

**SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA
SAATTOHOITOSUUNNITELMAN TEKEMISESTÄ
SAATTOHOITOPOTILAALLE**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa, Hoitotyö

Syksy, 2017

Riikka Lindfors ja
Jenni Lindroos

Hoitotyö
Forssa

Tekijät	Riikka Lindfors & Jenni Lindroos	Vuosi 2017
Työn nimi	Sairaanhoidajien kokemuksia saattohoitosuunnitelman tekemisestä saattohoitopotilaalle	
Työn ohjaaja	Kirsi Puhtimäki	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta, tutkittua ja luotettavaa tietoa eräälle eteläsuomalaiselle sairaalalle selvittämällä, mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät saattohoitosuunnitelman tekemisen saattohoitopotilaalle sekä miten saattohoitosuunnitelman tekemistä voi kehittää. Opinnäytetyön yhdyshenkilönä oli sairaalan kirurgisen osaston apulaisosastonhoitaja. Keskustellessa hänen kanssaan tämän opinnäytetyön tarpeellisuudesta, kertoi hän osaston lääkäreiden olleen arkoja tekemään potilaille saattohoitopäätöksiä sekä myös hoitajien olleen arkoja järjestämään potilaille hoitoneuvotteluja.

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin perehtymällä aikaisempaan tutkittuun tietoon opinnäytetyön aihetta koskien. Siihen perustuen laadittiin haastattelurunko. Tutkimusmateriaali kerättiin haastattelemalla teemahaastattelua hyödyntäen yhdeksää kirurgisen osaston sairaanhoitajaa. Tämän jälkeen haastattelumateriaali litteroitiin ja analysoitiin induktiivista sisälönanalyysia käyttäen.

Tämän opinnäytetyön tuloksista selvisi muun muassa, että osaston sairaanhoitajat sekä halusivat että tarvitsivat lisää koulutusta saattohoitoon liittyen. He kokivat, ettei heidän jaksamistaan tuettu riittävästi ja, että saattohoitosuunnitelmia tehtiin liian myöhäisessä vaiheessa potilaille. Sairaanhoidajat kokivat myös, että resursseja lisäämällä he voisivat tehdä saattohoitosuunnitelmia moniammatillisemmin, jolloin myöskään niiden tekeminen ei jäisi aina tiettyjen sairaanhoitajien harteille.

Avainsanat Saattohoito Saattohoitosuunnitelma Sairaanhoidaja

Sivut 35 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Degree Programme in Nursing
Forssa

Authors	Riikka Lindfors & Jenni Lindroos	Year 2017
Subject	Nurses' Experiences of Making an End-of-Life Care Plan for End-of-Life Care Patient	
Supervisor	Kirsi Puhtimäki	

ABSTRACT

The aim of the thesis was to produce new, reliable and researched information for a certain hospital in Southern Finland. The thesis examined which factors enhances and which prevent end-of-life care planning for an end-of-life care patient and how to develop end-of-life care planning. The contact person of this thesis was a surgical unit's staff nurse. The need for this kind of information was emphasized by both the physicians and the nursing personnel for end-of-life care plans and meetings.

The thesis process was started by analysing previous studies about the topic. As a data collection method a theme interview based on those studies was used. Total of nine nurses were interviewed for this thesis. After the interviews the material was transcribed and analysed by using inductive content analysis.

As a result of the study, more education about the end-of-life care was appreciated. Coping at work was not sufficiently supported and end-of-life care plans for patients were made too late. In addition, by increasing resources, end-of-life care plans could be made more multi-professionally and not relying only on nurses' responsibilities and activities at work.

Keywords End-of-Life Care End-of-Life Care Plan Nurse

Pages 35 pages including appendices 8 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	2
3	SAATTOHOITOPROSESSI	2
3.1	Saattohoitoneuvottelu	3
3.2	Saattohoitosuunnitelma.....	3
4	SAATTOHOITOON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	4
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	8
5.1	Kohdejoukko ja aineistonkeruu.....	8
5.2	Aineiston analysointi	10
6	TUTKIMUSTULOKSET	13
6.1	Saattohoitosuunnitelman tekemistä edistävät tekijät.....	13
6.2	Saattohoitosuunnitelman tekemistä estävät tekijät.....	14
6.3	Saattohoitosuunnitelman tekemisen kehittäminen	17
7	POHDINTA.....	20
7.1	Luotettavuus	21
7.2	Eettisyys.....	22
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	23
9	JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	24
	LÄHTEET	25

Liitteet:

Liite 1	Haastattelurunko
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Saattohoitosuunnitelman mallipohja
Liite 4	Analyysitaulukko

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia saattohoitosuunnitelman tekemisestä saattohoitopotilaalle. Opinnäytetyön tilaaja oli eräs eteläsuomalainen sairaala. Opinnäytetyön yhdyshenkilö oli kyseisen sairaalan kirurgisen osaston apulaisosastonhoitaja, joka oli toivonut tutkimusta tästä aiheesta. Kyseisellä osastolla sijaitti sairaalan ainoa saattohoitohuone, jolle oli apulaisosastonhoitajan mukaan käyttöä hyvin vaihtelevasti. Osastolla hoitajat olivat vastuussa saattohoitoneuvotteluiden järjestämisestä. Keskustellessa apulaisosastonhoitajan kanssa tämän opinnäytetyön tarpeellisuudesta, kertoi hän osaston lääkäreiden olevan arkoja tekemään potilaille saattohoitopäätöksiä ja osittain sen vuoksi myös osaston hoitajat olivat arkoja järjestämään potilaille hoitoneuvotteluja, joissa sovitaan potilaan mahdollisesta saattohoitoon siirtymisestä sekä saattohoitosuunnitelmasta.

Opinnäytetyön tekijät halusivat tehdä opinnäytetyön tästä aiheesta, sillä heidän mielestään aihe oli hyvin tärkeä ja mielenkiintoinen, sekä he halusivat perehtyä aiheeseen enemmän. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä oli erittäin mielekästä tehdä opinnäytetyö aiheesta, jonka tavoitteena oli tuottaa uutta ja tutkittua tietoa työelämää varten ja, jonka tavoitteena oli helpottaa saattohoitosuunnitelman tekemistä osastolla. Tekijät olivat myös kiinnostuneita tekemään tutkimuksellisen opinnäytetyön sekä tutustumaan sen eri vaiheisiin tarkemmin. Kumpikaan opinnäytetyön tekijöistä ei ollut ollut harjoittelussa tai töissä kyseisellä osastolla, joten heillä ei ollut minkäänlaisia ennakkokäsityksiä tai -asenteita paikasta.

Verratessa tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia aikaisempiin aiheesta löytyviin tutkimustietoihin, voidaan todeta tuloksissa paljon samankaltaisuuksia. Näitä samankaltaisuuksia oli muun muassa se, että sairaanhoitajat haluavat sekä tarvitsevat lisää koulutusta saattohoitoon liittyen, sairaanhoitajien jaksamista ei tueta riittävästi, ja saattohoitosuunnitelmia pitäisi tehdä jo potilaan edellisessä hoitopaikassa, eikä siirtää kyseiselle kirurgiselle osastolle vain saattohoitopäätöksen tekoa varten. Lisäksi saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä tulee olla riittävästi resursseja saattohoidon toteuttamista varten, myös sen takia, että sairaanhoitajat saavat tehdä saattohoitosuunnitelmia moniammatillisesti. Sairanhoitajien osaaminen oli keskeisessä asemassa saattohoitoa toteuttaessa. Myös tämän opinnäytetyön tulokset tukevat näitä tuloksia.

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet olivat saattohoito ja saattohoitosuunnitelma.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta, tutkittua ja luotettavaa tietoa eräälle eteläsuomalaiselle sairaalalle sairaanhoitajien kokemuksista saattohoitosuunnitelman tekemisestä saattohoitopotilaalle. Tavoitteena oli selvittää etenkin, mitkä tekijät edistävät saattohoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle sekä, mitkä tekijät puolestaan estävät saattohoitosuunnitelman tekemisen saattohoitopotilaalle.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli auttaa kirurgista osastoa kehittämään saattohoitopotilaiden hoitoa tämän opinnäytetyön tutkimustulosten avulla. Tarkoituksena oli etenkin se, että saattohoitosuunnitelman tekeminen osastolla helpottuisi sekä tapahtuisi jatkossa varhaisemmassa vaiheessa.

Tässä opinnäytetyössä oli kolme tutkimuskysymystä, jotka olivat:

- 1: Mitkä tekijät edistävät saattohoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle?
- 2: Mitkä tekijät estävät saattohoitosuunnitelman tekemisen saattohoitopotilaalle?
- 3: Miten saattohoitosuunnitelman tekemistä voi kehittää?

3 SAATTOHOITOPROSESSI

Saattohoidolla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaan parantavasta hoidosta on jouduttu luopumaan, sillä yleistilan heikkenemiseen ja sairauden etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoitopäätös on tehtävä aina ennen saattohoidon aloittamista. Kun päätös on tehty, siirrytään parantavasta hoidosta oireiden mukaiseen hoitoon. Päätös saattohoidosta tulee tehdä yhdessä asianomaisen, hänen omaistensa, lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa. Ennen päätöksen tekoa on todettava, että kuolema on väistämätön. Lisäksi hoitolinjauksista sovitaan yhdessä. Päätöksenteko sekä sen perustelut tulee kirjata aina selkeästi asiakirjoihin. Kuolevan ihmisen itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava loppuun asti ja hänelle tulee antaa tarpeeksi tietoa, jotta hän pystyy osallistumaan päätöksentekoon hoidostaan. (Kan & Pohjola 2012, 258.)

Saattohoidon tarkoituksena on hoitaa ja tukea kuolevaa ihmistä ja hänen lähiomaisiaan inhimillisiä arvoja kunnioittaen. Ennen saattohoitovaiheeseen siirtymistä on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan hoitopäätöksestä keskusteltava useita kertoja potilaan kanssa. Mikäli potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan, on hoitopäätöksestä keskusteltava potilaan läheisten ja laillisen edustajan kanssa. (Valvira 2008.)

3.1 Saattohoitoneuvottelu

Ihmisen elämän loppuvaiheen hoidossa on järjestettävä hoitoneuvottelu, johon osallistuu itse potilas, mikäli se on mahdollista, omahoitaja, lääkäri, sekä omaiset mikäli potilas antaa siihen suostumuksensa. Jos potilas kieltää omaisia osallistumasta hoitoneuvotteluun, olisi kuitenkin lääkärin hyvä, salassapitovelvollisuuden huomioon ottaen, keskustella omaisten kanssa. Hoitoneuvotteluissa määritellään keskeisiä hoitoon liittyviä asioita, kuten saattohoitovaiheeseen siirtymistä. Hoitoneuvotteluissa keskustellaan muun muassa potilaan taudin etenemisestä, oireiden ja erityisesti kivun hoidosta. Potilaalla ja hänen omaisillaan on oikeus kuulla hoitopäätöksen perusteluista ja seuraamuksista. Lisäksi heillä pitää olla mahdollisuus lausua oman kantansa. Neuvotteluissa käydään läpi myös potilaan omat toiveet ja miten niitä on mahdollisuus toteuttaa. (Valvira 2015.)

Hoitoneuvotteluiden avulla potilas ja hänen omaisensa saavat tiedon siitä, missä vaiheessa ollaan menossa, vaikka taudin kulkua ei pystyisikään kovin tarkasti ennustamaan. Potilasasiakirjoihin merkitään hoitoneuvottelun osallistujat, keskustelun sisällöstä sekä mikä on potilaan ja hänen omaistensa kanta asioihin. (Valvira 2015.)

Saattohoitoneuvotteluiden toteuttamisessa on monissa paikoissa kehitettävää, sillä joissain paikoissa niitä ei välttämättä pidetä ollenkaan tai sitten neuvotteluissa eivät ole läsnä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Myös asioiden läpikäymisessä on ongelmia, sillä osa asioista jätetään käsittelemättä tai niitä ei kunnolla kirjata muistiin. Neuvotteluissa tulisi tuoda esiin sairaus ja asiat, jotka ovat odotettavissa lähitulevaisuudessa sekä potilaan ja omaisten toiveet hoidon suhteen. Olisi tärkeää, että jokaisessa saattohoitopotilaita hoitavissa yksiköissä on riittävästi resursseja, jotta hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus rauhalliseen kohtaamiseen potilaan ja omaisten kanssa. Tällöin heillä on mahdollisuus käsitellä arkaluonteisiksi koettuja asioita turvallisesti ja perusteellisesti. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2004, 12.)

