

Piia Kokko & Sanna Paavilainen

SAATTOHOITOTYÖN
KEHITTÄMINEN MIKKELIN
TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkelin University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 20.4.2010
Tekijä(t) Kokko Piia Paavilainen Sanna		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoitaja AMK
Nimeke Saattohoitotyö Mikkelin terveystieteiden keskuksessa - kehittämis- ja tutkimus- ja kehittämishankkeen osastolle hyvän saattohoitotyön mallista		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on yhdessä Mikkelin terveystieteiden keskuksen osasto kahden henkilökunnan kanssa tehdä osastolle kehittämis- ja tutkimus- ja kehittämishankkeen osastolle hyvän saattohoitotyön mallista. Työssämme olemme hyödyntäneet hoitohenkilökunnan käytännön hoitotyön asiantuntemusta ja jo olemassa olevaa teoria- ja tutkimustietoa saattohoitopotilaan hoidosta.</p> <p>Osastolle laadittavan kehittämis- ja tutkimus- ja kehittämishankkeen runkona on osaston henkilökunnalta kerätyt teemat hyvän saattohoitotyön mallista. Valittujen teemojen pohjalta laadimme tutkittuun tietoon perustuen kehittämis- ja tutkimus- ja kehittämishankkeen hyvän saattohoitotyön mallista. Toivomme tämän tukevan hoitohenkilökuntaa yhtenä apuvälineenä saattohoitovaiheissa olevien potilaiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.</p> <p>Tutkimustiedoista keräämiemme tietojen perusteella saimme selville, että saattohoito on potilaan yksilöllisesti huomioonottavaa ja hoitamisen lähtökohdaksi ovat kuolevan potilaan tarpeet. Yksilöllinen kivunlievitys ja perushoito ovat oleellinen osa potilaan hoitoa. Saattohoito on perhekeskeistä; ja perhe koetaan voimavarana. Henkilökunnan riittämättömyys ja sairaanhoitajan ajan puute vaikeuttavat omaisten tukemisprosessin onnistumista. Hoidon tarkoituksena on mahdollistaa viihtyisä, turvallinen ja kodinomainen hoitopaikka, hyvä hoito ja kivunlievitys sekä rauhallinen ja hyvä kuolema.</p>		
Asiasanat (avainsanat) saattohoito, terveystieteiden keskuksessa, kehittämis- ja tutkimus- ja kehittämishankkeen osastolle		
Sivumäärä 31 s. + liitteet 7 s.	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Ruotsalainen Erja	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin kaupunki Terveystieteiden keskuksessa osasto 2	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 20.4.2010	
Author(s) Kokko Piia Paavilainen Sanna		Degree programme and option Degree programme in nursing Nurse	
Name of the bachelor's thesis Hospice care work at Mikkeli health centre hospital – a proposed model of good hospice care			
Abstract <p>The aim of this thesis is to propose a model of good hospice care. The thesis has been prepared in co-operation with the personnel of unit 2 at Mikkeli health centre hospital. The personnel's expertise on hospice care in practice as well as the existing theory and research on hospice care have been used in the investigation.</p> <p>The themes were gathered from the personnel of the hospice care unit and they form the outline of the development suggestion. On the basis of the chosen themes and existing research we developed a model of good hospice care. The suggestion will hopefully support the personnel as a tool for planning and carrying out the nursing of patients in hospice care.</p> <p>The existing research data revealed that hospice care is individual for every patient and the needs of the dying patient are central. Individual pain relief and basic nursing are an essential part of hospice care. The family of a patient plays a central role in hospice care, and it is seen as a resource. Lack of personnel and lack of individual time for each patient complicate supporting the family. The objectives of hospice care are to enable a patient to have cosy, safe, and home-like surroundings, good nursing, efficient pain relief, as well as a peaceful death.</p>			
Subject headings, (keywords) Hospice care, health centre hospital, development			
Pages 31 appendix + 7 pages	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices Hospice care, health centre hospital, development			
Tutor Ruotsalainen Erja		Bachelor's thesis assigned by Mikkeli health centre hospital, ward two	

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Saattohoito.....	2
2.2 Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla.....	2
2.3 Saattohoitopotilaan hoito	3
2.3.1 Kivun ja muiden oireiden hoito	4
2.3.2 Hoitoympäristö.....	10
2.3.3 Sairaanhoidajan ammattitaito	12
2.3.4 Saattohoidon tukipalvelut	13
2.4 Saattohoitopäätös ja hoitolinjaukset.....	14
2.5 Saattohoitosuosituksiset.....	15
3 SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN	16
3.1 Kehittämistoiminta.....	16
3.2 Kehittämiskohteen fyysinen ympäristö ja nykytilanteen kuvaus	17
3.3 Kehittämistyön tavoitteet opinnäytetyössämme.....	18
4 HENKILÖKUNNAN NÄKEMYS HYVÄSTÄ SAATTOHOIDOSTA	18
5 TARKENNETTU KIRJALLISUUSKATSAUS.....	20
5.1 Tutkimustuloksista esiin nousseita asioita	20
5.1.1 Asenne potilaaseen	20
5.1.2 Potilaan hoitotapa	21
5.1.3 Perheen ja omaisten huomiointi.....	21
5.1.4 Potilaan perustarpeiden huomiointi	22
5.1.5 Hoitoon osallistuvat ja heidän osaaminen, vahvuudet ja resurssit.....	23
5.1.6 Hoitoympäristö	24
5.2 Ehdotus hyvän saattohoitotyön mallista.....	25
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET.....	25
7 POHDINTA.....	26
LÄHTEET	28
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe tuli esille käymissämme keskusteluissa siitä, miten kirjavaa ja vaihtelevaa saattohoidon toteutus hoitotyössä on. Suosituksia on kyllä olemassa henkilöstön riittävydestä ja hyvästä saattohoidosta. Tällä hetkellä olemassa olevat lait, perustuslaki 731/1999 ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, sekä kuolevan potilaan hoitotyöhön annettu valtakunnallinen suositus (ETENE 2003), antavat paljon tulkinnan varaa saattohoidon toteutuksesta. Suomessa saattohoidon kehitys on ollut hitaampaa kuin muualla Euroopassa ja Pohjoismaissa, vaikka pohjoismaiden ensimmäinen saattohoitokoti Pirkanmaan Hoitokoti perustettiin Suomeen vuonna 1988. (Sand 2003, 27.)

Mikkelissä saattohoitotyön keskittäminen lähti alulle kuntalaisen kaupungille tekemästä aloitteesta heinäkuussa 2008. Mikkelin sosiaali- ja terveyslautakunta kokouksessaan 14.10.2008 esitti perusterveydenhuollon osastojen yhteyteen perustettavasta saattohoitoon keskittyvästä yksiköstä, jonka henkilökunta kouluttautuisi palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. (Mikkelin sosiaali- ja terveyslautakunnan kokouspöytäkirja 2008.) Mikkelin kaupunginhallitus teki 22.12.2008 päätöksen sosiaali- ja terveystoimessa perustettavaan saattohoitoon keskittyneeseen ja hoitoon perehtyneen osaston perustamiseen. (Mikkelin kaupunginhallituksen kokouspöytäkirja 2008.)

Keskitetty saattohoitotyö tuo omat osaamisen vaatimuksensa henkilökunnalle ja osaston fyysisille olosuhteille. Saattohoitoa antavassa yksikössä tulee olla riittävästi kuolevan potilaan hoitotyöhön motivoitunutta ja koulutettua henkilökuntaa. Henkilökunnalla tulee olla riittävä ammattitaito kuolevan potilaan oireenmukaiseen hyvään hoitoon. Potilaan ja omaisen emotionaalisiin reaktioihin ja tiedontarpeeseen vastaamiseen tulee olla riittävät valmiudet. (Grönlund ym. 2008, 29.)

Keskitetyn saattohoidon hoitoympäristölle on myös omat vaatimuksensa. Hoitoyksikön ilmapiiriin tulee olla myönteinen ja kiireetön. Fyysisen ympäristön tulee olla kodinomainen, yksityisyyttä ja rauhaa antava. Potilaalla on oltava oma riittävän tilava huone, jossa tilaa omille tärkeille tavaroille ja omaisille. (Grönlund ym. 2008, 54.)

Työmme toimeksiantaja on Mikkelin kaupungin, Terveyskeskussairaalan osasto kaksi. Toivomme tulevan opinnäytetyömme tukevan hoitohenkilökuntaa yhtenä apuvälineenä saattohoitovaiheessa olevien potilaiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Saattohoito

Saattohoidon kotimaana pidetään Englantia, jossa sairaanhoitajasta lääkäriksi edennyt Cicely Saunders vuonna 1967 perusti kuoleville potilaille Lontooseen hoitokodin St. Christopher's Hospice (Heikkinen ym. 2004, 19).

Suomalainen saattohoitotoiminnan kehittyminen alkoi vuonna 1982 terminaalihoidoa koskevien ohjeiden julkaisemisella. Lääkintöhallitus, luterilainen kirkko ja syöpäjärjestöt ovat olleet Suomessa vaikuttamassa kuolevien potilaiden saattohoidon kehittymiseen merkittävästi. (Hänninen 2001, 47.) Suomessa saattohoito-sanalla viitataan hoidettavan tukemiseen, saattamiseen ja mukana kulkemiseen (Hänninen 2003, 14). Onnistuneen saattohoitotyön ydin on kuolevan ja hänen läheistensä tarpeiden huomiointiin ottava kokonaisuus yhteistyössä kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa. (Iivanainen 2001, 569.)

Suomessa ensimmäinen saattohoitokoti Pirkanmaan Hoitokoti perustettiin Tampereelle vuonna 1988 (Lipponen 2006, 13). Maassamme toimii tällä hetkellä neljä saattohoitokotia: Terhokoti Helsingissä, Pirkanmaan Hoitokoti Tampereella, Karinakoti Turussa ja saattohoitokoti Koivikko Hämeenlinnassa. Lisäksi saattohoitopalveluja tarjotaan useissa yksityisissä hoitokodeissa eri puolella Suomea. (Suomen Syöpäyhdistys 2009.)

2.2 Saattohoito terveystieteiden osastolla

Syöpäpotilaiden ja muiden parantumattomasti sairaiden potilaiden hoito on lisääntyvästi siirtynyt erikoissairaanhoidon osastoilta terveystieteiden osastoille. Saattohoitoon siirtyminen terveystieteiden osastolle on merkittävä etu potilaille sekä omaisille. Osasto sijaitsee yleensä lähempänä potilaan kotia, jolloin omaisilla on

parempi mahdollisuus olla läsnä potilaan luona ja hoidossa. Omaisten tiivis läsnäolo osastolla antaa hoitohenkilökunnalle paljon tarpeellista tietoa potilaan elämäntilanteesta, aikaisemmista vaiheista, perheestä ja asuinympäristöstä, mikä mahdollistaa saattohoitopotilaan yksilöllisen hoidon. (Vainio ym. 2004, 323.)

Monet terveyskeskukset osallistuvat erilaisiin hankkeisiin Suomessa kuolevien potilaiden hoidon kehittämiseksi. Vuodeosastojen henkilökuntaa koulutetaan saattohoitopotilaan hoitoon, saattohoitokriteereitä on laadittu osastoille ja yksittäisiä potilashuoneita on muutettu saattohoituhuoneiksi. Omaisia tuetaan osallistumaan potilaiden hoitoon rakentamalla omaisille vuodeosastojen yhteyteen erillisiä virkistys- ja lepotiloja. (Kassara ym. 2005, 366.)

