

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2014

Tiina Valtonen

HYVÄ PERUSHOITO OSANA SAATTOHOITOA KARINAKODISSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2014 | 63

Raija Nurminen

Tiina Valtonen

HYVÄ PERUSHOITO OSANA SAATTOHOITOA KARINAKODISSA

Tämän projektin tavoitteena oli saattohoidon laadun kehittäminen perushoidon osa-alueella. Tarkoituksena oli määrittää saattohoidon hyvän perushoidon kriteerit, arvioida perushoidon taso, tunnistaa perushoidon kehittämiskohteet ja tuotoksena tehdä kehittämistoimenpiteet. Kehittämisyhteistyö toteutui Lounais-Suomen Saattohoitosäätiö r.s:n Saattohoitokodissa. Saattohoidon laadulla tässä tarkoitetaan hyvän perushoidon toteutumista Roperin, Loganin ja Tierneyn elämisen toiminnon mallin mukaan.

Tätä projektia varten kehitettiin kysely, joka pohjautui suomalaisen saattohoidon suosituksiin (Hyvä saattohoito Suomessa, STM 2010, Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012) ja Elämisen toimintojen malliin. Kyselyssä käytettiin 0-3 portaista asteikkoa sekä neljää avointa vastausta edellyttävää kysymystä.

Karinakodin hoitohenkilökunnasta (n=13) vastasi kyselyyn. Hoitohenkilökunnalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Hyvä perushoito sisältää Karinakodissa hoitohenkilökunnan mielestä vuorovaikutuksesta, lääkehoidon osaamisesta, itsemääräämisoikeudesta, päivittäistoiminnoista huolehtimisesta, inhimillisyydestä, kunnioituksesta, turvallisesta ympäristöstä, henkisestä ja hengellisestä sekä sosiaalisesta tuesta.

Henkinen tuki sisältää Karinakodissa itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, hengellisten asioiden keskustelemisen, avoimuuden, tukemisen, kuuntelutaidon, viestinnän, turvallisen hoitosuhteen, turvallisen ympäristön, omaisten tukemisen ja ohjaamisen sekä potilaan kokonaistilanteen ymmärtämisen.

Kehittämiskohteiksi määriteltiin vapaaehtoisten toiminnan lisääminen, hoitopalaverin pitäminen potilaan saapuessa saattohoitokotiin ja työn uudelleen organisoiminen. Vapaaehtoisten toiminnan lisäämistä kehitetään työntekijän palliatiivisen hoitotyön kehittämistyössä, vastaava hoitaja organisoii hoitopalaveri ja hoitohenkilökunnan kanssa projektin tekijä käy kehittämisvaihtoehtoja läpi.

ASIASANAT:

Saattohoito, perushoito, elämisen toimintojen malli

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of health | Development and management of social affairs and health

2014 | 63

Raija Nurminen

Tiina Valtonen

GOOD BASIC CARE AS A PART OF PALLIATIVE CARE IN KARINAKOTI

This project's aim was to develop the quality of hospice care by primary care areas. The aim was to determine good basic care criteria to assess the primary care level, to identify the primary care areas of development and to carry out development activities in hospice care. Development co-operation took place in south-western Finland's Saattohoitosäätiö r.s. hospices. The quality of hospice care in primary care means in this context implementing Roper, Logan and Tierney's model.

A questionnaire was developed based on the recommendations of the Finnish hospice care aim (Good palliative care in Finland, the Ministry of Social Affairs in 2010, treatment of the symptoms of a dying patient in 2012) and a model for activities of daily living. The survey used 0-3 point scaling as well as four open - response questions.

Karina Home care staff (n = 13) responded to the questionnaire. The medical staff in this study refers to practical nurses and nurses. Good basic treatment includes according to Karinakoti's nursing staff's view, interaction, treatment skills, self-determination, taking care of daily actions, humanity, respect, safe environment, mental and spiritual as well as social support.

Psychological support in Karinakoti includes respect for self-determination, discussing spiritual things, transparency, support, listening skills, communication, safe treatment and an environment, as well as the patient's sense of understanding of the situation.

Volunteers operations increased development of employees in the development of palliative nursing care, the nurse in charge to organize care and the nursing staff meeting with the author of the project is the development alternatives through.

KEYWORDS:

Hospice care, basic care, activities of daily living,

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTI	8
2.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat	8
2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	8
2.3 Kehittämiprojektin eteneminen	9
3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	10
4 SAATTOHOITO	12
5 ELÄMISEN TOIMINTOJEN MALLIN KUVAUS	16
5.1 Roper. Logan, Tierney elämisen toimintojen malli	16
5.1.1 Turvallisen ympäristön ylläpitäminen, viestintä ja hengittäminen	17
5.1.2 Syöminen, juominen ja erittäminen	18
5.1.3 Pukeutuminen, puhtaus ja kehon lämmön ylläpito	19
5.1.4 Liikkuminen, työskentely, leikki ja harrastus	19
5.1.5 Sukupuolisuuden ilmaisu, nukkuminen ja kuoleminen	20
6 EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUS	21
6.1 Tavoite ja tarkoitus	21
6.2 Aineiston keruu ja kuvaus	21
6.3 Aineiston analyysit	23
7 EMPIIRISEN OSAN TULOKSET	25
7.1 Kyselyn tulokset	25
7.1.1 Avointen kysymysten tulokset	25
7.1.2 Kyselyn väittämien tulokset	31
7.2 Hoitohenkilökunnan ehdotukset perushoidon kehittämiseen saattohoidossa	39
7.3 Hoitohenkilökunnan kehittämissuhteet saattohoitoon	39

8 EMPIIRISEN OSAN POHDINTA	40
8.1 Eettisyys ja luotettavuus	40
8.2 Tulosten tarkastelu ja kehittämissuositukset	41
9 SAATTOHOIDON TOIMINTAA OHJAAVA KUVAUS	45
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	47
11 KEHITTÄMISPROJEKTIN MERKITYS	49
LÄHTEET	51

LIITTEET

- Liite 1. Kehittämisprojektin lupa
- Liite 2. Suostumus
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Kysely
- Liite 5. Työaikajana Karinakodissa

KUVIOT

Kuvio 1. Esimerkki analyysin etenemisestä	23
Kuvio 2. Hyvän perushoidon koostumus saattohoidossa	26
Kuvio 3. Henkisen tuen koostumus saattohoidossa	29
Kuvio 4. Turvallisen ympäristön ylläpitäminen	31
Kuvio 5. Viestiminen	32
Kuvio 6. Hengittäminen	33
Kuvio 7. Syöminen ja juominen	34
Kuvio 8. Erittäminen	34
Kuvio 9. Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen	35
Kuvio 10. Kehon lämmöstä huolehtiminen	36
Kuvio 11. Liikkuminen	36
Kuvio 12. Työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen ja sukupuolisuuden ilmaiseminen	37
Kuvio 13. Nukkuminen	38
Kuvio 14. Kuoleminen	38
Kuvio.15. Hyvä perushoito saattohoidossa - toimintaa ohjaava kuvaus	43

TAULUKOT

Taulukko 1. Kehittämisprojektin toteutusvaiheet

9

1 JOHDANTO

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa ja tukea sairauden loppuvaiheessa, ennen kuolemaa ja kuolinprosessin aikana. Keskeisintä saattohoidossa on ihmisen oireiden ja kärsimysten lievittäminen. Hoidon lähtökohtana pidetään potilaan etenevää parantumaton sairautta, johon ei ole tarjolla parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä ja jäljellä oleva elinikä arvioidaan olevan lyhyt. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010.) Suomessa saattohoitoa tarvitsee noin 15 000 potilasta vuosittain. Saattohoitoon erikoistuneita saattohoitokoteja on neljä Tampereella, Turussa, Helsingissä ja Hämeenlinnassa. Saattohoitoa järjestetään myös sairaanhoitopiirien hoitolaitosten yhteyteen perustetuissa yksiköissä, joihin on keskitetty alueen potilaiden saattohoito. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän saattohoitosuosituksen on tarkoitus edistää ja yhdenvertaistaa saattohoitoa, sillä saattohoidon laatu vaihtelee Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan kaikilla sairaanhoitopiireillä ei ole laadittu saattohoitosuunnitelmaa ja puutteita on myös ilmennyt ammattihenkilöstön saattohoidon osaamisessa. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010.) Kansainvälisesti saattohoidossa on keskitytty syöpäpotilaiden saattohoitoon, mutta nyt WHO on kiinnittänyt huomiota myös muiden vaikeasti sairaiden saattohoitoon. Tämä on uusi haaste sekä kansainvälisesti että kansallisesti. (WHO 2014.)

Tässä kehittämissuunnitelmassa saattohoitoa käsitellään syöpäpotilaan näkökulmasta. Hyvä perushoito osana saattohoitoa – kehittämissuunnitelman tarkoituksena oli määrittää saattohoidon hyvän perushoidon kriteerit, arvioida perushoidon taso ja tunnistaa perushoidon kehittämiskohteet. Tavoitteena oli saattohoidon laadun kehittäminen perushoidon osa-alueella ja tuotoksena tehdä kehittämistoimenpiteet. Hyvä perushoito saattohoidossa – projekti on osa Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun Terveysalatalusalueen Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku – tutkimus- ja kehittämishanketta 2010- 2015.

2 KEHITTÄMISPROJEKTI

2.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat

Saattohoidon kehittämishaasteiden lähtökohtana on palliatiivisen hoidon lisääntyvä tarve, jonka seurauksena saattohoitoa, hoidon järjestämistä ja ammattihenkilökunnan osaamista tulee kehittää. Saattohoitosuositusten tarkoituksena on taata jokaiselle kuolevalle hyvä saattohoito eli yhdenvertaistaa ja edistää hyvää saattohoitoa. Saattohoitosuosituksilla annetaan perustaso Suomessa tehtävälle saattohoidolle ja tältä tasolta on hyvä lähteä kehittämään saattohoitoa lisää. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2010a.) Hyvä perushoito saattohoidossa – projekti on osa Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun Terveysalatulosalueen Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku – tutkimus- ja kehittämishanketta 2010- 2015. Tämä kehittämisprojekti toteutui Lounais-Suomen Saattohoitosäätiö r.s:n saattohoitokodissa. Lähtökohdan projektille loi tarve kehittää perushoitoa Karinakodissa.

2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämisprojektin tavoite oli saattohoidon laadun kehittäminen perushoidon osa-alueella. Tarkoituksena oli määrittää saattohoidon hyvän perushoidon kriteerit, arvioida perushoidon taso, tunnistaa perushoidon kehittämiskohteet ja toteuttaa kehittämistoimenpiteet. Saattohoidon laadulla tässä tarkoitetaan hyvän perushoidon toteutumista Roperin, Loganin ja Tierneyn elämisen toiminnon mallin mukaan. (Roper, Logan & Tierney 1992.)

2.3 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojektin suunnittelu alkoi lokakuussa (2012) ja aihe tarkentui marraskuussa. Karinakodissa haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan arvioimana perushoidon laatua ja kehittää perushoitoa. Kehittämiprojektista haluttiin käytännön läheinen. Kyselyn kehittäminen ja arviointi tapahtui mentorin ja vastaavan hoitajan kanssa heinä-elokuussa 2013. Kehittämiprojektin toteutusvaiheessa (taulukko 1) syyskuussa (2013) hoitohenkilökunta osallistui osastotunnille, jossa perehdyttiin Roperin, Loganin ja Tierneyn elämisen toiminnon malliin sekä tutkimuksen toteutukseen ja kyselylomakkeeseen. Hoitohenkilökunta vastasi lokamarraskuun (2013) aikana kyselyyn. Hoitohenkilökunnan osallistaminen tapahtui osastotunnin avulla joulukuussa (2014), jolla tunnistettiin kehittämiskohteita hoitohenkilökunnan kanssa ja tehtiin kehittämissuhteita.

Taulukko 1. Kehittämiprojektin toteutusvaiheet.

Vuosi	2012			2013						2014			
Projektiryhmän ja ohjausryhmän kokoontuminen													
Mentorin tapaaminen													
Osastotunti elämisen toimintojen mallista, projektin esittely													
Kyselyn arviointi mentorin ja vastaavan hoitajan kanssa													
Aineiston keruu ja analysointi													
Projektiryhmälle tiedottaminen, väliraportti													
Tulosten valmistelu, yhteistyö mentorin ja vastaavan hoitajan kanssa													
Kehittämiskohteiden tunnistaminen, osastotunti													
Kehittämiskohteiden kehittäminen ja arviointi													

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Karinakoti on Lounais-Suomen Saattohoitosäätiö r.s:n ylläpitämä saattohoitokoti, joka on aloittanut toimintansa vuonna 1994. Karinakoti sijaitsee Lounais-Suomen Syöpäyhdistys r.y:n Meri-Karinan toiminta- ja palvelukeskuksen läheisyydessä Turun Hirvensalossa. Karinakodissa on 20 potilaspaikkaa ja saattohoitokodissa huoneet ovat kaikki yhden hengen huoneita. Karinakodissa annettava hoito on hyvää yksilöllistä perushoitoa, kipujen sekä oireiden lievittämistä, ihmisarvoa kunnioittavaa huolenpitoa ja läheisten henkistä tukemista kuoleman lähestyessä. (Lounais-Suomen saattohoitosäätiö 2014.)

Karinakodissa on turvallinen, rauhallinen ympäristö ja siellä huomioidaan arjen askareiden tärkeys potilaille. Päivärytmi toteutetaan yksilöllisesti noudattamatta kiinteää aikataulua. Potilaat voivat käyttää omia vaatteitaan ja kalustaa huoneensa omilla kalusteillaan ja tavaroilla. Arvot, jotka korostuvat Karinakodissa olevan potilaan hoidossa ovat ihmisen yksilöllisyyden, turvallisuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Läheisten merkitys korostuu saattohoidossa ja tämän takia muun muassa vierailuaikoja ei ole vaan vieraat voivat tulla silloin kun heille parhaiten sopii. Omaisille on myös varattu majoitusmahdollisuus Karinakodissa joko potilaan huoneessa tai erillisessä omaisten huoneessa. Omaisille annetaan mahdollisuus halutessaan osallistua potilaan hoitoon ja heille annetaan tietoa, henkistä tukea ja ahdistuksen lievitystä samalla tavalla kun potilaillekin. Potilaan kuoleman jälkeen omaisille varataan aikaa keskusteluun ja heitä tuetaan surussa. (Lounais-Suomen saattohoitosäätiö 2014.)

Karinakodissa hoitohenkilökunnan arvomaailma koostuu luottamuksellisen hoitosuhteen luomisesta, joka tukee kuolevan potilaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista turvallisuuden tunnetta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan herkkää tilanteen ymmärtämistä ja kykyä luoda luottamuksellinen hoitosuhde. (Lounais-Suomen saattohoitosäätiö 2014.) Hoitohenkilökunta on perehdytetty saattohoidon asioihin ja hoitohenkilökunta koulutetaan jatkuvasti syvällisemmin saattohoitoon ja ihmissuhdetaitoihin. Karinakodissa kiinnitetään huomiota hoitohenki-

lökunnan työn ohjaukseen. Karinakoti toimii terveydenhuoltoalan koulutuspaikkana ja tekee terveyskeskusten kanssa hoitohenkilökunnan vaihtoja. Tämän tarkoituksena on tutustuttaa ja perehdyttää terveyskeskuksen hoitohenkilökuntaa Karinakodin saattohoidon käytäntöihin, jotta toimintamalleja voitaisiin omiin työympäristöihin. (Lounais-Suomen saattohoitosäätiö 2014.)

4 SAATTOHOITO

Saattohoidolla tarkoitetaan palliatiivisen hoidon loppuvaihetta, joka sijoittuu potilaan viimeisiin kuukausiin, viikkoihin ja päiviin. Saattohoidolla ei tarkoiteta, sitä ettei hoitoa järjestettäisi, vaan se on tehokasta hoitoa potilaiden oireiden hallitsemiseksi ja elämänlaadun ylläpitämiseksi elämän loppuun asti. (National Research Council 2003, Institute of Medicine 2003; Vuorinen, Seuna & Ansa 2004.) Saattohoito on kuolevan ihmisen kuolemisen helpottamista eli parantavat hoidot eivät ole enää mahdollisia ja sen takia joudutaan tekemään uusi hoitolinjaukset (Hänninen 2012). Saattohoidon toteuttamiselle perustaa luo myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Laki määrittää potilaan oikeuksia, takaa potilaalle hoitoon pääsyn ja velvoittaa potilaan hyvään ja hoitoon (Laki 1992). Erilaiset eettiset ohjeet ja suositukset linjaavat myös saattohoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Saattohoitoa ohjaavia lakeja ovat myös kansanterveyslaki (1972/66), erikoissairaanhoidolaki (1989/1062). Saattohoidon oikeudellinen perusta löytyy perustuslain(731/1999) perusoikeuksista ja terveydenhuollon perussäännöksistä. Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus (ETS 164) täydentää näitä ja auttaa säädösten tulokinnassa.