3.2 Saattohoitosuunnitelma

Saattohoitosuunnitelmalla tarkoitetaan asiakirjaa, jossa kerrotaan toimintaohjeet saattohoidon eri tilanteissa. Saattohoitosuunnitelmaan kirjataan muun muassa potilaan oma tahto, hänelle merkityksellisiä asioita, keinot miten kommunikoidaan, jos se ei perinteisin menetelmin onnistu, läheisten toiveet, lääkärin ohjeet esimerkiksi kipulääkkeen annosta sekä läheisten ajantasaiset yhteystiedot. Saattohoito-ohjeisiin ja -suunnitelmaan voidaan merkata myös esimerkiksi saattohoidon huonejärjestelyt, miten menetellään akuuteissa tilanteissa, milloin potilas lähetetään sairaalaan ja ketkä kaikki tarvitsevat tiedon kuolemasta. Saattohoitolinjauksen jälkeen on varmistettava, että koko hoitohenkilökunta ja kaikki eri tahot tietävät saattohoitosuunnitelmasta ja hoitotahdosta, mikäli sellainen on. (Muistiliitto 2016, 9–10, 13.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan vuonna 2001 toimeksiannossa tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että paikallisesti laadittujen hoito-ohjeiden koettiin vaikuttaneen saattohoidon laatuun positiivisesti. Selvityksestä kävi ilmi, että hoitohenkilöstö kaipasi lisää saattohoitokoulutusta. Lisäksi henkilöstö koki, että heidän jaksamista ei tuettu riittävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 27.)

Vastaava kysely tehtiin uudestaan vuonna 2009, jolloin selvisi, että suurista kaupungeista ja sairaanhoitopiireistä vain puolella oli saattohoitosuunnitelma tai saattohoito-ohjeita. Näistä vastanneista neljäsosa ilmoitti, että heillä ei ole laadittu saattohoitosuunnitelmaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 27.)

Vastanneiden saattohoitosuunnitelmissa korostettiin potilaan hoitotahtoa, itsemääräämisoikeutta ja edunvalvontavaltuutusta. Saattohoitosuunnitelmissa tuotiin esille saattohoitoneuvottelua ja saattohoitopäätöksen tekoa yhdessä potilaan ja hänen omaisten kanssa. Lisäksi suunnitelmissa käsiteltiin saattohoitopäätösten kirjaamista potilaspapereihin. Hoitosuunnitelmissa kävi ilmi, että hyvänä saattohoitona pidettiin sitä, kun potilas saa kokonaisvaltaista hoitoa, jossa huomioidaan hänen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset tarpeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 28.)

4 SAATTOHOITOON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Anttosen (2016) ja Ghaljeh ym. (2016) tutkimustuloksista selvisi, että kuolevista potilaista huolehtiminen vaatii läheisen suhteen potilaaseen, sekä hänen läheisiinsä. Molempien tutkimusten mukaan saattohoitopotilas, perheenjäsenet ja hoitohenkilökunta jakavat ainutkertaisen prosessin, ja kuolevasta henkilöstä huolehtiminen tarkoittaa potilaan kohtelemista ainutlaatuisena yksilönä. Kaikki osapuolet kuolevan ihmisen hoidossa ovat yhtä lailla auttajia kuin autettaviakin. (Anttonen 2016, 136–137; Ghaljeh, Iranmanesh, Nayeri, Tirgari & Kalantarri 2016, 590.)

Ritchien (2011), Anttosen (2016) ja Ghaljehin ym. (2016) tutkimuksissa tuotiin esille ominaisuuksia, joita hoitajilla tulee olla hoitaessaan kuolevaa ihmistä. Anttosen (2016) tutkimuksen mukaan saattohoitoa toteuttavalla hoitajalla tarvitsee olla tarvittavaa tietoa, hoitamisen taitoja sekä vuorovaikutustaitoja. Ghaljeh ym. (2016) tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan heidän tulee olla läsnä, kuunnella aktiivisesti sekä kunnioittaa potilaan uskomuksia. Ritchien (2011) tutkimuksen mukaan koko hoitohenkilökunnalla tulee olla ymmärrystä ja tietoisuutta palliatiivisen hoidon menettelytavoista, periaatteista ja filosofiasta, jotka tukevat hoitoneuvottelua. (Anttonen 2016, 136–137; Ghaljeh ym. 2016, 590; Ritchie 2011.)

Anttosen (2016) mukaan saattohoidon toteutuksessa hoitohenkilökunnan osaaminen on keskeisessä asemassa heidän auttaessaan potilasta ja perheenjäseniä käsittelemään kuolemaa. On tärkeää, että hoitohenkilökunta ottaa saattohoitoa toteuttaessaan huomioon potilaan ja omaisten elämänhistorian ja aikaisempiin hoitoihin liittyvät kokemukset, sillä ne vaikuttavat kriittisinä ja myönteisinä ennakkokäsityksinä saattohoitoon. Syöpäpotilailla kuolemanprosessi saattaa tapahtua hyvinkin nopeasti, ja siksi päätös saattohoidon aloituksesta tulisi tapahtua riittävän ajoissa. (Anttonen 2016, 136–137.)

Anttosen (2016) ja Houckin (2014) tutkimustuloksista selvisi, että hoitohenkilökunnan henkistä hyvinvointia on tuettava paikoissa, joissa toteutetaan saattohoitoa. Anttosen (2016) tutkimuksesta ilmeni, että saattohoitoa saadaan kehitettyä, mikäli hoitohenkilökunnalle tarjotaan ammatillisia tukitoimia, joilla saadaan lisättyä itsetuntemusta ja mahdollistettua tunne- taakkojen jakaminen. Houckin (2014) tutkimustuloksista tuli esille, että syöpään erikoistuneet sairaanhoitajat saattavat kokea voimakasta tunneperäistä uupumusta, joka on kirjallisuudessa tunnistettu oireeksi kasautuneesta surusta sekä myötätunto uupumuksesta, jolla on merkittävät seuraukset sekä sairaanhoitajille, että organisaatiolle. Houckin (2014) mukaan ensimmäinen askel näiden seurauksien torjumiseen on niiden tunnistaminen ja myöntäminen. (Anttonen 2016, 137; Houck 2014, 454.)

Anttosen (2016) mukaan on tärkeää muistaa, että saattohoito on ihmisten välistä toimintaa, eikä niinkään organisaation kehittämistä kaavioita ja mekaanisia hoito-ohjelmia. Näin ollen saattohoitopotilaan tunnistaminen ja avun antaminen potilaan tarpeisiin, vaatii terveydenhuollon toimintakulttuurin joustavuutta. (Anttonen 2016, 138.)

Anttosen (2016), Ritchien (2011) ja Houckin (2014) tutkimusten mukaan sairaanhoitajille tulisi antaa koulutusta saattohoitopotilaiden hoidosta. Anttosen (2016) tutkimuksessa tuli ilmi, että henkilökunnalle tulee järjestää koulutuksia, joissa lisätään hoitajien taitoja ja ymmärrystä vuorovaikutuksellisen työskentelyn merkityksestä. Ritchien (2011) tutkimuksessa havaittiin, että sairaanhoitajat saattavat tarvita harjoitusta ja valvontaa hoitoneuvottelun pitämiseen, koska kuolemasta ja kuolemisen keskustelu voi olla vaikeaa ja voi tuoda esiin erilaisia tunteita ja reaktioita kaikilta hoitoneuvotteluun osallistujilta. Houckin (2014) tutkimuksessa puolestaan kävi ilmi, että organisaatioiden tulisi tarjota sairaanhoitajille mahdollisuudet koulutukseen, neuvontaan sekä mahdollisuuteen surra. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että sairaanhoitajien tulisi oppia työelämän tasapainottamisen ja itsehoidon strategioiden tärkeys, sekä kommunikaatio- taidot. (Anttonen 2016, 137; Ritchie 2011; Houck 2014, 454.)

Mahdollisuus keskustella viimeisten päivien ja viikkojen hoidosta voi antaa helpotusta ja tyyntytystä potilaille ja myös auttaa potilaita ja potilaiden perheitä saavuttamaan hallinnan tunteen tulevaisuudesta. Lisäksi se vähentää huolen ja ahdistuksen määrää. Sairaalan puitteet voivat soveltua

henkilökohtaiseen keskusteluun potilaan, potilaan perheen ja sairaanhoitajan välillä ja keskustelut ovat mahdollisesti helpompia ja merkityksellisempiä, kun kaikki osapuolet tuntevat toisensa ja ovat jatkuvasti yhteydessä toisiinsa. Tämä prosessi voi olla aikaa vievää, jonka vuoksi sairaanhoitajat tarvitsevat tukea muulta hoitohenkilökunnalta, jotta he pystyvät järjestämään riittävän paljon aikaa potilaan hoitoneuvottelulle. (Ritchie 2011.)

Aspinalin ym. (2006), Beckstrandin ym. (2009) ja Ghaljehin ym. (2016) tutkimuksissa selvitettiin, mitkä asiat olivat tärkeitä elämän loppuvaiheen hoidossa potilaiden, omaisten sekä terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Aspinalin ym. (2006) tutkimuksessa todettiin, että omaiset ja ammattilaiset korostivat oireiden hoitoa, ihmissuhteita ja elämänlaatua viimeisten elinkuukausien tai -viikkojen aikana. Samassa tutkimuksessa potilaat taas ensisijaistivat valmisteluun liittyvät asiat. Beckstrandin ym. (2009) tutkimustuloksissa tärkeiksi asioiksi loppuelämän hoidossa nousi se, että perheenjäsenille annettiin riittävästi aikaa potilaan kanssa tämän kuoleman jälkeen, sosiaalityö tai palliativisen hoidon henkilökunta olivat osa hoitotiimiä, sekä se että perheenjäsenet hyväksyivät, että potilas on kuolemassa. Ghaljehin ym. (2016) tutkimuksesta puolestaan selvisi, että hoitajien mukaan potilaan valintoja pitäisi kunnioittaa loppuelämän hoidossa. Hoitajista tuntui, että tarjotakseen potilaille arvokkaan kuoleman, tuli heidän luoda läheinen suhde potilaan kanssa, sekä kohdata heidän tarpeensa ja mieltymyksensä. (Aspinal, Hughes, Dunckley & Addington-Hall 2006, 393; Beckstrand, Moore, Callister & Bond 2009, 446; Ghaljeh ym. 2016, 590.)

Iso-Britanniassa tehdyn Aspinalin ym. (2006) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaiset päättävät usein sen, mitkä asiat ovat tärkeitä korkealaatuisen hoidon varmistamiseen niille, joiden elämä on päätymässä. Iso-Britannian kirjallisuudessa on puute siitä, mitä on tärkeää mitata elämän loppuvaiheessa kuolevan potilaan näkökulmasta. Tutkimuksessa tunnistettiin seitsemän tärkeintä teemaa: oireiden hoito, valintamahdollisuus ja kontrolli, kunnioitus, elämänlaatu, valmistelu, ihmissuhteet sekä yhteistyö ja jatkuvuus. (Aspinal ym. 2006, 393.)

Abrashin ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että lääkärit odottivat todella lähelle potilaan kuolemaa ennen kuin keskustelivat elämän loppuvaiheen asioista potilaiden kanssa. Tutkimuksessa selvisi, että syöpäpotilaisiin kiinnitettiin enemmän huomiota kuin esimerkiksi dementiaa tai muita kroonisia sairauksia sairastaviin potilaisiin. Lääkärit myös yleensä välttelivät sosiaalisia ja henkisiä asioita verrattuna fyysisiin oireisiin. (Abarshi, Echteld, Donker, Van den Block, Onwuteaka-Philipsen & Deliens 2011, 323.)

Beckstrandin ym. (2009) ja Ghaljehin ym. (2016) tutkimustuloksista selvisi, mitkä asiat vaikuttivat negatiivisesti elämän loppuvaiheen hoidossa. Beckstrandin ym. (2009) tutkimuksen mukaan merkittävimmät esteet saattohoidolle sairaanhoitajien näkökulmasta on kanssakäyminen vihaisten per-

heenjäsenten kanssa sekä se, että perheet eivät hyväksy, mitä heille kerrotaan potilaiden heikosta ennusteesta. Tutkimuksessa nousi esille, että yksi merkittävimmistä esteistä saattohoidolle on se, kun sairaanhoitaja pyydetään pois saattohoitopotilaan luota hoitamaan muita potilaita. Ghaljehin ym. (2016) tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat, että he kokivat turhautumista, kun he kohtasivat esteitä ja eriarvoisuutta terveydenhuollon organisaatiossa, joka vaikutti negatiivisesti elämän loppuvaiheen hoitoon. (Beckstrand ym. 2009, 446; Ghaljeh ym. 2016, 593.)

