

**SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN
KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALASSA
KIRURGIAN VUODEOSASTOLLA 10**

Hilkka Herlevi
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto: Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Hilkka Herlevi

Opinnäytetyön nimi: Saattohoidon kehittäminen Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa kirurgian vuodeosastolla 10

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Lea Rissanen, yliopettaja, TtT Helena Heikka

Työn valmistumislukukausi ja vuosi: Syksy 2010

Sivumäärä: 83 + 43

Saattohoidon kehittämishanke toteutettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa kirurgian vuodeosastolla 10 vuosina 2008-2010. Tarve saattohoidon kehittämiseen nousi hoitotyön käytännöstä, mutta aihe osoittautui lopulta ajankohtaiseksi myös valtakunnan tasolla. Saattohoidon kehittämishanketta hallinnoi Keski-Pohjanmaan keskussairaala yhteistyössä Oulun seudun ammattikorkeakoulun kanssa ja hanke toteutettiin kahtena rinnakkaisena opinnäytetyönä. Hankkeeseen nimettiin moniammatillinen ohjausryhmä sekä sairaanhoitajista ja lähihoitajista koostuva projektiryhmä. Hankkeen rahoituksesta vastasi Keski-Pohjanmaan keskussairaala.

Saattohoitoprojektin välitön tavoite oli tuottaa ohjeita kuolevan potilaan hoitoon ja niiden käyttöönoton myötä kuolevan potilaan saattohoitovaiheen kehittäminen, hoidon laadun paraneminen sekä yhteistyön lisääntyminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Välillisenä tavoitteena oli yhtenäistää hoitolinjoja, tukea työntekijöitä hoitopäätösten teossa sekä edesauttaa hyvän hoitosuhteen rakentumista.

Projektin tuotoksena suunniteltiin ja toteutettiin kuolevan potilaan hoidon -alueellinen koulutuspäivä sekä luotiin osastotyöhön tarkoitettuja saattohoidon ohjeita. Lisäksi projektissa kartoitettiin Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien maakuntien saattohoidon resurssit ja nimettiin saattohoidon vastuuhenkilöt Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alueen eri terveyskeskuksiin. Edelleen projektissa saatettiin alulle alueellisen saattohoitoketjun rakentaminen.

Projektin tuloksena osaston henkilökunnan ymmärrys hoitolinjausten tekemisen merkityksellisyydestä lisääntyi ja saattohoidon osaaminen karttui. Projektin tuotoksia ei projektin toiminta-aikana ehditty vielä juurruttaa osaksi osaston toimintakäytäntöjä. Saattohoitolinjauksien tekoon osastolla ajoittain aktivoiduttiin, mutta selkeää muutosta toimintatavoissa ei vielä tapahtunut. Projektissa tuotettuja ohjeita voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi perehdytyksessä, lisäksi ohjeet ovat sovellettavissa myös muille vuodeosastoille sekä alueen terveyskeskuksiin. Yhteistyössä kehitettyihin hoitokäytäntöihin on hyvä vedota muun muassa hankalissa potilaskontakteissa. Projektin tulosten pysyvyyttä ja jatkuvaa kehittämistä tukee kehittämistyötä jatkava saattohoitoketju – työryhmä sekä sairaanhoitopiirin alueelle yhtenäisiä saattohoito-ohjeita rakentamaan alkava työryhmä.

Asiasanat: saattohoito, saattohoitoneuvottelu, saattohoitopäätös, hyvä kuolema, projekti

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

Author: Hilikka Herlevi

Title of thesis: Developing Terminal Care at Surgery Ward in Keski-Pohjanmaa Central Hospital

Supervisors: Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Lea Rissanen and Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Helena Heikka

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2010

Number of Pages: 80 pages + 43 appendix pages

The development project was executed by two parallel scholarly thesis projects commissioned by Keski-Pohjanmaa Central Hospital and Oulu University of Applied Sciences. The project had a multiprofessional steering group, and a project group that consisted of registered nurses and a practical nurse. The project was funded by Keski-Pohjanmaa Central Hospital. The need for the development of terminal care was noticed in daily nursing practises at Keski-Pohjanmaa Central Hospital.

The primary goal of the project was to produce a set of guidelines for the nursing of dying patients. The goal was to develop practices for nursing during the terminal care phase, to improve the quality of terminal care, and to increase co-operation between basic health care and special health care. The secondary target was to unify nursing policies, support employees in decision making processes, and to promote building of good nursing relationship between employees and patients.

As an outcome of the project, instructions for terminal care were created, and the project group planned and arranged a regional training day on dying patient care. A survey was also carried out regarding the resources of terminal care in the municipalities that belong to the Keski-Pohjanmaa nursing district. Furthermore, a process of building a terminal care chain in Keski-Pohjanmaa was started, and persons in charge of the terminal care in the different organizations in the Jokivarsi region were appointed.

During the project there was no time to put the results into practice at the ward properly. Occasionally the employees showed active interest in developing the guidelines for the terminal care, but there was no clear change in nursing practices. However, understanding the importance of producing nursing guidelines and valuable know-how of the terminal care was increased among the employees of the ward due to the project.

In the future, the guidelines can be used for example during orientation periods. They can also be applied in the other wards of the hospital as well as in the health care centres around the region. Jointly developed nursing practices can also be utilized when dealing with difficult patient contacts. Persistence of the results of the project will be supported by a group that continues the development work further, and a separate team that will create unified terminal care guidelines for the Keski-Pohjanmaa nursing district.

Keywords: terminal care, quality of terminal care, good death, project

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 SAATTOHOITOPROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET	8
3 SAATTOHOIDON LAADUN KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ	11
3.1 Saattohoito osana palliativista hoitoa	14
3.2 Saattohoidon kehittyminen	15
3.3 Saattohoidon oikeudellinen ja eettinen perusta	17
3.4 Saattohoitovaiheen hoitopäätökset ja potilaan hoitotahto	20
3.4.1 Saattohoitopäätös ja saattohoitoneuvottelu.....	23
3.4.2 Hoitosuunnitelma ja saattohoidon toteutus.....	28
3.4.3 Hyvä kuolema	30
4 SAATTOHOITOPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	32
4.1 Projekti kehittämismenetelmänä.....	32
4.2 Lähtötilanteen kuvaus	33
4.3 Saattohoitoprojektin tukirakenteet ja organisointi.....	35
4.4 Saattohoitoprojektin kehitymisprosessin eteneminen ja projektin tuotosten kokoaminen.....	38
4.4.1 Alueellisen osaamisen kehittäminen kuolevan potilaan hoidossa	40
4.4.2 Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alueen saattohoitoresurssit	46
4.4.3 Osaston hyvät käytänteet	48
4.5 Saattohoitoprojektin raportointi.....	50
4.6 Saattohoitoprojektin päättäminen	51
5 SAATTOHOITOPROJEKTIN TULOKSET	52
6 SAATTOHOITOPROJEKTIN ARVIOINTI.....	55
6.1 Prosessin arviointi.....	60
6.2 Projektin luotettavuus ja eettisyys	63
6.3 Kehittämisaamisen kehittyminen prosessin aikana.....	66
6.4 Saattohoitoprojektin kehittämishaasteet	67
LÄHTEET.....	70
LIITTEET	84

LIITTEET

Liite 1 KPKS Osasto 10 Saattohoidon kehittämishanke osaprojektit

Liite 2 Ohje saattohoitoneuvottelusta

Liite 3 Kotisaattohoitoon siirtyminen

Liite 4 Saattohoito. Opas potilaalle ja hänen läheisilleen

Liite 5 Toimintaohjeet vainajan laitossa

Liite 6 Kuolevan potilaan hoito – alueellinen koulutus

Liite 7 Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alueen saattohoitoresurssien kartoitus

Liite 8 ETENE suositukset saattohoidosta

Liite 9 Projektin työsuunnitelma ja aikataulu

Liite 10 Kuolevan potilaan hoito –koulutuspäivän budjetti

Liite 11 Palaute koulutustilaisuudesta

Liite 12 Yhteenveto Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alueen saattohoidon resursseista

Liite 13 Saattohoitoprojektin arviointilomake

KUVIOT

Kuvio 1. Elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvä päätöksentekoprosessi

Kuvio 2. Hoitopäätösten teon taustalla vaikuttavat arvot

Kuvio 3. Taustaorganisaatioiden rooli saattohoidon kehittämissuunnitelmassa

Kuvio 4. Saattohoitoprojektin projektiorganisaatio

Kuvio 5. Koulutuspäivän palautteiden sisällön analyysin luokitus

Kuvio 6. Saattohoitopotilaan polku osastolla 10

1 JOHDANTO

Nyky-yhteiskunnassa ajatellaan, että ihminen ei kuole ellei mitään erityistä tapahdu. Kuolema eristetään laitoksiin ihmisen tavoitellessa terveyttä ja kuolemattomuutta. Kuoleman ajatellaan olevan poikkeustila, lääketieteen ja kuolevan ihmisen tappio. Vain onnettomat sattumat ja elämässä tehdyt väärät valinnat saattavat aiheuttaa kuolemaan johtavan tilan. Myös lääketiede on kehittynyt näiden oletusten suuntaisesti jatkamalla elämän ylläpitämistä ja luomalla illuusion siitä, että ongelmat voidaan aina hoitaa. (Hänninen 2006b, 25; Pelkonen 2002, 25.)

Onkin siis aina vain vaikeampaa määritellä kuka on parantumattomasti sairas ja vielä vaikeampaa on puhua lähestyvistä kuolemasta potilaan ja omaisten kanssa (Kaleva-Kerola 2002, 1; Saarelma 2005, 309-310). Myös Myllymäki (2002, 41) kuvaa kuoleman olevan edelleen tabu, josta on vaikea puhua terveydenhuollossa. Potilas aavistaa hoitohenkilökunnan ja lääkärin arkuuden, omaiset kiertävät asiaa ja lääkäri ohittaa kierrolla kuolevan potilaan nopeasti. Aktiivisesta hoidosta luopuminen johtaa usein hoitosuhteiden katkeamiseen, joka tekee tilanteen entistä vaikeammaksi. Hyvin organisoidulla palliatiivisella hoidolla voidaan osaltaan helpottaa kyseistä ongelmaa. (Kaleva-Kerola 2002, 1.)

Ennusteiden mukaan tulevaisuudessa kuolinsyynä tulevat olemaan entistä useammin etenevät sairaudet ja krooniset taudit. Myös syöpätautien määrä tulee kasvamaan voimakkaasti keskimääräisen eliniän pidentymisen myötä sekä suurten ikäluokkien vanheudessa yli 60 vuoden ikään. (Pulkkala, Dyba, Hakulinen & Sankila 2006, 10.)

Niin syövän kuin muidenkin pitkäaikaisten sairauksien myötä elämän viime vaiheen hoitamiseen liittyvä aika pitenee ja hoidon tarve lisääntyy. Usein potilaat ovat saattohoitoon siirryttäessä jo hyvin sairaita. Erikoissairaanhoidon hoitoaikojen lyhenemisen myötä potilaat ja heidän perheensä tarvitsevat paljon tukea jo ennen perusterveydenhuoltoon siirtämistä. Tästä syystä hoitolinjat tulisikin olla selvitetty ja hoitopäätökset tehty erikoissairaanhoidossa ennen potilaan siirtoa perusterveydenhuoltoon.

Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä on velvollinen järjestämään saattohoidon. Kuolevan potilaan hoitoa säätelee lääkintöhallituksen ohjekirje DNO 3024/02/80 vuodelta 1982. Sen mukaan potilaan on saatava riittävää oireenmukaista perushoitoa ja hänen ihmisarvoaan kunnioittavaa huolenpitoa myös kuoleman lähestyessä, kun hänen sairautensa ennustetta ei enää voida käytettävissä olevilla hoidoilla parantaa. Ohjekirjeen nähdään tänä päivänä olevan jo hieman vanhentunut ja saattohoidon perustana pidetään nykyään valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) julkaisemia oppaita: Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa (2002) sekä kuolevan potilaan hoitosuosituksiset (2003). Käypä hoito –suositukseen on myös valmistunut ohje kuolevan potilaan oireiden hoidosta.

Periaatteiltaan suomalainen saattohoito pohjautuu alun perin kristilliseen laupeudentyöhön (caritas) perustuvan kansainvälisen Hospice-liikkeen periaatteisiin. Näiden periaatteiden mukaan hoitoa toteutetaan sydämellä, huomioiden ihmisen yksilöllisyys. Hoidon perustana on kuolevan ja hoitoon osallistuvien henkilöiden välinen rehellisyys ja avoimuus. Hoidossa kiinnitetään huomio ihmisen eheyteen ja pyritään mahdollistamaan saattohoitopotilaalle mahdollisimman täysipainoinen elämän kuolemaan saakka. (Sand 2003, 44.)

2 SAATTOHOITOPROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kuolevien suomalaisten hoidon on koettu olevan epätasa-arvoista riippuen potilaan asuinpaikkakunnasta, iästä, toimintakyvystä ja omaisista. Oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon noudattaminen on Suomessa kirjattu lainsäädäntöön. Terveystieteiden tutkimus on osa yhteiskuntapolitiikkaa ja sen tulo heijastaa koko yhteiskunnan asetelmia. Mikäli yhteiskunnassa esiintyy eettisesti arveluttavia, epäinhimillisiä ja epätasa-arvoisia kehityskulkuja, ne tunkeutuvat vähitellen myös terveydenhuollon sisään. (ETENE 2002a, 10-11.)

Lipponen (2006, 173) toteaa saattohoidon olevan yhteiskunnan kannalta yksi keino terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Keskeisenä tavoitteena nostetaan esiin kuolevan potilaan oikeus ihmisarvoiseen kohteluun ja parhaaseen mahdolliseen hoitoon hoitoympäristöstä riippumatta (ETENE 2002b, 2003).

Saattohoito onkin viime vuosina noussut yhdeksi keskeiseksi haasteeksi terveydenhuollon organisaatioissa ja työyksiköissä. Vaatimuksia saattohoidon kehittämiseen on tullut monelta eri taholta. Jokaiselle ihmiselle katsotaan kuuluvan samanlainen oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, joka sisältää myös fyysisen kivun ja psyykkisen kärsimyksen lievittäminen sekä omaisten huomioinnin. Peruspalveluministeri Paula Risikolle luovutettiin lokakuussa 2008 noin 100000 suomalaisen allekirjoittama adressi, jossa vaadittiin saattohoidon kehittämistä sekä esitettiin toimintaohjelma asiassa etenemiseksi.

Vastauksena tähän Sosiaali- ja terveysministeriö ehdottaa tiedotteessaan (75/2009) saattohoidon koordinaatiotehtävän siirtämistä sairaanhoitopiirien ja osittain suurten kaupunkien vastuulle. Lisäksi STM velvoittaa sairaanhoitopiirit laatimaan saattohoitosuunnitelmat tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon ja yksityisten palvelujen tuottajien sekä kolmannen sektorin kanssa. Edelleen sosiaali- ja terveysministeriön kokoama asiantuntijaryhmä ehdottaa, että Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) selvittää nykyiset sairaanhoitopiiri-

rien saattohoitosuunnitelmat, jonka jälkeen STM organisoï saattohoidon kehittämisen valtakunnalliset linjaukset.

Pohjana hyvälle saattohoidolle olisivat muun muassa EU:ssa vuonna 2003 annetut palliatiivisen hoidon suositukset, ETENE -suositukset sekä Käypä hoito -suositukset. Myös Terveys 2015 -kansanterveysohjelman yhtenä tavoitteena on arvokkaan ja rauhallisen kuoleman toteutuminen sekä omaisten tuki heidän surutyössään (STM 2006). STM (2005) korostaa, että hoidon jatkuvuuteen ja tiedon kulkuun eri toimijoiden välillä on kiinnitettävä huomiota siten, että kokonaisvaltainen hoitovastuu lähtee perusterveydenhuollosta.

Saattohoidon kehittämishanke toteutettiin työyksikössäni Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa kirurgian vuodeosastolla kymmenen. Kehittämishanke käynnistyi syyskuussa 2008 ja päättyi huhtikuussa 2010. Kehittämishanke muodostui kahdesta erillisestä opinnäytetyöstä (liite 1). Tämän projektityön lisäksi siihen kuului Oulun seudun ammattikorkeakoulussa syöpäpotilaan ja hänen läheistensä hoidon erikoistumisopinnot suorittaneen Johanna Oikemus-Määttälän projektityö, jonka myötä kehitettiin prosessikaavio saattohoitopotilaan hoitopolusta osastolla kymmenen sekä luotiin saattohoitovaiheen hoitosuunnitelmarunko ja työyksikkökohtainen saattohoito-ohje.

Tarve saattohoidon kehittämiseen nousi hoitotyön käytännöstä. Kuolevan potilaan hoito oli osastolla koettu jo pitkään haasteelliseksi ja raskaaksi ja kehittämistarve oli noussut esiin lähes jokaisessa kehityskeskustelussa vuonna 2008. Tältä pohjalta osastonhoitaja ehdotti saattohoidon kehittämistä opinnäytetöidemme aiheeksi. Keskeisenä kehitettävänä alueena hoitohenkilökunnan taholta koettiin hoitopäätösten ja hoitolinjausten tekeminen, jotta kaikilla hoitoon osallistuvilla olisi yhteinen näkemys hoidon päämäärästä sekä hyvä tiedottaminen potilaan siirtyessä perusterveydenhuollon vastuulle. Myös Koistinen (1996, 15-16) ja Ridanpää (2006, 15) toteavat kuolevan potilaan ja hänen omaisensa auttamisen olevan vaativa ja vaikea tehtävä, jonka edessä jo pitkänkin kokemuksen hoitotyöstä omaavat hoitajat usein ahdistuvat kokien epävarmuutta ja riittämättömyyttä.

Projektin tavoitteena oli työyhteisössä tapahtuva toiminnan sekä sisäinen että ulkoinen kehittäminen. Projektin pitkän ajan kehitystavoitteena oli kuolevan potilaan saattohoito-

vaiheen kehittäminen ja sitä kautta hoidon laadun paraneminen osastolla sekä moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen niin omassa organisaatiossa kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidonkin välillä. Projektin välittömänä tavoitteena ja sisäisen kehittämisen muotona oli tuottaa osaston henkilökunnan käyttöön seuraavat saattohoitoon liittyvät ohjeet:

- Ohje saattohoitoneuvottelusta (liite 2).
- Kotisaattohoitoon siirtyminen (liite 3).
- Ohjeet saattohoidosta.
- Saattohoito. Opas potilaalle ja hänen läheisilleen (liite 4).
- Toimintaohjeet vainajan laitossa (liite 5).

Ohjeiden tavoitteena on antaa tietoa, yhtenäistää hoitolinjoja, tukea yksittäistä työntekijää päätöksenteossa sekä edesauttaa hyvän hoitosuhteen rakentumista. Lisäksi projektin tarkoituksena ja ulkoisen kehittämisen muotona oli suunnitella ja toteuttaa alueellinen koulutuspäivä kuolevan potilaan hoidosta (liite 6). Koulutuspäivän tavoitteena oli vahvistaa työyhteisöjen moniammatillista osaamista ja sitä kautta kehittää kuolevan potilaan hyvää, oireenmukaista, inhimillistä ja taloudellista kokonaisuhoitoa. Edelleen projektin tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollon ja yksityisen sektorin käytettävissä olevat tiedolliset, taidolliset, aineelliset ja välineelliset voimavarat sekä henkilöresurssit kuolevien potilaiden hoitoon (liite 7). Kyselyllä kerättyä tietoa on tarkoitus hyödyntää saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä.

Kuvaan tässä raportissa toteuttamaani osa-projektia saattohoidon kehittämishankkeesta. Projektin tarpeellisuutta perustellaan saattohoidon inhimillisyyden ja laadun kehittämisen vaatimuksilla. Lähestymistapana opinnäytteessäni on tutkimusperustainen kehittämisprojekti eli aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia on käytetty tässä projektissa hyväksi uusien käytäntöjen kehittämisessä ja työelämän muutosprosessin tukemisessa. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja haasteellinen. Tausta-ajattelultaan projekti nojautuu pragmaattiseen tieteenfilosofiaan, jossa korostuu käytännöllisyys. Tällöin Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 33) mukaan kysymyksessä on kehittämistoiminta, joka tapahtuu käytännön ympyröissä ja jonka päämääränä on toiminnan, prosessien tai tuotteiden parantaminen.

3 SAATTOHOIDON LAADUN KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ

Hyvän hoidon määrittäminen ei ole yksiselitteistä. Hyvä -käsitteellä viitataan asiaan tai ominaisuuteen, joka on jollain tapaa arvokas tai jostain näkökulmasta laadukas. Wrigh-
tin (2001, 39) määritelmän mukaan hyvällä voidaan tarkoittaa ihmisten fyysistä ja/tai
henkistä hyvinvointia tukevaa toimintaa, josta mahdollisimman moni pääsee osalliseksi.

Hyvän hoidon takaaminen edellyttää terveydenhuollon henkilöstöltä jatkuvaa osaamisen
uudistamista, josta myös työnantaja omalta osaltaan vastaa (Laki 559/1994). Myös täy-
dennyskoulutuslainsäädäntö ja tulevaisuuden työelämän vaatimukset velvoittavat työn-
antajia ja työntekijöitä jatkuvaan ammattitaidon ylläpitämiseen (Sosiaali- ja terveystoimi-
ministeriö 2002). Hildén (1999, 11) määrittelee väitöskirjassaan ammatillisen pätevyyden
taitona ottaa vastaan haasteita oman ja työyhteisön osaamisen kehittäjänä ja kykynä se-
kä soveltaa nykyistä tietoa että luoda uutta tietoa.

Snellmanin (2009, 32-33) ja Vuoren (1995, 21-25) näkemyksen mukaan terveydenhuol-
lon laadulla tarkoitetaan resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla; turvallisesti
ja korkeatasoisesti siten, että resurssit kohdennetaan erityisesti niiden potilaiden terve-
ystarpeisiin, jotka tarvitsevat eniten hoitoa tai sairauksia ehkäiseviä toimenpiteitä. Ny-
kyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä päähuomio on kohdistunut hallinnollisiin raken-
teisiin sekä talouden seurannan ja toiminnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kannal-
ta harhaanjohtaviin tuottavuuslukuihin. Tuottavuus ei kuitenkaan kerro hoidon laadusta
vaan hyvin tuottava toiminta saattaa olla vaikuttamatonta tai jopa haitallista.

Laadunvarmistus on järjestelmällistä toimintaa laadullisten ongelmien löytämiseksi,
mittaamiseksi ja korjaamiseksi (Vuori 1995, 27-28). Perälän ja Räikkösen (1994) tutki-
muksen mukaan laadunvarmistuksen vaikutukset potilaan kokemuksiin ja hoitoon, hoi-
tohenkilökunnan kokemuksiin ja toimintaan sekä organisaation toimintaan olivat lähes
poikkeuksetta myönteisiä. Laadunvarmistuksen nähtiin lisäävän potilaan hyvinvointia,
parantavan hoidon tasoa, lisäävän henkilöstön työmotivaatiota sekä yhtenäistävän orga-
nisaation toimintaa.

Laadunhallinnan keskeisiä periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, toimintaprosessien hallinta ja kehittäminen, laatuprojektien toteuttaminen, henkilöstön osallistuminen sekä jatkuva parantaminen (Nojonen 1999, 126). Nimenomaan hoitotyötä tarkastellessa laadun keskeisinä tekijöinä voidaan nähdä henkilöstön asennoituminen, hoidon lopputulos, itsemääräämisoikeuden toteutuminen, kivuttomuus, luottamus, omaisten huomiointi, potilaiden keskinäinen kanssakäyminen sekä kiireettömyys (Perälä 1998, 94). Myös Ollikainen (2008, 4) kuvaa asiakaslähtöisyyden olevan sosiaali- ja terveystalouden yksi laatuksiteeri. Saattohoitopotilaan kohdalla toivotun kuolinpaikan järjestämistä voidaan pitää yhtenä osana asiakaslähtöistä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Mikkosen (2007, 2) tutkimuksen mukaan saattohoidon laatu toteutuu parhaiten, kun perheen yhdessäolo ja yksityisyys mahdollistetaan. Ajantasaisen tiedon saanti, huolenpito potilaasta ja omaisten osallistumismahdollisuudet saavat aikaan kokemuksen turvallisesta ja välittävästä hoidosta.

Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo ja Välimäki (1994, 47-48) sekä Lindqvist (2004, 299) näkevät eettisesti hyvin tärkeänä ja suoraan hoidon laatuun vaikuttavana kysymyksenä henkilökunnan jaksamisesta huolehtimisen. Terveystalouden työntekijät altistuvat kuolevien kanssa työskennellessään väsymykselle, avuttomuudelle, haavoittuvuudelle ja omalle surulle. Huonosti jaksessaan henkilökunta ei kykene siihen vaativaan hoito- ja tukemistyöhön, jota kuoleman läheisyydessä tarvitaan. Työntekijöiden jaksamiseen ja hyvinvointiin tulee panostaa sekä huolehtia hoitavien henkilöiden resurssien riittävydestä ja työnohjauksesta. Tätä näkökulmaa tukee myös Kvistin (2004, 163) tutkimus, jonka mukaan henkilöstön tyytyväisyydellä on yhteys annettavan hoidon laatuun.

Raatikainen, Miettinen ja Karppi (2001, 40-41) määrittelevät kuolevan potilaan hoitotyön laadun arviointiin kolme eri kehitysvaihetta, joita ovat laitosmainen, yksilöllinen ja yhteisöllinen kehitysvaihe. Heidän mukaansa laitosmainen hoitotyö voi pahimmillaan tarkoittaa sitä, että kuolevan potilaan fyysisiä perustarpeita hoidetaan huonosti ja kuolevaan suhtaudutaan persoonattomasti ja välinpitämättömästi. Laitosmaisen hoitotyön kehittyneemmässä muodossa potilaan fyysisistä tarpeista huolehditaan hyvin. Yksilölliseen, potilaskeskeiseen hoitotyöhön kuuluu potilaan empaattinen ymmärtäminen, lohduttaminen ja kuuntelu. Yhteisölliseen, perhekeskeiseen hoitotyöhön sisältyy myös läheisten

huomiointi, kuolevan oman tahdon huomioon ottaminen sekä hyvä tiedottaminen niin potilaalle kuin hänen läheisilleenkin.

Vuoren (1995, 23) näkökulman mukaan monet terveystalosten tuottajat pitävän eettisenä velvollisuutenaan antaa potilaalle parasta, mitä lääketiede voi tarjota kustannuksista välittämättä. Terveystalosten voimavarat ovat kuitenkin rajalliset, joten tiedon ja teknologian täysimittainen käyttö yhden potilaan hyväksi voi riistää toiselta mahdollisuuden henkeä pelastavaan hoitoon. Tämän vuoksi hoidon teknis-tieteellistä laatua, hoidosta saatavaa hyötyä ja hoidon kustannuksia tulisi aina tarkastella samanaikaisesti.

Seymour, Ingleton, Payne ja Beddow (2003, 24) näkevät kuolevien hoidon kehittämisessä erityisen tärkeänä tiedonsaannin potilaiden ja heidän omaistensa hoitoa koskevista odotuksista. Kvist (2004, 157-163) toteaa potilaiden arvostavan henkilökunnan ammattitaitoa, miellyttävää käytöstä ja avun saantia, mutta olevan tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, tiedonsaantiin, henkilökunnan kiireeseen sekä henkilökuntamäärään.

Helakorpi (2005, 36) toteaa korkealaatuisten tulosten edellytyksenä olevan selkeästi määritellyt tavoitteet ja harkitut menettelytavat. Toiminnan ylläpitäminen ei riitä vaan toimintaa on myös kehitettävä jatkuvasti. Kehittäminen edellyttää kollektiivista oppimista, jossa uuden tiedon omaksumisen ohella keskeisellä sijalla ovat organisaatiossa vallitsevien toimintatapojen tutkiminen ja uusien toimintatapojen testaaminen. Oleellista on asiakaskeskeisyys, osallistuva havainnointi sekä tuottava ja laadukas toiminta. Lähtökohtana kehittämisessä on yhteinen visio toivotusta tilasta. Tällöin oppimisen perustana on paikallinen tutkiminen ja kehittäminen. (Helakorpi 2005, 36; Järvinen, Koivisto & Poikela 2002, 8; Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 19; Sarala & Sarala 1997, 94; Virkkunen 2002, 35.)

Työyhteisössä tapahtuva toiminnan kehittäminen ja toimintatavan muutos merkitsevät aina haastetta koko työyhteisölle. Vanhat normit eivät enää päde ja uusia ei ole vielä täysin omaksuttu. Henkilöstö voi myös kokea ammatti-identiteettiinsä liittyvää uhkaa ja kääntyä vastustamaan muutosta. Kehittämishankkeesta vastaavan henkilön onkin ymmärrettävä muutoksen mukanaan tuomat haasteet eri ammattiryhmille ja pyrittävä

ohjaamaan kehittämistoimintaa seuraten työyhteisössä ilmeneviä reaktioita muutosta kohtaan. Muutostilanteessa ensiarvoisen tärkeitä asioita ovat hyvä tiedotus ja muutoksen perustelu. Muutostilanteet tulee valmistella ja toteuttaa niin, että niissä kunnioitetaan ja huomioidaan ihmisten itsemääräämisyrittäminen. Varmimmin positiivinen muutuskokemus ja sitoutuminen muutokseen saavutetaan silloin, kun henkilöstö saa olla mukana ideoimassa ja suunnittelemassa muutosta ja heidän osaamistaan ja asiantuntijuuttaan hyödynnetään muutoksen toteuttamisessa. (Jalava 2001, 141; Järvinen 1999, 83-84.)

Tässä saattohoitoprojektissa kehittämistyön perustana on ollut paikallinen tutkiminen ja kehittäminen. Projektin myötä on pyritty parantamaan potilashoidon laatua kehittämällä uusia toimintatapoja sekä lisäämällä työyhteisön osaamista ja tietämystä. Muutosvastarintaa on pyritty lievittämään tiedottamisella, kouluttamisella sekä perustelemalla uusia toimintatavoista saatavia hyötyjä niin potilaan, työyhteisön kuin yhteiskunnan kannalta.

3.1 Saattohoito osana palliatiivista hoitoa

Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun sairaus ei ole enää parannettavissa eikä elämän pidentäminen ole hoidon ainut päämäärä. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan palliatiivinen hoito voi kestää vuosia. Keskeistä hoidossa on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psykologisten, sosiaalisten, hengellisten ja eksistentiaalisten ongelmien varhainen tunnistaminen, ehkäisy, lievitys ja hoito. Hoidon tavoitteena on potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi. Palliatiivinen hoito tukee elämää, pitäen kuolemaa elämään kuuluvana normaalina prosessina sekä auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa saakka ja tukee hänen läheisiään selviytymään sekä sairauden aikana että kuoleman jälkeen. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 6; Vainio, Hietanen, Pitkälä & Moilanen 2004, 17; WHO Definition of Palliative Care 2007.) Palliatiivinen hoito liitetään yleisimmin syöpäpotilaiden hoitoon, mutta myös muut kuolemaan johtavat taudit kuuluvat palliatiivisen hoidon piiriin (Holli 2001, 1918; Hänninen 2006b, 17-18; Vainio, Syrjänen & Laaksovirta 2004, 163-177).

Saattohoito on tunnetuin palliatiivisen hoidon osa-alue. Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa ja hänen läheistensä tukemista. Saattohoidon lähtökohdiana on potilaan etenevä, parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä. Potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Hoidon päämääränä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievittyminen. Hoidon kannalta ei ole merkittävää, millaisia potilaan oireet ovat, vaan hoidon kohteena voivat olla kipu ja muut fyysiset oireet, mutta yhtä hyvin potilas voi tarvita apua esimerkiksi turvattomuuteen, yksinäisyyteen, tarpeettomuuden tunteeseen, ahdistukseen tai autonomian lisäämiseen. (Eho ym. 2003, 6; Hänninen & Anttonen 2008, 32-33.) Turvattomuutta potilaille aiheuttaa useimmiten pelko jostakin tulevasta tapahtumasta. Potilaat voivat pelätä esimerkiksi oireiden pahenemista, yksinjäämistä, avuttomuutta, kuolemaa sekä toisinaan myös edessä olevia hoitoja ja toimenpiteitä. (Hänninen 2001, 65.)

Saattohoidon keskeisen periaatteen ”Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä” mukaan kuolevan potilaan ja hänen läheistensä olotilaa voidaan elämän loppussa helpottaa vielä monin tavoin. Kuolemaa ei suljeta pois sosiaalisesta ympäristöstä vaan kuolevalle pyritään luomaan olosuhteet, joissa hän voi mahdollisuuksiensa mukaan elää täyttä elämää loppuun asti kohdaten oman kuolemansa turvallisesti, arvokkaasti ja rakastettuna. (Kuuppelomäki 1996, 103, 154; ETENE 2002b, 2003; Sand 2003, 176.)

Lipposen tutkimuksen (2006, 172-173) mukaan ”täyden elämän eläminen loppuun asti” on sidoksissa lähinnä omahoitajaan ja hänen valmiuksiinsa pohtia kuolevan potilaan ihmisenä olemista. Julkisessa organisaatiossa tapa tarkastella ihmistä ja maailmaa perustuu lainsäädäntöiteitse määriteltyyn tehtävään yhteiskunnassa. Saattohoidon perustana pidetään Suomessa Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE (2003, 14) suosituksia saattohoidosta, jotka esitetään työn liitteenä (liite 8).

3.2 Saattohoidon kehittyminen

Länsimaissa tarve saattohoidon kehittämiseen nousi esiin Iso-Britanniassa 1960-luvulla, reaktiona teknistyvälle lääketieteelle, joka unohti kuolevat potilaat. Tällöin syntyi Hospice-liike, joka korostaa kuolevan arvokkuuden säilyttämistä ja oireita lievittävää hoi-

toa. (Hänninen 2001, 47.) Hospice-liikkeen toiminnan katsotaan alkaneen Lontoossa sijaitsevasta St Christopher's Hospicesta, jonka perusti englantilainen sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän ja lääkärin koulutuksen saanut Dame Cicely Saunders vuonna 1967. (Vainio, Leino & Eckerdal 2004, 43.)