Syöpärekisterin tilastojen mukaan Suomessa sairastui syöpään noin 30 000 henkilöä vuonna 2013 (Syöpärekisteri 2013) ja arviolta joka kolmas syöpäpotilas tarvitsee saattohoitoa viimeisten elinviikkojensa aikana (Käypähoito 2012). Saattohoidon saamisen tulisi perustua oikeudenmukaisuuteen, tasa-arvoon, inhimillisyyteen ja kärsimysten lievittämiseen. Hoidon tulisi olla myös potilaan omien tarpeiden ja persoonallisuuden kunnioittamista ja hoidon tulisi toteutua koko Suomen alueella samanlaatuisena. (Hänninen 2003.) Lounais-Suomen Saattohoitosäätiön r.s:n ylläpitämä Karinakoti, johon tämä kehittämisprojekti tehtiin, on yksi neljästä saattokodeista Suomessa. Karinakodissa saattohoitoa annetaan myös muillekin potilaille kun syöpää sairastaville.

Eettinen lähtökohta hyvälle saattohoidolle on potilaan ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden toteutuminen sekä hyvän saattohoidon toteutuminen potilaan iästä tai kulttuurista riippumatta (Hildén, Louhiala & Honkasalo 2007; Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010). Saattohoidossa kuolema kuuluu normaalina osana elämään ja kuoleman tuloa ei pyritä estämään tai jouduttamaan. Hyvää saattohoitoa voidaan antaa siellä, missä potilasta on jo muutenkin hoidettu. (Hänninen 2003; Reynolds & Groft 2011; Hänninen 2012.)

Economist-lehti julkaisi vuonna 2010 saattohoidon laatua vertailevan tutkimuksen tulokset. Laatua arvioitiin 27 indikaattorin avulla, jotka koskivat saattohoidon saatavuutta, hoitoympäristöä, kustannuksia ja laatua. Tutkimuksessa oli mukana 40 maata. Suomi sijoittui arvioinnissa sijalle 28 ja laadukkainta elämän loppuvaiheen hoito oli Iso-Britanniassa ja Australiassa. (Economist Intelligence Unit 2010.) Iso-Britanniassa on kehitetty systemaattisesti saattohoitoa vuodesta 2004 alkaen ja saattohoidon laadun korkea taso Iso-Britanniassa on tavoitteellisen kehittämisen sekä kansallisen ohjauksen lopputulos (Henry & Fenner 2007).

Sosiaali- ja terveysministeriö on Suomessa saattohoidon laadun kehittämisen taustalla ja se on antanut valtakunnalliset saattohoitosuosituksen (Käypä hoito suosituksen Kuolevan potilaan oireiden hoidosta) ja tutkinut saattohoitoa Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportissa Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 -2020 on asetettu tavoitteeksi, että jokainen syöpäpotilas saa hyvää oire- ja saattohoitoa sitä tarvitessaan hoito- tai asuinpaikastaan riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010b.)

Syöpäjärjestöt ovat osa suurta kolmannen sektorin järjestökenttää, joiden missiona on vähentää syöpäsairauksista aiheutuvaa uhkaa yhteiskunnassa ja tukea syöpäpotilaita ja heidän läheisiään hoidon ja kuntoutuksen aikana. Syöpäjärjestöjen valtakunnalliset arvot ja strategiat vaikuttavat Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n valintoihin ja toiminnan suuntiin. (Syöpäjärjestö, 2011.) Karinakoti on sitoutunut hyvän saattohoidon suositukseen ja Karinakodissa osamisvaatimuksista halutaan korostaa yksilöllisyyttä ja kuolevan potilaan hoitotie-

toa. Tavoitteena on luoda turvallisuuden tunne, joka koetaan Karinakodissa saattohoidon sisimpänä. (S. Paajanen henkilökohtainen tiedonanto 4.12.2013)

Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta (Sand 2003) osoitti saattohoidon olevan sekä potilaan yksilöllistä huomioon ottavaa että perhekeskeistä. Hoitamisen lähtökohtana ovat kuolevan potilaan tarpeet, yksilöllinen kivunlievitys sekä hyvä perushoito. Myös Etenen julkaisussa Saattohoito Suomessa 2001, 2009 ja 2012 tuodaan esille hyvän perushoidon merkitystä saattopotilaan hoidossa. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2012.)

Hengellisen tuen merkitys saattohoidossa ja toisaalta hoitohenkilökunnan vaikeudet antaa hengellistä tukea kuoleville ovat tulleet useissa tutkimuksissa (Kuuppelonmäki 2001; Ahramo & Yliluoma 2012; Tölli 2012). Kuuppelonmäen (2001) mukaan hoitohenkilökunnalla oli vaikeuksia antaa hengellistä tukea. Potilaan hengellistä tukemista vaikeuttivat mm. kiire, hoitajien asenteet ja hengelliset asia koettiin potilaan yksityisinä asioina. (Kuuppelonmäki 2001.)

Saattohoitoa on tutkittu perheen ja omaisten näkökulmasta (Mikkola-Salo 1997; Miettinen 2001; Teno ym. 2004; Ridaspää 2006). Miettisen (2001) tutkimuksessa 90 % omaisista koki, että heidän omaistensa päivittäisistä toiminnoista on huolehdittu hyvin ja Mikkola-Salon (1998) tutkimuksessa omaiset vastasivat samansuuntaisesti eli huolehdittiin melko hyvin.

Lääkityksen merkitys saattohoidossa tulee esille useassa tutkimuksessa (mm. Attila 1998; Miettinen 2001; Sand 2003; Turunen 2012; Friederiksen 2013). Attilan (1998) tutkimuksessa ilmeni, että omaisille on tärkeää, että heidän saattohoidossa olevat potilaat saavat riittävästi kipulääkitystä. Friederiksenin (2013) tutkimuksessa nousi esille lääkityksen lisäksi hoitoneuvottelujen ja hoitosuunnitelman tekemisen tärkeys, saattohoitopotilaan hoidossa.

Suomessa kuolevan potilaan oireiden hoidon keskeinen sanoma on, että oireita lievittävä lääkehoito on osa kuolevan potilaan hoitoa (Käypähoito 2012). Miettisen (2001) tutkimuksessa ilmeni, että osa tutkimukseen osallistuneista omaisista oli sitä mieltä, että heidän omaisillaan oli sellaisia lääkkeitä, joita ei olisi tarvittu.

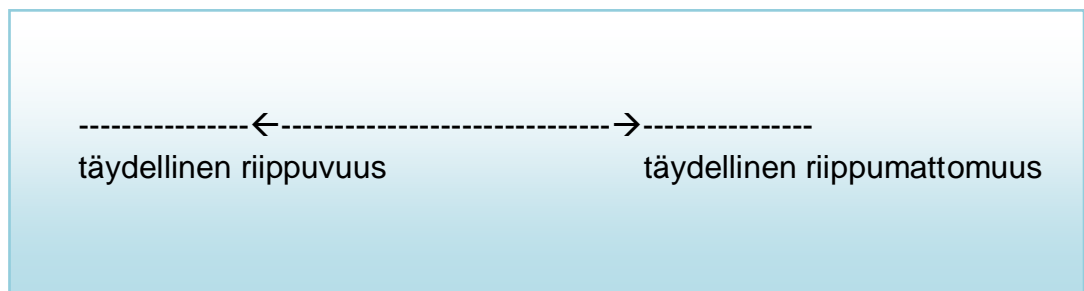
Saattohoitoa on tutkittu myös ammattihenkilökunnan näkökulmasta (Sand 2003; Cherlin ym. 2007; Karjalainen & Ponkilainen 2008), perushoidon sekä huolenpidon kannalta (Ridanpää 2006; Kauppinen 2013), kokonaisvaltaisen hoidon kannalta (Lampen 2006), vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta (Colliander 2009) ja saattohoitopotilaiden näkökulmasta (Kumar ym.2011).

Roper, Logan, Tierneyn Elämisen toimintojen mallia (Roper ym. 1992) on käytetty pohjana kokonaisvaltaisen arviointiin, kehitettäessä standardeja saattohoitoon Skotlannissa. Jokaiselle potilaalle tehtiin yksilöllinen hoidon suunnittelu ja dokumentointi, mallia hyödyntäen. (NHS Quality Improvement Scotland 2004.) Elämisen toimintojen malli on useamman sairaaloissa ja terveyskeskuksissa käytettävien potilastietojärjestelmien hoitosuunnitelmien ja kirjaamisen pohjana. Näistä esimerkkinä Effic- ja Pegasos- tietojärjestelmät sekä Hilikka 2.0 asiakastieto-ohjelma. Tuomisen (2007) tutkimuksessa käytettiin mallia pohjana hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen.

5 ELÄMISEN TOIMINTOJEN MALLIN KUVAUS

5.1 Roper, Logan, Tierney elämisen toimintojen malli

Elämisen toiminnon mallissa kuvataan sitä, mitä elämiseen kokonaisuudessaan sisältyy. Malliin liittyy elämäntulon käsite, jolla tarkoitetaan hedelmöitymisen ja kuoleman välistä aikaa. Malli sisältää myös riippuvuus- riippumattomuus- jatkumon, jossa korostetaan sitä, että jokaisella on elämäntulussa vaihteita, jolloin ei pysty suoriutumaan elämisen toiminnoista ilman muiden ihmisten apua. Jokaisessa elämisen toiminnossa on oma riippuvuus- riippumattomuus- jatkumo ja jatkumon ääripäistä käytetään nimitystä täydellinen riippuvuus ja riippumattomuus. Jatkumolla voidaan siis liikkua molempiin suuntiin. Tämä riippuvuus- riippumattomuus-jatkumo on kiinteästi yhteydessä elämäntulkuun ja elämisen toimintoihin. Jatkumo osoittaa, että elämäntulussa on vaihteita, jolloin ihminen ei vielä tai ei enää pysty suorittamaan joitain elämisen toimintoja riippumattomasti. (Roper ym 1992.)



Kun jatkumolle merkitään elämisen toiminnot (12 kpl) saadaan kuva potilaan riippumattomuudesta ja riippuvuudesta. Nämä elämisen toiminnot ovat:

- turvallisen ympäristön ylläpitäminen
- viestiminen
- hengittäminen
- syöminen ja juominen
- erittäminen
- henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen
- kehon lämmöstä huolehtiminen
- liikkuminen
- työskenteleminen, harrastaminen ja leikkiminen
- sukupuolisuuden ilmaiseminen
- nukkuminen
- kuoleminen

Kun toistetaan tietyn aikavälein jatkumon tekoa, voidaan saada selville potilaan elämisen toimintojen suunnanmuutokset. (Roper ym. 1992.) Malli korostaa yksilöllisyyttä ja jokainen ihminen suorittaa elämisen toimintoja eri tavalla, riippuen siitä missä elämän vaiheessa ihminen on ja mikä on hänen riippuvuuden ja riippumattomuuden asteesta. Fyysiset, psyykkiset, sosiokulttuuriset, ympäristölliset ja poliittistaloudelliset tekijät vaikuttavat myös riippuvuuden ja riippumattomuuden asteeseen. (Roper ym. 1992.)

5.1.1 Turvallisen ympäristön ylläpitäminen, viestintä ja hengittäminen

Kaikki ihmiset osallistuvat sen ympäristön turvallisuuden ylläpitämiseen, jossa he suorittavat elämisen toimintonsa. Ympäristössä, jossa itse eläminen ei ole uhattuna tai vaarallista, nousee tarkoitukseksi vammautumisen ehkäiseminen ja

terveyshaittojen vähentäminen. Turvallisen ympäristön ylläpitäminen vaikeutuu kuitenkin sairausprosessin myötä. Fyysisten ja henkisten kykyjen huononeminen sekä aistien heikkeneminen tekevät ihmisen vähitellen kykenemättömäksi huolehtimaan turvallisesta ympäristöstä. tekijät. Ongelmia turvallisen ympäristön ylläpitämisessä voivat olla vieras ympäristö, melu ja tapaturmavaara. Viestiminen koostuu puhumisesta, kuuntelemisesta, lukemisesta ja kirjoittamisesta. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, katseyhteys, asento ja eleet. Viestimistilanteessa tuodaan esille omat mielipiteet, uskomukset, arvot ja ennakkoluulot. Viestiminen voi hankaloitua kuulon alenemisen tai puheentuoton ongelman takia. Tässä vaiheessa sairastunut tarvitseekin muiden ihmisten apua, erilaisia apuvälineitä turvallisen ympäristön ja viestimisen ylläpitämiseksi. Hengittämiseen voivat vaikuttaa fyysiset, psykologiset ympäristölliset tekijät ja poliittis-taloudelliset tekijät. (Roper ym. 1992.)

5.1.2 Syöminen, juominen ja erittäminen

Syöminen ja juominen ovat elämisen toimintoja, jotka ovat selkeimmin tunnistettavissa. Näiden toimintojen tarkoituksena on antaa soluille tarvittavat nesteet ja ravintoaineet. Vanhenemisen ja sairauksien myötä ruokahalu vähenee ja fyysinen aktiiviteetti pienenee. Riippuvuus muiden ihmisten avusta ravinnon nauttimisessa aiheuttaa usein valinnan vapauden rajoittumista, ruokaa liittyvän mielihyvän vähenemistä, tottumusten muutoksia ja syömis- ja juomistapojen muutokset. Ongelmia voivat aiheuttaa aterioiden ajoitus, tarjoileminen ja ruokahalun vaihtelut, liian vähäinen ravinto sekä ruokailua edeltävät ja sen jälkeiset toiminnot. (Roper ym. 1992.) Erittäminen on toiminto, jonka olemassaolo huomataan yleensä vasta sitten, kun sen toiminnassa tulee hankaluuksia. Erittämiseen kuuluvat ulostaminen ja virtsaaminen. Näihin saattaa sairauden takia tulla muutoksia, esimerkiksi munuaiset menettävät tehoaan, kipulääkkeet kovettavat vatsaa, virtsaa erittyä pieniä määriä kerrallaan tai ei ollenkaan ja virtsan ja ulosteen karkaaminen (Roper ym. 1992.)

5.1.3 Pukeutuminen, puhtaus ja kehon lämmön ylläpito

Puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen ovat ihmisille hyvin tärkeitä asioita ja mielihyvän lisäksi kyseisillä toiminnoilla on sosiaalinen merkitys. Pukeutumisella ihminen voi viestiä toisille itsestään hyvin paljon esimerkiksi mielialojaan. Potilaalle voi puhtaudesta huolehtiminen olla vaikeaa, jolloin hän tarvitsee joko apuvälineitä tai muiden ihmisten apua huolehtiakseen puhtaudesta. Suihkussa käyminen, jalkojen ja kynsien hoitaminen voivat muodostua ongelmallisiksi. Ongelmat voivat aiheutua yksityisyyden puuttumisesta, oman päätöksenteon supistumisesta ja totuttujen tapojen muutoksista. Kehon lämmön ylläpito on tärkeä toiminto ihmiselle ja sitä ylläpitää aivoissa sijaitseva lämmönsäätelykeskus. Sairauden takia kehon lämmönsäätely heikkenee ja sen takia sairaut voivat kärsiä kuumuudesta tai kylmyydestä. Heidän aktiivisuutensa myös vähenee sairauden takia ja he syövät aiempaa vähemmän. Nämä voivat aiheuttaa sen, että vaatetuksen ja peittojen lisääminen on tarpeellista. (Roper ym. 1992.)

5.1.4 Liikkuminen, työskentely, leikki ja harrastus

Liikkuminen liittyy luonteensa puolesta muihin elämisen toimintoihin ja ihmisellä on tarve ja vietti liikkumista kohtaan. Sairastuessa ihmisen voimat alkavat heikentyä eivätkä he enää voi osallistua fyysisesti rasittaviin toimintoihin. Ongelmia voivat liikkumisessa aiheuttaa liikkumistottumusten muutokset, yliaktiivisuus, vajaa-aktiivisuus, fyysinen sairaus tai vamma. Työskentely, harrastaminen ja leikkiminen ovat elämän perusta ja ne täydentävät toisiaan. Työskentelyllä tarkoitetaan toimintaa, jolla useimmiten ansaitaan toimeentulo. Sillä on myös muitakin merkityksiä kuten esimerkiksi aseman antaminen ja elämän järjestyksen ylläpitäminen. Työskentely sisältää myös palkattoman työn. Harrastamisella ja leikkimisellä tarkoitetaan toimintaa, mitä tehdään vapaa-ajalla. Työskentelyn, harrastusten ja leikin keskinäinen tasapaino muuttuu ja on erilainen elämänkulun eri vaiheissa. Ongelmia näissä toiminnoissa voivat aiheuttaa sisällä oleminen,

päivärutiinien puuttuminen tai muuttuminen ja työ-, harras- ja leikkiryhmien puuttuminen. (Roper ym. 1992.)