Saastamoisen (2012) mukaan yksi sairaanhoitajan tärkeimpiin tehtäviin kuuluu potilaalle tiedottaminen hoidosta ja keskustelut potilaan kanssa. Sairaanhoitajat joutuvat usein selventämään ja kertaamaan asioita äkillisesti kuolevalle potilaalle. Tutkimuksen mukaan potilaalle tiedottaminen koettiin haastavana ja jopa vaikeanakin asiana. Tilanteessa sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon kuolevan potilaan toiveet ja tunteet. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat toivat ilmi, että heidän on ajoittain vaikeaa tiedustella potilaalta tämän omia tunteita ja toiveita kuoleman suhteen. Tällaisia tilanteita oli esimerkiksi silloin, kun potilas oli huonokuntoinen tai, kun loppuvaiheen hoito kesti lyhyen ajan. Tutkimukseen osallistuneet toivat esiin, että äkillisesti kuolevan potilaan omaisten kohtaaminen oli tärkeää, sillä tutkimustulosten mukaan äkillisesti kuolevan potilaan hoitotyö saatettiin kokea enemmän omaisten tukemisena kuin potilaan hoitamisena. Sairaanhoitajan tärkeimpänä tehtävänä pidettiin tiedon antamista omaisille. On tärkeää, että sairaanhoitaja osallistuu lääkärin ja omaisten keskustelutilanteisiin. Näin sairaanhoitajan työ helpottuu, kun hän selventää ja kertaää lääkärin kertomia asioita omaisille. (Saastamoinen 2012, 28–30.)

Chenin ym. (2004), Burgen ym. (2005), Lawsonin ym. (2006) ja Wrightin ym. (2010) tutkimuksissa kävi ilmi, että hoitoympäristön muutokset viimeisen elinkuukauden aikana aiheuttavat sekä elämänsä loppuvaiheessa oleville potilaille, että heidän perheilleen stressiä, etenkin silloin, kun hoitosuunnitelmaa ei ole (Chen, Chu & Chen 2004; Burge, Lawson, Critchley & Maxwell 2005; Lawson, Burge, Critchley & McIntyre 2006; Wright, Keating, Balboni, Matulonis, Block & Prigerson 2010). Casotton ym. (2017) tutkimuksen mukaan ne potilaat, joilla oli integroitu palliatiivinen syöpähoitosuunnitelma, kokivat vähemmän hoitoympäristön muutoksia viimeisen elinkuukautensa aikana verrattuna niihin potilaisiin, joilla ei ollut integroitua palliatiivista syöpähoitosuunnitelmaa. Joidenkin tutkimusten mukaan tarpeettomat hoitoympäristön muutokset nostavat riskiä katkonaiselle hoidolle, altistavat tarpeettomille hoidoille ja hoitovirheille, hankaloittavat palliatiivisen hoidon aloittamista sekä vähentävät elämänlaatua. (Casotto, Rolfini, Ferroni, Savioli, Gennaro, Avossa, Cancian, Figoli, Mantoan, Brambilla, Ghiotto, Fedeli & Saugo 2017, 9.)

Ghaljehin ym. (2016) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien kokemuksia potilaan loppuelämän hoidosta. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat, että kuolevien ihmisten hoitaminen rikastutti hoitotaitoja, kun ymmärrys potilaita kohtaan nousi päivittäin. Läheisyys kuoleviin potilaisiin ja heidän

läheisiinsä, sekä potilaiden hyvien ja huonojen kokemusten jakaminen an-toivat hoitajille mahdollisuuden tutkia uudelleen heidän omia asenteitaan elämää ja kuolemaa kohtaan. (Ghaljeh ym. 2016, 590.)

Tutkimukseen vastanneiden hoitajien kokemukset osoittivat, että luotta-mus oli peruselementti, joka vaaditaan hoitosuhteen luomiseen. Hoitajille luottamus tarkoitti sitä, että hoitaja on hyväksytty potilaan ja hänen per-heensä toimesta. Potilaalle ja hänen perheelleen se tarkoitti, että he voivat luottaa ja turvautua hoitajaan. Potilaat tuntevat pystyvänsä luottamaan hoitajaan, kun hoitaja on täysin läsnä ja vastuullinen tarjoamaan totuuden-mukaista tietoa heidän tilastaan, diagnooseista ja hoidosta. (Ghaljeh ym. 2016, 594.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö oli tutkimuksellinen opinnäytetyö. Se perustuu aikai-semmin tutkittavasta aiheesta julkaistuihin tutkimuksiin ja tutkimuksen teoriaan. Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksena, joka sisältää käy-tännön näkökulman sekä tarkat tavoitteet ja tutkimuskysymykset, joihin vastaaminen oli opinnäytetyön tavoite. (HAMK n.d.)

Tämä tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus sen vuoksi, että laadullisessa tutkimuksessa korostuu etenkin ihmisten kokemusten, käsi-tysten, motivaatioiden tai tulkintojen kuvaus. Laadullisen tutkimuksen kes-keinen merkitys on sen mahdollisuus lisätä ymmärtämystä tutkittavasta il-miöstä. Monien hoitamisen ilmiöiden ymmärtämiseksi tarvitaan usein ih-misten omia kuvauksia. Erojen, samanlaisuuksien tai toimintatapojen löy-täminen tutkimusaineistosta on laadullisen tutkimuksen eri lähestymista-pojen yhtäläisenä tavoitteena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50, 57.)

5.1 Kohdejoukko ja aineistonkeruu

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin aiheen valitsemisen jälkeen tapaamalla opinnäytetyön yhteyshenkilö, jonka kanssa keskusteltiin siitä, mitä he odottivat ja toivoivat tältä opinnäytetyöltä. Yhteyshenkilö kertoi, että he halusivat tutkittavan sitä, mitkä tekijät edistivät ja mitkä estivät saattohoi-tosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle. Myöhemmin opinnäyte-työn kolmanneksi tutkimuskysymykseksi muodostui myös, miten saatto-hoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle voi kehittää.

Opinnäytetyön suunnitelman valmistuttua opinnäytetyön tekijät hakivat tutkimusluvan sairaalalta. Heti tutkimusluvan saatua, opinnäytetyön teki-jät sopivat yhteyshenkilön kanssa koehaastattelun ajankohdan. Koehaas-tattelu tapahtui 2.2.2017 kirurgisella osastolla, ja sen tarkoituksena oli sel-vittää, saadaanko haastattelurungon kysymyksillä riittävästi vastauksia

opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Haastattelurungon (Liite 1) kysymyksiin oltiin päädytty kerätyn tutkitun tiedon pohjalta. Opinnäytetyön tekijät lainasivat Hämeen ammattikorkeakoululta ääninauhurin, johon kaikki haastattelut äänitettiin. Koehaastattelun jälkeen aineisto litteroitiin ja analysoitiin. Analysoinnin jälkeen haastattelurungon muutamaa kysymystä tarkennettiin hieman, jotta myös sairaanhoitajien vastauksista saatiin tarkempia.

Koehaastattelun analysoinnin ja haastattelurungon muokkaamisen jälkeen opinnäytetyön tekijät kävivät pitämässä sairaalan kirurgisen osaston sairaanhoitajille 14.2.2017 infon, jossa heille kerrottiin tästä tutkimuksesta. Infossa opinnäytetyön tekijät kertoivat sairaanhoitajille tutkimuksensa aiheen, tavoitteen, tarkoituksen, tutkimuskysymykset, arvion siitä, montako sairaanhoitajaa tutkimuksen toteuttamista varten tarvitaan sekä haastatteluun osallistuvien anonymiteetin säilymisestä yms. Infossa opinnäytetyön tekijät korostivat, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Infon tarkoituksena oli saada mahdollisimman moni osaston sairaanhoitaja kiinnostumaan tästä tutkimuksesta sekä osallistumaan tähän. Samassa infossa opinnäytetyön tekijät jakoivat jokaiselle läsnäolevalle sairaanhoitajalle saatekirjeen (Liite 2), joita jätettiin myös nippu osaston kahvihuoneeseen. Infon jälkeen opinnäytetyön tekijät saivat sovittua seitsemän täysin vapaaehtoisen sairaanhoitajan kanssa haastatteluajankohdat.

Tutkimuksen tavoitteena oli haastatella kymmentä kirurgisen osaston sairaanhoitajaa, jonka vuoksi opinnäytetyön tekijät päättivät käydä osastolla pitämässä vielä toisen osallistujamäärältään paljon pienemmän infon kuin aikaisemmin. Tutkimukseen haluttiin saada lisää haastateltavia, jotta tutkimusmateriaalia tulisi riittävästi ja, jotta myös tutkimustulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Toiseen infoon 23.2.2017 kirurgisella osastolla osallistui muutama sairaanhoitaja, jotka eivät olleet päässeet osallistumaan ensimmäiseen infoon. Opinnäytetyön tekijät saivat sovittua vielä yhden haastattelun infon jälkeen. Samana päivänä opinnäytetyön tekijät jakoivat etukäteen neljälle viimeiselle haastatteluun osallistuvalla sairaanhoitajalle haastattelun kysymykset eli haastattelurungon. Opinnäytetyön tekijät arvelivat, että siitä on hyötyä haastatteluiden kannalta, kun haastateltavat saivat tutustua kysymyksiin ja pohtia niitä rauhassa jo ennen haastattelua. Haastattelurunkoja jätettiin myös osaston kahvihuoneeseen.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyötä varten haastateltiin yhdeksää kirurgisen osaston sairaanhoitajaa. Kaikki haastattelut tapahtuivat 2.2.–2.3.2017 välisenä aikana sairaanhoitajien työaikana kirurgisella osastolla apulaisosastonhoitajan työhuoneessa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, joiden keskimääräinen pituus oli noin 20 minuuttia. Lyhyin haastattelu kesti noin 11 minuuttia ja pisin 36 minuuttia. Opinnäytetyön tekijät kävivät haastattelemassa sairaanhoitajia aina yhdessä vaihdellen vuorotellen sitä, kumpi oli haastattelija ja kumpi havainnoija. Havainnoija kirjoitti vapaamuotoisia muistiinpanoja haastatteluiden aikana, kuten sen, milloin

haastattelu alkoi ja loppui, oliko siinä taukoja, haastattelupaikan sekä maininnan häiriötekijöistä. Häiriötekijöitä oli kahdessa haastattelussa; toisessa haastattelussa oli runsaasti taustamelua vuoronvaihdon vuoksi ja toisessa huoneeseen tuli haastattelun ulkopuolinen henkilö.

Jokaisessa haastattelussa oli mukana myös tulostettu versio saattohoidon mallipohjasta (Liite 3), jotta haastateltavat osasivat vastata sitä koskevaan kysymykseen paremmin. Opinnäytetyön tekijät olivat myös kirjoittaneet saatekirjeeseen maininnan siitä, että haastatteluun tulevien sairaanhoitajien oli hyvä tutustua saattohoidon mallipohjaan ennen haastatteluun tuloa, jotta heidän oli helpompi vastata mallipohjaa koskevaan kysymykseen.

Sairaanhoitajien haastatteluun käytettiin teemahaastattelua, sillä se sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun vastaus perustuu haastateltavan henkilön omiin kokemuksiin tai, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Teemahaastattelu on aineistonkeruumenetelmä, jossa haastattelija on laatinut valmiit teemat tai keskustelun aihepiirit haastattelua varten, mutta haastattelun toteutusta ei ole strukturoitu eli jäsennely. Teemahaastattelussa kysymysten muotoiluun voi tulla täsmennyksiä haastattelutilanteessa ja kysymysten järjestys voi vaihdella. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten antamat tulokset ja merkitykset asioille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.)

Tämän opinnäytetyön teemat olivat seuraavat: koulutuksen ja ohjeiden riittävyys, organisaatio, moniammatillinen työyhteisö, saattohoitopotilaat ja heidän omaisensa sekä saattohoitosuunnitelman kehittäminen. Nämä teemat sekä kysymykset, joita haastattelussa sairaanhoitajilta kysyttiin löytyvät haastattelurungosta.

Haastatteluiden jälkeen opinnäytetyön tekijät siirsivät nauhurista haastattelut tietokoneilleen ja litteroivat eli auki kirjoittivat ne kevään 2017 aikana. Opinnäytetyön tekijät jakoivat äänitteiden litteroinnin siten, että jokainen haastattelu jaettiin puoliksi, jolloin kumpikin litteroi yhtä monta minuuttia jokaisesta haastattelusta.

