

Saattohoidon osaaminen kirurgian osastolla



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen ja kehittäminen, HAMK Visamäki

Syksy, 2021

Anna-Mari Matilainen

Tekijä	Anna-Mari Matilainen	Vuosi 2021
Työn nimi	Saattohoidon osaaminen kirurgian osastolla	
Ohjaajat	Mervi Lepistö	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa lisää tietoa kirurgian osastolla työskentelevien hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden saattohoidon osaamisen nykytilasta ja näkemyksistä koulutuksen tarpeeseen sekä saattohoidon kehittämiseen. Teoreettinen viitekehys muodostui hoitolinjauksista, kuolevan potilaan oireenmukaisesta hoidosta, saattohoidon ja palliatiivisen hoidon nykytilasta ja tulevaisuudesta sekä aiemmista tutkimuksista hoitohenkilöstön osaamisesta saattohoidosta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksiin etsittiin vastauksia kvalitatiivisella ja kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä sekä niiden yhdistämisellä, triangulaatiolla. Aineisto kerättiin e-lomakekyselynä sisältäen sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Kysely lähetettiin kaikkiaan 120 ja vastauksia saatiin 44, vastausprosentin ollessa 34 %. Aineiston analysoitiin teemoittelun, aineistolähtöisen sisällönanalyysin ja tilastollisin menetelmin (frekvenssi- ja prosenttijakaumat, jakauman tunnusluvut ja ristiintaulukointi). Joidenkin taustamuuttujien ja väittämien väliseen merkitsevyydestä käytettiin Khiin neliötestiä.

Opinnäytetyön perusteella kirurgian osastolla työskentelevät hoitajat ja lääkärit kokevat tarvitsevansa koulutusta saattohoidosta, sen lääkehoidosta ja päätöksenteosta. Tulosten perusteella voidaan myös todeta, että vain pieni osa osastolla työskentelevistä hoitajista ja lääkäreistä kokee osaavansa hoitaa saattohoitopotilasta. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon koulutusta tarvitaan lisää ja moniammatillista yhteistyötä tulee kehittää.

Avainsanat saattohoito, oireenmukainen hoito, kuolema, osaaminen

Sivut 52 sivua ja liitteitä 23 sivua

Author Anna-Mari Matilainen

Year 2021

Subject Hospice expertise in the surgery ward

Supervisor Mervi Lepistö

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to produce more information on the current state of hospice care skills and views on training needs for hospice care of nursing staff and doctors working in the surgical department. The theoretical frameworks consist of treatment guidelines, symptomatic treatment of a dying patient, the current state and future of hospice care and palliative care, as well as previous research on the competence of nursing staff in hospice care.

For the purposes of this thesis, answers were look for using a qualitative and quantitative research method as well as their combination, triangulation. The material was collected as an e-form survey, including both open and structured questions. A total of 120 questionnaires were sent and 44 responses were received, with a response rate of 34%. The data were analyzed using thematic design, data-driven content analysis and statistical methods (frequency and percentage distributions, distribution key figures and cross-tabulation). Chi-square test was used to test significance between some background variables and statements.

Based on the research results, doctors and nurses working in the surgical ward feel that they need training in terminal care, its pharmacotherapy and decision-making. Based on the results, it can also be stated, that only a small part of the doctors and nurses working in the ward feel that they know how to treat a patient in terminal care. More training is needed, and multi-professional cooperation needs to be developed.

Keywords hospice, palliative care, death, competence

Pages 52 pages and appendices 23 pages

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Palliatiivinen ja saattohoito	2
2.1	Saattohoitopäätös.....	5
2.1.1	Kuolevan potilaan oireenmukainen hoito.....	6
2.2	Saattohoidon nykytila ja tulevaisuus	9
2.2.1	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämisen malli	10
2.2.2	Hoitohenkilöstö osaaminen saattohoidon toteuttajina	12
3	Opinnäytetyön tutkimuskysymykset, tavoite ja tarkoitus	15
3.1	Kohdejoukon kuvaus	15
3.2	Lupa-asiat.....	15
3.3	Mittarin rakentaminen.....	15
4	Metodologia ja tutkimuksen toteuttaminen.....	16
4.1	Tutkimusmenetelmät.....	16
4.1.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	17
4.1.2	Kvantitatiivinen tutkimus	18
4.1.3	Triangulaatio	18
4.2	Aineiston keruu	19
4.3	Teemoittelu.....	21
4.4	Sisällönanalyysi	22
4.5	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	22
4.6	Ristiintaulukointi	24
5	Opinnäytetyön tulokset.....	24
5.1	Saattohoidon opetus ja koulutus.....	25
5.1.1	Saattohoidon osaaminen	26
5.1.2	Ammatilliset vahvuudet	27
5.1.3	Ammatilliset kehittämistarpeet	28
5.2	Saattohoidon kehittäminen osastolla	28
5.2.1	Saattohoito kirurgian osastolla	29
5.2.2	Moniammatillinen yhteistyö	37
5.3	Kokevatko lääkärit ja hoitohenkilökunta saaneensa saattohoidon opetusta tai koulutusta riittävästi?	38
5.4	Miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kokevat saattohoidon toteutumisen? .	39

5.5	Miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kehittäisivät saattohoitoon liittyvää osaamistaan ja saattohoitoa?	40
6	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	41
6.1	Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu	44
6.2	Työn hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	45
7	Pohdinta	45
	Lähteet.....	48

Kuvat ja taulukot

Kuva 1	STM, 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli.....	11
Kuva 2	Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon opetuksen sisältyminen peruskoulutukseen.	26
Kuva 3	Kuinka usein työssäsi hoidat/kohtaat saattohoidossa olevan potilaan?	29
Kuva 4	Saattohoito päätökset tehdään ajoissa osastollanne.....	30
Kuva 5	Hoitohenkilöstö ymmärtää saattohoidon ja sen merkityksen samalla tavalla ammatista/koulutuksesta riippumatta.	31
Kuva 6	Potilaat saavat osastollanne osaavaa ja laadukasta saattohoitoa	35
Kuva 7	Saattohoito kuuluu erikoissairaanhoidon	36
Taulukko 1	Analyysirungon pääluokat (esimerkki saattohoidon ja osaamisen kehittämisen muodostumisesta).....	23
Taulukko 2	Vastaajien taustatiedot.....	25
Taulukko 3	Ajoissa tehtävän saattohoito päätöksen samanmielisyyden ammattiryhmien välillä.	30
Taulukko 4	Saattohoidon ymmärtäminen samalla tavalla eri ammattiryhmien välillä. .	31
Taulukko 5	Ymmärtääkö hoitohenkilökunta saattohoidon samalla tavalla ammatista/koulutuksesta riippumatta.	32
Taulukko 6	Potilaiden ja omaisten osallistuminen päätöksen tekoon.....	33
Taulukko 7	Saavatko potilaan osastolla osaavaa ja laadukasta saattohoitoa eri ammattiryhmien näkökulmasta	35
Taulukko 8	Potilaat eivät joudu kärsimään kivusta tai muista fyysisistä vaivoista ollessaan saattohoidossa osastollanne.	36

Taulukko 9 Onko ammattiryhmien vastauksissa eroa kysyttäessä, kuuluuko saattohoito erikoissairaanhoidon?	37
--	----

Liitteet

Liite 1 Tiedote tutkimukseen osallistujille

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Tutkimuslupa

Liite 4 Teemoittelu miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kehittäisivät saattohoitoon liittyvää osaamistaan ja saattohoitoa?

Liite 5 Väittämien vastaukset

1 Johdanto

Lääketieteen keskeisin tavoite on pitää elämää yllä. Kuolema on kuitenkin väistämätön lopputulos jokaiselle (Sinclair, 2011, s. 180). Joulukuussa 2017 sosiaali- ja terveysministeriö antoi uudet suositukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Tämän mukaan jokaisella tulee olla mahdollisuus saada laadukasta palliatiivista hoitoa. Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa ei tule sekoittaa keskenään (Hänninen, 2003, ss. 14–15), mutta tulee huomioida, että saattohoito on osa palliatiivista hoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito - suositus, 2019). Opinnäytetyö tulee painottumaan saattohoitoon ja sen toteuttamiseen kirurgian osastolla.

Opinnäytetyötä koskevalla kirurgian osastolla hoidetaan useiden erikoisalojen kirurgisia potilaita. Osastolla hoidetaan leikkauspotilaiden lisäksi potilaita, joilla on todettu jokin vakava sairaus, sekä lisääntyvässä määrin vanhuksia lukuisine perussairauksineen. Palliatiivinen- ja saattohoito ovat aiheena ajankohtaiset ja erityisen tärkeät väestön ikääntyessä, jonka ne ansaitsevat lisähuomiota myös erikoissairaanhoidossa.

Suomessa saattohoitoa on kehitetty 1980-luvulta lähtien, mutta suomalaisessa parantamiseen pyrkivässä terveydenhuolto ja koulutusjärjestelmässä, sen asema ei ole päässyt kehittymään riittävästi. (Anttonen, 2016, s.16) Hyvän saattohoidon edellytyksiä ovat hoitohenkilöstön saattohoidon osaaminen ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen. (Pihlainen, 2010, s. 3) Ihmisen elämän loppuvaiheen hoitolinjauksen suunnittelu vaatii vankkaa lääketieteellistä osaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja (Lehto ym., 2019, s. 340). Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden osaamista saattohoidossa ja näkemystä saattohoidon toteutumisesta kirurgian osastolla.

Opinnäytetyön aihe nousi esille tekijän omasta mielenkiinnosta aiheeseen ja saattohoidon kehittämiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lisää tietoa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamisen nykytilasta ja näkemyksistä koulutustarpeista saattohoidon osalta.

2 Palliatiivinen ja saattohoito

Käypä hoito - suosituksen (2019) mukaan syöpäsairauksien ja väestön ikääntymisen vuoksi palliatiivisen hoidon tarve tulee kasvamaan Euroopassa. Maailmanlaajuisesti vuosittain arvioidaan yli 20 miljoonan ihmisen tarvitsevan palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Heistä 69 % on yli 60-vuotiaita aikuisia ja 6 % lapsia (WHO, 2014, s. 25). Arvion mukaan 15000 ihmistä tarvitsee vuosittain Suomessa saattohoitoa. Saattohoitoa on Suomessa kuitenkin tutkittu hyvin niukasti. (Hävölä ym., 2015, s. 134)

Palliatiivinen hoito on moniammatillista hoitotyötä ja on tärkeää myös ymmärtää, milloin palliatiiviseen hoitoon erikoistuneet ammattilaiset tulee ottaa mukaan potilaan hoitoon. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019) Saattohoito on lähellä kuolemaa olevaa hoitoa, kun taas palliatiivinen hoito on kaikkien etenevien pahalaatuisten sairauksien oireenmukaista hoitoa. (Hänninen 2003, ss. 14–15) Saattohoito on potilaan hoitopolun viimeinen vaihe matkalla parantavasta hoidosta palliatiiviseen hoitoon (Anttonen, 2016, s. 17).

Palliatiivinen hoito ja saattohoito sisältävät samat tavoitteet. Näitä tavoitteita ovat optimaalinen oireiden hallinta sekä omaisten ja potilaiden hyvinvoinnin turvaaminen. Tämä on mahdollista vähentämällä niin fyysistä, emotionaalista, sosiaalista kuin hengellistäkin kärsimystä (Croson ym., 2018, s. 215). Tavoitteena potilaan hoidossa tulisi olla arvokkaan kuoleman lisäksi, mahdollisimman hyvä elämänlaatu viimeisinä elinpäivinä sekä kuolevan ihmisen läheisten tukeminen. (Valvira, 2020)

Anttosen (2016) kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat samansuuntaiset. Sen mukaan saattohoito on hyvän elämänlaadun tukemista, hyvää oireiden hoitamista ja valmistautumista lähestyvään potilaan elämän loppumiseen. Hyvään saattohoitoon nähdään kuuluvaksi myös perheiden valmistaminen, neuvominen ja ohjaaminen. Hoitohenkilökunnan ammattitaito ja hyvinvointi ovat merkittävässä asemassa saattohoidon toteutuksessa. Oikeaan aikaan ajoitettu saattohoito on merkittävä tekijä potilaan arvokkaan ja korkealaatuisen elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi. (Lopez-Acevedo ym., 2013, s. 217)

Hyvä palliatiivinen hoito vastaa potilaan fyysisiin, psykologisiin ja henkisiin tarpeisiin. Sen tavoitteena on pyrkiä parantamaan heidän elämänlaatuaan. Saattohoito kuuluu elämän loppuun, eikä sitä voida antaa samaan aikaan parantavan hoidon kanssa. Vaikka palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eduista on olemassa paljon tutkimuksia, tehdään näitä hoidonlinjauksia liian vähän potilaille, jotka niitä tarvitsisivat ja niistä hyötyisivät. (Shalev ym., 2018, s. 431) Oikeaan aikaan aloitetun palliatiivisen hoidon on voitu osoittaa parantavan potilaan fyysisten ja psyykkisten oireiden hallintaa, perheen ja potilaan tyytyväisyyttä hoitoon sekä vähentävän sairaalahoidon tarvetta (Lopez-Acevedo ym., 2013, s. 218).

Käsitteinä palliatiivinen hoito, saattohoito ja terminaalahoito ovat osin päällekkäisiä, mutta jokaisella näistä tarkoitetaan elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa (Eho ym., 2004, s. 6). Elämän loppuvaiheen hoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi sairaaloissa, hoitokodeissa tai kotona (Valvira, 2020). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nähdään parantavan potilaiden oireiden hallintaa, elämänlaatua ja tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon (Shalev ym., 2018, s. 431).

Käypä hoito - suosituksen (2019) mukaan palliatiivisen hoitolinjauksen tarkoitus on turvata lääketieteellisesti perusteltuna paras mahdollinen hoito, potilaan toiveita ja hänen arvojaan kunnioitten. Hoitolinjauksen jälkeen pyritään välttämään kärsimystä lisääviä sekä hyödyttömiä hoitoja. Hoidon rajaamisen lisäksi hoitolinjaukseen kuuluu myös hoidon tarjoaminen eli hoitolupaus. Hoitolinjauksia ovat kuratiivinen eli parantava hoitolinja, jolla tavoitellaan pysyvää paranemista. Taudin etenemistä jarruttava hoitolinja pyrkii hidastamaan taudin etenemistä ja pidentämään elinaikaa. Palliatiivinen hoitolinja pyrkii vaalimaan laadukasta elämänlaatua ja lievittämään kärsimystä, mutta taudin kulkuun ei tässä hoitolinjassa enää pyritä vaikuttamaan. Viimeisenä vaihtoehtona on saattohoito, johon kuuluu kuolevan hoito ja palliatiivinen hoito kuoleman lähestyessä.

Palliatiivista hoitoa voidaan antaa missä tahansa sairauden vaiheessa, mutta palliatiivinen hoitolinjaus tehdään, kun hoitojen tavoitteena on enää mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja oireiden lievittäminen. (Saarto ym., 2017, s. 8) Palliatiivista hoitoa tarvitaan niin kroonisten sairauksien kuin akuuttienkin sairauksien hoidossa (WHO, 2014, s. 7). Palliatiivisen hoidon tarkoitus ei ole pidentää eikä lyhentää potilaan elämää (Valvira, 2020). Palliatiivisen hoidon

aloittamiseen ei ole mitään ajan tai ennusteen määrittämää rajaa ja on laajalti ymmärretty, että palliatiivista hoitoa tulisi toteuttaa tarpeen, ei diagnoosin tai ennusteen mukaan. (WHO, 2014, s. 7)

Ajoissa aloitettu palliatiivinen hoito sekä hyvä hoitosuunnitelma, tutkitusti parantavat potilaan elämänlaatua sekä vähentävät turhia sairaalajaksoja ja hoitoa elämän loppuvaiheessa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019) Palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon siirtyminen on potilaan hoidossa tärkeä päätös, jonka lääkäri tekee. Päätöksestä tehdään merkintä potilasasiakirjoihin, muun muassa tieto kuka päätöksen on tehnyt. (Valvira, 2020) Saattohoito voidaan määritellä kuolevan potilaan aktiiviseksi hoidoksi ja läheisten tukemiseksi. Se sisältää hoitoa ja tukea sairauden viime metreillä ja kuoleman aikana. (Eho ym. 2004, s. 6) Tarkoituksena on tarjota tukea ja yksilöllistä hyvää hoitoa niin kuolevalle ihmiselle kuin hänen läheisilleenkin, inhimillisyyttä unohtamatta. Aktiivinen kuolemaan avustaminen ei kuulu saattohoitoon (Valvira, 2020).

Saattohoitoon päätyvällä potilaalla on parantumaton etenevä sairaus, tai potilas on kieltäytynyt hoidoista. Potilaan sairauteen ei myöskään ole saatavilla parantavaa hoitoa ja elinajanodote on lyhyt. (Eho ym. 2004, s.6) Saattohoidossa potilaalla ja hänen läheisimmillä ihmisillään on myös mahdollisuus valmistautua kuolemaan (Valvira, 2020). Saattohoito on oireenmukaisen hoidon osa, jota aletaan toteuttaa odotetun kuolemanhetken läheisyydessä, viimeisten päivien tai viikkojen aikana (Valvira, 2020). Tärkeä osa saattohoitoa on vainajan kohtelu arvokkaasti sekä kunnioittaen, sekä vainajan läheisten tukeminen kuoleman tapahduttua (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2019).

Ihmisen elämän lähestyessä loppuaan, tehdään usein potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa mainittuja tärkeitä hoitoon liittyviä päätöksiä. Tällaisia päätöksiä ovat esimerkiksi palliatiivinen hoitolinjaus, saattohoitopäätös sekä elvyttämättä jättämispäätös. (Valvira, 2020) Lain mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja jos potilas kieltäytyisi hoidosta tai toimenpiteestä, häntä tulisi tällöinkin hoitaa potilaan toiveita kuunnellen, jollain toisella lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 §6). Kuolevallakin ihmisellä on viimeiseen asti oikeus päättää omasta hoidostaan ja lääkäreiden ja hoitajien tulee kunnioittaa näitä toiveita liittyen tuleviin hoitoihin, hyvään elämään ja arvokkaaseen kuolemaan. (THL, 2019)

2.1 Saattohoitopäätös

Kun palliatiivisessa hoidossa siirrytään vaiheeseen, jossa hoidetaan kuolevaa potilasta, tehdään saattohoitopäätös (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019). Pelkästään potilaan diagnoosi ei ole syy saattohoitopäätökseen. Päätös tehdään, kun potilaan kuolemaan johtavaan sairauden etenemistä ei voida enää hidastaa, potilaan odotettu kuolinhetki on lähipäivien tai viikkojen aikana ja potilaan saaman avun ja tuen määrä on kasvanut. (THL, 2019)

Saattohoitopäätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri, joko potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Saattohoitopäätös on aina lääketieteellinen päätös ja se voi olla päätös potilaan hoitolinjasta tai pitemmän ajanjakson lopputulos, kun todetaan, ettei sairautta voida parantaa. (Eho ym. 2004, s. 6) Elvyttämättäjäättämispäätös kuuluu saattohoitopäätökseen. (Valvira, 2020) Helénin (2011, s. 56) mukaan saattohoitopäätösten tekeminen on yksi hoitotyön haasteista ja läheskään aina ei ole selvää, milloin saattohoitopäätös tulisi tehdä. Käypä hoitosuositus (2019) suosittelee lisäämään hoitolinjauksia tehtäessä potilaan diagnooseihin ICD-10 koodin Z51.5- Palliatiivinen hoito tai saattohoito, joka ohjaa palliatiivisen hoidon järjestämistä ja hoitoketjuja.

Lääkärit joutuvat työssään arvioimaan, mikä on hoitoimien vaikutus potilaan vointiin ja elämän pituuteen. Saattohoitopäätös voi pitää sisällään hoitojen lopettamisen, jotka vain pitkittäisivät potilaan elämää, mutta eivät enää paranna potilaan ennustetta tai kokonaistilannetta. Saattohoitopäätöksen tekeminen on vaikeaa, jos hoitavan tahon, potilaan sekä hänen omaistensa näkemykset hoidosta ja sen tavoitteista ovat kaukana toisistaan. Päätöksen tekemiseen ja sen hyväksymiseen tulee varata aikaa. On tärkeää huomioida, että päätöksen aikaansaamiseksi saatetaan tarvita useampia keskusteluja potilaan ja omaisten kanssa. Epävarmuutta lääkärin kohdalla päätöstä tehtäessä lisää päätöksen lopullisuus. Keskustelu kollegoiden ja potilasta hoitavan tiimin kanssa sekä lääkärin saama koulutus ja kokemus saattavat auttaa päätöksen teossa. (Lääkäriliitto, 2021, ss. 209–213)

Hoitopäätöksiä tehtäessä lääkärin tulee huomioida potilaan odotukset, terveydenhuollon organisaation ja omaisten vaatimukset sekä myös taloudelliset asiat. Ratkaisuisissaan lääkärin

tulisi aina ensimmäiseksi pyrkiä toimimaan potilaan parhaaksi ja pyrkiä ylläpitämään turvallista, luottamusta ja toivoa ylläpitävää hoitoilmapiiriä. Tärkeää olisi kertoa potilaalle, että hoito ei missään vaiheessa, myöskään saattohoitopäätöksen jälkeen loppu, ainoastaan hoidon tavoitteet muuttuvat. (Lääkäriliitto, 2021, ss. 204–205)

2.1.1 Kuolevan potilaan oireenmukainen hoito

Potilaan kuoleman lähestyessä, tulisi pidättäytyä kaikista potilaalle kipua tuottavista tutkimuksista ja pyrkiä keskittymään erilaisten mittauksien, kuten verikokeiden ja niiden arvojen sijasta potilaaseen. Kaikkia ylimääräisiä ja rutiinitutkimuksia tulisi pyrkiä välttämään tai harkita tarkkaan niiden tarvetta potilaan hoidon kannalta. Potilaan hoito muuttuu läsnäoloksi, keskusteluksi ja kuunteluksi. Mittausarvojen sijasta arvioidaan potilaan kipua, levottomuutta, hengitys- ja suolisto-oireita ja huolehditaan suun hoidosta (Korhonen & Poukka, 2013, ss. 440–441).

Lähes puolet kuolevista potilaista kärsivät kivusta, hengenahdistuksesta, väsymyksestä ja ummetuksesta viimeisten elinpäiviensä aikana. Fyysisten oireiden kokemukset ovat aina subjektiivisia, jonka takia on tärkeää kuunnella potilaan omia tuntemuksia. On tärkeää antaa potilaan määrittellä häiritsevimmät oireensa, esimerkiksi kipu tai pahoinvointi ja hoitaa niitä tehokkaasti. On myös tärkeää arvioida hoidon vaikuttavuutta, jotta muutokset hoidossa on mahdollista toteuttaa. Oireiden taustalla olevat syyt tulisi tutkia ja hoitaa. Tulee kuitenkin arvioida toimenpiteiden aiheuttamaa rasitusta potilaalle suhteessa siitä saatavaan hyötyyn, kuunnellen potilaan toiveita huomioiden potilaan ennuste sairauden osalta. (Croson ym., 2018, s. 218) Yhdysvalloissa toteutetun SUPPORT- tutkimuksen mukaan ahdistavat fyysiset oireet ovat yleisiä elämän loppuvaiheessa ja oireet ovat edellä kuvattua kaltaisia (Plonk & Arnold, 2005, s. 1045)

Kivun arvioinnin avulla pystytään määrittämään kivun mahdollinen syy ja määrittämään kipulääkitys riittäväksi. Kivunhoidossa tavoitteena pitäisi olla turvallinen, oikeaan aikaan annosteltu ja tehokas kivunhoito, mahdollisimman vähäisillä sivuvaikutuksilla. Vaikkakin lääkehoito on yleisimmin käytetty kivun hoitomuoto, voivat ei-lääkkeelliset vaihtoehdot, kuten asennon muuttaminen, erilaiset lämpö- tai kylmäpakkaukset, musiikin kuuntelu, rentoutuminen ja häiriötekijöiden poistaminen, olla tehokkaita yksin tai lääkehoidon tukena.

(Croson, ym. 2018, s. 218) Reagoiminen kovaan kipuun ei ole itsessään psyykkinen oire. Huonosti hoidetusta fyysisestä oireesta voi seurata ahdistusta, masennusta tai raivoa ja ne tulee huomioida fyysisen oireen hoitamisen ohessa. (Hänninen, 2003, s. 206)

Elämän loppuvaiheessa esiintyy usein muutoksia psyykkisessä voinnissa, kuten tajunnantason laskua, sekavuutta ja ahdistuneisuutta (Terveyskylä, 2018). Palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa oleva potilas saattaa kärsiä useista psykologisista ajatustoiminnan ja tunne-elämän häiriöistä. Jotkut niistä ovat ohimeneviä kriisireaktioita, toiset sairauteen liittyviä elimellisiä muutoksia ja osa aiheuttaa pitkäaikaisempia psyykkisiä kärsimyksiä. Usein miten potilaiden psyykkiset oireet aiheutuvat pitkälle levinneen tautiin tai sen hoitoihin. Yleisimpiä saattohoitopotilaiden psyykkisiä oireita ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, delirium ja unettomuus. Psyykkiset ja fyysiset oireet vaikuttavat väistämättä toisiinsa. Kipu lisää masentuneisuutta ja masentuneisuus laskee kipukynnystä sekä saa kivun tuntumaan entistä pahemmalta. (Hänninen, 2003, ss. 206–207) Psyykkiset tekijät saattohoidossa tulevat esiin elämästä ja läheisistä luopumisen tuskana ja turvattomuutena (Heikkinen, ym., 2004, s. 54).

Ihmisen kuoleminen on suuri muutos niin kuolevan yksilön kuin hänen perheensäkin elämässä ja jokainen meistä reagoi omalla tavallaan tällaisiin elämän suuriin muutoksiin. Vakava sairaus, sairaalahoitoon joutuminen ja lähestyvä kuolema saavat aikaan monenlaisia tunteita, usein miten päällimmäisinä pelkoa ja ahdistusta kaikissa ihmisissä, hoitotyön ammattilaisissakin. (Grönlund, ym. 2008, ss. 61–67) Vakavasti sairaiden potilaiden ja heidän omaistensa hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta osaamista sekä psykologisista ja psykiatrisista oireista. Näistä oireista potilaat kärsivät kuolemaansa saakka. Erilaiset psyykkiset oireet voivat pahimmillaan aiheuttaa potilaille turhaa kärsimystä. (Hultman ym., 2008, s. 334)

Wijk & Grimpy (2008, ss. 106–111) tekivät tutkimuksen iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen tarpeista palliatiivisessa hoidossa. Ensisijaisiksi sosiaalisista tarpeista tutkimuksessa nousivat perheen kanssa oleminen, läheisten ystävien tapaaminen ja käytännölliset asiat, kuten kotiin tai hoitokotiin palaaminen. Talouteen liittyvät käytännön asiat, yksityisyys ja entisen elämäntavan edes osittainen jatkaminen tulivat myös vastauksissa esille.

Useat potilaat, myös palliatiivisen hoidon piirissä olevat, ovat useasti oikeutettuja saamaan erilaisia sosiaalitukia. Tukien avulla voidaan saada apua sairaudesta ja sen hoidosta aiheutuvien kustannusten maksamiseen. Näistä eduista ja niiden hakemisesta on mahdollista saada apua ja tukea sosiaalihoitajilta. Hautausavustusta ja erilaisia tukia perheelle on olemassa myös kuoleman jälkeen. (Terveyskylä, 2018) Hengellisillä tarpeilla on oma tärkeä roolinsa palliatiivisessa hoidossa. Tehtyjen tutkimusten valossa, hengellisten tarpeiden huomioiminen on kuitenkin edelleen haaste palliatiivisen hoidon kliinisellä osaluueella. (Vilalda ym., 2014, s. 592) Ihmisen elämä nähdään usein matkana, jolla on alku, loppu ja suunta. Kuolema nähdään myös matkalle lähtemisenä, vaikka se itsessään onkin matkalle päätös. Kuolemassa tapahtuu lopullinen ero omasta itsestä, ruumiista, minuudesta, tärkeistä ihmisistä ja asioista. (Heikkinen, ym., 2004, s. 76) Potilaan uskon ja vakaumuksen kunnioittaminen on osa hyvää ja kokonaisvaltaista saattohoitoa. Silloin kun toivoa paranemisesta ei enää ole ja potilas on ahdistunut omasta tilanteestaan, voi hengellinen hoito helpottaa lähestyvän kuoleman aiheuttamaa tuskaa. (Karvinen, Lipponen & Sipola, 2020, s. 11)

Kiireetön ja turvallinen läsnäolo auttaa epätoivon hetkellä. Potilaan henkisen ja hengellisen tarpeen tunnistaminen vaatii kuuntelua ja itsetuntemusta. Ammattilainen osaa tukea potilasta ja hänen jäljellä olevia voimavarojaan. Hoitotyöntekijän on tärkeää kuunnella ja kuulla potilasta sekä olla läsnä ja ymmärtää. Eksistentiaalisen tuskan lievittäjänä toimii parhaiten turvallisuuden tunteen vahvistaminen ja hyvä hoiva. Kuolevalle potilaalle on tärkeää, ettei hän koe tulevansa hylätyksi. Saattohoidon tavoite hengellisessä mielessä on lähtörauha, jotta elämän lopun lähestyessä, ihminen pystyy hyväksymään kuoleman ja saa kuolla levollisena ja turvallisesti. (Karvinen, ym., 2020, ss. 11–12) Tutkimuksen mukaan palliatiivisessa hoidossa, vakavasti sairailta potilailla on tarve tulla tunnistetuksi ihmisenä elämän loppuun asti ja potilaiden toiveena on, etteivät he menettäisi identiteettiään. He toivoivat kunnioittavaa kohtelua, ymmärrystä, ystävällisyyttä, huomaavaisuutta ja sanatonta viestintää, jolloin he kokevat saavansa helpotusta omaan tuskaansa. Potilaille on tärkeää kokea itsensä arvostetuksi ja arvokkaiksi elämänsä loppuun saakka. Tärkeimmät tarpeet tulevat täytettyä potilaan ymmärtäessä tilanteensa ja saadessaan kunnioittavaa kohtelua elämänsä loppuun asti. Potilaille tärkeintä on nykyisyys ja hengellisten tarpeiden huomioiminen on tärkeää palliatiivisessa hoidossa. (Vilalda ym., 2014, ss. 594–596)

2.2 Saattohoidon nykytila ja tulevaisuus

Palliativisen hoidon ja saattohoidon asema on parantunut erityisesti Euroopassa 2010-luvun aikana ja Suomi on ollut tässä kehityksessä mukana. (Vainio. 2019, s. 7) Suurin osa kuolemista Suomessa tapahtuu sairaaloissa. Harva palliativista hoitoa tai saattohoitoa tarvitseva pääsee hoitoon saattohoitoon erikoistuneeseen yksikköön. Alueellisesti palliativisen hoidon ja saattohoidon saatavuudessa on isoja eroja, koska palliativista hoito ei ole sisällytetty terveydenhuoltojärjestelmään. (STM. 2019, s. 14)

The Economist Intelligence Unit tutkimuksessa "Quality of Death Index" Suomi sijoittui 20 sijalle. Tutkimuksessa vertailtiin 80 maan palliativista hoitoa. Iso-Britannian on tutkimuksen mukaan maailman kärkimaana palliativisessa hoidossa. Euroopan tasolla Suomi sijoittui sijalle 12. (2015, ss. 15–16) Tutkimuksessa arvioitiin viittä eri kategoriaa; palliativisen hoidon ja terveydenhuollon ympäristöä, koulutettua henkilöstöä, palliativisen hoidon kustannuksia potilaalle, hoidon laatua sekä yhteisön roolia, kuten vapaaehtoistyöntekijöitä ja ihmisten tietoisuutta palliativisesta hoidosta. (2015, s. 57)

Kotisaattohoidon eli palliativisen hoidon ja saattohoidon kotisairaalapalveluiden saatavuudessa on suuria eroja sairaanhoitopiireittäin ja ERVA-alueittain eli erityisvastuualueiden kesken. Kotisaattohoidon saatavuuden tilanne on parempi eteläisemmässä osassa Suomea. (STM, 2019, ss. 93–94) Saattohoitosuositus ohjeistaa, että jokaisella kotisaattohoitoa haluavalla tulisi olla siihen mahdollisuus. Kotisaattohoitoa voidaan toteuttaa potilaan kotona, mutta myös palvelutalo, hoivakoti tai vastaava hoitopaikka voi toimia kotisaattohoidon hoitopaikkana. (Terveyskylä, 2018)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on ollut osaltaan kehittämässä palliativista hoitoa ja saattohoitoa Suomessa. ETENE julkaisi vuonna 2001 suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta, vuonna 2003 saattohoidosta ja vuonna 2008 vanhusten hoidosta. Kaikissa näissä suosituksissa tärkeimpinä asioina esiin nousevat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. (Vainio, 2020, s. 7)

Vuonna 2019 Sosiaali- ja Terveysministeriö on tehnyt suosituksen palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Suositus sisältää

laatukriteerit palliatiiviseen hoitoon, riippumatta potilaan iästä ja suositus ottaa kantaa myös ammattilaisten kouluttamiseen saattohoidon osalta. (Vainio, 2020, s. 7) STM suosituksen pohjalta käynnistettiin Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen EduPal – hanke, jonka tavoite oli selvittää palliatiivisen opetuksen tila ja laatia valtakunnallinen suositus palliatiivisen hoidon opettamisesta niin sairaanhoitaja- kuin lääketieteen opiskelijoille. (Hökkä, ym., 2020, s. 6)

Palliatiivisen lääketieteen perusopetus-hankkeessa laadittiin palliatiivisen lääketieteen osaamiskuvaus perustasolle eli mitä jokaisen lääkärin olisi osattava palliatiivisesta hoidosta sekä suositus palliatiivisen lääketieteen opetussuunnitelmasta lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavassa perusopetuksessa (Lehto, ym., 2020, s. 6). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoitajan tutkinnossa-hankkeessa laadittiin valtakunnallinen suositus keskeisimpien palliatiivisen hoidon sisältöjen sisällyttämisestä sairaanhoitajien opetukseen (Hökkä, ym., 2020, s. 6).

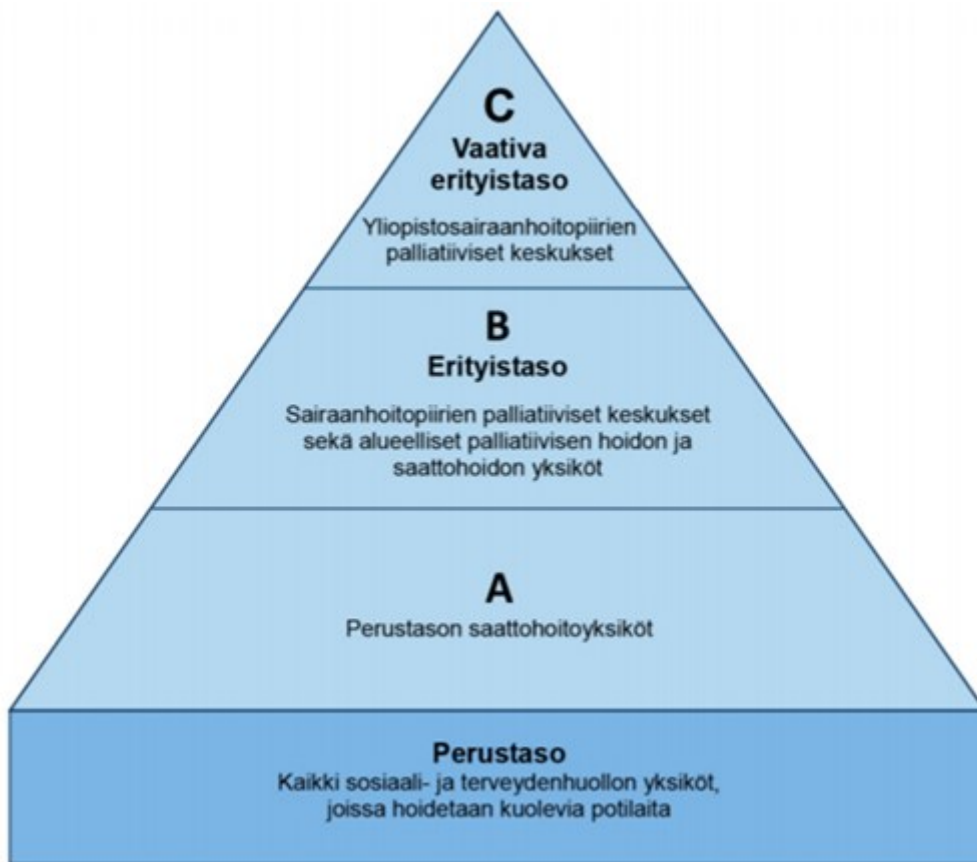
2.2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämisen malli

Palliatiivisen ja saattohoidon osaamista tulee olla kaikissa terveydenhuollon yksiköissä, hoitokodeista erikoissairaanhoidon. Kaikilla potilailla on oltava yhdenvertainen oikeus palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kotona tai terveydenhuollon yksikössä asuinpaikastaan riippumatta (STM. 2019, s. 16). Kotona tapahtuva saattohoito ja kuolema ovat usein rauhallisempia tapahtumia kuin sairaalassa, ja potilaan kipuja voidaan hoitaa yhtä tehokkaasti myös kotona. (García-Baquero Merino, 2018, s.11) Saattohoidossa olevat potilaat saattavat pelätä olevansa taakkana läheisilleen, jonka vuoksi he haluavat olla hoidossa sairaalassa. Toisena syynä saattaa olla pelko. Sairauden mukanaan tuomat oireet ja kuoleminen kotona pelottavat, jonka vuoksi sairaalahoito voidaan kokea turvallisempaan vaihtoehtona. (Heikkinen ym., 2004, ss. 104–105)

Kolmiportaisessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen mallissa, hoito on jaettu perusosaamisen tason lisäksi kolmeen tasoon (Kuva 1). Perustasonosaamista tulisi löytyä kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. A-tasolla ovat perustason yksiköt. B-tasolla ovat erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ja keskuskeskukset. C-tasolla ovat vaativan erityistason palliatiiviset keskuskeskukset. Arvioiden

mukaan kolmannes palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa saavista potilaista tarvitsee B- tai C-tason hoitopaikkaa. Ammatillisen perusopetuksen tulisi antaa valmius työskennellä perustasolla ja osaamista tulisi täydentää lisäkoulutuksella. Erityistasolla työskentely tulisi vaatia erikoistumiskoulutusta. (STM, 2019, ss. 16–17) Yksikkö, johon opinnäytetyö tehtiin, kuuluu HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. HUS:issa erityistason palliatiiviset ja saattohoidon palvelut on järjestetty sairaanhoitoalueiden mukaan.

Kuva 1 STM, 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli



A-tason hoitopaikat ovat niitä terveydenhuollon yksiköitä, joissa saattohoitoa kehitetään yhtenä perustehtävänä muun ohessa. Yksiköiden henkilöstömitoituksessa ja toimintaympäristössä on huomioitu saattohoitotyö ja koulutusta on saatavilla henkilökunnalle. Tämän tason paikkojen tulisi sijaita sopivalle etäisyydellä, jotta potilaiden lähipalvelut olisivat turvattu. (STM. 2019, s. 17)

Sairaanhoitopiirien palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt muodostavat erityistason palveluverkoston, eli B-tason. Näissä yksiköissä palliatiivinen hoito

ja saattohoito ovat yksikön pääasiallinen tehtävä. Henkilökunnan tulee olla erikoiskoulutettua. Tällaisia yksiköitä ovat sairaaloiden poliklinikat ja konsultaatiotiimit, palliatiiviset kotisairaalat tukiosastoina, palliatiiviset –, saattohoito-osastot ja saattohoitokodit. Psykososiaalista ja henkistä tukea tulisi olla saatavilla tämän tason yksiköissä. Erityistason yksiköt tarjoavat konsultaatio apua perusyksiköille tarpeen mukaan. Vaativaa erityistasoa hoitavat yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuksat. Nämä keskuksat muodostuvat palliatiivisen hoidon poliklinikoista, psykososiaalisen tuen yksiköistä, palliatiivisesta osastosta, kotisairaaloista, päiväsaairaloista ja saattohoitokodeista. Nämä palliatiiviset keskuksat vastaavat ERVA-alueiden saattohoitosuunnitelmasta, palveluketjuista sekä ympärivuorokauden saatavilla olevasta konsultaatiotuesta. Tämän lisäksi c-tason keskuksat vastaavat ERVA-alueittain vaativan erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisäksi lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimeenpanosuunnitelmista. (STM. 2019, s. 18)

2.2.2 Hoitohenkilöstö osaaminen saattohoidon toteuttajina

Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten, jotka työssään kohtaavat kuolevia potilaita, tulisi hallita palliatiivisen hoidon perusteet, huolimatta siitä millaisessa sosiaali- tai terveydenhuollon yksikössä työskentelevätkään. (Lehto & Saarto, 2019, s.535) Saattohoitoa toteuttava henkilökunta tarvitsee tietoa, hyviä vuorovaikutustaitoja ja hoitamisen osaamista, jotta voivat vastata saattohoidossa olevan potilaan ja hänen omaistensa asettamiin hoidollisiin haasteisiin. Työyhteisön kehittyminen yksiköksi, jossa mahdollistetaan hyvä kuolema, tarvitsee työskentelymallin, jonka lähtökohtana on potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilöstön arvostava kohtaaminen. (Anttonen, 2016, s. 138)

Saattohoidon toteutumisen edellytys on, että lääkäri tunnistaa lähestyvän kuoleman. Usein kuolevan potilaan toimintakyky on jo heikentynyt ja elintoiminnot hiipumassa. Potilaiden toimintakyky saattaa pysyä hyvänä lähelle kuolemaa, erityisesti hitaasti etenevissä sairauksissa ja tällaisessa tilanteissa potilaan kuolema tulee omaisille yllätyksenä. Äkilliset komplikaatiot sairaudessa saattavat myös aiheuttaa kuoleman niin, ettei saattohoidolle valmistautumiseen ole aikaa. Näistä syistä lääkäreiden olisi hyvä aloittaa elämän loppuvaiheen hoidosta keskusteleminen potilaiden ja omaisten kanssa ajoissa. Vaikka potilaan hoito ja hoitotoimenpiteet olisi suunniteltu hyvin, saattavat potilaan fyysiset oireet

olla hankalia hoitaa ja lääkäri voi kokea riittämättömyyden tunnetta yrittäessään auttaa potilasta ja pyrkiessään lievittämään potilaan kärsimyksiä. (Lääkäriliitto, 2021, ss. 205, 208)

Yhdysvalloissa kirurgiset sairaanhoitajat kohtaavat paljon haasteita hoitaessaan potilaita, joilla on kuolemaan johtava sairaus. Haasteita aiheuttavat kiire työyksikössä, sairauden hoidon pääpaino sairauden parantamisessa sekä eri erikoisalojen ristiriidat hoitolinjauksista. Keskustelut elämän loppuvaiheen hoidosta potilaan, hänen perheensä sekä terveydenhuollon työntekijöidenkin välillä koetaan haastaviksi. (Croson, ym. 2018, s. 215)

Sairaanhoitajilla on usein positiivinen näkemys palliatiivisesta hoidosta ja intoa toteuttaa sitä, kun siitä on apua ja hyötyä potilaille sekä heidän omaisilleen. Monilla sairaanhoitajilla ei kuitenkaan ole tarkkaa käsitystä, mitä palliatiivinen hoito on ja kuka sitä tarvitsee. (Mahon & McAuley, 2010, ss. 146–147)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevien ammattilaisten perustaitoihin. Tästä huolimatta ainoastaan lähihoitajien koulutuksesta löytyvät erikseen määritellyt ammattitaitokriteerit palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Sairaanhoitajilla saadun opetuksen määrä vaihtelee ammattikorkeakoulun mukaan ja mitään valtakunnallista suositusta opetuksesta ei ole. (STM. 2017, s. 11)

Sairaanhoitajaopiskelijoiden saama palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetus on integroitu yleiseen hoitamisen opetukseen ja on huomion arvoista, että syntymän ohella ihmisen elämän merkittävä osa jää opetuksessa näin vähälle huomiolle. (Grönlund ym., 2008, ss. 82–83)

Hyvän palliatiivisen hoidon toteuttamiseksi sairaanhoitajalla tulee olla valmiudet tunnistaa, milloin potilaat tarvitsevat palliatiivista hoitoa. Tämän vuoksi sairaanhoitajaopintoihin tulee kuulua palliatiivisen hoidon opetusta niin, että valmistuneilla hoitajilla on riittävästi osaamista ja valmiuksia palliatiivisen hoidon toteuttamiseksi. (Ramjan, ym. 2010, s.86)

Riittämätön tietotaito palliatiivisesta ja saattohoidosta sairaanhoitajien keskuudessa on tiedostettu ongelma ja on yksi suurimmista kompastuskivistä tuotettaessa laadukasta palliatiivista hoitoa (Al Qadire, 2014, s. 24). Koreassa tehtyyn tutkimukseen haastateltiin 368 sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät erilaisissa yksiköissä yliopistosairaaloissa. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien osaaminen elämän loppuajan hoidosta on hyvin vähäistä ja

ammattilliseen peruskoulutukseensa ei palliatiivisen hoidon tai saattohoidon opetusta kuulunut. Täydennyskoulutus todettiin tutkimuksessa tehokkaimmaksi tavaksi lisätä hoitajien osaamista elämän loppuvaiheen hoidosta. (Choi ym., 2012, ss. 1–5)

Palliatiivisen lääketieteen koulutuksessa Suomi ei sijoitu Euroopan parhaiden maiden joukkoon (Lehto, ym. 2020, s. 7). Lääkäreiden kohdalla peruskoulutukseen kuuluvaa palliatiivista opetusta on saatavilla vain kahdessa yliopistossa ja sielläkin vain noin 1,5 opintopisteen verran. (STM, 2017, s. 11) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen puute on yksi suurimmista ongelmista saattohoidon toteutuksen kannalta. Lähes kaikissa erityistason saattohoitoyksiköissä toimii vain yksi koulutuksen saanut lääkäri ja perustason saattohoitoyksiköissä palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita lääkäreitä ei ole. (STM, 2019, s. 95)

Erilaisten arvioiden mukaan saattohoidon ja kivunhoidon osaaminen on hoitohenkilöstön keskuudessa vaihtelevaa. Osaamista elämän loppuvaiheen tunnistamiseen ei ole tai tätä tietoa ei ole osattu kirjata potilaan tietoihin. Osin näiden syiden takia päivystys- ja erikoissairaanhoidon käyntien lisääntyminen elämän loppuvaiheessa on yleistä ja erityisesti viimeisen kahden vuoden aikana ennen kuolemaa potilaan siirrot hoitopaikasta toiseen lisääntyvät ja mitä lähemmäs kuolemaa tullaan, sen useammin siirtoja tapahtuu. (STM, 2019, ss. 101–102) Tammikuussa 2020 alkoivat Suomessa ensimmäiset sairaanhoitajien palliatiivisen hoidon asiantuntija-erikoistumiskoulutukset (Flinkkilä, 2019, s. 7).

Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen-hankkeessa selvitettiin asiantuntijatyöryhmän toimesta palliatiivisen lääketieteen opetuksen nykytilaa ja valmistuvien lääketieteen kandidaattien mielipidettä palliatiivisen lääketieteen opetuksesta. Tutkimuksien mukaan palliatiivista lääkehoitoa opetettiin 25–47 tuntia, palliatiiviseen hoidon vuorovaikutusta noin 1–3 tuntia ja psykososiaalisia asioita noin 1–5 tuntia riippuen yliopistosta. Kuitenkin 98 % haastatelluista valmistuvista opiskelijoista pitivät palliatiivisen hoidon opetusta tärkeänä. (Lehto, ym. 2020, s.7)

3 Opinnäytetyön tutkimuskysymykset, tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa kirurgian osastolla työskentelevien hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden saattohoidon osaamisen nykytilasta ja näkemyksistä koulutuksen tarpeeseen sekä saattohoidon kehittämiseen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

- Kokevatko lääkärit ja hoitohenkilökunta saaneensa saattohoidon opetusta tai koulutusta riittävästi?
- Miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kokevat saattohoidon toteutumisen kirurgian osastolla?
- Miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kehittäisivät saattohoitoon liittyvää osaamistaan ja saattohoitoa kirurgian osastolla?

3.1 Kohdejoukon kuvaus

Opinnäytetyö toteutettiin Uudellamaalla sijaitsevan HUS:in entisen aluesairaalan kirurgian osastolla.

Opinnäytetyön kohteena ovat kirurgian osastolla toimivat hoitajat ja lääkärit.

3.2 Lupa-asiat

Oppilaitos hyväksyi opinnäytetyösuunnitelman lokakuussa 2020. Tutkimuslupa saatiin 22.3.2021 sairaalan johtavalta lääkäriltä.

3.3 Mittarin rakentaminen

Kun mittaria eli kyselylomaketta aletaan laatia, määritellään tutkimuksessa käytettävät käsitteet. Käsitteet määritellään tutkijan toimesta ja määritelmät perustuvat olemassa olevaan tietoon. Mittarin sisältövaliditeetti on tutkimuksen luotettavuuden perusta. Jos mittari ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä, ei ole mahdollista saada luotettavia tuloksia,

vaikka muut osa-alueet tutkimuksessa olisivatkin kunnossa. On tärkeää tarkastella, onko tutkimusilmiö niin selvärajainen, että sitä voidaan luotettavasti mittarilla mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, ss.87, 152–153) Mittarin esitestaamista suositellaan erityisesti, kun käytetään uutta, juuri kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria. Esitestaamisen avulla testataan mittarin toimivuutta ja luotettavuutta pienemmällä vastaajajoukolla. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen, 2009, s. 154)

Tutkimuksia saattohoidon osaamisesta on tehty useita ja kyselylomakkeeseen haettiin ajatuksia niistä. Flinkkilä (2019) tutkimuksessa oli selvitetty hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Tervon (2017) tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidosta ja saadusta koulutuksesta. Opinnäytetyöntekijä sai näiden tutkimuksien teemahaastattelurunkojen kysymyksistä paljon ideoita ja suuntaa kyselylomakkeen luomiseen kirjallisuudesta nousseiden teemojen lisäksi sekä vahvistukseksi. Kyselylomaketta testattiin Hämeen ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijoilla, joilta opinnäytetyöntekijä sai paljon kehittämisideoita kysymysten muotoiluun ja sanavalintoihin lomakkeen osalta. Lomakkeen viimeistelyssä neuvoja ja ideoita antoi tutkittavan yksikön ylihoitaja sekä organisaation opetushoitajat.

4 Metodologia ja tutkimuksen toteuttaminen

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat, aineiston analyysimenetelmät sekä tutkimuksen toteutus. Tutkimuksen toteutus pitää sisällään myös aineiston keräämisen 44 kyselylomakkeella, jotka analysoidaan laadullisin ja määrällisin menetelmin.

4.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmää valittaessa tutkimusongelma tai -tehtävä määrittää lähestymistavan, kuten myös olemassa olevan tiedon määrä. Jos tutkimuksella halutaan saada syvälinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja lisätä ymmärrystä tutkittavasta asiasta ja olemassa olevan tiedon määrä on vähäinen, ovat laadulliset eli kvalitatiiviset menetelmät paras valinta. Jos taas tutkimuksen aiheita on tutkittu laajasti aiemminkin ja halutaan tuottaa yleistettävää

tietoa perusjoukkoon, on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus oikea tapa lähestyä aihetta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 60) Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista sekä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja näiden samanaikaista triangulaatiota.

4.1.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella kuvataan ihmisten toimintaympäristöissä tapahtuvia prosesseja ja ilmiöitä sekä pyritään ymmärtämään niitä. Laadullisen tutkimuksen keinoin voidaan selvittää asenteita, uskomuksia ja syitä käyttäytymiseen. (Aira & Seppä, 2010, s. 805) Laadullisessa tutkimuksessa oletus on, että todellisuus tavoitetaan kokemuksen kautta ja siinä halutaan pyrkiä ymmärtämään ja tulkitsemaan ihmisten kokemuksia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, s. 20). Sen tavoite on pyrkiä ymmärtämään ja tulkita inhimillistä toimintaa ihmisten yksilöllisistä merkitysrakenteista käsin, luonnollisessa toiminnan ympäristössä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, s. 223).

Käyttöalueiksi kvalitatiiviseen tutkimukseen kuvataan uusia tutkimusalueita, joista tiedetään toistaiseksi hyvin vähän tai jos olemassa oleva tutkimusalueeseen halutaan uutta näkökulmaa tai epäillään aiempaa tutkimustulosta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 49–50). Laadullisella tutkimuksella saadaan koostettua tietoa hoitotyöhön esimerkiksi terveyden ja sairauden kokemuksista ja ihmisten niille antamista merkityksistä. Laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollista lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Useita hoitamisen ilmiöitä ei ole mahdollista mitata pelkästään määrällisesti tai tutkia havainnoimalla tietoa, vaan ymmärtääkseen ilmiön tarvitaan useasti ihmisten omia kuvauksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 57). Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on kuvata tiettyä tapahtumaa tai ilmiötä, pyrkiä ymmärtämään tiettyä toimintaa tai luoda tulkinta tietylle ilmiölle. Tämän takia on tärkeää, että henkilöt, jotka kyselyyn vastaavat olisi kokemusta ja tietoa tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, Tutkimukseen osallistuvien määrä, kolmas kappale)

4.1.2 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus testaa erilaisia hypoteeseja. Se antaa parhaiten tietoa isoista ihmisryhmistä, ei niinkään yksittäisestä ihmisestä. Määrällinen tutkimus on keino mitata, ei selittää. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämisestä on usein huomattavaa hyötyä, koska molemmissa tutkimustavassa on omat hyvät ja huonot puolensa. (Aira & Seppä, 2010, s. 806) Määrällinen tutkimus mittaa muuttujia, jotka voivat olla riippumattomia eli selittäviä, esimerkiksi vastaajan ikä tai sukupuoli tai riippuvia eli selitettäviä, kuten vastaajan tyytyväisyys esimerkiksi kivun hoitoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 41) Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii jäsentämään todellisuutta tutkittavien ulkopuolelta, ilman että heidän omat merkityksensä vaikuttavat asioihin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, s. 223).

Kvantitatiivista lähestymistapaa voidaan soveltaa moniin erityyppisiin tutkimusasetelmiin. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään enemmän kuin yhden kerran ja tutkimusilmiö on sama joka kerralla, kun taas poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään ainoastaan yhden kerran. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan jakaa myös aikaulottuvuuden perusteella, prospektiiviseen tutkimukseen, jossa tutkitaan pitkällä aikavälillä tulevaisuudessa tai retrospektiiviseen tutkimukseen, jossa ilmiötä tutkitaan takautuvasti. Hoitotieteen tyyppillisin määrällinen tutkimus on survey-tutkimus, joka on valmiilla lomakkeilla toteutettava kyselytutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 42)

Määrällisessä tutkimuksessa on mahdotonta arvioida, kuinka rehellisesti tutkittavat ovat vastanneet ja kuinka vakavasti he ovat tutkimukseen suhtautuneet. Tutkimukseen osallistuvien perehtyneisyys tutkittavaan asiaan voi vaihdella, mikä saattaa vaikuttaa vastauksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 49)

4.1.3 Triangulaatio

Hoitotieteiden tutkimus on sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista ja molemmille tutkimustavoilla on mahdollista saavuttaa alalle merkityksellistä tietoa. Määrä ja laatu eivät ole toisten vastakohtia, eivätkä toisistaan erillisiä. Määrä kertoo sen, miten paljon laatua esiintyy. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, ss. 223–224) Kvantitatiivinen tutkimus on

muutakin, kuin vain numeroita, koska sen tuloksia tulkitaan ja näiden tulkintojen perusteella kuvataan sanallisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston analyysivaiheessa tehdään luokituksia ja kategorioita. Näitä erilaisia menetelmiä pidetään toisiaan täydentävinä ja niitä voidaan käyttää tutkimuksessa vaiheittain, kuten tilanteessa, jossa kvalitatiivinen tutkimus toimii kvantitatiivisen tutkimuksen perustana. Metodologinen triangulaatio on useamman aineistonkeruu- tai tutkimusmenetelmän käyttöä yhtä ilmiötä tutkittaessa. Menodit voivat täydentää toisiaan tai valottaa kokonaan erilaisia näkökulmia tutkittavasta asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 58)

Samanaikaisessa triangulaatiossa ensisijainen lähestymistapa voi olla esimerkiksi määrällinen analyysi, josta osaa tutkittavasta asiasta voidaan kuvata laadullisesti. Etukäteen strukturoitu kyselylomake, josta löytyy muutamia esseetyyppisiä, vapaamuotoisia kysymyksiä, on esimerkki tämänkaltaisesta tutkimuksesta aineiston keruun osalta. Tällaisella kyselylomakkeella tutkijan on mahdollista saada vastauksia vastaajan omalla tavalla ilmaistuna, ei ainoastaan tutkijan ennakkoon strukturoimalla tavalla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, s.226) Opinnäytetyön lomake luotiin yhdistelemällä molempia tutkimustapoja.

4.2 Aineiston keruu

Aineiston kerääminen aloitettiin kirjallisuuden ja jo tehtyjen tutkimusten kartoituksella syksyllä 2020. Saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyvien tutkimuksia haettiin vuosilta 2010–2020 ja kielirajauksena käytettiin suomen ja englannin kieliä. Tiedonhakuja tehtiin Google scholar ja PubMed tietokannoista, Hämeen ammattikorkeakoulun HAMK-Finna palvelusta sekä Terveysportista. Tiedonhakua tehtiin myös painetuista julkaisuista, kuten saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyvästä terveydenhuollon kirjallisuudesta. Lähteitä tarkasteltaessa kiinnitettiin huomiota julkaisujen luotettavuuteen ja niiden kirjoittajiin sekä julkaisun sisältöön ja niissä käytettyihin lähteisiin. Tutkimusaineiston hankinnan lähtökohta olivat tutkimuskysymykset, asiasanat ja jo olemassa oleva osaaminen aiheesta. Asiasanojen määrittelyssä käytettiin apuna Hoidokki-tietokantaa sekä YSO – Yleinen suomalainen ontologia - sivustoa. Asiasanojen avulla saadaan tietoa saattohoidosta, palliatiivisesta hoidosta sekä sairaanhoitajien osaamisesta.

Määrällinen tutkimus voidaan toteuttaa esimerkiksi kyselyllä, jossa ei ole avoimia kysymyksiä, vaan kysymykset on tehty siten, että niiden avulla voidaan tehdä luokitteluja. Mahdollisimman suuri vastausprosentti on tärkeää aineiston yleistettävyyden takia. Tällä tutkimusmuodolla kerätään ensin koko aineisto ja sitä aletaan analysoida vasta, kun koko aineisto on koossa. Laadullisissa tutkimuksissa aineiston keruu on harkinnanvaraisempaa ja mahdollisimman monen erilaisen näkökulman löytäminen tutkittavaan asiaan on tärkeää. Aineisto voi esimerkiksi olla haastatteluita tai kyselylomakkeiden avoimia vastauksia. Laadullisen tutkimuksen aineiston käsittely ja analysointi on hidas prosessi ja sitä tehdään osin saman aikaisesti tutkimusaineiston keräämisen kanssa. (Aira & Seppä, 2010, s. 805, Aira, 2005, ss. 1074–1075)

Kyselylomakkeet ovat tyypillisimmin käytetty aineiston keräämisen menetelmä määrällisessä tutkimuksessa. Kyselylomakkeen eli mittausvälineen laatiminen on määrällisen tutkimuksen kriittisin vaihe. Kyselylomakkeen tulee olla täsmällinen ja tutkimusilmiötä mittaava, jonka vuoksi kyselylomakkeen pohjana tulee toimia riittävän laaja ja laadukas kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen, 2009, s. 87) Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa on sekä strukturoituja suljettuja kysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa käytettiin viisiportaista Likert-asteikkoa.

Tutkimusta tehtäessä keskeisiä valintoja eettiseltä näkökannalta ovat, miten tutkimus tullaan toteuttamaan halutun tiedon saamiseksi. Tutkimuksen kaikkien osapuolien informoiminen avoimesti ja rehellisesti on eettisesti kestävä ja luottamuksellisuuden vaade tulee tutkimuksessa toteutua, jolloin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tiedot säilyvät tutkimuksen ajan salaisina. (Viinamäki & Saari, 2007, ss. 19–20)

Opinnäytetyön kysely toteutettiin Microsoft Forms-sähköisenä kyselynä, joka lähetettiin jokaiselle tutkimukseen osallistujalle sähköpostiin ja vastausaika oli kolme viikkoa. Sähköiseen kyselyyn päädyttiin osin myös ekologisista syistä. Kysely lähetettiin 73 hoitajalle ja 47 lääkärille (N=120), tavoitteena oli saada 70 vastausta. Kyselystä tiedotettiin ja muistutettiin hoitohenkilöstölle osastotunneilla ja sähköpostin välityksellä. Kysely toteutettiin nimettömänä, eikä kyselyyn osallistujia ollut mahdollista tunnistaa vastausten perusteella. Kysely sisälsi 13 kysymystä ja kahdeksan väittämää, sekä avoimia että suljettuja

kysymyksiä. Kyselyn vastausmateriaalia käsitteli ainoastaan opinnäytetyöntekijä. Kyselyyn liitettiin saatekirje ja opinnäytetyön tekijän yhteystiedot lisätietojen saamiseksi.

Aineiston käsittely aloitetaan, kun kyselyllä kerätty aineisto on saatu kerättyä. Kyselylomakkeiden sisältö tarkistetaan ja niistä saatu tieto tallennetaan tietokoneelle numeraaliseen muotoon, jotta sitä voidaan tutkia taulukko- tai tilasto-ohjelman avulla. Lomakkeiden tarkistusta voi tehdä myös niiden palautumistahdissa. Lomaketta ei huomioida, jos se on puutteellisesti täytetty. (Vilka, 2014, s.106)

Määrällisen tutkimuksen aineiston käsittelyssä on kolme vaihetta; kyselylomakkeiden tarkastus, niistä saadun aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon sekä käsitellyn aineiston tarkastaminen. (Vilka, 2014, s. 105) Määrällistä tietoa analysoidaan tilastollisen analyysin avulla (Verne, n.d.). Opinnäytetyön aineiston määrällisen aineisto analysoitiin kuvailevalla tasolla ja tutkimuksen laadullinen aineisto teemoittelulla ja sisällönanalyysillä.

Vastauksia kyselyyn saapui määräaikaan mennessä 44 kappaletta, vastausprosentin ollessa 37 %. Yhtään vastausta ei hylätty. Vastausten analysointi aloitettiin heti vastausajan umpeuduttua. Tutkimuksen ydinasiana voidaan pitää kerätyn aineiston analysointia, tulkintaa ja näistä muodostuvien johtopäätösten tekemistä. Analyysivaiheessa tutkijalle valkenee, millaisia vastauksia tutkimusongelmiin saadaan (Hirsjärvi ym., 2009, s. 221)

4.3 Teemoittelu

Aineiston läpikäyminen ja analysointi aloitettiin käymällä läpi kaikkien kyselylomakkeiden vastaukset ja lukemalla ne läpi useampaan kertaan. Tämän jälkeen vastauksista kerättiin ja listattiin, eli teemoiteltiin yhtenäiset asiat ja tekijät, jotka nousivat useammasta vastauksesta esiin. Teemoittelun avulla aineistosta pyritään hahmottamaan keskeiset aihepiirit ja teemoiksi hahmotellaan niitä aiheita, jotka tulevat aineistossa esiin toistuvasti jossain muodossa. Teemoittelu alkaa teemojen muodostamisella. Tämän jälkeen teemat ryhmitellään, jotta niitä päästään tarkastelemaan yksityiskohtaisemmin (Koppa, 2014).

4.4 Sisällönanalyysi

Sisältöanalyysin avulla on mahdollista analysoida kirjoitettua tekstiä (Verne, n.d.), jota kyselylomakkeen avoimet kysymykset tulevat tuottamaan. Sisältöanalyysin avulla saadaan tutkimusaineistosta erotettua samanlaisuudet sekä erilaisuudet ja voidaan luoda hajanaisesta aineistosta yhtenäistä dataa. (Verne, n.d)

Sisällönanalyysin avulla dokumentit voidaan analysoida läpi järjestelmällisesti ja puolueettomasti. Sisällönanalyysin avulla pyritään tutkittava ilmiö kuvaamaan yleisessä ja mahdollisimman tiiviissä muodossa. Sen avulla ei kuitenkaan tehdä varsinaisia johtopäätöksiä, vaan sen avulla aineisto saadaan järjestetyksi niiden tekemistä varten. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, Sisällönanalyysi-luku, ensimmäinen kappale)

4.5 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Induktiivinen aineiston analyysi, eli aineistolähtöinen laadullinen analyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden aikaan saaminen. Aineistoa pelkistettäessä pyritään karsimaan kerätystä aineistosta epäolennaiset asiat pois, joko tiivistämällä saatua dataa tai pilkkomalla sitä pienempiin osiin. Aineistosta tulee tuolloin etsiä tutkimustehtävää kuvailevia ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, Aineistolähtöinen sisällönanalyysi-luku, ensimmäinen ja toinen kappale)

Seuraavaksi aineisto ryhmitellään, jolloin aineistosta esiin nousseet alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Käsitteet, jotka kuvaavat samaa ilmiötä ryhmitellään ja yhdistellään omiksi luokikseen, joiden avulla muodostuvat alaluokat. Luokittelun avulla aineistoa saadaan tiivistettyä, koska yksittäiset tekijät yhdistyvät yleisimpiin käsitteisiin. Luokitteluyksikkö voi olla tutkittavan asian tai ilmiön ominaisuus tai piirre. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, Aineistolähtöinen sisällönanalyysi-luku, kolmas kappale)

Käsitteellistäminen seuraa aineiston ryhmittelyn jälkeen ja tuolloin pyritään erottamaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostaan valikoitujen tietojen perusteella

teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä käsitteitä. Tulkintaan ja päättelyyn perustuvassa sisällönanalyysissä, edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkimuksen sisällöstä ja käsitteellistäminen on osa prosessia, jossa tutkija kokoaa muodostamiensa käsitteiden avulla oman kuvauksensa tutkimuksen kohteesta (Tuomi & Sarajarvi, 2018, Aineistolähtöinen sisällönanalyysi-luku, viides kappale).

Taulukko 1 Analyysirungon pääluokat (esimerkki saattohoidon ja osaamisen kehittämisen muodostumisesta)

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
Kokisin tarvitsevani koulutusta/opetusta esimerkiksi saattohoitopotilaan lääkehoidosta, saattohoidon eri vaiheista ja omaisten ohjaamisesta/tukemisesta.	Koulutusta saattohoitopotilaan lääkehoidosta, saattohoidon erivaiheet, omaisten ohjauksesta ja tukemisesta	Lääkehoito Saattohoidon prosessi Omaisten kohtaaminen	Lääkehoito Hoitotyö Omais	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Potilaan lääkitys, Omaisten kohtaaminen, Milloin hoitajana esitän saattohoidon aloittamista ja miten lääkäri suhtautuu ajatukseen. Eli yhteistyö eri toimijoiden välillä	Omaisten tukeminen Lääkehoito Saattohoidon prosessi Yhteistyö lääkärit, hoitajat yms	Lääkehoito Saattohoidon prosessi Omaisten kohtaaminen moniammatillinen yhteistyö	Lääkehoito Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Millaisilla kriteereillä voisi lääkäreille jo alkaa ehdottamaan saattohoitoon siirtymistä, saattohoidon polku on epäselvä, ihan perushoidossa huomioitavat asiat.	Milloin saattohoitoon, Saattohoitopotilaan perushoidosta huolehtiminen	Saattohoito päätös Prosessi Perushoito	Saattohoitoprosessi Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
saattohoito ei kuulu toimenkuvaani	Saattohoito koulutusta tarvitaan	Koulutus Ammattitaito	Ammattitaito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Nesteytys, riittävän kivunhoidon toteutus, kommunikointi omaisten kanssa.	Nesteytys, päätöksen teko Kivunhoidon osaaminen Yhteistyö omaisten kanssa	Nestehoito Saattohoidon päätökset Kivunhoito Omaisten tukeminen	Hoitotyö Lääkehoito Omais	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Vaikeinta saattohoidossa on päätös sen aloituksesta ja tästä pitäisi olla selvemmat linjat ja käytännöt olemassa.	Saattohoito päätökset ja prosessi	Saattohoito päätös Prosessi	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

saattohoitoa tulisi kehittää moniammatillisesti, lääkäreille ja hoitajille yhtenäiset ohjeet esim. kivunhoidosta, nestehoidon lopettamisesta jne. Saattohoitopäätöksen tekeminen tuntuu välillä viivästyvän.	Moniammatillinen yhteistyö Kirjalliset ohjeet Nestehoito Saattohoitopäätöksen tekeminen ajoissa	Nestehoito, moniammatillinen yhteistyö, saattohoitopäätös	Lääkehoito Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Pitäisi tunnistaa aiemmin saattohoidosta hyötyvät potilaat ja kun päätös on tehty niin kaikki hoito tulisi toteuttaa oikeaoppisen saattohoidon tapojen mukaisesti.	Potilaiden tunnistaminen Saattohoidon aloittaminen ja toteuttaminen	Saattohoito päätös Saattohoidon osaaminen	Saattohoitoprosessi Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

4.6 Ristiintaulukointi

Ristiintaulukoinnin avulla tutkitaan muuttujien jakautumista ja näiden muuttujien välisiä riippuvuuksia. Ristiintaulukoinnissa tarkastelun kohteena on ehdolliset jakaumat, eli Tietoarkiston mukaan ”mielenkiinnon kohteena olevan selitettävän muuttujan jakaumaa tarkastellaan selittävän muuttujan eri luokissa”. (Tietoarkisto, n.d, ristiintaulukointi)

Ristiintaulukoinnin avulla pystytään riippuvuuden arviointiin luokitteluasteikkoja käytettäessä (Tilastokeskus, n.d, johdatus tilastotieteeseen). Selitettävän muuttujan arvojen jakautuessa harvoin tasan selitettävän muuttujan luokkiin, on selkeyden takia tarpeellista käyttää suhteellista jakaumaa, eli prosenttiosuuksien laskemista (Tietoarkisto, n.d, ristiintaulukointi). Mikäli tarkoituksena on saada tarkemmin tietoa, oliko vastaaja ryhmien välillä todellisia eroja vai oliko kyseessä vain sattuma, voidaan asiaa tutkia lisää ristiintaulukoinnin perusteella Khiin neliötestin avulla (Metsämuuronen, 2006, ss. 345–347).

Kyselyn lopussa ollutta kahdeksaa väittämää ja niiden vastauksia, opinnäytetyöntekijä analysoi ristiintaulukoinnin avulla Excelissä.

5 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön kysymyksiin haettiin vastauksia kyselylomakkeen avulla. Vastauksia kyselyyn saatiin määräaikaan mennessä 44 kappaletta. Vastaajia olivat sairaanhoitajat (n=31), perus- ja lähihoitajat (n=5) sekä lääkärit (n=8). Vastaajista 41 % (n=18) oli työkokemusta yli 15

vuotta, 18 % (n=8) 10–15 vuotta, 11 % (n=5) 5–10 vuotta, 25 % (n=11) 1-5 vuotta ja 5 % (n=2) oli työkokemusta kertynyt alle yksi vuosi (Taulukko 2). Tulosten valossa osastolla työskentelee paljon kokemusta omaavia henkilöitä, mutta myös paljon työuransa alussa olevia hoitajia ja lääkäreitä.

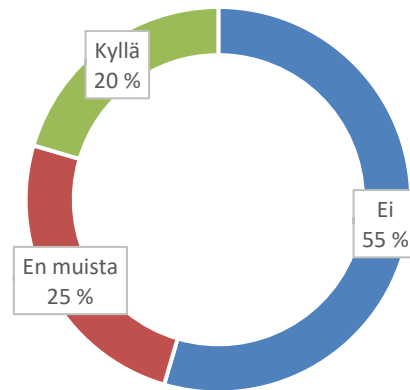
Taulukko 2 Vastaajien taustatiedot

Taustatiedot	n
Ammatti	
Lääkäri	8
Perus - / Lähihoitaja	5
Sairaanhoidaja	31
Työkokemuksesi	
alle 1 vuotta	2
1–5 vuotta	11
5–10 vuotta	5
10–15 vuotta	8
yli 15 vuotta	18

5.1 Saattohoidon opetus ja koulutus

Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon opetuksesta kysyttäessä, vastaajista 20 % (n=9) kertoi opiskelleensa saattohoitoa omana kurssinaan, kun taas 55 % vastaajista (n=24) ei ollut saanut erillistä saattohoito-opetusta opiskelujensa aikana. Vastaajista 25 % (n=11) ei muistanut, olivatko kyseistä opetusta saaneet laisinkaan (Kuva 2) Vastaajista 57 % (n=25) kertoi saattohoidon ja palliatiivisen hoidon opetuksen liittyneen johonkin toiseen opintojaksoon, mutta 16 % (n=7) ei muistanut opetusta tässäkään yhteydessä saaneensa.

Kuva 2 Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon opetuksen sisältyminen peruskoulutukseen.



Kysyttäessä antoiko peruskoulutus riittävät tiedot ja taidot saattohoitopotilaiden hoitoon 91 % (n=40) koki, ettei peruskoulutus antanut riittävää osaamista ja ainoastaan kahden vastaajan mielestä opetusta on ollut saatavilla tarpeeksi. Työntajan tarjoamasta koulutuksesta ja henkilökunnan kouluttautumisesta kysyttäessä, vastaajista kuusi oli saanut saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyvää koulutusta nykyisen työnantajan järjestämänä ja vastaajista seitsemän jonkin toisen työnantajan alaisena työskennellessään. Omalla kustannuksella oli saattohoitokoulutusta hankkinut vastaajista kuusi ja heidän joukossaan oli niin hoitajia kuin lääkäreitä.

5.1.1 Saattohoidon osaaminen

Vastaajista 73 % (n=32) koki etteivät omaa hyviä taitoja saattohoidon toteuttamiseen. Kysyttäessä, millaista koulutusta nämä henkilöt kokisivat tarvitsevansa, nousi esiin useita saman sisältöisiä vastauksia ammattiryhmästä riippumatta. Saattohoito potilaiden kivunhoito, PCA-pumpun (Patient controlled analgesia) käyttö ja muu lääkehoidon osaaminen nousivat isoimpana ryhmänä 39 % (n=17) vastauksista, joista muutamia esimerkkejä alla.

” Käytännön ohjeistusta lääkehoidon toteutuksesta oirekohtaisella tasolla”

” Ihan yleisiä asioita, kipulääkitys ja muu lääkehoito, mahd. kipupumpun aloitus. Kirjalliset ohjeet jotenkin järkevästi ja helposti saataville”

Tämän lisäksi nestehoidosta, saattohoidosta kokonaisuutena sisältäen perushoidon ja vainajan laittamiseen liittyvät asiat, saattohoitopäätöksen teosta ja omaisten kohtaamisesta toivottiin lisää koulutusta. Myös erilaisia kirjallisia käytännön ohjeita, niin PCA-pumpun käytöstä, lääkehoidosta, hoidon linjauksista ja saattohoito potilaan hoitopolkua toivottiin.

” Kokisin tarvitsevani koulutusta/opetusta esimerkiksi saattohoitopotilaan lääkehoidosta, saattohoidon eri vaiheista ja omaisten ohjaamisesta/tukemisesta.”

” Millaisilla kriteereillä voisi lääkäreille jo alkaa ehdottamaan saattohoitoon siirtymistä, saattohoidon polku on epäselvä, ihan perushoidossa huomioitavat asiat.”

” Saattohoitopotilaan tunnistaminen, oikea-aikaiset päätökset, hoidosta pidättäytyminen, kun sillä ei enää mitään hyvää saavutettavissa”

Vastauksissa kaivattiin hyvinkin selkeitä asioita ja ohjeita ammattikunnasta riippumatta, mutta yhden vastaajan vastaus ” saattohoito ei kuulu toimenkuvaani” erosi tästä linjasta täysin.

5.1.2 Ammatilliset vahvuudet

Vastaajien arvioidessa omia ammatillisia vahvuuksiaan saattohoitotyössä nousivat empaattisuus, rauhallisuus ja kuuntelemisen taito sekä potilaan kohtaaminen useissa vastauksissa esiin. Työelämän tuomaa kokemusta ja hiljaista tietoa tuotiin myös esiin monien vastaajien toimesta eri ammattiryhmistä sekä hyvää perushoidon osaamista.

” Hyvät tiedot ja taidot. Kokemuksen tuoma varmuus. Rauhallinen työskentelytapa.”

” Rauhallisuus, ajan antaminen, kuunteleminen, kipulääkkeen tarjoaminen usein”

” Vuosien kokemusten myötä tullut jonkin verran hiljaista tietoa.”

Vastauksissa tuotiin esille, kuinka jonkinlaista perustason osaamista saattohoidon toteuttamiseksi löytyy, mutta osaaminen kaipaisi päivittämistä ja sitä koetaan tarvittavan lisää. Kivunhoidon ja lääkehoidon osaamista korostettiin myös useammassa vastauksessa.

Muutamien vastaajien vastaukset nousivat esiin muiden vastausten joukosta.

” Osaan mielestäni tunnistaa saattohoitoon siirtymisen tarpeen ajoissa. Palliatiiviset konsultit ovat uran aikana olleet myös hyvänä tukena ja heiltä olen paljon oppinut, vaikkei mitään oikeaa koulutusta aiheesta olekaan työnantaja järjestänyt.”

”Ei kiinnostusta, ei taitoa”

” En koe olevani oikea ammattihenkilö saattohoidon toteuttamiseen.”

5.1.3 Ammatilliset kehittämistarpeet

Ammatillisissa kehittämistarpeissa vastaajat nostivat esiin paljon samoja asioita kuin asioissa, joihin vastaajat kokevat tarvitsevansa koulutusta lisää. Lääkehoito ja kivunhoito, omaisten kohtaaminen ja tietojen päivittäminen saattohoidosta koettiin useassa vastauksessa tärkeäksi. Useassa vastauksessa tuotiin jälleen esiin myös työkokemuksen mukana tuomaa osaamista ja taitoja. Yhden vastaajan mukaan kirurgian osastolla ei vastaajan kokemusten mukaan ole saattohoitopotilaita, tai ainakaan niitä potilaita ei selkeästi sellaiseksi ole luokiteltu.

5.2 Saattohoidon kehittäminen osastolla

Kysyttäessä saattohoidon kehittämisestä osastolla, esiin nousi useasta vastauksesta saattohoitopäätöksen tekeminen. Vastausten perusteella päätöksen tekeminen usein viivästyy, koska saattohoitoa kaipaavia potilaita ei tunnisteta ajoissa.