5.1.5 Sukupuolisuuden ilmaisu, nukkuminen ja kuoleminen

Elämisen toiminnoissa tärkeä osa-alue on sukupuolisuuden ilmaiseminen. Sukupuolisuus voi ilmentää esimerkiksi ominaisilla asuilla, koruilla tai hajusteilla. Ongelmia sukupuolisuuden ilmaisemisessa voi esiintyä ympäristön muutoksen myötä eli esimerkiksi tähän voi liittyä vaivautuneisuutta tai mahdollisuuksien puuttuminen sukupuolisuuden ilmaisemiseen. Uni on ihmiselle tärkeä asia, sillä aikuinen nukkuu kolmanneksen tai neljänneksen elämästään ja se takia nukkuminen on tärkeä elämisen toiminto. Ongelmia nukkumisessa voivat aiheuttaa ympäristön erilaisuus, tottumusten ja unityrmin muutokset. Elämisen toimintojen mallissa kuoleminen on liitetty yhdeksi ulottuvuudeksi, joka koskettaa jokaista ainutlaatuisesti. Elämän rajallisuus on jokaisen tiedossa ja onnettomuuksien, ikääntymisen ja sairauksien myötä kuolemaa joudutaan käsittelemään. Kuolemaan ajatellessa, usein hengelliset asiat nousevat pinnalle. Usko voidaan kokea kantavaksi voimaksi elämän aikana tai se voi olla kuoleman läheisyydessä toivon tuoja iankaikkisesta elämästä. Hengelliset asiat voivat liittyä myös turvallisen ympäristön luomiseen ja ylläpitoon. (Roper ym. 1992.)

6 EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUS

6.1 Tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin empiirisen osan tavoitteena oli selvittää perushoidon kehittämiskohteet saattohoidossa Karinakodissa. Tarkoituksena oli arvioida perushoidon laatu saattohoidossa. Perushoidolla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin potilaiden päivittäisestä toimintojen huolehtimisesta ja avustamisesta esimerkiksi ruokailussa, hygieniassa ja pukemisessa Roper, Tierney, Loganin (1992) elämisen toimintojen mukaan. Elämisen toimintojen malli valittiin, koska haluttiin selvittää miten se sopisi saattohoitoon.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten henkilökunta määrittelee hyvän perushoidon saattohoitokodissa?
2. Millainen on perushoidon laatu saattohoidossa henkilökunnan arvioimana?
3. Miten perushoitoa voidaan kehittää saattohoidossa elämisen toiminnon mallin mukaan?

6.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Kohderyhmänä toimi Lounais-Suomen Saattohoitosäätiö r.s:n ylläpitämän saattohoitoon erikoistuneen Karinakodin hoitohenkilökunta (N=16). Hoitohenkilökunnalla tässä tarkoitetaan Karinakodin sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Kehittämiprojektin empiirisen osan lähestymistapa oli määrällinen sekä osittain laadullinen. Tätä projektia varten kehitettiin kysely, joka pohjautui suomalaisen saattohoidon suosituksiin; Hyvä saattohoito Suomessa, STM 2010, Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012 ja Elämisen toimintojen malliin (Roper ym. 1992). Kyselyn väittämissä käytettiin 0-3 portaista asteikkoa (täysin eri miel-

tä=0, lähes eri mieltä=1, lähes samaa mieltä=2 ja täysin samaa mieltä=3) sekä neljää avointa vastausta edellyttävää kysymystä. Kyselyn kehittäminen ja arviointi tapahtui kehittämisprojektin mentorin ja Karinakodin vastaavan hoitajan kanssa heinä-elokuussa 2013. Aineisto kerättiin puolistrukturoituna kyselynä Karinakodin hoitohenkilökunnalta loka-marraskuussa 2013. (Liite 4.)

Soveltava tutkimuksen aiheen esittely tapahtui syyskuussa 2013 hoitohenkilökunnalle osastotunnilla. Osastotunnilla kehittämisprojektin tekijä esitteli Roperin ym. (1992) elämisen toimintojen mallin, tutkimuksen toteutuksen ja kyselylomakkeen. Hoitohenkilökunnan kanssa keskusteltiin elämisen toimintojen mallista ja soveltuvuudesta saattohoidossa tapahtuvan perushoidon kehittämiseen. mallin todettiin ottavan huomioon monipuolisesti perushoidon osa-alueet. Hoitohenkilökunta teki osastotunnilla itselleen riippuvuus-riippumattomuus jatkumon käyttäen Roper ym. (1992) elämisen toimintojen mallia. Tämän jälkeen hoitohenkilökunta valitsi Karinakodista saattohoitopotilaan, jolle he yhdessä tekivät riippuvuus-riippumattomuus jatkumon. Jatkumoiden erilaisuutta käytiin osastotunnilla läpi ja tämä lisäsi hoitohenkilökunnan tietoa elämisen toimintojen mallin soveltumisesta käytännön työhön.

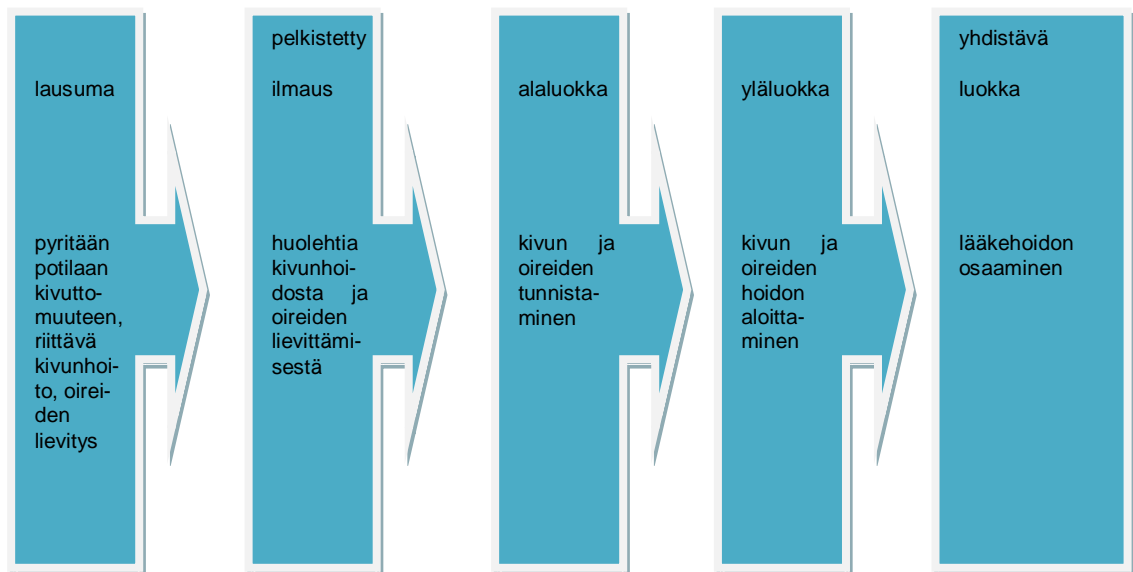
Kehittämisprojektin mentori toimi yhteishenkilönä ja hän huolehti kyselylomakkeiden jakamisesta vastaajille. Kysely annettiin paperiversiona, jotta hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus tarvittaessa keskeyttää vastaaminen ja jatkaa myöhemmin vastaamista. Kyselyn vastaamiseen meni aikaa noin 15 minuuttia. Yhteyshenkilö jakoi kyselyt lokakuussa 2013 ja hänelle palautettiin kyselyt vastaajan sulkemassa palautuskuoressa. Kyselyn mukana lähetettiin kirjallinen suostumus (liite 2) tutkimukseen, joka palautettiin tutkimuksen tekijälle. Hoitohenkilökunnalla oli aikaa vastata kirjalliseen kyselyyn loka-marraskuun aikana 2013.

Joulukuun 2013 alussa haettiin vastaukset ja joulukuun alkupuolella (2013) annettiin väliraportti kehittämisprojektin mentorille ja Karinakodin vastaavalle hoitajalle tuloksista. Hoitohenkilöstön osallistaminen tapahtui 17.12.2013 osastotunnilla ja yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa käytiin projektin tuloksia läpi ja

löydettiin ne kehittämiskohteet, joita hoitohenkilökunta voi itse kehittää ja kehittämiskohde, jota kehittämisprojektin tekijä kehitti.

6.3 Aineiston analyysit

Aineistot analysoitiin laskemalla kyselyn väittämistä keski-arvot ja prosentit (Heikkilä 2010). Väittämien vastaukset siirrettiin Excel-taulukkoon, joka laski keski-arvot numeraalisista väittämistä. Väittämien keski-arvoista tehtiin taulukot, joissa näkyy väittämä ja vastausten keski-arvo. Vastaajien keski-ikästä ja työkokemuksista laskettiin myös keski-arvot. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin soveltaen sisällön analyysiä. Aineisto on jaettu osiin ja koottu uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi (Tuomi & Sarajärvi, 2009). Aineiston jaottelusta on esimerkki kuviossa 1.



Kuvio 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

Avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin sanasta sanaa puhtaaksi. Tämän jälkeen sanat ja lauseet ryhmiteltiin niin, että samaan aihepiiriin kuuluvat vastaukset maalattiin samanvärisiksi. Tämän jälkeen samanvärisistä lauseista tehtiin pelkistetty ilmaus. Pelkistetyistä ilmauksista tehtiin ensin alaluokka ja sen jäl-

keen yläluokka. Näin analyysi eteni ja lopputuloksena saatiin yhdistävä luokka, joista muodostuivat kehittämisprojektin avointen kysymysten tulokset.

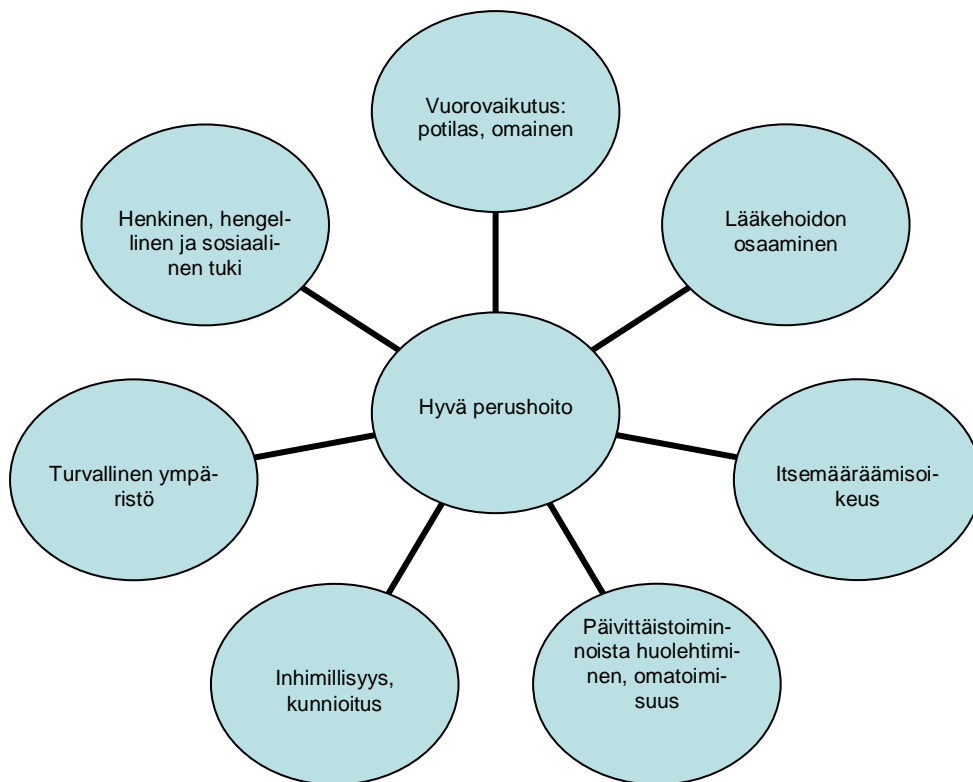
7 EMPIIRISEN OSAN TULOKSET

7.1 Kyselyn tulokset

Kyselyyn tavoiteltiin osallistujiksi jokainen Karinakodin hoitohenkilökunnasta (N=16) ja hoitohenkilökunnalla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Vastanneiden määrä oli 13 kpl eli 81 %. Vastanneiden keski-ikä oli 45.5 vuotta ja työkokemusta oli kertynyt keskimäärin 12.5 vuotta. Vastajista 9 oli sairaanhoitajia ja 4 oli lähihoitajia tai perushoitajia. Kyselykaavakkeen väittämien keski-arvo oli 2.5. Vastaukset osuivat siis välille täysin samaa mieltä ja lähes samaa mieltä. Karinakodin hoitohenkilökunta on kehittämisprojektin tuloksien mukaan työkokemukseltaan kokeneita, heidän mielestään potilaan hoitaminen sujuu hyvin ja he ovat kiinnostuneita kehittämään saattohoitoa.

7.1.1 Avointen kysymysten tulokset

Hoitohenkilökunnan mielestä hyvä perushoito koostuu Karinakodissa vuorovai-
kutuksesta, lääkehoidon osaamisesta, itsemääräämisoikeudesta, päivittäistoi-
minnoista huolehtimisesta, inhimillisyydestä, kunnioituksesta, turvallisesta ym-
päristöstä, henkisestä ja hengellisestä sekä sosiaalisesta tuesta. Näistä syntyy
yhteisenä tuloksena hyvä perushoito (Kuvio 2.).



Kuvio 2. Hyvän perushoidon koostumus

Vuorovaikutus koostuu tulosten mukaan Karinakodissa kuuntelemisesta, potilaiden ja omaisten huomioimisesta, tiedon tarpeen tunnistamisesta, tukemisesta ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta.

”Potilaan ja omaisten kuunteleminen ja kuuleminen hienotunteisesti, mutta toisaalta vaikeiden asioiden rohkea esille tuominen”

”Vuorovaikutus koostuu Karinakodissa potilaiden ja omaisten huomioimisesta, tukemisesta, tiedon tarpeen tunnistamisesta ja keskusteluista”

”Omaiset saavat tukea, kun keskustelevat hoitohenkilökunnan kanssa”

”Tiedon antaminen ”

”Omaisten/potilaan tukeminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen”

Lääkehoidon osaamisessa Karinakodissa korostuu kipuhoidon osaaminen ja sairauteen liittyvien muiden oireiden tunnistaminen, lievittäminen ja hoitaminen. Vastauksissa korostui myös yhteistyön tärkeys hoitohenkilökunnan ja lääkärin välillä.

”riittävä kivunhoito”

”kipupumppu herkästi käyttöön”

”oireiden lievittäminen esim. pahoinvointi, hengenahdistus, hikka jne.”

”potilaan lääkitys on kohdallaan eli lääkäri poistaisi lääkelistalta ns. turhat lääkkeet”

Karinakodin hoitohenkilökunnan mielestä itsemääräämisoikeus sisältää potilaan valintojen sekä päätösten kunnioittamista ja potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä, huomioiden myös omaiset. Potilasta hoidetaan hänen toivomustensa mukaan ja hoitohenkilökunta antaa samalla tietoa asioista eli mitä tulee tapahtumaan, mikäli potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteistä

”hoidetaan potilaan toivomusten mukaan”

”kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta”

Hyvään ja yksilövastuiseen perushoitoon kuuluu saattohoitokodissa päivittäis-toiminnoista huolehtimisesta huomioiden yksilöllisen tarpeet puhtauden ylläpidosta, unen tarpeesta ja ravinnosta.

”huomioidaan yksilöllisesti tarpeet”

”huolehditaan puhtaudesta, ravitsemuksesta, ihon kunnosta, makuuhaavojen ennaltaehkäisystä”

Saattohoidossa omatoimisuutta tuetaan ja siihen kannustetaan, mutta päivittäis-toiminnoissa avustetaan niiltä osin kuin potilaan oma toimintakyky on alentunut tekemään niitä. Hoitohenkilökunnan mielestä inhimillisyys ja kunnioitus potilasta kohtaan tulevat esille hoidoissa, vuorovaikutuksessa sekä kunnioituksessa potilaan valintoja ja päätöksiä kohtaan. Turvallinen hoitoympäristö koostuu sekä sisäisestä että ulkoisesta turvallisuudesta eli siitä tunteeko potilas olonsa turvalliseksi. Hoitohenkilökunta huomioi turvallisen ympäristön hoidoissa, hoitotoimenpiteissä ja huolehtii perusturvallisuuden luomisesta Karinakodissa.

”perusturvallisuuden antaminen, turvallinen ympäristö”

”omatoimisuuden ylläpitäminen, oma päätäntävällän kunnioittaminen mahdollisimman pitkään, turvallisuutta vaaratilanteissa”.

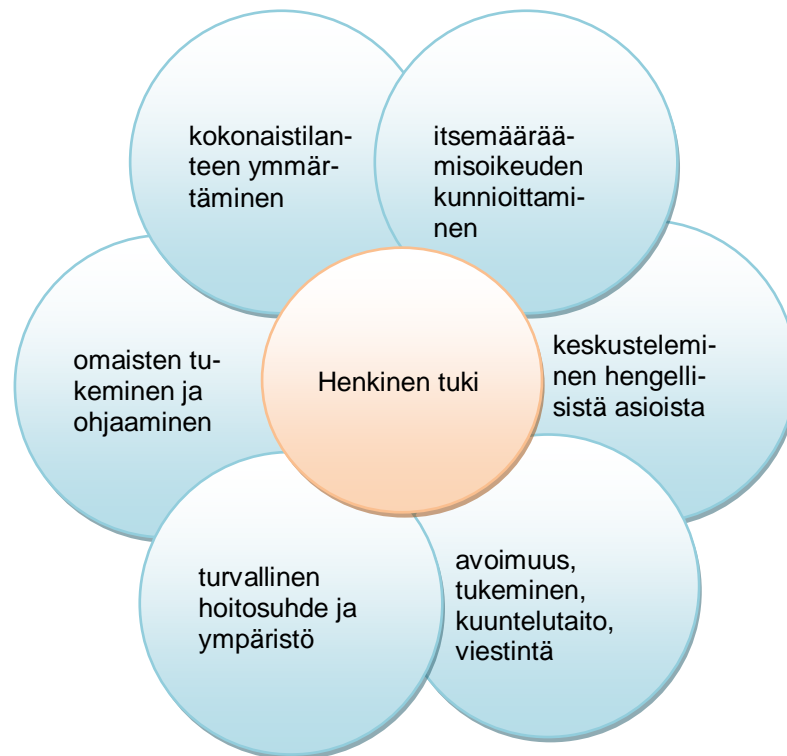
Henkinen, hengellinen ja sosiaalinen tuki koetaan Karinakodissa toisiinsa sidonnaisiksi. Saattohoidossa hoitajat tarvitsevat erityisherkkyyttä havaita potilaasta häntä askarruttavat ja mietityttävät asia. Potilas itse valitsee mistä asioista hän haluaa puhua ja kenelle.

”Potilaslähtöistä toimintaa, jossa otetaan huomioon potilaan fyysinen, henkinen, psyykkinen tarve”

”Otetaan huomioon potilaan henkinen tila”

”Huomioidaan hengelliset tarpeet”

Tässä kehittämissuunnitelman kyselyssä selvitettiin henkisen tuen koostumusta Karinakodissa hoitohenkilökunnan mielestä. Henkinen tuki koostui monelta osin samoista asioista kuin hyvä perushoitokin. Uusina asioina henkisen tuen koostumukseen tuli kuuntelutaito, joka haluttiin erikseen mainita, viestintä, omaisten tukeminen sekä ohjaaminen, hengellisistä asioista keskusteleminen ja potilaan kokonaistilanteen ymmärtäminen. Kuviossa 3 on esillä kaikki henkisen tuen koostumuksen näkökulmat.



Kuvio 3. Henkisen tuen koostumus saattohoidossa

Karinakodissa keskustellaan hengellisistä asioista potilaan kanssa, mikäli hän haluaa asiasta keskusteltavan. Kehittämiprojektissa kävi ilmi, että Karinakodin hoitohenkilökunnan on helppo keskustella hengellisistä asioista potilaan kanssa. Potilaan on myös mahdollista saada pappi käymään luonaan, jos niin haluaa.

”Hoitajat seuraavat ”tuntosarvet pystyissä tilanteiden muutoksia esimerkiksi aistivat tilanteen, jossa potilas haluaisi tavata papin tai virren laulaminen ja hengellisistä asioista puhuminen voisi helpottaa elämästä luopumisen tuskaa”

”saa tukea kuoleman lähestyessä ilmeneviin kysymyksiin”.

Kuuntelutaito tuli esille erityisenä taitona saattohoitopotilaan hoidossa. Hoitohenkilökunnan tulee osata kuunnella potilasta ja olla läsnä. Hiljaisuus ei ole saattohoidossa huono asia, sillä aina ei tarvitse sanoja vaan läsnäoleminen on tärkeää.

”annetaan kuolevalle rauha tehdä luopumistaan, mutta omataan valmius keskustella, jotta potilas voisi henkisesti valmistautua kuoleman kohtaamiseen”

”potilaasta kuunnellaan, annetaan aikaa ja läsnäoloa”

”tiedon antamista, kuuntelemista, mukavien hetkien tarjoamista ja omaisten tukemista heitä kuuntelemalla”

”potilaasta kuunnellaan, annetaan aikaa ja läsnäoloa”

”aina ei pidä tai tarvitse puhua, oleminen ja kädestä pitäminen riittää”

”tiedon antamista, kuuntelemista, mukavien hetkien tarjoamista ja omaisten tukemista heitä kuuntelemalla”

Potilas voi valita millaisia asioita hän itse kertoo omaisille tai millaisia asioita hoitohenkilökunta kertoo hänen omaisilleen. Hänellä on oikeus olla kertomasta asioista, mikäli niin haluaa. Potilaan omaa tahtoa ja halua kunnioitetaan.

”potilas ei halua/uskalla kertoa tuntemuksistaan omaisilleen ja silloin hoitaja voi toimia ”puhemiehenä” omaisille, jos potilas niin haluaa.”

Henkinen tuki saattohoitokodissa sisältää omaisten tukemisen, ohjaamisen ja tiedon jakamisen. Omaiset tarvitsevat mahdollisuuden valmistautua potilaan kuoleman kohtaamiseen ja heille tarjotaan myös tukea potilaan kuoltua.

”omaisilla on usein tarve kertoa sairastavan potilaan historiaa sairauden ajalta”

”hoitajien kanssa puhutaan asioista, joista potilas ja omaiset eivät keskenään kykene puhumaan”

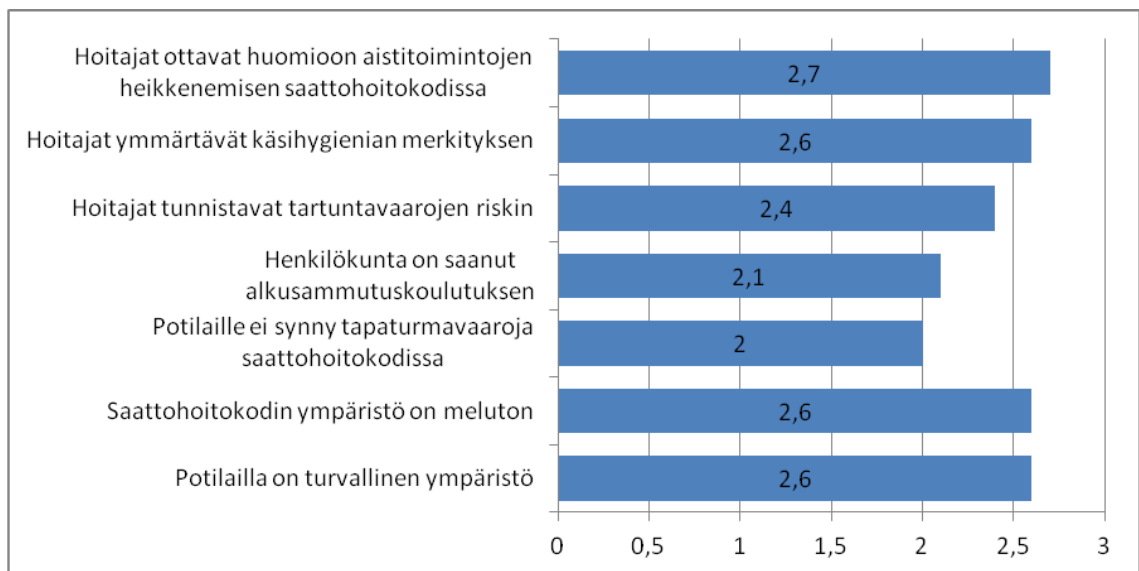
”turvallinen ilmapiiri tunteelle”

Hoitohenkilökunta ymmärtää potilaan kokonaistilanteen ja tekee hoitotoimenpiteitä kokonaistilanteen huomioiden. Tiedon jakamiseen tärkeys tuli kehittämissuunnitelman tuloksissa usein esiin. Tiedon jakaminen potilaalle ja omaiselle on tärkeää hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi.

”Tiedon jakaminen”

7.1.2 Kyselyn väittämien tulokset

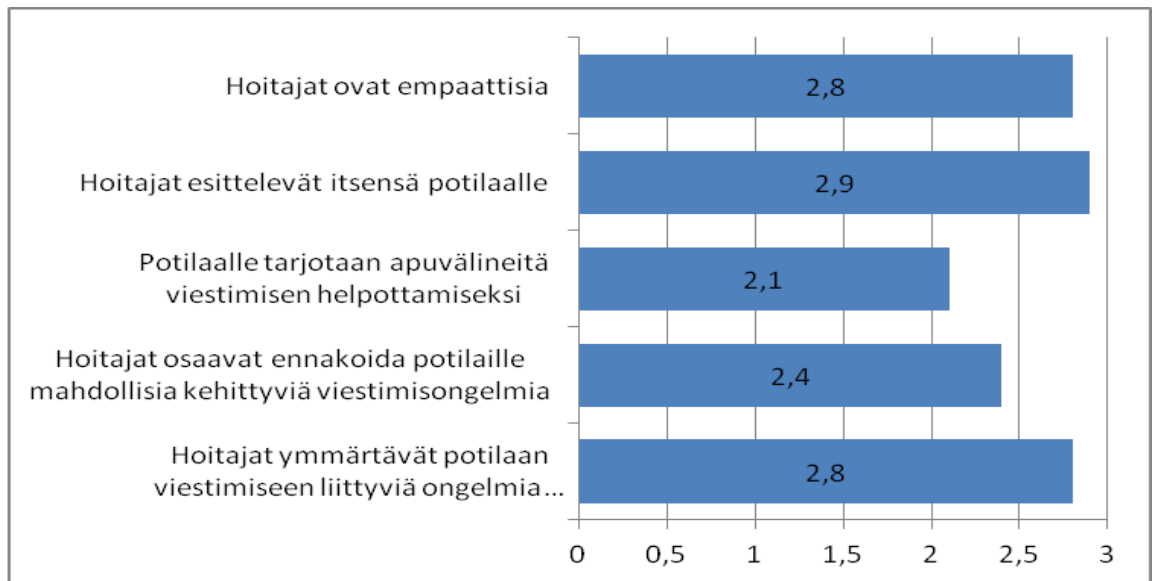
Kyselyn kysymykset oli jaettu Roper, Logan, Tierneyn (1992) Elämisen toimintojen mallin mukaan kahteentoista osa-alueeseen ja taulukoiden ryhmittelyssä on noudatettu samaa mallia. Saattohoitokoti koetaan turvalliseksi ja meluttomaksi ympäristöksi (Kuvio 4.). Tapaturmavaaroja kysyttäessä vastaajat olivat lähes samaa mieltä väittämästä. Alkusammutuskoulutuksen osalta tarvittaisiin koulutusta sillä, suurin osa vastaajista oli vastannut tähän kysymykseen olevansa lähes samaa mieltä.



Kuvio 4. Turvallisen ympäristön ylläpitäminen.

Tartuntavaarojen riski tunnistetaan ja käsihygienian merkitys ymmärretään hoitajien keskuudessa. Hoitajat osaavat ottaa huomioon aistitoimintojen heikkenemisen saattohoitokodissa.

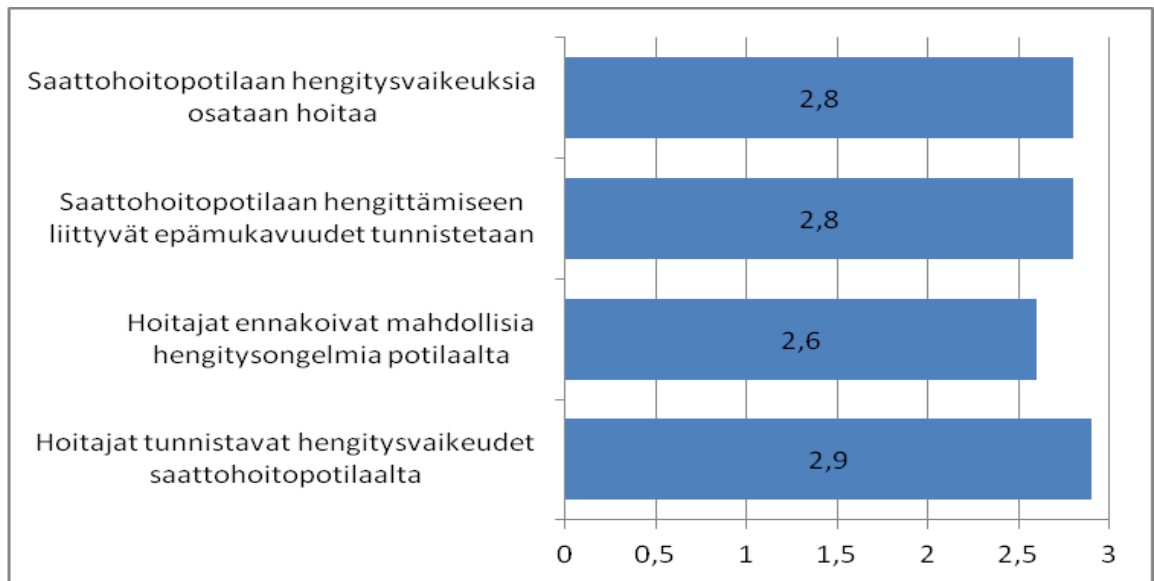
Saattohoitokodin hoitohenkilökunta kokee ymmärtävänsä potilaan viestimiseen liittyviä ongelmia hyvin, sillä vastaajien keski-arvo tähän kysymykseen oli 2.8. (Kuvio 5.) He osaavat ennakoita mahdollisia potilaalle kehittyviä viestimisongelmia. Keski-arvo kysymykseen, potilaalle tarjotaan apuvälineitä viestimisen helpottamiseksi, oli 2.1. Tämä kysymys sai viestimisen aihepiiriin kuuluvista kysymyksistä pienimmän keski-arvon.



Kuvio 5. Viestiminen.

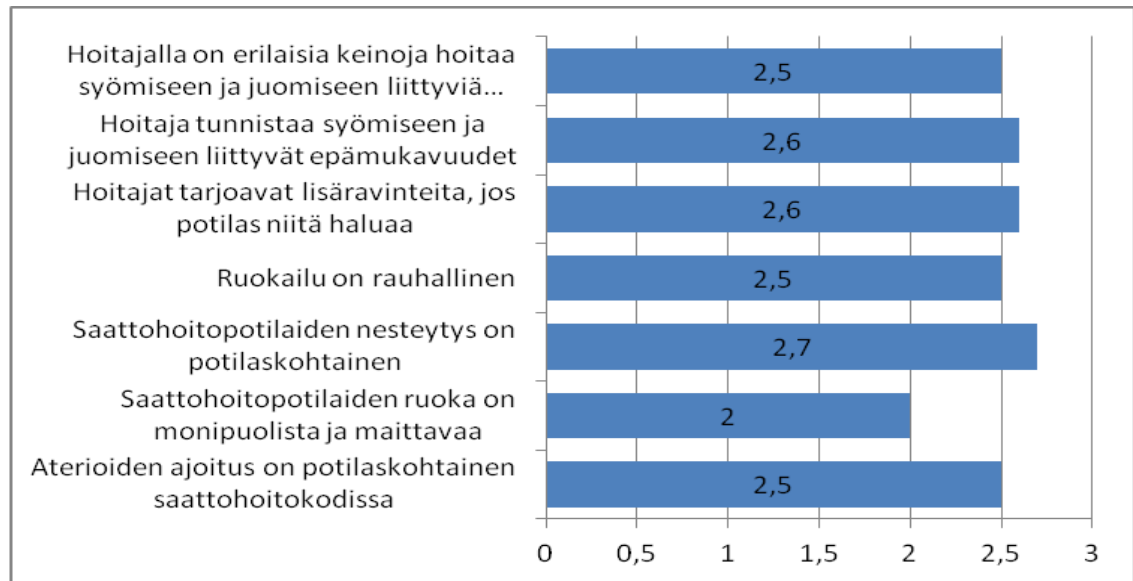
Lähes kaikki hoitajat esittelevät itsensä potilaille, sillä 11 vastaajaa oli täysin samaan mieltä väittämästä. Hoitajat ovat empaattisia oman arvioinsa mukaan, sillä keski-arvo tähän kysymykseen oli 2.8.

Hoitohenkilökunta tunnistaa hyvin saattohoitopotilaan hengitysvaikeudet, sillä kysymyksen keski-arvo on 2.9 (Kuvio 6.) Väittäjä hoitajien ennakoimisesta mahdollisia hengitysongelmia potilaalta sai keski-arvoksi 2.6. Saattohoitopotilaan hengittämiseen liittyvät epämukavuudet tunnistetaan ja saattohoitopotilaan hengitysvaikeuksia osataan hoitaa saivat saman keski-arvon eli 2.8.



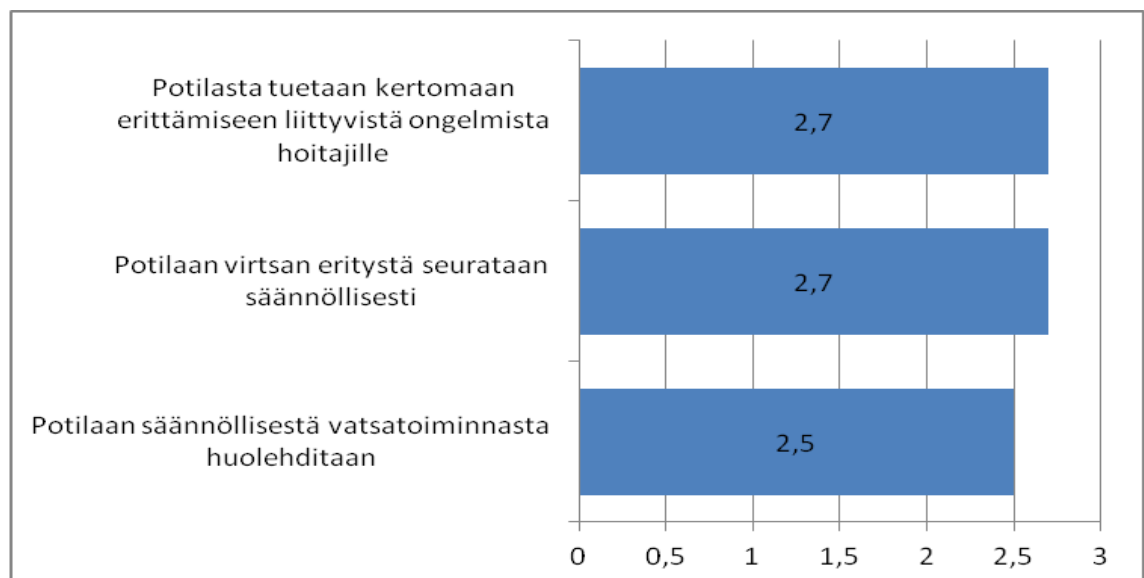
Kuvio 6. Hengittäminen.

Kysymyksiin, jotka liittyivät syömiseen ja juomiseen, oli vastausten taso tasainen eli keski-arvo oli 2.5-2.7, mutta kysymys joka koski saattohoitopotilaiden ruoka on monipuolista ja maittavaa sai keski-arvoksi 2. (Kuvio 7.) Yksi vastaajista oli lähes eri mieltä väittämään, että saattohoitopotilaiden ruoka on monipuolista ja maittavaa Karinakodissa.



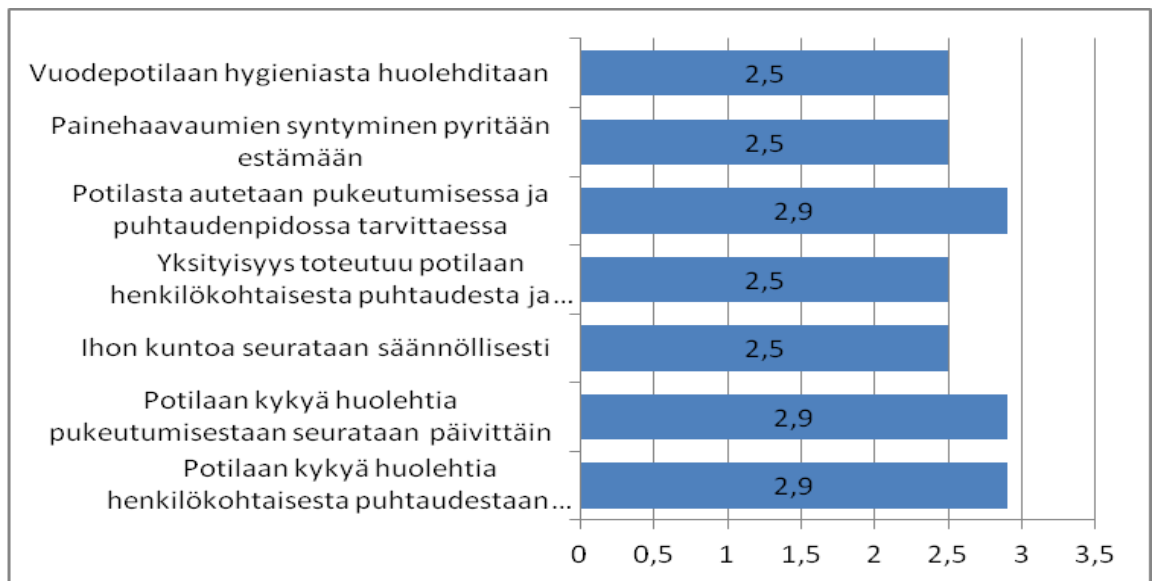
Kuvio 7. Syöminen ja juominen.

Potilaan vatsantoiminnasta huolehditaan säännöllisesti ja virtsan eritystä seurataan myös säännöllisesti, sillä kysymysten keski-arvo oli 2.7. (Kuvio 8.) Potilaita tuetaan kertomaan erittämiseen liittyvistä ongelmista hoitajille. Keski-arvo tässä väittämässä oli 2.5.



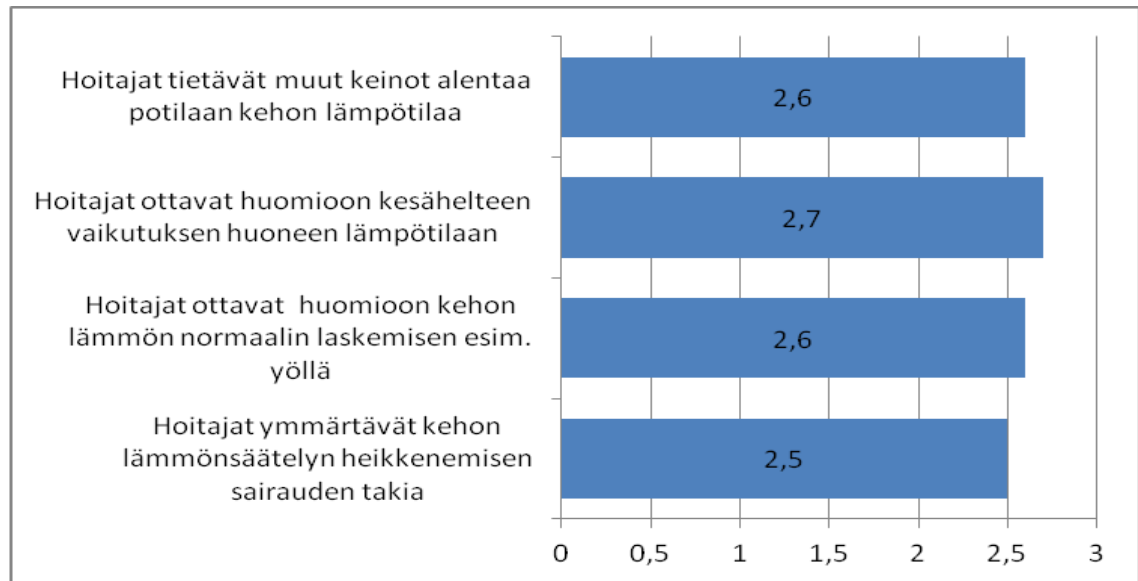
Kuvio 8. Erittäminen.

Keski-arvo 2.9 tuli väittämistä potilasta autetaan pukeutumisessa ja puhtaudenpidossa tarvittaessa, potilaan kykyä huolehtia pukeutumisestaan seurataan päivittäin ja potilaan kykyä huolehtia henkilökohtaisesta puhtaudestaan seurataan päivittäin. Tämän aihepiirin muista kysymyksistä saatiin keski-arvoksi 2.5. (Kuvio 9.) Vastauksissa näkyivät seuraavat väittämät; vuodepotilaan hygieniasta huolehditaan, painehaavaumien syntyminen pyritään estämään, yksityisyys toteutuu potilaan henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehdittaessa ja ihon kuntoa seurataan säännöllisesti.



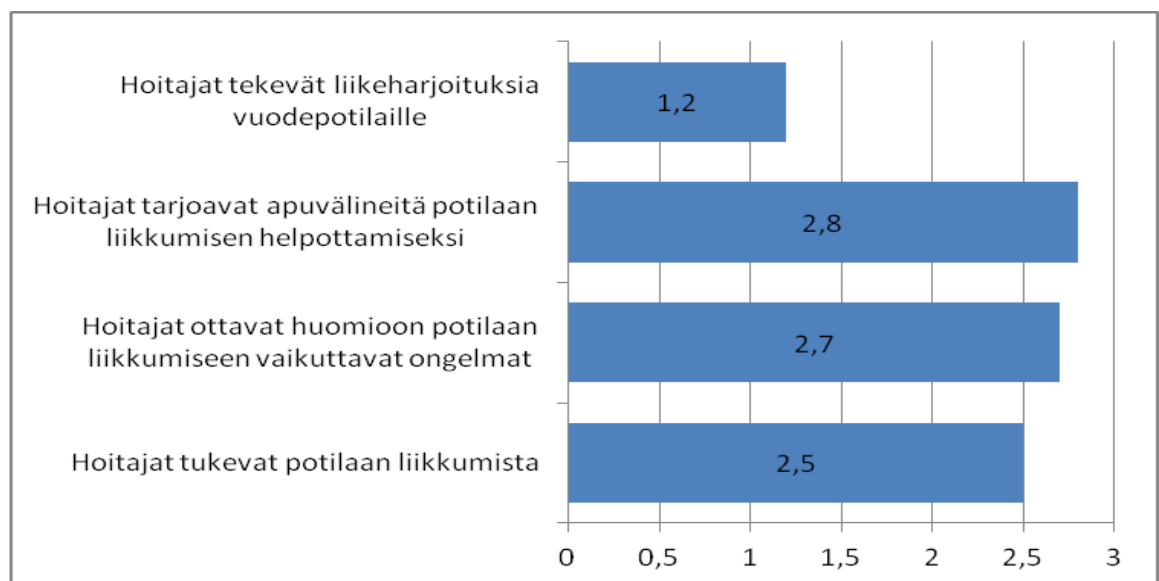
Kuvio 9. Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen.

Väittämät hoitajat ottavat huomioon kehon lämmön normaalin laskemisen esimerkiksi yöllä ja hoitajat tietävät muut keinot alentaa potilaan kehon lämpötilaa saivat saman keski-arvon eli 2.6. (Kuvio 10.) Hoitajat ottavat huomioon kesähelteen vaikutuksen huoneen lämpötilassa sai keski-arvoksi 2.7. Hoitajat ymmärtävät kehon lämmönsäätelyn heikkenemisen sairauden takia väittämä sai keski-arvoksi 2.5.



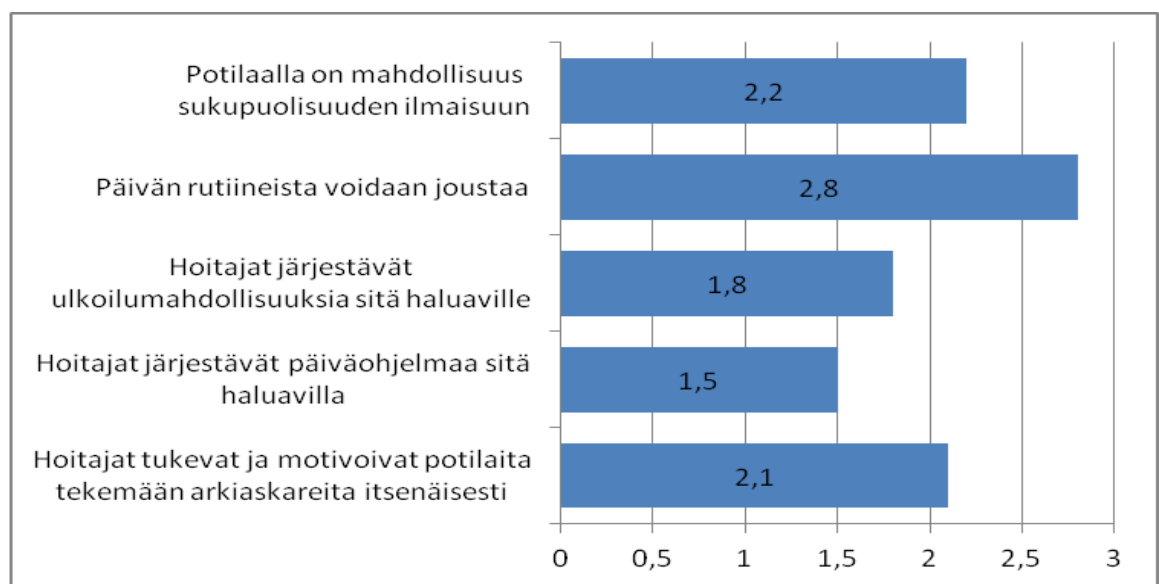
Kuvio 10. Kehon lämmöstä huolehtiminen.

Hoitajat tekevät liikeharjoituksia vuodepotilaalle sai väittämistä pienimmän keski-arvon eli 1.2. Tähän väittämään vastaajista 8 oli vastannut lähes eri mieltä ja 1 vastaaja olevansa täysin eri mieltä asiasta. Liikkumiseen liittyvistä väittämistä parhaan keski-arvon sai väittämä; hoitajat tarjoavat apuvälineitä potilaan liikkumisen helpottamiseksi. (Kuvio 11.) Tämän väittämän keski-arvo oli 2.8. Hoitajat tukevat potilaan liikkumista sai keski-arvoksi 2.5 ja väittämä hoitajat ottavat huomioon potilaan liikkumiseen vaikuttavat ongelmat.



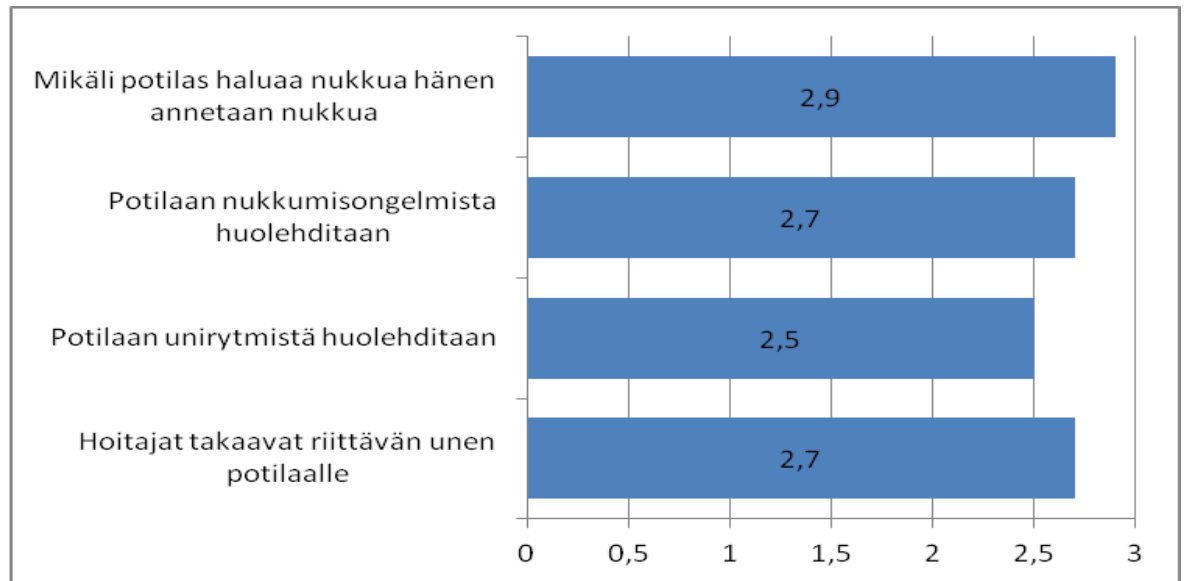
Kuvio 11. Liikkuminen.

Työskentelemisen, harrastamisen, leikkimisen ja sukupuolisuuden ilmaisemisen aihepiiri sai kokonaisuudessa toiseksi ja kolmanneksi huonoimmat keski-arvot. Päiväohjelman järjestäminen sitä haluaville sai keski-arvoksi 1.5 ja vastaajista 7 oli lähes eri mieltä asiata. Ulkoilumahdollisuuksien järjestäminen sitä haluaville sai keski-arvoksi 1.8. (Kuvio 12.) Päivä rutiineista voidaan vastaajien mukaan voidaan joustaa eli keski-arvo oli 2.8. Potilaan on mahdollisuus sukupuolisuuden ilmaisuun saatiin keski-arvoksi 2.2 ja väittämä hoitajat tukevat ja motivoivat potilaita tekemään arkiaskareita itsenäisesti sai tässä kehittämissuorituksen tuloksissa keski-arvoksi 2.1.