Isosta-Britanniasta saattohoitoliike levisi muiden anglosaksisten maiden kautta myös muualle länsimaihin. WHO:n Genevessä sijaitseva syöpäyksikkö alkoi kiinnittää 1980-luvun alussa huomiota ensin syöpäpotilaiden kivunhoitoon ja kymmenen vuotta myöhemmin se laajensi ohjelmansa koskemaan myös saattohoitoa. (Vainio ym. 2004, 43-44.) Nykyään palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita hoitokoteja on lähes jokaisessa läntisen maailman maassa (Mattila 2002, 29).

Suomessa saattohoitoa on kehitetty 1970-luvulta lähtien, jolloin suomalainen delegaatio teki vierailun St Christopher's Hospiceen Lontooseen. Vierailun seurauksena syntyivät lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamat terminaalahoito-ohjeet, joissa pyrittiin huomiomaan yksilöllinen hoito ja arvokas kuolema. Kirkon sairaalasielunhoidon keskuksen ja lääkintöhallituksen yhteistyönä julkaistiin kirja Uskonnollinen ja vakaumuksellinen näkökulma kuolevan potilaan hoitoon vuonna 1994 sekä Saattohoito – kirja vuonna 1991. (Vainio ym. 2004, 45.) Muita merkittäviä vaikuttajia kuolevien potilaiden hoidon kehittämisessä ovat olleet luterilainen kirkko sekä syöpäjärjestöt (Hänninen 2001, 47).

Suomessa ensimmäinen Hospice-ideologiaan perustuvat hoitokodit avattiin Tampereella ja Helsingissä vuonna 1988. Myöhemmin myös Turussa ja Hämeenlinnassa on avattu saattohoitokodit. Varsinaisten saattohoitokotien lisäksi terveyskeskuksiin on kehitetty saattohoito-osastoja ja kotihoitojärjestelmiä. (Myller 2007, 6.) Suomessa on toteutettu myös useita alueellisia saattohoidon kehittämishankkeita, julkaistu erilaisia saattohoidon oppaita ja oirehoitoa käsitteleviä teoksia sekä lisätty hoitajien kouluttautumismahdollisuuksia. (ETENE 2003). Palliatiivisen hoidon yhdistys Suomeen perustettiin vuonna 1995 (Vainio ym. 2004, 49).

Palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain noin 200 000-300 000 potilasta ja saattohoitoa noin 15 000 potilasta. Näiden potilaiden hoitopolut rakentuvat hyvin eri tavoin sisältäen eripituisia hoito- ja seurantajaksoja erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. (STM 2009.) Tulevaisuudessa muun muassa vanhus- ja syöpäpotilai-

den osuus tulee vielä kasvamaan, jolloin hoidoista luopumista koskevat ratkaisut lisääntyvät ja suurin osa terveydenhuollon henkilökunnasta tulee työssään kohtaamaan niihin liittyviä näkökulmia. Tällä hetkellä hoidoista luopumISRatkaisuista puuttuvat selkeät pelisäännöt ja ohjeet. (ETENE 2002b, 12; Lipponen 2006, 183-184.) Lääketieteessä kuolema on yleensä yhteydessä sairauksiin ja tapaturmiin, jolloin kuoleminen on hoidon ”ei toivottu” lopputulos. Sitä vastoin vanhusten kuolema on alettu hiljalleen näkemään normaalina tapahtumana. (Hänninen 2001, 191.)

3.3 Saattohoidon oikeudellinen ja eettinen perusta

Kuolevan potilaan hoitotyötä säätelevät useat lait ja asetukset. Lainsäädännön tarkoituksena on potilaan oikeusaseman vahvistaminen, joka voi tapahtua eri tavoin ja eri tavuisesti (Lahti 2002, 27). Keskeisimmät saattohoitoa säätelevät lait ovat Suomen perustuslaki (731/1999), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sekä Valtioneuvoston asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (99/2001).

Eettisesti hyvän hoidon kulmakiviä ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Hyvän tekeminen tarkoittaa kärsimyksen lievittämistä ja hyvinvoinnin lisäämistä. Vahingon välttämällä viitataan kivun ja kärsimyksen lievittämiseen. Kärsimyksen diagnostiikan ohittaminen tai sen heikko tuntemus johtaa usein potilaan hoidon laiminlyöntiin tai ylimitoitettujen ja väärin ajoitettujen hoitojen käyttöön. (Eho ym. 2003, 5.) Saattohoidossa keskeisimpinä eettisinä periaatteina korostuvat edellä mainituissa laeissa esiin tulevat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuuden periaate, oikeus hyvään hoitoon sekä itsemääräämisoikeus.

Lindqvist (2004, 294) näkee kuolevan hoitotyön kuvaavan hoidon inhimillistä sisältöä ja toteaa terveydenhuollon ammattilaisen joutuvan aina kuolevia potilaita hoitaessaan tekemisiin myös itsensä kannalta perustavanlaatuisen elämänkysymysten kanssa. Vaikka kuolema on tapahtumana hyvin konkreettinen, arkinen ja työntekijän näkökulmasta ammatillinen, niin kuolema on aina myös filosofinen aihe ja arvokysymys.

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731)

Suomen perustuslaissa on määritelty jokaista ihmistä koskevat perus- ja ihmisoikeudet. Lain mukaan kaikki ihmiset, myös lapset, ovat yhdenvertaisia lain edessä; ketään ei saa syrjiä ilman hyväksyttävää perustetta sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vammaisuuden, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän asian perusteella. Lain mukaan jokaisella on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen, turvallisuuteen, sananvapauteen, sosiaaliturvaan sekä omaan kieleen ja kulttuuriin. Jokaisen ihmisarvoa on kunnioitettava. (Lahti 2002, 27-28.)

Saattohoitopotilaan kyky puolustaa omia oikeuksiaan on heikko ja hän on usein täysin riippuvainen hoitavien henkilöiden avusta. Saattohoitopotilaiden kohdalla ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista. Hänen yksityisyytensä ja itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen sekä kuuntelu ja läsnäolo ilmaisevat hänelle, että hän on edelleen arvokas, vaikka sairaus ja sairastaminen ovat vieneet hänen voimansa. Ihmisarvon kunnioituksen tulee näkyä myös omaisten ja läheisten kohtaamisessa, tukevana ja ymmärtävänä suhtautumistapana läheisten suruun sekä tarvittaessa lisävun piiriin ohjaamisena. (Eho ym. 2003, 7-10; ETENE 2001.)

Oikeudenmukaisuuden periaate edellyttää, että yhtäläisen hoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti Oikeus elämän tarkoittaa elämän vähimmäisedellytyksien turvaamista. Henkilökohtaisen vapauden suoja taas merkitsee yhteisymmärrystä hoidosta potilaan kuolemaan saakka. Kuoleman lähestyessä ihmisarvoinen kohtelu tarkoittaa potilaan kärsimyksiä pitkittävästä hoidosta luopumista. (Eho ym. 2003, 7-10; ETENE 2001.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista pyritään selkiyttämään ja yhtenäistämään potilaan hoitoa ja kohtelua koskevien periaatteiden soveltamista, parantamaan oikeusturvaa sekä potilaiden ja terveydenhuollon henkilöstön välisiä suhteita. Lain mukaan potilaalla on tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon

sekä hyvään kohteluun. Hoidon tarpeessa olevalla henkilöllä on oikeus päästä tarvitsemaansa hoitoon. Mikäli potilas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on kerrottava viivytyksen syy ja arvioitu kesto. Hoidossa on kunnioitettava potilaan ihmisarvoa, vakaumusta, yksityisyyttä, yksilöllisiä tarpeita, äidinkieltä ja kulttuuria. Potilaalla on oikeus saada ymmärrettävää tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon vaikutuksista sekä eri hoitovaihtoehdoista. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Myös alaikäisen itsemääräämisoikeus on huomioitava mahdollisuuksien mukaan. Alaikäisen potilaan hoitoon liittyvä mielipide arvioidaan hänen ikänsä ja kehitystasonsa mukaan. Potilaan lähiomaisella, laillisella edustajalla tai muulla läheisellä on oikeus saada tietyissä tilanteissa tietoa potilaan terveydentilasta. Laissa on myös määräyksiä, jotka koskevat potilasasiakirjojen sisältöä sekä niissä olevien tietojen salassapitovelvollisuutta. (ETENE 2001; Lahti 2002, 27.)

Mikäli potilas ei kykene osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, hoidosta on päätettävä yhteisymmärryksessä hänen lähiomaisensa, muun läheisen tai laillisen edustajan kanssa. Saattohoitoon siirtyminen tarkoittaa hoitopäätöstä, jossa hoitolinja muuttuu. Yleissairaaloissa tähän päätökseen ei yleensä liity hoitopaikan vaihdosta vaan hoitolinjan muutos saatetaan tehdä niin, että potilas ei ole siitä tietoinen. Asiaan sisältyy eettinen ongelma, koska potilaslain mukaan tärkeään hoitopäätökseen on aina saatava potilaan tai hänen lähiomaisensa, muun läheisen tai laillisen edustajan suostumus. (Matti 2002, 33, 142.)

Eho ym. (2003, 7-10) korostavat lääkärin tekevän hoitopäätökset siinä vaiheessa, kun potilas ei enää pysty päättämään ja arvioimaan tilannettaan. Mikäli lääkäri arvioi, että hoidon jatkaminen ei ole potilaan edun mukaista, hoito lopetetaan, vaikka suostumuksenantajana oleva henkilö vaatisi hoidon jatkamista.

Nimenomaan kuolevan potilaan kohdalla merkittävää on potilaslain 8§:ssä oleva määräys, jonka mukaan tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi tahdonilmaisuuksiin kykenemättömälle potilaalle ei saa antaa hoitoa, jonka hän on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi kieltänyt. Määräys muodostaa oikeudellisen perustan hoitotahdolle eli periaatteelle, jonka mukaan potilas voi etukäteen oikeudellisesti sitovalla tavalla ilmaista tahtonsa tulevasta hoidostaan tai hoitolinjastaan. Tahdonilmaisun muodolle ei ole asetettu erityisiä vaatimuksia, joskin kirjallisin muoto on suositeltavin. (Lahti 2002, 28.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 12 § (30.6.2000/653) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöt merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. Lisäksi pykälä sisältää ohjeet potilasasiakirjojen säilyttämisestä. 13 § (30.6.2000/653) säätelee puolestaan potilasasiakirjoihin liittyvien tietojen salassapitoa.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sisältää muun muassa ammatin eettiset velvollisuudet. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä, kokemuseräisiä, perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti huomioida ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty sekä mahdollinen haitta. Näiden lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön tulee huomioida, mitä potilaan oikeuksista säädetään ja antaa aina apua kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle. (Lehtonen 2007, 354.)

Selkeiden, rauhallisten ja ihmisarvoa kunnioittavien puitteiden järjestäminen vainajan hyvästelyä ja saattamista varten on eettisesti tärkeää (ETENE 2002b, 16). Muista kulttuureista ja uskontokunnista tulevien ihmisten kanssa tulee noudattaa hienotunteisuutta ja ottaa selvää omaisten ajatuksista, vakaumuksista ja tarpeista (Lindqvist 2002, 23).

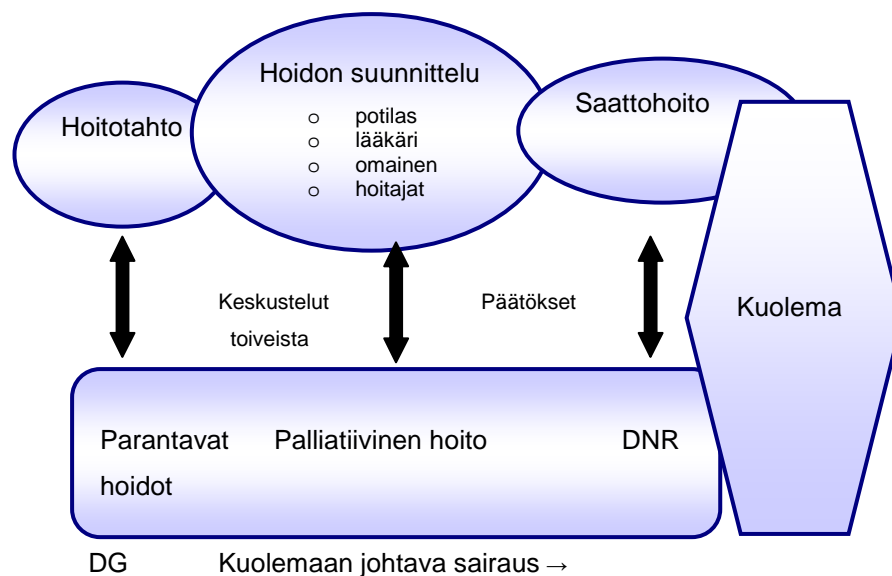
3.4 Saattohoitovaiheen hoitopäätökset ja potilaan hoitotahto

Elämän loppuvaiheen hoitoratkaisuilla pyritään muuttamaan hoitolinjoja parantavasta hoidosta kohti palliativista hoitoa. Hoitolinjapäätöksiin liittyy pohjimmiltaan subjektiivinen käsitys siitä, minkälainen elämä on elämisen arvoista tai millä paranemisen todennäköisyydellä raskasta hoitoa lähdetään kokeilemaan. Päätöksentekoprosessiin liittyvät hoitoneuvottelut ovat haasteellisia muun muassa tiedon välittämisen vaikeuden ja päätöksiin liittyvän ahdistuksen vuoksi. Päätöksenteko vaatii potilailta ja omaisilta vai-

kean lääketieteellisen tiedon ymmärtämistä ja hyväksymistä kohtalaisen lyhyessä ajassa. Lisäksi osa potilaista ja omaisista kieltää lähestyvän kuoleman tai tietoisuus kuolemasta vaihtelee. (Hildén, Louhiala & Honkasalo 2007, 3079-3080.)

Hildén (2005, 49-50) on tutkinut väitöstyössään lääkäreiden ja hoitajien näkemyksiä elämän loppuvaiheen hoitoratkaisuista sekä potilaan asemaa päätöksenteossa. Tutkimuksen mukaan elämän loppuvaiheen hoitopäätöksiin liittyy usein käytännön epäselvyyksiä ja päätöksentekotilanne on altis ristiriidoille. Päätöksenteossa tärkeimpänä periaatteena pidettiin potilaan itsemääräämisoikeutta, mutta sen huomioiminen hoitoneuvotteluissa oli monimutkaista ja vaikeaa. Omaisilla koettiin olevan merkittävä vaikutus tehtyihin hoitopäätöksiin, mutta heidän asemansa herätti terveydenhuollon henkilökunnassa ristiriitaisia näkemyksiä.

Laakkosen ja Pitkälän (2007, 81, 84) mukaan kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon organisointi ja toteutus tulisi aloittaa siinä vaiheessa, kun lääkäri arvioi potilaan elinai-kaennusteen lyhyemmäksi kuin 6-12 kuukautta. Elämän loppuvaiheen hoidon suunnitelu tulisi nähdä prosessina, joka elää potilaan sairaus- ja elämäntilanteen mukaan (kuvio 1). Keskustelut potilaan toiveista tulisi käydä alkuun potilaan ja hoitavan lääkärin kesken, mutta sairauden edetessä hoitohenkilökunnan ja mahdollisten omaisten rooli potilaan tukijana korostuvat.



KUVIO 1. Elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvä päätöksentekoprosessi (mukailtu Laakkonen & Pitkälä 2006, 82)

Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan ennalta antamia elämän loppuvaiheen hoitoa koskevia ohjeita. Hoitotahtoon sisältyy potilaan laatima ja allekirjoittama yleisluontoinen vaatimus elämää ylläpitävän hoidon lopettamisesta silloin, kun ennusteen katsotaan olevan hoidoista huolimatta kohtuuttoman huono. Hoitotahto voi sisältää myös erilaisia hoitovaihtoehtoja, joista potilas toivoo luovuttavan toivottomassa tilanteessa. Hoitotahto voi olla muodoltaan joko valmis kaavake tai potilaan itse kirjallisesti muotoilema tai suullisesti ilmaisema tahdon ilmaisu. Hoitotahtoon sisältyy keskeisesti vaatimus hyvästä kivunhoidosta sekä muusta palliativisesta hoidosta. Potilaalla säilyy oikeus milloin tahansa muuttaa tai perua tekemänsä hoitotahto. (Hildén 2006, 29-30.)

Juridiset vaatimukset edellyttävät, että hoitotahto päivätään ja siinä tulee olla kahden todistajan allekirjoitus. Suullinen hoitotahto kirjataan potilasasiakirjoihin terveydenhuollon viranomaisten toimesta. Juridiset vaatimukset velvoittavat lääkäriä toimimaan hoitotahdon ohjeiden mukaisesti. Hoitotahto astuu voimaan, kun ihminen ei enää itse kykene viestimään hoitotoiveistaan. (Hildén 2006, 30-31; Pahlman 1999, 2557.) Lindqvist (2002, 22) tähdentää, että hoitotahto ei kuitenkaan koskaan voi korvata tai syrjäyttää hyvän hoitosuhteen ja hoitoprosessin merkitystä.

Saarelma (2005, 309-310) toteaa potilaan selkeästi ilmaiseman hoitotahdon olevan valittavan harvoin tiedossa. Useimmiten hoitotahto jäsenyykin vasta asteittain, hoitopäätöksiä tehtäessä ja oikeita ratkaisuja hahmoteltaessa, samalla omaisten vaihtelevia odotuksia kuunnellen. Hoitotahdon käsittely ja esille nostaminen potilaan ollessa vielä voimissaan helpottaisi huomattavasti lääkärin työtä ja päätöksentekoa myöhemmin sairauden edetessä. Hoitotahdon olemassaolo ja sen merkityksen ymmärtäminen vähentäisivät myös omaisten ahdistusta ja velvollisuuden tunteita kuolevaa kohtaan.

Hildén ym. (2007, 3080) mukaan kuolevia hoitavilta henkilöiltä edellytetään ensisijaisesti kritiikin sietämistä, kykyä empatiaan ja avoimuuteen sekä oman kuolemansa riittävästi pohtimista. Myös Lindqvist (2002, 22) toteaa asioiden emotionaalinen läpikäymisen merkityksen korostuvan kuoleman läheisyydessä, koska kuolevan potilaan hoitoa koskevilla päätöksillä on myös yhteisöllisiä seurauksia. Hänen mukaansa kuolemiseen liittyvät hoitopäätökset tehdään kuitenkin hyvin samantyyppisin perustein kuin muutkin hoitopäätökset.

3.4.1 Saattohoitopäätös ja saattohoitoneuvottelu

Saattohoidon aloittaminen edellyttää päätöksentekoa hoitolinjoista. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka hoitava lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Päätös voi olla yksi hoitolinjapäätös tai lopputulos pitkstä prosessista jonka aikana on selvinnyt, että sairaus ei ole parannettavissa. (Eho ym. 2003, 6.)

Saattohoitopäätös tehdään useimmiten erikoissairaanhoidossa, jossa hoitomahdollisuudet pystytään arvioimaan. Potilaan tulee olla tietoinen hoitopäätösten edellytyksistä ja seuraamuksista ja hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua päätösten tekoon. (Hänninen & Anttonen 2008, 26.) Kyetäkseen osallistumaan päätöksentekoon potilas ja hänen omaisensa tarvitsevat monipuolista tietoa ymmärrettävällä tavalla kerrottuna. (Eho ym. 2003, 5; Hänninen & Anttonen 2008, 30). Hänninen ja Anttonen (2008, 30) tähdentävät, että ennen tiedon antamista tulee kuitenkin selvittää, minkä verran tietoa potilas haluaa. Yleensä kuoleva haluaa tietää, kuinka kuolema tulee tapahtumaan ja millaisia

kärsimyksiä siihen mahdollisesti sisältyy. Huonoa tiedonantoa kuvastavat liian vähäinen tai liiallinen tieto suhteessa potilaan tarpeisiin. Myös paikka voi olla väärä, aika huono ja potilaan tai lääkärin mieliala huonosti tilanteeseen sopiva. Perinteinen lääkärinkierto sisältää yleensä kaikki nämä huonon tiedonkulun piirteet. Potilaslain mukaan omaisten näkemystä ei tarvitse huomioida hoitopäätöksiä tehtäessä, mutta heidän näkökulmansa huomioiminen edesauttaa hoidon toteutusta (Hänninen & Anttonen 2008, 26).

Saattohoitopäätös tulee tehdä riittävän ajoissa, jotta vältetään potilaalle raskailta ja turhiltakin aktiivisilta hoidoilta. Kuolevan identiteetin antaminen potilaalle mahdollistaa sellaisen hoitolinjauksen teon, joka tuottaa potilaan kannalta paljon paremman tuloksen kuin pidättäytyminen tavoitteisiin, jotka eivät ole saavutettavissa. (Hänninen 2006b, 15; Molander & Peräkylä 2000, 955.) Liian myöhään tehty tai kokonaan tekemättä jäänyt saattohoitopäätös sekä tarpeettoman pitkään kestävä aktiivinen hoito aiheuttavat usein huonokuntoisen potilaan turhaa siirtelyä eri hoitopaikkojen välillä ja voivat johtaa potilaan ja hänen omaistensa katteettomaan optimismiin potilaan tilanteesta. (Eho ym. 2003, 10-11.) Myös (Valvira 2009) korostaa yhteisen saattohoitopäätöksen takaavan varsinkin iäkkään potilaan kohdalla potilaalle turvallisen, tutun ympäristön sekä tutut hoitajat ja lääkärit.

Holli (2003) kuvaa esityksessään hoitopäätösten teon olevan aina arvosidonnaista. Päätöksenteko edellyttää niin kutsutun formaalisen periaatteen noudattamista eli samantyyppisessä tilanteessa olevia ihmisiä kohdellaan samalla tavalla. Terveystieteidenhuollossa voidaan tunnistaa ainakin hallinnon, lääketieteen sekä potilaan arvot. Näistä hallinnon arvot korostavat tyypillisesti taloutta, lääketieteen arvot korostavat elämän pituutta, potilaan arvojen korostaessa elämänlaatua ja inhimillisyyttä. Nämä hoitopäätösten tekoon vaikuttavat arvot esitetty kuviossa 2.



KUVIO 2. Hoitopäätösten teon taustalla vaikuttavat arvot (mukailtu Holli 2003).

Saattohoitopäätös tehdään yleensä saattohoitoneuvottelun yhteydessä. Toppinen (2002, 34) kuvaa saattohoitoneuvottelun olevan keskeinen tekijä hyvässä saattohoidossa. Saattohoitoneuvotteluun osallistuvat potilas, lääkäri, hoitohenkilökunta sekä potilaan luvalla myös omaiset. Saattohoitoneuvottelussa keskustellaan eri hoitovaihtoehtoista, taudin kulusta, ennakoitavissa olevista taudin oireista, potilaan toiveista sekä lääkärin suosituksista. Neuvottelussa sovitaan saattohoitoon siirtymisestä sekä laaditaan yhdessä hoitosuunnitelma. Jos saattohoitoon siirrytään, tehty saattohoitopäätös ja hoitosuunnitelma kirjataan potilasasiakirjoihin siten, että se on kaikkien hoitoon osallistuvien nähtävillä.

Toppinen (2002, 35) esittää saattohoitoneuvottelun edistävän osaltaan yhtenäisten hoitolinjojen luomista hoitajien ja lääkäreiden sekä myös omaisten välillä. Hoitoneuvottelussa potilas ja perhe kohdataan ryhmänä, jolloin saadaan käsitys heidän keskinäisistä suhteistaan ja kommunikaatiotavoistaan. Grönlundin ja Leinon (2008, 40) mukaan neuvottelu tarjoaa myös mahdollisuuden keskustella potilaan ja omaisten mahdollisesti eriäviä mielipiteistä ja odotuksista hoidon suhteen. Hoitohenkilökunta voi esittää omia huomioitaan ja lääkäri esitellä eri hoitovaihtoehtot. Kun hoitosuunnitelma on luotu yhteisymmärryksessä, sen toteutumistakin on helpompi tarkkailla. Potilaan ja omaisten turvallisuuden tunnetta lisää tieto siitä, missä ollaan menossa, vaikei taudin kulkua kovin tarkasti kyettäisikään ennustamaan. (Toppinen 2002, 35.)

Hoitoneuvottelun päätös kirjataan potilasasiakirjoihin ja niihin vedotaan tarvittaessa myös ristiriitatilanteissa. Hoitopäätösten näkyminen hoitosuunnitelmassa vähentää vakavasti sairaiden potilaiden aiheutonta kuljettamista ambulanssilla hoitopaikasta toiseen. Huolehtimalla siitä, että osaston toimintatavat pysyvät yhtenäisinä, yksittäinen sairaanhoitaja ei jää ilman taustatukea kohdatessaan joskus hyvinkin vaativia omaisia. (Anttonen 2008, 55-56; Nuortio 2007, 18.)

Monissa sairaaloissa käytetään lääkärin tekemää DNR (Do not resuscitate/Ei elvytystä) merkintää eräänä elämän loppuvaiheiden hoidon perustana (Hänninen 2006a, 50). DNR päätös tarkoittaa, että potilaan kardiorespiratorisia toimintoja ei elvytetä eikä häntä siirretä teho- tai valvomohoitoon. Päätös koskee perus- ja tehoelvytystä sekä luopumista erikseen nimetyistä toimenpiteistä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2001.)

Ei elämää ylläpitävää hoitoa DNT (Do not treat) päätös tarkoittaa, että hoidossa ei käytetä elämää ylläpitäviä, hoitoon tähtäviä toimenpiteitä, esimerkiksi intubaatiota ja hengityskonetta, dialyysyä tai antibiootteja (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2001). Jos elämää ylläpitävistä hoidoista luovutaan, elintoimintojen seuraamista monitoreilla tai verikokeilla ei myöskään tarvita. Oireenmukainen lääkitys jatkuu kuitenkin ennallaan. DNT päätös sopii käytettäväksi silloin, kun kuolema on jo lähellä (Matila 2009).

Hänninen (2006a, 50) näkee näissä käytettävissä lyhenteissä ongelmana sen, etteivät kaikki niitä lukevat ja noudattavat henkilöt ymmärrä päätösten sisältöä samalla tavalla. Myös Hildénin (2005, 46-47) tutkimuksen mukaan loppuvaiheen hoitoon liittyy käsitteiden epäselvyyttä ja tulkintojen vaihtelua. Hänen tutkimukseensa osallistuneista hoitajista puolet uskoi, ei elvytystä –päätöksen tarkoittavan vain elvytystoimista pidättäytymistä. Toinen puoli taas tulkitsi päätöksen vaikuttavan myös muihin hoitoihin. Tulkinat vaihtelivat myös aloittain, siten että sisätautiosastolla päätös ymmärrettiin vain elvytystä koskevaksi, kun taas syöpätautien osastolla päätöksen ymmärrettiin tarkoittavan kaikista hoidoista luopumista.

ETENE (2002b, 17) selvityksessä todetaan potilaan ja heidän omaistensa osallistuvan niin DNR-päätösten kuin muidenkin hoitopäätösten tekoon erittäin harvoin. Tieto elvytystä koskevista päätöksistä ei myöskään kulje riittävän hyvin hoitoyksikön sisällä tai yksiköstä toiseen. Keskustelua, yhteistyötä ja informaatiota kaivataan enemmän. Selkeys ja johdonmukaisuus hoitopäätösten teossa poistavat pelkoa ja epätietoisuutta.

Hänninen (2006a, 50) tähdentää, että DNR-päätökseen tulisi aina sisältyä tieto siitä, mitä päätös juuri kyseisessä hoitopaikassa tarkoittaa. Potilasasiakirjoihin tulisi merkitä potilaan ja omaisten kanssa käydyn keskustelun sisältö ja keskustelusta tehdyt johtopäätökset. Näin DNR-päätös ohjaisi potilasta hoitavia lääkäreitä niistä hoitomenetelmistä, joista luovutaan ja toisaalta päätös toimisi lupana aloittaa mahdollisimman hyvä ja aktiivinen palliatiivinen hoito.

Kuuppelomäen (1996, 78) tutkimuksen mukaan lääkärit tekevät harvoin päätöksiä hoitojen lopettamisesta, koska potilaat eivät halua luopua hoidoista ja lääkärit eivät halua viedä potilaalta toivoa väkisin. Lääkärit myös kokeilevat hyödyttömiksi tietämiään hoitoja potilaan toiveesta. Saattohoitopäätöksen teon viivyttäminen voi kuitenkin merkitä potilaan voimavarojen vähenemistä niin, että hänen kykynsä asioiden käsittelyyn on heikentynyt.

3.4.2 Hoitosuunnitelma ja saattohoidon toteutus

Saattohoitopäätöksen jälkeen laaditaan hoitosuunnitelma, johon sisältyy myös hoidon toteuttamisedellytykset. Hoidon seuranta ja arvio hoidon tehosta on järjestettävä. (Hänninen & Anttonen 2008, 26.) Hoitosuunnitelmaa tehtäessä lopetetaan tai jätetään aloittamatta elämää pitkittävät hoidot taudin kulun, ennusteen ja hoidon mahdollisuuksien mukaisesti. Saattohoitopäätöksen yhteydessä päätetään myös invasiivisten tutkimusten ja hoitojen, neste- ja ravitsemushoidon sekä muiden tutkimusten ja hoitojen tarpeellisuudesta ja hyödyistä. On kuitenkin huomioitava, että näiden hoitojen hyödyllisyys voi tilannekohtaisesti muuttua. (Hänninen & Anttonen 2008, 27.)

Steinhauser, Clipp, McNeilly, Christakis, McIntyre ja Tulsky (2000, 827) kuvaavat potilaan selkeän roolin hoitoa koskevassa avoimessa päätöksenteossa voimaannuttavan potilasta ja olevan samalla haaste kaikille ammattiryhmille. Stajduhar (2001, 32) kirjoittaa artikkelissaan yhteisen päätöksenteon olevan erityisen hankalaa silloin, kun potilaalla on hoidosta erilainen näkemys kuin lääkäriellä. Oikea-aikainen päätöksenteko on tärkeää, sillä päätöksen viivyttäminen voi merkitä potilaan emotionaalisten voimavarojen vähenemistä niin, että hänen kykynsä asioiden käsittelyyn on heikentynyt. Riittävän ajoissa tehdyt hoitopäätökset mahdollistavat potilaan valmistautumisen kuolemaan, joka parhaimmillaan tarkoittaa oman elämän eheytymistä kokonaisuudeksi ja eletyn elämän merkityksellisuuden ymmärtämistä. Valmistautumiseen kuuluvat muun muassa elämänkulun arvioiminen, mahdollisten konfliktien ratkaiseminen, hengelliset asiat sekä läheisten hyvästeleminen. Martinin (1998, 737-744) tutkimuksen perusteella laitoshoidossa kuolevat potilaat menettävät useimmiten mahdollisuutensa osallistua päivittäistä hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Saattohoito toteutetaan useimmiten terveyskeskuksen vuodeosastolla, vanhainkodissa, kehitysvammalaitoksissa, yksityisissä hoitolaitoksissa, potilaan kotona tai kodinomaisessa laitoksessa kotisairaanhoidon tuella. Lisäksi saattohoitoa toteutetaan nimenomaan siihen erikoistuneissa yksityisissä tai kunnallisissa yksiköissä. Myös erikoissairaanhoidosta tulee löytyä valmiudet saattohoidon toteutukselle silloin, kun potilaan siirtämistä yksiköstä toiseen on hänelle enemmän haittaa kuin hyötyä. (Eho ym. 2003, 11.)

Hänninen ja Anttonen (2008, 29-30) korostavat hoidon oikeita kriteereitä saattohoitoa toteutettaessa. Potilaan kuoleminen hoidon lopuksi ei välttämättä tarkoita hyvää saattohoitoa. Saattohoitoon pääsyä voi rajoittaa ajatus, jonka mukaan potilaan ymmärretään olevan jo saattohoidossa. Saattohoidon käsittäminen normaalin sairaalatoiminnan oheistoiminnaksi voi johtua puutteellisista tiedoista tai vääränlaisesta asenteesta. Usein ajatellaan hoidon muuttuvan jotenkin laadullisesti huonommaksi parantamiseen tähtäävien hoitojen loputtua. Käytännössä siitä seuraa ajatus, jonka mukaan sairaala hylkää potilaan ja siirtää tämän terveyskeskuksen vuodeosastolle kuolemaan. Koska saattohoidon ensisijainen tavoite on kärsimyksen lievittäminen, ensimmäiseksi tulisi selvittää, mikä aiheuttaa potilaalle ja hänen omaisilleen kärsimystä ja pyrkiä järjestämään hoito sen mukaisesti. Hyvä kirurginen tai onkologinen hoito ei välttämättä tarkoita samaa kuin hyvä saattohoito.

Ollikainen (2008, 10) tähdentää, että saattohoitopaikkaa suunniteltaessa oireiden lievitys ei saa olla ainoa peruste hoitopaikan valinnalle vaan hoitopaikan valinnassa tulee pyrkiä kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Terveyden- ja sosiaalihuollon taloudelliset paineet aiheuttavat kuitenkin paineita myös saattohoidolle ja potilaat joutuvat toisinaan siirtymään vastentahtoisesti akuuttiosastolta saattohoitokotiin tai terveyskeskukseen, jotta paikkoja vapautuisi sairaalassa. (Hänninen 2001, 48.)