Terveyskeskusten vuodeosastot ovat yleensä kooltaan pienehköjä, joten se lisää potilasturvallisuutta, potilas erottuu paremmin massasta eikä jää näin akuuttihoitossa olevien potilaiden varjoon, kuten on vaarana kiireisillä erikoissairaanhoidon osastoilla. Vuodeosastoilla omalääkärisuhde voi kiinteästi jatkua, mikä antaa mahdollisuuden hoitaa saattohoitopotilas loppuun saakka. Lisäksi yhteistyö kotisairaanhoidon kanssa parantaa potilaan hoidon laatua, mikä on tärkeää silloin, kun potilaan hoidosta vuorotellaan kotihoidon sekä vuodeosaston välillä. (Vainio ym. 2004, 323.)

2.3 Saattohoitopotilaan hoito

Ihmiselämää voi kuvata kaareksi, jonka alkupäänä on kohtu ja lopussa hauta. Nämä elämänkaaren ääripäät ovat hämmästyttävän samanlaisia. Vastasyntynyt ja kuoleva ovat kumpikin kyvyttöminä huolehtimaan itsestään muiden avun ja turvan varassa. (Aalto 2000, 15.)

Saattohoito on kuolevan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, ja siihen kuuluu molemminpuolinen vuorovaikutus ja läsnäolo. Sillä pyritään parhaaseen mahdolliseen hoitotapaan potilaan jäljellä olevan elämänlaadun parantamiseksi. Hoito aloitetaan, kun parantamiseen pyrkivistä hoidoista on luovuttu, sairauden etenemiseen ei voida lääketieteen keinoin vaikuttaa, potilas on kieltäytynyt hoidosta tai jäljellä olevan eliniän arvellaan olevan lyhyt. Elämän pidentäminen ei ole hoidon päämäärä. Saattohoitoa

voidaan pitää onnistuneena, kun hoito on potilaan yksilöllisyyden huomioon ottavaa ja mukana ovat potilas, läheiset ja henkilökunta. Saattohoidossa kuoleva saatetaan hänen viimeiselle matkalleen. Hoidon päämääränä on kärsimyksen lievittäminen, ja hoitoon kuuluu potilaan toiveiden huomioon ottaminen, mahdollisimman hyvä perus- ja oirehoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen sekä läheisten huomioiminen ja tukeminen. (Heikkinen ym. 2004, 20; Kassara ym. 2005, 363.)

Saattohoidon oikeudellisena perustana ovat perustuslaki 731/1999, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, terveydenhuollon perussäännökset, terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettiset ohjeet ja kuolevaa potilasta koskevat suositukset ja julkaisut. Lisäksi valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on julkaissut valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistion saattohoito-suosituksista. (ETENE 2003, 7.)

Opinnäytetyössämme tarkoitamme saattohoidolla sitä toimintaa, hoitoa ja huolenpitoa, jota terveyskeskussairaala tarjoaa elämän viime vaiheessa olevalle parantumattomasti sairaalle kuolevalle ihmiselle ja hänen perheelleen.

2.3.1 Kivun ja muiden oireiden hoito

Potilaan sairauden aiheuttamien oireiden seuraaminen, hoitaminen ja elämänlaadun parantaminen on saattohoitopotilaan kohdalla oireenmukaista hoitoa. Parhaimmillaan oireiden hoito on ongelmien ennaltaehkäisyä, ja riittävä oireenmukainen hoito luo potilaalle ihmisarvoa kunnioittavaa huolenpitoa ja henkistä tukea omaisille. (Anttila ym. 2005, 479–480.)

Saattohoitopotilaat kärsivät usein monista oireista samanaikaisesti. Fyysisistä oireista yleisimpiä ovat kipu, väsymys, syömiseen liittyvät vaivat ja hengenahdistus. Potilas-kohtaiset tekijät, annetut hoidot, taudin luonne ja ympäristö vaikuttavat oireiden esiintyvyyteen ja moninaisuuteen. (Hänninen 2003, 29.) Tutkimuksien mukaan hoitajien ja potilaiden näkemykset oireiden häiritsevyydestä poikkeavat selkeästi toisistaan. Hoitajilla on tietoutta oireiden esiintyvyydestä ja tyypillisistä piirteistä, kun taas potilas on omien oireidensa paras asiantuntija. (Holmia ym. 2004, 148.)

Kipu koostuu fysiologisista ja psykososiaalisista tekijöistä. Syöpäpotilaan tuntemissa kivuissa on usein takana kasvaimen aiheuttama kudosaivurio. Psykososiaalisista tekijöistä pelko, epävarmuus, ahdistuneisuus, masennus, yksinäisyys ja turvattomuus voivat olla kivun aiheuttajia. Potilaan kipu on aina olemassa, kun potilas kokee kivun tunteen ja kertoo hoitajalle kipua olevan. (Holmia ym. 2004, 130.)

Jokainen reagoi kipuun yksilöllisesti. Sairauteen ja kuolemaan liittyvistä fyysisistä ongelmista kipu on kaikkein pelottavin. Kipu, kärsimys ja ruumiilliset oireet sekä kuoleman pelko kietoutuvat usein toisiinsa, eikä niitä voi lievittää erikseen. Kokonaiskivussa voi olla mukana sairauden tuoma kipu, huoli riittävästä kipulääkityksestä, hengellinen hätä ja elämästä luopumisen kipeys. Tämän kivun lievittämisessä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. (Sailo 2000, 166.)

Syöpäpotilaan kivun hoito on jokapäiväistä ja yksi vaativimpia hoitotyön alueita. Kivun hoidon lähtökohtana on suunnitella yhdessä potilaan kanssa riittävä kipulääkitys. Potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija, siksi kommunikointi potilaan kanssa mahdollistaa hyvän kivunhoidon. Hoidon päätavoitteeseen kivuttomuuteen ei syöpäpotilaan kohdalla aina päästä. Potilaan elämänlaadun parantamiseksi autetaan potilasta selviytymään kivun kanssa, vähennetään kivun kestoja, voimakkuutta ja esiintymistiheyttä. (Holmia ym. 2004, 132.)

Hoitomenetelminä kivun hoidossa voidaan lääkehoidon lisäksi käyttää ympäristön viihtyvyystekijöiden huomioimista, huomion kääntämistä pois kivusta, mielikuvien käyttöä, rentoutusta, hierontaa, parantavaa kosketusta, lämpö- ja kylmäkäsittelyjä sekä kivun syyhyn vaikuttamista lääketieteellisin keinoin. (Holmia ym. 2004, 133.)

Kipulääkitys valitaan kivun voimakkuuden sekä mekanismin mukaan, ja kipulääkkeen annos määritetään vasteen mukaan yksilöllisesti, tämän vuoksi kivun säännöllinen mittaaminen ja kirjaaminen ovat tärkeitä. Pitkäaikaisessa kivussa lääkitystä tulee antaa säännöllisesti. (Käypä hoito -suositus 2008.)

Väsymys koetaan saattohoitopotilaan kohdalla merkittäväksi elämänlaatua alentavaksi oireeksi. Väsymys on subjektiivinen kokemus, sen hoidossa on tärkeää kysyä potilaan tuntemukset väsymyksestä. Usein väsymystä pidetään sairauteen liittyvänä vaivana, ja siitä ei kerrota hoitohenkilökunnalle, vaikka se koetaan merkittävänä oireena. (Hänninen 2003, 60.)

Potilaan hoitoväsymystä voidaan kutsua myös nimellä *fatigue*. Siihen liittyvä jaksamattomuus ja uupumus eivät mene ohi normaalilla levolla. Väsymys voi johtua kivusta, hengenahdistuksesta, ravitsemuksen muutoksista, anemiasta, epävarmuudesta, pelosta, liikunnan vähenemisestä, sairauteen liittyvistä hoidoista tai aineenvaihdunnan muutoksista. (Holmia ym. 2004, 151.)

Saattohoitopotilaan väsymyksen hoidossa huomioidaan potilaan ennuste ja yleistila. Hoitajan on tärkeää kertoa potilaalle väsymysoireesta ja siihen liittyvistä muutoksista. Potilasta tulee kannustaa kevyeen liikuntaan, ja lisäksi huolehditaan potilaan vuorokausirytmistä. Potilasta autetaan sopeutumaan väsymykseen sopivia tavoitteita asettamalla. (Hänninen, 2003, 65.) Potilaan hyvän yöunen ja levon kannalta on tärkeää luoda turvallinen ilmapiiri, jossa kuoleva tietää saavansa apua heti tarvitessaan (Iivanainen 2001, 571).

Hengenahdistus aiheutuu hengityksen vaikeutumisesta fyysisen tai psyykkisen syyn vuoksi. Tietoisuus hengityksen vaikeutumisesta pelottaa potilasta ja omaisia. Saattohoitopotilaalla hengenahdistus on yleistä kuoleman lähestyessä, ja se on usein hankalasti hoidettava oire. (Hänninen 2003, 132.) Tutkimuksien mukaan viimeisten elinviikkojen aikana hengenahdistuksesta kärsii 45–70 % potilaista ja vähintään 28 %:lla se on vähintään keskivaikeaa (Käypä hoito -suositus 2008).

Saattohoitopotilaan hengenahdistuksen hoito on oireenmukaista. Tällöin huolehditaan potilaan hyvästä asennosta, ollaan potilaan lähellä ja lievitetään omaisten hätää kertomalla hengenahdistuksen liittyvän osana sairauden aiheuttamaa muutosta. Lisäksi tulee kuunnella potilaan toiveita, tarvittaessa avataan ikkuna tai käytetään tuuletinta. Hengenahdistuksen ja tukehtumisen tunteen vähentämiseksi voidaan käyttää myös happea ja lääkkeitä. (Holmia ym. 2004, 148.)

Syömiseen liittyvät oireet ja ruokahaluttomuus kuolevalla potilaalla ovat yleisiä. Ruokailulla on keskeinen osa jokapäiväisessä elämässä. Se on perhettä yhdistävä sosiaalinen tapahtuma. Ruokahaluttomuus ja laihtuminen viestittävät vakavasta sairaudesta, ja ruokahalun paranemiseen liittyy usein epärealistisia toiveita taudin ennusteesta. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää, mihin ruokahaluttomuuden hoidolla pyritään. (Joensuu ym. 2006, 836.)

Kuoleva potilas voi kokea itsemääräämisoikeuden loukkauksena hoitohenkilökunnan tai omaisten jatkuvan taivuttelun nesteiden ja ravinnon nauttimiseksi hänen toiveidensa vastaisesti. Ravinto- ja nestehoidon aloittamisesta päätös on aina tehtävä yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Iivanainen 2001, 570.)

Saattohoitopotilaan ruokahaluttomuus voi johtua monista eri syistä, kuten kivusta, ahdistuneisuudesta, pahoinvoinnista, suun kuivuudesta tai suun limakalvojen infektoitumisesta. Hoidossa on oleellista ruokahaluttomuutta aiheuttavien muiden oireiden lievittäminen varsinaisen ruokahalun lisäämiseksi. Myös lääkehoidosta voi löytyä apua ruokahaluttomuuteen. (Hänninen 2003, 156–158.) Mieliruoat, pienet annoskoot ja kauniisti katetut ateriat sekä ateriointi pöydän ääressä säännöllisin väliajoin potilaan toivomina aikoina ovat ruokahalua lisääviä tekijöitä (Holmia ym. 2004, 149).

Pahoinvoinnin syynä potilaalla voivat olla lääkkeet, ummetus, psyykkiset syyt, liian vähäinen nesteen saanti, suolistotukos tai limanerityksen lisääntyminen. Pahoinvointia helpottavia tekijöitä ovat rauhallinen ruokailuhetki, miellyttävä ympäristö, kylmät ruoat, raikkaiden nesteiden riittävä saaminen ja lepääminen ruoan jälkeen puoli-istuvassa asennossa. (Holmia ym. 2004, 149.) Pahoinvoinnin hoito on syyn mukaista, jos tämä vain on mahdollista. Pahoinvointilääke pyritään valitsemaan pahoinvoinnin aiheuttajan mukaan. (Joensuu ym. 2006, 839.)

Ummetuksesta on kyse silloin, kun ulostaminen harventuu alle kolmeen kertaan viikossa (Käypä hoito -suositus 2008). Ummetuksen syitä saattohoitopotilaalla voivat olla kipulääkkeet, kasvaimen aiheuttama kulkueste, vähäinen nesteensaanti, yleinen heikkous, psyykkiset syyt, liikunnan väheneminen ja ravitsemukselliset muutokset. Toimimaton ruoansulatuskanava aiheuttaa usein runsaasti kärsimystä potilaalle. En-

naltaehkäisevät keinot ja säännöllinen arviointi on riittävä keino ummetuksen hoitoon. (Hänninen 2003, 163–164.)

Runsas nesteiden nauttiminen, ruokavalion muuttaminen kuitupitoisemmaksi ja liikunnan lisääminen ovat hyviä keinoja ummetuksen vähentämiseksi, mutta huonokuntoisella potilaalla ne ovat harvoin mahdollisia tai yksinään riittäviä toimenpiteitä. Ummetuksen hoidon kulmakivenä ovat laksatiivit ja ensisijaisesti pyritään käyttämään oraalisia valmisteita; paras tulos saadaan yhdistelemällä eri laksatiiveja. (Joensuu ym. 2006, 841.)

Suun kuivuminen lisääntyy kipulääkkeiden, pahoinvointilääkkeiden, masennuslääkkeiden ja eräiden muiden lääkkeiden käytön takia. Syljen erityksen vähentyessä tai syljen koostumuksen muuttuessa suu alkaa kuivua. Nesteen antaminen suonensisäisesti ei useinkaan auta suun kuivuuteen. (Käypä hoito -suositus 2008.)

Oleennaista suun kuivumisen hoidossa on selvittää sen syy ja pyrkiä vaikuttamaan siihen. Suun huolellinen puhdistus ja säännöllinen kostutus ovat tarpeen. Suuta voidaan kostuttaa pieniä jääpaloja imeskelemällä, huuhtelemalla vedellä tai kaupallisella keinosyljellä. Ennen ateriala voi imeskellä syljeneritystä lisääviä pastilleja. Muita keinoja vaikuttaa suun kuivuuteen ovat huoneilman riittävä kosteus, hengitys nenän kautta ja kuivien huulien säännöllinen rasvaus. (Holmia ym. 2004, 149–150.)

Nielemisvaikeuksia aiheuttavat hermostolliset häiriöt, huono yleiskunto, aliravitseminen, limakalvovauriot, pään ja kaulan alueen tai ruokatorven kasvaimet saattavat häiritä potilaan nielemistä. Oireita lievittävät hyvä yleishoito, syljen erityksen vähentäminen lääkityksellä, jääpalojen imeskely ja huulten kostuttaminen. (Käypä hoito -suositus 2008.)

Ruuan syömistä ja nielemistä voidaan helpottaa huomioimalla sen koostumus. Helposnieltävä ruoka voi olla sosemaista tai juoksevaa. Juomat voidaan sakeuttaa, jolloin aspiraation vaara pienenee. Ruokailuympäristön tulee olla rauhallinen, ja lisäksi huomioidaan potilaan hyvä ruokailuasento. Tarvittaessa potilasta autetaan ruokailussa, ja

nieleminen helpottamiseksi annetaan pieniä annoksia kerrallaan. (Holmia ym. 2004, 150.)

Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä kuolevalla potilaalla. Kuoleva joutuu ottamaan kaikki psyykkiset voimavaransa käyttöön saatuaan kuulla sairaudestaan. Elämästä luopumisen vaikeus tulee kaikenikäisille sairauden toteamisvaiheessa. Ihminen kokee usein syvää masennusta, johon voi liittyä ahdistuneisuutta ja pelkoa tulevasta. Usein alkuvaiheeseen liittyy lähestyvän kuoleman kieltäminen sen lopullisuuden vuoksi. (Aalto 2000, 95–97.)

Saattohoitopotilaiden kokema masennus vaikeuttaa suoraan aiheuttamansa kärsimyksen lisäksi myös muita oireita ja on siksi ongelmallista. Masennus on sitä yleisempää, mitä pidemmällä tauti on. Potilaan masennuksen oireita ovat sulkeutuneisuus, kontakteista vetäytyminen ja oma kokemus masennuksesta. Ahdistuksen tunnetta potilaalla yleisesti lisää lähestyvän kuoleman ja oireiden pelko. Ahdistus aiheuttaa pelkoa, voimavarojen ehtymistä ja joskus täydellisen toimintakyvyttömyyden. Somaattisina oireina ahdistukseen voi liittyä sydämentykytys, hengenahdistus, unettomuus, ruokahaluttomuus ja pahoinvointi. (Hänninen 2003, 208–209, 212–213.)

Saattohoitopotilaan ahdistusta ja masentuneisuutta voidaan helpottaa käymällä hänen luonaan usein ja kiireettömästi. Potilaalla on mahdollisuus miettiä edessä olevaa elämää ja kuolemaa sekä kertoa halutessaan hoitajalle eletystä elämästään. Potilaan toiveita täytetään mahdollisuuksien mukaan ja kerrotaan tulevasta totuudenmukaisesti. (Holmia ym. 2004, 151.) Turvallisuuden tunne ja hoitosuhteen jatkuvuus ovat masentuneen potilaan hoidossa oleellisia (Hänninen 2003, 209).

Äkillinen sekavuustila on seuraus aivotoiminnan häiriöstä, jossa samanaikaisesti tietoisuus heikkenee, tarkkaavuus, ajattelu ja muisti häiriintyvät sekä tunteet ja niihin reagoiminen muuttuvat. Lisäksi myös uni-valverytmi saattaa muuttua. Näitä oireita lievittää turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö. Potilaan kärsiessä oireistaan, voi niitä lievittää lääkityksellä. (Käypä hoito -suositus 2008.)

Sekavuus on melko yleinen oire saattohoitopotilailla, ja keskimäärin sitä ilmenee 2 - 3 viikkoa ennen kuolemaa. Sen aiheuttajana ovat usein lääkkeet. Potilaan yleiskunto ja ennuste vaikuttavat hoidon tavoitteisiin. Kuolevan kohdalla pyritään vähentämään sekavuutta ja levottomuutta sekä lievittämään siitä aiheutuvaa kärsimystä. Potilasta rauhoittaa tuttu, rauhallinen huone ja omaisten sekä hoitohenkilökunnan asiallinen käytös. (Hänninen 2003, 218.)

2.3.2 Hoitoympäristö

Hoitoympäristö sanana sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen (Iivanainen 2001, 115). Saattohoidossa potilas on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Hänellä on oikeus kuolla rakkaiden ihmisten saattamana tai yksinään itselleen mieluisassa ympäristössä. (Anttila ym. 2005, 481.)

Fyysisen ympäristön tulee olla kodinomainen, yksityisyyttä ja rauhaa antava. Potilaalla on oltava oma riittävän tilava huone, jossa on tilaa omaisille ja omille tärkeille tavaroille. Kaunis ympäristö on myös tärkeä osa kuolevan potilaan hoitoa, ja mielikuva läheisen kuolinympäristöstä jää omaisille loppuiksi. (Grönlund ym. 2008, 54.) Toisille potilaille ulkoisen ympäristön merkitys on suuri viihtymisen kannalla. Toiset taas viettävät aikaansa muistojensa ja ajatustensa parissa, jolloin ympäristöllä ei ole niin suurta merkitystä. (Anttila ym. 2005, 484.)

Saattohoitokoti on sopiva potilaille, jotka haluavat kodinomaisen, viihtyisän ja toimivan hoitoympäristön, jossa on omaa päätösvaltaa (Anttila ym. 2005, 482). Suomalais-ten saattohoitokotien huoneet ovat yhden tai kahden hengen huoneita, jotka voi halutessaan sisustaa omilla tavaroilla. Yhteisten tilojen kodinomaiseen kauniiseen sisustukseen on kiinnitetty erityistä huomiota. Viihtymiseen ja virkistäytymiseen hoitokodit tarjoavat sisäpuutarhojen lisäksi saunan lämpöä. Kappeli ja jäähyväishuone tarjoavat läheisille mahdollisuuden jättää rauhassa jäähyväiset rakkaalleen. (Aalto 2000, 225.)

Laitoshoido on usein kuolevan viimeinen hoitopaikka, yli 90 % suomalaisista kuolee laitoksessa. Saattohoidon tarpeita ajatellen tilat voivat olla ahtaat ja epäviihtyisät. Usein myös omaisille ei ole tarpeellisia tiloja tarjolla. Laitoksessa omaisten läsnäolo

potilaan haluamalla tavalla ei aina onnistu hoitotoimien vuorokausirytmien vuoksi. Saattohoitopotilas kokee saavansa vain välttämättömät hoitotoimet ja on siksi usein yksinäinen. Henkilökunnan vähäisyyden vuoksi yhdessäolo ja keskustelu eivät aina toteudu potilaan toiveiden mukaisesti. (Anttila ym. 2005, 484.)

Omaisten ja läheisten sekä sosiaalisen kanssakäymisen tärkeys korostuu kuoleman lähestyessä. Kuoleva ihminen joutuu kokemaan luopumista kaikilla elämänsä alueilla. Hänen oman elämänsä kontrollointi heikkenee, hänen on asteittain luovuttava terveydestään sairauden edetessä, autonomiastaan, ammatistaan, asemastaan, perhe-elämästään ja tulevaisuuden suunnitelmistaan. (Grönlund ym. 2008, 37.)

Sairastuminen ja kuolema koskettavat ihmisen koko lähipiiriä. Ne merkitsevät omaisille sopeutumista uuteen tilanteeseen ja usein myös osallistumista käytännön toimiin. Sairastuminen tuo tullessaan myös läheisyyden halua; potilaan kaipaama tiivis läheisyys saattaa väsyttää perheen terveitä jäseniä. Läheisen sairastuminen aiheuttaa omaisissa pelkoa sairauden etenemisestä ja herättää kysymyksiä heidän omasta kyvystään auttaa ja tukea sairastunutta. Kuolevan potilaan eristäytyneisyyttä vähentää sosiaalisten suhteiden säilyminen sairastumisen jälkeen. (Hänninen 2001, 138–139.)

Saattohoitotyössä kuolevan potilaan omaisten osallistumisella hoitoon on suuri merkitys. Myötätunnon, ymmärtämyksen, läheisyyden ja rakkauden lisäksi omaiset ovat potilaan henkisenä tukena, toivon ja ulkomaailman yhteyden pitäjinä. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa potilaan voinnista tietoa omaisille ja kertoa, kuinka he voivat auttaa potilasta ja osallistua läheisensä hoitoon. Hoitaja voi tukea omaisten jaksamista ystävällisyydellä, keskustelulla ja myötätunnon osoittamisella. (Anttila ym. 2005, 488.)

Hoitajan ja omaisen välinen suhde vaikuttaa paljon hoidon onnistumiseen. Kuolevan potilaan perhe tarvitsee tuekseen samanaikaisesti vahvaa ammatti-ihmistä ja lämmintä persoonaa. Riittävän etäisyyden säilyttäminen hoitotilanteessa on tärkeää, jotta omaisen tunteiden vastaanottaminen ja heidän auttamisensa on mahdollista. Tärkeintä hoitajan on olla oma itsensä ja tunnistaa, millä tasolla liikkuu. Tunnemyrskyssä oleva omainen kaipaa läsnäolijaa, joka ei sure samalla tavalla kuin hän. Kuitenkin kun hoita-

ja avoimesti pystyy myöntämään, että suru voi koskettaa myös häntä, on hänen helpompi tukea omaisia. (Vainio ym. 2004, 269.)

Psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön merkitys kuolevan potilaan hoidossa on suuri. Avoin ja turvallinen hoitoyhteisön ilmapiiri luo potilaalle ja omaisille turvallisuuden tunnetta. Sopiva huumorinkäyttö lievittää jännitystä saattohoidossa. Hyvinvoiva työyhteisö heijastuu potilaaseen sekä hänen omaisiinsa lempeänä ja kärsivällisenä hoitona. (Aalto 2000, 43.)

Talousasioiden selvittämisessä sosiaalityöntekijä tukee tarvittaessa potilasta ja hänen läheisiään. Kuolevalla potilaalla on fyysisten ja sosiaalisten tarpeiden lisäksi myös hengellisen tuen tarve. Potilaan ja läheisten hengellinen tukeminen on osa kuolevan potilaan hoitotyötä. Sairaalateologi voi potilaan toiveiden mukaan lievittää kuolevan ja läheisten hengellisiä kipuja. (Kassara ym. 2005, 369.) Hengellisten tarpeiden arviointi on osa hoitoprosessia, siinä huomioidaan kuolevan potilaan arvot, vakaumus ja elämäntavat (Grönlund ym. 2008, 115).

2.3.3 Sairaanhoidajan ammattitaito

Saattohoitotyötä tekevän hoitajan työ on haasteellista ja vaatii sitoutumista saattohoitoon. Pystyäkseen vastaamaan kuolevan potilaan psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja filosofisiin tarpeisiin ammattitaitoisella sairaanhoidajalla tulee olla alansa viimeisimmät tiedot ja taidot. Sairaanhoidajan tulee pystyä hyvän perushoidon lisäksi vastaamaan potilaan ja hänen läheistensä tarpeisiin hyvän saattohoidon kriteereiden mukaisesti. Vastuuntuntoisen hoidon perustana on riittävä ammattitaito, oman persoonan luova käyttö, hoidossa tarvittavien valtuuksien ja resurssien omaaminen. (Kassara ym. 2005, 366.)

Kenenkään ei tarvitse olla täydellinen kuolevaa hoitaessaan. Oikeanlainen etäisyys kuolevaan ja kuolemaan on hyvin henkilökohtainen asia, hoitajan tulisi tuntea oma ammatillinen persoonansa sekä hyväksyä oma mittansa. Kuolevan hoito on elämäntoukua, jossa oppii kestävään avuttomuutta, hyväksymään itsensä ja työtoverinsa, sekä oppii saamaan apua työtovereiltaan. Kuolevan potilaan hoidossa korostuu mo-

niammatillinen työote. Kyky toimia moniammatillisessa hoitotyöryhmässä on yksi sairaanhoitajan osaamisalueista saattohoidossa. (Sailo 1992, 74–75; Hänninen 2001, 60–61.)

Hoitohenkilökunta määrittelee usein saattohoidon läsnäoloksi. Hoitajalla tulee olla kuoleman lähestyessä kyky olla potilaan lähellä. Läsnäolo tuo turvallisuutta potilaalle ja vähentää kuolemanpelkoa. Saattohoitotyötä tekevältä odotetaan ammatillisuutta ja inhimillisyyttä yhtenä saattohoitotyön työvälineenä. (Hänninen 2001, 60–61.)

2.3.4 Saattohoidon tukipalvelut

Potilas on oikeutettu saamaan tukipalveluita, vaikka taudin ennuste on huono. Eri tukipalvelumuotoja ovat tukihenkilötoiminta, ensitiedonkurssit, fysioterapia, sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit. Omahoitaja arvioi yhdessä potilaan ja omaisten kanssa, mikä tukipalvelu on heidän kohdallaan tarpeellinen. Saattohoitopotilasta hoitavan yksikön tulee ensisijaisesti kertoa saatavilla olevista tukipalveluista. Tukipalveluita tarjoavat Kela ja syöpäjärjestöt, jotka informoivat palveluistaan oman organisaationsa tai sosiaalityöntekijän kanssa. (Holmia ym. 2004, 139.)

Vapaaehtoistyöntekijät ovat tärkeä ryhmä saattohoidon tukipalveluissa. Heidät koulutetaan tehtäväänsä teemoina keskustelu ja läsnäolo, kuolevan potilaan myötäeläviä kuunteleminen, luopumisessa ja surutyössä tukeminen. Vapaaehtoiset ovat täydentämässä hoitotyöntekijöiden työtä, eivät korvaamassa sitä. (Aalto 2000, 241, 246.)

Saattohoidossa toimiessaan vapaaehtoistyöntekijällä on yhteisenä tavoitteena hoitohenkilökunnan kanssa potilaan ja omaisten elämänlaadun ja hyvinvoinnin kohentaminen. Kuolevan potilaan hoidosta ja hänen omaistensa tukemisesta jäisi tärkeä osa puuttumaan ilman vapaaehtoistoimintaa. Vapaaehtoistyöntekijä kulkee tavallisena ihmisenä kuolevan ja omaisten rinnalla loppuun saakka. (Grönlund ym. 2008, 125, 130.)

Kuntoutuksella tuetaan kuolevan potilaan omia voimavaroja selvittää jokapäiväisistä toiminnoista. Kuntoutumisen suunnittelu tehdään yhdessä potilaan kanssa hänen ehtoillaan. Kuntoutuksen yhtenä tavoitteena on edistää kuolevan ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. (Holmia ym. 2004, 139.)

2.4 Saattohoitopäätös ja hoitolinjaukset

Riittävän ajoissa aloitettu saattohoito takaa parhaimmillaan ihmiselle arvokkaan ja inhimillisen kuoleman. Saattohoitoon siirtymisen edellytyksenä on potilaan, omaisten, lääkärin ja hoitohenkilökunnan yhteinen päätös. Saattohoitopäätös merkitsee ensisijaisesti hoidon linjaamista. Hoitolinjauksella saattohoitopotilaan kohdalla tarkoitetaan elämää ylläpitävien, ja pitkittävien hoitojen lopettamista tai aloittamatta jättämistä. Neste- ja ravitsemushoito sekä tutkimusten ja hoitojen tarpeellisuus mietitään potilas-kohtaisesti hoitolinjausta tehdessä taudin kulku ja ennuste huomioiden. Hoitolinjaukset tehdään potilasta kuunnellen, ja yksilölliset tarpeet huomioiden. (ETENE 2003, 10–11.)

Saattohoitopäätöstä edeltää hoitoneuvottelu, johon ottavat osaa potilas ja hoitava lääkäri. Potilaan luvalla voi neuvottelussa olla mukana hänen läheisensä ja muita hoitoon osallistuvia. Neuvottelussa keskustellaan potilaan sairaudesta, hoitoon liittyvistä asioista ja tulevaisuuden näkymistä. Saattohoitopäätöksen tekemiseen varataan riittävästi aikaa, potilaalla ja omaisilla on usein kysyttävää epäselviksi jääneistä asioista. Potilaalla ja omaisilla voi olla tarve keskustella muuttuneen elämäntilanteen tuomista vaikeista tunteista, ja heille tulee tarjota mahdollisuus asian käsittelyyn. (Heikkinen ym. 2004, 24–25.)

Hoitoyhteisöllä on tärkeää olla yhtenäinen näkemys hoitolinjoista sekä avoin keskusteluyhteys. Saattohoitoon siirtymisestä tulee kirjata päätös selvästi potilaskertomukseen, mitä päätettiin ja päätösten perustelut, ketkä olivat paikalla päätöstä tehtäessä, ketkä osallistuivat päätöksentekoon, yhteisesti sovitut jatkotoimenpiteet sekä se kenelle päätöksestä on ilmoitettu tai pitää ilmoittaa. Tiedoilla on merkitystä erityisesti päivystysaikana tehtäviin hoitoratkaisuihin, jos potilasta hoitaa vieras lääkäri. Lisäksi se antaa

henkilökunnalle tukea sellaisissa tilanteissa, joissa joku potilaan omainen on eri mieltä tilanteesta. (Heikkinen ym. 2004, 25–26.)

2.5 Saattohoitosuositukset

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2003) on tehnyt seuraavanlaisen suosituksen saattohoidosta:

1. ”Jokaisella on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon myös silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole olemassa.
2. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava saattohoidossa. Potilaan hoitotahdosta voidaan poiketa vain silloin, kun voidaan perustellusti olettaa potilaan muuttaneen tahtoaan hoitonsa suhteen.
3. Saattohoitopäätös ja hoitosuunnitelma perustuvat yhteisymmärrykseen potilaan ja häntä hoitavien henkilöiden välillä.
4. On tärkeää, että hoidon jatkuvuus varmistetaan potilaan hoidon tavoitteiden muuttuessa ja potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Siirryttäessä parantavasta hoidosta palliatiiviseen tai saattohoitoon on myös tärkeää tehdä mahdollisimman selkeä suunnitelma ja kirjata suunnitelmapotilaan asiakirjoihin. Suunnitelman tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä. Potilasasiakirjoissa tulee käyttää selkeitä ja terveydenhuollossa hyväksytyjä ilmaisuja.
5. Saattohoitoa toteuttavilla yksiköillä pitää olla valmiudet toteuttaa saattohoitopotilaille tehty hoitosuunnitelma. Hyviin valmiuksiin kuuluvat riittävät henkilöresurssit, ammattitaito sekä sopivat välineet, joilla hoito voidaan toteuttaa inhimillisesti ja turvallisesti.
6. Potilaalla on oikeus kuolla kotonaan tai paikassa, jossa hän voi olla läheistensä läheisyydessä niin halutessaan.
7. Henkilöihin jotka eivät ole kelpoisia päättämään hoidostaan on kiinnitettävä erityistä huomiota sekä saattohoitopotilaina että saattohoitopotilaiden lähiomaisina.
8. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville potilaille riippumatta heidän sairautensa diagnoosista.”

3 SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN

3.1 Kehittämistoiminta

Kehittämistoiminta on toiminnan muuttamista ja uudistamista yhteisesti muotoutuvan tulevaisuudennäkymän suunnassa. Hyvää tulevaisuuden näkymää ei koskaan täydellisesti saavuteta, vaan se siirtyy aina eteenpäin. (Mäkisalo 1999, 14.) Hyvän ja laadukkaan hoidon edistämiseksi työyhteisön kehittämistyö on välttämätöntä (Mäkisalo 2003, 23).

Terveydenhuollon kehittämistoiminnan tavoitteena on jo olemassa olevien palvelujen parantaminen, sekä uusien palvelujen ja menetelmien kehittäminen. Terveydenhuollon tulevaisuuden haasteena on kehittämistoiminnan ja tutkivan työskentelytavan omaksuminen kaikilla terveydenhuoltoalan tasoilla. (Heikkilä ym. 2008, 17, 55.) Kehittämistyö on jatkuvaa uutta luovaa toimintaa, ja kuuluu jokaiselle työyhteisön jäsenelle (Mäkisalo 2003, 28).

Työyhteisö, jossa on sitouduttu yhteiseen toimintamalliin, takaa sen, että jokainen hoitaja voi työskentelyssään toimia itseohjautuvasti ja käyttää luovuuttaan sekä asiantuntijuuttaan. Työyhteisö koostuu yksilöistä ja toiminta muuttuu yksilöiden kautta. Yksilö ei yksin pysty muuttamaan koko työyhteisön toimintaa, mutta hän voi omaa toimintaansa tutkimalla ja sitä tarvittaessa muuttamalla käynnistää työyhteisössä suurenkin muutoksen. (Mäkisalo 1999, 15–16.)

Olemassa olevalla ja kehittämisen mukana tuotettavalla uudella tiedolla on keskeinen merkitys. Yhtä tärkeä sija on terveydenhuollon henkilöstön vuosien työkokemuksen ja kehittämistoiminnan mukanaan tuomalla kokemustiedolla. Käytännön osaajat muuttavat tutkimus- ja kokemustiedon avulla asiantilaa tai ympäristöä jollakin tavalla paremmaksi. Osallistuttamalla käytännön osaajia he sitoutuvat kehittämistyöhön. (Heikkilä ym. 2008, 55.)

3.2 Kehittämiskohteen fyysinen ympäristö ja nykytilanteen kuvaus

Mikkelin terveystieteiden sairaalan osasto kaksi on saattohoitoon keskittynyt ja saattohoitoon perehtynyt osasto. Se tarjoaa Mikkelin alueen parantumattomasti sairaille saattohoitoa tarvitseville potilaille oireenmukaista hoitoa. Saattohoitoyksikkö eroaa saattohoitokodista niin, että saattohoitoa tarvitsevia on vain osa osaston potilaista. Osastotasoista saattohoitoa tarvitsevat potilaat pyritään jatkossa Mikkelin kaupungissa kehittämään osastolle kaksi, ja osaston on tarkoitus toimia myös kotihoidon tukiosastona. (Mikkelin kaupunginhallituksen kokouspöytäkirja 2008.)

Saattohoito-osasto sijaitsee terveystieteiden sairaalan toisessa kerroksessa. Osaston fyysiset tilat on remontoitu vuonna 2006, jolloin osasto muutti nykyisen sairaalan tiloihin. Saattohoito-osastona se on aloittanut vuoden 2009 alusta. Osastolla on kaksikymmentäviisi potilaspaikkaa, potilashuoneita on yhteensä neljätoista. Huoneista kolme on yhden hengen huoneita, yksi kolmen hengen huone ja loput kahden hengen huoneita. Kaikissa potilashuoneissa on oma wc ja suihku. Osastolla on yhteinen oleskelutila/päiväsali. Saattohoitopotilaiden määrä vaihtelee, keskimäärin saattohoitopotilaita on kahdesta neljään. (Vuorilehto 2009.)

Osaston henkilökuntamitoitus on 0.66 hoitajaa potilasta kohden. Osastolla on neljä sairaanhoitajaa, yksitoista perushoitajaa, neljä sairaala-apulaista ja osastonhoitaja. Osaston lääkäri käy arkisin osastolla päivittäin, iltaisin ja viikonloppuisin päivystävä lääkäri on tavattavissa puhelimitse. Fysioterapeutti/kuntohoitaja käy osastolla kaksi kertaa viikossa ja tarpeen mukaan. Saattohoitopotilaiden ja omaisten toiveita huomioidaan mahdollisuuksien mukaan, yöpymismahdollisuus osastolla järjestetään omaiselle tarvittaessa. Sairaalateologi on mahdollista saada osastolle puhelimitse. (Vuorilehto 2009.)

3.3 Kehittämistyön tavoitteet opinnäytetyössämme

Opinnäytetyössämme kehittämistyöllä tarkoitamme saattohoito-osaston työntekijöiden valitsemien kohteiden kehittämistä laadukkaana saattohoidon malliksi. Mallin pohjalla on huhtikuussa 2009 tehty osaston hoitotyöhön osallistuville kysely, jossa käytimme apuna kalanruotomallia (kuvio 1). Kyselyn avulla pyrimme kartoittamaan hoitajien omaa käsitystä siitä, mitä on hyvä laadukas saattohoito ja mitä se heidän mielestään sisältää. Esiin nousseiden kehitettävien kohteiden perusteella teimme kohdennetun kirjallisuuskatsauksen ja sen perusteella teimme kehittämissuositusten saattohoidon mallista (liite 1).

Kehittämistyömme tavoitteena on antaa Mikkelin terveyskeskussairaalan osasto kahdelle tutkitun teorian pohjalta kehittämissuositus hyvän saattohoidon mallista.

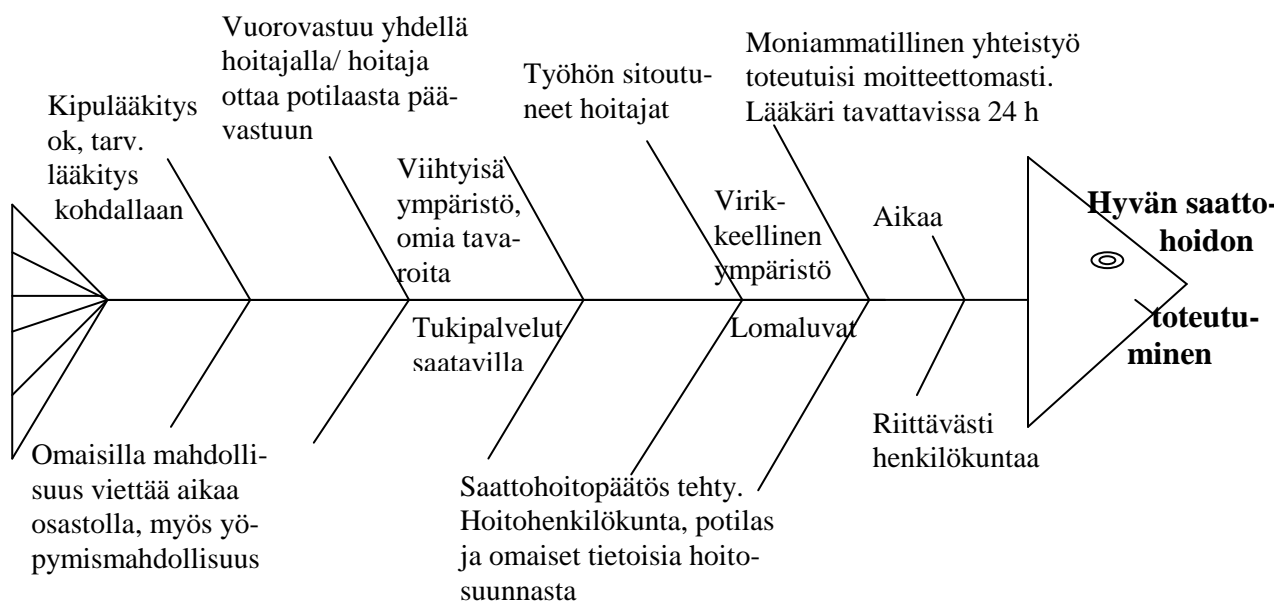
4 HENKILÖKUNNAN NÄKEMYS HYVÄSTÄ SAATTOHOIDOSTA

Osastolle laadittavan kehittämissuosituksen runkona on osaston henkilökunnalta kalanruotomallin (kuvio 1) avulla kerätyt kehittämissuositukset saattohoitotyön mallista.

Kalanruotokaaviota eli syy-seuraus kaaviota käytetään syy-seuraus suhteiden selvittämisessä ja ongelmien syiden etsimisessä ja analyysissä. Analyysia voidaan myös kutsua keksijänsä mukaan Ischikawa-analyysiksi (Laatuakatemia 2008). Kalanruoto kaavio on graafinen työkalu, jonka avulla etsitään syy ja seuraussuhteita tai kuvataan prosesseihin vaikuttavia tekijöitä. Se vastaa kysymyksiin, mistä oikeastaan on kyse ja mitä meidän pitäisi tehdä jotta... (Karjalainen 2009.) Kalanruotokaavio eli syy-seuraus kaavio on yksi käytännön kehittämistyötä eteenpäin auttava ja luovaa toimintaa tukeva menetelmä. Sitä voidaan käyttää myös ongelmanratkaisussa luovana menetelmänä. (Mäkisalo 2003, 64–65.)

Käytimme omassa kehittämistyössämme kalanruotomallia niin, että asetimme tavoitteeksi hyvän saattohoidon toteuttamisen. Piirsimme tyhjän kalanruodon isolle kartongille, jonka veimme Mikkelin terveyskeskussairaalan osasto kahden taukuhuoneen seinälle lyhyen saatekirjeen kera. Annoimme sen olla seinällä kaksi viikkoa, jonka

aikana hoitohenkilökunta kirjoitti kalanruotoon omia näkemyksiään siitä, mitä hyvä saattohoito toteutuessaan heidän mielestään sisältäisi. Saamamme tulokset kokonaisuudessaan esittelemme kuviossa 1.



KUVIO 1. Hyvä saattohoito henkilöstön mielestä

Hyvän saattohoidon osatekijät ovat kyselyn mukaan: henkilökuntaa on riittävästi, moniammatillinen yhteistyö toteutuu moitteettomasti, lääkäri on tavoitettavissa ympäri vuorokauden, potilaille on riittävästi aikaa, hoitajat ovat sitoutuneita työhönsä, saattohoitopäätös on tehty ja hoitohenkilökunta, potilas sekä omaiset ovat tietoisia hoitosuunnasta, kipulääkitys sekä tarvittava lääkitys ovat kunnossa, ympäristö on viihtyisä sekä virikkeellinen ja potilaalla on mahdollisuus pitää siellä omia tavaroita, omaisilla on mahdollisuus viettää aikaa osastolla ja he voivat tarvittaessa yöpyä siellä, tukipalveluja on saatavilla ja potilaan lomaluvat ovat kunnossa.

5 TARKENNETTU KIRJALLISUUSKATSAUS

Koottuamme kalanruotomallin avulla osaston henkilökunnalta hyvän saattohoidon osa-alueet ryhdyimme hakemaan tutkittua tietoa asiantuntijoiden tekemistä tutkimuksista. Tässä vaiheessa teimme uuden tarkennetun tiedonhaun opinnäytetyöprosessin alussa tehdyn kirjallisuuskatsauksen täydentämiseksi (liite 2).

5.1 Tutkimustuloksista esiin nousseita asioita

Tähän olemme keränneet täydennetyn tiedonhaun avulla tutkittua tietoa saattohoitotilaan hoitamiseen liittyvistä osa-alueista. Näiden osa-alueiden pohjalla on hoitohenkilökunnan omat näkemykset siitä, mitä hyvä saattohoito toteutuessaan heidän mielestään sisältäisi.

5.1.1 Asenne potilaaseen

Saattohoidon lähtökohtana on arvokkuus ja potilaiden kunnioittaminen. Hoidossa olevaa potilasta ja hänen perhettään tulee kunnioittaa, arvostaa ja potilas tulee hyväksyä juuri sellaisena kuin hän on. Potilaalla tulee olla itsenäinen päätäntävalta ja vapaus sekä oikeus päättää omasta hoidostaan ja asioistaan. Saattohoidossa olevan potilaan hoidossa tulee huomioida hänen omat yksilölliset tarpeensa, yksityisyytensä sekä oikeus rauhalliseen kuolemaan. (Sand 2003, 120–121.)

Oman minuuden säilyttäminen loppuun asti on kuolevan potilaan oikeus. Hoitajan tulee rohkaista potilasta muistelemaan. Muistelu on kuolevalle tärkeä keino vakuuttua eletyn elämän arvosta. Oma hoitajalle muistojen merkityksen ymmärtäminen auttaa potilaan tukemisessa ja arvostamisessa. (Lipponen 2006, 170.) Laadukas saattohoito lähtee yksilöllisestä hoidon suunnittelusta ja potilaan asioihin paneutumisesta. Sen lähtökohtana on aina potilas, jota arvostetaan ja kohdellaan hyvin. (Mikkonen 2007, 64.)

5.1.2 Potilaan hoitotapa

Hoitamisen suunnan ja tarkoituksen on kuolevan potilaan hoitotyössä oltava koko ajan selvillä. Kuolevalla on oikeus olla hoidettavana, kokea toivoa tai halutessaan oikeus kieltäytyä hoidoista. (Lipponen 2006, 165.) Hoitoratkaisujen tekeminen potilas- ja perhekohtaisesti kuuluu kuolevan potilaan yksilölliseen hoitoon. Keskustelu potilaan ja omaisten kanssa yksilöllisistä hoitotyön ja lääketieteen ratkaisuista mahdollistaa omaan hoitoon vaikuttamisen potilaalle sekä omaisille. (Mikkonen 2007, 65–66.)

Hildenin tekemä tutkimus (2006) osoitti elämän loppuvaiheen hoitoratkaisuihin liittyvän usein käytännön epäselvyyksiä ja päätöksentekotilanteen alttiuden ristiriidoille. Suurin osa lääkäreistä ja hoitajista piti päätöksenteon keskeisimpänä periaatteena potilaan itsemääräämisoikeutta. Päätöksenteon ja hoitoneuvottelujen johtajina toimivat useimmiten lääkäri, ja hoitajat kokevat olevansa potilaan puolestapuhujia.

Hoitaminen ei aina toteudu potilaan odotusten mukaan. Saattohoitopotilaat toivovat hoitajilta ja lääkäreiltä kiireetöntä kuuntelua. Henkilökunnan kiire vaikuttaa myös potilaiden ja perheen omatoimisen selviytymisen yrittämiseen. (Sand 2003, 175.)

Hoitajalta kuolevan potilaan hoitaminen edellyttää uskallusta ja kykyä olla työssä aidosti inhimillisenä, toisen ihmisen läheisenä. Saattohoitotyötä tekevän omahoitajan tulee sitoutua organisaation saattohoitoideologian mukaiseen hoitotyöhön. Kuolevat potilaat kokevat omahoitajien vaihtumisen esteenä saattohoitoideologian toteutumiseksi. Hoitosuhteeseen, joka on epävarma, liittyy usein yksinäisyyttä ja turvattomuutta. (Lipponen 2006, 173; Sand 2003, 142.)

5.1.3 Perheen ja omaisten huomiointi

Perheen merkitys korostuu hoitamisen voimavarana, ja perheeseen pidetään yhteyttä ja sitä tuetaan myös potilaan kuoleman jälkeen. Potilaalla ja hänen perheellään on keskeinen asema saattohoidossa. Saattohoidon keskiön muodostavat potilas ja perhe, keskushenkilönä on potilas. (Sand 2003, 94, 175.) Perheyhteyden merkittävyys on kuolevalle potilaalle suuri; kaikilla perheenjäsenillä on oma tärkeä paikkansa tukijoukoissa.

Perheen tuki on potilaalle keino selvittää vakavan sairauden aiheuttamasta shokista. (Lipponen 2006, 112.)

Omaisten tukeminen saattohoidossa tapahtuu antamalla heille tietoa, tukea, turvallisuutta ja toivoa. Potilaalle ja hänen perheenjäsenilleen tulee luoda yhteisiä tapaamisia, ja niiden tavoitteena on luoda omaisten ja potilaan välille läheisyyttä, turvallisuutta ja kiinteää yhteyttä. Potilaan tullessa osastolle ensimmäistä kertaa omahoitajan on hyvä olla vastaanottamassa häntä ja omaisia. Omahoitajan kanssa potilas voi keskustella asioistaan, perhesuhteistaan ja omaisistaan. (Sand 2003, 94–95.)

Tuen antaminen perheenjäsenten selviytymiseksi kuoleman lähestyessä on tärkeää; tuki voi olla tukiryhmään ohjaamista tai omahoitajan kanssa puhumista (Lipponen 2006, 113). Omaiset kokevat tärkeänä olla kuoleman hetkellä läsnä, hetken jakaminen auttaa hyväksymään luopumisen lopullisuuden. Yhteisen elämän merkityksellisyys tiivistyy omaisen antamana lupana kuolla. (Mikkonen 2007, 69.)

Kuoleva potilas on usein huolissaan läheistensä jaksamisesta. Hän voi kokea tehtäväkseen tukea läheisiään ja sen avulla säilyttää elämänsä mielekkyyden tunteen lähestyvistä kuolevasta huolimatta. Kuolevan omaan hoitopaikan valintaan vaikuttaa usein halu säästää läheisiä ihmisiä. (Molander 1999, 38.)

5.1.4 Potilaan perustarpeiden huomiointi

Saattohoitopotilaan hoitaminen on perushoitoa. Hoitamisessa keskitytään potilaan fyysiseen, psyko-sosiaaliseen, ja hengelliseen tukeen sekä hoitamiseen. Perushoito annetaan mahdollisimman hyvin potilaan yksilölliset lähtökohdat huomioiden. Kuolevan kipu ymmärretään potilasta rasittavana moniulotteisena tekijänä. Sen vähentäminen ja lievittäminen on saattohoitopotilaan hoidon keskeinen asia. (Sand 2003, 167.)

Hyvä oireiden lievitys on yksi saattohoidon periaatteista, oireiden poistaminen kokonaan ei kuitenkaan aina onnistu. Saattohoitopotilaan oireiden hoidossa hoitovasteen systemaattinen arviointi, oireiden dokumentointi ja selkeiden mittausmenetelmien käyttäminen on oleellista. Lähtökohtana hoidossa on potilaan arvio oireidensa hanka-

luudesta ja hoitovasteesta. Omaisten näkökulmasta kuolevan oireiden lievittäminen on saattohoidon ensisijainen tehtävä. (Mikkonen 2007, 67- 68,76.)

5.1.5 Hoitoon osallistuvat ja heidän osaaminen, vahvuudet ja resurssit

Kuolevan hoitoon osallistuvan ammattitaitoinen osaaminen, turvallinen ja kollegiaalinen toiminta on hyvän saattohoidon edellytys (Mikkonen 2007, 68). Saattohoitotyössä moniammatillinen henkilökunta on hoitamiseen vahvasti sitoutunutta. Hoitohenkilökunta, lääkärit, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja sairaalan sielunhoitaja tekevät moniammatillista yhteistyötä potilaan hyväksi. (Sand 2003, 167.) Myös yksittäinen työntekijä sitoutuu usein kuolevan hoitotyöhön pitkäaikaisesti. Yhteisöllisesti saattohoitoyksikkö voi olla ristiriitainen mutta vahva. (Sand 2003, 168.)

Saattohoitotyössä toimivat omahoitajat tarvitsevat hoitosuhteessa ammattitaidon prosessinomaista kehittymistä voidakseen auttaa kuolevia potilaita. Hoitaja oppii oivaltamaan oman sopivuutensa saattohoitotyöhön ammatillisen kasvun kautta. (Lipponen 2006, 161–162.) Ammattitaitoiseksi saattohoitajaksi ei synnytä vaan siihen opitaan. Saattohoidossa tarvittava ammattitaito tulee vähitellen työhön sitoutumisen, ihmisenä kasvamisen ja käytännön hoitotilanteissa tapahtuvan oivaltamisen myötä. (Lipponen 2006, 146.)

Kuolevan hoitoon osallistuvat kokevat saattohoidon myönteisenä ja ainutlaatuisena haasteita antavana tehtävänä. Hoitaja tarvitsee pelotonta työtettä ja taistelutahtoa kyetäkseen kohtaamaan päivittäisessä työssään potilaan perheineen kuoleman uhan ollessa läsnä. Saattohoitotyötä tekevän tulee pystyä tukemaan potilasta ja perhettä sekä kohtaamaan eteen tulevia vaikeita omia inhimillisiä voimavaroja kuluttavia tilanteita. Päivittäisessä työssä hoitoyhteisön voima ilmenee potilaan tilanteeseen paneutumisena yhteisenä rintamana, potilasta ja perhettä tukien. (Sand 2003, 120–121.) Kuolevan potilaan toivomuksien toteutuminen merkitsee paljon hoitoon osallistuville (Sand 2003, 113).

Omahoitajan on opittava tunnistamaan oman jaksamisensa rajat pystyäkseen sitoutumaan kuolevan potilaan auttamiseen. Hoitosuhteessa rajojen tunnistaminen mahdollistaa etäisyyden ja läheisyyden samanaikaisen hyväksymisen. (Lipponen 2006, 172–173.) Potilas kokee hoitajan todelliseen ammattitaitoon sisältyvän teknisten taitojen lisäksi läheisyyttä viestittävän myötäelämisen taidon. Myötäelävä omahoitaja on turvallisempi ja läheisempi, hänellä on aikaa olla lähellä, kuunnella ja puhua potilaalle. Toimenpiteiden ja otteiden synnyttämä varmuus luovat kuitenkin turvallista perustaa hoitosuhteen luottamuksen syntyyn. (Lipponen 2006, 94,161.) Myös vapaaehtoistyöntekijä pääsee potilasta lähelle, mutta hänen roolinsa ei ole hoitaa vaan olla läsnä silloin kun tarvitaan ja antaa aikaa kuolevan keskustelulle (Sand 2003, 116).

Tulevaisuudessa saattohoitotyötä tekevien ammatillista valmiutta lisäävänä tekijänä kuolevan ja hänen läheistensä hoidossa on oivaltaa ja tulla tietoisemmaksi omasta tavastaan olla kuolevan kohtaajana. Tähän tulee antaa valmiudet jo koulutuksen aikana. (Huhtinen 2005, 156.)

Kuolevan parissa työskentely vaatii hoitajalta siis työssä onnistuakseen kiinnostusta saattohoidon erilaisiin toimintamalleihin, oireenmukaisen hoidon kehittämisen halua ja tärkeimpänä motivaatiota työskennellä kuolevien parissa. Työtovereiden tuki antaa voimia saattohoitotyöhön. Organisaation johto voi osoittaa arvostavansa hoitohenkilökunnan työtä esimerkiksi virkistyspäiviä ja koulutustilaisuuksia järjestämällä. (Molander 1999, 90–92.)

5.1.6 Hoitoympäristö

Potilaalle tulee mahdollistaa viihtyisä, kodinomainen ja turvallinen hoitopaikka. Saattohoitohuoneiden sisustukseen ja estetiikkaan tulee kiinnittää huomiota (Sand 2003, 6), vaikka saattohoito toteutuu hoitoympäristöstä riippumatta suurelta osin potilaan ja omahoitajan välisessä vuorovaikutuksessa (Lipponen 2006, 175).

Omaisten näkökulmasta se millainen fyysinen hoitoympäristö on, vaikuttaa omaisen saattohoitoon osallistumisen mahdollisuuksiin. Yhden hengen tilavat huoneet koetaan tärkeänä oman rauhan ja perheen läsnäolon mahdollistamiseksi kuolevan luona.

Omaisten saama tieto oirehoidosta ja tulevista tapahtumista vaikuttavat myönteisen ja sallivan ilmapiirin syntymiseen. Omaiset kokevat hyvän ilmapiirin parantavana tekijänä osallistua omaisen saattohoitoon. (Mikkonen 2007, 69, 75.)

Hoito-organisaatiossa taloudellisten resurssien niukkuus estää hoitotyön uusien vakanssien perustamisen ja pitkäaikaisten sijaisten vakinaistamisen, sen lisäksi työvoimapolitiittinen tosiasia on hoitajapula (Lipponen, 2006, 173). Hoitoympäristön tekijöistä henkilökunnan riittämättömyys ja sairaanhoitajan ajan puute omaisten tukemiseen sekä yhden hengen huoneiden puuttuminen vaikeuttavatkin omaisten tukemisprosessin onnistumista (Vaskelainen 2008, 55). Henkilökunnalla on oltava aikaa tervehtiä potilaita ja omaisia, vastata kysymyksiin, kysellä kuulumisia ja luoda kiireetön ilmapiiri (Mikkonen 2007, 67).

5.2 Ehdotus hyvän saattohoitotyön mallista

Olemme tiivistäneet kalanruotomallista sekä tarkennetusta kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon kehittämisehdotukseksi opinnäytetyömme loppuun (liite 1). Tämän ehdotuksen pohjana on tutkitusta tiedosta kerätyt osa-alueet, jotka olemme käsitelleet ja avanneet työssämme kohdassa tutkimustuloksia.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET

Kaikessa tiedonhankintaan ja julkistamiseen liittyvissä asioissa on tutkimuseettisiä periaatteita. Periaatteiden tunteminen ja toimiminen niiden mukaan on tutkijan vastuulla. Eettisiä näkökohtia on paljon, ja niiden riittävä huomioiminen opinnäytetyössä on vaativa tehtävä. (Hirsjärvi ym. 2002, 23, 27.)

Kehittämisen ja tutkimustoiminnassa kunnioitetaan ihmisen itsemääräämisoikeutta. Kehittämistyöhön osallistuvilla on oikeus kieltäytyä ja halutessaan keskeyttää kehittämistoiminnassa mukana oleminen. Kehittämistoimintaan liittyvään työhön tarvitaan terveydenhuollossa organisaation myöntämä lupa. Eri organisaatioissa luvanhakukäytännöt vaihtelevat. (Heikkilä ym. 2008, 44–45.)

Salassapitovelvollisuus terveydenhuollossa ulottuu myös kehittämistoimintaan, se pätee tutkittavan kehittämistoiminnan koottuihin tutkimus- ja seuranta-aineistoihin. Lisäksi kehittämistoimintaan osallistuvien henkilöiden henkilötietoja ei saa paljastaa missään vaiheessa. (Heikkilä ym. 2008, 45.) Tutkimusaineiston analyysi voidaan tehdä monella eri tapaa, eettisyyden näkökulmasta keskeisimpiä asioita on koko kerätyn aineiston hyödyntäminen (Leino-Kilpi ym. 2003, 292).

Opinnäytetyöllemme olemme saaneet virallisen luvan joulukuussa 2009 (liite 3). Opinnäytetyössämme arvioimme lähteiden luotettavuutta, valiten lähteet huolella työmme tavoitteita ajatellen. Kerromme hoitajille kehittämistyömme tarkoituksen, vapaaehtoisuuden ja anonyymiteetin säilymisen koko työn ajan ja sen jälkeenkin. Pohdimme kehittämiseen osallistumisen vapaaehtoisuutta käytännössä, koska työyhteisön kehittäminen on hoitoalan työntekijän oikeus ja velvollisuus työnantajaa kohtaan.

7 POHDINTA

Terveydenhuoltoalan organisaatiossa kehittämistoiminta perustuu usein kokemuksiin. Vuosien työkokemus tuo kehittämistoimintaan kokemustietoa ja oman toiminnan kehittämiseen sitoutuminen muuttaa toimintamalleja paremmiksi. (Heikkilä ym. 2008, 55.)

Halusimme opinnäytetyössämme yhdistää tutkimuksia saattohoitotyöstä saattohoito-osaston henkilökunnan ehdottamiin teemoihin ja niiden pohjalta luoda mallin hyvästä saattohoidosta. Toivomme tekemämme opinnäytetyön toimivan yhtenä apuvälineenä osaston henkilökunnalle saattohoidon kehittämisessä sekä saattohoitotyön tukemisessa osastolla.

Alkuperäisenä suunnitelmanamme oli pitää osastolla osastotunteja, joissa olisimme yhteistyössä henkilökunnan kanssa avanneet ja käsitelleet heidän kalanruotomalliin valitsemiaan kehittämiskohteita työkonferenssi menetelmällä. Opinnäytetyömme lupakäsittely vei ajallisesti inhimillisten tekijöiden vuoksi niin kauan, että se ei onnistunut ja siksi päädyimme tekemään tarkennetun kirjallisuuskatsauksen. Olemme mielestämme kuitenkin onnistuneet tutkimustuloksien pohjalta luomaan hyvän saattohoidon

mallin osastolle huomioimalla myös henkilökunnan osallistumisen kehittämistoimintaan.

Valitsemamme opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska saattohoitopotilaiden hoito on keskitetty vasta hiljattain terveyskeskuksen vuodeosastolle. Osasto on siirtynyt varsinaiseksi saattohoitopotilaiden hoitotyöhön erikoistuneeksi osastoksi vuoden 2009 alusta ja hoitohenkilökunnan yhteiset arvot osastolle ovat vasta valmistuneet. Kiinnostuimme opinnäytetyömme aiheesta heti kuultuamme Mikkelin sosiaali- ja terveystoimeen perustettavasta saattohoitoon keskittyneestä ja hoitoon perehtyneestä osastosta.

Olemme lukeneet sekä käsitelleet saattohoitoon liittyvää materiaalia ja tietoutta opinnäytetyöhömmme liittyen paljon opintojemme aikana. Lisäksi meillä molemmilla on kokemusta saattohoitotyöstä erilaisissa hoitoympäristöissä sekä työharjoittelun että palkkatyön kautta. Opinnäytetyötä tehdessämme saattohoitoon liittyvä kiinnostuksemme on lisääntynyt, ja vaikeutena on ollut rajata teoriatieto opinnäytetyön kannalta oleellisiin asioihin.

Tekemämme työ antaa jatkotutkimushaasteen selvittää, onko osaston saattohoito muuttunut aiemmasta. Tutkimuksista esiin noussut saattohoidon laadun arvioinnin vähäisyys sekä sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksesta puuttuva erillinen kuolevan potilaan hoitamiseen liittyvä opintojakso ovat mielestämme tulevaisuuden haasteita. Väestön ikääntymisen myötä kuoleman kohtaaminen on sairaanhoitajan työssä päivittäin läsnä, ja asiantuntemus kuolevan potilaan hoidosta vaikuttaa antamamme saattohoidon laatuun.

Opinnäytetyön tekeminen laajensi näkemystämme siitä, minkälaista tietämystä sairaanhoitajalla pitää olla saattohoitotyöstä. Saattohoitotyötä tekevän hoitajan työ on ajoittain raskasta ja henkisesti kuormittavaa, mutta yhteisiin pelisääntöihin sitoutuneet hoitajat, jotka omistavat avaran ja laajan sydämen unohtamatta ammatillisuuttaan, jaksavat tehdä ja toteuttaa hyvää sekä inhimillistä hoitotyötä saattaakseen potilaan viimeiselle ja arvokkaalle matkalle.

LÄHTEET

Aalto, Kirsti 2000. Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Anttila, Kyllikki, Hirvelä, Mervi, Jaatinen, Tiina, Polviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa 2005. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö.

Grönlund, Elina, Anttonen, Marja Sisko, Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Suomen Sairaanhoidajaliitto Oy.

Heikkinen, Helena, Kannel, Virpi & Latvala, Eija 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hildén, Hanna-Mari 2006. Making decisions in the face of death. Helsingin yliopisto. Kansanterveystiede. Väitöskirja.

Hirsijärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2002. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.

Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Huhtinen, Aili 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Lapin yliopisto. Kasvatustiede. Akateeminen väitöskirja.

Hänninen, Juha 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Joensuu, Heikki, Roberts, Peter J., Lyly, Seppo & Tenhunen, Mikko 2006. Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Karjalainen, Tanja 2009. Aivoriirellä luovuutta ryhmätyöskentelyyn. www -lehtiartikkeli. <http://www.qk-karjalainen.fi/?sivu=Artikkelit&id=89>. Ei päivitystietoa. Luettu 23.11.2009.

Kassara, Heidi, Paloposki, Sanna, Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Lipponen, Varpu, Ketola Marja-Leena & Hietanen, Helvi. Hoitotyön osaaminen 2005. Porvoo: WSOY.

Käypä hoito -suositus 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. www -sivut. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00072#s1>. Päivitetty 4.2.2008. Luettu 12.1.2010.

Laatuakatemia. Tuurala, Timo 2005. www -sivut. <http://www.kotiposti.net/tuurala/prosessit.htm>. Päivitetty 12.11.2008. Luettu 9.4.2010

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. www -sivut. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.11.2009.

Lipponen, Varpu 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Akateeminen väitöskirja.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Mikkelin kaupunginhallituksen kokouspöytäkirja 22.12.2008. www -dokumentti. https://webdom.mikkeli.fi/kunnari/internet_mikkeli.nsf/64436ab8f406db5ac225657c0

062b8ac/0658728aa2407a35c2257537002754eb?OpenDocument&Highlight=0,saattohoito,osasto. Ei päivitystietoa. Luettu 16.1.2009.

Mikkelin sosiaali- ja terveyslautakunnan kokouspöytäkirja 14.10.2008. www -dokumentti.

https://webdom.mikkeli.fi/kunnari/internet_mikkeli.nsf/3e12a7fcbc9e6736c22569d90040f1cd/13ab079ba0d648f7c22574f2002af7ce?OpenDocument. Ei päivitystietoa. Luettu 16.1.2009.

Mikkonen, Mirja 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Molander, Gustaf 1999. Työnä kuolemaan hoitaminen. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Mäkisalo, Merja. 1999. Me teemme sen. Tampere: Tammer-paino Oy.

Mäkisalo, Merja 2003. Yhdessä onnistumme. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Perustuslaki 731/1999. www -sivut.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Ei päivitystietoa. Luettu 23.11.2009.

Sailo, Eriikka 2000. Kivun hoito. Tampere: Tammerpaino Oy.

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

Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Suomen syöpäyhdistys 2009. www -sivut.

<http://www.cancer.fi/syopajarjestot/toiminta/saattohoitokodit/>. Ei päivitystietoja. Luettu 15.11.2009.

Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003. Saattohoidon suositus. www -dokumentti. <http://www.etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 26.10.2009.

Vaskelainen, Ulla 2008. Sairaanhoidajan näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisten tukemisesta terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Vuorilehto, Maire 2009. Henkilökohtainen tiedonanto 24.4.2009. Osastonhoitaja. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sairaala osasto kaksi.



Saattohoito os. 2

Hoitajan asenne potilaaseen:

- Kunnioita potilasta, arvosta ja hyväksy hänet sellaisena kuin hän on.
- Anna potilaan päättää omista asioistaan ja hoidostaan.
- Huomioi potilaan yksilölliset tarpeet.
- Rohkaise potilasta muistelevaan elettyä elämää ja arvostamaan sitä.
- Hyvää saattohoitoa on yksilöllinen hoidon suunnittelu.

Potilaan hoitotapa

- Potilaalla on oikeus olla hoidettavana, kokea toivoa/kieltäytyä hoidoista.
- Potilaan yksilölliseen hoitoon kuuluu hoitoratkaisut potilas- ja perhekohdaisesti.
- Työntekijät sitoutuvat organisaation saattohoitoideologian mukaiseen hoitotyöhön.
- Uskalla olla työssä aidosti inhimillisenä, toisen ihmisen läheisenä.
- Potilaalle tulee mahdollistaa omahoitaja.
- Hoitotyölle on annettava riittävästi aikaa.

Perheen ja omaisten huomiointi

- Perhettä ja omaisia tulee tukea antamalla heille tietoa, turvallisuutta ja toivoa.
- Potilaan ja hänen läheisten tapaamiset luovat läheisyyttä ja turvallisuutta.
- Läheisille annettu tuki mahdollistaa potilaalle rauhallisen ajan ennen kuolemaa.

Potilaan perustarpeiden huomiointi

- Potilaalle tulee antaa hyvä perushoito yksilöllisesti suunniteltuna.
- Hoitamisessa tulee keskittyä potilaan fyysiseen, psyko-sosiaaliseen tukemiseen ja hengelliseen hoitamiseen.
- Saattohoidossa keskeisimpiä asioita ovat hyvä oireiden hoito, kivun vähentäminen ja lievittäminen.

Hoitoon osallistuvien osaamiset, vahvuudet ja resurssit

- Kuolevan hoitoon osallistuvalla on oltava ammattitaitoista, turvallista ja kollegiaalista osaamista.
- Moniammatillisen henkilökunnan on oltava hoitamiseen vahvasti sitoutuneita.
- Ammattitaitoiseksi saattohoitajaksi ei synnytä vaan siihen opitaan.
- Saattohoidossa tarvittava ammattitaito tulee vähitellen työhön sitoutumisen, ihmisenä kasvamisen ja käytännön hoitotilanteissa tapahtuvan oivaltamisen myötä.
- Hoitajan peloton työote ja taistelutahto auttavat hoitajaa kohtaamaan päivittäisessä työssään potilaan perheineen.
- Saattohoitotyötä tekevän tulee pystyä tukemaan potilasta ja perhettä sekä kohtaamaan eteen tulevia vaikeita omia inhimillisiä voimavaroja kuluttavia tilanteita.

Hoitoympäristö

- Mahdollista potilaalle viihtyisä, kodinomainen ja turvallinen hoitopaikka.
- Saattohoituhuoneiden sisustukseen ja estetiikkaan kiinnitetään huomiota.
- Tilava saattohoituhuone mahdollistaa oman rauhan ja perheen läsnäolon.
- Riittävästi henkilökuntaa ja aikaa hoitotyöhön.

LIITE 2 (1) Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen bibl.tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Omat intressit työn kannalta
<p>Varpu Lipponen 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Kuolevat potilaat sekä heidän omahoitajat</p>	<p>Hoitotilanteiden havainnointi n=10 Kuolevien potilaiden haastattelu n=10 Omahoitajien haastattelu n=10 Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Kuolevan potilaan omahoitajaksi ei synnytä, vaan opitaan. Muistelu merkitsee potilaalle keinoa vakuuttua menneen elämänsä arvosta ja sillä voi olla parantava tai terapeuttinen voima. Kuolevan potilaan auttamiseen ei voi sitoutua jos omahoitaja ei tunne oman jaksamisensa rajoja.</p>	<p>Tärkeimpänä on muistaa, ettei kuolevan potilaan hoitajaksi synnytä vaan opitaan! Potilaille tulisi olla aikaa ja hoitohenkilökunnan tulee olla motivoituneita ja sitoutuneita saattohoitoon.</p>
<p>Hilkka Sand 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus Suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Kolme eri saattohoitokotia sekä saattohoito potilaat ja kuolevan hoito</p>	<p>Aineisto on kerätty Turun, Tampereen ja Helsingin saattokodeista. Haastattelu n=35 Aiempi aineisto, saattohoitopotilaat n=6</p>	<p>Saattohoito on potilaan yksilöllisesti huomioonotettava että perhekeskeistä. Hoitamisen lähtökohtana ovat kuolevan potilaan tarpeet. Yksilöllinen kivunlievitys ja perushoito ovat oleellinen osa hoitoa. Hoidon tarkoitus mahdollistaa viihtyisä, turvallinen ja kodinomainen hoitopaikka, hyvä hoito ja kivunlievitys sekä rauhallinen kuolema</p>	<p>Mitä hyvä saattohoito on työntekijöiden että potilaiden ja omaisten mielestä ja mitä se pitää sisällään</p>

LIITE 2 (2) Kirjallisuuskatsaus

<p>Mirja Mikkonen 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.</p>	<p>Saattohoitopotilaiden omaiset</p>	<p>Tutkimus tehtiin kyselylomakkeella omaisille (N=150) sekä haastatellen 6 omaista</p>	<p>Omaiset arvioivat saattohoidon laatua hyväksi, hoito ihmisläheistä ja oireita lievittävää. Fyysisen hoitoympäristön puutteet ovat saattohoidon laatua heikentävä tekijä, sekä henkilökunnan riittämättömyys.</p>	<p>Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät omaisten näkökulmasta ovat ihmisläheisyys ja kuolevan oireita lievittävä hoito, sekä perheen yhdessäolon ja yksinäisyyden mahdollistaminen.</p>
<p>Molander, Gustaf 1999. Työnä kuolevan hoitaminen, mistä voimavarat. Tutkimus. SMS-julkaisut.</p>	<p>Keskussairaalan, terveyskeskussairaalan, saattohoitokodin hoitajat, sosiaalityöntekijät ja lääkärit. Toisena ryhmänä yli 80-vuotiaat potilaat.</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä haastattelu, 26 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa ja 10 vanhusta.</p>	<p>Työssä jaksamisen kannalta on tärkeää hoitajan motiivi kuolevaa hoidettaessa. Hoitorajan ja oman sietokyvyn tunnistaminen on tärkeää. Hoitajan tunteiden sulkeminen hoitotyön ulkopuolelle huonontaa työn laatua. Potilas on usein huolissaan läheistensä jaksamisesta.</p>	<p>Miten saattohoitotyötä tekevä hoitaja voi käsitellä kuolemaan liittyviä tunteita ja mitkä asiat ovat erityisen vaikeita kuolevan hoidossa. Kuolevaa hoitavaalla oltava hyvä itsetuntemus, kyky tunnistaa ja käsitellä omia tunteitaan.</p>
<p>Huhtinen, Aili 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto</p>	<p>Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen kuolevan hoitamisen asiantuntija ja ohjelman koulutuksessa olevat kaksi opiskelijaryhmää</p>	<p>Toisessa ryhmässä 20 ja toisessa 12 naispuolista terveydenhuollon, sosiaalialueen ja kirkon työntekijää</p>	<p>Tutkimuksessa opiskelijat rooliharjoitusten ja tarinankerronnan avulla kasvoivat ihmisenä kuoleman kohtaamisessa.</p>	<p>Kuinka sairaanhoitaja koulutuksessa voi käyttää opiskelijoiden kokemuksia kuolevien ihmisten ja omaisten hoitajina sekä kasvattaa kuoleman kohtaamiseen.</p>
<p>Kaapeli, Jenni, Kujala, Janina 2006. Mahdollisuudet hyvään saattohoitoon vanhainkodeissa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pori.</p>	<p>Hoitotyöhön osallistuva henkilökunta</p>	<p>n=67 Kyselylomake, strukturoituja että avoimia.</p>	<p>Tulee olla tarpeeksi henkilökuntaa, lisäkoulutuksen tarkeys korostuu.</p>	<p>Hoitohenkilökunnalla ei ole aikaa toteuttaa hyvää ja laadukasta saattohoitoa. Kivunhoidon ja saattohoidon koulutuksen lisätarvetta.</p>

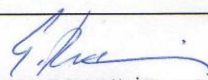
LIITE 2 (3) Kirjallisuuskatsaus

<p>Suominen, Tiina 2007. Hoitajien jaksaminen saattohoitotyössä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Rauma.</p>	<p>Vuodeosaston hoitajat</p>	<p>10 hoitajaa. Vapaamuotoinen essee.</p>	<p>Työssä jaksamista edistävänä menetelmänä pidettiin toisten ihmisten kanssa keskustelua, hyvää ryhmähenkeä ja hyviä työkavereita. Potilaan kivuttomuus on yksi jaksamista edistävä tekijä. Sairaalapastorin läsnäololla edesauttava vaikutus. Kiire vähentää jaksamista ja henkilökunnan vähyys lisää kiirettä. Potilaan läsnä pitäisi saada olla niin kauan kun tarve vaatii, omaisia voisi olla läsnä useammin. Omaisten hätä, suru ja niistä johtuvat negatiiviset tekijät myös vähentävät jaksamista.</p>	<p>Edistäviin tekijöihin tulisi panostaa ja heikentäviä pyrkii vähentämään.</p>
--	------------------------------	---	---	---

PYYNTÖ

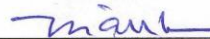
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Mikkelin kaupunki, terveyskeskussairaala

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyömme tarkoituksena on yhdessä Mikkelin terveyskeskussairaalan osasto kahden henkilökunnan kanssa kehittää saattohoitopotilaan hoitoa. Toivomme tulevan opinnäytetyömme tukevan hoitohenkilökuntaa yhtenä apuvälineenä saattohoitovaiheessa olevien potilaiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Mikkeli terveyskeskussairaala osasto kahden hoitotyön henkilökunta
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Kehityskohteiden valitsemiseksi käytämme työkonferenssi menetelmää. Laadimme yhteistyössä työyhteisön kanssa arviointi kriteerit, joilla valittujen kehityskohteiden onnistumista arvioidaan.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Syksyllä 2009 pidämme osastotunteja, jossa valitsemme kehityskohteet. Valitut kehityskohteet otetaan syksyllä 2009 käyttöön ja alkuvuodesta 2010 arvioidaan niiden onnistumista.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Opinnäytetyön valmistumisen tavoitteena on huhtikuu 2010.
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	13. päivänä lokakuuta 2009  opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Erja Ruotsalainen puh.050-3125112 e-mail: erja.ruotsalainen@mamk.fi Savonniemenkatu 6, 57100 SAVONLINNA
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi: Piia Kokko puh. 044-2851299 Osoite: Kielotie 7, 50600 Mikkeli e-mail: piia.kokko@mail.mamk.fi	
Nimi: Sanna Paavilainen puh.050-3458220 Osoite: Rokanrinne 20, 50100 Mikkeli e-mail: sanna.paavilainen@mail.mamk.fi	

Anomus käsitelty 23 12 2009

lupa myönnetty
 lupa eväetty, peruste: _____



Allekirjoitus **JOUKO HÄNNINEN**
LT, Yleislääket. erik. lääkäri
SV 228684

Pyyntö lähetetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. LIITTEET: Hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma