

Syöpää sairastavan potilaan saattohoidon toteutuminen erikoissairaanhoidossa

**Henna Korolainen
Marjo Remes**

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja AMK



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Korolainen Henna ja Remes Marjo	
Työn nimi Syöpää sairastavan potilaan saattohoidon toteutuminen erikoissairaanhoidossa	
Päiväys	Sivumäärä/Liitteet 63/7
Ohjaaja(t) Hämäläinen Susanne, Jauhiainen Annikki ja Jokelainen Merja	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosasto 2651	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston saattohoidon toteutumista hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä käydään läpi kokonaisvaltaisen saattohoidon eri vaiheita sekä toteutumisen edistäviä ja estäviä tekijöitä. Lisäksi selvitettiin erikoissairaanhoidon ja jatkohoitopaikan välisen yhteistyön toteutumista sekä hoitotyöntekijöiden täydennyskoulutuksen tarvetta saattohoidosta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastatteluun osallistui kaksi syöpätautien erikoislääkärinä ja kolme sairaanhoitajaa. Saadut vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan hyvän saattohoidon toteutuminen vaatii riittävästi ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa sekä aikaa. Saattohoitopäätöksiä tehtiin vähän ja aktiivihoidot kestivät ajoittain liian kauan. Saattohoitopotilaan henkistä tukemista pidettiin haastavana ja henkisesti raskaana. Saattohoitopotilaan kivun ja loppuvaiheen hoito toteutui osastolla hyvin. Jatkohoitopaikan järjestämisen teki haastavaksi saattohoitopaikkojen riittämättömyys. Haastatteluun osallistuvat tunnistivat lisäkoulutuksen tarpeen saattohoidon eri osa-alueilla.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää saattohoidon kehittämisessä. Jatkotutkimusaiheina voisi selvittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä ongelmia yhteistyön toteutumisessa sekä kotisaattohoidon kehittämisestä.</p>	
Avainsanat Saattohoito, jatkohoito, yhteistyö, kipu ja kärsimys, omainen, lisäkoulutus	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Nursing	
Author(s) Korolainen Henna and Remes Marjo	
Title of Thesis Realization of the terminal care in the specialized medical care for the cancer patient	
Date	Pages/Appendices 63/7
Supervisor(s) Hämäläinen Susanne, Jauhiainen Annikki and Jokelainen Merja	
Project/Partners Kuopio University Hospital cancer ward 2651	
<p>Abstract</p> <p>This thesis examined the implementation of terminal care from the perspective of workers in the cancer ward of Kuopio University Hospital. This thesis goes through the different stages of the comprehensive terminal treatment and the conductive and prohibitive factors of the implementation. In addition, the implementation of cooperation between specialized medical care and further treatment were explained and the need for additional training of nursing workers in terminal care was also studied.</p> <p>Thesis was carried out as a qualitative research and data was collected through interviews. Two cancer specialist doctors and three nurses were interviewed. The results were analyzed with inductive content analysis.</p> <p>According to the results of the thesis, for the implementation of terminal care, enough professionally skilled nursing staff and time were required. Only few resolutions of terminal care were done and active treatments lasted too long at times. Emotional support of terminal care patient was considered challenging and emotionally exhausting. The pain and end-stage care of terminal care patient came true well in the department. The organizing of the follow-up treatment was made challenging by the insufficient number of places of terminal care. The participants of the interview identified the need for updating training to different sectors of terminal care.</p> <p>Final project results can be used for developing terminal care. Topics for further research could explore problems between the basic health care and specialized care in the co-development and implementation of terminal care at home.</p>	
Keywords Terminal care, follow-up treatment, co-operate, pain and suffering, relative, additional training	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	7
2 KUOLEVAN POTILAAN HOITO	9
2.1 Hospice.....	9
2.2 Palliatiivinen hoito	10
2.3 Saattohoito.....	11
3 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖHÖN LIITTYVÄ PÄÄTÖKSENTEKO	12
3.1 Hoitotahto.....	12
3.2 Hoitoneuvottelu	13
3.3 Saattohoitopäätös ja hoitolinjaus.....	14
3.4 Elinajaennusteen tekeminen	16
4 SAATTOHOITO ERILAISSA YMPÄRISTÖISSÄ	18
4.1 Saattohoito erikoissairaanhoidossa	18
4.2 Saattohoito terveyskeskuksessa.....	19
4.3 Kotisaattohoito	21
4.4 Saattohoitokodit	22
4.5 Kotisairaala.....	23
5 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖN VIIMEISET VAIHEET	25
5.1 Saattohoitopotilaan kärsimys	25
5.2 Saattohoitopotilaan hengellisiin tarpeisiin vastaaminen	26
5.3 Saattohoitopotilaan kivunhoidon toteuttaminen.....	27
5.4 Palliatiivinen sedaatio kärsimyksen lievittäjänä	28
5.5 Arvokas ihmistä kunnioittava kuolema.....	29
5.6 Omaisten tukeminen.....	31
6 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN TÄYDENNYSKOULUTUS	33

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	35
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	36
8.1 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmä	36
8.2 Teemahaastattelu	37
8.3 Aineiston analyysi	38
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	40
9.1 Hyvän saattohoidon toteutumisen edistävät tekijät	40
9.2 Hyvän saattohoidon toteutumisen estävät tekijät	41
9.3 Saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavat tekijät	43
9.4 Saattohoitopotilaan kivun ja loppuvaiheen hoidon toteutuminen	45
9.5 Yhteistyön toteutuminen erikoissairaanhoidon ja jatkohoitopaikan välillä	47
9.6 Jatkohoitopaikan järjestämisen toteutuminen ja kehittäminen	47
9.7 Saattohoidossa olevan potilaan ja omaisten tukemisen toteutuminen	49
9.8 Hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen tarve	50
10 POHDINTA	52
10.1 Tulosten tarkastelua	53
10.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	59
10.3 Ammatillinen kasvu	61
10.4 Jatkotutkimusaiheita	62

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupahakemus

Liite 2 Teemahaastattelurunko

Liite 3 Esimerkki 1 sisällönanalyysista

Liite 4 Esimerkki 2 sisällönanalyysista

Liite 5 Esimerkki 3 sisällönanalyysista

Rakastava hoito

Älä pelkää, sinulla on lämpimät kädet
lämpimiin käsiin ota kylmenevät sormet
ei sinun muuta tarvitse tehdä
ole ihminen ihmiselle loppuun asti

Ei kuolema sinua vie, älä pelkää
ole kuolevan vieressä lämpimin käsin
älä yksin jätä
ei kuolema sinua vie
sinulla on lämpimät kädet

Kaija Sailo 1992

1 JOHDANTO

Suomessa syöpään sairastuu vuodessa keskimäärin 200 000 henkilöä. Syöpään kuolleiden määrä on pysynyt vuosien ajan samana, noin 10 000 henkilöä. (Pukkala, Dyba, Hakulinen & Sankila 2006.) Väestön vanheneminen ja syöpähoitojen kehittyminen edellyttää saattohoidon toimivuuden kehittämistä Suomessa. Suomessa saattohoito on vielä organisoimatonta ja saattohoidon tutkimus olematonta. (Saarela 2008.)

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työnjaon kehittämisen tavoitteena on saattohoitopotilaan hoidon sujuvuus. Saattohoidon toteuttamisessa on kehitettävää henkilökunnan osaamisessa ja koulutuksessa. Kehitettävää on myös saattohoidon tarpeen arvioinnissa sekä saattohoidon saatavuudessa. Saattohoitopotilaiden hoito toteutuu erilaisin tavoin. Potilaat saattavat käydä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa eripituisilla hoito- ja seurantajaksoilla. (Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa 2009.)

Valitsimme aiheen, koska Suomessa saattohoito toteutuu vielä puutteellisesti ja saattohoitoa tarvitsevia potilaita on paljon. Opinnäytetyön aihe nousi meidän omasta kiinnostuksesta saattohoitoa kohtaan. Hoitotyötä tehdessä olemme huomanneet saattohoidon vaativan vielä kehittämistä. Esitimme opinnäytetyön aiheen Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolle, koska siellä hoidetaan paljon saattohoitopotilaita. Syöpätautien vuodeosaston henkilökunta tunnisti saattohoidon kehittämisen tarpeen osastolla ja he olivat halukkaita yhteistyöhön kanssamme.

Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston 2651 tavoitteena on syöpäpotilaan parantuminen tai olon helpottaminen lääketieteen ja hoitotyön keinoin. Perusarvot, jotka ohjaavat osaston toimintaa ovat ihmisarvon kunnioittaminen, rehellisyys, taloudellinen tuloksellisuus, vastuullisuus ja yhteistyökyky. Henkilökuntaan kuuluvat vastuulääkäri, kaksi erikoistuvaa lääkäriä, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 16 sairaanhoitajaa, 10 perushoitajaa, potilaskuljettaja, kaksi osastonsihtööriä, kaksi klinikan konekirjoittajaa,

klinikan sosiaalityöntekijä sekä neljä laitoshuoltajaa. Osastolla on 38 sairaansijaa 15 potilashuoneessa, joista yhden hengen huoneita on kuusi, kahden hengen huoneita on kolme ja neljän hengen huoneita on seitsemän. Vuonna 2008 syöpätautien vuodeosastolla oli hoidettu yhteensä 703 potilasta, joista osastolla oli kuollut 69 potilasta. Syöpätautien vuodeosastolla oli vuonna 2009 hoidettu 786 potilasta ja osastolla oli kuollut 87 potilasta. (Kuopion yliopistollinen sairaala, 2009.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten hoitohenkilökunnan näkökulmasta saattohoito toteutuu Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla. Syöpätautien vuodeosastolla ei ole aikaisemmin tutkittu saattohoitopotilaan hoidon toteutumista. Opinnäytetyön teoriaosassa käydään läpi saattohoitopotilaan hoitotyön eri vaiheet, saattohoitoa antavat hoitopaikat sekä hoitotyöntekijöiden koulutustarpeet saattohoidosta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena ja teemahaastattelut toteutettiin syöpätautien vuodeosastolla. Haastateltavaksi valittiin kolme sairaanhoitajaa ja kaksi syöpätautien erikoislääkärinä. Opinnäytetyön aihe tukee meitä tulevassa työssä toteuttamaan saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on, että syöpätautien vuodeosaston hoitohenkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia saattohoitopotilaan hoidon kehittämisessä. Lisäksi he saavat tietoa täydennyskoulutuksen tarpeesta osastolla.

2 KUOLEVAN POTILAAN HOITO

Kuolevien potilaiden hoito on muuttunut viimeisien vuosikymmenien aikana monimutkaisemmaksi. Lääketieteen ja sairauksien hoidon kehittymisen myötä tautien ennusteet ja ihmisten elinajat ovat pidentyneet. Tämän vuoksi varsinaisen sairauden hoidon loppumisen jälkeen potilas elää pidempään kärsimystensä kanssa. Myös lähestyvän kuoleman ajanjakso on pidentynyt. (Hänninen 2001, 13.)

Vuonna 1991 Hakanen (1991, 107) huomasi saattohoidon kehittämisen tarpeen. Päätöstä saattohoitoon siirtymisestä ei pystytty tekemään riittävän ajoissa. Vähäisen ajan vuoksi potilaan psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tarpeen huomioiminen oli puutteellista. Saattohoidon puutteellisen toteutumisen epäiltiin johtuvan lääkäreiden ja sairaanhoitajien puutteellisista tiedoista ja taidoista. Myös vähäisen hoitohenkilökunnan ja ajan puutteen ajateltiin vaikuttavan saattohoidon toteuttamiseen.

Kuolevan potilaan hoito on ihmisarvoa kunnioittavaa ja haastavaa työtä, johon kuuluu yhtenä osana potilaan hoito ja huolenpito. Lisäksi hoitoon kuuluu kärsimyksen ja oireiden lievittäminen. Tärkeä osa saattohoitoa on kuolevan potilaan rinnalla kulkeminen loppuun asti. Kuolevan potilaan hoitoon liittyy keskeisesti käsitteet hospice, palliatiivinen hoito ja saattohoito. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16.)

2.1 Hospice

Hospice käsite on lähtöisin keskiajalta, jolloin munkit rakensivat turvakoteja matkailijoita varten alpeille. Munkkien rakentamia turvakoteja kutsuttiin hospiceiksi. Hospicehoidossa potilasta ja hänen läheisiään kohdataan rakastavasti ja kunnioittavasti. Lontooseen vuonna 1967 avattua St. Christopher's Hospice sairaalaa pidetään hospicen esikuvana. Suomeen Hospicen toi Stephen Kirkham luento- ja vierailumatkallaan vuonna 1982. Stephen Kirkhamin vierailun

jälkeen Suomen lääkintähallitus antoi ensimmäisen saattohoito-ohjeet. (Mäntymies 2000, 196–198, 219.)

Hospicehoidon periaatteena on, että kuolevaa ei jätetä yksin. Hospicehoito toteutetaan sydämellä, ei mekaanisesti eikä teknisesti. Hospicehoidon periaatteena on, että potilaalla ja omaisilla on oikeus tietää hoitoon koskevista asioista. Onnistunut hoitosuhde saattohoidossa vaatii avoimen ja rehellisen yhteistyön potilaan kanssa. Potilasta tulee kuunnella, jotta tiedetään miten potilas on valmis ottamaan tiedon vastaan. Potilaat arvostavat totuutta taudin tilanteesta ja keskustelun tulee edetä potilaan ehtojen mukaisesti. (Mäntymies 2000, 197, 200–201.)

2.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan hoitoa, kun aktiivihoidot on lopetettu eikä parantavaa hoitoa enää ole. Hoito on oireita lievittävää ja hoidon periaatteista sovitaan yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Hoito perustuu kärsimyksen sekä kivun ehkäisyyn ja lievittämiseen. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia, joten hoito tulee suunnitella hyvin. Hoidon tavoitteena on taata potilaalle sekä hänen omaisilleen mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaan kuolemaan asti. (Hänninen & Riikola 2008; Myller 2008, 6.)

Palliatiivinen hoito käsitetään saattohoitoa laajempänä, joka sijoittuu aktiivihoidon ja saattohoidon välille. Eroa näiden välillä on pidetty ajallista suhdetta lähestyvään kuolemaan. Potilaan kärsimyksen lievittäminen on tärkein palliatiivisen hoidon toteutuksessa. Hoidon tavoitteena on toteuttaa saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista hoitoa, huomioiden hänen psykologiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. (Heikkinen ym. 2004, 17–19; Hänninen & Anttonen 2008, 23.) Hoitoon liittyy myös oireita lievittäviä ja kasvaimen leviämistä rajoittavia hoitomuotoja, kun paranemisen mahdollisuutta ei ole. Oireita lievittäviä hoitomuotoja ovat esimerkiksi palliatiivinen kirurgia ja sädehoidot. (Vainio, Hietanen, Pitkälä & Moilanen, 2004, 17–19.)

2.3 Saattohoito

Saattohoito käsitettä käytetään, kun potilaan elinaika on viikkoja tai enintään kuukausia (Hänninen & Riikola 2008). Saattohoitopotilaan hoitaminen on työtä, jossa lähtökohtana on yksilöllisyys ja yksilöllisten tarpeiden kunnioittaminen. Potilaalla on oikeus rauhalliseen kuolemaan. (Sand 2003, 167.) Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jota annetaan, kun käytettävillä hoitomenetelmillä ei pystytä enää parantamaan potilaan sairauden ennustetta. Saattohoitopotilaan kärsimystä vähennetään ja keskitytään antamaan mahdollisimman hyvää perus- ja oirehoitoa. Turhien toimenpiteiden ja tutkimusten tekemistä vältetään. Saattohoidossa olevaa potilasta ja omaisia tuetaan sekä heidän toiveet huomioidaan. (Heikkinen ym. 2004, 20–21.)

Hyvä saattohoito toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, jolloin potilaan hoito pystytään toteuttamaan kokonaisvaltaisesti. Saattohoitopotilaan työryhmä muodostuu potilaasta, omaisista, vastuulääkäristä ja omahoitajasta. Tarvittaessa työryhmään kuuluvat sosiaalityöntekijä, sairaalapappi, psykologi ja vapaaehtoinen tukihenkilö. Hoitopaikasta riippuen mukana ovat myös kotihoidon, kotisairaalan tai vuodeosaston työntekijät. (Heikkinen ym. 2004, 20, 128–129.) Saattohoito käsittää myös kuoleman jälkeen tapahtuvat hoitotoimenpiteet ja surutyön. Saattohoito koskee myös potilaan omaisia, läheisiä, lääkäreitä, hoitotyöntekijöitä sekä vapaaehtoistyöntekijöitä. (Toppinen 2002, 33.)

3 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖHÖN LIITTYVÄ PÄÄTÖKSENTEKO

Saattohoitopotilaalla on oikeus hyvään sairaan- ja terveydenhuoltoon sekä arvokkaaseen kuolemaan. Lähestyvä kuolema ei vähennä potilaan oikeuksia. Potilaan tulee saada tietää sairaudestaan, sen ennusteesta sekä mahdollisista hoidoista. Potilaan toivoa tulee pitää yllä, hänen tulee tuntea olonsa turvallisiksi ja kivuttomaksi. Potilaalla on oikeus säilyttää sosiaaliset suhteet, elää perheenjäsenenä ja saada hengellistä tukea. Hoitavan henkilökunnan tulee kohdella kuolevaa potilasta kunnioittaen ja kuunnella häntä. (Heikkinen ym. 2004, 21–22; Hänninen 2007b.)

Hoitoon tarvitaan potilaan suostumus. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidoista tai vaatia niiden lopettamista. Potilaan ollessa kykenemätön päättämään hoidoistaan, tulee huomioida omaisten tai laillisen edustajan toiveet. Potilaan hoitotahtoa kunnioitetaan, jos hänellä sellainen on. (Heikkinen ym. 2004, 22–23.) Ennen saattohoitopäätöksen tekemistä pidetään hoitoneuvottelu. Neuvottelussa keskustellaan potilaan sairauden tilanteesta ja hoitovaihtoehtoista. Hoitoneuvottelussa lääkäri keskustelee potilaan kanssa tutkimusten ja erilaisten toimenpiteiden tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä. Lääkäri tekee päätöksen hoitolinjauksista huomioiden potilaan toiveet. (Heikkinen ym. 2004, 24–25.)

3.1 Hoitotahto

Hoitotahdossa potilas ilmaisee ohjeet elämän loppuvaiheen hoitoon sellaisen tilanteen varalle, kun ei pysty enää vaikuttamaan hoitopäätöksiin. Hoitotahto on tahdonilmaisus, jonka potilas voi tehdä vapaamuotoisesti, valmiille kaavakkeelle tai suullisesti. Kuka tahansa voi tehdä hoitotahdon. Se tulee ilmetä potilasasiakirjassa mahdollisimman selvästi. Siinä tulee olla päiväys ja allekirjoitus, sekä sitä tulee päivittää tarpeen mukaan. Hoitotahdossa tulee olla kahden todistajan allekirjoitus. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 77–80; Hildén 2005, 29–30.)

Potilaan velvollisuus on tiedottaa olemassa olevasta hoitotahdosta sekä sen saatavuudesta. Hoitotahto on hoitohenkilökuntaa sitova. Potilaan tahdonilmaisua tulee aina kunnioittaa, vaikka omaiset haluaisivat vielä jotain hoitotoimenpiteitä tehtävän. Saattohoitopotilaan tahdon tulee mennä aina omaisten tahdon edelle. (Kokkonen ym. 2004, 77–83; Myller 2008; Hildén 2005, 30.)