Vainio ym. (2004, 39) toteavat kuolevan potilaan hoitokäytäntöjen vaikuttavat myös terveydenhuollon työntekijöihin. Potilaiden tiheä vaihtuminen saa aikaan mielikuvan nimettömistä, persoonattomista ja vaihdettavista potilaista. Kun potilaat kuoltuaan vain häviävät johonkin vuoteistaan ja samalla paikalla makaa seuraavana päivänä tai jopa jo parin tunnin kuluttua uusi potilas, tämä absurdi vaikutelma vain korostuu. Suhtautuminen kuolemaan yleensä sekä ajatukset omasta kuolemasta vaikuttavat tehtyihin hoitopäätöksiin tahdoimmepa sitä tai emme. Myös Scmitt (2008, 67) näkee akuuttisairaalassa hoidettavan ennemmin tautia kuin ihmistä. Esimerkkinä hän kuvailee rinnanpoistoleikkauksen, jolloin potilas kotiutetaan leikkauksen jälkeisenä päivänä kaikkine dreeneineen, haavoineen ja heikkouksineen. Kukaan ei kysy, kuinka hän tässä tilanteessa pärjää yksin kotona kolmen lapsen kanssa. Jos potilasta ja hänen omaisiaan ei kyetä ajattelemaan edes tavanomaisten hoitojen yhteydessä, kuinka se onnistuu kuoleman lähestyessä?

Saattohoidon onnistumisen takaamiseksi Grönlund ja Leino (2008, 40), Holli (2001, 1917-1919) sekä Hänninen ja Anttonen (2008, 29) esittävät, että saattohoitoa suunnittelevan ja toteuttavan ryhmän tulee olla moniammatillinen. Ryhmässä tulee olla vastaava lääkäri ja riittävä määrä sairaanhoitajia. Lisäksi ryhmällä tulee olla mahdollisuus konsultoida tarvittaessa sosiaalityöntekijää, psykologia ja pappia. Saattohoitoa toteuttavalla lääkärillä tulee olla riittävä oirehoidon koulutus sekä valmiudet kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaamiseen ja kommunikointiin. Hoitohenkilökunnalla tulee olla valmiudet oirehoidon toteuttamiseen käytännössä sekä kykyä vastata potilaiden ja omaisten emotionaalisiin reaktioihin ja tiedontarpeeseen.

Saattohoitovaiheessa potilaan psyykkistä hyvinvointia ylläpitäviä tarpeita ovat turvallisuuden tunne sekä tarve suojautua pelolta ja ahdistukselta. Potilaan turvallisuutta voidaan lisätä usealla tavalla. Yleensä jo tieto avun saatavuudesta lisää turvallisuudentunnetta. Erityisesti kotihoidossa oleville potilaille on tärkeää, että heille on annettu riittävästi tietoa sekä puhelinnumero, josta tavoittaa lääkärin tai hoitajan mihin vuorokauden aikaan hyvänsä. Saattohoitovaiheessa tieto ei lisää tuskaa, vaan riittävä, totuudenmukainen tieto ja tietoisuus omasta tilasta saavat potilaan levollisemmaksi. Koko perheen kannalta mahdollisimman normaali arjen jatkuminen luo turvallisuutta. Kaiken ei tarvitse muuttua ja tietyt rutiinit pitävät perheen jäsenet elämässä kiinni. (Hänninen & Pajunen 2006, 58.)

3.4.3 Hyvä kuolema

Keskeistä kuolevan potilaan hoidossa on oirehoidon ja perushoidon hyvän tason turvaaminen. Näiden lisäksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus tehdä haluamiaan asioita ja osallistua oman hoitonsa seurantaan. Ilon, merkityksellisyyden, hellyyden ja omanarvontunnon kokeminen voivat olla tärkeämpiä kuin yksittäisen oireen lievitys. Potilaan tulisi saada kuolla mahdollisimman turvallisesti kokemassaan paikassa sekä valmistautua rauhassa kuolemaansa ilman pelkoja ja huolta läheisten selviytymisestä. (Eho ym. 2003, 5.)

Sandmanin (2001, 278-279, 346-348) tutkimuksen mukaan kuolemaan ei voida liittää selkeitä, yleismaailmallisia hyvää kuolemaa kuvaavia piirteitä. Hyvä kuolema voidaan saavuttaa lukuisin eri tavoin. Tärkeintä on, että kuolevia hoitavat henkilöt toteuttavat hoidon potilaan toiveiden ja päätösten mukaisesti. Hyvään kuolemaan voidaan kuitenkin liittää ihmisarvon kunnioitus, läheisten läsnäolo, ihmisen sisäinen rauhan tunne, autonomian säilyttäminen, kärsimyksen lievittäminen sekä kuoleman äkillisyys.

Steinhauserin ym. (2000, 825-832) määrittelemän mukaan hyvä kuolema muodostuu kivun ja muiden oireiden hallinnasta, selkeästä päätöksenteosta, kuolemaan valmistautumisesta sekä vierellä kulkemisesta. Potilaalle on tärkeää olla muiden ihmisten hyvinvoinnin lähteenä, eikä vain hoitoa ja huolenpitoa vastaanottava henkilö. Kuoleman lähestyessä ihminen asettaa elämänarvot uuteen järjestykseen ja haluaa usein jakaa ajatuksiaan muillekin. Kuolevan huolenpito ympäristöstä voi helposti tulla torjutuksi, mutta tutkimuksessa sillä nähtiin suuri arvo jopa ihmiskunnan kehityksen kannalta. Viimeisenä hyvän kuoleman osatekijänä tutkimuksessa kuvattiin potilaan huomioiminen ainutkertaisena ja kokonaisena persoonana, jonka kanssa hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt voivat keskustella myös muusta kuin kuolemasta.

Tang (2003, 245) toteaa ihmisen arvokkuuden ja elämän laadun säilyvän parhaiten, kun kuolevat potilaat kokevat voivansa vaikuttaa kuolemaansa liittyviin olosuhteisiin ja kuolinpaikkaan. Elämän laadun kannalta potilaille tärkeintä on viettää elämän loppuaika kotona läheistensä parissa ja kuolla kotonaan. Myös Lipposen (1997, 54) tutkimuksen mukaan potilaan tahto toteutuu parhaiten hänen omassa kodissaan, jossa hänellä on vapaus elää mahdollisimman normaalia, aktiivista ja ihmisarvoista elämää itsensä määräämänä.

Ellershaw ja Ward (2003, 326) kuvaavat liian monien potilaiden jäävän vaille arvokasta kuolemaa hoitamattomien oireiden vuoksi. Ensisijainen asia hyvän kuoleman näkökulmasta on kuoleman diagnosointi sekä hoitopäätösten teko yhdessä potilaan ja hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa.

4 SAATTOHOITOPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

4.1 Projekti kehittämismenetelmänä

Projekti –sana on peräisin latinasta ja tarkoittaa ehdotusta tai suunnitelmaa. Suomen kielessä sanan synonyymina käytetään sanaa hanke, jolla yleensä viitataan projektia laajempaan työkokonaisuuteen: hanke voi koostua useista projekteista. Projektityöstä ei ole olemassa yhtä määritelmää, mutta yleensä se ymmärretään ohjatusti toteutetuksi, kerta-luontoiseksi, ajallisesti rajatuksi toimenpiteeksi tai hankkeeksi. (Ruuska 2005, 19; Ruuska 2006, 21; Rissanen 2002, 13-14.)

Projektityöskentelyn perustan muodostaa projektisuunnitelma, jossa määritellään miten projektille asetetut tavoitteet pyritään saavuttamaan (Pelin 1996, 75). Ruuskan (2006, 75) mukaan projektisuunnitelman laatiminen on tärkein projektin johtamisen työväline ja sen ensimmäisen versio laaditaan tavallisesti heti projektin asettamisen yhteydessä projektin vetäjän toimesta. Johtoryhmän hyväksymä suunnitelma toimii projektin aloituspäätöksen dokumenttina sekä toimeksiantona projektin vetäjälle. Koko projektin suunnittelu voidaan jakaa työn ja lopputuloksen suunnitteluun. Työsuunnitelmassa määritellään, mitä tehdään ja miten. Lopputuloksen suunnittelussa määritellään mikä ja minkälainen tulos projektilla halutaan saada aikaan. Projektissa työskentelevien henkilöiden ja sidosryhmien osallistuminen projektisuunnitteluun on tärkeää projektin onnistumisen kannalta, sillä osallistuessaan suunnitteluun he tuovat esiin omat näkökulmansa sitoutuen samalla projektiin. (Ruuska 2006, 33-34, 100-103; Kettunen 2003, 50-51.)

Ruuska (2006, 102) kuvaa projektisuunnittelun jatkuvan koko projektin elinkaaren ajan osana projektin ohjausta. Projektin ohjaus tarkoittaa projektin tavoitteen saavuttamiseksi tehtävää suunnittelua, organisointia, johtamista ja resurssien kontrollointia. Ohjaukseen sisältyy ajan, kustannusten, resurssien, toteutuksen ja sidosryhmäsuhteiden näkökulma. (Kerzner 1998, 4-5.) Ohjauksen avulla projekti sopeuttaa toimintaansa tilanteen mukaisesti ja selviytyy näin jatkuvasta muutostilasta. Ohjausta toteutetaan käytännössä sekä projektiryhmän että johtoryhmän kokouksissa, joissa projektin vetäjä on mukana. Kuitenkin vain johtoryhmä voi tehdä ohjaukspäätökset. (Ruuska 2006, 34.)

Projektityöskentelyn ajaksi perustetaan alan asiantuntijoista koottu projektiorganisaatio, johon kuuluu vähimmillään projektin vetäjä, projektiryhmä ja projektin johtoryhmä. (Mintzberg 1990, 247-250). Projektin ja projektisuunnitelman käynnistää yleensä projektin tilaaja eli asettaja. Hän määrittelee myös mitä on tarkoitus tehdä, missä ajassa, kenelle lopputulos on tarkoitettu ja minkälaiset ovat budjetti ja resurssit. (Ruuska 2006, 71-72.) Projektin organisoinnin kannalta projektin ohjaus, projektinvetäjän työ, projektiryhmän kokoaminen, sidosryhmien huomioonottaminen ja johtoryhmän rooli muodostavat yhdessä puittekokonaisuuden projektin toiminnalle (Paasivaara ym. 2008, 105).

Valitsin opinnäytetyöhöni kehittämismenetelmäksi projektin, koska se tarjoaa mahdollisuuden tehokkaaseen, tavoitteelliseen ja määräaikaan toimintaan. Projekti oli mahdollista käynnistää ja koota vastaamaan tiettyyn tarpeeseen, minkä jälkeen käytetyt resurssit voitiin ohjata uusiin tehtäviin.

4.2 Lähtötilanteen kuvaus

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan toiminta pohjautuu ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja edistämiseen. Ihmisarvon ja oikeudenmukaisuuden toteutuminen pyritään takaamaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisella, inhimillisellä kohtelulla, oikeudenmukaisilla toimintatavoilla, lainmukaisuudella ja tasa-arvolla. Organisaation sisällä tämä pyritään täyttämään arvostamalla työyhteisöä, työtovereita sekä yhteistyökumppaneita. Tuotettavien palvelujen laadun lähtökohtana on asiakkaan kuuleminen ja hänen tarpeensa, palvelujen korkea laatutaso ja vaikuttavuus sekä osaaamisesta, valmiudesta ja toimintavarustuksesta huolehtiminen. Organisaatiossa arvostetaan yrittäjyyttä ja innovatiivisuutta. Toiminnassa pyritään kilpailukykyisyyteen ja taloudellisuuteen. Kestävästä kehityksestä pyritään huolehtimaan säilyttämällä itsenäinen päätösvalta, toiminnan jatkuvuus, riskien hallinta, turvallinen ympäristö sekä kantamalla vastuuta tulevaisuudesta. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuoteen 2012.)

Toiminta-ajatuksena Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä on tuottaa ja organisoida alueensa ja lähikuntien asukkaille erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon korkealaatuisia palveluita kilpailukykyiseen hintaan sekä toimia tiiviissä, vastavuoroisessa yhteistyössä alueen kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa,

kuten myös naapurisairaanhoidopiirien kanssa. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin strategia vuoteen 2012.)

Osasto 10 keskeisimmät hoitotyön periaatteet eli tasa-arvo, inhimillisyys, jatkuvuus sekä turvallisuus pohjautuvat edellä esitettyyn sairaanhoidopiirin strategiaan. Käytännössä nämä periaatteet näkyvät tavoitteena hoitaa ja kohdella potilaita tasa-arvoisesti riippumatta heidän sosiaalisesta asemastaan tai taustastaan. Osastolla pyritään turvalliseen, inhimilliseen ja korkealaatuiseen hoitoon. Hoidon jatkuvuus pyritään turvaamaan hyvällä tiedottamisella, yhteistyöllä sekä potilaan ohjauksella.

Osastolla tutkitaan ja hoidetaan useisiin kirurgian eri erikoisaloihin kuuluvia potilaita. Suurimman potilasryhmän muodostavat syöpäpotilaat, joita hoidetaan usein taudin toteamisvaiheesta saattohoitoon asti. Osastolla työskentelee sekä sairaanhoitajia että perus-/lähihoitajia. Vastuulääkäreitä on kuusi. Osastolla on 28 potilaspaikkaa. Keskimääräinen hoitoaika on 3,8 vrk, joten potilasvaihtuvuus on noin 210 potilasta kuukaudessa. Tilanteet osastolla ovat usein akuutteja ja nopeasti muuttuvia, jonka vuoksi hoitohenkilökunnalta edellytetään monipuolista osaamista, hyvää organisointikykyä ja kokonaisuuden hallintaa. Osaston henkilökunnan vahvuutena ja voimavarana on monipuolisuus, kehitysmuotoisuus sekä joustavuus.

Osastolla saattohoidettavien potilaiden hoitokäytännöt on pitkään koettu kirjaviksi ja hoitolinjat hajanaisiksi. Hoitovastuu on epäselvä. Saattohoitoneuvotteluita on pidetty vain poikkeustapauksissa ja saattohoitopäätökset ovat jääneet tekemättä. DNR-päätöksiä (Ei elvytystä) on tehty vaihtelevasti joko hoitavan lääkärin, anestesiologin tai päivystävän lääkärin toimesta ja yleensä hoitajan aloitteesta. Potilas ja omaiset eivät välttämättä ole tietoisia potilaan tilanteesta, eikä tehtävistä DNR-päätöksistä aina neuvotella heidän kanssaan. Koska hoitopäätökset ja hoitosuunnitelmat jäävät yleensä tekemättä tai tiedotus niistä ontuu, potilaita siirrellään turhaan edestakaisin hoitolaitoksesta toiseen. Toisinaan potilaan ja/tai omaisten toiveet hoidon tuloksista ovat epärealistisia, jolloin tuloksettomia hoitoja sekä turhia tutkimuksia voidaan jatkaa liian pitkään.

Myös Ketolan, Mäkelän, Hagmanin ja Kupiaisen (2001, 1300) artikkelin mukaan Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on jotain vialla, kun arvioidaan tiedon siirtymistä hoitotahojen välillä. Artikkelin kritiikki kohdistuu ensisijaisesti lähetteiden ja epi-

kriisien sisältöön sekä epikriisien lähettämiseen liittyviin viiveisiin. Myös STM (1998, 14) linjaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä olevan puutteita, jotka synnyttävät korkeita kustannuksia, päällekkäisiä toimintoja, tiedonkulun katkoksia ja vastuunjaon epäselvyyttä.

Hyvää saattohoitoa osastolla vaikeuttaa osaston kiireinen työtahti, asianmukaisten tilojen puuttuminen sekä asenne, jonka mukaan saattohoitopotilaat eivät kuulu osastolle. Lähinnä lääkäreiden sitoutumattomuus saattohoitoon on ongelma. Käytännössä hoitajilakkaan ei ole aikaa viipyä kuolevan potilaan vierellä, eikä kuolevan potilaan yksilöllisyyttä ja tarpeita kyetä huomioimaan riittävästi. Osastolla on yksi yhden hengen huone, joka on tarkoitettu eristyspotilaiden käyttöön. Saattohoitopotilaille pyritään kuitenkin aina järjestämään oma huone, jossa myös omainen voi halutessaan yöpyä.

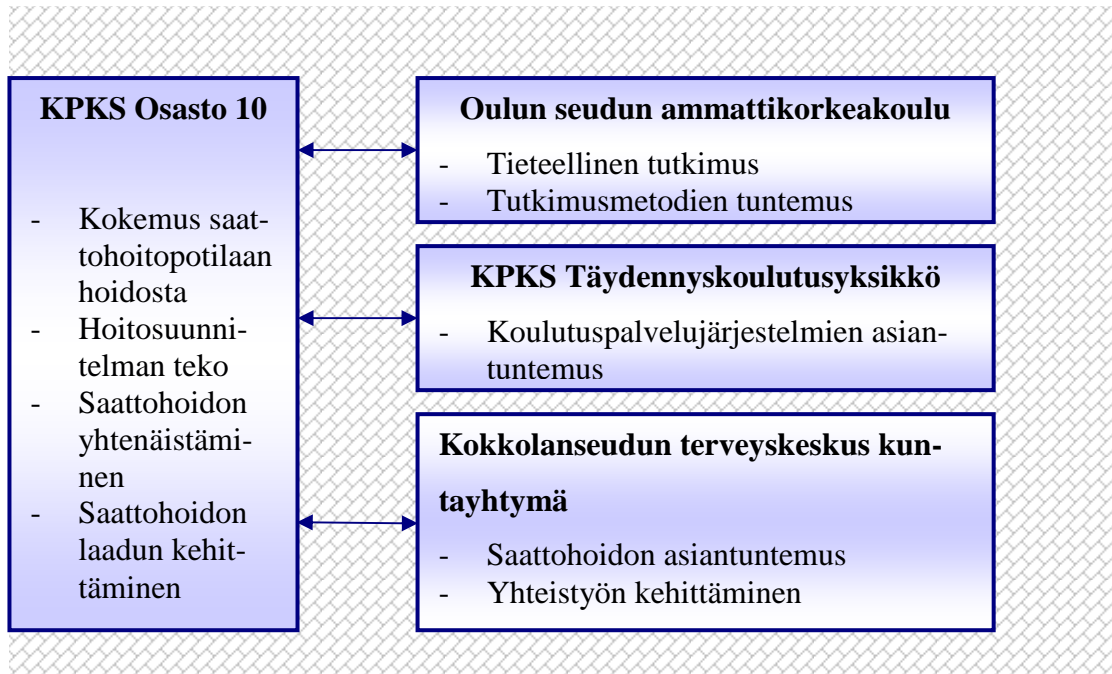
Myös Laakkonen (2005, 77) on tutkimuksessaan todennut, että akuuttiosastolosuhteissa hoitohenkilöstöllä ei ole mahdollisuuksia luoda kuoleville potilaille ilma-piiriä, jossa emotionaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet tulisivat riittävästi huomioituiksi. Laakkonen suosittelee tutkimuksensa perusteella, että lääkärit selvittäisivät hyvissä ajoin iäkkäiden potilaiden halukkuuden keskustella elämänsä loppuvaiheisiin liittyvistä hoitotoiveista.

Osastolla on havaittavissa myös Hakasen (1991, 25-26) kuvaamat strategiat, joilla pyritään säilyttämään usko hyvään kuolemaan ja takaamaan henkilökunnan oma psyykinen selviäminen. Henkilökunnan käyttäytymisessä ja toimintatavoissa voi toisinaan havaita rutiininomaista ja persoonatonta suhtautumista potilaaseen sekä potilaan välttelyä esimerkiksi siten, että lääkäri ei kierrolla katso tarpeelliseksi mennä ollenkaan kuolemaa lähestyvän potilaan huoneeseen. Lisäksi hoidossa haetaan usein elämää pitkittäviä lääketieteellisiä ratkaisuja, kuten akuuttilääketieteellisiä ratkaisuja infektioihin.

4.3 Saattohoitoprojektin tukirakenteet ja organisointi

Saattohoitoprojektin tukirakenteisiin kuuluivat keskussairaalaan kirurgian vuodeosasto kymmenen sekä Kokkolanseudun terveyskeskuksesta vuodeosasto kaksi ja kotisairaala, joka tarjoaa vuodeosastohoitoa korvaavaa lyhytaikaishoitoa potilaan kotona.

Projektiin saatiin asiantuntijatukea kipupoliklinikalta, syöpätautien poliklinikalta, ruumishuoneelta, Keski-Pohjanmaan keskussairaalan täydennyskoulutusyksiköltä sekä Oulun seudun ammattikorkeakoululta. Taustaorganisaatioiden rooli on esitetty kuviossa 3.

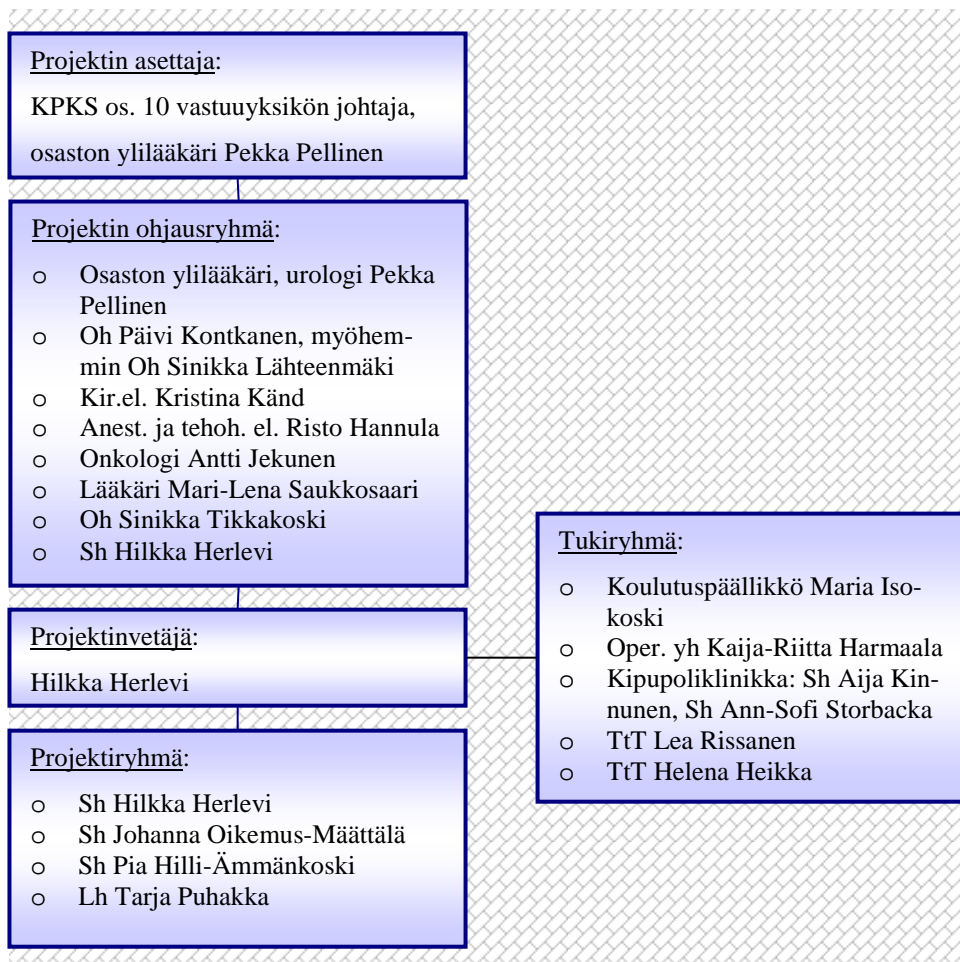


KUVIO 3. Taustaorganisaatioiden rooli saattohoidon kehittämisprojektissa

Projektin koordinaattorina ja vetäjänä toimi opinnäytetyön tekijä. Oulun seudun ammattikorkeakoulu edusti projektissa tutkimuksellista asiantuntijuutta toimien yhteistyössä kanssani. Projektioorganisaatiossa olivat edustettuina kaikki keskeisimmät kirurgisen potilaan saattohoitoon osallistuvat tahot. Projektioorganisaatio on esitetty kuviossa 4. Projektin työskentelyä raamittivat projektin suunnitteluvaiheessa työstetty työsuunnitelma ja aikataulu (liite 9). Työskentelyä ohjaavat kokoukset pidettiin erikseen ohjaus- ja projektiryhmän kanssa.

Osastonhoitaja kokosi projektioorganisaation yhdessä projektinvetäjän kanssa. Projektiin valittiin ohjausryhmä monialaisuuden lisäämiseksi ja käytännön toiminnan sujuvuuden edistämiseksi. Ohjausryhmään valittiin henkilöitä heidän asiantuntemuksensa, vahvuusalueidensa sekä vaikutusvaltaisuutensa vuoksi. Mukaan pyydettiin myös tärkeimmät yhteistyökumppanit eli Kokkolanseudun terveyskeskuksen edustajat.

Mäkelä (2002, 14) toteaa kehittämisprojekteissa työskenteleviltä henkilöiltä vaadittavan luovuutta, koska projektihenkilöstö käyttää pääasiallisesti omaa osaamistaan projektin hyväksi. Jotta osaamista pystytään hyödyntämään, projektihenkilöstön tulee olla motivoituneita ja sitoutuneita projektiin. Tässä saattohoitoprojektissa projektiryhmään kuuluvat henkilöt valikoituivat ryhmään oman kiinnostuksensa mukaisesti.



KUVIO 4. Saattohoitoprojektin projektioorganisaatio

Projektiryhmä kokoontui syksyn 2008 aikana suunnitellusti yhteensä kaksi kertaa sekä keväällä 2009 yhden kerran. Tämän lisäksi sähköposti toimi yhteydenpitokanavana. Koska projektiryhmän jäsenet työskentelivät samassa työpisteessä, pystyimme toisinaan keskustelemaan projektista epävirallisesti myös muun työn ohessa.

Projektin kustannukset menivät Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kirurgian vuodeosasto 10:n budjetista. Kuolevan potilaan hoito -koulutuspäivän lopullinen budjetti on esitetty liitteenä (liite 10).

Projektin kokonaiskustannuksia oli mahdotonta määritellä tarkasti, koska kehittäminen tapahtui jokapäiväisen työn ohessa ja projektinvetäjä työskenteli projektin hyväksi pääsääntöisesti omalla ajallaan. Projektiryhmän jäsenet saivat kukin käyttää projektin tarpeisiin kolme työpäivää.

4.4 Saattohoitoprojektin kehittymisprosessin eteneminen ja projektin tuotosten kokoaminen

Saattohoidon kehittämishankkeen esisuunnitteluvaiheessa keskityimme hankkeen tarpeen arviointiin sekä siitä saatavan hyödyn, sisällön ja tavoitteiden suunnitteluun. Alustava kokous opinnäytetöidemme aiheesta pidettiin 8.10.08. Kokoukseen osallistuivat lisäksi osastonhoitaja Päivi Kontkanen ja sairaanhoitaja Johanna Oikemus-Määttä. Tällöin suunnittelimme palliatiivisessa vaiheessa olevan potilaan hoidon kehittämistä. Pidempään asiaa mietittyämme, totesimme aiheen liian laajaksi ja päätimme keskittyä saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoidon kehittämiseen, joka oli nimenomaan kehityskeskusteluissa esiin noussut asia. Ajatuksissamme oli jonkinlaisen alueellisen mallin kehittäminen. Tiedustelimme myös konservatiivisen tulosalueen halukkaatta yhteiseen projektiin, mutta sillä hetkellä heillä ei ollut tarvetta saattohoidon kehittämiseen.

Seuraava kokous pidettiin 28.11.08. Kokoukseen osallistuivat lisäksi projektiryhmään kuuluneet sairaanhoitaja Pia Hilli-Ämmänkoski ja lähihoitaja Tarja Puhakka. Tässä kokouksessa näiden kahden rinnakkaisen projektin sisällöt alkoivat pikkuhiljaa selkiintyä, mutta edelleen mukana oli ajatus alueellisen mallin rakentamisesta. Kokouksen jälkeen aluillaan olevasta hankkeesta informoitiin operatiivisen tulosalueen johtaja Pekka Nikulaa, operatiivisen tulosalueen ylihoitaja Kaija-Riitta Harmaalaa sekä osaston ylilääkäri Pekka Pellistä. Projektin valmisteluista keskusteltiin myös onkologian poliklinikan henkilökunnan sekä kotisairaalan henkilökunnan kanssa.

Näiden kokoontumisten jälkeen suunnittelin vielä oman opinnäytetyöni sisältöä opinnäytetyöpajassa saamani palautteen ja saattohoidon kirjallisuuden pohjalta. Projektin rajasta ja toteutusstrategiaa miettiessäni otin lähtökohdaksi työn laajuuden sekä toivottujen sidosryhmien rakenteen. Seuraavaksi mietin, mitkä tekijät ovat saattohoidettavan potilaan hoitoon liittyvien ongelmien taustalla. Totesin pääasialliseksi syiksi osaamisen

puutteen, asenteet, organisaatiokulttuurin sekä puutteellisen hoitosuunnitelman ja huonon tiedottamisen. Tämän jälkeen pohdin, mitä positiivisia mahdollisuuksia ja voimavaroja kehittämistilanne tarjoaa projektin lähtökohdaksi. Positiivisina mahdollisuuksina ja voimavaroina näin hoitohenkilökunnan halun ja motivaation saattohoidon kehittämiseen ja yllättäen lääkärikunnastakin löytyi siihen kiinnostusta.

Ohjausryhmän perustamis- ja suunnittelupalaveri pidettiin 29.1.09. Kokouksessa olivat mukana keskussairaalan puolelta osaston ylilääkäri Pekka Pellinen, kirurgian erikoislääkäri Kristina Känd, anesthesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri Risto Hannula, onkologi Antti Jekunen, osastonhoitaja Päivi Kontkanen, sairaanhoitaja Johanna Oikemus-Määttä, sairaanhoitaja Hilikka Herlevi sekä Kokkolanseudun terveyskeskuksen puolelta osastonlääkäri Marilena Saukkosaari ja osastonhoitaja Sinikka Tikkakoski. Kokouksen alussa esittelimme alustavat suunnitelmamme opinnäytetöidemme sisällöistä. Saadaksemme kuvan hankkeen taustatekijöistä, kävimme lisäksi läpi kuolevan potilaan hoitoon liittyviä näkemyksiä, arvoja, ongelmia, tarpeita ja mahdollisuuksia eri toimijoiden näkökulmista. Sen jälkeen määrittelimme mikä on projektin toteuttamisen konteksti ja totesimme, että tässä vaiheessa kannattaa keskittyä omassa työyksikössä toteutettavan saattohoidon kehittämisen. Seuraavaksi pohdimme, mikä kuolevan potilaan hoitoon liittyvä alue tarvitsee eniten kehittämistä, mitkä ovat projektin päätavoitteet ja tuotokset ja ketä niiden tulisi palvella. Näillä toimilla pyrittiin parantamaan kehittämistyön sisältöä sekä varmistamaan eri osapuolten sitoutuminen projektiin.

Perustamis- ja suunnittelupalaverin jälkeen myös Keski-Pohjanmaan keskussairaalan johtoa ja projektin sidosryhmiä informoitiin projektin valmisteluista. Projektisuunnitelma muovautui lopulliseen muotoonsa kokouksessa sovittujen tavoitteiden ja periaatteiden sekä osastonhoitajalta ja opettajaohjaajilta saadun palautteen pohjalta helmikuun 2009 aikana. Projektisuunnitelmassa kuvasin projektin tavoitteen, kohderyhmän, projektiorganisaation, budjetin, työsuunnitelman sekä projektin ohjaus- ja arviointijärjestelmän. Lähetin projektisuunnitelman vielä hyväksyttäväksi projekti- ja ohjausryhmään kuuluville henkilöille, kirurgian tulosalueen johdolle sekä sidosryhmään kuuluville henkilöille.

Keväällä 2009 projektiryhmä osallistui Oulun yliopistollisen sairaalan järjestämään saattohoidon koulutuspäivään ja kävi tutustumiskäynnillä Tampereen yliopistollisen

sairaalan syöpätautien poliklinikalla, Pirkanmaan saattohoitokodissa sekä Kokkolanseudun terveystieteiden vuodeosastolla kaksi ja kotisairaalassa. Tutustumiskäynneillä kävimme vertailevaa keskustelua sekä kuulumme yliopistosairaalan ja saattohoitokodin yhteistyöstä laajentaen samalla näkemystämme kuolevan potilaan hoidosta.

4.4.1 Alueellisen osaamisen kehittäminen kuolevan potilaan hoidossa

Varsinainen projektin käytännöllinen toteutus alkoi projektiryhmän kolmannella kokouksella, joka pidettiin 27.5.09. Tällöin keskityimme saattohoidon alueellisen koulutuspäivän suunnitteluun. Mietimme, minkä tyyppisestä tiedosta on puutetta ja keitä toivoisimme koulutuspäivään luennoimaan. Koulutuspäivän sisältövalinnoista oli keskusteltu aikaisemmin myös työyhteisössä kollegoiden sekä vt. osastonhoitaja Eija Ervastian ja osaston ylilääkäri Pekka Pellisen kanssa. Koulutuspäivän tavoitteeksi asetettiin, Pohjois-Karjalassa v. 2005-2007 toteutetun palliatiivisen kehittämishankkeen tavoitteita mukaillen, työyhteisöjen moniammatillisen osaamisen vahvistaminen sekä saattohoidettavan potilaan oireenmukaisen, inhimillisen ja taloudellisen kokonaishoidon kehittäminen ja alueellisen yhteistyön virittäminen.

Keskustelujen pohjalta tein alustavan ohjelmavuoskuvan. Runkoa työstäessäni lähtökohتانani oli, että päivän sisältö vastaisi asetettuihin tavoitteisiin, olisi monipuolinen ja kiinnostava sekä koko projektin tavoitteita tukeva. Työskentelyni perustui omaan kokemukseeni eri luennoitsijoista, saattohoidosta ja koulutuspäivien järjestämisestä. Hyväksyin työstämäni rungon projektiryhmällä, koulutuspäälliköllä sekä projektin asettajalla. Seuraavaksi keskityin toivottujen luennoitsijoiden yhteystietojen etsimiseen, jonka jälkeen lähestyin heitä sähköpostitse lähettämälläni kirjeellä. Vastaanotto oli myönteinen. Lopulliseen luentorunkoon tuli vain muutamia muutoksia alustavaan suunnitelmaan verrattuna. Alustava koulutuspäivän luentorunko oli valmiina 5.6.09. Päivän sisältö muodostui monipuoliseksi. Aiheet käsittelivät muun muassa saattohoidon nykytilaa, haasteita, arvoja, asenteita, elämän loppuvaiheen hoitopäätöksiä, kivunhoitoa, palliatiivista kirurgiaa sekä saattohoidon tavoitteita.

28.5.09 esittelin projektisuunnitelman operatiivisen alueen ylihoitaja Kaija-Riitta Harmaalalle. Tässä yhteydessä sovimme myös koulutuspäivän yhteydessä tapahtuvasta

saattohoitoketjutyöryhmän kokoamisesta. Hoitoketjulla tarkoitetaan alueellista palvelukokonaisuutta ja sopimusta siitä, miten potilasta tiettyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla. Tavoitteena on sekä potilaan, että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukainen ja riittävän laadukas hoito. (Karma 1999, 173.)

Seuraavaksi varasin Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun auditorion sekä ruokailun ja kahvitukset. Tiedustelin vielä lääkefirma Mundipharmaalta heidän halukkuuttaan osallistua koulutuspäivään. Ilokseni Mundipharma lähti mielellään mukaan. Koulutuspäivää järjestellessäni olin kesällä 2009 lähes päivittäin yhteydessä sairaanhoitopiirin koulutuspäällikkö Maria Isokoskeen, saaden häneltä korvaamatonta tukea ja tietoa koulutuspäivän järjestelyihin liittyen. Koulutuspäivän luennoitsijoiden aikataulujen järjestäminen vaati puolestaan tiivistä yhteydenpitoa heidän kanssaan. Koulutuspäivän ajankohdaksi sovittiin 17.9.2009.

Elokuussa 2009 varmistin vielä luennoitsijoiden osallistumisen ja sovin päivän puheenjohtajuudesta Kokkolanseudun terveyskeskuksen lääkäri Mari-Lena Saukkosaaren kanssa. Lisäksi sovimme projektiryhmän kesken työnjaosta koulutuspäivän aikana. Yksi luennoitsijoista perui osallistumisensa tässä vaiheessa. Puuttuvaa luennoitsijaa etsiessäni totesin, että keskussairaalan tasolla kukaan ei tunne asiaa omakseen, eikä koe omaavansa asiasta riittävää tietoa. Sain kuitenkin nopeasti uuden luennoitsijan tilalle terveyskeskuksen puolelta kotisairaala.

Syyskuun 2009 alussa sovin luennoitsijoiden kanssa yöpymisistä, aikatauluista sekä matkoihin käytettävistä kulkuneuvoista. Varmistin vielä 9.9.09 tilavarauksen, jolloin selvisi että tila oli vuokrattu päällekkäin kahteen eri koulutustilaisuuteen. Tästä meinasi seurata isoja ongelmia, koska saattohoidon koulutuspäivän osallistujat eivät olisi mahduneet luokkatilaan. Asiaa selviteltiin keskussairaalan koulutuspäällikön ja ammattikorkeakoulun rehtorin toimesta ja lopulta 16.9.09 saimme tiedon, että voimme pitää tilaisuuden auditoriossa alkuperäisen suunnitelman mukaisesti.

Koulutuspäivää edeltävänä päivänä järjestimme tilat aamua varten valmiiksi. Itse koulutuspäivä onnistui yli odotusten. Kaikki käytännön asiat sujuivat erinomaisesti ja osallistujat vaikuttivat tyytyväisiltä päivän antiin. Päivään osallistui 89 henkilöä sekä luennoitsijat.

Koulutuspäivän palautteiden keruu ja analysointi

Palautteet koulutustilaisuudesta (liite 11) kerättiin sähköisesti Webropol kysely- ja tiedonkeruusovelluksella neljä päivää koulutuspäivän jälkeen. Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa osallistujien kokemuksista. Lomakkeessa oli kaikkiaan 13 kysymystä. Lomakkeen pohjana käytettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalan täydennyskoulutuskeskuksen valmista lomaketta, johon tehtiin pieniä muutoksia toiveitteni perusteella. Lomake oli puolistrukturoitu sisältäen sekä taustamuuttujia että suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Palautetta pyydettiin koulutuspäivän sisällöstä, luennoitsijoista, koulutukselle asetetuista tavoitteista, koulutuksesta saadusta hyödyistä, opetusmenetelmistä ja koulutusjärjestelyistä. Lisäksi vastaajilta kysyttiin, mistä aiheeseen liittyvistä asioista he tahtoisivat vielä lisäkoulutusta. Vastausprosentti oli melko alhainen, $n=24$ (27%). Tämä johtui ilmeisesti kyselyn lähettämisestä osallistujille vasta useita päiviä koulutustilaisuuden jälkeen. Kaikkien koulutuspäivään osallistuneiden sähköpostiosoite ei myöskään ollut tiedossa. Todennäköisesti kaikki osallistujat eivät myöskään käytä työ sähköpostiaan säännöllisesti tai ollenkaan.

Avoimien kysymysten vastaukset analysoin käyttäen sisällön analyysiä, koska halusin luovasti hyödyntää eri tapoja jäsentää, luokitella ja kuvata vastauksia. Sisällön analyysillä tarkoitetaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettujen aineistojen tarkastelua. Tarkasteltavat tekstit voivat olla esimerkiksi päiväkirjoja, kirjoja, haastatteluita, puheluita tai keskusteluita. Sisällön analyysin avulla tutkittavasta ilmiöstä pyritään muodostamaan tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-105.)

Sisällön analyysillä voidaan tarkoittaa niin laadullista kuin määrällistä sisällön erittelyä. Molempia voidaan myös hyödyntää saman aineiston analyysissä. Sisällön analyysia voidaan jatkaa tuottamalla esimerkiksi sanallisesti kuvatusta aineistosta määrällisiä tuloksia. Tutkimusaineiston laadullisessa sisällön analyysissä aineisto pilkotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen, uudelleenlaisiksi kokonaisuudeksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-108.)

Analyysiyksikkö voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus, kirjain, sivujen määrä, pääotsikoiden koko tai muu sellainen riippuen tutkimustehtävästä. Aineiston analyysiä voidaan jatkaa luokittelun ja kategorioiden muodostamisen jälkeen kvantifioimalla alkuperäisaineisto. Tällöin aineistoa käydään tarkasti läpi, etsien siitä samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Kvantifioinnissa aineistosta lasketaan, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy esimerkiksi haastattelijoiden kuvauksissa tai kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-108.) Sisällön analyysissä analyysiprosessin toteuttamiseen ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Jokainen tutkija kehittää oman aineiston haltuunottoon ja jäsentämiseen parhaiten sopivan luokittelujärjestelmän. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai malleja. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Käytin palautteiden analysoinnissa luokittelevaa, aineistolähtöistä sisällön analyysia. Aloitin saatujen vastausten analyysin lukemalla ne läpi useita kertoja, saadakseni aineistosta mahdollisimman hyvän kokonaiskuvan ja löytääkseni perustan vastausten luokittelemiselle ja jäsentämiselle. Seuraavaksi kirjoitin vastaukset sanantarkasti tietokoneelle, ryhmitellen niitä jo siinä vaiheessa tiettyjä sisältöjä kuvaavien otsikoiden alle. Näin otsikoinnin jo tässä vaiheessa tarkoituksenmukaisena, koska tehdyillä kysymyksillä oli pyritty kartoittamaan tiettyä asiaa. Analyysiyksikkönä käytin ilmaisua. Muodostin aineistosta kahdeksan alaluokkaa, jotka tiivistin lopulta viiteen yläluokkaan. Nämä kuvataan alla olevassa kaaviossa. Tämän jälkeen tein yhteenvedon vastauksista.

Kategoriat, vaihe 1	Kategoriat, vaihe 2
1. SISÄLTÖ/AIKA	1. SISÄLTÖ
2. LUENNOITSIJAT	
3. AJATUKSET	2. OPPIMISKOKEMUKSET
4. EVÄÄT	
5. OPPIMISKOKEMUKSET	
6. HYÖDYNNETTÄVYYS	3. VAIKUTUKSET TOIMINTAKÄYTÄNTÖIHIN
7. KRITIIKKI	4. KEHITTÄMISEHDOTUKSET
8. LISÄKOULUTUSTARPEET	5. LISÄKOULUTUSTOIVEET

KUVIO 5. Koulutuspäivän palautteiden sisällön analyysin luokitus

Yhteenveto koulutuspäivän palautteista

Webropol -ohjelman tuottamassa yhteenvedossa määrälliset tulokset esitetään keskiarvolukuina ja laadulliset tulokset yhteenvetona. Saatu palaute oli pääsääntöisesti positiivista ja yhdenmukaista. Vastausten mukaan koulutuspäivää pidettiin pääosin (58,3%) erittäin hyödyllisenä oman työn kannalta. Päivä oli vastannut joko melko hyvin (54,2%) tai erittäin hyvin (45,8%) vastaajan odotuksia. 91,7% vastaajista koki koulutuspäivän sisällön olleen sopivassa suhteessa käytettävissä olevaan aikaan. Luennoitsijoiden asiantuntemusta piti kiitettävänä 70,8% vastanneista. Opetusmenetelmiä pidettiin joko melko hyvinä (54,5%) tai erittäin hyvinä (45,5%). Myös avoimista kysymyksistä kävi ilmi, että päivän sisältö koettiin hyvin mielenkiintoisena. Kuolevan potilaan hoitoa käsiteltiin päivän aikana monesta eri näkökulmasta, luennoitsijat olivat valmistautuneet hyvin ja luennoitsijoiden asiantuntemus nähtiin useissa vastauksissa erittäin hyvänä. Luennot olivat vastaajien mielestä käytännönläheisiä ja selkeitä. Koulutuspäivän ajankäyttö nähtiin tehokkaana ja tiiviinä.

Aika oli käytetty tehokkaasti hyväksi, ei ollut mitään turhia jaarituksia.

Päivään mahtui todella monta hyvää ja erilaista luentoa ja luennoitsijaa. Heidän asiantuntemuksensa oli todella hyvää.

Oppimiskokemuksina vastauksista nousi esiin oivallus potilaiden yksilöllisestä kohtamisesta ja potilaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta. Useissa vastauksissa korostui DNR-päätöksen merkityksen selkeytyminen ja uusi ymmärrys hoitosuunnitelman merkityksestä. Myös kivunhoidon menetelmistä ja palliatiivisen kirurgian mahdollisuuksista oireiden lievityksessä oli opittu uutta. Monet vastaajista olivat oivaltaneet, kuinka laaja ja monenkirjava joukko palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevista potilaista muodostuu. Lisäksi koulutuspäivän koettiin antaneen keinoja potilaan ja omaisten kohtaamiseen, jolloin kiire on unohdettava ja pyrittävä kuuntelemaan ja pysähtymään kuolevia potilaita kohdatessa. Osallistujat olivat kokeneet luennot koskettavina ja ne saivat vastaajat ajattelemaan ajan rajallisuutta ja oman kuoleman lähestymistä.

Myös selvisi siellä esim. DNR-päätökseen liittyvät epäselvyydet. Koen saaneeni vahvistusta omillekin ajatuksilleni saattohoidosta.

Palautteiden mukaan muutoksia toimintakäytäntöihin oli odotettavissa joidenkin vastaa-
jien kohdalle. Saatujen vastauksien mukaan osallistujat aikoivat jatkossa ehdottaa hoi-
toneuvotteluiden pitämistä lääkäreille, pyrkivät aitoon kohtaamiseen potilaan ja heidän
läheistensä kanssa sekä yrittävät mahdollistaa potilaan arvokkaan loppuelämän toteutu-
misen. Palautteen antohetkellä saattohoito oli herättänyt jo keskustelua joissakin työyök-
siköissä muun muassa käytettävien lyhenteiden osalta. Koulutuspäivän ja saattohoidon
kehittämishankkeen nähtiin olevan hyvä pohja saattohoitoketjulle.

*Asiaa tuli monelta taholta ja on herättänyt keskustelua työpaikallanikin lähinnä lyhen-
teistä DNR yms.*

Hoitoneuvotteluita aion lääkäreille ehdottaa useammin pidettäväksi.

Kritiikkinä esitettiin koulutuksen syöpäpainotteisuus, tiukka, keskustelua rajoittava ai-
kataulu, kirurgin luennon lyhyys sekä hoitoketjun tarkoituksen epäselvyys. Lääkäreiden
vähäinen osallistuminen nähtiin myös heikkoutena.

Lisäkoulutustarpeina useissa vastauksissa korostui sisätautipotilaan saattohoito. Maa-
kunnan kotisairaanhoidon kaipasi vielä lisää koulutusta saattohoidosta. Myös kivunhoi-
dosta, sosiaalietuuksista ja omaisten kohtaamisesta toivottiin lisää tietoa, kuten myös
saattohoitoketjusta sen valmistumisen myötä. Saatua palautteita koulutuspäivästä, lä-
hetin vielä kiitokset sekä yhteenvedon palautteista luennoitsijoille. Luennoitsijoiden
kommentit palautteesta ja koulutuspäivän järjestelyistä olivat seuraavanlaisia:

*Se (palaute) on tärkeää ja työtä tukevaa ja saan niitä ehkä liiankin harvoin. Kokonai-
suudessaan erittäin laadukkaasti rakennettu koulutustilaisuus, sisältäen vielä palaut-
teen luennoitsijalle.*

*Pidän aika paljon luentoja ja voin omasta (suppeasta) näkövinkkelistä sanoa, että har-
voin näin laadukasta toimintaa! Ohjelma olisi voinut olla koko pohjoisen ERVA -alueen
koulutus.*

*Ja kivaa saada palautetta koulutuksesta! Osallistujat ottivat hyvin vastaan meidän kou-
lutuksen, se on hieno asia!*

*Suurkiitokset sinullekin päivän järjestämisestä. Ison työn olit tehnyt ja huippuluennoi-
sijoita saanut paikalle.*

4.4.2 Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alueen saattohoitoresurssit

Vuoden 2009 alusta tapahtuneiden kuntaliitosten jälkeen Kokkolan asukasmäärä on noin 45 000 ihmistä. Kuntaliitosten myötä kuntayhtymän toimiala laajeni erikoissairaanhoidon lisäksi myös peruspalveluihin. Lesti- ja Perhunjokivarren kunnat Halsua, Kannus, Kaustinen, Lestijärvi, Perho, Toholampi ja Veteli ovat perustaneet kunta- ja palvelurakennemuutoslain mukaisen yhteistoiminta-alueen 1.1.2009. Yhteistoiminta-alue muodostaa peruspalvelujen liikelaitoksen osana Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymää. Liikelaitosta kutsutaan lyhenteellä JYTA, joka tarkoittaa edellä mainittujen jokivarsikuntien yhteistoiminta-aluetta.

JYTA järjestää ja pääosin tuottaa laissa säädetyt sosiaali- ja perusterveydenhuolto- ja palvelut alueen kuntalaisille yhteisesti yli nykyisten kunta- ja organisaatorajojen. Kuntien asukkaat voivat yhteistoiminta-alueen sisällä käyttää palveluja kuntarajoista riippumatta. Lasten päivähoito, ympäristöterveydenhuolto ja eläinlääkintähuolto eivät kuitenkaan kuulu yhteistoiminta-alueen vastuulle.

Aloite JYTA-alueen saattohoitoresurssien kartoitukseen tuli keskussairaalan kipupoliklinikalta. ETENE (2003,14) suositusten mukaan saattohoitoa toteuttavalla yksiköllä pitää olla valmiudet toteuttaa saattohoitopotilaille tehty hoitosuunnitelma. Hyviin valmiuksiin kuuluvat riittävät henkilöresurssit, ammattitaito sekä sopivat välineet, jotta hoito voidaan toteuttaa inhimillisesti ja turvallisesti. Tehdyllä kartoituksella kerättiin tietoa eri kuntien valmiuksista hoitaa kuolevia potilaita. Kartoitusta on tarkoitus hyödyntää kuolevan potilaan jatkohoitoa suunniteltaessa.

Projektisuunnitelman mukaisesti kartoitus olisi pitänyt tehdä huhtikuussa 2009. Projektissa ei pysytty aikataulussaan, joten varsinaisesti tämän osion työstäminen alkoi vasta heinäkuun 2009 lopussa. Tein kuitenkin keväällä jo tiedontarpeen kartoituksen eli pohdin sekä projektiryhmän että kipupoliklinikan henkilökunnan kanssa, minkälaisesta tiedosta organisaatiomme hyötyisi. Valitsin tiedonkeruun menetelmäksi sähköpostitse tehtävän kyselytutkimuksen, koska tarkoituksena oli koota lähinnä yksityiskohtaista tosiasiatietoa. Lisäksi ajattelin sähköpostitse tehtävän kyselyn olevan nopea, halpa ja vaivaton toteuttaa.

Laadin kysymykset lopullisen muotoonsa yhdessä vt. osastonhoitaja Eija Ervastin kanssa. Lomake sisälsi yhdeksän kysymystä (liite 7). Lomakkeen kysymykset oli muotoiltu avoimiksi kysymyksiksi. Valitsin lomakkeeseen avoimet kysymykset, jotta vastaajat voivat esittää näkemyksiään omin sanoin. Avoimet kysymykset myös osoittavat, mitkä asiat ovat keskeisiä ja tärkeitä vastaajien ajattelussa. Kysymyksiä ei esitettävä, mutta pyrimme tarkistamaan jokaisen kysymyksen tarpeellisuuden ja informatiivisuuden.

Kysymyslomakkeen tarkoituksena oli kerätä tietoa välineellisistä voimavaroista, tosi-asioista, toiminnasta, tiedoista sekä asenteista. Kartoituksen yhteydessä pyydettiin myös saattohoidon yhteyshenkilön nimeämistä, suunnitteilla olevan saattohoitopotilaan hoitoketjun rakentamistyöryhmää varten. Vastausaikaa oli reilu kuukausi kesälomakauden takia. Postitin lomakkeen sähköpostitse 20.7.09 Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen kuntiin kuuluvien terveyskeskusten ja osin myös vanhustenhuoltolaitosten osastonhoitajille (yhteensä 13 lomaketta). Käytin kartoituksessa sairaanhoitopiirin virallista lomakepohjaa, koska arvelin sen lisäävän vastausprosenttia. Kuvasin saatekirjeessä projektin perustiedot sekä perusteet tiedon keräämiselle. Lisäksi ilmoitin vastaajille, mihin kerättyä tietoa tullaan käyttämään. Kyselyn liitteenä lähetin vielä projektisuunnitelman.

Vuoden 2009 alusta tapahtuneen JYTA-alueen yhdistymisen myötä sähköpostiosoitteet olivat kuitenkin muuttuneet. Etsin uudet yhteystiedot ja lähetin lomakkeet uudestaan 31.7.09. Vastauksia tuli kolme; Kokkolanseudun terveyskeskuksesta, Vetelin terveyskeskuksesta sekä Himangan terveyskeskuksesta. Tarkistin vielä 14.9.09 puhelimitse organisaatioiden sähköpostiosoitteet ja lähetin lomakkeet uudestaan vielä kuuteen eri kuntaan. Tämän jälkeen sain vielä kaksi vastausta; Toholammin ja Kannuksen terveyskeskuksesta. Vaikka eri kuntien vanhustenhuoltolaitokset jättivät vastaamatta kyselyyn, sain kuitenkin kartoitettua kaikkien JYTA-alueeseen kuuluvien kuntien terveyskeskusten tilanteen.

Myöhemmin yritin lähettää kyselyä vielä Kokkolan yksityisille palveluntarjoajille, mutta viestin lähetys ei onnistunut keskussairaalan sähköpostista. Sen jälkeen otin vielä puhelimitse yhteyttä yhden kunnan vanhustenhuoltolaitoksen osastonhoitajaan saadakseni kartoitettua myös heidän tilanteen, mutta hän ei kokenut heillä olevan riittävää asiantuntemusta kuolevan potilaan hoitoon, vaikka koin meidän organisaatiosta tehdyn hedelmällistä yhteistyötä heidän kanssaan.

Yhteenvetoa tehdessäni keräsin sähköpostitse saamani vastaukset teemoittain samaan taulukkoon tekstin sisältöjä muuttamatta (liite 12). Näin tieto maakunnan terveyskeskuksissa onnistuvista hoitomenetelmistä löytyy nopeasti yhdestä paikasta. Mielenkiintoisin osio vastauksissa oli maakunnan näkemys saattohoidon haasteista. Vastausten perusteella saattohoidon haasteet ovat perusterveydenhuollossa pääsääntöisesti samansuuntaiset kuin erikoissairaanhoidossakin. Suurimpina haasteina nähtiin nuorten lääkäreiden heikko palliatiivinen osaaminen ja arkuus hoitopäätösten teossa. Aktiivisia hoitoja jatkettiin myös heidän mukaansa liian pitkään. Lisäksi ongelmana koettiin se, että potilaat eivät tiedä olevansa saattohoidossa ja hoitohenkilökunnalla ei ole lupaa keskustella potilaan ja omaisten kanssa lähestyvistä kuolemasta.

Kartoituksessa nousi esiin myös projektin tavoitteita tukevia korjausehdotuksia. Myös maakunnissa toivottiin, että erikoissairaanhoidossa olisi tehty selkeät hoitolinjapäätökset ennen siirtoa terveyskeskukseen. Lisäksi perusterveydenhuollosta esitettiin, että hoitotiedotteessa ja epikriisissä kuvattaisiin, mitä potilaan kanssa on keskusteltu tai sovittu. Tiedon tulisi olla reaaliaikaista, rauhoittavaa tietoa, josta turha ”hössötys” jäisi pois. Edelleen esitettiin, että hoitotyön menetelmiä voisi pohtia myös ympäristön, hengellisyiden ja henkisyyden kannalta. Hoitotyöhön toivottiin lisäresursseja, jotta omahoitaja voisi keskittyä saattohoitoon. Moniammatillisen tiimityön tehostamista kaivattiin myös.

4.4.3 Osaston hyvät käytänteet

Alkuperäisestä projektisuunnitelmasta poiketen jätin ohjeet saattohoidosta tekemättä, koska JYTA-alueelle tullaan STM (75/2009) esityksen mukaisesti lähitulevaisuudessa työstämään yhtenäiset ohjeet. Projektin työsuunnitelman mukaan osaston ohjeiden työstäminen olisi pitänyt alkaa jo huhtikuussa 2009. Ensimmäisen ohjeistuksen eli ohjeet vainajan laitosta teimme projektiryhmän kanssa kesäkuussa 2009. Ohjeiden tekoon osallistui lisäksi obduktio-osastolta hoitaja Kai Ontronen. Tuotettua ohjetta on tarkoitus hyödyntää lähinnä uusien hoitajien ja sijaisten perehdytyksessä.

Seuraavaksi työstin rinnakkain ohjetta potilaan siirrosta kotihoitoon, saattohoitoneuvottelurunkoa sekä potilaan ja omaisen opasta saattohoidosta. Nämä ohjeistukset perustuvat ajankohtaiseen saattohoidon kirjallisuuteen. 28.9.09 jätin ”raakaversiot” ohjeista

osastolle kommentoitavaksi ja lähetin ne 22.10.09 sähköpostitse myös projektiryhmäläisille, kotisairaalaan ja kipupoliklinikalle. Sain ohjeistuksista vain vähän kommentteja, joiden perusteella tein ehdotetut korjaukset.

Ohjeet saattohoitoneuvottelusta on tarkoitettu sekä kirurgeille että hoitohenkilökunnalle. Ohjeet potilaan kotiuttamisesta saattohoitovaiheessa on tarkoitettu hoitohenkilökunnan käyttöön. Kyseenomaisen ohjeen tarkoituksena on ensisijaisesti varmistaa sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden hyödyntäminen ja potilaan tietoisuuden lisääminen kotihoidon palveluista kotiutumsvaiheessa. Pyynnöstäni sosiaalityöntekijät Teija Ala-Tainio ja Eliisa Niemi tarkistivat potilaan kotiuttamiseen liittyvät ohjeet vielä ennen niiden käyttöönottoa.

Vaikka jo ensimmäisessä projektin ohjausryhmän kokouksessa päätettiin, että saattohoitoneuvottelut otetaan myös osasto kymmenen käytännöksi ja terveyskeskuksen lääkäri kertoi vetävänsä neuvottelun ilman ohjeistuksia, pelkän intuition pohjalta, näin saattohoitoneuvottelurungon työstämisen kuitenkin tarpeellisena. Kirurgit eivät ole tottuneet keskustelemaan kuolemaan liittyvistä asioista potilaiden kanssa. Lisäksi osastolla työskentelee useista eri kansallisuuksista tulleita lääkäreitä, joiden kulttuuriin ei välttämättä kuulu avoin keskustelu kuoleman lähestymisestä. Tämän vuoksi he eivät näe hoitolinjapäätösten hyötyjä, ellei joku perustele sitä heille ja avaa saattohoitoon liittyvää käsitteistöä. Uskon lisäksi, että niin lääkäreiden kuin hoitajienkin on helpompi avata keskustelua aiheesta potilaan ja omaisten kanssa, projektissa tuotetun ohjeistuksen turvin.

Saattohoito-opas on kohdennettu kuoleville potilaille ja heidän läheisilleen. Oppaan tarkoituksena on auttaa sekä potilasta että hänen läheisiään ymmärtämään paremmin saattohoitotilannetta sekä valmistaa heitä saattohoitoneuvotteluun ja lähestyvään kuolemaan. Oppaaseen pyrittiin kokoamaan helposti luettavaa, selkeää tietoa saattohoidosta, keskittyen enemmän sekä osaston että paikallisten käytäntöjen kuvaamiseen. Tarkoituksena on, että opasta voidaan jakaa yhdessä syöpäyhdistyksen saattohoito-opaan kanssa.

Pitkälä ja Hänninen (1999, 1638) kuvaavat artikkelissaan kuolevan potilaan hoitamisen synnyttävän henkilökunnassa lähes väistämättä syyllisyyttä joko liiallisesta hoitamisesta, liian vähäisestä hoitamisesta, väärästä hoidosta tai riittämättömyydestä. Omaisilla puolestaan on lähes aina liian vähän tietoa siitä, miten asiat etenevät ja miten kuolema

tapahtuu. Tämä epävarmuus ja epätietoisuus synnyttävät pelkoa omaisissa. Mikkosen (2007, 55) tutkimuksessa omaiset kokivat saaneensa riittämättömästi ohjeita hautajaisjärjestelyjä varten, jonka vuoksi lisäsimme saattohoito-oppaan loppuun vielä omaisen muistilistan.

Tuotettuja ohjeistuksia ei ole vielä käytännössä testattu, mutta pyytämässäni palautteissa saattohoitoneuvottelurunkoa kehitettiin hyväksi. Runko työstettiin alun perin lääkäreitä ajatellen, mutta hoitotyöntekijät ovat myös kiitelleet runkoa ja arvioineet hoitoneuvottelun vetämisen onnistuvan rungon pohjalta, vaikka siitä ei omaisi aikaisempaa kokemusta. Myös ohjeet vainajan laitosta ovat selkeät. Potilaan ja omaisen opasta ei ole vielä potilaille jaettu, joten siitä ei ole suoraa palautetta käyttäjiltä saatu.

4.5 Saattohoitoprojektin raportointi

Raportointi ja seuranta ovat ennen kaikkea projektin johtamisen työkaluja (Silfverberg 1996, 61). Projektin perusraportteihin kuuluu aloitusraportti, edistymisraportit sekä lopputilaportti (Silfverberg 2007, 107). Raporttien perusteella projektin omistaja ja ohjausryhmän jäsenet saavat arvokasta tietoa projektin etenemisestä. Myös vastuu jakautuu raporttien kautta projektin vetäjältä ohjausryhmälle. (Kettunen 2003, 156-157.) Saattohoitoprojektissa seikkaperäisin tiedottaminen kohdistui projektiryhmään lähinnä palauttepyyntöjen muodossa. Ohjausryhmään kuuluville henkilöille laadin kaksi väliraporttia projektin etenemisestä (17.6.09 sekä 20.7.09). Keskityin näissä raporteissa esittelemään projektin tilaa ja vertasin toteutunutta toimintaa projektisuunnitelmassa asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi kerroin projektiryhmän kokoontumisista ja yhteistyöstä eri tahojen kanssa. Raportointikanavana käytin sähköpostia. Opettajaohjaajien kanssa palaverit ja neuvonanto tapahtuivat suurimmaksi osaksi opiskelun lähipäivinä sekä sähköpostitse. Opettajien ohjaustoiminta korostui projektin päättämis- ja raportointivaiheessa.

Projektin asettajalle sekä kirurgisen tulosalueen johdolle raportoin projektin valmistamisajankohdasta, tärkeimpien välitavoitteiden saavuttamisesta sekä lopputuloksesta. Organisaation strategiselle johdolle meni vain avaintiedot projektista. Projektin sisäisen viestinnän sekä työviestinnän vastuuhenkilönä toimi projektipäällikkö. Projektin ulkoisen viestinnän vastuuhenkilönä toimivat projektipäällikön lisäksi osastonhoitaja

sekä operatiivisen tulosalueen johtaja ja ylihoitaja. Kehittämiprojektista tiedotettiin KPKS Osasto 10 osastotunnilla 29.1.09 sekä kirurgimeetingissä 25.3.09. Lisäksi projektin etenemistä seurattiin Oulun seudun ammattikorkeakoulun opinnäytetyö –työpajoissa.

Saattohoidon kehittämishanke esiteltiin 17.9.2009 järjestetyssä kuolevan potilaan hoidon alueellisessa koulutustilaisuudessa sekä suullisesti että postereiden avulla. Hanketta esittelevät posterit olivat esillä myös Keski-Pohjanmaan hoitotiedepäivillä 8-9.10.2009 sekä syöpäsairaanhoitajapäivillä Turussa 16-17.10.2009, jossa ne voittivat paras posteripalkinnon.

Projektin tulokset esiteltiin 13.4.10 pidetyllä osastotunnilla. Projektin tuloksia tullaan esittelemään vielä useamman kerran työyksikössämme, jotta ne tulisivat kaikkien tietoon ja siirtyisivät osaksi osaston toimintakäytäntöjä. Lisäksi Kokkolanseudun terveyskeskus ja onkologian poliklinikka ovat pyytäneet esitelmää projektin tuloksista. Nämä toteutuvat todennäköisesti myös vuonna 2010. Opinnäytetyöhön liittyvä artikkeli tullaan mahdollisesti julkaisemaan hoitoalan ammattilehdessä.

4.6 Saattohoitoprojektin päättäminen

Kettunen (2003, 169) kuvaa projektin virallisen päättämisen kuuluvan ohjausryhmälle, joka kutsutaan koolle projektin loppuksi. Tällöin ohjausryhmälle esitellään projektin tulokset ja esitetään projektia päätettäväksi. Tarvittaessa ohjausryhmä voi vielä vaatia projektia täydennettäväksi tai hyväksyä tulokset ja päättää projektin, jonka jälkeen projektinvetäjä kirjoittaa loppuraportin (Paasivaara ym. 2008, 138; Ruuska 2005, 243-244).

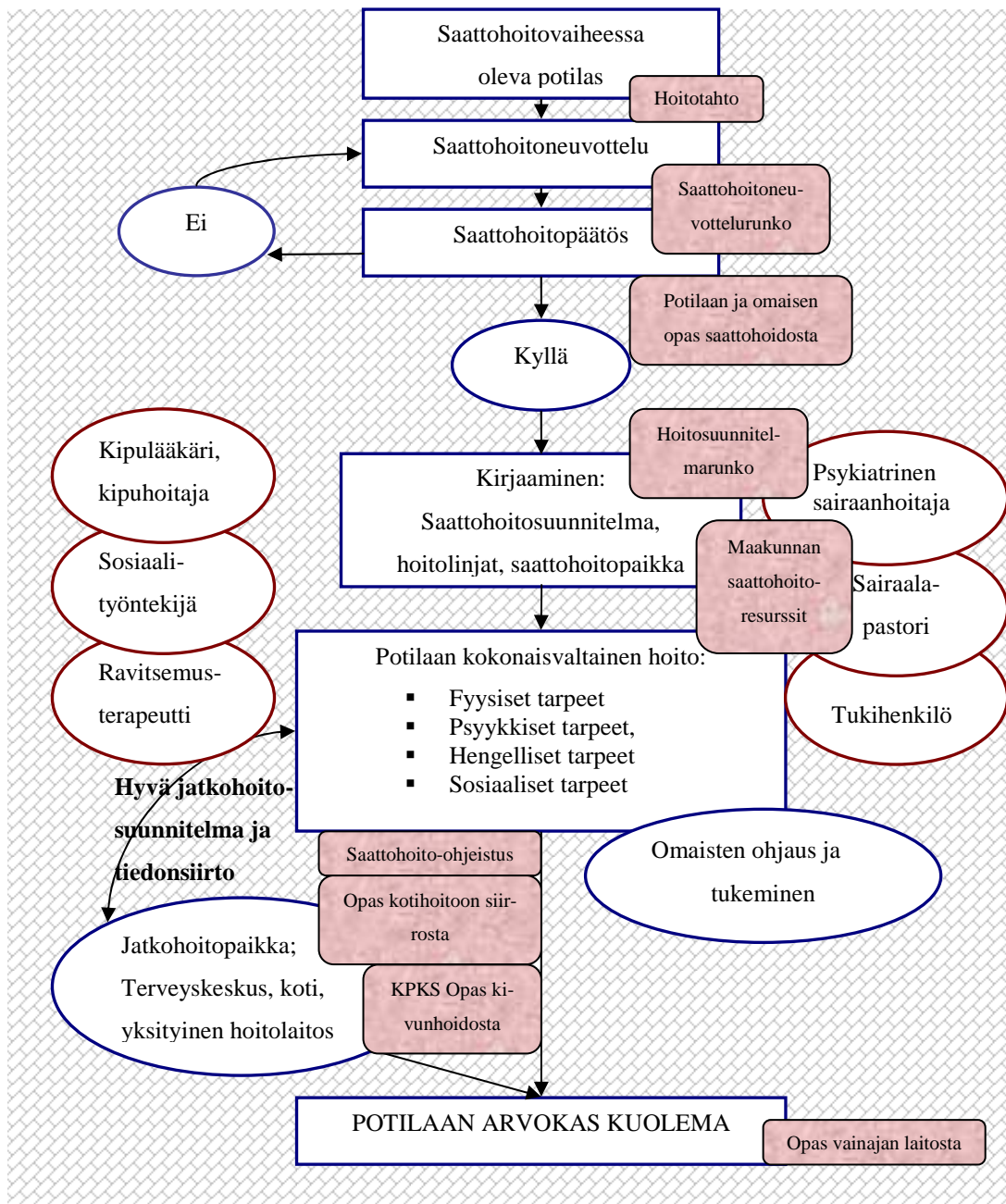
Saattohoitoprojektin päätösvaiheessa ohjausryhmän koolle kutsuminen ei onnistunut, joten totesin itse projektin päättyneeksi 13.4.10 pitämäni osastotunnin yhteydessä. Esitelin tilaisuudessa projektin taustan, tarkoituksen ja tulokset sekä ehdotuksen uusista toimintakäytännöistä ja toimintakäytäntöjen muutoksen mukanaan tuomista haasteista. Paikalla oli projektinvetäjän lisäksi kahdeksan työyhteisön jäsentä. Projektin päätösvaiheeseen kuului myös loppuraportin lähettäminen ohjaus- ja tukiryhmään kuuluneille sekä projektissa tuotettujen ohjeiden siirtäminen osaston saattohoitokansioon.