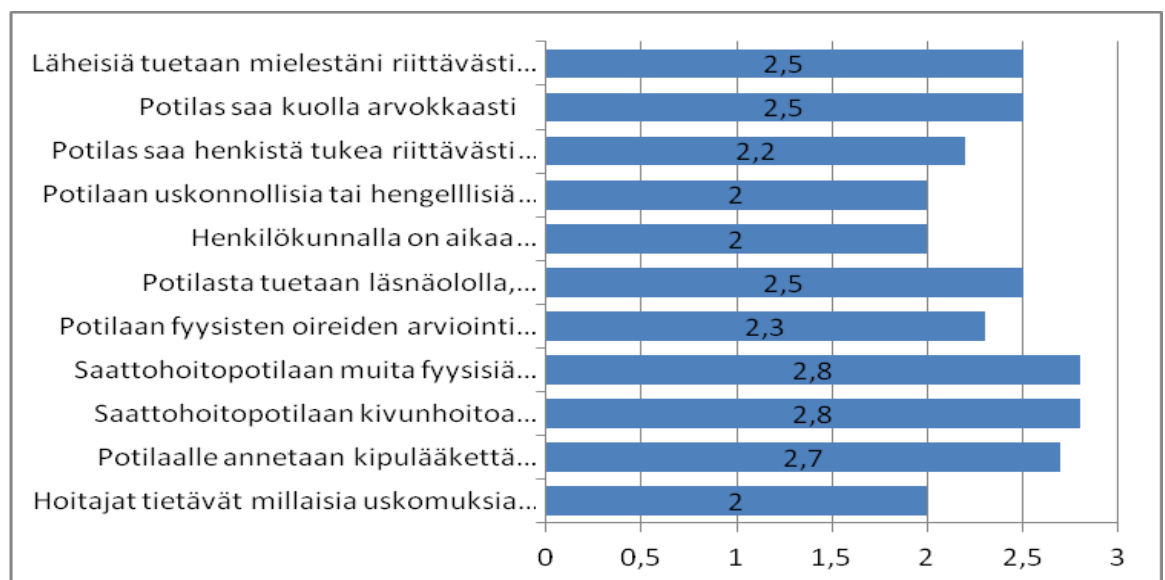
Kuvio 12. Työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen ja sukupuolisuuden ilmaiseminen.

Kehittämissuorituksen tulosten mukaan Karinakodissa annetaan potilaan nukkua, jos hän haluaa, sillä vastaajista 11 oli täysin samaa mieltä väittämästä . Saman keski-arvon eli 2.7 saivat väittämät potilaan nukkumisongelmista huolehditaan ja hoitajat takaavat riittävän unen potilaille. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Nukkuminen.

Kuoleman kohtaan liittyvät väittämistä erottautui hoitajat tietävät millaisia uskomuksia potilaalla on kuolemista ja kuolemasta, henkilökunnalla on aikaa saattohoitopotilaalle ja potilaan uskonnollisia tai hengellisiä tarpeita tuetaan riittävästi. Näihin väittämiin vastaajat olivat lähes samaa mieltä. Kuolemaan liittyvissä muissa kysymyksissä oli vastausten keski-arvo välillä 2.3-2.8.



Kuvio 14. Kuoleminen.

7.2 Hoitohenkilökunnan ehdotukset perushoidon kehittämiseen saattohoidossa

Avointen kysymysten vastauksista löytyi kehittämisaiheiksi useampi kohde. Hoitohenkilökunta kokee, että resurssien ja ajan käytön uudelleen jakaminen sekä töiden priorisointi olisi ajankohtaista. Näillä voitaisiin vähentää kiirettä, joka selkeästi herättää erilaisia ajatuksia hoitohenkilökunnassa. Hoitohenkilökunta halusi antaa enemmän aikaa saattohoitopotilaalle ja hänen omaisilleen. Tiedon kulun turvaamiseksi tuli useampi kehittämisidea. Näitä ovat kirjaamisen ja raportoinnin yhtenäistäminen selkeämmäksi sekä huonekohtaisten taulujen käyttöönottoaminen helpottamaan tiedon kulku. Tauluissa olisi potilaan hoitoa koskevia yksilöityjä tietoja esimerkiksi haavan hoitoon liittyviä asioita. Tällä taulun informaatiolla parannettaisiin tiedon kulkua juuri tämän potilaan kohdalta.

Hoitohenkilökunta toivoisi, että ruuan laatu ja hoitoympäristö saataisiin paremmin saattohoitopotilaalle sopiviksi. Vapaaehtoisia toivottaisiin enemmän esim. ulkoiluttamaan potilaita, sillä tähän ei hoitohenkilökunnan aika riitä tarpeeksi usein. Hoitohenkilökunta haluaa kehittää hoitopalaveri- ja tulohaastattelukäytäntöjä sekä yhtenäistää potilaiden haavanhoitoa. Itselleen hoitohenkilökunta toivoo koulutusta ja huolellisuutta hoitotyöhön.

.

7.3 Hoitohenkilökunnan kehittämis ehdotukset saattohoitoon

Hoitohenkilökunta haluaisi lisätä omaisten ottamista huomioon saattohoidossa sekä lisätä yhteistyötä tekemällä tutustumiskäyntejä saattohoitoon liittyviin instansseihin. Hoidon laadun ylläpitämiseksi toivotaan koulutusta, koulutetun henkilökunnan palkkaamista sijaisiksi, yhteistyön selkiyttämistä lääkärin kanssa ja vastuualueiden uudelleen jakamista. Vastuualueina voisi olla haavanhoito, koulutus ja yhteistyö vapaaehtoisten kanssa. Vapaaehtoistyön tärkeys näkyy vastauksissa eli sitä halutaan lisätä Karinakodissa. Hoitohenkilökunnan mielestä Karinakodin ruoka ei ole sopivaa saattohoitopotilaille.

8 EMPIIRISEN OSAN POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinnissa on sovellettu tieteellisen tutkimuksen kriteerejä ja eettisesti kestäviä menetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tämä kehittämisprojekti on tehty rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen. Tulokset on tarkistettu tilastointi vaiheessa ja ennen tallennusta tehty uusi tarkistus niiden oikeellisuudesta. Arvioitaessa tuloksia on pysytty vastausten antamassa sisällössä ja vastauksiin on otettu myös suoria lainauksia tukemaan ja varmistamaan oikeellisuutta. Kehittämisprojektiin on pyydetty tutkimuslupa (Liite 1) Lounais-Suomen syöpäyhdistys ry:stä ja osallistujilta on pyydetty kirjallinen suostumus (Liite 2).

Tämän soveltavan tutkimuksen luotettavuus on jaettu neljään kriteeriin, uskottavuuteen, siirrettävyyteen, refleksiivisyyteen ja vahvistettavuuteen (Kylmä & Juvakka 2007). Luotettavuutta on kehittämisprojektin aikana arvioitu säännöllisesti ja arviointi on tehty tarkkuutta noudattaen. Uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu selkeästi ja lukijan on helppo ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tärkeä luotettavuuskysymys on aineiston ja tulosten suhteiden kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2009.) Uskottavuutta kehittämisprojektiin lisäsi tekijän pitämät osastotunnit, joissa perusteltiin tekijän toimintaa ja havaintoja. Tulokset on loppuraportissa kuvattu sanallisesti ja osa tuloksista on kuvattu lisäksi kuvioidin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten soveltuvuutta vastaaviin tutkimustilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Tämän kehittämisprojektin menetelmät, avoimet kysymykset ja 0-3 portainen asteikko soveltuvat sellaisenaan saattohoitokotien perushoidon kehittämiseen. Käytettyjä menetelmiä ja tuloksia voidaan käyttää myös hoivakotien perushoidon kehittämiseen eli tulokset ovat siirrettävissä.

Refleksiivisyys on arvio kehittämisprojektin tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan ja hänen tulee osata arvioida kriittisesti oman näkökulmiensa vaikutusta aineistoon (Kylmä & Juvakka 2007). Tämän projektin tekijällä on aikaisempaa kokemusta saattohoidosta, mutta ei saattohoitokodin tuottamana. Saattohoitokodin toiminta oli täysin uusi toimintaympäristö kehittämisprojektin tekijälle ja tämän takia se mahdollisti uusien näkökulmien antamisen kehittämisprojektille. Vahvistettavuudella tarkoitetaan kehittämisprojektin kirjaamista niin, että toisella tutkijalla on mahdollisuus seurata kehittämistyön etenemistä pääpiirteittäin (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä projektissa menetelmät, aineiston keruu, osastotunnit ja eteneminen on pyritty kertomaan tarkasti, jotta ne voidaan tarvittaessa toistaa myöhemmin. Luotettavuus on myös huomioitu suoria lainauksia käytettäessä eli alkuperäislainaukset on kuvattu yleiskielelle muokattuna (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010).

8.2 Tulosten tarkastelu ja kehittämis ehdotukset

Kehittämisprojektissa tuli esille hyvän perushoidon tärkeiksi ominaisuuksiksi aito läsnäoleminen, keskusteleminen, kuunteleminen, potilaan ja omaisten tarpeiden huomioiminen. Samansuuntaisia ominaisuuksia tuli esille Miettisen (2001) ja Karjalaisen & Ponkilaisen (2008) tutkimuksissa. Lampen (2006) toteaa omassa tutkimuksessaan, että kokonaisvaltainen hoito on kaiken perusta. Karinakodin henkilökunnan vastauksissa korostui kokonaisvaltaisen hoidon merkitys sekä potilaan että omaisten hoidossa. Kehittämis ehdotuksena kokonaisvaltaisen hoidon laadun jatkumisen varmistamiseksi on raportoinnin ja kirjaamisen tiivistäminen, joilla saataisiin enemmän aikaa potilastyöhön. Liite 5 sisältää työaikajanat, joista voidaan päätellä, että työajan uudelleen organisointi olisi kokeilemisen arvoinen asia. Hiljaisella raportoinnilla saataisiin lisää aikaa kenttätöihin ja siten aikaa enemmän potilaille. Tähän asti on raportointiin kulunut vuorokaudesta n. 1 tunti ja 45 minuuttia. Kirjaamisella on hiljaisessa raportoinnissa merkittävä asema. Hoitohenkilökunnan tulisi kirjata asiat tarkasti ja lyhyesti potilas papereihin, jotta raporttia lukiessa olisi helppo löytää hoidon kannalta tärkeät asiat. Kirjaamisessa voidaan käyttää valmiita ohjelmia, jotka pohjautuvat Roper, Tierney,

Loganin (1992) elämisen toimintojen malliin esimerkiksi Tuomisen (2007) tutkimustyössä kirjaamisen kehittämiseen hoitotyössä käytettiin Pegasos- potilastietojärjestelmää ja sen avulla parannettiin kirjaamiskäytäntöjä. Kehittämisehdotuksena kirjaamiseen olisi, että potilaan saapuessa Karinakotiin tehtäisiin hoitosuunnitelmaan yhteenveto potilaan diagnooseista ja nykytilasta. Tästä olisi jokaisen hoitajan luettavissa, mikä on potilaan tämän hetkinen tilanne ja hoitosuunnitelmaa päivitettäisiin nykytilan muuttuessa.

Omaisten mielestä heidän omaistensa päivittäisistä toiminnoista huolehdittiin hyvin tai melko hyvin saattohoidossa (Mikkola- Salo 1998; Miettinen 2001). Tämä tuli ilmi myös projektissa eli hoitohenkilökunnan mielestä päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen sujuu hyvin Karinakodissa. Kehittämisehdotuksena esitetään henkilökohtaisen ja joustavan päiväohjelman tekemistä saattohoitopotilaille. Hoitohenkilökunta pysyy päiväohjelman kautta toteuttamaan yksilöllistä hoitorytmiä, kun se on päiväohjelmaan suunniteltu. Päiväohjelma voisi olla ns. huoneen taululla, josta hoitohenkilökunta voi tarkistaa potilaan toiveet, hoitotoimenpiteet ja muut huomioitavat asiat.

Omaiset kokivat Miettisen (2001) väitöskirjassa saaneensa melko hyvin tukea, heitä oli kannustettu kuolevan potilaan hoitoon ja he olivat saaneet keskustelua apua. Tässä projektissa näkyi selkeästi myös hoitohenkilökunnan kiinnostus huolehtia omaisista kokonaisvaltaisesti koko hoitoprosessin ajan ja myös sen jälkeen. Tätä aluetta hoitohenkilökunta haluaa kehittää lisää, sillä se nousi avoimen kysymyksen kautta kehittämiskohteeksi. Kehittämisehdotuksena on omaisten iltojen järjestäminen, omaisten mukaan ottaminen hoitopalaveriin ja omaisille järjestettävät keskustelutilaisuudet potilaan hoitoprosessin jälkeen.

Miettisen (2001) tutkimuksessa ilmeni, että 21 % tutkimukseen osallistuneista omaisista oli sitä mieltä, että heidän omaisillaan oli sellaisia lääkkeitä, joita ei olisi tarvittu. Kuolevan potilaan kohtaamisessa korostui potilaan henkinen ja fyysinen huolenpito (Sand 2003; Ridaspää 2006; Kauppinen 2013), johon kuuluvat potilaan perustarpeiden, erilaisten oireiden ja kipujen hoitaminen. Näihin edellä mainittuihin asioihin hoitohenkilökunta kiinnitti huomiota myös projektissa. Potilasta hoitavan lääkärin toivottiin lopettavan ne lääkkeet, joilla ei ollut

merkitystä saattohoitopotilaan hoidossa. Kipulääkityksen oikea-aikaisuutta ja mm. kipupumpun aloittamista korostettiin projektissa. Attilan (1998) tutkimuksessa omaiset kokivat saattohoitopotilaan riittävän kipulääkityksen tärkeänä asiana. Kehittämisehdotuksena on saattohoitopotilaan lääkityksen tarkistaminen alkuvaiheessa potilaan saapuessa Karinakotiin ja säännöllinen kivun arviointi työvuorossa. Lääkäri voisi suunnitella kipulääkityksen etupainotteiseksi eli lääkityssuunnitelma siltä varalta, että kipu tai muut sairauteen liittyvät oireet lisääntyvät tai muuttuvat esimerkiksi yön aikana.

Hoitohenkilökunnan vaikeudet antaa hengellistä tukea kuoleville ovat tulleet useissa tutkimuksissa (Kuuppelonmäki 2001; Ahramo & Yliluoma 2012; Tölli 2012). Tällaista ei kuitenkaan ollut havaittavissa tässä kehittämissuunnitelmassa. Tuloksissa ilmeni, että hoitohenkilökunta on ”herkällä korvalla ” tämän asian suhteen ja rohkeasti kysyvät saattohoitopotilaalta haluaako hän keskustella asiasta tai haluaako hän papin käymään luonaan. Kehittämisehdotuksena hengelliseen tukemiseen on säännöllinen pieni hartaushetki Karinakodin kauniissa kappelissa.

Hoitopalaverin pitäminen koettiin tärkeäksi sekä tässä kehittämissuunnitelmassa että Friederiksenin (2013) tutkimuksessa. Kehittämisehdotuksena on, että hoitopalaveri pidettäisiin jatkossa ensimmäisten päivien aikana, kun potilas saapuu Karinakotiin. Palaveriin kutsutaan, vastaavan hoitajan toimesta, omaisia, potilas, hoitava lääkäri ja hoitohenkilökunnan edustaja. Tämän hoitopalaverin tarkoituksena on kartoittaa potilaan tämän hetkinen tilanne ja toiveet, sekä informoida omaisia ja potilasta hoitoon liittyvistä asioista. Palaverissa käydään läpi saattohoidon periaatteet ja sairauteen mahdollisesti muita liittyviä asioita esimerkiksi kipulääkitys, muiden oireiden hoito, sosiaalisen tuen merkitys ja ravitsemus. Näitä asioita läpikäymällä sekä potilas että omaiset saavat realistisen käsityksen Karinakodin saattohoidosta ja siihen liittyvistä asioista.

Collianderin (2009) tutkimuksessa vapaaehtoistyöntekijöiden todettiin täydentävän yhteiskunnan palveluja tarjoamalla saattohoitopotilaalle sekä fyysistä että psykososiaalista tukea. Karinakodin hoitohenkilökunta koki vastauksissaan vapaaehtoisten toiminnan lisäämisen tärkeäksi asiaksi. Kehittämisehdotuksena on

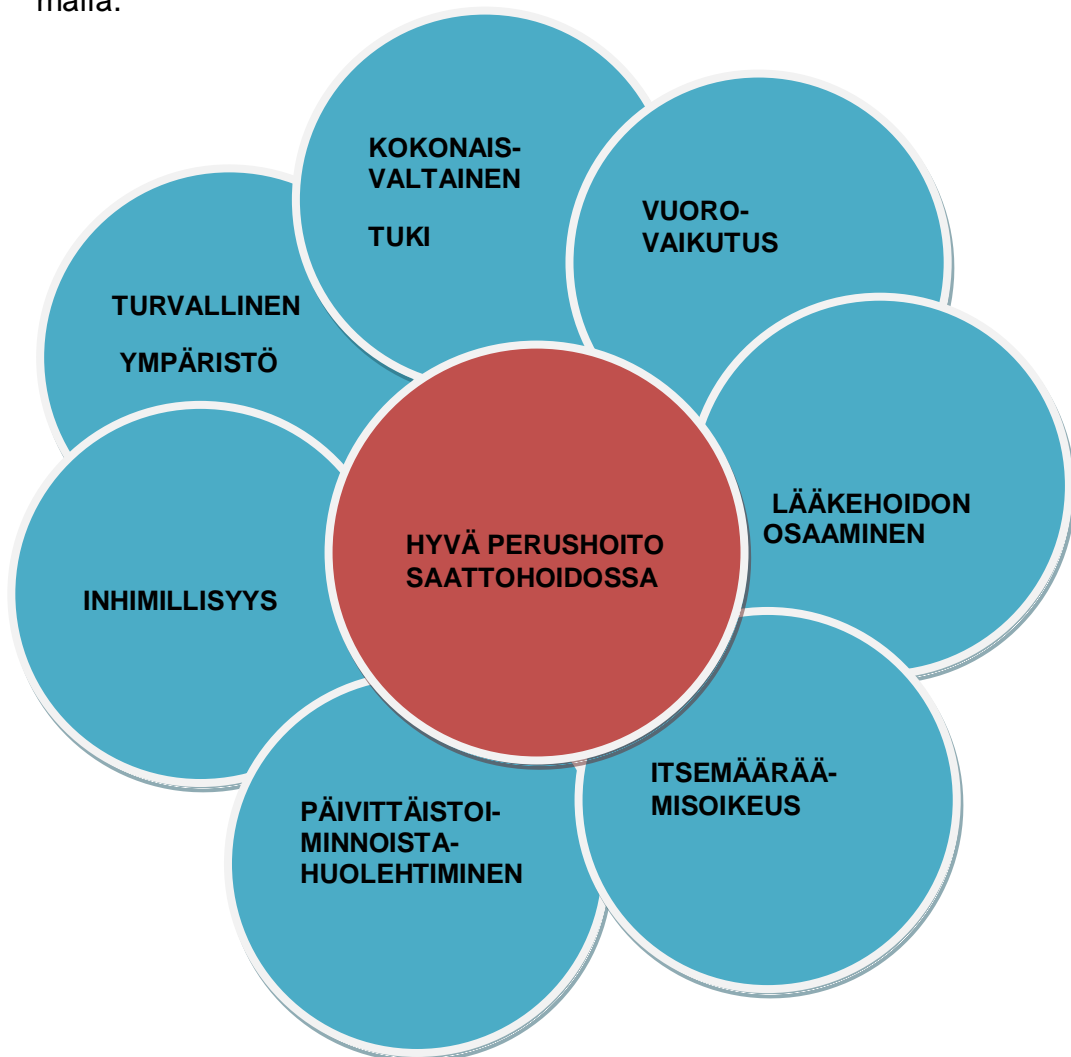
antaa esimerkiksi opinnäytetyön aiheeksi Karinakodin ja vapaaehtoistyöntekijöiden yhteistyön kehittäminen.

Vastuualueiden uudelleen jakamista toivottiin kehittämisprojektin tuloksissa. Kehittämisehdotuksena on, että vastuu-alueita olisi aluksi kaksi eli haavan hoito ja koulutus. Haavanhoitajalle voitaisiin valita työpari ja he yhdessä miettivät haavanhoidot ja yhtenäistävät haavanhoidotuotteet. Koulutushoitajan tehtävänä olisi organisoida tiistain osastokokoukseen pieni koulutuspaketti joko hoitohenkilökunnan tai lääkärin pitämänä. Koulutushoitaja voisi kerätä erilaisia aiheita sisäiseen koulutukseen ja esitellä myös talon ulkopuolisia koulutuksia osastotunnilla.

Ruuan laadun saaminen paremmin saattohoitopotilaalle sopivaksi jäi vielä mietittäväksi, sillä siihen on yritetty aiemmin löytää ratkaisuja. Kehittämisehdotuksena tulevat kuitenkin esille ruuan tuottajan kilpailuttaminen sovituin kriteerein tai nykyisen ruuan tuottajan kanssa käytävät palaverit ruuan saamiseksi sopivaksi saattohoitopotilaalle.

9 SAATTOHOIDON TOIMINTAA OHJAAVA KUVAUS

Toimintaa ohjaavassa kuvauksessa on niitä asioita, joita jokaisen hoitohenkilökuntaan kuuluvan tulisi ottaa huomioon perushoitoa tehdessään saattohoidossa. (Kuvio 15.) Toimintaa ohjaava kuvaus on koottu Karinakodin hoitohenkilökunnalle teetetyin kyselyn avointen kysymysten ja kyselyn vastauksia yhdistämällä.



Kuvio 15. Hyvä perushoito saattohoidossa - toimintaa ohjaava kuvaus

Kokonaisvaltainen tuki sisältää henkisen, hengellisen ja sosiaalisen tuen. Sosiaaliseen tukeen liittyy kiinteästi vuorovaikutukseen sisältäen sekä potilaan että omaisien kanssa tapahtuva vuorovaikutus. Lääkehoito kehittyy koko ajan ja sen

takia lääkehoidon tietämystä pitää päivittää koko ajan. Itsemääräämisoikeuden tiedostaminen, inhimillisyys ja turvallinen ympäristö ovat saattohoidossa tärkeitä osa-alueita yksilöllisen hoitosuhteen luomisessa. Saattohoidossa korostuu inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus Ne korostuvat erityisesti esimerkiksi potilaan päivittäistoiminnoissa huolehtimisessa. Jokainen osa-alue liittyy toisiinsa ja yhdessä niistä muodostuu hyvä perushoito saattohoidossa - toimintaa ohjaava kuvaus. Karinakodin hoitohenkilökunta on valmis yhdessä kehittämään osa-alueita, jotta saadaan mahdollisimman hyvä perushoito saattohoitoon.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektin arviointi tapahtuu tuotoksen kautta eli ne konkreettiset asiat mitkä saadaan hoitohenkilökunnan käyttöön parantamaan Karinakodin perushoitoa. Tämän kehittämiprojektin kautta löydettiin perushoitoon liittyviä kehittämiskohteita ja kehittämistyö käynnistettiin hoitohenkilökunnan toimesta.

Kehittämiprojektia varten laadittiin projektisuunnitelma, jota oli tarkoitus toteuttaa, mutta siihen jouduttiin tekemään tarkennuksia kehittämiprojektin edetessä. Kehittämiprojekti aloitettiin helmikuussa 2013, jolloin oli ensimmäinen tapaaminen mentorin ja vastaavan hoitajan kanssa. Tapaamisia oli useampi kevään 2013 aikana ja niissä täsmentyi kehittämistyön aihe. Haasteena kehittämistyölle oli projektipäällikön erilainen työympäristö, mutta se saatiin käännettyä vahvuudeksi kehittämiprojektin edetessä.

Hoitohenkilökunta osallistettiin kehittämiprojektiin osastotunnilla syyskuussa 2013. Osastotunnilla esiteltiin Roper, Tierney, Loganin (1992) Elämisen toimintojen malli ja hoitohenkilökunta teki itselleen sekä yhdessä sovitulle potilaalle, riippumattomuus-riippuvuus janan. Janan tekemisen tarkoitus oli osoittaa hoitohenkilökunnalle elämisen toimintojen mallin käytännön läheisyys. Osastotunnin tarkoitus oli tutustua uudelleen jo aikaisemmin terveystieteen koulussa opittuun elämisen toimintojen malliin. Osastotunnilla käytiin läpi kehittämistyön kysymykset ja niiden tarkoitusta avattiin. Hoitohenkilökunta koki, että kehittämiprojektin aihe on hyvin käytännön läheinen ja tällaista he olivat odottaneetkin. Kysymyksiin ei tässä vaiheessa ollut tarvetta tehdä muutoksia.

Kyselyyn oli aikaa vastata loka-marraskuun aikana ja tämä aika oli sopivan pituinen. Kyselyn jakaminen ja kerääminen sujui hyvin, mentorin avustuksella. Kysely oli paperiversiona ja tämä osoittautui hyväksi vaihto-ehdoksi, sillä näin oli mahdollisuus tauottaa kyselyyn vastaamista.

Joulukuun 2013 osastotunnilla käytiin läpi tuloksia ja löydettiin hoitohenkilökunnan kanssa kehittämiskohteita. Kehittämiskohteista osaan löydettiin jo ratkaisumalleja osastokokouksessa, osa jäi mietittäväksi ja kahta kehittämiskohdetta projektipäällikkö lupasi työstää. Huhtikuun osastotunnilla käytiin läpi projektipäällikön tuomat ehdotukset ja käydään tilannekatsaus siitä, onko osaston sisäisinä toimintoina tarkoitetut kehittämishankkeet edistyneet.

Projektiryhmään kuului mentori, joka on saattokodin sairaanhoitaja ja saattohoitokodin vastaava hoitaja. Ohjausryhmään kuuluu kuntoutuksen kehittämisryhmä, joka koostuu Tyks:n osastonlääkäristä (puheenjohtaja) ja johtavasta sosiaalityöntekijästä, Lssy:n toimitusjohtajasta ja henkilöstösihteeristä (sihteeri), VSSHP:tä sairaanhoitajasta ja LTK:sta, Suomen Syöpäjärjestön kehittämisspäälliköstä ja ylilääkäristä, yliopettajasta Turun ammattikorkeakoulusta ja jäsenestä, joka ei edusta edellä mainittuja instansseja.

Kehittämistyön aihe koettiin Karinakodissa käytännön läheiseksi ja siihen suhtauduttiin innokkaasti. Projektipäällikkö otettiin hyvin vastaan ja hänen ehdotuksiaan tuotiin käytäntöön. Projektipäällikön rooli oli haastavaa, mutta toisaalta hyvin antoisaa. Projektipäällikkönä pääsi tutustumaan täysin erilaiseen toimintaorganisaatioon ja sen toimintaan.

11 KEHITTÄMISPROJEKTIN MERKITYS

Hoitohenkilökunta määritteli hyvän perushoidon omassa työyksikössään eli Karinakodissa ja tämän perusteella saatiin kokonaisvaltainen käsitys hyvästä perushoidosta ja sen sisällöstä. Perushoidon laatua selvitettiin väittämällä, jotka oli laadittu Roper, Tierney, Loganin (1992) Elämisen toimintojen mallin mukaan. Hoitohenkilökunta koki saattohoitokodin perushoidon laadun hyväksi, mutta joidakin kehittämiskohteitakin löytyi. Elämisen toimintojen malli soveltui hyvin kehittämissuunnitelmaan ja tämän osoitti se, että hyvän perushoidon määrittelyssä oli useita Elämisen toimintojen mallin kokonaisvaltaisen perushoidon -alueita. Kehittämissuunnitelman aihe tuli Karinakodin henkilökunnalta, jolloin aihe koettiin ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Hoitohenkilökunnalla on selkeä halu kehittää saattohoitoa ja he uskaltavat rohkeasti ottaa vastaan kehittämissuunnitelmia. Kehittämissuunnitelma pysyi käytännön läheisenä ja tästä syystä tuloksia voidaan suoraan käyttää Karinakodin saattohoidon ja perushoidon kehittämiseen.

Kehittämissuunnitelman tavoitteena oli selvittää perushoidon kehittämiskohteet saattohoidon osalta Karinakodissa. Tämä tavoite saavutettiin ja kehittämissuunnitelman tuloksista nousi esille jatkokehittämissuunnitelmia. Vapaaehtoisten toiminnan lisääminen Karinakodissa nousi yhdeksi kehittämiskohteeksi ja tätä on tarkoitus jatkoissa kehittää Karinakodin työntekijän toimesta palliatiivisen hoidon opintoihin liittyvässä lopputyössä. Raportointiin ja kirjaamiseen on annettu kehittämissuunnitelma projektin tekijän toimesta, mutta jatkoasteena on muuttaa raportointi- ja kirjaamiskäytäntöjä. Tämän haasteen toteuttamisen ajankohta voisi sijoittua siihen hetkeen kun Karinakodissa siirrytään sähköiseen kirjaamiseen. Elämisen toimintojen mallia voidaan käyttää sähköisen kirjaamisen ja hoitosuunnitelman pohjana, jolloin kirjaaminen yhtenäistyy ja tiedon kulku varmistuu. Tiedon kulun parantaminen tuli esille kehittämissuunnitelmissa useammassa vastauksessa ja sähköisen kirjaamisen kautta sitä voidaan lisätä ja parantaa. Raportoinnin muuttamisen niin sanotuksi hiljaiseksi raportoinniksi voisi liittää samaan ajankohtaan. Hoitohenkilökunta voi kokea kirjaamisen ja raportoinnin haasteellisena, kun ne yhdistetään sähköiseen kirjaamisen aloittamiseen. Yhteistä ajankohtaa voidaan

perustella sillä, että sähköiseen kirjaamiseen on sisällytetty systemaattinen hoitosuunnitelma, jolloin raportin luettavuus ja tiedon kulku helpottuu.

Kehittämiprojektin tekijän itselleen asettama henkilökohtainen tavoite saavutettiin eli kehittämiprojektista saadaan käytännön toimintoja saattohoidon sekä perushoidon kehittämiseen ja kehitysideat ovat toteutumiskelpoisia Karinakodissa.

.

.

LÄHTEET

- Ahramo, T., & Yliuoma, L. 2012. Hengellisyys saattohoidossa – Karinakodin potilaiden ja omaisten ajatuksia. Pori. Opinnäytetyö.
- Attila, M. 1998. Omaisten kokemuksia vanhustensairaaloissa kuolleiden läheistensä hoidosta ja kuolemasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.
- Cherlin, E., Morris V., Morris, J., Johnson-Hurzeler, R., Sullivan, GM. & Bradley, EH. 2007. Common myths about caring for patients with terminal illness: opportunities to improve care in the hospital setting. *J Hosp Med.* 2007 Nov;2 (6):357-65.
- Colliander, J. 2009. Suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijät ja heidän hyvinvointinsa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu.
- Economist Intelligence Unit. 2010. The quality of death. Rankin end of life care across the world.
- Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. www.finlex.fi. Viitattu 24.4.2014.
- Euroopan Neuvoston Ihmisoikeuksien ja Biolääketieteen yleissopimus. 1997. ET164. www.finpedmed.fi.
- Friederiksen, E. 2013. Saattohoidon kehittäminen terveyskeskuksissa. Turku. Turun ammattikorkeakoulu.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Porvoo. Edita.
- Henry, C & Fenner, P. 2007. An introduction to the NHS end of life care programme. http://www.endoflifecare.co.uk/journal/0101_nhs.pdf. Viitattu 3.4.2014.
- Hildén, H-M., Louhiala, P. & Honkasalo, M-L. 2007. Potilaan itsemääräämisoikeus ja vaikeat päätökset elämän loppuvaiheessa – Lääkärit kuvaavat roolinsa vahvaksi tukiessaan potilasta. *Suomen lääkärilehti* 35 (62), 3079 -3080.
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä. Duodecim.
- Hänninen, J. 2012. Eutanasia hyvä kuolema. Duodecim. Jyväskylä. Bookwell Oy.
- Institute of Medicine 2003. Improving palliative care: We can take better care of people with cancer. Washington DC: National Academies Press.
- Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo. WSOY pro Oy.
- Kansanterveyslaki 1972/66. www.finlex.fi. Viitattu 24.4.2014
- Karjalainen, T. & Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille – kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kauppinen, S. 2013. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito Pirkanmaan hoitokodissa. Saattohoidon kehittäminen BIKVA-arviointimallia mukailleen. Tampere. Tampereen ammattikorkeakoulu. YAMK opinnäytetyö.

- Kumar, G., Markert, RJ & Patel R. Assessment of hospice patients`goals of care at the end of life. Am J Hosp Palliat Care. 2011 Feb;28(1):31-4. Epub 2010 Jun 11.
- Kuuppelonmäki, M. 2001. Hengellisyys hoitotyössä. Miten tuen anto toteutui? Sairaanhoitaja lehti vol 74, no6/2001. 28-30.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Käypähoito. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. <http://www.kaypahoito.fi>. Viitattu 4.4.2014.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. www.finlex.fi Viitattu 24.4.2014.
- Lampen, K. 2010. Hengellisten menetelmien käyttö lähihoitajan työssä pitkäaikaishoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-Gradu-tutkielma.
- Lounais-Suomen Saattohoitosäätiö r.s. 2014. Toimintasuunnitelma ja talousarvio vuodelle 2014.
- Lounais-Suomen Nursing Standard 2010 : 29.
- Miettinen, T. 2001. Palliative Care through Relatives' Eyes. University Of Tampere. Department of Nursing Science and University of Helsinki. Department of Medicine. Academic dissertation.
- Mikkola-Salo, V. 1997. Kuolevan potilaan laadukas hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla – omaisten näkökulma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.
- Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu terhokodissa omaisten arvioimana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2009. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Pittsburgh. United States of America.
- NHS Quality Improvement Scotland. 2004. Bethesda Hospice, Stornoway. Local Local Report January 2004. Specialist Palliative Care.
- National Research Council, 2003. Improving Palliative Care: We Can Take Better Care of People With Cancer. Washington, DC, USA: National Academies Press.
- Paajanen, S. Henkilökohtainen tiedonanto. 4.12.2013.
- Perustuslaki. 731/1999.
- Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä – Hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Reynolds, J. & Croft, S. 2011. Applying the Preferred Priorities for Care document in Practise. Kumar, G., Markert, RJ & Patel R. Assessment of hospice patients`goals of care at the end of life. Am J Hosp Palliat Care. 2011 Feb;28(1):31-4. Epub 2010 Jun 11.
- Ridanpää S., 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma
- Roper, R., Logan, W. & Tierney. A. 1992. Hoitotyön perusteet. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Saarenpää, A. 2000. Potilas-oikeus-potilasoikeus. Teoksessa: "Potilaana asema ja oikeudet. Sundman E. s. 21- 39. Tammer-paino Oy. Tampere.
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto.
- Saattohoitosäätiö r.s. 2014. Toimintasuunnitelma ja talousarvio vuodelle 2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010: 6

Sosiaali- ja terveysministeriö.2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 -2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. Työryhmän raportti. http://www.stm.fi/c/document_library/Viitattu 10.3.2013

Syöpäjärjestöjen strategiat.2011-2015. Helsinki. <http://cancer-fi-bin.directo.fi>. viitattu 13.3.2013

Syöpärekisteri.2013.

