



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HYVÄ SAATTOHOITO, ARVOKAS ELÄMÄLLE

Sari Grönfors

Opinnäytetyö
Toukokuu 2018
YAMK-TAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali ja terveysalan johtamisen koulutus
YAMK

Grönfors Sari:
Hyvä Saattohoito, Arvokas elämälle
Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Toukokuu 2018

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää saattohoidon tilannetta Porin perusturvan alueen hoitoyksiköissä ammattihenkilöiden kuvaamana. Tutkimuksen avulla haluttiin vastauksia kysymyksiin, miten saattohoidon laatu toteutuu ja miten saattohoidon laatua voitaisiin kehittää. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan Perusturvakeskuksen saattohoidon palveluja kehittää yksilöllisempään, laadukkaampaan ja myös kustannuksiltaan tehokkaampaan suuntaan. Tutkimusmenetelmänä oli laadullinen tutkimus ja se toteutettiin sähköisen haastattelulomakkeen avulla. Vastaajat valittiin kattavasti sosiaali- ja terveyspalveluiden eri yksiköistä Porin perusturvan alueelta. Haastattelulomakkeet lähetettiin yhteensä 18:lle hoitoalan esimiehelle ja 17:lle lääkärille.

Tutkimusaineisto analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen perustana oli STM:n 2010 ”Hyvä Saattohoito Suomessa” ja siihen sisältyneet saattohoidon suositukset. Analyysissä vastauksia verrattiin laatujohtamisen tunnusmerkkeihin. Keskeiset kehittämisaalueet olivat tulosten mukaan: Saattohoitoon tulisi panostaa enemmän, tarvitaan käytännönläheistä koulutusta ja tietojen säännöllistä päivittämistä, yhteistyötä tulisi kehittää eri yksiköiden ja erikoissairaanhoidon kanssa sekä lisätä konsultointia, saattohoitopäätökset tulisi tehdä aikaisemmin ja hoitolinjauksiin toivottiin selkeyttä, potilaille/asiakkaille voitaisiin antaa enemmän tietoa hoitotahdon tekemisestä, omaisten kanssa olisi hyödyllistä keskustella potilaan tilanteesta enemmän, työntekijöiden osallistamista olisi hyödyllistä lisätä ja kehittää tiimityötä, potilas/asiakaspalautejärjestelmiä tulisi kehittää. Laatujohtamisen menetelmää voisi hyödyntää paremmin, mikä tarkoittaa hoidon suunnitelmallisuutta, arviointia ja kehittämistyötä saattohoidon laadun kehittämiseksi.

Asiasanat: laatujohtaminen, saattohoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Social and Healthcare Management Programme
YAMK

SARI GRÖNFORS:

Good Terminal care, Valuable for life

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 3 pages

May 2018

The purpose of this thesis was to sort out the situation of end-of-life care in different care units of Pori Basic Security (Perusturva) area described by professionals. Through this research was wanted answers to questions how the quality of end-of-life care is realized and how the quality of end-of-life care can be improved. The purpose was to produce information how to improve end-of-life care more individual, qualified and expenses more effective direction. The data were analyzed using qualitative content analysis. Research was made by using e-interview form. The respondents were selected to cover social- and healthcare units in Basic security (Perusturva) area of Pori. The data was collected from 18 supervisors of nursing homes and hospital wards and 17 doctors.

The data were analyzed by using theory-based analysis. The research was based on Social and Healthcare Ministry's 2010 "Good Terminal care in Finland" (Hyvä saattohoito Suomessa) what consisted the recommendations of Terminal care. In the analysis, findings were compared with quality management criterions. The main development topics according to the research were: To end-of-life-care should be put more resources, practical training is needed and regularly knowledge updating is required, co-operation should be developed with various care units and with Central Hospital and consultancy should be increased, the medical treatment decisions of terminal care should be done earlier and treatment Guidelines should be more clear, to patients/clients could be given more information how to do own living will, with the near ones should be discussed more about the patient condition, should be developed team work, The customer/patient feedback system should be developed. Quality management principles could be utilized by planning, evaluation and development work to increase the quality of terminal care.

Key words: terminal care, end-of-life-care, quality management

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	7
3	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
3.1	Saattohoidon laatua koskevat tutkimukset ja saattohoidon suositukset.....	8
3.1.1	Saattohoito	11
3.1.2	Palliativinen hoito	12
3.2	Laatujohtaminen	12
3.2.1	Laadun arviointi	15
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat.....	18
4.1.1	Aineiston käsittely ja analysointi	19
4.2	TULOKSET.....	20
4.2.1	Suositukset ja saattohoidon laadun toteutuminen	20
4.2.2	Hoitolinjaukset ja saattohoitopäätökset.....	21
4.2.3	Potilaan yksilöllisyys ja itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus sekä omaisten huomiointi	22
4.2.4	Ammattilaisten yhteistyö	23
4.2.5	Ammattitaito ja koulutustarve.....	24
4.2.6	Saattohoidon laadun arviointi ja kehittämisideat	24
5	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA POHDINTA	27
5.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	27
5.2	Pohdinta	31
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	40
	Liite 1. Laatuyrityksen tunnusmerkkejä Laatukeskuksen mukaan.....	40
	Liite 2. Tutkimuskysymykset 1(2).....	41
	Liite 3. Hoitotahto	43

1 JOHDANTO

Saattohoidon laadun kehittäminen on sekä ajankohtainen että maailmanlaajuinen asia. Economist-lehden tutkimusyksikkö julkaisi vuonna 2010 saattohoidon laatua koskevan kansainvälisen-tutkimuksen, jossa oli mukana 40 maata ja Suomi oli tuloksissa vasta sijalla 28 (Economist Intelligence Unit. 2010). Saattohoidon laadun parantamiseksi on myös Suomessa paljon tehtävää.

STM on julkaissut vuonna 2010 saattohoidon suositukset, ”Hyvä saattohoito Suomessa”. Sen lähtökohtana on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hyvä saattohoito toteutuu potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Hoitopäätösten perustana on lääke- ja hoitotieteelliseen tietoon ja kokemukseen sekä potilaan ja omaisten toiveet ja tarpeet. Kun ihminen on lähellä kuolemaa, on saattohoidon aika. Saattohoitopäätöstä edeltää aina saattohoitoneuvottelu. Potilaan hoidosta vastaava lääkäri tekee hoitoa koskevat päätökset yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Saattohoitopäätös voi olla hoitolinjauspäätös tai lopputulos pitkästä prosessista, kun on selvää, ettei sairaus ole parannettavissa. (STM 2010; ETENE 2003.)

Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja kaikkien lääkäreiden on hallittava hoidon periaatteet. (STM 2010, 15.) Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen edistää potilaiden hoidon tasalaatuisuutta ja yhdenvertaisuutta (STM 2010, 32; ETENE 2011, julkaisuja 31). Toiminnan hyvään laatuun vaikuttaa myös sitoutuminen Käypä-hoito suositusten noudattamiseen (STM 2010, 31; Duodecim 2008). Hyvä kohtelu ja luottamuksen säilyttäminen merkitsevät paljon myös potilaan omaisten ja läheisten kohtaamisessa. Kehittämisessä tulee erityisesti ottaa huomioon kuolevan ihmisen mahdollisuus kuolla haluamassaan paikassa. (STM 2010, 30-31.) Hoidon suunnittelussa painottuu saattohoidon porrastus. Alueellisesta saattohoitosuunnitelmasta ja suositusten toteutumisesta vastaavat sairaanhoitopiiri ja terveyskeskukset. Satakunnan alueellinen saattohoitosuunnitelma on julkaistu vuonna 2015. (STM 2010, 7; ETENE 2012, julkaisuja 36; Satakunnan alueellinen saattohoitosuunnitelma 2015.)

Terveydenhuoltolaissa (2010) määritellään, että terveydenhuollon toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillinen asiantuntemus, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Laissa ohjeistetaan myös, että toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki velvoittaa toimintayksikön laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta (Terveydenhuoltolaki 2010, 4§.) Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista (Terveydenhuoltolaki 2010, 7§).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998) nostetaan esille oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hyvään kohteluun ja itsemääräämisoikeuteen. Potilaalla on oikeus myös kieltäytyä hoidosta. Potilaan toiveiden huomioon ottaminen on keskeistä hoitopäätöksiä tehtäessä. (ETENE 2003.)

Tämän tutkimuksena avulla halutaan selvittää laatujohtamisen näkökulmasta katsoen, millainen on saattohoidon laatu Porin perusturvan alueella ammattilaisten arvioimana. Tavoitteena on saada tietoa, toteutuuko saattohoito suositusten mukaan ja potilaan tahtoa kuunnellen, etenkin hoidon linjausten ja saattohoitopäätösten suhteen. Tavoitteena on myös löytää mahdolliset ongelmakohdat sekä keinoja hoidon laadun kehittämiseksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tämän hetkistä saattohoidon tilannetta Porin perusturvan alueen hoitoyksiköissä ammattihenkilöiden kuvaamana. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten saattohoidon laatu toteutuu?
2. Miten saattohoidon laatua voitaisiin kehittää?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan Perusturvakeskuksen saattohoidon palveluja kehittää yksilöllisempään, laadukkaampaan ja myös kustannuksiltaan tehokkaampaan suuntaan.

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Saattohoidon laatua koskevat tutkimukset ja saattohoidon suositukset

Economist-lehden tutkimusyksikkö julkaisi vuonna 2010 saattohoidon laatua koskevan kansainvälisen-tutkimuksen, jossa oli mukana 40 maata. Suomi oli tuloksissa vasta sijalla 28. Sijoituksen syynä olivat saattohoidon laadun ja saatavuuden heikkous sekä hoidon koordinoinnin puutteellisuus. Suomi sijoittuu tuloksissa heikosti etenkin saattohoidon saatavuuden kategoriassa. Tämä tarkoittaa palliatiivisen hoidon saatavuutta ikääntyvälle väestölle, vapaaehtoisten vähäistä määrää ja palliatiivisten saattohoitokotien ja -paikkojen määrää. Saattohoidon palvelua tullaan tarvitsemaan yleisesti ottaen yhä enemmän väestön ikääntyessä. Matalan sijoituksen syynä voidaan pitää myös sitä, että sairaala- ja lääketieteellinen hoitosuunnitelmalla on vahva asema Suomessa eli arvostetaan onkologisia hoitoja ja lääketieteen voimaa. Tutkimustulosten mukaan laadukkainta loppuvaiheen hoito oli Iso-Britanniassa, missä on käynnistetty saattohoitoa ohjaava kansallinen strategia vuonna 2008 ja saattohoitoa sekä tutkitaan että valvotaan. (Economist Intelligence Unit 2010.)

STM julkaisi vuonna 2010 suosituksen ”Hyvä saattohoito Suomessa” saattohoidon laadun takaamiseksi. Lähtökohtana on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Siinä sanotaan, että hoitolinjauksista tulee keskustella potilaan ja mahdollisesti myös hänen läheistensä kanssa. Hoitolinjauksia tulee myös noudattaa sekä arvioida aika ajoin. Hoitava lääkäri vastaa hoitopäätöksistä, jotka tulee kirjata hoitosuunnitelmaan. Saattohoidon toteutus tulisi toteutua potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti sekä mahdollisuuksien mukaan paikassa, missä hän asuu ja elää. Hyvän saattohoidon perustana on potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyö. Saattohoitotyötä tekevien lääkäreiden ja hoitajien tulisi olla saattohoitoon koulutettuja ja heille tulisi taata konsultatiivimahdollisuus. Hyvä saattohoito edellyttää, että saattohoito suunnitellaan ja organisoidaan sairaanhoitopiireissä tai suurissa kaupungeissa systemaattisesti ja alueellisesti taroituksenmukaisesti sekä sovitaan selkeästi vastuun- ja työnjaosta. (STM 2010.)