5.2 Aineiston analysointi

Litteroinnin jälkeen haastattelumateriaali analysoitiin sisällönanalyysiä hyödyntämällä. Alla kuvaus analyysiprosessista (Taulukko 1). Burns ja Groven (2001) mukaan sisällönanalyysi tarkoittaa analysointimenetelmää, jossa tiivistetään aineistoa siten, että tutkittavia ilmiöitä kuvataan yleistävästi. Sisällönanalyysin tavoitteena on esittää ilmiö samaan aikaan sekä laajasti mutta tiiviisti, jonka tuloksena syntyy käsiteluoituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysillä tavoitetaan merkityksiä, seurauksia sekä sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

Taulukko 1. Kuvaus analyysiprosessista

Vaihe 1	Vaihe 2	Vaihe 3	Vaihe 4: Induktiivinen sisällönanalyysi
Haastattelut liti- teroitettiin eli kir- joitettiin puh- taaksi tietoko- neelle	Haastattelu- materiaali lu- ettiin läpi use- aan kertaan	Valittiin analy- siyksikkö -> lause/lausuma	Aineistosta etsittiin kaikki ne kohdat, jotka vastasivat joh- nonkin tutkimuksen kolmesta tutkimus- kysymyksestä -> löydetty lauseet/lau- sumat jaettiin näiden kolmen kysymyksen alle (pääluokat)
Vaihe 5	Vaihe 6	Vaihe 7	Vaihe 8
Lauseet/lausu- mat jaettiin pie- nempiin ryh- miin, joiden kat- sottiin kuuluvan yhteen -> nämä ryhmät ot- sikoitiin (yläluo- kat)	Lauseet/lausu- mat tulostet- tiin paperille ja leikattiin, jol- loin jokainen lause/lausuma oli oma pala- sensa	Palaset ryhmitel- tiin pöydällä kol- meen suureen pääluokkaan ja yläluokkiin sa- malla tavalla kuin aikaisemmin -> joidenkin yläotsi- koiden alle syntyi vielä pienempiä ryhmiä, jotka otsi- koitiin (alaluokat)	Lauseet/lausumat ryhmiteltiin vielä ker- ran uudelleen, jolloin jotkin lauseet/lausu- mat vaihtoivat vielä paikkaansa -> lopuksi lauseet/lau- sumat pelkistettiin, jolloin turhat täytesa- nat jäivät pois (ilmai- sut)

Aineiston analysointi aloitettiin toukokuussa 2017 lukemalla koko haastattelumateriaali ensin läpi useampaan kertaan. Haastattelumateriaalia oli yhteensä noin 41 tietokoneella kirjoitettua sivua fonttikoolla 12. Tämän jälkeen valittiin analyysiyksikkö, joksi valikoitui lause/lausuma. Aineisto analysoitiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä hyödyntämällä. Ensimmäinen vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä oli pelkistäminen eli aineistolta kysyttiin tutkimuksen kolme tutkimuskysymystä. "Aineiston vastaukset" eli sairaanhoitajien alkuperäiset ilmaisut kirjattiin ylös tietokoneelle. Opinnäytetyön tekijät jakoivat nämä löytyneet ilmaisut tietokoneella näihin kolmeen suureen kategoriaan, pääluokkiin, jotka olivat 1. mitkä tekijät edistävät saattohoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle, 2. mitkä tekijät estävät saattohoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle, ja 3. miten saattohoitosuunnitelman tekemistä voi kehittää. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26.)

Kun lauseet/lausumat oltiin jaettu pääluokkien alle, jaettiin ne pienempiin ryhmiin, jotka katsottiin kuuluvan yhteen. Näin syntyi yläluokat, jotka otsi-

koitiin seuraavanlaisesti: Sairaanhoidtajien ominaisuudet, Valmis saattohoidon mallipohja, Saattohoitoneuvotteluiden pitäminen, Moniammatillinen työskentely, Saattohoitopotilaisiin ja heidän omaisiinsa liittyvät tekijät, Organisaatiosta johtuvat tekijät, Kirjaamiseen liittyvät tekijät, Saattohoitopotilaan hoitaminen vaativaa työtä, Sairaanhoidtajien kokemuksen puute, Resurssien puute, Lääkäreiden koulutuksen ja kokemuksen puute, Tekemällä saattohoitopäätöksiä riittävän ajoissa, Tekemällä saattohoitosuunnitelma yhdessä, Resursseja lisäämällä, Muokkaamalla mallipohjaa ja Järjestämällä lisää koulutusta.

Tämän vaiheen jälkeen lauseet/lausumat tulostettiin paperille ja leikattiin niin, että jokainen lause/lausuma oli oma palasensa. Tämän jälkeen ne ryhmiteltiin pöydällä kolmeen pääluokkaan ja yläluokkiin samalla tavalla kuin aikaisemminkin. Tässä vaiheessa joidenkin yläluokkien alle syntyi vielä pienempiä ryhmiä, alaluokkia jotka otsikoitiin seuraavanlaisesti: Kirjaaminen haastavaa, Mallipohja haastava, Liian vähän koulutusta kirjaamisesta, Omaisten suhtautuminen, Enemmän aikaa, Työskentelyrauha, Hoitajille ja Lääkäreille. Alla esimerkki (Taulukko 2) luokittelusta.

Taulukko 2. Esimerkki luokittelusta

PÄÄLUOKKA	YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	ILMAISUT
2. Mitkä tekijät estävät saattohoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle?	Kirjaamiseen liittyvät tekijät	Kirjaaminen haastavaa	Psyykkisistä asioista kirjaaminen vaikeinta Haastavaa kirjata niin, että ei tule epäselvyyksiä asioiden tulkinnassa Hoke on sekava
		Mallipohja haastava	Tieto hukkuu mallipohjaan Mallipohja on raskas ja liian laaja Mallipohja ei istu Hoke:en
		Liian vähän koulutusta kirjaamisesta	Mallipohjan käyttämisessä on opittavaa Uudesta mallipohjasta ei ole pidetty varsinaista koulutusta Tietokoneella tehtäviin töihin ei saa tukea, koska kaikki eivät osaa niitä niin hyvin Moni vierastaa Hokea

Ryhmittelyn jälkeen lauseet/lausumat vietiin tietokoneelle analyysitaulukoon (Liite 4). Opinnäytetyön tekijät tarkistivat analyysin ryhmittelemällä lauseet/lausumat vielä kertaalleen uudestaan samalla tavalla kuin aiemminkin, jolloin muutamat lauseet/lausumat vaihtoivat vielä paikkaa. Tämän lisäksi joitakin lauseita/lausumia tiivistettiin eli niistä jätettiin turhat täytesanat pois. Opinnäytetyön tekijät kirjasivat koko analyysiprosessin

ajan ylös muistiinpanoja keskeisistä tuloksista, johtopäätöksistä sekä hie-
man omaa pohdintaa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa kuvataan kirurgisen osaston sairaanhoitajien kuvauksia siitä, mitkä tekijät edistävät saattohoitosuunnitelman tekemistä, mitkä tekijät estävät saattohoitosuunnitelman tekemisen sekä miten saattohoitosuunnitelman tekemistä voi kehittää. Tässä luvussa esitellään vain tämän opin-
näytetyön tutkimustulokset.

6.1 Saattohoitosuunnitelman tekemistä edistävät tekijät

Sairaanhoitajien ominaisuudet voivat edistää saattohoitosuunnitelman tekemistä. Sairaanhoitajat kuvailivat edistäviksi ominaisuuksiksi sitä, että hoitajan on helppo kohdata potilas ja omaiset, sekä kuunnella heitä. Sairaanhoitajalla tulee olla hyvät sosiaaliset taidot ja henkilökohtaista kiinnostusta saattohoidosta. Myös sairaanhoitajien kokemus ja riittävä koulutus edistävät saattohoitosuunnitelman tekemistä.

Pitää olla tietenkin hyvät sosiaaliset taidot ja sellaiset.

Minulla on kauhean helppo kohdata potilas ja omaiset.

Saattohoitosuunnitelman tekemistä edistäväksi tekijäksi nousi valmis saattohoidon mallipohja. Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat mallipohjan olevan selkeä, sillä siinä olevat valmiit otsikot helpottivat, mitä saattohoitoneuvotteluissa tulee huomioida. Sairaanhoitajien mielestä osastolla valmiiksi tehdystä saattohoitosuunnitelman mallipohjasta on helppo tarkistaa kaikki kysyttävät asiat. Hyvin tehdystä mallipohjasta on helppo katsoa, miten potilaan yksilöllistä saattohoitoa toteutetaan. Mallipohja estää myös kahteen kertaan kirjaamisen.

Niissä on ne valmiit otsikot, niin ne toimivat muistilistana eli se tavallaan helpottaa sitä mitä kaikkea meidän pitää huomioida.

Sairaanhoitajien mielestä yksi saattohoitosuunnitelman tekemistä edistävä tekijöistä on myös se, että saattohoitoneuvottelutilanne on etukäteen sovittu, jolloin kellään ei ole kiire ja osalliset ovat valmistautuneet siihen. Saattohoitosuunnitelman tekeminen on helpompaa, kun saattohoitoneuvottelu on käyty hyvin. Sairaanhoitajat kuvailivat edistäväksi tekijäksi myös sen, että on mahdollisuus pitää useampi kuin yksi saattohoitoneuvottelu. Lisäksi saattohoitosuunnitelmaa pystyy myöhemmin täydentämään, jos sitä ei saa kerralla valmiiksi.

Jos se hoitoneuvottelu on käyty hyvällä pohjalla, niin silloin sen saattohoitosuunnitelman tekeminenkin on helpompaa.

Eikä saattohoitosuunnitelmaa välttämättä kerralla valmiiksi saa, että sitten täydennetään.

Moniammatillinen työskentely edistää sairaanhoitajien mielestä saattohoitosuunnitelman tekemistä sillä tavalla, että heidän on helppo kääntyä eri tahojen puoleen. Saattohoitosuunnitelmaa tekevä sairaanhoitaja voi miettiä saattohoitosuunnitelmaan liittyviä asioita yhdessä esimerkiksi kollegan, esimiehen tai lääkärin kanssa. Moniammatillisuus näkyy myös siinä, että osastolla on käytettävissä muun muassa sosiaalityöntekijä, sairaalapastori ja fysioterapeutti. Sairaanhoitajat kokivat, että he muistavat hyödyntää moniammatillisuutta melko hyvin. Sairaanhoitajat kertoivat edistäväksi tekijäksi sen, että kaikki saattohoitopotilaan hoitoon osallistuvat tahot ovat sitoutuneita saattohoitosuunnitelmaan sekä kunnioittavat saattohoitopäätöstä.

Aika hyvin tässä osastolla just tämä moniammatillisuuskin tulee, että meillä on aina tarvittaessa sossu, pappi, fysioterapeutti ja kaikki. Että me muistetaan hyödyntää niitä kaikkia minun mielestäni kyllä aika hyvin.

Saattohoitosuunnitelman tekemistä edistävänä tekijänä kerrottiin se, että osastolla kaikkien sairaanhoitajien ei tarvitse tehdä saattohoitosuunnitelmia, jos he kokevat sen hankalana. Sairaanhoitajat kokivat, että silloin kun saattohoitopotilaalla on selvä hoitotahto ja kun omaiset ja saattohoitopotilas ovat hyväksyneet saattohoitopotilaan tilanteen, on saattohoitosuunnitelman tekeminen ja sen toteuttaminenkin helpompaa.

Omaisilla on hyvin selkeä näkemys asioista ja tavallaan he ei odottanut liikoja, niin silloin se on kauhean helppoa tavallaan hoitaa sitä potilasta.

Organisaatio edistää saattohoitosuunnitelman tekemistä tarjoamalla tietoa saattohoidosta sairaalan sisäisellä Intra-net sivustolla. Lisäksi kirurgisella osastolla on saattohoituhuone, jossa pystyy toteuttamaan saattohoitopotilaan hyvää hoitoa sekä toiveita.

Meillä kun on tuo saattohoituhuone, niin siellä pystyy aika lailla toteuttamaan kaiken näköistä, jos on tarve.

6.2 Saattohoitosuunnitelman tekemistä estävät tekijät

Sairaanhoitajat kokivat, että kirjaamisen haastavuus oli yksi saattohoitosuunnitelman tekemistä estävistä tekijöistä. He kokivat, että henkinen tukeminen oli vaikein osa-alue kirjaamisessa. Lisäksi haastavaa oli kirjata

saattohoitosuunnitelmaan ymmärrettävästi ja selkeästi, ettei tulisi epäselvyyksiä asioiden tulkinnassa. Sairaanhoitajien mielestä hoitokertomus (Hoke), johon saattohoitosuunnitelma kirjataan, oli melko sekava. Saattohoidon mallipohja oli osan sairaanhoitajien mielestä liian laaja, eikä se sopinut Hokeen. Lukiessa tietoja saattohoitopotilaasta, oleellinen tieto usein hukkuu mallipohjaan.

Haastavaa on kirjata sinne suunnitelmaan sillä tavalla, että ei tule epäselvyyksiä niiden asioiden tulkinnassa eli kirjata ymmärrettävästi ja selkeästi ja, että kaikki asiat tulisi kirjatuksi.

Kun sinä yrität etsiä tätä tietoa nopeasti, niin se usein hukkuu tänne.

Se on liian laaja (mallipohja).

Lähes jokainen haastateltu sairaanhoitaja kertoi, että varsinaista koulutusta uudesta saattohoidon mallipohjasta ei oltu järjestetty. Lisäksi heidän mukaansa siinä oli vielä opettelemista, että he oppivat kunnolla käyttämään mallipohjaa. He kertoivat, että tällä hetkellä saattohoitosuunnitelmaa on vaikea tehdä ilman koulutusta. Sairaanhoitajat kokivat, että he eivät saa riittävästi tukea tietokoneella tehtäviin töihin muilta kollegoilta, koska kokivat, että moni vierastaa tietokoneella tehtäviä töitä. Sairaanhoitajat arvelivat, että tietokoneella tehtäviä töitä vierastettiin sen vuoksi, että niitä ei osata tehdä niin hyvin kuin muita töitä.

Siinä on vielä tekemistä, että me opitaan sitä käyttämään (mallipohjaa).

Ei ole nyt varsinaisesti pidetty koulutusta tästä uudesta mallipohjasta.

Nuo tietokoneella tehtävät jutut, niin sitä ei kaikki ihan hirveästi osaa.

Kun tuo Hoke on vieläkin aika vieras monelle.

Saattohoitosuunnitelman tekemiseen vaikuttaa estävästi käytännön työn vaativuus. Sairaanhoitajat kertoivat, että sekä saattohoitosuunnitelman tekemiseen, että saattohoitopotilaan hoitamiseen ja jo pelkästään hänen kohtaamiseensa vaaditaan hoitajalta paljon osaamista. Hoitajan täytyy ymmärtää ylipäättänsä, mitä on saattohoito, mitä se pitää sisällään sekä mitä asioita ja tarpeita täytyy ottaa huomioon saattohoitopotilaan hoitotyössä. Sairaanhoitajien mielestä, se miten paljon he saavat tukea on paljon heidän omasta aktiivisuudesta kiinni. Saattohoitopotilaan hoitotyö on myös henkisesti haastavaa. Sairaanhoitajat kertoivat, että haastavaa on

etenkin se, jos potilas tai omaiset eivät hyväksy saattohoitopotilaan tilannetta. Osa sairaanhoitajista koki, ettei osaa kohdata saattohoitopotilaan tai tämän omaisten surua.

Joillekin voi olla sekin haastavaa, jos se potilaan kohtaaminen.

Kyllä se omasta aktiivisuudesta on aika paljon kiinni, että miten paljon sinä sitä tukea saat ja miten sinun tekemistäsi tuetaan, että kyselet ja otat selvää asioista.

Sitten on haastavaa, jos potilas ei ole valmis kuolemaan, tai omaiset eivät ole valmiita.

Minä en osaa niinkään sitä surua... en osaa ottaa siihen semmoista tuntumaa.

Sairaanhoitajat kokivat, että mitä vähemmän he olivat olleet tekemässä saattohoitosuunnitelmia, sen hankalampi heidän oli mennä niitä tekemään. Syy tähän on se, ettei osastolla ole ollut kovinkaan paljon saattohoitopotilaita ja, jos on ollut niin asiasta enemmän kokemusta omaavat sairaanhoitajat ovat yleensä tehneet lähes kaikki saattohoitosuunnitelmat. Sairaanhoitajien mukaan osastolla ei ole kovin montaa sairaanhoitajaa, joka lähtisi tekemään saattohoitosuunnitelmaa.

Jos et ole yhtään ollut saattohoitoja tekemässä, niin kyllä se on aika vaikeata sitten.

Se (saattohoitosuunnitelman tekeminen) jää tietyille ihmisille.

Rajalliset resurssit vaikuttavat myös saattohoitosuunnitelmien tekemiseen estävästi, sillä sairaanhoitajat kertoivat, että saattohoitosuunnitelman tekeminen vaatii paljon aikaa, jota heille ei välttämättä pystytä järjestämään. Myöskään rauhallista tilaa saattohoitosuunnitelman tekemiseen osastolla ei ole pystytty järjestämään kaikille sairaanhoitajille. Kun sairaanhoitajilla on kiire, heillä ei ole tarpeeksi aikaa huomioida saattohoitopotilaan omaisia. Sairaanhoitajien kiireen vuoksi omaisetkaan eivät välttämättä uskalla tulla keskustelemaan sairaanhoitajien kanssa saattohoitoon liittyvistä asioista.

Onko aikaa käydä nämä asiat läpi.

Täällä on joskus kauhea meteli ja härdelli niin siinä ei pysty keskittymään sitten.

Aivan liian vähän täällä sairaalassa tulee niitä omaisia huomioidua.

Sairaanhoitajat kokivat estäväksi tekijäksi sen, jos omaiset eivät ymmärrä saattohoitopotilaan tilannetta tai, mitä saattohoitopotilaan hoitotyöhön kuuluu. Tällöin omaiset saattavat esimerkiksi asettaa epärealistisia tavoitteita ja toiveita saattohoitopotilaan hoidolle. Sairaanhoitajat kertoivat myös, että joskus omaiset saattavat yrittää jyrätä saattohoitopotilaan mielipiteiden yli, ja myös lääkärit ja sairaanhoitajat lähtevät liian helposti siihen mukaan. Sairaanhoitajien mukaan joskus myös saattohoitopotilaan ja omaisten toiveet saattavat olla ristiriidassa keskenään.

Ne omaiset ei ihan ymmärrä sitä tilannetta, ne saattavat epärealistisia tavoitteita asettaa ja toiveita.

Omaiset tahtovat jyrätä sen potilaan mielipiteen yli ja sitten lääkärit tahtovat mennä siihen mukaan, ja toki varmasti me hoitajatkin.

Sairaanhoitajat kokivat, että lääkäreitä oli hankala saada paikalle saattohoitoneuvotteluihin. Sairaanhoitajat kokivat, että lääkärit eivät olleet niin kiinnostuneita saattohoitoon liittyvistä asioista, etenkin, kun kyseessä oli kirurginen osasto, olivat lääkäritkin kirurgiaan erikoistuneita, eivät kuolevan potilaan hoitoon. Sairaanhoitajien mukaan lääkäreitä oli hankala saada tekemään saattohoitopäätöksiä ja kysymään oikeita asioita saattohoitopäätökseen ja saattohoitoon liittyvissä asioissa. Myös lääkäreiden kiireen vuoksi saattohoitoon osallistuvien oli hankala saada sovitettua aikataulut yhteen lääkärin aikataulun kanssa. Sairaanhoitajat arvelivat, että lääkärit eivät välttämättä edes itse kokeneet olevansa asiantuntevia saattohoitoon liittyvissä asioissa, koska niitä oli tehty osastolla niin vähän. Sairaanhoitajien mukaan osaston lääkärit eivät välttämättä osanneet nähdä sitä kohtaa potilaan sairaudessa, jolloin saattohoitolinjausta olisi tullut alkaa miettimään. Tästä johtuen saattohoitopäätöksiä tehtiin osastolla liian myöhäisessä vaiheessa.

Meidän lääkärit eivät ole niin kiinnostuneita siitä asiasta (saattohoitolinjauksen tekemisestä).

Haastavaa on saada se lääkäri paikalle.

Lääkärit eivät välttämättä koe olevansa edes itse niin asiantuntevia siihen saattohoitohommaan.

Kun päätös saattohoidosta tehdään yleensä meidän osastolla, niin se on noin viikko ennen, kun se ihminen menehtyy jo, että se on ihan liian myöhään.

6.3 Saattohoitosuunnitelman tekemisen kehittäminen

Osaston sairaanhoitajien mielestä saattohoitosuunnitelman tekemistä voitaisiin kehittää muun muassa siten, että saattohoitopäätökset tehtäisiin

jatkossa riittävän ajoissa, jotta saattohoitopotilaan loppuvaiheen elämänlaatu olisi mahdollisimman hyvää. Sairaanhoidajien mielestä saattohoitopäätös tulisi tehdä jo aiemmassa hoitopaikassa, eikä saattohoitopotilasta siirrettäisi kyseiselle kirurgiselle osastolle pelkästään saattohoitopäätöksen tekemistä varten.

Miksi täytyy aina tulla tänne kirurgiselle osastolle, että täällä sitten tehtäisiin se saattohoitosuunnitelma.

Pitäisi pystyä aikaisemmin tekemään, ennakoimaan (saattohoitolinjauksia).

Sairaanhoidajat kertoivat, että saattohoitosuunnitelman tekemistä voitaisiin kehittää tekemällä saattohoitosuunnitelmia moniammatillisemmin. Sairaanhoidajat tekisivät mielellään saattohoitosuunnitelman yhdessä kollegan tai lääkärin kanssa, sillä silloin he voisivat yhdessä toisen kanssa miettiä siihen liittyviä asioita. Tällöin toiselta pystyisi tarkistamaan saattohoitoneuvottelussa sovittuja asioita ja saamaan tukea. Osa sairaanhoidajista toivoi, että kaikki halukkaat harjoittelisivat saattohoitosuunnitelman tekemistä niin, että tarvittaessa kaikki osaisivat tehdä niitä. Näin saattohoitosuunnitelman tekeminen ei myöskään jäisi aina samojen sairaanhoidajien harteille.

Sitä voisi yhdessä tehdä ja saisi siinä sitten tarkistettua asioita.

Jos joku on ollut näissä neuvotteluissa paljon niin voisi sitten tuoda sitä omaa osaamistaan ja kokemuksiaan ja tietoa.

Olisi joku muukin enemmän mukana, että kaikki ei olisi sitten yhden hoitajan harteilla.

Sairaanhoidajat olivat sitä mieltä, että resursseja lisäämällä voitaisiin kehittää saattohoitosuunnitelman tekemistä, esimerkiksi saattohoitosuunnitelman tekemiseen varattua aikaa lisäämällä. Sairaanhoidajien mielestä he tarvitsevat enemmän aikaa esimerkiksi perehtyäkseen saattohoitopotilaan asioihin. Osa toivoi myös työnohjausta, jossa sairaanhoidajat pystyisivät jakamaan kokemuksiaan saattohoitopotilaan hoitoon liittyvistä asioista. Lisäksi sairaanhoidajat toivoivat parempaa työskentelyrauhaa saattohoitosuunnitelman tekemistä varten, sillä se täytyy saada tehdä huolellisesti.

Että tuntisi potilaan ja vähän omaisiakin, niin olisi helpompi mennä tekemään saattohoitosuunnitelmaa.

Resursoitaisiin sille päivälle, että se yksi pystyisi ihan rauhassa tähän asiaan paneutumaan.

Saattohoitosuunnitelman mallipohjaa muokkaamalla kevyemmäksi, selkeämmäksi sekä yksinkertaisemmaksi, voitaisiin sairaanhoitajien mielestä kehittää saattohoitosuunnitelman tekemistä. Sairanhoitajien mielestä saattohoidon mallipohjassa voisi esimerkiksi yhdistellä joitakin asioita, jonka avulla siitä tulisi selkeämpi.

Se pitäisi saada kevyemmäksi, kun se on niin raskas.

Tätä saisi kyllä tiivistettyä.

Sairanhoitajat kokivat, että sekä heille että lääkäreille tulisi järjestää lisää koulutusta saattohoitoon liittyen. Sairanhoitajat toivoivat enemmän sairaalan sisällä tapahtuvia koulutuksia, jotta saattohoitosuunnitelman tekeminen tulisi heille tutummaksi ja sitä kautta myös helpommaksi. Koulutusten avulla sairaanhoitajat muistaisivat saattohoitosuunnitelman mallipohjan olemassaolon ja alkaisivat käyttämään sitä enemmän, jonka jälkeen huomattaisiin, miten sitä tulisi muokata.

Koulutuksia voisi olla enemmänkin.

Että tänne tulisi joku pitämään, että mahdollisimman moni aina pääsisi niihin koulutuksiin.

Ensin pitäisi saada koulutus, että ihmiset enemmän ottaisi (saattohoidon mallipohjaa) käyttöön, ja sen jälkeen mietittäisiin, onko ne otsikot sellaisia kuin niiden pitäisi olla.

Lääkärit saisivat rohkeutta tehdä näitä päätöksiä vielä enemmän.

Sairanhoitajien mielestä lääkäreiden tulisi selittää saattohoitopotilaan omaisille selvemmin ja ymmärrettävämmiin saattohoitopotilaan tilanne, jotta omaisten olisi helpompi hyväksyä se. Sairanhoitajat kertoivat, että on usein omaisten tiedon puutteesta kiinni, jos omaiset eivät hyväksy saattohoitopotilaan tilannetta. Sairanhoitajat kokivat, että lääkärit saisivat saattohoitokoulutuksen avulla myös lisää rohkeutta tehdä saattohoitopäätöksiä aikaisemmassa vaiheessa kuin tällä hetkellä.

Mielestäni omaiset ymmärtävät usein sen, että nyt ei enää tehohoitoja anneta, kunhan lääkärit puhuvat omaisille selvää kieltä, että missä mennään.

Lääkärit saisivat (koulutuksen avulla) rohkeutta tehdä näitä päätöksiä vielä enemmän.

7 POHDINTA

Verratessa tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia aikaisempiin aiheesta löytyviin tutkimustietoihin, voidaan todeta tuloksissa paljon samankaltaisuuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön (2010), Anttosen (2016) sekä tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa oli samaa se, että hoitohenkilöstö haluaa sekä tarvitsee lisää koulutusta saattohoitoon liittyen. Lisäksi näissä tutkimuksissa tuli ilmi, että sairaanhoitajien jaksamista ei tueta riittävästi ja, että sitä tulee tukea enemmän. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 27; Anttonen 2016, 137.)

Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön (2010), Anttosen (2016) tutkimuksessa sekä tämän opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että saattohoitosuunnitelmia tehdään liian harvoissa hoitopaikoissa. Casotton ym. (2017) tutkimuksen mukaan ne potilaat, joilla oli palliatiivinen syöpähoitosuunnitelma, joutuivat vaihtamaan hoitopaikkaa harvemmin viimeisen elinkautensa aikana kuin ne potilaat, joilla ei ollut hoitosuunnitelmaa. Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousi esille, että sairaanhoitajien mielestä liian usein potilas siirretään kyseiselle kirurgiselle osastolle sen vuoksi, että hänelle tehdään siellä saattohoitopäätös, joka olisi pitänyt tehdä jo potilaan aiemmassa hoitopaikassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 27; Anttonen 2016, 137; Casotto ym. 2017, 9.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (2004) selvityksessä tuli esille, että joissain hoitopaikoissa ei välttämättä pidetä ollenkaan saattohoitoneuvotteluita, tai kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot eivät ole niissä läsnä. Lisäksi saattohoitoneuvotteluissa jätetään käsittelemättä osa asioista tai niitä ei kirjata muistiin kunnolla. Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousi ilmi syitä, miksi näin voi olla. Sairaanhoitajat kertoivat, että lääkäreitä on hankala saada paikalle saattohoitoneuvotteluihin sekä kaikkien osapuolten aikautuluja on hankala saada yhteensovitettua saattohoitoneuvottelua varten. Lisäksi osa kirurgisen osaston sairaanhoitajista ei koe osaavansa tehdä saattohoitosuunnitelmia, eikä kaikki sairaanhoitajat edes ole halukkaita tekemään saattohoitosuunnitelmia. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2004, 12.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (2004) selvityksestä sekä tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että saattohoitopotilaita hoitavissa yksiköissä tulee olla riittävästi resursseja saattohoidon toteuttamista varten. Saattohoidon toteuttamiseen kuuluu saattohoitopotilaan hoito kaikki hänen tarpeensa huomioon ottaen, saattohoitoneuvottelun järjestäminen sekä saattohoitosuunnitelman tekeminen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2004, 12.)

Saattohoitoa toteuttaessa sairaanhoitajien osaaminen sekä saattohoitopäätöksen riittävän ajoissa tekeminen oli keskeisessä asemassa, niin Anttosen (2016), Ghaljehin ym. (2016) tutkimuksessa kuin tämänkin opinnäy-

tetyön tutkimustuloksissa. Lisäksi näissä kahdessa tutkimuksessa sekä tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajien osaamiseen kuuluu tietoa, sosiaalisia taitoja ja hoitamisen taitoja. (Anttonen 2016, 136—137; Ghaljeh ym. 2016, 590.)

Sekä Becktsrandin ym. (2009), että tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa ilmeni, että omaisten suhtautuminen saattohoitopotilaan tilanteeseen oli yksi merkittävimmistä esteistä saattohoidon toteuttamiseen. Yhdeksi edistävimmistä tekijöistä elämän loppuvaiheen hoidon edellyttämiseksi nousi se, että perheenjäsenet hyväksyivät saattohoitopotilaan tilanteen. (Beckstrand ym. 2009, 446.)

Saastamoisen (2012) tutkimuksessa ja tämän opinnäytetyön tuloksissa oli yhtäläistä se, että hoitajien mielestä oli hankalaa kysellä potilaalta henkiseen hyvinvointiin liittyviä asioita. Lisäksi tämän opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajien oli myös hankala kirjata henkiseen hyvinvointiin liittyvistä asioista. (Saastamoinen 2012, 28—30.)

7.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Jotta laadullinen tutkimus on uskottava, edellyttää se, että tutkija on kuvannut tulokset niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty sekä mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Yksi tärkeimmistä luotettavuuskysymyksistä laadullisessa tutkimuksessa on se, että tutkija kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkasti. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi keskittyy käytännössä muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan, otoksen valintaan, analyysiin, tulkintaan, refleksiivisyyteen, eettisiin näkökulmiin sekä tutkimuksen relevanssiin eli tarpeellisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160, 166.)

Opinnäytetyön tekijät pitivät yhdelle kirurgisen osaston sairaanhoitajista koehaastattelun heti, kun olivat saaneet tutkimusluvan sekä haastateltavalta sairaanhoitajalta tietoisuuden suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Koehaastattelun jälkeen siitä saatu materiaali litteroitiin ja analysoitiin. Tämän jälkeen tekijät tekivät pienet tarkennukset muutamaan haastattelurungon kysymykseen. Koehaastattelu lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta siten, että sen avulla tekijät saivat tietää, että haastattelussa kysyttävät kysymykset olivat hyviä eli niillä saatiin vastauksia haluttuihin asioihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuus tarkoitti sitä, että lähdekritiikki oli hyvää eli opinnäytetyön tekijät käyttivät luotettavia lähteitä teoriatietoa ja aikaisempia tutkimuksia etsittäessä opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Pohdinnassa opinnäytetyön tekijät vertasivat tämän opinnäytetyön tutkimus-

tuloksia vain toisten tutkimusten tuloksiin. Luotettavuutta tähän opinnäytetyöhön toi se, että aiemmat tutkimustulokset opinnäytetyön aiheita koskien eivät juurikaan eronneet tämän opinnäytetyön tuloksista.

Luotettavuutta toi se, että sairaanhoitajat, joita tähän opinnäytetyöhön haastateltiin, ovat alansa ammattilaisia, joilla on kokemusta sekä saattohoitopotilaan hoidosta, että saattohoitosuunnitelman tekemisestä saattohoitopotilaalle. Tähän opinnäytetyöhön luotettavuutta toi myös se, että opinnäytetyön tekijät äänittivät kaikki haastattelut, jolloin ne pystyttiin litemoimaan eli auki kirjoittamaan ja jonka avulla haastatteluihin pystyttiin palaamaan uudestaan myöhemminkin.

Lisäksi luotettavuutta tähän opinnäytetyöhön toi se, että tutkimukseen osallistui yhdeksän kirurgisen osaston sairaanhoitajaa eli lähes jokainen kirurgisella osastolla työskentelevä sairaanhoitaja. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusmateriaalia onnistuttiin saamaan riittävästi luotettavien tutkimustulosten saamiseen. Luotettavuutta tutkimukseen toi myös se, että neljälle viimeiselle haastateltavalle jaettiin etukäteen haastattelurunko. Opinnäytetyön tekijät huomasivat, että ne, jotka olivat saaneet haastattelurungon ja perehtyneet siihen etukäteen, olivat selvästi miettineet vastauksiaan etukäteen. Tämä vaikutti haastatteluun positiivisesti muun muassa siten, että osa heistä oli kirjoittanut paperille ajatuksiaan, jonka avulla heidän oli helpompi vastata kysymyksiin haastattelun aikana.

7.2 Eettisyys

Eettiset kysymykset liittyvät koko tutkimukseen jo heti aiheen valinnasta alkaen tutkimustulosten raportointiin ja aina tutkimusaineiston säilyttämiseen asti. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tulee tutkimuksen aikana noudattaa. Pietarinen (2002) on tehnyt kahdeksankohtaisen listan eettisistä vaatimuksista tutkijoille, jotka ovat: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 184.)

Tässä opinnäytetyössä eettisyys tarkoittaa muun muassa sitä, että tekijät eivät kopioineet luvattomasti muiden kirjoituksia vaan kertoivat asiat omin sanoin silloin, kun lainasivat jonkun toisen kirjoittamaa tekstiä. Lisäksi tekijät käyttivät aina lähdeviittemerkintöjä toisen kirjoittamaa tekstiä lainatessa.

Opinnäytetyön tekijät hakivat tutkimusluvan sairaalalta opinnäytetyön toteuttamiseen heti, kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty. Lisäksi hoitajat, joita tätä opinnäytetyötä varten haastateltiin, olivat aidosti vapaaehtoisia osallistumaan tähän tutkimukseen, sillä heitä ei painostettu osallistumaan tähän millään tavalla. He myös tietoisesti suostuivat osallistumaan tähän tutkimukseen.

Sen jälkeen, kun haastatteluiden materiaalit oltiin litteroitu, opinnäytetyön tekijät hävittivät haastatteluiden äänitteet lopullisesti siten, ettei kukaan voi enää päästä niihin käsiksi. Lisäksi tekijät kirjoittivat jo heti litterointivaiheessa kaikkien sairaanhoitajien kertomat asiat kirjakielellä, jolloin kukaan ei pystynyt päättelemään enää analysointivaiheessa tai valmiissa opinnäytetyössä mahdollista murre sanoja käyttävää sairaanhoitajaa. Lopulliseen työhön ei myöskään jätetty mitään sellaisia tietoja sairaanhoitajista tai sairaanhoitajien kertomista muista henkilöistä, joista kukaan olisi voinut tunnistaa kyseisen hoitajan tai henkilön. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikkien anonymiteetti säilyi.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kirurgisella osastolla ne sairaanhoitajat, jotka olivat tehneet enemmän saattohoitosuunnitelmia, kokivat saattohoitosuunnitelman tekemisen helpommaksi sekä kokivat, että saattohoitopotilaan hoitotyö oli niin sanottua perushoitotyötä. Puolestaan ne sairaanhoitajat, jotka eivät olleet tehneet saattohoitosuunnitelmia niin paljon, eivät kokeneet saattohoitosuunnitelman tekemistä helpoksi eivätkä kokeneet sen olevan perushoitotyötä. Vähemmän kokemusta saattohoitosuunnitelman tekemisestä omaavat sairaanhoitajat eivät ole saaneet kokemusta saattohoitosuunnitelman tekemisestä sen vuoksi, että osastolla on sellaisia sairaanhoitajia, jotka tekevät usein saattohoitosuunnitelmat, koska osaavat tehdä niitä itsenäisesti ja hyvin ja heillä on kiinnostusta niiden tekemiseen. Niiden sairaanhoitajien, joilla on kokemusta saattohoitosuunnitelman tekemisestä tulisi mielestämme ottaa enemmän mukaan saattohoitosuunnitelman tekemiseen niitä sairaanhoitajia, joilla ei ole paljoa kokemusta saattohoitosuunnitelmien tekemisestä, jotta myös he saisivat kokemusta. Eli mielestämme saattohoitosuunnitelmia tulee tehdä jatkossa pareittain, jotta myös tarvittaessa toisesta sairaanhoitajasta saisi esimerkiksi hankalissa tilanteissa tukea ja jotta kaikki halukkaat sairaanhoitajat saisivat kokemusta sekä oppisivat tekemään saattohoitosuunnitelmia.

Ehdotamme lääkäreille lisää koulutusta saattohoitopäätöksen tekemiseen, jotta saattohoitopäätöksiä tehtäisiin riittävän ajoissa. Lisäkoulutuksen avulla lääkärit saattaisivat kiinnostua ylipäänsä saattohoitopotilaiden hoidosta enemmän. Mielestämme saattohoitopotilaiden saattohoitopäätös pitäisi tehdä jo potilaan edellisessä hoitopaikassa, eikä siirtää potilasta kirurgiselle osastolle saattohoitopäätöksen ja –suunnitelman tekemistä varten, jotta ei turhaan enää rasieläisi ja siirreltäisi elämänsä loppuvaiheessa olevaa potilasta. Tämä parantaisi elämänsä loppuvaiheessa olevan henkilön elämänlaatua.

Mielestämme sairaanhoitajat hyötyisivät jonkinlaisesta työnohjauksesta, jossa he pystyisivät jakamaan toisilleen kokemuksiaan saattohoitopotilaiden hoitotyöstä. Tämä saattaisi auttaa heitä käsittelemään vaikeitakin asioita tai kokemuksia saattohoitopotilaan hoitoon liittyen.

Kaikissa haastatteluissa sekä koulutuksen että kokemuksen puute nousi paljon esiin. Mielestämme sairaanhoitajia pitäisi kouluttaa lisää siitä, mitä saattohoidon mallipohja pitää sisällään ja, että sairaanhoitajat tietäisivät, mitä asioita hoitoneuvotteluissa tulisi käydä läpi. Koulutuksen avulla he rohkenisivat pitämään saattohoitoneuvotteluita enemmän kuin nyt, kun tietävät, mitä asioita neuvotteluissa tulisi käydä läpi. Koulutuksen puute näkyy myös siinä, että kaikki sairaanhoitajat eivät tiedä, että jokaisen saattohoitopotilaan saattohoitosuunnitelmasta voi tehdä yksilöllisen. Mielestämme olisi tärkeää, että jokainen sairaanhoitaja osaisi tehdä jokaisen saattohoitopotilaan saattohoitosuunnitelmasta yksilöllisen, joten koulutuksessa tulisi painottaa myös sitä asiaa.

Mielestämme saattohoitosuunnitelman kirjoittamista varten tulisi osastolla olla varattuna tarpeeksi aikaa sekä rauhallinen tila. Sairanhoitajat toivat haastatteluissa esille, että he tarvitsevat lisää rauhaa keskittyäkseen saattohoitosuunnitelman kirjoittamiseen.

9 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tämän opinnäytetyön tuloksiin perustuen voidaan jatkossa tutkia muun muassa sitä, tuleeko kirurgisella osastolla sairaanhoitajien ja lääkäreiden saattohoitoa koskevien koulutuksien jälkeen saattohoitosuunnitelman tekeminen helpommaksi. Lisäksi voidaan selvittää, tehdäänkö lisäkoulutusten ansiosta saattohoitosuunnitelmia jatkossa varhaisemmassa vaiheessa kuin tämän tutkimuksen tekohetkellä.

LÄHTEET

Abarshi, E., Echteld, M., Donker, G., Van den Block, L., Onwuteaka-Philipsen, B. & Deliens, L. (2011). Discussing End-of-Life Issues in the Last Months of Life: A Nationwide Study among General Practitioners. *Journal of Palliative Medicine* 14(3), 323–330.

Aspinal, F., Hughes, R., Dunckley, M. & Addington-Hall, J. (2006). What is important to measure in the last months and weeks of life? A modified nominal group study. *International Journal of Nursing Studies* 43(4), 393–403.

Anttonen, M. S. (2016). *Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta*. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 2148. Haettu 11.12.2016 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Beckstrand, R., Moore, J., Callister, L. & Bond, A. (2009). Oncology Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviors at the End of Life. *Oncology Nursing Forum* 36(4), 446–453.

Burge, F. I., Lawson, B., Critchley, P. & Maxwell, D. (2005). Transitions in care during the end of life: changes experienced following enrolment in a comprehensive palliative care program. *BMC Palliative Care* 4(1), 3.

Casotto, V., Rolfini, M., Ferroni, E., Savioli, V., Gennaro, N., Avossa, F., Cancian, M., Figoli, F., Mantoan, D., Brambilla, A., Ghiotto, M., Fedeli, U. & Saugo M. (2017). End of life place of care, health care settings and health care transitions among cancer patients: impact of an integrated Cancer Palliative Care plan. *Journal of Pain and Symptom Management* 54(2), 167–175.

Chen, M. L., Chu, L. & Chen, H. C. (2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers. *Support Care Cancer* 12(7), 469–475.

Ghaljeh, M., Iranmanesh, I., Nayeri, N. D., Tirgari, B. & Kalantarri, B. (2016). Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in South- East Iran. *International Journal of Palliative Nursing* 22(12), 590–594.

HAMK (n.d.). *Opinnäytetyöopas*. Saatavilla HAMKin intra-sivustolla.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Houck, D. (2014). Helping Nurses Cope with Grief and Compassion Fatigue. An Educational Intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 18(4), 454–458.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (2003). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Kan, S. & Pohjola, L. (2012). *Saattohoitopäätös. Erikoistu vanhustyöhön*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Lawson, B., Burge, F. I., Critchley, P. & McIntyre, P. (2006). Factors associated with multiple transitions in care during the end of life following enrollment in a comprehensive palliative care program. *BMC Palliative Care* 5(4), 1–10.

Muistiliitto (2016). *Muistisairaanhoidon hyvä saattohoito. Opas saattohoitoon osallistujille*. Haettu 22.11.2016 osoitteesta http://www.muistiliitto.fi/files/3314/7921/5925/Muistisairaanhoidon_hyva_saattohoito_sivuittain.pdf

Ritchie, L. (2011). Planning end-of-life care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* 17(9), 23. Haettu 23.11.2016 Cinahl-tietokannasta.

Saastamoinen, T. (2012). *Sairaanhoidajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä*. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 19.12.2016 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120110/urn_nbn_fi_uef-20120110.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). *Hyvä saattohoito Suomessa Asian-tuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset*. Haettu 22.11.2016 osoitteesta <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2004). *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. Haettu 12.12.2016 osoitteesta <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>

Valvira (2008). *Saattohoito*. Haettu 22.11.2016 osoitteesta http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Valvira (2015). *Hoitoneuvottelu*. Haettu 24.11.2016 osoitteesta http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitoneuvottelu

Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D. & Prigerson, H. G. (2010). Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology* 28(29), 4457–4464.

HAASTATTELURUNKO

Koulutuksen ja ohjeiden riittävyys

- Millaista kokemusta sinulla on saattohoitosuunnitelman tekemisestä saattohoitopotilaalle?
- Kuinka paljon olet tehnyt saattohoitosuunnitelmia saattohoitopotilaille?
- Mikä saattohoitosuunnitelman tekemisessä on mielestäsi helppoa ja mikä haastavaa?
- Mitä muuta haluat kertoa?

Organisaatio

- Mistä syistä saattohoitoneuvotteluiden järjestäminen on mielestäsi vaikeaa?
- Millaista osaamista hoitajalta tarvitaan/edellytetään saattohoitosuunnitelman tekemiseen saattohoitopotilaalle?
- Millä tavoin osaamistasi tuetaan saattohoitosuunnitelman tekemisessä saattohoitopotilaalle?
- Mitä muuta haluat kertoa?

Moniammatillinen työyhteisö

- Millä tavalla muu työyhteisö tukee sinua silloin, kun teet saattohoitopotilaalle saattohoitosuunnitelmaa?
- Millä tavalla muu työyhteisö ei tue sinua silloin, kun teet saattohoitopotilaalle saattohoitosuunnitelmaa?
- Millaista tukea kaipaat muulta työyhteisöltä tehdessäsi saattohoitosuunnitelmaa potilaalle?
- Mitä muuta haluat kertoa?

Saattohoitopotilaat ja heidän omaisensa

- Miten koet osaavasi vastata saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa toiveisiin saattohoitosuunnitelmaa tehdessä?
- Miten omaiset vaikuttavat saattohoitosuunnitelman tekemiseen?
- Mitä muuta haluat kertoa?

Saattohoitosuunnitelman kehittäminen

- Miten osastolla tällä hetkellä toimitaan saattohoitosuunnitelman tekemisessä saattohoitopotilaalle?
- Millainen saattohoitosuunnitelmapohja on nyt?
- Miten saattohoitosuunnitelmapohjaa tulisi mielestäsi kehittää?
- Miten mielestäsi pitäisi kehittää saattohoitopotilaan saattohoitosuunnitelman tekemistä?
- Mitä muuta haluat kertoa?

SAATEKIRJE

Hei! Olemme Hämeen ammattikorkeakoulusta Jenni Lindroos ja Riikka Lindfors. Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyönä laadullisen tutkimuksen osastollesi aiheesta ”Hoitajien kokemuksia saattohoitosuunnitelman tekemisestä saattohoitopotilaalle.” Tavoitteenamme on selvittää, mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät hoitosuunnitelman tekemisen saattohoitopotilaalle. Tarkoituksenamme on haastatella noin kymmentä osastollasi työskentelevää hoitajaa ja selvittää kokemuksianne saattohoitosuunnitelman tekemisestä saattohoitopotilaalle.

Haastattelut tapahtuvat tammi- ja helmikuun aikana kirurgisen osaston tiloissa työaikanasasi. Tulemme pitämään tammikuun alussa ensin koehaastattelun yhdelle osastosi hoitajista, jotta saamme varmuuden kysymystemme toimivuudesta. Kaikki haastattelut tullaan äänittämään. Haastatteluiden litteroinnin eli tekstiksi kirjoittamisen jälkeen äänitteet tullaan hävittämään lopullisesti siten, ettei kukaan voi päästä niihin enää käsiksi. Valmiiseen opinnäytetyöhön ei tulla myöskään jättämään mitään sellaisia tietoja sinusta tai haastattelun aikana esiin tulleista henkilöistä, joista kukaan voisi tunnistaa sinut tai kyseisen henkilön. Tämä tarkoittaa sitä, että anonymiteettisi tulee säilymään.

Toivoisimme, että tutustuisit saattohoitosuunnitelman mallipohjaan ennen haastatteluun tuloa, sillä silloin sinun on helpompi vastata sitä koskevaan kysymykseen haastattelun aikana. Otamme myös haastatteluun mukaan saattohoitosuunnitelman mallipohjan, jotta voit tarkastella sitä tarvittaessa haastattelunkin aikana.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivoisimme, että ilmoittautuisit vapaaehtoiseksi osallistumaan tutkimukseemme, jotta saisimme riittävästi tutkimusmateriaalia ja siten tuloksia, jotka parantavat osastosi saattohoitopotilaiden hoitoa!

Vastaamme kysymyksiisi mielellämme!

Ystävällisin terveisin:







































Jenni Lindroos:
Jenni.lindroos@student.hamk.fi

Riikka Lindfors:
Riikka.lindfors@student.hamk.fi

SAATTOHOITOSUUNNITELMAN MALLIPOHJA

SAATTOHOITOSUUNNITELMAN MALLI (hoke-mallipohja)

6.5.2016/V.V.

<p>ELÄMÄNKAARI, SAATTOHOIDON TARVE (M)    02.05.2016</p> <p>29.01.2016 - 13:58</p> <p>Saattohoitopäätös tehty 2.5.2016 kts. KIR</p> <p>Hoidon tavoite: Saattohoidon toteutuminen yhteisymmärryksessä</p> <p>Suunnitellut toiminnot  </p> <p>Saattohoito (M): Saattohoitoneuvottelu 2.5.2016 mukana puoliso, tytär ja poika. Potilaan voimien huonontuessa soitto puolisolle myös yöllä. Sovittu hoitolinjauksista, ei verikokeita, ei tutkimuksia, lääkelista tarkistettu, ei iv nesteytystä, oireenmukainen hoito, kivunhoitoa tehostettu</p> <p>Potilaan oikeuksista tiedottaminen (M): Potilaalla hoitotahto joka tehty 19.11.2011 kts. HTAHTO -lehti  </p>	<p>13:58 Saattohoito. Saattohoitoneuvottelu klo 1300-1330</p> <p>Mukana puoliso, tytär ja poika sekä lääkäri (M.M.)</p> <p>Keskusteltiin saattohoidosta ja siitä mitä se tarkoittaa. Keskusteltiin hoitolinjauksista, oltiin yhtämieltä hoitolinjauksista. Omaisille tärkeää, että potilaalla ei olisi kipuja. Keskusteltiin iv nesteytyksen haitoista ja omaist ymmärsivät tämän. Omaisiet toivovat että potilas pääsisi Ruisluotoon hoitoon jotta olisi puolisoa lähempänä. (M.)  </p>
<p>HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI (M)    04.05.2016</p> <p>29.01.2016 - 08:51</p> <p>Kotona puolison kanssa asuu, rollaattorin kanssa liikkunut. Kotiapua käynyt kerran viikossa pesuvuon muodossa.</p> <p>Suunnitellut toiminnot  </p> <p>Asiantuntijapalveluiden koordinointi (M): Lääkärikierron tiedot toteutukseen hoitotyön näkökulmasta  </p> <p>Jatkohoidon suunnittelu (M): 2.5; Hoidetaan toistaiseksi kirurgian osastolla, jonoon Ruisluotoon 2.5.2016 ei siirtoa jos kunto romahtaa.  </p>	<p>08:51 Asiantuntijapalveluiden koordinointi. Keskusteltu lääkärikierrolla potilaan tilanteesta, puoliso ja tytär paikalla. Potilas kokee että on edelleen kipuja vaikkakin vähemmän kuin aikaisemmin. Nostetaan kipulastarin vahvuutta.  </p>
<p>PÄIVITTÄISET TOIMINNOT (M)    06.05.2016</p> <p>29.01.2016 - 09:07</p> <p>Lähes vuodepotilas, yhden auttamana pääsee WC tuolille, ei jaksa kävellä kuin muutaman askeleen rollan ja kahden hoitajan turvin.</p> <p>Suunnitellut toiminnot  </p> <p>Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen (M): suihkutuolissa jaksoo istua  </p> <p>Ruokailussa avustaminen (M): itse syö vuoteenreunalla istuen  </p> <p>Liikkumisessa avustaminen (M): rollan ja kahden hoitajan turvin muutama askel  </p> <p>WC-toiminnoissa avustaminen (M): housuvaippa+ wc tuolille avustaminen.  </p> <p>Asennonvaihdosta huolehtiminen (M): asennon vaihtaminen väh. 2 tunnin välein, ei saa oltua vas.kyjjellä kuin hetken.  </p>	<p>09:07 Asennonvaihdosta huolehtiminen. Asentoa vaihdettu, iho painuu herkästi, oikea lonkka punoittaa herkästi.  </p> <p>04.05.2016 08:57 WC-toiminnoissa avustaminen. Yhden avustaman käynyt wc tuolilla, harmittelee kun ei ehdi astialle ja virtsat tulee vaippaan.  </p>

<p>PSYKKINEN TASAPAINO (M)</p> <p>29.01.2016 -</p> <p>Potilas on rauhallinen, pelkää kuitenkin sitä että kivut lisääntyvät ja että lääkkeet eivät auta. Huolissaan myös puolison kotona pärjäämisestä tämän jäädessä yksin.</p> <p>Suunnitellut toiminnot</p> <p>Kuolevan potilaan läheisten tukeminen :</p> <p>Henkinen tuki :</p> <p>Asiantuntijapalveluiden koordinointi (M): 2.5; potilaan pyyntö välitetty sairaalapapille (tukihenkilö +sair.papin käynti)</p>	<p>04.05.2016</p> <p>08:54 Henkinen tuki. Keskuteltu potilaan kanssa siitä miten puoliso kotona pärjää potilaan kuoleman jälkeen. Potilas toivoo ja uskoo että tytär auttaa isäänsä mm. ruuanlaitossa. (M).</p> <p>02.05.2016</p> <p>14:13 Asiantuntijapalveluiden koordinointi. Toivoo että sairaalapappi tulisi keskustelemaan, tukihenkilönkin toivotti tervetulleeksi.</p>
<p>AISTI- JA NEUROLOGISET TOIMINNOT, KROONINEN KIPU (M)</p> <p>06.05.2016 -</p> <p>Kipuja vatsalla, säteillen selkään. osastolle tullessa nostettu kipulaastarin vahvuutta.</p> <p>Hoidon tavoite: pystyy kivuilta nukkumaan</p> <p>Suunnitellut toiminnot</p> <p>Kivun voimakkuuden mittaaminen (M): VAS seuranta</p> <p>Lääke suun kautta (M): Tarv. kipulääke läpilyöntikipuun kts. lääkelista (LL)</p> <p>Lääkeinjektion antaminen (M): Tarv. kipul. jos ei pysty po ottamaan kts. LL</p> <p>Lääkelaastarin laittaminen (M): Matrifen 50 mikrog laastari, tarv. nosto 75 mikrog (N.Nukkumatti)</p> <p>Kivun hoito (M): Kylmäpakkaus oikean polven kipuun</p> <p>Kivun hoitoon liittyvä ohjaus :</p>	<p>06.05.2016</p> <p>09:26 Kivun voimakkuuden mittaaminen. Kysyttäessä VAS 1, ei kipuja.</p> <p>08:30 Lääke suun kautta. Oxynorm 20 mg vatsakipuun.</p> <p>Arviointi:06.05.2016 9:00 Lääkehoito. Auttoi hyvin, ei enää vatsakipua.</p>
<p>KUDOSEHEYS (M)</p> <p>29.01.2016 -</p> <p>Suu kuivuu, iho painuu helposti.</p> <p>Suunnitellut toiminnot</p> <p>Ihon kunnon seuranta ja hoito :</p> <p>Limakalvojen kunnon seuranta ja hoito (M): Suun hoitoon tarv. nelosgeeli</p>	<p>04.05.2016</p> <p>09:31 Limakalvojen kunnon seuranta ja hoito. Suun hoitoa, kokee että nelosgeeli helpottaa suun kuivumista.</p> <p>09:29 Asennonvaihdosta huolehtiminen. Asentoa vaihdetaan, iho painuu herkästi, oikea lonkka punoittaa herkästi.</p>
<p>HENGITYS (M)</p> <p>29.01.2016 -</p> <p>Ylösnousta heti ahdistaa, vuoteessa tilanne rauhoittuu.</p> <p>Hoidon tavoite: Pystyy käymään wc astialla ilman hengenahdistuksen pahenemista</p> <p>Suunnitellut toiminnot</p> <p>Hengityksen seuranta :</p> <p>Hapen antaminen (M): tarv. happi viiksillä (4l/min) rasituksen jälkeen</p> <p>Limän imeminen (M): Tarv. Imetään vain suusta</p> <p>Lääkkeen antaminen : Tarv. lääkitys hengenahdistusta helpottamaan kts. LL</p>	<p>02.05.2016</p> <p>10:32 Hapen antaminen. Laitettu happiviikset helpottamaan oloa.</p> <p>10:00 Hengityksen seuranta. Suihkun jälkeen ahdistaa jälleen enemmän.</p>

ERITTÄMINEN (M)	  	06.05.2016	
29.01.2016 -		08:58	Pahoinvoinnin tai oksentamisen ehkäisy ja hoito. Ohjattu syömään pieniä määriä kerrallaan, ohjattu ottamaan Zofran ennen ruokailun aloittamista. (M).  
Virtsamäärät pieniä, virtsaa harvoin, ajoittain ummetusta, ajoittain ruokailun jälkeen pahoinvointitunnetta.			
Suunnitellut toiminnot	 	04.05.2016	
Suoliston toiminnan hoito (M): kts lääkelista, luumumehu + tarv. Toilax  		10:26	Suoliston toiminnan hoito. Suoli toimi vähän, viety luumumehua.  
Pahoinvoinnin tai oksentamisen ehkäisy ja hoito : ruokailee pieniä määriä kerrallaan  			
Lääkkeen antaminen (M): tarv. pahoinvoinnin ehkäisyyn kts.LL. (Zofran 4mg resorib auttaa parhaiten)  			
Kestokatetrihoidon toteuttaminen : tarv. kestopatetri  			
RAVITSEMUS (M)	  	04.05.2016	
29.01.2016 -		09:38	Mieliruokien tarjoaminen. Tilattu silliä lounaalle ja päivälliselle.  
Ruokahalu huono, pieniä määriä tav ruokaa syö vaihtelevasti		08:59	Ruokailun seuranta. Aamiaisella söi puolet mannavellistä, kertoo että maistui hyvälle mutta että ei jaksanut syöä enempää ja pelkää myös pahoinvointia. (M).  
Hoidon tavoite: mieliruokien tarjoaminen			
Suunnitellut toiminnot	 		
Ruokailun seuranta (M): po mitä menee  			
Lisäravinteiden tarjoaminen (M): tehojuoma x3 vrk, mansikanmakuinen maistuu parhaiten  			
Mieliruokien tarjoaminen (M): Mannavelli ja sillivoileipä maistuu  			

KUN VALITSET SAATTOHOITOSUUNNITELMAN MALLIPOHJISTA,
LISÄÄ TAI POISTA TARPEITA JA TOIMINTOJA TARVITTAESSA

ANALYYSITAUUKKO

ILMAISUT	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p>Helppo kohdata potilas ja omaiset Osaa kuunnella potilasta ja omaisia Hyvät sosiaaliset taidot Kokemus Henkilökohtainen kiinnostus Koulutus</p>	<p>Sairaanhoitajien ominaisuudet</p>	<p>1. Mitkä tekijät edistävät saattohoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotiilalle?</p>
<p>Selkeä Muistilista siitä, mitä kaikkea pitää huomioida Helpottaa saattohoitosuunnitelman tekemistä Ei jää epäselvyyksiä potilaan hoidosta Ei tule kahteen kertaan kirjaamista</p>	<p>Valmis saattohoidon mallipohja</p>	
<p>Etukäteen sovittu tilanne, jolloin kellään ei ole kiire ja siihen ollaan valmistauduttu Antoisa paikka Helpottaa saattohoitosuunnitelman tekemistä Mahdollisuus pitää useampikin</p>	<p>Saattohoitoneuvotteluiden pitäminen</p>	
<p>Kaikki ovat sitoutuneet noudattamaan saattohoitosuunnitelmaa ja -päättöä Helppo käännyä eri tahojen puoleen: sosiaalityöntekijä, pastori ja fysioterapeutti Yhdessä pohtiminen: lääkärin, esimiehen tai kollegan kanssa Kaikkien ei tarvitse tehdä saattohoitosuunnitelmia, jos kokee sen hankalana</p>	<p>Moniammatillinen työskentely</p>	
<p>Potilaalla hoitotahto Potilaalla omat toiveet saattohoitoon liittyen Omaiset hyväksyneet potilaan tilanteen Ei enää odoteta liikoja</p>	<p>Saattohoitopotiilaan ja heidän omaisiinsa liittyvät tekijät</p>	
<p>Hyvät saattohoitoon liittyvät ohjeet sairaalan intranetissä Saattohoitohuone</p>	<p>Organisaatiosta johtuvat tekijät</p>	

ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Psyykkisistä asioista kirjaaminen vaikeinta Haastavaa kirjata niin, että ei tule epäselvyyksiä asioiden tulkinnassa Hoke on sekava	Kirjaaminen haastavaa	Kirjaamiseen liittyvät tekijät	2. Mitkä tekijät estävät saattohoitosuunnitelman tekemistä saattohoitopotilaalle?
Tieto hukkuu mallipohjaan Mallipohja on raskas ja liian laaja Mallipohja ei istu Hoke:en	Mallipohja haastava		
Mallipohjan käyttämisessä on opittavaa Uudesta mallipohjasta ei ole pidetty varsinaista koulutusta Tietokoneella tehtäviin töihin ei saa tukea, koska kaikki eivät osaa niitä niin hyvin Moni vierastaa Hokea	Liian vähän koulutusta kirjaamisesta		
Vaatii hoitajalta paljon osaamista Paljon erilaisia asioita ja tarpeita, mitä pitää huomioida Kuolevan potilaan ja hänen läheisten kohtaaminen haastavaa Haastavaa, jos potilas ei ole valmis kuolemaan		Saattohoitopotilaan hoitaminen vaativaa työtä	
Omaiset eivät aina tajua tai hyväksy potilaan tilannetta Ristiriitaa mielipiteissä ja toiveissa	Omaisten suhtautuminen		
Saattohoitopotilaiden määrä vähäistä kirurgisella osastolla Vielä uusi asia osastolla Hankala lähteä tekemään suunnitelmaa, jos ei ole ennen tehnyt Osastolla vähän hoitajia, jotka lähtisivät tekemään saattohoitosuunnitelmia Saattohoitosuunnitelman tekeminen jää usein samojen hoitajien tehtäväksi heidän asemansa vuoksi		Sairaanhoitajien kokemuksen puute	
Hankala keskittyä kiireen tai melun vuoksi Omaisten huomioiminen jää liian vähälle Hoitajan omasta aktiivisuudesta kiinni, miten paljon saa tukea Haastavaa saada lääkäri neuvotteluun paikalle ja keskittymään asiaan		Resurssien puute	
Lääkärit eivät välttämättä koe olevansa asiantuntevia saattohoitoon liittyvissä asioissa Päätös saattohoidosta tehdään liian myöhään Lääkäreiden on hankala hahmottaa, milloin saattohoitopäätöksen tekeminen on ajankohtaista		Lääkäreiden koulutuksen ja kokemuksen puute	

ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ennakointi Aikaisemmin omaisiin yhteys Saattohoitopäätöksen tekeminen jo potilaan edellisessä hoitopaikassa Vain saattohoitosuunnitelman tekemistä varten ei siirrettäisi kirurgiselle osastolle Parantaisi kuolevan potilaan elämänlaatua		Tekemällä saattohoitopäätöksiä riittävän ajoissa	3. Miten saattohoitosuunnitelman tekemistä voi kehittää?
Pystyy tarkistamaan toiselta asioita Yhdessä pohtiminen Kokeneempi voisi tuoda omaa osaamistaan, kokemuksiaan ja tietoa esille Tuen saaminen Kaikki halukkaat pääsisivät mukaan harjoitteluun suunnitelman tekemistä Kaikki osaisivat tarvittaessa Suunnitelman tekeminen ei olisi ainoastaan tiettyjen hoitajien varassa		Tekemällä saattohoitosuunnitelma yhdessä	
Perehtyä potilaan asioihin Tehdä suunnitelma rauhassa Työnohjaus	Enemmän aikaa	Resursseja lisäämällä	
Rauhallinen tila Suunnitelmaa tekevä hoitaja saisi tehdä sen rauhassa ilman häiriöitä	Työskentelyrauha		
Yhdistelemällä siinä olevia asioita Keventämällä ja tiivistämällä sitä Suunnitelman tulisi olla yksinkertaistumpi, selkeä, ytimekäs ja lyhyt		Muokkaamalla mallipohjaa	
Sairaalassa tapahtuvia koulutuksia, jotta mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan Muistaisivat mallipohjan olemassaolon Ottaisivat mallipohjaa enemmän käyttöön Suunnitelman tekeminen tulisi helpommaksi	Hoitajille	Järjestämällä lisää koulutusta	
Lääkäreiden tulee selittää asiat omaisille selkeästi, jotta he ymmärtävät ja pystyvät hyväksymään saattohoitopotilaan tilanteen Rohkeus, ammattitaito ja aktiivisuus tärkeitä Saavat rohkeutta tehdä saattohoitopäätöksiä	Lääkäreille		