Yleensä hoitotahdolla halutaan ilmaista hoitojen lopettamista, kun ne eivät tehoa sairauden parantamiseen, vaan aiheuttavat kärsimystä. Hoitotahdossa voidaan myös ilmaista kieltäytyminen tietyistä hoidosta sekä ilmaista erityistoiveita hoitoon liittyen. Hoitotahdossa potilas voi valtuuttaa toisen henkilön päättämään asioistaan. Potilaan hoitotahto voi olla liitteenä potilasasiakirjoissa tai potilaalla itsellään. (Kokkonen ym. 2004, 77–83; Myller 2008.)

Hildénin (2005, 31) mukaan hoitotahto tulee voimaan, kun potilaan vointi heikkenee niin, ettei hän pysty enää vaikuttamaan hoitoonsa. Lääkärin tulee toimia hoitotahdossa olevien hoito-ohjeiden mukaan. Potilaat tekevät hoitotahtoja vähän. Potilaat eivät joko ole saaneet aikaiseksi tehtyä hoitotahtoa tai he odottavat hoitohenkilökunnan ottavan asian puheeksi. Useasti potilaat uskovat omaisten tietävän hoitoon liittyvät toiveet tai pelkäävät omaisten reaktioita.

3.2 Hoitoneuvottelu

Hoitoneuvottelu nousee yhdeksi tärkeäksi tekijäksi saattohoidon suunnittelussa sekä tavoitteiden selkeyttämisessä. Hoitoneuvottelussa jaetaan tietoa potilaan ja hänen suostumuksellaan myös omaisten sekä muiden hoitoon osallistuvien kesken. Hoitoneuvottelussa varmistetaan potilaan ymmärrys tilanteesta. Samalla käydään läpi mieltä askarruttavat asiat ja sairauden tilanne. Asioiden läpikäyminen lisää turvallisuuden tunnetta. Hoitoneuvottelussa keskustellaan potilaan ja omaisten odotuksista hoitoon liittyen ja erityistoiveista. Samalla arvioidaan perheen voimavarat, tuentarve ja tarvittaessa järjestetään ulkopuolista apua hoitoon. Hoitoneuvottelu auttaa yhtenäisten hoitolinjojen luomisesta lääkärin, hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä. (Grönlund & Leino 2008, 38, 40–41; Toppinen 2002, 34.)

Hoitoneuvottelussa tehdään saattohoitopotilaalle hoito- ja jatkohoitosuunnitelma sekä sovitaan keskeiset tavoitteet hoidolle. Hoitosuunnitelman toteutumisesta on helpompi seurata, kun se on tehty yhdessä. Hoitoneuvottelu on tärkeää pitää hoidon alkuvaiheessa. Hoitoneuvottelu tulee pitää vähintään kerran ja aina tarvittaessa. Myös tilanteissa, joissa tavoitteet ovat epäselviä tai eivät vastaa potilaan tarvetta tulee pitää hoitoneuvottelu. (Grönlund & Leino 2008, 42–43.)

Toppisen (2002, 34–35) mukaan saattohoitopotilaan hoitoneuvottelun toteuttaminen vaatii kehittämistä. Hoitoneuvottelut toteutuvat hyvin vaihtelevasti, niitä ei joko käydä ollenkaan tai niitä käydään harvoin. Hoitoneuvottelujen toteuttaminen on puutteellista, oleelliset asiat jäävät käymättä ja kaikki hoitoon osallistuvat eivät osallistu. Neuvottelussa tehdyn hoitosuunnitelman kirjaaminen oli puutteellista tai kirjaus puuttui kokonaan.

3.3 Saattohoitopäätös ja hoitolinjaus

Ennen saattohoidon aloittamista tarvitaan saattohoitopäätös, joka tehdään yhteisymmärryksessä potilaan, omaisten ja hoitavan lääkärin kanssa. Saattohoitopäätös tehdään hoitoneuvottelun yhteydessä silloin, kun hoidot osoittautuvat tehottomiksi ja siirrytään oireita lievittävään hoitoon. Saattohoitoon siirtymistä ei ole määritelty yleisesti ja se tehdään yksilöllisesti, tämän vuoksi tekeminen on vaikeaa. Saattohoitoon siirtymistä pitkittää päätöksen tekevän lääkärin riittämättömyyden tunne ja epätietoisuus, tehdäänkö se oikein perustein. (Vuorinen ym. 2009.)

Saattohoitopäätöksen tulee olla potilaan edun mukainen ja hänen mielipiteitään tulee kuunnella. Saattohoitopäätös auttaa potilasta nauttimaan elämän viimeisistä ajoista hänelle tärkeiden asioiden ja ihmisten kanssa. Saattohoitopäätös antaa potilaalle luvan lopettaa taistelun sairautta vastaan. Saattohoitopotilaan hoitoon osallistuvat asettavat uudet hoidon tavoitteet huomioiden potilaan toiveet. Hoitoon osallistuvilta edellytetään olemista saattohoitopotilaan

luona, kuuntelemaan ja vastaamaan hänen kysymyksiinsä ja toiveisiinsa. (Heikkinen ym. 2004, 23, 29; Hänninen 2006b, 50.)

Saattohoitopäätös johdonmukaistaa potilaan hoitoa ja palvelee kaikkien oikeusturvaa. Ei elvytetä – DNR-päätös ei pelkästään riitä määrittämään saattohoitopäätöstä. DNR-päätös voi olla joskus helpompi tehdä, kuin saattohoitopäätös. (Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa 2008.) DNR-päätös koskee tilanteita, jossa toipumisen mahdollisuus on olematon, kuten kuolemaa lähestyvällä syöpäpotilaalla (Toppinen 2002, 42).

Lääkärillä on velvollisuus kertoa saattohoitopotilaalle sairauden ennusteesta, mutta asiasta keskustellaan vähän potilaan kanssa. Potilaan sairaushistoria tulee tuntea hyvin saattohoitopäätöstä tehtäessä. Yleensä saattohoitopäätöksen tekee lääkäri, joka on hoitanut potilasta pitkään. Lääkärillä tulee olla hyvä ja avoin hoitosuhde potilaaseen, jotta asiasta puhuminen on luontevaa. Lääkärin vuorovaikutustaidot ja työkokemus vaikuttavat avoimeen hoitosuhteeseen potilaan kanssa. (Heikkinen ym. 2004, 24; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta 2002.)

Myöhään tehty saattohoitopäätös vaikeuttaa potilaan mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoon ja hyvään oireiden lievitykseen. Omaisille jää vain vähän aikaa totutella läheisen poismenoon. (Hänninen & Anttonen 2008, 26.) Lääkärin tulee kirjata selkeästi saattohoitopäätös potilaan sairaskertomukseen. Päätöksen tulee olla nähtävissä niin kuin myös sen perustelut, jatkohoitosuunnitelma ja asiasta päättäneiden nimet. Saattohoitopäätöksen selkeä näkyminen auttaa potilasta hoitavia lääkäreitä tekemään oikeita hoitoratkaisuja. Näin vältetään turhilta potilasta rasittavilta tutkimuksilta ja toimenpiteiltä. (Vuorinen ym. 2009; Heikkinen ym. 2004, 25.)

Hildénin (2005, 48) mukaan suurin osa lääkäreistä ja hoitajista kohtaa vakavasti sairaita potilaita. He kohtaavat saattohoitopotilaita, jotka haluavat enemmän aktiivihoidoja sekä niitä, jotka kieltäytyvät hoidosta. Lääkäreillä ja hoitajilla on usein erilaisia näkemyksiä elämän loppuvaiheen päätöksenteosta. Lääkä-

reiden on vaikeampi kohdata kuolevaa potilasta kuin hoitajien. Hoitajat seuraavat potilaan tilaa enemmän kuin lääkärit. Hoitajien mielestä saattohoitopotilaan aktiivihoidot olivat jatkuneet usein liian pitkään. Hinkan (2001, 55) mukaan syöpälääkärit olivat valmiimpia aktiivihoidojen lopettamiseen kuin muut lääkärit. Kokeneemmat lääkärit valitsivat useammin konservatiivisen hoitolinjan kuin nuoret lääkärit.

Hoitolinjaus tulee tehdä ennen saattohoidon aloittamista. Hoitolinjausta tehtäessä huomioidaan potilaan yksilöllisyys ja hoidon tarpeet. Hoitolinjaus tulee aina tarkistaa ja muuttaa, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Hoitolinjauksessa huomioidaan aktiivihoidojen kannattavuus potilaan vointi huomioiden sekä mietitään niiden lopettamista tai aloittamatta jättämistä. (Hänninen & Anttonen 2008, 26–27.)

Hoitolinjauksen muuttaminen on vaikeaa sekä potilaalle, että lääkärille, koska sairauden kulkua on vaikea ennustaa. Lähestyvän kuoleman hyväksymisen vaikeus hidastaa hoitolinjauksen muuttamista. (Hänninen 2003, 18.) Yhtenäisiä hoitolinjausohjeita ei voida laatia joka tilanteeseen, sillä jokainen tapaus on yksilöllinen. Hoitolinjausta tehtäessä tulee tutustua hyvin potilaan tietoihin sekä sairauden etenemiseen ja ennusteeseen. (Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa 2008.)

Hildénin (2005, 49) mukaan lääkäreiden ja hoitajien mielestä on tärkeää, että potilaille ja omaisille annetaan konkreettista tietoa. Potilas ja omaiset tarvitsevat aikaa hyväksyä ja harkita tietoja sekä aikaa päätöksen tekoon. Asioita kerataan niin monta kertaa kuin potilas ja omaiset sitä tarvitsevat. Hoitopäätöksissä pysytään ja jokaista informoidaan niistä. Hoitopäätökset ovat henkilökohtaisesti tehdyt, selkeät ja lääketieteellisesti perustellut.

3.4 Elinaikaennusteen tekeminen

Saattohoitopotilaalla on oikeus tietää tulevaisuudestaan. Lääkärit pystyvät esittämään elinaikaennusteita vain kliinisiin arvauksiin ja tilastojen tuloksiin

perustuen. Potilaat pitävät lääkärin arviota tarkkana ennusteena ja pettyvät ennusteen pidentyessä tai lyhentyessä. Lääkäreiden tulee tilanteiden mukaan muuttaa ennustetta, tällä pystytään välttämään potilaan ja omaisten pettymyksiä. Ennusteen tarkkuuteen vaikuttavat potilaan sairaus ja hoitopaikka. Ennusteen tekemisessä akuuttisairaaloiden ja pitkäaikaissairaaloiden välillä on eroja. Akuuttisairaaloiden lääkärit tekevät potilaille herkemmin huonompia ennusteita kuin perusterveydenhuollon lääkärit. (Hänninen & Anttonen 2008, 30–31.)

Ennustamistarkkuuteen vaikuttaa se, miten hyvin lääkäri tuntee potilaan. Potilaasta ei jäädä odottamaan kuoleman merkkejä vaan ajallaan tehty ennuste vaikuttaa merkittävästi hoidon onnistumiseen. Liian myönteisen ennusteen tekeminen viivästyttää turhaan saattohoidon aloittamista, jopa parin kuukauden ajan. Liian negatiivisen ennusteen tekemisellä taas viedään potilaalta mahdollisuudet saada hoitoja, joilla pystytään pidentämään elinaikaa. Ennusteen tekemiseen tarkkoja ja yhdenmukaisia ohjeita ei vielä ole laadittu. Potilaiden kärsimyksiä lisää vääränlainen ennuste tulevaisuudesta, jonka seurauksena saattohoitopäätöksen tekeminen viivästyy. (Hänninen & Anttonen 2008, 31–32.)

4 SAATTOHOITO ERILAISISSA YMPÄRISTÖISSÄ

Saattohoitopotilaan ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuollossa, jolloin hoitoa annetaan yleensä osastolla tai kotona (Hänninen & Anttonen 2008, 24). Saattohoitopotilaita hoidetaan erikoissairaanhoidon puolella, koska potilasta ei pystytä voinnin kannalta siirtämään perusterveydenhuollon puolelle (Heikkinen ym. 2004, 102). Saattohoitopotilaan hoidon toteutumisen ongelmana on yhtenäisten hoitolinjausten ja -ohjeiden siirtyminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Lisäksi ongelmana on yhteistyön toimimattomuus. Jokaisessa saattohoitopotilaan hoidon eri vaiheessa turvataan hoidon jatkuvuus. Potilaalla annetaan mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. (Hänninen & Anttonen 2008, 24, 29.)

Saattohoitoa antavat myös saattohoitokodit, jotka sijaitsevat Etelä-Suomessa. Saattohoitokoteja on vain neljä, joten vain harvat potilaat pääsevät saattohoitokotiin. Saattohoitokodissa hoito olisi ensisijainen vaihtoehto, koska siellä potilaat saavat saattohoitoon erikoistunutta hoitoa. Saattohoitopotilasta ei tule jättää yksin ja hänen läheisten tulee saada osallistua hoidon toteuttamiseen. Saattohoitopaikkaa valittaessa tulee huomioida yksilöllisesti potilaan hoidon tarpeet sekä hoitajien mahdollisuudet vastata niihin. Hoitopaikan valintaan vaikuttaa asuinpaikka ja mitä palveluja siellä on saatavilla. (Heikkinen ym. 2004, 102–103.)

4.1 Saattohoito erikoissairaanhoidossa

Sairaalahoito on tarpeellinen saattohoitopotilaalle silloin, kun hoito on vaikeaa ja vaatii erikoisosaamista. Sairaalahoito on myös perusteltua silloin, kun potilas tai omaiset haluavat potilaan sairaalahoitoon. (Kokkonen ym. 2004, 118.) Saattohoitopotilaista osa tuntee sairaalan turvallisemmaksi hoitopaikaksi, koska heillä voi olla pelko pahenevista tulevista vaikeista oireista ja kivuista (Heikkinen ym. 2004, 105).

Sairaalan vuodeosasto ei ole paras mahdollinen paikka saattohoidon toteuttamiseen. Siellä on vähän henkilökuntaa ja aikaa saattohoidon toteuttamiseen. Tämän vuoksi saattohoitopotilaalle ei jää aikaa tuen ja läsnäolon antamiseen. Sairaalaympäristö lisää saattohoitopotilaan yksinäisyyden ja turvattomuuden tunnetta, minkä vuoksi omaisia kannustetaan olemaan potilaan vierellä. Omaisten olemista potilaan luona pidetään tärkeänä ja omaisille annetaan mahdollisuus yöpyä potilaan vierellä. Akuuttihoitoa antavat osastot eivät erityisesti sovellu saattohoitopotilaan hoitopaikaksi. Ne eivät ole suuntautuneet saattohoitopotilaan hoitoon, jonka vuoksi potilaan tarpeita ei voida huomioida riittävästi. (Anttonen 2008, 54; Heikkinen ym. 2004, 105; Kokkonen ym. 2004, 119; Vainio ym. 2004, 330.)

Sairaalat koetaan yleensä laitospaiseksi ja ankeaksi ympäristöksi saattohoidon toteutukseen. Saattohoito ympäristöllä pyritään kodinomaisuuteen sekä omaisille annetaan mahdollisuus vierailuun potilaan luona. Yleensä saattohoitopotilaalle järjestetään yhden hengen huone, jossa hän voi olla yhdessä omaisten kanssa. Sinne potilas voi tuoda tärkeitä ja tuttuja tavaroita. Saattohoitopotilaan hoidon jatkuvuudesta huolehditaan niin, että potilas pystyisi siirtymään tarvittaessa takaisin tutulle osastolle. (Heikkinen ym. 2004, 106–107; Kokkonen ym. 2004, 119.)

Erikoissairaanhoidon puolella saattohoitopotilaiden hoitaminen tulee taloudellisesti kalliiksi. Erikoissairaanhoidon paikkoja kohdennetaan potilaille, jotka vielä hyötyvät aktiivihoidoista. Saattohoitopotilas siirtyy erikoissairaanhoidon puolelta vointinsa sekä hoidon järjestämisen mahdollisuuden mukaan terveyskeskukseen tai kotiin. (Vainio ym. 2004, 331.)

4.2 Saattohoito terveyskeskuksessa

Lääketieteen ja tekniikan kehittymisen myötä erikoissairaanhoidon siirtää tehtävään perusterveydenhuollon puolelle. Saattohoitopotilaiden hoito sairaaloista on siirtynyt lähes kokonaan terveyskeskusten vuodeosastoille. Saattohoidon siirtyminen terveyskeskukseen on herättänyt omaisissa paljon kysymyksiä ja

pelkoa. Omaiset pelkäävät terveyskeskusten hoidon olevan laadultaan huonompaa kuin sairaalahoidon. Sairaaloissa erikoislääkäreiden konsultointi on helpompaa ja heidät on myös helpompi tavoittaa. Tulevaisuudessa saattohoito enenevässä määrin toteutuu terveyskeskuksen vuodeosastolla. Saattohoitoa antavat hoitokodit huolehtivat terveyskeskusten ja sairaaloiden osastojen henkilökunnan lisäkoulutuksesta. (Hinkka 2004, 323.)

Terveyskeskusten vuodeosastojen potilaskirjo on laaja, eikä sitä ole suunniteltu saattohoitopotilaiden hoidon toteuttamiseen. Siellä hoidetaan enemmän akuuttihoitoa ja pitkäaikaishoitoa tarvitsevia potilaita. Näiden takia sopivan ja viihtyisän hoitoympäristön luominen on haastavaa ja vaatii henkilökunnalta mielikuvitusta. (Hinkka 2004, 325.)

Saattohoidon toteuttaminen terveyskeskuksessa tarjoaa kuitenkin monia etuuksia verrattaessa erikoissairaanhoidon. Terveyskeskuksessa saattohoidon toteuttaminen mahdollistaa hoidon lähellä kotia. Terveyskeskuksen osastot ovat yleensä pieniä, joka lisää turvallisuuden tunnetta. Terveyskeskuksella on käytävissä huomattavasti enemmän potilaan taustatietoja, joka turvaa yksilöllisen hoidon toteutumisen. Mahdollinen omalääkäri suhde voi jatkua potilaan kuolemaan asti terveyskeskuksessa. (Hinkka 2004, 323.)

Hoito terveyskeskuksessa mahdollistaa yhteistyön kotisaattohoidon kanssa. Tiivis yhteistyö terveyskeskuksen ja kotihoidon kanssa turvaa potilaalle yksilöllisen ja hyvän saattohoidon. Yhteistyön sujuvuus on tärkeää, jos potilas vuorottelee kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä. Huonokuntoinen saattohoitopotilas voidaan hoitaa kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö ja samanlaiset työskentelytavat parantavat saattohoidon laatua. Terveyskeskuksessa on huomattu, että kodinomaisen ympäristö lisää potilaan viihtyvyyttä ja kohottaa mielialaa. (Hinkka 2004, 323–325.)

Terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja konsultointi ovat saattohoitopotilaan edun mukaista. Epäselvissä tilanteissa perustervey-

denhuollon lääkäri konsultoi erikoissairaanhoidon lääkäriä välttääkseen väärinkäsityksiä. Tarpeen mukaan potilas lähetetään esimerkiksi erikoissairaanhoidon kirurgin konsultaatioon. (Hinkka 2004, 327.)

