

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2013

Jon Sjöblom, Sini Syrjälä, Erika Väättänen

SAATTOHOIDON LAATU HENKILÖKUNNAN ARVIOIMANA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

2013 | 64 sivua + 5 liitesivua

Tuija Leinonen

Jon Sjöblom, Sini Syrjälä, Erika Väättänen

SAATTOHOIDON LAATU HENKILÖKUNNAN ARVIOIMANA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa syöpäpotilaan saattohoidon laatua henkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena on saattohoitopotilaan hyvän hoidon kehittäminen. Opinnäytetyö oli osa Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun Terveysala -tulosalueen yhteistä Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku -tutkimus- ja kehittämishanketta.

Tiedonkeruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia vastauksia edellyttäviä kysymyksiä. Lomake oli laadittu suomalaisten saattohoidon suositusten pohjalta. Vastaaajiksi tavoiteltiin Varsinais-Suomen alueella toimivien saattohoitoa toteuttavien terveydenhuoltoalan yksiköiden henkilökuntaa (sairaanhoidajat, lääkärit, lähi- ja perushoitajat sekä näiden alojen opiskelijat). Kyselylomakkeita lähetettiin 395 kpl, ja 99 lomaketta palautettiin määräaikaan mennessä. Vastausprosentiksi muodostui 25,06 %. Strukturoidut osiot kyselystä analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS- ja Excel- ohjelmia. Avoimet vastaukset analysoitiin sisällönanalyysiä soveltaen.

Tulosten perusteella henkilökunnan mielestä ajan ja resurssien puute, päätöksenteon ongelmat ja koulutus olivat saattohoidon tärkeimpiä kehittämiskohteita. Positiivisena nähtiin henkilökunnan ammattitaito, kivunhoito osastoilla sekä potilaan kunnioittava kohtaaminen. Henkilökunta toivoi opastusta potilaan ja omaisten kohtaamiseen. Eutanasia nähtiin hankalana kysymyksenä, johon oli vaikea ottaa selkeää kantaa. Sen käytännöntoteutus nähtiin ongelmallisena, ja vastaajat pohtivat myös onko nykyisten hoitomenetelmien valossa eutanatialle tarvetta.

Saattohoidon koulutusta tulisi lisätä sekä perusopetukseen, että työn oheen. Hoitolinjojen yhtenäistäminen ja päätöksenteon selkeyttäminen ovat tulevaisuuden haasteita.

ASIASANAT:

saattohoito, palliatiivinen hoito, syöpä, saattohoitopotilas, laatu, eutanasia, henkilökunta.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Registered nurse

2013| 64 pages + 5 appendices

Tuija Leinonen

Jon Sjöblom, Sini Syrjälä, Erika Väättänen

THE QUALITY OF HOSPICE CARE ACCORDING TO HEALTHCARE STAFF

The objective of this thesis was to survey the quality of hospice care of cancer patients from the perspective of attending staff with the aim of improving hospice care. This thesis is part of a research and development project by Southwestern Finland Cancer Society and The Turku University of Applied Sciences.

The data was collected using a structured questionnaire which included open answer questions. The questionnaire was drawn up on the basis of the recommendations of the Finnish hospice care. The questionnaire was sent out to the staff (nurses, practical nurses, doctors and healthcare students) of health care units providing hospice care in Southwest Finland. Three hundred and ninety-five questionnaires were sent and 99 were returned by the deadline. The response rate was 25,06 %. Structured sections of the questionnaire were analyzed by statistical methods using SPSS- and Excel- programs. The open answers were analyzed by applying to content analysis.

The results highlight the lack of time and resources, decision-making problems and the need for additional education as the main target areas for development and improvement. The respondents were satisfied with the professionalism and the knowledge of staff, pain management and respectful care of the patients. The respondents also reported the need for guidance to encounter the patients and their significant others. Euthanasia was seen as a controversial issue. Its practical implementation was considered problematic and the respondents questioned if there is even a need for euthanasia as an option.

The amount of education for hospice care should be increased during studies and later alongside work. Care line harmonization and clarification of the decision-making are important challenges for the future.

KEYWORDS:

Hospice care, palliative care, cancer, hospice care patient, quality, euthanasia, staff.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 HENKILÖKUNNAN NÄKEMYKSIÄ SAATTOHOIDOSTA	7
2.1 Käsitteiden määrittelyä	7
2.2 Suositukset saattohoidossa	8
2.3 Päätöksenteko saattohoidossa	11
2.4 Saattohoidon täydennyskoulutus	12
2.5 Saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kanssa toimiminen	13
2.6 Oireenmukainen hoito saattohoitopotilaalla	14
2.7 Palliativinen sedaatio	17
2.8 Eutanasia	18
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	21
4.1 Tutkimusmenetelmä	21
4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu sekä analysointi	22
5 TULOKSET	24
5.1 Vastaajien taustatiedot	24
5.2 Saattohoidon laatu henkilökunnan arvioimana	24
5.3 Henkilökunnan kokemuksia siitä, miten ja missä saattohoitopotilas haluaisi viettää viimeiset elinpäivänsä	29
5.4 Saattohoidon suositusten tunteminen	33
5.5 Henkilökunnan tarpeet lisäkoulutukselle	34
5.6 Saattohoitopotilaan oireiden yleisyys henkilökunnan arvioimana	38
5.7 Henkilökunnan ajatuksia eutanasiasta	39
5.8 Parasta saattohoidossa	45
5.9 Huonointa saattohoidossa	51
5.10 Saattohoidon kehittäminen	53
6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	56
7 POHDINTA	58
LÄHTEET	62

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

KUVIOT

Kuvio 1. Henkilökunnan kokemuksia siitä, missä ja millaisessa paikassa saattohoitopotilas haluaisi viettää viimeiset elinpäivänsä.	31
Kuvio 2. Henkilökunnan kokemus siitä, miten saattohoitopotilas haluaisi viettää viimeiset päivänsä.	33
Kuvio 3. Henkilökunnan lisäkoulutuksen tarve.	35
Kuvio 4. Henkilökunnan ajatuksia eutanasiasta.	40
Kuvio 5. Henkilökunnan mielestä parasta saattohoidossa.....	46

TAULUKOT

Taulukko 1. Saattohoidon laatu henkilökunnan arvioimana.....	26
Taulukko 2. STM:n Hyvä saattohoito suomessa suositusten tunteminen.	34
Taulukko 3. Käypä hoito- suosituksen tunteminen.	34
Taulukko 4. Saattohoitopotilaan psyykkisten ja somaattisten oireiden esiintyvyys henkilökunnan arvioimana.	38

1 JOHDANTO

Vuonna 2011 syöpään kuoli Suomessa 11 897 ihmistä, ja suurin osa kuolleista oli yli 65-vuotiaita (Tilastokeskus 2012). Vaikka kuolleisuus on hoitojen kehittymisen ja ennaltaehkäisevän seulonnan vuoksi vähentynyt, tulee kasvava ikääntyvien joukko Suomessa tarvitsemaan laadukasta hoitoa syövän loppuvaiheeseen (Suomen Syöpärekisteri 2013). Vuosittain Suomessa tarvitsee saattohoitoa 10 000 potilasta, ja heistä suurin osa sairasta syöpää (Vuorinen 2013, 84-86). Suomi sijoittui vasta sijalle 28 vertailtaessa saattohoitoa eri maissa monista näkökulmista kuten saattohoitoon pääsy, hoitoympäristö ja hoidon kustannukset (Economist Intelligence Unit 2010). Vaikka kehitystä on tapahtunut Suomessa 2000-luvulla, hyvän hoidon saaminen on edelleen sattumanvaraista, sillä saattohoitoa ei ole integroitu osaksi julkista terveydenhuoltoa (Vuorinen 2013, 84-86). Saattohoitopotilaan hoitopolun tunteminen on potilaan hoidon suunnittelun kannalta tärkeää, ja onkin huomattu, että palliatiivisessa hoidossa ja seurannassa on paljon toivomisen varaa (STM 2010).

Henkilökunnan näkemyksen mukaan kehitettävää olisi erityisesti saattohoitoon liittyvässä päätöksenteossa (Hinkka ym. 2002, 195-204; Lange ym. 2008, 955-959; Sykes, N. 2008, 1157; Gibbins ym. 2011, 389-399). He kaipaisivat lisäkoulutusta, työnohjausta ja toimivampia saattohoidon malleja (Hautala ym. 2008, 2443; Mahon & McAuley 2010, 149; Gibbins ym. 2011, 389-399.) Potilaan yksilölliseen kohtaamiseen ja omaisten huomioimiseen henkilökunta kaipaisi myös enemmän aikaa (Sand 2003, 11,50,174-175; Beckstrand ym. 2009, 446-453).

Tämä opinnäytetyö on osa Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun Terveysala -tulosalueen yhteistä Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku -tutkimus ja kehittämishanketta (Nurminen 2010). Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa syöpäpotilaan saattohoidon laatua henkilökunnan näkökulmasta. Aineistonkeruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia vastauksia edellyttäviä kysymyksiä. Tavoitteena on saattohoitopotilaan hyvän hoidon kehittäminen.

2 HENKILÖKUNNAN NÄKEMYKSIÄ SAATTOHOIDOSTA

2.1 Käsitteiden määrittelyä

Keskeisiä käsitteitä tässä opinnäytetyössä ovat saattohoito, palliatiivinen hoito, henkilökunta, syöpä, laatu, eutanasia ja palliatiivinen sedaatio. Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon loppuvaihetta: aktiivista hoitoa, jonka tarkoituksena on lievittää kipua ja kärsimystä (Eho ym. 2004, 6). Tarkoituksena on tukea potilasta ja hänen läheisiään sairauden viimeisessä vaiheessa ennen kuolemaa ja sen jälkeen (STM 2010).

Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole. Hoito on oireita lievittävää, elämänlaatua parantavaa. Tarkoitus ei ole kuitenkaan pitkittää potilaan kärsimystä, vaan tarjota kuolevalle ja hänen läheisilleen mahdollisimman hyvä elämänlaatu muistaen, että kuolema on normaali ja luonnollinen osa elämää. (Käypä hoito 2012.)

Henkilökunnalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia sekä hoitotyön- ja lääketieteen opiskelijoita, jotka työskentelevät saattohoitoa tarjoavissa yksiköissä.

Syöpä tarkoittaa kasvainsairautta eli tietyn solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, joka on isäntäelimistölle tarkoituksetonta ja haitallista (Joensuu ym. 2013, 10-11). Vuonna 2008 maailmassa todettiin 12,3 miljoonaa uutta syöpätapausta, ja syöpään kuoli 7,6 miljoonaa ihmistä (WHO 2008). Suomessa yleisimmät syövät ovat naisilla rintasyöpä ja miehillä eturauhassyöpä (Suomen syöpärekisteri 2013).

Laatu määritellään tuotteen kyvyksi täyttää siihen kohdistuvat odotukset (Sanastokeskus TSK 2011). Saattohoidon kohdalla se määrittyy hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden lisäksi potilaan ja omaisten tarpeista, toiveista ja odotuksista (Anttonen 2008,15-17).

Eutanasiolla tarkoitetaan lääkärin suorittamaa potilaan elämän tahallista lopettamista. Se suoritetaan potilaan omasta tahdosta, kun potilaan sairaus on parantumaton. (Materstvedt ym. 2003, 97-101; Verpoort ym. 2004, 592-560.; Parpa ym. 2010, 160-165; Mickiewicz ym. 2012, 81-88.)

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan toimenpidettä, jossa saattohoitopotilas vaivutetaan tiedottomaan tilaan lääkkeiden avulla. Sedaatiota käytetään, kun kivunhoidon keinot on käytetty, ja potilaan kipu ja tuska ovat sietämättömiä. (Verpoort ym. 2004, 592-600.; Van Dooren ym. 2009, 452-459; Kirk & Mahon 2010, 914; Arevalo ym. 2013, 613-621)

2.2 Suositukset saattohoidossa

Saattohoitosuositukset koskevat kuolevan ihmisen hoitoa, hoidon järjestämistä ja suunnittelua sekä hoitoon osallistuvan henkilöstön osaamista. Suositukset korostavat potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista ja lähimmäisten mukaan ottamista hoitoon ja päätöksentekoon. Käytännön hoitotyössä korostuu hyvä perushoito sekä huolellinen kivunhoito. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 250-251; STM 2010; Käypä hoito 2012.)

Suosituksien tarkoituksena on ihmisarvon parantaminen ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Yhdenvertainen ja tasa-arvoinen kohtelu ja hoito tulisi taata kaikille kansalaisille elämän loppuvaiheessa. Potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun lisää osaltaan potilaan itsemääräämisoikeutta. (STM 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Hyvän saattohoidon suositukset -julkaisu määrittelee hyvän saattohoidon suositukset seuraavasti:

”Hyvä saattohoito edellyttää, että seuraavat suositukset

toteutuvat kuolevan potilaan hoidossa:

1. Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

2. Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun ihminen on lähellä kuolemaa. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja, mikäli potilas sallii, hänen omaistensa kanssa. Sovitut asiat kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan.

3. Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri. Nimetään myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Hoidon jatkuvuus varmistetaan ja hoitoa arvioidaan jatkuvasti. Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja omaisten toiveisiin ja tarpeisiin. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä.

4. Lääkärit ja hoitajat on saattohoitoon koulutettu ja heiltä saa eri vuorokauden aikoina konsultaatiota ja muuta tarvittavaa apua. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset työntekijät täydentävät osaltaan moniammatillista työryhmää. Työryhmälle tarjotaan saattohoitoon liittyvää säännöllistä täydennyskoulutusta, työnohjausta ja tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista.

5. Osaamisen alueet saattohoidossa ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla: kärsimyksen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamiseen, psyko-sosiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin, niiden ymmärtämiseen ja huomioimiseen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, lähestyvän kuoleman merkkeihin ja kuoleman hetkeen ja omaisten tukemiseen potilaan kuoleman jälkeen.

6. Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan tarpeisiin ja toiveisiin, toiminnan hyvään laatuun ja Käypä hoito -suositusten noudattamiseen.

7. Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla.

8. Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. Saattohoitopotilaille tarjotaan saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän on hoidossa tai asuu ja elää. Turvataan omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla.

9. Saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys. Näitä ominaisuuksia tulee tukea ja kehittää.

10. Suositusten toteutumista edistetään käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä ihmisen kuoleman lähestyessä.” (STM 2010.)

Potilaan kannalta tärkeimmät kansalliset lait ovat Suomen perustuslain perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, kansanterveyslaki sekä erikoissairaanhoidolaki. Keskeinen lähtökohta sopimuksissa ja säädöksissä on itsemääräämisoikeus ja ihmisen autonomia

sekä yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle ihmiselle tulisi taata oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. (STM 2010.)

Kotisairaanhoidoon tulisi kohdistaa enemmän voimavaroja. Kotona tapahtuva saattohoito jää useimmiten perusterveydenhuollon vastuulle, ja palvelut tuottaa tavallisesti kotisairaanhoido tai kotisairaala. Kotihoidossa etuna on se, että potilas kykenee osallistumaan paremmin perheensä arkeen ja toimintoihin. Kun saattohoitopotilasta hoidetaan kotona, tulee määritellä riittävän selkeästi vastuuhenkilöt potilaan hoidossa. Kotona tapahtuvassa saattohoidossa tämä edellyttää vähintään yhden omaisen osallistumista hoitoon. Kontakti potilasta hoitavaan henkilökuntaan täytyy olla mahdollista kaikkina vuorokauden aikoina, ja mahdollinen laitoshoidon siirtyminen tulee olla joustavaa. (STM 2010.)

Omahoitajamalli on suositeltavaa saattohoitopotilaan ollessa laitoshoidossa. Sairaalahoidossa ongelmana on usein henkilökunnan kiire, jolloin ei ole riittävästi aikaa huomioida potilasta kokonaisvaltaisesti ja hoidetaan vain välttämättömät hoitotoimenpiteet. (STM 2010.)

Syöpään sairastuvien määrän ennustetaan kasvavan, ja vaikka hoidon tulokset kehittyisivät yhtä hyvin kuin tähän asti, arvioidaan, että vuonna 2015 syöpään kuolee edelleen vähintään n. 10 000 ihmistä vuodessa. STM:n syöpäsuunnitelmassa käsitellään potilaan hoitoketjun järjestämisen lisäksi hoidon hyvän laadun takaamista. Syöpäsuunnitelman mukaan hoito tulisi järjestää niin, että syöpäpotilaat saisivat tarpeidensa mukaista huolenpitoa hoito- tai asuinpaikasta riippumatta. (STM 2010.)

Kuolevan potilaan oireiden hoito -suositus ohjaa hoitavan henkilökunnan toimintaa saattohoidossa. Ihmiselämän loppuvaiheessa tulee ottaa huomioon potilaan sosiaaliset, psykologiset, hengelliset ja maailmankatsomukselliset tarpeet. Suositus kehottaa antamaan oireenmukaista hoitoa kaikille kuoleville potilaille sairauden, lähestyvän kuoleman ja sen aiheuttamien kärsimysten lievittämiseksi. Kuolevan potilaan hoito kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille. Kaikkien lääkäreiden tulee hallita kuolevan potilaan hoidon peruseriaatteet ja tarvittaessa konsultoida vaativammasta hoidosta. Kuoleva potilas saattaa kärsiä muun mu-

assa kivuista, hengenahdistuksesta, masennuksesta ja uupumuksesta. Oireiden esiintyvyyttä, häiritsevyyttä ja vaikeusastetta tulisikin selvittää ja arvioida oireenmukaisen hoidon antamiseksi ja hoitovasteen selvittämiseksi. Tarpeetonta lääkitystä tulee välttää. (Käypä hoito 2012.)

2.3 Päätöksenteko saattohoidossa

Saattohoidon toiminta perustuu vahvasti arvoihin. Saattohoidon eettisiä arvoja ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikeus. Kuolevan potilaan hoidossa tulisi kiinnittää erityistä huomioita siihen, että potilas ei kykene itse päättämään hoidostaan. (STM 2010.) Potilaan hoitotahdolla tarkoitetaan suullisesti tai kirjallisesti annettua hoitoa koskevaa tahdonilmaisua potilaan omasta hoidosta. Hoitotahto kirjataan potilasasiakirjoihin, tai kirjallisesta hoitotahdosta liitetään potilasasiakirjoihin kopio. Hoitotahdon ilmaiseminen tulee ajankohtaiseksi siinä vaiheessa, kun potilas ei itse ole kykenevä ilmaisemaan lääkärille kantaansa hoitoon liittyen. Potilaalla on oikeus milloin vain peruuttaa tekemänsä hoitotahto. Jos potilas pystyy ilmaisemaan hoitotahtonsa, mutta ei kykene varmentamaan sitä, voi tilanteessa olla varmentajina kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä, jotka ovat kuulleet tai muuten kykenevät luotettavasti toteamaan potilaan tahdon. (Pahlman 2013, 55-56.)

Potilaan tilanteen arvioiminen ei ole lääkärille aina helppoa. Lääkärit saattavat helposti yliarvioida potilaan selviytymiskyvyn etenkin, jos lääkäri tuntee potilaan entuudestaan. (Sykes 2008, 1157-1162.) Potilaan fyysisen toimintakyvyn arvioimisessa lääkärillä ja potilaalla saattaa olla merkittäviä näkemuseroja. Lääkärit ovat arvioineet jopa neljänneksen kivuliaista eturauhassyöpäpotilaista oireettomiksi tai toimintakyvyltään vain lievästi rajoittuneiksi. (Tasmuth ym. 2004, 1809-1813.)