Teno, JM., Clarridge, BR., Casey, V., Welch, LC., Wetle, T., Shield, R & Mor, V. 2004.Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA.Jan 7;291(1) 88 -93

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tuominen, T. 2007. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Malmin kotisairaalassa. Helsinki. Stadia. Helsingin ammattikorkeakoulu.

Turunen, Merja. 2012. Saattohoitopotilaan lääkkeetön kivunhoito Pirkanmaan Hoitokodissa. Kehittämistyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Terveysalanerikoistumisopinnot.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. 2012. Helsinki.

Tölli, M. 2012. Elämää lähellä kuolemaa: saattohoitopotilaan sosiaalisen ja hengellisen elämän kysymykset ja tuen tarve. Pro gradu. Helsingin yliopisto, teologia.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus. <http://www.etene.fi/fi/aineistot/julkaisut/2012>. Viitattu 22.4.2013.

Vuorinen, E., Seuna, L & Ansas, K. 2004. Saattohoidon järjestäminen terveyskeskuksessa - Kotkan malli. Suomen lääkäri-lehti 4, 295 -299.

Wasner, M.,Longaker,C., Fegg,M.J.&Borasio, G.D.2005. Effects of spiritual care training for palliative care professional. Palliative Medicine 19. 99-104.

WHO 2014. Global Atlas of Palliative Care at the End of Live.

Kehittämisprojektin tutkimuslupa

LOUNAISSUOMALAISET SYÖPÄJÄRJESTÖT	LÄÄKETIETEELLISTÄ JA MUUTA TERVEYSTIETEELLISTÄ TUTKIMUSTA KOSKEVA LUPA-ANOMUS Lounaissuomalaisten Syöpäjärjestöjen asianomaiselle hallitukselle
TUTKIMUKSEN NIMI	
Hyvä perushoito osana saattohoitoa Karinakodissa.	
Vastaava tutkija/ muut tutkijat	Yksikkö, jossa tutkimus toteutetaan
Valtonen Tiina	Lounais-Suomen saattohoitokotisäätiö r.s / Karinakoti
Tutkimuksen ohjaaja Nurminen Rajja	Yhteys puh. 044-9074582
Lounaissuomalaisten Syöpäjärjestöjen asianomaisen yksikön henkilöstön käyttötarve (nimi, tehtävä)	
Yhteyshenkilön nimeäminen ja henkilöstön (sairaanhoitajat, perushoitajat/lähihoitajat) osallistuminen kyselyyn suunnitelman mukaan.	
Ulkopuolinen työvoima (nimi, tehtävä)	
Ei tarvetta	
Tutkimuksen laajuus (potilaiden lukumäärä, yms.)	
Karinakodin henkilökunta	
Onko tarkoitus tutkia sairauskertomuksia	<input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei
Tutkimuksen ajoitus (alkaa – päättyy)	.Syyskuu .2013 – Joulukuu .2013.
TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVIEN LOUNAISSUOMALAISTEN SYÖPÄJÄRJESTÖJEN PALVELUYKSIKÖIDEN TARVE	
	<input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei
Tutkimuksen rahoitus (tarkempi selvitys kustannuserittelyssä)	
Ei kuluja.	
Eettisen toimikunnan lausunto	<input type="checkbox"/> saatu puoltavana ____ / ____ § ____ <input checked="" type="checkbox"/> ei haettu
HAETAAN LUPAA TUTKIMUKSEN TEKEMISEEN Päiväys 3 / 9 2013	LUPA-ANOMUKSEN KÄSITTELY 9 / 9 2013 <input checked="" type="checkbox"/> hyväksytty hallituksessa <input type="checkbox"/> ei puolta
Allekirjoitus <u>Tiina Valtonen</u>	Päätävä hallitus <u>Lounaissuomalaisten Syöpäjärjestöjen R.Y.</u>
Nimen selvitys <u>Tiina Valtonen</u>	Toimitusjohtaja <u>Matti</u>
Virka <u>ymk.</u> opiskelija	
Hakemukseen liitetään lisäksi tutkimussuunnitelma, eettisen toimikunnan/koe-eläintoimikunnan lausunto, hankkeen kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma sekä kopio lääkelaitokselle tehdystä ilmoituksesta (kliiniset lääketutkimukset ja terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita koskevat tutkimukset). Hakija vastaa tietojen käytöstä ja avustajiensa tietosuojaan noudattamisesta.	

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Hyvä perushoito osana saattohoitoa

Minua on pyydetty osallistumaan hyvä perushoito osana saattohoitoa selvittävään tutkimukseen vastaamalla kyselyyn.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Olen saanut suullisesti tiedot. Olen tietoinen siitä, että tässä tutkimuksessa kyselyllä kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina. Tutkimuksessa kerätyt tiedot käsitellään siten, ettei henkilöllisyyteni selvittäminen ole mahdollista.

Olen tietoinen siitä, että tässä tutkimuksessa kyselyllä kerättäviä tietoja käsitellään vastuullisen tutkijan, tutkimukseen nimettyjen tutkijoiden/opinnäytetöiden tekijöiden tiloissa ja laitteissa. Aineisto säilytetään tutkimusprosessin ajan asianmukaisesti lukittuna sekä tullaan hävittämään raportoinnin jälkeen paperisilppurissa ja poistamalla se tietokannoista.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen (kyselyyn) on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen (kyselyyn) osallistuminen.

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta, ja siitä tietoisena suostun

- vastaamaan kyselyyn
- luovuttamaan vastaukseni tämän tutkimuksen käyttöön.

Laittakaa rasti kaikkiin niihin yllä oleviin kohtiin, joihin annatte suostumuksenne.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

Allekirjoitus Päiväys

Nimen selvennys

**SAATTOHOIDON LAA-
TU**

Turun ammattikorkeakoulu
Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry.

KYSELY SAATTOHOITOON OSALLISTUVALLE HENKILÖKUNNALLE

Pyydämme kohteliaimmin Sinua osallistumaan saattohoidon laatua perushoidon osalta tutkimukseen, vastaamalla tähän kyselyyn. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kehittämiskohteet saattohoidossa. Tarkoituksena on arvioida perushoidon taso saattohoidossa. Perushoidolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan potilaiden päivittäisestä toimintojen huolehtimisesta ja avustamisesta esimerkiksi ruokailussa, hygieniassa ja pukemisessa.

Osallistumisesi on vapaaehtoista, mutta jokaisen kokemukset ja kehittämissuhteet ovat tärkeitä. Jos et kuitenkaan halua osallistua, voit hävittää tämän lomakkeen. Tähän tutkimukseen tavoitellaan osallistujiksi noin 20 Karinakodissa saattohoitoon osallistuvaa hoitajaa.

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 tutkijalle (postimaksu on maksettu).

Tutkimukselle on saatu asianmukaiset tutkimusluvut. Lisätietoja tutkimukseen liittyvistä asioista saa Tiina Valtoselta (puh. 040 5730 721). Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen kesken ja hanke liittyy osana ” Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku” – projektiin. Tavoitteena on julkaista tulokset oppimateriaalina, tieteellisenä artikkelina ja ammattilehtijulkaisuna.

Kiitän jo etukäteen vastauksistasi ja toivon pystyväni niiden avulla kehittämään saattohoitoa perushoidon osalta parhaalla mahdollisella tavalla.

Nurmijärvellä 23.8.2013

Tiina Valtonen (yamk- opiskelija)
puh. 040 5730 721
Käpykuja 41, 01940 Palojoki
Turun ammattikorkeakoulu, Ruiskatu 8, 20720 Turku
tiina.valtonen@students.turkuamk.fi

Kysely

Taustatiedot

1. Ikäni on _____ vuotta

2. Olen ammatiltani 1 lähihoitaja/perushoitaja

2 sairaanhoitaja

3. Olen osallistunut _____ vuotta saattohoitopotilaiden hoitoon

4. Mitä käsität hyvällä perushoidolla saattohoidossa?

5. Mitä ymmärrät käsitteellä henkinen tuki saattohoidossa?

Seuraavassa on väittämiä, jotka koskevat perushoitoa **Karinakodissa**. Pyydän sinua arvioimaan, missä määrin olet samaa tai eri mieltä esitetyn asian kanssa. Valitse kokemustasi parhaiten kuvaava vaihtoehto ympyröimällä sen numero.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
1. Potilailla on turvallinen ympäristö saattohoitokodissa.....	3	2	1	0
2. Saattohoitokodin ympäristö on meluton.....	3	2	1	0
3. Potilaille ei synny tapaturmavaaroja saattohoitokodissa.....	3	2	1	0
4. Henkilökunta on saanut alkusammutuskoulutuksen.....	3	2	1	0
5. Hoitajat tunnistavat tartuntavaarojen riskin.....	3	2	1	0
6. Hoitajat ymmärtävät käsihygienian merkityksen	3	2	1	0
7. Hoitajat ottavat huomioon aistitoimintojen heikkenemisen saattohoitokodissa.....	3	2	1	0
8. Hoitajat ymmärtävät potilaan viestimiseen liittyviä ongelmia saattohoidossa.....	3	2	1	0
9. Hoitajat osaavat ennakoida potilaille mahdollisia kehittyviä viestimisongelmia.....	3	2	1	0
10. Potilaalle tarjotaan apuvälineitä viestimisen helpottamiseksi.....	3	2	1	0
11. Hoitaja esittelee itsensä potilaalle.....	3	2	1	0
12. Hoitajat ovat empaattisia.....	3	2	1	0
13. Hoitajat tunnistavat hengitysvaikeudet saattohoitopotilaalta.....	3	2	1	0
14. Hoitajat ennakoivat mahdollisia hengitysongelmia potilaalta....	3	2	1	0
15. Saattohoitopotilaan hengittämiseen liittyvät epämuokavuudet tunnistetaan.....	3	2	1	0
16. Saattohoitopotilaan hengitysvaikeuksia osataan hoitaa.....	3	2	1	0

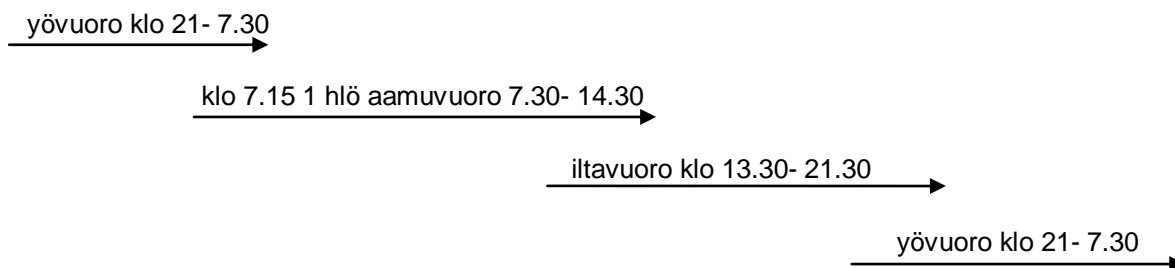
	täysin samaa	lähes samaa	lähes eri	täysin eri
	mieltä	mieltä	mieltä	mieltä
17. Aterioiden ajoitus on potilaskohtainen saattohoitokodissa.....	3	2	1	0
18. Saattohoitopotilaiden ruoka on monipuolista ja maittavaa.....	3	2	1	0
19. Saattohoitopotilaiden nesteytys on potilaskohtainen.....	3	2	1	0
20. Ruokailu on rauhallinen.....	3	2	1	0
21. Hoitajat tarjoavat lisäravinteita, jos potilas niitä haluaa.....	3	2	1	0
22. Hoitaja tunnistaa syömiseen ja juomiseen liittyvät epämukavuudet.....	3	2	1	0
23. Hoitajalla on erilaisia keinoja hoitaa syömiseen ja juomiseen liittyviä epämukavuuksia.....	3	2	1	0
24. Potilaan säännöllisestä vatsantoiminnasta huolehditaan.....	3	2	1	0
25. Potilaan virtsan erityistä seurataan säännöllisesti.....	3	2	1	0
26. Potilasta tuetaan kertomaan erittämiseen liittyvistä ongelmista hoitajille.....	3	2	1	0
27. Potilaan kykyä huolehtia henkilökohtaisesta puhtaudestaan seurataan päivittäin.....	3	2	1	0
28. Potilaan kykyä huolehtia pukeutumistaan seurataan päivittäin...	3	2	1	0
29. Ihon kuntoa seurataan säännöllisesti.....	3	2	1	0
30. Yksityisyys toteutuu potilaan henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehdittaessa.....	3	2	1	0
31. Potilasta autetaan pukeutumisessa ja puhtaudenpidossa tarvittaessa.....	3	2	1	0
32. Painehaavaumien syntyminen pyritään estämään.....	3	2	1	0
33. Vuodepotilaan hygieniasta huolehditaan.....	3	2	1	0
34. Hoitajat ymmärtävät kehon lämmönsäätelyn heikkenemisen sairauden takia.....	3	2	1	0
35. Hoitajat ottavat huomioon kehon lämmön normaalin laskemisen esim. yöllä.....	3	2	1	0

	täysin samaa	lähes samaa	lähes eri	täysin eri
	mieltä	mieltä	mieltä	mieltä
36. Hoitajat ottavat huomioon kesähelteen vaikutuksen huoneen lämpötilaan.....	3	2	1	0
37. Hoitajat tietävät muut keinot alentaa potilaan kehon lämpötilaa.....	3	2	1	0
38. Hoitajat tukevat potilaan liikkumista.....	3	2	1	0
39. Hoitajat ottavat huomioon potilaan liikkumiseen vaikuttavat ongelmat.....	3	2	1	0
40. Hoitajat tarjoavat apuvälineitä potilaan liikkumisen helpottamiseksi.....	3	2	1	0
41. Hoitajat tekevät liikeharjoituksia vuodepotilaille.....	3	2	1	0
42. Hoitajat tukevat ja motivoivat potilaita tekemään arkiaskareita itsenäisesti.....	3	2	1	0
43. Hoitajat järjestävät päiväohjelmää sitä haluaville.....	3	2	1	0
44. Hoitajat järjestävät ulkoilumahdollisuuksia sitä haluaville.....	3	2	1	0
45. Päivän rutiineista voidaan joustaa.....	3	2	1	0
46. Potilaalla on mahdollisuus sukupuolisuuden ilmaisuun.....	3	2	1	0
47. Hoitajat takaavat riittävän unen potilaalle.....	3	2	1	0
48. Potilaan unirytmistä huolehditaan.....	3	2	1	0
49. Potilaan nukkumisongelmista huolehditaan.....	3	2	1	0
50. Mikäli potilas haluaa nukkua hänen annetaan nukkua.....	3	2	1	0
51. Hoitajat tietävät millaisia uskomuksia potilaalla on kuolemasta ja kuolemasta.....	3	2	1	0
52. Potilaalle annetaan kipulääkettä riittävästi.....	3	2	1	0

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
53. Saattohoitopotilaan kivunhoitoa arvioidaan säännöllisesti.....	.3	2	1	0
54. Saattohoitopotilaan muita fyysisiä oireita arvioidaan säännöllisesti.....	3	2	1	0
55. Potilaan fyysisten oireiden arviointi onnistuu hyvin.....	3	2	1	0
56. Potilasta tuetaan läsnäololla, kuuntelemalla tai keskustelulla.....	3	2	1	0
57. Henkilökunnalla on aikaa saattohoitopotilaalle.....	3	2	1	0
58. Potilaan uskonnollisia tai hengellisiä tarpeita tuetaan riittävästi..	3	2	1	0
59. Potilas saa henkistä tukea riittävästi henkilökunnalta.....	3	2	1	0
60. Potilas saa kuolla arvokkaasti.....	3	2	1	0
61. Läheisiä tuetaan mielestäni riittävästi saattohoidon aikana.....	3	2	1	0

6. Miten kehittäisit perushoitoa saattohoidossa, tämän hetkisillä resursseilla Karinakodissa?

Työaikajana Karinakodissa



Aamulla tulee yksi hoitaja klo 7.15 ottamaan yöhoitajilta raporttia. Aamuvuorossa työskentelee yhteensä 4 hoitajaa. Iltavuorolaisia on neljä ja he tulevat klo 13.30 töihin, jolloin on tunnin kestävä raportti. Yövuorolaisia on kaksi ja he tulevat klo 21 töihin ja tässä kohtaa on ½ tuntia kestävä raportti.