4.3 Kotisaattohoito

Saattohoidossa olevalle potilaalle kerrotaan kotona kuoleamisen luonnollisuudesta sekä mahdollisuuksista järjestää saattohoito kotiin. Kotisaattohoito aloitetaan potilaan ja omaisten toiveista. Hoidon onnistumiseen kotona edellyttää, että hoitoon osallistuu omainen, joka on valmis hoitamaan potilasta kotona. Hoitoon osallistuvalla omaisella on selkeä rooli saattohoitopotilaan hoidon toteutuksessa. (Heikkinen ym. 2004, 106; Kokkonen ym. 2004, 117.) Omaiset ajattelevat varsinkin sairauden alkuvaiheessa hoitavansa saattohoitopotilaan kotona. Usein kuitenkin loppuvaiheen pitkittyessä omaiset kokevat hoitamisen kotona liian raskaaksi. Hoitoon osallistuva omainen tarvitsee kannustusta, ohjausta, tukea ja arvostusta, jaksakseen hoitaa potilasta loppuun asti kotona. (Ahlström & Hänninen 2004, 317; Saattohoito – Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003.)

Kotisaattohoitoa järjestettäessä huomioidaan, että potilaalla ja omaisilla on mahdollisuus säännölliseen yhteydenpitoon hoitoyksikköön. Kotiin annetaan selkeät hoito-ohjeet. Potilaalle järjestetään paikka sairaalaan tai terveyskeskukseen, minne hän voi viiveettä mennä voinnin huonontuessa. Konsultaatioavun ja hoito-ohjeiden saaminen potilaalle turvataan mihin vuorokauden aikaan tahansa. Kotisaattohoito suunnitellaan huomioiden potilaan yksilölliset tarpeet, jolla vältetään potilaan turhia siirtoja hoitopaikasta toiseen. Kotisaattohoidossa olevan potilaan hoitoon osallistuvien kesken pidetään säännöllisesti yhteyttä. Samalla voidaan samalla tukea ja rohkaista omaisia saattohoitopotilaan hoitamisessa kotona. Kotisaattohoitoon osallistuvat omaisten lisäksi kotisairaanhoidajat ja kodinhoitajat. Potilas toimii hoitoryhmässä päättäjänä loppuun asti. (Heikkinen ym. 2004, 106; Kokkonen ym. 2004, 117–118.)

Kotona järjestetyssä kotisaattohoidossa ympäristö on tuttu. Potilas voi elää kotonaan omaa arkeaan tutuilla rutiineilla elämänsä loppuun asti. Näin täyttyvät laadukkaan elämän kriteerit luonnostaan. Ennen kotiutusta pidetään hoitoneuvottelu, jossa suunnitellaan hoidon toteutuminen kotiin sekä selvitetään hoitoa helpottavat apuvälineet. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan kirjallisesti. (Heikkinen ym. 2004, 107–108.)

Kotisaattohoidon järjestämisen esteenä ei saa olla hoitoon liittyvät kustannukset. Saattohoitopotilaan kuolemaan kotona valmistaudutaan ennakkoon keskustelemalla omaisten kanssa potilaan toiveista. Omaisille annetaan selkeät kirjalliset ohjeet sekä yhteystiedot mihin ottaa yhteyttä kuoleman tapahduttua. (Kokkonen 2004, 118; Saattohoito – Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003.)

4.4 Saattohoitokodit

Suomessa saattohoitokoteja on neljä, jotka toimivat syöpäyhdistysten alaisena. Saattohoitokodit sijaitsevat Helsingissä, Tampereella, Turussa ja Hämeenlinnassa. Potilaat tulevat lääkärin läheteellä saattohoitokotiin. Hoitoajat voivat kestää muutamasta tunnista kuukausiin. Hoidon tavoitteena on, että hoito vastaa saattohoitopotilaan ja hänen omaisten toiveita. Annettu hoito on laadukasta viimeisten elinpäivien ajan. Hyvän hoidon kriteerit määrittyvät yksilöllisesti jokaisessa potilassuhteessa. Kriteereitä ovat kuolevan kunnioittaminen, arvokkuus, loukkaamattomuus, potilaan oikeudet sekä potilaan tahdon toteutuminen. (Aalto & Helle 2000, 225–226; Sand 2003, 107; Vainio ym. 2004, 47.)

Hoitohenkilökunta on ammattitaitoista ja heidän päätehtävänä on potilaan perushoidosta huolehtiminen sekä auttaminen päivittäisissä toiminnoissa. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus on vähäistä ja täydennyskoulutukseen osallistumisen halukkuus viittaa työssä viihtymiseen. Saattohoitokodeissa pidetään erilaisia toimintoja, kuten hartaushetkiä kerran viikossa. Saattohoitopotilaan elämä saattohoitokodissa on järjestetty mahdollisimman vapaaksi ja kodinomaiseksi sekä toiminta siellä on monipuolista ja säännöllistä. Saattohoitokodissa

jokainen päivä on merkittävä, sillä se voi olla jonkun viimeinen. Kuolema on siellä päivittäin läsnä. (Aalto & Helle 2000, 225; Sand 2003, 149–150.)

Saattohoitokodeissa on lisäksi päiväsairala- ja kotihoito toimintaa (Vainio ym. 2004, 47). Päiväsairaalan tarkoituksena on antaa kotisaattohoidossa oleville potilaille ja hänen omaisilleen viriketoimintaa ja vertaistukea. Saattohoitokodeissa huoneet ovat yhden- tai kahdenhengen huoneita, huoneet ovat sisustettu kodinomaisesti ja kauniisti. Yhteisten tilojen lisäksi saattohoitokodeissa on sauna ja puutarha. Saattohoitokodeissa on myös kappeli ja huone, jossa omaiset voivat jättää jäähyväiset läheiselleen tai pitää saattohartauksen. (Aalto & Helle 2000, 225–226.) Sandin (2003, 168) mukaan suomalaisissa saattohoitokodeissa rakennuksella, sisustuksella ja toiminnalla pyritään luomaan mielikuva lähestyvistä kuolemasta.

Saattohoitokodissa työskentelee johtaja, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, osastosihteeri, vapaaehtoistyönohjaaja, taloudenhoitaja, sairaalapastori ja useita vapaaehtoistyöntekijöitä. Vapaaehtoistyöntekijät koulutetaan tehtäviinsä ja heillä on mahdollisuus saada työnohjausta. (Aalto & Helle 2000, 226.) Sandin (2003, 168) mukaan suomalaisissa saattohoitokodeissa korostuu naisvaltainen henkilökunta. Naiset työntekijöinä tuovat sinnikkyyttä ja sitoutumista saattohoidon toteuttamiseen sekä läheiseen ja herkkään tunneilmaisuun hoitosuhteessa. Työskentelystä on havaittavissa voima ja taistelutahto.

4.5 Kotisairaala

Kotisairaalahoido on lääkärijohtoista, jonne asiakkaat tulevat lääkärin läheteellä valmiin diagnoosin kanssa. Hoito on ympärivuorokautista hoitotiimin toteuttamaa kotona annettavaa sairaanhoitoa, joka korvaa sairaalahoidon. Hoidon aloittamisen lähtökohtana on asiakkaan halu saada hoitoa kotisairaalassa. Kotisairaala toiminnan tarkoituksena on tukea ja edistää potilaan toimintakykyä sekä hyvinvointia kotona mahdollisimman pitkään. Henkilökunta on asiakkaan luona 30 minuutissa yhteydenotosta. Potilaalla on mahdollisuus tarvittaessa päästä nopeasti sairaalahoitoon. Nopeaan sairaalahoitoon pääsy turva-

taan hyvällä ja tehokkaalla hoitotiimin yhteistyöllä. Suurin osa potilaista on tyytyväisempiä kotisairaalahoittoon kuin sairaalahoittoon. (Lampe 2000; Visakorpi 2002, 62.)

Esimerkiksi Lahdessa toimii 15 hoitopaikkainen kotisairaala, jossa hoito kestää noin yhdestä kahteen viikkoa. Toiminta painottuu akuuttiin sairaalahoittoon, kuten suonensisäiseen lääkitykseen, diabeteksen tasapainotukseen sekä erilaisiin kirurgisiin jälkihoitoihin. Lahden kotisairaalassa on eniten hoidettu tulehduspotilaita, seuraavaksi eniten syöpä- sekä haavapotilaita. Suonensisäiset antibiootti-, neste-, ravinto- ja punasoluhoidot ovat olleet käytettyjä hoitoja. Yksi tärkeä osa toimintaa on saatto- ja kipuhoidot. (Visakorpi 2002, 62, 64.)

Visakorven (2002, 69–70) mukaan kotisairaalahoittoa verrattaessa sairaalahoittoon parempana on pidetty yksilöllisen hoidon sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden huomioimista. Asiakkaat pitivät tärkeänä, että kotisairaalahoidossa he pystyivät tekemään itselleen tärkeitä asioita ja lepäämään paremmin kuin mitä sairaalassa. Asiakkaat ilmaisivat myös ilmapiirien erot kotisairaalan ja sairaalan välillä. Sairaalassa hoitohenkilökunnalla on usein kiire ja asiakkaille on vähemmän aikaa kuin kotisairaalassa.

Kotisairaalan tavoite on, että potilas saa elää kotonaan tutussa ympäristössä hyvää elämää viimeisiin hetkiin asti. Sairaala ja tarvittavat apuvälineet tuodaan kotiin. Omaisten osallistuminen kotisairaaloiminnan toteuttamisessa on tärkeää. Omaisille tarjotaan apua ja henkistä tukea kotiin. Kotisairaalan toiminta perustuu potilaan ja omaisten ehdoilla heidän toiveitaan kuunnellen ja kunnioittaen. (Heiskanen-Haarala 2008.) Visakorven (2002, 75) mukaan saattohoidossa olevien potilaiden omaisten väsyminen ja turvattomuus oli yksi syy potilaan siirtymisessä kotisairaalaista sairaalahoittoon.

5 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖN VIIMEISET VAIHEET

5.1 Saattohoitopotilaan kärsimys

Kuuppelomäki (1997, 14) määrittelee kärsimyksen epämiellyttäväksi tunteeksi, joka voi olla lyhytaikaista tai pitkäaikaista henkistä, fyysistä. Erikssonin (1996, 35) mukaan kärsimystä on kolmea erilaista, sairauden ja hoidon aiheuttamaa sekä elämisestä johtuvaa kärsimystä. Sairauden aiheuttamaa kärsimystä koetaan sairaudesta sekä siihen liittyvistä hoitomenetelmistä. Hoitokärsimystä aiheutetaan hoitotilanteiden yhteydessä. Elämisestä johtuvaa kärsimystä koetaan kaikesta elämään liittyvästä.

Saattohoidossa tulee huomioida potilaan ja omaisten tuntema kärsimys. Kärsimykseen liittyy elämäntilanne, jolla ei ole jatkuvuutta ja jonka kuolemaan johtava sairaus katkaisee. Potilaan vaikutusmahdollisuudet tilanteen muuttamiseen ovat varsin vähäiset. Potilaan kärsimyksen huomioonottamisella ja sen lievittämisellä varmistetaan, että potilas saa tarvitsemaansa saattohoitoa. (Hänninen & Anttonen 2008, 33–34.)

Saattohoitopotilaan kärsimykseen sisältyy pelkoa, kipua, ahdistusta, pahoinvointia, sekavuutta ja hengenahdistusta. Kärsimystä lisää tieto sen jatkumisesta. Kärsimyksen jatkuminen ja oireiden hoitamatta jättäminen lisää potilaan ja omaisten toiveita nopeampaan kuolemaan. (Hänninen & Pajunen 2006, 114–115.) Erikssonin (1996, 7–9) mukaan ihmisen syvin ja huomaamattomin tunne on kärsimys. Kärsimys ei ole yhtä näkyvä kuin ihmisen tuntema tuska. Ihminen voi kokea samaan aikaan tuskaa ja kärsimystä. Näitä voi olla vaikea erottaa toisistaan, minkä verran ihminen kokee tuskaa ja minkä verran kärsimystä. Kärsimystä kokeva potilas tuntee joutuvansa taistelemaan tai antamaan periksi. Potilaan kärsimyksen ollessa voimakkaimmillaan hän ei pysty sitä aina ilmaisemaan muille. Potilas ei koe enää kärsimystä kun kamppailu kärsimyksestä loppuu.

Saattohoitopotilaan fyysinen kipu on helpompi tulkita kuin potilaan sisäinen tuska ja epätoivo. Tämä johtaa helposti potilaan väärään diagnoosiin ja hoidon suunnitteluun. Potilaan luovuttaminen sekä kuoleman toiveet saatetaan usein tulkita kivuksi. Tällöin aloitetaan kivun hoitaminen eikä huomioida potilaan mahdollista henkistä kärsimystä. Potilaan väärällä diagnoosilla ja hoidolla lisätään turhaan potilaan kärsimystä. (Hänninen 2001, 125.) Kuuppelomäki (1997, 13) kertoo monien tutkimusten viittaavan siihen, että saattohoitovaiheessa olevia potilaita hoidetaan liian pitkään aktiivihoidoilla. Aktiivihoidojen kestäessä liian pitkään potilaalle aiheutetaan lisää kärsimystä, eikä hänelle anneta mahdollisuutta arvokkaaseen ja rauhalliseen kuolemaan.

5.2 Saattohoitopotilaan hengellisiin tarpeisiin vastaaminen

Hengellisyys on tärkeä ja merkittävä osa saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä ja tämä ohitetaan liian usein. Saattohoitopotilaan hengelliset tarpeet tulee huomioida hoitajan omasta vakaumuksesta riippumatta. Hoitajalla tulee olla tilanneherkkyys siihen, milloin ja kenelle potilas haluaa kertoa asioistaan. Potilaan toiveesta hoitajan tulee lukea rukous tai psalmi. Hoitajan tulee antaa myös ehtoollinen potilaalle, vaikka hän ei itse kokisikaan hengellistä tarvetta. Hoitajan tulee vastata potilaan psyykkisiin, hengellisiin ja fyysisiin tarpeisiin samalla lailla kuin muihinkin potilaan tarpeisiin. Hengellinen hoito käsittää potilaan auttamisen sekä vierellä olemisen. Hengellisellä hoidolla pyritään vastaamaan potilaan elämään ja kuolemaan liittyviin kysymyksiin. (Hanhirva & Aalto 2009, 14–16; Kärpänniemi 2008, 109–111, 148.)

Sairauden aiheuttamaan uuteen elämäntilanteeseen voidaan antaa potilaalle ja hänen omaisilleen tukea sielunhoidolla. Aktiivinen kuuntelu on tärkeä osa sielunhoitoa. Sielullisen hoidon kivijalka on luottamuksellisuus sekä vaitiolovelvollisuus. Potilaat arvostavat lämmintä, luotettavaa ilmapiiriä sekä ajan antamista keskustelulle. Tavoitteena sielunhoidolliselle keskustelulle on potilaan ahdistuksen lieventyminen sekä voimavarojen löytyminen. Asiat, jotka voivat aiheuttaa katkeroitumista ja hylkäämisen tunnetta pyritään poistamaan. Hoitotyön ja sielunhoidon välineisiin kuuluvat empatia, jolla tarkoitetaan kykyä eläy-

tyä toisen tilanteeseen. Siihen kuuluu myös kosketus, joka voi tuoda potilaalle lohtua ja turvaa. Potilaan ja omaisten kanssa hiljentyminen voi olla joskus tärkeämpää kuin rutiininomaiset hoitotoimenpiteet. Sairaalapastorin tai diakonia-työntekijän voi tarvittaessa pyytää käymään potilaan ja omaisten luona. (Hanhirva & Aalto 2009, 18–19.)

5.3 Saattohoitopotilaan kivunhoidon toteuttaminen

Kipu on syöpäpotilaan pelätyin oire. Kipu merkitsee yleensä taudin etenemistä ja uhkaa potilaan selviytymistä. Pitkäaikainen kipu aiheuttaa potilaalle muutoksia toimintakyvyssä, elämänlaadussa ja persoonallisuudessa. Kipu lisää myös avuttomuuden tunnetta. Potilaan kipua tulee seurata, arvioida ja dokumentoida säännöllisesti. Potilaalta itseltään kysytään kivun sijaintia ja laatua. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna kipumittareita, jolla potilas arvioi esimerkiksi tuntemaansa kipua numeroasteikolla 0–10. (Lauritsalo 2003, 91.)

Potilaan kivun lievitys on yksi tärkeimmistä saattohoidon tavoitteista. Kivun hoidon tulee olla ennaltaehkäisevää ja jatkuvaa. Kivun ei tule päästä kasvaamaan sietämättömäksi, näin kivun lievitykseen riittää pienempi määrä kipulääkettä. Kivunhoidon suunnittelee huolellisesti yhteistyössä sairaanhoitaja ja lääkäri, jolloin sairaanhoitaja pystyy hoitamaan itsenäisesti kivuliasta potilasta. Sairaanhoitajan kykenemättömyys kivunhoidon toteuttamisessa voi aiheuttaa potilaan välttelyä. Saattohoitopotilaan hyvä kivunlievitys auttaa potilasta jaksamaan erilaiset toimenpiteet ja säilyttämään toimintakykynsä. Hyvän kivunhoidon ansiosta potilas pystyy olemaan pidempään kotihoidossa ja pystyy paremmin käsittelemään lähestyvää kuolemaa. (Lauritsalo 2003, 92; Pinomaa 2000, 27.)

Saattohoitopotilaan kivunhoito tulee suunnitella yksilöllisesti. Sopivaa kipulääkitystä ei välttämättä heti potilaalle löydy, vaan kipulääkitys tulee räätälöidä potilaalle sopivaksi. Erityisesti saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivunhoitoa tulee säännöllisesti tarkkailla ja arvioida, jotta kipulääkitystä voidaan tehostaa hyvissä ajoin. (Vainio 2002, 347–348.) Saattohoitopotilaista monet

ovat kivuliaita ennen kuolemaa ja kuoleman hetkellä. Lääkehoidolla pystytään hoitamaan suurin osa saattohoitopotilaan fyysisestä kivusta. Lääkkeellisen kivunhoidon tukena voidaan käyttää lisäksi lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä, kuten asentohoitoa, kylmä- ja lämpöhoitoja, hierontaa, musiikkia ja rentoutusta. (Heikkinen ym. 2004, 56–57.)

Kuuppelomäen (2002, 251) mukaan yleinen kivunhoitomenetelmä kipulääkkeiden lisäksi oli asentohoito, mutta muita kivunhoitomenetelmiä käytettiin erittäin harvoin. Osalla kuolevilla esiintyy kipua, joihin kipulääkkeet eivät tehoa. Hoitohenkilökunta perehtyy erilaisiin lääkkeettömiin kivun hoitomenetelmiin. Tulevaisuudessa hoitohenkilökunnan odotetaan hyödyntävän nykyistä enemmän lääkkeettömiä hoitomenetelmiä kivun lievityksessä.

5.4 Palliatiivinen sedaatio kärsimyksen lievittäjänä

Hännisen (2007a) mukaan palliatiivinen sedaatio on yksi viimeisimmistä keinoista sietämättömän kärsimyksen hoidossa. Tarkoituksena on rauhoittaa potilas tai vaivuttaa hänet uneen. Sedaatio on viimeinen tehokkain oireiden lievittämiseen todettu hoitomuoto. Yhdenmukaisia ohjeita sedaation toteuttamiseen ei ole. Sedaatiota käytetään silloin, kun saattohoitopotilaan kärsimystä ei saada hoidettua muilla keinoilla. Potilaasta tulee tehdä tarvittavat konsultaatiot ja potilaan ja perheen tulee ymmärtää sedaatiohoidon tarkoitus. Päätös hoidosta tulee tehdä yhteisymmärryksessä.

Mikäli potilas ei kykene ilmaisemaan tahtoaan sedaation toteuttamiseen, tarkistetaan potilaan mahdollinen hoitotahto. Selvitetään myös onko potilas valtuuttanut jonkun muun henkilön päättämään hänen asioistaan. Mikäli potilaalla ei ole valtuutettua henkilöä eikä hoitotahtoa, lääkäri toimii potilaan parhaaksi näkemällään tavalla. (Pahlman 2003, 297.) Lääkäreiden täytyy tuntea palliatiivisen lääketieteen mahdollisuudet sedaation toteuttamisesta. Sedaatiota ei ehdoteta automaattisesti potilaalle hoitovaihtoehdoksi, vaikka potilas kokee oireensa vaikeiksi. Sedaation on tarkkaan suunniteltu hoitomuoto. (Hänninen 2007a.)

Yleisimmät sedaation toteuttamisen syyt ovat tukehtumiskuoleman vaara, sekavuus, ahdistuneisuus sekä sietämätön kipu. Potilas voidaan sedatoida väliaikaisesti tai viimeisiksi elinpäiviksi. Sedaatio voidaan antaa jatkuvana tai jaksottaisena esimerkiksi vain yön ajan. (Hänninen 2007a.) Sedaation syvyyden määrää potilaan oireiden vaikeus. Potilas sedatoidaan niin syvään tiedottomuuden tilaan kuin on tarpeen. Ihannetilanteessa potilas on levollinen, kivuton, yhteistyökykyinen ja helposti heräteltävissä. Sedaation asteet voidaan jakaa neljään ryhmään: lääkehoito ilman tarkoituksellista sedaatiota, kevyt, ajoittainen syvä ja syvä jatkuva sedaatio. Syvä sedaatio on välttämätön katastrofaalisissa tilanteissa. Tavoitteena on potilaan kärsimyksen ja kuolinprosessin helpottaminen. (Hänninen 2006c, 94, 97; Hänninen 2008; Järvimäki 2006, 103.)

Palliativista sedaatiota voidaan toteuttaa sairaalassa tai kotona. Sedaation toteuttamiseen vaaditaan rauhallinen ympäristö. Lääkäri vastaa asiantuntijana sedaation toteuttamisesta. Potilaan oireiden hoitamiseen, seurantaan ja omaisten tukemiseen järjestetään niitä toteuttava henkilö. Sedaatio ei nopeuta kuolemaa, eikä se tarkoita kuolinavun antamista, vaan kuolemasta tehdään inhimillinen. (Hänninen 2006c, 97; Järvimäki 2006, 109.)

5.5 Arvokas ihmistä kunnioittava kuolema

Tietoisuus lähestyvistä kuolemasta voi aiheuttaa potilaalle kriisin, jonka vuoksi potilas on epävarma siitä mitä hän haluaa. Tämän vuoksi saattohoitopotilaan hoito on epäselvää potilaan toiveiden ja todellisuuden välillä. Äkillistä kuolemaa tai kuolemista oireettomana ja hyvässä hoidossa pidetään hyvänä kuoleamisen tapana. (Hänninen 2004, 247, 251.)

Lääketieteen kehittymisen myötä kuoleminen on pitkittynyt ja samalla sairauden aiheuttama kärsimys pitkittyy (Hänninen 2004, 250). Hyvässä kuolemassa saattohoitopotilasta hoidetaan ja lääkitään, mutta usein kuolemaan liittyy erilaista kärsimystä (Hänninen 2006a, 26). Kuolevan potilaan hoidon toteuttamiseen tarvitaan tiedollista ja käytännöllistä kokemusta. Kuolevan potilaan hoito-

työn ytimen muodostavat hyvä ammattitaito ja elämän kokemus. Opitut tiedot ja taidot sekä käytännön viisaus tukevat kuolevan potilaan hoidon toteuttamista. (Hänninen 2004, 250.)

Kaapelin ja Kujalan (2006) opinnäytetyössä selvisi ajanpuutteen vaikuttavan saattohoitopotilaiden hoidon toteutukseen. Kaikki potilaat on hoidettava, joten saattohoitopotilaalle ei jää enempää aikaa kuin muillekaan potilaille. Saattohoitopotilaalle annettu ylimääräinen aika on pois muilta potilailta. Kiireen vuoksi hoitajilla ei ollut mahdollisuutta pysähtyä keskustelemaan potilaan kanssa. Potilaille ja omaisille annettavan tuen määrässä oli eroa. Omaisille annettiin puolet enemmän aikaa keskusteluun kuin potilaille.

Kuolemaan liittyy pelkoja ja kysymyksiä siitä, miten kuolema tapahtuu, mitä muutoksia kehossa ja mielessä tapahtuu. Potilaat pelkäävät jo ennalta sairauden tuomia oireita. Kuolemiseen liittyy usein pelkoja potilaan kuvittelemasta kuolinkamppailusta, johon kuuluu kipuja ja muita ahdistavia tekijöitä. Kuolema voi tuoda muutoksia potilaan persoonallisuuteen. Potilas ja omaiset pelkäävätkin enemmän persoonallisuutensa muuttumista kuin fyysisiä vaivoja. Erilaiset hoitotoimenpiteet, kunnan heikkeneminen ja avuttomuuden tunne koetaan usein pelottavina. Pelkojen minimoiminen on hyvän kuoleman edellytys. Kuoleman pelko aiheuttaa potilaalle elämänlaadun huononemista. Yksi huonon kuoleman merkki on oireiden pelko. Pelkoja voidaan lievittää kertomalla potilaalle, kuinka kuolema tapahtuu ja miten oireita voidaan lievittää. (Hänninen 2001, 193.)

Saattohoitopotilas on sairauden alussa saanut aktiivihoidoja. Monilla niihin liittyy epämiellyttäviä muistoja ja heillä on pelko edessäpäin olevista toimenpiteistä. Potilaat pelkäävät enemmän sitä, mitä tehdään kuin mitä jätetään tekemättä. Potilaan elämää vaikeuttavat hoitotoimenpiteet ja niiden aiheuttamat ylimääräiset kärsimykset. Potilaalle annetaan mahdollisuus päättää hoitovaihtoehtoista kertomalla hänelle mitä ja miksi voidaan tehdä. Hoitotoimenpiteet vähennetään minimiin. Hyvän kuoleman laadun säilyttämisen kannalta on tär-

keää kunnioittaa potilasta ja hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Hänninen 2001, 194.)

5.6 Omaisten tukeminen

Kuuppelomäen (1997, 44) mukaan syöpään sairastuminen ei kosketa pelkäämistään potilasta vaan myös hänen läheisiään. Hoitohenkilökunta kertoo omaisille kuoleman lähestymisestä, ellei potilas ole kieltänyt kertomasta asioistaan muille. Kuoleman lähestyminen aiheuttaa vaatimuksia hoitosuhteelle. Hoitohenkilökunnan on pyrittävä hyvään yhteistyöhön ja yhteisymmärrykseen potilaan ja omaisten kanssa. Potilaan hoitoon osallistuvat ovat tietoisia saattohoitovaiheen alkamisesta. (Kokkonen ym. 2004, 112.)

Omaisten rooli saattohoitopotilaan hoidossa on suuri ja vaikuttaa osaltaan hoidon onnistumiseen. Potilaan omaisiin suhtaudutaan kunnioittavasti. Omaiset tukevat ja kuuntelevat potilasta parhaiten ja he pystyvät kannustamaan ja rohkaisemaan häntä. Omaisia rohkaistaan osallistumaan potilaan hoitoon ja kannustetaan olemaan potilaan luona mahdollisimman paljon. Tarvittaessa omaisille järjestetään mahdollisuus yöpymiseen potilaan luona. (Heikkinen ym. 2004, 70–71.)

Heikkisen ym. (2004, 71–72) mukaan hoitajat kokevat saattohoitopotilaan omaisten kohtaamisen vaikeammaksi kuin potilaan. Omaiset koetaan usein vaativiksi, eivätkä hoitajat aina tiedä miten heihin tulee suhtautua. Omaiset haluavat tuntea, että heistä välitetään ja he odottavat hoitajien aloittavan keskustelun. Omaiselle merkittäviä asioita on voinnin kysyminen sekä kahvin ja ruokailumahdollisuuden tarjoaminen. Omaisten kanssa sovitaan etukäteen mihin aikaan ja millaisissa tilanteissa häneen otetaan yhteyttä potilaan tilan heikentyessä. Omaisen ollessa tietoinen asiasta hän voi mennä kotiin lepäämään rauhallisin mielin.

Saattohoitopotilaan omaisten mukanaolo hoidossa on tärkeää, mutta aina se ei ole mahdollista. Potilaat eivät aina halua, että omaiset osallistuvat hoitoon

eikä kaikilla potilailla välttämättä ole omaisia. Kaikki omaiset eivät saata olla halukkaita tai valmiita osallistumaan potilaan hoitoon. Heitä ei kritisoida sen takia. Tarvittaessa potilaalle järjestetään vapaaehtoinen tukihenkilö, jos omaiset eivät pysty osallistumaan hoidon toteutukseen ja tukemiseen. Tukihenkilön tehtävänä on kuunnella, lukea, keskustella potilaan kanssa sekä antaa hänelle aikaa. Kuoleman lähestyessä tukihenkilö on käytettävissä potilaan lähellä sekä surevien omaisten tukena. (Heikkinen ym. 2004, 71–72, 138.)

Omaisille tutun henkilön muuttuminen vieraaksi viimeisinä elinpäivinä tuottaa usein ahdistusta. Omaisille kerrotaan tilanteen aiheuttamista muutoksista potilaassa. Henkilökunnalta saaman tuen ja kuolevan potilaan psyykkisten muutosten hyväksyminen auttaa omaisia selviytymään kuoleman jälkeen. (Hänninen 2001, 193.)

6 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN TÄYDENNYSKOULUTUS

Toppisen (2002, 36) mukaan onnistuneen saattohoidon toteutumisen yksi tärkein osa-alue on henkilökunnan osaaminen. Saattohoidon toteuttaminen on haastavaa ja henkisesti raskasta, sillä hoitohenkilöstöltä vaaditaan ymmärrystä saattohoitopotilasta ja omaisia kohtaan. Heidän kanssaan keskustellaan sekä tuetaan ja autetaan hyväksymään ajatus tulevasta kuolemasta. Täydennyskoulutusta saattohoidosta on tarjolla jonkin verran, mutta monet toivovat koulutusta olevan enemmän. Koulutus auttaa hoitohenkilökuntaa antamaan laadukasta hoitoa kuolevalle potilaalle sekä lisää heidän tiedollisia ja taidollisia valmiuksia.

Hoitohenkilökunnan osaamisella ja niissä esiintyvien puutteiden avulla selvitetään heidän koulutustarpeitaan. Asiantuntisuusalueeseen kuuluu kuolevan potilaan hoito samalla lailla kuin ravitseminen ja lääkehoito. Työntekijöiden osaamista voidaan vahvistaa teorian tiedon tuella. Vastuuhenkilöille on tärkeää järjestää lisäkoulutusta. (Anttonen 2008, 52.) Lääkäreillä on riittävä tieto potilaan oireiden hoidosta. Lääkäriin on pystyttävä kohtaamaan ja kommunikoidaan kuolevan potilaan sekä hänen omaisten kanssa. Hoitohenkilökunnan on pystyttävä toteuttamaan hyvää ja kokonaisvaltaista saattohoitopotilaan oirehoitoa. Lisäksi he vastaavat potilaan ja omaisten tunnereaktioihin ja tiedontarpeeseen. Saattohoitopotilaiden toimintakyky on heikentynyt ja he ovat monioireisia. Hoitohenkilökunnalla on riittävä osaaminen toteuttaakseen hyvää saattohoitoa. (Hänninen & Anttonen 2008, 29.)

Saattohoitoa antavassa yksikössä olisi hyvä olla saattohoidosta vastaava lääkäri. Lääkäriin on mahdollista saada koulutusta saattohoitopotilaan oirehoidosta sekä valmiuksia kohdata kuoleva potilas ja hänen omaiset. Saattohoidosta vastaava lääkäri voi kouluttaa saattohoidon toteuttamiseen muita yksikön lääkäreitä. Hoitotyöntekijöiden riittävä ammattitaito ja työssä jaksaminen voidaan turvata lisä- ja jatkokoulutuksilla. Työyhteisön kesken asioita käydään läpi. Työssä jaksamisen ja osaamisen varmistamisesta vastaa osaltaan työnantaja.

(Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003.)

Osastonhoitaja järjestää osastolla tilaisuuksia, joissa voidaan henkilökunnan kesken puhua kuolemasta. Jokainen potilaan kuolema käydään läpi, koska hoitohenkilökunnassa kuolema herättää monenlaisia tunteita. Lyhytkin keskustelu voi auttaa, sillä aina ei tarvita pitkiä työnohjaus- tai keskusteluhetkiä. Perusteellisempi keskustelu käydään, jos potilaan kuolemaan liittyy vaikeita tunteita ja asioita. Tunteiden käsittely antaa mahdollisuuden persoonan ja ammatillisuuden kasvulle. Kuolevan hoidon asiantuntijuus kasvaa kokemuksista ja niiden läpikäymisestä. (Anttonen 2008, 55.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyössä selvitettiin miten saattohoito toteutuu Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja mitä kehitettävää siinä on huomattu. Opinnäytetyön tulosten avulla syöpätautien vuodeosasto voi kehittää saattohoitopotilaan hoitoa. Lisäksi he saavat tietoa täydennyskoulutuksen tarpeesta.

Saattohoitopotilaan hoitotyön eri vaiheet jaettiin teemoihin. Sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä selvitettiin, mitä edistäviä ja estäviä tekijöitä osastolla on huomattu saattohoidon toteutuksessa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat seuraavat:

Miten saattohoito toteutuu Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla?

1. Mitkä tekijät edistävät hyvän saattohoidon toteutumista Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla?
2. Mitkä tekijät estävät hyvän saattohoidon toteutumista Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla?
3. Mitkä asiat vaikuttavat saattohoitopäätöksen tekemiseen?
4. Miten saattohoitopotilaan kivun ja loppuvaiheen hoito toteutuu syöpätautien vuodeosastolla?
5. Miten yhteistyö toteutuu erikoissairaanhoidon ja jatkohoitopaikan välillä?
6. Miten saattohoitopotilaan jatkohoidon järjestäminen syöpätautien vuodeosastolta toteutuu ja miten sitä tulee kehittää?
7. Miten syöpätautien vuodeosastolla saattohoitopotilaan ja hänen omaisten tukeminen toteutuu?
8. Minkälainen on hoitotyöntekijöiden täydennyskoulutuksen tarve?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

8.1 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus sopi opinnäytetyöhön, koska halusimme tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa saattohoidosta. Opinnäytetyöhön haastateltiin Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston sairaanhoitajia sekä lääkäreitä. Metsämuurosen (2006a, 88) mukaan kvalitatiivinen tutkimus soveltuu käytettäväksi silloin, kun halutaan tietoa yksityiskohtaisista asioista. Laadullinen tutkimus antaa tutkijalle mahdollisuuden ymmärtää paremmin tutkittavaa ilmiötä. Ilmiön selkeyttämiseen tarvitaan ihmisten omia kuvauksia, jos määrällinen tai havainnointi ei riitä mittaamaan tutkittavaa ilmiötä. Ihmisten kokemus, tulkinnat, käsitykset ja motivaatio tutkittuna sekä kuvaus näkemyksistä korostuu kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57, 61.)

Alkuvuodesta 2009 otimme yhteyttä Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston 2651:n osastonhoitajaan ja kysyimme opinnäytetyön aiheita. Osastolla ei ollut vielä mitään tiettyä aihetta, joten esitimme omasta mielenkiinnostamme aiheen liittyen saattohoitoon. Osastonhoitaja oli kiinnostunut aiheesta ja piti sitä tärkeänä osastolle, koska aihe on osastolla aina ajankohtainen.

Toukokuussa 2009 esitimme opinnäytetyömme aiheen ideaseminaarissa. Idean esityksen jälkeen työstimme opinnäytetyömme aihetta tarkemmin. Aluksi opinnäytetyössä oli tarkoitus tarkastella, miten kotisaattohoito toteutuu. Tarkoituksena oli myös selvittää miten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää. Aiheen laajuuden vuoksi jätimme opinnäytetyöstä kotisaattohoidon ja perusterveydenhuollon osuuden pois. Tarkastelimme pelkästään miten saattohoito toteutuu erikoissairaanhoidon puolella.

Kiinnostavan opinnäytetyön aiheen löytymisen jälkeen keräsimme ja tutustuimme aineistoon. Saattohoitoa ovat tutkineet samat tekijät, joiden teoksissa sisältö on osittain samantapaista ja tekijät viittaavat toisiinsa. Kirjallisuutta löytyi paljon saatto-, palliatiivisesta- sekä kivunhoidosta. Myöhemmin löytyi erilaisia tutkimuksia saattohoidosta. Samalla kiinnostus aihetta kohtaan kasvoi, sillä tutkimuksista nousi esille saattohoidon kehittämisen tarve. Töissä ollessa huomasimme, että saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoito vaatii edelleen kehittämistä.

Kesällä 2009 työstimme opinnäytetyön tutkimussuunnitelmaa ja tutustuimme tarkemmin käytettävissä oleviin aineistoihin. Tämän jälkeen aloimme tehdä opinnäytetyösuunnitelman teoriaosuutta. Opinnäytetyöhön halusimme saada saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen hoidon kokonaisuudessaan, joten päädyimme käsittelemään myös saattohoitopotilaan kivunhoitoa ja omaisia. Aihe oli molempia kiinnostava ja työn rajaaminen oli vaikeaa. Opinnäytetyösuunnitelman esitimme joulukuussa 2009, jonka jälkeen saimme tutkimusluvan (liite1).

Esitestasimme opinnäytetyön haastattelurungon joulukuussa 2009, jonka avulla saimme tarkennettua haastattelukysymyksiä. Varsinaiset haastattelut teimme tammikuussa 2010 Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla. Haastattelut teimme puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilla, jotka tallensimme nauhurille. Haastattelut teimme kolmen päivän aikana, jolloin haastateltiin yhteensä kolmea sairaanhoitajaa ja kahta syöpätautien erikoislääkärää. Haastattelujen jälkeen litteroimme haastattelut nauhurilta tietokoneelle, jonka jälkeen analysoimme haastattelut yhdessä. Litterointia haastatteluista tuli yhteensä 30 sivua.

8.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu etenee etukäteen mietittyjen teemojen mukaan. Teemahaastattelu on vapaampi kuin muut haastattelut, koska kysymysten muotoa ja järjestystä ei ole ennalta määritetty. Haastattelu

etenee suunniteltujen teemojen mukaisesti yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.) Teemahaastattelussa esitetään kaikille haastateltaville samat tai lähes samat kysymykset. Kysymykset on jaettu teemoihin, joiden alle on tehty tarkentavat kysymykset asioista, mitä halutaan erityisesti selvittää. (Hirsjärvi & Hurme 2001, Tuomen & Sarajärven mukaan 2009, 48.)

Teemahaastattelu sopi opinnäytetyöhömmme, koska haastattelimme eri ammattiryhmän edustajia. Tämän vuoksi kysymyksiä ei voitu käyttää samoissa muodoissa kaikkien haastateltavien kanssa. Puolistrukturoitu haastattelu antaa mahdollisuuden monipuoliseen näkökulmaan opinnäytetyössä. Teemahaastattelut toteutimme Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla. Nauhoitimme haastattelut ja ne olivat kestoaltaan 25–50 minuuttia. Haastattelutilanteet ja tilat olivat rauhallisia. Haastattelut etenivät hyvin ja täydentävät kysymykset kattoivat etukäteen suunnitellut teemakysymykset (liite 2).

8.3 Aineiston analyysi

Käytimme opinnäytetyössä induktiivista sisällönanalyysiä, jossa sanoja luokitellaan teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivista päättelyä ohjaavat asetetut tutkimustehtävät. Teoreettinen kokonaisuus pyritään luomaan induktiivisessa analyysissä siten, että analyysiä ei ohjaa aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132, 135.)

Haastattelun vastaukset puretaan kolmevaiheisella prosessilla. Sisällön analyysissä ensin pelkistetään aineisto, jossa epäolennainen asia otetaan pois. Seuraavaksi ryhmitellään aineisto, jossa käydään aineiston alkuperäisilmaukset läpi sekä etsitään samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Luokat nimetään sisällön mukaan, johon samaa tarkoittavat käsitteet on ryhmitelty ja yhdistetty. Alaluokiksi ryhmitellään pelkistetyt ilmaukset, jonka jälkeen alaluokat ryhmitellään yläluokiksi. Yläluokkia yhdistämällä saadaan pääluokka, jota pidetään ryhmittelyä yhdistävänä luokkana. Aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä erotetaan olennainen tieto, jonka perusteella teoreettiset käsitteet

luodaan. Luokitusten yhdistämistä jatketaan, niin kauan kuin se on mahdollista sisällön pysyessä muuttumattomana. Tutkimustehtävään vastaus saadaan käsitteitä yhdistämällä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.)

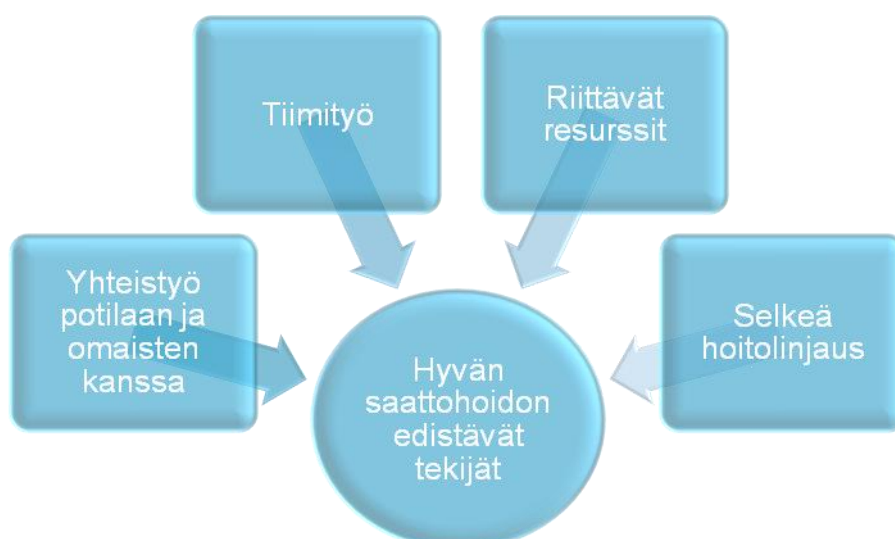
Haastattelujen jälkeen litteroimme aineistot yksitellen ja samalla tutustuimme aineistoon. Litterointi tarkoittaa haastattelujen purkamista nauhurilta sanasta sanaan (Metsämuuronen 2006a, 122). Litteroinnin jälkeen analysoimme haastattelut erikseen ja sen jälkeen teimme sisällönanalyysin yhdessä. Litteroiduista aineistoista yhdistimme samojen teemojen vastaukset. Haimme aineistosta vastauksia tutkimustehtäviin, jotka alleviivasimme litteroidusta tekstistä. Kirjoitimme aineistosta ylös pelkistetyt ilmaukset, joista etsimme erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Pelkistetyistä ilmauksista muodostimme alaluokat. Alaluokista yhdistimme samankaltaiset ilmaukset yläluokiksi, joista muodostimme yhdistävän pääluokan. Liitteissä olemme esittäneet muutaman esimerkin sisällönanalyysin etenemisestä. Pelkistetyt ilmaukset jätimme pois, koska niitä oli paljon. Pelkistettyjen ilmauksien kirjoittaminen olisi tehnyt liitteestä epäselvän.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Haastateltiin opinnäytetyöhön Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston viisi terveydenhuollon työntekijää. Haastateltavien työkokemus syöpätautien vuodeosastolla oli 2–16 vuotta. Lisäkoulutusta saattohoitoon haastateltavilla oli vähän.

9.1 Hyvän saattohoidon toteutumisen edistävät tekijät

Haastattelun ensimmäisessä teemassa selvitettiin hyvän saattohoidon toteutumisen edistäviä tekijöitä. Edistävästä tekijöistä muodostui kuusi alakategoriaa: resurssit, omaisten osallistuminen hoitoon, potilaan tunteminen, tiimityöskentely, selkeä hoitolinjaus sekä tiedon jakaminen. Seuraavaksi muodostettiin neljä yläkategoriaa: yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa, tiimityöskentely, riittävät resurssit sekä selkeä hoitolinjaus. Pääkategoriaksi nousi hyvän saattohoidon toteutumisen edistävät tekijät (liite 3). Kuviossa 1 havainnollistetaan hyvän saattohoidon toteutumisen tärkeimmät edistävät tekijät.



KUVIO 1. Hyvän saattohoidon toteutumisen edistävät tekijät

Yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa edisti hyvän saattohoidon toteutumista. Potilaiden ja omaisten tunteminen ja heidän toiveiden kuunteleminen edesauttoi heidän välistä yhteistyötä. Potilaan tilan ja sairaushistorian tunteminen auttoi saattohoidon toteutumista. Omaisten osallistumista saattohoidon toteutukseen pidettiin yhtenä tärkeänä tekijänä.

Tiimityöskentelyä pidettiin tärkeänä saattohoitopotilaan hoitoon osallistuvien hoitotyöntekijöiden välillä. Tärkeänä pidettiin myös työkavereiden välisen tiedon sekä kokemusten jakamista. Edistävänä tekijänä pidettiin riittävää tietoa saattohoidon toteutuksesta sekä saattohoitopotilaan tilan tuntemista. Riittävä tieto mitä ja minne saattohoitopotilaan tietoja jaettiin, edisti ja selkeytti hyvän saattohoidon toteutumista.

Resurssien riittävyyden tärkeyttä painotettiin hyvän saattohoidon toteutumisen vaikuttavaksi tekijäksi. Riittäviin resursseihin osastolla sisältyi riittävästi hoitohenkilökuntaa ja ajan antamista potilaalle sekä aikaa keskittyä saattohoito vaiheessa olevan potilaan asioihin.

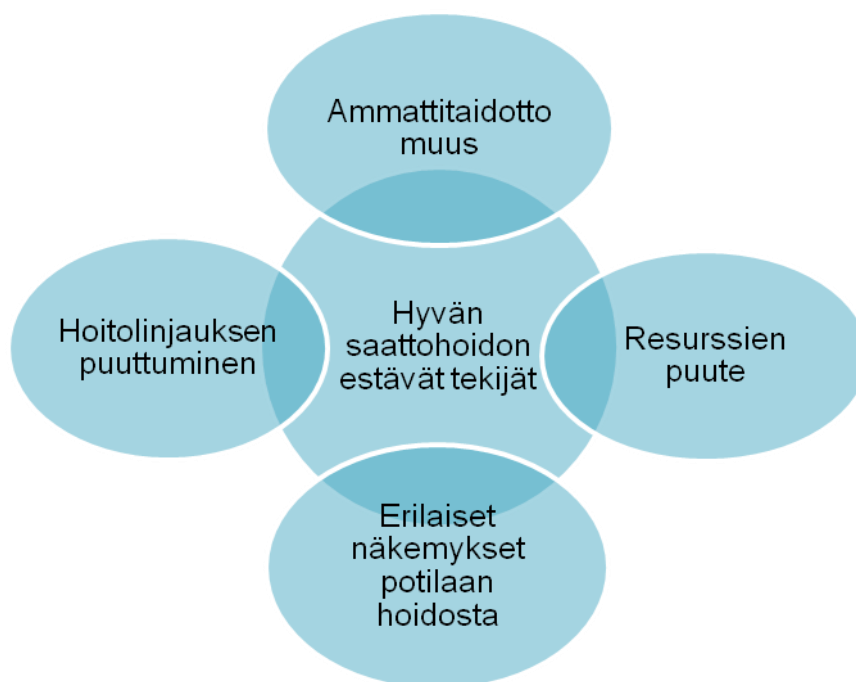
– – aikaa olla siinä potilaan ympärillä – –

Selkeästi tehty hoitolinjaus vaadittiin hyvän saattohoidon toteutumisessa. Selkeän hoitolinjauksen koettiin auttavan toteuttamaan potilaalle yhdenmukaista ja hyvää perushoitoa. Edistäväksi tekijäksi koettiin myös, että hoitoon osallistuvat työntekijät olivat tietoisia potilaan saattohoitoon siirtymisestä.

9.2 Hyvän saattohoidon toteutumisen estävät tekijät

Haastattelun toisessa teemassa selvitettiin hyvän saattohoidon toteutumisen estäviä tekijöitä. Estäviksi tekijöiksi nousi 10 alakategoriaa: tiedonpuute, epävarmuus hoidonlinjauksesta, kiire, uskalluksenpuute, akuuttihoitojen jatkuminen, henkilökuntapula, ammattitaidottomuus, huono ilmapiiri, erilaiset näkemykset potilaan hoidosta sekä se, että omaiset eivät olleet valmiita saattohoitoon. Näistä tärkeimmiksi nousi neljä yläkategoriaa: ammattitaidottomuus, hoi-

toolinjauksen puuttuminen, resurssien puute sekä erilaiset näkemykset potilaan hoidosta. Pääkategoriaksi nousi hyvän saattohoidon toteutumisen estävät tekijät (liite 4). Kuviossa 2 havainnollistetaan hyvän saattohoidon toteutumisen estäviä tekijöitä.



KUVIO 2. Hyvän saattohoidon toteutumisen estävät tekijät

Ammattitaidon ja kokemuksen puute nousi suurimmaksi estäväksi tekijäksi hyvän saattohoidon toteutumisessa. Tiedonpuute vaikutti estävästi mikä aiheutti myös uskalluksen puutetta hoitopäätöksiä tekemisessä.

– – *työtä tekemällä oppii ja potilaiden tilanteista ja kohtaloista* – –

Selkeän hoitolinjauksen puuttuminen oli yksi estävä tekijä saattohoidon toteutuksessa. Hoitolinjauksen puuttuminen lisäsi epävarmuutta potilaan hoitoon osallistuvien kesken. Ajoittain liian kauan kestäneet akuuttihoitot sekä lääkkeiden vähäinen hoitopäätöksiä tekeminen vaikutti myös estävästi.

Riittävien resurssien puute osastolla oli estävä tekijä saattohoidon toteutumisessa mihin tärkeimpänä vaikutti hoitohenkilökuntapula. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä enemmän aikaa saattohoitopotilaan hoidon ja tuen antamiseen. Kiire vaikutti huomattavasti saattohoidon toteuttamiseen sekä työyhteisön ilmapiiriin, joka saattoi heijastua potilaille annettavaan hoitoon.

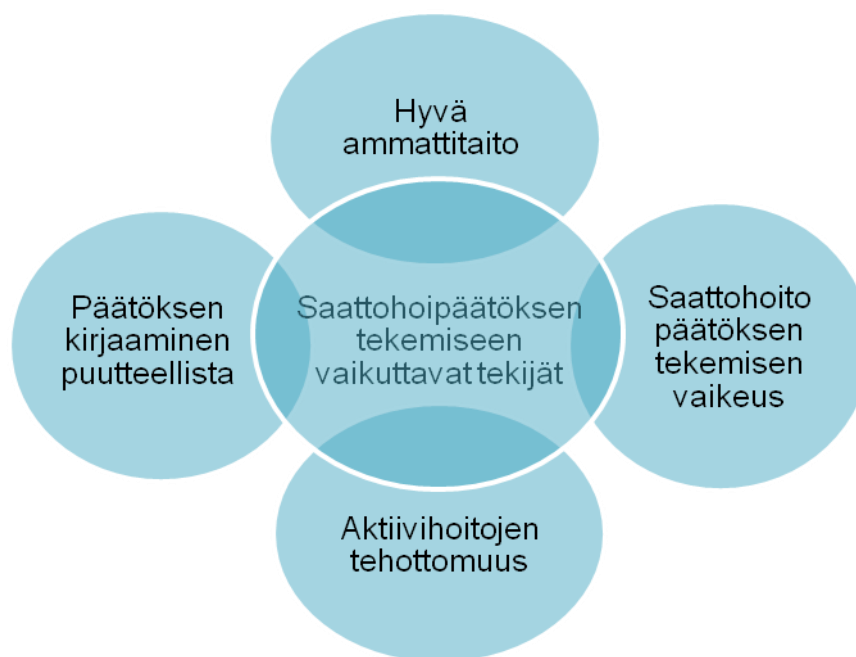
– – kiireessä saattohoito ei onnistu – –

Paljon on haastavia potilaita liian vähille tunneille – –

Erilaiset näkemykset potilaan hoidosta vaikuttivat estävästi hyvän saattohoidon toteutumiseen. Omaiset eivät olleet henkisesti valmiita siirtymään läheisen saattohoitoon. Omaisilla saattoi myös olla erilainen näkemys potilaan hoidon tarpeellisuudesta. He saattoivat vaatia joskus jopa turhiakin tutkimuksia ja toimenpiteitä, joista ei ollut potilaalle enää hyötyä.

9.3 Saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavat tekijät

Haastattelun kolmannessa teemassa selvitettiin saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavia tekijöitä. Vaikuttaviksi tekijöiksi nousi 17 alakategoriaa, joista muodostettiin neljä yläkategoriaa: aktiivihoidojen tehottomuus, saattohoitopäätöksen tekemisen vaikeus, hyvä ammattitaito sekä saattohoitopäätöksen kirjaamisen puutteellisuus. Pääkategoriaksi nousivat saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavat tekijät (liite 5). Kuviossa 3 havainnollistetaan saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavat tekijät.



KUVIO 3. Saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavat tekijät

Lääkärien todetessa aktiivihoidot tehottomiksi, ja kun hoidoilla ei saatu tautia pidettyä enää kurissa, potilaalle tehtiin saattohoitopäätös. Aktiivihoidot koettiin jatkuvan ajoittain liian pitkään, jonka vuoksi potilaan kunto saattoi heikentyä nopeasti. Joskus aikaa oli vähän paneutua potilaan asioihin, jolloin oli helpompi jatkaa potilaan hoitoja kuin jättää hoitamatta.

Aktiivihoidoja voisi vähentää, mutta aina sitä ei voi tietää, että se on enemmän rasitteeksi kuin hyödyksi.

Jälkiviisaus on aina se paras viisaus.

Saattohoitopäätös toivottiin tehtävän viimeistään siinä vaiheessa, kun elin-aikaa on korkeintaan muutama viikko. Saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikutti potilaan ja hänen tautihistorian tunteminen. Saattohoitopäätös koettiin vaikeaksi ja raskaaksi tehdä sekä siihen vaadittiin aikaa. Joskus saattohoitopäätös tehtiin liian myöhään tai sitä ei tehty ollenkaan ja sitä tehtiin liian vähän. Tehty saattohoitopäätös koettiin helpottavana. Silloin hoitotyöntekijöillä oli mahdollisuus keskittyä antamaan potilaalle yhdenmukaista ja konkreettista hoitoa.

Saattohoitopäätös oli joillekin potilaille helpotus, mutta se saattoi aiheuttaa myös pettymystä ja surua. Saattohoitopäätös antoi mahdollisuuden valmistautua lähestyvään kuolemaan.

Saattohoitohan ei tarkoita sitä, että jätetään hoitamatta vaan silloin just tähdätään hyvään hoitoon.

Ammattitaidon ja työkokemuksen koettiin vaikuttavan potilaan hoito- ja saattohoitopäätöksiä tekemiseen. Lääkäriltä vaaditaan tietoa ja taitoa pystyä tekemään saattohoitopäätöksen. Kokeneempien lääkäreiden koettiin tekevän rohkeammin potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä.

Saattohoitopäätöksen kirjaaminen koettiin puutteelliseksi. Saattohoitopäätös kirjattiin erilaisilla ilmauksilla, jonka vuoksi tämä tuotti epäselvyyttä potilaan hoitoon osallistuvien kesken. Saattohoitopäätöksen kirjaaminen näkyvästi potilastietoihin oli puutteellista tai kirjaus puuttui kokonaan.

9.4 Saattohoitopotilaan kivun ja loppuvaiheen hoidon toteutuminen

Haastattelun neljännessä teemassa selvitettiin, miten saattohoitopotilaan kivun ja loppuvaiheen hoito toteutuu syöpätautien vuodeosastolla. Alakategorioita nousi 13, joista yläkategorioiksi koettiin neljä seuraavaa: kivunhoidon toteutuminen, palliatiivinen sedaatio, hyvä perushoito sekä henkinen tukeminen. Yläkategorioista jakautui kaksi eri pääkategoriaa: saattohoitopotilaan kivunhoito toteutuu hyvin sekä saattohoitopotilaan hyvä perushoito loppuvaiheessa.

Kivunhoito syöpätautien vuodeosastolla toteutui hyvin. Kivunhoidon tavoitteiden ja periaatteiden tunteminen sekä työyhteisön yhteinen tavoite lievittää potilaan kipuja koettiin tärkeäksi. Osastolla pyrittiin potilaan kivuttomuuteen, mutta aina se ei kuitenkaan ollut mahdollista. Kivunhoidon toteuttamisessa koettiin vielä parantamisen varaa. Potilaan kivunhoidon toteuttamiseen ennakointiin etukäteen osastolla hyvin.

– – *henkilökuntaryhmillä yhteinen pyrkimys, että potilaan ei tarvitse kärsiä kivuista.*

– – *aina ei päästä siihen ihanteelliseen tavoitteeseen, että potilas on kivuton.*

Palliativista sedaatiota käytettiin syöpätautien vuodeosastolla harvoin, mutta sitä käytettiin aina tilanteen niin vaatiessa. Palliativista sedaatiota käytettiin vaikeissa tilanteissa, kun kipuja ei saatu hallintaan muilla keinoilla. Sedaatiota käytettiin myös tukehtumisvaaratilanteissa tai potilaan ollessa henkisesti hyvin ahdistunut. Osastolla oli varauduttu etukäteen hyvin vaikeiden tilanteiden varalta valmiilla ohjeistuksilla.