” Osastolla ei ole oikeanlaista saattohoitoa, potilaita hoidetaan "liian" tehokkaasti vaikka palliatiivinen päätös tehty tai sitten palliatiivista päätöstä ei saada tehdyksi, vaikka potilaan tila sen "vaatisi"! ”

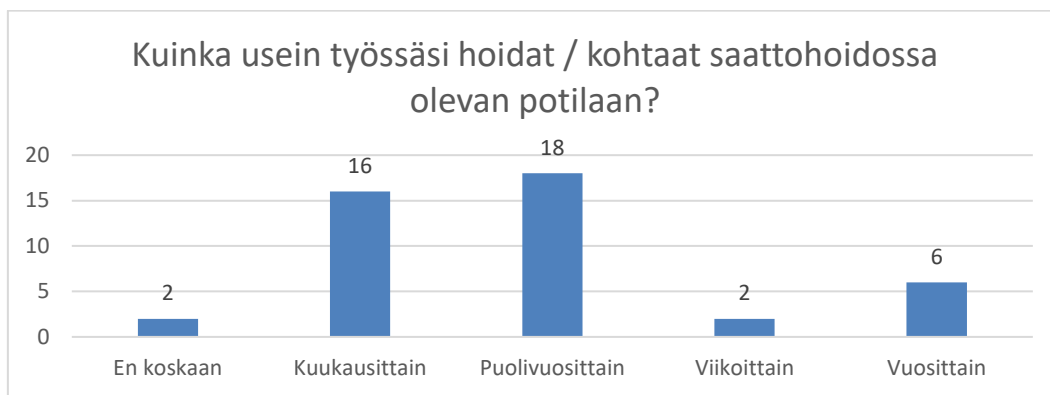
Moniammatillisen yhteistyön lisäämistä ja selkeitä ohjeita saattohoitopäätöksen tekoon ja saattohoidon toteutukseen useissa vastauksissa toivottiin; niiden avulla saataisiin saattohoitopotilaan hoitoketjua ja päätöksen tekoa sujuvoitettua. Palliatiivisen lääkärin osallistumista hoitoon korostettiin useissa vastauksissa. Vastauksissa nousi myös esiin isoja eroja kokemuksista saattohoidosta osastolla. Yleisesti toivottiin avointa keskustelua eri ammattiryhmien välillä, yhteistyötä ja koulutusta saattohoidosta koko henkilökunnalle.

Yksittäisinä asioina toivottiin rauhallista tilaa, missä asioista olisi potilaan ja omaisen kanssa rauhallista keskustella, sekä selkeitä hoitolinjauksia.

5.2.1 Saattohoito kirurgian osastolla

Lähes kaikki vastaajat (n=42), kertoivat hoitavansa tai kohtaavansa saattohoidossa olevia potilaita kirurgian osastolla. Iso osa vastaajista (n=34) kertoi hoitavansa tai kohtaavansa saattohoitopotilaita kuukausittain (n=16) tai puolivuositain (n=18) (Kuva 3).

Kuva 3 Kuinka usein työssäsi hoidat/kohtaat saattohoidossa olevan potilaan?

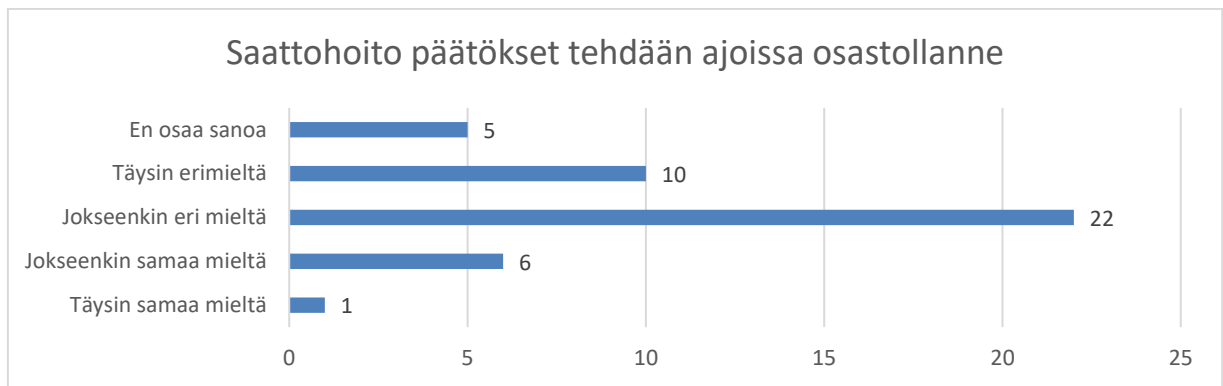


Kaikkien (n=44) vastaajien mukaan kirurgian osastolla tehdään elvyttämättäjäättämis- eli DNR-päätöksiä ja vastaajista 82 % (n=36) kertoi osastolla tehtävän saattohoitopäätöksiä. 22 % (n=10) vastaajista olivat täysin eri mieltä siitä, että saattohoitopäätöksiä tehdään osastolla ajoissa ja 50 % (n=22) vastaajista oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Ainoastaan yksi vastaaja (2 %) on täysin samaa mieltä siitä, että saattohoitopäätökset tehdään osastolla ajoissa (Kuva 4 Vastaajat, jotka näkivät saattohoito päätösten viivästyvän osastolla, edustivat kaikkia vastaaja ryhmiä, joten ongelma tiedostetaan niin lääkäreiden kuin hoitajienkin keskuudessa).

Kuva 4 Saattohoito päätökset tehdään ajoissa osastollanne.

). Vastaajat, jotka näkivät saattohoito päätösten viivästyvän osastolla, edustivat kaikkia vastaaja ryhmiä, joten ongelma tiedostetaan niin lääkäreiden kuin hoitajienkin keskuudessa.

Kuva 4 Saattohoito päätökset tehdään ajoissa osastollanne.



Väitteen vastauksille **Virhe. Viitteen lähde ei löytynyt.** (Kuva 4) tehtiin ristiintaulukointi Khiin-neliötestin suorittamiseksi. Tarkoituksena oli selvittää eroa eri ammattiryhmien ja heidän vastaustensa välillä. Khiin-neliötestin suorittamiseksi on luokkia yhdistetty, täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä muodostavat uuden luokan samaa mieltä sekä täysin erimieltä ja jokseenkin samaa mieltä luokan erimieltä. En osaa sanoa - luokka poistettiin tässä vaiheessa kokonaan. (Taulukko 3)

Taulukko 3 Ajoissa tehtävän saattohoito päätöksen samanmielisyyss ammattiryhmien välillä.

	Samaa mieltä	Eri mieltä	yhteensä
Hoitaja	2	29	31
Lääkäri	5	3	9
yhteensä	7	32	39

$\chi^2 = 10,54$; vapausaste. = 1; $p=0,000293$

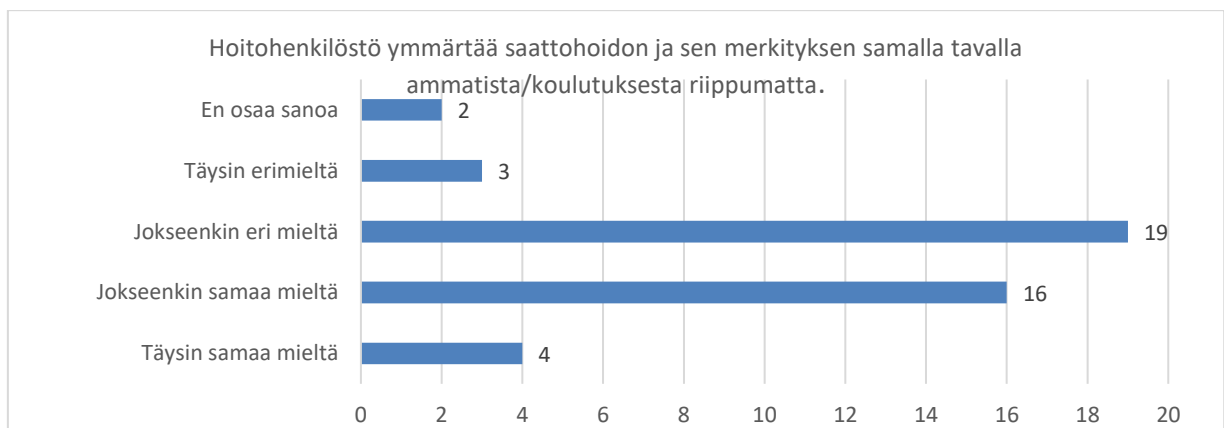
Khiin-neliötestin mukaan $p = 0,000293$ ja on näin ollen tilastollisesti merkitsevä (Taulukko 3). Tuloksen mukaan hoitajat kokevat, useammin kuin lääkärit, että saattohoitopäätöksiä ei osastolla tehdä riittävän ajoissa.

Väitteen ”Ymmärtääkö hoitohenkilöstö saattohoidon ja sen merkityksen samalla tavalla ammatista tai koulutuksesta riippumatta” vastauksissa oli runsaasti hajontaa. 7 % ($n=3$) vastaajista oli täysin erimieltä väittämän kanssa, eli kokivat eri ammattiryhmien ymmärtävän

saattohoidon ja sen merkityksen eri tavalla. 43 % (n=19) vastaajista oli jokseenkin eri mieltä, 36 % (n=16) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa ja 9 % (n=4) täysin samaa mieltä. Vastaajista 5 % (n=2) ei osannut vastata väittämään (

Kuva 5).

Kuva 5 Hoitohenkilöstö ymmärtää saattohoidon ja sen merkityksen samalla tavalla ammatista/koulutuksesta riippumatta.



Väitteen vastauksille tehtiin ristiintaulukointi (Taulukko 4) selvittämään eroa eri ammattiryhmien ja heidän vastaustensa välillä. Vaikka lääkäreitä (n=8) vastaajina olikin pienempi määrä kuin hoitajia (n=36), voidaan taulukosta nähdä eroja näkemyksissä ammattiryhmittäin. Taulukosta voidaan nähdä, että suuri osa hoitajista (42 %) ja lääkäreistä (75 %) olivat jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.

Taulukko 4 Saattohoidon ymmärtäminen samalla tavalla eri ammattiryhmien välillä.

	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki yhteensä
Täysin samaa mieltä	0 (0%)	4 (11%)	4 (9%)
Jokseenkin samaa mieltä	1 (12,5%)	15 (42%)	16 (36%)
Jokseenkin eri mieltä	6 (75%)	13 (36%)	19 (43%)
Täysin erimieltä	1 (12,5%)	2 (5,5%)	3 (7%)
En osaa sanoa	0 (0%)	2 (5,5%)	2 (5%)

Khiin neliötestin suorittamiseksi luokkia yhdistettiin, täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä muodostavat uuden luokan samaa mieltä sekä täysin erimieltä ja jokseenkin

samaa mieltä luokan erimieltä. En osaa sanoa - luokka poistettiin tässä vaiheessa kokonaan (Taulukko 5)

Taulukko 5 Ymmärtääkö hoitohenkilökunta saattohoidon samalla tavalla ammatista/koulutuksesta riippumatta.

	Samaa mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Lääkärit	1	7	8
Hoitajat	19	15	34
Yhteensä	20	22	42
$\chi^2 = 4,89$; vapausaste. = 1; $p=0,02707$			

Khiin neliötestin mukaan $p = 0,02707$ ja on näin ollen tilastollisesti merkitsevä (Taulukko 5). Lääkäreiden ja hoitajien mielipiteissä on eroa ja vastaajat kokevat, ettei hoitohenkilöstö ymmärrä saattohoitoa ja sen merkitystä samalla tavalla ammatista/koulutuksesta riippumatta.

Lääkäriliiton (2021, ss. 204–205) hoitopäätöksiä tehtäessä lääkärien tulee huomioida potilaan odotukset ja omaisten vaatimukset. Potilaan ja omaisten toiveita ja osallistumista saattohoitopäätöksen tekoon tarkastelin kahden väittämän avulla ” Potilasta ja omaisia kuunnellaan saattohoito päätöstä tehdessä” sekä ” Potilaan toiveita kunnioitetaan saattohoito päätöstä tehdessä”. Muuttujista luotiin uudet kolmiluokkaiset muuttujat, joista täysin samaa mieltä sekä jokseenkin samaa mieltä muodostavat yhden luokan, jokseenkin eri mieltä sekä täysin erimieltä toisen luokan ja en osaa sanoa oman luokkansa. Taulukko 6 näkyy vastausten jakautuminen aineistossa.

Taulukko 6 Potilaiden ja omaisten osallistuminen päätöksen tekoon

	Potilasta ja omaisia kuunnellaan saattohoito päätöstä tehdessä.		Potilaan toiveita kunnioitetaan saattohoito päätöstä tehdessä.	
	n	%	n	%
Täysin samaa mieltä	6	14 %	9	20 %
Jokseenkin samaa mieltä	23	52 %	20	45 %
Jokseenkin eri mieltä	9	20 %	9	20 %
Täysin erimieltä	6	14 %	1	3
En osaa sanoa	0	0 %	5	12
Yhteensä	44	100 %	44	100 %

Enemmistö vastaajista 66 % (n=29) kokee, että potilaita ja omaisia kuunnellaan saattohoitopäätöstä tehtäessä ja Potilaan toiveita päätöksen teossa kokee kunnioitettavan 65 % (n=29) vastaajista, 23 % (n=10) taas on sitä mieltä, että näin ei ole. Enemmistö vastaajista siis kokee, että potilaan toiveita kunnioitetaan ja häntä sekä hänen omaisiaan kuunnellaan päätöksen teossa, mutta kuitenkin lähes kolmas osa vastaajista kokee, ettei potilasta ja omaisia kuunnella päätöksiä tehtäessä.

Saattohoidon osaamiseen osastolla ja laatuun liittyvään väittämään 45 % (n=20) vastaajista olivat jokseenkin eri mieltä ja 36 % (n=16) jokseenkin samaa mieltä. Täysin erimieltä väittämän kanssa oli 7 % (n=3) vastaajista ja täysin samaa mieltä 5 % (n=2). Vastaajista 7 % (n=3) ei osannut sanoa saavatko potilaat osastolla osaavaa ja laadukasta saattohoitoa (

Kuva 6). Saattohoidon osaamista siis koetaan osastolla olevan, mutta enemmistön mielestä kehitettävää kuitenkin olemassa. Saattohoidon osaamisen ja laadun väittämistä jokseenkin erimieltä olevien vastaajien joukossa oli edustettuna sekä lääkäreitä että hoitajia, mutta täysin erimieltä olevia olivat ainoastaan hoitajat.

Kuva 6 Potilaat saavat osastollanne osaavaa ja laadukasta saattohoitoa



Khiin neliötestin suorittamiseksi on luokkia yhdistettyiin, täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä muodostavat uuden luokan samaa mieltä sekä täysin erimieltä ja jokseenkin samaa mieltä luokan erimieltä. En osaa luokka poistettiin tässä vaiheessa kokonaan (Taulukko 7)

Taulukko 7 Saavatko potilaan osastolla osaavaa ja laadukasta saattohoitoa eri ammattiryhmien näkökulmasta

	Samaa mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Hoitajat	14	19	33
Lääkärit	4	4	8
Yhteensä	18	23	41
$\chi^2 = 0,4777$ Vapausaste. = 1 $p = 0,308767$			

Khiin neliötestin mukaan $p = 0,308767$ ja ei ole tilastollisesti merkitsevää (Taulukko 7).

Ammattiryhmien näkemyksissä ei näin ollen ole merkittävää eroavaisuutta kokemuksessa siitä, saavatko potilaat osaavaa ja laadukasta saattohoitoa.

Kivunhoito koettiin vastausten perusteella kehittämistä ja koulutusta kaipaavaksi saattohoidon osa-alueeksi. Kuten saattohoidon osaamiseen liittyvissä väittämässä, myös potilaiden kivun ja muiden fyysisten vaivojen arvioinnissa vastaajien vastaukset jakautuivat

melko tasan; 41 % (n=18) vastaajista olivat jokseenkin samaa mieltä ja 41 % (n=18) olivat jokseenkin erimieltä väittämän kanssa. 11 % (n=5) vastaajista olivat täysin samaa mieltä ja 2 % (n=1) täysin erimieltä (Taulukko 8). Vastaajista kaksi ei osannut sanoa, joutuvatko potilaat kärsimään vai eivät. Tuloksia tarkastellessa, ei mitään selittävää tekijää vastausten erolle löydetty verratessa ammattiryhmää ja työkokemusta saatuihin vastauksiin. Laskennallisesti kuitenkin voidaan sanoa, että pienen enemmistön kokemuksen mukaan potilaat eivät joutuisi kivusta tai muista oireista kärsimään ollessaan saattohoidossa kirurgian osastolla.

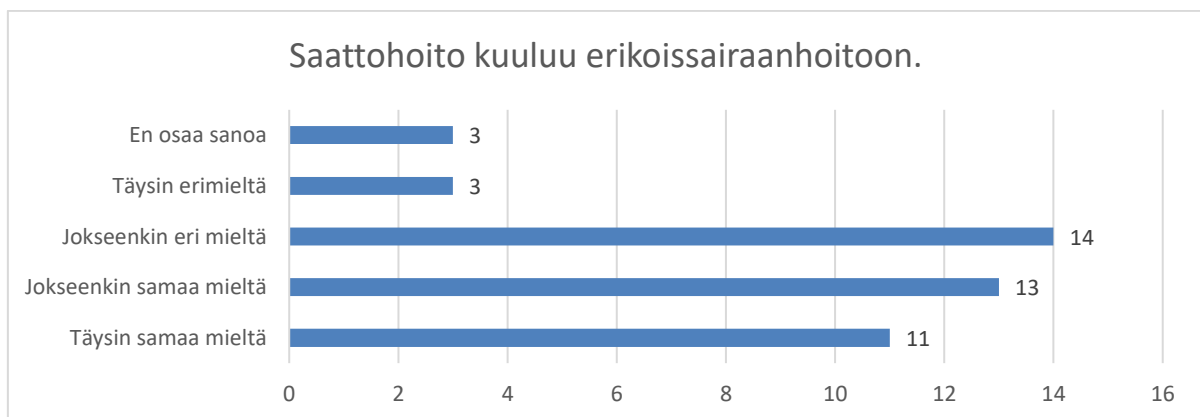
Taulukko 8 Potilaat eivät joudu kärsimään kivusta tai muista fyysisistä vaivoista ollessaan saattohoidossa osastollanne.

Täysin samaa mieltä	5
Jokseenkin samaa mieltä	18
Jokseenkin eri mieltä	18
Täysin erimieltä	1
En osaa sanoa	2

Näkemyksestä saattohoidon roolista kirurgian osastolla, enemmistö vastaajista kokee, ettei saattohoito ja kuolema ole epäonnistumista, vaan osa ihmisen elämää. 39 % (n=17) on täysin samaa mieltä ja 43 % (n=19) jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa.

Erikoissairaanhoidon kuuluvana hoitotyön osa-alueena saattohoidon näkee (Taulukko 7) 25 % (n= 11) vastaajista. Vastaajat, joiden mielestä saattohoito ei kuulu erikoissairaanhoidon, edustivat kaikkia ammattiryhmiä.

Kuva 7 Saattohoito kuuluu erikoissairaanhoidon



Väitteen vastauksille tehtiin ristiintaulukointi Khiin-neliötestin suorittamiseksi. Tarkoituksena selvittää eroa eri ammattiryhmien ja heidän vastaustensa välillä. Khiin neliötestin

suorittamiseksi on luokkia yhdistetty, täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä muodostavat uuden luokan samaa mieltä sekä täysin erimieltä ja jokseenkin samaa mieltä luokan erimieltä. En osaa sanoa - luokka poistettiin tässä vaiheessa kokonaan (Taulukko 9).

Taulukko 9 Onko ammattiryhmien vastauksissa eroa kysyttäessä, kuuluuko saattohoito erikoissairaanhoidon?

	Samaa mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Hoitajat	19	14	33
Lääkärit	5	3	8
Yhteensä	24	17	41
$\chi^2 = 0,0658$; vapausaste. = 1; $p=0,79978$			

Khiin neliötestin mukaan $p= 0,79978$ ja ei ole tilastollisesti merkitsevä (Taulukko 9).

Ammattiryhmien välillä ei näin ollen ole merkittävää eroa kysyttäessä kuuluuko saattohoito erikoissairaanhoidon.

5.2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö nousi saattohoidon kehittämisestä kysyttäessä tärkeäksi kehittämisen kohteeksi. Vastajista 82 % (n=36) koki, että osastolla tehdään moniammatillista yhteistyötä saattohoitopotilaiden hyväksi. Vastauksissa yhteistyötä kerrottiin tehtävän osaston henkilökunnan, sairaalapastorin, kipuhoitajan, palliatiivisen osaston, palliatiivisen erikoislääkärin ja anestesia- ja lääkäriiden kanssa. Oikea-aikainen yhteydenotto palliatiiviseen erikoislääkəriin tai potilaan siirto palliatiiviseen yksikköön ajoissa nousi esiin muutamissa vastauksista.

” Lähinnä lääkärin ja hoitajien keskustelun perusteella. Tähän toivoisi enemmän yhteneviä käytäntöjä ja ohjenuoria.”

” Pääasiassa anestesia- ja lääkäriiden. Harvemmin konsultoidaan palliatiivista yksikköä, vaikka se lie oikea paikka olisikin”

5.3 Kokevatko lääkärit ja hoitohenkilökunta saaneensa saattohoidon opetusta tai koulutusta riittävästi?

Ammattiryhmästä riippumatta, lähes kaikki kyselyyn vastanneista kokivat saaneensa koulutusta saattohoidosta liian vähän, niin ammattiinsa opiskellessaan kuin työelämässäänkin. 91 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei ammatillinen peruskoulutus antanut riittävää osaamista saattohoitopotilaiden hoitoon ja tämä on myös tutkimuksien mukaan tunnistettu ongelma. Al Qadire (2014), Choi ym. (2012) ja Ramjan (2010) ovat kaikki omissa tutkimuksissaan todenneet, että riittämätön osaaminen ja tietotaito ovat yksi suurimmista ongelmista, jotta potilaille voitaisiin tuottaa laadukasta palliatiivista hoitoa. Lisäksi väestön ikääntyminen tulee tuottamaan aina vain suuremman tarpeen osaavalle palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle.

Opinnäytetyön tulokset ovat pitkälti samassa linjassa STM (2019) tekemästä ”Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa”-raportin tulosten kanssa. Kirurgian osastolla työskentelevien osaaminen saattohoidon sekä kivunhoidon osalta on vaihtelevaa. Osaamista elämän loppuvaiheen tunnistamiseen kaivataan. Koulutuksen puutteesta tai tarpeesta kertoo myös 73 % (n=32) vastaajan kokemus siitä, etteivät he omaa hyviä taitoja saattohoidon toteuttamiseksi. Vastaajien joukossa oli niin hoitajia kuin lääkäreitäkin, joten lisäkoulutusta kaivattaisiin ammattiryhmästä riippumatta. 27 % (n=12) vastaajista, jotka kokivat omaavansa hyvät taidot saattohoidon toteuttamiseen, olivat kahta vastaajaa lukuun ottamatta pitkän työuran tehneitä ammattilaisia (10–15 vuotta tai yli 15 vuotta). Nämä kaksi vastaajaa, joilla työuraa on takana 1–5 vuotta, olivat molemmat kouluttautuneet omalla ajallaan. Työkokemuksen ja kouluttautumisen merkitys on siis suoraan nähtävillä siinä, minkä vastaajat kokevat osaamisensa tason olevan.

Vastaajat kokivat, että perustason osaamista saattohoidon toteuttamiseksi löytyy, mutta osaamista pitäisi päivittää ja sitä tulisi saada lisää. Tutkimuksen tulosten perusteella iso osa kirurgian osastolla työskentelevistä lääkäreistä ja hoitajista eivät koe saaneensa riittävästi opetusta ja koulutusta saattohoidosta.

5.4 Miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kokevat saattohoidon toteutumisen?

Kirurgisella osastolla hoidetaan saattohoitopotilaita vastaajien mukaan epäsäännöllisen säännöllisesti ja vastaajien mukaan kirurgian osastolla tehdään saattohoito- ja elvyttämättä jättämispäätöksiä. Saattohoitopäätöksen tekeminen on kuitenkin ensimmäinen edellytys saattohoidon toteutumiselle. Vastausten perusteella potilaita ja omaisia kuunnellaan saattohoitopäätöksiä tehtäessä ja potilaiden toiveita kunnioitetaan. Tämä voidaan nähdä hyvänä asiana saattohoidon toteutumisen osalta, mutta ongelமாகি muodostuu itse saattohoitopäätöksen tekeminen. Enemmistön vastaajista kokee, että päätöksiä ei tehdä riittävän ajoissa (Taulukko 3). Näiden vastaajien joukossa oli kaikkien ammattiryhmien edustajia, mutta enemmistö hoitajia. Tuloksia tarkastellessa hoitajat kuitenkin kokevat, useammin kuin lääkärit, että saattohoitopäätökset tehdään osastolla liian myöhään.

Kysyttäessä ymmärtääkö hoitohenkilöstö saattohoidon ja sen merkityksen samalla tavalla ammatista tai koulutuksesta riippumatta, voitiin vastausten ja niiden analysoinnin perusteella vastata (Taulukko 5), että eroavaisuuksia löytyy hoitajien ja lääkäreiden vastauksia tarkasteltaessa. Lääkäreiden ja hoitajien mielipiteissä on eroa ja vastaajat kokevat, ettei hoitohenkilöstö ymmärrä saattohoitoa ja sen merkitystä samalla tavalla ammatista/koulutuksesta riippumatta. Tämän voidaan nähdä vaikuttavan saattohoito päätösten tekoon ja saattohoidon toteutumiseen osastolla. Vastanneista 50 % (n=22) on täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa, jolloin voidaan päätellä, että lääkäreiden ja hoitajien ajatusmaailmassa ja ymmärryksessä saattohoidosta ja sen merkityksestä koetaan olevan eroja vastaajien keskuudessa.

Vastauksista nousi selkeästi esiin se, että saattohoitoa ja kuolemaa ei nähdä kirurgian osastolla epäonnistumisena, vaan osana ihmisen elämää. Toki muutaman vastaajan päinvastainen kokemus asiasta saa heräämään kysymyksen, miksi he kokevat näin; vaikuttavatko vastaajiin omat huonot kokemukset saattohoitoon liittyen.

Vastaajien vastauksissa omista vahvuuksistaan nousivat esiin empaattisuus, rauhallisuus, kuuntelemisen taito ja potilaan kohtaamisen taito. Nämä kaikki ovat tärkeitä tekijöitä

saattohoitoa toteuttaessa, työelämän tuoman kokemuksen ja perushoidon lisäksi. Osastolla työskentelee vastausten perusteella paljon pitkän työuran tehneitä ammattilaisia (41 % (n=18) yli 15 vuotta, 18 % (n=8) 10–15 vuotta), jonka ansiosta työkokemusta on paljon ja tutkimuksen valossa myös sen mukanaan tuomaa osaamista olisi myös olemassa.

Saattohoidon toteutuksessa potilaan oireen mukainen hoito on tärkeää. Vastaajista pienen enemmistön (n=23) kokemuksen mukaan potilaat eivät joutuisi kärsimään kivusta tai muista oireista saattohoidossa kirurgian osastolla. Ei voida kuitenkaan jättää huomioimatta, että vain muutama vastaaja vähemmän (n=19) oli sitä mieltä, että potilaiden saama kivun ja muiden oireiden hoito kaipaisi kehittämistä.

Moniammatillista yhteistyötä vastauksien perusteella tehdään palliatiivisen lääkärin ja -osaston, sairaalapastorin ja eri ammattiryhmien välillä. Yhteistyön lisäämiselle nähtiin kuitenkin olevan myös tarvetta ja se voidaan nähdä yhtenä tärkeänä tekijänä saattohoidon toteutumiseksi.

Vastausten perusteella voidaan päätellä, että saattohoitoa pystytään osastolla toteuttamaan ja osaamistakin löytyy, jos saattohoito päätös saadaan aikaiseksi. Saattohoito päätöstä tehdessä kuunnellaan potilasta ja hänen toiveitaan. Lääkäreiden ja hoitajien erilaiset näkemykset saattohoidosta nousivat vastauksista esiin ja voivat vaikuttaa saattohoitoon osastolla. Lääkärit kokivat saattohoitopäätöksen tekemisen haastavaksi ja hoitajien mielestä päätöksiä tehdään liian myöhään. Moniammatillista yhteistyötä tehdään jo jonkin verran, mutta sitä pitäisi edelleen kehittää.

5.5 Miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kehittäisivät saattohoitoon liittyvää osaamistaan ja saattohoitoa?

Osaamisen kehittämiseksi vastaajat kaipasivat lisää koulutusta laaja-alaisesti saattohoidosta. Koulutusta kaivattiin lääkehoitoon, erityisesti kivunhoitoon ja nestehoitoon sekä omaisten kohtaamiseen. Lisäksi toivottiin koulutusta saattohoidosta kokonaisuutena, perushoidosta, vainajan laittamiseen liittyvistä asioista ja saattohoitopäätöksen teosta. Saattohoitoprosessi kokonaisuutena oli myös jäänyt usealle vastaajalle epäselväksi. Kirjallisia ohjeita toivottiin kipupumpun käytöstä, lääkehoidosta ja saattohoitopotilaan hoitopolusta. Monessa kohdassa

aiemmin esiin noussut työkokemus näkyi näissä vastauksissa tietojen päivittämisen tarpeena. Voidaan kuitenkin myös nähdä, että työkokemuksen tuomaa osaamista toivottiin jaettavaksi hiljaisena tietona eteenpäin. Hiljainen tieto pitäisi pystyä muuttamaan näkyväksi ja kaikille tarjolla olevaksi, jotta sillä saataisiin tehokkaasti osaamista kehitettyä.

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen nähtiin tärkeänä kehittämiskohteenä. Avoimen keskustelun ja yhteistyön lisääminen potilasta hoitavan henkilökunnan kesken sekä yhteisten koulutusten nähtiin olevan oikea tie hyvän saattohoidon aikaansaamiseksi.

Saattohoitopäätöksien tekemiseen kaivattiin koulutusta, mutta vastausten valossa saattohoito päätöksen teossa nähtiin muutenkin kehittämisen tarvetta, esimerkiksi selkeitä hoitolinjauksia kaivattiin. Vastauksissa toivottiin esimerkiksi ohjeita, milloin ottaa saattohoito puheeksi hoitavan lääkärin kanssa hoitajan toimesta. Myös rauhallista tilaa kaivattiin potilaan ja hänen omaistensa kanssa käytävälle keskustelulle, joka onneksi tulevaisuudessa tulee mahdolliseksi osaston peruskorjauksen myötä potilashuoneiden muuttuessa yhden hengen huoneiksi.

Saattohoidon toteuttamiseksi osastolla on osaamista, mutta enemmistö vastaajista kokee kehittämiskohteita vielä löytyvän. Kehittämistä kaipaavissa vastauksissa oli mukana kaikkien ammattiryhmien vastaajia, joten kehittämisen tarvetta koetaan ammattiryhmästä riippumatta. Tutkimuksen vastauksien mukaan saattohoidon ja sen osaamisen kehittämiseksi tarvittaisiin siis koulutusta monialaisesti saattohoidosta, moniammatillista yhteistyötä, avointa keskustelua ja erilaisia kirjallisia ohjeita esimerkiksi saattohoidon lääkehoidosta.

6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä tehtäessä tulee noudattaa tutkimusetiikkaa. Opinnäytetyön tekijä tai opinnäytetyö ei saa tuottaa vahinkoa kenellekään ja tekijä on aina vastuussa mahdollisista virheistä opinnäytetyössään tai tuottamansa tutkimustiedon oikeellisuudesta. On tärkeää muistaa, että tutkittavilla on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai kieltää aineiston käyttö tutkimuksessa. Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu, että käytetyt tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tutkimuksen tulokset julkaistaan avoimesti. Toisten aikaansaaman työn eli lähteiden kunnioittava ja

asiallinen käyttäminen sekä yleinen tarkkuus ja huolellisuus tutkimustyössä ovat myös olennainen osa. (Vilkka, 2007, ss. 92,101)

Opinnäytetyön tietoja käsiteltäessä nousevat käsitteet anonymiteetti ja luottamus keskeisiksi käsitteiksi ja tuloksia julkaistessa on tärkeää, ettei tutkittavien henkilöllisyys tule paljastumaan. Opinnäytetyön tekijän on tärkeää pohtia, miksi juuri tämän ilmiön tutkiminen on perusteltua ja saadaanko valituilla aineiston keruu menetelmillä se tieto mitä tavoitellaan. Opinnäytetyön kyselyn aineistoa analysoitaessa ja raporttia kirjoitettaessa, tulee tekijän raportoida tulokset rehellisesti ja mahdollisimman tarkasti, huomioiden kuitenkin vastaajien anonymiteetti. Analyysiprosessi tulee avata mahdollisimman tarkasti ja selvittää lukijalle, kuinka tulokset on saatu. Pelkästään tulosten esittely, ilman analyysin kuvausta ei ole riittävä ja lukijalle pitää antaa mahdollisuus tutkijan tekemän prosessin tarkasteluun. Kun tutkimusprosessi on kuvattu hyvin ja laajasti, mahdollistuu eettisten kysymysten arvioiminen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006, Hyvä tutkimuskäytäntö-luku)

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa kysyttiin pakollisina tietoina vastaajan ammatti ja työuran pituus. Vastaajilta kysyttiin myös, missä he ovat opiskelleet ja milloin, mutta tähän kysymykseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Yhden vastaajan mukaan tämä identifioi vastaajia liikaa. Koska kyseisellä kysymyksellä ja sen vastauksilla ei nähty opinnäytetyöntekijän mielestä olevan mitään merkitystä opinnäytetyön onnistumisen ja tulosten kannalta, päätettiin kysymys ja siitä saadut vastaukset jätettiin kokonaan huomioimatta tuloksia analysoitaessa.

Lähi- ja perushoitajia työskentelee osastolla huomattavasti vähemmän kuin sairaanhoitajia, joka vuoksi vastauksia analysoitaessa päädyttiin yhdistämään kaikkien hoitajien vastaukset ammattiryhmästä riippumatta samaan kategoriaan ja tämän avulla pyrittiin suojaamaan vastaajien identiteettiä entisestään. Lääkärivastaajia kyselyllä oli vain muutamia enemmän kuin lähi- ja perushoitajia, -yhteensä kahdeksan-, mutta kysely lähetettiin 47 lääkärille, joten yksittäisen lääkärin tunnistaminen vastausten perusteella todettiin mahdottomaksi, kun tietoja opiskelupaikasta tai vuosista ei opinnäytetyössä käsitellä lainkaan.

Reliabiliteetin avulla voidaan arvioida tulosten pysyvyyttä mittausten välillä. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan, kuinka hyvin tutkimus pystyy antamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia ja tutkimuksen reliabiliteettia olisi hyvä arvioida tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. (Vilka, 2007, ss. 149–150) Kyselyn avulla saatiin vastauksia esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja käsitys siitä, millainen osaamisen taso kirurgian osastolla saattohoidossa on. Vastaajista 70 % oli sairaanhoitajia ja tähän lisättynä lähi- ja perushoitajien vastaukset, voidaan todeta tutkimuksen vastauksien suurimmilta osin kertovan hoitajien osaamisesta. Lääkäreiden antamat vastaukset edustavat pientä osaa heistä, mutta vastaukset antavat hyvän kuvan ongelmista ja ajatuksista, joita lääkärit kohtaavat saattohoitopotilaita hoitaessaan ja kohdatessaan. Vastaajien määrän jäädessä 34 %:iin, tulee arvioida opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Vastauksissa voidaan kuitenkin nähdä paljon yhteneväisyyksiä ja samoja piirteitä ammattiryhmistä riippumatta. Verrattaessa saatuja tuloksia aiempiin tutkimuksiin, on löydettävissä paljon yhtenäisiä tekijöitä.

Kyselylomake (Liite 2), oli laadittu mahdollisimman lyhyeksi, sisältäen sekä laadullisia että määrällisiä kysymyksiä ja niin, että sen avulla oli mahdollista saada vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselylomake esitettiin Hämeen ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijoilla, joilta saadun palautteen mukaan sitä muokattiin ensimmäisen kerran. Lomakkeen toinen muokkaus tehtiin tutkimuslupahakemusvaiheessa, tutkimuskysymysten tarkentuessa. Jokainen vastaaja oli vastannut jokaiseen kysymykseen, mihin oli tarkoitus vastata ja tutkimuskysymyksiin oli mahdollista saada vastauksia lomakkeen vastausten avulla.

Tutkimuslupa haettiin tutkimukseen osallistuvalla organisaatiolta. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimussuunnitelmaa kirjoitettiin ja tarkennettiin yhteistyössä organisaation edustajien kanssa. Vastaajajoukkoa myös suurennettiin, kahden erillisen kirurgian osaston yhdistyessä yhdeksi kesken tutkimuslupaprosessia. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja tämä tuotiin esille tiedotteessa tutkimukseen osallistujalle (Liite 1). Opinnäytetyön kyselyaineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Aineiston analysointia tehtäessä oli tärkeää huomioida, etteivät opinnäytetyöntekijän omat ennakkokäsitykset tutkittavasta asiasta vaikuta tutkimusraportin lopulliseen sisältöön sekä

tutkimuksen tekijän kokemattomuus aineiston analyysistä. Analyysin tekoon varattiin kuitenkin paljon aikaa ja sen tekemisessä hyödynnettiin opinnäytetyön ohjaajien osaamista sekä asiantuntijuutta. Opinnäytetyöntekijän on tärkeää analysoida vastaukset ja kirjoittaa niistä rehellisesti. Kyselyn tuloksia, niin laadullisia kuin määrällisiä käytiin läpi useaan kertaan. Samojen asioiden ja teemojen noustessa esiin kyselyn vastauksissa ja teoreettisen viitekehyksen lähdemateriaalissa, sekä tutkimuskysymyksiin saatujen vastausten perusteella voidaan tutkimuksen tuloksia pitää luotettavina.

6.1 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi kokonaisuutena oli opettavainen prosessi. Alussa tehty teoreettinen viitekehyksen kirjoittaminen ja sen muuttaminen tutkimussuunnitelmaksi vaati paljon aikaa ja useita tapaamisia tutkimusluvan myöntämiseen vaikuttavien organisaation edustajien kanssa. Organisaatiomuutos vuoden vaihteessa 2020–2021 hidasti tutkimusluvan saamista omalta osaltaan, mutta toi opinnäytetyöntekijän ympärille organisaation edustajia, jotka yrittivät parhaansa mukaan auttaa tutkimusluvan saamiseen vaadittavien lomakkeiden täyttämässä, kuten tietosuojavaikutusten arviointi ja tutkimusrekisterin tietosuojaseloste, joita opinnäytetyöntutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa vaadittiin.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen kysely jaettiin sähköpostitse vastaajille ja aikaa vastaamiseen annettiin hieman yli kaksi viikkoa. Tällä aikajaksolle osui pääsiäinen, jonka vuoksi valtaosa vastaajista oli pitkällä vapailla ja tavallista enemmän poissa työpisteeltään. Kyselyyn vastaamisesta muistutettiin muutamaan otteeseen sähköpostin välityksellä. Kyselyn tulosten analysointia tehtiin hiljalleen, kysymys kerrallaan ja apua pohdintoihin saatiin niin ohjaavalta opettajalta, työelämäohjaajalta kuin opiskelutovereilta. Tulosten analysointi sujui jouhevasti, ilman suurempia ongelmia.

Opinnäytetyön tekijän saama kokemus koko opinnäytetyöprosessista on arvokasta tulevaisuuden työelämän tuomia haasteita ajatellen. Opinnäytetyön suunnitelman kirjoittaminen, tiedonhaku ja tutkimusluvan hakeminen ovat kaikki omia kokonaisuuksiaan, joita harvoin tavallisessa työelämässä pääsee tekemään. Kyselyn tulosten analysointi opetti Excel-ohjelman käyttöä ja pakotti pohtimaan vastauksia sekä niiden merkitystä useasta eri näkökulmasta. Laadullisen aineiston käsittely toi opinnäytetyön tekijälle uutta osaamista

teemoittelun ja sisällönanalyysin osalta. Vastauksien lukeminen ja analysointi toi vahvistusta jo tiedonhaussa esiin nousseista haasteista saattohoidossa. Tutkimuksellinen opinnäytetyö ja sen toteuttaminen antoivat osaamista, jota voidaan varmasti hyödyntää tulevaisuuden työelämässä toteutettaviin tutkimuksiin ja tutkimushankkeisiin, esimerkkeinä internetpohjaisen kyselyn tuottaminen ja vastausten raportoiminen sekä analysointi.

6.2 Työn hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tuloksia on mahdollisuus hyödyntää tulevaisuudessa. Tutkimuksen tuloksissa ilmi tullut koulutuksen tarve ja osaston sisäisen moniammatillisen yhteistyön lisääminen tuovat organisaation johdolle näkyväksi kehittämisen tarpeen, jotta osastolla olisi mahdollista toteuttaa saattohoitoa oikea-aikaisesti ja tehokkaasti. Olisi mielenkiintoista tulosten julkaisemisen jälkeen tuottaa sama kysely uudestaan esimerkiksi viiden vuoden päästä, nähdäksemme onko tutkimuksen esiin tuomiin ongelmiin kuten koulutuksen ja osaamisen puutteeseen saatu parannusta tai alkavatko erilaisten valtakunnallisten kehittämishankkeiden tulokset näkyä, jolloin alalle saataisiin jo koulutukseen integroituna saattohoidon opetusta kattavasti saaneita osaajia.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön aiheen valinta tapahtui jo opintoihin hakeutuessa ja perustui opinnäytetyöntekijän mielenkiintoon kehittää saattohoitoa ja sen koulutusta. Opintojen alkamisen jälkeen huomasin mieltäväni, tukeeko opinnäytetyö omaa oppimistani ja kehittymistäni tulevaisuutta ajatellen ja olisiko ollut kannattavampaa valita aihe, joka olisi helpommin yhdistettävissä tutkinnon osa-alueisiin. Halu selvittää saattohoidon osaamista ja tuoda sen todellinen tila esiin opinnäytetyön kautta oli kuitenkin suurempi ja terveydenhuollon kehittämisnäkökulma huomioiden työ saadaan liitettyä opintoihin hyvinkin tiiviisti.

Opinnäytetyön aloitusta hidasti paljon tutkimuksen kohteena olevan yksikön organisaatiomuutokset. Tämän vuoksi tutkimuslupahakemuksia jouduttiin laittamaan vireille useampaan kertaan. Jokainen tutkimuslupa hakemus viipyi kierroksellaan aina yhden kuukauden, jonka jälkeen tutkimussuunnitelmaa hiottiin saatujen ohjeiden mukaan. Covid-

19-pandemian mukanaan tuomat tapaamisrajoitukset toivat omat haasteensa opinnäytetyön tekemiseen; etäpalavereiden muodossa käytyihin keskusteluihin ja tutkimussuunnitelman hiomiseen. Työn toteuttamiseen varatusta ajasta lupien hakeminen vei lähes puoli vuotta ja tällä on ehdottomasti vaikutusta opinnäytetyön tekemiseen ja raportin tuottamiseen, vaikkakin kaikkien organisaation edustajien kanssa käydyt keskustelut antoivat paljon ideoita prosessin toteuttamiseen.

Saattohoitopotilaan kirurgian osastolla kohdanneita tai heitä hoitaneita oli vastaajista 95 % (=42). Heistä 41 % (n=18) kertoi olevansa tällaisessa tilanteessa puoli vuosittain ja 36 % (n=16) kuukausittain. Tulosten perusteella voidaan pohtia, voiko harvemmin saattohoitopotilaita hoitavalle henkilöstölle edes kertyä vankkaa osaamista saattohoidosta, jos tapauksia on vain puolivuositain tai vuosittain. Tämä mielestäni korostaa säännöllisen koulutuksen ja avoimen keskustelun merkitystä, jotta saattohoitopotilaan tullessa kirurgian osastolle hoitoon, olisi hänellä mahdollisuus parhaaseen mahdolliseen elämän loppuvaiheen hoitoon. Vastaus, jonka mukaan kirurgian osastolla ei ole saattohoitopotilaita, herättää miettimään, onko tässäkin vastauksessa kyse vain siitä, ettei saattohoitopotilasta tunnisteta ajoissa vai eikö vastaajan kohdalle ole saattohoidossa olevia potilaita tullut vastaan.

Moniammatillisen yhteistyön merkitys nousi esiin useassa vastauksessa ja niissä kerrottiin yhteistyötä olevan yksikön ulkopuolisten tahojen kanssa. Sitä kuitenkin toivottiin lisää ja sitä toivottiin kehitettävän. Olisiko hyvä kuitenkin ensin kehittää oman osaston sisäistä toimintaa. Osastolla voitaisiin pitää yhteistyökokouksia asiaan liittyen lääkäreiden ja hoitajien kesken. Resurssien riittämättömyys vaivaa hoitoalaa kokonaisuutena, joten jos tämä ei ole mahdollista, voisi osastolle perustaa oman saattohoitotiimin, johon kuuluisi niin erikoistuvia kuin erikoislääkäreitä ja osastolla työskenteleviä hoitajia. Yhteinen, rehellinen keskustelu tutkimuksessakin esiin nousseista saattohoidon ongelmista ja yhdessä mietityt ehdotukset niiden korjaamiseksi olisivat varmasti hyviä. Myös joissain vastauksissa kaivattu saattohoitopotilaan hoitopolku tai kirjalliset ohjeet voisivat olla mahdollisia toteuttaa yhteistyökokousten perusteella. Avoimella keskustelulla ja yhteistyöllä hoitoa saataisiin varmasti kehitettyä potilaiden hyväksi.

Eri ammattiryhmien työnkuva on erilainen saattohoitoa toteuttaessa. Hoitaja voi ehdottaa hoidonlinjauksien tekemistä lääkärille ja toteuttaa saattohoitoa lääkärin antamien ohjeiden

mukaan, mutta lääkäri on se, joka päätöksen joutuu tekemään. Lääkärit kokivat tutkimuksen vastausten mukaan kaipaavansa lisää koulutusta juuri saattohoitopäätöksen tekoon, joka tutkimuksen vastauksien valossa koetaan vaikeaksi toteuttaa. Saattohoidon toteuttamiseksi olisi tärkeää tunnistaa lähestyvä kuolema (Lääkäriliitto, 2021, s.208), ja saatu koulutus, kokemus ja osaaminen nousevat tärkeiksi tekijöiksi saattohoitopäätöksiä tehtäessä.

Samaa kyselylomaketta voitaisiin käytännössä pienillä muutoksilla hyödyntää kaikilla erikoissairaanhoidon osastoilla. Tämän avulla saataisiin tuotua esiin, onko erikoissairaanhoidossa tarjota hyvää perustason saattohoitoa henkilökunnan oman kokemuksen perusteella ja onko koulutuksen tarve yhtä suurta tulosityksiköstä tai erikoisalasta riippumatta. Kirurgia on kuitenkin vain yksi useasta erikoisalasta, jonka perusajatuksena voidaan nähdä median luomien mielikuvien perusteella ihmisten henkien pelastamisena toivottomissakin tilanteissa kirurgin veitsen avulla, huomioimatta sitä, että iso osa kirurgian osastolle hoitoon päätyvistä potilaista, ei käy leikkaussalissa koko hoitajaksonsa aikana.

Tämä opinnäytetyö kuvaa tilannetta saattohoidon osaamisessa yhdellä kirurgian osastolla. Sen perusteella on mahdotonta tehdä laajempaa analyysiä saattohoidon kokonaistilanteesta, mutta sen avulla saadaan tuotua julki henkilökunnan koulutuksen, moniammatillisen yhteistyön ja erilaisten saattohoitopäätöksiin ja sen toteutukseen liittyvien kirjallisten ohjeiden tai tarkistuslistojen tarve. Nämä ovat melko yksikertaisia ja helposti toteutettavia asioita toteuttaa ja niiden tarve voidaan todistaa tämän opinnäytetyön ja tutkitun tiedon avulla.

Lähteet

- Aira, M. (2005). Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 2005;121(10):1073-77. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94977>
- Aira, M & Seppä, K. (2010). Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. *Suomen lääkärilehti*, 65(2010), 805-810. Suomen lääkäriliitto.
- Al Qadire, M. (2014). Nurses' Knowledge About Palliative Care. A Cross-Sectional Survey. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23-30.
https://journals.lww.com/jhpn/Fulltext/2014/02000/Nurses__Knowledge_About_Palliative_Care__A.7.aspx
- Anttonen, M. (2016). *Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa*. (Acta Universitatis Tamperensis 2148) [Väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Trepo.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Choi, M., Lee, J., Kim, S., Kim, D., & Kim, H. (2012). Nurses' Knowledge About End-of-Life Care: Where Are We? *The Journal of Continuing Education in Nursing*. June 2012, 1-6.
- Croson, E., Keim-Malpass, J., Bohnenkamp, S. & LeBaron, V. (2018). The Medical-Surgical nurses guide to understanding palliative care and hospice. *MEDSURG Nursing*, (7-8/2018), 215-222.
- García-Baquero Merino, M. (2018). Palliative care: Taking the long view. *Frontiers in pharmacology* 2018 (9),1140. ht
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6198353/?report=reader>
<https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01140>
- Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sairaanhoitajaliitto. Helsinki.

- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. (2004). Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.
<https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf>
- Flinkkilä, M-L. (2019). *Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa*. [Pro gradu-tutkielma, Itä-Suomen yliopisto]
https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20190995/urn_nbn_fi_uef-20190995.pdf
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. (2004). Saattohoito – Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo.
- Helén, J. (2011). *Saattohoidon kehittämishankkeen arviointi: Tapaustutkimus*. [Opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu]
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34551/Helen_Jouni.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Tammi.
- Hultman, T., Reder, E. & Constance, M. (2008). Improving psychological and psychiatric aspect of palliative care: the national consensus project and the national quality forum preferred practices for palliative and hospice care. *OMEGA*, Vol. 57(4) 323-339. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/OM.57.4.a>
- Hänninen, J. (2003). *Saattohoito Saattopotilaan oireiden hoito*. Kustannus Oy Duodecim.
- Hävölä, H., Kylmä, J. & Rantanen, A. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede*, 27 (2), 132-147.

Hökkä, M., Lehto, J., Joutsia, K., Kallio, S., Kiiksi, K., Kurunsaari, M., Lifländer, B., Lähdetniemi, M., Matilainen, I., Mikkonen, H., Muurinen, K., Pykäläinen, T., Päällysaho, A., Sunikka, T., Tohmola, A., Turunen, E., Väisänen, I., Ylinen, E-R & Öhberg, I. (2020). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoitajan tutkinnossa - Suositus palliativisen hoidon ja saattohoidon opetussuunnitelmasta.*

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/333633/EduPal%20Ops%20suositus%20sairanhoitaja.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Karvinen, I., Lipponen, V. & Sipola, V. (2020). *Vakaumuksen ja uskon kunnioittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.*

https://evl.fi/documents/1327140/40929340/Vakaumuksen_ja_uskon_kunnioittaminen_opas.pdf/01f6a908-63e2-5683-7735-7e9b18e05c32?t=1592987954936

Koppa. (2014). *Menetelmäpolkuja humanisteille.* Jyväskylän yliopisto. Päivitetty 3.9.2014.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja>

Korhonen, T. & Puokka, P. (2013). *Kuolevan potilaan hoito.* Aikakausikirja *Duodecim*, 2013;129(4):440-445. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen aikakausikirja duodecim* 135(4),335–342.

Lehto, J. & Saarto, T. (2019). Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen suomessa – kolmiportainen malli. *Lääketieteellinen aikakausikirja duodecim* 135, 535–541.

Lehto, J., Saarto, T., Hirvonen, T., Rahko, E., Lamminmäki, A., Alminoja, A. & Hökkä, M. (2020) *Palliativisen lääketieteen perusopetus – Suositus opetussuunnitelmasta yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa.* EduPal.

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/119575/978-952-03-1486-6.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Lopez-Acevedo, M., Lowery, W., Lowery, A., Lee, P. & Havrilesky, L. (2013). Palliative and hospice care in gynecologic cancer: A review. *Gynecologic Oncology* (Volume 131, Issue 1, October 2013), 215-221.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0090825813008457?token=FE0B4153CD46D02E9C813D9FB14CF01B75E270E2BAD469397EE0853399E2F7AF166A06796108FF2EE2D98665C7FB770F>

Lääkäriliitto. (2021). *Lääkärin etiikka*.

<https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarini-etiikka-2021.pdf>

Mahon, M. & McAuley, W. (2010). Oncology Nurses' Personal Understandings about Palliative Care. *Oncology nursing forum*, Vol.37 (3), 141-150.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3268a8fd-f083-4d79-b5e7-70f03e7bfa78%40sdc-v-sessmgr01>

Metsämuuronen, J. (2006). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus. (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. www.kaypahoito.fi

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa- kolmiportainen malli. (2019). *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 135(6), 535-541.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>

Pihlainen, A. (2010). Hyvä saattohoito suomessa. Asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN:NBN:fi-fe201504225791.pdf>

- Plonk, W. & Arnold, R. (2005). Terminal care: the last weeks of life. *Journal of palliative medicine*, 8 (5), 1042-1058.
<https://www.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/jpm.2005.8.1042>
- Ramjan, J., Costa, C., Hickman, L., Kearns, M. & Phillips, J. (2010) Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia — Sydney experience. *Collegian*, 17 (2), 85-91.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1322769610000284?token=9DA6D9AE4FF1716B448CA5461A5E13063734AD4CF0A47FFF39661D6A6220BB3E0552BB110561E2A3651DF5441620C778>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>.
- Saarto, T. ja asiantuntijaryhmä. (2017). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. STM.
- Shalev, A., Phongtankuel, V., Kozlov, E., Johnson Shen, M., Adelman, R. & Reid, M. (2018) Awareness and misperceptions of hospice and palliative care: A population-based survey study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*® Vol. 35(3), 431-439.
- STM. (2017). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. http://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+jarjestaminen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0
- STM. (2019). Palliativisen ja saattohoidon tila Suomessa. *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita* 2019:14.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- The Economist Intelligence Unit. (2015). The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. 6.10.2015.
https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL_0.pdf
- Tilastokeskus. (n.d) Tilastokoulu. https://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql
- THL. (2019). *Mitä on palliatiivinen hoito*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 15.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito>
- Tietoarkisto. (n.d). Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/>
- Terveyskylä. (2018). *Palliatiivinen hoito*.
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.
- Vilka, H. (2007) *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*.
https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wijk, H. & Grimby, A. (2008). Needs of elderly patients in palliative care. *American journal of hospice & palliative medicine*. 25(2).

Liitteet

Liite 3 Tiedote tutkimukseen osallistujille

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJILLE

Hyvä kirurgian osastolla työskentelevä terveydenhuollon ammattilainen.

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa Sosiaali- – ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen (YAMK) koulutusohjelmassa. Tutkintoon sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni ”SAATTOHOIDON OSAAMINEN KIRURGIAN OSASTOLLA” tarkoituksena on selvittää, millaista on kirurgian osastolla työskentelevien terveydenhuoltoalan ammattilaisten osaaminen saattohoidosta ja kuinka hyvin henkilöstön mielestä potilaiden saattohoito osastollamme toteutuu. Tarkoituksena on myös selvittää, onko saattohoidon koulutus ollut riittävää, niin opintojen kuin työelämänkin aikana. Tutkimus toteutetaan HUS Hyvinkään sairaalan kirurgianvuodeosastolla vuoden 2021 aikana.

Tämä kysely on osa opinnäytetyötäni. Kyselyllä on 13 kysymystä ja 8 väittämää. Saatuja tuloksia hyödynnän opinnäytetyössäni ja tulevaisuudessa apuna, jotta kirurgian osastolle saataisiin luotua omat hyvän saattohoidon kriteerit. Kyselyyn vastaaminen on nimetöntä ja vapaaehtoista. Vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa prosessia eikä valmiissa raportissa. Kyselylomakkeet säilytetään lukitussa tilassa ja ne tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön tulisi valmistua viimeistään kevään 2022 aikana ja se löytyy valmistumisensa jälkeen Theseus-tietokannasta. Opinnäytetyöni ohjausryhmään kuuluvat osastonhoitaja Eija Pitkänen sekä ohjaava opettaja Mervi Lepistö Hämeen ammattikorkeakoulusta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Vastaa mielelläni kysymyksiin opinnäytetyötä tai tutkimusta koskien sähköpostitse.

Kiitos jo etukäteen yhteistyöstä!

Anna-Mari Matilainen, Sairaanhoitaja AMK

anna-mari.12.matilainen@student.hamk.fi

Tutkimuksen yhteyshenkilö Hyvinkään sairaalassa

Eija Pitkänen

puh: 0503969489

eija.pitkanen@hus.fi

Liite 4 Kyselylomake

KYSELY SAATTOHOIDON OSAAMISESTA JA TOTEUTTAMISESTA

1. AMMATTI SAIRAAHOITAJA PERUS-/LÄHIHOITAJA LÄÄKÄRI

2. TYÖKOKEMUKSESI

- alle 1 vuosi
- 1–5 vuotta
- 5–10 vuotta
- 10–15 vuotta
- yli 15 vuotta

2b. Jos haluat, kertoisitko missä ja milloin olet opiskellut?

3. KUULUIKO OPISKELUIHISI PALLIATIIVINEN HOITO/SAATTOHOITO OMANA KURSSINAAN?

KYLLÄ EI EN MUISTA

4. SIVUTTIINKO PALLIATIIVISTA HOITO / SAATTOHOITOA AIHEENA MILLÄÄN MUULLA OPINTOJAKSOLLA?

KYLLÄ EI EN MUISTA

5. KOETKO PERUSKOULUTUKSESI ANTANEEN RIITTÄVÄT TIEDOT JA TAIDOT PALLIATIIVISTEN JA SAATTOHOITO POTILAIDEN HOITON?

KYLLÄ EI EN MUISTA

6. OLETKO SAANUT PALLIATIIVISEN HOIDON / SAATTOHOIDON KOULUTUSTA NYKYISEN TYÖNANTAJASI JÄRJESTÄMÄNÄ?

KYLLÄ EI

7. OLETKO VAPAAEHTOISESTI KOULUTTAUTUNUT OMALLA AJALLA/KUSTANNUKSELLA?

KYLLÄ

EI

8. OLETKO SAANUT YLLÄ MAINITTUA KOULTUSTA JONKIN TOISEN TYÖNANATAJAN ALAISENA TYÖSKENNELLESSÄSI?

KYLLÄ

EI

9. KOETKO OMAAVASI HYVÄT TAIDOT JA OSAAMISEN SAATTOHOIDON TOTEUTTAMISEKSI?

KYLLÄ

EI

8b MIKÄLI VASTASIT EI, MILLAISTA KOULUTUSTA KOET TARVITSEVASI?

8 c MITEN ARVIOIT AMMATILLISIA VAHVUUKSIASI SAATTOHOITOTYÖSSÄ?

8d Miten arvioit ammatillisia kehittämistarpeitasi saattohoitotyössä?

8e MITEN KEHITTÄISIT SAATTOHOITO-OSAAMISTA OSASTOLLASI?

10. KUINKA USEIN TYÖSSÄSI HOIDAT / KOHTAAT SAATTOHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN?

1. PÄIVITTÄIN
2. VIIKOITTAIN
3. KUUKAUSITTAIN
4. PUOLIVUOSITTAIN
5. VUOSITTAIN
6. EN KOSKAAN

11. TEHDÄÄNKÖ OSASTOLLANNE DNR PÄÄTÖKSIÄ?

KYLLÄ

EI

12. TEHDÄÄNKÖ OSASTOLLANNE SAATTOHOITO PÄÄTÖKSIÄ?

KYLLÄ

EI

13. SAATTOHOIDON TOTEUTTAMISEKSI TEHDÄÄN OSASTOLLA MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ

KYLLÄ

EI

14. VASTATKAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN YMPYRÖIMÄLLÄ SOPIVA VAIHTOEHTO:

1=Täysin samaa mieltä **2=** Jokseenkin samaa mieltä **3=**Jokseenkin eri mieltä **4=** Täysin erimieltä **5 =** EOS

SAATTOHOITO PÄÄTÖKSET TEHDÄÄN OSASTOLLANNE AJOISSA

1

2

3

4

5

POTILASTA JA OMAISIA KUUNNELLAAN SAATTOHOITO PÄÄTÖSTÄ TEHDESSÄ

1

2

3

4

5

POTILAAN TOIVEITA KUNNIOITETAAN SAATTOHOITO PÄÄTÖSTÄ TEHDESSÄ

1

2

3

4

5

POTILAAT SAAVAT OSASTOLLANNE OSAAVAA JA LAADUKASTA SAATTOHOITOA

1

2

3

4

5

**POTILAAT EIVÄT JOUDU KÄRSIMÄÄN KIVUSTA TAI MUISTA FYYSISETÄ VAIVOISTA OLLESSAAN
SAATTOHOIDOSSA OSASTOLLANNE**

1 2 3 4 5

**HOITOHENKILÖSTÖ YMMÄRTÄÄ SAATTOHOIDON JA SEN MERKITYKSEN SAMALLA TAVALLA
AMMATISTA/KOULUTUKSESTA RIIPUMATTA**

1 2 3 4 5

**SAATTOHOITOA JA KUOLEMAA EI NÄHDÄ TYÖYHTEISÖSSÄNNE EPÄONNISTUMISENA, VAAN OSANA
ELÄMÄÄ**

1 2 3 4 5

SAATTOHOITO KUULUU ERIKOISSAIRAANHOITON

1 2 3 4 5

Liite 3 Tutkimuslupa

Tutkijan työpöytä

Page 1 of 2

Opinnäytetyön tutkimuslupa 5/5/2021

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: HYVINKÄÄ Sairaanhoidonjohtaja

Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Matilainen Anna-Mari
Yliopisto / amk:	HAMK Hämeen ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Saattohoidon osaaminen kirurgian osastolla
HUS tutkimuksen vastuhenkilö:	Eija Pitkänen
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Mervi Lepistö

Tutkimuksen suorituspaikka

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: HYVINKÄÄ Operatiivinen tulosyksikkö / Puolto, Knuutila Marko Kristian, 24/02/2021

LOHJAN SAIRAANHOITOALUE: LOHJA Sairaanhoidonjohtaja /

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: HYVINKÄÄ Operatiivinen tulosyksikkö / Puolto, Keränen Ulla Helena, 08/03/2021

Aineisto	<input type="checkbox"/> Potilaat/Omaiset, Lukumäärä:
	<input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta, Lukumäärä: 90
	<input type="checkbox"/> Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Kysely

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	22.03.2021
Tutkimusluvan päättymispäivä:	30.09.2021
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Tapper Anna-Maija
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: HYVINKÄÄ Sairaanhoidonjohtaja
Hyväksyjän toimi:	johtava lääkäri

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).

Powered by Caslon Solutions Oy

Liite 4 Teemoittelu miten lääkärit ja hoitohenkilökunta kehittäisivät saattohoitoon liittyvää osaamistaan ja saattohoitoa?

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
Saattohoitopotilaan kohtaaminen/omaiset , perushoito, lääkehoito	Perushoito, Lääkehoito, potilaan ja omaisten kohtaaminen	Lääkehoito Saattohoidon prosessi Omaisten kohtaaminen Perushoito	Lääkehoito Hoitotyö Saattohoitoprosessi Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
yleisesti saattohoitoprosessin vaiheista.	Saattohoitoprosessi	Saattohoitoprosessi	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Koulutusta saattohoitopotilaan kivunhoitoon ja potilaan omaisten kohtaamiseen sekä heidän ohjaamiseensa	Kivunhoito Kohtaaminen Yhteistyö omaisten kanssa	kivunhoito Lääkehoito Ohjeet Omaisten kohtaaminen	Lääkehoito Saattohoitoprosessi Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Saattohoito tänä päivänä.	Kokonaisuus	Saattohoitoprosessi	Saattohoitoprosessi Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Ihan yleisiä asioita, kipulääkitys ja muu lääkehoito, mahd. kipupumpun aloitus. Kirjalliset ohjeet	Kivunhoito Kokonaisuus Kirjalliset ohjeet	Kivunhoito Lääkehoito Ohjeet	Lääkehoito Hoitotyö Saattohoitopros	Saattohoidon osaaminen

jotenkin järkevästi ja helposti saataville			essi Omaiset	Kuolevan potilaanhoito
lääkehoitoon ja kivun hoitoon liittyvää koulutusta	Lääkehoito Kivunhoito	Lääkehoito Kivunhoito	Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kaikkea	Kokonaisuus	Saattohoitoprosessi	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kipulääkitys, nesteytys	Kivunhoito Nestehoito	Kivunhoito Lääkehoito	Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kokisin tarvitsevani koulutusta/opetusta esimerkiksi saattohoitopotilaan lääkehoidosta, saattohoidon eri vaiheista ja omaisten ohjaamisesta/tukemisesta.	Lääkehoito Prosessi Omaiset ohjaus tukeminen	Lääkehoito Saattohoidon prosessi Omaisten kohtaaminen Perushoito	Lääkehoito Hoitotyö Saattohoitoprosessi Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Potilaan lääkitys, Omaisten kohtaaminen, Milloin hoitajana esitän saattohoidon aloittamista ja miten lääkäri suhtautuu ajatukseen. Eli	Lääkehoito Kohtaaminen Prosessi Yhteistyö	Saattohoito prosessi Lääkehoito	Saattohoito prosessi Hoitotyö Saattohoitoprosessi Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

yhteistyö eri toimijoiden välillä				
kaikki asiaan liittyvä olisi tervetullutta	Kokonaisuus	Saattohoitoprosessi Päätöksenteko	Saattohoitoprosessi Päätöksenteko	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Saattohoitopotilaan tunnistaminen, oikea-aikaiset päätökset, hoidosta pidättäytyminen, kun sillä ei enää mitään hyvää saavutettavissa	Prosessi	Saattohoitoprosessi Päätökset	Päätöksenteko Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Linjaukset, potilaan hyvän olon takaaminen, lääkehoito	Prosessi Päätöksenteko	Saattohoito päätökset Prosessi	Saattohoito päätökset Hoitotyö Saattohoitoprosessi Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Pääsääntöisesti kivunhoidosta, exituksen hoitaminen.	Kivunhoito Vainajan laitto	Lääkehoito Kivunhoito Perushoito	Lääkehoito Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Miten kohdata saattohoidossa olevan potilaan omaiset.	Omaisten kohtaaminen	Omaisten kohtaaminen	Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kivun hoito, perushoito (myös aikaa sen rauhalliseen toteuttamiseen),	Kivunhoito Perushoito	Kivunhoito Perushoito	Hoitotyö Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen

omaisten kohtaaminen	Omaisten kohtaaminen	Omaisten kohtaaminen	essi Omaiset	Kuolevan potilaanhoito
Kipulääkityksestä.	Kivunhoito	Kivunhoito Lääkehoito	Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Lääkehoito, kohtaaminen.	Lääkehoito Kohtaaminen	Lääkehoito Kohtaaminen	Lääkehoito Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kivunhoito	Kivunhoito	Kivunhoito Lääkehoito	Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Potilaan kohtaamista ja neuvoja auttamiseksi	Kohtaaminen Saattohoito Perusasiat	Saattohoito Potilaan kohtaaminen Perushoito	Hoitotyö Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kivunhoito, kokonaishoito	Kivunhoito Kokonaisuus Perushoito	Kivunhoito Perushoito Lääkehoito Saattohoito	Lääkehoito Hoitotyö Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Saattohoitopotilaan kivunhoidosta ja omaisten kohtaamisesta	Kivunhoito Omaisten kohtaaminen	Kivunhoito Lääkehoito Omaisten kohtaaminen	Lääkehoito Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Palliativinen kivunhoito ja myöskin perushoito	Kivunhoito Perushoito	Perushoito Kivunhoito	Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen

				Kuolevan potilaanhoito
Kaikki koulutus olisi hyväksi ko. aiheesta	Kokonaisuus	Saattohoito prosessi Saattohoito kokonaisuus	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
lääkitys sekä miten kohdata omaiset	Lääkehoito Omaisten kohtaaminen	Lääkehoito Omaisten kohtaaminen	Lääkehoito Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
kokonaisvaltaista tietoa.	Kokonaisuus	Saattohoito prosessi Päätökset	Saattohoito prosessi Päätökset Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Millaisilla kriteereillä voisi lääkäreille jo alkaa ehdottamaan saattohoitoon siirtymistä, saattohoidon polku on epäselvä, ihan perushoidossa huomioitavat asiat.	Prosessi Perushoito	Saattohoito prosessi Perushoito	Saattohoitoprosessi Hoitotyö Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Nesteytys, riittävän kivunhoidon toteutus, kommunikointi omaisten kanssa.	Nestehoito Kivunhoito Omaiset	Nestehoito Kivunhoito Lääkehoito Omaisten kohtaaminen	Hoitotyö Saattohoitoprosessi Lääkehoito Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Vaikeinta saattohoidossa on päätös sen aloituksesta ja tästä pitäisi olla selvemmat	Prosessi Käytännöt Päätöksenteko	Prosessi Saattohoito päätös	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

linjat ja käytännöt olemassa.				
saattohoito ei kuulu toimenkuvaani	Saattohoito koulutusta	Koulutus	Koulutus	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kipupumpun käyttö ja siihen sopivat lääkitykset	Kivunhoito Lääkehoito	Kivunhoito Lääkehoito	Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Käytännön ohjeistusta lääkehoidon toteutuksesta oirekohtaisella tasolla	Lääkehoito Käytännön ohjeet	Lääkehoito	Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
En koe, että kirurgian osasto luo kokonaisuutena parhaat puitteet laadukkaalle saattohoidolle. Selkeämpiä saattohoitolinjauksia, Lääkäreiden osaaminen.	Lääkäreiden päätökset Koulutus Prosessi	Saattohoitopäätös Prosessi Koulutus	Hoitotyö Saattohoitoprosessi Omaisets	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
saattohoitoa tulisi kehittää moniammatillisesti, lääkäreille ja hoitajille yhtenäiset ohjeet esim. kivunhoidosta, nestehoidon lopettamisesta jne. Saattohoitopäätöksen	Moniammatillinen yhteistyö Kivunhoito Nestehoito Prosessi, päätöksenteko	Kivunhoito Nestehoito Prosessi Moniammatillinen yhteistyö, päätökset	Hoitotyö Saattohoitoprosessi Prosessi Omaisets Lääkehoito	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

tekeminen tuntuu välillä viivästyvän.				
Kaikille perusasioiden koulutusta ja muutamalle hoitajalle syvempää tietoa asioista muiden opastamiseksi.	Perusasiat Koulutus	Koulutus Saattohoitoprosessi	Koulutus Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kirjalliset ohjeet ja puhelinnumerot selkeästi ja helposti löydettävään paikkaan	Kirjalliset ohjeet, tieto helposti saatavilla Yhteystiedot	Ohjeet	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
koulutuksia, esim. taitopajoja tms. aiheesta voisi olla	Koulutusta	Koulutus	Koulutus	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Moniammatillisesti!	Moniammatillinen yhteistyö	Moniammatillinen yhteistyö	Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
oma hoitaja systeemi, myöskään lääkärin ei tarvitsi vaihtua niin usein, moniammatillinen yhteistyö enemmän mukaan, esim. jos potilaalla on alaikäisiä lapsia. Nyt ei kaikkea saa meiltä, helpompi tehdä lähete esim. terhon kotiin, jossa sossu, koulukuraattorit jne. saavat kokopaketin	Moniammatillinen yhteistyö, Omaisten huomiointi	Moniammatillinen yhteistyö Omaisten kohtaaminen	Omaiset Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

<p>hoitoon eikä vain potilaan hoito vaan myös läheiset mukaan. Osastolla harvoin ketään omaisia yötä, pitäisi tulla automaattisesti ehdotettua eikä vain siten, kun joku hoitaja ehdottaa esim. voiko potilaan ruuan antaa omaiselle tai tuoda viereen tyhjän vuoteen omaiselle, nämä on hoitaja kohtaisesti toteutuneet.</p>				
<p>Olen ollut osastollani töissä vasta 3 kuukauden ajan, joten vastaan on tullut vain pari saattohoitopotilasta. Koen, että kivun arviointi ja hoito ovat hyvin osastolla hallussa, mutta saattohoitopotilaan muiden hoitotyön osa-alueiden huomioimisessa olisi opittavaa. Olen esimerkiksi nähnyt osastolla aivan viimeisen vaiheen potilaan, joka sai esimerkiksi vielä i.v.-nesteytystä ja suonensisäistä antibioottia. Matalan kynnyksen kontakti palliatiiviseen lääkäriin/hoitajaan olisi mielestäni myös paikallaan.</p>	<p>Nestehoito Lääkehoito</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö</p>	<p>Nestehoito Lääkehoito</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö</p>	<p>Lääkehoito Moniammatillinen yhteistyö</p>	<p>Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito</p>

En oikein osaa sanoa miten kehittäisin. Kokonaisuutena haluaisin avointa keskustelua siitä, miten toimitaan ja kuka toimii ja missä vaiheessa.	Yhteistyö ja avoinkeskustelu	Moniammatillinen yhteistyö Avoimuus	Moniammatillinen yhteistyö	
enemmän koulutusta, yhdessä lääkäreiden kanssa?	Moniammatillinen yhteistyö ja koulutukset	Koulutus Moniammatillinen yhteistyö	Koulutus Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Potilaiden tunnistaminen ajoissa, palliatiivisen konsultin parempi saatavuus, sen myötä hoitovastuun siirto palliatiiviselle lääkärille, kirurgi ei ole paras osaaja tässä	Moniammatillinen yhteistyö Osaaminen Koulutus	Moniammatillinen yhteistyö Koulutus	Koulutus Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Saattohoidosta voisi olla osastotunteja, vinkkejä miten siitä saa laadukasta, ehkä joku saattohoidon toteutumisen ohjauskansio	Osastotunnit Koulutus Ohjekansio	Ohjeet Koulutus	Ohjeet Hoitotyö Saattohoitoprosessi Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Koulutusta palliatiiviseen hoitoon liittyen myös omaisten kohtaaminen.	Omaisten kohtaaminen Koulutus	Kohtaaminen Koulutus	Koulutus Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

Koulutus	Koulutusta	Koulutus	Koulutus	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Selkeämmät hoitolinjaukset saattohoitopotilaille. Nopeammin yhteys palliatiiviseen lääkäriin.	Hoitolinjauksen Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoitopäätös moniammatillinen yhteistyö	Saattohoitoprosessi Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Lääkehoidon ohje hoitajille. Selkeä hoitosuunnitelma saattohoitopotilaille.	Lääkehoito Kirjalliset ohjeet Hoitosuunnitelma	Lääkehoito Ohjeet Prosessi	Lääkehoito Ohjeet Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
En osaa sanoa	Ymmärrys Mielenkiinto Koulutuksen puute Ammattitaito Yksilön ajatukset	Koulutus Ammattitaito	Koulutus Ammattitaito Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Aika ajoin voisi olla osastotunti tms. aiheesta	Osastotunnit	Koulutus	Koulutus	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Kivunhoito. Saattohoitoa ei ole osastolla ollut juuri ollenkaan, koska potilaat siirtyvät jatkohoitoon niin äkkiä.	Kivunhoito Lyhyet hoitajakset Kivunhoito	Kivunhoito Lääkehoito Moniammatillinen yhteistyö (jatkohoito)	Lääkehoito Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito

Lääkäreille lisää osaamista saattohoidosta ja päätöksen teosta siihen siirtymisen suhteen	Koulutusta saattohoidosta ja päätöksen teosta	Koulutus Saattohoitopäätös	Koulutus Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Lääkäreille/ kirurgeille osasin nostaa esille potilaan ennusteen ja aloittaa esim. saattohoito/ palliatiivinen hoito.	Kuka tekee aloitteen? Prosessi	Moniammatillinen yhteistyö Avoimuus Prosessi	Moniammatillinen yhteistyö Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Osastolla ei ole oikeanlaista saattohoitoa, potilaita hoidetaan "liian" tehokkaasti vaikka palliatiivinen päätös tehty tai sitten palliatiivista päätöstä ei saada tehdyksi, vaikka potilaan tilan "vaatisi"	Kuolemanpelko Saattohoitopäätös	Saattohoitopäätös	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
koulutusta lisää, eri hoitomuodot	Koulutusta Kivunhoito Perushoito Lääkehoito Saattohoito	Koulutusta Kivunhoito Perushoito Lääkehoito Saattohoito	Lääkehoito Hoitotyö Koulutus	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
en osaa sanoa!	Ei tiedä, ei kokemusta?	Koulutusta	Koulutus	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
eos., lisäkoulutusta...	Koulutusta	Koulutus	Koulutus	Saattohoidon osaaminen

				Kuolevan potilaanhoito
Lisää koulutusta, tutustuminen palliatiiviseen osastoon.	koulututusta Yhteistyö/vierailu	Koulutus Moniammatillinen yhteistyö	Koulutus Moniammatillinen yhteistyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Pitäisi tunnistaa aiemmin saattohoidosta hyötyvät potilaat ja kun päätös on tehty niin kaikki hoito tulisi toteuttaa oikeaoppisen saattohoidon tapojen mukaisesti.	Potilaan tunnistaminen	Saattohoito Prosessi Saattohoitopäätös	Saattohoitoprosessi	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
en osaa sanoa	Työkokemus?	Koulutusta	Koulutus Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Ajoittain vuorossa on palliatiivinen hoitaja/aiemmin töissä pallit. osastolla ollut, tämä on erittäin hyvä. Olisi erittäin hyvä, jos osastolla olisi palliatiivinen hoitaja joka päivä. Lisäksi hospitalisti tarvitaan takaisin.	Hospitalisti, palliatiivinen hoitaja	Moniammatillinen yhteistyö Koulutus	Moniammatillinen yhteistyö Hoitotyö Saattohoitoprosessi Omaiset	Saattohoidon osaaminen Kuolevan potilaanhoito
Työnantajan järjestämällä koulutuksella	Koulutusta	Koulutus	Koulutus Hoitotyö	Saattohoidon osaaminen

				Kuolevan potilaanhoito
--	--	--	--	---------------------------

Liite 5 Väittämien vastaukset

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin erimieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Saattohoito päätökset tehdään osastollanne ajoissa.	1	6	22	10	5
Potilaan toiveita kunnioitetaan saattohoito päätöstä tehdessä.	9	20	9	10	5
Potilasta ja omaisia kuunnellaan saattohoito päätöstä tehdessä.	6	23	10	0	5
Potilaat saavan osastollanne osaavaa ja laadukasta saattohoitoa.	2	16	20	3	3
Potilaat eivät joudu kärsimään kivusta ja muista fyysisistä vaivoista ollessaan saattohoidossa osastollanne.	5	18	18	1	2
Hoitohenkilöstö ymmärtää saattohoidon ja sen merkityksen samalla tavalla	4	16	19	3	2

ammattista/koulutuksesta riippumatta.					
Saattohoitoa ja kuolemaa ei nähdä työyhteisössänne epäonnistumisena, vaan osana ihmisen elämää.	17	19	5	2	1
Saattohoito kuuluu erikoissairaanhoidon.	11	13	14	3	3