5 SAATTOHOITOPROJEKTIN TULOKSET

Asettamiensa tavoitteiden mukaisesti saattohoitoprojektissa on sen toiminta-aikana:

1. Kartoitettu Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alueen saattohoidon resurssit sekä nimetty saattohoidon vastuuhenkilöt eri organisaatioihin.
2. Suunniteltu ja toteutettu saattohoidon alueellinen koulutuspäivä.
3. Luotu osastolle raportissa aikaisemmin kuvatut saattohoitoon liittyvät ohjeet:
 - a. Saattohoitoneuvottelurunko
 - b. Kotisaattohoitoon siirtyminen
 - c. Potilaan ja omaisen opas saattohoidosta
 - d. Toimintaohjeet vainajan laitossa.
4. Lisäksi projektin myötä on sovittu Kokkolanseudun terveyskeskuksen kanssa, että he pyrkivät tekemään tutustumiskäynnin potilaan luokse jo ennen hänen siirtoaan terveyskeskukseen. Toimintatavan tarkoituksena on lisätä potilaiden luottamusta ja turvallisuudentunnetta. Hoitoprosessin ylittäessä organisaatorajat yhteistä potilasta hoitavien henkilöiden keskinäinen tuntemus, luottamus ja potilaan kokonaistilanteen tietäminen nähdään oleellisena asiana.

Näitä projektin tuotoksia ei projektin toiminta-aikana ehditty vielä juurruttaa osaksi osaston toimintakäytäntöjä. Koko saattohoitohankkeen tuloksena luotiin osastolle kuolevan potilaan hoitoprosessin toimintamalli, joka on esitetty kuviossa 6.



KUVIO 6. Saattohoitopotilaan polku osastolla 10 (mukailtu Oikemus-Määttä 2009)

Toimintamallin mukaisesti osastolla kymmenen:

1. Tunnistetaan kuolemaa lähestyvä potilas.
2. Selvitetään mahdollisen hoitotahdon olemassaolo.
3. Potilaan kanssa keskustellaan ennusteesta, hoidoista ja potilaan toiveista.
4. Potilaalle ja omaisille annetaan projektissa tuotettu saattohoito-opas joko lääkärin kanssa käydyn keskustelun tai saattohoitopäätöksen teon jälkeen.

5. Järjestetään saattohoitoneuvottelu, johon osallistuvat potilaan lisäksi hänelle tärkeät läheiset, lääkäri, hoitaja sekä tarpeen mukaan muita potilaan hoitoon osallistuvia terveydenhuollon työntekijöitä. Saattohoitoneuvottelun tukena voidaan käyttää projektissa tuotettua ohjetta saattohoitoneuvottelun pitämisestä.
6. Saattohoitoneuvottelun yhteydessä tehdään saattohoitopäätös tai potilaan niin halutessa jätetään asia vielä mietittäväksi.
7. Saattohoitopäätöksen teon yhteydessä tehdään hoitosuunnitelma, jossa päätetään muun muassa hoitolinjoista sekä saattohoitopaikasta. Tässä vaiheessa hyödynnetään Oikemus-Määttälän (2009) projektissa tuotettua hoitosuunnitelmarunkoa.
8. Jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa käytetään apuna maakunnan saattohoitoresurssien kartoitusta. Mikäli potilas siirtyy kotihoitoon, hyödynnetään projektissa tuotettua ohjetta kotihoitoon siirtymisestä. Potilaan siirtyessä Kokkolan terveyskeskukseen tai kotisairaalaan, pyydetään sieltä esikäynti potilaan luokse ennen siirtoa. Potilaalle korostetaan oirenmukaisen hoidon jatkuvuutta myös terveyskeskuksessa.
9. Jatkohoitopaikkaa informoidaan saattohoitopäätöksestä ja sovituista hoitolinjoista. Potilaan mukana laitetaan keskussairaalan ohje syöpäpotilaan kivunhoidosta, jonka mukaan kuka tahansa lääkäri voi edetä. Kun kyseenomaisilla ohjeilla ei enää pärjätä, ohjeistetaan heitä konsultoimaan kipupoliklinikkaa.
10. Potilaan saattohoitovaiheen toteutuessa osastolla kymmenen, hoito toteutetaan moniammatillisesti, kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Hoidon toteutuksessa hyödynnetään Oikemus-Määttälän (2009) projektissa tuotettua saattohoito-ohjeistusta.
11. Keskussairaalassa toteutetun hoidon loputtua potilaan kuolemaan, hyödynnetään ohjetta vainajan laitosta ja muistutetaan omaisia potilaan ja omaisen oppaan loppussa olevasta omaisen muistilistasta.

6 SAATTOHOITOPROJEKTIN ARVIOINTI

Arvioinnilla eli evaluaatiolla ymmärretään kirjaimellisesti arvottamista eli arviointi pitää sisällään arvon määrittämisen. Arvioinnissa on aina kyseessä subjektiivinen tapa hahmottaa hanke ja tieteellisen tiedonhankinnan kokonaisuus. Tutkittavasta ilmiöstä haetaan sekä hyviä että huonoja puolia ja ne pyritään esittämään oikeudenmukaisesti. (Jalava & Virtanen 1998, 196.)

Tämän työn tutkimuksellinen ote noudattaa lähinnä kriittis-realistista paradigmaa. Kriittis-realistinen tutkimusote liittyy emansipatoriseen ajatukseen, jolle on ominaista kohde-ryhmän tietoisuuden lisääminen sekä muutosprosessien käynnistäminen ja edistäminen. Arvioinnin päähuomio kohdistuu prosessiin ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin, tutkijalla ollessa aktiivinen rooli muutoksen aikaansaamisessa ja vaikutusten seuraamisessa. (Anttila 2007, 25.) Projektin arvioinnissa on käytetty realistisen evaluaation näkökulmaa, joka edellyttää käytännöllisen ja teoreettisen ajattelun välillä tapahtuvaa päättelyä. Realistista evaluaatiota tehdään kehittämishankkeiden muutoksen ja tuloksellisuuden arvioimiseksi sekä päätöksenteon pohjaksi. (Anttila 2007, 61.)

Toteutin saattohoitoprojektin tulosten arvioinnin ex post -tyyppisesti eli jälkikäteen laadullisella menetelmällä (vrt. Vartiainen 2001, 21). Anttilan (2007, 108) mukaan laadullisilla menetelmillä tavoitetaan muun muassa ihmisten käyttäytymiseen ja arvojärjestelmiin liittyviä mielipiteitä ja käsityksiä sekä päätöksen tekemiseen vaikuttavia asioita. Aineiston voi koota joko haastattelemalla, observoimalla tai hyödyntämällä erilaisia dokumentti- ja reflektointiaineistoja. Keräsin arviointitietoa niiltä henkilöiltä, joiden käyttöön projektin tuotokset oli tehty eli osaston henkilökunnalta. Käytin tiedonkeruussa arviointilomaketta (liite 13), joka sisälsi yhdeksän avointa kysymystä ja yhden rasti ruutuun – kysymyksen. Kyselyn tarkoituksena oli kerätä kokemuksia projektin toteutuksesta, tarpeellisuudesta, mielekkyydestä, tuloksista, vaikuttavuudesta, käytettävyydestä ja hyödynnettävyydestä. Jaoin arviointilomakkeen 13.4.10 pitämäni osastotunnin päätteeksi kaikille kahdeksalle paikalla olleille henkilöille. Arviointilomakkeen palautti viisi paikalla ollutta henkilöä sekä yksi henkilö, joka täytti lomakkeen myöhemmin tutustuttuaan luentomateriaaliin sekä projektin myötä tuotettuihin ohjeisiin. Lisäksi kaksi pro-

jektiryhmään kuulunutta henkilöä täytti pyynnöstäni arviointikaavakkeen vielä jälkikäteen. Yhteensä palautteita tuli siis kahdeksalta henkilöltä.

Hyödynsin vastausten analysoinnissa luokittelevaa sisällönanalyysiä, johon kuuluu vastausten jakaminen tarkoituksenmukaisiin osiin. Luokitusrunko laaditaan sisältökohdetta parhaiten kuvaavista elementeistä, joihin voidaan lisäksi sisällyttää osioita eli pienempiä luokiteltavissa olevia tekijöitä. Luokittelutyypit nousevat aineistosta. Luokittelutyypin voi löytää myös rivien välistä esimerkiksi aineistossa usein esiintyvistä ja kontekstiin vahvasti liittyvästä sanasta. Luokitusrungon lähtökohtana voidaan käyttää myös aineiston tarjoamia mahdollisuuksia, aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia ja niiden tuloksia, asiantuntijoiden antamia viitteitä, viitekehysistä osoitettuja lähtökohtia ja yhteyksiä, aikaisempaa teoriaa asiasta tai näiden yhdistelmiä. (Anttila 2007, 120-121.)

Analysoidessani aineistoa kirjoitin aluksi vastaukset sanantarkasti tietokoneelle ryhmittellen ne kysymyksittäin. Sen jälkeen luin vastaukset läpi useita kertoja, saadakseni aineistosta mahdollisimman hyvän kokonaiskuvan ja löytääkseni perustan vastausten luokittelukselle ja jäsentämiselle. Seuraavaksi poimin yhteenvedosta arvioinnin kannalta tärkeät ilmaisut, jotka ryhmittelin yhteenkuuluvuuden mukaan. Ryhmittelyssä pyrin saamaan vastauksen ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen tein yhteenvedon vastauksista.

Tulosten mukaan osaston henkilökunta on ollut hyvin kiinnostuneita projektista, mutta kiire ja muut etenevät projektit olivat hankaloittaneet keskittymistä saattohoidon kehittämiseen. Projektin tavoitteista, etenemisestä ja tuloksista oli kuitenkin yhtä vastaajaa lukuun ottamatta saatu riittävästi tietoa. Vaikeutena projektin toteutuksessa oli nähty lääkäreiden sitoutumattomuus saattohoidon kehittämiseen sekä arkuus ottaa kuolemaan liittyviä asioita puheeksi potilaan ja omaisten kanssa.

Kirurgieilla usein vaikea tehdä päätöstä saattohoidosta - Eivät halua vielä luopua toivosta? Eivät uskalla ottaa asiaa puheeksi omaisten ja potilaan kanssa?

Saattohoidon kehittäminen koettiin erittäin merkityksellisenä ja ajankohtaisena asiana osaston toiminnan kannalta. Saattohoidon nähtiin olevan yksi osaston ongelmakohtista ja kuolevan potilaan hoito koettiin haastavana ja ahdistusta aiheuttavana asiana.

Useissa vastauksissa tuotiin esiin hoidon inhimillisuus ja jokaisen potilaan oikeus arvokkaaseen ja kivuttomaan kuolemaan.

Elämän loppuvaiheen hoito on yhtä tärkeää kuin sairauden parantamiseen tähtäävä hoito. Kyse on ihmisyydestä. Tärkeää, että on samat tavoitteet, keinot ja samanlainen toteutus hoidolla = yhteinen linja.

Kaikissa vastauksissa korostui aikomus hyödyntää projektin tuotoksia. Projektin tuotoksena syntyneiden ohjeiden nähtiin olevan henkilökunnalle työkalu, johon voi tarvittaessa viitata, kun saattohoitopäätöksen tekeminen näyttää ajankohtaiselta. Lisäksi ohjeiden avulla työtä on mahdollista kehittää edistämään hoidon oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoisuutta sekä parantaa kuolevan potilaan elämänlaatua. Henkilökunta koki tietoisuuden saattohoidon tavoitteista, nykytilasta ja hoidollista menetelmistä kasvaneen ja tietoisemmän pohdinnan lisääntyneen. Arveltiin myös hoitajien osaavan vaatia nyt enemmän. Lisäksi henkilökunta kuvasi ohjeiden luovan osastolle yhteiset pelisäännöt, joiden avulla saattohoidon käytäntöjä voidaan kehittää työyhteisön tarpeiden mukaisesti. Edelleen koettiin, että on helpompi toimia, kun yhteisten pelisääntöjen myötä pystyy keskustelemaan hoidosta rehellisesti potilaan kanssa. Tämä seikka edesauttaa osaltaan potilaan tiedonsaantioikeuden toteutumista.

Hyvät, selkeät tulokset, jotka voi soveltaa käytäntöön.

Työntekijöille työkalu, koska kuolevan hoitaminen haastavaa ja aiheuttaa ahdistusta/pelkoja

Kun on ohjeistukset, voi tarvittaessa viitata niihin eli esim. ehdottaa kirurgeille että olisi siko aihetta tehdä saattohoitopäätös?

Potilaan kivun hoitoon kiinnitetään nyt enemmän huomiota ja hoitajat osaavat vaatia sitä enemmän. Takapakkina on kuitenkin tekemättä jäävät hoitolinjapäätökset.

Monet ajattelevat asiaa enemmän ja yhteiset pelisäännöt auttavat hoitamaan potilasta oikein. Monesti nimittäin saattohoidolliset asiat ovat hoitajalle oudompia.

Keräämissäni palautteissa oli jonkin verran nähtävissä myös epäuskoa projektin tuotosien siirtymisestä hoitotyön käytäntöihin. Suurimpana ongelmana näissä nähtiin jälleen kirurgien sitoutumattomuus kuolevien potilaiden hoitoon. Lisäksi havaittavissa oli pientä epätietoisuutta siitä, kuinka näiden asioiden kanssa toimitaan käytännössä. Tulkitsin

kommentin myös siten, ettei välttämättä haluttu hyväksyä sitä, että uusien toimintamallien siirtäminen käytäntöön vaatii kaikilta, varsinkin hoitajilta, vielä paljon työpanosta.

Ohjeistus ym. materiaali on hyvää, mutta jostain syystä käytännöt ei kuitenkaan juuri ole muuttuneet.

Lääkärit eivät sitoudu, esim. saattohoitosuunnitelmaa ei tehdä.

Miten tämän kaiken hyvän saisi oikeasti siirrettyä meidän jokapäiväiseen työhön???

Henkilökunnan vastauksista selvisi, että saattohoitolinjauksien tekoon on ajoittain aktivoitunut, mutta selkeää muutosta toimintatavoissa ei vielä ole nähtävissä. Viime aikoina on ollut havaittavissa jopa taantumista takaisin vanhoihin toimintatapoihin. Projektin myötä osaston henkilökunnan ymmärrys hoitopäätösten eduista on kuitenkin lisääntynyt, saattohoidon osaaminen on karttunut ja käsitys toiminnan merkityksellisyydestä on kasvanut. Osastolle on luotu sekä työkalut että edellytykset saattohoidon käytäntöjen muuttamiseen. Osastolla on selkeästi nähtävissä saattohoitoasioiden aktivoituminen sykleittäin; keväällä 2009 kirurgimeetingin jälkeen sekä Johanna Oikemus-Määttälän opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, syksyllä 2009 alueellisen koulutuspäivän jälkeen sekä nyt oman opinnäytetyöni valmistumisen aikoihin.

Kun kirurgeille oli pidetty ”info” tästä projektista, heidän oli helpompi tehdä päätös saattohoidosta.

Lääkäreitä tulee vielä motivoida saattohoitoneuvotteluiden tekemiseen. Tietoisuus varmasti lisääntynyt.

Kun meillä selkiintyy ja vakiintuu hoitokäytännöt, vaikuttaa se samalla esim. jatkohoitopaikkaan.

Alkuperäisen tavoitteen mukaan tuotetut ohjeistukset olisi tullut jalkauttaa osaksi osaston käytäntöjä. Sitä ei tämän projektin aikana ehditty tekemään. Saattohoidon aloittamiseen liittyvät käytännön ongelmat ja moniulotteiset eettisten ristiriidat nousevat kuitenkin lähes poikkeuksetta esiin saattohoitovaiheeseen siirryttäessä. Uskon niiden omalta osaltaan edesauttavan tuotettujen ohjeiden hyödyntämistä ja siirtämistä osaksi hoitotyön käytäntöjä. Joka tapauksessa tulosten ja vaikutusten syntyminen vaatii alkuvaiheessa, nimenomaan hoitohenkilökunnalta pitkäjänteistä työskentelyä ja sinnikkyyttä. Myös Silberberg (2007, 30) esittää kehittämisprosesseille olevan tärkeää, että hankkeessa

kehitetty toimintamallit saadaan siirretyksi hyödynsaajan käyttöön. Aro (2004, 9) puolestaan toteaa vain pienen osan projektien tuloksista ja kokemuksista siirtyvän käytännössä pysyviin organisaatioihin ja perustyöhön, mainiten lisäksi projektin hyödyntämisen olevan pitkän, suunnitelmallisen ja määrätietoisen työn tulosta. Toisaalta asioiden juurtuminen vie aikansa ja aika erottelee hyvät käytännöt niistä, joita ei kannata jatkaa.

Projektin pitkän ajan kehitystavoitteena oli kuolevan potilaan saattohoitovaiheen kehittäminen ja sitä kautta hoidon laadun paraneminen osastolla sekä moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen niin omassa organisaatiossa kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidonkin välillä. Pitkän tähtäimen vaikutusten arviointia ei näin lyhyessä projektissa voida toteuttaa, varsinkaan kun tuotettuja ohjeistuksia ei ole vielä juurrutettu käytäntöön. Lopulliset projektin vaikutukset realisoituvat vasta vuosien viiveellä, jonka vuoksi tällä arvioinnilla ei voida selventää tyhjentävästi projektin synnyttämiä vaikutuksia.

Saattohoitoprojekti ei valmistunut suunnitellussa aikataulussa, koska kaikki projektissa mukana olleet työskentelivät projektissa oman työnsä ohella ja projektiryhmäläiset saivat jokainen vain kolme palkallista työpäivää projektin käyttöön. Näistä kolmesta päivästä yksi meni tutustumiskäynteihin ja yksi saattohoidon koulutuspäivään. Projektin vetäminen oman työn, opiskelun ja perhe-elämän ohessa aiheutti myös osaltaan projektin tulosten viivästymisen.

Mielestäni projektin tulokset voidaan nähdä merkityksellisinä niin yhteiskunnan kuin yksilönkin kannalta. Projektille asetetut tavoitteet sekä projektin tulokset tukivat hyvin valtakunnallisia sosiaali- ja terveystieteiden linjauksia sekä ETENE (2003, 14) suosituksia saattohoidosta. Projektin tulokset pyrkivät takaamaan hyvän ja laadukkaan hoidon silloinkin, kun parantaa hoitoa ei ole enää saatavilla. Ohjeiden käyttöönoton myötä potilaan itsemääräämisoikeus huomioidaan paremmin ja hoitosuunnitelma tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tehdyn hoitosuunnitelman ja hyvän tiedottamisen myötä hoidon jatkuvuus paranee. Saattohoitovaiheen hoitopäätösten käyttöönoton myötä hoidon inhimillisuus kasvaa sekä potilaiden elämänlaatu kohenee hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden lisääntymisen myötä. Vastaavasti henkilökunnan työtyytyväisyys tulee lisääntymään yhteisten päämäärien ja sovittujen hoitolinjapäätösten myötä.

Yhteiskunnan kannalta ajatellen taloudellisia resursseja säästyy, kun luovutaan liian pitkään jatkuvista aktiivihoidoista ja potilaat ohjautuvat oikeisiin hoitopaikkoihin.

Projektissa tuotettuja ohjeita voidaan hyödyntää muun muassa perehdytyksessä sekä hoidon laadun arvioinnissa. Lisäksi ohjeita voidaan jatkossa soveltaa myös Keski-Pohjanmaan keskussairaalan muilla osastoilla sekä alueen terveystaloksissa.

6.1 Prosessin arviointi

Prosessin arvioinnissa hyödynsin prosessievaluuointia keinoja, joka on yksi realistisen arvioinnin menetelmistä. Proseduurisella näkökulmalla tarkoitetaan tutkimusotetta, jossa tarkastellaan kehittämisprosessiin vaikuttavien käytännöllisten toimenpiteiden toteuttamista ja tuloksia eri vaihtoehtoisin (Anttila 2007, 110). Prosessievaluuointia tehtävänä on tuoda esille projektin luonne ja se perustuu vahvasti itsearviointiin ja oppimiskokemusten peilaamiseen (Seppänen-Järvelä 2004, 19). Prosessievaluuointia aineiston kokoamisessa voidaan käyttää prosessin yhteydessä luontevasti käytettäviä keinoja, kuten tallennettuja työluonnoksia sekä interventioihin liittyvien päätöksentekoprosessien muistiinpanoja ja portfolioita. Prosessiarvioinnin suurimpia haasteita on tekijän tiedon eli hiljaisen tiedon näkyviin saaminen. (Anttila 2007, 111.)

Saattohoitoprojektin prosessievaluuointi perustuu projektin aikana pitämään päiväkirjaan, ajankäytön seurantaan, muutamalta projektiryhmäläiseltä saamaan palautteeseen sekä itsereflektioon. Luonteeltaan prosessin arviointi on formatiivista eli arvioinnissa painopiste on projektien toimeenpanoprosessien onnistumisen arvioinnissa (Vartiainen 2001, 21).

Olen kuvannut pääpiirteissään saattohoitoprojektin prosessin etenemistä aikaisemmin tässä raportissa. Projektin aloittamis- ja suunnitteluvaiheessa korostui osasto kymmenen osastonhoitajan sekä projektiin kuuluvien kahden rinnakkaisen projektin vetäjien ohjaustoiminta. Alussa työläintä oli projektin sisällön suunnittelu, aihealueiden priorisointi sekä sisältöjen jakaminen näiden kahden osa-projektin välille. Lopullisesti sisältöalueet muotoutuivat ohjausryhmän kokouksessa ja projektisuunnitelmaa tehtäessä. Kehittäminen päätettiin tällöin rajata koskemaan vain osastoa kymmenen. Koimme, että

omat työprosessit täytyy saada sujumaan ennen kuin kehittämistyötä voi laajentaa laajemmalle organisaatioon tai sairaanhoitopiirin alueelle. Tämä päätös selkiinnytti osataan projektien sisältöä. Sisältöalueiden jakamisessa perusteena käytimme opinnäytetöiden laajuutta.

Projektin käynnistyminen vaati paljon suunnittelua sekä yhteydenottoja mahdollisiin sidosryhmiin sekä organisaation sisällä että yli organisaatorajojen. Tarve kehittämiseen nousi hoitotyön käytännöstä, mutta samasta syystä muun muassa lääkäreiden saaminen mukaan kehittämisprosessiin oli vaikeaa. Saimme myös todeta nimenomaan lääkäreiden tietämyksen saattohoidosta heikoksi. Tämä vei motivaatiota kehittämistyön tekijöiltä jopa siinä määrin, että mietimme aiheen vaihtoa. Keskusteltuamme asiasta keskenämme, totesimme, että jostain on vain aloitettava, mikäli muutosta halutaan saada aikaan. Lopulta projektiin osallistuvilla oli vahva motivaatio viedä asiaa eteenpäin ja ratkaistane ongelmat, joiden vuoksi projekti oli asetettu. Saattohoitopotilaan hoitolinjojen yhtenäistämistä ja hoitopäätösten tekoa pidettiin tärkeänä hoitohenkilökunnan taholla. Iloksenne yksi osaston lääkäreistä kiinnostui myös saattohoidon kehittämisestä ja teki kanssamme yhteistyötä, järjestäen muun muassa projektien esittelytilaisuuden kirurgille. Tämä olikin yksi merkittävämpiä asioita projektin aikana. Saimme siellä positiivisen vastaanoton ja aihe herätti myös keskustelua. Projektin onnistumisen kannalta oli hyvä, että pääsimme tiedottamaan asiasta ja saimme heidät pohtimaan asiaa. Lähtötilanteessa jo pienenkin asenteissa tapahtuvan muutoksen voi nähdä merkittävänä.

Koulutuspäivän järjestäminen oli työläs prosessi. Yhteydenpito luennoitsijoihin ja asioiden järjestäminen vaati tavattomasti työtä ja aikaa. Koin, etten voinut jakaa näitä tehtäviä, vaan halusin pitää langat käsissäni koko ajan. Tein prosessin aikana hyvin tiivistä yhteistyötä organisaation koulutuspäällikön kanssa sekä ohjausryhmään kuuluvan terveyskeskuksen lääkärin kanssa. Yksi hankalimpia päätettäviä asioita oli koulutuspäivän hinnan määrittely, koska oli vaikea ennakoida, kuinka paljon osallistujia tulee. Ongelmallisia tilanteita järjestelyihin liittyen oli koulutustilan vuokraaminen kaksi kertaa päällekkäin sekä yhden luennoitsija peruuntuminen. Sain uuden luennoitsijan tilalle aika nopeasti, koska olin koulutuspäivää suunnitellessani miettinyt useita eri vaihtoehtoisia luennoitsijoita. Tilaongelman suhteen organisaation koulutuspäällikkö hoiti asian puolestamme. Projektin päätösvaiheessa arvioinnin suunnittelu, arviointitiedon keräys

ja analysointi teetti paljon töitä ja totesinkin, että niihin asioihin olisi pitänyt perehtyä tarkemmin jo projektin suunnitteluvaiheessa.

Projektiorganisaatio oli mielestäni selkeä ja projektihenkilöstöllä oli projektin tehtävän kannalta tarvittava ammattitaito ja päätöksentekovoima. Projektiryhmän asiantuntemus kattoi puolestaan riittävän laaja-alaisen, käytännön saattohoidon ammattitaidon ja asiantuntijuuden. Yhteistyö oli niin itseni kuin projektiryhmänkin mielestä toimivaa kaikkien projektissa mukana olleiden henkilöiden ja eri organisaatioiden välillä. Projektiryhmään kuuluneet henkilöt olivat kokeneet ryhmän toiminnan ja tiedotuksen suunnitelmallisena. Ryhmän jäsenillä oli yhteinen arvoperusta, toiminta koettiin merkityksellisenä ja mielekkäänä.

Ongelmallisinta projektin toteutuksessa oli yhteisen ajan vähyys sekä projektiin varatut vähäiset henkilöresurssit. Näiden vuoksi työt kasaantuivat projektinvetäjän harteille. Koin hankalaksi antaa ryhmäläisille työtehtäviä tai edes kirjallisia tuotoksiani kommentoitavaksi, koska tiesin heidän joutuvan perehtymään niihin vapaa-ajallaan. Pysin kuitenkin saamaan tuottamastani aineistosta palautetta ja toista näkökulmaa niin työyhteisön jäseniltä kuin projekti-, ohjaus- ja tukiryhmiltäkin.

Projektiryhmän osuutena toteutusvaiheessa oli ohjeiden työstäminen vainajan laitosta, koulutuspäivän ohjelman alustavaan suunnitteluun osallistuminen, koulutuspäivän käytännön töihin osallistuminen, projektin vetäjän henkinen tukeminen sekä konsultteina ja reflektiopeleinä toimiminen. Jo suunnitteluvaiheessa kaavailemani riski lähiesimieheni vaihtumisesta toteutui projektin aikana kaksi kertaa. Tämä hankaloitti osaltaan projektin toteuttamista. Oli työlästä sitouttaa aina uusi ihminen projektin tavoitteisiin ja pitää häntä ajan tasalla projektin tilasta. Asia vaikutti osaltaan myös projektin päätösvaiheessa esiintyneisiin ongelmiin, jolloin projektin ohjausryhmää ei saatu kutsuttua koolle projektin päättämistä varten. Tähän oli useita syitä. Projektin päätöskokouksesta keskusteltiin ensimmäisen kerran jo syksyllä 2009 koulutustilaisuuden jälkeen, mutta heti sen jälkeen alueella puhkesi sairaalan voimavaroja sitonut tautiepidemia ja asia siirtyi vuodenvaihteeseen. Tällöinkään kokousta ei saatu järjestettyä sairauslomien ja muiden organisaatiosuhteiden muutosten vuoksi, joten ratkaisin ongelman toteamalla itse projektin päättyneeksi 13.4.2010 pitämälläni osastotunnilla.

Ohjausryhmä näyttäytyi projektissa ensisijaisesti projektin seuraajina ja osin myös aktiivisina osallistujina esimerkiksi koulutuspäivän suunnittelussa ja toteutuksessa. Ohjausryhmän merkitys painottui aloittamis- ja suunnitteluvaiheessa, myöhemmin kokouksia ei enää ollut, vaan tiedotus projektin etenemisestä tapahtui sähköpostitse, projektin ohjauksen jäädessä projektinvetäjän vastuulle. Todennäköisesti sekä ohjaus- että projektiryhmällä oli loppuvaiheessa epätietoisuutta projektin etenemisestä. Osasyynä palaverien pitämättä jäämiseen oli opinnäytetyön tekijän ajan puute sekä aikaisemmin mainitut organisaatiotason tekijät.

Projektin etenemisen seuraamiseen osallistui myös taustaorganisaatio, jonka edustajista ohjausryhmäkin suurimmaksi osaksi koostui. Taustaorganisaation esimies Pekka Nikula antoi projektiryhmälle tukensa ja luotti ryhmän toimintaan, kysellen ajoittain projektin kuulumisia. Projektiryhmä koki tämän tärkeänä kannustavaa ilmapiiriä luovana tekijänä.

6.2 Projektin luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki on luotettavuus. Tutkimuksissa kysymys luotettavuudesta kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Kehittämistoiminnassa luotettavuuden arviointi kohdistuu lähinnä käyttökelpoisuuteen ja hyödynnettävyyteen. Mikäli kehittämistoimintaan liittyy selkeitä tutkimuksellisia asetelmia, luotettavuuden kriteereinä käytetään tieteellisen luotettavuuden kriteereitä, joita perinteisesti lähestytään käsitteiden reliabiliteetti ja valideetti kautta. Tutkimusvälineen ollessa reliabiliteetti, se on mittatarkka ja pysyvästi samaa mittaava. Reliabiliteetti kuuluu etenkin kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen. Valideetti eli tutkimuksen pätevyys on käsitteenä laaja-alaisempi koskien kaikkea tutkimustyötä. Sillä tarkoitetaan perinteisen tutkimusmenetelmän kykyä selvittää, mitä on tarkoitus selvittää. (Anttila 2006, 511- 512; Toikko & Rantanen 2009, 121-123.) Laadullisen tutkimuksen piirissä edellä mainitut käsitteet on pyritty korvaamaan käsitteellä vakuuttavuus, joka tarkoittaa tutkimusta koskevien valintojen näkyväksi tekemistä (Toikko & Rantanen 2009, 121-123).

Tämä opinnäytetyö nojautuu tausta-ajattelultaan pragmaattiseen tieteenfilosofiaan, jossa korostuu käytännöllisyys. Työn tutkimuksellinen näkökulma noudattaa lähinnä kriittis-realistista paradigmaa, joka korostaa yhteisöllisyyttä ja tekemällä tutkimista. Näkökulman taustalla on kriittinen realismi, joka sallii monimenetelmällisen tutkimusotteen käytön. Tällöin tutkimuksen tulokset saadaan arvioimalla eri menetelmillä hankittujen tietojen merkitystä ja vaikuttavuutta. Työn tutkimuksellisten osioiden analyysissä käytin laadullista sisällönanalyysiä. Opinnäytetyön arviointiosuus tukeutuu puolestaan realistisen evaluaation näkökulmaan, joka edellyttää käytännöllisen ja teoreettisen ajattelun välillä tapahtuvaa päättelyä. Realistisen evaluaation menetelmää käytettäessä keskeiset luotettavuuskysymykset kohdistuvat uskottavuuteen, vilpittömyyteen, toiminnan ja tulosten laatuun, hyödynnettävyyteen sekä vaikuttavuuteen. (Anttila 2007, 61, 148.)

Anttilan (2006, 513-515) näkemyksen mukaan validiteettia voidaan tarkastella muun muassa loogisen, sisäisen, ulkoisen sekä aineisto- ja käsitevaliditeetin näkökulmista käsin. Tässä opinnäytetyössä loogisen validiteetin tarkastelu tarkoittaa kokonaisuuden ja projektin tulosten oikeellisuuden kriittistä arviointia. Sisäistä validiteettia tarkasteltaessa voidaan todeta, että kehittämismenetelmäksi valittu projekti oli kohteeseen sopiva, tarjoten mahdollisuuden tehokkaaseen, tavoitteelliseen ja määräaikaan toimintaan. Sisällönanalyysin avulla koulutuspäivän palautteiden sekä projektin arvioinnin analysointi toteutui loogisesti. Ulkoista validiteettia arvioidaan lähinnä kvantitatiivisen tutkimuksen puolella suhteessa tulosten yleistettävyyteen. Tämän projektin kohdalla tuloksia ei voida yleistää. Aineistovaliditeetti kuvastaa aineiston analysointimenetelmän ja tutkimusaineiston vastaavuutta sekä kootun aineiston vastaavuutta suhteessa ulkopuolisiin kriteereihin. Olen raportissa pyrkinyt kuvaamaan ajatteluni läpinäkyvästi, tarkasti ja yksityiskohtaisesti siten, että lukija kykenee seuraamaan sisällönanalyysissä tehtyä päättelyä sekä projektissa tehtyjen ratkaisujen perusteita. Erittelin työssäni kehittämisprosessin eri vaiheisiin liittyvät tehtävät ja niiden tulokset ajallisena jatkumona. Myös Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 232-233) näkevät tutkijan tarkan raportoinnin tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheista parantavan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, kuten myös selkeä ja totuudenmukainen kuvaus aineiston tuottamiseen liittyvistä olosuhteista. Tulosten tulkinnat ja päätelmät tulee myös perustella eli kuvausta tulee tehdä koko prosessin ajan.

Luotettavuuden lisäämiseksi liitin opinnäytetyöraporttiin selventäviä kuvioita sekä raporttia elävöittäviä kuvauksia alkuperäisestä aineistosta. Raporttia luki varsinaisten ohjaajien lisäksi neljä työelämän edustajaa sekä yksi ulkopuolinen henkilö, joiden ehdotusten perusteella työhön tuli jonkin verran muutoksia. Anttila (2006, 515) esittää käsittevaliditeetin kuvaavan, onko työn teoreettinen lähestymistapa valittu oikein. Tässä projektissa teoreettinen viitekehys auttaa lukijaa ymmärtämään mihin kehittämistoiminta perustuu, lisäksi teoreettista viitekehystä on käytetty tehtyjen ratkaisujen pohjana. Työn teoreettinen osuus perustuu pääsääntöisesti tuoreisiin niin kansallisiin kuin kansainvälisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin.

Eettiset kysymykset ovat aina tavalla tai toisella mukana kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Vilkan (2005, 21) mukaan tutkivassa kehittämistoiminnassa huomio kiinnitetään erityisesti hyvään tieteelliseen toimintakäytäntöön eli tutkimuseetiikkaan, jonka mukaan tutkimuksen tekemisen tulee olla kurinalaista, järjestelmällistä ja täsmällistä. Heikkilä, Jokinen ja Nurmela (2008, 43-44) esittävät kehittämistöissä arvioitaviin asioihin kuuluvan kehittämis- ja tutkimuskohteen aiheen valinnan eettisyys, tutkimusongelmat ja kehittämistehtävät, tietolähteiden valinta, toimintatapojen kuten tutkimuksen aineistonkeruumenetelmien tai kehittämismenetelmien valinta, aineistonkeruun toteutus, tutkimusaineistosta tai kehittämisestä saatavan tiedon analyysi, luotettavuuden arviointi ja raportointi. Aiheen valintaa ja kehittämistoiminnan eettisyyttä on mietittävä jo ennen kehittämistoiminnan aloittamista ja huomioita ne päämäärät ja asiat, joita tutkimuksella halutaan edistää. Terveystieteiden kehittämisalalla kehittämistoiminnan ensisijainen päämäärä on kuitenkin aina potilaan hyvä.

Tämän kehittämistehtävän tarkoitus nousi tavoitteista kehittää hoitotyön käytäntöä ja potilaiden saaman hoidon laatua, vaikuttavuutta, moniammatillista yhteistyötä sekä taloudellisuutta. Projektiryhmään ja saattohoidon kehittämiseen osallistuminen oli vapaaehtoista, joka lisäsi todennäköisesti ryhmäläisten sitoutumista projektiin. Raporttia kirjoittaessani olen tutkimuseetiikan mukaisesti merkinnyt tarkasti käyttämäni lähteet sekä tekstiin että lähdeluetteloon ja kuvannut huolellisesti tiedon tuottamisessa käyttämäni menetelmät, kuten Kuula (2006, 34-35) ohjeistaa. Lisäksi olen pohtinut omia sisäisiä tunteitani sekä asioita, joiden kohdalla toisin toimien olisi voitu saavuttaa parempi tulos.

Projektin kehittämistoiminta kohdistui ensisijaisesti henkilökunnan tekemään työhön, mutta saattohoidon laadun kehittäminen koskettaa kiistatta myös potilaita ja heidän läheisiään. Projektin aikana mietittiin usein, mitkä ovat potilaan tarpeet ja miten toiminta tulisi järjestää tämän tarvemäärittelyn mukaisesti. Elämän loppuvaiheen hoidon kehittämisen voidaan aina katsoa tukevan ihmisyyttä ja ihmisarvon kunnioittamista.

6.3 Kehittämisosaaamisen kehittyminen prosessin aikana

Tämä opinnäytetyö on ollut pitkä ja työläs prosessi, jonka aikana opinnäytteen ohjaajien, esimiehen, projektiryhmän, tukiryhmien, työyhteisön jäsenten sekä perheen tuki on ollut arvokasta. Projektityöskentely ei ollut minulle uutta, mutta tämä oli ehdottomasti laajin tähänastisista toteuttamistani projekteista. Projektinvetäjänä toimiminen on ollut itsenäistä, haasteellista ja antoisaa. Saattohoitoon ja projektityöskentelyyn perehtyminen myös kirjallisuuden avulla auttoi kokonaisuuden hahmottamisessa ja projektin hallinnassa. Koin tekeväni hyödyllistä ja tärkeää työtä. Oli mielenkiintoista toimia yhteistyössä monien eri tahojen ja henkilöiden kanssa, pyrkien hyödyntämään oikeiden henkilöiden asiantuntijuutta oikeissa kohdissa. Jouduin kuitenkin toteamaan, että työyksikössäni saattohoidon toimintakäytäntöjen muuttuminen vaatii ehdottomasti panostusta ja motivaatiota myös lääkäreiltä. Mielestäni lääkäreiden asenteissa on kuitenkin projektin aikana tapahtunut pieni, mutta selkeä muutos kohti suunnitelmallista saattohoitoa. Hoitopäätöksiä tehdään enemmän ja lääkärit ovat henkisesti asennoituneet siihen, että päätöksiä tullaan heiltä kysymään.

Koulutuspäivän järjestäminen oli paljon työläämpää kuin olisin etukäteen osannut aavistaa. Toisaalta koulutuspäivän suunnittelu ja toteuttaminen oli tämän projektin mielenkiintoisin osio. Mielestäni koulutuspäivä onnistui erittäin hyvin ja oli tulokseltaan vaikuttava. Yhtenä koulutuspäivän antina oli eri asiantuntijoiden kohtaaminen, jolloin dialogin, yhteistyön ja verkostoitumisen mahdollisuudet olivat olemassa. Ainoa negatiivinen asia koulutuspäivään liittyen oli lääkäreiden vähäinen osallistuminen. Omalta osastoltani paikalla oli kaksi lääkäriä, terveyskeskuksen puolelta lääkäreiden osallistuminen oli hieman aktiivisempaa.

Vasta nyt loppuraporttia kirjoittaessani ymmärsin, miksi projektisuunnitelman tuli olla niin kattava. Jälkikäteen ajattelen, että sen olisi pitänyt olla vielä tarkempi. Esimerkiksi projektin työnjakoa ja arviointisuunnitelmaa olisi voinut tämentää jo suunnitteluvaiheessa. Tällöin työnjako olisi kenties ollut helpompaa ja arviointitietoa olisi tullut kerättyä systemaattisemmin jo projektin aikana.

Palautetta projektin tuloksista olisi kenties ollut hyvä kerätä myös projektin ohjaus- ja sidosryhmiltä, mutta en kokenut sitä tässä vaiheessa välttämättömäksi, koska projektin tuotoksia ei ole vielä saatu siirrettyä osaston toimintakäytäntöihin eikä ohjausryhmän kokoontumista saatu järjestettyä projektin päätösvaiheeseen.

Mielestäni projektityöskentely ei välttämättä ole hyvä metodi työyhteisön kehittämiseen opinnäytetyön puitteissa. Toteutuessaan oikein projektityöskentely vaatii useiden ihmisten panosta ja käytännössä työyksiköstä ei ole varaa irrottaa henkilöitä projektin palvelukseen, ellei projektilla ole omaa rahoitusta. Tällöin projektin työt kasaantuvat projektinvetäjän ja opinnäytetyön tekijän harteille. Muuten koen projektin lisännen valmiuksiani toimia jatkossa onnistuneesti työyhteisön kehittäjänä sekä parantaneen viestintä- ja tiimityöskentelytaitojani.

Koen myös kasvaneeni saattohoitajana tämän projektin myötä. Olen tämän ajallisesti pitkän projektin aikana lukenut paljon saattohoitoon liittyvää kirjallisuutta ja miettinyt asioita. Käytännön työssä huomaan saaneeni lisää uskallusta kuolevien potilaiden ja heidän omaistensa kohtaamiseen. Rohkenen suunnitella, ajatella ja ottaa asioita puheeksi, vaikka hoitolinjoista ei olisi vielä päätöksiä tehtykään. Saattohoitoa käsittelevään kirjallisuuteen perehtyessä on ollut mielenkiintoista huomata, kuinka jopa 30 vuotta sitten on painiskeltu ihan näiden samojen kuolevan hoitotyöhön liittyvien ongelmien kanssa.

6.4 Saattohoitoprojektin kehittämishaasteet

Projektin päättymisen jälkeen on tärkeää edelleen kehittää ja vaalia projektissa kehitetyjä ohjeita ja toimintamalleja. Luotujen toimintamallien siirrettävyyteen tulee panostaa tiedottamalla hankkeen tuloksista ja niiden sovellettavuudesta. Kehittämistä koskevaan informaation antoaikaan tulisi myös kiinnittää huomiota. Koska osasto on hyvin

kiireinen, vähäinenkin työaikaan tunkeutuva lisäinformaatio koetaan helposti haitalliseksi. Annettujen palautteiden pohjalta näkisin myös, että saattohoitoon siirtymiseen liittyviä työprosesseja olisi hyvä vielä kerrata. Niiden sujuvuus edesauttaisi osaltaan tulosten hyödyntämistä.

Hoitoketjutyöskentelyn ja tekeillä olevien sairaanhoitopiirin yhtenäisten saattohoito-ohjeiden myötä kuolevan potilaan hoito tullaan ottamaan vielä tarkemmin yhteisen tarkastelun kohteeksi koko sairaanhoitopiirin alueella. Hoitoketjutyöryhmä tulee kokoamaan arvopohjaltaan yhtenäisen asiantuntijaverkoston, jatkaen osaltaan nyt luotujen uusien toimintamallien ja käytänteiden jalkauttamista. Lisäksi saattohoidon tavoitteita ja laatukriteereitä tullaan pohtimaan yhdessä perusterveydenhuollon sekä yksityissektorin kanssa sekä sopimaan tarkemmin yhteisistä toimintatavoista ja niiden noudattamisesta. Näin saattohoidon alueellinen kehittämisvastuu tulee jakaantumaan useille eri toimijoille.

Myös Toppinen (2002, 34) kuvaa yhteisten toimintatapojen, ohjeiden sekä niistä keskustelun ja kiinnipitämisen olevan merkittäviä tekijöitä onnistuneessa saattohoidossa. Hänninen (2001, 69) puolestaan näkee hyvän tiedonvälityksen eri hoitoyksiköiden välillä säästävän yksittäisen hoitajan ja yhteiskunnan voimavaroja. Risikko (2007, 11) ohjeistaa suunnittelemaan kehitystyön jatkumista jo hanketta perustettaessa.

Jatkossa Keski-Pohjanmaan alueella tulisi edelleen panostaa myös tiedonkulun parantamiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä joustavien konsultaatiomahdollisuuksien luomiseen. Yksi hyvä käytäntö saattohoidettavien potilaiden kohdalla voisi olla hoitosopimuksen käyttöönotto. Hoitosopimuksella tarkoitetaan toimintaa, jossa toisessa organisaatiossa työskentelevää kollegaa autetaan neuvottelemalla hoitovastuusta, hoitojärjestelyistä ja hoito-ohjeista ennen lopullista päätöksentekoa. Tällä hetkellä rutiinina on, että erikoislääkäri tekee päätöksen ja perusterveydenhuolto ottaa vastaan kaikki sinne hakeutuvat potilaat, tai erikoislääkäri voi halutessaan pitää potilaan erikoissairaanhoidossa hoidon porrastuksesta välittämättä. (Saaren-Seppälä 2004, 144-145.)

Edellisestä poiketen täytyy kuitenkin todeta, että Keski-Pohjanmaan alueella ongelmana on ennemminkin ollut hoidon porrastuksen toimimattomuus. Usein terveyskeskus

ei pysty vastaanottamaan uusia potilaita, jolloin potilaat jäävät jonottamaan erikoissairaanhoidon. Tavallista on myös saattohoitovaiheessa olevien potilaiden siirtäminen terveyskeskuksista keskussairaalaan kuolemaan. Edellisen perusteella voi todeta yhtenä suurena tulevaisuuden haasteena olevan toimivan yhteistyömallin luominen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Alueellista konsultaatiotoimintaa tulisi kehittää siten, että terveyskeskuksessa saattohoidettavia potilaita ei tarvitsisi kuljettaa päivystykseen uusien oireiden vuoksi vaan potilaalla olisi sovittuna lääkäri, jota terveyskeskuksesta voidaan tarvittaessa konsultoida. Ja mikäli potilaan tila vaatisi erikoissairaanhoidossa tehtäviä toimenpiteitä, ne täytyisi toteuttaa päivystyksessä sujuvasti ja siirtää potilas takaisin terveyskeskukseen heti toimenpiteen jälkeen, eikä sairaalan osastolle jonottamaan uutta terveyskeskuspaikkaa. Toteutuessaan tämä asia edesauttaisi potilaan elämänlaadun ylläpitämistä.

Osastolla 10 tulevaisuuden haasteena tulee edelleen olemaan moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen kehittäminen sekä lääkärikunnan motivointi hoitopäätösten ja hoitosuunnitelman tekoon. Valmistuvan saattohoidon hoitoketjun myötä tulisi myös miettiä tarkemmin alueellisten saattohoitovastaavien verkostoitumista ja tehtäviä. Muun muassa kouluttamista omissa yksiköissä voisi ajatella.

Olisi myös mielenkiintoista tutkia, minkälaiseksi saattohoidon laatu ja henkilökunnalta saatu tuki koetaan työyksikössämme eli kartoittaa saattohoidon laatua omalla osastollamme. Tällä projektilla pyrittiin edesauttamaan osastolla annettavan saattohoidon laatua ja tehtävä kartoitus olisi osa laadunvarmistusta.

LÄHTEET

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. 2. painos. Hamina: Akatiimi Oy.

Anttonen, M-S. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 49-58.

Aro, T., Kuoppala, M. & Mäntyneva, M. 2004. Hyvästä paras. Jaettu kehittämismvastuu ESR-projekteissa. Hyvät käytännöt käsikirja. Helsinki: Työministeriö.

Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE: Työryhmäraportti. Viitattu 13.2.2009.

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

Ellershaw, J. & Ward, C. 2003. Care of the dying patient: the last hours or days of life. British Medical Journal 326, 30-34.

ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

ETENE 2002a. Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 8.4.2010.

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

ETENE. 2002b. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETE-NE-julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

ETENE 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. ETENE - julkaisuja 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 37-48.

Hakanen, J. 1991. Kuoleman kolme näyttämöä: Etogeeninen tarkastelu. Helsingin yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos. Lisensiaatin tutkielma.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Helakorpi, S. 2005. Työn taidot. HAMK. Hämeenlinna. Ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 2/2005. Hämeenlinna: Hämeen Ammattikorkeakoulu.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2001. Elämän loppuvaiheen hoitoa koskevat suositukset. Meilahden sairaalan hoitoeettinen ryhmä. Tulostettu 5.1.2009. <http://www.gernet.fi/ohjeet/loppuvaihe.html>

Hildén, H-M. 2005. Making decisions in the face of death. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Hildén, H-M. 2006. Hoitotahto. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29-37.

Hildén, H-M., Louhiala, P. & Honkasalo, M-L. 2007. Potilaan itsemääräämisoikeus ja vaikeat päätökset elämän loppuvaiheessa. Suomen Lääkärilehti 62, 3079-3081.

Hildén, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 706. Väitöskirja.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holli, K. 2001. Palliativisen lääketieteen mahdollisuudet. Suomen Lääkärilehti 17, 1917-1919.

Holli, K. 2003. Miten käy tasa-arvon syövänhoidossa. ”Syövänhoidon etiikka”. Lehdistöseminaari Haikko 5.2.2003.

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

Hänninen, J. 2006a. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 48-68.

Hänninen, J. 2006b. Kuoleman lääketieteellistyminen. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 15-28.

Hänninen, J. & Anttonen, M-S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 23-36.

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

Jalava, U. 2001. Esimiestyö – valmentaminen ja uudistuminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jalava U. & Virtanen P. 1998. Tietoa luova projekti. Polku oppivaan organisaatioon. Helsinki: Kirjayhtymä.

Järvinen, A., Koivisto, T. & Poikela, E. 2002. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. 1.-2. painos. Juva: WSOY.

Järvinen, P. 1999. Esimiestyö ongelmatilanteissa. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kaleva-Kerola, J. 2002. Palliatiivinen hoito. Tulostettu 15.10.2008.
<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/020418.htm>

Karma, P. 1999. Hoitosuositukset ja hoitoketjut – parempaan laatuun kohtuuhintaan. Käytännön lääkäri 42, 170-173.

Kerzner, H. 2003. Project management. A systems approach to planning, scheduling and controlling. Eight edition. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Hoboken, John Wiley. Viitattu 13.1.10.
http://www.amazon.com/Project-Management-Approach-Scheduling-Controlling/dp/0471225770#reader_0471225770

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuoteen 2012.

Ketola, E., Mäkelä, J., Hagman, E. & Kupiainen, O. 2001. Yleislääkärikonsulttitoiminta Helsingissä. Suomen lääkärilehti 56, 1297-1301.

Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY.

Koistinen, P. 1996. Potilaan kuolema sairaanhoitajien kokemana. *Hoitotiede* 8 (1), 11-19.

Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Kuuppelomäki, M. 1996. Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopiston julkaisuja sarja C 124. Väitöskirja.

Kvist, T. 2004. *Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.
Käypä hoito suositus. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Tulostettu 15.2.2009.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063>

Laakkonen, M-L. 2005. *Advance care planning – Elderly patients' preferences and practices in long-term care*. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 2.12.2009.

<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/laakkonen/advancec.pdf>

Laakkonen, M-L. & Pitkälä, K. 2006. Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita? Teoksessa Hänninen, J. (toim.) *Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman läheisyydessä*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76-91.

Lahti, R. 2002. Kuolevan hoitoon liittyviä oikeudellisia näkökulmia. Teoksessa *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*, ETENE-julkaisuja 4. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 27-32.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 15.10.2008.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%2017.8.1992%2F785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 14.1.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lehtonen, L. 2007. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Teoksessa Terveydenhuollon lainsäädäntö. Helsinki: Edita Prima Oy, 353-356.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. STAKES 1994. Raportteja 151. Helsinki: STAKES.

Lindqvist, M. 2002. Etiikan näkökulmia kuoleman kohtaamiseen hoidossa. Teoksessa Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ETENE-julkaisuja 4. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 19-24.

Lindqvist, M. 2004. Vaikeasti sairaiden hoitaminen ja työntekijän uupumus. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 294-301.

Lipponen, V. 1997. Saattohoitopotilaan tahdon toteutuminen potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Lääkintöhallitus. 1982. Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Ohjekirje 3024/02/80. Helsinki.

- Martin, G. 1998. Empowerment of dying patients: the strategies and barriers to patient autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 28, 737-744.
- Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.
- Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Mintzberg, H. 1990. Organisaatiosuunnittelu. Structure in fives. Helsinki: Oy Rastor Ab. Rastor-Julkaisut. Alkuperäinen englanninkielinen teos: Structure in fives: Designing effective organisations by Henry Mintzberg.
- Molander, G. & Peräkylä, A. 2000. Milloin hoidettavalle kuolevan identiteetti? *Duodecim* 116, 955-961.
- Myller, H. 2007. Palliatiivinen hoito ja visioita palliatiivisen hoidon kehittämiseen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa Myller, H. (toim.) Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 6-11.
- Myllymäki, K. 2002. Eettisiä näkökulmia kuolevan potilaan hoitoon ja omaisten kohtaamiseen. Teoksessa Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ETENE-julkaisuja 4. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 41-43.
- Mäkelä, P. 2002. Projektin johtoryhmän opas. Toijala: Promanet Oy.
- Nojonen, K. 1999. Tehokas toiminta hyvän laadun takeena. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R & Ranta, J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 124-137.

Nuortio, L. 2007. Parantumattomasti sairaan hoitoperiaatteita lääkärin-työssä. Teoksessa Myller, H. (toim.) Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 18-19.

Ollikainen, P. 2008. Kotisaattohoidon edellytykset. Tutkimus omaishoitajien kokemuksista kotisaattohoitajina ja omaishoidon tuen merkityksestä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.

Paasivaara L, Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Pahlman, I. 1999. Hoitotahto – potilaan pätevä ja vakaa tahdonilmaisuko? Suomen lääkäri-lehti 54, 2557-2559.

Palliatiivisen hoidon kehittämishanke 2005-2007. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.5.2009.

http://www.ncp.fi/palliatiivinenhoito/hankkeen_tarkoitus.htm

Pelin, R. 1996. Projektihallinnan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Pelkonen, R. 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Teoksessa Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ETENE-julkaisuja 4. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 25-26.

Perälä, M-L. 1998. Näkökulmia laatuun. Teoksessa Sonninen, A., Grönlund, E., Haarala, R., Holopainen, A., Kiikkala, I. & Wilskman, K. (toim.) Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 91-95.

Perälä, M-L. & Rääkkönen, O. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 158. Helsinki: STAKES.

Pitkälä, K. & Hänninen, J. 1999. Kun kuolema lähestyy. Duodecim 115, 1634-1639.

Pulkkala, E., Dyba, T., Hakulinen, T. & Sankila, R. 2006. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. Teoksessa Hakama, M., Hakulinen, T., Johansson, R., Rautalahti, M. & Vertio, H. (toim.) Syöpä 2015. Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2006. Syöpäsäätiö. Kuopio: Suomen Graafiset Palvelut, 6-16.

Raatikainen, R., Miettinen, T. & Karppi, P. 2001. Omaisten arviointia kuolevan potilaan hoidosta. Hoitotiede 13, 30-42.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Risikko, P. 2007. Risikko vaatii vaikuttavuutta peruspalveluihin. Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 3(5), 9-11.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti.

Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 5. uudistettu painos. Tampere: Talentum Media Oy.

Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektinhallinta. Tampere: Talentum Media Oy.

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalaissa. Duodecim, 121, 205-311.

- Saaren-Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 919. Väitöskirja.
- Sandman, L. 2001. A good death: On the value of death and dying. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis. Väitöskirja.
- Sarala, U. & Sarala, A. 1997. Oppiva organisaatio – oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. 4. painos. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki.
- Schmitt, F. 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 59-69.
- Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmissa. Opas käytäntöihin. Stakes. FinSoc. Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki. Viitattu 26.4.2010. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf
- Seymour, J., Ingleton, C., Payne, S. & Beddow, V. 2003. Specialist palliative care: patients' experiences. Journal of Advanced Nursing, 44(1), 24-33.
- Silfverberg, P. 1996. Ideasta projektiksi. Projektisuunnittelun käsikirja. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Silferberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 29-42.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1998:14). Pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamistyöryhmän (PUERTO) muistio. Työryhmämuistioita 14. Helsinki. Viitattu 5.2.2010. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/puerto1.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki. Hakupäivä 6.5.2009. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveysprojekti/luku4.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2004 toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:2. Viitattu 12.8.2009 [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE-3749.pdf&title=Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhman raportti vuoden 2004 toiminnasta fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE-3749.pdf&title=Kansallisen+terveydenhuollon+hankkeen+seurantaryhman+raportti+vuoden+2004+toiminnasta+fi.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. Tiedote 75/2009. Tulostettu 13.3.2009. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1394241>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Viitattu 9.1.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Viitattu 6.4.2009.

<http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>

Stajduhar, K. 2001. Patients, family members and providers identified 6 components of a "good death". Evidence-Based Nursing 4 (1), 32.

Steinhauser, K., Clipp, E., McNeilly, M., Christakis, N., McIntyre, L. & Tulsky, J. 2000. In search of a good death: observations of patients, families and providers. Annals of Internal Medicine 132, 825-832. Tulostettu 14.1.2010.

http://dying.about.com/gi/dynamic/offsite.htm?zi=1/XJ&sdn=dying&cdn=health&tm=62&gps=284_2275_992_817&f=00&su=p736.5.336.ip_&tt=11&bt=1&bts=1&zu=http%3A//www.annals.org/cgi/reprint/132/10/825.pdf

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu 9.1.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tang, ST. 2003. When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. Cancer Nursing 26, 245-251.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämissuosiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: University Press.

Toppinen, P. 2002. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Teoksessa Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ETENE-julkaisuja 4. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 33-36.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vainio, A., Hietanen, P., Pitkälä, K. & Moilanen, K. 2004. Palliativisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.)

Palliativinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16-32.

Vainio, A., Leino, T. & Eckerdal, G. 2004. Palliativisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliativinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 33-49.

Vainio, A., Syrjänen, J. & Laaksovirta, H. 2004. Muiden kuin syöpäsairauksien palliativisen hoidon erityispiirteitä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliativinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 163-177.

Valvira. 2009. Saattohoitoon siirtyminen. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 14.1.2010.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoitoon_siirtyminen

Vartiainen, P. 2001. Mitä on projektiarviointi. Teoksessa Vartiainen, P. (toim.) Näkökulmia projektiarviointiin. Tampere: Finnpublishers, 11-28.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virkkunen, J. 2002. Konseptien kehittäminen osaamisen johtamisen haasteena. Teoksessa Virkkunen, J. (toim.) Osaamisen johtaminen muutoksessa. Ideoita ja kokemuksia toisen sukupolven knowledge managementin kehittelyyn. Tykes-raportteja 20. Helsinki: Työministeriö, 11-49.

Vuori, H. 1995. Terveysthuollon laadunvarmistus. 2. painos. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

WHO Definition of Palliative Care. 2007. Viitattu 10.1.2010.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

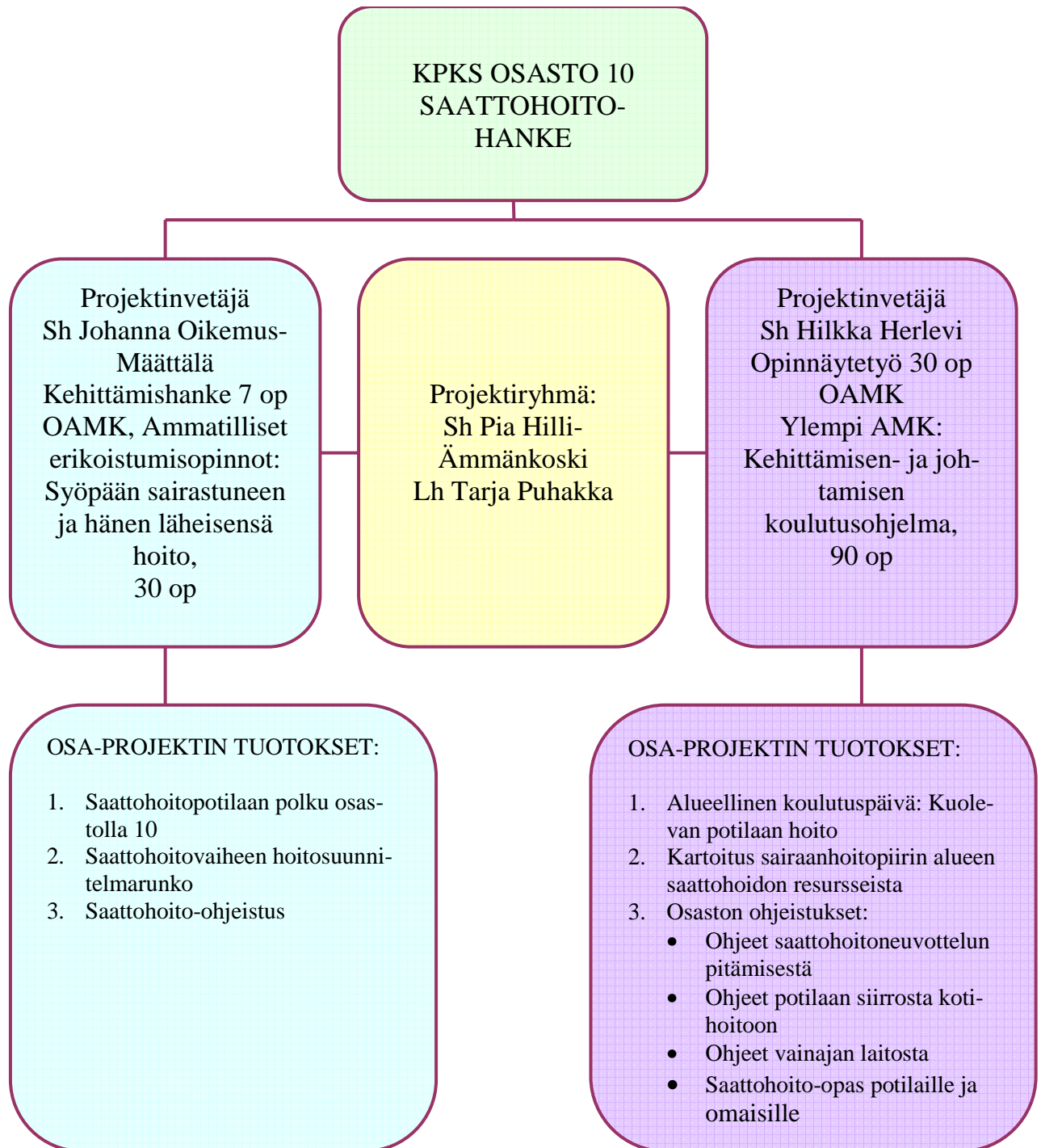
Wright von G.H. 2001. Hyvän muunnelmat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Matila, A. 2009. Elämän loppuvaiheen hoito terveyskeskuksessa. Luento OYS 20.3.2009.

Oikemus-Määttä, J. 2009. Saattohoidon kehittäminen Keski-Pohjanmaan keskussairaalan osastolla 10. Saattohoito-ohjeistuksen sekä saattohoitosuunnitelmarungon luominen henkilökunnalle. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Kehittämishanke.

KPKS Osasto 10 Saattohoidon kehittämishankeen osaprojektit



OHJE SAATTOHOITONEUVOTTELUSTA

- Pidetään viimeistään silloin, kun kuolema on odotettavissa oleva tapahtuma ja aktiivisista hoidoista siirrytään oireita lievittäviin hoitoihin.
- Neuvotteluun osallistuvat potilaan lisäksi hänelle tärkeät läheiset, lääkäri, hoitaja sekä tarpeen mukaan muita potilaan hoitoon osallistuvia terveydenhuollon työntekijöitä. Suurta osallistujajoukkoa kuitenkin vältetään, koska se vaikeuttaa asioiden käsitteilyä.

Saattohoitoneuvottelun toteutus

- Saattohoitoneuvottelun järjestämisestä huolehtii omahoitaja, joka sopii saattohoitoneuvottelun ajankohdasta asianosaisten kesken. Ennen neuvottelua hoitoon osallistuvien työntekijöiden on hyvä käydä lyhyt keskustelu potilasta koskevista asioista tai ongelmista.
- Keskustelun johdattelijana toimii yleensä omahoitaja.
- Saattohoitoneuvottelun alussa keskustelun johdatteli esittelee osallistujat, elleivät he ole ennestään tuttuja toisilleen ja kertoo lyhyesti hoitoneuvottelun tarkoituksen.
- Neuvotteluun käytettävä aika rajataan yleensä 30 minuuttiin. Keskustelun johdatteli ja kertoo käytettävissä olevan ajan ja muistuttaa siitä hieman ennen neuvottelun loppua. Lopussa voi todeta, että yhteistä aikaa on vielä muutama minuutti jäljellä ja kysyä, onko jollakin vielä mielessään jotain tärkeää sanottavaa.
- Hoitoneuvottelun aluksi lääkäri käy läpi potilaan tautihistoriaa, eri hoitovaihtoehtoja, ennustetta sekä odotettavissa olevaa taudinkulkua. Sen jälkeen omahoitaja selvittää perheen suhtautumista tilanteeseen. Keskustelua auttavia kysymyksiä voivat olla esim.
 - o Mikä sairaudessa huolestaa eniten tällä hetkellä?
 - o Mikä tuntuu pahimmalta?
 - o Mikä teille antaa toivoa?
 - o Mitä toivoisitte eniten juuri nyt?
 - o Mikä auttaa teitä eniten tällä hetkellä?
- Keskustelun johdatteli tekee lopuksi yhteenvedon palauttamalla mieliin keskeiset esiin tulleet asiat. Positiivinen palaute käydystä keskustelusta on hyödyksi.

- Omahoitaja kirjaa tehdyn hoitosuunnitelman sekä esiin tulleet keskeiset asiat potilaan sairauskertomukseen ja raportoi niistä muulle henkilökunnalle.
- Potilaskertomukseen kirjataan:
 - o Mitä päätettiin ja millä perusteella
 - o Ketä oli paikalla
 - o Ketkä osallistuivat päätöksentekoon
 - o Mistä jatkotoimenpiteistä sovittiin
 - o Kenelle saattohoitopäätöksestä on ilmoitettu tai pitää ilmoittaa

- Hoitosuunnitelmaa varten sovitaan:
 - o Missä saattohoito toteutetaan
 - o Miten hoidon seuranta ja arvio hoidon vasteesta järjestetään
 - o Lääkityksen, neste- ja ravitsemushoidon, palliatiivisen sedaation sekä muiden hoitojen ja tutkimusten tarpeellisuuden ja hyödyllisyyden arviointi
 - o Perheen tuen tarpeen arviointi (mitkä ovat perheen selviytymismekanismit ja ovatko ne riittäviä)

LÄHTEET

Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry: Helsinki, 37-48.

Tanskanen, J. 2004. Saattohoitopäätöksen tekeminen. Teoksessa Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. Saattohoito: haaste moniammatilliselle yhteistyölle. WSOY: Porvoo, 23-28.

KOTISAATTOHOITOON SIIRTYMINEN

Ennen kotihoitoon siirtymistä osastolla huolehditaan seuraavista asioista:

1. Saattohoitoneuvottelu on pidetty ja potilas ja hänen läheisensä ovat tietoisia potilaan sairauden tilasta.
2. Kartoitetaan ravitsemusterapeutin/psykiatrisen tuen tarve. Onko syytä laittaa Cvk tai Vasuportti ennen siirtymistä kotiin?
3. Sovitaan sosiaalityöntekijän tapaaminen (varmistetaan, että perhe on tietoinen heille kuuluvista sosiaalietuuksista ja muista mahdollisista tukimuodoista esim. omaishoidon tuesta).
4. Sovitaan kotisairaalan hoitajan/lääkärin käynti osastolla ennen siirtoa kotiin. Tiedotus kotisairaanhoidon hyvissä ajoin ennen siirtoa. Mielellään tässä yhteydessä hoitokokous, jossa varmistetaan että hoito on mahdollista toteuttaa kotona.
5. Kotiin hankitaan tarvittavat apu- ja hoitovälineet ja potilasta ja omaisia ohjataan niiden käytössä (yleensä ksh huolehtii).
6. Tarvittaessa potilaan läheisiä ohjataan lääkehoidon ja tarvittavien hoitotyön menetelmien toteuttamisessa.
7. Selvitetään, onko hoitoryhmä/-tiimi selvä: kotisairaala/-sairaanhoito, kotihoito, läheiset.
8. Selvitetään, mistä saattohoidosta vastaava taho saa tarvittaessa konsultaatioapua.
9. Muita huomioitavia asioita:
 - lääkärin lausunnot B ja C (omaishoidontuki, eläkkeensaajan hoitotuki, syöpäkipulääkkeiden erityiskorvattavuus)
 - lääkeresepit
10. Varmista, että potilaalla/omaisilla on tieto siitä, kuka vastaa hoidosta ja kehen he voivat ottaa tarvittaessa yhteyttä. Omaisilla tulee kaikkina vuorokauden aikoina olla mahdollisuus saada neuvoa ja tukea hoitoon. Jokaisella saattohoitopotilaalla tulee olla hoitosuunnitelmaan nimettynä hoidosta vastaava lääkäri (oma lääkäri, nimetty saattohoidosta vastaava lääkäri tai sairaalassa hoidosta muutoinkin vastaava lääkäri).
11. Selvitetään, tarvitseeko hoitava omainen sairauslomaa. F43.2 (sopeutumishäiriö) on dg, jolla kuka tahansa lääkäri voi kirjoittaa sairauslomaa. Esim. psyykkisesti tasapainoisen ja terveen reaktio erityisen kuormittavassa elämäntilanteessa.

SAATTOHOITO

LIITE 4 (1/19)

OPAS POTILAALLE JA HÄNEN LÄHEISILLEEN

KPKS osasto 10



Tämän oppaan tarkoituksena on antaa etenevää tautia sairastavalle potilaalle ja hänen läheisilleen perustietoa saattohoitoon liittyvistä termeistä, saattohoidosta sekä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan osasto 10 toimintakäytännöistä.

Mitä saattohoito on?

Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairaus tulee lähiaikoina johtamaan kuolemaan. Keskeistä saattohoidossa on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys sekä hänen läheistensä tukeminen. Kokonaisuudessaan saattohoito sisältää hoidon kuoleman lähestyessä, kuolintapahtumaan liittyvät hoitotoimenpiteet sekä kuolemaa seuraavan vaiheen rituaaleineen ja surutoineen. Saattohoidon tunnuslauseena pidetään ajatusta *"Kun ei ole enää mitään tehtävissä on vielä paljon tehtävissä"*.

Saattohoidon periaatteet:

1. Oireiden lievitys
2. Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde
3. Psykologinen tuki
4. Yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioittaminen
5. Läheisten huomioiminen
6. Potilaan itsemääräämisoikeuden varmistaminen
7. Elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi

Saattohoitoon liittyvää termistöä

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen hoitopäätös, jonka hoitava lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Saattohoitopäätös tehdään usein *saattohoitoneuvottelun* yhteydessä. Neuvotteluun osallistuvat yleensä potilaan ja hänen omaistensa lisäksi potilasta hoitava lääkäri, sairaanhoitaja sekä tarvittaessa myös muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt.

Hoitotahto on potilaan tahdon ilmaisu siitä, kuinka häntä tulisi hoitaa, mikäli hän ei enää kykene itse ilmaisemaan kantaansa. Hoitotahto koskee nimenomaan kuoleman läheisyyteen liittyviä hoitotoimenpiteitä. Hoitotahdossa voi ilmaista toiveita hoidon suhteen tai kieltäytyä tietyistä hoidoista. Hoitotahto on kirjallinen potilaan allekirjoituksen ja päiväyksen sisältämä asiakirja, joka voi olla myös vapaamuotoinen. Hoitotahto on voimassa vain silloin, kun potilas ei itse kykene tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä.

Hoitotahdolle ei ole varsinaisesti määritelty voimassaoloaikaa, mutta hoitotahtoa olisi hyvä tarkistaa alle kymmenen vuoden välein ja tarkistamispäivä tulisi merkitä hoitotahtoon. Halutessaan henkilö voi peruuttaa aikaisemmin ilmaisemansa hoitotahdon suullisesti, kirjallisesti, hävittämällä asiakirjan kopioineen tai antamalla uudensisältöisen tahdonilmaisun hoidostaan. Hoitotahtolomakkeeseen vaaditaan tekijän lisäksi kahden samanaikaisesti läsnä olevan todistajan allekirjoitukset. Hoitotahtolomakkeita löytyy internetistä:

<http://www.exitus.fi/hoitotahto.html>

<http://www.stakes.fi/FI/Palvelut/lomakkeet/h Testamentti.htm>

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1732,2841>

DNR lyhenne muodostuu sanoista *Do not resuscitate* (Ei elvytystä). Päätös tarkoittaa pidättäytymistä sellaisista toimenpiteistä ja hoidoista, jotka vain hetkellisesti pitäisivät ihmisen hengissä. Päätöksen mukaisesti potilasta ei myöskään siirretä tehohoitoon. DNR-päätöksen tekee hoitava lääkäri.

Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa tarkoituksellista potilaan tietoisuuden alentamista lääkkeellisin keinoin. Palliatiivisen sedaation tavoitteena on tyyntyttää potilas kevyesti nukkuvaksi siten, että hän olisi kuitenkin heräteltävissä. Palliatiivisella sedaatiolla pyritään saamaan potilaan hoitoon reagoimattomat oireet hallintaan. Sedaatiota on yleensä mahdollista käyttää muutaman viimeisen vuorokauden aikana.

Saattohoidosta päättäminen

Päätöksen parantavien hoitojen lopettamisesta ja oireenmukaiseen hoitoon siirtymisestä tekee yleensä erikoissairaanhoidon lääkäri. Potilaan tulee olla tietoinen hoitopäätösten perusteista ja seuraamuksista ja hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua päätösten tekoon. Saattohoitopäätös tehdään yleensä saattohoitoneuvottelun yhteydessä. Neuvottelussa keskustellaan potilaan tilanteesta, hoitovaihtoehdoista, taudin kulusta sekä ennakoitavissa olevista tulevista oireista. Neuvottelussa sovitaan saattohoitoon siirtymisestä, keskustellaan potilaan ja hänen omaistensa toiveista hoidon suhteen, lääkärin suosituksista sekä laaditaan yhdessä hoitosuunnitelma.

Saattohoitopäätöksen jälkeen kärsimystä tuottavista hoidoista ja tutkimusmenetelmistä sekä siirroista laitosten välillä luovutaan ja keskitytään jäljellä olevan elämän laadun parantamiseen. Saattohoitoneuvottelussa sovitut asiat kirjataan potilaan papereihin, jolloin ne ovat kaikkien hoitoon osallistuvien henkilöiden käytössä.

Tehty saattohoitopäätös selkeyttää tilannetta kaikkien osapuolten kannalta ja auttaa potilasta luopumaan taistelusta tautia vastaan antaen hänelle mahdollisuuden valmistella ja elää omaa kuolemaansa. Myös saattajille tulee tilaisuus elää läheisestä luopumista ja läheisen kuolemaa.

Kuolevan potilaan oikeudet:

1. Oikeus kivun lievitykseen
2. Oikeus autonomiaan
3. Oikeus odottaa lääkäriltä oireenmukaisen hoidon osaamista
4. Oikeus välttyä raskailta ja hyödyttömiltä hidoilta
5. Oikeus saada tietoa omasta tilastaan ja lääketieteen mahdollisuuksista vaikuttaa tilaansa
6. Oikeus tulla kohdelluksi yksilönä

Saattohoidon toteutus

Saattohoito voidaan toteuttaa terveyskeskuksen vuodeosastolla, vanhustenhuoltolaitoksessa, kehitysvammalaitoksessa, yksityisessä hoitokodissa, erityisesti saattohoitoon erikoistuneessa yksikössä tai potilaan kotona.

Saattohoitoa toteutetaan myös erikoissairaanhoidossa silloin, kun potilaan siirtämisestä yksiköstä toiseen on hänelle enemmän haittaa kuin hyötyä.

Vastuu saattohoidon järjestämisestä kuuluu perusterveydenhuollolle.

Saattohoidon piiriin kuuluvat hoidot

Saattohoidon piiriin kuuluvat aina oireenmukainen lääkehoito, potilaan ja perheen tukeminen, arvokas ja inhimillinen kohtelu ja mahdollisimman miellyttävän ympäristön luominen.

KÄYTÄNNÖN JÄRJESTELYISTÄ OSASTOLLA 10

Käytännössä kirurgian osastolla hoidetaan kuolevia potilaita vain, mikäli he tarvitsevat erikoissairaanhoidoa esim. vaikeahoitoisten kipujen vuoksi tai potilaan tilan heikentyessä niin nopeasti, ettei häntä voida enää siirtää toiseen hoitolaitokseen.

Kuolevan potilaan hoitoon osallistuu aina vuorossa 1-2 hoitajaa. Saattohoitopotilas pyritään voinnin heikentyessä siirtämään yksityishuoneeseen tarvittavan rauhan ja yksityisyyden turvaamiseksi. Tällöin omaisilla on mahdollisuus yöpyä potilaan luona samassa huoneessa potilaan niin toivoessa.

Osaston vierailuajat eivät koske saattohoitopotilaan omaisia. Omaisilla on mahdollisuus aterioida sairaalan ruokasalissa tai kanttiinissa. Sairaalan käytävältä löytyy myös välipala-automaatteja.

Onnistunut hoito edellyttää toimivaa viestintää potilaan, omaisten ja hoitoon osallistuvien henkilöiden kesken. Olisi toivottavaa, että pääsääntöisesti yksi omaisista hoitaisi yhteydenpidon hoitohenkilökuntaan ja tiedottaisi potilaan asioista eteenpäin muille omaisille.

Lääkärin kierto

Lääkäri kiertää osastolla arkipäivinä klo. 8.00 lähtien ja viikonloppuisin aamupäivän aikana. Omaisen paikallaolo lääkärin kierron aikana on toivottavaa. Mikäli omainen haluaa keskustella kahden kesken lääkärin kanssa, siitä voi tiedottaa kierrolla tai muuna aikana hoitohenkilökunnan välityksellä.

Läheisten asema saattohoidossa

Saattohoidon yksi olennaisimpia piirteitä on sen potilas- ja perhekeskeisyys. Läheisten keskeisenä tehtävänä on tuoda kuolemaa lähestyvälle potilaalle turvallisuuden, läheisyyden ja merkityksellisyyden tunnetta. Käytännön hoitotyöhön läheiset voivat osallistua halunsa ja kykynsä mukaan tai he voivat keskittyä vain olemaan läsnä.

Perheensä lisäksi kuoleva voi pitää yllä muita sosiaalisia suhteita haluamassaan laajuudessa ja näin vähentää kuolevan rooliin liittyvää eristyneisyyttä.

Saattohoidon perusajatuksena on etsiä potilaalle ilon lähteitä, virkistystä ja uusia mahdollisuuksia sairauden keskellä. Kuolema on osa elämää ja elämä jatkuu toisissa ihmisissä kuoleman jälkeen. Myös aika, jolloin kuolema on jo selkeästi näkyvissä, kuuluu elämisen piiriin.

Läsnäolo kuoleman hetkellä on usein merkityksellistä jälkeenjäävien loppuelämän kannalta. Vierellä olo ja viimeisten jäähyväisten jättäminen potilaan kuoleman jälkeen jäsentävät konkreettisesti saattohoitovaiheen päättymistä. Mikäli läheinen ei ehdi olla paikalla kuoleman hetkellä, se ei millään tavalla vähennä merkitystä siltä, mitä hän kykeni tekemään potilaan vielä eläessä.

Lasten asema saattohoidossa

Vanhemmat pyrkivät yleensä suojaamaan lapsiaan vaikeilta asioilta. Kuoleman lopullisuuden ja taivaan ymmärtäminen voivatkin olla lapselle vaikeaa. Lapsen tulisi kuitenkin saada surra yhdessä muiden perheenjäsenten kanssa. Lapselle ei ole vahingollista olla kuolevan luona aikuisen kanssa. Lapsi kaipaa rehellisiä ja avoimia vastauksia niin kuolemasta yleensä kuin menettämänsä läheisen kuolemasta.

Kuolleen vanhemman viimeisestä tapaamisesta tulee usein merkityksellinen ja tapaaminen saattaa pysyä lapsen mielessä voimakkaana kuvana, joka on helposti tavoitettavissa jopa vuosikymmenien ajan. Ensimmäisen kerran kuoleman kohdatessaan, lapsi ottaa oppia aikuisen tavasta surra. Surevaa lasta ei tule jättää yksin kysymystensä kanssa vaan hänelle tulee antaa paljon läheisyyttä ja läsnäoloa.

Hengellinen tuki

Potilaan niin toivoessa myös hengelliset kysymykset huomioidaan. Lähtökoh-
tana on potilaan vakaumus ja sen kunnioittaminen. Tarvittaessa osaston hen-
kilökunta järjestää tapaamisen joko sairaalapastorin, potilaan oman kirkko-
kunnan tai uskonnollisen yhteisön työntekijän kanssa. Myös ehtoollinen voi-
daan osastolla järjestää.

Henkinen tuki

Potilaan emotionaalinen tukeminen ei vaadi erityistä tekemistä tai sanomis-
ta. Toisen ihmisen läsnäololla ja kosketuksella on yleensä rauhoittava vaiku-
tus. Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, muun muassa tehokkaan kivun
lievityksen avulla, edistää omalta osaltaan potilaan emotionaalista hyvinvoin-
tia. Toiveiden täyttäminen tuo mielihyvän tunteita. Niin hoitavan henkilö-
kunnan kuin omaistenkin tasapainoinen, ystävällinen ja rauhallinen käyttäy-
tyminen tuo turvallisuutta potilaan elämään. Tarvittaessa osaston henkilö-
kunta järjestää tapaamisen psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Tukihenkilötoiminta

Saattohoitovaiheessa on mahdollisuus käyttää myös tukihenkilön palveluja.
Nämä henkilöt ovat saaneet syöpäyhdistyksen koulutuksen saattohoidosta
ja he voivat olla potilaan tukena myös silloin, kun saattohoito toteutetaan
kotona. Tukihenkilön tehtäviin voi kuulua esim. keskustelu ja kuunteleminen,
lukeminen, avustaminen ulkoilussa ja liikkumisessa. Lista tukihenkilöistä löy-
tyy osaston ilmoitustaululta.

Sairaalassa tukihenkilöiden yhdyshenkilönä toimii sairaalateologi Anne Peltonmaa, puh. 044-729 6819. Lisätietoja voit kysyä myös syöpäyhdistyksen työntekijältä, Maria Heikkilä-Nymanilta, puh. 050-443 1107. Tukihenkilötoiminta on maksutonta.

Kotiloma

Saattohoidossa oleva potilas voidaan kotiuttaa väliaikaiselle kotilomalle. Kotilomalla olevalla potilaalla on oikeus mihin vuorokauden aikaan tahansa tulla ilman lähetettä suoraan osastolle.

Kotisaattohoito

Kotisaattohoidon ja kotikuoleman lähtökohtana on potilaan toivomus. Käytännössä toiveen toteuttamisen edellytyksenä on potilaan omaisen tai muun läheisen halu sitoutua hoidon toteuttamiseen. Kotona tapahtuvassa saattohoidossa läheiset ja ystävät turvaavat potilaan perustarpeet ja kotisairaanhoido/kotisairaala vastaa lääketieteellisestä hoidosta. Tarvittaessa kotiin hankitaan apuvälineitä (sairaalasänky, wc-tuoli, rollaattori, pyörätuoli jne.) Kotiin pystytään tuomaan myös lääketieteelliseen hoitoon liittyvää tekniikkaa, kuten kipupumppu tai happirikastin.

Kotiympäristössä tapahtuva hoito ylläpitää potilaan luontaista toimintakykyä ja sosiaalista verkostoa. Pienet asiat, kuten kodin tuoksu, oma vuode, tutut askareet, muistot ja läheisten läsnäolo luovat potilaalle merkityksellisyyden tunnetta. Koko perheen kannalta mahdollisimman normaali arjen jatkuminen luo turvallisuutta. Kaiken ei tarvitse muuttua ja tietyt rutiinit pitävät perheen jäsenet elämässä kiinni.

Kotisaattohoitoon siirryttäessä sovitaan terveyskeskukseen tukiosasto, johon potilaalla on mahdollisuus siirtyä mihin vuorokauden aikaan tahansa ja kaikkina viikonpäivinä. Kotona ilmenevissä pienissä ongelmatilanteissa otetaan yhteyttä sovittuun puhelinnumeroon, josta annetaan neuvoja ja kotisairaanhoidaja tulee tarvittaessa kotikäynnille.

Kotiin on siis mahdollista saada mm. kotisairaalan, kotisairaanhoidon, kotipalvelun, tukihenkilöiden ja seurakunnan työntekijöiden palveluja. Kotisairaalan hoitajat käyvät yleensä osastolla tapaamassa potilasta ennen kotiutusta ja tekevät samalla apuvälinearvion. Saattohoito voidaan toteuttaa myös vuorotellen kotona ja laitoksessa potilaan ja omaisten tarpeiden mukaan. Potilas voi siirtyä terveyskeskuksen vuodeosastolle kuoleman lähestyessä ja elää viimeiset päivät siellä. Tärkeää on, että potilas saa olla kotona niin pitkään kuin se hänen ja koko perheen kannalta on tarkoituksenmukaista ja tuntuu turvalliselta.

Kuoleman lähestymisen merkit

Potilaan kipu vähenee usein kuoleman lähestyessä. Hengitys muuttuu pinnalliseksi ja näyttää siltä kuin potilas hengittäisi enää rintakehänsä yläosalla. Myös hengityskatkoja voi esiintyä. Hengitys muuttuu toisinaan äänekkääksi ja hengitysteissä oleva lima saa aikaan korisevan äänen, joka kuulostaa ikäväältä mutta ei välttämättä haittaa itse potilasta.

Ihon väri voi muuttua laikukkaaksi, nieleminen vaikeutuu ja potilaalla voi esiintyä myös sekavuutta. Lääkkeistä on harvoin apua sekavuuteen, tehokain hoitokeino on tutun ihmisen läheisyys.

Potilaalla saattaa esiintyä myös korkeaa kuumetta, joka ei merkitse tulehdusta vaan on seurausta lämmönsäätelyjärjestelmän häiriintymisestä. Jalat ja kädet muuttuva viileämmiksi ja saattavat sinertää.

Kuolema

Kuolema on lähes aina rauhallinen tapahtuma, johon ei liity mitään pelottavaa. Hengitys loppuu ja sydän lakkaa lyömästä. Kuolemaan saattaa toisinaan liittyä myös harhaisuutta, käsien haromista ja ääntelyä.

Toimenpiteet kuoleman jälkeen

Omaiset kutsutaan yleensä paikalle viimeistään siinä vaiheessa, kun potilaan tila alkaa heiketä. Kuoleman jälkeen lääkäri käy toteamassa kuoleman ja hoitajat valmistelevat vainajan siirrettäväksi ruumishuoneelle. Halutessaan omaiset voivat olla läsnä/osallistua kun vainajaa valmistellaan siirtoon. Kuoleman jälkeen myös muut läheiset voivat halutessaan käydä osastolla jättämässä jäähyväiset vainajalle. Monille on tärkeää sanoa vainajalle vielä jotakin tai koskettaa häntä. Jäähyväiset auttavat työstämään koettua menetystä.

Särkyneelle sydämelle

*Kuolemaa ei ole.
Olen vain livahtanut toiseen
huoneeseen.
Minä olen minä. Sinä olet sinä.
Mitä me olimme toisillemme,
olemme yhä.*

*Kutsu minua tutulla nimelläni.
Puhu minulle luonnollisella tavalla,
miten ennen puhuit.*

*Älä käytä erilaista äänensävyä,
älä pakota itseäsi juhlalliseen tai
surulliseen puhetapaan.*

*Naura kuten aina nauroimme pikku
jutuille, joista nautimme yhdessä.
Leiki, hymyile, ajattele minua,
rukoile puolestani.*

*Anna nimeni olla kotiväen puheissa,
niin kuin se on aina ollut,
puhukaa minusta ilman kliseitä,
ilman varjojen häivää.*

*Elämä tarkoittaa kaikkea.
Se on sama mitä se on aina ollut,
katkeamaton jatkuvuus.
Miksi minun pitäisi olla poissa mie-
lestäsi, vaikka olen poissa näkyvis-
täsi.*

*Odotan sinua,
välimatkan päässä,
jossain hyvin lähellä,
juuri kulman takana.
Kaikki on hyvin.*

-Henry Scott Holland-

Kuolintodistus ja hautauslupa

Kuoleman jälkeen potilasta hoitanut lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen. Mikäli suoritetaan ruumiinavaus, kuolintodistuksen kirjoittaa ruumiinavausta pyytänyt lääkäri. Ruumiinavausta ei kuitenkaan saattopotilaille usein tehdä, koska heidän kohdallaan kuolinsyy on yleensä selvä. Omaisille annettava kuolintodistus on maksuton.

Hautausta varten omainen tai hautaustoimisto toimittaa kuolintodistuksen kirkkoherravirastoon tai väestörekisteriin, jossa vainaja on kirjoilla. Todistukseen ei ole merkitty kuolinsyytä. Sen saa tietää hoitaneelta lääkäriltä.

Jos vainajalle tehdään *lääketieteellinen ruumiinavaus*, omaisilta pyydetään siihen lupa. Ruumiinavaus on maksuton. Lääketieteellisen ruumiinavauksen jälkeen lopullisen kuolintodistuksen laatii osaston lääkäri patologin lausunnon perusteella. Lopullisen kuolintodistuksen valmistumiseen menee yleensä aikaa 3-6 kuukautta. Alustavaa kuolinsyytä voi tiedustella jo aikaisemmin osaston lääkäriltä. Hautausluvan kirjoittaa potilasta hoitanut lääkäri.

Omaiset saavat jäljennökset lopullisesta kuolintodistuksesta esim. vakuutusyhtiötä tai muiden etuuksien hankkimista varten osaston lääkäriltä. Osasto lähettää yhden kappaleen lopullisesta kuolintodistuksesta kirkkoherranvirastoon tai väestörekisteriin.

Oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen määrää poliisiviranomainen. Lopullinen kuolintodistus ja ruumiinavauslausunto toimitetaan ruumiinavauksen määränneelle poliisiviranomaiselle. Omaiset saavat jäljennöksen kuolintodis-

tuksesta ja/tai ruumiinavauslausunnosta poliisilta. Hautausluvan saa patologian osastolta vainajaa noudettaessa.

Vainajan noutaminen

Omaiset tai hautaustoimisto sopivat vainajan noutamisesta patologian osaston kanssa. Hakuaika tulee varata etukäteen (puh. 06-826 4264). Vainajan noutaminen järjestyy arkipäivisin klo. 8.00 - 15.00 välillä. Patologian osaston kappeli on omaisten käytettävissä sopimuksen mukaan esim. saattohartauden järjestämistä varten.

Henkilökohtainen omaisuus

Vainajan vaatteet ja henkilökohtainen omaisuus luovutetaan omaisille heti kuoleman jälkeen tai ne voidaan noutaa myöhemmin joko patologian osastolta tai osastolta 10 hautaustoimiston edustajan tai omaisten toimesta. Toivomuksena on, että vainajan henkilökohtainen omaisuus noudetaan viimeistään silloin, kun vainaja siirretään kotikunnan kappeliin.

Siviilirekisteriin kuuluvan hautauksesta ei ole mitään ehdottomia ohjeita, mutta luonnollisesti silloinkin tulee huomioida vainajan omat, eläessään lausumat toivomukset. Hauta- ja uurnapaikka lunastetaan seurakunnalta ja hahuttaessa seurakunnan pappia voidaan pyytää palvelemaan siunaus- ja muistotilaisuudessa.

Mitä hautaamisen jälkeen?

Läheisen kuoleman jälkeen omaisille voi herätä vielä paljon kysymyksiä ja esiin voi nousta vaikeita tunteita vielä viikkoja hautajaisten jälkeen. Tarvittaessa omainen voi ottaa yhteyttä suoraan hoitaneeseen lääkäriin tai osastoon ja pyytää keskustelua hoitaneen lääkärin kanssa. Vierailu osastolla läheisen kuoleman jälkeen voi myös helpottaa tuskaa. Usein myös muisteleminen esim. valokuvien avulla on hyvä keino käsitellä surua jo läheisenne eläessä ja yhdessä hänen kanssaan. Monin paikoin seurakunta järjestää sururyhmiä.

*Nyt olen vapaa ja mukana tuulen
saan kulkea rajoilla ajattomuuden.
Olen kimallus tähden,
olen pilven lento.
Olen kasteisen aamun
pisara hento.*

*En ole poissa,
vaan luoksenne saavun
mukana jokaisen nousevan aamun.
Ja jokaisen tummuvan illan myötä,
toivotan teille hyvää yötä.*

*En ole ikiuudessa, en ole poissa,
olen tuhat tuulta puistikoissa,
olen valon välke aallokoissa
Olen timantti hankien loistossa.*

*En ole jättänyt teitä, en ole vaiti,
olen lintujen laulu taivaalla,
olen kuiskaus viljapellolla,
olen henkäys rakkaani poskella.*

*Olen elämä meri
ja suuret sen aavat,
toisistaan tukea ystävät saavat.*

*En ole ikiuudessa, en ole poissa,
kuljen mukanasini karikoissa.*

-Eino Leino-



LÄHTEET

ETENE. 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 4. Helsinki: Edita Prima Oy.

ETENE. 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. Viitattu 13.3.2009. <http://www.etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf>

Hänninen, J. 2006. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 8. uudistettu painos. Etelä-Suomen syöpäyhdistys & Terho-säätiö: Suomen Graafiset Palvelut Oy Ltd.

Hänninen, J. 2006. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 48-64.

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005; 121 (2): 205-211. Viitattu 8.10.2008. <http://www.kaypahoito.fi/terveysportti/Dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=duo94746.htm>

Saukkosaari, M-L. 2009. Elämän loppuvaiheen hoitopäätökset ja palliatiivinen hoito. Kuolevan potilaan hoito -alueellinen koulutus. Kokkola 17.9.2009.

Tanskanen, J. 2004. Saattohoitopäätöksen tekeminen. Teoksessa Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. (toim.) Saattohoito haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY, 23-31.

Ylikarjula, S. 2008. Kuolema on. Helsinki: Kirjapaja.

OMAISEN MUISTILISTA

ENNEN HAUTAUSTA:

Kuolemasta tiedottaminen	Työnantaja, Kela, pankki, posti, taloyhtiö, vakuutusyhtiö, kerhot, yhdistykset.	Kantajat	Yleensä 6 henkilöä, jos arkku saatetaan ulos kappelista.
Kuolintodistus	Sairaala hoitaa virkateitse ilmoituksen rekisteriviranomaisille ja eläkelaitokselle. Ns. omaisen kappale on tarkoitettu hautaamista varten ja sitä tarvitaan hautausluvan saamiseksi.	Kukat	Kappelin koristelu, arkkulaite/uurnan kukkakoriste, henkilökohtaiset kukkalaitteet, muistotilaisuuden koristelu, haudan havutus.
Hautauslupa	Luvan kirjoittaa rekisterinpitäjä 2-3 kappaleena riippuen hautaustavasta.	Valokuvaus	Valokuvaajan tilaus. Vainajan valokuva muistotilaisuuteen.
Hautapaikka	Jos vanha sukuhauta, on tilattava haudanavaus ja kiven siirto. Jos uusi hauta, tilataan haudanavaus.	Saattoväen kuljetus	Ajo-ohjeet ym. opastus.
Uurnan hautaaminen	Selvitettävä milloin tuhkaus tapahtuu ja sovitettava uurnan laskea aika tuhkauksen jälkeen.	Majoitus	Tarvittaessa pitkänmatkalaisten huonevaraukset.
Liputus	Kuolinpäivänä ja hautajaispäivänä.	Siunaustilaisuus	Aika, paikka, pappi tai muu puhuja. Ohjelman suorittaja, virret. Painettu ohjelmalehtinen.
Kuolinilmoitus	Lehdet, ilmestymisaika, teksti.	Muistotilaisuus	Paikka, tarjoilut, ohjelma, adressien lukija.
Hautajaiskutsut	Kutsuttavat, teksti, painatus, postitus.		

HAUTAUKSEN JÄLKEEN:

Vakuutukset	Työnantajan ryhmähenkivakuutus, yksityiset vakuutukset.	Perunkirjoitus (3 kk kuluessa kuolemasta)	Pankki, asianajotoimisto tai yksityinen henkilö hoitaa. Perunkirjoitukseen vaaditaan: <ul style="list-style-type: none"> - Vainajan sukuselvitys (perunkirjoituksen hoitaja huolehtii). - Kuolinpesän tilien saldot, myös lesken. - Luettelo arvopapereista sekä lainoista ja muista veloista. - Testamentti sekä mahdolliset lakiosavaatimukset. - Virkatodistukset kuolinpesän osakkaista.
Perhe-eläke	Kansaneläkelaitos, työeläkkeet	Testamentti	Selvitettävä, onko vainaja ilmaissut viimeisen tahtonsa testamentilla.
Hautamuistomerkki	Nimen kaiverrus. Mikäli uusi muistomerkki, hautausoimistoista saa tietoja eri mahdollisuuksista. Tarvittaessa haudanhoitosopimus.	Osoitteen muutokset, tilausten irtisanominen	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">- puhelin <li style="width: 50%;">- tv-lupa <li style="width: 50%;">- sähkö-, vesi- ja jätehuoltosopimukset <li style="width: 50%;">- asunto <li style="width: 50%;">- autorekisterikeskus <li style="width: 50%;">- posti <li style="width: 50%;">- posti <li style="width: 50%;">- lehdet <li style="width: 50%;">- kirjasto

Läheisen kuolema on usein tuskallinen ja järkyttävä asia. Surusta huolimatta on kuitenkin pystyttävä hoitamaan tietyt käytännön asiat ja organisoimaan hautajaiset. Jotta paikallisten asioiden hoitaminen olisi mahdollisimman pieni taakka vaikeassa tilanteessa, edellä pieni muistilista huomioitavista asioista.

TOIMINTAOHJEET VAINAJAN LAITOSSA

1. Soita hoitava/päivystävä lääkäri toteamaan excitus. Ruumiinavaus on aina harkinnanvarainen eli aikaisemmin tehty DNR-päätös ei tarkoita automaattisesti sitä, ettei ruumiinavausta tehdä. Lääkäri päättää avauksesta konsultoiden tarvittaessa oikeuslääkärinä.
2. Ilmoita kuolemasta vainajan omaisille. Sovi heidän kanssaan, tulevatko osastolle katsomaan vainajaan ennen kylmiöön vientiä. Huolehdi, että omaiset saavat ”Hyvä omainen” lehtisen, joka sisältää toimintaohjeet omaisen kuoleman jälkeen.
3. Vainajan laittaminen:
 - Kanyylit, dreenit ja virtsakatetrit korkataan ja jätetään paikoilleen (poistoaukot tahtovat vuotaa). Mikäli vainajalla on intubaatioputki, katkaise sitä kiinnittävät narut.
 - Vainaja siistitään eritteistä.
 - Vainajan alle vaihdetaan puhdas lakana, joka suojataan kroonikkovaipeilla mahdollisten eritteiden varalta.
 - Korut poistetaan.
 - Vainajalle puetaan kuolinpaita. Kädet ja jalat suoristetaan sekä silmät suljetaan. Mahdollinen hammasproteesi laitetaan suuhun. Vainajan hiukset kammataan ja miehiltä ajetaan parta. Leuka sidotaan joustavalla sideharsolla, jotta suu pysyisi suljettuna. Jalat sidotaan nilkoista yhteen sideharsolla. Tähän sidokseen kiinnitetään vainajan nimilappu.
 - Vainajan päälle asetetaan puhdas lakana, johon taitetaan ristinmuoto vainajan rinnan päälle. Vainajan rinnan päälle voidaan laittaa kukkia.
4. Vainajan tavarat pakataan ja huone siistitään.
5. Vainajan siirto kylmiöön:
 - Virka-aikana soita obduktio-osastolle, puh. 4264. Kuljetus hoidetaan sieltä käsin.
 - Muina aikoina soita vartijalle, joka avustaa kuljetuksessa. Obduktio-osaston avain löytyy sekä vartijalta että osastolta.
 - Ota mukaan vainajan kaksi nimitarraa. Täytä obduktio-osastolla kirjoituspöydällä oleva kaavake (vainajan tiedot). Irrota ja täytä kaavakkeessa kiinni oleva nimikortti ja siirrä se kylmiön oveen. Kirjaa ylös myös miltä osastolta vainaja on tuotu, mihin kellonaikaan ja kuka hänet on tuonut.
 - Siirrä vainaja lavetille pohjalakanan avulla. Lakana kiedotaan vainajan ympärille. Siitä voi tehdä esim. solmun vainajan vatsan päälle.
 - Siirrä lavetin avulla vainaja kylmiöön vapaana olevalle paikalle.