Saattohoidon asiantuntijat väittävät, että kuoleman laadun parantaminen on yhtä tärkeää kansanterveydelle kuin elämänlaadulle. Potilaat, jotka saavat riittävää ja oikeaan ajoitettua saattohoitoa, kokevat elämänlaadun paremmaksi lähellä kuolemaa kuin ne, jotka eivät saa samanlaatuista hoitoa. (Wilmont 2006. *American Journal of Public Health* 105/2015, 58-61.) Palliatiivisen hoidon ammattilaisten tehtävänä on opastaa potilaita ja heidän rakkaitaan tekemään tietoisia päätöksiä hoitovaihtoehdoistaan. Saattohoidon päätöksentekoprosessi koetaan välttämättömäksi, mutta siinä nähdään myös paljon puutteita. Päätökset voidaan tehdä liian myöhään ja potilaat eivät ole aina tietoisia tilanteestaan. Perheen jäsenet ja hoitajat ovat useimmiten paremmin perillä asioista kuin potilas itse. Monet tutkimukset ja toimenpiteet suoritetaan loppuvaiheen potilaan hoidossa perheenjäsenten pyynnöstä. (Kuuppelomäki. *Nursing Ethics* 9/2002, 20-35)

Saattohoidon palvelujärjestelmää tulee kehittää potilaan lähtökohdista ja tarpeista. Se edellyttää terveydenhuollon toimintakulttuurin joustavuutta. Yksilöllinen saattohoito voi toteutua vain huomioimalla potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan kokonaisuus. (Anttonen 2016, 135-138.) Monet ongelmat voitaisiin välttää, jos lääkärit ja potilaat kävisivät läpi etenevän keskustelun hoitotahdosta. Suurin osa ammattihenkilöstöstä pystyy kohtaamaan kuolevan ihmisen ilman vaikeuksia. Lääkärit ovat kuitenkin raportoineet, että hoitotahdoissa on sekä hyötyjä että ongelmia. (Hilden ym. 2002. *Journal of Medical Ethics* 30/2004, 362-365.) Hilden, Louhiala ja Palo (2002) havaitsivat, että DNR (Do Not Resuscitate) -päätöksien tulkinnassa on eroja: joko ymmärretään ”elvytys kielletty” tai ”vain palliatiivinen hoito tarvitaan”. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näytti olevan melko hyvä. (Hilden ym. 2002. *Journal of Medical Ethics* 30/ 2004, 362-365) Hoitoyhteisöjä tulee kehittää siten, että saattohoidon erityispiirteet tulevat huomioon otetuksi myös työyhteisöjen johtamisessa ja tavoitteen asettelussa (Anttonen 2016, 138).

Hoitajat eivät ole immuuneja hoidon linjauksia tehtäessä, sillä he usein viettävät enemmän aikaa potilaiden kanssa heidän viime päivinään kuin kukaan muu hoitotiimissä (Wilmont 2006. *American Journal of Public Health* 105.1/2015, 58-61). Hyvä yhteys hoitosuhteessa potilaan ja omahoitajan välillä merkitsee potilaan yksilöllisyyden ja vapauden kunnioittamista sekä turvallisuutta luovana, riippumatta hoitoympäristöstä (Lipponen, 2006, 173). Lääkärit katsovat hoitajien olevan kuin yhteistyökumppaneita, jotka aktiivisesti tukevat potilasta ja omaisia päätöksentekoprosessissa. (Hilden ym. 2002. *Journal of Medical Ethics* 32/2006, 316–320).

Oikein toteutettuna saattohoito voi olla myös kustannustehokasta. Merkittävin kustannuserä on sairaalahoito, sillä suurin osa elämän loppuvaiheen kustannuksista ovat muuta kuin itse saattohoidon tai palliatiivisen hoidon kustannuksia. Yleisin syy sairaalaan hakeutumiseen on heikko hoidon koordinointi perusterveydenhuollon ja sairaalan kesken. Kuolevien potilaiden hoitolinjausten muuttaminen on nähty vaikeaksi sekä sairaalassa että perusterveydenhuollossa. Hoidon linjaus vähentää usein lääketieteellisiä tutkimus- ja hoitokustannuksia. (Hänninen. Lääkärilehti 24/2011, 2024-2015.)

Terveydenhuollon kustannuksia elämän loppuvaiheen hoidossa voitaisiin vähentää, jos potilaat otettaisiin paremmin mukaan päättämään ja suunnittelemaan hoitoaan. Paremman suunniteltu palliatiivinen hoito, elämänlaatua tukevat asumisjärjestelyt ja hoitotestamentit parantavat kommunikaatiota ja vähentävät kustannuksia. (Halminen 2016, 45.)

Saattohoidon suosituksessa korostetaan saattohoidon osaamisen ja koulutuksen kehittämistä (STM 2010, 20-22). Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi tarvittaisiin yhtenäinen sisältö perustason koulutukseen sekä oma koulutusjärjestelmä vaativan palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen tason kehittämiseksi. Lisäksi hoidon laadun kehittämiseksi tarvittaisiin enemmän tutkimustyötä. (Anttonen 2016, 138-139.)

Tärkeimmät elämän loppuvaiheen hoitoa koskevat lait ovat Kansanterveyslaki (66/1972), Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998) ja Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet.

Kansalliset suositukset elämän loppuvaiheen hoitoa koskien ovat Käypä hoito-suositus oireiden hoidosta vuonna 2008, Sosiaali- ja terveysministeriön Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE, on julkaissut suositukset saattohoidosta vuonna 2003 ja vanhustenhoidosta vuonna 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut saattohoitosuosituksia vuonna 2010.

3.1.1 Saattohoito

Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa. Se on hoitoa ja tukea sairauden viimeisten vaiheiden ja kuoleman prosessin aikana. Saattohoito on potilaan toiveiden huomioon ottamista, jossa turvataan hoidettavan yksilöllisyyden säilyminen ja kunnioittaminen. Saattohoito on myös potilaan läheisten huomioimista ja tukemista. Saattohoitovaiheessa olevalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoidossa on keskeistä mahdollisimman hyvä oireiden hoito ja kärsimyksen lievittäminen. (Valvira 2008, http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito; ETENE 2003, 5-6)

Saattohoitovaiheeseen siirtyminen edellyttää päätöksentekoa hoitolinjasta. Se on potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa kirjoitettu tärkeä lääketieteellinen hoitopäätös. Saattohoitopäätöksen tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä ja keskustellen potilaan itsensä kanssa tai jos hän ei itse pysty päättämään hoidostaan, lähiomaisten tai muiden läheisten kanssa tai laillisen edustajansa kanssa. Potilaiden ja heidän läheistensä on saatava riittävästi monipuolista tietoa ymmärrettävällä tavalla, jotta he kykenisivät ottamaan osaa hoitopäätösten tekoon. Se voi olla hoitolinjapäätös tai lopputulos pitkään kestäneen sairauden etenemisestä, kun sairaus ei ole enää parannettavissa. Saattohoito ei ole riippuvainen diagnoosista. Saattohoitopäätökseen kirjataan saattohoidon sisältö ja potilaan omat toiveet. Saattohoitopäätös sisältää päätöksen pidättäytyä elvytyksestä (DNR-päätöksen). Saattohoitoon ei kuulu aktiivinen kuolemaan auttaminen. (Valvira 2008, http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito; ETENE 2003,5-6.)

3.1.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista oireita lievittävää hoitoa. Se ei ole riippuvainen kuoleman läheisyydestä, vaan voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Palliatiivisessa hoidossa on keskeistä kivun ja muiden oireiden lievitys, mutta myös psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä maailmankatsomuksellisiin ongelmiin syventyminen ja niissä auttaminen. Palliatiivinen hoidon tavoitteena on tukea ja säilyttää potilaan elämänlaatu ja aktiivisuus kuolemaan asti ja antaa tukea läheisille selviytymään potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. (ETENE 2003, 5-6.)

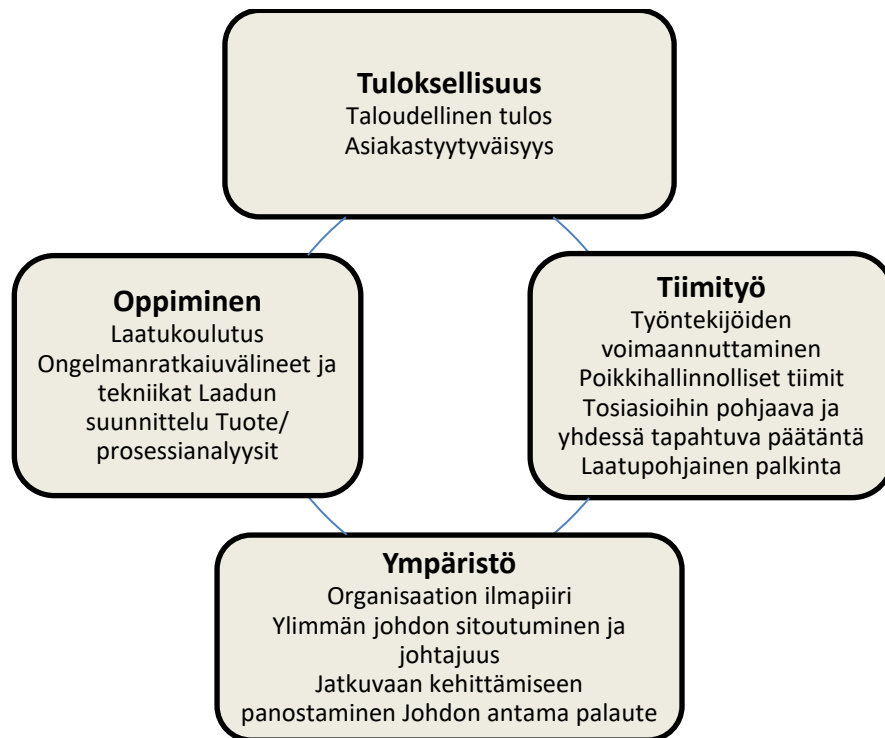
3.2 Laatujohtaminen

Laatujohtamisella tarkoitetaan johtamisajattelua, missä johdon ja henkilökunnan yhteistoiminnalla tuotetaan laadukkaita palveluja asiakkaiden tarpeiden ja odotusten mukaisesti (Lumijärvi 2009, 75). Laatutyö on jatkuvaa kehittämistyötä. Laatuajattelu on tullut myös julkisten palvelujen kehittämiseen. (Lumijärvi 2009, 76.)

Laadun käsite voidaan jakaa tuotteen laatuun ja toiminnan laatuun. Tuotteiden laadulla tarkoitetaan asiakkaiden käsitystä organisaatiosta ja sen tuotteiden laadusta. Toiminnan laatu on organisaation sisäisen toiminnan ja prosessien tehokkuutta ja virheettömyyttä sekä myös oman toiminnan tarpeisiin sopivan ja laatua lisäävän yhteistyöverkoston ylläpitämistä. (Silen 2006, 42.) Menestyvän yrityksen laadun tärkein arvioija on asiakas. Palautejärjestelmät, katselmukset, menetelmien ja välineiden arviointi ja kehittäminen ovat laadun perusasioita (Lecklin 2006, 26-29). Laatukeskus on määritellyt laatuyrityksen tunnusmerkit. Näitä ovat asiakassuuntautuneisuus, johtajuus ja toiminnan päämäärätietoisuus, henkilöstön kehittäminen ja osallistuminen, tuloshakuisuus, prosesseihin ja tosiasioihin perustuva johtaminen, kumppanuuksien kehittäminen, yhteiskunnallinen vastuu sekä jatkuva parantaminen. Nämä tunnusmerkit toimivat tutkimuksen analysoinnin perustana. (Lecklin 2006, 26-28). LIITE 1.

Tärkeänä laadun kehittämiseksi nousee esille johdon rooli ja sen sitoutuminen laatutyöhön. Johdon tehtävänä on asiakastyytyväisyyden ylläpito, selkeiden tavoitteiden asettaminen, laatuksittuuri muutoksen aikaansaaminen sekä osallistuva (tiimi) johtaminen. (Lu-

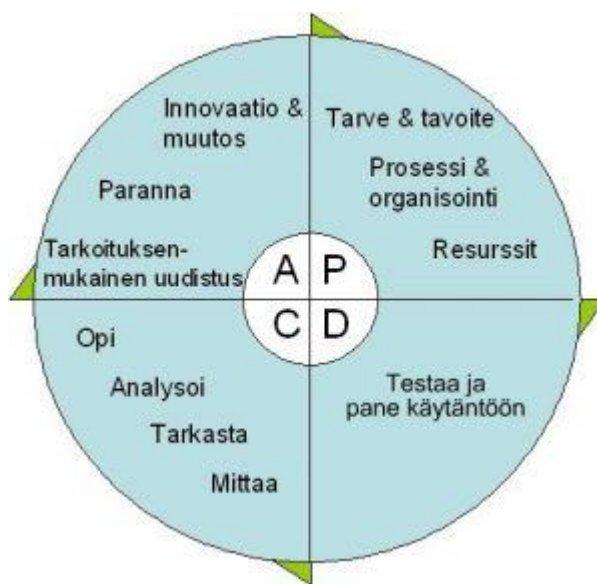
mijärvi 2009, 83.) Panostus jatkuvaan parantamiseen sekä johdon antama palaute työntekijöille, ovat keskeisiä laatujohtamisen tuloksellisuuden saavuttamiseksi. Myös työntekijöiden laatujohtamisen sisältö, riittävyys ja tiimityön onnistuminen ovat edellytyksiä, että laatujohtaminen heijastuu tulokseen asti. Kaikkien laatujohtamisen osa-alueiden täytyy olla täysipainoisesti mukana. (Lumijärvi, Ismo 2009, 78.) Kuvio 1.



Kuvio 1. Laatujohtamisen tuloksellisuutta edistävät ympäristö- ja välittävät tekijät. (Lumijärvi 2009,79.)

Laadun johtaminen lähtee toiminnan perusarvoista. Näillä tarkoitetaan niitä perimmäisiä asioita, vallitsevia uskomuksia ja periaatteita, joiden ympärille koko toiminta rakennetaan. Näitä ovat visio, missio sekä strategia. Näistä Visio on tulevaisuuden kuva, mitä halutaan olla tulevaisuudessa. Visiot ilmaisevat suuntaa ennakoiden myös yhteiskunnan ja ympäristön muutoksia. Hyvän vision tulee olla sekä innostava että motivoiva ja siihen on yhdistetty/sidottu toiminnan korkea laatu. Missio sisältää toiminnan päämäärät tai tarkoituksen vision toteuttamiseksi. Missio toteutetaan strategian avulla, mikä asettaa suuntaviivat ja kehykset ohjaamaan operatiivista toimintaa ja prosesseja kohti visiota. Strategian toteutumista seurataan tavoitteiden ja mittarien avulla. Laatu mittaavien tavoitteiden tulisi kiinteästi liittyä strategiaan tavoitteisiin, joiden seurannan tulisi olla osa johdon jokapäiväistä työtä. (Lecklin 2006, 35-40.)

Laadunparannusprosessissa ja strategisessa suunnittelussa voidaan hyödyntää Demingin PDCA-ympyrää (Lecklin 2006, 48-49) Kuvio 2. Mallissa ensimmäisessä vaiheessa suunnitellaan (PLAN) ja määritellään laadukkaan toiminnan sisältö ja kuvataan se yksityiskohtaisesti millaisen pitäisi olla. Tämän jälkeen toimitaan suunnitelmien mukaan (DO) ja testataan, toimitaanko näiden laatuksiteerien mukaan. Kolmanneksi arvioidaan ja tarkistetaan (CHECK) toiminnan tulokset ja laatu. Määritellään poikkeamien määrä ja syyt sekä valmistellaan kehittämistoimenpiteet. Viimeiseksi tehdään korjaukset (ACT) laatu-
puutteisiin tarpeen mukaan. Tämän jälkeen päivitetään laatu-järjestelmän kriteerit ja sen jälkeen laadun kehittämisen kehä aloitetaan uudelleen suunnitteluvaiheella. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 50; Lecklin 2006, 48-49.)



Kuvio2. Demingin ympyrä

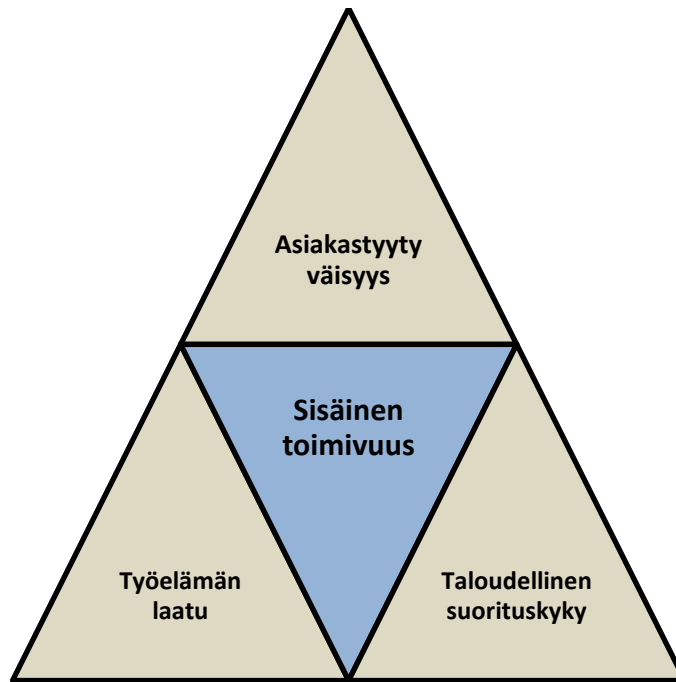
Hoitoyksikön laadukas hoitotyö sisältää klinisen osaamisen, välineet ja resurssit, prosessien hallinnan, mittaamisen ja laatu-järjestelmät. Laadukkaassa hoitotyössä toiminta nähdään prosessina, mihin kuuluu tarpeiden määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitotyön keskeiset ydin-, ala- ja tukiprosessit on laadittu, niiden arvioimiseksi on olemassa mittarit ja niitä arvioidaan säännöllisesti. (Kotisaari & Kukkola 2012, 65.)

3.2.1 Laadun arviointi

Laadun parantaminen ei voi tapahtua ilman arviointia ja sen avulla tapahtuvaa toiminnan kehittämistä. Laadun arvioinnissa selvitetään, onko aikaisemmat tavoitteet saavutettu, miten asiat nyt ovat ja tunnistetaan kehittämistarpeet. Mittarit ovat apuvälineitä, joiden avulla voidaan osoittaa mikä on tämän hetkinen tilanne ja niiden avulla voidaan löytää parantamistoimenpiteet. Arvioinnin ja mittarien käytön tulee kohdentua toiminnan eri alueille, kuten asiakassuhteisiin, henkilöstön osaamiseen ja jaksamiseen, palvelujen ja prosessien toimivuuteen, taloudellisuuteen sekä yhteistyön onnistumiseen toimintaverkoston kanssa. Erilaisia arvioinnin näkökulmia ovat asiakasarviointi, itsearviointi, vertaisarviointi sekä ulkoinen arviointi. (Holma 2003, 28-40.)

Itsearvioinnissa tarkastellaan omaa, työyksikön tai oman organisaation toimintaa. Työyhteisön arvioidessa itseään se oppii koko ajan enemmän. Kun työntekijät arvioivat työyhteisönsä toimintaa, he samalla arvioivat omaa henkilökohtaista toimintaansa. Henkilökohtaisen arvioinnin avulla työntekijä miettii, miten hyvin on pystynyt työssään toteuttamaan sovittuja periaatteita ja toimintatapoja. (Holma 2003, 30.) Vertaisarviointi on samaan ammattiryhmään tai saman työtehtävän parissa työskentelevien kesken tapahtuvaa arviointia ja työn kehittämistä. Vertaisarviointi perustuu yleensä sovittuihin kriteereihin ja kokeneemman kollegan osaamisen hyödyntämiseen. (Holma 2003, 35.)

Organisaatiossa tulisi suunnitella ja toteuttaa laadun mittausta ja seurantaa. Mittarien valinnassa tulisi keskittyä olennaiseen, missä muodossa tietoja kerätään ja analysoidaan sekä millaisia tilastoja tarvitaan. Jokaista avainprosessia tulisi arvioida vähintään yhdellä mittarilla. Prosessien suorituskkyä voidaan seurata numeerisesti esimerkiksi kustannuksia. Toiminnan laadun toteutumista voidaan arvioida asiakaspalautteiden, poikkeamaraporttien, sisäisten auditointien, itsearvioinnin, talousarvioinnin ja laatupolitiikan avulla. (Antti-Poika 2002, 29-30.)



Kuvio3. Sisäisen toimivuuden perusulottuvuudet (Nakari & Sjöblom 2009, 20)

Kuntasektorin ongelmat heijastuvat strategisiin kehittämissuunnitelmiin sekä julkisten palvelujen arviointitoimintaan. Näitä ovat mm. julkisia palveluja koskevat valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat, toimintalinjaukset ja laatusuosituksot. Arvioinnin laajentumiseksi tarvitaan mm. tasapainotettuja mittareita kunta-alan tuloksellisuusarvioinnin lähtökohdaksi. Palvelujen tehokkuus ei ole riippuvainen vain rakenteellisista muutoksista. Ratkaistavana on, miten löytää tasapaino henkilöstönäkökulman, asiakkaiden (kuntalaisten) ja taloudellisen tehokkuuden välillä. Rakenteellisten uudistusten ohella organisaatioiden toimintatapojen muutokset ovat tärkeitä sekä työntekijöiden hyvinvoinnille, että palvelujen laadulle. Tuloksellisuutta ei voida saavuttaa ilman palvelutuotannon sisäistä toimivuutta. (Nakari & Sjöholm 2009, 17-20.)

KARTUKE- tutkimusohjelman tulosten mukaan kunnallisten palvelujen tuloksellisuuden arviointia ja sen käyttöä hallitsevat pääosin palveluprosessin taloudelliset kriteerit. Vähemmälle huomiolle ovat jääneet asiakastyöhön ja henkilöstöön liittyvän tuloksellisuuden arviointi. Tuloksellisuuden arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon sekä prosessi että lopputulos. (Niiranen, Stenvall & Lumijärvi 2005, 251.) Tuloksellisuuden arviointi tulisi liittää kiinteästi perustehtävään ja perustyöhön. Samoin asiakaspalautteelle täytyisi antaa tilaa ja että asiakastyöstä kertyvää tietoa jäsentää ja työntekijöiden tulee olla itse mukana

strategiakarttojen ja mittareiden rakentamisessa. (Niiranen, Stenvall & Lumijärvi 2005, 252.)

Kotisaaren ja Kukkolan (2012) Potilaan Oikeudet hoitotyössä -kirjassa sanotaan, että ”palveluja tuottavissa yksiköissä laatua voidaan hallita järjestelmällisesti ja osoittaa palvelujen käyttäjille, että toimintaan voi luottaa.” STM:n vuonna 1999 julkaisussa puhutaan laadunvarmistuksesta. Taustalla on kahdeksan periaatetta eli laatua kehitetään moniammatillisesti, laadun kehittäminen on jokaisen työntekijän työhön kuuluvaa, laatutyö on järjestelmällistä, suunnitelmallista ja pitkäjänteistä, laatutyö on jatkuvaa, asiakaslähtöisyys on laadun kehittämisen painopiste, ensisijainen tavoite on terveyshyödyn maksimointi. Laadun käsitteeseen liittyy kustannusvaikuttavuus sekä laatutyö edellyttää tilastointi- ja seurantajärjestelmää.” (Kotisaari & Kukkola 2012, 67-68.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tutkimusmenetelmäksi on valittu kvalitatiivinen eli laadullinen metodi. Laadullisen tutkimuksen lähtökohdana on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 161). Havaintoaineistoa tarkastellaan ja argumentoidaan empiirisen analyysin tavoin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 22). Yleisimmät menetelmät kerätä tutkimusaineistoa laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisista dokumenteista kerätty tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Lomakehaastattelun avulla pystytään tutkimaan monenlaisia ilmiöitä ja etsimään vastauksia ongelmiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Vilkan (2015) mukaan lomakehaastattelu on käyttökelpoinen, kun ongelma ei ole kovin laaja ja tavoitteena on tutkia rajattua ilmiötä, esimerkiksi yhtä asiaa koskevien mielipiteiden, näkemysten tai kokemusten kuvaaminen. Tutkija päättää ennalta ja harkitusti kysymysten muodon ja esittämisjärjestyksen. Lomakehaastattelusta käytetään myös nimitystä strukturoitu haastattelu tai standardoitu haastattelu. (Vilka 2015, 123.)

Tutkimuksen avulla haluttiin saada kokemuseräistä tietoa haastateltavilta haastattelulomakkeen avulla. Haluttiin tietää lääkäreiltä ja hoitotyön esimiestehtävissä toimivilta ammattilaisilta tämän hetkisestä saattohoidon laadusta ja toteutetaanko saattohoitoa suositusten mukaan. Tutkimusaineiston kerääminen tehtiin sähköisen haastattelulomakkeen avulla. LIITE 2.

Laadullisessa tutkimuksessa on periaatteessa tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mieluusti mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86). Haastateltavien valinta perustui oleellisesti siihen, että he hoitavat työssään saattohoitopotilaita.

Lomakehaastattelussa ei voida kysyä mitä tahansa sellaista, mitä olisi mukavaa tai hyödyllistä tietää, vaan siinä kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle pitää siis löytyä perustelu tut-

kimuksen viitekehystä, tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetyistä asioista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Tutkimuksessa käytetyn sähköisen haastattelulomakkeen rakenne ja kysymykset sekä niiden järjestys oli tarkoin mietitty. Tavoitteena oli saada vastaus jokaiseen kysymykseen annettujen vaihtoehtojen sisällä ja haastattelijan määräämässä järjestyksessä. Keskeistä oli myös helppous vastata, mutta eteneminen on mahdollista vain kysymys kerrallaan. Alussa esitettiin kolme taustakysymystä ja varsinaisia avoimia tutkimuskysymyksiä oli kuusi.

Lomakehaastattelussa voidaan esittää muutama taustakysymys, jotka antavat arvokasta täydennystä varsinaisiin haastattelukysymyksiin. Taustatiedoiksi voidaan pyytää kuvaamaan esimerkiksi koulutus- ja työhistoriatietoja, perhetaustoja, urakehitystä nykyisessä työssä tai asiaa koskevaa harrastuneisuutta (Vilka 2015, 132). Tämän tutkimuksen taustakysymyksiä haluttiin tietää koulutus- ja työkokemus vuosina, työyksikkö, missä työskentelee sekä mahdollinen saattohoidon koulutus. Koulutustaustan kysyminen oli tärkeää, koska haluttiin tietää, minkä ammattikunnan edustaja vastaaja on. Työkokemus kertoi, minkä verran saattaisi olla kokemusta saattohoidosta. Tieto työyksiköstä ja, minkä verran vastaajilla on saattohoitokoulutusta ja erikoisosaamista, antoi vertailtavaa tietoa eri palvelualueiden saattohoito-osaamisesta.

Tutkimuslupa myönnettiin 12.4.2017 ja haastattelulomake testattiin kahdesti ennen sen julkaisemista. Ensin soitettiin informointipuhelu 18:lle osastonhoitajalle tai yksikön vastaavalle hoitajalle Haastattelulomakkeet lähetettiin heille ja 17 lääkärille huhtikuun aikana 2017. Uudelleen lomake lähetettiin toukokuun 2017 alussa ja viimeisimmät vastaukset saatiin kesäkuun alussa. Tutkimusaineiston kannalta oli tärkeää, että haastateltavien valinnassa oli huomioitu erilaiset hoitoympäristöt, sairaalahoito, kotisairaalahoito, mobiilipalvelu, vanhusten palvelukodit/-vanhainkodit että kehitysvammaisten palveluasuminen. Haastateltavat oli valikoitu kattamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja eri puolilla Porin Perusturvan palvelualueita: Pori, Ulvila, Noormarkku, Merikarvia, Lavia.

4.1.1 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimusaineistosta saatu tieto on kuvattu sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia sanallisina tulkintoina

(Vilkkä 2015, 163). Tutkimuksessa tarkastellaan vastausten tuomaa kokemusperäistä tietoa saattohoidon suositusten soveltamisesta, hoidon linjausten ja hoitopäätösten tekemisestä, potilaan itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeudesta, saattohoidon organisoinnista ja koordinoinnista, ammattilaisten tieto- taito-tasosta sekä saattohoidon kehittämistarpeista. Lopuksi analysoidaan laatutyön tunnusmerkkien toteutumista. Laadun parantamisessa keskeiset elementit ovat asiakas-/potilassuhteet, henkilöstön osaaminen ja jaksaminen, palvelujen ja prosessien toimivuus ja taloudellisuus sekä yhteistyön kehittäminen toimintaverkon kanssa.

Tutkimusaineiston sisällön analyysi on tehty teorialähtöisen (deduktiivisen) sisällönanalyysin avulla. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, mikä voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Ensin luodaan analyysirunko ja sen sisään voidaan muodostaa aineistosta erilaisia luokituksia tai kategorioita induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. ”Runko voi olla myös strukturoitu, jolloin aineistosta kerätään vain analyysirunkoon sopivat asiat” (Tuomi & Sarajärvi 2011, 113). Deduktiivisessä sisällönanalyysissä kategoriat perustuvat aikaisempaan tietoon, teoriaan ja/tai käsitejärjestelmään ja niihin etsitään sisältöjä tutkimusvastauksista. Tässä tutkimuksessa ne tulivat hyvän saattohoidon suosituksista yhdistettynä laatua mittaaviin kriteereihin. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä edetään pääosin ns. yleisestä yksityiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 115.)

4.2 TULOKSET

4.2.1 Suositukset ja saattohoidon laadun toteutuminen

Tutkimuksen haastateltavilta kysyttiin, miten hyvin he tuntevat saattohoidon suositukset ja miten niitä hyödynnetään heidän työyksikössään. Suositukset tunnettiin melko hyvin. Vain kaksi vastanneista sanoi, ettei ole tutustunut eikä tiedä suosituksia. Suurin osa vastanneista kuitenkin kertoi lukeneensa ne tai tietävänsä pääperiaatteet tai tuntevansa ne melko hyvin. Lääkäreistä kaikki sanoivat tuntevansa suositukset, ainakin pääpiirteittäin, ja hyödyntävänsä niitä työssään. Suosituksia käytetään mahdollisuuksien mukaan, niitä

pyritään noudattamaan, etenkin tarvittaessa ongelmatilanteissa. Kuitenkin ilmeni myös, ettei niitä osata aina käyttää riittävästi ja voitaisiin hyödyntää enemmän.

4.2.2 Hoitolinjaukset ja saattohoitopäätökset

Saattohoitopäätöksiä tehdään nykyään enemmän. Vastauksista kävi ilmi, että yleisesti ottaen päätösten ja hoitolinjausten teko oikea-aikaisesti tapahtuu melko hyvin (13). Mutta kokemusta oli myös päinvastaisesta eli päätöstä pitkitetään ja keskustelu hoidon linjauksista on liian vähäistä. Riippuu myös lääkärin kokemuksesta ja osaamisesta, miten oikea-aikaisesti hoidon linjaukset tehdään. Mainittiin myös, että tiedot yleistilan laskusta tulee usein hoitajilta. Vastauksista kävi selville, että päätökset tekee lääkäri yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa sekä keskustellaan myös hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitolinjaukset on voitu tehdä jo erikoissairaanhoidossa, kuitenkin kaikilla potilailla ei ole selkeää hoitolinjausta, mikä aiheuttaa turhia sairaalakäyntejä ja lisää kärsimystä potilaalle. Tuotiin esiin, että hoitotahdon tekeminen olisi toivottavaa.

Vastauksissa nousi esiin selkeästi ne asiat, jotka tuovat haasteita saattohoitopäätösten tekemiseen. Painokkaimmin saattohoitopäätösten tekemiseen vaikuttavat omaiset. Vaikeutena on usein yhteisen linjauksen löytyminen omaisten kanssa. Omaiset eivät aina kunnioita potilaan tahtoa ja toiveita tai omaiset voivat olla eri mieltä kuin lääkäri, potilaalla tai omaisilla epärealistisia toiveita sairauden paranemisesta ja omaiset voivat vaatia saattohoitopotilaille aktiivisempia hoitoja. Enemmän voitaisiin keskustella omaisten ja potilaan kanssa.

Oikean ajankohdan arviointi saattohoitopäätöksen tekemiselle on ollut toisinaan vaikeaa. Vastauksissa kuvattiin, että usein päätös saattohoidosta tehdään liian myöhään ja varsinkin nuorten potilaiden kohdalla. Saattohoitopäätöksen tekeminen on erittäin hankalaa, jos potilas on nuori aikuinen, pienen lapsen vanhempi. Ongelmana on ollut, että erikoissairaanhoidon tasolla keskustellaan liian vähän potilaan ja omaisten kanssa ja selkeät hoitolinjaukset puuttuvat, hoitolinjauksia ei olla tehty potilaalle erikoissairaanhoidossa ja aktiivihoidot ovat edelleen päällä. Potilas ja omaiset ovat epätietoinen jatkoista ja tilanteen purkaminen sekä saattohoitopäätöksen tekeminen ovat silloin erittäin vaikeita. Esh:n

PKL-käynneillä ei kerrota pitkälle edenneiden sairauksien (Sydämen, maksan, munuais-ten, COPD:n) huonosta ennusteesta. Hoitolinjauksia ei aina tehdä, vaikka kuolemaan joh-tava sairaus on pitkälle edennyt.

Ongelmana on ollut lääkärien jatkuva vaihtuvuus, jolloin käytännöt ovat kärsineet. Saat-tohoitopäätösten tekeminen on vaikeaa etenkin ulkomaalaistaustaisille lääkäreille, joilla erilainen koulutustausta ja osaaminen eikä heillä ei ole saattohoito-osaamista. Hoitajia ei välttämättä kuunnella, eikä aina tehdä kuten konsultoitava lääkäri on ohjeistanut. Kon-sultointikynnys on myös joillekin lääkäreille kunnia-asia, on vaikea suostua konsultoi-maan kokeneempaa.

4.2.3 Potilaan yksilöllisyys ja itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus sekä omaisten huomiointi

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutuu vastaajien mukaan heidän yk-siköissään lähes aina tai siihen panostetaan yhä enemmän. Tosin mainittiin myös, että enemmän asukkaan ”oma ääni” saisi tulla esille. Muistisairaiden kohdalla on mahdotonta tietää potilaan omaa tahtoa, jos ei ole hoitotahtoa. Vaikeasti kehitysvammaisten saatto-hoidossa toimitaan hoitajien havaintojen mukaan.

Vastauksista tuli esiin, että potilailla on oikeus päättää hoidostaan, mutta omaiset eivät aina ole valmiita luopumaan hoidoista. Vastaajien mukaan hoitotahto olisi toivottava kai-killä vanhuksilla, koska omaisten on toisinaan vaikea tehdä päätöksiä ja he saattavat olla erimielisiä. Jos omaiset eri mieltä hoitolinjoista, on lääkärin toimittava potilaan edun mu-kaisesti. Tiedonsaantioikeus toteutuu hyvin. Saattohoitopäätös tehdään aina potilaan kanssa yhdessä, toiveita ja tahtoa kunnioitetaan, vaikka yhden vastaajan mukaan ei aina, kerrotaan sairaudesta ja hoidosta. Potilasta ja omaisia informoidaan saattohoitopäätök-sestä ja selitetään sen tarkoitus. Potilaan toiveet otetaan huomioon mahdollisuuksien mu-kaan, kerrotaan taudin kulusta ja oirehoidon mahdollisuuksista, otetaan huomioon poti-laan valmius ottaa tieto vastaan.

Vastaajilta kysyttiin, miten heidän työyksikössään huomioidaan potilaan läheiset saatto-hoitopäätöstä tehtäessä. Vastaajien mukaan omaiset ovat mukana keskusteluissa, heitä

kuunnellaan, otetaan mielipiteet huomioon ja ollaan heille tukena. Jotkut lääkärit halusivat siirtää saattohoitopäätöksestä keskustelun hoitajalle. Vastaajien mukaan erillinen hoitoneuvottelu saattohoitopäätöstä tehtäessä olisi ihanne, mutta se ei aina toteudu. Omaisten koettiin myös voimavarana, tukiverkkona potilaalle, sosiaalisena ja henkisenä tukena. Omaiset saavat osallistua päätöksentekoon, mikäli haluavat, mutta joskus omaiset antavat päätöksenteon hoitajille ja lääkärille. Yleensä tehdään päätös yhteisymmärryksessä, selitetään omaisille sairauden vaihe, parantavan hoidon rajaukset, ennuste ja mahdollisuudet sekä tuetaan omaisia.

Tutkimuksessa kysyttiin, miten hoitolinjaukset ja -päätökset kirjataan. Saattohoitopäätösten kirjaaminen toteutuu käytännössä hyvin. Lääkäri kirjaa ER-päätöksen, saattohoitopäätöksen ja/tai hoitolinjauksen potilastietoihin, joko sisätauti-, geriatrian- tai yleislääketieteen lehdelle sekä useimmiten myös riskitietoihin milloin päätös tehty, kuka osallistunut päätöksentekoon. Hoitajat kirjaavat Hoitotyön tietoihin. Myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan hoitolinjaukset. Kotisairaalaan potilaalle annetaan kotiin lomake yhteistyötahoille, jossa tieto saattohoitopäätöksestä, jos potilas siirtyy sairaalaan. Vastauksissa mainittiin ongelmana yksityisten hoitolaitosten kirjaaminen, koska he eivät näe perusturvan kirjauksia sekä usein esh:ssa tehdyt linjaukset jäävät kirjaamatta perusterveydenhuollon potilasjärjestelmään.

4.2.4 Ammattilaisten yhteistyö

Vastaajien mukaan ammattilaisten välistä yhteistyötä saisi lisätä ja tiedonkulkua parantaa. Yhteistyö koettiin erityisen toimivaksi kotisairaalan ja mobiilitoiminnan kanssa. Saattohoitoon perehtyneen lääkärin ja kotisairaalan hoitajien konsultointia tulisi lisätä kaikissa hoitoyksiköissä. Satakunnan Keskussairaalan ja Diakonialaitoksen kanssa saisi olla enemmän yhteistyötä vaativan tason saattohoitopotilaiden kohdalla ja vuodeosastojen kanssa. Hyväksi koettiin ”tukiosaston” toiminnan, mikä lisää potilaan turvallisuutta etenkin yöaikaan. Yhdeksi ongelmaksi mainittiin, kun asukas palaa sairaalasta takaisin vanhainkotiin, ei sairaalasta aina mainita, jos on tehty ER-päätös. Saattohoitopotilaita osataan paremmin lähettää kotisairaalaan, joskus jopa liian varhain, kun ei vielä oirehoidon tai saattohoidon tarvetta. Esitettiin myös, että tulisi olla yksi saattohoito-osasto, jos hoito kotona tai hoitolaitoksessa ei onnistu, osaamisen keskittämiseksi. Lisäksi mainittiin, että Lääkäri-hoitaja yhteistyössä tulisi käydä enemmän keskustelua hoidon linjauksista.

4.2.5 Ammattitaito ja koulutustarve

Vastaajat pitivät saattohoidon osaamistaan hyvänä tai melko hyvänä. Useampi mainitsi omaavansa paljon kokemuseräistä tietoa ja osa oli jopa opettanutkin saattohoitoon liittyviä asioita. Kotihoidon hoitajilla on yleensä vähemmän tietoa ja koulutusta saattohoidosta ja sitä toivottiin lisää. Osastonhoitajille pitäisi olla erittäin hyvät saattohoidon tiedot, jotta pystyisi kehittämään oman henkilökunnan saattohoidon osaamista ja antaa tukea ongelmatilanteissa.

Lisäkoulutustarpeesta kysyttäessä tärkeimmäksi alueeksi nousi oirehoito ja erityisesti kivun hoitoon liittyvät asiat. Mainittiin jopa osaamisvajeen olevan suuri. Nostettiin esiin lääkäreille suunnatun koulutuksen tarve hoitolinjauksista, palliatiivisesta- ja saattohoidosta ja etenkin ulkomaalaisille lääkäreille olisi tarpeellista suunnata koulutusta ER- ja saattohoitopäätösten tekemiseen sekä mitä tarkoittaa potilaan itsemääräämisoikeus. Toivottiin hyvin käytännönläheistä tietoa ja opetusta mm. kotihoidon ja kotisairaalan tapauksia. Lisäksi katsottiin tarpeelliseksi saada tietoa nuorten syöpäperheiden auttamiskeinoista ja potilaiden kohtaamiseen liittyen. Hyödyllistä olisi saada lisää osaamista ja tietoa vaativiin hoitoihin liittyen. Tuotiin esiin myös ajatus, että jokaisessa hoitoyksikön tiimissä olisi hyvä olla saattohoidon koulutuksen omaavia henkilöitä. Vastauksissa ilmeni tarve tiedon säännöllisen päivittämisen tarpeellisuudesta.

4.2.6 Saattohoidon laadun arviointi ja kehittämisideat

Saattohoidon toteuttamisen onnistuneisuutta arvioitiin pääasiallisesti potilaiden omaisilta saadun palautteen kautta. Lisäksi usein keskusteltiin potilastapauksista kuoleman jälkeen henkilökunnan kesken, mikä meni hyvin ja minkä olisi voinut tehdä toisin. Yhdessä työpaikassa kutsuttiin tätä keskustelua nk. jälkipuinniksi. Tämä jälkikeskustelu toteutettiin yhdellä osastolla viikottain tapahtuvissa tiimipalavereissa. Potilaspalautetta kuunneltiin saattohoitovaiheen aikana. Saattohoitovaiheen arviointi tehdään potilastietoihin loppuarvioon, mutta monessa vastauksessa kerrottiin, ettei arviointia tehdä mitenkään tai vastaajalla ei ollut tietoa, tehdäänkö ja miten.

Vastaajilta kysyttiin, onko yksikössä käytössä potilaspalaute- ja henkilöstöpalautejärjestelmä. Suurimmassa osassa vastauksista selvisi, ettei niitä ole lainkaan tai ei ole tietoa asiasta. Muutamassa yksikössä oli potilaille palautelomake sekä vuosittain toteutettava asiakastyytyväisyyskysely. Kahdessa yksikössä on mahdollista antaa palautetta kirjallisesti, suullisesti tai sähköpostilla. Potilaspalautekysely on tehty myös opinnäytetöinä. Kahdessa yksikössä on käytössä jälkisoitto potilaan omaisille. Lisäksi HaiPro-järjestelmän kautta saatu palaute käsitellään osastopalavereissa ja siitä tehdään muistio, lisäksi arviointia henkilöstön osaamisesta ja koulutustarpeesta käydään kehityskeskusteluissa.

Vastauksista kävi selväksi, ettei saattohoidon potilaiden määriä seurata erikseen, minkä vuoksi on vaikea sanoa täsmällisiä laskennallisia lukuja saattovaiheen potilaiden määristä viikottain, kuukausittain tai vuosittain. Ainoastaan yhdessä yksikössä toteutettiin saattohoitopotilaiden laskentaa. Tilastointia tehdään säännönmukaisesti kaikista potilaista diagnoosinumerolla.

Vastaajilta pyydettiin kehittämideoita saattohoidon laadun parantamiseksi. Hoitotahdon, LIITE3, merkitys korostui ja katsottiin, että sen tärkeydestä voitaisiin enemmän puhua, tehdä esim. lehtijuttu. Hoitotahto voitaisiin ottaa puheeksi jo hoito- ja palvelusuunnitelmapalaverissa. Hoitoneuvottelu tulisi toteuttaa jokaisen saattohoitopotilaan kohdalla. Toiseksi suurimman kehittämisen painopisteen nähtiin olevan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä. Erikoissairaanhoidon tarvittaisiin erittäin paljon koulutusta hoitolinjausten ja kunnollisten jatkohoito-suunnitelmien tekemiseksi ja saattohoidon porrastuksen toteuttamiseksi. Ehdotettiin jopa yleislääketieteen erikoislääkäreitä kiertämään esh:n osastoille, jotta hoidon porrastukset saadaan toimimaan. Saattohoidon porrastus tulevaisuudessa voisi olla seuraavanlainen: 1.erikoissairaanhoidon 2.palliativinen poliklinikka (tulevaisuudessa?) 3.perusterveydenhuolto, jos ei vielä palliativisessa hoidossa 4. Kotisairaala, PKS-vuodeosastot (palliativinen hoito) 5.Kotisairaala (vaativa saattohoito kotona tai asumisyksikössä) 6. Diakoti (erittäin vaativa saattohoito, yleensä sosiaaliset syyt). Mainittiin myös, että potilaat tulevat joskus liian varhaisessa vaiheessa esh:sta oirehoitoon kotisairaalaan.

Esille nousi koulutukselliset tarpeet, joiden avulla parannettaisiin rohkeutta kohdata saattovaiheen potilaita. Ulkomaalaistaustaisille lääkäreille tulisi suunnata koulutusta saatto-

hoidosta ja kaikille ammattihenkilöille kivunhoidosta sekä miten tehdään saattohoitopäätös ja millä tavalla hoito silloin etenee kaikilta osin. Lisäksi saattohoitovaiheen kirjaamista tulisi kehittää. Parempi seniorituki takaisi hoidon tasalaatuisuutta ja samoin lääkkeiden yhtenevät linjaukset hoidon suhteen. Kotihoidon osalta tuli esiin, että toivottiin enemmän aikaa saattohoitopotilaiden kotikäynteihin ja enemmän yhteistyötä kotisairaalan kanssa. Toivottiin, että saattohoitopotilaille perusterveydenhuollossa olisi vain yksi hoitopaikka (esim. osasto), jolloin osaaminen parantuisi ja potilaat saisivat yhdenmu-kaista hoitoa. Saattohoitoon tulisi panostaa enemmän.

5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA POHDINTA

5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan termeillä reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti kuvaa tutkimuksen toistettavuutta ja validiteetti tutkimuksen pätevyyttä eli miten tutkimusmenetelmällä on onnistuttu mittaamaan sitä mitä oli tarkoitus mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014,231.) Validius merkitsee myös kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta eli onko selitys luotettava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 232.)

Pätevyys laadullisessa tutkimuksessa voidaan ymmärtää uskottavuudeksi ja vakuuttavuudeksi, toisin sanoen, kuinka hyvin tutkijan käsitteet ja tulkinnat vastaavat tutkittavien käsitteiksi ja kuinka hyvin tutkija osaa tuottaa nämä konstruktiot ymmärrettävällä tavalla. (KvaliMOTV – 3.3.1 Validiteetti – Tietoarkisto). Tutkijan on selvitettävä vastaavatko hänen tulkintansa ja käsitteellistyksensä osallistujien näkemyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 138-139).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten saattohoidon laatu toteutuu Porin perusturvan alueen erilaisissa hoitoyksiköissä sekä miten laatua voitaisiin kehittää. Tavoitteena on ollut saada hyvin käytännönläheistä tietoa sen hetkisestä saattohoidon tilanteesta verrattuna valtakunnallisiin suosituksiin hyvästä saattohoidosta. Laadun arvioinnin teoriapohjana oli laatujohtamisen näkökulma. Holman (2008, 28) mukaan laadun arvioinnin ja mittarien käytön tulee kohdentua toiminnan eri alueille, kuten asiakassuhteisiin, henkilöstön osaamiseen ja jaksamiseen, palvelujen ja prosessien toimivuuteen, taloudellisuuteen sekä yhteistyön onnistumiseen toimintaverkoston kanssa. Julkisia palveluja ohjaavat valtakunnalliset kehittämisohjelmat, toimintalinjaukset ja laatusuositukset ja toisaalta kuntasektorilla on todettu olevan ongelmia strategian mukaisessa kehittämistyössä sekä palvelujen arvioinnissa (Nakari & Sjöholm 2009, 19). Palvelun laadun arvioinnissa tavoitteena on selvittää, onko asetetut tavoitteet saavutettu, missä nyt ollaan sekä tunnistetaan kehittämistarpeet. (Holma 2003, 28-40.)

Tutkimusta varten laaditulla haastattelulomakkeella kysyttiin ensiksi saattohoidon suositusten ”Hyvä Saattohoito Suomessa”, Käypähoito-suositus” sekä ”Satakunnan alueellinen saattohoitosuositus” tunnettavuudesta ja soveltamisesta. Toiseksi kysyttiin hoidon linjausten ja saattohoitopäätösten tekemisestä, kolmanneksi potilaan itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeudesta sekä omaisten huomioimisesta, neljänneksi ammattilaisten yhteistyöstä, viidenneksi ammattilaisten tieto- taito -tasosta sekä koulutustarpeesta ja viimeisenä erikseen saattohoidon kehittämistarpeista. Analyysissä vastauksia verrattiin laatujohtamisen tunnusmerkkeihin: Tuloshakuisuus ja yhteiskunnallinen vastuu, Prosesseihin ja tosiasioihin perustuva johtaminen, Asiakaskeskeisyys, Kumppanuuksien kehittäminen, Henkilöstön kehittäminen ja osallistaminen, Jatkuva parantaminen.

Tutkimuksen vahvistuvuutta voidaan arvioida, miten tutkimuksessa tehdyt tulokset saavat tukea vastaavia ilmiöitä tarkastelleista tutkimuksista sekä palvelujen kehittämistä koskevista kirjallisuuslähteistä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 138-139). Tähän tutkimukseen on haettu vahvistusta kansainvälisistä ja suomalaisista saattohoidon toteuttamiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen liittyvistä tutkimuksista. Lisäksi teoriapohjana ovat olleet valtakunnalliset saattohoitoa koskevat suositukset sekä laatujohtamiseen liittyvä kirjallisuus. Aivan vastaavia tutkimuksia saattohoidosta ei tutkija löytänyt ja haastattelukysymykset suunniteltiin ja laadittiin juuri tätä tutkimusta varten.

Tutkimusaineisto keruu tapahtui huhtikuun- kesäkuun 2017 aikana. Tutkimusluvan myönsi 12.4.2017 Porin perusturvajohtaja. Tutkimuksessa ei käsitelty potilastietoja tai muuta arkaluonteista tietoa. Haastattelulomake testattiin kahdesti ennen sen julkaisemista. Ennen haastattelulomakkeen lähettämistä soitettiin Informointipuhelut 18:lle osastonhoitajalle tai yksikön vastaavalle hoitajalle. Haastattelu toteutettiin sähköisen haastattelulomakkeen avulla, mikä lähetettiin sisäisen sähköpostin kautta. Saatekirje lähetettiin haastattelulomakkeen kanssa ja siinä olivat ohjeet sekä vastaamiseen että tallentamiseen.

Kuulan (2011) kirjassa Tutkimusetiikasta mainitaan, että sähköpostihaastattelun etuna on, etteivät muut tekijät, kuten visuaaliset ja ei-verbaaliset tekijät vaikuta kommunikaatioon. Lisäksi vastaukset saadaan suoraan kirjallisena. (Kuula 2011, 174.) E-lomakkeella tehdyt vastaukset tallentuivat suoraan opiskelijan henkilökohtaiseen e-lomakearkistoon, mikä on Tampereen ammattikorkeakoulun ylläpitämä. Vastausten analysointi tehtiin opiskelijan henkilökohtaisella tietokoneella.

Informanttien otannassa oli huomioitu, että he työssään hoitavat palliativisen hoidon potilaita ja/tai saattohoitopotilaita. Heidät valikoitiin myös sosiaali- ja terveystalveluiden eri toimintasektoreilta. Edustettuna olivat kehitysvamma- ja vanhustalvelut, sairaalatalvelut sekä kotihoidon talvelut ja vastaukset kattoivat nämä toiminta-alueet. Haastattelulomakkeen saajat olivat sekä hoitoalan henkilöstöä, että lääkäreitä. Tutkimuksen käsitteet ja aihealue olivat kaikille informanteille tuttuja. Vastauksia olisi toivonut lisää, sillä noin puolet kysymyslomakkeen saaneista jätti vastaamatta. Saadut vastaukset tulivat sekä lääkäreiltä että hoitoalan edustajilta.

Haastattelu toteutettiin sähköisellä lomakkeella, joten lomake oli täytetty itsenäisesti, eikä tutkimustilanteella tai tutkijan tulkinnoilla ollut vaikutusta tuloksiin. Tutkimukseen sisällytyt taustakysymykset olivat informanttien koulutuksesta, työkokemuksesta, työyksiköstä sekä mahdollisesta saattohoidon koulutuksesta. Näiden avulla saatiin täydentävää tietoa sekä myös tukea tutkimuksen uskottavuudelle. Vastauksiin ja vastaamattomuuteen saattoi vaikuttaa kiinnostuneisuus tai kiinnostamattomuus saattohoitoa kohtaan ja vastaamiseen tarvittu ajankäyttö. Toivottavaa olisi ollut, että yksiköiden osastonhoitajat olisivat vastanneet selkeämmin yksikkönsä edustajana, eikä henkilökohtaisesti, sillä lähijohdon rooli on oleellinen yksikkönsä hoitotyön laadun kehittäjänä. Tästä kuitenkin informoitiin vastaajia etukäteen. Terveystalveluskeskuslääkärit eivät olleet valitettavasti aktiivisia osallistumaan tutkimukseen, vaikka he hoitavat asuinyksiköiden ja vanhustenhoidon sekä kotihoidon asiakkaita. Tutkimukseen vastanneet lääkärit toimivat sairaalassa. Osalle vastaajista saattoi olla vaikutusta tiedolla, että tutkimuksen tekijä tunnettiin työn kautta. Toisaalta se antoi ehkä painoarvoa tutkimukselle, koska olemme tehneet paljon yhteistyötä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kannalta voidaan todeta, että haastattelukysymysten avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin ja tulosten pohjalta voitaisiin toteuttaa käytännön kehittämistyötä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös reflektiivisyyden kautta. Reflektiivisyys tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan ja osaa arvioida niiden vaikutusta aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Työskentelen syöpäpotilaiden ja saattohoitopotilaiden hoitajana, ja tutkijana tunnen siis erittäin hyvin palliativisen hoidon ja saattohoitotyön alueet. Lähtökohtana tutkimukselle oli pohdinta käytännön työssä havaituista kehittämistarpeista saattohoidossa. Perusteeksi nousi STM:n Hyvän saattohoidon suositukset ja etenkin saattohoitopäätösten tekemisen tärkeys ja potilaan hoitotahdon merkitys. Talvelujen kehittäminen laatujohtamisen avulla

on nykypäivää myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Tutkimuksen avulla pystyi kar-
toittamaan saattohoidon nykytilaa ja kehittämisalueita Porin perusturvan alueella laatu-
johtamisen näkökulmasta.

Tutkijan perehtyneisyys saattohoitotyöhön on vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen.
Tulosten analysoinnissa ja pohdinnassa on pyritty objektiivisuuteen ja puolueettomuus-
teen. Tutkimustulokset on raportoitu todellisina, kuten vastaajat olivat ne kirjoittaneet.
Kuten yleensä laadullisessa tutkimuksessa, tässä tutkimuksessa saatujen tulosten vertaa-
minen laatujohtamisen periaatteisiin ja johtopäätökset on tehty tutkijan tulkintana ja poh-
dintana.

Saattohoito kehittyy koko ajan ja asia on hyvin ajankohtainen. Tutkimus olisi siirrettä-
vissä eli voidaan toteuttaa missä tahansa sosiaali- ja terveysalan yksikössä, mutta tulokset
riippuvat siitä, miten samankaltaiset ympäristöt ovat (Tuomi & Sarajärvi 2011, 138). Tu-
lokset ovat tutkimushetkeen sidottuja ja riippuvaisia vastaajien sen hetkisestä tieto -taito-
tasosta ja kiinnostuksesta aihetta kohtaan. Jos tutkimus tehtäisiin nyt samalla tavalla uu-
delleen, olisi todennäköisesti tapahtunut saattohoidossa kehittymistä.

Vilkan (2015) mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa hyvää tutkimusetiikkaa, tulee olla
suunniteltu pelisäännöt suhteessa mm. tutkimuskohteeseen ja kollegoihin. Tämä huomi-
oitiin tutkimusta tehtäessä. Kuulan (2011) mukaan yksityisyyden suoja toteutetaan vas-
taajien anonyymisyydellä ja aineiston jatkokäytön suojaamisella. Yksityisyyden suoja
turvattiin siten, että kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömänä
sähköisellä kysymyslomakkeella. Tuloksia ei käsitelty henkilökohtaisella tasolla vaan or-
ganisaation ja työntekijän yksikön näkökulmasta. Vertailua tehtiin jonkin verran ammat-
tikuntien välillä. Tutkimuksen vastaukset on säilytetty vain tutkijan henkilökohtaisessa
käytössä ja tutkimuksen valmistuttua ne poistetaan. (Vilka 2015, 228; Kuula 2011, 244.)

5.2 Pohdinta

Valtakunnalliset kehittämisohjelmat, toimintalinjaukset ja laatusuositukset ohjaavat julkisia palveluja ja kunnilla on ongelmia strategian mukaisessa kehittämistyössä sekä palvelujen arvioinnissa. (Nakari & Sjöholm 2009, 19.) Valtakunnallinen ohjaus ja seuranta sekä saattohoidon tuominen yhä enemmän julkiseen keskusteluun on saanut aikaan saattohoidon laadun kehittymistä. Kuitenkin Economist-lehden tutkimuksen perusteella Suomen saattohoidossa on vielä paljon kehittämistä (Economist Intelligence Unit 2010). Laatujohdamisen kulmakiviin kuuluu myös yhteiskunnallinen vastuu toiminnasta (Lecklin 2006, 26-27). Kysyttäessä tunnetaanko ja hyödynnetäänkö valtakunnallisia saattohoitoa koskevia suosituksia, vastausten mukaan ne tunnetaan pääpiirteittäin tai niihin on ainakin tutustuttu ja niitä hyödynnetään käytännön työssä mahdollisuuksien mukaan.

Kuuppelomäen (9/2002, 20-35) tutkimuksessa todettiin, että saattohoidon päätöksenteon prosessissa on paljon puutteita. Päätökset voidaan tehdä liian myöhään ja potilaat eivät ole aina tietoisia tilanteestaan. Hoitopäätöksistä vastaa aina hoitava lääkäri (STM 2010) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vaikeinta lääkäreille on oikean ajankohdan arviointi saattohoitopäätöksen tekemisestä. Toisaalta se tulisi tehdä riittävän ajoissa, eikä päivää ennen kuolemaa. Riippuu lääkärin kokemuksesta ja osaamisesta, miten oikea-aikaisesti hoidon linjaukset tehdään. On tärkeää, missä sairauden vaiheessa ollaan ja tuoda tietoa omaisille, minkä verran aikaa on jäljellä. Hildenin (2002) tutkimuksen mukaan monet ongelmat voitaisiin välttää, jos lääkärit ja potilaat kävisivät läpi keskustelun hoitotahdosta. Hoitotahdon tekemiseen tulisi opastaa enemmän ja kertoa sen merkityksestä. Positiivista tietoa vastauksissa oli, että saattohoitopäätöksiä ja hoitotahtoja tehdään nykyisin yhä useammin.

STM:n suosituksissa Hyvästä saattohoidosta (STM 2010, 30) sanotaan, että ”Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen”. Antosen (2016, 135-138) tutkimuksessa todettiin, että yksilöllinen saattohoito voi toteutua vain huomioimalla potilaan, perheenjäsenten ja hoitohenkilökunnan kokonaisuus. Tässä tutkimuksessa tuli selvästi esiin, että potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan lähes aina tai siihen panostetaan yhä enemmän. Myös Hildenin ym. (2002) tutkimuksessa saatiin vastaavanlainen tulos. Tiedonsaantioikeuskin toteutuu vastaajien mukaan hyvin. Omaiset otetaan mukaan myös keskusteluun ja heidän mielipiteensä otetaan huomioon,

mutta omaisten on toisinaan vaikea tehdä päätöksiä tai he ovat eri mieltä lääkärin kanssa hoitolinjasta. Samoin Kuuppelomäen (9/2002) tutkimuksessa todettiin, että monet tutkimukset ja toimenpiteet suoritetaan potilaan hoidon loppuvaiheessa perheenjäsenten pyynnöstä. Tämän tutkimuksen vastausten perusteella omaiset tarvitsevat enemmän aikaa keskusteluun, koska he ovat tärkeä tukiverkko sairastuneelle.

Saattohoitosuosituksen mukaan sovitut asiat tulee kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan ja kirjaamisen tulee olla arvioivaa ja siinä tulee näkyä hoitolinjaukset ja -päätökset. (STM 2010, 30). Tämän tutkimuksen mukaan kirjaamisen saattohoidon ja hoitotahdon osalta toteutuu pääsääntöisesti hyvin, mutta parantamisen varaakin on. Saattohoitopäätökseen tulee kirjata sekä saattohoidon sisältö, että potilaan omat toiveet ja se sisältää päätöksen pidättäytyä elvytyksestä (DNR-päätöksen). Myös hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjaetaan hoitolinjaukset. Ongelmana on kuitenkin yksityisten hoitolaitosten kirjaaminen, mikä ei näy perusturvan tietokannoissa. Tuotiin myös esiin, että esh:ssa tehdyt hoitolinjaukset jäävät usein kirjaamatta perusterveydenhuollon järjestelmään. Yhtenäiset potilas-tietojärjestelmät ovatkin tarpeellisia, koska ne takaavat hoidon jatkuvuuden ja tiedonkulun.

Ammattilaisten välinen yhteistyö on perusta, jotta palvelut ja prosessit toimivat mahdollisimman hyvin. Tuloksellisuutta ei voida saavuttaa ilman palvelutuotannon sisäistä toimivuutta (Nakari & Sjöholm 2009, 20). Laatuyrityksissä henkilöstön tyytyväisyydestä huolehditaan ja henkilöstölle luodaan edellytykset innovoivaan ja omaehtoiseen tiimityöhön (Lecklin 2006, 26-28). Tutkimuksen hoitajien vastauksista ilmeni, että lääkärit voisivat enemmän kuunnella hoitajien mielipiteitä. Hilden ym. (2002) tutkimuksen mukaan kuitenkin lääkärit katsovat hoitajien olevan kuin yhteistyökumppaneita, jotka aktiivisesti tukevat potilasta ja omaisia päätöksentekoprosessissa. Saattohoito on vaativaa moniammatillista hoitotyötä, missä tarvitaan hyvää tiimityön osaamista. Se ei aina ole täysin ongelmatonta. Vastaajien mukaan ongelmia tuottavat lääkärin jatkuva vaihtuvuus, jolloin käytännöt kärsivät ja toisaalta ulkomaalaistaustaisten lääkärin erilaiset näkemykset koulutus- ja osaamistusta johtuen. Tämä on kuitenkin nykypäivää ja siksi tarvitaankin yhtenäisiä toimintamalleja.

Lecklinin (2006, 26-28) mukaan kumppanuuksien kehittäminen ja hyvä yhteistyökyky ovat menestymisen edellytys. Tutkimusvastausten mukaan etenkin yhteistyössä peruster-

veydenhuollon ja ESH:n kesken olisi kehitettävää. Esh:ssa tulisi hoitolinjausten ja kunnollisten jatkohoitosuunnitelmien tekemisessä sekä saattohoidon porrastuksen toteuttamiseksi. Monessa vastauksessa tuotiin esiin saattohoidon yhteistyö kotisairaalan kanssa, mikä on lisääntynyt ja koettu erittäin hyväksi. Esitettiin, että kotisairaalan lääkärin ja hoitajien konsultaatiota tulisi lisätä. Myös mobiilitoiminta on hyvin tukenut eri hoitoyksiköiden saattohoitoa. Vastauksista selvisi, että yhteistyötä perusturvan yksiköiden sisällä, Diakodin ja toisaalta erikoissairaanhoidon kanssa täytyisi kehittää. Vastauksissa tuotiin myös esiin, että osaamisen keskittäminen olisi erittäin hyödyllistä ja olisi vain yksi saattohoitoa antava osasto. Konsultointimahdollisuus tulisi suositusten mukaan olla, mutta vastausten mukaan konsultointikynnys on joillekin ammattilaisille korkea. Konsultoinnin keskeisenä tavoitteena tulisi olla potilaan paras hoito ja toisaalta vastuun jakamista toisen ammattilaisen kanssa. Toimivasta yhteistyöstä hyötyisivät kaikki hoitotahot.

Saattohoidon suosituksessa korostetaan saattohoidon osaamisen ja koulutuksen kehittämistä (STM 2010, 20-22). Myös laatujohtamisen periaatteisiin kuuluu henkilöstön kehittäminen ja osallistuminen (Lecklin 2006, 26-27.) Koulutukselliseksi kehittämiseksi nousi vastauksista oirehoito ja etenkin kivunhoitoon liittyvät asiat. Lääkärit toivoivat vastauksissaan enemmän tietoa oirehoidosta ja myös saattohoidosta tietojen kertausta. Hoitajien mukaan etenkin ulkomaalaistaustaisille lääkäreille tulisi antaa enemmän tietoa ER-päätösten ja saattohoitopäätösten tekemisestä. Toivottiin hyvin käytännönläheistä tietoa ja opetusta. Tiedon tulisi olla helposti hyödynnettävissä ja jokaisessa yksikössä tulisikin olla palliatiivisen hoitotyön osaajia. Tietoja tulisi myös päivittää säännöllisesti. Kotihoidon hoitajille tulee suunnata enemmän koulutusta saattohoidosta, sillä he osallistuvat kotihoidossa olevien saattohoitopotilaiden hoitamiseen. Käytännössä pelkkä tieto ei riitä takaamaan palvelun laatua, vaan tarvitaan myös henkilöstö- ja aikaresursseja. Anttonen (2016, 138-139) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi tarvittaisiin yhtenäinen sisältö perustason koulutukseen sekä oma koulutusjärjestelmä vaativan palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen tason kehittämiseksi.

Laadun kehittämiseksi nousee tärkeänä esille johdon rooli ja sen sitoutuminen laatutyöhön. Hoitoyhteisöjä tulee kehittää siten, että saattohoidon erityispiirteet huomioidaan myös työyhteisöjen johtamisessa ja tavoitteen asettelussa (Anttonen 2016, 138). Laatujohtamisen tuloksellisuuden saavuttamiseksi johdon tulisi panostaa jatkuvaan parantamiseen, tiimityön onnistumiseen sekä antaa palautetta työntekijöille. (Lumijärvi 2009, 78.) Tutkimuksen kysymykset oli lähetetty lähijohdolle ja olisin toivonut saavani enemmän

tietoa kunkin yksikön saattohoidon tilanteesta erityisesti lähijohdon näkökulmasta. Tutkimuksessa tuli esiin, että osastonhoitajilla tulisi olla saattohoidon osaamista, sillä he ovat avainasemassa hoitotyön kehittäjänä. Heidän tulisi omata laajempi näkemys saattohoidosta ja heidän tulee osata olla tukena henkilökunnalleen. Lecklinin (2006, 26-28) mukaan henkilöstö tekee laadun ja henkilöstön kehitystä tulisikin edistää. Henkilöstöä ei tulisi nähdä kustannustekijänä vaan voimavarana laadun ja asiakastyytyväisyyden saavuttamiseksi.

Kuolevien potilaiden hoitolinjausten muuttaminen on nähty vaikeaksi sekä sairaalassa että perusterveydenhuollossa. Hoidon linjaus vähentää usein lääketieteellisiä tutkimus- ja hoitokustannuksia. (Hänninen. Lääkärilehti 24/2011, 2024-2015.) Vastauksistakin ilmeni, että hoitolinjaukset tulisi tehdä usein jo erikoissairaanhoidossa, kuitenkin näin ei aina ole. Potilas tekevät turhia sairaalakäyntejä, koska on aktiivihoitojen piirissä, vaikka kuolemaan johtava sairaus on jo pitkälle edennyt. Se aiheuttaa myös potilaalle ja omaisille epätietoisuutta jatkohoidosta. Tilanteen purkaminen eli hoitolinjauksen muuttaminen perusterveydenhuollossa on silloin haastavaa. Myös Halmisen (2016, 45) tutkimuksessa tuli esiin, terveydenhuollon kustannuksia elämän loppuvaiheen hoidossa voitaisiin vähentää, jos potilaat otettaisiin paremmin mukaan päättämään ja suunnittelemaan hoitoaan. Paremman suunniteltu palliatiivinen hoito, elämänlaatua tukevat asumisjärjestelyt ja hoitotestamentit parantavat kommunikaatiota ja vähentävät kustannuksia (Halminen 2016, 45).

Laadun parantaminen ei voi tapahtua ilman arviointia ja sen avulla tapahtuvaa toiminnan kehittämistä. Arvioinnin ja mittarien käytön tulee kohdentua asiakassuhteisiin, henkilöstön osaamiseen ja jaksamiseen, palvelujen ja prosessien toimivuuteen, taloudellisuuteen sekä yhteistyön onnistumiseen toimintaverkoston kanssa. Arvioinnin näkökulmia ovat asiakasarviointi, itsearviointi, vertaisarviointi sekä ulkoinen arviointi. (Holma 2003, 28-40.) Asiakaspalaute on erityisen tärkeää ja asiakastyöstä kertyvää tietoa tulisi osata hyödyntää (Niiranen, Stenvall & Lumijärvi 2005, 251-252). Vastausten mukaan saattohoitoa arvioidaan omaisilta saadun palautteen kautta, mutta myös potilaalta saadun palautteen kautta saattohoitovaiheen aikana. Parissa yksikössä on käytössä jälkisoitto kuolleen potilaan omaisille. Lisäksi on HaiPro-järjestelmä, minkä kautta saadaan se negatiivinen palaute toisilta ammattilaisilta. Palautteita käsitellään lähinnä yksikön henkilöstön kesken, sisäisen itsearvioinnin kautta, joko viikottaisissa osastokokouksissa tai tiimipalavereissa. Arviointia henkilöstön osaamisesta ja koulutustarpeista käydään kehityskeskusteluissa.

Potilaan hoidon arviointia tehdään myös kirjaamalla se hoitosuunnitelmaa, mutta onko se tieto käytettävissä potilaan kuoleman jälkeen ja miten sitä käydään läpi hoitotyön palautteena. Suurimmassa osassa vastauksista kuitenkin selvisi, ettei varsinaista palautejärjestelmää ole tai siitä ei ole tietoa. Vastauksista voi päätellä, ettei järjestelmällistä henkilökohtaista arviointia, vertaisarviointia tai ulkoista arviointia tehdä.

Tutkimustulosten mukaan saattohoitopotilaiden määriä ei seurata erikseen, kuin yhdessä yksikössä, muuten tehdään ainoastaan potilastilastointia diagnoosin mukaan. Tällöin ei voida tietää minkä verran viikossa, kuukausittain tai vuosittain saattohoidon potilaita hoidetaan ja suunnitella resursseja hoidon kehittämiseksi. Laadun käsitteeseen liittyy kustannusvaikuttavuus sekä laatutyö edellyttää tilastointi- ja seurantajärjestelmää.” (Kotisaari & Kukkola 2012, 67-68.)

Valtakunnallisesti aihe on hyvin ajankohtainen. STM on myös julkaissut uuden 2017 työryhmän muistion ja suositukset Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä, osaamis- ja laatuksiteereistä (STM 2017). Saattohoidosta keskustellaan julkisesti yhä enemmän. Myös Porin perusturvan alueella on tapahtunut saattohoidon kehittymistä. Henkilöstöllä on paljon osaamista ja kokemusta, mutta tarvitaan myös uusia yhteistyötappoja. Hyvin toteutettu palliatiivinen hoitotyö ja saattohoito ovat merkityksellisiä sairastuneille ja heidän läheisilleen, mutta myös nostaa Porin Perusturvan arvostusta ja luottamusta hoidon tasoon. Olisiko palliatiivinen hoito ja saattohoito Perusturvan alueella toteutettavissa yksinkertaisesti organisoimalla toimiva kokonaisuus: Palliatiivinen-poliklinikka – Kotisairaala – Kotihoito -1 saattohoito-osasto. Tutkimuksen vastausten mukaan saattohoitoon tulisi panostaa enemmän.

Kuoleman laadun parantaminen on yhtä tärkeää kansanterveydelle kuin elämänlaadulle (Wilmont 2006, American Journal of Public Health 105/2015, 58-61) Laatujohtamisen toimintamalli tulisi olla arkipäivää. Enemmän tulisi panostaa henkilöstön osaamiseen, jaksamiseen ja myös palkitsemiseen. Henkilöstön tulisi osallistua aktiivisesti palvelujen kehittämiseen ja lähijohtaminen rooli tulisi olla keskeisessä asemassa. Lisäksi tarvittaisiin yhtenäinen potilas/asiakas-palautejärjestelmä sekä toimivat mittarit, joilla voidaan arvioida saattohoidon onnistuneisuutta.

Tulevaisuuden tutkimuskohteita olisi hyödyllistä löytyä laatujohtamisen ja organisaatiotutkimuksen alueilta. Tutkimuksissa voisi tarkastella laatujohtamisen vaikuttavuutta

käytännön potilastyön, mutta myös organisaation toiminnan taloudellisuuden kannalta eli miten kohdentaa resursseja, siis henkilö ja aikaresursseja, oikealla tavalla. Tutkimustiedon avulla voisi löytää ne kehittämisen alueet, palveluketjut ja -prosessit sekä mittarit, joista on hyötyä sekä toimintayksiköille, että potilaille. Koska laatujohtamisessa ja saattohoidon suosituksissa korostetaan henkilöstön työhyvinvoinnin tukemista ja kehittämistä, saattohoitotyötä olisi hyödyllistä tutkia myös työhyvinvoinnin kannalta.

LÄHTEET

Antti-Poika, M. 2002. Laatujohtaminen työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substanttiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Duodecim 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypähoito-suositus. Luettu 21.1.2016. <http://www.kaupahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>.

Economist Intelligence Unit. 2010. The quality of death. Ranking end of life care across the world.

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. Luettu 26.10.2016

ETENE 2003. Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE. Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Helsinki.

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE-julkaisuja 31. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006-2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

ETENE 2012. Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE julkaisuja 36. Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Halminen, Olli 2016. Kuolevien kustannukset Suomessa -Ikääntyvän väestön sosiaali- ja terveydenhuoltokustannukset kuoleman lähestyessä. Diplomityö. Tuotantotalouden koulutusohjelma. Aalto-yliopisto. Helsinki.

Hilden, H-M; Louhiala, P.; Palo, J. 2002. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. Journal of Medical Ethics 30/2004: 362-365.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hänninen, J. Saattohoitopolku kulkee läpi koko terveydenhuoltojärjestelmän. Lääkäri-lehti 2011, 24.

Kotisaari, M-L., & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.

- Kuuppelomäki, M. 2002. The decision-making process when starting terminal care as assessed by nursing staff. *Nursing Ethics*, 9 (1) 2002, 20-35.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Kansanterveyslaki 66/1972. Luettu 26.10.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- KvaliMOTV- 3.3.1 Validiteetti – Tietoarkisto. Luettu 17.4.2018. www.fsd.uta.fi/menestelmäopetus/kvali/L3_3_1.html
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1998/785. Luettu 26.10.2016.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Luettu 26.10.2016
- Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum.
- Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä: kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Akateeminen Väitöskirja. Tampere University Press, Tampere.
- Lumijärvi, I. 2009. Johtamisen vaikutus organisaation tuloksellisuuteen. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Nakari, R. & Sjöholm, S. 2009. Toimiva kunnallinen palveluorganisaatio. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Toim. Niiranen, V., Stenvall, J. & Lumijärvi, I. 2005. Kuntapalvelujen tuloksellisuuden arviointi. Tasapainotettu mittaristo kunnallisissa organisaatioissa. Keuruu: Ps- kustannus, Otavan kirjapaino Oy.
- Satakunnan alueellinen saattohoitosuunnitelma 2015. Julkistettu 26.2.2015. Luettu 26.10.2016
<http://www.satshp.fi/tietoa-meista/ajankohtaista/Sivut/satakunnan-alueellinen-saattohoitosuunnitelma.aspx>.
- Silen, T. 2006. Johtamisen ja strategisen ajattelun näkökulmia. Helsinki: University Press.
- STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Suomen perustuslain perusoikeudet 1999/731. Luettu 26.10.2016
- Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Luettu 26.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Valvira 2008. Luettu 26.10.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Wilmont, Sibyl S. 2006. End-of-life care in critical condition. Journal of Medical Ethics. American Journal of Public Health 105.1 /2015, 58-61.

LIITTEET

Liite 1. Laatuyrityksen tunnusmerkkejä Laatukeskuksen mukaan

1.Asiakassuuntautuneisuus. Asiakas on laadun lopullinen arvioija.

2.Johtajuus ja toiminnan päämäärätietoisuus. Ylin johto on henkilökohtaisesti sitoutunut laatutyöhön. Johtajat luovat arvot, eettiset säännöt, kulttuurin sekä hyvän hallintotavan. tavoitteet ja strategiat johdetaan yrityksen perusarvoista, ja johto suorittaa säännöllisesti katselmuksia.

3.Henkilöstön kehittäminen ja osallistaminen. Henkilöstö tekee laadun. Henkilöstöä ei nähdä kustannustekijänä vaan voimavarana laadun ja asiakastyytyväisyyden saavuttamiseksi. Laatuyrityksissä henkilöstön tyytyväisyydestä on huolehdittu ja henkilöstölle on luotu edellytykset innovoivaan ja omaehtoiseen tiimityöhön. Henkilöstön kehitystä edistetään.

4.Tuloshakuisuus. Vain muutos on pysyvää! Tuotekehitys-, tuotanto- ja toimitusprosessien nopeuttaminen vaikuttaa yleensä positiivisesti kilpailukykyyn ja vähentää myös virheiden lukumäärää. Joustavuus merkitsee myös kykyä verkostoitua ja muodostaa liittoutumia tarpeen mukaan. Menestyvillä yrityksillä on selvä visio tulevaisuudesta ja kyky rakentaa sitä tukevat toimintasuunnitelmat. Ajassa liikkuvat trendit ja signaalit tunnistetaan ja integroidaan suunnitteluprosessiin.

5.Prosesseihin ja tosiasioihin perustuva johtaminen. Johtamisjärjestelmän ja päätöksenteon tulee perustua todelliseen, luotettavaan tietoon ja eheään prosessikokonaisuuteen. Asiakastyytyväisyyden ja prosessien toimivuuden seuraamiseksi on asetettu selkeät tavoitteet ja mittarit sekä niille seurantajärjestelmä. Hiljainen tieto pystytään hyödyntämään, riskit arvioimaan ja hallitsemaan.

6.Kumppanuuksien kehittäminen. Menestyvillä yrityksillä on hyvä yhteistyökyky.

7.Yhteiskunnallinen vastuu. Tämä merkitsee korkeaa liikemoraalia, turvallisuus- ja terveysnäkökohtien huomioon ottamista, ympäristöhaittojen syntymisen ja luonnonvarojen tuhlauksen estämistä. Aikaansaadaan positiivisia yhteiskunnallisia vaikutuksia.

8.Jatkuva parantaminen. Palautejärjestelmät, katselmukset, menetelmien ja välineiden arviointi ja kehittäminen sekä ulkopuolisen maailman seuraaminen.

(Lecklin 2006, 26-28)

Liite 2. Tutkimuskysymykset

1(2)

Taustakysymykset:

1. Koulutus ja työkokemus vuosina?
2. Työyksikkö? -Esim. Sairaalan kuntoutusosasto/arviointiyksikkö, vanhusten tai kehitysvammaisten palveluasunnot jne.
3. Mahdollinen saattohoidon koulutus?

Haastattelukysymykset:

1. TULOSHAKUISUUS JA YHTEISKUNNALLINEN VASTUU

-Suositukset ja kriteerit: ”Hyvä saattohoito Suomessa”, Käypähoito suositus, Satakunnan alueellinen saattohoitosuositus

- Miten hyvin tunnet nämä saattohoidon suositukset ja miten sovellat niitä työssäsi / miten niitä hyödynnetään työyksikössäsi?

2. PROSESSEIHIN JA TOSIASIOIHIN PERUSTUVA JOHTAMINEN

-Hoitolinjaukset ja saattohoitopäätökset

- Miten hoidon linjausten ja saattohoitopäätösten tekeminen toteutuu käytännössä työssäsi tai työyksikössäsi?
- Millaisia haasteita tai ongelmakohtia hoitolinjausten ja saattohoitopäätösten osalta olet havainnut?

3. ASIAKAS-/POTILASKESKEISYYS

-Potilaan yksilöllisyys ja itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus sekä omaisten huomiointi

- Miten saattohoidossa toteutuu potilaan itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus?
- Miten huomioidaan potilaan läheiset saattohoitopäätöksiä tehtäessä?
- Miten hoitolinjaukset ja -päätökset kirjataan?

4. KUMPPANUUKSIEN KEHITTÄMINEN

-Ammattilaisten yhteistyö

- Miten kuvailisit saattohoidon organisointia ja koordinoointia eri ammattiryhmien sekä hoitoyksiköiden kesken tällä hetkellä?

5. HENKILÖSTÖN KEHITTÄMINEN JA OSALLISTAMINEN

-Ammattitaito ja koulutustarve

2(2)

- Millaiseksi arvioisit tämän hetkisen oman saattohoidon tieto- taito-tason? tai työyksikkösi osaamisen?
- Millainen olisi lisäkoulutustarve?

6. JATKUVA PARANTAMINEN

-Kehittäminen ja seurantamenetelmät/mittarit

- Miten yksikössäsi arvioidaan saattohoidon onnistuneisuutta?
- Onko yksikössäsi käytössä potilaspalautejärjestelmä ja/tai henkilöstö-palautejärjestelmä?
- Miten yksikössäsi seurataan saattohoidossa olevien ja olleiden potilaiden määriä?
- Miten saattohoidon kehittäminen on huomioitu työyksikössäsi?
- Millaisia kehittämisideoita saattohoidon (porrastuksen toteutumisen ja potilaan oman tahdon huomioon ottamisen) osalta haluaisit nostaa esiin?

HOITOTAHTO

Minä _____ (henkilötunnus) olen laatinut tämän hoitotahdon siltä varalta, että joutuisin tilaan, jossa en kykene millään tavoin ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoni. Seuraavat rastitut (x) kohdat ilmaisevat tahtoni.

_____ Jos olen sairastunut tai vammautunut vaikeasti ja parantumattomasti minua ei saa elvyttää, mikäli se lääketieteellisesti arvioiden johtaa siihen, että minulla ei ole toimintakykyistä ja itsenäistä elämää.

_____ Jos olen sairastunut vaikeasti ja parantumattomasti, on minua hoidettava sairauden ennuste huomioon ottaen siten, että ei tehdä sellaisia tutkimuksia ja hoitoja, jotka vain aiheuttavat ja pidentävät kärsimyksiä.

_____ Minulle on aina annettava riittävä oireenmukainen hoito (esim. kipulääkitys) riippumatta sen vaikutuksesta elinaikani pituuteen.

_____ Päätettäessä hoidostani pidän tärkeämpänä elämäni laadun varmistamista kuin pitkittämistä.

Lisäksi _____ tahdon, että _____

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Täten todistamme, että yllä mainittu henkilö on omakätisesti allekirjoittanut tämän hoitotahtoasiakirjan ja ilmoittanut sen olevan hänen vakaa tahtonsa.

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys