 23)	70,3 % (n= 64)		91	100
9. Palliativinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon	59,3 % (n= 54)	19,8 % (n= 18)	7,7 % (n= 7)	6,6 % (n= 6)	6,6 % (n= 6)		91	100
10. Palliativinen hoito on riippuvainen potilaan sairauden diagnoosista, eli potilaan sairauden diagnoosi vaikuttaa siihen, voiko hän saada palliativista hoitoa	40,7 % (n= 37)	25,3 % (n= 23)	13,2 % (n= 12)	13,2 % (n= 12)	7,7 % (n= 7)		91	100

Tulosten mukaan työkokemuksella ei ollut juurikaan vaikutusta siihen, kuinka tutkimukseen osallistujat arvioivat väitteiden “*Tiedän mitä palliatiivinen hoito on*” ($p=0,585$) ja “*Tiedän mitä saattohoito on*” ($p=0,898$) paikkansa pitävyyttä. Hieman huonommin väitteiden vastasivat pitävän paikkansa ne osallistujat, joilla oli työkokemusta 0–4 vuotta. Väitteiden “*Ymmärrän palliatiivisen hoidon merkityksen potilaan hoidossa*” ja “*Ymmärrän saattohoidon merkityksen potilaan hoidossa*” kohdalla osallistujat, joilla oli työkokemusta 0–4 vuotta, vastasivat ymmärtävänsä paremmin saattohoidon (noin 89 %) kuin palliatiivisen (noin 78 %) hoidon merkitystä potilaan hoidossa. Kuitenkaan työkokemuksella ja palliatiivisen hoidon ymmärtämisellä ($p=0,194$) tai saattohoidon ymmärtämisellä ($p=0,245$) ei ollut riippuvuutta keskenään. Työkokemuksella huomattiin olevan eroja väitteen “*Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon*” vastauksissa, sillä niistä osallistujista, joilla oli työkokemusta 25–29 vuotta noin 43 % vastasi väitteen pitävän paikkansa tai melko hyvin paikkansa ja niillä, joilla oli työkokemusta 5–9 vuotta noin 21 % vastasivat väitteen pitävän paikkansa tai melko hyvin paikkansa ($p=0,068$). Väitteen “*Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan diagnoosista*” kanssa vähiten samaa mieltä olivat ne osallistujat, joilla oli työkokemusta 15–19 vuotta (noin 67 %) tai yli 30 vuotta (noin 91 %), kuitenkin tilastollista riippuvuutta ei näiden asioiden välillä ollut ($p=0,304$). (LIITE 4.)

Tuloksien mukaan noin 88 %:a osallistujista, jotka arvioivat väitteen “*Tiedän mitä palliatiivinen hoito on*” pitävän täysin paikkansa, arvioivat myös väitteen “*Ymmärrän palliatiivisen hoidon merkityksen potilaan hoidossa*” pitävän täysin paikkansa ($p<0,001$). Näistä osallistujista noin 18 % vastasi väitteen “*Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon*” pitävän paikkansa tai melko hyvin paikkansa, ja noin 28 % vastasi väitteen “*Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan diagnoosista*” pitävän paikkansa tai melko hyvin paikkansa. Saman suuntaiset tulokset ovat nähtävissä vertailtuna samoihin väitteisiin koskien saattohoitoa. (LIITE 4.) Osallistujien arvioidulla hyvällä tiedolla siitä, mitä palliatiivinen hoito on, ei ollut tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta siihen, miten osallistujat vastasivat väittämiin “*Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon*” ($p=0,244$) ja “*Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan diagnoosista*” ($p=0,168$).

Lähes kaikki osallistujat valitsivat *monivalintakysymyksessä* “*Mikä on näkemyksesi mukaan palliatiivisen hoidon tavoite*”, kaikkien vaihtoehtojen olevan palliatiivisen hoidon tavoitteita. Tutkimukseen osallistujista noin 92 % tunnisti palliatiivisen hoidon tavoitteeksi potilaan kärsimyksen ehkäisyyn. Osallistujista noin 90 % tunnisti hyvän elämänlaadun ylläpitämisen sekä potilaan oireiden kokonaisvaltaisen huomioinnin olevan palliatiivisen hoidon tavoitteita. Potilaan läheisten huomioon

ottamisen tunnisti palliatiivisen hoidon tavoitteeksi osallistujista 89 %. Potilaan saattohoitoon siirtyminen oikeaan aikaan oli vähiten tunnistettu palliatiivisen hoidon tavoite, osallistujista sen valitsi noin 86 %.

5.2 Hoitotyön ammattilaisten oman osaamisen arviointi palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta.

Tulosten mukaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa tutkimukseen osallistujista yhteensä 11 % kertoi omaavansa oman arvionsa mukaan melko vähän osaamista tai ei osaamista lainkaan. Osaamisen potilaan saattohoidon tarpeen tunnistamisessa koki osallistujista noin 54 % melko hyväksi ja erittäin hyvää osaamista kertoi oman arvionsa mukaan omaavan 11 % osallistujista. Mahdollisen palliatiivisen hoidon tarpeen merkkejä potilaan kokonaistilanteesta koki osaavansa tunnistaa melko hyvin noin 42 % osallistujista ja noin 52 % arvioi osaamisensa olevan melko hyvää tunnistaa merkit, jotka ovat peruste arvioida potilaan saattohoidon tarvetta. Osallistujat arvioivat osaamisensa paremmaksi tunnistaa potilaan kokonaistilanteesta merkkejä, joiden pohjalta voidaan arvioida potilaan tarvetta saattohoidolle, kuin tunnistaa merkkejä, joiden pohjalta voidaan arvioida tarvetta palliatiiviselle hoidolle. (Taulukko 5).

TAULUKKO 5 3. Hoitotyön ammattilaisten oman osaamisen arviointi palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa.

Oman osaamisen arviointi palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa	Ei lainkaan osaamista	Melko vähän osaamista	Neutraali	Melko hyvin osaamista	Erittäin hyvää osaamista	n	%
12. Miten arvioisit oman osaamisesi palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa	1,1 % (n= 1)	9,9 % (n= 9)	46,2 % (n= 42)	37,4 % (n= 34)	5,5 % (n= 5)	91	100
13. Miten arvioisit oman osaamisesi saattohoidon tarpeen tunnistamisessa		4,4 % (n= 4)	30,8 % (n= 28)	53,8 % (n= 49)	11,0 % (n= 10)	91	100
14. Koen tunnistavani asiat / merkit potilaan kokonaistilanteessa, jotka ovat peruste arvioida palliatiivisen hoidon tarvetta		9,9 % (n= 9)	38,5 % (n= 35)	41,8 % (n= 38)	9,9 % (n= 9)	91	100
15. Koen tunnistavani asiat / merkit potilaan kokonaistilanteessa, jotka ovat peruste arvioida saattohoidon tarvetta		4,4 % (n=4)	29,7 % (n= 27)	51,6 % (n= 47)	14,3 % (n= 13)	91	100

Eniten erittäin hyvää tai melko hyvää osaamista palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa arvioi tutkimukseen osallistujista omaavan he, keillä oli työkokemusta 20–24 vuotta (noin 55 %) ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa he, keillä oli työkokemusta 25–29 vuotta (noin 86 %). Työkokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta osallistujien arviointiin osaamisestaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa ($p=0,757$) tai saattohoidon tarpeen tunnistamisessa ($p=0,236$). Palliatiivisen ja saattohoidon tarpeen merkkejä potilaan kokonaistilanteesta arvioi eniten osaavansa tunnistaa hyvin tai erittäin hyvin ne osallistujat, joilla työkokemusta oli 15–19 vuotta ja 20–24 vuotta. Eniten melko huonoa osaamista näissä väittämässä osallistujista arvioi omaavan he, keillä oli työkokemusta 0–4 vuotta. (LIITE 4.)

Tuloksien mukaan niistä osallistujista, jotka arvioivat väitteen "*Tiedän mitä palliatiivinen hoito on*" pitävän täysin paikkansa, ainoastaan noin 10 % arvioi osaamisensa tunnistaa palliatiivisen hoidon tarve erittäin hyväksi ja niistä, jotka arvioivat väitteen "*Tiedän mitä saattohoito on*" pitävän täysin paikkansa, vain noin 16 % arvioi osaamisensa erittäin hyväksi saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Kuitenkin samoista vastaajaryhmistä noin 47 % arvioi osaamisensa tunnistaa palliatiivisen hoidon tarve olevan melko hyvää ja noin 60 % osaamisensa tunnistaa saattohoidon tarve olevan melko hyvää. Tiedolla siitä, mitä palliatiivinen hoito on, ei ollut tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta osaamiseen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa ($p=0,055$), mutta tiedolla siitä, mitä saattohoito on, oli riippuvuutta osaamiseen saattohoidon tarpeen tunnistamisessa ($p=0,009$).

Tuloksien mukaan noin 67 % osallistujista, jotka arvioivat väitteen "*Tiedän mitä palliatiivinen hoito*" pitävän täysin paikkansa, arvioi osaamisensa erittäin hyväksi tai melko hyväksi kysyttäessä potilaan kokonaistilanteen merkkien tunnistamisesta, jotka ovat peruste arvioida palliatiivista hoitoa ($p=0,004$). Saattohoidon tarpeen merkkien tunnistamista arvioi osaavansa tunnistaa potilaan kokonaistilanteesta erittäin hyvin tai melko hyvin noin 77 % niistä osallistujista, jotka olivat arvioineet väittämän "*Tiedän mitä saattohoito on*" pitävän täysin paikkansa ($p=0,005$). (LIITE 4.) Tuloksien mukaan ne osallistujat, jotka arvioivat osaamisensa tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeen merkkejä potilaan kokonaistilanteesta neutraaliksi tai melko hyväksi, tunnistivat kysymyksessä 16 esitetyistä tiedoista parhaiten merkkejä potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen arvioimiseksi (LIITE 5).

5.3 Hoitotyön ammattilaisten osaaminen potilasta koskevien tietojen merkityksestä palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa

Arvioidessaan potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta, tieto "*Kroonisesti sairaan potilaan suorituskyky laskee etenevästi*" oli osallistujien mukaan merkittävin tieto potilaan voinnissa. Tutkimukseen osallistujista suurimman osan (noin 59 %) mukaan tiedolla oli jonkin verran merkitystä ja osallistujista noin 26 %:n mukaan erittäin suuri merkitys. Seuraavaksi merkittävimmäksi tiedoksi vastausten perusteella nousivat kolme seuraavaa tietoa: "*Potilas tai omainen on pyytänyt palliatiivista hoitoa*", "*Potilaan GFR-arvo on alle 15, eikä dialyysihoitoa aiota toteuttaa*" sekä "*Potilaalla on edennyt kirroosi, johon liittyy komplikaatioita*". Potilaan tai omaisen palliatiivisen hoidon pyynnöllä oli osallistujista noin 48 %:n mukaan erittäin suuri merkitys ja osallistujista noin 32 %:n mukaan jonkin verran merkitystä arvioitaessa potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta. Munuaissairauksia koskien potilaan

GFR-arvoa koskevalla tiedolla oli osallistujista noin 42 %:n mukaan erittäin suuri merkitys ja osallistujista noin 40 %:n mukaan jonkun verran merkitystä. Tiedolla potilaan edenneestä kirroosista komplikaatioineen oli jonkin verran merkitystä osallistujista noin 52 %:n mielestä ja erittäin suuri merkitys osallistujista noin 29 %:n mielestä. (LIITE 2).

Potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta arvioitaessa seuraavaksi eniten merkitystä osallistujat arvioivat olevan keuhkosairauksiin liittyen tiedolla *"Potilaalla on toistuvia sairauden pahenemisvaiheita"*. Osallistujista 56 %:n mielestä kyseisellä tiedolla oli jonkun verran merkitystä, ja 22 %:n mielestä tiedolla oli erittäin suuri merkitys. Seuraavaksi eniten merkitystä osallistujat arvioivat olevan tiedolla *"Potilaalla on vaikeita fyysisiä tai psyykkisiä oireita"*, jolla oli osallistujista noin 43 %:n mukaan jonkin verran merkitystä ja osallistujista noin 32 %:n mukaan erittäin suuri merkitys arvioitaessa potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta. Myös seuraavilla tiedoilla oli osallistujista yli 60 %:n mukaan joko jonkin verran merkitystä tai erittäin suuri merkitys: *"Potilaalla on hengitysvaikeuksia (noin 73 %)"*, *"Potilaan yleisvointi ei palaudu aiemmalle tasolle hoitajaksojen jälkeen (noin 70 %)"*, *"Hoitotoimenpiteillä ei enää pystytä jarruttamaan / parantamaan sairautta (noin 69 %)"*, *"Potilas tarvitsee monimutkaisia hoitoja (noin 69 %)"*, *"Potilaalla on hengenhadistusta levossa tai pienessä rasituksessa (noin 65 %)"*, *"Potilas ei enää kykene kommunikoimaan kunnolla (noin 64 %)"* ja *"Potilaalla on runsaasti askitesta (noin 62 %)"*. (LIITE 2).

Vähiten merkitykselliseksi tiedoksi arvioitaessa potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta nousi tulosten perusteella maksasairauksiin liittyen tieto *"Potilaan INR- arvo on kohonnut"*, jolla oli tutkimukseen osallistujista noin 21 %:n mukaan vain vähän merkitystä ja osallistujista noin 26 %:n mukaan ei merkitystä ollenkaan. Tiedolla *"Potilaan paino laskee tahattomasti"* oli osallistujista yhteensä noin 24 %:n mukaan joko vähän merkitystä tai ei merkitystä ollenkaan, ja tiedolla *"Potilaalla on suunnitelmattomia sairaalajaksoja"* oli noin 23 %:n mukaan osallistujista joko vähän merkitystä tai ei merkitystä ollenkaan. (LIITE 2). Työkokemuksella oli riippuvuutta seuraavissa potilasta koskeissa tiedoissa arvioitaessa palliatiivisen hoidon tarvetta; *"Potilas ei tunnista omaisiaan"* ($p=0,032$), *"Potilas ei kykene enää liikkumaan"* ($p=0,019$) ja *"Potilaan INR- arvo on kohonnut"* ($p=0,026$). Tämä tilastollinen ei riippuvuus ei kuitenkaan kerro sitä, että kyseiset tiedot olisi arvioitu potilaan palliatiivisen hoidon arvioinnin kannalta merkittäviksi.

5.4 Hoitotyön ammattilaisten näkemys oman työyksikkönsä osaamisesta palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa, sekä puheeksi ottamisessa

Tulosten mukaan osallistujista noin 30 % arvioi, että palliatiivisen hoidon tarve osattiin tunnistaa heidän omassa työyksikössään melko huonosti. Vain noin 3 % osallistujista oli sitä mieltä, että heidän työyksikössään palliatiivisen hoidon tarve osattiin tunnistaa erittäin hyvin. Saattohoidon tarve osattiin osallistujien mukaan tunnistaa heidän työyksikössään paremmin kuin palliatiivisen hoidon tarve. Osallistujista 22 % arvioi saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamisen olleen heidän työyksikössään melko huonoa. Osallistujien työyksiköissä erittäin hyvin saattohoidon tarve osattiin tunnistaa noin 10 %:n mukaan. (Taulukko 6). Työkokemuksella oli riippuvuutta ($p=0,049$) siihen, miten osallistujat vastasivat saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamista koskevaan kysymykseen. Osallistujat, joilla oli vähiten työkokemusta, olivat eniten sitä mieltä, että saattohoidon tarvetta ei osata tunnistaa ollenkaan tai osataan tunnistaa melko huonosti, kun taas osallistujat, joilla oli eniten työkokemusta arvioivat saattohoidon tarpeen tunnistamisen työyksikössään olevan joko hyvää tai erittäin hyvää.

TAULUKKO 64. Hoitotyön ammattilaisten näkemys heidän työyksikkönsä osaamisesta palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa.

Oman työyksikön osaamisen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa	Ei osata tunnistaa ollenkaan	Osataan tunnistaa melko huonosti	Neutraali	Osataan tunnistaa melko hyvin	Osataan tunnistaa erittäin hyvin	Ei vastausta	n	%
17. Kuinka hyvin kokemuksesi mukaan omassa työyksikössäsi osataan tunnistaa potilaan palliatiivisen hoidon tarve	1,1 % (n= 1)	29,7 % (n= 27)	29,7 % (n= 27)	35,2 % (n= 32)	3,3 % (n= 3)	1,1 % (n= 1)	91	100
18. Kuinka hyvin kokemuksesi mukaan omassa työyksikössäsi osataan tunnistaa potilaan saattohoidon tarve	1,1 % (n= 1)	22,0 % (n= 20)	23,1 % (n= 21)	42,9 % (n= 39)	9,9 % (n= 9)	1,1 % (n= 1)	91	100

Tutkimuksen tulosten mukaan osallistujista noin 43 % arvioi, että heidän työyksikössään palliatiivisen hoidon tarve pitäisi tunnistaa paremmin ja osallistujista 11 %:n mukaan hieman paremmin. Osallistujista 22 % arvioi, että heidän työyksikössään ei ole juurikaan tarvetta tunnistaa palliatiivisen hoidon tarvetta paremmin. Saattohoidon tarve pitäisi osallistujista noin 37 %:n mukaan tunnistaa paremmin ja osallistujista noin 17 % arvioi, että saattohoidon tarve pitäisi tunnistaa hieman paremmin. Osallistujista noin 28 % arvioi, että heidän työyksikössään ei ole juurikaan tarvetta tai ei tarvetta tunnistaa saattohoidon tarvetta paremmin.

Osallistujista 33 % arvioi ottavansa palliatiivisen hoidon aloittamisen todennäköisesti puheeksi lääkärin kanssa ja erittäin epätodennäköisesti sen ottaisi puheeksi lääkärin kanssa osallistujista noin

13 %. Vastaavasti saattohoidon aloittamisen ottaisi erittäin epätodennäköisesti puheeksi osallistujista 11 %. (Taulukko 7). Tulosten mukaan työkokemuksella oli merkitystä palliatiivisen hoidon puheeksi ottamisessa lääkärin kanssa, sillä erittäin epätodennäköisesti tai epätodennäköisesti sen ottaisi puheeksi noin 56 % osallistujista, joilla oli työkokemusta 0–4 vuotta. Todennäköisesti tai erittäin todennäköisesti sen ottaisi puheeksi noin 57 % osallistujista, joilla oli työkokemusta 25–29 vuotta. Saman suuntainen tulos on nähtävissä saattohoidon puheeksi ottamisessa. (LIITE 4.) Työkokemuksella ja palliatiivisen hoidon ($p=0,549$) tai saattohoidon ($p=0,101$) aloittamisen puheeksi ottamisella lääkärin kanssa ei kuitenkaan ollut riippuvuutta keskenään.

TAULUKKO 75. Hoitotyön ammattilaisten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen puheeksi ottaminen lääkärin kanssa.

Palliatiivisen hoidon tarpeen puheeksi ottaminen lääkärin kanssa	Erittäin epätodennäköisesti	Epätodennäköisesti	Neutraali	Todennäköisesti	Erittäin todennäköisesti	Ei vastausta	n	%
21. Kuinka todennäköisesti otat puheeksi palliatiivisen hoidon aloittamisen potilaalle lääkärin kanssa	13,2 % (n= 12)	15,4 % (n= 14)	23,1 % (n= 21)	33,0 % (n= 30)	14,3 % (n= 13)	1,1 % (n= 1)	91	100
22. Kuinka todennäköisesti otat puheeksi saattohoidon aloittamisen potilaalle lääkärin kanssa	11,0 % (n= 10)	14,3 % (n= 13)	22,0 % (n= 20)	38,5 % (n= 35)	13,2 % (n= 12)	1,1 % (n= 1)	91	100

5.5 Hoitotyön ammattilaisten koulutustoiveet palliatiiviseen hoitoon liittyen

Kysymykseen saatiin yhteensä 69 vastausta, jotka pelkistettiin ja tämän jälkeen teemoiteltiin (LIITE 3). Näin saatiin muodostettua seitsemän erilaista teemaa: Käsitteiden avaaminen, päätöksenteko, hoitopolku, hoitajan rooli, palliatiivinen hoito ja sen keinot potilaan auttamiseksi, koulutus sekä yhteistyö.

5.5.1 Käsitteiden avaaminen

Kyselyyn osallistujat nostivat esille tarvetta avata palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteitä sekä selventää näiden kahden eroja, pääperiaatteita ja hoitotyön näkökulmaa. Koulutusta toivottiin siitä, mitä palliatiivinen hoito ja saattohoito pitävät sisällään, mahdolliset kriteerit saattohoidolle ja miten palliatiivisessa hoidossa saattohoito sisältyy osana siihen.

”Miten palliatiivinen hoito toimii ”

”Palliatiivisen- ja saattohoidon eroavaisuudet, milloin aiheellista”

”Mitä kaikkea palliatiivinen hoito pitää sisällään ???”

5.5.2 Päätöksenteko ja potilaan hoitopolku

Päätöksenteosta haluttiin koulutusta liittyen siihen, kuka tekee päätöksen, milloin on palliatiivisen hoidon tai saattohoidon aloituksen ajankohta ja milloin ne olisi hyvä ottaa puheeksi. Hoitopolkua pyydettiin käymään läpi, varsinkin vastaamaan kysymyksiin missä potilasta hoidetaan, kuka potilasta hoitaa, miten potilaan hoito etenee ja milloin palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa annetaan. Lisäksi haluttiin tietoa siitä, mihin kaikkiin tahoihin otetaan yhteyttä päätöksenteon jälkeen. Vastauksista nousi tarve selkeille hoidonrajauksille, esimerkiksi suonensisäisen nesteytyksen lopettamiselle sekä hoitolinjauksen avaamista ja ehtoja, milloin voidaan siirtyä palliatiiviseen hoitoon tai saattohoitoon.

”Missä tilanteissa palliatiivinen/saattohoito on edessä. Miten voin sairaanhoitajana vaikuttaa hoitopäätöksen tekemiseen. Miten hoito etenee, kuka hoitaa ja missä.”

”Onko päätökseen siirtymiseen jokin keskeinen ehto, jonka pitää olla toteutunut, jotta edellä mainittuun hoitoon voidaan siirtyä? Missä vaiheessa palliatiivinen päätös voidaan tehdä, entä saattohoitopäätös? Tekeekö lääkäri aina päätöksen, vai voiko sen tehdä joku muu? Kun päätös tehdään, mihin kaikkialle pitää ottaa yhteyttä? -> riittääkö palliatiivinen yksikkö?”

”Ainakin kertausta siitä miten hoitopolku menee palliatiivisen hoitopäätöksen jälkeen ja mikä on hoitajan tehtävä palliatiivisen tiimin yhteistyössä meidän osastolla”

5.5.3 Hoitajan rooli

Kyselyyn osallistajat nostivat esille halun ymmärtää hoitajan rooli päätöksenteossa ja siihen vaikuttamisen mahdollisuuksista. Osallistajat toivoivat keinoja siihen, miten palliatiivinen hoito tai saattohoito kannattaa ottaa puheeksi niin lääkärin, potilaan kuin myös omaisten kanssa. Hoitajille haluttiin myös keinoja huomioida ja tukea omaisia, sekä selvyyttä siihen, mitä apukeinoja heille voidaan tarjota.

”Omaisten huomiointi on tärkeää. Koulutusta varmasti hoitajillekin tarvitaan esimerkiksi, milloin sitä voisi ehdottaa/ ottaa puheeksi lääkärin kanssa.”

”Rohkeutta avoimeen keskusteluun palliatiivisen hoidon/saattohoidon aloitukseen omaiset huomioiden.”

5.5.4 Palliatiivinen hoito ja sen keinot potilaan auttamiseksi sekä palliatiiviseen hoitoon liittyvät koulutukset

Osallistajat halusivat tietoa palliatiivisen hoidon keinoista potilaan auttamiseksi, kuten erilaisista hoitokeinoista ja muodoista, sekä niiden eroista. Ilmi tuli myös toive työkalusta, esimerkiksi hoidon tarpeen tunnistamiseen ja lisäksi haluttiin koulutusta erilaisista apuvälineistä. Kivunhoito nousi yksittäisenä asiana esille useammassa vastauksessa, ja siihen haluttiin lisää koulutusta. Haluttiin

myös muodostaa käytäntöjä/ protokollia omiin yksiköihin, miten toimia. Myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisesta haluttiin lisäkoulutusta, sekä siihen, mitä asioita pitää huomioida hoidon aloituksessa. Koulutusta pyydettiin lisäksi siitä, miten ehkäistä hoitajien uupumusta sekä keinoja asioiden käsittelyyn ja myötätuntuuupumukseen. Koulutusmuodoista toiveena nousivat esille niin osastotunnit kuin luennot, joiden lisäksi yleistä lisäkoulutusta toivottiin kaikille ammattiryhmille.

”Koen, että ainakin yksi osastotunti tarpeen tunnistamisesta sekä oma osastotuntinsa itse palliatiivisesta- ja saattohoidosta olisivat hyödyllisiä. Työkalu tarpeen arvioinnin tueksi olisi hyvä (suuntaa antavana). Esimerkiksi potilaan tarpeiden / ongelmien pisteytys.”

”Ehdottomasti tärkeää asiaa meille kaikille. Tunnistaa ja muodostaa käytänteet minkälaisissa tilanteissa ja mikä on protokolla miten edetään.”

”Yleensäkin mitä kaikkia keinoja on annettavana potilaalle. Mitä palliatiivinen hoito on ja sen eri keinot auttaa potilaan loppuaikaa?”

5.5.5 Yhteistyö

Yhteistyön puitteissa haluttiin koulutusta eri ammattiryhmien yhteistyöhön ja kommunikointiin ja tietoa mihin eri tahoihin otetaan yhteyttä hoitoon liittyvän päätöksenteon jälkeen. Eri yksiköiden yhteistyöstä, käytännön toteuttamisesta omassa yksikössä ja varhaisesta palliatiivisen hoidon puhumisesta haluttiin myös koulutusta.

”Hoitajien ja lääkäreiden yhteisen näkemyksen löytyminen”

”Ongelmana myös se, ettei hoitopäätöksiä tehdä potilaille riittävästi tai oikeaan aikaan. Palliatiivisen hoidon päätös tehdään potilaalle kun käytännössä toteutetaan saattohoitoa. Mielestäni lääkäreitä tulisi myös kovasti kouluttaa aiheesta.”

6 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN KEHITTÄMISVAIHEEN TOTEUTAMINEN

Kehittämisen tarkoituksena oli tuottaa tutkimusosion tulosten pohjalta materiaalia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamiseen. Tavoitteena oli, että tuotettua materiaalia voidaan hyödyntää hoitotyön ammattilaisten työpajakoulutuksissa. Kehittämisen vaihe toteutettiin työpaja työskentelynä case-harjoituksen (Halonen ym. 2007; Hyppönen & Lindén 2009, 50) ja brainwriting-menetelmien (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 161–162) avulla ja se suunnattiin aikuispotilaita hoitavien osastojen hoitohenkilökunnalle. Tutkimustulosten pohjalta luotiin potilastapaukset case-harjoitukseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen harjoittelua varten. Brainwriting-menetelmän avulla pyrittiin tuottamaan ideoita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen helpottamiseksi.

Työpajasta lähetettiin ennakoon tiedote osastonhoitajille, jossa pyydettiin joka osastolta kahta osallistujaa työpajaan ja tulevasta työpajasta muistutettiin lähempänä työpajan ajankohtaa. Aikaa työpajaan varattiin kaksi tuntia, klo 13–15 välisen ajan, koska silloin osastoilla on yleensä helpompi irtautua työstä kahden vuoron ollessa päällekkäin töissä. Lopulta työpajaan osallistui ainoastaan neljä hoitohenkilökunnan jäsentä kolmelta eri osastolta, tavoite osallistujamäärässä oli 20.

Kehittämisen vaiheen työpaja toteutettiin 5.10.2022.

6.1 Potilastapausten luominen

Pystyäksemme muodostamaan toivotusta osallistujamäärästä neljän hengen ryhmät, tarvittiin tutkimustulosten pohjalta johdettuja potilastapauksia kehittämissosiota varten viisi kappaletta. Lopulta niitä päätettiin luoda kuusi. Tutkimustulosten mukaan tietämys palliatiivisesta hoidosta ja sen tarpeen tunnistamisesta oli heikompaa verrattuna saattohoidon tietämykseen ja sen tarpeen tunnistamiseen, joten potilastapaukset luotiin palliatiiviseen hoitoon keskittyen. Tapaukset eivät olleet yksiselitteisiä, koska potilailla on erilaisia hoidon tavoitteita ja tarpeita, jotka tulee huomioida hoitolinjauksia tehdessä (Koivumäki 2021, 292). Tätä asiaa ei voitu määrittää tapauksiin ilman oikeaa potilasta. Potilastapausten pohjalta heräteltiin ajatuksia siitä, mitkä asiat potilaan voimissa voivat johtaa palliatiiviseen hoitolinjaan ja työpajassa harjoiteltiin niiden tunnistamista luotujen potilastapausten pohjalta.

Tutkimustulosten mukaan vähiten merkittäviksi tiedoksi potilaan kokonaistilanteessa palliatiivisen hoidon harkinnan kannalta olivat tiedot ”Potilaan *INR*- arvo on kohonnut”, ”Potilaan paino laskee tahattomasti” ja ”Potilaalla on suunnittelemattomia sairaalajaksoja”. Lisäksi ”Potilas kärsii sydänperäisestä kakeksiasta”, ”Potilalla on hengenahdistusta- ja / tai rintakipua minimaalisessa raskuudessa”, ”Potilas ei tunnista omaisiaan”, ”Potilas ei kykene liikkumaan” ja ”Potilaalla on hepatorenaalinen oireyhtymä” olivat potilaan kokonaistilanteessa heikommin tunnistettuja merkkejä palliatiivisen hoidon aloittamisen kannalta. Potilastapausten sairausryhmiksi valittiin sydämen vajaatoiminta, COPD, maksakirroosi, munuaisten vajaatoiminta, levinnyt rintasyöpä ja Alzheimer tauti yhdistettynä aivoinfarktiin. Tapauksien luomisen avuksi haettiin teoretietoa tutkimustulosten hyödyntämisen lisäksi, jonka avulla pystyttiin perustelemaan tarkemmin palliatiivisen hoidon tarvetta ja siihen vaikuttavia asioita sairauskohtaisesti. Potilastapaukset ovat nähtävillä PowerPoint-esityksessä (LIITE 6). Sydämen vajaatoiminnan potilastapaus jätettiin pois varsinaisesta työpajasta, sillä pääsimme yllättäen pitämään siitä lyhyen luennon osana palliatiivisen oirehoidon koulutusta.

Sydämen vajaatoiminnan potilastapauksessa pyrittiin tuomaan esille suunnittelemattomien sairaalajaksojen, sydänperäisen kakeksian ja hengenahdistuksen merkitystä. Lisäksi tapauksessa nostettiin esille muitakin merkkejä, joiden perusteella voitiin harkita palliatiivista hoitolinjaa, kuten kaikissa muissakin potilastapauksissa. COPD-potilastapauksessa korostettiin tahatonta painonlaskua, suunnittelemattomia sairaalajaksoja, suorituskyvyn alenemaa, hengenahdistusta sekä hengityksen tukemista laitteella. Potilastapauksessa, joka koski maksakirroosia keskityttiin korostamaan koholla olevaa *INR*:ää, hepatorenaalista oireyhtymää ja kirroosin komplikaatioita. Alzheimerin tauti yhdistettiin samaan tapaukseen aivoinfarktin kanssa ja tässä potilastapauksessa korostettiin potilaan kykenemättömyyttä tunnistaa omaisia, liikuntakyvyn alenemaa ja kommunikoinnin haasteita. Tämä tapaus oli ainut, jossa keskityttiin suuntaamaan työpajaan osallistujien ajatuksia saattohoitoon palliatiivisen hoidon sijaan. Munuaisten vajaatoiminta tapauksessa nostettiin esiin potilaan oma tahto ja *GRF*- arvon lasku. Potilastapauksessa, koskien levinnyttä rintasyöpää, korostettiin palliatiivisen hoidon puheeksi ottamista ja sen ajankohtaa. Potilastapaukset käytiin läpi palliatiivisen hoidon erikoislääkärin kanssa, jotta voitiin varmistua niiden oikeellisuudesta. Kehittämisosion PowerPoint-esitys potilastapauksineen löytyy liitteenä työn lopusta. (LIITE 6).

6.2 Hoitohenkilökunnalle suunnattu työpaja

Ensimmäiseksi case-harjoituksen avulla harjoiteltiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamista tutkimustulosten pohjalta johdettujen potilastapausten avulla. Case-harjoitus valittiin menetelmäksi, koska se auttaa kehittämään osallistujien ryhmätyötaitoja, soveltamiskykyä (Halonen ym. 2007) sekä kokonaisuuden ymmärtämistä (Hyppönen & Lindén 2009, 50). Harjoitus, eli potilastapaukset muotoiltiin siten, että se vastasi mahdollisimman paljon todellista tilannetta (Halonen ym. 2007, 51). Työskentely toteutettiin suunnitellun ryhmätyöskentelyn sijaan yksilötyöskentelynä vähäisen osallistujia määrän vuoksi ja jokaiselle osallistujalle annettiin oma potilastapaus pohdittavaksi. Potilastapauksista käsiteltiin COPD-, munuaisten vajaatoiminta-, Alzheimerin tauti ja aivoverenkiertohäiriö-, sekä maksakirroosi tapaukset. Lopuksi käytiin yhdessä potilastapaukset läpi ja pohdittiin teoretiedosta esiin tuotujen indikaatioiden ja merkkien avulla, miksi potilas on palliatiivisen hoidon tarpeessa.

Brainwriting-menetelmää käytettiin case-harjoituksen jälkeen, ja sen avulla pyrittiin ideoimaan miten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamista voitaisiin edistää ja helpottaa. Brainwriting-menetelmä toteutettiin yhdistämällä kaikista osallistujista yksi neljän hengen ryhmä. Jokainen ryhmän jäsen tuotti paperille ideoita, jonka jälkeen muut ryhmän jäsenet jatkoivat ideoimista ja jatkoideoiden tuottamista aiemman jäsenen ideoiden pohjalta. Lopuksi keskusteltiin ja käytiin yhdessä läpi ryhmän tuottamat ideat (LIITE 7). Tarkoituksena oli alun perin äänestää paras ideakokonaisuus, mutta tämä osio jäi pois, koska ryhmiä voitiin muodostaa ainoastaan yksi. Brainwriting-menetelmän avulla voitiin osallistaa myös hiljaisimmat jäsenet ja helpottaa eri organisaation edustajien ryhmässä ideointia (Ojasalo ym. 2015, 161–162). Työpajan lopussa osallistujilta kerättiin lyhyt palaute (LIITE 8), jossa arvioitiin viisiportaisen asteikon avulla seuraavia väittämiä: ”*Osaamiseni palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen arvioinnissa lisääntyi*”, ”*Koen osaavani tunnistaa palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen aiempaa paremmin*”, ”*Uskallan ottaa palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen puheeksi aiempaa paremmin*” ja ”*Työpaja oli mielestäni hyödyllinen*”. Viimeisenä palautteessa oli avoin kohta, jossa pyydettiin osallistujilta risuja ja ruusuja työpajasta.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimusosion tulosten tarkastelu

Tulosten tulkinta on keskeistä tutkimustoiminnassa ja sen myötä tutkimuksen löydökset muuttuvat merkitykselliseksi. Tulosten tulkinnan osaamattomuus johtaa siihen, että suuri osa tutkimuksesta menee hukkaan. (Holopainen & Pulkkinen 2012, 19.) Tutkimustulosten mukaan osallistujat arvioivat tietonsa ja ymmärryksensä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta hyväksi. Osallistujat arvioivat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen olevan heikompaa verrattuna heidän tietoonsa ja ymmärrykseen. Lisäksi vastauksissa oli ristiriitaa palliatiivisen hoidon ymmärtämisen ja palliatiivisen hoidon vaikutuksista potilaan sairauksien aktiiviseen hoitoon sekä palliatiivisen hoidon riippuvuudesta potilaan diagnoosiin. Vaikka ymmärrys palliatiivisesta hoidosta oli arvioitu hyväksi, eivät tähän tutkimukseen osallistujat tuloksien mukaan kuitenkaan täysin ymmärtäneet palliatiivisen hoidon vaikutusta potilaan sairauksien hoitoon tai palliatiivisen hoidon diagnoosiin riippumattomuutta. Osallistujat arvioivat saattohoidon tietämyksensä, ymmärryksensä sekä hoidon tarpeen tunnistamisen olevan vahvempaa verrattuna palliatiivisen hoidon osioihin.

Muiden kuin syöpäpotilaiden palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista pidetään haastavana ja siihen vaikuttaa potilaan diagnoosi (Flierman ym. 2019). Lafcin, Yildizin ja Pehlivanin (2020) tekemän tutkimuksen mukaan osa hoitajista oli sitä mieltä, että ainoastaan syöpää sairastavilla potilailla on mahdollisuus saada palliatiivista hoitoa (Lafcin ym. 2020, 1343), ja myös tämän tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että noin viidesosan mukaan palliatiivinen hoito on potilaan diagnoosista riippuvaista. Tämän tutkimuksen tuloksissa alle puolet osallistujista arvioi osaamisensa tunnistaa palliatiivisen hoidon tarve hyväksi tai melko hyväksi, ja yli puolet osallistujista arvioi saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamisen hyväksi tai melko hyväksi. Lafcin ym. (2020, 1344) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajista alle puolet tunnistaa lähestyvän kuoleman.

Fliermanin ym. (2019) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajat voivat tunnistaa palliatiivisen hoidon vaiheessa olevan potilaan tietynlaisen tunteen perusteella, mikä heille potilaasta tulee. Tämän tunteen lisäksi hoitajat hyödynsivät palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa potilaan voinnin kliinisiä indikaattoreita, kuten painonlaskua, toistuvia sairaalahoitoja tai kokemusta siitä, että potilas oli itse luovuttanut paranemisensa suhteen. (Fliermanin ym. 2019.) Tämän tutkimuksen tulosten

mukaan alle puolet osallistujista arvioi painonlaskulla ja suunnittelemattomilla sairaalajaksoilla olevan merkitystä palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa, kun puolestaan Kennedyn ym. (2019, 204) mukaan yli puolet hoitajista oli sitä mieltä, että useat sairaalajaksot ovat syy tehdä palliatiivisen hoidon lähete. Tutkimuksen mukaan hoitajat tunnistivat laitoshoidossa olevan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen liikkumisen ja syömisen vähentymisestä (Angheluta ym. 2020, 4). Tämän tutkimuksen tuloksissa yli puolet osallistujista arvioi kroonisesti laskevan suorituskyvyn ja kykenemättömyyden liikkua olevan merkittäviä tietoja potilaan kokonaistilanteesta arvioitaessa palliatiivisen hoidon tarvetta. Kysymyksessä 16 esitetyistä potilasta koskevista tiedoista osallistujat tunnistivat merkittäviä tietoja palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnin kannalta melko hyvin. Palliatiivisen hoidon ajatellaan edelleen tarkoittavan terminaalivaiheen hoitoa, jonka vuoksi sairaalaympäristöissä palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen tapahtuu liian myöhään (Flierman ym. 2019). Tämän tutkimuksen tuloksista nousi myös esille se, että saattohoito tunnistetaan ja tunnetaan paremmin kuin palliatiivinen hoito.

Kokeneen kollegan kanssa keskustelu elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvistä asioissa, sekä hänen työn tekonsa tarkkaileminen edistävät loppuelämän hoidon laatua (Haavisto ym. 2021, 578). Hoitajat arvostivatkin yhteistyötä kollegoidensa kanssa palliatiivisen hoidon arvioinnissa ja hakivat lisätukea arviolleen, ennen kuin jakoivat sen lääkärin kanssa (Flierman ym. (2019). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan yli kolmasosa osallistujista oli sitä mieltä, että heidän työyksikössään palliatiivisen hoidon tarve osataan tunnistaa hyvin ja yli puolet osallistujista oli sitä mieltä, että saattohoidon tarve osataan tunnistaa hyvin heidän työyksikössään. Tulosten mukaan lähes puolet osallistujista ottaisi todennäköisesti palliatiivisen hoidon aloittamisen puheeksi lääkärin kanssa ja noin puolet ottaisi saattohoidon aloittamisen todennäköisesti puheeksi. Fliermanin ym. tekemän tutkimuksen mukaan osa hoitajista kertoi epäroivänsä kertoa arviotaan lääkärille, koska he eivät halunneet antaa kuvaa luovuttamisesta tai siitä, että epäilevät lääkärin asiantuntemusta. Tutkimuksen mukaan lääkärit pitivät hoitajan mielipidettä kuitenkin tärkeänä. (Flierman ym. 2019.) DeBoerin, Reimer-Kirkhamin ja Sawatzkyn (2022, 5) tekemän tutkimuksen mukaan tehohoito ympäristössä hoitajat huomasivat potilaan voinnin heikentymisen lääkäreitä aiemmin, koska ovat lähempänä potilasta.

Fliermanin ym. (2019) tekemässä tutkimuksessa todetaan, että koulutuksissa on tärkeää käydä läpi sitä, kuinka aloittaa potilaan kanssa keskustelu hänen toiveistaan hoitoon liittyen sekä parantaa ammattilaisten yhteistyötä ja tehtävien koordinoitua. Tämän tutkimuksen avoimen kysymyksen tuloksissa tuli esille saada koulutusta Fliermanin ym. mainitsemiin asioihin. Lisäksi toivottiin muun

muassa yleistä koulutusta palliatiivisesta hoidosta kaikille ammattiryhmille, myös lääkäreille ja McCourtin ym. (2013, 511) tekemässä tutkimuksessa tulikin ilmi, että hoitajien mukaan vakavasti sairaiden potilaiden hoidon tavoitteissa on yhteisymmärryksen puutetta. Hoitajan roolista ja vaikuttamisen mahdollisuuksista päätöksenteossa haluttiin lisää koulutusta, ja tämä onkin tärkeää, sillä Fliermanin ym. (2019) tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajia voidaan pitää parempana palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa kuin lääkäreitä, koska heillä on kokonaisvaltaisempi koulutus ja potilaiden on helpompi avautua heille hoitojen keskeyttämisestä kuin lääkäreille. Erään tutkimuksen mukaan hoitajat toivoivat koulutusta pitkäaikaisten sairauksien etenemisestä ja elämän loppuvaiheen tunnistamisesta (Tomison & McDowell 2011, 278) ja myös tämän tutkimuksen tuloksien mukaan elämän loppuvaiheen tunnistamisesta pyydettiin lisäkoulutusta. Hollantilaisen tutkimuksen mukaan hoitajien oli vaikeaa määrittellä potilaiden aikaisen palliatiivisen hoidon tarvetta ja tärkeää olisikin saada siihen selkeitä ohjenuoria (Verschuur, Groot & van der Sande 2014, 245). Olssonin ym. tekemän tutkimuksen mukaan käytäntöjen, ohjeiden ja protokollien avulla voidaan myös helpottaa viestintää, tiedon jakamista ja loppuelämän hoidon koordinoitua eri tiimien ja terveydenhuollon palvelujen välillä (Olsson ym. 2021, 433), sekä edistää hoitajien osaamista (Haavisto 2021, 578).

7.2 Kehittämisosion tarkastelu

Kehittämisosion toteutus kärsi osallistujavajeesta. Osastonhoitajilta pyydettiin ilmoitusta työpajaan osallistumisen esteistä, ja näitä ilmoituksia saatiin vain yksi. Jos tieto vähäisestä osallistujamäärästä olisi saatu ennakkoon, olisi tilannetta voitu ennakoida ja suunnitella työpajan sisältö palvelemaan paremmin pientä ryhmää. Työpajan alussa päätettiin potilastapausten pohdinta toteuttaa yksilötyöskentelynä, vaikka jälkikäteen ajateltuna olisi osallistujat voitu jakaa pareiksi, ja pareille kaksi potilastapausta pohdittavaksi. Näin olisi saatu aikaiseksi tärkeää ajatustenvaihtoa. Pieni ryhmä kuitenkin mahdollisti potilastapausten läpikäymisen vaiheessa yhteisen keskustelun ja pohdinnan. Osallistujat arvioivat potilastapausten potilaiden voivan huonosti, olevan vakavasti sairaita sekä tarvitsevan paljon apuja esimerkiksi kotiin. Kuitenkaan suoria palliatiivisen hoidon tai saattohoidon ehdotuksia ei tullut heti aluksi esille, mutta yhteisen keskustelun myötä palliatiivinen hoito ja saattohoito päätettiin potilaiden hoitolinjaukseksi. Brainwriting-osuudessa osallistujista muodostettiin yksi ryhmä, jossa jokainen tuotti paperille ideoita suunnitelman mukaisesti siitä, kuinka palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamista voitaisiin helpottaa. Ideat käytiin lopuksi yhdessä läpi ja huomattiin, että osa ideoista ei vastannut suoraan kysymykseen, mutta olivat sisällöltään muuten

hyviä. Osallistujat toivat esiin esimerkiksi seuraavat asiat: ”Tietoa hoitajille palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta” ja ” Julkinen keskustelu mediassa yms.” Vaikka tehtävän ohjeistus käytiin sanallisesti läpi ja jätettiin myös kirjallisena näkyviin PowerPoint-diana, olisi tehtävän antoa ja tarkoitusta voitu vielä enemmän selkeyttää tarkoituksenmukaisten ideoiden saamiseksi. Ideapaperiin olisi voitu esimerkiksi laittaa valmiiksi teksti ”Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamista helpottavia asioita”.

Työpaja oli tarkoituksenmukainen ja se saatiin onnistumaan melko hyvin vähäisestä osallistujamäärästä huolimatta. Powerpoint esityksestä onnistuttiin tekemään kokonaisuutta tukeva, eikä siinä ollut liikaa teoriatietoa, mikä olisi poistanut yhteisen keskustelun mahdollisuuden. Osallistujat uskalsivat jakaa ajatuksiaan ja pohdintojaan ääneen pienen ryhmäkoon vuoksi. Kehittämisosion palautteessa osallistujat arvioivat asteikolla 1–5 kaikki arviointikohdat vähintään numeroksi 4, kahta poikkeusta lukuun ottamatta. Avoin palaute oli positiivista, eikä risuja tullut. Tässä kaksi esimerkkiä avoimesta palautteesta: *”Työpaja oli hyvä tapa saada miettimään asiaa enemmän”, ”Potilastapaukset olivat erityisen hyödyllinen osio”*.

Kehittämisosion työpajaa varten luotu materiaali potilastapauksineen on valmis käytettäväksi tulevaisissa koulutuksissa, joissa halutaan edistää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen osaamista. Materiaali sopii myös sovellettuna lyhyemmille osastotunneille. Koska potilastapauksia luotiin kuusi ja ne käsittelivät eri sairausryhmiä, voivat eri erikoisalojen osastot hyödyntää kohdennetusti heille sopivia potilastapauksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen koulutuksissaan niin halutessaan. Työpaja ja PowerPoint-esitys muotoiltiin mahdollistamaan keskustelun ja ajatusten jakamisen, joka edesauttaa hiljaisen tiedon siirtymistä, sekä yhdessä tekemistä.

7.3 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu

Tutkimusetiikka liittyy tutkimukseen sen ideointivaiheesta tutkimustulosten esittämiseen asti (Vilka 2021). Tutkimusetiikka ja plagiointi, tulosten sepittäminen sekä tulosten omiminen itselle ovat kiellettyjä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 224–225). Tieteellisen tutkimuksen suorittaminen hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla takaa tulosten hyväksymisen ja luotettavuuden eettiseltä kannalta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, 7). Tutkimuksellisessa kehittämistyössä

käytettiin luotettavia lähteitä sekä lähteet ja viittaukset merkittiin asianmukaisesti. Lisäksi lähdeluettelo ja viittausten yhdenmukaisuus tarkistettiin useaan kertaan. Tutkimussuunnitelma, tutkimuksen toteutus sekä tutkimuksen raportointi tehtiin Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeistuksen mukaisesti. Tutkimustulokset esitettiin rehellisesti ja läpinäkyvästi.

Tutkittavalta organisaatiolta haettiin tutkimuslupa käyttäen heidän omaa hakulomakettaan tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttamista varten. Osallistujille lähetettiin kyselyn liitteenä saatekirje, joka sisälsi linkin tietosuojainfoon, tiedot tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteesta ja tarkoituksesta, sekä saatujen tietojen käsittelemisestä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilla oli oikeus perua osallistumisensa jälkikäteen (Kuula 2011, 23). Nämä asiat tuotiin esille saatekirjeessä (LIITE 9) ja kyselyn ensimmäisessä kysymyksessä varmistettiin halu osallistua tutkimukseen. Osallistujilla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta sekä sen tavoitteista ja kerätyn tiedon elinkaaresta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8–9) ja saatekirjeeseen kiinnitettiin erityistä huomioita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 220). Osallistujilla oli mahdollisuus olla yhteydessä tutkijoihin ennen kyselyyn vastaamista, jos heillä oli jotain kysyttävää. Yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti, tämä tutkimuksellinen kehittämistyö ei aiheuttanut tutkittavalle ihmiselle tai yhteisölle riskejä, vahinkoja tai haittoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7). Vastauksien anonymiteetti varmistettiin lähettämällä kysely osallistujille osastonhoitajien kautta, jonka avulla vältettiin yhteystietojen kerääminen.

Tutkimuksellisen kehittämistyön puitteissa kerätty tieto säilytettiin asianmukaisesti salasanalla luokitulla tietokoneella. Kerättyä aineistoa käsittelevät tutkimuksellisen kehittämistyön tekijät ja Oulun ammattikorkeakoulun tilastotieteen opettaja. Webropol-kyselyllä ja paperisilla kyselylomakkeilla kerätyt tiedot siirrettiin SPSS Statistics 28-ohjelmaan analysointia varten. Tietoja ei luovutettu EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle, ja tiedot hävitettiin tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin lopuksi. Tutkimuksellisessa kehittämistyössämme noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) on tehnyt listan siitä, koska tutkijoiden tulee pyytää tutkimukselleen eettistä ennakoarviointia, ja sen mukaan tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen ei edellyttänyt eettistä ennakoarviointia. Kehittämistyön potilastapaukset luotiin teorian tietoon pohjaten ja tämän tutkimuksen tuloksia hyödyntäen. Potilastapaukset eivät ole liitoksissa oikeisiin potilaisiin. Lisäksi esihenkilöille annettiin mahdollisuuden osallistua tai jättää osallistamatta työntekijöitään työpajaan, huomioiden ettei potilasturvallisuus työpaikoilla vaarannu työntekijöiden poissaolon vuoksi.

7.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Kvantitatiivinen tutkimus tarvitsee riittävän määrän havaintoyksiköitä, jotta tuloksiin voidaan luottaa ja niiden voidaan ajatella edustavan koko perusjoukkoa. Käytettävä kyselylomake ja kohderyhmä tulee perustella ja määritellä huolella, sillä huolellinen määrittely lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi ongelmakohta on se, ettei tutkimus läheskään aina täysin onnistu. Tutkimuksessa tulee ottaa kantaa reliabiliteettiin ja validiteettiin. Tutkimuksen luotettavuuden jäädessä alhaiseksi on se hyvä tuoda esille raportissa. (Kananen 2008, 10, 13, 17). Puolueettomuusnäkökulmaa tulee myös pohtia osana tutkimuksen luotettavuutta, esimerkiksi tulee miettiä tutkijoiden roolin merkitystä tutkimuksen kohteena olevalle yksikölle (Vilka 2021, 157). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä toiminta pyrittiin pitämään objektiivisena. Tämän tutkimuksen tutkijat kuuluvat tutkimuksen kohderyhmään, he eivät vastanneet kyselyyn tai vaikuttaneet työpaikoillaan muiden kyselyyn vastaamiseen.

Tutkimuksellisen kehittämistyön kohderyhmä määriteltiin vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja se vastasi täysin perusjoukkoa, sillä kysely lähetettiin kaikille aikuispotilaita hoitavien osastojen hoitohenkilökunnalle, joista oltiin kiinnostuneita. Tilastotieteessä 20–30 vastausprosentti ei riitä antamaan luotettavaa tietoa, ja vastausten kato onkin yksi suuri ongelma sähköisissä kyselyissä. Kato tulee dokumentoida raportissa (Kananen 2008, 77–78). Vastausprosentiksi saatiin 28 % (n=91), joten täysin luotettavaa kuvaa vastauksista ei saatu, mutta kuitenkin ristiin taulukoinnin avulla voitiin vertailla vastauksia toisiinsa. Webropol-kyselyn vastaukset sekä paperilla olevat vastaukset siirrettiin SPSS Statistics 28-ohjelmaan molempien tutkijoiden läsnä ollessa. Paperivastauksien siirtämisen onnistuminen tarkistettiin vielä erikseen niiden oikeellisuuden varmistamiseksi.

Kysely luotiin itse, koska tutkimukseen sopivaa kyselyä ei löytynyt valmiina. Kyselyä varten tarvittiin tutkittua teoretietoa, joten kirjaston informaattikkoa hyödynnettiin hakusanojen mietinnässä ja tiedonhaussa. Tiedonhakuprosessissa löydetyt lähteet käytiin läpi molempien tutkijoiden toimesta. Näin varmistettiin se, että saatiin kaikki tutkimuksen kannalta olennainen ja luotettava tieto kyselyn luomista varten.

Kyselylomake tulee Vilkan (2021) mukaan esiteltävä ennen virallista käyttöä muutamalla kohdejoukkoon kuuluvalla henkilöllä, jotka arvioivat kriittisesti muun muassa kysymysten ja vastausohjeiden selkeyttä, yksiselitteisyyttä, kyselyn pituutta sekä vastaamiseen käytettävää aikaa. Heidän olisi

myös hyvä arvioida puuttuuko kyselylomakkeesta jokin olennainen kysymys tai onko jokin kysymys turha. (Vilkkä 2021, Kyselylomakkeen suunnittelu ja testaus.) Kyselylomake esitettiin ennen virallisen kyselyn toteutusta kahdeksalla tuntemallamme henkilöllä (yhellä lääkäriä, viidellä sairaanhoitajalla ja kahdella alan ulkopuolisella henkilöllä). He arvioivat ja antoivat palautetta kysymyksien ja vastausohjeiden selkeydestä, vastausvaihtoehtojen selkeydestä, kyselylomakkeen pituudesta sekä kysymysten tarkoituksen mukaisuudesta. Kysymyksen sanallista muotoilua muokattiin vastausten perusteella kysymyksissä 9, 14, 15, 16, 19 ja 20. Kysymyksen 16 asteikon sanallista muotoilua muokattiin ja kysymys 23 tehtiin pakolliseksi vastata. Lisäksi korjattiin muutamia kirjoitusvirheitä. Esitelmä suoritettiin etänä, eivätkä tutkijat olleet läsnä esitelmästä. Kyselylomaketta muokattiin annettujen kommenttien perusteella, eikä kyselylomaketta muokkausten jälkeen testattu uudelleen.

Mittauksen validiteetilla arvioidaan sitä, onko kyseinen kysely onnistunut mittamaan juuri sitä mitä pitikin mitata. Huonosti kohdistettu kysely heikentää luotettavuutta. Reliabiliteetilla kuvataan kyselyn luotettavuutta tuottaen ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Holopainen & Pulkkinen 2012, 16–17; Taherdoost 2016, 33.) Kyselyn sisäistä yhtenäisyyttä mittaamaan voidaan käyttää Cronbachin alfa kerrointa (Taherdoost 2016, 33), mutta luodun kyselyn väittämällä mitattiin erilaisia asioita ja siitä syystä sitä ei käytetty tämän kyselyn kohdalla. Kyselyä ei myöskään toistettu tutkimuksellisen kehittämistyön puitteissa, joten kyselyn reliabiliteettia ei täten voida todentaa. Kyselyn sisällön validiteetti vaikuttaa positiivisesti se, että aluksi tutustuttiin kirjallisuuteen sekä määriteltiin huolellisesti käsitteet, joiden pohjalta kysely luotiin. Validiteettiä heikentää kuitenkin se, ettei kyselyn esitelmästä käytetty Lawshen metodia pisteyttämään kysymyksiä. (Taherdoost 2016, 30.) Validiteetti tutkimuksessa on melko hyvä, ja kyselyllä saatiin mitattua sitä mitä haluttiin. Kysely luotiin ulko-muodollisesti käyttäjäystävälliseksi, loogisesti eteneväksi ja mahdollisimman yksiselitteiseksi ulko-muodon validiteetin takaamiseksi (Taherdoost 2016, 29). Vaikka kysely esitettiin, huomattiin tutkimustulosten analysointivaiheessa, että muutamassa kysymyksessä olisi voitu käyttää erilaista sanamuotoa, jolloin kysymys olisi ollut vieläkin selkeämpi. Valitut asteikot toimivat hyvin, ja vastauksia saatiin jokaiseen kysymykseen Weprobol-kyselyn muodossa, ainoastaan kysymykseen 23 saatiin muutamalla merkillä kuitattuja vastauksia, vaikka se muotoiltiin pakolliseksi kysymykseksi. Paperikyselyjen joukossa oli yksi kysely, jossa vastaaminen oli jäänyt kesken ja tämä huomioitiin vastausten analysoinnissa. (Vilkkä 2007, 150.)

Tilastollisten analyysimenetelmien valinnassa hyödynnettiin koulun tilastotieteen opettajan ammattitaitoa. Tällä varmistettiin analyysimenetelmien tarkoituksenmukaisuus tutkimuksen kannalta sekä

tutkijoiden analyysimenetelmien osaaminen. Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa saatujen tulosten yleistettävyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017,189). Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida täysin yleistää, sillä tilastollisesti merkityksellisiä riippuvuuksia ei voitu juurikaan todentaa. Osastojen tai ammattien vertaileminen keskenään tai tilastollisten merkitävyyksien todentaminen näistä muuttujista ei ollut mahdollista, koska vastausmäärissä oli isoja eroja osastojen ja ammattiryhmien välillä. Tulosten analysoinnissa taustamuuttujista voitiin kuitenkin hyödyntää työkokemusta. Likert-asteikollisissa kysymyksissä vastauksien epänormaali jakautuminen ja osallistujien vastauksien painottuminen samoihin vastauksiin esti sen, ettei vastauksista saatu luotettavasti esille juurikaan tutkimuksellisesti merkitseviä eroja ja sitä myötä perusjoukkoon yleistettäviä tuloksia. Avoimen kysymyksen analysointi tehtiin molempien tutkijoiden toimesta ja siihen käytettiin aikaa käymällä vastaukset useaan kertaan huolellisesti läpi. Analysointi havainnollistettiin raporttiin esimerkin kautta ja kokonaisuudessaan kolmivaiheinen teemoittelu löytyy työn lopusta (LIITE 3). Analysoinnin aikana huomioitiin mitä on kysytty ja mikä oli tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimuskysymys. Näin saatiin vastausten analysoinnista jättää pois ne vastaukset, jotka eivät vastanneet suoraan kysymykseen. (Vilka, 2021, luku 7.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettia voidaan vahvistaa dokumentoimalla kaikki vaiheet huolellisesti siten, että tutkimus on toistettavissa. Prosessin tulee olla aukoton ja vaiheet hyvin perusteltu. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen systemaattista luotettavuutta ja ulkoisella validiteetilla tutkimustulosten mahdollisuutta yleistykseen. (Kananen 2008, 83, 86.) Reliabiliteettia tutkimuksen aikana pyrittiin koko ajan tarkastelemaan ja kaikki tutkimuksen vaiheet raportoitiin. Validiteettia lisää se, että käsitteet johdettiin teoriasta ja ne määriteltiin tarkasti (Kananen 2008, 84). Kysely onnistuttiin luomaan sellaiseksi, jolla pystyttiin tutkimaan tutkimuskysymyksen mukaisesti tutkittavaa asiaa. Kyselyn osallistujat valittiin juuri siitä ryhmästä mistä haluttiin tietoa, vaikkakin vastausprosentti jäi pieneksi. Kyselyn kysymykset ja vastausvaihtoehdot muotoiltiin selkeiksi, sillä pystyttiin kysymään olennaiset asiat, eikä kysely ollut liian pitkä. Kysely jaoteltiin kokonaisuuksiin, jolloin kysymykset olivat kysymyslomakkeessa aihealueittain. Kokonaisluotettavuudeltaan tutkimuksellisessa kehittämistyössä onnistuttiin ja se toteutettiin tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Vilka, 2007, 152, 154.)

7.5 Johtopäätökset ja tulevaisuuden kehittämishaasteet

Tutkimukseen osallistujien osaaminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa vaatii tuloksien mukaan kehittämistä. Se, mitä palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat, tiedostettiin ja ymmärrettiin vastausten mukaan hyvin. Saattohoito näyttäytyy tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa tutummalta osallistujille kuin palliatiivinen hoito, vaikka saattohoito onkin osa palliatiivista hoitoa. Potilaan sairauden diagnoosin voitiin tuloksien mukaan ajatella vaikuttavan siihen, tunnistetaanko palliatiivisen hoidon tarpeessa olevat potilaat, sillä tuloksien mukaan yli puolet osallistujista oli sitä mieltä, että diagnoosi ei vaikuta siihen voiko potilas saada palliatiivista hoitoa. Palliatiivista hoitoa saatetaan ensisijaisesti ajatella vain syöpäpotilaille soveltuvaksi, vaikka jokainen potilas diagnoosistaan riippumatta on oikeutettu saamaan palliatiivista hoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019; WHO 2022; WHO 2021, 9).

Tulosten mukaan osallistajat arvioivat osaamisensa tunnistaa palliatiivista ja saattohoidon tarvetta joko hyväksi tai neutraaliksi, mutta huomioitavaa on, että esimerkiksi palliatiivisen hoidon tarvetta vain alle puolet osallistujista arvioi osaavansa tunnistaa hyvin tai melko hyvin. Hieman yli puolet osallistujista arvioi osaavansa tunnistaa merkkejä potilaan kokonaistilanteesta, jotka ovat peruste arvioida palliatiivisen hoidon tarvetta. Myös näissä kysymyksissä saattohoito näyttäytyy tutummalta tutkimukseen osallistujille. Tuloksien mukaan osallistajat tunnistivat hyvin muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta kysymyksessä 16 esitettyjen potilaan vointia koskevien tietojen merkittävyyttä palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnille. Tutkimuksen tuloksista voitiin todeta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen olevan melko hyvällä tasolla, mutta etenkin palliatiivisen hoidon käsitettä tulee jatkossa selkiyttää. Kehittämissosion työpajoissa potilastapausten kautta tuli esille se, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen arviointi ja puheeksi ottaminen on haastavaa.

Jatkossa on tärkeää luoda palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamiseen helpottavia keinoja, jotta voidaan tarjota tarkoituksen mukaista hoitoa kaikille sitä tarvitseville sekä mahdollistaa mahdollisimman monille hyvä loppuelämän hoito. Kroonisista sairauksista kärsiviä ihmisiä on tulevaisuudessa yhä enemmän ja tarkoituksen mukaisella hoidolla voimme myös säästää terveydenhuollon kustannuksia (Salin ym. 2021, 144; Haavisto ym. 2021, 577). Lisäksi on tärkeää huolehtia hoitotyön ammattilaisten kokonaisvaltaisesta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutuksesta, kuten esimerkiksi käsitteiden selkeyttämisestä ja palliatiivisen hoidon puheeksi ottamisesta.

Jatkossa on tärkeää tukea moniammatillista yhteistyötä, esimerkiksi järjestämällä tämän tutkimuksellisen kehittämistyön kehittämisosion mukaisia työpajoja, jossa ryhmät muotoillaan eri ammattiryhmien edustajista.

LÄHTEET

Afshar, Kambiz, Wiese, Birgitt, Schneide, Nils & Müller-Mundt, Gabriele 2020. Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *GMS German Medical Science* 18:2020. Hakupäivä 23.3.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezp.oamk.fi:2047/pmc/articles/PMC6997946/>

Alshammari, Fares, Sim, Jenny, Lapkin, Samuel & Stephens, Moira 2022. Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Education in Practice* 59 (2022). Hakupäivä 6.10.2022. <https://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S1471595322000087> . Vaatii käyttöoikeuden.

Angheluta, Aura, Gonella, Silvia, Sgubin, Caterina, Dimonte, Valerio, Bin, Alessandra & Palese, Alvisa 2020. When and how clinical nurses adjust nursing care at the end-of-life among patients with cancer: Findings from multiple focus groups. *European Journal of Oncology Nursing* 49 (2020). Hakupäivä 2.9.2022. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388920301368?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=744568b509709932 Vaatii käyttöoikeuden.

Bennardi, Marco, Diviani, Nicola, Gamondi, Claudia, Stüssi, Georg, Saletti, Piercarlo, Cinesi, Ivan & Rubinelli, Sara 2020. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliative Care* 19/2020. Hakupäivä 6.10.2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezp.oamk.fi:2047/pmc/articles/PMC7155286/pdf/12904_2020_Article_556.pdf Vaatii käyttöoikeuden.

Haavisto, Elina, Soikkeli-Jalonen, Anu, Tonteri, Mia & Hupli, Maija 2021. Nurses' required end-of-life care competence in health centers inpatient ward – a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 35/ 2021. Hakupäivä 7.10.2022. <https://web-s-ebSCOhost.com.ezp.oamk.fi:2047/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=86703498-1ad4-4e44-9a68-7f2650089205%40redis> . Vaatii käyttöoikeuden.

Halonen, Pekka, Pulkka, Antti-Tuomas, Kärkkäinen, Hannu & Saarelainen, Mikko 2007. Kouluttajan opas (KoulOpas). Pääesikunta/ Koulutusosasto. Helsinki: Edita Prime Oy. Hakupäivä 11.4.2022. <https://puolustusvoimat.fi/documents/1948673/2258487/PEVIESTOS-KoulOpas2007.pdf/446ca2cf-95bb-4b7a-a7cf-d0174b4509fb/PEVIESTOS-KoulOpas2007.pdf>

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy. Hakupäivä 27.11.2022. Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden.

Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2012. Tilastolliset menetelmät. 5.-7- painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hyppönen, Olli & Lindén, Satu 2009. Opettajan käsikirja- opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Teknillinen korkeakoulu. Espoo: HSE Print. Hakupäivä 11.4.2022. <https://aalto-doc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/4670/isbn9789522480637.pdf?sequence=1&isAllo-wed=y>

Hökkä, Minna, Preira, Sandra, Pölkki, Tarja, Kyngäs, Helvi & Hernández-Marrero, Pablo 2020. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* 34(7), 851–870. Hakupäivä 17.3.2022. <https://doi.org/10.1177/0269216320918798>. Vaatii käyttöoikeuden.

Jyväskylän yliopisto Koppa 2021, Aineiston analyysimenetelmät. Hakupäivä 14.2.2022. [Aineiston analyysimenetelmät — Jyväskylän yliopiston Koppa \(jyu.fi\)](https://aineistonanalyysimenetelmät—jyväskylän-yliopiston-koppa(jyu.fi))

Jyväskylän yliopisto Koppa 2021, Syrvey. Hakupäivä 27.10.2021. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/survey>

Kananen, Jorma 2008. Kvantti- kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, Päivä & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Hakupäivä 19.8.2022. Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden.

Kennedy Randol, Abdullah Nabilah, Bhadra Rhajarsi, Osei Bonsu Nana, Fayeziadeh Mojtaba & Ickes Harold. 2019. Barriers to Effective use of Palliative Care Services in the Acute Care Setting with Emphasis on Terminal Noncancer Diseases. Indian journal of palliative care. Apr-jun; 25(2): 203-209. Hakupäivä: 14.1.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6504735/>.

Koivumäki, Jyri 2021. Sydämen vajaatoimintapotilaan palliatiivinen hoito – kardiologin näkökulma. Sydänääni 32(2). Suomen Kardiologinen seura.

Korhonen, Tarja & Poukka, Paula 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 129(4). Hakupäivä 4.1.2022. <https://www-terveysportti-fi.ezp.oamk.fi:2047/xmedia/duo/duo10821.pdf>

Koski, Leena 2020. Teksteistä teemoiksi. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen näkökulma ja menetelmät. (toim. Puusa, Anu ja Juutti Pauli) Gaudeamus oy. Hakupäivä 6.10.2022. Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden.

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka- aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere. Hakupäivä 14.2.2022. Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden.

Lafci, Diğdem, Yildiz, Ebrun & Pehlivan, Sedan 2020. Nurses' views and applications on palliative care. Perspectives in Psychiatric Care. 2021; 57:1340–1346. Hakupäivä 1.9.2022. <https://web-s-ebscohost-com.ezp.oamk.fi:2047/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2efb4b6a-387b-44d1-b1c2-a62fc89d236f%40redis> Vaatii käyttöoikeuden.

Lehto, Birgitta & Sainio, Titta 2020. Palliatiivisen hoidon asiakkaat. Gerontologia 2020 vol34 no.1. Hakupäivä 4.1.2022. <https://journal-fi.ezp.oamk.fi:2047/gerontologia/article/view/82710/48407>)

Lino, Pedro & Mary, Williams 2021. Transitioning end-of-life care from hospital to the community: case report. *British Journal of Nursing*, 2021, Vol 30, No 17, 1012- 1013. Hakupäivä 7.1.2022. <https://web-p-ebSCOhost-com.ezp.oamk.fi:2047/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9995b477-cccc-4ced-ad9f-d7609efce91f%40redis>

Lowey Susan. 2017. Care transitions among Medicare beneficiaries at the end of life. *Nursing*. volume 47, number 6. 37-43. Hakupäivä 6.10.2023. <https://nursing.ceconnection.com/ovid-files/00152193-201706000-00012.pdf>.

Lüthi, Fabienne Teike, Bernard, Mathieu, Beauverd, Michel, Gamondi, Claudia, Ramelet, Anne-Sylvie & Borasio, Gian Domenico 2020a. IDentification of patients in need of general and specialised PALLiative care (ID-PALL©): item generation, content and face validity of a new interprofessional screening instrument. *BMC Palliative Care* (2020) 19:19. Hakupäivä 23.3.2022.

Lüthi, Fabienne Teike, Bernard, Mathieu, Gamondi, Claudia, Ramelet Anne-Sylvie & Borasio, Gian Domenico 2021a. ID-PALL: An Instrument to Help You Identify Patients in Need of Palliative Care. *Praxis* 110(15), 839-844. Hakupäivä 1.4.2022. [ID-PALL: An Instrument to Help You Identify Patients in Need of Palliative Care | Praxis \(hogrefe.com\)](#). Vaatii käyttöoikeuden.

Lüthi, Fabienne Teike, Bernard, Mathieu, Vanderlinden, Katia, Ballabeni, Pierluigi, Gamondi, Claudia, Ramelet Anne-Sylvie & Borasio, Gian Domenico 2021b. Measurement Properties of ID-PALL, A New Instrument for the Identification of Patients with General and Specialized Palliative Care Needs. *Journal of Pain and Symptom Management* 62(3). Hakupäivä 23.3.2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421002347>

Lüthi, Fabienne Teike, Mabire, Cerdic, Amoussou, Joëlle Rosselet, Bernard, Mathieu, Borasio, Gian Domenico & Ramelet, Anne-Sylvie 2020b. Instruments for the identification of patients in need of palliative care: protocol for a systematic review of measurement properties. 1144-1146. Joanna Briggs Institute: JBI Evidence Synthesis. Hakupäivä 12.1.2022. https://ovidsp-dc1-ovid-com.ezp.oamk.fi:2047/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=HPNCFPHGHIACBCOEKPOJOFMOH-HDIAA00&Link+Set=S.sh.79%7c22%7csl_190 . Vaatii käyttöoikeuden.

Lüthi, Fabienne Teike, MacDonald, Ibo, Amoussou, Joëlle Rosselet, Bernard, Mathieu, Borasio Gian Domenico & Ramelet, Anne-Sylvie 2022. Instruments for the identification of patients in need of palliative care in the hospital setting: a systematic review of measurement properties. *JBIE Evidence Synthesis* 20(3), 761-787. Hakupäivä 21.3.2022. https://ovidsp-dc1-ovid-com.ezp.oamk.fi:2047/ovid-b/ovidweb.cgi?&S=ICALFPDGIHACHMAHKPNJFGPM-HEGPAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_10&Counter5=SS_view_found_article%7cJBIES-20-00555%7cjb%7cjbdb%7cjb&Counter5Data=JBIES-20-00555%7cjb%7cjbdb%7cjb. Vaatii käyttöoikeuden.

McCourt, Roisin, Power, John & Glackin, Marie 2013. General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 2013, 19(10). Hakupäivä 7.10.2022. <https://web-p-ebscobhost-com.ezp.oamk.fi:2047/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d738912f-649d-40d1-8681-5c9de97ede7a%40redis>. Vaatii käyttöoikeuden.

Ochoa, Luisa, González-Jaramillo, Valentina, Saldarriaga, Clara, Lemos, Mariantonia, Krikorian, Alicia, Vargas, John Jairo, Gómez-Batiste, Xavier, Gonzalez-Jaramillo, Nathalia & Eychmüller, Steffen 2021. Prevalence and characteristics of patients with heart failure needing palliative care. *BMC Palliative Care* 20:184. Hakupäivä 22.3.2022. <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00850-y#ref-CR8>

Ojasalo, Katri, Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Hakupäivä 11.4.2022. Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden.

Olsson, Maja, Windsor, Carol, Chambers, Shirely & Green, Theresa 2021. A Scoping Review of End-of-Life Communication in International Palliative Care Guidelines for Acute Care Settings. *Journal of Pain and Symptom Management* 62(2). Hakupäivä 7.10.2022. <https://www-sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S0885392420309027?via%3Dihub> . Vaatii käyttöoikeuden.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Hakupäivä 14.1.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

Salin, Sirpa, Melender, Hanna-Leena, Lehto, Juho & Hökkä, Minna. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista 2021. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2021(58), 143–157. Hakupäivä 14.1.2022. <https://journal.fi/sla/article/view/94374>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 2019:68. Hakupäivä 21.1.2022. [Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioneuvosto.fi/Suositus_palliatiivisen_hoidon_palveluiden_tuottamisesta_ja_laadun_parantamisesta_Suomessa_Palliatiivisen_hoidon_asiantuntijaryhman_loppuraportti)

Taherdoost, Hamed 2016. Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. International Journal of Academic Research in Management 5(3), 28-36. Hakupäivä 25.11.2022. [International Journal of Academic Research in Management \(ssrn.com\)](https://www.ssrn.com/document/3481232)

Tampereen Yliopisto. Tietoarkisto, Ristiintaulukointi. Hakupäivä 27.11.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi/>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Ohjaus 4/2022. Helsinki. Hakupäivä 21.3.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/URN_ISBN_978-952-343-824-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Teräs, Marianne, & Toiviainen, Hanna. 2014. Kehittävä teema-analyysi kasvatustieteen tutkimusmenetelmänä. Aikuiskasvatus 34(2), 84–95. Hakupäivä 25.11.2022. <https://journal.fi/ai-kuiskasvatus/article/view/94084/52762>

The University of Edinburgh. SPICt: Supportive and palliative care indicators tool. Hakupäivä 24.3.2022. <https://www.spict.org.uk/spict-4all/>

Tilvis, Reijo & Antikainen, Riita 2015. Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito. Suomen lääkärilehti 70(3). Hakupäivä 6.10.2022. <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/syd%C3%A4men-pitk%C3%A4lle-edenneen-vajaatoiminnan-palliatiivinen-hoito>. Vaatii käyttöoikeuden.

Tomison, Gillian & McDowell, Joan RS. 2011. Nurses' needs in delivering palliative care for long-term conditions. British Journal of Community Nursing 16 (6). Hakupäivä 2.9.2022. <https://web-s-bd2f-7dc4d6b773c5%40redis> Vaatii käyttöoikeuden.

Treiman, Donald J. 2009. Quantitative data analysis: Doing social research to test ideas. First edition. San Francisco: Jossey-Bass. Hakupäivä 2.1.2023. ProQuest Ebook Central. Vaatii käyttöoikeuden.

Tripodoro, Vilma, Lanos, Victoria, De Lellis, Silvina, Gümes, Cecilia, De Simone, Gabriel & Gómez-Batiste, Xavier 2019. Prognostic factors in cancer patients with palliative needs identified by the NECPAL CCOMS- ICO©Tool. Medicina 79(2). Buenos Aires. Hakupäivä 23.3.2022. <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31048274.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hakupäivä 21.11.2022. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. Hakupäivä 14.2.2022. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Tähtinen, Juhani, Laakkonen, Eero ja Broberg, Mari 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulokinnan perusteita. 2. uudistettu painos. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos. Hakupäivä 3.1.2023. https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/149687/Tilastollisen_aineiston_k%C3%A4sittelyn_ja_tulokinnan_perusteita_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

Valli, Raine 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus. Hakupäivä 27.11.2022. Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden.

Valli, Raine 2018. Aineiston keruu kyselylomakkeella. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1: metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle (toim. Raine Valli). Keuruu: PS-kustannus, 92–116.

Verschuur, Els, Groot, Marieke & van der Sande, Rob 2014. Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. International Journal of Palliative Nursing 20(5). Hakupäivä 2.9.2022. <https://web-s-ebsohost.com.ezp.oamk.fi:2047/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=112e384a-72b1-4cb9-a707-1b442dde127a%40redis> Vaatii käyttöoikeuden.

Vihelä, Mari, Hökkä, Minna & Kaakinen, Pirjo 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede 32(4). Hakupäivä 14.11.2022. <https://www-doria-fi.ezp.oamk.fi:2047/handle/10024/183407>. Vaatii käyttöoikeuden.

Vilka, Hanna. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Vilka, Hanna 2021. Tutki ja kehitä. 5. päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. Hakupäivä 4.3.2022. Ellibs. Vaatii käyttöoikeuden.

Virkkunen, Heikki 2015. Palliativinen hoito: Hoidon rajaaminen. Kustannus Oy Duodecim. Hakupäivä 4.2.2022. https://www.oppiportti.fi/op/pli00223/do?p_haku=palliativinen%20hoito#q=palliativinen%20hoito. Vaatii käyttöoikeuden.

Weissman, David & Meier, Diane 2011. Identifying Patients in Need of a Palliative Care Assessment in the Hospital Setting: A Consensus Report from the Center to Advance Palliative Care. Journal of palliative medicine 14(1). Hakupäivä 24.3.2024. https://mhcc.maryland.gov/mhcc/pages/home/workgroups/documents/pcp/chcf_pca_jpm_article.pdf

World Health Organization 2021. Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice. Hakupäivä 30.12.2022. [Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice \(who.int\)](#).

World Health Organization 2022. Palliative care. Hakupäivä 30.12.2022. [Palliative care \(who.int\)](#).

Yen, Yung-Feng, Lee, Ya-Ling, Hu, Hsiao-Yun, Lai, Yun-Ju, Sun, Wen-Jung, Ko, Ming-Chung, Chen, Chu-Chieh, Curtis, Randall, Huang, Sheng-Jean & Chu, Dachen 2020. An Interventional Study for the Early Identification of Patients With Palliative Care Needs and the Promotion of Advance Care Planning and Advance Directives. Journal of Pain and Symptom Management 59(5), 974-982. Hakupäivä 23.3.2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392419305950?via%3Dihub>

LIITEET

Tiedonhakuprosessi liite 1

Kysymys numero 16 vastausten taulukko liite 2

Kysymys numero 23 teemoittelu liite 3

Ristiintaulukoinnin tulostaulukot liite 4

Yhdistelmätaulukko kysymyksestä 14 ja 16 liite 5

Kehitysosion PowerPoint esitys liite 6

Kehitysosion brainwriting tuotos liite 7

Kehitysosion palautelomake liite 8

Saatekirje liite 9

Tietokanta	Hakulauseke	Tulokset
Medic	1. palliatiivi* OR saattohoi* OR terminaalihoi* OR kuole* AND tunnist* OR siirtym* AND erikoissairaanhoid* OR kotisairaa* 2. "palliatiivi* OR saattohoi* OR terminaalihoi* OR kuole* AND tunnist* OR siirtym*" 3. "palliatiivi* OR saattohoi* OR terminaalihoi* OR kuoleva AND erikoissairaanhoid* OR kotisairaa*"	Kaikkiaan 119, mukaan valikoitui 9
PubMed	"palliative OR hospice OR terminal OR end-of-life OR "end of life" OR dying AND recogni* OR transit* AND "specialized medical care" OR "specialized medical care" OR "specialized health care" OR "specialised health care" OR "specialized healthcare" OR "specialised healthcare" OR "special care" OR "special health care" OR "secondary care" OR "secondary medical care" OR "secondary health care" OR "secondary healthcare" OR "hospital at home" OR "home hospital"	Kaikkiaan 68, mukaan valikoitui 8
Cinahl	"palliative OR hospice OR terminal OR end-of-life OR "end of life" OR dying AND recogni* OR transit* AND ((special* OR secondary) N0 ("medical care" OR "health care" OR healthcare OR care)) OR "hospital at home" OR "home hospital".	Kaikkiaan 103, mukaan valikoitui 9

16. Mikä merkitys mielestäsi seuraavilla tiedoilla on arvioitessa potilaan palliativisen hoidon tarvetta	Ei merkitystä ollenkaan	Vain vähän merkitystä	Neutraali	Jonkin verran merkitystä	Erittäin suuri merkitys	Ei vastausta	n	%
Kroonisesti sairaan potilaan suorituskyky laskee etenevästi		2,2 % (n= 2)	11 % (n= 10)	59,3 % (n= 54)	26,4 % (n= 24)	1,1 % (n= 1)	91	100
Potilaan paino laskee tahattomasti	4,4 % (n= 4)	19,8 % (n= 18)	34,1 % (n= 31)	27,5 % (n= 25)	13,2 % (n= 12)	1,1 % (n= 1)	91	100
Potilaalla on suunnittelemattomia sairaalajaksoja	6,6 % (n= 6)	16,5 % (n= 15)	37,4 % (n= 34)	28,6 % (n= 26)	8,8 % (n= 8)	2,2 % (n= 2)	91	100
Potilaan yleisvointi ei palaudu aiemalle tasolle hoitojaksojen jälkeen	1,1 % (n= 1)	9,9 % (n= 9)	17,6 % (n= 16)	51,6 % (n= 47)	18,7 % (n= 17)	1,1 % (n= 1)	91	100
Potilaalla on vaikeita fyysisiä tai psyykkisiä oireita		8,8 % (n= 8)	15,4 % (n= 14)	42,9 % (n= 39)	31,9 % (n= 29)	1,1 % (n= 1)	91	100
Hoitotoimenpiteillä ei enää pystytä jarruttamaan / parantamaan sairautta	3,3 % (n= 3)	11,0 % (n= 10)	14,3 % (n= 13)	34,1 % (n= 31)	35,2 % (n= 32)	2,2 % (n= 2)	91	100
Potilas tarvitsee monimutkaisia hoitoja	3,3 % (n= 3)	11,0 % (n= 10)	14,3 % (n= 13)	34,1 % (n= 31)	35,2 % (n= 32)	2,2 % (n= 2)	91	100

(esim. hengityskonehoitoa tai keinotekoisia reittejä nesteytykselle tai ravitsemukselle)

Potilas tai omainen on pyytänyt palliativista hoitoa

1,1 % (n= 1)	17,6 % (n= 16)	31,9 % (n= 29)	48,4 % (n= 44)	1,1 % (n= 1)	91	100
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-----------------	----	-----

Sydänsairaudet

Potilas kärsii sydänperäisestä kakeksiasta

2,2 % (n= 2)	8,8 % (n= 8)	39,6 % (n= 36)	39,6 % (n= 36)	8,8 % (n= 8)	1,1 % (n= 1)	91	100
-----------------	-----------------	-------------------	-------------------	-----------------	-----------------	----	-----

Potilalla on hengenahdistusta ja / tai rintakipua minimaalisessa rasituksessa

9,9 % (n= 9)	8,8 % (n= 8)	29,7 % (n= 27)	34,1 % (n= 31)	16,5 % (n= 15)	1,1 % (n= 1)	91	100
-----------------	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-----------------	----	-----

Keuhko-sairaudet

Potilaalla on toistuvia sairauden pahenemisvaiheita

1,1 % (n= 1)	5,5 % (n= 5)	13,2 % (n= 12)	56,0 % (n= 51)	22,0 % (n= 20)	2,2 % (n= 2)	91	100
-----------------	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-----------------	----	-----

Potilaalla on hengenahdistusta levossa tai pienessä rasituksessa

7,7 % (n= 7)	6,6 % (n= 6)	19,8 % (n= 18)	44,0 % (n= 40)	20,9 % (n= 19)	1,1 % (n= 1)	91	100
-----------------	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-----------------	----	-----

Dementia

Potilas ei enää kykene kommunikoiamaan kunnolla

6,6 % (n= 6)	5,5 % (n= 5)	22,0 % (n= 20)	30,8 % (n= 28)	33,0 % (n= 30)	2,2 % (n= 2)	91	100
-----------------	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-----------------	----	-----

Potilas ei tunnista omaisiin	13,2 % (n= 12)	4,4 % (n= 4)	36,3 % (n= 33)	25,3 % (n= 23)	19,8 % (n= 18)	1,1 % (n= 1)	91	100
Potilas ei kykene liikkumaan	7,7 % (n= 7)	4,4 % (n= 4)	28,6 % (n= 26)	29,7 % (n= 27)	28,6 % (n= 26)	1,1 % (n= 1)	91	100
Neurologiset sairaudet								
Potilaalla on uusiutuvia aspiraatiopneumonioita	5,5 % (n= 5)	9,9 % (n= 9)	24,2 % (n= 22)	39,6 % (n= 36)	18,7 % (n= 17)	2,2 % (n= 2)	91	100
Potilaalla on hengitysvaikeuksia	3,3 % (n= 3)	8,8 % (n= 8)	14,3 % (n= 13)	46,2 % (n= 42)	26,4 % (n= 24)	1,1 % (n= 1)	91	100
Munuais-sairaudet								
Potilaan GFR-arvo on alle 15, eikä dialyysihoidoa aiota toteuttaa	1,1 % (n= 1)	4,4 % (n= 4)	12,1 % (n= 11)	38,5 % (n= 35)	41,8 % (n= 38)	2,2 % (n= 2)	91	100
Maksasairaudet								
Potilaalla on edennyt kirroosi, johon liittyy komplikaatioita	1,1 % (n= 1)	5,5 % (n= 5)	12,1 % (n= 11)	51,6 % (n= 47)	28,6 % (n= 26)	1,1 % (n= 1)	91	100
Potilaalla on runsaasti askitesta	2,2 % (n= 2)	6,6 % (n= 6)	27,5 % (n= 25)	40,7 % (n= 37)	20,9 % (n= 19)	2,2 % (n= 2)	91	100
Potilaalla on hepatorenaalinen oireyhtymä	2,2 % (n= 2)	2,2 % (n= 2)	40,7 % (n= 37)	35,2 % (n= 32)	17,6 % (n= 16)	2,2 % (n= 2)	91	100
Potilaalla on hepaattinen enkefalopatia		5,5 % (n= 5)	37,4 % (n= 34)	36,3 % (n= 33)	18,7 % (n= 17)	2,2 % (n= 2)	91	100
Potilaan INR-arvo on kohonnut	26,4 % (n= 24)	20,9 % (n= 19)	28,6 % (n= 26)	16,5 % (n= 15)	6,6 % (n= 6)	1,1 % (n= 1)		

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty	Teema
<p>-Mitä palliatiivinen hoito on ja sen eri keinot auttaa potilaan loppu-aikaa?</p> <p>-Mikä selkeä ero on palliatiivisella- ja saattohoidolla?</p> <p>- Palliatiivisen- ja saattohoidon eroavaisuudet</p> <p>- Näiden käsitteiden eron ymmärtäminen</p> <p>- Kokonaisvaltaisesti molemmista alueista</p> <p>- Pääperiaatteista koulutusta ja hoitotyön näkökulmasta</p> <p>- Molemmista lisää tietoa, myös perusjutut, vaikka osatutunnin muodossa.</p> <p>- Kokonaisvaltaista koulutusta palliatiivisesta hoidosta eli siitä mitä se on ja milloin sitä pitäisi alkaa harkitsemaan. Saattohoito on aika selvä asia, mutta palliatiivinen hoito kokonaisuudessaan hieman epäselvä.</p> <p>- Rajaus palliatiivinen, onko saattohoito miten siihen kytketty</p> <p>- Yleistietoa</p> <p>-Yleistä tietoa olisi hyvä saada</p>	<p>Mitä palliatiivinen hoito on</p> <p>Eri keinot auttamiseen</p> <p>Selkeä ero palliatiivisen- ja saattohoidon välillä</p> <p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erot</p> <p>Erot ja niiden ymmärtäminen</p> <p>Kokonaisvaltaista</p> <p>Pääperiaatteet hoitotyön näkökulmasta</p> <p>Lisätietoa molemmista</p> <p>Mitä on palliatiivinen hoito</p> <p>Milloin voi harkita aloitusta</p> <p>Miten saattohoito kytketty palliatiiviseen hoitoon</p> <p>Yleistä tietoa</p> <p>Yleistä tietoa</p>	<p>1. Käsitteiden avaaminen</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Yleistä tietoa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. -Kaikesta aiheeseen liittyvästä --Kinkkisiä kysymyksiä...aiheutti ajattelemisen aihetta, koulutukselle peukkuja. Mitä nämä ihan oikeasti tarkoittaa ja erot? - Ylipäätään koulutusta ko. Aiheesta 	<p>Yleistä tietoa</p> <p>Kaikesta tietoa</p> <p>Mitä tarkoittaa palliatiivinen hoito / saattohoito</p> <p>Näiden erot</p> <p>Yleistä koulutusta</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Onko päätökseen siirtymiseen jokin keskeinen ehto, jonka pitää olla toteutunut, jotta edellä mainittuun hoitoon voidaan siirtyä? - Missä vaiheessa palliatiivinen päätös voidaan tehdä, entä saattohoitopäätös? - Tekeekö lääkäri aina päätöksen, vai voiko sen tehdä joku muu? - Mitä asioita tulee ottaa huomioon, kun aloitetaan palliatiivinen tai saattohoito. Mitä kaikkia siihen kuuluu? - Saattohoidon kriteerit - Kuinka ja millä perusteilla voidaan ehdottaa potilaan siirtäminen palliatiiviseen ja/tai saattohoitoon. 	<p>Ehdot siirtymiselle palliatiiviseen- tai saattohoitoon</p> <p>Missä vaiheessa voidaan tehdä päätös palliatiivisen hoidon / saattohoidon aloitukselle Päätöksentekijä</p> <p>Mitä huomioida, kun aloitetaan palliatiivinen hoito tai saattohoito</p> <p>Kriteerit saattohoidolle</p> <p>Kuinka, millä perusteilla voidaan ehdottaa siirtymistä palliatiiviseen hoitoon tai saattohoitoon</p> <p>Palliatiivisen hoitolinjauksen siirtyminen</p>	<p>2. päätöksenteko</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Mielestäni koko yksikkö tarvitsisi koulutusta palliatiiviseen hoitolinjaukseen siirtymisestä, koska hoitajat eivät tee hoitolinjauksia vaan lääkärit. - milloin aiheellista -Hoitotahdon kunnioittaminen - Missä tilanteissa palliatiivinen hoito olisi hyvä ottaa jo puheeksi? - miten aloitetaan. - Olisi hyvä tietää paremmin, missä tilanteessa palliatiivinen tai saattohoito voi tulla kyseeseen. - Ongelmana myös se, ettei hoitopäätöksiä tehdä potilaille riittävästi tai oikeaan aikaan. Palliatiivisen hoidon päätös tehdään potilaalle kun käytännössä toteutetaan saattohoitoa. -milloin sitä pitäisi alkaa harkitsemaan - Selkeämpiä linjauksia lääkäriltä jos siirrytään palliatiiviseen hoitoon niin avataan mitä se tarkoittaa ja miten hoidetaan potilasta. - Iv-nestehoidon sekä iv-antibioottien lopettaminen potilaan 	<p>Milloin aiheellinen Hoitotahdon kunnioitus Milloin voi ottaa puheeksi</p> <p>Miten aloitetaan Missä tilanteissa palliatiivinen hoito tai saattohoito voi tulla kyseeseen Oikea aikaisuus</p> <p>Milloin voi harkita hoidon aloitusta Selkeät linjaukset, mitä takoitaa, miten hoidetaan</p> <p>I.v nesteiden ja antibioottien lopetuksen ajankohta</p> <p>Kipulääkityksen huomiointi jo ennen linjauksen tekoa / konsultaatiota ja diagnoosia</p>	
---	--	--

<p>tilan mennessä huonompaan suuntaan.</p> <p>-Päivystysalueen osastona tärkeintä olisi huomioida akuuttivaiheen kipulääkitys ja hoidot ennen palliatiivisen linjauksen/tiimin konsultaatiota ja palliatiivisen hoidon diagnoosointia.</p> <p>-Varhaisemmassa vaiheessa jo puheeksi palliatiivinen hoitolinjaus, tästä erityisesti lääkäreille tietoa</p>	<p>Puheeksi ottamisen ajankohta</p>	
<p>-Missä tilanteissa palliatiivinen/saattohoito on edessä</p> <p>- Miten hoito etenee, kuka hoitaa ja missä.</p> <p>- Ainakin kertausta siitä miten hoitopolku menee palliatiivisen hoitopäätöksen jälkeen</p> <p>- missä aloittaa</p> <p>-koska näitä hoitoja voi tarjota ja missä aloitetaan.</p> <p>- Ehdottomasti tärkeää asiaa meille kaikille. Tunnistaa ja muodostaa käytänteet minikälaisissa tilanteissa ja mikä on protokolla miten edetään.</p>	<p>Millaisissa tilanteissa palliatiivinen hoito/ saattohoito edessä</p> <p>Miten hoito etenee, kuka hoitaa, missä hoidetaan</p> <p>Hoitopolun kertaus</p> <p>Missä aloitetaan</p> <p>Koska voi hoitoja tarjota ja missä aloitetaan</p> <p>Tarpeen tunnistaminen ja käytänteiden muodostamisesta</p> <p>ja protokolla miten edetään</p>	<p>3. Hoitopolku</p>
<p>- Miten voin sairaanhoitajana vaikuttaa hoitopäätöksen tekemiseen</p>	<p>Hoitajan vaikutusmahdollisuus</p>	<p>4. Hoitajan rooli</p>

<p>-Voinko itse ottaa palliatiivisen /saattohoidon ajatuksen puheeksi potilaan kanssa? ja kuinka sen hienovaraisesti tekisin?</p> <ul style="list-style-type: none"> - omaisten kohtaaminen -omaisten kohtaaminen - keinoja ottaa asiat selkeämmin esille - Sairaanhoidajan keinoista tunnistaa - mikä on hoitajan tehtävä palliatiivisen tiimin yhteistyössä meidän osastolla - Omaisten huomiointi on tärkeää <p>omaisten tukeminen (mistä heille parasta apua)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asiantuntemusta/koulutusta hoitajien myötätunto uupumuksen ehkäisyyn ja käsittelyyn, henkisesti sekä fyysisesti raskaiden vakavasti sairaiden potilaiden hoidossa. 	<p>Puheeksi ottaminen potilaan kanssa, miten ottaa puheeksi</p> <p>Omaisten kohtaaminen</p> <p>Omaisten kohtaaminen</p> <p>Keinot esille ottoon</p> <p>Hoitajan keinot tunnistaa</p> <p>Hoitajan rooli</p> <p>Omaisten huomiointi</p> <p>Omaisten tukeminen</p> <p>Koulutus hoitajien oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja uupumuksen ehkäisyyn</p>	
<ul style="list-style-type: none"> -Yleensäkin mitä kaikkia keinoja on annettavana potilaalle - Yleisesti palliatiivisesta hoidosta lisäkoulutusta - Haluaisin tietää molemmista enemmän - Työkalu tarpeen arvioinnin tueksi olisi hyvä (suuntaa antavana). Esimerkiksi potilaan 	<p>Potilaalle annettavat hoitokeinot</p> <p>Yleistä tietoa palliatiivisesta hoidosta</p> <p>Enemmän tietoa</p> <p>Työkalujen hyödyntäminen</p>	<p>5. Palliatiivinen hoito ja sen keinot potilaan auttamiseksi</p>

<p>tarpeiden / ongelmien pisteytys.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miten palliatiivinen hoito toimii - mitä hoitotoimenpiteitä voidaan ja kannattaa vielä tehdä palliatiivisessa hoidossa olevalle potilaalle - kivunhoito - Tietoa Esim. miten omassa yksikössämme palliatiivinen hoito ja saattohoito käytännössä tulisi toteuttaa. - Kivun hoito - Kyllä ehdottomasti tietoa kaikesta - Yleisesti palliatiivisen- ja saattohoidon koulutusta. - Hoitomuotojen eroista - toteuttaa palliatiivista ja saattohoitoa tehostetussa hoidossa. - Mitä kaikkea palliatiivinen hoito pitää sisällään ??? - Käytännönläheistä koulutusta, lääkkeitä, apuvälineistä ja hoitotyön keinoista, joilla potilaan kärsymästä voidaan lievittää - Haluaisin kunnon koulutukseen aiheesta sekä kipupumpun käyttö olisi hyvä oppia, 	<p>Tietoa palliatiivisesta hoidosta</p> <p>Hoitotoimenpiteet palliatiivisen hoidon aikana</p> <p>Kivunhoito</p> <p>Miten toteuttaa hoitoa omassa yksikössä</p> <p>Kivunhoito</p> <p>Kaikesta tietoa</p> <p>koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta</p> <p>Hoitomuotojen erot</p> <p>Toteutuksesta omassa yksikössä</p> <p>Palliatiivisen hoidon sisältö</p> <p>Käytännönläheistä koulutusta, lääkkeet, apuvälineet, hoitotyön keinot lievittää kärsimystä</p> <p>Kipupumpun käyttö</p>	
--	---	--

<p>kun niiden on tarkoitus lisä- tyä osastolla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erityisesti tarpeen tunnista- misesta - Molemmista aiheista lisäkou- lutus tarpeen tunnistami- sessa. 	<p>Tarpeen tunnistaminen</p> <p>Tarpeen tunnistaminen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Koen, että ainakin yksi osas- totunti - Mielestäni koko yksikkö tar- vitsisi koulutusta palliatiiviseen hoitolinjaukseen siirtymisestä, koska hoitajat eivät tee hoito- linjauksia vaan lääkärit. - ohjelehtinen? <p>Aiheesta olisi hyvä pitää ns. pakollista koulutusta kaikille</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haluaisin koulutusta lääkä- reille saattohoidon ja palliatiivi- sen hoidon tarpeesta. - Mielestäni lääkäreitä tulisi myös kovasti kouluttaa ai- heesta. - Haluaisin kunnon koulutuk- seen aiheesta - Onneksi sairaalassa toimii erinomaisesti palliatiivisen hoi- don yksikkö, jonka apuun ja osaamiseen voi luottaa. Ehkä olisi kuitenkin hyvä pitää vaikka osastotuntia aiheesta, luulen että harvalla hoitajalla on tietämystä itse palliatiivisen 	<p>Osastotunti</p> <p>Koko yksikön kouluttaminen palliatiivisen linjauksen siirty- misestä</p> <p>Ohjelehtinen</p> <p>Ns pakollista koulutusta</p> <p>Lääkäreille koulutus</p> <p>Lääkäreille koulutus</p> <p>Kunnon koulutus</p> <p>Palliatiivisen hoidon sisältö Osastotunti</p>	<p>6. Palliatiiviseen hoitoon liit- tyvät koulutukset</p>

<p>hoidon sisällöstä vaikka palliativisen hoidon tarpeen tunnustaisikin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaikenlainen koulutus olisi tervetullutta - Kaikenlainen koulutus hyvä - Joku voisi tulla pitämään luennon saattohoidosta osastolle. - oma osastotuntinsa itse palliativisesta- ja saattohoidosta olisivat hyödyllisiä 	<p>Kaikenlainen koulutus</p> <p>Kaikenlainen koulutus</p> <p>Luento saattohoidosta osastolle</p> <p>Omat osasto tunnit palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajien ja lääkäreiden yhteisen näkemyksen löytäminen - Kun päätös tehdään, mihin kaikkialle pitää ottaa yhteyttä? -> riittääkö palliativinen yksikkö? - Kuinka perustella lääkäreille miksi tehdään ns. turhia toimenpiteitä. - Enemmän yhteistyötä lääkäreiden ja palliativisen yksikön kanssa. -Koulutusta tarvittaisiin myös lääkäreille. Välillä tilanteita, että palliativista tiimiä olisi jo syytä konsultoida, kun kaikki parantava hoito on jo kokeiltu, mutta edelleen kokeillaan jo- 	<p>Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä</p> <p>Mihin kaikkialle yhteys, kun päätös tehdään</p> <p>Lääkärin kanssa yhteistyö</p> <p>Yhteistyö lääkäreiden ja palliativisen yksikön välille</p> <p>Yhteistyö palliativisen keskuksen ja lääkäreiden välille</p>	<p>7. Yhteistyö</p>

<p>tain uutta, jos se vaikka nyt toimisikin. Meillä talossa mahdollava palliatiivinen tiimi, jonka puolesta jatkohoidon järjestäminen sujuvoitunut huomattavasti, esim lupapaikka asiat.</p> <p>- Missä tilanteissa hoidon aloittamisesta voisi ottaa lääkärin kanssa puheeksi</p> <p>-Meillä päävastuu lääkärillä, mieletsäni ei juurikaan hoitajan tehtävä tehostetussahoidossa.</p> <p>- Koulutusta varmasti hoitajillekin tarvitaan esimerkiksi milloin sitä voisi ehdottaa/ ottaa puheeksi lääkärin kanssa.</p> <p>- "Millä saan lääkärin ymmärtämään, että tilanne ei enää etene?"</p> <p>- Rohkeutta avoimeen keskusteluun palliatiivisen hoidon/saattohoidon aloitukseen omaiset huomioiden</p>	<p>Milloin ottaa hoidon aloitus lääkärin kanssa</p> <p>Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyö</p> <p>puheeksi ottamisen ajankohta lääkärin kanssa</p> <p>Lääkäreiden koulutus</p> <p>Keskusteluun apuvälineitä</p>	
---	--	--

Tieto siitä, mitä palliatiivinen hoito on verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Tiedän mitä palliatiivinen hoito on	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	0	1	0	0	0	0	0	1
		%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
	Neutraali	n	3	1	1	0	1	0	0	6
		%	33,3%	4,2%	7,7%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	6,6%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	2	9	6	3	6	1	6	33
		%	22,2%	37,5%	46,2%	27,3%	54,5%	14,3%	37,5%	36,3%
Väite pitää paikkansa	n	4	13	6	8	4	6	10	51	
	%	44,4%	54,2%	46,2%	72,7%	36,4%	85,7%	62,5%	56,0%	
Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tieto siitä, mitä saattohoito on verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Tiedän mitä saattohoito on	Neutraali	n	2	0	2	0	1	0	0	5
		%	22,2%	0,0%	15,4%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	5,5%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	3	7	6	2	5	1	4	28
		%	33,3%	29,2%	46,2%	18,2%	45,5%	14,3%	25,0%	30,8%
	Väite pitää paikkansa	n	4	17	5	9	5	6	12	58
		%	44,4%	70,8%	38,5%	81,8%	45,5%	85,7%	75,0%	63,7%
Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Palliatiivisen hoidon merkityksen ymmärtäminen verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Ymmärrän palliatiivisen hoidon merkityksen potilaan hoidossa	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	0	2	1	0	0	0	0	3
		%	0,0%	8,3%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	Neutraali	n	2	3	0	1	1	0	0	7
		%	22,2%	12,5%	0,0%	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%	7,7%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	3	7	5	2	2	1	5	25
		%	33,3%	29,2%	38,5%	18,2%	18,2%	14,3%	31,3%	27,5%
Väite pitää paikkansa	n	4	11	7	8	8	6	11	55	
	%	44,4%	45,8%	53,8%	72,7%	72,7%	85,7%	68,8%	60,4%	
Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Saattohoidon merkityksen ymmärtäminen verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Ymmärrän saattohoidon merkityksen potilaan hoidossa	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	0	0	1	0	0	0	0	1
		%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
	Neutraali	n	1	1	0	0	1	0	0	3
		%	11,1%	4,2%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	3,3%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	2	6	6	3	2	1	3	23
		%	22,2%	25,0%	46,2%	27,3%	18,2%	14,3%	18,8%	25,3%
	Väite pitää paikkansa	n	6	17	6	8	8	6	13	64
		%	66,7%	70,8%	46,2%	72,7%	72,7%	85,7%	81,3%	70,3%
Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tieto palliatiivisen hoidon päätöksen vaikutuksesta potilaan muiden sairauksien hoitoon verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon	Väite ei pidä paikkaansa	n	6	7	10	8	8	4	11	54
		%	66,7%	29,2%	76,9%	72,7%	72,7%	57,1%	68,8%	59,3%
	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	2	9	2	2	1	0	2	18
		%	22,2%	37,5%	15,4%	18,2%	9,1%	0,0%	12,5%	19,8%
	Neutraali	n	1	3	0	1	1	0	1	7
		%	11,1%	12,5%	0,0%	9,1%	9,1%	0,0%	6,3%	7,7%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	0	2	1	0	1	1	1	6
		%	0,0%	8,3%	7,7%	0,0%	9,1%	14,3%	6,3%	6,6%
	Väite pitää paikkansa	n	0	3	0	0	0	2	1	6
		%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	6,3%	6,6%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tieto palliatiivisen hoidon riippuvuudesta potilaan diagnoosiin verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan sairauden diagnoosista	Väite ei pidä paikkaansa	n	4	6	5	6	4	3	9	37
		%	44,4%	25,0%	38,5%	54,5%	36,4%	42,9%	56,3%	40,7%
	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	1	10	2	1	3	0	6	23
		%	11,1%	41,7%	15,4%	9,1%	27,3%	0,0%	37,5%	25,3%
	Neutraali	n	1	2	2	3	1	2	1	12
		%	11,1%	8,3%	15,4%	27,3%	9,1%	28,6%	6,3%	13,2%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	2	2	4	0	3	1	0	12
		%	22,2%	8,3%	30,8%	0,0%	27,3%	14,3%	0,0%	13,2%
	Väite pitää paikkansa	n	1	4	0	1	0	1	0	7
		%	11,1%	16,7%	0,0%	9,1%	0,0%	14,3%	0,0%	7,7%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Osaaminen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa verrattuna työkokemukseen

			Työkokemus (v)							
			0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30	Yhteensä
Osaaminen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa.	Ei lankaan osaamista	n	0	1	0	0	0	0	0	1
		%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
	Melko huonosti osaamista	n	1	3	2	0	0	0	3	9
		%	11,1%	12,5%	15,4%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%	9,9%
	Neutraali	n	4	11	7	6	5	4	5	42
		%	44,4%	45,8%	53,8%	54,5%	45,5%	57,1%	31,3%	46,2%
	Melko hyvin osaamista	n	4	7	3	4	6	2	8	34
		%	44,4%	29,2%	23,1%	36,4%	54,5%	28,6%	50,0%	37,4%
	Erittäin hyvää osaamista	n	0	2	1	1	0	1	0	5
		%	0,0%	8,3%	7,7%	9,1%	0,0%	14,3%	0,0%	5,5%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Osaaminen saattohoidon tarpeen tunnistamisessa verrattuna työkokemukseen.

			Työkokemus (v)							
			0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30	Yhteensä
Osaaminen saattohoidon tarpeen tunnistamisessa	Melko huonosti osaamista	n	1	1	1	1	0	0	0	4
		%	11,1%	4,2%	7,7%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%
	Neutraali	n	2	8	8	2	2	1	5	28
		%	22,2%	33,3%	61,5%	18,2%	18,2%	14,3%	31,3%	30,8%
	Melko hyvin osaamista	n	5	12	3	6	9	5	9	49
		%	55,6%	50,0%	23,1%	54,5%	81,8%	71,4%	56,3%	53,8%
	Erittäin hyvää osaamista	n	1	3	1	2	0	1	2	10
		%	11,1%	12,5%	7,7%	18,2%	0,0%	14,3%	12,5%	11,0%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Palliatiivisen hoidon tarpeen merkien tunnistaminen verrattuna työkokemukseen.

			Työkokemus (v)							
			0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30	Yhteensä
Koen tunnistavani asiat/merkit potilaan kokonaistilanteessa, jotka ovat peruste arvioida palliatiivisen hoidon tarvetta	Melko huonosti osaamista	n	2	0	2	2	0	0	3	9
		%	22,2%	0,0%	15,4%	18,2%	0,0%	0,0%	18,8%	9,9%
	Neutraali	n	2	12	5	2	4	4	6	35
		%	22,2%	50,0%	38,5%	18,2%	36,4%	57,1%	37,5%	38,5%
	Melko hyvin osaamista	n	4	10	4	5	7	2	6	38
		%	44,4%	41,7%	30,8%	45,5%	63,6%	28,6%	37,5%	41,8%
	Erittäin hyvää osaamista	n	1	2	2	2	0	1	1	9
		%	11,1%	8,3%	15,4%	18,2%	0,0%	14,3%	6,3%	9,9%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Palliatiivisen hoidon puheeksi ottaminen verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Kuinka todennäköisesti otat puheeksi palliatiivisen hoidon aloittamisen potilaalle lääkärin kanssa	Erittäin epätodennäköisesti	n	2	1	2	1	1	1	4	12
		%	22,2%	4,2%	15,4%	9,1%	9,1%	14,3%	25,0%	13,2%
	Epätodennäköisesti	n	3	4	3	1	1	0	2	14
		%	33,3%	16,7%	23,1%	9,1%	9,1%	0,0%	12,5%	15,4%
	Neutraali	n	0	5	3	4	3	2	4	21
		%	0,0%	20,8%	23,1%	36,4%	27,3%	28,6%	25,0%	23,1%
	Todennäköisesti	n	3	10	3	5	3	3	3	30
		%	33,3%	41,7%	23,1%	45,5%	27,3%	42,9%	18,8%	33,0%
	Erittäin todennäköisesti	n	1	3	2	0	3	1	3	13
		%	11,1%	12,5%	15,4%	0,0%	27,3%	14,3%	18,8%	14,3%
	Puuttuva vastaus	n	0	1	0	0	0	0	0	1
		%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Saattohoidon puheeksi ottaminen verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Kuinka todennäköisesti otat puheeksi saattohoidon aloittamisen potilaalle lääkärin kanssa.	Erittäin epätodennäköisesti	n	2	1	2	1	1	0	3	10
		%	22,2%	4,2%	15,4%	9,1%	9,1%	0,0%	18,8%	11,0%
	Epätodennäköisesti	n	3	2	2	2	2	0	2	13
		%	33,3%	8,3%	15,4%	18,2%	18,2%	0,0%	12,5%	14,3%
	Neutraali	n	0	3	4	3	3	1	6	20
		%	0,0%	12,5%	30,8%	27,3%	27,3%	14,3%	37,5%	22,0%
	Todennäköisesti	n	4	14	4	5	2	4	2	35
		%	44,4%	58,3%	30,8%	45,5%	18,2%	57,1%	12,5%	38,5%
	Erittäin todennäköisesti	n	0	3	1	0	3	2	3	12
		%	0,0%	12,5%	7,7%	0,0%	27,3%	28,6%	18,8%	13,2%
	Puuttuva vastaus	n	0	1	0	0	0	0	0	1
		%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Saattohoidon tarpeen merkkien tunnistaminen verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Koen tunnistavani asiat / merkit potilaan kokonaistilanteessa, jotka ovat peruste arvioida saattohoidon tarvetta.	Melko huonosti osaamista	n	2	0	0	1	0	0	1	4
		%	22,2%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	6,3%	4,4%
	Neutraali	n	1	9	7	3	0	2	5	27
		%	11,1%	37,5%	53,8%	27,3%	0,0%	28,6%	31,3%	29,7%
	Melko hyvin osaamista	n	4	12	4	4	11	4	8	47
		%	44,4%	50,0%	30,8%	36,4%	100,0%	57,1%	50,0%	51,6%
	Erittäin hyvää osaamista	n	2	3	2	3	0	1	2	13
		%	22,2%	12,5%	15,4%	27,3%	0,0%	14,3%	12,5%	14,3%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Palliatiivisen hoidon puheeksi ottaminen verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Kuinka todennäköisesti otat puheeksi palliatiivisen hoidon aloittamisen potilaalle lääkärin kanssa	Erittäin epätodennäköisesti	n	2	1	2	1	1	1	4	12
		%	22,2%	4,2%	15,4%	9,1%	9,1%	14,3%	25,0%	13,2%
	Epätodennäköisesti	n	3	4	3	1	1	0	2	14
		%	33,3%	16,7%	23,1%	9,1%	9,1%	0,0%	12,5%	15,4%
	Neutraali	n	0	5	3	4	3	2	4	21
		%	0,0%	20,8%	23,1%	36,4%	27,3%	28,6%	25,0%	23,1%
	Todennäköisesti	n	3	10	3	5	3	3	3	30
		%	33,3%	41,7%	23,1%	45,5%	27,3%	42,9%	18,8%	33,0%
	Erittäin todennäköisesti	n	1	3	2	0	3	1	3	13
		%	11,1%	12,5%	15,4%	0,0%	27,3%	14,3%	18,8%	14,3%
	Puuttuva vastaus	n	0	1	0	0	0	0	0	1
		%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Saattohoidon puheeksi ottaminen verrattuna työkokemukseen.

		Työkokemus (v)							Yhteensä	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	yli 30		
Kuinka todennäköisesti otat puheeksi saattohoidon aloittamisen potilaalle lääkärin kanssa.	Erittäin epätodennäköisesti	n	2	1	2	1	1	0	3	10
		%	22,2%	4,2%	15,4%	9,1%	9,1%	0,0%	18,8%	11,0%
	Epätodennäköisesti	n	3	2	2	2	2	0	2	13
		%	33,3%	8,3%	15,4%	18,2%	18,2%	0,0%	12,5%	14,3%
	Neutraali	n	0	3	4	3	3	1	6	20
		%	0,0%	12,5%	30,8%	27,3%	27,3%	14,3%	37,5%	22,0%
	Todennäköisesti	n	4	14	4	5	2	4	2	35
		%	44,4%	58,3%	30,8%	45,5%	18,2%	57,1%	12,5%	38,5%
	Erittäin todennäköisesti	n	0	3	1	0	3	2	3	12
		%	0,0%	12,5%	7,7%	0,0%	27,3%	28,6%	18,8%	13,2%
	Puuttuva vastaus	n	0	1	0	0	0	0	0	1
		%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
	Yhteensä	n	9	24	13	11	11	7	16	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Palliatiivisen hoidon merkityksen ymmärtäminen potilaan hoidossa verrattuna palliatiivisen hoidon tietoon.

		Tiedän mitä palliatiivinen hoito on					Yhteensä
		Väite pitää melko huonosti paikkansa	Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa		
Ymmärrän palliatiivisen hoidon merkityksen potilaan hoidossa	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	1	1	1	0	3
		%	100,0%	16,7%	3,0%	0,0%	3,3%
	Neutraali	n	0	4	3	0	7
		%	0,0%	66,7%	9,1%	0,0%	7,7%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	0	1	19	5	25
		%	0,0%	16,7%	57,6%	9,8%	27,5%
	Väite pitää paikkansa	n	0	0	10	45	55
		%	0,0%	0,0%	30,3%	88,2%	60,4%
	Puuttuva vastaus	n	0	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,1%
	Yhteensä	n	1	6	33	51	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tieto palliatiivisen hoitopäätöksen vaikutuksesta potilaan sairauksien aktiiviseen hoitoon verrattuna tietoon siitä, mitä palliatiivinen hoito on.

			Tiedän mitä palliatiivinen hoito on				
			Väite pitää melko huonosti paikkansa	Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	Yhteensä
Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon	Väite ei pidä paikkaansa	n	0	4	21	29	54
		%	0,0%	66,7%	63,6%	56,9%	59,3%
	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	0	2	8	8	18
		%	0,0%	33,3%	24,2%	15,7%	19,8%
	Neutraali	n	0	0	2	5	7
		%	0,0%	0,0%	6,1%	9,8%	7,7%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	0	0	2	4	6
		%	0,0%	0,0%	6,1%	7,8%	6,6%
	Väite pitää paikkansa	n	1	0	0	5	6
		%	100,0%	0,0%	0,0%	9,8%	6,6%
Yhteensä	n	1	6	33	51	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tieto palliatiivisen hoidon riippuvuudesta potilaan diagnoosiin verrattuna tietoon siitä, mitä palliatiivinen hoito on.

			Tiedän mitä palliatiivinen hoito on				
			Väite pitää melko huonosti paikkansa	Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	Yhteensä
Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan sairauden diagnoosista	Väite ei pidä paikkaansa	n	0	2	15	20	37
		%	0,0%	33,3%	45,5%	39,2%	40,7%
	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	0	2	10	11	23
		%	0,0%	33,3%	30,3%	21,6%	25,3%
	Neutraali	n	0	0	6	6	12
		%	0,0%	0,0%	18,2%	11,8%	13,2%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	0	1	2	9	12
		%	0,0%	16,7%	6,1%	17,6%	13,2%
	Väite pitää paikkansa	n	1	1	0	5	7
		%	100,0%	16,7%	0,0%	9,8%	7,7%
Yhteensä	n	1	6	33	51	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Saattohoidon merkityksen ymmärtäminen potilaan hoidossa verrattuna tietoon siitä, mitä saattohoito on.

			Tiedän mitä saattohoito on			
			Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	Yhteensä
Ymmärrän saattohoidon merkityksen potilaan hoidossa	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	1	0	0	1
		%	20,0%	0,0%	0,0%	1,1%
	Neutraali	n	1	2	0	3
		%	20,0%	7,1%	0,0%	3,3%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	2	18	3	23
		%	40,0%	64,3%	5,2%	25,3%
Väite pitää paikkansa	n	1	8	55	64	
	%	20,0%	28,6%	94,8%	70,3%	
Yhteensä	n	5	28	58	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tieto palliatiivinen hoitopäätöksen vaikutuksesta potilaanvsaairauksien aktiiviseen hoitoon verrattuna tietoon siitä, mitä saattohoito on.

			Tiedän mitä saattohoito on			Yhteensä
			Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	
Palliatiivinen hoitopäätös lopettaa potilaan kaikkien sairauksien aktiivisen hoidon	Väite ei pidä paikkaansa	n	3	19	32	54
		%	60,0%	67,9%	55,2%	59,3%
	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	2	6	10	18
		%	40,0%	21,4%	17,2%	19,8%
	Neutraali	n	0	1	6	7
		%	0,0%	3,6%	10,3%	7,7%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	0	2	4	6
		%	0,0%	7,1%	6,9%	6,6%
	Väite pitää paikkansa	n	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	10,3%	6,6%
Yhteensä	n	5	28	58	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Palliatiivisen hoidontarpeen merkkien tunnistaminen verrattuna tietoon siitä, mitä palliatiivinen hoito on.

			Tiedän mitä palliatiivinen hoito on				Yhteensä
			Väite pitää melko huonosti paikkansa	Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	
Koen tunnistavani asiat / merkit potilaan kokonaistilanteessa, jotka ovat peruste arvioida palliatiivisen hoidon tarvetta.	Melko huonosti osaamista	n	0	3	4	2	9
		%	0,0%	50,0%	12,1%	3,9%	9,9%
	Neutraali	n	1	2	17	15	35
		%	100,0%	33,3%	51,5%	29,4%	38,5%
	Melko hyvin osaamista	n	0	1	12	25	38
		%	0,0%	16,7%	36,4%	49,0%	41,8%
	Erittäin hyvää osaamista	n	0	0	0	9	9
		%	0,0%	0,0%	0,0%	17,6%	9,9%
	Yhteensä	n	1	6	33	51	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Saattohoidon tarpeen merkkien tunnistaminen verrattuna tietoon siitä, mitä saattohoito on.

			Tiedän mitä saattohoito on			Yhteensä
			Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	
Koen tunnistavani asiat / merkit potilaan kokonaistilanteessa, jotka ovat peruste arvioida saattohoidon tarvetta.	Melko huonosti osaamista	n	2	1	1	4
		%	40,0%	3,6%	1,7%	4,4%
	Neutraali	n	1	14	12	27
		%	20,0%	50,0%	20,7%	29,7%
	Melko hyvin osaamista	n	2	12	33	47
		%	40,0%	42,9%	56,9%	51,6%
	Erittäin hyvää osaamista	n	0	1	12	13
		%	0,0%	3,6%	20,7%	14,3%
	Yhteensä	n	5	28	58	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tieto palliatiivisen hoidon riippuvuudesta potilaan diagnoosista verrattuna tietoon siitä, mitä saattohoito on.

			Tiedän mitä saattohoito on			Yhteensä
			Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	
Palliatiivinen hoito on riippuvainen potilaan sairauden diagnoosista	Väite ei pidä paikkaansa	n	2	14	21	37
		%	40,0%	50,0%	36,2%	40,7%
	Väite pitää melko huonosti paikkansa	n	0	8	15	23
		%	0,0%	28,6%	25,9%	25,3%
	Neutraali	n	1	3	8	12
		%	20,0%	10,7%	13,8%	13,2%
	Väite pitää melko hyvin paikkansa	n	1	3	8	12
		%	20,0%	10,7%	13,8%	13,2%
Väite pitää paikkansa	n	1	0	6	7	
	%	20,0%	0,0%	10,3%	7,7%	
Yhteensä	n	5	28	58	91	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Osaaminen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa verrattuna tietoon siitä, mitä palliatiivinen hoito on.

			Tiedän mitä palliatiivinen hoito on				Yhteensä
			Väite pitää melko huonosti paikkansa	Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	
Osaaminen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa.	Ei iankaan osaamista	n	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	1,1%
	Melko huonosti osaamista	n	0	3	3	3	9
		%	0,0%	50,0%	9,1%	5,9%	9,9%
	Neutraali	n	1	2	20	19	42
		%	100,0%	33,3%	60,6%	37,3%	46,2%
	Melko hyvin osaamista	n	0	1	9	24	34
		%	0,0%	16,7%	27,3%	47,1%	37,4%
	Erittäin hyvää osaamista	n	0	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	0,0%	9,8%	5,5%
	Yhteensä	n	1	6	33	51	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Osaaminen saattohoidon tarpeen tunnistamisessa verrattuna tietoon siitä, mitä saattohoito on.

			Tiedän mitä saattohoito on			Yhteensä
			Neutraali	Väite pitää melko hyvin paikkansa	Väite pitää paikkansa	
Osaaminen saattohoidon tarpeen tunnistamisessa	Melko huonosti osaamista	n	1	3	0	4
		%	20,0%	10,7%	0,0%	4,4%
	Neutraali	n	1	13	14	28
		%	20,0%	46,4%	24,1%	30,8%
	Melko hyvin osaamista	n	3	11	35	49
		%	60,0%	39,3%	60,3%	53,8%
	Erittäin hyvää osaamista	n	0	1	9	10
		%	0,0%	3,6%	15,5%	11,0%
	Yhteensä	n	5	28	58	91
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Koen tunnistavani asiat / merkit potilaan kokonaistilanteessa, jotka ovat peruste arvioida palliatiivisen hoidon tarvetta						
Mikä merkitys mielestäsi seuraavilla tiedoilla on arvioitaessa potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta. (Vastauksissa yhdistetty vaihtoehdot ”jonkin verran merkitystä” ja ”erittäin suri merkitys”)	Ei lainkaan osaamista		Melko huonoa osaamista		Melko hyvää osaamista	
			Neutraali		Erittäin hyvää osaamista	
Kroonisesti sairaan potilaan suorituskyky laskee etenevästi	0,00 % (n=0)	100,00 % (n=9)	85,70 % (n=36)	85,30 % (n=29)	80,00 % (n=4)	
Potilaan paino laskee tahattomasti	0,00 % (n= 0)	22,20 % (n= 2)	42,90 % (n= 18)	47,10 % (n= 16)	20,00 % (n= 1)	
Potilaalla on suunnittelemttomia sairaalajaksoja	0,00 % (n= 0)	33,30 % (n= 3)	40,50 % (n= 17)	35,30 % (n= 12)	40,00 % (n=2)	
Potilaan yleisvointi ei palaudu aiemmalle tasolle hoitokausien jälkeen	0,00 % (n= 0)	77,80 % (n= 7)	64,30 % (n= 27)	79,40 % (n= 27)	60,00 % (n= 3)	
Potilaalla on vaikeita fyysisiä tai psyykkisiä oireita	0,00 % (n= 0)	88,90 % (n= 8)	76,20 % (n= 32)	76,50 % (n= 26)	40,00 % (n= 2)	
Hoitotoimenpiteillä ei enää pystytä jarruttamaan / parantamaan sairautta	0,00 % (n= 0)	100,00 % (n= 9)	95,20 % (n= 40)	100,00 % (n= 34)	100,00 % (n= 5)	
Potilas tarvitsee monimutkaisia hoitoja (esim. hengityskonehoitoa tai keinotekoisia reittejä nesteytykselle tai ravitsemukselle)	0,00 % (n= 0)	88,90 % (n= 8)	69,00 % (n= 34)	70,60 % (n= 27)	40,00 % (n= 4)	

Potilas tai omainen on pyytänyt palliatiivista hoitoa	0,00 % (n= 0)	88,90 % (n= 8)	81,00 % (n= 34)	79,40 % (n= 27)	80,00 % (n= 4)
Potilas kärsii sydänperäisestä kakeksiasta	0,00 % (n= 0)	55,60 % (n= 5)	45,20 % (n= 19)	52,90 % (n= 18)	40,00 % (n= 2)
Potilalla on hengenahdistusta ja / tai rintakipua minimaalisessa rasiuksessa	0,00 % (n= 0)	66,70 % (n= 6)	50,00 % (n= 21)	50,00 % (n= 17)	40,00 % (n= 2)
Potilaalla on toistuvia sairauden pahenemisasihteja	0,00 % (n= 0)	77,80 % (n= 7)	76,20 % (n= 32)	85,30 % (n= 29)	60,00 % (n= 3)
Potilaalla on hengenahdistusta levossa tai pienessä rasiuksessa	0,00 % (n= 0)	77,80 % (n= 7)	64,30 % (n= 27)	64,70 % (n= 22)	60,00 % (n= 3)
Potilas ei enää kykene kommunikimaan kunnolla	0,00 % (n= 0)	33,30 % (n= 3)	73,80 % (n= 31)	70,60 % (n= 24)	0,00 % (n= 0)
Potilas ei tunnista omaisiaan	0,00 % (n= 0)	11,10 % (n= 1)	50,00 % (n= 21)	52,90 % (n= 18)	20,00 % (n= 1)
Potilas ei kykene liikumaan	0,00 % (n= 0)	33,30 % (n= 3)	64,30 % (n= 27)	58,80 % (n= 20)	60,00 % (n= 3)
Potilaalla on uusiutuvia aspiraatiopneumonioita	0,00 % (n= 0)	55,60 % (n= 5)	64,30 % (n= 27)	61,80 % (n= 21)	0,00 % (n= 0)
Potilaalla on hengitysvaikeuksia	0,00 % (n= 0)	88,90 % (n= 8)	76,20 % (n= 32)	70,60 % (n= 24)	40,00 % (n= 2)
Potilaan GFR-arvo on alle 15, eikä dialyysihoitoa aiota toteuttaa	0,00 % (n= 0)	66,70 % (n= 6)	83,30 % (n= 35)	82,40 % (n= 28)	80,00 % (n= 4)
Potilaalla on edennyt kirroosi, johon liittyy komplikaatioita	0,00 % (n= 0)	88,90 % (n= 8)	76,20 % (n= 32)	82,40 % (n= 28)	100,00 % (n= 5)
Potilaalla on runsaasti askitesta	0,00 % (n= 0)	66,70 % (n= 6)	64,30 % (n= 27)	58,80 % (n= 20)	60,00 % (n= 3)
Potilaalla on hepatorenaalinen oireyhtymä	0,00 % (n= 0)	33,30 % (n= 3)	50,00 % (n= 21)	58,80 % (n= 20)	80,00 % (n= 4)
Potilaalla on hepaattinen enkefalopatia	0,00 % (n= 0)	33,30 % (n= 3)	54,80 % (n= 23)	61,80 % (n= 21)	60,00 % (n= 3)
Potilaan INR- arvo on kohonnut	0,00 % (n= 0)	0,00 % (n= 0)	26,20 % (n= 11)	29,40 % (n= 10)	0,00 % (n= 0)

Tutkimuksellisen kehittämistyön kehittämisoasa

Elina Välinen & Jenni Vainio

Aikataulu

Klo 13- 13:10 Yleinen keskustelu ja pohjustus
 13:10- 13:15 ryhmäjako (Sryhmää/ 4hlö per ryhmä) ja casejen jako
 13:15- 13:35 keskustelua casesta
 13:35-14:25 casejen läpikäynti
 14:25- 14:30 brainwriting alustus
 14:30- 14:45 brainwriting työskentely
 14:45- 14:55 tulosten esittely
 14:55-15:00 palaute ja äänestys

COPD

Pekka 74-vuotias eläkeläinen. Perussairauksina hänellä on COPD (tupakoinut aiemmin, puoli vuotta sitten onnistunut lopettamaan), verenpainetauti, paroksysmaalinen flimmeri (Marevan) ja hänelle on tehty pallolaajennus vuosi sitten.

Pekka on kotona jaksanut liikkua sisätiloissa lyhyitä matkoja, mutta viime aikoina hengenahdistus on pahentunut. Puoliso joutuu auttamaan Pekkaa yhä enemmän päivittäisissä toimissa ja on siitä syystä uupunut. Pekka on käyttänyt COPD lääkitystä ohjeiden mukaisesti ja viime kontrollissa lääkkeitä on lisätty ja lääkitys on nyt maksimissa. Lisäksi hänellä on kotona käytössä oma kaksipainventilaatio laite, jota pitää pääasiassa öisin, nyt toki on joutunut käyttämään sitä välillä päiväsaikaankin. Voimia ei oikein tahdo olla askareisiin ja noin puolet päivästä Pekka on levossa. Pekka painoi kontrollikäynnillä 4kk sitten 74 kg, mutta nyt paino on 63 kg (painon pudotus -15 %)

Nyt Pekka on joutunut tulemaan sairaalaan pahentuneen hengenahdistuksen takia ja on ollut teuvalla pitkällisessä NIV-hoidossa. Arterianäytteessä on näkynyt kohonnut hiilidioksidi arvo, joka on jo luontaista Pekalle. Happiarvo on ollut matala. Tilanne on saatu kuitenkin teuvalla laukeamaan ja Pekka siirtyy osastolle jatkohoitoon. Oma hengityslaitte on siellä käytössä, eikä liikkumisenkaan oikein aluksia suju. Päivien myötä Pekan olo kuitenkin kohenee, mutta entistä kuntoa ei nyt osastojaksolla saavuteta

Onko Pekka palliatiivisen hoidon tarpeessa?

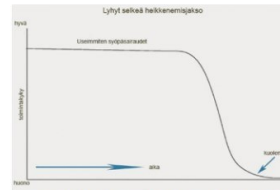
Mitä Pekka haluaa??

Elämän loppuvaiheen suunnitelman keskustelu, ei vielä palliatiivista hoitoa?

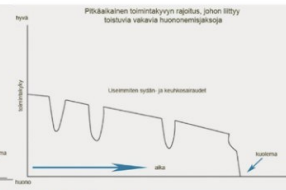
Tarvittaessa palliatiivisen polin konsultointi, rinnakkaiskäynti?

Kotiapujen kuntoon järjestäminen

a) syöpä



b) COPD



Murray SA, Sheikh A. Palliative Care Beyond Cancer: Care for all at the end of life. *BMI*. 2008; 334(7650): 958-9.

Obstruktion aste ei ole suoraan liitännäinen oireisuuteen ja kuolemanriskiin

Taudinkulun vaihtelevuuden vuoksi elämän loppuvaiheen määrittely on vaikeutunut.

Kehukohtaumapotilaista suurin osa haluaisi keskustella elämän loppuvaiheen kysymyksistä lääkärinsä kanssa, mutta ennusteen epävarmuus vaikeuttaa keskustelun aloitusta.

Tärkeintä olisikin tunnistaa pitkälle edennyt sairaus, suurentunut kuolemanriski ja palliativisen hoidon tarve

TAULUKKO 1.

Pitkälle edennyt keuhkohtaumatauti

Ehdotus pitkälle edenneen keuhkohtaumataudin piirteistä, joiden tulisi johtaa keskusteluun elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja harkintaa palliativisesta hoitolinjasta (ICD-koodi Z51.5). Keskustelu on sitä tärkeämpää aloittaa, mitä useampia piirteitä esiintyy samanaikaisesti (10-13).

mMRC = modified Medical Research Council dyspnea scale, NRS 2002 = nutrition rating scale eli vajavaraitsemuksen riskin seurantamenetelmä

Aliota keskustelu elämän loppuvaiheen hoitosta, kun

Hengityshäiriöt vähäisessä määrässä (jokapäinen, geisyyminen) hoitosta huolimatta (mMRC-taso 4-5)

Kävelymatka < 100 m

Välittömät puolet päivistä levossa

Sairaalahoitoa vaativa pahenemisvaihe (harvoin ja enimmäkseen ohimenevä)

Krooninen hengitysvajaus (ICD-koodi J61.1) ja pitkäaikainen happi- ja/tai noninvasiivisen ventilaation tarve

Uloshengityksen sekuntikapasiteetti FEV₁ < 30 % tai < 0,75 l

Muuta pitkälle edennyt pitkäaikaisrauha (lyydäntauti, neurologinen sairaus, muistivajaus, vammaus, dementia)

Laatumen (< 10 % / 6 kuukautta) tai BMD < 21 kg/m² tai NRS 2002 5-7 (asteita ei väkään saavuttamiseksi)

Potilas tai omaiset ottavat puheeksi hoitonsa tai elämän loppuvaiheen liittyvät asiat

Ei yllätyksiä, jos potilas menehtyy vuoden kuluessa (m. yllätyksittömästi)

Pitkälle edennyt keuhkohtaumatauti

Ehdotus pitkälle edenneen keuhkohtaumataudin piirteistä, joiden tulisi johtaa keskusteluun elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja harkintaa palliativisesta hoitolinjasta (ICD-koodi Z51.5). Keskustelu on sitä tärkeämpää aloittaa, mitä useampia piirteitä esiintyy samanaikaisesti (10-13).

mMRC = modified Medical Research Council dyspnea scale, NRS 2002 = nutrition rating scale eli vajavaraitsemuksen riskin seurantamenetelmä

Taulukko 1. Ennusteen arvioiminen keuhkohtaumataudissa.

Kuoleman riski on 30-40% / 2vk, jos BODE-score on 7-10

B: BMI (B) ≥ 21 (1)

D: Obstruktio (D): FEV₁ 36-49% (2) tai < 35% (3)

D: Dyspnea (D): mMRC 3 (2) tai 4 (3)

E: Liikuntakyky 150-249 ml/min (2) tai < 149 m (3)

Elämän ennuste on < 1 vuosi kun

• FEV₁ < 30%

• avun/tukihenkilön tarve päivittäisissä askareissa on kasvava

• potilas kykenee ottamaan vain muutaman askel ilman lepoa

• mäsennus

• ei puolitsoa

• toistuvia sairaalahoitojaksoja vuoden sisällä

• litämäsairaus

Harkitse palliativiseen hoitoon siirtymistä, kun

Lepohengenhäiriöstä esiintyy stabiilisiin vaiheissa

Kävelymatka < 50 m

Pääosin vuodepotilas, runsas apujen tarve päivittäisissä

Toistuvat pahenemisvaiheet (> 3 osastohoitoa vastaanottanut pahenemisvaihetta vuoden sisällä)

Krooninen hengitysvajaus, vaikea hyperkapnia noninvasiivisesta ventilaatiosta huolimatta ja/tai noninvasiivisen ventilaation tarve myös päivittäin (käyttö > 10 tuntia/vrk)

Vaikea asteinen sydän-keuhkosairaus (cor pulmonale)

- Palliativinen hoitolinjaus (ICD-koodi Z51.5) tulee kyseeseen silloin, kun taudin etenemiseen ja elinajan ei voida merkittävästi vaikuttaa ja hoidolla tavoitellaan oireiden lievittämistä ja vaalitaan elämänlaatua. Leivo-Korpela, Pii ja Lehto suosittelivat sen määrittelyä niille keuhkohtaumapotilaille, joiden toimintakyky on hyvin voimakkaasti heikentynyt ja tauti on loppuvaiheessa.
- Palliativisen hoidon vaihe on keuhkohtaumapotilaille kulultaan vaihteleva ja se saattaa kestä vuosia. Tämä on haastavaa hoitaville tahoille ja kuormittaa myös potilasta ja tämän läheisiä.
- Ensisijasta on tunnistaa pitkälle edennyt tauti, että hoitolinjauksien ja ennakoinvan hoitosuunnitelman avulla ajoissa järjestää palliativinen hoitopolku.
- Palliativisessa hoidossa oleville keuhkohtaumapotilaille tulisi järjestää 24/7 yhteydenottomahdollisuus kotsairaalaan tai tukiosastolle, jonne potilaan tulisi päästä ilman päivystyksessä käymistä.
- Joustavasti toimivat palveluketjut auttavat potilasta ja heidän läheisiään samalla kohdentaa terveydenhuollon voimavarat oikein.

Rinta syöpä

Raija 55v. Perussairautena oikealla mamma CA (koko poisto 2015, sädehoidettu ja sytostaatit saanut).

Kaatunut, saaden vasemman humeruksen murtuma. Kuvauksissa herännyt epäily patologisesta murtumasta. Osastolla tehty lisäkuvauksia ja löytynyt myös reiluluusta muutos ja maksasta metastaasiksi sopiva muutos. Käy ilmi että Raijalla on ollut jo entuudestaan kipua oikealla reiden seudulla mutta ajatellut että on vain rasittanut sitä kun on yrittänyt kuntoilla ja saada pidettyä painonsa nykyisellään. Kertoo että vatsa on kasvanut viimeisen puolen vuoden aikana liikunnasta ja ruokavaliosta huolimatta. Humerus murtuma korjataan ydinnaulalla. Alustavasti Raijalle on suunnitteilla sädehoito reiden alueelle. Tilanne on järkytys Raijalle joka luuli jo parantuneensa syövästä kokonaan.

Murtuma korjattu lisätutkimusten jälkeen ydinnaulalla ja tästä kuntoutuminen lähtenyt hyvin käyntiin.

❖ Mitä Raija haluaa?

❖ Lähtökohdiana olisi aktiivihoidot, jos potilas niin haluaa, mutta kuitenkin otettaisiin jo puheeksi myös mitä jos...

❖ Palliativisen määrityksen läpikäynti

❖ Etäpesäkkeistä syöpää ei voida parantaa, mutta hoidot lievittävät oireita ja hidastavat syövän etenemistä, ja potilas voi elää useita vuosia. (Karihtala, 2022)

Munuaisten vajaatoiminta

Martti 81v. Perussairaudet: Verenpainetauti, diabetes, jonka seurauksena munuaisten vajaatoiminta sekä muita diabeteksen komplikaatioita.

Asuu yhdessä vaimon kanssa, joka on monisairas, heillä on tilava kolmio kerrostalossa. Heillä ei ole lapsia. Yksityinen kotihoito käy jakamassa lääkkeet molemmille ja auttavat siivouksessa sekä vaimon kylvyksessä. Kauppakassi palvelu tuo heille kaupasta ruuut ja tekevät itse ruuut tai ostavat valmisruokia. Kunnallisia palveluita heillä ei ole.

Martilla on ruvennut tulemaan turvotuksia nilkkoihin ja myös hieman käsiin. Lisäksi ennen hyvin hoitotasapainossa olleen diabeteksen hoitotasapaino on huonontunut, kun verensokerit ovat kohonneet, vaikka ruokahalu on huonontunut merkittävästi. Martti on ollut viime aikoina myös väsynyt ja paino tippunut ruokahaluttomuuden vuoksi. Martti hakeutuu päivystykseen, kun ei saa kenkiä jalkaan sekä kävely on todella vaikeaa turvotusten vuoksi. Päivystyksessä otetut verikokeet ovat kohtuulliset muuten mutta GRF on 35 joka on ennen ollut 50, Krea 385 ja verensokeri 18 vaikka edellisestä ruokallusta on jo aikaa melkein 6 tuntia. Lääkäri on määrännyt verensokeri seurannan 4 vuorokaudessa ja tarvittaessa novorapidilla korjaus tarvittaessa, lisäksi pitäisi harjoittaa pitkävaikutteisen insuliinin aloittamista ja tai muiden tablettilääkkeiden aloittamista. Diabetes tableteista Metformini annos lasketaan munuaistilanteen vuoksi annoskeen 500mg x2 kun ennen se on ollut 500mg 2x2. Lisäksi lääkäri on määrännyt useita verikokeita ja virtsakokeita otettavaksi osastolta käsiin.

Martti otetaan osastohoitoon munuaisten vajaatoiminnan pahenemisen vuoksi ja verensokeri seurataan. Osastolla tehdään lääkitys muutoksia ja katsotaan että Martin ruokavalio on kohdillaan niin diabeteksen kuin munuaisten vajaatoiminnan rajoitusten osalta.

Muutoksista huolimatta krea nousee ja GRF laskee edelleen ja enemmän on jo puhuttu mahdollisesta dialyysin aloituksesta. Tällöin kuitenkin Martti ei ollut halukas sen aloitukseen.

❖ Mitä Martti haluaa?

❖ Kerrotaan mitä tarkoittaa jos ei aloiteta dialyysiiä

❖ Palliativisen yksikön mukaan ottaminen

❖ Hoitosuunnitelma

❖ Hoitotahto

Potilaan hyvä hoito

- ❖ Munuaispotilaan hyvään hoitoon kuuluu, että vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle annetaan mahdollisuus dialyysihoittoon aina, kun potilas hyötyy siitä ja se on lääketieteellisesti perusteltua hänen kokonaistilanteensa huomioiden.
- ❖ Jos dialyysihoidon aloittaminen lisää potilaan kärsimyksiä ja huonontaa elämänlaatua, tarjotaan vaihtoehtona konservatiivista hoitoa. Silloin potilaalle annetaan paras mahdollinen lääkinällinen hoito ja laadukas saattohoito.
- ❖ Potilaalla tulee olla oikeus oman tahdon ilmaisuun tulevasta hoidostaan.
- ❖ Jotta hän kykenee tekemään päätöksiä, hänelle annetaan tietoa siitä, miten munuaisten vajaatoiminta etenee ja mitä konservatiivinen hoito tai dialyysihoido hänen kohdallaan merkitsee. Varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. Potilaan hoitotahto kirjataan sairaskertomukseen.

AT-AVH

Terttu on 73 -vuotias nainen, joka asuu puolisonsa kanssa kotona. Tertulla on todettu pian eläkkeelle jäämisen jälkeen Alzheimerin tauti ja hänen miehensä on toiminut omahoitajana Tertun taudin edetessä. Heillä on kolme lasta, jotka auttavat myös paljon arkisissa asioissa. Muina sairauksina Tertulla on flimmeri, verenpainetauti, verenkoskereita on seurattu mutta vielä ei ole ollut tarvetta aloittaa lääkitystä siihen. Terttu on ollut ennen muistisairautta fyysisesti aktiivinen, ja he ovat miehensä kanssa jatkaneet lenkkeilyä ja marjastusta siihen asti, kunnes muistisairaus on nämä harrastukset estänyt. Nykyään Tertun toimiminen kotona on haastavaa, eikä hän tunnista omaisiaan. Syöminen on vaikeaa ja päivällä liikkuminen on melko vähäistä. Keskustelu on vaikeaa ja Terttua on autettava kaikissa perustoimissa. Omaiset haluavat hoitaa Terttua kuitenkin kotona.

Nyt aamuyöllä puoliso on herännyt siihen, että Terttu on oksentanut, hän hengittää raskaasti ja huomaa että tämän suupielä roikkuu. Terttu ei saa liikuttua kunnolla raajoja, mutta ottaa katsekontaktia ja ääntelee. Puoliso on soittanut 112 ja Terttu viedään sairaalan ja päin TT -kuvissa nähdään alkavaa iskemiaa melko laajalla alueella. Myös vanhoja pieniä infarkti jälkiä on nähtävissä. Liuotushoitoa ei voida antaa, koska oireiden alkamisajankohta on epäselvä ja infarkti alue todennäköisesti laaja. Keuhkokuivassa nähdään pientä pneumoottista muutosta. Verenpaineet ovat korkealla ja syke tiheä.

Tertun hoitoa olisi järkevää jatkaa palliatiivisella / saattohoidon linjauksella, koska muistisairaus on edennyt jo pitkälle ja uusi vakava sairaus on tullut vointia heikentämään. Halutessaan Tertun hoitoa voisi jatkaa kotonakin asianmukaisin apuvälinein ja kotihoidon ja kotisairaalan turvin, jos omaiset niin halusivat. HUOM! Lupapaikan järjestäminen.

Palliatiivisen hoidontarpeen tunnistaminen Käypähoito suosituksen mukaisesti; potilaalla on vaikea dementia eikä hän kykene kommunikoimaan mielekkäästi, hän ei kykene tunnistamaan läheisiään, hän ei kykene suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista tai liikkumaan itsenäisesti ja hänellä on virtsan- ja ulosteepidätyksen ongelmia.

Dementia 1) peruselintoiminnoissa autettava, ei kommunikoi ymmärrettävästi, 2) vaikea malnutritio, 3) vaikea akuutti sairaus

Maksakirroosi

Jarmo on 53-vuotias omatoiminen mies. Perussairauksina hänellä on tules vaivoja ja hän käyttää runsaasti alkoholia. Kaksi vuotta sitten hänen iho alkoi muuttua keltaiseksi ja hänelle todettiin maksakirroosi ja verikokeita on seurattu säännöllisesti. Hän on yrittänyt lopettaa alkoholin käyttöä mutta ei ole siinä onnistunut tarjotusta tuesta huolimatta.

Nyt ystävä on soittanut Jarmolle ambulanssin, sillä Jarmo on oksentanut aamulla ja nyt oksennus on muuttunut veriseksi ja hänen henkeään ahdistaa. Päivystyksessä otetuissa verikokeissa INR on 4,2, maksa-arvot ja Krea ovat nousseet, albumiini on matala ja hb on 72 ja verenpaineet matalat. Jarmoon vatsaan on kertynyt askitesta, jota noin kuukausi sitten oli poistettukin. Nyt vatsaan on taas huomattavan kookas, askitksen kertymistä on pyritty ehkäisemään diureeteilla. Keuhkokuivassa nähdään aspiraatiopneumoniaan sopivat löydökset. Jarmoon keholla on paljon raapimisjälkiä. Hän on uupuneen oloinen, mutta hyvin keskusteluyhteydessä.

Jarmo pääsee gastrokopiaan, jossa saadaan hoidettua vuotavat varikset ja tilanne siltä osin stabiloitu. Hoitojaksolla Jarmo on saanut punasolutankkauksia, ja askitesta on dreneerattu. Virtsa ei juurikaan erity, eikä diureetteja voida antaa. Jarmoon vointi ei kuitenkaan ole juurikaan kohentunut veriarvojen tai vitamiinien perusteella.

Mitä Jarmo haluaa?

Palliativinen hoidonlinjaus, koska tauti on edennyt pitkälle ja on kehittynyt hepatoreaalinen oireyhtymä. Lisäksi potilas on maksansiirron ulkopuolella, ja hän on vuotoherkkä.

Maksasairaus Elinsiirto ei tule kyseeseen, hypoalbuminemia, INR >1,5, askites, pneumonia, hepatoreaalinen oireyhtymä, enkefalopatia, vuoto ruokatorven suonikohjuista

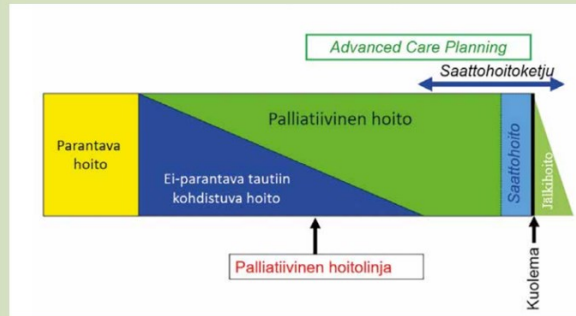
Maksakirroosi (maksan arpeutuminen) on parantumaton sairaus, jonka eteneminen ja elinajan ennuste vaihtelevat.

Maksakirroosin palliativinen hoito on pääasiassa komplikaatioiden ehkäisy ja niiden hoitoa.

INR nousee, koska sairas maksa ei kykene tuottamaan riittävästi valkuaisaineita ja hyytymistekijöitä, joka aiheuttaa turvotuksia ja verenvuototaipumusta (Tunturi, 2022).

Hepatoreaalisen syndrooman kehittyttyä 90 % potilaista menehtyy kymmenen viikon kuluessa, ja ennuste ilman maksansiirtoa on huono (Nordin & Mäkisalo, 2000).

Hepatoreaalisella syndroomalla tarkoitetaan pitkälle edenneeseen maksatautiin liittyvää munaisten verisuonten voimakasta supistumista ja munaisten vajaatoimintaa. (Nordin & Mäkisalo, 2000).



TAULUKKO 2.

Elämän loppuvaiheen ennakkoiva hoitosuunnitelma

Kehkoaltausprosessin elämän loppuvaiheen ennakkoiva hoitosuunnitelmassa keskusteluun nostettavia seikkoja.

Potilaan (lähisten) käsitteet, toiveet ja pelot	Käsitteet sairaudesta ja sen tilanteesta Toiveet ja pelot nyt ja elämän loppuvaiheessa Lähin omainen Hoitoonhalon sisältö, jos se on tehtynä
Hoidon tavoitteet	Valitsemien siirteiden linjat Psykososiaaliset ja eksistensiaaliset tarpeet Palliativinen hoitolinja, jos ajankohtainen ja määriteltävissä
Hoitomenetelmät	Oireiden lääkehoito ja lääkkeetön hoito Psykososiaalinen tuki Aiempien hoitajien arvioitui hoidon tavoitteiden mukaan
Hoidon rajoitukset	Tarvittaessa päätökset koskien esimerkiksi – elvytystyötä – helikopterihoitoa – hengitystulosta (maskeointi tai noninvasiivinen ventilaatio)
Elämän loppuvaiheen hoito	Suunniteltu hoitopaketti sairauden pahentuneesta ja elämän loppuvaiheesta Pitäykö sovitusti tukiväestölle vai hakeutuminen säilytykseen? Suunnitelma kuolemaan johtavan paheneen vaiheen vaihtelu – suunnitelma saattohoitosta, jos paheneen vaihe ei väisty – onnistuneet elämän loppuvaiheesta Lähisten tuen järjestäminen

Lähteet

Breitbart, William & Alici, Yesne 2014. Psychosocial Palliative care. Oxford University Press. Ebook central. Hakupäivä 22.11.2021. <https://ebookcentral.proquest.com/eqa/urn.fi/20477/luomk=book&reader.action=fullText&pg=163302&page=1&query=5738199917491>. Vaari käyttökohteen.

Duodecim 2002. Lisätietoa hepatiitin enkefalopatian syntyä. Väitöskirjat. Hakupäivä 22.8.2021 https://terveysportti.mobi/hoitokoulu/taustatiedot/duodecim/aihe/hoito/20_arkisto/58g_pahite/245g_arkikelu/02608

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Henkinen ensiapu. Hakupäivä 22.11.2021. https://www.esph.fi/potilaalle_ja_lahiselle/muut_palvelut/henkinen_ensiapu

Hakkinen, Kalle 2015. Maksakirroosin palliativinen hoito, Palliativinen hoito. Duodecim, Oppiortti. Hakupäivä 22.08.2022. Vaati käyttökohteen. <https://www.oppiortti.fi/opa/0000736>

Karihtala, P 2022. Rintasyöpä. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Hakupäivä 28.9.2022 https://www.terveysportti.fi/apps/081/081/amicle/v4/0062078e-2038toc-500_bc_vaatii_kayttokohteen.

Kokumäki, Jyri 2021. Sydämen vajaatoimintapotilaan palliativinen hoito – kardiologin näkökulma. Sydänääni 3(2). Suomen Kardiologinen seura.

Käypä hoito -suositus, Sydämen vajaatoiminta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Hakupäivä 8.8.2022. <https://www.kaypahoito.fi/ho001138#1>

Lehto, Juh & Pöyhkä, Reino 2015. Palliativinen hoito: Hengenhädistyksen lääkkeetön hoito. Oppikirja. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiortti.fi/opa/000245/dp>. Hakupäivä 22.11.2021. Vaati käyttökohteen.

Levo-Korpela, Sirpa, Pää, Reetta & Lehto, Juh T. 2022. Kehkoaltausprosessin palliativinen hoito. Lääkärilehti 1-7/2022. VSK 7. Hakupäivä 10.8.2022. [S111_7_2022_49.pdf \(tun.fi\)](https://www.oppiortti.fi/opa/000245/dp)

Munuaisien vajaatoiminnan sairastavan saattohoito. Munuais- ja maksallitto. Hakupäivä 28.9.2022. https://www.muma.fi/files/2693/Munuaisien_vajaatoimintaa_sairastavan_saattohoito.pdf

Nordin, Arno & Mäksälä, Heikki 2000. Askites; kuoleman merkki? Aikakauskirja, Duodecim 2000;116(19). Hakupäivä 22.8.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo91781>

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Hakupäivä 26.8.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Rahko, Eeva & Rajala, Kaisa 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Duodecim 2020;136:1605-1613. Hakupäivä 22.11.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/exp.oamk.fi:2047/xmedia/duo/duo15685.pdf>

Tasmuth, Poukka, Pöyhä 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnest 2012; 45 (5). Hakupäivä 10.8.2022. <https://www.tasmuth.fi/finnest/45-5>

Terveyskyä. Maksasairaudet 2018. Hakupäivä 22.8.2022. <https://www.terveysky.fi/palliativmentalsairaudet/maksasairaudet>

Tilvis, Reijo & Antikainen, Riita 2015. Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliativinen hoito. Hakupäivä 8.8.2022. <https://www.laakarilehti.fi/exp.oamk.fi:2047/pdf/2015/SLL362015-2238.pdf>

Tunturi, Satu 2022. Maksakirroosi. Duodecim. Hakupäivä 22.8.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/oi800044/maksakirroosi?n=askites#s3>

Brainwriting

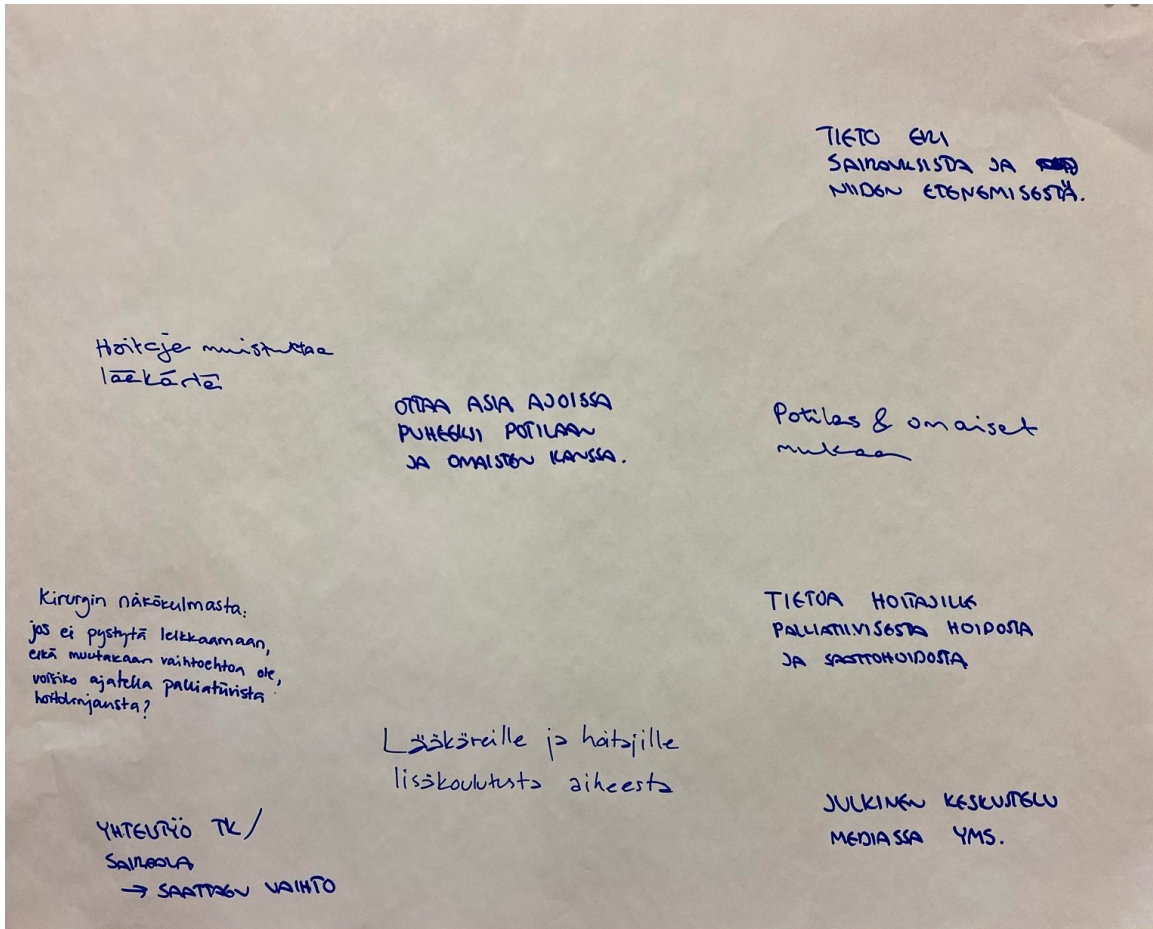
Jokainen ryhmän jäsen pohtii noin 3min ajan ja kirjoittaa paperiin omalla vuorollaan 2 ideaa, miten palliativisen – ja saattohoidon tarpeen tunnistamista voisi parantaa ja helpottaa.

Tämän jälkeen paperi annetaan ryhmän toiselle jäsenelle, joka jatkaa muutamien minuuttien ajan ideoimista ja jatkoideoiden tuottamista aiemman jäsenen ideoiden pohjalta niitä inspiraationa käyttäen.

Näin jatketaan niin kauan että jokainen ryhmän jäsen on tuottanut ideansa paperille ja lopuksi ryhmä esittelee tuotoksensa.

Viimeisenä vielä äänestetään tukkimiehen kirjanpidolla, mikä kokonaisuus on paras.

+ Palaute työpajasta.



1. Osaamiseni palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen arvioinnissa lisääntyi

Ei lisääntynyt 1 2 3 4 5 Lisääntyi huomattavasti

2. Koen osaavani tunnistaa palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen aiempaa paremmin

En koe osaavani 1 2 3 4 5 Koen osaavani

3. Uskallan ottaa palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen puheeksi aiempaa rohkeammin

En uskalla 1 2 3 4 5 Uskallan

4. Työpaja oli mielestäni hyödyllinen

Ei ollut hyödyllinen 1 2 3 4 5 Oli erittäin hyödyllinen

5. Vapaa sana; risut & ruusut

Arvoisa vastaanottaja

Opiskelemme Oulun ammattikorkeakoulussa palliatiivisen hoidon kliinisen asiantuntijan YAMK-tutkintoa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää [REDACTED] sairaanhoitopiirin hoitotyön ammattilaisten osaamista palliatiivisen -ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa ja tavoitteenamme on lisätä osaamista palliatiivisen -ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Opinnäytetyömme on kaksi vaiheinen sisältäen tutkimus- ja kehittämisosion. Tutkimusvaiheen tarkoituksena on kartoittaa hoitotyön ammattilaisten osaamista palliatiivisen -ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa. Toteutamme survey-kyselyn [REDACTED] sairaanhoitopiirin aikuispotilaita hoitavien osastojen sairaanhoitajille, lähihoitajille ja perushoitajille. Kysely toteutetaan Webropol-kyselynä 9-22.5.2022. Kyselyn tuloksia hyödynnetään työpajan potilastapausten suunnittelussa, joka toteutetaan opinnäytetyön kehittämisvaiheessa syys-lokakuu 2022.

Luottamuksellisuus

Kysely toteutetaan verkkokyselynä aikuispotilaita hoitavien osastojen hoitohenkilökunnalle, kysely lähetetään heille osastonhoitajien kautta. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti tietosuojalain mukaisesti. Vastaukset säilytetään opinnäytetyön tekijöiden tietokoneella ja mahdolliset paperiset vastaukset hävitetään vastausten tietokoneelle syöttämisen jälkeen. Tietokoneella olevat vastaukset hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Kyselystä saamamme tiedot julkaistaan siten, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa.

Tietosuojainfo: <https://www.oamk.fi/tietosuojainfo-kyselyohjelmistot/?id=1bac62aaa7dd3bfb884d7054fece4c185bc7b8b3>

Kyselyyn vastataan webropol -lomakkeen kautta 22.5.2022 mennessä. Linkki kyselyyn on: ----

Vastaaminen kestää n. 10 minuuttia.

Lisätiedot

Opiskelijat Jenni Vainio o1vaje00@students.oamk.fi ja Elina Välinen o1vael01@students.oamk.fi
Opinnäytetyön ohjaajajina toimii TtT, Yliopettaja Reetta Saarnio ja TtT, Yliopettaja Arja Rantala

Yhteistyöstä ja vastauksista etukäteen kiittäen, Jenni Vainio ja Elina Välinen