Muuta huomioitavaa:

- Mikäli hoitohenkilökunta näyttää vainajaa omaisille obduktion tiloissa, vainaja on aina siirretty kylmiöstä kappelin tiloihin, johon omaiset menevät ulkokautta.
- Os. 4:n vieressä on myös huone (vainajan luovutus), jota voi tarvittaessa käyttää, mikäli omaiset haluavat viipyä vainajan vierellä pidempään ja osaston tilanne ei sitä salli.
- Mikäli haluat käydä tutustumassa obduktio-osaston toimintaan, ota yhteyttä Kai Ontroseen, puh. 4264.

KUOLEVAN POTILAAN HOITO –ALUEELLINEN KOULUTUS

Ajankohta	17.9.2009 klo. 8.00 – 16.00
Paikka	Kokkolan sosiaali- ja terveysalan opisto, auditorio. Os. Terveystie 1, 67200 Kokkola
Koulutuksen tavoitteet	Työyhteisöjen moniammatillisen osaamisen vahvistaminen. Saattohoidettavan potilaan oireenmukaisen, inhimillisen ja taloudellisen kokonaishoidon kehittäminen sekä alueellisen yhteistyön virittäminen.
Kohderyhmä	Keskussairaalan ja alueen terveyskeskusten henkilökunta sekä yksityisen sektorin toimijat.

Päivän puheenjohtajana toimii osastonlääkäri Marilena Saukkosaari

08.00 – 08.30	Ilmoittautuminen
08.30 – 08.40	Tilaisuuden avaus, <i>Operatiivisen tulosalueen johtaja Pekka Nikula, KPKS</i>
08.40 – 08.50	Saattohoitoprojektin kuvaus <i>Sh Hilikka Herlevi, KPKS</i>
08.50 – 09.25	Saattohoito kotona <i>Sh Sari Kiviahho, Kokkolanseudun terveyskeskus kuntayhtymä</i>
09.25 – 10.10	Elämän loppuvaiheen hoitopäätökset ja palliatiivinen hoito <i>Osastonlääkäri Marilena Saukkosaari, Kokkolanseudun terveyskeskus kuntayhtymä</i>
10.10 – 10.20	Yhteistyökumppanin puheenvuoro <i>Mundipharma Oy</i>
10.20 – 10.50	Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
10.50 - 11.35	Kivunhoito ja palliatiivinen sedaatio <i>Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri Risto Hannula, KPKS</i>
11.35 – 12.20	Saattohoidon arvot, asenteet ja tavoitteet <i>Sh, työnohjaaja ja työyhteisöjen kehittäjä Miia Salonen, Terhokoti</i>
12.20 – 13.20	Tauko
13.20 – 14.05	Palliatiivinen kirurgia <i>Osastonylilääkäri Juha Saarnio, OYS</i>
14.05 – 14.50	Saattohoitoketjun rakentaminen ja hoitoketjutyöryhmän koaminen <i>Ylihoitaja Kaija-Riitta Harmaala, KPKS</i>
14.50 – 15.00	Tauko
15.00 – 15.45	Mikä auttaa sietämään kuoleman lähestymistä? <i>Syöpätautien erikoislääkäri, psykoterapeutti, dos. Päivi Hietanen</i>
15.45 – 16.00	Yhteenvedo luennoista ja koulutuksen päätös <i>Osastonlääkäri Marilena Saukkosaari, Kokkolanseudun terveyskeskus kuntayhtymä</i>

Järjestäjä	KPKS, kirurgia osasto 10 Yhteistyössä mukana Mundipharma Oy
Lisätietoja	Lisätietoja koulutuksesta antaa koulutuspäällikkö Maria Iso koski
Osallistumiskulut	Osallistumismaksu on 50€ (+ alv 22%). Hintaan sisältyy kahvi sekä koulutusmateriaali. Osallistuminen laskutetaan jälkikäteen.
Ilmoittautuminen	Ilmoittautumiset 10.9.09 mennessä koulutuskalenterin kautta (KPKS/Kokkola). Muut ilmoittautumiset sähköpostitse joh- don sihteeri Tuulikki Kipolle (etunimi.sukunimi@kpshp.fi). Ilmoittautumisen yhteydessä maininta laskutusosoitteesta.

Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alueen sattohoitoressurssien kartoitus:

1. Missä kuntanne saattohoitopotilaita hoidetaan? Mikäli terveyskeskuksessa ei ole resursseja hoitaa, löytyykö kunnasta jokin muu saattohoitopotilaalle sopiva jatkohoitopaikka?
2. Mitkä henkilöstöryhmät osallistuvat hoitoon?
3. Minkälaista osaamista organisaatiostanne löytyy? Työskenteleekö teillä saattohoitoon, kivun hoitoon tai palliatiiviseen hoitoon perehtynyttä lääkäriä tai hoitajaa?
4. Onko teillä mahdollisuuksia toteuttaa seuraavia hoitomenetelmiä?
 - Iv-infuusio?
 - Intravenöosisesti tai subcutaanisesti annosteleva PCA-pumppu?
 - Epiduraalisesti annosteleva ruiskupumppu?
 - Spinaalisesti annosteleva ruiskupumppu?
 - Palliatiivinen sedaatio?
5. Onko teillä kiinnostusta ja halua toteuttaa edellä mainittuja hoitoja mikäli saatte niihin koulutuksen/perehdytyksen?
6. Onko teillä välineistöä (kipupumppuja, ruiskupumppuja)?
7. Onko teillä apteekkisopimus sairaala-apteekkiin?

8. Jos alueenne kotisairaanhoidon toteuttaa pumppuhoitoa, mistä saatte hoidossa tarvittavat lääkeinfuusiot? Pystyykö paikallinen apteekki valmistamaan ne?

9. Minkälaisia saattohoidon kehittämishaasteita näette Keski-Pohjanmaalla olevan?

Toivomme teidän nimeävän palliatiivisen/saattohoidon yhteyshenkilön. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymässä aloitetaan syksyllä saattohoidon hoitoketjun työstäminen. Ko. henkilö voisi toimia mm. yhtenä hoitoketjutyöryhmän jäsenenä. Työryhmä kootaan saattohoidon alueellisen koulutuspäivän yhteydessä 17.9.2009. Keräämme eri kuntien saattohoidon yhteyshenkilöiden tiedot tämän kyselyn avulla.

ETENE (2003, 14) suositukset saattohoidosta:

1. Jokaisella on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon myös silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole enää saatavana.
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. Kun parantavasta hoidosta siirrytään palliatiiviseen tai saattohoitoon, tehdään mahdollisimman selkeä suunnitelma, joka kirjataan potilasasiakirjoihin. Suunnitelman tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä.
5. Saattohoitoa toteuttavilla yksiköillä tulee olla valmiudet toteuttaa saattohoitopotilaille tehty hoitosuunnitelma. Hyviin valmiuksiin kuuluvat riittävät henkilöresurssit, ammattitaito sekä sopivat välineet.
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.
8. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville potilaille riippumatta heidän sairautensa diagnoosista.

PROJEKTIN TYÖSUUNNITELMA JA AIKATAULU

LIITE 9 (1/4)

Työvaihe	Loka - 08	Marras - 08	Joulu - 08	Tammi - 09	Helmi - 09	Maalis - 09	Huhti - 09	Touko - 09	Kesä - 09	Heinä - 09	Elo -09	Syys - 09	Loka - 09	Marras - 09
1. Esisuunnitteluvaihe:														
• Aiheen ideointi														
• Taustaselvitykset, projektin tarpeen arviointi, kirjallisuuteen perehtyminen														
• Hyödynsaajien konsultointi														
• Sidosryhmien informointi projektin valmisteluista														
• Perusrajausten määrittely, päätös projektivalmistelun jatkamisesta														
• Projektin sisällön suunnittelua, projektisuunnitelman luonnostelu														
• Opinnäytetyöpaja -työskentelyä														
2. Kehittämisvaihe:														
• Yhteydenotot tärkeimpiin sidosryhmiin														
• Moniammatillinen suunnittelupalaveri														
• Projektikuvauksen laadinta ja hyväksynnän hakeminen														
3. Suunnitteluvaihe:														
• Projektin suunnittelua, projektisuunnitelman laatiminen ja toteutettavuuden arviointi tilaajaorganisaation ja opettajaohjaajien taholta.														
• Materiaalin hakua, kirjallisuuteen perehtymistä														
• Koulutukset, opinto- ja tutustumiskäynnit:														
• OYS: alueellinen saattohoidon koulutuspäivä														
• TAYS: palliativisen hoidon yksikkö ja Pirkanmaan saattohoitokoti														
• Kokkolanseudun terveyskeskus														

Työvaihe	Loka - 08	Marras - 08	Joulu - 08	Tammi - 09	Helmi - 09	Maalis - 09	Huhti - 09	Touko - 09	Kesä - 09	Heinä - 09	Elo - 09	Syys - 09	Loka - 09	Marras - 09
<ul style="list-style-type: none"> Projektin esittely: <ol style="list-style-type: none"> KPKS Osasto 10 osastotunti 29.1.09. Ohjausryhmälle 29.1.09. KPKS kirurgimeeting 25.3.09 OAMK Opinnäytetyöpajat 														
4. Käynnistämisvaihe:														
<ul style="list-style-type: none"> Projektiryhmän organisointi ja perehdyttäminen 														
<ul style="list-style-type: none"> Projektin käynnistäminen ja siitä tiedottaminen 														
5. Toteutusvaihe:														
<ul style="list-style-type: none"> Sähköpostikyselynä tapahtuva selvitys KPKS shp:n alueen resursseista hoitaa kuolevia potilaita sekä saattohoidon koulutustarpeista 														
<ul style="list-style-type: none"> Osaston ohjeiden työstäminen: <ol style="list-style-type: none"> Ohjeistus/runko saattohoitoneuvottelun pitämisestä 														
<ol style="list-style-type: none"> Ohjeistus/runko huomioitavaista asioista potilaan siirtyessä kotihoitoon 														
<ol style="list-style-type: none"> Elämän loppuvaiheen hoito sairaalassa (ohjeet saattohoidosta) 														
<ol style="list-style-type: none"> Toimintaohjeet potilaan kuollessa 														

Työvaihe	Loka - 08	Marras - 08	Joulu - 08	Tammi - 09	Helmi - 09	Maalis - 09	Huhti - 09	Touko - 09	Kesä - 09	Heinä - 09	Elo - 09	Syys - 09	Loka - 09	Marras - 09
5. Saattohoito-opas potilaille ja omaisille														
• Projektin toteutusta ja tuloksia koskeva tiedotus														
• Projektin seuranta ja sisäinen arviointi														
• Projektin edistymisraportit ohjausryhmälle														
• Suunnitelmien mahdollinen muuttaminen projektin seurannasta ja arvioinnista saadun palautteen perusteella														
• Saattohoidon koulutustarpeiden kartoittaminen (haastattelu, sähköpostikysely)														
• Alueellisen koulutuspäivän suunnittelu														
• Koulutuspäivän toteutus (vko 39)														
6. Projektin arviointi ja päättäminen:														
• Projektin arviointi														
• Loppuraportin kirjoittaminen														
• Loppuraportin luovutus														
7. Projektin julkaisu ja tiedotus														
• Artikkelin laatiminen														
• Seminaari OAMK:ssa														?
• Loppuyhteenveto projektiryhmälle ja ohjausryhmälle														

Työvaihe	Loka - 08	Marraskuu - 08	Joulu -08	Tammi -09	Helmi - 09	Maalis - 09	Huhti - 09	Touko - 09	Kesä - 09	Heinä - 09	Elo -09	Syys - 09	Loka - 09	Marras - 09
• Projektin tulosten esittely KPKS os. 10 henkilökunnalle														
• Tiedotus yhteistyökäytännöistä terv. keskuksiin ja yksityiselle sektorille														
Projektiryhmän kokous														
Ohjausryhmän kokous														

KUOLEVAN POTILAAN HOITO –KOULUTUSPÄIVÄN BUDJETTI

MENOT:	
1. Tilavuokra	220,00€
2. Luentopalkkiot - Saukkosaari 55€ - Snellman 235€ - Saarnio 300€ - Kiviaho 30€	620,00€
3. Matkakulut: - Snellman: edestakainen junamatka Helsinki-Kokkola 120€ - Saarnio: edestakainen junamatka Oulu-Kokkola 33,45€	153,45€
4. Majoituskulut: - Snellman: yöpyminen hotellissa 95€	95,00€
5. Tarjoilut	408,00
6. Luentomateriaali	820,00€
MENOT YHTEENSÄ	3406,40€
TULOT	
Osallistumismaksut 90 osallistujaa – osasto 10 henkilökunta (8 henkilöä) 81 x 55€ = 4455,00€	4455,00€
KOULUTUSPÄIVÄN TUOTTO / KULUJÄÄMÄ	1048,60€

PALAUTE KOULUTUSTILAISUUDESTA Kuolevan potilaan hoito 17.9.2009

Kyselyn tekijä 32f746x6 Kysely luotu 16.9.2009 10:20:15

Vastausajankohta 27.9.2009 21:34:14 Vastaajien kokonaismäärä 24

Kokonaisraportti

1. Työpaikkasi tällä hetkellä

Kysymykseen vastanneet: 24 (ka: 1,8)

(1.1) Keskussairaala 62,5% 15

(1.2) Kokkolan terveystakeskus 8,3% 2

(1.3) Muu 16,7% 4

(1.4) JYTAliikelaitos 12,5% 3

2. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työtehtävässsi?

Kysymykseen vastanneet: 24 (ka: 4,2)

(2.1) alle vuoden 4,2% 1

(2.2) 12 vuotta 8,3% 2

(2.3) 35 vuotta 4,2% 1

(2.4) 5-10 vuotta 25% 6

(2.5) yli 10 vuotta 58,3% 14

3. Miten hyödyllisenä pidit koulutustilaisuutta oman työsi kannalta?

Kysymykseen vastanneet: 24 (ka: 4,5)

(3.1) 1 ei hyödyttänyt lainkaan 0% 0

(3.2) 2 no jaa 0% 0

(3.3) 3 en osaa sanoa 8,3% 2

(3.4) 4 melko hyödyllisenä 33,3% 8

(3.5) 5 erittäin hyödyllisenä 58,3% 14

4. Miten päivän sisältö vastasi odotuksiasi/tavoitteitasi?

Kysymykseen vastanneet: 24 (ka: 4,5)

(4.1) 1 huonosti 0% 0

(4.2) 2 no jaa 0% 0

(4.3) 3 en osaa sanoa 0% 0

(4.4) 4 melko hyvin 54,2% 13

(4.5) 5 erittäin hyvin 45,8% 11

5. Koulutuspäivän sisältö oli sopivassa suhteessa käytettävissä olevaan aikaan.

Kysymykseen vastanneet: 24 (ka: 1,1)

(5.1) kyllä 91,7% 22

(5.2) osittain 8,3% 2

(5.3) ei 0% 0

6. Perustelut, lisäkommentit edeltäviin kysymyksiin.

- 1) Monta eri näkökulmaa ehdittiin käydä läpi. Luennoitsijat olivat valmistautuneet hyvin.
- 2) Kyseinen koulutuspäivä oli todella koskettava ja tärkeä meille, jotka työssämme kohtaamme kuolemaa/ kuolevia potilaita. Oma työkokemus ja elämäkokemus ovat pohjana myös työssämme ja itse koen myös vaikeista asioista olleen apua työhöni. Kuolema, luopuminen on kuitenkin aina yksilöllinen jokaisen kohdalla, emmekä millään täysin pysty varautumaan tulevaan, mutta voimme oppia keinoja, tapoja, jolla kohdata näitä vaikeita asioita. Koulutuspäivä antoi eväitä ja laittoi taas ajattelemaan tämän ajan rajallisuutta.
- 3) Saattohoitoketjun kokoamiseen liittyvät asiat olisi voinut käsitellä koulutuksen lopuksi, koska tähän liittyvät asiat eivät koskettaneet kaikkia osallistujia. Itse saattohoitoketju asiana jäi hieman epäselväksi, mitä se käytännössä tarkoittaa.
- 4) Monipuolinen sisältö. Saarnion luento jäi vähän lyhyeksi.
- 5) Aiheena laaja ja olisi mielellään kuunnellut pidempäänkin luennoitsijoita. Aikalailta syöpäpainotteinen, toivoisin myös esim. vajaatoiminta ym. sydänpotilaiden saattohoito asiasta. Olisiko sovellettavissa nykyisestä?
- 6) Hoidan paljon syöpäpotilaita, pitkiä hoitosuhteitakin. Muistutti siitä, kuinka pot. pitää hoitaa yksilöllisesti, kuunnellen hänen mielipiteitään toiveitaan hoidon suhteen ja muutoinkin osastohoidonkin aikana. Lääkäri Toini Virkkala aikoinaan sanoi että potilas on kuningas ja niinhän se onkin !
- 7) Aika oli käytetty tehokkaasti hyödyksi, ei ollut mitään turhia "jaarituksia."
- 8) Aiheet erittäin ajankohtaisia nykyaikaan. Hyvä pohjatyö saattohoitoketjulle
- 9) Paljon tärkeää asiaa, tiivis ohjelma. Keskustelua olisi syntynyt varmaan enemmän, jos aikataulu olisi antanut myötä.
- 10) osin kerrattiin samoja asioita mutta uuttakin tuli sopivasti varsinkin kirurginen hoito palliatiivisessa hoidossa
- 11) Henkisesti raskas pvä (kuoleva pot.) mutta asiaa tuli monelta taholta ja on herättänyt keskustelua työpaikallanikin lähinnä lyhenteistä DNR yms. Sydäntä lähellä olevaa asiaa.
- 12) Olin tosi tyytyväinen koulutukseen
- 13) Sopivan pituiset ja mielenkiintoiset esitelmät.
- 14) Kaikki aiheet mielenkiintoisia ja esitykset hyviä.
- 15) Paljon mielenkiintoista tietoa. Tästä on hyvä jatkaa.

7. Minkä arvosanan antaisit kouluttajien/luennoitsijoiden asiantuntemukselle?**Kysymykseen vastanneet: 24 (ka: 4,7)**

- (7.1) 1 välttävä 0% 0
 (7.2) 2 tyydyttävä 0% 0
 (7.3) 3 melko hyvä 0% 0
 (7.4) 4 hyvä 29,2% 7
 (7.5) 5 kiitettävä 70,8% 17

8. Perustelut/lisäkommentit

- 1) Päivään mahtui todella monta hyvää ja erilaista luentoja ja luennoitsijaa. Heidän asiantuntemuksensa oli todella hyvää.
- 2) Terho kodin hoitajan luento oli vaikuttava, kiitokset hänelle. Myös Oulun Saarnion luento oli asiantunteva, mutta jäi hieman lyhyeksi ja pintarääpäisyksi.
- 3) Kukin oman alansa asiantuntija ja oli ilo kuunnella käytännön esimerkkejä.
- 4) AIHE TÄRKEÄ. Myös selvisi siellä esim. DNR päätökseen liittyvät epäselvyydet. Koen saaneeni vahvistusta omillekin ajatuksilleni saattohoidosta.
- 5) Asiantuntijoita omalla alallaan
- 6) Kaikki luennot olivat tosi hyviä, harmi vain, että lääkäreitä ei ollut Keskussairaala-ta kuuntelemassa
- 7) asiantuntijoita
- 8) Luennoitsijat asian tuntevia ja eri persoonia joka vaikutti ettei väsyttänyt missään vaiheessa, vaan kotona jälkeen päin.
- 9) Hyvin kertoivat ja antoivat rakentava palautetta kurssilaisille
- 10) LÄÄKÄRI OSASI ASIANSA, SAMOIN HOITAJAT JOTKA OLIVAT TEHNEET TYÖTÄ PITKÄÄN JA OSASIVAT TYÖNSÄ.

9. Miten kouluttajien/luennoitsijoiden käyttämät opetusmenetelmät soveltuivat aiheeseen ja tilaisuuteen?**Kysymykseen vastanneet: 22 (ka: 4,5)**

- (9.1) 1 huonosti 0% 0
- (9.2) 2 melko huonosti 0% 0
- (9.3) 3 en osaa sanoa 0% 0
- (9.4) 4 melko hyvin 54,5% 12
- (9.5) 5 erittäin hyvin 45,5% 10

10. Seuraava asia jäi minulle koulutuksesta parhaiten mieleen. Tätä aion soveltaa omassa työssäni.

- 1) Koko päivä jäi mieleen, mutta Terhokodin luennoitsija sai kyynelehtimään ja päivän lopuksi vielä psykoterapeutti Päivi piti hyvän luennon. Kiitos koko päivästä.
- 2) Luennot kivunhoidosta ja palliatiivisesta kirurgiasta olivat käytännönläheisiä ja selkeitä. Lisäksi Miia Snellmanin ja Päivi Hietasen luennot olivat mielenkiintoisia.
- 3) Kuuntelemisen ja pysähtymisen taito potilaan kohtaamisessa. Kiire unohdettava siksi hetkeksi, kun kohtaa potilaan.
- 4) Kuinka tärkeää on potilaan hoitosuunnitelma saattohoidossa ja se pitäisi näkyä heidän papereissa.
- 5) Hoitoneuvotteluita aion lääkäreille ehdottaa useammin pidettäväksi, nyt päätökset lähinnä lääkäreiden tekemiä (silloin kun niitä tehdään) ja potilaan mielipidettä ei juurikaan muisteta kysyä. Arvokas loppuvaiheenkin elämä on mahdollista, tähän aion pyrkiä itse työssäni.
- 6) Terhokodin hoitotyön tapa lämmitti ja ilahdutti. Ihmisläheisyys ja välittäminen!! Siitä + DNR päätöksistä keskustellaan. Jatkohoidon suunnittelusta myös, missä ei aina laitoshoidoa.
- 7) Palliatiivisen kirurgian mahdollisuudet oireiden lievityksessä.
- 8) Terhokodin luennoitsijan osuus potilaan kohtaamisesta

- 9) Terhokodin sh:n luento oli koskettavin. Usein työelämässä sekoitetaan termit DNR ja saattohoito Näistä asioista tulen keskustelemaan myös osaston lääkäreiden kanssa.
- 10) Kivunhoito, sen menetelmät
- 11) se kuinka laajasta ja monenkirjavasta potilasjoukosta palliatiivisessa ja saattohoidossa on kyse
- 12) Saukkosaaren Marilenan lämpöinen olemus !
- 13) Aitoa läsnäoloa, sekä potilaaseen että hänen läheisiinsä.
- 14) Potilaan omat toiveet.
- 15) i.v. kipulääkkeen antaminen pieninä annoksina esim. 15 min välein. Oman kuoleman lähestymisen ahdistus.

11. Miten koulutusjärjestelyt oli mielestäsi hoidettu?

Kysymykseen vastanneet: 24 (ka: 3)

- (11.1) 1 huonosti 0% 0
- (11.2) 2 no jaa 0% 0
- (11.3) 4 hyvin 100% 24

12. Lisäkommentteja koulutusjärjestelyihin liittyen

- 1) Hyvin hoidettu.
- 2) Aiheet olivat mielenkiintoisia, tauot ja luennot sopivan mittaisia. Keskustelulle olisi voinut varata hieman enemmän aikaa.
- 3) Iltapäivälle olisi kaivannut vielä yhteiset kahvit.
- 4) Keskustelulle liian vähän aikaa.
- 5) Myös lääkäreitä pitäisi tällaisiin koulutuksiin saada enemmän.

13. Mistä aiheeseen liittyvistä asioista koet tarvitsevasi lisäkoulutusta?

- 1) Olen töissä kotihoidossa ja kuolevan asiakkaan kotihoito on meidän työssämme harvinaisempaa. Maakunnissahan kotisairaanhoidon vastaa lääkeym. asioista! Tämän vuoksi näistä olisi tärkeää saada lisäkoulutusta.
- 2) Kivunhoidon erikoistumisopinnot kiinnostaisi.
- 3) Sosiaalihoitajan koulutusta omaisen tuki asioissa.
- 4) Kivunhoito elämän loppuvaiheessa ja muiden kuin syöpäpotilaiden saattohoitoa.
- 5) Kipulääkitys asiat aina lisäkoulutuksen arvoisia. Miten jaksan hoitajana tukea ! Taloudellinen selviäminen mitä esim. Kelan tukia mahd. saada?
- 6) Saattohoitoketjusta kun sellainen aikaan saadaan
- 7) Kipupumpuista ja yleensä kivunhoidosta.
- 8) Säännölliset kertaukset asioista
- 9) Tämä koulutus antoi tosi hyvään pohjan aiheesta
- 10) saattohoito osasto olisi ihanne ja siihen liittyvä koulutus.
- 11) Omaisten kohtaaminen.

Kiitos vastauksestasi. Palautteesi avulla voit osallistua koulutustemme kehittämiseen.

	KOKKOLA	HIMANKA	TUNKKARI	KANNUS	TOHOLAMPI
1. KUNNAN SAATTOHOITOPOTILAITA HOIDETAAN	<ul style="list-style-type: none"> - Tk:n vuodeosastolla - Kotona 	<ul style="list-style-type: none"> - Tk:n vuodeosastolla - Kotona 	<ul style="list-style-type: none"> - Tk:n vuodeosastolla - Kotona 	<ul style="list-style-type: none"> - Tk:n vuodeosastolla - Kotona 	<ul style="list-style-type: none"> - Tk:n vuodeosastolla - Palvelukoti Männistössä - Hoivakoti Mirjamituvassa (vanhuksia) - Kotona
2. HOITON OSALLISTUVAT AMMATTIRYHMÄT	<ul style="list-style-type: none"> - Sairaanhoidajat - Perus-/lähihoidajat - Lääkäri - Tukipalvelut 	<ul style="list-style-type: none"> - Sairaanhoidajat - Perus-/lähihoidajat - Lääkäri - Osastonhoitaja - Hoitoapulaiset - Tukipalvelut - La:t? 	<ul style="list-style-type: none"> - Vuodeosastolla ja hoitokodeissa koko henkilökunta, koti-hoidossa ksh ja kp sekä kolmas sektori 	<ul style="list-style-type: none"> - Vuodeosastolla ja hoitokodeissa koko henkilökunta, koti-hoidossa ksh ja kp 	<ul style="list-style-type: none"> - Vuodeosastolla ja palvelutalossa koko henkilökunta. Palvelutalossa ei ole joka vuorossa sairaanhoidajaa. Mirjamituvassa lh:t ja ksh, tarvittaessa terveyskeskuksen saattohoidon vastuuhenkilö
3. MINKÄLAISTA SAATTOHOIDON OSAAMISTA LÖYTYY	<ul style="list-style-type: none"> - Ei aiheeseen erikoistunutta henkilökuntaa 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 sh saattohoidon erikoistumisopinnot - 1 sh kivunhoidon erikoistumisopinnot - Myös muulle henkilöstölle järjestetty saattohoitokoulutusta 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 sh syöpäpotilaan hoidon erikoistumisopinnot - 1 sh kivunhoidon erikoistumisopinnot 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 sh kivunhoidon ja palliatiivisen hoidon erikoistumisopinnot - osaston vastuulääkäri on perehtynyt saattohoitoon 	<ul style="list-style-type: none"> - Tk:ssa konsultoitavissa kivunhoitoon erikoistunut lääkäri (ad 2009) - 1 sh: kuolevan potilaan hoidon asiantuntijuuskoulutus (5 ov), suru ja sairaus (4ov), palliatiivisen hoidon opinnot (5ov), rovas-tikunnallinen maalikkokoulutus. Ko.henkilö lisäksi menossa OAMK:n syöpätautien täyd. koulutukseen.

	KOKKOLA	HIMANKA	TUNKKARI	KANNUS	TOHOLAMPI
4. HOITOMENETELMIEN TO- TEUTUS: - IV-NESTEYTYYS - KIPULÄÄKITYS PCA- PUMPUN AVULLA - EPIDURAALINEN KIPU- LÄÄKITYS - SPINAALINEN KIPULÄÄKI- TYS - PALLIATIIVINEN SEDAA- TIO	➤ Kyllä ➤ Kyllä ➤ Ei ➤ Ei ➤ Ei	➤ Kyllä ➤ Kyllä ➤ Kyllä ➤ Kyllä ➤ Ei	➤ Kyllä ➤ Kyllä ➤ Kyllä, mikäli pumppu lainataan kpks:stä ➤ Kyllä, mikäli pumppu lainataan kpks:stä ➤ Ei	➤ Kyllä ➤ Ei ➤ Ei ➤ Ei ➤ Ei	➤ Kyllä tk:ssa ja Män- nistön palv.talossa ➤ Harvoin käytössä, yl. s.c. ➤ Ei ole ollut ➤ Ei ole ollut ➤ Ei
5. ONKO KIINNOSTUSTA TO- TEUTTAA ED. MAINITTUJA HOITOMENETELMIÄ KOU- LUTUKSEN JA PEREH- DYTKSEN JÄLKEEN	Kyllä	Kyllä. Henkilökunta tulee mielellään tutus- tumaan eril. hoitoihin ennen potilaan siirtoa tk:n.	Kyllä	Kyllä	Kiinnostusta on, mahdol- lisuus toteuttaa?
6. Mitä välineistöä löytyy	PCA pumppuja	PCA ja ruiskupumppu- ja	PCA ja ruiskupumppu- ja	1 PCA ja 2 ruisku- pumppua	PCA ja ruiskupumppuja
7. Onko apteekkisopimus sairaala- apteekkiin	Kyllä	Ei. Oma tk:n far- maseutti	Kyllä	Kyllä. Kipupumpun ka- setit valmistetaan itse osastolla.	Kyllä
8. Pystyykö paikallinen apteekki valmistamaan lääkeinfuusioita	Kyllä	Kyllä tai vaihtoehtoi- sesti sairaala-apteekki	?	Ei. Ksh:n tarvitsemat lääkeinfusiot valmis- tetaan vuodeosastolla.	Tarvittaessa valmistettu vuodeosastolla.

	KOKKOLA	HIMANKA	TUNKKARI	KANNUS	TOHOLAMPI
9. Minkälaisia saattohoidon kehittämishaasteita Keski-Pohjanmaalla	Vuodeosastoilla ei riittävästi tilaa eikä henkilöresursseja saattohoidon asialliseen toteuttamiseen	Potilaalle ja omaisille annettava tietoa sairaudesta ennen siirtoa terveyskeskukseen. Hoitotiedotteen/epikriisiin merkintä, mitä potilaan kanssa on keskusteltu/sovittu	Reaaliaikaista, rauhoittavaa tietoa (hössötys pois). Kuolla voi kotoaan, ”menetmää” saattohoitoon siellä ei tarvita. Kivulääkitys on vain osa kuolevan potilaan hoitoa. Hoitotyön menetelmiä voisi pohtia myös ympäristön, hengellisyden ja henkisyden kannalta.	Saattohoito onnistuu hyvin tk:ssa. Keskussairaalassa potilasta ja omaisia tulisi informoida tehdystä saattohoitopäätöksestä nykyistä paremmin. ➤ Selkeät päätökset saattohoitoon siirtymisestä.	Nuorilla lääkäreillä ei palliatiivista osaamista. Ovat arkoja ottamaan vastuuta hoitopäätöksistä. Tehohoito jatkuu loppuun asti, potilaat eivät tiedä olevansa saattohoidossa. Hoitohenkilökunnalla ei lupaa keskustella potilaan ja omaisten kanssa lähestyvistä kuolemasta. Lisäresursseja tulisi saada, jotta omahoitaja voisi keskittyä saattohoitoon. Henkilökunnalla ei ole työnojausta. Moniammatillista tiimityöskentelyä tulisi tehostaa. Toholammilla nimenomaan kotisaattohoidon kehittämisen ja siihen rohkaisemisen.
10. Saattohoidon yhteyshenkilö		sh Heli Korpi (varalla oh Anne Kurikkala)	Jytan vuodeosastotoiminnan saattohoidon yhteyshenkilönä tulee toimimaan Pirkko Finnilä Kannuksen vuodeosastolta e-mail: pirkko.finnila@kpsph.fi	Pirkko Finnilä	sh Päivi Saarinen

SAATTOHOITOPROJEKTIN ARVIOINTILOMAKE

1. Koetko saaneesi riittävästi tietoa projektin tavoitteista, etenemisestä ja tuloksista?
Kyllä _____ Ei _____

2. Minkälaisia vaikeuksia/jännitteitä olet havainnut/kokenut hankkeen toteutuksessa?

3. Ovatko saattohoidon hoitokäytännöt osastolla/alueellisesti muuttuneet projektin kuluessa? Jos ovat, niin miten?

4. Koetko saattohoidon kehittämisen merkityksellisenä ja mielekkäänä asiana osaston toiminnan kannalta? Miksi?

5. Auttavatko projektin tulokset kehittämään saattohoidon käytäntöjä työyhteisön tarpeiden mukaisesti? Miten?

6. Koetko palliatiivisen osaamisesi kehittyneen projektin aikana? Jos, niin millä tavalla se näkyy?

7. Aiotko hyödyntää projektin tuotoksia käytännön työssäsi?

8. Onko projektin tuloksista hyötyä muille työorganisaatioille ja projektin sidosryhmille?

9. Miten arvioit saattohoitopotilaan hoidon sujuvuutta jatkossa?

10. Mitä muuta haluat sanoa?