Pitkään alalla olleet lääkärit ja hoitajat kokevat päätöksenteon saattohoidon aloittamisesta helpommaksi kuin vähemmän aikaa alalla olleet kollegat. He suhtautuvat lisäksi positiivisemmin työhönsä ja pitävät sitä vähemmän kuormittavana. Sekä kokeneilla, että vastavalmistuneilla lääkäreillä on päätöksenteosta

syyllisyydentunteita ja henkistä kuormaa. (Hinkka ym. 2002, 195-204; Lange ym. 2008, 955-959; Gibbins ym. 2011, 389–399.)

Saattohoitopäätöksen teko riittävän nopeasti koettiin tärkeäksi (Sykes 2008, 1157-1162). Hoitajat kokivat, että päätös saattohoitoon siirtymisestä tehdään usein liian myöhään (Boyd ym. 2011, E229-E239). Se, että henkilökunta tunnistaa kuoleman lähestymisen, ei ainoastaan tarkoita oireiden hoitamiseen varautumista, vaan antaa heille myös mahdollisuuden valmistaa potilasta ja hänen läheisiään tulevaan. Tietäessään ennusteensa potilas kykenee tekemään päätökset elämänsä loppuvaiheelle. (Sykes 2008, 1157-1162.) Hoitohenkilökunta pitää tärkeänä moniammatillista yhteistyötä, ja he toivovat voivansa osallistua enemmän saattohoitopäätösten tekoon (Beckstrand ym. 2009, 446-453; Van der Riet ym. 2009, 2104-2111; Boyd ym. 2011, E229-E239).

Hoitohenkilökunnalla voi keskenään olla hyvinkin eriäviä näkemyksiä siitä, milloin hoito tuo laatua elämän loppuvaiheeseen, ja milloin se on elämää keinotekoisesti pidentävää. Hoitajat toivovat mahdollisuutta osallistua enemmän saattohoitopäätöksiin liittyviin keskusteluihin ristiriitatilanteiden välttämiseksi. (Van der Riet ym. 2009, 2104-2111; Boyd ym. 2011, E229-E239.)

2.4 Saattohoidon täydennyskoulutus

Laadukas saattohoito edellyttää hoitohenkilöstön osaamista ja työhyvinvoinnin ylläpitämistä. Selvitysten mukaan on ilmennyt puutteita ammattihenkilöstön saattohoidon osaamisessa. (STM 2010.)

Hoitajat ja lääkärit kokevat, että koulutus saattohoidon toteuttamiseen on riittämätöntä. Lääkärit kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta oireenmukaiseen hoitoon (Tasmuth ym. 2004, 1809-1813). Kotihoidossa työskentelevät ammattilaiset kokivat tiedonsaannin ja ohjauksen puutteelliseksi (Bee ym. 2008, 1379-1391). Pelkkä saattohoidon opetuksen lisääminen ammattiin valmistavassa koulutuksessa ei riitä. Käytännön työhön tarvitaan lisäkoulutusta, työnohjausta ja toimi-

vampia saattohoidon malleja. (Hautala ym. 2008, 2443-2448; Mahon & McAuley 2010, E141-E150; Gibbins ym. 2011, 389–399.)

Eurooppalaisen palliatiivisen yhdistyksen laatimien suositusten perusteella lääketieteellisen palliatiivisen hoidon opetussuunnitelmaan sisältyy muun muassa palliatiivinen hoito, kipu, potilas- ja perhelähtöisyys sekä henkilöstön vuorovai-
kutustaidot. Yli puolet koulutuksen sisällöstä on suuntautunut kivun hoitoon. Sairaanhoidajien opetussuunnitelmassa tavoitteina on hoitotieteeseen perustuva osaaminen sekä vahva eettinen ja ammatillinen päätöksentekotaito. Lähihoitajien ja sairaanhoidajien koulutus saattohoidosta vaihtelee oppilaitosten välillä. Koulutuksesta puuttuvat yhteiset kansalliset toimintatavat sekä käytännöt ja kokonaisuutena koulutus on vähäistä. (STM 2010, 20.)

Koulutustarvetta tulisi arvioida alueellisesti sekä paikallisesti. Ammattihenkilöstölle tulisi järjestää saattohoidon perus- ja lisäkoulutusta. Uusia työntekijöitä tulisi perehdyttää riittävästi saattohoitoon. Näyttöön perustuva saattohoito edellyttää uuden ja ajankohtaisen tiedon päivitystä jatkuvasti ammattihenkilöstön keskuudessa. (STM 2010.)

2.5 Saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kanssa toimiminen

Henkilökunnan mielestä potilaan yksilölliseen kohtaamiseen ja omaisten huomioimiseen tulisi olla tarpeeksi aikaa (Sand 2003, 174-175; Beckstrand ym. 2009, 446-453). Potilastyytyväisyyden ja potilaan ja hoitohenkilökunnan hyvän suhteen välillä on selvä yhteys (Tasmuth ym. 2004, 1809-1813). Potilaan, perheen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa elämän lopulla on havaittu puutteita. Kuolemaan liittyvistä asioista ei ole osattu tai uskallettu keskustella. Iäkkään potilaan kanssa käydyt keskustelut tulisi käydä hienovaraisesti ottaen huomioon potilaan yksilöllinen elämänhistoria, elämänasenteet sekä psykofyysiset voimat. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 89.)

Haasteena työssä pidetään sellaisten omaisten kohtaamista, jotka eivät hyväksy läheisensä ennustetta (Beckstrand ym. 2009, 446-453). Haastetta aiheuttaa

myös vuorovaikutuksen onnistuminen. Tämän vuoksi kommunikaation kehittämiseksi tulisi tehdä lisää tutkimustyötä. (Sykes 2008, 1157-1162.)

Saattohoidossa olevan potilaan mieliala saattaa vaihdella vuorokauden ja päivien aikana. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) teettämään kyselyn mukaan kolmasosa potilaista koki mielialansa alavireiseksi, kolmasosa tavalliseksi, ja joka viides kuvasi mielialansa positiiviseksi. (Tasmuth ym. 2004, 1809-1813.) Potilaan oma suhtautuminen kuolemaan vaikuttaa hoitajiin, esimerkiksi kuoleman kieltävän potilaan hoito saattaa olla raskasta ja ahdistavaa hoitajalle. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 252-254.) Työkokemuksen myötä hoitajan on helpompi kohdata kuoleva potilas (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 254-255). Hoitohenkilökunta näkee oman identiteettinsä ja työtehtävänsä tilannekohtaisesti joustavana. He kokevat, että liian jäykät roolit eivät sovi saattohoitoon. (Sand 2003, 174-175.)

Potilas kokee usein kuoleman hetkellä eksistentiaalista ahdistusta, ja on tärkeää, että hoitohenkilökunta osaa olla läsnä tällaisella hetkellä. Ahdistusta saataan usein hoitaa lääkkein, sillä henkilökunta saattaa tuntea kiusaantuneisuutta ja riittämättömyyttä potilaan vaikeiden olemassaolon kysymysten äärellä. Pelkkä inhimillinen läsnäolo on yksi kuolevan potilaan hoidon tärkeimpiä tehtäviä. (Mattila 2006, 38-47.)

2.6 Oireenmukainen hoito saattohoitopotilaalla

HUS:in alueella tehdyn tutkimuksen mukaan joka kolmas potilas toivoi parannusta oirehoidon laatuun perusterveydenhuollossa. Syöpäpotilaiden oireenmukaisessa hoidossa havaittiin olevan selviä puutteita erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. (Tasmuth ym. 2004, 1809-1813.) Kuolevaa ihmistä on hoidettava kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon fyysiset ja psyykkiset tarpeet. Loppuvaiheen yleisimmät oireet ovat levottomuus, hengitysvaikeudet, ahdistus, kipu ja hengityksen vinkuminen. Syöpäpotilailla syöpähoitoihin liittyy

usein sivuvaikutuksia. Henkisistä oireista yleisin on masennus. (Sykes 2008, 1157-1162; STM 2010.)

Kipu on yleinen oire syöpäpotilaalla. Syöpäpotilaista noin puolet kärsii kivuista taudin alkuvaiheessa, valtaosalla kipuja on taudin loppuvaiheessa. (Haanpää 2013, 105; Käypä hoito 2012.) HUS:in tekemässä kyselyssä joka toisella kipua ilmoittavalla potilaalla kipu oli kestoaltaan jatkuvaa ja läpilyöntikipua esiintyi suurella osalla (Tasmuth ym. 2004, 1809-1813.). Potilaalla on oikeus kivun diagnostiikkaan ja riittävään kivunhoitoon koko sairautensa ajan (Käypä hoito 2012). Pitkään jatkuessaan kivun merkitys varoittavana signaalina vähenee, ja siitä muodostuu elämänlaatua ja toimintakykyä merkittävästi vähentävä tekijä. Koska kipu on oire jostakin, on esimerkiksi syöpäpotilaalla hermovauriokipu yleistä, ja sen lievitys on lähes aina osa palliatiivista hoitoa. (Kalso 2013, 97-98.)

Hyvä kivunhoito koostuu perustaudin hoidon, kivun lääkkeellisen hoidon ja muiden kivunhoidollisten menetelmien lisäksi potilaan psyykeen ymmärtämisestä ja tukemisesta. Tähän liittyy myös stressiä aiheuttaviin tekijöihin puuttuminen. Nyky menetelmin kipuja voidaan hoitaa tehokkaasti. Ahdistuksen on todettu voimistavan kipua ja vähentävän opioidien vaikutusta. Selkeällä hoitopolulla, henkilökunnan vaihtuvuuden minimoimisella, hyvällä potilas-lääkärisuhteella ja riittävällä ajalla vuorovaikutukseen voidaan vaikuttaa ahdistukseen lievittävästi. (Kalso 2013, 98-101.)

Laskimoon annettava nestehoito ja ravitseminen eivät pääsääntöisesti kuulu saattohoitoon, mutta niitä voidaan harkita tapauskohtaisesti. Terveystieteiden ammattihenkilöiden suhtautuminen parenteraalisen nestehoidon käyttöön saattohoidossa vaihtelee. Lääkärit, joilla on vähemmän lääketieteellistä kokemusta saattohoidosta, suosivat laskimoon annettavaa nestehoitoa. Nesteytyksellä ei ole vaikutusta elinikään, eikä siitä ole todettu olevan merkittävää hyötyä saattohoidossa. Kun potilaan kyky ottaa suun kautta nesteitä ja ravintoa vaikeutuu tai estyy, aiheuttaa tämä suurta hätää sekä potilaalle, että omaisille. Omaisten ahdistus on tässä kohtaa vielä suurempaa kuin potilaan. Lääkäreihin kohdistuva viha sekä avuttomuuden ja pelon tunteet ovat yleisiä. Onkin erityisen tärkeää keskustella potilaan ja omaisten kanssa nesteytyksen tarpeellisuudesta tai tar-

peettomuudesta. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulisi kunnioittaa myös ruokailun osalta, eikä ruokaa tule ”tuputtaa” potilaalle, jos hän ei jaksakaan tai kykene syömään. (Pöyhiä 2013, 128-133.)

Saattohoitopotilaalla maha-suolikanavan oireet ovat yleisiä. Parantumattomasti sairailta noin 60 %:lla esiintyy elämän loppuvaiheessa pahoinvointia ja 30 %:lla oksentelua. Pahoinvointia lievitetään hoitamalla sen syytä ja pahoinvointilääkitystä käyttämällä. Nielemisvaikeudet voivat liittyä neurologisiin häiriöihin, kakeksiaan, pään ja kaulan alueen tai ruokatorven kasvaimiin tai limakalvovaurioihin (esimerkiksi herpes tai sammas). Nielemisvaikeuksia hoidettaessa pyritään selvittämään nielemisvaikeuden syy ja hoitamaan sitä. Tukkipat kasvamiset vaikeuttavat usein kiinteän ravinnon nielemistä ja hermo-lihashäiriöt vaikeuttavat myös nesteiden nielemistä. Tällöin ruuan koostumuksen muokkaamisesta voi olla apua. Ummetuksella tarkoitetaan ulostamisen harventumista alle kolmeen ulostuskertaan viikossa. Tällöin ulostemassa on kovaa, ulostaminen on vaikeutunut ja läpimenoaika maha-suolikanavassa on pidentynyt yli viiteen vuorokauteen. On arvioitu, että noin puolet saattohoitopotilaista kärsisi ummetuksesta. Ripuli on saattohoitopotilailla huomattavasti harvinaisempi oire kuin ummetus. Ripulin esiintyvyydeksi on arvioitu saattohoitokodeissa 5-10 %. Ripuli saattaa liittyä syöpähoitoihin. Tavallisimpia ripulin aiheuttajia ovat ummetuslääkkeet, imeytymishäiriöt, osittainen suolitukos (ohivirtausripuli) ja infektiot. Suolitukoksessa kyseessä on useasti suolen ontelon osittainen tai täydellinen tukkeutuminen tai suolen seinämän pareesista johtuva suolen tyhjennysliikkeen puuttuminen. Suolitukoksen oireita ovat runsas oksentelu sekä koliikkimaiset vatsakivut. Suolitukoksen hoito vaatii yleensä kirurgin arvon ja se riippuu paljolti potilaan yleis-tilasta. (Käypä hoito 2012.)

Hengenahdistuksesta kärsii noin puolet sydänpotilaista ja syöpää sairastavista sekä lähes kaikki pitkälle edennyttä keuhkosairautta sairastavat. Myös hengenahdistuksen yleisyys ja voimakkuus lisääntyy kuoleman lähestyessä. Hengenahdistuksen lievittäminen helpottaa laaja-alaisesti potilaan kärsimyksiä. Henkiset seikat vaikuttavat vahvasti hengenahdistuksen tunteeseen. Hoidon tärkeänä osana voidaan siis pitää potilaan kuuntelemista, hoitomahdollisuuksi-

en läpikäymistä ja avun saamisen varmistamista. (Lehto 2013, 136-140.) Oireenmukaiseen hoitoon tulisi jatkossakin kiinnittää enemmän huomiota, vaikka kustannuspaineet kasvavat, sillä sen merkitys toimintakyvylle ja elämänlaadulle on merkittävä (Kalso 2013, 104).

2.7 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisen sedaation tavoite on oireenmukainen kivunhoito. Potilas saatetaan lääkkeiden avulla tilaan, jossa kipua ei tunnu, mutta tiedottomuus on niin kevyttä kuin mahdollista. (Kirk & Mahon 2010, 914-923.) Toimenpiteen tarkoituksena ei ole kuoleman nopeuttaminen, vaan se on oireenmukaista hoitoa silloin, kun kipulääkkeet eivät enää riitä. Kivun lisäksi sedatoinnin syynä voi olla hengenahdistus, delirium tai yleistynyt ahdistuneisuus ennen kuolemaa. Sietämättömien kipujen lievittämiseksi potilas voidaan sedatoida väliaikaisesti tai lopullisesti viimeisiksi elinpäivikseen. Kipujen ja tuskan vaikeus määrää syvyyden johon kuoleva potilas sedatoidaan. Sedatointi voi olla jatkuvaa tai jaksottaista, esimerkiksi vain öiksi. (Hänninen 2007, 2207-2216.)

Palliatiivista sedaatiota pidetään vaihtoehtona eutanasiaille. Palliatiivinen sedaatio on kuitenkin laillinen hoitotoimenpide ja eutanasia useimmissa maissa laitton, mikä on herättänyt ristiriitaisia tunteita hoitohenkilökunnassa. Jotkut hoitajat kokevat, että tavoite on molemmissa sama: kärsimyksen lievittäminen. Vaikka elämää lopettavaa lääkettä ei anneta, lopputulos on sama kuin eutanasiassa; potilas ei pysty kommunikoimaan eikä liikkumaan. (Verpoort ym. 2004, 592-600.) European Association of Palliative Care:n eettisen työryhmän raportti painottaa, että sedaatio, jota käytetään kuolevan potilaan hoitoon, pitää erottaa käsitteenä eutanasiasta. Heidän mukaansa palliatiivisen sedaation tarkoitus on lievittää tuskaa ja kärsimystä kun, taas eutanasian tarkoitus on tappaa potilas. (Materstvedt ym. 2003, 97-101.)

2.8 Eutanasia

Eutanasia tarkoittaa sanana hyvää ja kivutonta kuolemaa. Eutanasia voidaan jakaa kahteen kategoriaan, aktiiviseen ja passiiviseen. Aktiivisesta eutanasiasta on kyse silloin, kun lääkäri tahallisesti, potilaan omasta tahdosta, suorittaa toimenpiteen, joka suoraan johtaa potilaan kuolemaan esimerkiksi antamalla yliannostuksen lääkkeitä. Passiivisessa eutanasiassa jätetään suorittamatta hoitoja, jotka pitkittävät potilaan elämää. Lähtökohtana kummassakin eutanasian muodossa on potilaan itsemääräämisoikeus ja vapaa tahto. Jos potilaan elämä lopetetaan ilman potilaan kompetenttia mielipidettä, kyse ei ole eutanasiasta. (Materstvedt ym. 2003, 97-101; Parpa ym. 2010, 160-165; Mickiewicz ym. 2012, 81-88.) Passiivisen eutanasian määritelmää on myös kritisoitu ja todettu että eutanasia on aina aktiivinen toimenpide. Tämän tulkinnan mukaan passiivista eutanasiaa ei oikeasti ole olemassakaan. (Materstvedt ym. 2003, 97-101.)

Euroopassa eutanasia on laillista Belgiassa, Luxemburgissa ja Hollannissa. Sveitsissä sallittua on lääkäriavusteinen itsemurha (Parpa ym. 2010, 160-165). Lääkäriavusteisessa itsemurhassa lääkäri vain avustaa potilasta tämän pyynnöstä. Lääkäri esimerkiksi hankkii lääkkeet, joilla potilas voi suorittaa itsemurhan. (Materstvedt ym. 2003, 97-101.)

Viimeisen kymmenen vuoden aikana eutanasiakeskustelua on käyty ympäri Eurooppaa, ja on selvitetty asenteita mahdollisesta eutanasian laillistamisesta. Asenteet ovatkin tutkimusten mukaan muuttuneet laillistamisen kannalta suopeammiksi toisen maailmansodan jälkeen. (Mickiewicz ym. 2012, 81-88.) Minkäänlaisia yhteishankkeita eutanasian laillistamiseksi Euroopassa ei kuitenkaan ole havaittavissa (Materstvedt ym. 2003, 97-101). Suomessa yleinen mielipide on eutanasian laillistamisen kannalla ja erilaiset kansalaisjärjestöt yrittävät painostaa poliitikkoja sen toteuttamiseksi. (Ryynänen ym. 2002, 322-331.) Laillistamisten kannalla hoitajien keskuudessa ovat etenkin nuoret hoitajat ja sairaanhoitajaopiskelijat (Mickiewicz ym. 2012, 81-88). Eutanasian puolella ovat myös enemmän ne hoitajat ja lääkärit, jotka eivät ole taustaltaan uskonnollisia (Ryynänen ym. 2002, 322-331; Mickiewicz ym. 2012, 81-88). Hoitajien näkemys eutanasiasta ja sen hyväksymisestä on

tilannekohtaista. Suurimpana vaikuttavana tekijänä pidetään potilaan kokeman kärsimyksen laatua ja määrää. Hoitajat tuntevat enemmän avuttomuutta kohdatessaan potilailla psyykkistä tuskaa kuin fyysistä kipua. Kuitenkin eutanasian salliminen psyykkisistä syistä on pidetty vähemmän hyväksyttävänä. (Veerport ym. 2004, 592-600.) Sairaanhoidajat ovat hyväksyvämpiä eutanasian suhteen kuin lääkärit. Tähän syynä saattaa olla se, että hoitajat ovat lähempänä kärsiviä potilaita ja tuntevat lääkäreitä henkilökohtaisemmin potilaan tuskan ja kivun. (Ingelbrecht ym. 2009, 1209-1218.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa syöpäpotilaan saattohoidon laatua henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimusongelmiksi valikoitui:

1. Millainen on saattohoidon laatu henkilökunnan arvioimana?
 - 1.1 Missä ja miten potilas haluaisi viettää viimeiset elinpäivänsä?
 - 1.2 Mihin saattohoidon tilanteisiin henkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta?
 - 1.3 Kuinka paljon potilailla esiintyy erilaisia psyykkisiä ja somaattisia oireita henkilökunnan mielestä?
2. Millaisia ajatuksia henkilökunnalla on eutanasiasta?
3. Mikä on henkilökunnan mielestä saattohoidossa parasta?
4. Mikä on henkilökunnan mielestä saattohoidossa huonointa?
5. Miten saattohoitoa tulisi kehittää?

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin sitä varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Kyselylomake kehitettiin ylemmässä ammattikorkeakoulussa, ja se laadittiin suomalaisten saattohoidon suositusten pohjalta. Lomakkeen laatimiseen on osallistunut saattohoitoon meritoitunut asiantuntijapaneeli, mikä vahvistaa sisällön validiteettia.

Kyselylomakkeen käytön etuja on, että niiden avulla tavoitetaan laaja joukko vastaajia, ja useita asioita voidaan kysyä yhdellä kerralla. Valmiiksi laaditut ja vastaajille lähetetyt lomakkeet eivät kuitenkaan takaa sitä, että kaikki vastaajat ovat ymmärtäneet kohdat tutkijan tarkoittamalla tavalla. Kyselylomakkeiden käytön heikkouksia on myös se, että vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195.)

Kyselylomakkeessa oli strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot ovat jo valmiiksi annettu. Strukturoidut kysymykset on esitetty Likertin asteikkoa käyttäen. Likertin asteikossa vastausvaihtoehdot on numeroitu, ja ne on aseteltu nouseviin tai laskeviin skaaloihin (Hirsjärvi ym. 2009, 197-200). Tämä mahdollistaa tulosten vertailun helposti tilastollisin menetelmin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 84).

Strukturoituja kysymyksiä täydentävät laadulliset eli avoimia vastauksia edellyttävät kysymykset. Avoin tapa vastata antaa mahdollisuuden vastaajalle sanoa, mitä hänellä on todella mielessään, ja osoittaa vastaajan tietämyksen aiheesta, sekä sen, mitä hän pitää huomioitavana seikkana (Heikkilä 2005, 53-54; Kurkela 2006; Hirsjärvi ym. 2009, 201).

Kyselylomakkeen (Liite 1) viisi ensimmäistä kysymystä kartoittavat taustamuuttujia (sukupuoli, ammatti, ikä, työskentelypaikkakunta ja työskentely-yksikkö). Seuraavissa kohdissa henkilökunta voi arvioida numeerisesti, minkä kouluvuosanan he antaisivat saattohoitopotilaan hoitoprosessille, ja kuinka monta

vuotta kyseinen henkilö on hoitanut saattohoitopotilaita. Kyselyssä selvitettiin myös, miten hyvin henkilökunta tuntee Sosiaali- ja terveysministeriön Hyvä saattohoito Suomessa -suositusten ja Kuolevan potilaan hoito – Käypä hoitosuosituksen.

Likertin asteikon avulla selvitettiin, minkälaisia oireita vastaajat kokevat saattohoidossa olevilla potilailla olevan. Kysymyksessä esitettiin 15 oiretta, jotka ovat sekä fyysisiä, että henkisiä esimerkiksi kipuja, pahoinvointia, hengenahdistusta, pelkoja, surun tunnetta tai tiedon tarvetta saattohoitoon liittyen. Numeraalisella asteikolla arvioitiin 43 väittämää koskien saattohoitopotilaan hoitoa ja hoidon laatua. Kysymyksissä kartoitettiin, miten hyvin mikäkin osa-alue saattohoidossa henkilökunnan mukaan toteutuu esimerkiksi tiedonkulku, potilaan huomioiminen, ammattitaito, hoitoympäristö ja työyhteisö.

Avoimia kysymyksiä oli kuusi. Niissä kysyttiin, mihin henkilökunta koki tarvitsevana lisäkoulutusta, missä ja miten henkilökunnan kokemuksen mukaan saattohoitopotilas haluaa kuolla, ja mitä mieltä henkilökunta on eutanasiasta. Lisäksi henkilökunta sai arvioida, mikä heidän mielestään on parasta ja huonointa heidän yksikkönsä saattohoidon toteutuksessa sekä kertoa kehittämissuhteita.

4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu sekä analysointi

Opinnäytetyön aineiston keruu aloitettiin kesäkuussa 2013, ja viimeiset lomakkeet on vastaanotettu lokakuun 2013 alkuun mennessä. Aineisto kerättiin Varsinais-Suomen alueelta, ja osallistujiksi tavoiteltiin syöpäsairaiden potilaiden saattohoitoon osallistuvaa henkilökuntaa eli sairaanhoitajia, lääkäreitä, lähihoitajia, perushoitajia sekä edellä mainittujen alojen opiskelijoita. Kyselylomakkeita jaettiin henkilökunnalle 395 kappaletta, ja niitä palautui lokakuun 2013 alkuun mennessä 99 kappaletta. Erikoissairaanhoidon (Tyks, Loimaa, Vakka-Suomen sairaala ja Salo) jaettiin 200 kpl lomakkeita, terveyskeskuksiin (Vehmaa, Kaarina, Raisio, Salo, Loimaa ja Uusikaupunki) 170 kpl ja 25 kpl jaettiin Lounais-Suomen syöpäyhdistyksen Karinakotiin. Kyselylomakkeiden jakaminen saattohoitoa toteuttaviin yksiköihin aloitettiin Salon aluesairaalaan 24.6.2013, ja viimeiset lomakkeet toimitettiin Raision terveyskeskukseen 30.7.2013.

Strukturoidut osiot kyselystä analysoitiin tilastollisin menetelmin. Aineistosta laskettiin frekvenssit, frekvenssiprosentit ja keskiarvot SPSS- ja Excel-tilastointiohjelmia käyttäen. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysiä soveltaen ja sisältöä erittelemällä. Sisällönanalyysi on tyypillinen tapa analysoida kvalitatiivista aineistoa. Sen tavoitteena on tiivistää aineisto niin, että tutkittavasta ilmiöstä voidaan muodostaa käsiteluokituksia ja malleja. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 163-166.) Sisällön erittelyllä pyritään etsimään samanlaisuuksia ja erilaisuuksia tutkimusaineistosta ja tekemään niiden perusteella johtopäätöksiä, joita voidaan myös numeerisesti laskea (Janhonen ym. 2001, 22-25; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.)

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Saattohoitoyksiköihin jaettiin 395 kyselylomaketta, joita palautui 99:ltä vastaajalta lokakuun 2013 alkuun mennessä. Vastausprosentiksi muodostui 25,06 %. Vastaajista kolme oli miehiä ja naisia oli 96. Vastaajien keski-ikä oli n. 45 vuotta. Vastaajat olivat työskennelleet saattohoidossa keskimäärin 12 vuotta. Saattohoidolle annettujen kouluarvosanojen keski-arvoksi muodostui 8 (ka 7,69). Korkein annettu arvosana oli 10 ja matalin 6. Vastaajista enemmistö (60 %) oli sairaanhoitajia ja toiseksi eniten oli lähihoitajia (30 %). Kyselyyn oli vastannut 4 lääkäriä.

5.2 Saattohoidon laatu henkilökunnan arvioimana

Henkilökunnasta 59,2 % koki, että heillä ei ole riittävästi aikaa saattohoitopotilaalle (Taulukko 1). Koulutukseen liittyvissä asioissa nähtiin myös puutteita, sillä yli puolet vastaajista (54,0 %) oli sitä mieltä, että ei ole saanut riittävästi koulutusta. Vastaajista 69,4 % koki, että työyksikössä on tarvetta koulutukseen kuolevan potilaan kivunlievityksestä. Muiden oireiden hoitoon koulutusta kaipasi lisää 77,6 % vastaajista. Vastaajien mielestä saattohoitoon osallistuvat hoitajat eivät saa tarpeeksi säännöllistä työnohjausta (64,3 %).

Hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä nähtiin myös puutteita. Vastaajista ainoastaan 9,1 % oli sitä mieltä, että erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto suunnittelevat saattohoitopotilaiden hoitoketjun yhteistyössä. Vastaajista vain 25,2 % koki, että eri hoitoyksiköiden välinen hoitoketju toimii moitteettomasti.

Vastaajista 79,4 % oli sitä mieltä, että potilaat saavat osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Vastaajien mielestä (86,6 %) myös läheiset otetaan mukaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi potilaat saavat vaikuttaa hoitoonsa henkilökohtaisin mielipitein ja toivomuksin (81,7 %). Vastaajista lähes

kaikki (95,9 %) kokivat, että potilaita kohdellaan kunnioittavasti ja huomaavaisesti. Henkilökunta koki myös, että kivunhoitoa arvioidaan jatkuvasti (86,7 %).

Taulukko 1. Saattohoidon laatu henkilökunnan arvioimana.

	En pysty arvioimaan tätä asiaa f (f%)	Täysin eri mieltä f (f%)	Lähes eri mieltä f (f%)	En samaa enkä eri mieltä f (f%)	Lähes samaa mieltä f (f%)	Täysin samaa mieltä f (f%)	Yhteensä f (f%)
Potilaat saavat osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksen tekoon	0 (0,0)	1 (1,0)	11 (11,3)	8 (8,2)	57 (58,8)	20 (20,6)	97 (100)
Läheiset otetaan mukaan potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (6,2)	7 (7,2)	60 (61,9)	24 (24,7)	97 (100)
Potilaat saavat vaikuttaa hoitoonsa henkilökohtaisin mielipitein ja toivomuksin	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (9,2)	9 (9,2)	53 (54,1)	27 (27,6)	98 (100)
Potilaat saavat itse vaikuttaa saattohoitopaikkansa valintaan	0 (0,0)	9 (9,2)	35 (35,7)	19 (19,4)	28 (28,6)	7 (7,1)	98 (100)
Hoitopaikkojen välinen yhteistyö toimii saumattomasti	3 (3,1)	10 (10,2)	24 (24,5)	30 (30,6)	28 (28,6)	3 (3,1)	98 (100)
Potilastiedot siirtyvät saumattomasti hoitopaikasta toiseen	3 (3,1)	9 (9,2)	28 (28,6)	20 (20,4)	36 (36,7)	2 (2,0)	98 (100)
Saattohoitopotilaita tuetaan henkisesti hyvin	1 (1,0)	5 (5,2)	23 (23,7)	22 (22,7)	37 (38,1)	9 (9,3)	97 (100)
Saattohoitopotilaan läheisiä tuetaan henkisesti hyvin	0 (0,0)	5 (5,1)	24 (24,5)	21 (21,4)	41 (41,8)	7 (7,1)	98 (100)
Saattohoitopotilas saa ammattilaisilta apua vuorokauden ajasta riippumatta	0 (0,0)	2 (2,1)	14 (14,4)	9 (9,3)	41 (42,3)	31 (32,0)	97 (100)
Saattohoitopotilaalle nimetään henkilöt, jotka vastaavat hoidosta vuorokauden eri aikoina	6 (6,1)	16 (16,3)	20 (20,4)	14 (14,3)	22 (22,4)	20 (20,4)	98 (100)
Kivun tai muiden oireiden hoidon onnistumista arvioidaan jatkuvasti	0 (0,0)	1 (1,0)	10 (10,2)	8 (8,2)	54 (55,1)	25 (25,5)	98 (100)
Potilaan oireita ja mahdollista kärsimystä lievitetään hyvin	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (7,1)	10 (10,2)	53 (54,1)	28 (28,6)	98 (100)
Saattohoitopotilaat saavat riittävästi kipulääkettä ja heidät pidetään kivuttomina	0 (0,0)	2 (2,0)	13 (13,3)	10 (10,2)	41 (41,8)	32 (32,7)	98 (100)
Pahoinvointia ja mahdollista oksentelua lievitetään hyvin	0 (0,0)	1 (1,0)	8 (8,2)	8 (8,2)	52 (53,1)	29 (29,6)	98 (100)
Saattohoitopotilaita kohdellaan kunnioittavasti ja huomaavaisesti	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	3 (3,1)	41 (41,8)	53 (54,1)	98 (100)

(Jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

	En pysty arvioimaan tätä asiaa f (%)	Täysin eri mieltä f (%)	Lähes eri mieltä f (%)	En samaa enkä eri mieltä f (%)	Lähes samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Yhteensä f (%)
Saattohoitopotilaat tuntevat olonsa turvallisiksi	6 (6,1)	2 (2,0)	6 (6,1)	29 (29,6)	43 (43,9)	12 (12,2)	98 (100)
Saattohoitoon osallistuvat lääkärit ovat ammattitaitoisia	1 (1,0)	4 (4,1)	16 (16,5)	17 (17,5)	38 (39,2)	21 (21,6)	97 (100)
Saattohoitoon osallistuvat sairaanhoitajat, perus- tai lähihoitajat ovat ammattitaitoisia	1 (1,0)	1 (1,0)	5 (5,1)	12 (12,2)	49 (50,0)	30 (30,6)	98 (100)
Potilaat saavat jatkuvasti tietoa sairautensa tilanteesta	0 (0,0)	5 (5,1)	18 (18,4)	24 (24,5)	39 (39,8)	12 (12,2)	98 (100)
Saattohoitoon liittyvät asiat selitetään potilaalle selkeästi ja perusteellisesti ymmärrettävällä kielellä (ei "latinalla)	2 (2,0)	3 (3,1)	16 (16,3)	16 (16,3)	38 (38,8)	23 (23,5)	98 (100)
Saattohoitopotilaat saavat apua käytännön asioiden hoitamiseksi	2 (2,0)	2 (2,0)	13 (13,3)	25 (25,5)	43 (43,9)	13 (13,3)	98 (100)
Potilaan hengellisiä tai uskonnollisia tarpeita tuetaan heidän toivomallaan tavalla	2 (2,0)	5 (5,1)	5 (5,1)	17 (17,3)	50 (51,0)	19 (19,4)	98 (100)
Saattohoitopotilaan hoitoympäristö on rauhallinen	0 (0,0)	4 (4,1)	10 (10,3)	10 (10,3)	47 (48,5)	26 (26,8)	97 (100)
Potilaita tuetaan läsnäololla, kuuntelulla tai keskustelulla	0 (0,0)	2 (2,0)	13 (13,3)	14 (14,3)	53 (54,1)	16 (16,3)	98 (100)
Saattohoitopotilaiden omaisia/läheisiä tuetaan läsnäololla, kuuntelulla tai keskustelulla	0 (0,0)	3 (3,1)	13 (13,4)	9 (9,3)	57 (58,8)	15 (15,5)	97 (100)
Hoitoon osallistuvat eri tahot toimivat hyvässä yhteistyössä keskenään	4 (4,1)	2 (2,0)	15 (15,3)	27 (27,6)	41 (41,8)	9 (9,2)	98 (100)
Henkilökunnalla on riittävästi aikaa saattohoitopotilaalle	0 (0,0)	23 (23,5)	35 (35,7)	16 (16,3)	21 (21,4)	3 (3,1)	98 (100)
Työyhteisössäni on riittävästi ohjeistettu kuolevan potilaan hoitoa	1 (1,0)	2 (2,0)	16 (16,3)	31 (31,6)	33 (33,7)	15 (15,3)	98 (100)
Työyhteisössäni kyetään puhumaan kuolemasta potilaan kanssa	2 (2,0)	1 (1,0)	10 (10,2)	22 (22,4)	40 (40,8)	23 (23,5)	98 (100)

(Jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

	En pysty arvioimaan tätä asiaa f (%)	Täysin eri mieltä f (%)	Lähes eri mieltä f (%)	En samaa enkä eri mieltä f (%)	Lähes samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Yhteensä f (%)
Työyhteisössäni kyetään puhumaan kuolemasta saattohoitopotilaan läheisten kanssa	1 (1,0)	1 (1,0)	7 (7,1)	16 (16,3)	49 (50,0)	24 (24,5)	98 (100)
Erikoissairaanhoidon tukea alueensa terveyskeskuksia tarjoamalla ympärivuorokautista konsultointiapua	20 (20,6)	7 (7,2)	9 (9,3)	23 (23,7)	27 (27,8)	11 (11,3)	97 (100)
Saattohoito-osaaminen on korkeatasoista työyksikössäni	1 (1,0)	2 (2,1)	6 (6,2)	23 (23,7)	41 (42,3)	24 (24,7)	97 (100)
Työyksikössäni on yhteisesti sovitut saattohoitopotilaan kivun hoidon hoitokäytännöt	5 (5,1)	7 (7,1)	12 (12,2)	23 (23,5)	30 (30,6)	21 (21,4)	98 (100)
Saattohoitopotilaan kivunhoitoa arvioidaan jatkuvasti	1 (1,0)	3 (3,1)	0 (0,0)	9 (9,2)	54 (55,1)	31 (31,6)	98 (100)
Saattohoitopotilaan muita fyysisiä oireita arvioidaan jatkuvasti	0 (0,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	13 (13,3)	57 (58,2)	26 (26,5)	98 (100)
Työyksikössäni ei ole tarvetta koulutukseen kuolevan potilaan kivun lievityksestä	4 (4,1)	41 (41,8)	27 (27,6)	13 (13,3)	11 (11,2)	2 (2,0)	98 (100)
Työyksikössäni ei ole tarvetta koulutukseen kuolevan potilaan muiden oireiden hoidosta	1 (1,0)	43 (43,9)	33 (33,7)	11 (11,2)	8 (8,2)	2 (2,0)	98 (100)
Olen saanut riittävästi koulutusta saattohoitopotilaiden hoitoon	0 (0,0)	22 (22,4)	31 (31,6)	22 (22,4)	19 (19,4)	4 (4,1)	98 (100)
Saattohoitoa toteuttaville tarjotaan saattohoitoon liittyvää säännöllistä työnohjausta	4 (4,1)	44 (44,9)	19 (19,4)	16 (16,3)	11 (11,2)	4 (4,1)	98 (100)
Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan kanssa	0 (0,0)	4 (4,1)	7 (7,1)	22 (22,4)	44 (44,9)	21 (21,4)	98 (100)
Hoitolinjauksista keskustellaan omaisten tai läheisten kanssa	0 (0,0)	2 (2,0)	7 (7,1)	11 (11,1)	57 (57,6)	22 (22,2)	99 (100)

(Jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

	En pysty arvioimaan tätä asiaa f (%)	Täysin eri mieltä f (%)	Lähes eri mieltä f (%)	En samaa enkä eri mieltä f (%)	Lähes samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Yhteensä f (%)
Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju toimii moitteettomasti	6 (6,1)	9 (9,1)	26 (26,3)	33 (33,3)	23 (23,2)	2 (2,0)	99 (100)
Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto suunnittelevat saattohoitopotilaiden hoitoketjun yhteistyössä	13 (13,1)	23 (23,2)	25 (25,3)	29 (29,3)	8 (8,1)	1 (1,0)	99 (100)
Mielestäni potilaalla, jolla on parantumaton ja kuolemaan johtava sairaus tulee olla mahdollisuus saada kuolinapua (eutanasiaa)	11 (11,2)	16 (16,3)	7 (7,1)	24 (24,5)	19 (19,4)	21 (21,4)	98 (100)

5.3 Henkilökunnan kokemuksia siitä, miten ja missä saattohoitopotilas haluaisi viettää viimeiset elinpäivänsä

Henkilökunnan kokemuksen mukaan saattohoitopotilaiden toivomukset kuolinpaikan suhteen vaihtelivat yksilöllisesti. Osa potilaista halusi kuolla kotona tutussa ympäristössä omaisten tukemana. Osa halusi kuolla sairaalassa, jonka koettiin olevan turvallinen vaihtoehto, ja osa jossakin muualla esimerkiksi saattohoitokodissa, jossa olisi tarjolla rauhallinen ympäristö ja hyvä hoito (Kuvio 1.). Saattohoitokodit ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt koettiin henkilökunnan mukaan turvallisiksi ja rauhallisiksi paikoiksi kuolla, sillä niissä apu on lähellä. Kiireetöntä ilmapiiriä arvostettiin. Erityisesti Karinakoti nousi vastauksista esille potilaiden toiveena paikasta, jossa viettää viimeiset elinpäivät. Kysymykseen vastanneet kuvasivat asiaa seuraavasti:

Jotkut kotona, jos mahdollista kotihoidon/kotisairaalan/omaisten hoidossa. Jotkut haluavat hoito-osastolle tai sairaalaan. Yleensä hoito-osastolle siirretään halusi tai ei potilas sitä. Hyviä kokemuksia hoito-osastolla hoidosta myös.

Vaihtelee. Osa kotona, osa sairaalassa, osa Karinakodissa. Tuntuu että terveyskeskuksen vuodeosastolle ei monikaan haluaisi riippumatta asuinpaikasta.

Yksilöllisesti, osa haluaa olla kotona mahd. pitkään, ajattelee että sairaalaan tuleminen on luovuttamista. Toiset pelkää olla kotona, pelkää kipuja yms. ja kokee olevansa turvassa sairaalassa.

Osa haluaa kuolla kotona läheisten seurassa, mahdollisimman vähällä lääkityksellä, toiset haluavat ettei läheisten tarvitsisi nähdä huonoimpia aikoja... Jokaisen kohdalla oma "tyyli", ei voi yleistää.

Hyvin yksilökohtaista missä haluaa olla. Toinen haluaa ehdottomasti olla kotona loppuun asti, kun toinen taas mieluummin on laitoksessa. Miten? Mielestäni yleisimpiä huolia ovat: kivut, omaisten selviäminen, läsnäolon tarve kuoleman hetkellä.

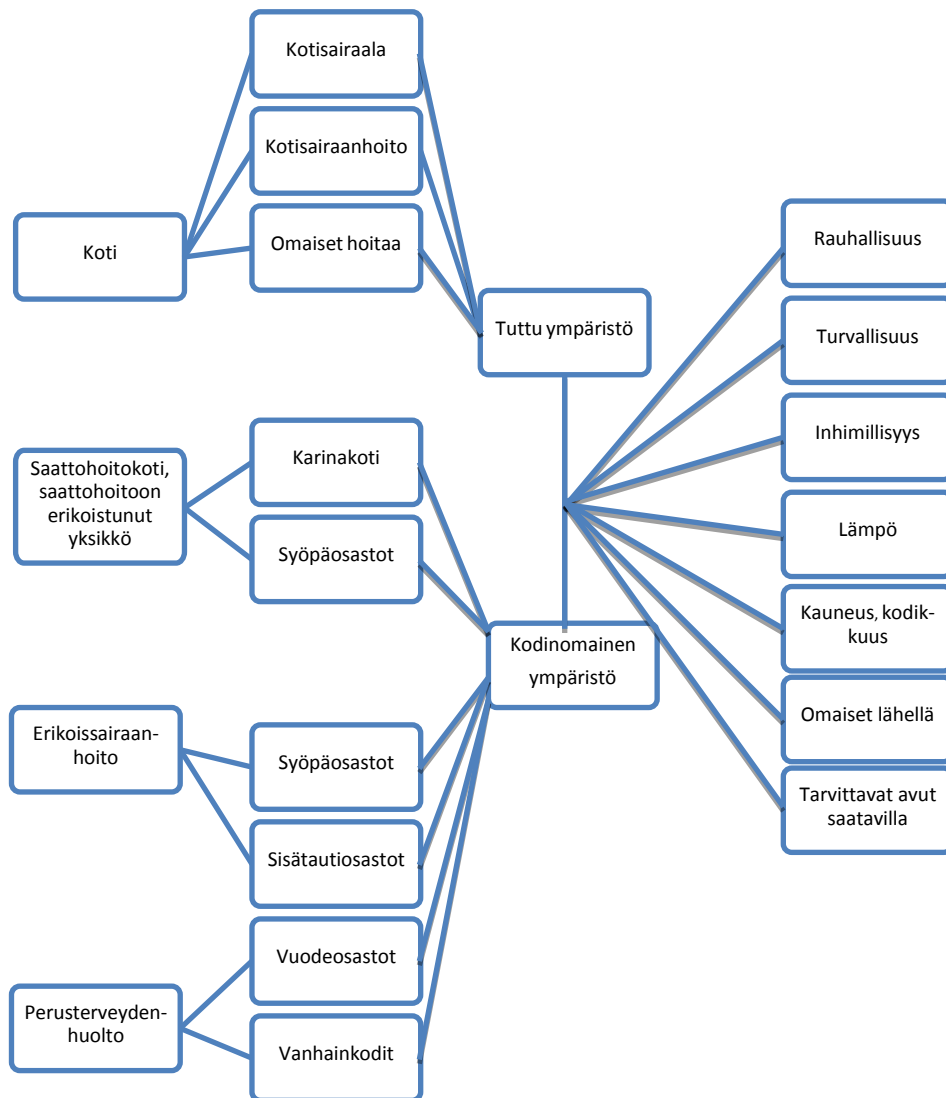
Jotkut haluavat ehdottomasti kuolla sairaalassa, ammattilaisten turvassa viimehetket. Jotkut taas haluavat kuolla ehdottomasti kotona. Kaikille yhteistä on, että pot. haluavat omaisten olevan lähellä mahdollisimman paljon. Kaikille potilaille on tärkeää tuntea olonsa turvallisiksi.

Moni haluaa olla laitoksessa turvan vuoksi, apu lähellä. Mutta kuolema kotona myös ilmaistu. Saattohoitokodin haluaisi moni viimeiseksi hoitopaikaksi.

Rauhallinen, kodinomainen paikka esim. Karinakoti useasti esillä, kivuttomana.

Rauhallisessa kauniissa ympäristössä kivuttomana.

Omassa kodissa ja jos se ei ole mahdollista, jossain pienessä saattohoitoon erikoistuneessa yksikössä/hoitokodissa, jossa on inhimillinen, kiireetön ilmapiiri ja hyvä kivunhoito.



Kuvio 1. Henkilökunnan kokemuksia siitä, missä ja millaisessa paikassa saattohoitopotilas haluaisi viettää viimeiset elinpäivänsä.

Henkilökunnan kokemuksen mukaan potilaat viettäisivät viimeiset elinpäivänsä mielellään omassa kodissaan, mikäli se olisi mahdollista. Omaisten haluttiin olevan vierellä tukena loppuun saakka. Kotisairaanhoidoa tai kotisairaalaan toivottiin tueksi siinä vaiheessa, kun kunto heikkenee, eikä itsenäisesti enää kotona pärjää. Turvallisuutta ja tuttua rauhallista ympäristöä pidettiin tärkeänä. Vastajat totesivat, että kotona oleminen ei aina ole mahdollista esimerkiksi voi-

makkaiden kipujen takia. Henkilökunta kuvasi potilaiden toiveita kotona kuolemiseen seuraavasti:

Kotona läheisten ympäröimänä, hyvä kivunhoito.

Kotona omaisten ympäröimänä, hyvä kivun hoito siellä, tarvittavat avut sinne, turvallisuus tulee huomioida.

Jos hyvä ja turvallinen kotihoito järjestyisi, niin sitten kotona.

Kotona haluaisivat olla, harvoin loppuun asti mahdollista esim. kivunhoidon kannalta.

Henkilökunnan mukaan sairaalassa tai osastohoidossa halutaan viettää viimeiset päivät, koska sairaala koetaan turvalliseksi paikaksi kuolla. Potilaat haluavat ammattitaitoista henkilökuntaa ja apua lähelleen. Oireiden hoito muun muassa kivunhoito koetaan sairaalassa paremmaksi. Ympäristön toivotaan olevan inhimillinen, kiireetön ja kodinomainen.

Sairaalassa saattohoitoyksikössä. Turvallisempaa, kivunhoito parempaa.

Yllättävän moni sairaalassa! Vai onko omaiset, jotka eivät "uskalla" antaa potilaan olla loppuun kotona... itse olisin kotona.

Osa haluaa olla sairaalassa pidempään turvallisuuden tunteen takia. Moni haluaa olla kotona viimeisiin päiviin ja tulee vasta sitten sairaalaan, kun ei pärjää enää kotona mm. kipujen takia.

Riippumatta kuitenkin paikasta henkilökunnan mukaan saattohoitopotilaat toivovat (Kuvio 2), että omaisten läsnäolo olisi mahdollista kaikkina vuorokauden aikoina. Laitoshoidossa toivottiin huoneiden olevan mahdollisimman kodikkaita yhdenhengen huoneita ja ilmapiirin olevan rauhallinen ja inhimillinen. Perus- ja oireenmukaisen hoidon toivottiin olevan hyvää ja riittävää. Kivunhoidon onnistuminen nousi monessa vastauksessa esille. Henkilökunnan mukaan kivuttomuus oli yksi tärkeimmistä asioista kuoleman lähestyessä. Turhaa lääkitystä ja hoitoja halutaan välttää. Nähtiin myös, että potilaat toivovat riittävää henkistä ja hengellistä tukea omaisilta ja hoitajilta saattohoitovaiheessa.



Kuvio 2. Henkilökunnan kokemus siitä, miten saattohoitopotilas haluaisi viettää viimeiset päivänsä.

5.4 Saattohoidon suositusten tunteminen

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Käypä hoidon saattohoitosuosituksia koskevassa kysymyksessä kartoitettiin, kuinka hyvin henkilökunta tuntee näitä suosituksia. Kaikki vastaajat (n=99) olivat vastanneet näihin kahteen kysymykseen.

Suurin osa vastaajista (71 %) arvioi tuntevansa STM:n saattohoitosuosituksia hyvin tai ainakin kohtalaisesti. Vastaajista 25 % ilmoitti tuntevansa STM:n suositukset huonosti tai ei lainkaan (Taulukko 2.).

Taulukko 2. STM:n Hyvä saattohoito suomessa suositusten tunteminen.

STM:n Hyvä saattohoito suomessa		
<i>Luokka</i>	<i>f</i>	<i>f %</i>
Erittäin hyvin	4	4 %
Hyvin	29	29 %
Kohtalaisesti	42	42 %
Huonosti	17	17 %
En tunne lainkaan	7	7 %
Yhteensä	99	100 %

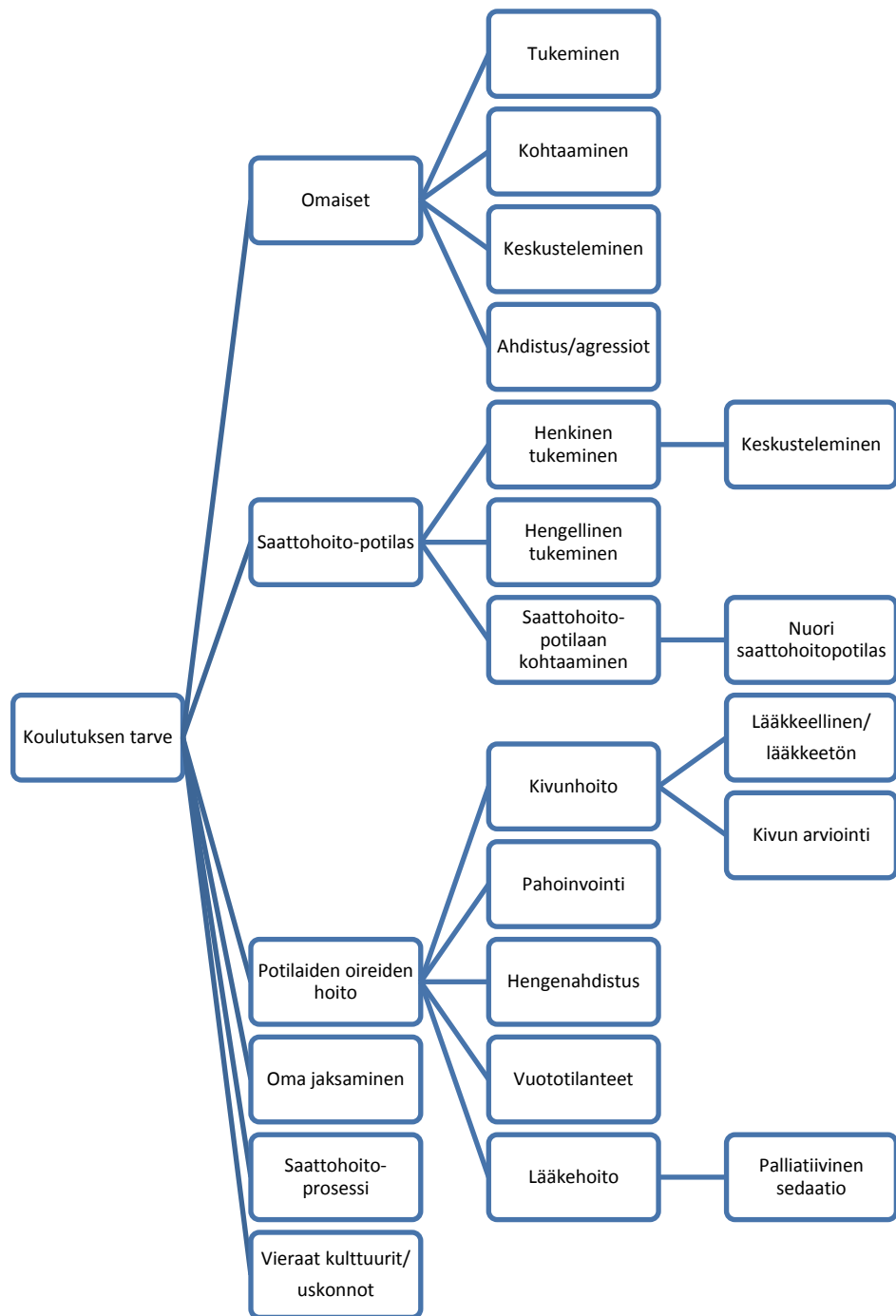
Vastaajista 74 % arvioi tuntevansa Käypä hoito-suosituksen kuolevan potilaan hoidosta hyvin tai kohtalaisesti. Huonosti tai ei lainkaan suositusta tuntevia oli 16 % vastaajista (Taulukko 3.). Yli puolet vastaajista arvioi siis tuntevansa saattohoidon suositukset hyvin tai kohtalaisesti.

Taulukko 3. Käypä hoito- suosituksen tunteminen.

Käypä hoito-suositus		
<i>Luokka</i>	<i>f</i>	<i>f %</i>
Erittäin hyvin	9	9 %
Hyvin	39	39 %
Kohtalaisesti	35	35 %
Huonosti	11	11 %
En tunne lainkaan	5	5 %
Yhteensä	99	100 %

5.5 Henkilökunnan tarpeet lisäkoulutukselle

Vastanneista 84 (85 %) koki, että lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Keskeisiksi teemoiksi nousivat potilaan ja omaisen kohtaaminen ja tukeminen, oireiden hoito, saattohoidon prosessi, henkilökunnan oma jaksaminen ja saattohoito eri kulttuureissa ja uskonnoissa (Kuvio 3). Myös nuoren saattohoitopotilaan kohtaamiseen haluttiin lisäkoulutusta.



Kuvio 3. Henkilökunnan lisäkoulutuksen tarve.

Henkilökunta vastasi tarvitsevansa lisää koulutusta saattohoitopotilaiden sekä heidän omaistensa kohtaamiseen ja tukemiseen. Keskusteleminen saattohoito-

potilaan kanssa koettiin ajoittain vaikeaksi ja vastaajat kokivat, että varsinkin saattohoitopotilaan psyykkiseen hoitamiseen tarvitaan lisää koulutusta. Kuolemasta keskusteluun ja potilaan tukemiseen suruprosessissa kaivattiin apua. Henkiset ja uskonnolliset kysymykset olivat myös yksi lisäkoulutuksen tarve. Omaisen epätoivon ja ahdistuksen sekä mahdollisen aggressiivisen käyttäytymisen kohtaamiseen kaivattiin opastusta. Koulutuskysymykseen vastattiin seuraavasti omaisia ja potilaita koskien:

Kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaamiseen. Tilanteen ainutlaatuisuuden ja herkkyyden vuoksi on vaikea löytää sanoja. Haluaisin kuulla niiltä, jotka ovat olleet esim. omaisena kuolevan vierellä, miten he haluaisivat hoitohenkilökunnan suhtautuvan heihin. Hoitajana haluaisin tukea ja lohduttaa, mutta en haluaisi "tyrkyttää" itseäni.

Kuolevan potilaan henkisessä/uskonnollisessa vakaumuksessa, miten auttaa, neuvoo? Omaisten kohtaamisessa, toiset hyvin lohduttomia tai vihaisia.

Potilaan psyykkeen tukemisessa, omaisten tukemisessa- kohtaamisessa.

Otaa myös omaiset/läheiset huomioon ja auttaa heitä selviämään omaisen/läheisen kuoleman lähestyessä.

Henkisen kivun helpottamiseen, haasteellisten omaisten kohtaamisesta ja kuinka pitkälle laki antaa myöten omaisten vaatimuksiin. Lääkärihän silti tekee viimeiset hoitoa koskevat päätökset.

Lähinnä omaisen kohtaamiseen surun hetkellä, sillä usein potilas jo siinä vaiheessa on itse sinut kuoleman kanssa mutta omaiset eivät halua luopua.

Vastaajista kolme toivoi koulutusta nuoren saattohoitopotilaan kohtaamiseen. Myös saattohoitopotilaan alaikäisten lasten kohtaamiseen ja tukemiseen kaivattiin apua.

Saattohoitopotilaan oireiden hoidossa kaivattiin lisäkoulutusta erityisesti kivunhoitoon. Koulutusta lääkehoitoon ja kivunhoitoon on saatu, mutta jatkuvaa kivunhoidon osaamisen ylläpitoa koulutusten kautta pidettiin tärkeänä. Myös pahoinvoinnin, hengenahdistuksen ja vuototilanteen hoitamiseen kaivattiin koulutusta. Oireiden hoidon koulutustarpeesta vastattiin seuraavasti:

Aivosyöpäpotilaiden vaikeat kivut+muu oireilu, nuorten syöpäpotilaiden kohtaamiseen saattohoitovaiheessa+omaiset.

Potilaan viimehetkeen liittyviin hoitoihin. Kuolleen potilaan laittamiseen.

Aina tarpeellista kerrata mielestäni KIVUNHOITOA...

Kivunhoitoon sekä lääkkeettömään että lääkkeelliseen.

Aika monipuolisesti on tullut käytyä, kipu- ja oirepuolen lääkitysuutuksia tietysti on seurattava koko ajan.

Kivun hoidosta ei mielestäni voi olla liikaa...

Esille nousi myös tarve tutustua enemmän eri kulttuurien saattohoitoon ja eri uskontoihin, jotta pystyttäisiin riittävästi tukemaan myös muista kulttuureista tulevia saattohoitopotilaita. Potilaan hengellistä tukemista pidetään tärkeänä, ja siitä halutaan lisää tietoa.

Henkilökunta kaipaa myös työkaluja oman jaksamisensa ylläpitoon. Raskas työ saattohoitopotilaan hoitajana vaatii myös omien tunteiden käsittelyä jatkuvasti. Tähän kaivattiin koulutusta ja huomiota työpaikalla, ja vastaajat kuvasivat tarvetta koulutukseen seuraavasti:

Oman jaksamisen tukemiseen/ylläpitoon. Työpaikalla ei kiinnitetä henkilökunnan jaksamiseen juurikaan huomiota. Muutaman vuoden aikana sairaslomien määrä on kasvanut paljon, osin em. syystä.

Agressiivisten omaisten kohtaaminen, potilaan surutyön tukemiseen. Miten hoitajana jaksan koota itseni aina uudestaan ja uudestaan.

Muutamit vastaajista kaipasivat parempaa koulutusta koko saattohoitoprosessin tuntemiseen. Esimerkiksi sairaanhoitajien koulutusta saattohoitoon pidettiin melko pinnallisena.

Kertaus ei koskaan ole pahaksi koko saattohoitoprosessissa.

Oikeastaan ihan kaikesta, sh AMK-koulutuksessa saattohoito kuitataan lyhyesti ja ytimekkäästi.

Yleisesti koko saattohoitoon haluaisin lisäkoulutusta..

5.6 Saattohoitopotilaan oireiden yleisyys henkilökunnan arvioimana

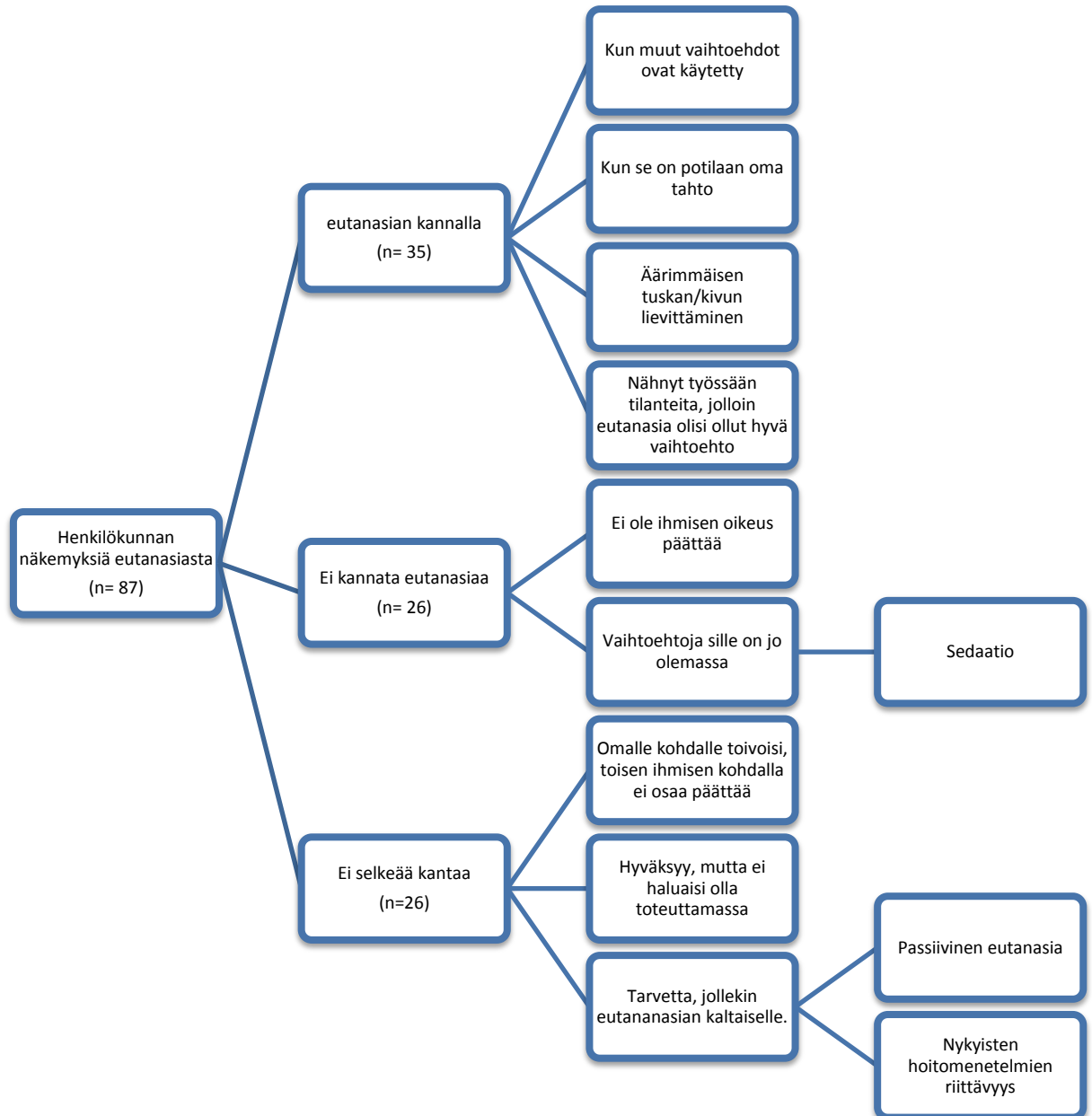
Henkilökunta arvioi, että kaikkia kyselyssä esitettyjä oireita esiintyi ainakin vähän. Vain yksittäisissä vastauksissa arvioitiin, että oireita ei esiintyisi lainkaan. Noin puolet vastaajista arvioi potilaalla olevan liikunta- ja toimintakyvyn heikkenemistä, uupumusta, henkistä ahdistusta ja pelkoja erittäin paljon. Paljon arvioitiin potilailla olevan myös kipuja, pahoinvointia, vatsa- ja suolisto-ongelmia, surua, masentuneisuutta ja unettomuutta (Taulukko 4.).

Taulukko 4. Saattohoitopotilaan psyykkisten ja somaattisten oireiden esiintyvyys henkilökunnan arvioimana.

OIREET	Erittäin paljon	Paljon	Vähän	Ei lainkaan	En osaa sanoa	Yhteensä
	<i>f (f%)</i>	<i>f (f%)</i>	<i>f (f%)</i>	<i>f (f%)</i>	<i>f (f%)</i>	
<i>Kivut</i>	26 (26,5)	59 (60,2)	12 (12,2)	1 (1,0)	0 (0,0)	98
<i>Pahoinvointi</i>	9 (9,3)	65 (67,0)	20 (20,6)	2 (2,1)	1 (1,0)	97
<i>Hengenahdistus</i>	6 (6,2)	67 (69,1)	23 (23,7)	1 (1,0)	0 (0,0)	97
<i>Yskä</i>	1 (1,0)	20 (20,6)	67 (69,1)	5 (5,2)	4 (4,1)	97
<i>Maha ja suolisto-ongelmat</i>	27 (27,6)	61 (62,2)	10 (10,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	98
<i>Pelot</i>	45 (45,5)	47 (47,5)	7 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	99
<i>Unettomuus</i>	18 (18,6)	52 (53,6)	27 (27,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	97
<i>Masennus</i>	22 (22,7)	56 (57,7)	19 (19,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	97
<i>Henkinen ahdistus</i>	46 (46,5)	45 (45,5)	7 (7,1)	0 (0,0)	1 (1,0)	99
<i>Uupumus</i>	49 (51,0)	42 (43,8)	5 (5,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	96
<i>Suru</i>	34 (34,3)	52 (52,5)	11 (11,1)	0 (0,0)	2 (2,0)	99
<i>Viha</i>	9 (9,2)	41 (41,8)	43 (43,9)	2 (2,0)	3 (3,1)	98
<i>Turvattomuus</i>	24 (24,7)	54 (55,7)	16 (16,5)	2 (2,1)	1 (1,0)	97
<i>Liikunta ja toimintakyky</i>	57 (58,8)	39 (40,2)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	97
<i>Tiedon tarve</i>	33 (34,0)	45 (46,4)	16 (16,5)	0 (0,0)	3 (3,1)	97

5.7 Henkilökunnan ajatuksia eutanasiasta

Henkilökunnan ajatukset eutanasiasta jakautuivat seuraavasti: 26 vastaajaa ei ollut eutanasian kannalla, 35 oli eutanasian kannalla ja 26:lla ei ollut selvää kantaa (Kuvio 4.). Vastaamatta jätti 12 henkilöä. Eutanasia nähtiin ongelmallisena ja vastauksista kävi ilmi, että asiasta on vaikea muodostaa selkeää kantaa. Useat vastaajat tyytyivätkin toteamaan, että asia on liian vaikea tai etteivät he ole edes asiaa koskaan pohtineet. Vastaajat olivat työssään nähneet tilanteita, joissa he kokivat, että eutanasia olisi ollut armollinen vaihtoehto, ja useassa vastauksessa nähtiin tarve jollekin sen tyyppiselle hoitomuodolle. Eutanasia kuitenkin koettiin vaihtoehtoista äärimmäisenä ja useat pohtivat, olisiko sille kuitenkin jokin muu vaihtoehto. Useat kokivatkin, että nykyiset hoitomenetelmät, kuten palliatiivinen sedaatio vastaavissa tilanteissa ovat riittäviä. Vastauksissa esiin nousi päätöksenteon ongelmallisuus, ja se, kuka eutanasian käytännössä toteuttaisi. Moni koki, että vaikka näkisi eutanasian vaihtoehtona itselleen äärimmäisen kärsimyksen hetkellä, olisi sen toteuttamiseen jonkun toisen kohdalla vaikeaa osallistua. Potilaan oman tahdon kunnioittaminen ja mielipiteen kuunteleminen nousivat useissa vastauksissa tärkeiksi. Vastaajat kokivat, että mikäli eutanasia on potilaan oma tahto, on se hyväksyttävä toimenpide. Vastauksissa korostui myös äärimmäiseen kipuun ja kärsimykseen reagointi.



Kuvio 4. Henkilökunnan ajatuksia eutanasiasta.

Eutanasiaa vaihtoehtona vastusti 26 vastaajaa. Heistä suurin osa (18 vastaajaa) koki, että nykyisin menetelmin potilaan kärsimystä ja kipua ennen kuolemaa on mahdollista jo helpottaa tarpeeksi. Eutanasia nähtiin tarpeettomana vaihtoehtona, jos kivun ja kärsimyksen hoito toteutetaan muuten hyvin. Erityisesti sedaatio nähtiin useassa vastauksessa nykyisistä hoitokeinoista riittävän

hyvänä ja eutanasian kaltaisena vaihtoehtona, joka sulkee eutanasian tarpeen pois. Ajatuksia tuotiin esille esimerkiksi näin:

Eutanasiaa ei tarvita eikä haluta, jos saattohoito toteutetaan hyvin.

Kivun ja kärsimyksen lääkehoito on monipuolista ja kattavaa, kun vain tietoa ja taitoa löytyy. Minusta tehokas kivunhoito, tarvittaessa sedaatio sulkee eutanasian vaihtoehtona pois.

Kärsimyksen lievittäminen käytössä olevilla laillisilla keinoilla mahd. hyvin tärkeää.

Mielestäni lievitystä on olemassa hyvin pitkälle esim. narkoosin muodossa. Koen myös, että jokaisella on aikansa, eikä kukaan ole tänne jäänyt.”

Henkilökohtaisesti en hyväksy eutanasiaa enkä siten halua osallistua siihen jos sellainen laki tulisi voimaan. Sen sijaan ns. palliatiivinen eutanasia tulee kyseen ja sedation mahdollisuus oikein vaikeiden oireiden helpottamiseen. Kivunlievitys erittäin tärkeä asia+ muiden oireiden hoito.

Laki kieltää eutanasian. Uskoisin sairaan oireita hoidettavan riittävän tehokkaasti, joka myös sallisi potilaalle arvokkaan, rauhallisen kuoleman. Käytetäänkö sedaatiota riittävän usein hoitokeinona, ja jonka potilas ja omaiset voivat hyväksyä hyvänä keinona?

Sedaation olen kokenut helpottavan apuna toivottoman potilaan hoidossa. EUTANASIASTA olen nähnyt dokumentteja En kannata

Vastustan eutanasiaa, koska ainakin meidän os. hoidetaan kuoleva potilas, niin ettei kipuja yms. ole. Sedaatio on hyvä vaihtoehto kun kivut ja ahdistus ovat hallitsemattomia.

Riittävän hyvällä kipu/muulla oirehoidolla ei tule tarvetta eutanasiaan. Rohkeutta sedaation käyttöön aina silloin, kun kärsimystä ei muutoin voida lievittää.

Muutama vastaaja koki, ettei ihmisellä ole oikeutta päätösvaltaan omasta tai toisen kuolemasta. Eutanasia nähtiin murhan kaltaisena toimenpiteenä. Asiaa kommentoitiin seuraavasti:

Ihmisellä ei silloinkaan ole oikeutta tappamiseen.

Mielestäni tämän asian ei kuulu olla ihmisen päätettävissä. Uskon, että eutanasian salliminen lisäisi ristiriitatilanteita ja näkemuseroja.

Nykyiset kivunhoitomenetelmät ovat jo niin tehokkaita, että saadaan riittävä kivunhoito ja rauhoittuminen. Mielestäni eutanasia ei ole ratkaisu. Kukaan ei voi päättää toisen kuolemasta = murha? Jos potilas itse haluaa = itsemurha?

En haluaisi olla päättämässä kuka saa armokuoleman, mutta kivut ja kärsimys sietämättömänä tulisi hoitaa esim sedaation kautta. Elämä on pyhä kenellä on oikeus se lopettaa... Elämän pitkittämistä tässä tilanteessa en hyväksy.

Vastaajista 35 suhtautui eutanasiaan myönteisesti. Harva oli kuitenkaan suoraan eutanasian kannalla. Vastaajien mielestä eutanasia voidaan suorittaa vaan tiettyjen ehtojen täytyessä, kuten potilaan itse sitä toivoessa, muiden hoitomenetelmien ollessa riittämättömiä tai potilaan kärsiessä äärimmäisistä kivuista. Myönteisesti eutanasiaan suhtautuvista suurin osa (20 vastaajaa) koki, että mikäli eutanasia on potilaan oma valinta ja tahto, se on hyväksyttävää. Asiaa perusteltiin seuraavasti:

Jos potilas näin haluaa ja tietää myös muut vaihtoehdot, niin hän päättää itse elämästään- kannatan eutanasiaa, ehdottomasti KYLLÄ.

Olen aina ollut sitä mieltä, että jokaisen vakavasti/parantumattomasti sairastuneen tulisi saada päättää kuolemastaan. on armollinen tapa kuolla läheisten läsnäollessa potilaan näin halutessa. Se on potilasta kunnioittavaa ja heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioittavaa.

Olen asiassa potilaan puolella ja hyväksyn asian, jos potilas näin haluaa.

Jos ihmisellä on itsemääräämisoikeus ja laki potilaan oikeuksista, niin eikö silloin ihmisellä ole oikeus pyytää eutanasiaa... Miksi pitäisi kärsiä viime hetket, jos lievitystä ei ole.

Jos potilas sielun ja ruumiin voimissa ja potilas tietoinen omasta lopustaan sitä toivoisi. Olisin eutanasian kannalla.

Jos oireita ei saada kuriin ja potilas itse haluaa hän saisi päättää yhdessä kahden lääkärin kanssa asiasta. Saatuaan tyhjentävän tiedon kaikista vaihtoehdoista, tekisi päätöksen.

Eutanasiaa kannattavien vastauksissa korostui myös se, että eutanasian on oltava viimeinen vaihtoehto, kun muut keinot on jo käytetty. Armokuolema nähtiin hyvänä vaihtoehtona etenkin silloin, kun kivut ja kärsimykset ovat sietämättömät. Eutanasiaa viimeisenä vaihtoehtona ja keinona äärimmäisen kivun hetkellä kommentoitiin seuraavasti:

Joissain tilanteissa paikallaan, jos muut keinot eivät ole auttaneet.

Mielestäni eutanasia tulisi arvioida jokaisen kohdalla yksilöllisesti. Pidän eutanasiaa sallittavana sietämättömien kärsimysten lopettamisessa, kun muuta toivoa ei ole.

Kannatan jos muita keinoja ei ole.

Hyväksyn eutanasian, jos kipuja ei voida hallita! Kenenkään ei pitäisi kuolla kivuliiana.

Eutanasia on mielestäni armollinen ihmiselle jonka loppu on vaikea, kivun ja tuskan vuoksi, ainahan ei kipua saada taittumaan ja kun lopputulos tiedetään.

Mielestäni potilailla tulisi olla oikeus armokuolemaan, jos heidän kärsimyksensä on sietämätöntä ja he itse sitä toivovat. Etenkin aktiivisten hoitojen lopettaminen olisi hyväksi silloin, kun toivo alkaa olla vähissä

Kannatan eutanasiaa siinä tilanteessa kun potilaan olo on sietämätön lääkityksestä huolimatta ja potilas itse sitä toivoo/pyytää.

Jotkut vastaajista olivat työssään nähneet tilanteita, joissa kokivat, että eutanasia olisi ollut armollinen vaihtoehto. Vastaajat kertoivat kokemuksistaan seuraavasti:

Siihen pitäisi suomessa olla laillinen mahdollisuus. Kohdalleni on vuosien varrella tullut muutamia tilanteita, joissa se olisi ollut paikallaan.

Olen nähnyt joitakin potilaita, joilla on ollut erittäin vaikeita kipuja. Kipuja on hoidettu kaikin mahdollisin tavoin, jopa lievällä anestesiolla. Potilaat ovat lääkkeitä johtuen tokkurassa ja eläminen ei ole aina kovin mielekästä ko. tilanteessa. Myös hankalasta hengenahdistuksesta kärsivät ihmiset eivät aina nauti elinpäivistään. Joillakin potilailla on märkiviä, haisevia tuumoreita ja muita haavoja ja potilas joutuu olemaan hajunsa kanssa kaiken aikaa. Jotkut potilaat toivovat kuolevansa pian. Näissä tapauksissa olen ajatellut, että eutanasia olisi armollista

Vastaajista 26:lla ei ollut selkeää kantaa eutanasiaan. Tarve jollekin eutanasian tyyppiselle nähtiin, mutta koettiin, että asiaan on vaikea ottaa kantaa. Moni pohitti, että nykyiset käytössä olevat hoitokeinot sulkevat eutanasian tarpeen pois. Vastaajista viisi koki, että toivoisi sitä itselleen tai lähiomaiselleen, mutta potilaan kohdalla asiaan on vaikeampi suhtautua. Vastaajista kuusi näki eutanasian

ongelmallisena nimenomaan päätöksenteon ja käytännön toteuttamisen kannalta. Asiaa kommentoitiin esimerkiksi seuraavasti:

Olen eutanasian kannalla jos tulisi omakohtainen tarve, Toteuttaminen- en pystyisi ja aprikoinkin kuka tai kenestä olisi sitä toteuttamaan.

Itse en pystyisi tekemään päätöstä eutanasiasta tai toteuttamaan sitä. onneksi hoitajana minun ei tarvitsekaan. Omaisena olen eutanasian kannalla, jos läheiseni on parantumattomasti sairas ja kärsii kivuista.

En pystyisi antamaan eutanasiaa.

En haluaisi olla henkilö, joka joutuu toteuttamaan eutanasian.

Lakiin perustuva; selvät kriteerit; vain henkilö itse pystyy päättämään; ei omaisen, hoitaja tai lääkäri. En henkilökohtaisesti haluaisi olla päättämässä. Riittävä kipulääkitys, aktiivisen hoidon lopettaminen on eräänlaista eutanasiaa. kenen päätöksenä tai esityksenä?

Eutanasia määritelmänä herätti myös ajatuksia. Vastajaat näkivät tarvetta, jollekin eutanasian tyyppiselle, mutta pohtivat toteutetaanko nykyisin hoitomenetelmin jo saman asian ajavia toimenpiteitä. Osa vastaajista koki passiivisen eutanasian hyvänä vaihtoehtona, mutta ei aktiivista eutanasiaa.

Joissakin tapauksissa voisin hyväksyä sen, tosin sitä ei ehkä tarvita koska on olemassa kivunhoito ja mahdollisuus sedaatioon.

Potilaalla jolla sietämättömiä kärsimyksiä/kipuja lääkitään todella tehokkaasti antamalla vahvoja kipulääkkeitä ilman ylärajaa. Eikö tämä ole jo osittain eutanasiaa. Tämä on mielestäni erittäin hyvä asia.

Olen jollakin tapaa eutanasian kannalla. Kun ihminen on parantumattomasti sairas, tajuton ja kovin tuskainen kipulääkkeitä/lääkkeitä pitää antaa paljon jotta tuskat loppuu.

Sanana kielteinen, mutta tässä määriteltynä voisin olla jopa sen kannassa. Tapahtuuhan tätä nytkin, kun anna kipulääkettä kivuliaalle/tuskaiselle potilaalle. ja n. tunnin kuluttua potilas on kuollut. enkö silloin lievitä potilaan tuskaa? Näin käy tosi harvoin , esim. silloin kun kipupumppupotilaalle annetaan lisämorkkua.

Joskus kun ei ole mitään toivoa eikä mahdollisuutta parantua, tehdään ER-päätös. Kuitenkin annetaan iv-nesteitä/ lääkitystä ja näin pitkitetään elämää. Lääkäreiltä ei aina ollenkaan saa selviä, "toimintaohjeita" , esim. viikonlopun iltojen/öiden varalle

Rohkeita ihmisiä ketkä uskaltavat/haluavat tehdä päätöksen täysissä voimin ollessaan, kunnioitan heidän päätöstään. Suomessa ollaan vielä "lapsen kengissä"

asian suhteen ehkä. Sietämättömään kärsimyksen tulee mielestäni kehittää riittävä/oikea lievityskeino jotta pelosta ja kivusta päästään.

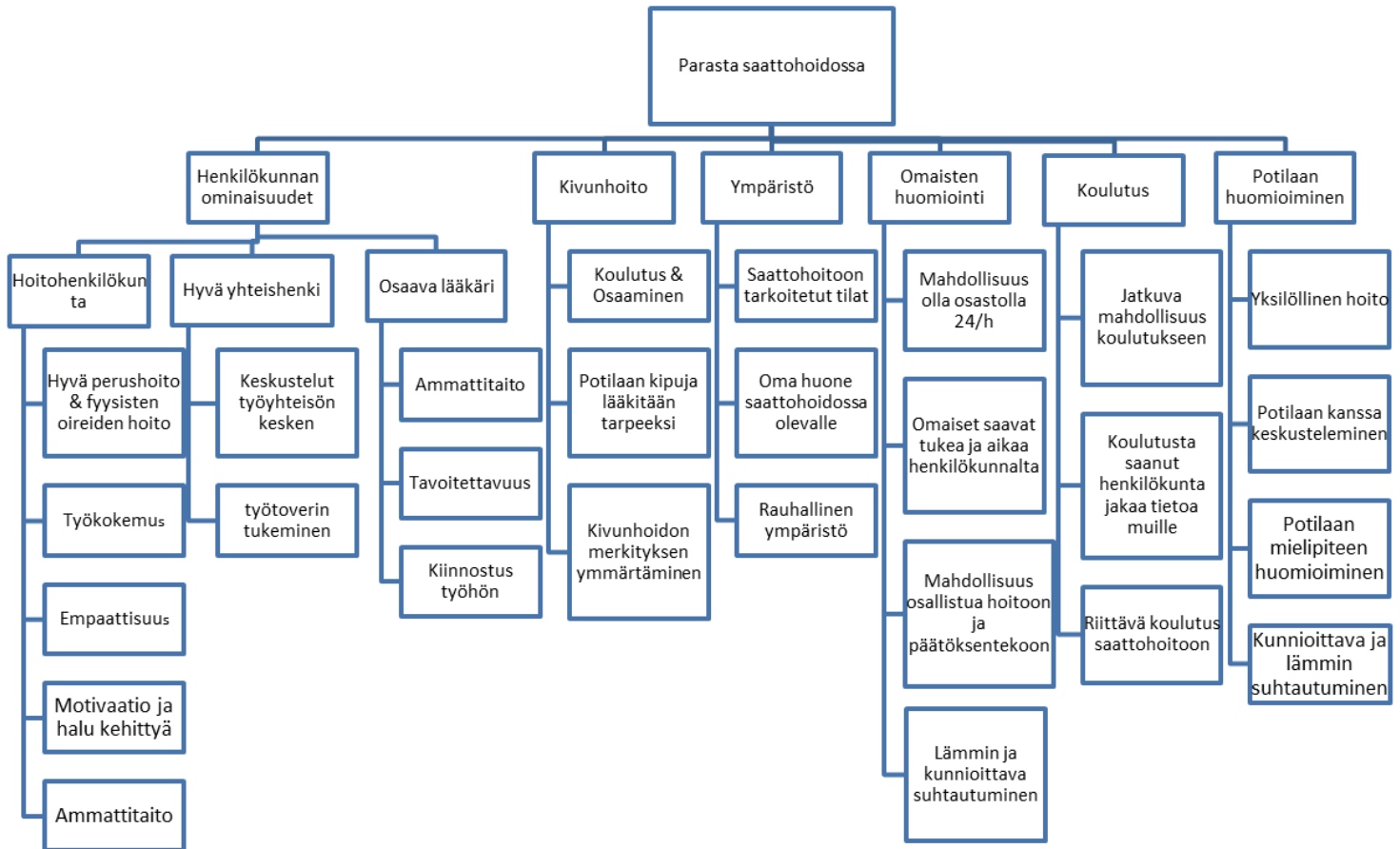
Ristiriitaiset ajatukset. En näe eutanasiaa luonnollisena osana ihmisen elämää ja kuolemaa, mutta toisaalta ymmärrän sen olevan armollisempi ratkaisu tilanteessa, jossa kärsimystä ei pystytä muulla tavalla lievittämään ns. ääritapauksissa

Passiivinen eutanasia on ainakin toivottavaa, turhista hoidoista on pidättäydyttävä. Ei vielä säännönmukaisesti toteudu. Periaatteessa kannatan eutanasiaa tai ainakin niin runsasta lääkitystä että sietämätön kipu saadaan pois.

Hyväksyn "passiivisen" eutanasian. Minusta kenenkään ei pitäisi kärsiä kohtuuttomasti. Sietämätöntä kärsimystä pitäisi kyetä lääkkeillä helpottamaan riittävästi. Toivoisin potilailla olevan hoitotahtoja kirjattuna ja niitä pitäisi myös noudattaa. Asioista pitäisi sopia potilaan ja omaisten kanssa hyvissä ajoin ennen kuin tilanne on hallitsematon.

5.8 Parasta saattohoidossa

Vastaajista 86 otti kantaa siihen, mikä on omassa yksikössä parasta saattohoidossa. Lähes jokainen vastaaja listasi työyksiköstään useamman kuin yhden hyvän ominaisuuden. Henkilökunnan positiiviset ominaisuudet olivat yleisin työyksikössä parhaana pidetty puoli. Koettiin, että hoitohenkilökunta on motivoitunut, ammattitaitoista ja kohtaa potilaan empaattisesti ja aidosti. Vastaajista 20 piti tärkeänä lääkärin panosta: ammattitaitoa, kiinnostusta ja tavoitettavuutta. Vastaajista 27 näki parhaana puolena kivunhoidon hyvän toteutumisen. Koettiin, että osaston henkilökunta on hyvin koulutettu hoitamaan kipua ja hyvän kivunhoidon merkitys on ymmärretty. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että osastolla uskalletaan hoitaa kipua riittävästi. Henkilökunta koki, että koulutusta on saatu riittävästi, ja sitä on tarjolla. Vaikka osastolla vain osa henkilökunnasta saa lisäkoulutusta, kokivat muut, että tietoa jaetaan myös toisille. Henkilökunta koki, että potilas huomioidaan yksilöllisesti, ja hänet kohdataan kunnioittavasti ja lämpimästi. Henkilökunnalla riitti aikaa kohdata omaiset ja keskustella heidän kanssaan. Vastaajat kokivat myös positiivisena sen, että saattohoitopotilaalle on mahdollista tarjota rauhallinen ympäristö ja oma huone, jossa myös omaiset voivat viettää aikaa (Kuvio 5).



Kuvio 5. Henkilökunnan mielestä parasta saattohoidossa.

Henkilökunnan ammattitaito ja osaaminen olivat yleisimmät parhaana nähdyt ominaisuudet työyksiköissä. Vastaajat kokivat, että henkilökunta on motivoitunut, työlleen omistautunutta ja empaattista. Asiaa kommentoitiin muun muassa seuraavasti:

Työhön motivoitunut ja perehtynyt työryhmä. Erittäin hyvä saattohoitoon erikoistunut lääkäri

Osaava henkilökunta

Lämmin suhtautuminen saattohoitopotilaisiin ja heidän omaisiin, hyvä kivunhoito, hyvä ammattitaito ja halu tehdä hyvää saattohoitoa, korkea työmoraali.

Parasta on, että hoitajat yrittävät parhaansa ja suhtautuvat kunnioittaen sekä saattohoitopotilaaseen, että omaisiin.

Parasta asialleen omistautunut henkilökunta.

Ammattitaito ja tämän jakaminen muille.

Motivoitunut saattohoitotyön sisäistänyt hoitotiimi, joka jaksaa ja haluaa toimia potilaan ja omaisten parhaaksi, työkavereita tukien ja auttaen.

Ammattitaitoinen henkilökunta jonka päämäärä on potilaan hyvä ja rauhallinen kuolema.

Henkilökunta koki, että työpaikalla on hyvä yhteishenki. Vastaajat kokivat, että asioista voidaan työpaikalla keskustella yhdessä. Työyhteisön tuen koettiin auttavan työssä jaksamista. Henkilökunta kuvasi asiaa seuraavalla tavalla:

...keskinäiset keskustelut ja os. hoitajien ohjeistus.

...henkilökunnan empatia ja hyvät yhteistyötaidot.

Hyvä yhteishenki...

Motivoitunut saattohoitotyön sisäistänyt hoitotiimi, joka jaksaa ja haluaa toimia potilaan ja omaisten parhaaksi, työkavereita tukien ja auttaen.

...Hoitosuhteista keskustellaan. "kahvihuoneessa". Puretaan vähän tilanteita yhdessä.

Hyvä yhteistyö, tiivis yhteistyö...

...Henkilökunnalla on hyvä työilmapiiri, asioista keskustellaan yhdessä ja toisilta saa apua.

...Työyhteisön hyvä henki. Omista tunteista on helppo puhua työyhteisössä. Auttaa työssä jaksamista.

...Hoitoyhteisön tuki (vaikeat asiat puhutaan heti) ...

...Hyvä kommunikaatio ja tuki saattohoitoryhmän välillä.

Vastaajat pitivät tärkeänä, että osastolla toimiva lääkäri oli alansa erikoisosaaja, työstään aidosti kiinnostunut ja tarvittaessa saatavilla. Lääkäriin ominaisuuksia kuvattiin esimerkiksi näin:

...Erittäin hyvä saattohoitoon erikoistunut lääkäri

...hyvä lääkäri ja hänen hyvät ohjeet.

...Meillä on hyvin koulutettu henkilökunta saattohoitoa varten ja lääkäri jolle se on "sydämenasia"...

Ammattitaitoinen myös työajan ulkopuolella tavoitettavissa oleva lääkäri...

...Lääkäri joka suuntautunut saattohoitoon.

Saattohoitoon hyvin perehtynyt/osaava lääkäri...

Useat vastaajat kommentoivat osastonsa hyvää kivunhoitoa. Koettiin, että hoitohenkilöstö ja lääkäri ovat saaneet riittävästi koulutusta kivunhoitoon, ja he ymmärtävät kivunhoidon merkityksen. Vastaajat kokivat, että potilaiden kipua lääkitään tarpeeksi ja vastaajat korostivat sitä, että osastolla uskalletaan lääkitä kipua.

Työyhteisön jäsenet ymmärtävät pääsääntöisesti hyvän kivunhoidon tärkeyden...

Kivun lievitykseen on panostettu. Osastolla muutama asialle omistautunut kipuhoitaja.

...eikä kipulääkityksessä nuukailla

Kivunhoito. Potilas hyvin harvoin on kivulias.

...Myös kivuttomuus on korostunutta hoidossa.

Kivunlievitys on hyvin huomioitua --> koulutusta saatu.

Potilaan kivun ja oireiden hoito on hyvällä tasolla.

Kivunhoito hyvää siinä mielessä, ettei ajatella niin paljon että uskaltaakohan antaa...

Henkilökunnan mielestä saattohoitopotilaan omaiset huomioidaan hyvin. Vastaaajat kokivat, että omaiset huomioidaan, he saavat tukea ja heihin suhtaudutaan lämpimästi. Omaisilla on myös mahdollisuus olla osastolla ympärivuorokautisesti, ja heille annetaan mahdollisuus osallistua hoitoon.

Potilaan ja omaisten kuunteleminen ja heidän mielipiteiden kunnioittaminen.

Omaisten tukeminen on vahvuutemme.

...omaisilla mahdollisuus olla ympäri vuorokauden osastolla.

Joustavuus kaikessa, ja esim. vierailuissa, omaisille järjestetään tarvittaessa "peti" potilaan huoneeseen...

Parasta on, että hoitajat yrittävät parhaansa ja suhtautuvat kunnioittaen sekä saattohoitopotilaaseen, että omaisiin.

Osassa vastauksia kommentoitiin hyvää ympäristöä hoitaa ja työskennellä. Vastaaajat kokivat, että osasto on saattohoidon toteuttamiseen sopiva ja ympäristö on rauhallinen. Vastaaajat pitivät tärkeänä sitä, että saattohoitopotilaalle on mahdollista tarjota oma huone sekä sitä, että huoneet ovat viihtyisiä.

Yksityisen huoneen järjestäminen...

...hyvät tilat ja välineet toteuttaa hoitoa.

Saattohoitopotilaille pystytään useimmiten tarjoamaan oma huone.

...Rauhallinen saattohoituhuone...

Huoneet ovat viihtyisiä. Omaiset voivat yöpyä potilaan luona...

...1 hengen huone voidaan aina järjestää ja omaisen voi yöpyä myös...

Pieni kotoisa yksikkö

Hyvät tilat ja resurssit...

Osa vastaajista piti työyksikkönsä koulutusmahdollisuuksia hyvinä. Vastaajien mielestä koulutusta oli riittävästi ja sen saamiseen oli mahdollisuuksia. Koettiin, että enemmän koulutusta saaneet kollegat jakoivat tietoa myös muille.

...Saattohoitokoulutuksessa usea hoitaja ollut --> Saattohoidon parantamiseen pyritään kokoajan...

...Koulutusta on hyvin saatavilla, samoin kuin ammattiryhmien ammattitaito ja tietämys on aina käytettävissä.

Saattohoitoon perehtyminen tällä hetkellä, jotta se voisi jatkossakin olla parasta mahdollista. Käynnissä 30 ov kestävä täydennyskoulutus 2.lla hoitajalla, jotka jakavat tietoaan muille.

Meillä on hyvin koulutettu henkilökunta saattohoitoa varten...

Työyhteisömme on saanut paljon koulutusta saattohoidosta...

Hoitajat lähes kaikki käyneet saattohoitokoulutuksessa viimeisen kahden vuoden aikana.

Vastauksissa nousi esiin, että potilasta kohdellaan lämpimästi ja kunnioittavasti. Vastaajien mukaan työyksikössä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan ja hänen mielipidettään kuunnellaan. Vastaajat pitivät myös tärkeänä, että potilaalle annetaan aikaa ja hänen kanssaan keskustellaan.

Potilaan hyväksi toimiminen, potilaan mielipiteiden kuuntelu. Pyritään toimimaan potilaan tahdon mukaan.

Saattohoitopotilasta kohdellaan kunnioittavasti...

Lämmin suhtautuminen saattohoitopotilaisiin ja heidän omaisiin...

Suhde potilaaseen on lämmin, tukeva ja välittävä. Keskustellaan paljon ja kysytään voinnista ja ollaan yhteydessä omaisten kanssa...

Yksilöllinen ja sympaattinen potilaan kohtaaminen... Potilaan tarpeisiin vastaaminen.

Kunnioittava, ihmisläheinen kohtaaminen ja turvallinen ilmapiiri...

Vaikka usein on kiire, potilaille on aina aikaa ja omaisille.

5.9 Huonointa saattohoidossa

Kyselyssä pyydettiin kertomaan, mikä on huonointa saattohoidossa, ja mistä tämä johtuu. Viisi vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Vastanneista noin puolet (46 %) kertoi, että huonointa työyhteisöissä oli kiire ja ajan puute. Syyksi arvioitiin resurssi- ja hoitajapulaa. Henkilökunta kommentoi asiaa esimerkiksi näin:

Liian vähän aikaa saattohoidossa olevalle henkilölle ja hänen omaisilleen, liian vähän tukea. Syynä kiireinen työtahti (monta potilasta/hoitajaa)...

Ajoittain saattohoidossa oleville jää liian vähän aikaa vain olla läsnä ja kuunnella. Henkilökuntaa pitäisi olla enemmän.

Saattohoitopotilaan henkinen tukeminen, läsnäolo, kuunteleminen, kuolemasta puhuminen. Hoitajia liian vähän, ajoittain kova kiire.

Aina ei ole mahdollista olla kuolevan vierellä niin paljon kun pitäisi. Ja siksi tietoisuus, että potilas on kuoleman hetkellä yksin, ei tunnu kivalta...

Ei ole aikaa tarpeeksi saattohoidettaville potilaille, keskusteluapu minimaalista.

Henkilökunnan vähyydestä johtuva kiire--> väsymys...

henkilökuntaa on liian vähän, on kiire jota ei kuitenkaan saa/ voi näyttää potilaalle/omaisille. Silloin joustetaan esim. omasta ruokatauosta kerta toisensa perään.

...ja edelleen liian vähän aikaa kuolevalle potilaalle, liian usein potilas kohtaa lähdön hetken yksin. Silloin pitäisi olla hoitaja lähellä juuri häntä ja omaisia varten.

Etenkin osastoilla, joissa hoidetaan muitakin potilaita kuin saattohoitopotilaita kiire ja ajan puute aiheuttivat turhautumista ja pahaa mieltä henkilökunnalle. Tästä johtuen kuolevat potilaat ja heidän omaisensa eivät saa hoitajilta tarvitsemaansa huomiota. Myös yhteisten hoitolinjojen ja pelisääntöjen puuttuminen koettiin huonona asiana.

Osaston muut kiireet nakertaa aikaa saattohoidon potilaalta (kirurginen osasto).

Ei ole riittävän isoja tiloja, jotta omaiset mahtuisivat olemaan potilaan vieressä. Eikä hoitajilla ole riittävästi aikaa tukea potilasta ja omaisia, osastolla paljon potilaita, syt. hoidot ym.

Saattohoitoyksikön sijainti terveyskeskussairaalan osastolla, jossa paljon erilaisia potilaita hoidettana esim. dementikot, sekavat/harhaiset potilaat.

Huonoa on se, että saattohoitosolun oma henkilöstö on vain aamuvuorossa. illat ja etenkin yöt on henkisesti hyvin raskaita.

Usein osastoilla kova hälinä ja monentyypisiä potilaita, tuntuu että liian levoton ja aikaa ei aina ole riittävästi saattohoidossa olevalle potilaalle.

Selvät ohjeet puuttuvat, jolloin hoito voi olla toisella parempaa, toiselle huonompaa (johtuen esim. saattohoitopäätöksen ajankohdasta tai siitä että päätös jää tekemättä).

Ei ole mitään yleisiä sääntöjä tai yhteisiä menettelytapoja perushoidon tasolla. Ei yhteisiä sopimuksia, miten saattohoitopotilasta perushoidetaan. Hoitajat vaihtuvat ja hoidon laatu vaihtelee.

Kiireen ja resurssipulan lisäksi huonoksi asiaksi saattohoidossa nousi lääkärien kykenemättömyys tehdä saattohoitopäätös (24,5 % vastanneista). Vastaukset raportoivat sitä, että turhia, elämää pitkittäviä hoitoja jatketaan liian pitkään. Tämän lisäksi saattohoitopotilaiden kivun hoito on puutteellista. Se näyttäisi johtuvan lääkärien kokemattomuudesta hoitaa saattohoitopotilaita. Saattohoitopäätöksiä ja kovia kipulääkityksiä pelätään. Asiaa pohdittiin seuraavasti:

Saattohoitopäätösten teko on joskus vaikeaa, eikä aina johdonmukaista. Lääkärit eivät samoilla linjoilla.

Potilaita hoidetaan liian paljon loppuun asti esim. säde hoidetaan, antibioottihoidot.

Liian aktiivinen hoito. Saattohoitoon tai ainakin oireenmukaiseen hoitoon tulisi uskaltaa siirtyä monessa tapauksessa aiemmin.

Kun ei lääkäri osaa tehdä päätöstä saattohoitoon siirtymisestä vaan syöpähoitoja jatketaan kuolemaan asti.

Potilaita hoidetaan liian pitkään, luodaan illuusio paremmasta tulevaisuudesta. ei uskalleta tehdä päätöstä hoidon lopettamiseksi. Vanhoja ihmisiä "rääkätään" sen sijaan, että annettaisiin mahdollisuus rauhalliseen kuolemaan.

Saattohoitopäätös tehdään todella myöhään. Sytostaatti- ym. hoitoja jatketaan ja annetaan todella huonokuntoisille potilaille. Potilaat ja omaiset eivät ole tietoisia sairauden tilanteesta ja kun vointi huononee ja tehdään saattohoitopäätös se tu-

lee yllätyksenä, kun vielä viimeviikolla sai sytostaattihoidoa ym. Sitten kun se päätös tehdään saattaa potilas kuitenkin saada esim. i.v antibiootteja- ja nesteytystä, otetaan verikokeita ym. Se ei mielestäni ole saattohoitoa.

Meilläkään ei lääkäri aina osaa tehdä ajoissa järkeviä ja tarpeellisia päätöksiä hoitolinjauksiin liittyen. Se kiukuttaa. Kipupumppuja käytetään mutta välillä liian varovaisesti, liian pienin annoksin.

Erikoistuvien epäpätevyys näkyy ja tuntuu päätöksenteossa. Epävarmuus lisää turhia tutkimuksia ja kärsimystä.

Vastaajat kokivat myös koulutuksen puutteen haittaavan merkittävästi saattohoitoa. Koulutusta tarjotaan liian vähän tai vain osalle henkilökuntaa, mikä osataan eriarvoistaa potilaiden saamaa hoitoa ja kohtelua.

...Enemmän koulutusta hoitajille (koko osastolla).

Vähäinen henkilökunta, jolloin joutuu kokematon hoitaja saattohoitoon, eikä hallitse saattohoitopotilaan hoitoa.

...Osan henkilökunnasta on vaikea kohdata kuolevaa ja omaisia. Hoitosuhde jää toimenpidekeskeiseksi.

Kaikki hoitajat eivät ole "saattohoitajia", eivät pysty olemaan lähellä rauhassa ja koskettamaan kunnioittaen, vaan tehdään hoidot nopeasti riuhtoen ja äkkiä pois! Kosketus ja läsnäolo on tärkeitä asioita saattohoitopotilaan ja omaisten kannalta, ihmisarvon säilyttävä.

Vain osa saa saattohoito koulutusta.

5.10 Saattohoidon kehittäminen

Kyselyssä toivottiin vastaajien kertovan mielipiteitä saattohoidosta ja kehittämis ehdotuksia saattohoitoon. Vastauksissa toistuivat koulutuksen merkitys ja toiveet sen lisäämisestä. Koulutusta kaivattiin niin perusopetukseen, kuin myös valmistumisen jälkeen täydennyskoulutuksena. Vastaajat kommentoivat asiaa näin:

Lääkärit usein epävarmoja kipulääkityksestä, pelkäävät ehkä liian suuria annoksia, mitkä voisivat edesauttaa kuolemista. Lääkäreille ja hoitajille toivoisin lisäkoulutusta liittyen kivunhoitoon, oireisiin ja niiden lievityskeinoihin ja kohtaamiseen liittyviin haastaviin tilanteisiin.

Kaikenlaiset aiheeseen liittyvät koulutukset aina tarpeellisia, koska saattohoitopotilaita on pienissäkin yksiköissä lähes kokoajan.

Saattohoitotyön osaamista pitää parantaa perusterveydenhuollossa, koska erikoissairaanhoidon resurssit tulee käyttää aktiivihoidon ja saattohoitokoteja ei ole riittävästi.

Lisää saattohoitoon erikoistuneita hoitajia. Enemmän opetusta empaattisuudesta varsinkin lääkäreille.

Kaikille sairaanhoitotyöhön osallistuville edes jonkinlainen perehdytys. "Työkaluja" potilaan ja omaisen kohtaamiseen, psykologiaa. Lääketietouden tehostaminen, vaikuttavuuden ymmärtäminen.

Resurssien lisääminen ja hoitajien riittävä määrä koettiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Esimerkiksi kivunhoidon aloitus voi lykkääntyä, kun hoitaja ei ehdi muilta töiltään riittävästi keskittymään kivunhoidon toteuttamiseen. Useiden vastaajien mielestä omaiset jäivät liian vähälle huomiolle, koska aikaa ei ole tarpeeksi.

Saattohoitoa ei voida antaa hyvin, jos resurssit riittävät vain akuuttiin perushoitoon. Omaiset joutuu jättämään "yksin".

Riittävästi hoitajia. Silloin tulee hyvä potilas-omaisen-hoitaja suhde.

Saattohoitotyön osaamista pitää parantaa perusterveydenhuollossa, koska erikoissairaanhoidon resurssit tulee käyttää aktiivihoidon ja saattohoitokoteja ei ole riittävästi.

Kehitettävää on myös työyhteisöissä, sillä eri ammattikuntien väliselle yhteistyölle toivottiin parempia mahdollisuuksia. Hoitoa parantaisi saumaton yhteistyö hoitajien ja lääkärin välillä. Myös eri toimipaikkojen välisen yhteistyön kehittäminen koettiin tärkeäksi.

Tarvetta on yhteisiin palavereihin! Potilas, lääkäri, hoitaja ja tarvittaessa muita ammattiryhmiä ja sopivasti ajoitettu potilaan ehdoilla omaisten mukaan ottaminen...

Lääkäri-hoitaja-tiimin saumaton yhteistyö.

Yhteistyötä perusterveydenhuollon, kotisairaanhoidon ja saattohoitokodin kanssa pitäisi kehittää.

Vielä enemmän pitäisi lisätä eri toimijoiden yhteistyötä. Sattohoitopotilaiden kotona olemista pitäisi tukea Vakka-Suomessa esim. kotisairaala-toimintaa kehittämällä.

Olisi tuettava kotihoitoa mahdollisimman paljon. Kaikki apu niin sairaanhoito kuin välineistö (vuode, happi, imu) kotiin.

Karinakoti mainittiin esimerkillisenä saattohoitopaikkana, jonka osaamista toivottiin levitettävän myös muihin yksiköihin, joissa toteutetaan saattohoitoa. Pienten kodinomaisten saattohoitopaikkojen vähyys koettiin ongelmana.

On sääli ettei esim. Karinakodin hoitajien ammattitaitoa käytetä hyödyksi esim. sh-/lääkärin koulutuksessa...

Saattohoidon laatu ei ole sama esim. kaikissa terveyskeskuksissa kuin Karinakodissa. Potilaat ja omaiset kokevat saavansa eritasoista hoitoa, joku on valmis jopa siirtämään osoitteensa Turkuun jotta pääsee Karinakotiin.

Pieni saattohoitoyksikkö, kodinomainen. Kotona annettava samaa hoitoa, mahdollisuus siirtyä yksikköön/kotiin vapaasti. Yksikön lääkäri ymp. vrk tavoitettavissa.

...siitä tulisi säästää, jos panostettaisiin kotisairaala-toimintaan ja perustettaisiin saattohoitovaiheessa oleville kunnan puolesta oma yksikkö, pois akuuttiosastolta ja pitkäaikaishoitolaitoksista...

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Hyvässä tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan hyviä tieteellisiä toimintatapoja kuten rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus. Muiden tutkijoiden tekemä työ otetaan huomioon ja annetaan niille oikea arvo. Tutkimuksessa käytetään eettisesti ja tieteellisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa määritellään tutkijoiden oikeudet, asema, vastuut ja velvollisuudet sekä tulosten omistajuutta käsittelevät kysymykset. Tutkimuksessa ilmoitetaan käytetyt rahoituslähteet sekä muut mahdolliset sidonnaisuudet. Tulosten julkaisussa noudatetaan avoimuutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 364.)

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisiä periaatteita. Tuloksia on pyritty raportoimaan mahdollisimman luotettavasti ja totuudenmukaisesti. Tälle opinnäytetyölle on myönnetty asianmukaiset tutkimusluvut. Vastaajien anonymiteetti on turvattu tutkimuksen jokaisessa vaiheessa, ja vastaaminen on ollut vapaaehtoista. Kysely jaettiin Varsinais-Suomen alueella toimiviin terveydenhuollon yksiköihin, joissa toteutetaan saattohoitoa. Kyselylomake laadittiin suomalaisten saattohoidon suositusten pohjalta ja sen laatimiseen on osallistunut Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta, joka koostuu saattohoidon asiantuntijoista.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa validiteetti kuvaa tutkijan kykyä selittää ja tulkita ilmiötä vastaajan näkemyksen mukaisesti. Kyselytutkimuksessa mittarilla on suuri merkitys validiteetin kannalta. Kyselytutkimukseen vastanneet vastaajat ovat saattaneet ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. Mittari voi siis aiheuttaa tuloksiin virheitä, ja tutkijan on otettava tämä huomioon vastauksia tulkitessaan sekä osattava soveltaa omaa ajattelumalliaan vastausten mukaiseksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233.) Opinnäytetyössä tulokset on raportoitu mahdollisimman suoraan alkuperäisten vastauksien mukaisesti tulkintaa välttäen. Sisällön validiteettia vahvistaa se, että kysely-

lomake on laadittu suomalaisten saattohoidon suositusten pohjalta, ja sen laamiseen on osallistunut saattohoidon asiantuntijoista koostunut paneeli.

Opinnäytetyössä on käytetty määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää eli metodologista triangulaatiota. Validiutta voidaan parantaa käyttämällä tutkimuksessa useita eri menetelmiä (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75).

Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia (Hirsjärvi ym. 2000, 213). Koska vastausprosentti jäi alhaiseksi (25,06 %), ei voida tehdä yleistyksiä henkilökunnan näkemyksistä saattohoitoon liittyen. Kyselyn tuloksia voidaan silti käyttää jatkossa saattohoidon kehittämiseen, ja varsinkin avoimet vastaukset antoivat arvokasta tietoa henkilökunnan näkemyksistä. Kyselyä ei pilotoitu, joten on vaikea arvioida sen toistettavuutta jatkossa. Kysely tullaan toistamaan tulevaisuudessa ja tällöin reliabiliteettiä on mahdollista arvioida luotettavammin.

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa syöpäpotilaan saattohoidon laatua henkilökunnan näkökulmasta. Vastausprosentti kyselyssä jäi alhaiseksi (25,06 %). Kyselylomakkeita lähetettiin saattohoitoa toteuttaviin yksiköihin 395 kpl ja vastauksia palautui määräaikaan mennessä 99 kpl. Kyselytutkimuksen tyypillisimpiä ongelmia onkin vastausten kato. Alhaiseen vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa se, että kyselylomakkeet päätyivät työyksiköihin aiottua myöhemmin, sillä kyselylomakkeen valmistuminen viivästyi. Vastausaika ajoittui täten kesäaikaan, jolloin osastojen henkilökunnan lomat saattoivat vaikuttaa vastaamiseen. Tällöin informaatio ei välttämättä kulje osastolla yhtä hyvin, koska henkilökunnassa on enemmän vaihtuvuutta, eikä tieto kyselystä ole välttämättä tavoittanut kaikkia. Yksi syy vastausprosentin alhaisuuteen saattoi olla se, että yksiköissä luultiin vastausajan olevan lyhyempi, kuin se todellisuudessa oli. Lomakkeita palautui tyhjänä määräaikaan aiemmin. Koska vastausprosentti jäi näinkin alhaiseksi, ei vastausten perusteella voida tehdä yleistyksiä saattohoidon laatuun liittyen. Kyselylomakkeista voidaan kuitenkin hakea yhtenäisiä linjoja Varsinais-Suomen alueen henkilökunnan mielipiteistä saattohoidon laatua koskien, koska vastaajia oli kuitenkin lähes 100. Erityisesti avoimista vastauksista saatiin paljon tärkeää informaatiota henkilökunnan näkemyksistä saattohoidon laadusta.

Saattohoitopäätökset pitkittyvät ja selkeitä hoitolinjoja ei ole, joten ei välttämättä aina ole selvää, onko potilas saattohoidossa vai ei. Päätökset tehdään usein niin myöhään, että osastolla ja pitkään ollut potilas saattaa olla saattohoidossa esimerkiksi vain yhden yön. Henkilökunta ei tällöin välttämättä koe osallistuvansa saattohoitoon, eikä halua ottaa asiaan kantaa. Tämä voi olla yksi osatekijä kyselyn alhaisessa vastausprosentissa. Henkilökunta toivoikin vastauksissaan selkeämpiä hoitolinjoja ja rohkeutta tehdä saattohoitopäätös. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua tulisi parantaa, koska nykyisellään se tuntuu olevan riittämätöntä, mikä voi osaltaan vaikuttaa saattohoidon laatuun heikentävästi. Lisäksi aiempaa tutkimustietoa tukien hoitohenkilökunta

toivoi voivansa osallistua päätöksentekoon (Beckstrand ym. 2009, 446-453; Van der Riet ym. 2009, 2104-2111; Boyd ym. 2011, E229-E239). Pitkittyneet saattohoitopäätökset turhauttavat henkilökuntaa, ja he kokevat, että potilaat eivät saa sellaista hoitoa kuin heille kuuluisi, vaan turhia elämää pitkittäviä hoitoja jatketaan.

Tuloksista kävi ilmi, että vastaajista 24 % tuntee STM:n suositukset huonosti tai ei lainkaan. Käypähoidon tuntemuksessa vastaava prosentti oli 16. Saattohoitoa toteuttaa siis joukko ammattilaisia, jotka eivät tunne alaa koskevia suosituksia ollenkaan tai tuntevat ne huonosti. Suositusten tuntemukseen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä sekä saattohoidon koulutuksessa.

Vastauksista kävi ilmi, että kivunhoitoa pidetään tärkeänä osa-alueena saattohoidossa. Useat vastaajat kokivat, että heidän osastollaan kipua hoidetaan hyvin ja riittävästi, mutta osa vastaajista oli sitä mieltä, että adekvaatti kivunhoito aloitetaan liian myöhään. Henkilöstöresurssien pula vaikuttaa merkittävästi siihen, kuinka laadukkaasti saattohoitoa ja kivunhoitoa pystytään toteuttamaan. Henkilökunta kuvaili myös rauhallisen ja kivuttoman kuoleman oleva yksi tärkeimmistä asioista saattohoitopotilaiden mielestä.

Kyselyn vastaukset vahvistivat aiempaa näyttöä siitä, että henkilökunta kaipaa lisää koulutusta saattohoitoon (Tasmuth ym. 2004, 1809-1813; Hautala ym. 2008, 2443-2448; Mahon & McAuley 2010, E141-E150; Gibbins ym. 2011, 389-399). Koulutusta toivottiin lisää sekä perusopintoihin, että työpaikoille. Erityisesti kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaamiseen haluttiin lisää osaamista. Aiempi tutkimustietokin on tuonut esiin ongelmat vuorovaikutuksessa ja potilaan kohtaamisessa (Laakkonen & Pitkälä 2006, 89; Sykes 2008, 1157-1162; Beckstrand ym. 2009, 446-453). Vastauksista kävi ilmi, että osastoilla lisäkoulusta saa kattavasti vain osa henkilökunnasta, ja osa vastaajista piti tätä epäoikeudenmukaisena. Tosin useat vastaajat olivat tyytyväisiä siihen, että osastoilla oli koulutetumpaa henkilökuntaa, jotka jakoivat tietoa myös muille ja olivat tavoitettavissa tilanteen vaatiessa. Tarvetta näytti lisäkoulutuksen lisäksi olevan myös henkiselle tuelle työhön liittyen. Yli puolet vastaajista koki, ettei ole saanut tar-

peeksi henkilökohtaista työnohjausta. Tärkeänä nähtiin työyhteisöltä saatu vertaistuki ja useat kokivatkin, että työpaikalla on hyvä yhteishenki ja asioista voi keskustella.

Henkilökunta oli ylpeä omasta ammattitaidostaan ja korosti sitä, että potilas kohdataan empaattisesti ja kunnioittavasti. Halu hoitaa hyvin korostui vastauksissa, mutta siihen kaivattiin enemmän aikaa ja resursseja. Kiire ja ajanpuute ovat nousseet esille myös aiemmissa tutkimuksissa (Sand 2003, 174-175; Beckstrand ym. 2009, 446-453). Henkilökunnalle oli myös tärkeää huomioida potilaan omaiset hyvin ja antaa heillekin aikaa.

Eutanasia näyttäytyi vaikeana aiheena, johon harva osasi muodostaa selkeää kantaa. Useat vastaajat korostivat sitä, että vaikka eutanasia otettaisiin käyttöön, sen tulisi olla viimeinen vaihtoehto. Vastaajat eivät halua olla mukana toteuttamassa eutanasiaa, mutta pitivät sitä hyvänä vaihtoehtona. Aiempaa tutkimustietoa tukien eutanasiaa kannatetaan tilannekohtaisesti (Veerport ym. 2004, 592-600). Vaikka käytössä on jo eutanasiaan rinnastettavia keinoja, kuten palliatiivinen sedaatio tai narkoosi, useat näkevät silti eutanasian liian radikaalina vaihtoehtona.

Kuolinpaikka jakoi vastaajien mielipiteitä kotihoidon ja laitoshoidon välillä. Vastaajien mielestä yhtä oikeaa paikkaa kuolla ei ole, vaan valinta on yksilöllinen. Moni toi esiin sen, että saattohoitopotilaat kuolisivat mieluiten kotona, mutta tarve riittävän tehokkaaseen oireiden hoitoon ajaa potilaat osastohoitoon. Kotisairaaloimintaa sekä kotihoitoa tulisi tehostaa niin, että entistä useampi potilas saisi kuolla toiveidensa mukaan kotona. Myös pienille kodinomaisille saattohoitoyksiköille saattaisi olla kysyntää. Kuitenkin potilaille tuntuu olevan kuolinpaikkaa tärkeämpi seikka se, että he saisivat viettää viimeiset elinpäivänsä kivuttomana omaiset vierellään.

Yhteenvedona todetaan, että henkilökunta kaipaa saattohoitoon kunnon ohjeistusta ja selkeytystä saattohoitopäätösten tekoon. Lisäkoulutusta kaivattaisiin erityisesti kuolevan potilaan ja hänen omaisten kohtaamiseen, nuoren kuolevan

potilaan hoitoon, oireiden hoitoon ja saattohoidon prosessiin. Henkilökunnalle on tärkeää kohdata jokainen potilas kunnioittavasti ja hoitaa häntä yksilöllisesti.

Tässä opinnäytetyössä käytetty kysely tullaan toistamaan tulevaisuudessa, jolloin voidaan tehdä pidemmälle vietyä tilastollista vertailua (esimerkiksi yksikkökohtaiset erot) ja kehittää tutkimusmenetelmää lisäämällä esimerkiksi haastattelu yhdeksi osioksi. Lisäksi kyselyä toistettaessa olisi syytä kiinnittää huomiota ajankohtaan, jotta mahdollisimman paljon vakituista henkilökuntaa olisi työssä vastausten keruun aikana. Lääkäreiden vastausten osuus jäi tässä opinnäytetyössä vähäiseksi, joten jatkossa lääkäreiden kantaa saattohoidon laatuun olisi syytä tutkia enemmän. Saattohoidon laadun edistämiseksi voisi lisätutkimusta jatkossa tehdä esimerkiksi saattohoitopotilaan, erityisesti nuoren ja omaisten kohtaamiseen liittyen. Lisäksi saattohoidon toteuttamista potilaan kotona tulisi kehittää niin, että mahdollisimman monella olisi mahdollisuus kuolla kotona turvallisesti, mikäli he näin tahtovat. Eutanasia näytti olevan kysymyksenä niin monisyinen ja tunteitakin herättävä, että sitä olisi syytä tutkia laajemmin.

LÄHTEET

- Anttonen, M. 2008. Saattohoidon laatu on mahdoton määritelmä. *Sairaanhoitaja-lehti* 9/2008, 15-17.
- Arevalo, J.; Rietjens, J.; Swart, S.; Perez, R. & Van der Heide, A. 2013. Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 50, No 5, 613–621.
- Beckstrand, L.; Moore, J.; Callister, L. & Bond, A. 2009. Oncology Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviors at the End of Life. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 36, No 4, 446-453.
- Bee, P.; Barnes, P. & Luker, K. 2008. A systematic review of informal caregivers' need in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 18, 1379-1391.
- Boyd, D; Merkh, K; Rutledge, D. & Randall, V. 2011. Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 38, No 3, E229-E239.
- Economist Intelligence Unit 2010. The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. Viitattu 13.3.2013: http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf.
- Eho, S.; Hänninen, J.; Kannel, V.; Pahlman, I. & Halila, R. 2004. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Vantaa: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta.
- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Gibbins, J; McCoubrie, R. & Forbes, K. 2011. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Medical Education*. Vol. 45, No 4, 389–399.
- Haanpää, M. 2013. Syöpäpotilaan neuropaattinen kipu ja sen hoito. *Elämän puu- Kirjoituksia saattohoidosta*. Keuruu: Terho-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Hautala, K.; Fält, A.; Hinkka, H.; Lammi, U-K.; Kellokumpu- Lehtinen, P-L. & Kosunen, E. 2008. Syöpäpotilaiden saattohoito perusterveydenhuollossa. *Terveydenhuoltotutkimus*. Suomen lääkärilehti. Vol. 27-31, 2443-2448.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5-6 painos. Helsinki: Edita publishing oy.
- Hinkka, H.; Kosunen, E.; Lammi, U-K.; Metsänoja, R.; Puustelli, A. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2002. Decision making in terminal care: a survey of Finnish doctors' treatment decisions in end-of-life scenarios involving a terminal cancer and a terminal dementia patient. *Palliative Medicine*. Vol.16, 195-204.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy
- Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio - viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. *Suomalainen lääkärisseura Duodecim*. Vol. 123 ,18, 2207-2216

- Inghelbrecht, E.; Bilsen, J.; Mortier, F. & Deliens, L. 2009. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: A nationwide study in Flanders, Belgium. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 46,1209–1218.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY
- Joensuu, J.; Roberts, P.; Kellokumpu-Lehtinen, P-L.; Jyrkkiö, S.; Kouri, M. & Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusyhtiö Duodecim Oy.
- Kalso, E. 2013. Kivun lievittäminen parantaa elämän laatua. Elämän puu- Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: Terho-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Kankkunen P. & Vehviläinen – Julkunen K. 2013. Tutkimus Hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kirk, T. & Mahon, M. 2010. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 39, No 5, 914-923
- Kurkela, R. 2006. Tilastollinen tiedonkeruu verkko-oppimateriaali. Tilastokeskus. Viitattu 7.2.2013: <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/01/>.
- Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 7.2.2013: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50063#s2>.
- Laakkonen, M. & Pitkälä, K. 2006. Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen toiveita? Elämän Loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lange, M.; Thom, B. & Kline, N.E. 2008. Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35, No 6, 955-959.
- Lehto, J. 2013. Henkeä ahdistaa ja tukehduttaa- mikä avuksi? Elämän puu- Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: Terho-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Mahon, M. & McAuley, W. 2010. Oncology Nurses' Personal Understandings About Palliative Care. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 37, No 3, E141-E150.
- Materstvedt, L. Clark, D.; Ellershaw, J.; Førde, R.; Boeck Gravgaard, A-M.; Müller-Busch, H-C.; Porta i Sales, J. & Rapin, C-H. 2003. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*. Vol. 17, 97-101.
- Mattila, K. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Mickiewicz, I.; Krajewska-Kułak, E.; Kułak, W. & Lewko, J. 2012. Attitudes towards euthanasia among health workers, students and family members of patients in hospice in north-eastern Poland. *The journal Progress in Health Sciences*. Vol. 2, No 1, 81-88.
- Nurminen, R. 2010. Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku. Turku: Turun ammattikorkeakoulu ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry.
- Parpa, E. ; Mystakidou, K.; Tsilika, E.; Sakkas, P.; Patiraki, E.; Pisteovou-Gombaki, K.; Govina, O.; Panagiotou, I.; Galanos, A. & Gouliamos, A. 2010. Attitudes of health care professionals,

relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*. Vol. 97,160–165.

Pöyhä, R. 2013. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. *Elämän puu- Kirjoituksia saattohoidosta*. Keuruu: Terho-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava.

Ryynänen, O-P.; Myllykangas, M.; Viren, M. & Heino, H. 2002. Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health*. Vol. 116, No 6, 322-331.

Sanastokeskus TSK ry. 2011. Geoinformatiikan sanasto. Helsinki: TSK 42.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Viitattu 18.9. 2013: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020- Työryhmän raportti. Viitattu 18.9. 2013: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1486858

Suomen Syöpärekisteri 2013. Ajantasaiset perustaulukot. Viitattu 18.9.2013: <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>

Sykes, N. 2008. End of life issues. *European journal of cancer*. Vol. 44, 1157-1162.

Tasmuth, T.; Saarto, T. & Kalso, E. 2004. Onnistuuko syöpäpotilaiden palliatiivinen hoito Husin alueella? *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 17, 1809-1813

Tilastokeskus 2012. Kuolleet peruskuolemansyyn ja iän mukaan 2011, molemmat sukupuolet. Viitattu 13.3.2013: http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_tau_001_fi.html.

Van der Riet, P.; Higgins, I.; Good, P. & Sneesby, L. 2008. A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.18, No 14, 2104-2111.

Van Dooren, S.; Van Veluw, H.; Van Zuylen, L.; Judith, A.C.; Rietjens, J.; Jan Passchier, J. & Van der Rijt, C. 2009. Exploration of Concerns of Relatives During Continuous Palliative Sedation of Their Family Members with Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 38, No 3, 452–459.

Verpoort, C.; Gastmans, C. & Dierckx de Casterle, B. 2004. Palliative care nurses' views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 47, No 6, 592–600.

World health organization 2013. Cancer. Viitattu 18.9.2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.

Vuorinen, E. 2013. Missä kuuluu kuolla? *Elämän puu – kirjoituksia saattohoidosta*. Keuruu: Terho-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava.

Liite 1. Kyselylomake.

SAATTOHOIDON LAATU

Turun ammattikorkeakoulu
Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry.
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

KYSELY SAATTOHOITOON OSALLISTUVALLE HENKILÖKUNNALLE

Pyydämme kohteliaimmin Sinua osallistumaan syöpäpotilaiden saattohoidon laadun arviointia ja kehittämistä koskevaan tutkimukseen vastaamalla tähän kyselyyn. Tavoitteena on edistää korkeatasoista ja yhdenvertaista saattohoitoa. Osallistumisesi on vapaaehtoista, mutta jokaisen kokemukset ja kehittämisehdotukset ovat tärkeitä. Jos et kuitenkaan halua osallistua, voit hävittää tämän lomakkeen. Tähän tutkimukseen tavoitellaan osallistujiksi noin 50-100 saattohoitopotilasta ja heidän omaisiaan tai läheisiään sekä syöpäsairaiden potilaiden saattohoitoon osallistuvaa henkilökuntaa Varsinais-Suomen alueelta (TYKS, Kaarina, Salo, Loimaa, Raisio, Vehmaa, Uusikaupunki ja Karinakoti (Lounais-Suomen Saattohoitokotiyhdistys r.s)).

Kysely on luottamuksellinen ja Sinun henkilöllisyytesi ei tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Etene vastaamalla jokaiseen kysymykseen valitsemalla mielipidettäsi parhaiten vastaava vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan. Täytetyn kyselylomakkeen voi antaa suljetussa postituskuoressa tutkimuksen nimetylle vastuuhenkilölle tai palauttaa sen palautuskuoressa tutkijoille (postimaksu on maksettu).

Tutkimukselle on saatu asianmukaiset tutkimusluvut. Lisätietoja tutkimukseen liittyvistä asioista saa hankkeen projektipäällikkö Raija Nurmiselta (puh. 044 9074 582). Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen kesken ja hanke liittyy osana ” Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku” – projektiin. Tavoitteena on julkaista tulokset opinnäytetöinä, tieteellisenä artikkelina ja ammattilehtijulkaisuina.

Kiitämme jo etukäteen vastauksistasi ja toivomme pystyvämme niiden avulla kehittämään syöpähoitoa vastaamaan parhaalla mahdollisella tavalla potilaiden ja heidän omaisten ja läheisten tarpeita.

Turussa 31.5.2013

Raija Nurminen, esh, TtT, yliopettaja
Turun ammattikorkeakoulu
Ruiskatu 8, 20720 Turku
raija.nurminen@turkuamk.fi

Sirkku Jyrkkiö, LT, dosentti
Hallinnollinen osastonylilääkäri
Syöpäkliniikka, TYKS
sirkku.jyrkkio@tyks.fi

Tuija Leinonen, esh, TtT, yliopettaja
Turun ammattikorkeakoulu
Ruiskatu 8, 20720 Turku
tuija.leinonen@turkuamk.fi

TAUSTATIEDOT

1. Olen 1. nainen
 2. mies

2. Ikäni on _____ vuotta

3. Työskentely paikkakuntani on _____

4. Työskentelen 1. Perusterveydenhuollossa

 a. Salo

 b. Kaarina

 c. Raisio

 d. Loimaa

 e. Vehmaa

 f. Uusikaupunki

2. Erikoissairaanhoidossa, missä _____

3. Yksityisessä hoitolaitoksessa, missä _____

4. Vanhainkodissa, missä _____

5. Palvelutalossa, missä _____

6. Karinakodissa Turussa

7. Jossain muussa, missä _____

5. Olen ammatiltani 1. Lääkäri

 2. Erikoislääkäri, erikoisalani on _____

 3. Erikoistuva lääkäri

 4. Sairaanhoitaja

 5. Lähihoitaja / perushoitaja

 6. Sairaanhoidon opiskelija

 7. Lähihoitajaopiskelija

 8. Lääketieteen opiskelija

 9. jotain muuta, mitä _____

6. Minkä kouluarvosanan (4 – 10) annat syöpäpotilaan koko hoitoprosessille (eli arvioituna diagnoosihetkestä potilaan kuolemaan saakka)? Arvosanani on _____

7. Olen osallistunut noin _____ vuotta saattohoitopotilaiden hoitoon

8. Missä ja miten (kokemukseesi perustuen) saattohoitopotilas haluaisi viettää viimeiset päivät ja kuolla?

9. Tunnen ”HYVÄ SAATTOHOITO SUOMESSA” (STM 2010) saattohoitosuosituksat

1. erittäin hyvin
2. hyvin
3. kohtalaisesti
4. huonosti
5. en tunne lainkaan

10. Tunnen ”KUOLEVAN POTILAAN OIREIDEN HOITO” Käypä hoito -suositukseen

1. erittäin hyvin
2. hyvin
3. kohtalaisesti
4. huonosti
5. en tunne lainkaan

11. Minkälaisiin saattohoidon tilanteisiin tarvitsisit lisäkoulutusta?

12. Kuinka paljon arvioit saattohoitopotilailla keskimäärin olevan

	erittäin paljon	paljon	vähän	ei lainkaan	en osaa sanoa
1. kipuja.....	4	3	2	1	0
2. pahoinvointia.....	4	3	2	1	0
3. hengenahdistusta	4	3	2	1	0
4. yskää	4	3	2	1	0
5. mahan tai suoliston toiminnanhäiriöitä	4	3	2	1	0
6. pelkoa.....	4	3	2	1	0
7. unettomuutta	4	3	2	1	0
8. masennusta.....	4	3	2	1	0
9. henkistä ahdistusta	4	3	2	1	0
10. uupumusta tai heikkouden tunnetta	4	3	2	1	0
11. surun tunnetta	4	3	2	1	0
12. vihan tunnetta	4	3	2	1	0
13. turvattuuden tunnetta	4	3	2	1	0
14. liikunta- ja toimintakyvyn heikkenemistä	4	3	2	1	0
15. tiedon tarvetta saattohoitoon liittyen	4	3	2	1	0

Seuraavassa on väittämiä, jotka koskevat saattohoitopotilaiden hoitoa. Pyydämme Sinua arvioimaan, missä määrin olet samaa tai eri mieltä esitetyn asian kanssa. Valitse kokemustasi parhaiten kuvaava vaihtoehto ympäröimällä sen numero.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
1. Potilaat saavat osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon	5	4	3	2	1	0
2. Läheiset otetaan mukaan potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon	5	4	3	2	1	0
3. Potilaat saavat vaikuttaa hoitoonsa henkilökohtaisin mielipitein ja toivomuksin	5	4	3	2	1	0
4. Potilaat saavat itse vaikuttaa saattohoitopaikkansa valintaan	5	4	3	2	1	0
5. Hoitopaikkojen välinen yhteistyö toimii saumattomasti	5	4	3	2	1	0
6. Potilastiedot siirtyvät saumattomasti hoitopaikasta toiseen	5	4	3	2	1	0
7. Saattohoitopotilaita tuetaan henkisesti hyvin	5	4	3	2	1	0
8. Saattohoitopotilaan läheisiä tuetaan henkisesti hyvin	5	4	3	2	1	0
9. Saattohoitopotilas saa ammattilaisilta apua vuorokauden ajasta riippumatta	5	4	3	2	1	0
10. Saattohoitopotilaalle nimetään henkilöt, jotka vastaavat hoidosta vuorokauden eri aikoina	5	4	3	2	1	0
11. Kivun tai muiden oireiden hoidon onnistumista arvioidaan jatkuvasti	5	4	3	2	1	0
12. Potilaan oireita ja mahdollista kärsimystä lievitetään hyvin	5	4	3	2	1	0
13. Saattohoitopotilaat saavat riittävästi kipulääkettä ja heidät pidetään kivuttomana	5	4	3	2	1	0
14. Pahoinvointia ja mahdollista oksentelua lievitetään hyvin	5	4	3	2	1	0
15. Saattohoitopotilaita kohdellaan kunnioittavasti ja huomaavaisesti ..	5	4	3	2	1	0
16. Saattohoitopotilaat tuntevat olonsa turvallisiksi	5	4	3	2	1	0
17. Saattohoitoon osallistuvat lääkärit ovat ammattitaitoisia	5	4	3	2	1	0
18. Saattohoitoon osallistuvat sairaanhoitajat, perus- tai lähihoitajat ovat ammattitaitoisia	5	4	3	2	1	0
19. Potilaat saavat jatkuvasti tietoa sairautensa tilanteesta	5	4	3	2	1	0
20. Saattohoitoon liittyvät asiat selitetään potilaalle selkeästi ja perusteellisesti ymmärrettävällä kielellä (ei "latinalla")	5	4	3	2	1	0

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
21. Saattohoitopotilaat saavat apua käytännön asioiden hoitamiseksi	5	4	3	2	1	0
22. Potilaan hengellisiä tai uskonnollisia tarpeita tuetaan heidän toivomallaan tavalla	5	4	3	2	1	0
23. Saattohoitopotilaan hoitoympäristön on rauhallinen	5	4	3	2	1	0
24. Potilaita tuetaan läsnäololla, kuuntelulla tai keskustelulla	5	4	3	2	1	0
25. Saattohoitopotilaiden omaisia/läheisiä tuetaan läsnäololla, kuuntelulla tai keskustelulla	5	4	3	2	1	0
26. Hoitoon osallistuvat eri tahot toimivat hyvässä yhteistyössä keskenään	5	4	3	2	1	0
27. Henkilökunnalla on riittävästi aikaa saattohoitopotilaalle	5	4	3	2	1	0
28. Työyhteisössäni on riittävästi ohjeistettu kuolevan potilaan hoitoa ..	5	4	3	2	1	0
29. Työyhteisössäni kyetään puhumaan kuolemasta potilaan kanssa ...	5	4	3	2	1	0
30. Työyhteisössäni kyetään puhumaan kuolemasta saattohoitopotilaan läheisten kanssa	5	4	3	2	1	0
31. Erikoissairaanhoido tukee alueensa terveyskeskuksia tarjoamalla ympärivuorokautista konsultointiapua	5	4	3	2	1	0
32. Saattohoito-osaaminen on korkeatasoista työyksikössäni	5	4	3	2	1	0
33. Työyksikössäni on yhteisesti sovitut saattohoitopotilaan kivun hoidon hoitokäytännöt	5	4	3	2	1	0
34. Saattohoitopotilaan kivunhoitoa arvioidaan jatkuvasti	5	4	3	2	1	0
35. Saattohoitopotilaan muita fyysisiä oireita arvioidaan jatkuvasti	5	4	3	2	1	0
36. Työyksikössäni ei ole tarvetta koulutukseen kuolevan potilaan kivun lievityksestä	5	4	3	2	1	0
37. Työyksikössäni ei ole tarvetta koulutukseen kuolevan potilaan muiden oireiden hoidosta	5	4	3	2	1	0
38. Olen saanut riittävästi koulutusta saattohoitopotilaiden hoitoon	5	4	3	2	1	0
39. Saattohoitoa toteuttaville tarjotaan saattohoitoon liittyvää säännöllistä työnohjausta	5	4	3	2	1	0
40. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan kanssa	5	4	3	2	1	0

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
41. Hoitolinjauksista keskustellaan omaisten tai läheisten kanssa	5	4	3	2	1	0
42. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju toimii moitteettomasti	5	4	3	2	1	0
43. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto suunnittelevat saattohoitopotilaiden hoitoketjun yhteistyössä	5	4	3	2	1	0
44. Mielestäni potilaalla, jolla on parantumaton ja kuolemaan johtava sairaus tulee olla mahdollisuus saada kuolinapua (eutanasia)	5	4	3	2	1	0

Kuvaile lyhyesti, minkälaisia ajatuksia Sinulla on eutanasiasta (eli armokuolemasta, jonka tavoitteena on sietämättömän kärsimyksen lopettaminen, kun sairauteen ei ole hoitokeinoja eikä kärsimys ole muulla tavoin lievitettävissä)?

LOPUKSI

Kuvaile lyhyesti, mikä teidän työyhteisönne saattohoidossa on mielestäsi parasta ja mikä tätä on edistänyt?

Kuvaile lyhyesti, mikä teidän työyhteisönne saattohoidossa on mielestäsi huonointa ja mistä tämä voisi johtua?

Jos Sinulla on muita saattohoitopotilaan hoitoon liittyviä mielipiteitä tai kehittämissuhteita, ole hyvä ja kirjoita niistä alla olevaan tilaan. Olemme kiitollisia kaikista huomioistasi ja ehdotuksistasi. Toivomme niiden avulla pystyvämme kehittämään syöpäpotilaiden hoitoa parhaalla mahdollisella tavalla vastaamaan potilaiden, heidän omaisten ja läheisten sekä henkilökunnan tarpeita.

Kiitos vastauksistasi ja oikein hyvää jatkoa!