Saattohoitopotilaan loppuvaiheenhoidossa tärkeänä pidettiin hyvää perus- ja oirehoitoa. Rauhallinen, siisti ja turvallinen ympäristö nähtiin tärkeänä tekijänä kokonaisvaltaisessa loppuvaiheenhoidossa. Osastolla tuettiin omaisia osallistumaan hoidon toteuttamiseen ja järjestämällä mahdollisuus yöpyä potilaan luona. Hyvään loppuvaiheen hoitoon kuului pienien ilojen luominen potilaalle. Musiikkia käytettiin harvoin rauhoittavana elementtinä, vaikkakin osastolla olisi ollut siihen mahdollisuus. Usein potilaat halusivat olla enemmän hiljaisuudessa.

Syöpätautien vuodeosastolla saattohoitopotilaan henkinen tukeminen koettiin haastavaksi ja henkisesti raskaaksi. Erityisesti kiireisinä aikoina henkinen tukeminen koettiin jäävän liian vähäiseksi. Riittävän henkisen tuen antaminen potilaalle koettiin hoitajakohtaiseksi. Henkiseen tukemiseen kuului läsnäolon ja ajan antaminen saattohoitopotilaalle sekä potilaan kuoleman pelon poistaminen. Omaisille henkisen tuen antamista pidettiin tärkeänä asiana heidän ollessa kuolevan läheisen luona. Potilaan halutessa voitiin osastolle kutsua sairaalateologi keskustelemaan, joka pystyi tarvittaessa antamaan myös ehtoollisen.

– – *kuunnellaan ja ollaan läsnä.*

9.5 Yhteistyön toteutuminen erikoissairaanhoidon ja jatkohoitopaikan välillä

Haastattelun viidentenä teemana selvitettiin yhteistyön toteutumista erikoissairaanhoidon ja muiden hoitotyötahojen välillä. Alakategorioita muodostui kuusi: yhteistyön sujuminen vaihdellen, konsultoinnin puute, yhteistyön kehittäminen, ammattitaidottomuus, potilaan turhat siirrot sekä tiedonjakoa enemmän. Näistä tärkeimmäksi nousi kaksi yläkategoriaa: ammattitaidon puute jatkohoitopaikassa sekä tiedonjakoa enemmän. Pääkategoriaksi muodostui yhteistyön kehittäminen.

Ammattitaidon puute jatkohoitopaikassa koettiin vaikuttavan yhteistyön sujuvuuteen erikoissairaanhoidon ja jatkohoitopaikan välillä. Esimerkiksi useissa jatkohoitopaikoissa ei välttämättä osattu käyttää kipupumppua, jonka vuoksi osastolle oli tullut paljon puheluita kipupumpun käyttöön liittyvistä asioista.

– – ammattitaitoa, että osaa perustella ja tietää milloin pitää tutkia ja lähettää ja konsultoida ja milloin voi tehdä päätöksiä itse.

Tiedonjakoa odotettiin enemmän jatkohoitopaikoista erikoissairaanhoidon puolelle. Konsultointia jatkohoitopaikasta toivottiin tapahtuvan enemmän, koska potilas lähetettiin herkästi takaisin erikoissairaanhoidon puolelle. Konsultoinnin puutteen koettiin aiheuttavan turhia potilassiirtoja. Eri tietojärjestelmien koettiin aiheuttavan ongelmia tiedonkulussa. Hoitajille oli ajoittain liian vähän aikaa antaa kattavaa raporttia saattohoitopotilaasta jatkohoitopaikkaan.

– – terveyskeskus puolelta enemmän sitten vaikka lääkärit soittais ja kyselis miten voitais oireita hoitaa ennen kun potilaat tänne tulis.

9.6 Jatkohoitopaikan järjestämisen toteutuminen ja kehittäminen

Haastattelun kuudentena teemana oli jatkohoitopaikan toteuttaminen ja kehittäminen. Alakategorioiksi nousi 10, joista muodostettiin neljä yläkategoriaa: potilaan siirtäminen ajoissa, yhteistyön kehittäminen, kotisaattohoidon kehittäminen.

täminen sekä saattohoitopaikkojen riittävyys. Pääkategoriaksi muodostui saattohoitopaikkojen tarve.

Potilaan siirtämistä ajoissa jatkohoitopaikkaan koettiin tärkeänä ja potilaan tuli olla siirtokuntoinen. Potilaan siirtämistä jatkohoitopaikkaan pitkitettiin hoitojen jatkamisella, vaikka potilas oli valmis siirtymään jatkohoitopaikkaan. Potilaan siirtämiseen ajoissa vaikutti useasti jatkohoitopaikan vapautumisen odottaminen. Potilaat siirtyivät osastolta yleensä aluesairaalaan tai oman kunnan terveyskeskukseen.

– – hoitopaikkaa odotellessa potilas voi meillä mennä niin huonoon kuntoon, ettei häntä voi sitten enää siirtää.

Yhteistyön kehittämistä potilaan, omaisten ja jatkohoitopaikan kanssa pidettiin tärkeänä saattohoidon toteutumisessa. Potilaan ja hänen omaisten toiveiden kuunteleminen jatkohoitopaikasta oli tärkeää, vaikka aina ei voitu vastata heidän toiveisiin. Ihannetilanteena pidettiin sitä, että potilaskin oli halukas siirtymään. Kehitettävänä pidettiin myös saattohoitopotilaan hoito-ohjeiden laatimista jatkohoitopaikkaan erilaisten tilanteiden varalle.

– – potilaat kokee, että he saavat meillä parempaa hoitoa – –

– – he kokevat turvattomuutta ja pelkäävät – –

Kotisaattohoidon kehittäminen koettiin ajankohtaiseksi. Kotisaattohoitoon siirtyy syöpätautien vuodeosastolta vähän potilaita. Kotisaattohoidon toteutumisen onnistumiseksi tarvitaan vahva tukiverkosto. Saattohoitopotilaalle tarpeellisenä pidettiin hoitopaikan järjestämistä etukäteen, jonne potilas siirtyy voinnin heikentyessä. Hoitohenkilökunnan mielestä saattohoitopotilaan omaisilta vaaditaan rohkeutta ottaa potilas kotiin viime päivien ajaksi. Haastateltavien mukaan omaiset kokivat saattohoitopotilaan hoitamisen kotona yleensä liian raskaaksi.

Kuopiossa jatkohoitopaikkoja ei koettu olevan riittävästi ja osastolla potilaat joutuvat odottamaan ajoittain liian kauan. Kuopiossa koettiin olevan saattohoitokodin tarve. Saattohoitopaikkoja oli riittävästi muissa kunnissa ja ne ottivat omat potilaansa helposti takaisin.

9.7 Saattohoidossa olevan potilaan ja omaisten tukemisen toteutuminen

Haastattelun seitsemännessä teemassa selvitettiin saattohoitopotilaan ja omaisten tukemisen toteutumista syöpätautien vuodeosastolla. Alakategorioita saatiin seitsemän: omaisten tukeminen toteutui hyvin, omaisten yksilöllinen huomioiminen, tukeminen henkisesti raskasta, ajanpuute, potilas ja omaiset eivät ole valmiita saattohoitoon, tarvittaessa muut auttavat tahot sekä kuoleman jälkeinen tukeminen. Yläkategorioiksi nousivat neljä seuraavaa: omaisten yksilöllisyys, ajanpuute, henkisesti raskasta sekä omaisten tukeminen kuoleman jälkeen. Pääkategoriaksi muodostui potilaan ja omaisten tukemiseen enemmän aikaa.

Saattohoitopotilaan ja omaisten tuen tarve huomioitiin syöpätautien vuodeosastolla yksilöllisesti sekä tukeminen koettiin riittäväksi. Keskustelua ja läsnäoloa potilaan ja omaisten kanssa pidettiin tärkeimpänä tukimuotona. Hoitohenkilökunnan mukaan kaikki omaiset eivät tarvitse tukea yhtä paljon. Kuuntelutaitoa puolin ja toisin pidettiin tärkeänä tukemisen onnistumisessa. Tiedonpuutteen koettiin vaikuttavan potilaan ja omaisten tukemisessä. Asioiden kertominen oikealla tavalla omaisille ja potilaalle koettiin haastavana. Osastolla käytettiin tarvittaessa ylimääräisiä tukitahoja tukemisen apuna, muun muassa sairaalateologia ja syöpäsairaanhoitajaa.

Se, miten pystyy niinkun kertomaan sen asian niille oikealla tavallaan ja miten keskustella.

Ajanpuute koettiin syöpätautien vuodeosastolla välillä estäväksi tekijäksi riittävän tuen antamisessa. Erityisesti kiireisenä aikana saattohoitopotilaan ja

omaisten tukeminen jäi vähäiseksi. Osastolla koettiin tarpeelliseksi saada ylimääräinen taho, joka auttaa riittävän tuen antamisessa potilaalle ja omaisille.

– – vaatii sitä aikaa ja resursseja ja kapasiteetteja ja istumista siinä.

– – oikeessa kohassa sitä työn priorisointia – –

Henkisesti raskaaksi ja haastavaksi koettiin omaisten ja potilaan tukeminen. Tukemisessa tärkeänä pidettiin kommunikaatio- ja kuuntelutaitoa. Erilaisten ihmisten kohtaamista pidettiin haastavana.

– – joskus takki on tyhjä, kun töistä lähtee.

– – haasteellista työtä – –

Omaisten tukeminen kuoleman jälkeen syöpätautien vuodeosastolla toteutui yksilöllisesti, heidän tarpeet huomioiden. Haastavana pidettiin omaisten useisiin kysymyksiin vastaamista. Hoitohenkilökunta auttoi potilaan omaisia kuoleman jälkeen ja he antoivat ohjeita muun muassa hautajaisten järjestämisestä. Omaisia autettiin hankkimaan keskusteluapua tarvittaessa. Osastolla hoitajat soittivat omaisille tietyn ajan kuluttua läheisen kuolemasta ja kyselivät jaksamisesta.

– – joku voi kokea tarvitsevansa enemmän tukea kuin toiset – –

9.8 Hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen tarve

Haastattelun kahdeksannessa teemassa selvitettiin hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen tarvetta saattohoitopotilaan hoidossa. Alakategorioita nousi viisi: saattohoidon täydennyskoulutuksen tarve, henkisen tukemisen lisäkoulutus, kivunhoidon lisäkoulutus, kokemusten jakaminen kokeneemmilta hoitajilta sekä lääkäreillä vähemmän koulutusta. Yläkategorioiksi muodostettiin

kaksi seuraavaa: saattohoidon eri osa-alueista lisäkoulusta sekä kokemusten jakaminen. Pääkategoriaksi muodostui saattohoidon eri osa-alueista lisäkoulutuksen tarve.

Täydennyskoulutusta saattohoidon eri osa-alueista koettiin tarvittavan lisää. Erityisesti täydennyskoulutusta kaivattiin saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta ja kivunhoidosta. Haastateltavat kokivat, että eivät olleet saaneet riittävästi koulutusta saattohoitoon liittyen sekä he tarvitsivat tietojen päivittämistä. Lääkärit kokivat saaneensa vähemmän koulusta saattohoitoon liittyen kuin hoitajat.

– – missään virallisissa saattohoitokoulutuksissa en oo ollu.

Kokemusten jakamisen haastateltavat kokivat tärkeäksi osaston työntekijöiden kesken. Erityisesti kokeneemmilta hoitajilta odotettiin enemmän kokemusten ja tiedon jakamista. Tiedon jakoa tapahtui osastotuntien tiimoilta työntekijöiden kesken, mutta haastateltavat toivoivat, että sitä olisi ollut enemmän. Haastateltavat olivat halukkaita osallistumaan saattohoitokoulutuksiin kehittääkseen ammattitaitoaan.

Työtä tekemällä ja kouluttautumalla – –

10 POHDINTA

Opinnäytetyössä selvitimme saattohoitopotilaan hoidon toteutumista erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Lisäksi halusimme selvittää syöpätautien vuodeosaston hoitohenkilökunnan saattohoidon täydennyskoulutuksen tarvetta. Teemahaastatteluilla saimme vastaukset asetettuihin tutkimustehtäviin. Opinnäytetyöprosessia voidaan näin ollen pitää onnistuneena. Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni saattohoidon toteuttamisen epäkohtia syöpätautien vuodeosastolla. Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että osastolla on mahdollisuudet laadukkaan ja hyvän saattohoidon toteuttamiseen. Toteuttamista estävät vähäiset määrärahat. Haastatteluun osallistuvien mielestä saattohoito on haastavaa ja vastuullista työtä. Saattohoitoa arvostetaan syöpätautien vuodeosastolla ja hoidon toteutuksessa ajatellaan potilaan parasta.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi aineistoon perehtyminen ja uudet ja monipuoliset lähteet. Opinnäytetyössä käytimme erilaisia tutkimuksia. Meitä oli opinnäytetyötä tekemässä kaksi, joka lisäsi luotettavuutta, koska yhdessä pysyimme kriittisesti arvioimaan lähteiden sopivuutta ja luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta vähensi meidän kokemattomuus opinnäytetyön tekemisessä.

Opinnäytetyölle varattu aikataulu oli tiukka, joten työtä ei voinut välillä laittaa hautumaan. Loppuvaiheessa huomasimme tutkimustehtävien laajuuden, joita olisimme voineet vielä rajata. Opinnäytetyön aiheen laajuudesta huolimatta pysyimme aikataulussa. Teoriaosuudesta saimme kattavan ja siinä käsitelimme saattohoitopotilaan hoitotyötä kokonaisvaltaisesti. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska saattohoitopotilaiden määrä tulee kasvamaan tulevinä vuosina. Opinnäytetyö on sovellettavissa myös muille saattohoitoa toteutaville osastoille ja työpaikoille.

Käytännön kokemuksesta oli hyötyä työtä tehdessä, koska se auttoi meitä kokoamaan teoriaosuuden aiheista, joista halusimme lisää tietoa. Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja ajoittain haastavaa. Opinnäytetyön lop-

putulos oli molemmille mieluinen. Olemme oppineet laadullisen tutkimuksen tekemisen eri vaiheista. Opinnäytetyön tekeminen selkeytti, että opinnäytetyön työstäminen on pitkäaikainen prosessi. Yhteistyö meidän kesken sujui mutkattomasti koko opinnäytetyönprosessin ajan ja yhteistyö työn tilaajan kanssa toimi hyvin.

10.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tuloksien mukaan tärkeimmiksi hyvän saattohoidon toteutumisen edistäviksi tekijöiksi nousivat henkilökunnan riittävyys ja riittävän ajan antaminen potilaalle. Yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa on yksi vaikuttava tekijä saattohoidon toteutumisessa. Saattohoitopotilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden välinen yhteistyö sekä tiedon ja kokemusten jakaminen on sujuvaa. Samaan tulokseen päätyivät Kaapeli ja Kujala (2006) opinnäytetyössään, jonka mukaan hyvän saattohoidon toteutumiseen kuuluu riittävän ajan antaminen potilaalle. Kokkosen ym. (2004, 112) mukaan hoitohenkilökunnan on pyrittävä hyvään yhteistyöhön potilaan ja hänen omaisten kanssa. Tärkeänä pidettiin myös hoitotyöntekijöiden tietoisuutta potilaan saattohoitoon siirtymisestä. Kokkosen ym. (2004, 112) mukaan hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia saattohoidon alkamisesta, jonka lääkärin tulee varmistaa.

Tuloksien mukaan hyvä saattohoidon toteutuminen edellyttää selkeää hoitolinjausta, joka yhdenmukaistaa potilaan hoitoa. Pinomaan (2000, 25, 42–43) mukaan saattohoitopotilaalle turvallisuutta ja toivoa lisää hoitohenkilökunnan hoito, joka on lämmintä ja kaikista tarpeista huolehtimista viimeisten elinpäivien ajan. Hoitohenkilökunnan jaksamisen kannalta on tärkeää hoitoyhteisön välisen tuen antaminen.

Hyvän saattohoidon toteutumisen estäviksi tekijöiksi tuloksissa korostui ammattitaidon ja kokemuksen puute, jotka aiheuttivat tiedon- ja uskalluksenpuutetta. Kaapelin ja Kujalan (2006) opinnäytetyön mukaan uskalluksen puutteen vaikuttivat ammattitaidon ja kokemuksen määrä. Hoitohenkilökunnan vähyys esti hyvän saattohoidon toteutumista, jonka vuoksi aikaa oli vähän

hoidon ja tuen antamiseen. Kaapelin ja Kujalan (2006) opinnäytetyön tuloksissa nousi sama huomio esille kuin meidänkin tuloksissamme, että estävänä tekijänä saattohoidon toteutumisessa eniten vaikutti hoitohenkilökunnan vähyys. Heidän opinnäytetyössään nousi esille myös ajanpuute hoidon toteutuksessa. Tämän vuoksi potilaan psyykkiset, fyysiset ja hengelliset oireet jäivät helposti huomioimatta. Hakasen (1991, 50) mukaan estävänä tekijänä oli riittämätön henkilökunta ja vähäinen aika potilaalle. Tämä esti yksilöllisen ja inhimillisen saattohoidon toteutumisen.

Estäväksi tekijäksi tuloksissa nousi myös selkeän hoitolinjauksen puuttuminen, joka lisäsi epävarmuutta potilaan hoitoon osallistuvien kesken. Ajoittain liian kauan jatkuneet aktiivihoidot olivat myös estäviä tekijöitä. Työyhteisön ilmapiiri, johon kiire vaikutti huomattavasti, heijastui myös potilaalle annettavaan hoitoon. Pinomaan (2000, 43) mukaan hoitotyöntekijöiden hyvinvoinnin kannalta on tärkeää työyhteisön turvallinen ja avoin ilmapiiri, joka heijastuu potilaaseen ja omaisiin.

Saattohoidon toteutumista vaikeutti opinnäytetyömme tulosten mukaan omaisten erilaiset näkemykset potilaan hoidon tarpeellisuudesta. Omaiset vaativat ajoittain tutkimuksia ja toimenpiteitä, joista potilaalle ei ollut enää hyötyä. Hännisen (2006b, 53) mukaan saattohoitopotilaan omaiset oleellisesti päättävät hoidon kokonaisuudesta, jos potilas ei itse kykene päättämään hoitopäätöksistä. Omaiset ja hoitohenkilökunta voivat olla eri mieltä hoitolinjauksista. Omaiset voivat vaatia hoitojen jatkamista tai lopettamista, näissä tilanteissa omaisia voidaan pitää hankalina.

Saattohoitopäätös tulosten mukaan tehdään, kun aktiivihoidot todetaan tehottomiksi, eikä hoidoilla saada pidettyä tautia enää kurissa. Ajoittain aktiivihoidot jatkuivat liian pitkään. Hännisen (2006b, 52) mukaan saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen pidättäydytään vaikeista hoidoista ja tutkimuksista, silloin tähdätään hyvään oireenmukaiseen hoitoon eikä sen tekemistä tule lykätä perusteettomasti. Tuloksiamme mukaan saattohoitopäätöksen tekeminen vaatii potilaan tuntemisen. Sen tekeminen koettiin raskaaksi eikä niitä tehty riittä-

västi. Hakanen (1991, 50) oli huomannut, että saattohoitopäätöksen tekemistä viivyteltiin tai jätettiin kokonaan tekemättä. On vaikeaa määritellä milloin on oikea aika arvioida potilaan tilanne ja siirtyä saattohoitoon. Näissä tilanteissa lääkärit voivat kokea riittämättömyyden tunnetta ja tämän vuoksi saattohoitopäätöksen tekeminen voi viivästyä.

Saattohoitopäätöksen tekeminen tulosten mukaan helpotti hoitohenkilökuntaa, koska silloin he pystyivät antamaan potilaalle yhdenmukaista hoitoa. Saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikutti lääkäreiden ammattitaito ja kokemus. Kokeneemmat lääkärit tekivät rohkeammin potilaalle hoitopäätöksiä. Hännisen (2006b, 52) mukaan lääkäreiden kesken hoitojen toteuttamisessa on eroavaisuuksia. Kokeneemmat lääkärit tekevät pidättyväisempiä hoitoratkaisuja kuin nuoret lääkärit, jotka antavat hoitoja aktiivisemmin.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan saattohoitopäätöksen kirjaaminen oli puutteellista. Epäselvyyttä aiheutti kirjaaminen erilaisin ilmauksin tai kirjaus puuttui kokonaan. Saattohoitopäätös kirjataan selkeästi perustellen potilasasiakirjoihin (Saattohoito – Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003). Tuloksiimme verrattaessa saattohoitopäätöksen kirjaaminen oli ajoittain puutteellista, joten se ei toteutunut Etenen saattohoito-ohjeistuksen mukaan.

Saattohoitopotilaan kivunhoitoon osastolla ennakoitiin riittävästi ja se toteutui hyvin. Tärkeänä pidettiin kivunhoidon tavoitteiden ja periaatteiden tuntemista sekä työyhteisön yhteistä tavoitetta lievittää potilaan kipuja. Kaapelin ja Kujalan (2006) mukaan saattohoitopotilaalle annettu kivunhoito oli riittämätöntä. Ongelmina olivat sairaanhoitajien puuttuminen työvuorosta ja lääkäreiden käyntien vähyys. Kukaan ei ottanut vastuuta kivunhoidosta, saattohoitopotilas ei saanut kivun lievitystä erityisesti iltaisin, öisin tai viikonloppuisin. Kaapelin ja Kujalan (2006) mielestä lääkärit ja sairaanhoitajat vähätelivät potilaan kipuja, joten he kärsivät kivuista aivan turhaan. Tuloksiimme verrattaessa erikoissairaanhoidon puolella kiinnitetään huomiota hyvän kivunhoidon toteutumiseen.

Hoitohenkilökunnan vähyyks ja kiire eivät vaikuttaneet potilaalle annettavaan kivunhoitoon.

Palliativista sedaatiota tuloksienne mukaan tarvittiin harvoin, mutta sitä käytettiin tilanteen vaatiessa. Palliativista sedaatiota käytettiin katastrofaalisissa tilanteissa, kun kipuja ei saatu muilla keinoilla hallintaan. Sedaatiota käytettiin myös tukehtumisvaaratilanteissa tai potilaan ollessa henkisesti hyvin ahdistunut.

Saattohoitopotilaan loppuvaiheenhoidossa tuloksissamme tärkeänä pidettiin hyvää perus- ja oirehoitoa. Kaapelin ja Kujalan (2006) opinnäytetyössä hyvään saattohoitoon kuului myös hyvä perushoito ja riittävä asiantunteva henkilökunta. Opinnäytetyömme tulosten mukaan rauhallinen ja siisti ympäristö kuului yhtenä tärkeänä osana kokonaisvaltaista loppuvaiheenhoitoa. Omaisilla oli mahdollisuus yöpyä potilaan luona ja osallistua hoidon toteuttamiseen. Toppisen (2002, 35–36) mukaan on tärkeää järjestää saattohoitopotilaalle rauhallinen hoitoympäristö, kuten yhdenhengen huone. Näin omaiset pystyvät yöpymään potilaan luona.

Henkistä tukemista osastolla pidettiin haastavana ja henkisesti raskaana. Eriyisesti kiireisenä aikana henkinen tukeminen jäi liian vähälle huomiolle. Henkisen tuen antaminen oli hoitajakohtaista. Läsnäolon ja ajan antaminen oli tärkeä osa henkistä tukemista. Osastolle kutsuttiin tarvittaessa sairaalateologi antamaan potilaalle ja omaisille hengellistä tukea. Sandin (2003, 108) mukaan hoitohenkilökunta voi keskustella potilaan ja omaisten kanssa hengellisistä kysymyksistä. Tarvittaessa hoitohenkilökunta rukoilee potilaan kanssa tai antaa ehtoollista. Kaapelin ja Kujalan (2006) opinnäytetyön mukaan tarvittaessa voidaan pyytää ulkopuolista apua, muun muassa sairaalateologi. Hoitajan oma vakaumus ei saa vaikuttaa hengellisen tuen antamiseen, jolloin saattohoitopotilaan hengellinen hätä voidaan helposti sivuuttaa.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koettiin haastavaksi. Usein jatkohoitopaikan ammatti-

taito oli puutteellista, muun muassa kipupumpun käytössä oli ollut ongelmia. Erikoissairaanhoidon puolelta odotettiin enemmän konsultointia jatkohoitopaikasta, kuin potilaan lähettämistä takaisin erikoissairaanhoidon puolelle. Turhia potilassiirtoja aiheutti konsultoinnin puute lääkäreiden kesken. Eri tietojärjestelmät aiheuttivat ongelmia tiedonkulussa. Hoitajilla oli ajoittain liian vähän aikaa kattavan raportin antamiseen saattohoitopotilaasta jatkohoitopaikkaan. Toppisen (2002, 35) mukaan tulee välttää saattohoitopotilaan turhia siirtoja eri hoitopaikkojen välillä. Turhat siirrot katkaisevat tuttujen lääkäreiden, hoitajien ja potilaan väliset suhteet.

Jatkohoitopaikan järjestäminen osastolta onnistui vaihtelevasti. Tärkeänä pidettiin, että potilaan tulee olla siirtokuntoinen ja hänet tulee siirtää ajoissa jatkohoitopaikkaan. Jatkohoitopaikkaan siirtämistä pitkitettiin turhaan hoitojen jatkamisella. Ajoittain potilas joutui odottamaan pitkään jatkohoitopaikan vapautumista. Erikoissairaanhoidon puolelta potilaat siirtyivät yleensä aluesairaalaan tai oman kunnan terveyskeskukseen.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että Kuopiossa saattohoitopaikkoja ei ole riittävästi ja siellä olisi tarve saattohoitokodille. Saattohoitokodin tarve nousi esille myös Kaapelin ja Kujalan (2006) opinnäytetyössä. Tarve nousi saattohoitotyötä tekeviltä, kun taas maallikot eivät pitäneet saattohoitokotia tarpeellisenä. Tuloksiemme mukaan muissa kunnissa saattohoitopaikkoja oli riittävästi ja ne ottivat potilaansa jatkohoitoon nopeasti. Potilaan ja omaisten kuuntelemista jatkohoitopaikkatoiveista pidettiin tärkeänä, aina ei kuitenkaan voitu vastata heidän toiveisiinsa. Ihannetilanteena pidettiin sitä, että potilas oli halukas siirtymään. Toppisen (2002, 36) mukaan potilaan tulee saada hoitoa sitä tarvittaessa sekä saada vaikuttaa hoitopaikkaansa.

Kehitettävänä osastolla pidettiin hoito-ohjeiden laatimista jatkohoitopaikkaan erilaisten tilanteiden varalle. Kotisaattohoidon kehittämistä pidettiin tärkeänä. Kotisaattohoitoon siirtyy vähän potilaita syöpätautien vuodeosastolta ja siihen toivottiin kehittämistä, jotta hoitoa kotona pystyttäisiin toteuttamaan enemmän. Kotisaattohoidon onnistumiseen tarvitaan toimiva tukiverkosto. Potilaalle tulee

järjestää etukäteen paikka minne voi mennä voimien heikentyessä. Kokkosen ym. (2004, 114, 116) mukaan saattohoitoa järjestettäessä kotiin potilaalle varmistetaan vuorokauden ajasta riippumatta hoitopaikka, jonne voi mennä viivytystä. Kodin ja hoitoyksikön välillä on pyrittävä tiiviiseen ja joustavaan yhteistyöhön. Tuloksissamme ilmeni, että kotisaattohoidossa olevan potilaan omaiset kokevat yleensä hoidon kotona liian raskaaksi. Hännisen (2007b) mukaan toimiva kotisaattohoidon tukijärjestelmä vaikuttaa kotisaattohoidon onnistumiseen. Kotihoidon järjestämiseen laitoshoidon sijaan tarvitaan hyvät ohjeet ja tukijärjestelmät tukemaan omaisia toteuttamaan saattohoitopotilaan hoitoa kotona.

Saattohoitopotilaan ja omaisten tukeminen osastolla oli riittävää sekä heidät huomioitiin yksilöllisesti. Ajan puute oli estävänä tekijänä tuen antamisessa. Tarpeelliseksi koettiin saada osastolle ylimääräinen taho, joka auttaa tuen antamisessa potilaalle ja omaisille. Potilaan ja omaisten tukeminen koettiin haastavaksi ja henkisesti raskaaksi. Tukemisessa tärkeänä pidettiin kommunikatio- ja kuuntelutaitoa. Asioiden kertomista oikealla tavalla potilaalle ja omaisille pidettiin haastavana. Sandin (2003, 102–103) mukaan hoitohenkilökunnan tulee olla henkisesti ja fyysisesti läsnä kuolevan potilaan ja omaisten luona. Hoitohenkilökunnan tulee pystyä ottamaan omaisia tukeva asenne heti potilaan kuoleman jälkeen. Omaiset huomioidaan ja kysytään heidän jaksamistaan. Omaisille annetaan tietoa potilaan sairaudesta ja hoitomahdollisuuksista sekä tukimahdollisuuksista. (Gothóni 2009, 92–93.)

Omaisten huomioiminen kuoleman jälkeen toteutui osastolla yksilöllisesti. Omaisten useisiin kysymyksiin vastaamiseen oli haastavaa. Kuoleman jälkeen omaisille annettiin ohjeita muun muassa hautajaisten järjestämisestä. Tarvittaessa omaisia autettiin hankkimaan keskusteluapua. Osaston hoitajat soittivat omaisille tietyn ajan kuluttua läheisen kuolemasta ja kysyivät jaksamisia. Omaisille pyrki soittamaan hoitaja, joka tunsi potilaan ja osallistui potilaan hoitoon viimeisinä elinpäivinä. Kokkosen ym. (2004,118) mukaan omaisille on tärkeää antaa selkeät ohjeet, jotka auttavat heitä toimimaan potilaan kuoleman jälkeen.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan osastolla täydennyskoulutuksen tarve oli saattohoidon eri osa-alueista. Erityisesti täydennyskoulutusta tarvittiin henkisesti tukemisesta ja kivunhoidosta. Koulutuksen ja kokemuksen puute saattohoidosta ilmeni myös Kaapelin ja Kujalan (2006) opinnäytetyön tuloksissa. Haastateltaviemme mukaan he eivät olleet saaneet riittävästi koulutusta saattohoitoon liittyen sekä tarvitsivat tietojen päivittämistä. Toppinen (2002) toteaa yhdeksi tärkeäksi tekijäksi henkilökunnan lisäkoulutuksen saattohoidon toteuttamisessa. Saattohoidon tekee haastavaksi ja henkisesti raskaaksi ymmärryksen osoittaminen kuoleville ja hänen omaisille sekä keskusteleminen ja tukeminen tulevasta kuolemasta.

Toppisen (2002) mukaan täydennyskoulutusta oli tarjolla, mutta sitä toivottiin olevan enemmän. Koulutus lisäsi hoitohenkilökunnan valmiuksia antamaan laadukasta saattohoitoa. Tuloksiemme mukaan osaston syöpälääkärit olivat saaneet vähemmän koulutusta saattohoitoon liittyen kuin hoitajat. Hännisen (2007b) mielestä lääkäreitä tulee kouluttaa enemmän saattohoitoon. Lääketieteen opiskelijat olivat kokeneet epävarmuutta saattohoidon toteutuksessa vähäisen koulutuksen vuoksi. Kokemusten jakamista osastolla hoitotyöntekijöiden kesken pidettiin tärkeänä. Erityisesti tärkeänä pidettiin kokeneemmilta hoitajilta saada enemmän kokemusten ja tiedon jakoa. Tiedon jakoa tapahtuu jonkun verran osastotuntien tiimoilta, mutta sitä kaivattiin enemmän.

10.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä. Uskottavuus tarkoittaa, että tutkimuksessa pystytään osoittamaan tutkimuksen ja tulosten uskottavuus. Tutkimuksen eri vaiheissa tuloksista keskusteleminen tutkimukseen osallistuvien kanssa vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta. Uskottavuutta vahvistaa tekijän riittävän pitkän ajan käyttäminen tutkimuksen kanssa, sekä tekijän pitämä tutkimuspäiväkirja, jossa hän kuvaa tutkimuksen eri vaiheet. Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkimusprosessi kirjataan, jotta toinen tutkija voi seurata prosessin etenemistä. Muistiinpanoja hyödynnetään kirjoittaessa tutkimusprosessin eri

vaiheista. Refleksiivisyys edellyttää sen, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen lähtökohdistaan tutkimusta aloittaessaan. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa miten tutkija on saanut keräämänsä tiedon ja miten on tavoittanut tutkittavan ilmiön, josta oli tarkoitus saada tietoa. Sisälönanalyysin haasteena on, että tutkija pystyy pelkistämään aineiston kuvaamalla luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Yhteyden aineiston ja tulosten välillä tutkija osoittaa luotettavasti. Usean henkilön suorittama luokittelu lisää tuloksien luotettavuutta, jolloin voidaan arvioida tuloksien samansuuntaisuutta. Monipuolisen aineiston keruu lisää luotettavuutta sekä yhteneväisten tapahtumien tulkinnat, jotka nousevat haastateltavien kokemuksista. (Krause & Kiikkala 1997, 72; Patton 1990, Weber 1990, Burnard 1996, Latvalan & Vanhanen-Nuutisen mukaan 2001, 36–37.)

Metsämuurosen (2006b, 56–59) mukaan tutkimuksissa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, tämän vuoksi tutkimuksen tuloksia tulee arvioida. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin apuna käytetään erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliaabeliuksella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta, jonka avulla vältetään ei-sattumanvaraiset tulokset. Validiuksella tarkoitetaan kykyä mitata juuri sitä, mitä mittarin tai tutkimusmenetelmän tarkoituksena on ollut mitata. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijoiden rehellisyys siitä, miten tutkimus on tehty ja miten tuloksiin on päästy. Tutkija kuvaa tarkasti henkilöt, paikat ja tapahtuman tutkimuksen aikana. Luotettavuutta lisää myös kertomus tutkimuksen toteuttamisen kaikista vaiheista.

Tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat haastatteluun osallistuvan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luotettavuus. Tutkimuksella tutkija ei saa vahingoittaa haastateltavaa. (Nieswiadony 1987, Munhall 1988, Ramos 1989, Ford & Reutter 1990 Latvalan & Vanhanen-Nuutisen mukaan 2001, 39.) Tutkimuksen eettisiä haasteita ovat haastateltaville informoiminen, tutkimusaineiston kerääminen, analyysimenetelmän luotettavuus sekä haastateltavien

anonymiteetin säilyminen. Tutkittaville tulee taata mahdollisuus pysyä anonyyminä sitä halutessaan. Tutkittavien anonymiteetin säilymiseksi tulee tutkijan tehdä kaikkensa sen eteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 114–115, 128.)

Opinnäytetyömme haastattelukysymysten luotettavuutta lisäsi ennen varsinaista haastattelua tehty esitestaus. Haastattelut esitetasimme sairaanhoitajalla, jolla oli vuosien työkokemus saattohoitopotilaiden hoidosta. Toteutimme esitestauksen alustavilla haastattelu kysymyksillä. Tämän jälkeen muokkasimme yhdessä haastattelukysymyksiä selkeämmiksi ja paremmiksi. Haastattelu kysymysten muokkaamisen jälkeen toteutimme varsinaisen haastattelun. Opinnäytetyömme suunnitelman hyväksymisen jälkeen saatu tutkimuslupa haastattelujen toteuttamiseen lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista hoitohenkilökunnalle sekä lääkäreille.

Haastattelut olivat kattavia ja saimme tärkeää tietoa. Haastattelujen analyysin tuloksissa ilmeni yhtäläisyyksiä teoriaosuuden kanssa, joka mielestämme lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. Haastatteluun osallistui yhteensä viisi terveydenhuollon työntekijää, joka mielestämme oli riittävä määrä, koska haastattelut alkoivat toistaa itseään. Saturatiolla tarkoitetaan, että aineisto alkaa toistaa itseään ja näin tutkimusongelman kannalta haastateltavat eivät anna enää uutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.)

Haastattelut käsitelimme luottamuksellisesti sekä haastateltavat pidimme anonyymeinä. Haastavana koimme syöpätautien vuodeosaston lääkäreiden pysymisen anonyymeinä, koska osastolla oli vain kolme lääkäriä. Tutkimusaineiston hävitämme opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen asianmukaisesti.

10.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen kasvatti meitä ammatillisesti lisäämällä tietoa saattohoidosta. Sairaanhoitaja koulutuksen opetussuunnitelmaan kuului vain vähän opetusta kuolevan potilaan hoidosta, joten opinnäytetyöllä saimme kattavamman tiedon aiheesta. Työtä tehdessä pohdimme omia käsityksiämme

saattohoidon toteutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tulevina sairaanhoitajina on tärkeää tietää kokonaisvaltaisesta saattohoidosta. Tulevassa työssä tulemme kohtaamaan muitakin kuolevia potilaita kuin syöpää sairastavia, joten opinnäytetyö auttaa meitä myös kohtaamaan muita kuolevia. Opinnäytetyön tekeminen opetti meitä saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Erityisesti opimme miten tärkeää on huomioida potilaan omaiset ja heidän jaksamisensa. Haastattelut avasivat meille saattohoitopäätöksen tekemisen haasteellisuuden, mitä emme työn tekemisen alussa vielä tiedostaneet.

Harmillista oli huomata miten paljon hyvän saattohoidon toteutumista heikensi vähäinen hoitohenkilökunta sekä ajan puute. Nämä vaikuttivat huomattavasti hyvän kokonaisvaltaisen saattohoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön tekeminen auttaa meitä tulevina sairaanhoitajina paremmin kohtaamaan ja tukemaan kuoleva potilas ja hänen omaisensa. Saattohoitopotilaan hoitoon kuuluu paljon eettisiä kysymyksiä, mitkä ovatkin kulkeneet koko työn tekemisen ajan mukana ja tietoisuus niistä on samalla vahvistunut.

Opinnäytetyön tekeminen vahvisti tiedonhakutaitojamme, opimme löytämään luotettavaa ja ajantasaista tutkittua tietoa. Opimme hyödyntämään erilaisia tiedonhakukanavia ja ammattikirjallisuutta. Lisäksi opimme etsimään vieraskielisiä lähteitä monipuolistamaan opinnäytetyön teoriaosuutta.

10.4 Jatkotutkimusaiheita

Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolle voisi tehdä erillisen kansion kokonaisvaltaisen saattohoidon toteutumisesta. Syöpätautien vuodeosastolla opinnäytetyön tekoa aloittaessa tuli ehdotus kansion tekemisestä, mutta jouduimme jättämään sen pois työn laajuuden vuoksi.

Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö vaatii kehittämistä. Jatkotutkimuksena voisi selvittää mitä ongelmia ja kehittämisen alueita perusterveydenhuolto kokee yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Saattohoitopotilas joutuu usein kul-

kemaan näiden kahden hoitoa antavan tahon välillä, joten aiheesta voisi selvittää, miten tiedonkulkua ja konsultointia voisi kehittää toimivammaksi. Saattohoitopaikkojen tarpeen kasvun vuoksi olisi hyvä tutkia miten kotisaattohoitoa ja kotisairaaloimintaa voidaan kehittää. Yhä useampi saattohoitopotilas haluaa kuolla kotona, mutta toistaiseksi se ei ole ollut mahdollista.

LÄHTEET

- Aalto, K. & Helle, H. 2000. Suomalainen saattohoito. Teoksessa Aalto, K. (toim.). Saattohoito. Lähimmäisenä kuolevalle. Helsinki: Kirjapaja Oy, 219–240.
- Ahlström, L. & Hänninen, J. 2004. Saattohoito kotona. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Duodecim, 317–322.
- Anttonen, M.-S. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 49–57.
- Eriksson, K. 1996. Kärsivä ihminen. Åbo Akademi: Hoitotieteen laitos. Yhteiskunta- ja hoitotieteellinen tiedekunta.
- Gothóni, R. 2009. Hengellinen tuki avohoidossa. Teoksessa Aalto, K. & Gothóni, R. (toim.). Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja, 83–96.
- Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 37–48.
- Hakanen, J. 1991. Kuoleman kolme näyttämöä: Etogeeninen tarkastelu. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hanhirova, M. & Aalto, K. 2009. Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa Aalto, K. & Gothóni, R. (toim.). 2009. Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja, 9–24.

Hildén, H.-M. 2005. Making decisions in the face of death. Physicians' and nurses' views of end-of-life decision-making and patient participation. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Hinkka, H. 2004. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 323–328.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.

Heiskanen-Haarala, I. 2008. Kotisairaala saattajana. Sairaanhoidaja 9/2008, Vol 81, 24–25.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2003. Saattohoito. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2004. Lääketiede, kärsimys ja kuolema. Teoksessa Vainio, A & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Duodecim, 247–252.

Hänninen, J. 2006a. Kuoleman lääketieteellistyminen. Teoksessa Hänninen, J. (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim, 15–28.

Hänninen, J. 2006b. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Hänninen, J. (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim, 48–68.

Hänninen, J. 2006c. Palliativisen sedaation periaatteet. Teoksessa Hänninen, J. (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim, 92–101.

Hänninen, J. & Anttonen, M.-S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 23–33.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Järvimäki, V. 2006. Palliativisen sedaation toteuttaminen. Teoksessa Hänninen, J. (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim, 102–108.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoypro Oy.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kuuppelomäki, M. 1997. Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. *Hoitotiede*14 (5), 243–253.

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kärpänniemi, R. 2008. Sairaanhoidaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M.-S, Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 109–118.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Wsoy, 21–43.

Lauritsalo, P. 2003. Sairaanhoidaja kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 29. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Metsämuuronen, J. 2006a. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.). Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Helsinki: International Methelp Ky, 81–145.

Metsämuuronen, J. 2006b. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Helsinki: International Methelp Ky, 16–77.

Myller, H. 2008. Palliatiivinen hoito ja visioita palliatiivisen hoidon kehittämiseen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa Myller, H. (toim.). Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. 2. painos. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 6–11.

Mäntymies, L. 2000. Hospice ei ole rakennus vaan näkemys. Teoksessa Aalto, K. (toim.). Saattohoito. Lähimmäisenä kuolevalle. Helsinki: Kirjapaja Oy, 195–218.

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.

Pinomaa, A.-L. 2000. Rakastava hoito. Teoksessa Aalto, K. Saattohoito. Lähimmäisenä kuolevalle. Helsinki: Kirjapaja Oy, 23–43.

Sailo, K. 1992. Kuolevan potilaan hoito. Helsinki: Kirjayhtymä.

Toppinen, P. 2002. Etene:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Teoksessa Etene - julkaisuja 4 (toim.). Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 33–36.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2002. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.). Kipu. 2. Painos. Helsinki: Duodecim, 335–367.

Vainio, A. 2004. Saattohoidon kehittäminen sairaalassa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 329–335.

Vainio, A., Hietanen, P., Pitkälä, K. & Moilanen, K. 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 16–32.

Vainio, A., Leino, T. & Eckerdal, G. 2004. Palliatiivisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 33–52.

Painamattomat lähteet

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa. 2008. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 121/2008. [Viitattu 22.7.2009]. Saatavissa:

<http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=16236&GUID=%7BB9DC5F29-2C59-47C3-947D-B4FCCD637983%7D>

Hinkka, H. 2001. Decision-Making in End-of-Life Care. Influence of Physician`s Training, Experience and Personal Characteristics. Tampereen Yliopisto. Lääketieteenlaitos. [Viitattu 3.2.2010]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5179-1.pdf>

Hänninen, J. 2007a. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Terveysportti. [Viitattu 22.7.2009]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo96746&p_haku=Kivun%20lievitys

Hänninen, J. 2007b. Saattohoidon vuodepaikat olisi viisinkertaistettava. Helsingin Sanomat 16.12.2007. [Viitattu 3.3.2010]. Saatavissa:

<http://www.hs.fi/keskustelu/%22Saattohoidon+vuodepaikat+olisi+viisinkertaistettava%22/message.jspa?messageID=1605900&userThreadMode=tree>

Hänninen, J. 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. Terveysportti. [Viitattu 22.7.2009]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=saattohoitopotilaan%20k%E4rsimys

Hänninen, J. & Riikola, T. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käyvän hoidon potilasversiot 4.2.2008. Käypä hoito –suositus. [Viitattu 5.6.2009]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00072

Kaapeli, J. & Kujala, J. 2006. Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet hyvään saattohoitoon vanhainkodeissa. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma, Porin yksikkö. Opinnäytetyö. [viitattu 2.3.2010]. Saatavissa:

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pori2006/KaapeliKujala.pdf

Kuopion yliopistollinen sairaala. 2009. Kehittämisen- ja suunnitteluosasto. Sigma-tietovarasto.

Lampe, K. 2000. Kotisairaala-todellinen vaihtoehto sairaalahoidolle. Impakti 2 Finoha, Stakes. [Viitattu 1.2.2010]. Saatavissa:

http://finoha.stakes.fi/NR/rdonlyres/8D05C9AF-179F-4B70-B84B-AC7A3ED1CB36/0/Impakti2000_2.pdf#21

Myller, H. 2008. Palliatiivinen hoito. Syöpäjärjestöt. P-K:n Ammattikorkeakoulu. Power Point-esitys. [Viitattu 22.7.2009]. Saatavissa: <http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b5537c70006027de5eb3b22a8e2e0a4b/1257150279/application/vnd.ms-powerpoint/33825340/palliatiivinen%20hoito%20viral.ppt#1>

Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö 6.3.2009. Tiedote 75. [Viitattu 4.6.2009]. Saatavissa:

www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1394241

Pukkala, E., Dyba, T., Hakulinen, T & Sankila, R. 2006. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. Teoksessa syöpä 2015 (toim.). Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2006. [Viitattu 17.11.2009]. Saatavissa:

<http://cancer-fiin.directo.fi/@Bin/7529421017a799ca81dfcd9dcc021b25/1258455324/application/pdf/1543951/Syopa2015.pdf>

Saarela, L. 2008. Juha Hänninen: Hyvä kuolema on ihmisen näköinen. Terveysportti. [Viitattu 2.11.2009]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97096.pdf>

Saattohoito – ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. 2002. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri hoitoeettinen työryhmä. [Viitattu 21.7.2009]. Saatavissa:

<http://www.ppshp.fi/attachment.asp?Item=5717>

Saattohoito – valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. 2003. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Etene:n saattohoitotyöryhmä. [Viitattu 9.12.2009]. Saatavissa:

<http://www.etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf>

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Visakorpi, P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Pro gradu- tutkielma.

Vuorinen, E., Dufva, S., Helle, L., Kajander, A., Karonen, E., Kero, S., Nurmi, M., Olsen, J., Paldanius, T., Palmu, M., Seuna, L., Sorri, E., Tampio, R., Tani, M. & Vaija, S. 2009. Ohjeet saattohoidosta. Terveysportti. [Viitattu: 4.6.2009]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00778

LIITTEET

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

LIITE 1 1(3)



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-
TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro _____ / 20 ____

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija _____

Nimi _____

Osoite, puh, s-posti _____

Muut tutkijat _____

Henna Korolainen, 044-572 8723 _____

Kuikkaniementie 40, henna.korolainen@student.savonia.fi _____

Marjo Remes, 050-331 1428 _____

Soukkuanperäntie 230, marjo.remes@student.savonia.fi _____

Työ- tai opiskelupaikka _____ Savonia-amk, lisalmi _____

Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) _____

Opiskelupaikka AMK mikä _____ yliopisto mikä _____ muu mikä _____

Suoritettava tutkinto _____ Sairaanhoitaja _____

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi _____ Syöpää sairastavan potilaan saattohoidon toteutuminen erikoissairaanhoidossa _____

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa) _____

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä mahdollisuuksia ja haasteita Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston henkilökunta kokevat syöpää sairastavien saattohoitovaiheessa olevien potilaiden hoidossa. Kohderyhmänä on syöpätautien vuodeosaston henkilökunta. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena puolistrukturoidulla haastattelulla syöpätautien vuodeosastolla, johon haastatellaan kahta syöpätauteihin erikoistunutta lääkäriä ja kolmea sairaanhoitajaa. Valmis opinnäytetyön julkaistaan Kansalliskirjaston Theseus-tietokannassa.

Tutkimus on amk-tutkinto ylempi amk-tutkinto pro gradu lisensiaattityö
 väitöskirja muu, mikä _____

Monikeskustutkimus ei kyllä kansallinen kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu
syksy 2007 - kevät 2010 _____

Aikataulu KYSissä
joulukuu 2009 - tammikuu 2010 _____

Kustannukset

Arvio KYSille koituvista kustannuksista _____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

KYS 81029-2M 11.08

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm _____	
STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm _____	
Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten	
<input checked="" type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm <u>27.12. 09</u>	
Muu lupa (mikä)	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä	
pvm _____	
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille	
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaihtolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.	
<u>17/12 2009</u>	
	
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
Henna Korolainen	Marjo Remes
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Susanne Hämäläinen	Annikki Jauhiainen
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
Savonia ammattikorkeakoulu, PL 72	Savonia ammattikorkeakoulu, PL 72
044-785 6618	044-785 6610
susanne.hamalainen@savonia.fi	annikki.jauhiainen@savonia.fi
PUOLTO Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylilääkäriltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajayliääkäriltä (useita tulosalueita).	
<input type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla, perustelut	
___ / ___ 20__	
Allekirjoitus	

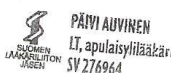
Nimen selvennys, virka-asema	

PÄÄTÖS

- Myönnän tutkimusluvan
 Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä

- Tulosyksikön / -alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro _____

21.12.2009 P. Auvinen



Ritva Heikkilä, yh

Allekirjoitus

RITVA HEIKKILÄ

Nimen selvennys

YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)

Nimi _____

Työyksikkö _____

S-posti _____

Puhelin _____

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma 26 sivua
 Rahoitussuunnitelma _____ sivua
 Muita liitteitä _____ sivua

Kertoisitteko ammattinimikkeenne, työaikanne klinikassa sekä lisäkoulutukseenne saattohoitoon?

Teema 1: Mitkä asiat edistävät hyvän saattohoidon toteutumisen syöpätautien vuodeosastolla?

Teema 2: Mitkä asiat estävät hyvän saattohoidon toteutumisen syöpätautien vuodeosastolla?

Teema 3: Mitkä asiat vaikuttavat saattohoitopäätöksen tekemiseen?

Teema 4: Miten saattohoitopotilaan kivun- ja loppuvaiheen hoito toteutuu mielestänne syöpätautien vuodeosastolla?

Teema 5: Miten yhteistyö toteutuu erikoissairaanhoidon ja jatkohoitopaikan välillä?

Teema 6: Miten jatkohoitopaikan järjestäminen syöpätautien vuodeosastolla toteutuu ja miten sitä tulee kehittää?

Teema 7: Miten saattohoitopotilaan ja omaisten tukeminen toteutuu syöpätautien vuodeosastolla?

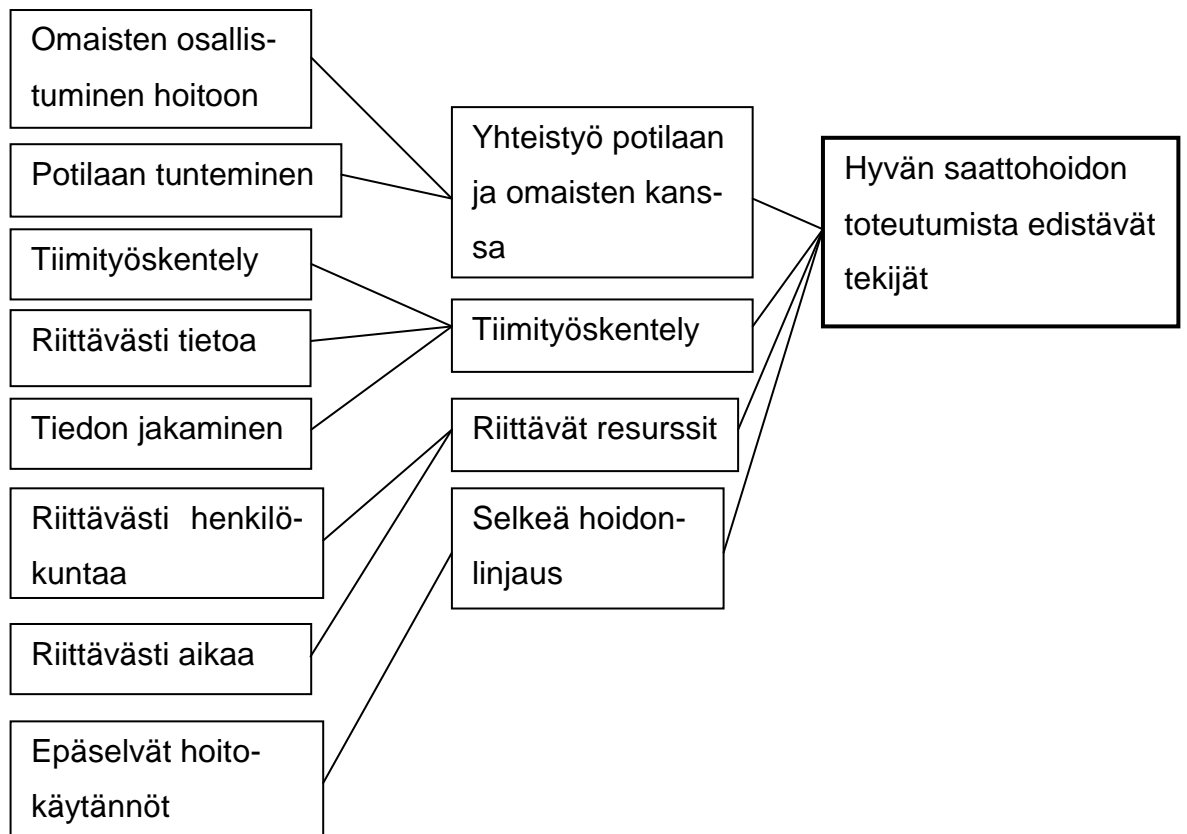
Teema 8: Koetteko tarvitsevanne täydenniskoulutusta saattohoidosta?

Hyvän saattohoidon toteutumisen edistävät tekijät syöpätautien osastolla

Alaluokka

Yläluokka

Pääloukka

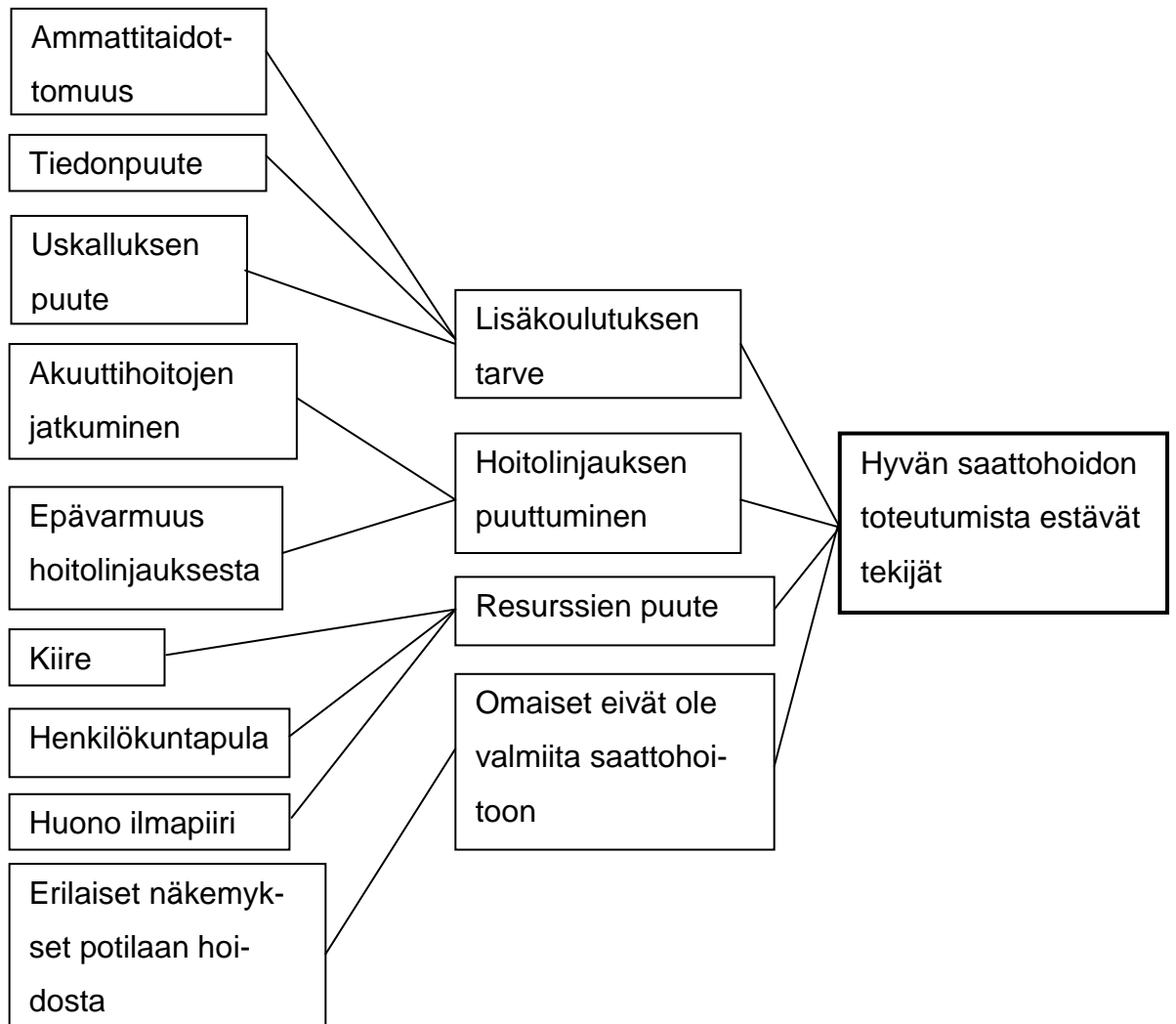


Hyvän saattohoidon toteutumisen estävät tekijät syöpätautien osastolla

Alaluokka

Yläluokka

Pääloukka



Saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavat tekijät

