

Vuokko Rontti

HOIDON LAATU - LAITOSHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN SAATTOHOITO

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
SoTeLi
Sairaanhoitaja
Kevät 2009



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta	Koulutusohjelma Sairaanhoitaja
Tekijä(t) Vuokko Rontti	
Työn nimi Hoidon laatu - laitoshoidossa olevan potilaan saattohoito	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Ikääntyvän ja pitkäaikaissairaahan hoitotyö	Ohjaaja(t) Oikarinen Juha
	Toimeksiantaja Kuusamon kaupunki, perusturva, Kangas Satu
Aika Kevät 2009	Sivumäärä ja liitteet 68 sivua, 1 liite
<p>Vanhusten määrä lisääntyy koko maassa. Kuusamossa vanhimpien ikäluokkien osuus kasvaa suhteessa muuhun väestöön. Osa vanhuksista viettää elämänsä viimeiset ajat laitoshoidossa. Laitoshoidon viimeistä vaihetta kutsutaan saattohoidoksi, joka on jokaisella potilaalla yksilöllinen. Yksi saattohoidon keskeisiä pyrkimyksiä on potilaan kärsimysten lievittäminen. Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihmisen tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus kietoutuvat jo olemassaolossaan yhteen. Saattohoidossa tulee huomioida ihmisen kokonaisuus.</p> <p>Kuusamon perusturvassa on tehty laatutyötä vuodesta 2001 lähtien. Laatutyöhön liittyy olennaisesti kehittämisen. Hoivaosasto Taneli on laitoshoitoyksikkö, jossa yhtenä kehittämiskohteena on ollut saattohoito. Tällä opinnäytetyöllä on haluttu selvittää saattohoidon tila Hoivaosasto Tanelissa ja kehittää sen laatua.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena ja tutkimustehtävänä oli selvittää, millaista on laitoksessa olevan iäkkään laadukas saattohoito. Tavoitteena oli saattohoidon laadun kehittäminen Hoivaosasto Tanelissa. Benchmarking –menetelmään liittyvä vertaiskäynti tehtiin Haukiputaan terveyskeskukseen, josta saadusta aineistosta nousi esille kolmentasoisia tuloksia. Välittömästi hyödynnettäviä tuloksia olivat muun muassa kysely hoitohenkilöstölle, henkilöstön saattohoitokoulutus ja saattohoitopäätöksen tekeminen kaikille asiakkaille.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään saattohoidon kehittämistyössä Hoivaosasto Tanelissa. Jatkotutkimusaiheina nousi esille hoitohenkilökunnan asenteiden ja osaamisen kartoittaminen saattohoidon osalta sekä omaisten mielipiteet saattohoidon laadusta.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Saattohoito, hoidon laatu, laitushoito
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Rontti Vuokko	
Title Quality of Care- terminal care of elderly inpatients	
Optional Professional Studies Aging and long term nursing	Instructor(s) Juha Oikarinen
	Commissioned by Care and rehabilitation coordinator Satu Kangas
Date May 2009	Total Number of Pages and Appendices 68 + 1
<p>The purpose of this thesis was to investigate what quality terminal care for old people in an institution was like. The objective of the thesis was to develop terminal care in Hoivaosasto Taneli (a long-term geriatric inpatient ward). The methods of benchmarking and developmental peer visit were used in the thesis as tools. This thesis is based on Rauhala's holistic conception of man.</p> <p>The result showed that quality terminal care can also be done in institutions. Quality terminal care is a process that begins when the doctor makes the decision of a patient's terminal care. Expectations of the patient and relations are considered in decision making. Co-operation is done with relations and they are supported. The patient's pain and other symptoms are taken care of. Evaluation and recording is done regularly. Nursing staff is trained. Support by the management facilitates the development and maintenance of quality terminal care.</p>	
Language of Thesis Finnish	
Keywords	terminal care, quality of care and institutional care
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LAITOSHOIDOSSA OLEVAN IÄKKÄÄN SAATTOHOITO KUUSAMON PERUSTURVAN TOIMIALALLA	3
2.1 Kuusamon kaupungin perusturvan toiminta ja laatutyö	3
2.2 Kuusamon perusturvan laitoshoidon asumisyksikkö	5
2.2.1 Hoivaosasto Taneli	5
2.2.2 Asuminen ja saattohoito hoivaosasto Tanelissa	6
3 SAATTOHOIDOSSA OLEVAN IÄKKÄÄN HOITOTYÖ	9
3.1 Saattohoitopotilaan kokonaishoito	9
3.1.1 Ihmisen tajunnallisuus	13
3.1.2 Ihmisen kehollisuus	15
3.1.3 Ihmisen situationaalisuus	16
3.2 Saattohoito työntekijän näkökulmasta	17
3.3 Hoidon laatu iäkkään saattohoidossa	18
3.4 Ikääntyvän laitoshoido	22
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYS JA MENETELMÄ	24
4.1 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys	24
4.2 Benchmarking- menetelmä	24
4.2.1 Kehittävä vertaiskäynti -toimintamalli	25
4.2.2 Kehittävä vertaiskäynti Haukiputaan terveyskeskukseen	26
4.3 Aineiston käsittely ja analysointi	30
4.3.1 Saattohoitopäätöksen tekeminen	32

4.3.2 Asiakkaan oma tahto	34
4.3.3 Omaiset ja henkilökunta	37
4.3.4 Arviointi ja kirjaaminen	42
4.3.5 Henkilökunnan koulutus	45
4.3.6 Laadukas saattohoito laitoksessa, saattohoidon punainen lanka	47
4.3.7 Tulokset ja johtopäätökset	50
5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	53
5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	53
5.2 Oma ammatillinen kasvu	53
5.3 POHDINTA	56
LÄHTEET	59
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vanhusten määrä lisääntyy. Väestön ikääntyminen merkitsee kaikkein vanhimpien ikäluokkien osuuden kasvua. He elävät entistä pitempään ja osa tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa erilaisia palveluja ja hoitopaikkoja. Laitoshoidon tarvietaan silloin, kun muut hoitopalvelut eivät enää riitä. Laitoksessa hoidetaan vanhuksia, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Laitoshoidon loppuvaiheessa kyse on saattohoidosta, joka perustuu lääkärin tekemään saattohoitopäätökseen ja hoitolinjauksiin.

Laitoshoidossa olevan potilaan saattohoito on haasteellista ja vaatii ammattitaitoista henkilökuntaa. Hännisen (2003) mukaan saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa kuolevalle pyritään takaamaan mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Saattohoitoon kuuluu keskeisesti potilaan mahdollisuus kontrolloida itse hoitoaan, riittävä ammattitaitoinen henkilökunta ja kyllin hyvä kuoleminen fyysinen ympäristö. Saattohoito on ensisijaisesti kärsimysten lievittämistä. Ihminen on ajatteleva kokonaisuus. Hänellä on oma historiansa. Hän pyrkii dynaamisuuteen ja kasvuun, sekä toimii tavoitteellisesti. Kärsimystä tuleekin tarkastella laajasti ja saattohoidon lähtökohtana tulisi olla potilaan ja hänen lähipiirinsä tuntema kärsimys.

Laitoshoidossa olevan potilaan saattohoito vaatii hoitajilta monenlaista osaamista. Hoitohenkilökunnan tulee sitoutua potilaan kokonaihoitoon. Saattohoitopotilaan hoidon laadun kulmakivenä on, että hänen tarpeisiinsa vastataan. Rauhalan (2005,32-41) mukaan ihminen on holistinen kokonaisuus. Ihmiskäsityksessä ihmisen situationaalisuus, kehollisuus ja tajunnallisuus kietoutuvat jo olemassaolossaan yhteen. Kunkin olemassaolon muotoon sijoittuvalle ilmiöllä tai tapahtumisella on oma eliminoitumaton funktionsa eli tehtävänsä kokonaisuuden muodostumisessa. Ihmisen kokonaisuuteen voidaan vaikuttaa sekä kielteisellä että myönteisellä tavalla kaikkien olemassaolon muotojen tarjoamien kanavien kautta.

Vaaraman (1991) mielestä ikäihmisten hoidon ja palvelun laadun hyvyyden kriteeri on se, miten on onnistuttu tukemaan asukkaan elämänlaatua kaikissa niissä toimintaympäristöissä, missä hoitoa ja palvelua tarvitsevat ihmiset elävät. Tämä koskee myös toisten avusta riippuvaisia ja paljon apua tarvitsevia ikäihmisiä. Hoidon ja palvelun laatu toteutuu arjen työssä. Sille luodaan edellytykset käytännön johtamisella.

Väestön ikääntyminen merkitsee Kuusamon koko ikärakenteen vanhenemista. Kuusamon kaupungin vanhuspoliittisen ohjelman (2007) vanhustyön eettisenä lähtökohtana on muun

muassa ikäihmisten arvostaminen ja heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa vastaaminen. Ikääntyneille tulee taata hyvä hoito ja palvelu. Laadukas työ vaatii ammattitaitoisen henkilökunnan. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoitoaste ovat henkilöstömitoituksen olennaisin tekijä.

Väestö ikääntyy suurten ikäluokkien vanhenemisen ja pienen syntyvyyden vuoksi. Muutos on voimakas ja muuttotappioalueilla väestön ikärakenne vanhenee muita alueita voimakkaammin. Tämä vaarantaa kuntien kykyä tuottaa peruspalveluita. (Koskinen, 2007, 296).

Kuusamon kaupungin vanhuspoliittisen ohjelman (2007) mukaan hyvällä henkilöstöpolitiikalla turvataan asiakkaan kannalta riittävä hoidon jatkuvuus. Eri organisaatioiden tulee kehittää toimintatapojaan ja henkilöstön osaamista. Koulutusta tulee tarjota sekä yksittäiselle työntekijälle että koko työyhteisölle. Iäkkäitä ihmisiä hoitavan henkilöstön tulee olla tehtävään soveltuva ja heillä tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollossa vaadittava kelpoisuus.

Kuusamon kaupungin perusturva on tehnyt laatutyötä vuodesta 2001 lähtien. Toiminnan laadun kehittämistä arvioidaan jokaisessa työyksikössä itsearvioinnin avulla. Arvioinnin perusteella valitaan kehittämiskohteet yksikkökohtaisesti. Hoivaosasto Tanelin yksi kehittämiskohde oli saattohoito vuonna 2005. Tuloksena oli ohjeistus, jonka mukaan saattohoitotyötä on pyritty toteuttamaan. Arviointia saattohoidon laadusta ei ole tehty.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaista on iäkkään laadukas saattohoito laitoshoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saattohoidon kehittäminen Hoivaosasto Tanelissa. Opinnäytetyössä käytettiin Benchmarking -menetelmää, johon liittyy vertaiskäynti. Vertaiskäynnin avulla kehitetään toimintaa oppimalla paremmilta. Opinnäytetyön perustana oli Rauhalan holistinen ihmiskäsitys. Ihminen on olento, jossa kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus kietoutuvat yhteen. Opinnäytetyössä keskeisenä käsitteenä oli saattohoidon laatu.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää saattohoidon kehittämistyössä Hoivaosasto Tanelissa. Tuloksia voidaan käyttää myös muissa vanhusyksiköissä ja kotisairaanhoidossa. Kotisaattohoito olisi yksi vaihtoehto laitoksessa tapahtuvalle saattohoidolle. Siinä korostuisi Kuusamon kaupungin ideologia Kotona koko elämä.

2 LAITOSHOIDOSSA OLEVAN IÄKKÄÄN SAATTOHOITO KUUSAMON PERUSTURVAN TOIMIALALLA

2.1 Kuusamon kaupungin perusturvan toiminta ja laatutyö

Kuusamon perusturva luo edellytyksiä kuntalaisten ja perheiden itsenäiselle selviytymiselle ja kotona asumiselle, sekä järjestää terveyttä ja elämässä pärjäämistä edistäviä palveluja alueellisesti ja yhteistoiminnallisesti. Kuusamon perusturva jakaantuu kolmeen tulosalueeseen: Tukipalvelut, sairaanhoito sekä kuntoutumisen ja hoivan tulosalue. (Kuusamon perusturvan talousarvio ja–suunnitelma vuosille 2008-2010, käyttösuunnitelma vuodelle 2008.)

Kuntoutumisen ja hoivan tulosalueen tehtävänä on järjestää ja osaltaan tuottaa laadukkaita palveluja aikuisen vammaisen, sairaan tai ikääntyneen henkilön päivittäisen pärjäämisen tueksi. Tulosalueen palveluja ovat kotihoito, asuminen, toimintakykyä ylläpitävä kuntoutus ja sosiaalityö. Tulosalueen arvoja ovat ihmisen kunnioittaminen ja luottamus, oikeudenmukaisuus, yhteisöllisyys sekä kumppanuus. Tavoitteena on ikääntyvien asuminen omassa kodissa, hyvä elämänlaatu ja toimintakyvyn säilyminen. Hyvä palvelu perustuu suunnitelmaan, jossa lähtökohtana ovat asiakkaan sekä hänen lähiyhteisönsä voimavarat. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Kuusamon kaupungin perusturva tuottaa ja järjestää sosiaali- ja terveystoimen palveluita. Perusturvaa johtaa perusturvalautakunnan alainen ja kaupunginhallituksen nimeämä määrääkertainen toimialajohtaja. Kuusamon kaupungin perusturvan laadunkehittämistyö käynnistyi keväällä 2001. (Kuusamon kaupungin perusturvan palvelujärjestelmän laadun auditointi 2002.)

Perusturvan laatutyö on kokoava nimitys kaikille niille toimenpiteille, joita on tehty ja tehdään palvelujen ja niihin liittyvän toimialan toiminnan kehittämiseksi. Perusturvan toimialan laadunhallintaohjelman perustan muodostaa toimialan strategia ja laatupolitiikka. Toimintaa ohjaa tasapainotettu strateginen toimintajärjestelmä, jossa on sovittu johtamiseen ja muuhun toimintaan liittyvät menettelytavat sekä perusturvalautakunnan hyväksymä vuosittainen talousarvio- ja käyttösuunnitelma. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Laatutyön koordinointia ja kehittämistä varten on nimetty toimialan laatuvaastava. Hän raportoi toiminnastaan suoraan toimialan johtoryhmälle ja toimialajohtajalle. Laatutyön koko-

naisvastuu toimialan osalta on toimialajohtajalla, joka yhdessä johtoryhmän kanssa vastaa laadunhallintaohjelman toteuttamisesta toimialan tasolla sekä varmistaa toteuttamiseen tarvittavat resurssit ja osaamisen. Tulosalueen johtajat vastaavat tulosalueidensa ja tulosyksiköiden johtajat omien yksiköidensä osalta laadunhallinnan suunnittelusta ja toteuttamisesta. Jokainen perusturvassa työskentelevä omalta osaltaan osallistuu jatkuvaan laadun parantamiseen omassa työtehtävässään ja yksikössään. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Vuosittain asetettavat laatutavoitteet kirjataan tulosyksikkötasolla käyttösuunnitelman tuloskortteihin ja tavoitteiden toteutumisesta raportoidaan käyttösuunnitelman raportoinnin yhteydessä. Käyttösuunnitelman yhteydessä tehdään tarvittavat tarkistukset ja tavoitteiden määritykset sovittuihin vuosisuunnitelmassa oleviin toimintoihin. Ne sisältävät muun muassa riskienhallinnan, työsuojelun, henkilöstösuunnittelun ja koulutuksen, osaamisen sekä valmiussuunnitelman. Asiakkaiden tyytyväisyyden arviointi tapahtuu jatkuvien asiakaspalautteiden avulla. Niistä raportoidaan käyttösuunnitelman toteutumisraportoinnin yhteydessä. Ulkoisesta ja sisäisestä asiakaspalautejärjestelmästä sekä asiakaspalautteiden käsittelystä on perusturvan toimintakäsikirjassa erillinen kuvaus, jonka mukaisesti asiakaspalautetta hyödynnetään, kootaan, raportoidaan ja arvioidaan. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Palvelujen saatavuuden ja vaikuttavuuden sekä resurssien käytön arviointia tehdään käyttösuunnitelman toteutumisraportoinnin yhteydessä. Tulokset käsitellään yksiköittäin työpaikkakokouksissa ja koko toimialan osalta työpaikkakokouksissa. Lautakuntaa informoidaan raporttien lisäksi joka kokouksessa erityisesti palvelujen saatavuuden ja resurssien riittävyys osalta perustuen talousarvion toteutumis seurantaan sekä kuormitusseuranta- ja jonotietoihin. Keskeiset palveluprosessit määritellään, kuvataan, vastuutetaan ja esitellään perusturvalautakunnalle. Palveluprosessien mittaukset sekä arviointi toteutetaan suunnitellusti ja prosessikuvauksiin tehdään tarpeelliset muutokset. Perusturvan laatutyön painopistealueita vuonna 2008 ovat prosessienhallinta ja asiakasorientaatio. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Henkilöstön työtyytyväisyyttä, motivaatiota, työilmapiiriä sekä työkykyä arvioidaan tulosyksikkökohtaisesti asetettujen tavoitteiden pohjalta. Arvioinnissa käytetään hyväksi henkilöstön poissaolotietoja, vaihtuvuustietoja, kehityskeskustelutietoja, erilliskyselyjä ja työpaikkakokouksissa tapahtuvia arviointikeskusteluja. Yksilökehityskeskustelujen lisäksi on mahdollista käydä myös ryhmäkehityskeskusteluja. Mentorointitoiminta on myös käytössä. Vuosittain tehdään henkilöstötilinpäätös. Lisäksi tehdään vähintään joka toinen vuosi koko toimialan

henkilöstöä koskevia kyselyjä, joilla selvitetään henkilöstöä koskevien tavoitteiden toteutumista. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Toiminnan laadun kehittämistä arvioidaan itsearviointi–menetelmän (SHQuality) avulla vuosittain. Arvioinnin perusteella valitaan kehittämiskohteet yksikkökohtaisesti, palvelukokonaisuuksittain tai toimialan kattavina. Kehittämiskohteet kootaan yhteen koko toimialan osalta. Toteutumista arvioidaan ja siitä raportoidaan kehittämishanketta koskevassa suunnitelmassa esitetyllä tavalla. Hankkeiden toteutumisen arviointi toteutetaan sisäisissä ja ulkoisissa auditoinneissa. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

2.2 Kuusamon perusturvan laitoshoidon asumisyksikkö

2.2.1 Hoivaosasto Taneli

Hoivaosasto Taneli on 20 -paikkainen kuntoutumisen ja hoivan tulosalueen laitoshoitoyksikkö. Osastolla työskentelee 3 sairaanhoitajaa, 10 perus- tai lähihoitajaa ja 2 hoitoapulaista. Vastaava hoitaja on yhteinen toisen vanhusosaston kanssa. Työntekijöillä on omat vastualueet ja potilailla on omat nimetyt hoitajat. Osastolla pidetään yksikköpalavereita kolmen viikon välein. Yksiköstä osallistutaan asumisen palaveriin ja laajennettuun johtoryhmän kokoukseen. Kehittämispäivä on kerran vuodessa ja työntekijöiden kehityskeskustelut vuosittain koordinaattorin tai tiiminvetäjän kanssa. Henkilöstön osaamista ja jaksamista tuetaan. Jokaisella työntekijällä on henkilökohtainen koulutuskortti. Henkilöstöllä on mahdollisuus työterveystarkastuksiin ja kuntoutukseen. Hoivaosasto Tanelissa laadun arviointi on suunnitelmallista ja jatkuvaa. Laatutyöhön liittyy itsearviointi ja sisäinen auditointi. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Hoivaosasto Tanelin toiminta-ajatuksena on huolehtia ympärivuorokautisesti iäkkäistä ja monisairaista ihmisistä, joiden toimintakyky on heikko. Asiakkaat valitaan SAS-ryhmässä, jonka yhteyshenkilönä toimii sosiaalityöntekijä. Asiakkaan RAVA -indeksi tulee olla yli 3,5. Visiona ja ydinpalveluna on asiakkaiden pysyvä asuminen ja arvokas kuolema. Painopisteinä ja menestystekijänä ovat oikein kohdennetut laadukkaat palvelut. Palvelujen lähtökohtana ovat asukkaan omat voimavarat, kumppanuus ja tasavertaisuus. Asiakkaille laaditaan hoito-

suunnitelma, jossa on huomioitu ennaltaehkäisevä ja terveyttä edistävä toiminta. Hoitosuunnitelmaa päivitetään kaksi kertaa vuodessa. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

Asiakkaalla on asianmukainen ja turvallinen lääkehoito. Lääkitys arvioidaan lääkärin ja henkilökunnan kanssa yhteistyössä. Arviointia suoritetaan puolivuositain lääkärintarkastuksessa. Lääketurvallisuusohjeistus on parhaillaan laadittavana ja otetaan käytäntöön vuoden 2009 aikana. Asiakkaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus vaikuttaa hoitoon. Tavoitteena on että asiakas ja hänen omaisensa ovat tyytyväisiä palveluihin. Asiakaspalautteita kerätään, käsitellään ja arvioidaan. Toimintatapoja muutetaan tarvittaessa. Joka kolmas vuosi kerätään kohdennettu palautekysely, joka lähetetään kaikille omaisille. Osastolla pyritään yhteisöllisyyteen ja yhteistoimintaan asukkaiden kesken. Asiakkailta on mahdollisuus ulkoiluun lähinnä kesäisin osana hoitoa ja ulkoilutapahtumia pyritään toteuttamaan kaksi kertaa vuodessa. Asumisen omaisilta pidetään vuosittain ja yhteisiä tapahtumia vähintään kaksi kertaa vuodessa. Osastolta osallistutaan vanhustenviikon ohjelmiin mahdollisuuksien mukaan. Osastolla on vanhustenviikolla avointen ovienpäivä. (Kuusamon perusturvan talousarvio 2008.)

2.2.2 Asuminen ja saattohoito hoivaosasto Tanelissa

Hoivaosastolla paikka vapautuu yleensä vanhuksen kuoleman kautta. Hyvin harvoin osastolta lähtee asiakas toiseen hoitopaikkaan. Hoitopaikan vapauduttua otetaan yhteys sijoittelusta vastaavaan sosiaalityöntekijään, joka yhdessä SAS-ryhmän kanssa toteuttaa hoitopaikkojen järjestelyjä niitä tarvitseville asiakkaille. Sosiaalityöntekijä suunnittelee ja valmistelee asiakkaan siirron ja tiedottaa asiasta omaisille ja kehottaa heitä tutustumaan tulevaan hoitopaikkaan. Mahdollisuuksien mukaan osaston oma sairaanhoitaja käy tutustumassa siirtyvän asiakkaan hoitoihin ja hoitosuunnitelmaan. Asiakas voi siirtyä hoivaosasto Taneliin terveyskeskuksen sisätautiosastolta, kirurgiselta osastolta tai toisesta asumisyksiköstä. Olisi toivottavaa että omaiset tutustuisivat tulevaan hoitopaikkaan etukäteen ja sopisivat käytännön järjestelyistä ja muuttopäivästä, mutta aina tämä ei toteudu. Omaisille tiedotetaan kuitenkin aina asiakkaan siirrosta ja keskustellaan heidän kanssaan asioista. (Hoivaosasto Tanelin asumisen prosessi 2008.)

Asiakkaan tullessa osastolle hoitosolun hoitaja ottaa hänet vastaan ja saa samalla tuloraportin. Hoitaja huolehtii vuoteen ja sen ympäristön valmiudesta, neuvoa soittokellon käytön ja kertoo mitä seuraavaksi osastolla tapahtuu. Hoitaja antaa omaisille osaston päivä- ja viikko-

ohjelman. Asiakkaalle vaihdetaan osaston nimikoidut vaatteet ja asiakkaan omat vaatteet voidaan antaa omaiselle kotiin vietäväksi tai vaihtoehtoisesti ompelimoon nimikoitavaksi. Omaiselle kerrotaan osaston toiminnasta ja annetaan osaston puhelinnumero. Keskustelussa selvitetään omien vaatteiden käytöstä, omien tavaroiden tuomisesta osastolle, rahojen säilytyksestä ja muista asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista kuten ruokavalio. Asiakkaan rahat säilytetään kansliassa olevassa lukollisessa kaapissa nimellä varustettuna ja laskettuna ja kirjattuna. Lähiomaisen ja asioidenhoitajan yhteystiedot tarkistetaan ja kerrotaan keneen voi ottaa yhteyttä hoitomaksuasioissa. (Hoivaosasto Tanelin asumisen prosessi 2008.)

Sairaanhoitaja kirjaa asiakkaan sisään ja täyttää potilaspaperit.. Hän jakaa lääkkeitä dosettiin sekä tiedottaa muulle henkilökunnalle potilaan tulosta. Asiakkaalle nimetään omahoitaja, joka vastaa asiakkaan hoidosta ja käytännön asioista. Omahoitaja tekee hoitosuunnitelman, johon esitietoja kysytään asiakkaalta, jos hän on siihen kykenevä tai omaiselta. Osastolla on käytössä Effica -tietokoneohjelma, johon hoitosuunnitelma kirjataan hoitosuunnitelmalomakkeelle ja elämisen toiminnot - lomake täytetään. Potilaan vointia arvioidaan päivittäin KHTOTS-lehdelle. Hoivaosasto Tanelissa käytetään fysioterapeutin, jalkojenhoitajan, hammashoitajan ja hammaslääkärin palveluja. Kolmannen sektorin toimintaa on seurakunnan ja vapaaehtoistyön taholta. Omaisten kanssa tehdään yhteistyötä koko asumisprosessin ajan.

Hoivaosasto Tanelissa asiakkaat viettävät elämänsä loppuajan. Asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa keskustellaan tutkimuksellisista ja hoidollisista vaihtoehdoista mahdollisuuksien mukaan ennen saattohoitopäätöstä. Tällöin huomioidaan asiakkaan mahdollinen hoitotestamentti tai hänen muuten ilmaisema oma tahto. Omaiset voivat halutessaan ottaa yhteyttä osaston lääkäriin. Saattohoitopäätöksen tekee osaston oma lääkäri silloin kun asiakkaan tilanne on huonontunut eikä lääketieteellisesti parantavaa hoitoa ole. Lääkäri kirjaa potilaspapereihin (Yle-lehti, Tiivi -lehti) tekemänsä hoitopäätöksen ja jatkohoito-ohjeet. Päivystysaikana asiakkaan tilan äkillisesti muuttuessa hoitopäätökset tekee päivystävä lääkäri ja kirjaa ne Yle-lehdelle. Asiakkaan tilasta informoidaan myöhemmin osaston omaa lääkäriä ja jatkohoidon suunnitteluvastuu siirtyy hänelle. (Saattohoito Tanelissa 2005.)

Asiakkaan ja hänen omaistensa toiveet otetaan huomioon huonejärjestelyjen suhteen ja toteutetaan mahdollisuuksien mukaan. Asiakas saa tarvitsemansa ja toiveidensa mukaisen perushoidon ja huolenpidon sekä hyvän kivunhoidon. Erityistoiveet pyritään myös toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Asiakkaan vakaumus otetaan huomioon ja kutsutaan asiakkaan luokse hänen oman uskontokuntansa edustaja tarvittaessa. Omaiset voivat halutessaan

olla asiakkaan läsnä vuorokauden ajasta riippumatta. Omaisten kanssa pidetään yhteyttä heidän niin halutessaan. Silloin yhdyshenkilönä on yksi omainen. (Saattohoito Tanelissa 2005.)

Kuoleman tapahtuessa tarvittavat toimenpiteet suoritetaan rauhallisesti ja arvokkaasti. Kuoleman toteaa lääkäri. Vainaja puetaan kuolinasuun ja omaiset voivat halutessaan olla mukana. Heillä on mahdollisuus jättää rauhassa jäähyväiset vainajalle. Vainajaa pidetään osastolla kaksi tuntia, jonka jälkeen hänet siirretään sairaalan kylmiöön. Osaston lääkäri kirjoittaa luvan haudattamiseen ja myöhemmin myös kuolintodistuksen. Omaisille annetaan mukaan ohjeita käytännön järjestelyjä varten. (Saattohoito Tanelissa 2005.)

Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä lääkärin, muun hoitohenkilökunnan ja omaisten kanssa. Hän on mukana hoitoneuvotteluissa, joita käydään mahdollisesti lääkärin ja omaisen kanssa saattohoitopäätöstä tehtäessä. Sairaanhoitaja arvioi ja kirjaa saattohoitoa. Hän vastaa perushoidosta, kivunlievityksestä ja muusta lääkehoidosta. Kuoleman kohdatessa sairaanhoitaja tekee tarvittavat kirjaukset ja huolehtii omaisille hautausluvan, toimintaohjeet ja vainajan omaisuuden.

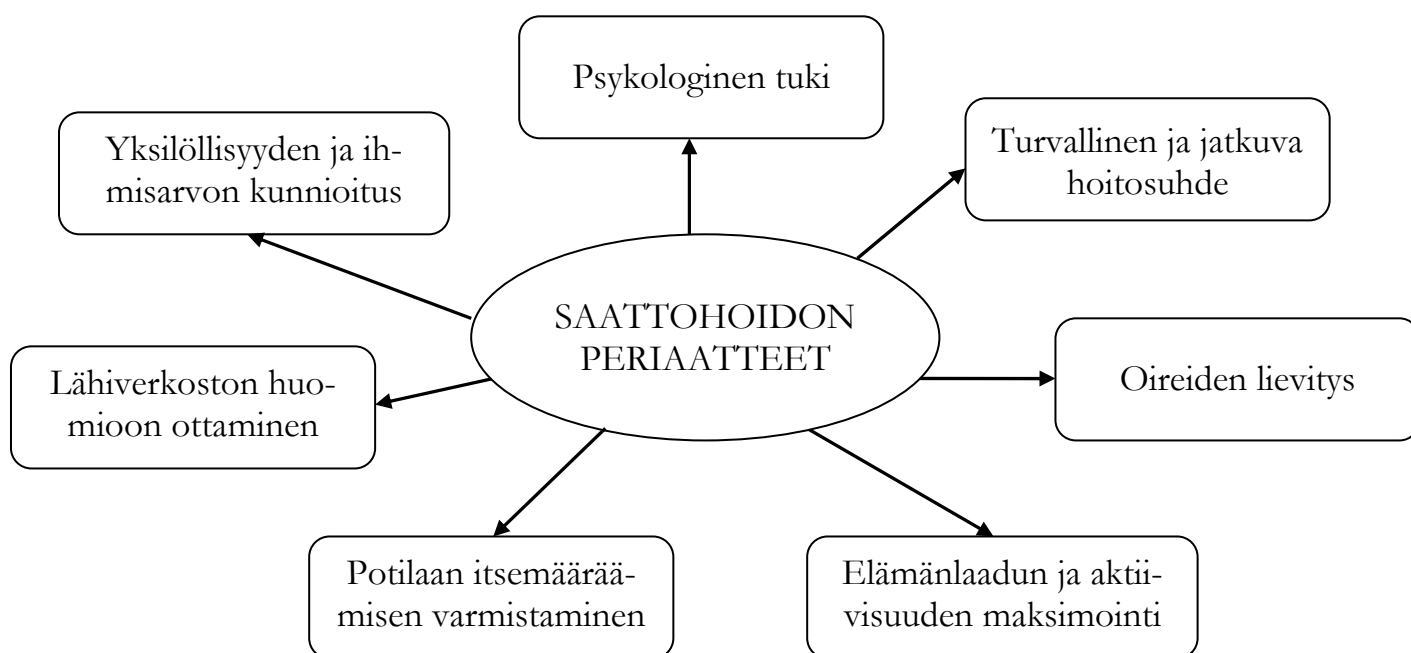
Saattohoitopäätöksen tekeminen luo sairaanhoitajalle mahdollisuuden asettautua selkeämmin potilaan ja omaisten tueksi. Uudelleen määritellyssä tilanteessa sairaanhoitaja pystyy hyödyntämään osaamisensa potilaan tukemiseksi. Saattohoitopäätöksen jälkeen hoitosuhteessa korostuvat seikat, joita potilas pitää merkittävänä elämänsä loppuvaiheen hoidossa. Yhdessä käydyssä keskustelussa sovitaan potilaan yksilöllisistä hoitotoiveista, hoitopaikasta ja läheisten osallisuudesta saattohoitoon. Asiat kirjataan hoitotyön suunnitelmaan ja siten taataan hoidon jatkuvuus. Fyysisten oireiden hallinta vaikuttaa potilaan elämänlaatuun keskeisesti ja sairaanhoitaja toteuttaa ja arvio oirehoitoa. (Hänninen & Anttonen 2008.)

Kuolevan potilaan hoitotyö lähtee yksilöllisistä tarpeista ja on tärkeää, miten tarpeita selvitetään, kirjataan, toteutetaan. Saattohoidon toimintaperiaatteiden toteuttaminen omassa hoitoyhteisössä antaa suuntaa laadukkaasta toiminnasta, jossa jokainen potilas hoidetaan yksilölliset tarpeet huomioiden potilaslähtöisesti. (Anttonen 2008, 51, 56.)

3 SAATTOHOIDOSSA OLEVAN IÄKKÄÄN HOITOTYÖ

3.1 Saattohoitopotilaan kokonaishoito

Hännisen (2003) mukaan saattohoito ei ole erillinen, selkeä rajattu hoitomuoto, vaan elämän loppuvaiheessa olevan potilaan ja hänen läheistensä auttamiseen tähtäävien hoitotapojen kokonaisuus. Sillä tarkoitetaan esimerkiksi potilaan ja hänen perheensä psyykkistä ja sosiaalista tukea ja potilaan ongelmien hoitoa ja hyvinvoinnin lisäämistä sairauden eri aikana. Potilas voi tarvita apua turvattomuuteen, yksinäisyyteen, tarpeettomuuden tunteeseen, ahdistukseen ja autonomian lisäämiseen. Potilaan kipu ja muut fyysiset oireet vaativat lievitystä. Saattohoidon aloittamisen taustalla on tavalla tai toisella kuoleman läheisyys. Nämä saattohoidon periaatteet näkyvät kuviossa 1.



Kuvio 1. Saattohoidon periaatteet Hännisen (2003) teoriaa mukaillen

Saattohoidossa kuolema ei ole keskeisellä sijalla, vaan sen ydin on elämässä ja potilaan hyvinvoinnin optimoimisessa. (Hänninen, 2006.)

Holistisessa ihmiskäsityksessä ihminen on kokonaisuus, jossa situationaalisuus, kehollisuus ja tajunnallisuus kietoutuvat jo olemassaolossaan yhteen. Ihmisen kokonaisuuteen voidaan vaikuttaa kielteisellä tai myönteisellä tavalla. (Rauhala 1985, 105). Saattohoito sisältää kaiken sen, mitä hyvä hoito ja elämä sisältävät. Kuolevan hoidossa korostuvat seuraavassa taulukossa 1 esille tulevat asiat.

Perustarpeiden tyydyttäminen:	Potilaan puhtaudesta, ravitsemuksesta ja nesteytyksestä huolehditaan. Hän saa vointinsa mukaan raitista ilmaa ja liikuntaa. Asentohoidosta ja ihon terveydestä huolehditaan.
Yhteisöllisyys:	Potilaalla on mahdollisuus läheisyyden ja turvallisuuden kokemiseen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen ja hellyyteen (omaiset ja läheiset, hoitava henkilökunta, muuta asiakkait/potilait).
Hoitoympäristö:	Hoitoympäristön puhtaudesta, siisteydestä, eettisyydestä ja kodikkuudesta huolehditaan. Potilaalla on mahdollisuus kuunnella mielimusiiikkiaan.
Oikeudenmukainen kohtelu:	Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Hänen tahtoaan ja toiveitaan noudatetaan mahdollisuuksien mukaan. Kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen annetaan rehellistä, mutta tyrkyttämätöntä informaatiota. Potilaan intimitettiin kunnioitetaan ja sallitaan oma tila ja rajat. Potilasta arvostetaan ja hänen itseluottamustaan tuetaan. Hänelle taataan vakaumuksen mukainen hoito ja mahdollisuus oman uskonnon/vakaumuksen mukaisiin rituaaleihin, kuten rippi, ehtoollinen ja rukous.

Taulukko 1. Saattohoito Voutilaisen ym. (2002, 183) teoriaa mukaillen

Saattohoito on elämän loppuvaiheessa olevan potilaan ja hänen läheistensä auttamiseen tähtävien hoitotapojen kokonaisuus. Sillä lisätään potilaan psyykkistä ja sosiaalista tukea sekä hoitoa ja hyvinvointia. Potilas voi tarvita apua turvattomuuteen, yksinäisyyteen, tarpeettomuuden tunteeseen, ahdistukseen, autonomian lisäämiseen kuin myös kipuun tai muihin fyysisiin oireisiin. Hoidon aloittamisen taustalla on tavalla tai toisella kuoleman läheisyys. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 45-46.)

Jokaisella on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon myös silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole olemassa. Saattohoidossa on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta. Saattohoitopäätös ja hoitosuunnitelma perustuvat potilaan ja häntä hoitavien henkilöiden väliseen yhteisymmärrykseen. Hoidon jatkuvuus varmistetaan potilaan hoidon tavoitteiden muuttuessa ja potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Saattohoitoon siirryttäessä on tärkeää tehdä selkeä suunnitelma ja kirjata se potilaan asiakirjoihin. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia suunnitelmasta. Hyviin saattohoitovalmiuksiin kuuluvat riittävät henkilöstöresurssit, ammattitaito sekä sopivat välineet, joilla hoito voidaan toteuttaa inhimillisesti ja turvallisesti. Potilaalla on oikeus kuolla läheistensä läheisyydessä niin halutessaan. On kiinnitettävä erityistä huomiota sellaisiin potilaisiin, jotka eivät itse ole kelpoisia päättämään hoidostaan. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville potilaille riippumatta heidän sairautensa diagnoosista. Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman mukaan tavoitteena on se, että asukkaat voivat kokea rauhallisen ja arvokkaan kuoleman ja heidän omaisensa saavat tukea surutyössään. (Saattohoito 2004.)

Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös, jonka tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Saattohoitopäätös tehdään erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Saattohoitopäätöksen tekijän tulee olla perehtynyt potilaan sairaushistoriaan, ja on luontevinta että potilasta pitkään hoitanut lääkäri tekee saattohoitopäätöksen. Hoitaja voi myös tehdä aloitteen saattohoitopäätöksestä keskustelemiseen, sillä hän tuntee potilaan yleensä lääkäriä paremmin. Hoitaja tapaa potilaan päivittäin ja keskustelee hoitojen lomassa hänen kanssaan ja on tavannut potilaan omaisia ja läheisiä. Saattohoitopäätöstä edeltää hoitoneuvottelu, johon osallistuvat potilas ja häntä hoitava lääkäri. Siinä voi olla myös mukana potilaan läheisiä ja muita hänen hoitoonsa osallistuvia. (Heikkinen, Kannel & Latvala, 2004, 23-24.)

Potilaskertomukseen kirjataan selvästi päätös saattohoitoon siirtymisestä. Tieto saattohoitopäätöksestä on oltava heti nähtävillä potilaskertomuksessa, sillä tiedolla on merkitystä erityisesti päivystysaikana tehtäviin hoitoratkaisuihin, jos potilasta hoitaa vieras lääkäri. Kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia tehdyistä päätöksistä. Saattohoitopäätös antaa hoitohenkilökunnalle tukea sellaisissa tilanteissa, joissa joku omainen on eri mieltä hoitolinjoista. (Heikkinen ym. 2004, 25-26.)

Saattohoito on tietoista kuolemaan saattamista ja sen tavoitetta kuvataan monella eri tavalla. Voidaan puhua hyvästä kuolemasta, inhimillisestä kuolemasta tai ihmisen näköisestä kuolemasta. Kuolema on hyvin henkilökohtainen asia. Saattohoito on hoitoa, joka tähtää potilaan

hyvinvoinnin, turvallisuuden ja aktiivisuuden lisäämiseen. Siihen liittyy hoidon jatkuvuus, eli vastuun potilaan hoidosta ottaa jokin tietty taho ja sama työryhmä jatkaa hoitoa loppuun saakka. Saattohoidon periaatteita ovat oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, psykologinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, lähiverkoston huomioon ottaminen, potilaan itsemääräämisen varmistaminen, elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 97; Hänninen 2006.)

Saattohoidon aloituksesta päättäminen on ennen kaikkea hoidon linjaamista. Se merkitsee että jostain aiemmasta linjauksesta luovutaan. On tärkeää selkeyttää kuka, missä, milloin ja millillä resursseilla saattohoitopotilasta hoidetaan. Kuolevan ihmisen kohdalla pelkkä lääketieteellinen tai hoidollinen lähtökohta ei ole riittävä. Lääkärin on tunnettava potilaansa voidakseen auttaa häntä. Saattohoitopäätöksen tavoitteena on tarjota potilaalle mahdollisuus saada uudelleen suuntautuvaa hoitoa ja välttää hylkäämisen kokemusta. Omaiselle hoitolinjan selkiytyminen tekee mahdolliseksi tehdä omaa luopumistyötään. Saattohoitopäätöksellä voidaan asettaa hoidon tavoitteet yksilöllisesti. (Grönlund ym. 2008, 23-25.)

Sairaanhoitajan on mahdollista asettautua selkeämmin potilaan ja omaisten tueksi sen jälkeen kun saattohoitopäätös on tehty. Sairaanhoitaja pystyy hyödyntämään osaamisensa potilaan tukemiseksi uudelleen määritellyssä tilanteessa. Hoitosuhteessa korostuvat silloin ne seikat, joita potilas yleensä pitää merkittävinä elämän loppuvaiheen hoidossaan. Turvallisessa hoitosuhteessa potilas voi käydä läpi ajatuksiaan ja tunteitaan elämän päättymisestä ja tuoda esiin omia hoitotoiveitaan ja toiveita läheisten osallistumisesta saattohoitoon. (Heikkinen ym. 2004, 25.)

Kuolevan potilaan hoitotyö lähtee aina hänen yksilöllisistä tarpeistaan. Potilaat ovat yksilöitä omassa kuolemassaan ja sen kunnioittaminen on saattohoidon lähtökohta. Kuolevan potilaan oireita lievitetään myös yksilöllisesti, sillä kaikki kuolevat potilaat eivät tarvitse voimakasta lääkitystä, jos heillä ei ole vaikeita oireita. Oireiden arviointi on lääkärin ja hoitajien tehtävänä. Fyysisten oireiden aiheuttama kärsimys tulee ensisijaisesti lievittää, sillä se vaikuttaa suoraan potilaan kokemaan elämänlaatuun. (Heikkinen ym. 2004, 51-52.)

Vanhuksen saattohoidon keskeinen periaate on se, että häntä hoidetaan kuolemaan, eli tuetaan elämästä luopumisessaan ja kuolemaan sopeutumisessaan. Saattamisessa on lähtökohtana vanhuksen omien kokemusten kuunteleminen ja niiden kunnioittaminen. Saattohoidon erityislaatuisuus rakentuu kuolemaan sopeutumisen ymmärtämisestä ja vanhuksen elämän

tuntemisesta. Muu hoitaminen määräytyy sen perusteella, millaisia sairauksia, toiminnanvajeita ja oireita vanhuksella on. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 336.)

Kuolevan potilaan oikeuksiin kuuluu riittävä kivunlievitys, autonomia, oikeus odottaa lääkäriltä osaamista oirehoidoissa, oikeus välttyä raskaista ja hyödyttömistä hoidoista, oikeus saada tietoa omasta tilastaan ja lääketieteen mahdollisuuksista vaikuttaa siihen ja oikeus tulla kohdelluksi yksilönä. Kaikilla potilailla on samat oikeudet sairaudentilasta riippumatta. Saattohoitopotilaalla on oikeus hyvään perushoittoon ja oireiden lievitykseen taudin vaiheista riippumatta. Kivunhoito ja muu oirehoito ontuu nimenomaan loppuvaiheen potilailla. Eräs syy siihen voi olla vaikeus kohdata kuoleva potilas. Kuolemaa lähellä olevat potilaat ja heidän omaisensa koetaan usein vaikeiksi herättämänsä ahdistuksen vuoksi. Hoitamisen lähtökohtana ovat kuolevan potilaan tarpeet, jotka liittyvät ihmisen fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, hengellisten ja henkisten tarpeiden alueisiin. Yksilöllinen kivunlievitys ja hyvä perushoito ovat oleellinen osa kuolevan hyvää hoitamista, ja perheen merkitys korostuu hoitamisen voimavarana. (Hänninen 1999, 21; Sand 2003, 6.)

Saattohoidossa kuoleva saatetaan hänen elämänsä viimeiselle matkalle. Hoidon päämääränä on potilaan kärsimyksen lievittäminen. Se sisältää potilaan toiveiden huomioon ottamisen, mahdollisimman hyvän perus- ja oirehoidon, lähestyvään kuolemaan valmistamisen sekä potilaan läheisten huomioimisen ja tukemisen. Hyvin toteutuessaan saattohoito on moni ammatillisen työryhmän toteuttamaa potilaan kokonaishoitoa. Saattohoidossa korostuu potilaan taudista riippumatta oireiden mukainen perushoito, ihmisarvoa kunnioittava huolenpito, henkisestä ja hengellisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja potilaan läheisten ihmisten tukeminen. (Heikkinen ym. 2004, 19-20.)

3.1.1 Ihmisen tajunnallisuus

Rauhalan (2006, 32-35) mukaan ihmisen ontologinen perusmuotoisuus voidaan esittää kolmijakoisena. Nämä perusmuodot ovat tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Ihmisenä olemiseen kuuluu välttämättömästi kokemisen potentiaali. Tajunta käsitetään holistisessa ihmiskäsityksessä inhimillisen kokemuksen kokonaisuudeksi. Tajunnallisuuden olemus on mielellisyyttä. Mielen avulla ihminen ymmärtää, tietää, tuntee, uskoo ja uneksii ilmiöt ja asiat joksikin.

Hännisen (2003, 114-115) mukaan pitkälle edennyt tauti ja kuoleman uhka vaativat ihmiseltä emotionaalista sopeutumista. Lähestyvä kuolema tuo tulevat luopumiset ja pelot yhä lähemmäksi. Ruumiinkuvan muutokset, heikkous, roolien menetykset, kommunikaatiokyvyn aleneminen ja tulevaisuuden odotusten muuttuminen ahdistavat ja vaativat kuolevalta sopeutumista. Sairaus ei ole pelkästään fyysinen vaiva, vaan siihen liittyy surua, ahdistusta, kuolemanpelkoa ja monenlaista käytännön vaivaa ja harmia.

Saattohoidon tavoitteena on, että kuoleva voi kohdata kuolemansa mahdollisimman turvallisesti, kivottomasti, arvokkaasti ja rakkautta saaden. Yksilöllinen hoito toteutuu kuolevan kunnioittamisella, arvostamisella ja hänen oikeutensa ja oma tahtonsa otetaan huomioon. Hoitoyhteisön ja potilaan ja hänen läheistensä välinen yhteistyö on tärkeää. Saattohoito vaatii hoitajilta ihmissuhdetaitoja ja kykyä olla emotionaalisesti lähellä toista ihmistä. (Heikkinen ym. 2004, 20-21.)

Hengellisyys on tärkeä ja merkittävä osa ihmisen sisäistä elämää, mutta hoitotyössä tämä ulottuvuus ohitetaan usein. Sairaanhoidajan oma suhde kuolemaan nousee esille kuolevia hoidettaessa. Kuolevan lähellä oleminen voi saada hoitajan reagoimaan eri tavoilla. Hän voi joko paeta tilannetta, löytää muuta tekemistä tai hän kykenee rauhoittumaan potilaan vierelle. Sairaanhoidajan tulee omasta vakaumuksestaan riippumatta huomioida potilaan hengelliset tarpeet hoitoprosessiin kuuluvana asiana. Hengelliset kysymykset aiheuttavat arkuutta ja pelkoa. Uskonnollisten asioiden esille ottaminen on monen potilaan toive. Hyvästä kokonaisuudesta ei voi lohkaista pois hengellistä ulottuvuutta. Terveystieteiden ammattilaisina sairaanhoitajat pyrkivät vastaamaan potilaiden psyykkisiin ja hengellisiin tarpeisiin kuten muihinkin tarpeisiin. Vapauden, yksilöllisyyden ja ihmisen arvon kunnioittaminen on oleellista varsinkin silloin, kun potilaan tietoisuuden tila vaihtelee. (Grönlund ym. 2008, 110-149.)

Saattohoidon tarkoituksena on tukea potilasta ja tämän omaisia myös kuolemaan liittyvissä tunteissa. Kuoleman läheisyyteen liittyy joskus myös psyykkistä ahdistuneisuutta ja masennusta. Potilaan ja omaisten tukemiseksi saattohoidossa käytetään hoitohenkilökunnan lisäksi teologin palveluita hengellisten kysymysten selkiyttämiseksi. Liikan tutkimuksen mukaan omaiset saivat ennen potilaan kuolemaa kotisairaalan hoitohenkilökunnalta tiedollista, emotionaalista ja konkreettista tukea. Omaiset saivat mahdollisuuden osallistua potilaan hoitoon. Toisaalta omaiset eivät pitäneet tarpeellisenä saada hengellistä tukea hoitohenkilökunnalta. Omaiset kokivat saavansa emotionaalista tukea ennen potilaan kuolemaa hoitohenkilökunnan taholta, siten että hoitohenkilökunta myötäeli omaisen tilanteessa. Omaiset saivat mahdollisuuden keskustella ja heitä kuunneltiin. (Hänninen 2006, 44-46; Liikka 2006.)

Hyvä saattohoito perustuu empaattiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen, jossa hoitaja on läsnä potilasta varten. Saattohoitotyössä huolenpito on tunneperäistä toisesta välittämistä, joka perustuu haluun toimia potilaan parhaaksi. Huolenpito on saattohoitopotilaan kunnioittamista ja arvostamista. Hoitaja ottaa huomioon potilaan ajatukset, tunteet ja voimavarat. Hoitosuhde on jatkuvasti kehittyvä prosessi. Saattohoidon toteutumiseen vaikuttavat hoitajat ja hoitotiimin ammatillinen osaaminen, tieto, taito, kokemus ja tunneviestintä. Emotionaalinen tukeminen on kuuntelemista, myötäelämistä, koskettamista, potilaan toivomusten huomioon ottamista, rohkaisemista ja läsnä olemista. Omaiset odottavat tietoja potilaan tilasta ja myönteistä asennoitumista heitä kohtaan. (Heikkinen ym. 2004, 45-46.)

3.1.2 Ihmisen kehollisuus

Rauhalan (2005, 38-41) mukaan ihmiseen kuuluu kehollisuus orgaanisen elämän kokonaisuuden muodostavana olemispuolena. Ihmisen elintoiminnat ovat suhteessa toisiinsa. Elin-toiminnat jatkavat ja täydentävät toistensa alkamia prosesseja, kontrolloivat ja tasapainottavat niitä.

Hyvä fyysinen perushoito on tärkeää kuolevan potilaan hoidossa. Hyvään perushoitoon kuuluu puhtaudesta huolehtiminen, hyvä ihonhoito, suunhoito, asentohoito, ravinnon ja nesteen tarpeesta huolehtiminen, eritystoiminnoista huolehtiminen ja hengityksen helpottaminen. Fyysisessä hoidossa korostuu usein kivun hoito. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 251.)

Hännisen (2003, 107) mukaan hyvä perushoito ei merkitse pelkästään ihonhoitoa tai muuta sellaista vaan ihmisen kunnioittamista. Kivun ja muiden elämää hankaloittavien oireiden hyvä ja paneutuva hoitaminen ilmaisee potilaan inhimillisten perusoikeuksien kunnioittamista.

Kärpänniemen (1999, 33-34) mukaan saattohoidossa muu potilasta koskeva tärkeä toiminta lähtee hyvästä perushoidosta. Hoitajan suhtautumista potilaaseen välittää aidoimmillaan sellaisiin käsiin, otteihin ja ilmeihin hoidetaan. Potilas vaistoa herkästi mitä hoitotilanteessa tapahtuu. Usein ainoa asia, minkä kuoleva pystyy ottamaan vastaan, on hyvä huolenpito. Omaisten mukaan ottaminen on suositeltavaa ja on tärkeää saada hänet tuntemaan itsensä tervetulleeksi hoitoyhteisöön omaisena. Omaisia tulisi rohkaista etenkin kuoleman lähestyessä keskittymään vierellä viipymiseen.

3.1.3 Ihmisen situationaalisuus

Rauhalaan(2005, 33-34) mukaan situaatio eli elämäntilanne on se osa maailmaa, johon ihminen on suhteessa. Ihmisten situaatioissa voi olla yhteisiä tekijöitä, kuten yhteiskunnalliset olot, maantieteelliset ja ilmastolliset olosuhteet, kulttuuri ja arvot. Silti situaatio on kuitenkin aina ainutkertainen.

Hännisen (2001, 137) mukaan ihmisyyys muodostuu yksilön suhteessa läheisiin ihmisiin, työhön, kotiin, yhteiskuntaan ja kulttuuriin. Yksilön elämänlaatu on myös riippuvainen siitä, millaisia nämä suhteet ovat. Suhteet ulkopuoliseen maailmaan ja muihin ihmisiin ovat kytköksissä yksilön fyysiseen olemiseen ja tajuntaan. Kivulias ihminen ei jaksa ottaa huomioon toisia ihmisiä. Läheistensä hylkäämän ihmisen kärsimyksiä ei voida lievittää kipulääkkeillä.

Saattohoidossa ammatti-ihmiset, sekä hoitoa ja tukea tarvitsevat omaiset, toimivat hyvän kuoleman puolesta. Kuolevan potilaan omaisiin tulee suhtautua kunnioittavasti, heillä on tärkeä rooli kuolevan potilaan hoidossa. Parhaimmillaan he tukevat kaikista eniten potilasta emotionaalisesti. On tärkeää, että omaisille välittyy tunne siitä, että henkilökunta arvostaa heidän läsnäoloaan. Läheiset koetaan usein vaativiksi eikä tiedetä miten heihin pitäisi suhtautua. Läheisten mukana olo kuolevan potilaan hoidossa on tärkeä asia, mutta ei välttämättömyys hyvän saattohoidon toteutumiseksi. (Heikkinen ym. 2004, 71.)

Kuolevan hoidon korkeatasoisuutta voidaan mitata myös sillä perusteella, miten omaiset otetaan mukaan hoidon kokonaisuuteen. Omaiset tarvitsevat tukea omalle ahdistukselleen, hämmennykselleen ja surulle. Omaiset luopuvat ja surevat omalla tavallaan. (Grönlund ym. 2008, 93-94.)

Saattohoidon päätepiste on kuolema. Pyrkimyksenä on, että kuolema on mahdollisimman oireeton ja turvallinen. Sairaalassa kutsutaan omaiset paikalle kun potilaan kunto alkaa heiketä. Omaiset ovat yleensä paikalla saattohoitopotilaan kuollessa. Kuoleman jälkeen on varattu aikaa myös muille omaisille käydä jättämässä jäähyväiset vainajalle. Hoitohenkilökunnalla on auttajan rooli luopumisen tukemisessa. Surevia autettaessa tärkeimpiä asioita ovat surevan surukokemuksen ymmärtäminen ja luopumisen huomioiminen. (Hänninen 2006, 48-51; Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 145.)

3.2 Saattohoito työntekijän näkökulmasta

Suurin osa saattohoitopotilaista kuolee sairaalan tai terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla, jossa noudatetaan myös saattohoidon periaatteita. Käytännössä kuitenkin saattohoitopotilas voi jäädä ilman erityistä huolenpitoa ja läsnäoloa, jota hän tarvitsee, sillä henkilökuntaa voi olla liian vähän tai heillä on liian kiire. Omahoitajan nimeäminen potilaalle voi auttaa saattohoitopotilaan tarpeiden huomioon ottamisessa. Omaisten arvioimana kuolevan potilaan hyvää hoitotoimintaa oli potilaan perustarpeista huolehtiminen, kuunteleminen ja keskustelu, empaattinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, omaisten saama tieto, potilaan oman tahdon sekä ihmisarvon kunnioittaminen. (Heikkinen ym., 2004, 103 -105; Raatikainen, Miettinen & Karppi 2000.)

Saattohoitotyössä on mielekästä käyttää tiimityöskentelyä, sillä laadukas toiminta edellyttää eri asiantuntijoiden taitojen, kokemuksen ja osaamisen yhdistämistä. Yksittäisen työntekijän ei tarvitse eikä hän edes hallitse kaikkea sitä mitä kuolevan potilaan hoito vaatii. Tiimissä jokaisella on vastuuta ja tehtäviä, ja jokainen myös osallistuu päätöksentekoon. Kuoleva potilas tarvitsee vierelleen tutun hoitotiimin ja tiimissä mukana olevat turvaavat hänelle hyvän kokonaisuuden. Tiimityöskentely myös mahdollistaa työntekijöiden keskinäisen tuen. Siten potilastyön aiheuttama ahdistus voidaan jakaa. (Heikkinen ym. 2004, 126-129.)

Saattohoito vaatii ammattitaitoa ja yhteistyötä. Saattohoitoa antavilta yksiköiltä vaaditaan valmiuksia ja koulutettua ammattitaitoista henkilökuntaa. Hoitohenkilökunnalla tulee olla valmiudet hoitaa potilaiden oireita sekä valmiudet vastata potilaiden ja läheisten emotionaaliin reaktioihin ja tiedon tarpeeseen. Potilaan niin toivoessa myös hengelliset kysymykset huomioidaan ja pyritään antamaan niihin vastauksia. Tarvittaessa voidaan pyytää sairaalappapia tai potilaan oman kirkkokunnan tai uskonnollisen yhteisön työntekijää potilaan luo. (Saattohoito 2004.)

Saattohoitoa antavissa yksiköissä tulee olla riittävä määrä koulutettua henkilöstöä hoidon hyvään toteuttamiseen. Lisä- ja jatkokoulutuksella ja jatkuvalla työnohjauksella voidaan turvata työntekijöiden ammattitaito ja jaksaminen. Saattohoitoa antavan yksikön pitää laatia ohjeet vainajien käsittelystä, kuljetuksesta ja omaisten huomioon ottamisesta kuolemantapauksen jälkeen. (Saattohoito 2004.)

Vainion ja Hietasen (1998, 216) mukaan saattohoidon kehittäminen sairaalassa tulisi aloittaa siten, että hyödynnetään jo valmiiksi olemassa olevia resursseja ja organisaatioita. Henkilö-

kuntaa tulisi kouluttaa. Osaston viihtyisyyteen tulisi kiinnittää huomiota. Keskustelut tulisi pystyä käymään rauhallisessa tilassa. Ajankäyttöä tulisi suunnitella siten, että saattohoitopotilaita ja heidän perheenjäseniään varten olisi käytettävissä jonkun henkilökunnan jäsenen aikaa silloin kuin se on tarpeen.

Hoitohenkilökuntaa varten tulisi laatia erilaisia hoito-ohjeita koskien esim. kipua, infektoita ym. hoidon tehostamiseksi. Saattohoitopotilaiden ja heidän perheiden ongelmien tulisi käsitellä monialaisissa kokouksissa esim. kerran viikossa. Omaisia tulisi ottaa mukaan hoitoon ja hoitoyhteisöön. Osaston rutineja tulisi muuttaa joustavammiksi ja siten mahdollistaa saattohoitopotilaiden vaatima erilainen hoito. Vapaaehtoistyövoiman käyttö tulisi ottaa mukaan saattohoitopotilaiden ja heidän perheiden hyväksi. Hätisen mukaan omaiset ovat tärkeitä toimijoita virallisen järjestelmän ohella. Kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää hänen mukaansa omaisten huomioimista osana hoitoa. On tärkeää ottaa omaiset mukaan vanhuksen hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Yhteistyön kehittäminen hoitohenkilöstön, vanhuksen ja omaisten kanssa voi parantaa myös koettua hoidon laatua. (Vainio & Hietanen 1998, 216; Hätinä 2007, 61.)

Lipposen mielestä potilaan tahdon toteutuminen on vahvasti sidoksissa omahoitajuuteen. Hoitosuhde on dialoginen ja perustuu luottamukseen. Tämä vaatii hänen mukaansa hoitohenkilökunnalta toimivan omahoitaja-potilassuhteen merkityksen entistä syvällisempää tiedostamista. Jatkuva kuoleman kohtaaminen voi kuormittaa hoitajaa ajan oloon siten, että hoitamisesta tulee rutiniä. Hoitajien jaksamisen ja käytännön hoitotyön toimivuuden kannalta on välttämätöntä, että hoitajat saavat tukea toinen toisiltaan. Hoitotyön johtaja voi omalta osaltaan auttaa hoitohenkilökuntaa jaksamaan esim. työnohjauksen ja koulutuksen avulla. (Lipponen 1997, 72.)

3.3 Hoidon laatu iäkkään saattohoidossa

Hyvän hoidon ja palvelun tavoitteena on hyvän elämänlaadun turvaaminen. Asiakkaita kunnioittava kohtaaminen, asiakaslähtöisyys, kuntouttava työote ja saumattomuus ovat laatupeeriaatteita, joita sovelletaan eri toimintaympäristöissä. Jokaiselle kuuluu oikeus hyvään ja arvokkaaseen kuolemaan. Se sisältää aina hyvän perushoidon ja kivuttomuuden, sekä tilanteeseen kuuluvan arvokkuuden ja ainutkertaisuuden. Hoitavan henkilökunnan sanat ja teot tuovat esiin työntekijän ja työyksikön ammattitaidon määrän ja laadun. Ikääntyneen kuolevan

ihmisen hoidon perustana on turvallinen hoitoympäristö, jossa häntä hoitavat tutut ja ymmärtävät hoitajat. Hoidossa huomioidaan elämyksellisyys ja elämän kulku sekä potilaan arvomaailman kunnioitus. Omaisen huomioiminen ja tukeminen hänen surutyössään kuuluvat arvokkaaseen kuolemaan. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 115, 181.)

Hyvä laatu on jokaisen työntekijän, mutta ennen kaikkea organisaation johdon vastuulla. Laatu rakentuu osaksi jokapäiväistä toimintaa. Korkeatasoinen laatu edellyttää jatkuvaa, pitkäjänteistä ja suunnitelmallista työtä. Laadunhallintamenetelmien tulee olla yksinkertaisia ja selkeitä, arjen käytäntöihin sopivia ja arviointikelpoisia. Laatu on ikääntyneen ihmisen hyvää elämänlaatua, osallistumista ja omien voimavarojen käyttöä sekä hoidon ja avun saantia tarpeita vastaavasti. Tällöin huolehditaan myös voimavarojen riittävydestä ja laadusta, hyvästä johtamisesta ja työntekijöiden ja työyhteisön hyvinvoinnista. Hoidon ja palvelun hyvä laatu toteutuu moni ammatillisena yhteistyönä. (Stakes 1999; Voutilainen ym. 2002, 3-4.)

Hoito-yhteisössä tarvitaan arviointia siitä, miten saattohoito-osaaminen on kehittynyt. Arvioinnin perustana on se toimintamalli, millä yksikössä hoidetaan kuolevia potilaita. Hyvää saattohoitoa toteuttaessa on tärkeää muun muassa toteuttaa potilaan yksilöllisiä tarpeita ja lievittää hänen oireitaan. Hoito-yhteisössä myönteinen asenne ja rohkaiseva tuki omahoitajaa kohtaan kertovat saattohoitotyön arvostuksesta. Arviointia tehtäessä löydetään ne kohdat, jotka eivät toteudu tai toteutuvat huonosti. Terhokodin kouluttajan mielestä pelkkä käytännön olosuhteiden järjestäminen ei vielä takaa saattohoidon laatua. On tärkeää kartoittaa yleiset saattohoidon kriteerit ja asettaa ne tarkasteltavana olevaan työyhteisöön etsien siten kehittämistä vaativia kohteita. Organisaatio, sen rakenteet ja tunneilmasto sekä fyysinen ympäristö tukevat hoidon kehittämistä ja toteuttamista. (Heikkinen ym. 2004, 53, Snellman 2008.)

Asiakaslähtöisyys on laadunhallinnan painopiste ja keskeinen haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laadukkaan palvelun edellytyksiä ovat ammattikoulutettu ja riittävä henkilökunta sekä asianmukaiset tilat ja välineet. Lait ja määräykset eivät vielä takaa hyvää laatua vaan ne tukevat hyvää palvelua. Laadunhallinnassa on tärkeää, että toiminnasta ja tuloksesta saadaan riittävästi monipuolista tietoa, jonka avulla voidaan toimintaa kehittää eteenpäin. (Stakes 1999.)

Vanhuksella on oikeus saada hoitotarpeensa arvioituksi, tulla kuulluksi ja hoidetuksi kokonaisvaltaisesti. Ammattihenkilöiden arvioidessa vanhuksen tilannetta on oireiden ja sairauksien lisäksi otettava huomioon vanhuksen terveyshistoria, sosiaalinen ympäristö ja tilanteen

ennuste. Sen lisäksi on arvioitava muisti, mieliala, elämänarvot, henkiset ja hengelliset tarpeet sekä vanhuksen läheisverkosto (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

Terveystieteiden palvelujen laatua voidaan arvioida eri tavoilla. Hoitotyön laadun arviointia on tehty esimerkiksi arvioimalla hoitajan toimintaa tai mittaamalla potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Viime vuosina on kehitetty eri organisaatioissa mittareita, joissa potilaiden ja heidän omaistensa näkemykset hoidon laadusta tulisivat esille. Potilaan tai läheisten tyytyväisyys hoitoon ei voi kuitenkaan olla ainoa mittari, jolla mitataan hoidon laatua. Vanhustenhoitoa arvioidessa tulee myös paneutua hoidon vaikuttavuuden käsitteeseen ja myös arvioida kustannuksia suhteessa hoidon tulokseen. Pitkäaikaista laitoshoidoa arvioidessa tällainen lähestymistapa ei ole kovin yleistä. Kuitenkin pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhuksen jäljellä olevien voimavarojen tai edes osittaisen toimintakyvyn säilyttäminen voidaan katsoa hyväksi tuloksiksi. Ne ovat suorassa yhteydessä resurssien mielekkääseen käyttöön ja hoidon kustannuksiin. Ennen kaikkea ne ovat suorassa yhteydessä hoidettavan elämänlaatuun (Puumalainen 2000, 121.)

Asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas on hoidon ja palvelun laadun suhteen kokija, kontrolloija, konsultti ja kehittäjä. Siihen tulisi hoito- ja palvelujärjestelmän antaa mahdollisuus. Asiakkaat voivat tuoda julki kokemuksiaan tyytyväisyysmittausten avulla ja hoitoon tai palveluun tyytymätön asiakas voi tehdä suullisen tai kirjallisen muistutuksen. Asiakas voi laadun kehittäjänä osallistua aktiivisesti oman hoitonsa laadun kehittämiseen siten, että asettaa laatuvaatotteita omalta osaltaan, suunnittelee hoidon ja palvelun toteutusta ja osallistuu oman hoitonsa arviointiin (Voutilainen 2002, 40.)

Hoitohenkilöstöllä tulee olla muodollisen kelpoisuuden lisäksi (sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus) soveltuvuus pitkäjänteisyyttä edellyttävään vanhustyöhön. Työn tulee tapahtua ammattitaitoisesti ja turvallisesti ja henkilöstön tulee saada riittävästi täydennyskoulutusta. Hoito tulee olla palvelu- ja hoitosuunnitelmaan perustuvaa yksilöllistä hoitoa. Jokaiselle asiakkaalle tehdään yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelma on laadittava yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa. Omaisten kanssa tehtävän yhteistyön tulee olla suunniteltua ja toimivaa. Hoitohenkilöstö ei aina pysty toteuttamaan hoidon laatua niin hyvin kuin he haluaisivat. Hoidon laadun toteuttamista estävät muun muassa kiire ja riittämätön henkilökuntamäärä. Keskeinen perusta hyvälle hoidon laadulle on käytännön hoitotyötä tekevän henkilöstön henkilökohtaiset voimavarat. Johtajien olisi huomioitava työntekijöiden yksilölliset tiedot, taidot ja voimavarat ja pyrittävä kehittämään niitä (Harjula 2007; Kvist 2004, 172.)

Laatua ja tuottavuutta tulisi tarkastella yhtäaikaaisesti, avoimesti ja rohkeasti myös hoivapalveluissa. Laatu ja tuottavuus ovat hänen mukaansa kaiken palvelutuotannon osa-alueita. Päätöksenteossa ja käytännön hoitotyössä tulisi arvioida vanhusten laitoshoidtoa niin hoidon laadun, vaikuttavuuden kuin palvelutuotannon tehokkuudenkin näkökulmasta. Laineen mukaan tuotannollinen tehokkuus ja hoidon laatu saatetaan kokea ristiriitaisina tavoitteina ja palvelutuotannon tehokkuuteen ja tuottavuuteen liittyvät pyrkimykset jopa epäeettisinä. Hänen mukaansa tuotannollista tehokkuutta ja sen tavoittelemista ei kuitenkaan tulisi pitää arveluttavana, vaan pikemminkin välttämättömänä tavoitteena voimavarojen tehokkaan käytön saavuttamiseksi (Laine 2005, 83.)

Asiakaslähtöisyys tulee ilmetä omahoitajatoiminnassa ja asiakaskohtaisissa (manuaalisissa tai sähköisissä) hoitosuunnitelmissa. Hoitosuunnitelman tulee ilmaista asiakkaan palvelujen tarve, palvelulle asetetut tavoitteet ja keinot, joilla niihin pyritään. Suunnitelmassa edellytetään turvallisuuden ja kuntouttavan työotteen laatukriteerien osoittamista. Turvallisuuden laadullisuus suunnitellaan ja toteutetaan muun muassa sairaanhoidollisten ja lääkinnällisten toimintojen kuvauksina, infektioiden ja mahdollisten ongelma- ja vaaratilanteiden ehkäisemisenä, hallinnalla ja tilastoinnilla. Nämä toimintatavat tulee näkyä yksikön toimintakäsikirjassa. Turvallisuuden kokemusta edistää vakinaisen henkilöstön pysyvyys. Se kertoo myös osaltaan työilmapiiristä. Palautejärjestelmä on yksi laatukriteeri. Palautetta kerätään työyhteisöltä ja vanhusten ja omaisten keskuudesta. Toimintaa kehitetään ja kehittämistä arvioidaan (Harjula 2007.)

Terhokodin koulutusvastaavan mielestä hoidon toteuttajien, hoitohenkilökunnan valmiudet ja kehittämisohjelma (koulutus, työnohjaus ja käytännön tuki), sisältyvät laatuvaatimuksiin. Työntekijöiden avoin ja salliva suhtautuminen hoitokäytäntöjen tutkimiseen ja kehittämiseen tuottaa hoidon laatua. Saattohoidon laatua voidaan rakentaa kehittämällä potilas- ja omaistyötä. Yhtä tärkeää on hoitohenkilökunnan oikeanlainen tukeminen. (Snellman, henkilökohmainen tiedonanto 15.8.2008.)

Korkean ammattitaidon ja eettisyyden omaavat hoitotyön tekijät tuottavat yhteisöllistä ja laadukasta hoitotyötä, jos se mahdollistetaan heille hallinnollisin keinoin. Hoitajille tulisi suoda mahdollisuus vastuulliseen ja itsenäiseen hoitotyöhön tasavertaisena työyhteisön jäsenenä. Kun yhteisössä työskentelevät eri alan ammattilaiset kokevat kunkin työntekijän työn arvokkaaksi, se mahdollistaa yhteisöllisyyden voimavaran. (Näslindh-Ylispangar 2005, 155.)

3.4 Ikääntyvän laitoshoido

Laitoshoido toteutetaan sairaaloissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa. Laitoshoido voi olla lyhyt- tai pitkäaikaista. Lyhytaikainen laitoshoido vastaa äkilliseen tilapäistarpeeseen, tai se voi toimia suunnitellusti lyhytaikaisina kuntoutusjaksoina, sekä omaishoitajan vapaapäivien sijaistuspaiikkana. Laitoshoido tuottavat julkisen sektorin lisäksi yksityiset palveluntuottajat tai kolmanteen sektoriin luettavat palvelujen tuottajatahot(Harjula 2007.)

Laitoshoido on kohdistettu vanhuksille, jotka tarvitsevat 1-2 hoitajan apua päivittäisissä toiminnoissaan jatkuvasti ja eivät tule toimeen yksin mihinkään vuorokaudenaikaan. He tarvitsevat myös öisin apua. Hoidettavien RAVA tulee olla yli 3.00. Tästä voidaan poiketa vain erityistapauksissa ja silloin päätöksen tekee viranomainen SAS-työryhmän suosituksesta. Vanhuksen yksilöllisen hoivan tarve on yli 80 tuntia kuukaudessa ja sisältää välittömän ja välillisen hoivapalvelun sekä ryhmätoiminnot(Harjula 2007.)

Laitos on monille vanhuksille viimeinen koti. Laitoshoidon tulisi tarjota vanhukselle sama, mitä hän voisi kokea omassa kodissaan. Siis turvallisuutta, viihtyisyyttä ja mahdollisuutta elää haluamallaan tavalla. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa voidaan yksilöllistä hoitoa edistää yksilövastuisen hoitotyön kehittämisen ja syventämisen avulla. Hoidon sisällön ja laadun kehittyminen edellyttää vanhusten hoidossa toimivilta asiantuntijuutta, johon nykyinen koulutusjärjestelmä antaa mahdollisuuden. Hoitotieteellinen tutkimus tuottaa sovellettavaa tietoa vanhustenhoidosta. Tutkimustuloksia tulisi integroida hoitokäytäntöön ja johdon tulisi myös tukea sitä työtä. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittymisen avulla paranevat hoidon vaikuttavuus ja laatu. Tällä vaikutetaan myös siihen että rutiininomaiset hoitoratkaisut vähenevät (Puumalainen 2000, 116.)

Sairaanhoitajan palvelut tulee olla saatavilla myös yöaikaan. Sairaanhoitajan läsnäoloa ympäri vuorokauden ei edellytetä, mutta ne on järjestettävä muuten esimerkiksi ostopalvelumahdollisuutena tai muun yksikön tai yksityisen tuottamana. Tämän tarkoituksena on välttää mahdollisimman pitkälle asiakkaan edestakaisia siirtoja eri yksiköiden välillä. Hoitohenkilökunnalta edellytetään asiakkaan tilan muutosten ammatillista havaitsemista, päätöksentekokykyä asiakkaan tarpeista siirtyä päivystyksenä esimerkiksi terveyskeskukseen (Harjula 2007.)

Hyvän laitoshoidon perusta on ikäihmisen oikeus itsenäisyyteen, osallistumiseen, itsensä toteuttamiseen, hoitoon ja huolenpitoon sekä arvokkuuteen. Näiden oikeuksien toteutuminen

tarkoittaa sitä, että ikääntynyt saa riittävästi tietoa osallistuakseen oman hoitonsa suunnitteluun ja sen arviointiin. Hän saa valinnan mahdollisuuksia päivittäisten toimintojen yhteydessä ja tukea ja rohkaisua omatoimisuuteen. Ikääntynyt saa apua siinä, mistä hän ei itse selviydy. Hän saa mielekästä aikuisen ihmisen minäkuvaa tukevaa toimintaa joka päivä ja yksityisyyttä turvaavan kohtelun hoitotoimintojen yhteydessä (Voutilainen ym. 2002, 115.)

Vanhusten hoitotyö laitoksissa edellyttää jatkuvaa tieteellistä arvioivaa tutkimusta, sekä kriittistä keskustelua. Vanhusten hoitotyön laatua mitattaessa on syytä kehittää menetelmiä, jotka yhtenäistävät laadukkaan hoitotyön käytäntöjä. Hoitotyön päätöksenteossa tulisi aina olla mukana asiakas itse, hänen lähin edustajansa ja hoitava lääkäri. Tavoitteena on toimia samassa linjassa eri toimijoiden, asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Silloin visio on yhteneväinen, samansuuntainen ja kaikilla tiedossa (Noppari 2005, 153.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYS JA MENETELMÄ

4.1 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista on laitoksessa olevan iäkkään laadukas saattohoito. Tavoitteena oli iäkkään saattohoidon kehittäminen Hoivaosasto Tanelissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä oli:

1. Millaista on laitoshoidossa olevan iäkkään asukkaan laadukas saattohoito?

4.2 Benchmarking- menetelmä

Tuomisen (1999,226) mukaan Benchmarking on jatkuva ja järjestelmällinen prosessi, jossa mitataan ja analysoidaan tuotteiden, palvelujen ja prosessien suorituskykyä. Näitä verrataan parhaisiin käytäntöihin, opitaan niistä ja käytetään hyödyksi oman toiminnan kehittämisessä. Arkikielellä sanottuna Benchmarking on oivallus olla tarpeeksi nöyrä havaitakseen, että joku muu on parempi jossain ja olla tarpeeksi viisas oppiakseen, kuinka saavuttaa sama taso ja jopa ylittää se.

Benchmarking – prosessi koostuu useista eri vaiheista alkaen benchmarkingin toteuttamistavan määrittelystä, kerättävän tietotyypin valitsemisesta ja sellaisten analyysimetodien valitsemisesta, joiden avulla voidaan informoida tuloksista ja tulosten perusteella voidaan kehittää kyseessä olevan organisaation toimintaa. (Fagerström & Rauhala 2003, 11.)

Termi Benchmarking voidaan suomentaa usealla eri tavalla. Niitä ovat vertailujohtaminen, vertailukehittäminen, poikittaisvertailu ja kumppanuusvertailu. Benchmarking -menetelmällä voidaan vertailla vastaavien toimintayksiköiden toimintaa keskenään ja tulosten perusteella voidaan tehdä tiettyjä jatkotoimia. Toimintaa kehitetään ja vertaiselta opitaan. Benchmarking on jatkuva, järjestelmällinen prosessi, jossa seurannan ja vertailun eri organisaatioissa mahdollistavaa tietoa tuotetaan ja analysoidaan palvelujen ja toimintaprosessin kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin. Vertailu sinänsä ei johda mihinkään, ellei tulosten perusteella tehdä päätelmiä toiminnan parantamiseksi (Perälä 2007,13; Junnila 2004,39.)

Kehittäminen voi sisältää myös vertaiskäyntejä johonkin vertailtavaan toimintayksikköön, jossa tarkastellaan tarkemmin toimintaa, hoitoa/palveluja, toimintaprosessia tai henkilöstön osaamista. Benchmarking perustuu tietoon, joka määrällisesti ilmaisee kehittämistarpeet. Toisaalta se perustuu tietoon, joka määrittelee, minkälaista kehittämistä tarvitaan. Ensiksi valitaan hoitotyön alueet, jotka ovat toiminnan kannalta keskeisiä ja joille tunnuslukuja muodostetaan. Tunnuslukuvertailun kehittäminen edellyttää valmistelevia toimenpiteitä. Vertailtavaa toimintaa kuvaavia keskeisiä kriteerejä nimetään valitulta alueelta, kerätään tietoja samoin perustein. Tietoja muokataan ja tunnuslukuja testataan ennen varsinaisen vertailukehittämisen käynnistämistä. Vertailtavien toimintayksiköiden valinta tehdään sen mukaan, että tunnuslukujen vertailu on mahdollista ja tarkoituksenmukaista. Benchmarking -toiminnalle (esikuva-arviointi, ennätystasovertilu) ominaista on etsiä huipputaso organisaatio ja arvioida sen toimintatapaa. Tämän avulla pyritään löytämään itselle sellaisia ratkaisuja, jotka vievät kehitystä eteenpäin. (Hellstén, Outinen & Holma 2004, 12 ;Perälä, Junttila & Toljamo 2007, 13.)

4.2.1 Kehittävä vertaiskäynti -toimintamalli

Kehittävällä vertaiskäynnillä tarkoitetaan samaan ammattiryhmään kuuluvien, samanlaisten työyksiköiden, tai saman työalueen parissa työskentelevien kesken tapahtuvaa työn kehittämistä. Keskeinen osa tässä on vierailu- tai tutustumiskäynti. Toimintamalli palvelee työyksiköjä erityisesti siinä vaiheessa, kun laadun kehittämistyötä on jo tehty yksikön sisällä. Työyksikössä halutaan verrata omaa toimintaa muiden yksiköiden toimintaan ja käynnistää kehittämistyö vertaiskumppanin kanssa. Vertaiskäynti edellyttää valmiutta oppia toisilta ja jakaa myös omia oivalluksia. Työyhteisön tulee tarkastella omaa tilannettaan ennen menetelmän käyttöä (Hellstén 2004.)

Kehittävä vertaiskäynti on lähinnä vertaisarviointia, johon liittyy kiinteänä osana itsearviointi. Täytyy tuntea ensin oma toiminta ennen kuin voi hakea kehittämisideoita muilta. Kehittävä vertaiskäynti eroaa Benchmarking-toiminnasta siinä, että arviointikumppani on vertainen, joka on kiinnostunut samanlaisten asioiden kehittämisestä, eikä paras mahdollinen esimerkki. Kumppani valitaan oman organisaation ulkopuolelta. Keskeistä on oman toiminnan näkyväksi tekeminen muille. Omaa toimintaa arvioi ulkoinen arvioija, joka ei kuitenkaan anna mitään arviota tai lausuntoa, vaan toimii tasaveroisena kehittäjänä (Hellstén 2004.)

Kehittävän vertaiskäynnin tuloksellinen toteuttaminen edellyttää kehittämiskohteen kuvaamista ja muistilistan laatimista vierailukäyntiä varten. Oma kehittämiskohde tuodaan näkyväksi erilaisten prosessikuvausten, toimintaohjeiden tai mittaustulosten avulla. Kehittämiskohteen analysointi on mahdollista vasta sitten, kun kohde on tehty näkyväksi. Ensin tehdään itsearviointia ja vasta sitten vertaisarviointia. Näissä käytetään kriteerejä, joiden avulla arviointi voidaan tehdä systemaattisesti. Kriteerit voi tehdä itse tai käyttää valmiita malleja. Käytettävien kriteerien valinta perustuu aina vertaiskäynnin kehittämiskohteeseen ja kehitettävänä olevaan asiaan. Oman toiminnan kuvaaminen ja itsearviointi nostavat esiin omat vahvuudet ja heikkoudet. Niiden perusteella mietitään, mitä vastauksia vertailukäynnillä haetaan. Kysymykset tai keskustelun aiheet kirjataan ja lähetetään etukäteen vierailupaikkaan. Käynnin aikana edetään sen mukaan ja varmistetaan asiassa pysyminen ja tehokas ajankäyttö (Hellstén 2004.)

4.2.2 Kehittävä vertaiskäynti Haukiputaan terveyskeskukseen

Kehittävä vertaiskäynti-malli etenee tietyn prosessin mukaan. Ensin valitaan kehittämiskohde. Sen jälkeen valitaan vertaiskumppani ja otetaan häneen yhteyttä. Ennen vierailukäyntiä valmistellaan tuleva käynti huolellisesti. Vertailtava kohde määritellään ja kuvataan tarkasti. Itsearvioinnin avulla tarkistetaan, miten kyseinen asia omassa yksikössä toteutuu. Laaditaan kysymyslista asioista, joihin halutaan saada vastauksia. Vierailukäynnillä tehdään kysymyksiä etukäteen laaditun kysymyslistan pohjalta. Käynnin jälkeen arvioidaan sen tuomaa antia. Tuloksia hyödynnetään oman toiminnan kehittämässä. Omassa toiminnassa toteutetaan sovitut parannukset ja arvioidaan toiminnan muutoksia.

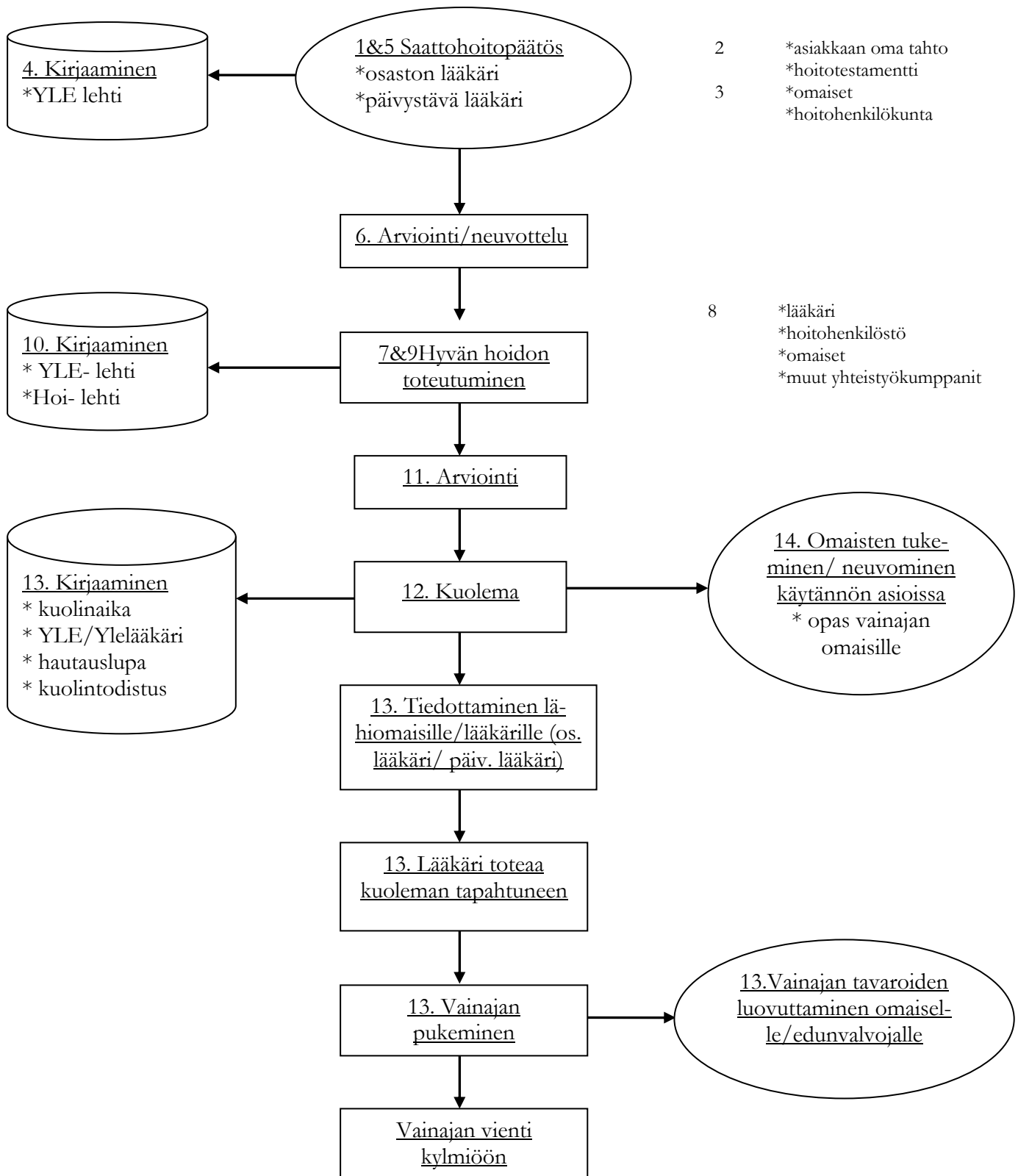
Valitsin kehittämisen kohteeksi omassa työyksikössäni saattohoidon, koska olen pitkään työskennellyt iäkkäiden hoitotyössä ja näen asian tärkeänä. Kehittävä vertaiskäynti oli asiana uusi, mutta palveli hyvin opinnäytetyössäni. Selvitin aluksi, miten saattohoitoa tehdään Hoi-vaosasto Tanelissa tällä hetkellä. Saattohoito on esitetty vuokaaviona (kuvio 2) ja sanallisesti. Tarkastelin saattohoitoa myös SWOT -analyysin avulla. Halusin tietää, miten saattohoito oikeasti toteutuu. Aikaisemman kehittämistyön aikana saatiin aikaan ohjeistus saattohoidon toteuttamiseksi, mutta minkäänlaista arviointia sen toteutumisesta ei ole tehty.

Tarkastelussa löysin useita vahvuuksia, jotka mahdollistavat hyvää saattohoitoa. Osastolla ei tällä hetkellä hoideta asukkaita ylipaikoilla ja tilat antavat siten mahdollisuuden järjestää rauhallinen huone saattohoitopotilaalle ja omaisille. Osastolla työskentelee muutamia hoitajia, jotka ovat tehneet pitkään vanhustyötä ja käytännön tuomaa tietotaitoa on olemassa. Osasto on fyysisesti terveyskeskuksen yhteydessä toimiva yksikkö, joten kivunhoito on turvattu ympärivuorokautisesti. Vuorokaudenajasta riippumatta on aina mahdollisuus saada esimerkiksi lääkäripalveluja. Osa asukkaista viipyy osastolla pidempään ennen kuolemaa, joten heidät ja heidän omaisensa oppii tuntemaan. Tämä auttaa myös saattohoidossa, sillä hoitaja näkee asukkaasta hänen mahdolliset kipunsa ja muut tarpeensa, jos vain haluaa niitä tulkita. Asukkaat eivät itse kykene ilmaisemaan enää omia tunteuksiaan, sillä osa heistä ei kykene enää sanalliseen kommunikaatioon.

Osastolla tehtävässä saattohoidossa on monia heikkouksia. Osaston henkilökunta vaihtuu usein. Vaihtuvuus hankaloittaa dementoituvien asukkaiden parissa työskentelyä, koska he reagoivat uusiin ihmisiin. Työntekijät eivät aina osaa tulkita kuolevan potilaan tarpeita. Nuorilla hoitajilla voi olla arkuutta kohdata saattohoitopotilas ja hänen omaisensa. Hoitajat eivät aina noudata yhdessä sovittuja hoitolinjoja. Osa sitoutuu hoitoneuvottelussa sovittuihin hoitolinjoihin, mutta osalle hoitajista ne voivat tuottaa ahdistusta ja niistä voi tulla ristiriitaitilanteita hoidon aikana. Osa omaisista ei pidä yhteyttä osastolla olevaan asukkaaseen ja ne, jotka pitävät, koetaan joskus haastaviksi omaisiksi.

Uhkana laadukkaan saattohoidon toteuttamiselle omalla osastollani on mielestäni henkilöstöresurssien supistaminen ja kouluttamattomien työntekijöiden käyttäminen hoitotyöhön. Tämä aiheuttaa hoitohenkilökunnassa väsymistä, eikä laatutyöhön enää jakseta panostaa. Jos henkilöstön määrä riittää vain perushoidon toteuttamiseen, ei voida olettaa, että laadukasta saattohoitoa pystyttäisiin sen lisäksi toteuttamaan. Omahoitajan on voitava irrottautua osaston muusta hoitotyöstä oman potilaansa saattohoitoon. Hoitohenkilökunta ei välttämättä koe saattohoitoa sellaiseksi asiaksi, johon tulisi hakea lisäkoulutusta ja jota tulisi johdonmukaisesti kehittää.

Saattohoidon kehittämiseen on mahdollisuuksia, jos niitä halutaan hyödyntää. Saattohoitoon on tarjolla lisäkoulutusta ja tutkimustietoa. Nämä tukevat omalta osaltaan kehittämistyötä. Jokaisella yksiköllä on mahdollisuus kehittyä omassa työssään, jos vain motivaatiota ja tahtoa löytyy.



Kuvio 2 Iäkkään saattohoito Hoivaosasto Tanelissa

Kun asiakkaan voinnissa tapahtuu muutos huonompaan suuntaan, osastolta otetaan yhteys osaston lääkäriin tai päivystävään lääkäriin, joka tekee tarvittaessa saattohoitopäätöksen. Saat-

tohoitopäätös tehdään silloin, kun potilaan tilanne on huonontunut, eikä ole lääketieteellisesti parantavaa hoitoa. (Kuviossa 2 osa-alueet 1 ja 5)

Päätös kirjataan lääkärin toimesta potilaan papereihin YLE- lehdelle. Lääkäri kirjaa potilas-papereihin tekemänsä hoitopäätöksen ja jatkohoito-ohjeet. Asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa keskustellaan tutkimuksellisista ja hoidollisista vaihtoehtoista mahdollisuuksien mukaan ennen saattohoitopäätöstä. Saattohoitopäätöstä tehtäessä huomioidaan mahdollinen hoitotestamentti tai potilaan muuten ilmaisema oma tahto. Omaiset voivat halutessaan ottaa yhteyttä osaston lääkäriin. Asiakkaan saattohoitoa arvioidaan päivittäin ja tarvittaessa neuvotellaan lääkärin ja omaisten kanssa. (Kuviossa 2 osa-alueet 2,3,4 ja 6)

Hyvän hoidon toteutumista pyritään edistämään siten, että asiakkaan ja hänen omaistensa toiveet huomioidaan. Huonejärjestelyjä pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Asiakas saa tarvitsemansa ja toiveidensa mukaisen perushoidon ja huolenpidon sekä hyvän kivunhoidon saattohoidon eri vaiheissa. Erityistoiveet pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Saattohoidossa huomioidaan asiakkaan vakaumus. Tarvittaessa voidaan kutsua asiakkaan luo oman uskontokunnan edustaja tai joku muu läheinen. Osastolla pyritään siihen, että asiakas saa jatkuvaa huolenpitoa ja läheisten tai hoitajan läsnäoloa kuoleman läheisyydessä. Omaiset voivat halutessaan olla potilaan luona vuorokaudenajasta riippumatta. Jos omaisilla ei ole mahdollisuutta olla potilaan luona, omaisten kanssa ollaan yhteydessä aktiivisesti heidän niin halutessaan. Yhdyshenkilönä on yksi omainen. Asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja huolenpitoon liittyvää tietoa kirjataan päivittäin KHTOTS-lehdelle hoitajien toimesta ja lääkäri kirjaa tarvittaessa Yle-lehdelle. Hoitoa arvioidaan suunnitelmallisesti hoitohenkilökunnan kesken. Kuoleman kohdatessa tarvittavat toimenpiteet hoidetaan rauhallisesti ja arvokkaasti. (Kuviossa 2 osa-alueet 7,8,9,10,11 ja 12)

Potilaan kuolemasta tiedotetaan lähiomaiselle ja lääkärille. Lääkäri käy toteamassa potilaan kuoleman ja kirjaa Yle-lehdelle asian. Lääkäri kirjoittaa hautausluvan ja kuolintodistuksen. Hoitajat kirjaavat kuolinajan ja muut asiaan liittyvät seikat KHTOTS-lehdelle. Vainaja puetaan kuolinasuun vainajaa kunnioittavalla tavalla. (Kuviossa 2 osa-alue 13)

Omaiset voivat halutessaan osallistua vainajan pukemiseen ja esittää toivomuksia. Omaisilla on mahdollisuus jättää rauhassa jäähyväiset vainajalle. Omaisille annetaan ohjeita käytännön järjestelyistä ja heille luovutetaan vainajan tavarat. Vainajaa pidetään osastolla kaksi tuntia, jonka jälkeen hänet siirretään sairaalan kylmiöön. Omaisten toivomuksesta osaston henkilökunta osallistuu vainajan arkkuun laittamiseen ja kutsuttuna siunaus- ja muistotilaisuuteen.

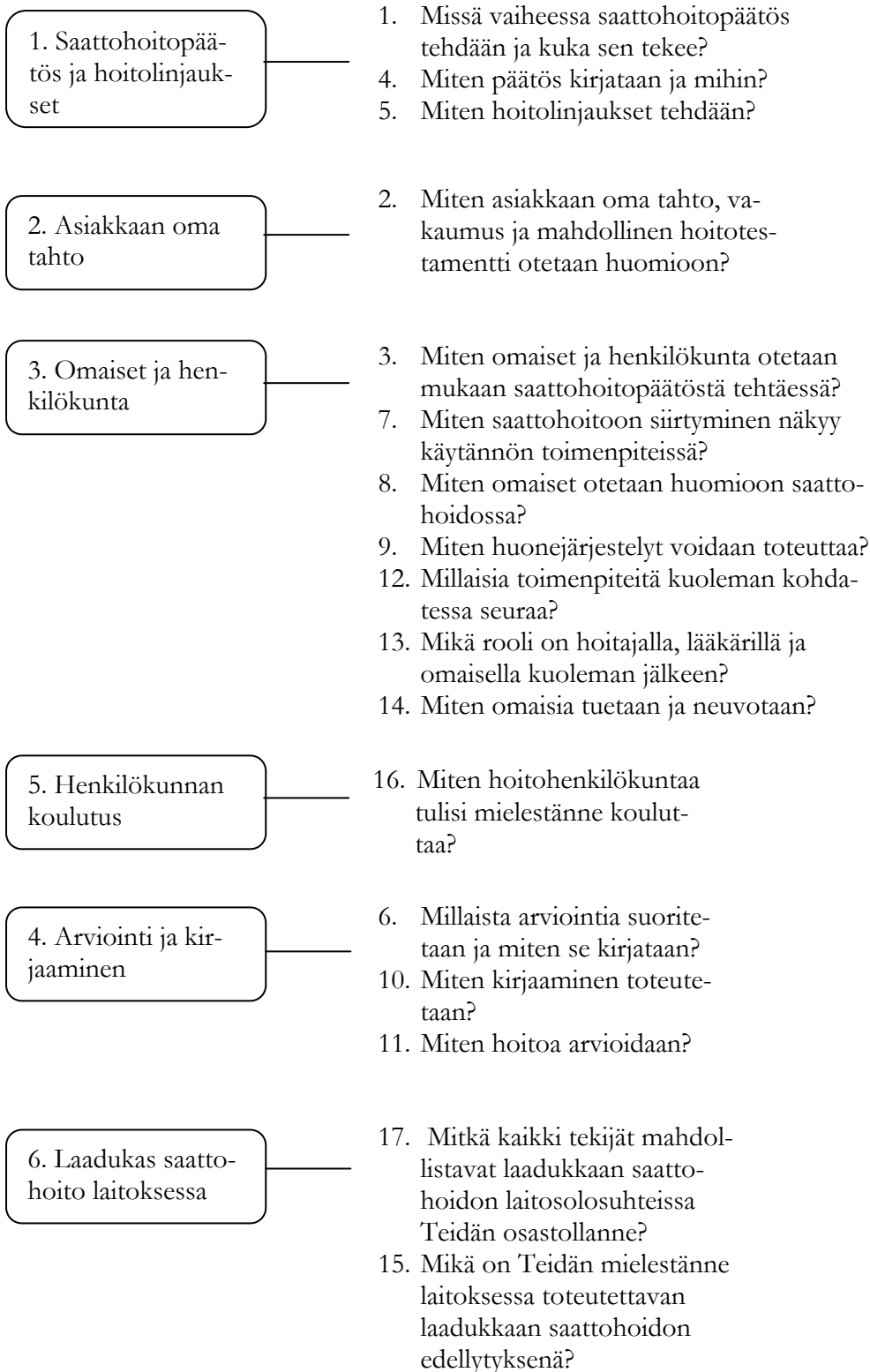
Oman toiminnan kartoittamisen jälkeen etsin sopivaa vertaiskohdetta. Halusin tehdä vertaiskäynnin laitoshoidon yksikköön, koska halusin tietoa siitä, miten laadukasta saattohoitoa toteutetaan laitoksessa. Otin ensin yhteyttä Pirkanmaan saattohoitokotiin sähköpostin avulla. Kysyin saattohoitokodin johtajalta, missä hänen mielestään toteutetaan laadukasta saattohoitoa laitoksessa. Sain häneltä tietää, että Haukiputaan terveystieteiden keskuksessa on jo vuosia tehty laadukasta saattohoitoa. Terveystieteiden keskuksessa työskentelevä sairaanhoitaja oli käynnistänyt saattohoidon kehittämisen hyvällä tuloksella. Soitin hänelle ja sovin alustavasti haastattelusta. Kerroin opinnäytetyöstäni ja omasta työyksiköstäni. Hän oli erittäin kiinnostunut ja lupautui mielellään haastatteluun.

Otin parin kuukauden kuluttua uudelleen yhteyttä haastateltavaani ja sovin hänen kanssaan haastatteluajankohdan. Lähetin hänelle haastattelukysymykset etukäteen. Laadin kysymykset (liite 1) Hoivaosasto Tanelin saattohoitovuokaavion pohjalta. Halusin kysymyksillä vastauksia asioihin, jotka liittyvät saattohoitoprosessiin. Valmistauduin haastatteluun huolellisesti. Hankin nauhoittimen ja muun materiaalin. Varmistin osoitteen ja tein aikataulun. Olin ajoissa paikalla. Tapasimme kyseisen sairaanhoitajan kanssa hänen työpaikallaan. Teimme haastattelun rauhallisessa ja häiriöttömässä tilassa. Haastattelun edetessä tein tarvittavia lisäkysymyksiä. Niillä varmistin, että haastateltava ymmärsi kysymyksen oikein ja vastaukset olivat tarpeeksi kattavia. Haastattelu kesti noin tunnin. Nauhoitin haastattelun digitaalisella nauhoittimella. Keskustelu oli hedelmällistä. Olimme samalla aaltopituudella. Aikataulu oli riittävä kaikkien kysymyksien esittämiseen. Paljon keskustelua syntyi ja totesimme olevamme kumpikin hyvin kiinnostuneita saattohoidon kehittamisestä.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Haastattelun jälkeen aineisto litteroitiin. Aineistoa kertyi kaksitoista A4-sivua. Luin aineiston useita kertoja läpi. Lukiessa minulle muodostui käsitys siitä, mitä haastateltava sanoi ja mitä hän piti tärkeänä. Analysoin aineiston induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Laadullisen aineiston analyysi alkaa jo keruuvaiheessa. Haastattelutilanteessa aloin pohtimaan saamiiani vastauksia ja pystyin vielä varmistamaan lisäkysymyksillä joitakin kohtia. Analyysin avulla jäsentetään ja tiivistetään aineisto niin, että mitään ei jää pois. Merkitsin aineistossa samalla värillä ne kohdat, jotka kuuluivat mielestäni samaan aiheeseen. Tästä käytetään nimitystä koodaus. Samalla värillä merkityt asiat kokosin sen haastattelukysymyksen (liite 1) alle, joihin ne mielestäni liittyivät. Näin menetellen aineistosta hahmottui tiettyjä käsitteitä. Nämä teemat

olivat saattohoitopäätöksen tekeminen, asiakkaan oma tahto, omaisten ja henkilökunnan rooli saattohoidossa, arviointi ja kirjaaminen, henkilökunnan kouluttaminen ja laadukas saattohoito laitosolosuhteissa. Seuraavassa kuviossa 3 on havainnollistettu aineiston käsittely.



Kuvio 3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on laitoshoidossa olevan iäkkään laadukas saattohoito. Haastattelukysymyksillä etsin vastausta tutkimuskysymykseen millaista on laitoshoidossa olevan iäkkään laadukas saattohoito. Käsittelen tutkimuksen tuloksia seuraavissa alaluvuissa. Ensimmäisessä alaluvussa käsittelen saattohoitopäätöstä ja siihen liittyviä seikkoja. Taustalla on kysymys, *missä vaiheessa saattohoitopäätös tehdään ja kuka sen tekee*. Toisessa alaluvussa selvitän asiakkaan tahdon toteutumista saattohoidon eri vaiheissa. Tässä on taustalla kysymys, *miten asiakkaan oma tahto, vakaumus ja mahdollinen hoitotestamentti otetaan huomioon saattohoidossa*. Kolmannessa alaluvussa tuon esille omaisten ja henkilökunnan roolin saattohoidossa. Tämän taustalla on kysymys, *miten omaiset ja henkilökunta otetaan huomioon saattohoitopäätöksessä*. Neljäs alaluku käsittelee saattohoidon eri vaiheissa tehtävää arviointia ja kirjaamista. Tässä on taustalla kysymys, *miten arviointia suoritetaan ja miten se kirjataan*. Viides alaluku sisältää henkilöstön kouluttamisen tarvetta saattohoidon suhteen. Tämän alaluvun taustalla on kysymys, *tulisiko henkilökuntaa kouluttaa saattohoitoon*. Kuudennessa alaluvussa käsittelen sitä, mitkä seikat mahdollistavat hyvän saattohoidon laitoksessa. Tämän taustalla on kysymys, *mitkä asiat mahdollistavat hyvän saattohoidon laitoshoidossa*.

4.3.1 Saattohoitopäätöksen tekeminen

Saattohoitomääritelmässä on määritelty, milloin saattohoitopäätös tulisi tehdä. Potilaalla on jokin parantumaton sairaus, jonka etenemiseen ei voida vaikuttaa ja tiedetään, että se vähitellen johtaa kuolemaan. Saattohoito toteutuu paljon paremmin tällä hetkellä syöpäpotilailla, kuin muilla kuolemaan johtavaa sairautta sairastavilla.

”... lääkärin työn kannalta, sen päätöksen teon kannalta niin se sairaus on saattaa olla erilainen, että ne on syöpäpotilaita aika usein ja he tulee sitten erikoissairaanhoidosta, hoidot on käyty läpi, mitään sairautteen etenevää niinku vaikuttavaa hoitoa ei ole enää olemassa, ja päädytään siihen että usseimmiten siellä epikriisissä lukee että tuota noin käyntejä ei enää sinne erikoissairaanhoitoon sovita ja että siirtyy perusterveydenhuoltoon. Että se on näin mutta siinä ei niinku sillai on ihan yksittäisiä on tullut sitten näitä erikoissairaanhoijon epikriisejä, joissa on myöskin mainittu jo saattohoito. Mutta niitä ei kyllä pääsääntöisesti siinä mainita tällä hetkellä. Ja silloin se tarkoittaa sitä että sen asian niinku keskustelu käynnistyy sitten siellä omassa kunnassa ja usseinhan se on niin että he tulee vuodeosastolle, mutta joskus he tulee myös suoraan kottiin ja siellä sitten lähetään liikkeelle...”

Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri, koska se on lääketieteellinen hoitopäätös. Se perustuu potilaan sairauden tilanteeseen. Usein kyseessä on syöpäpotilas, joka on tullut erikoissairaanhoidosta. Kaikki hoidot on käyty läpi ja sairauteen vaikuttavaa hoitoa ei ole enää olemassa. Potilaille ei enää sovi käyntejä erikoissairaanhoidossa ja hän siirtyy perusterveydenhuoltoon. Lääkäri on helpompi tehdä saattohoitopäätös syöpää sairastavan potilaan kohdalla, koska sairaus on ennakoitavampi. Joidenkin potilaiden erikoissairaanhoidon papereissa on mainittu saattohoito, mutta ei pääsääntöisesti. Keskustelu asiasta käynnistyy siten omassa kunnassa. Usein potilaat tulevat erikoissairaanhoidosta suoraan vuodeosastolle tai kotiin. Silloin asiassa lähdetään liikkeelle siellä. Päätöksen tekeminen ei ole yksiviivaista, se on joskus haastavaa. Monessa tapauksessa hoitaja ottaa asian puheeksi lääkärin kanssa. Hän kertoo lääkärille potilaan tilanteen muuttumisesta.

Saattohoitopäätöksen tekee aina osaston oma lääkäri, joka on alusta lähtien ollut mukana kehittämässä saattohoitoa. Hänellä on pitkä kokemus kuolevan hoidosta. Päätös perustuu potilaan sairauden tilanteeseen. Sama asia ilmaistaan ETENE:n suosituksessa. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairauden etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoidon aloittaminen edellyttää päätöksentekoa hoitolinjasta. Hänninen ilmaisee asian siten, että hoidollisesti lähestyvän kuoleman määrittäminen on edellytys hyvän palliativisen hoidon antamiselle. (Saattohoito 2004; Hänninen ym. 2006, 15.)

Saattohoito on kuolemaa lähenevien ja parantumattomia tautia sairastavien hoitoa. Saattohoidon aloittaminen ei ole Hännisen mielestä sidoksissa tiettyyn diagnoosiin. Useimmat potilaat sairastavat syöpää, mutta kyseessä voi olla jotain muuta parantumattomia tautia sairastavat potilaat. (Hänninen 2006, 103.)

Saattohoitopäätöksen tekeminen syöpäpotilaille on lääkärin kannalta helpompaa, koska sairauden kulku on ennakoitavampaa. Syöpäpotilaat tulevat erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon hoidettaviksi sen jälkeen, kun kaikista hoidoista on luovuttu. Jollakin potilaalla voi lukea epikriisissä, että hän tulee saattohoitoon. Useimmiten näin ei kuitenkaan ole, vaan saattohoidosta aletaan keskustella vuodeosastolla tai kotona.

Lääkäri kirjaa saattohoitopäätöksen YLE -lehdelle. Lääkäri on lääketieteellinen asiantuntija ja hän kirjaa omia päätöksiään ja hoitolinjauksiaan. Lääkäri päättää esimerkiksi nesteytyksestä, verensiirroista, lääkityksen muutoksista tai lääkkeiden lopettamisesta.

Kuolevan identiteetin antaminen potilaalle mahdollistaa uuden hoitolinjauksen. Tämä voi tuottaa potilaan kannalta huomattavasti paremman tuloksen, kuin pidättäytyminen tavoitteisiin, jotka eivät ole mahdollisia. (Hänninen ym. 2006, 15.)

Saattohoitopäätös on päätös siirtyä parantavasta hoidosta oirehoitoon ja se on usein lopputulos pitkästä prosessista. Sairaus ei ole enää parannettavissa. Päätöksen teko on moniammatillista yhteistyötä ja siinä ollaan vuorovaikutuksessa potilaan ja omaisten kanssa. Arviointia tehdään yksilöllisesti. Ahdistusta ja riittämättömyyden tunnetta voi olla tällaisessa tilanteessa sekä hoitohenkilökunnalla ja potilaalla ja hänen läheisillään. (Saattohoito 2004.)

4.3.2 Asiakkaan oma tahto

Saattohoitopäätöksen tultua ajankohtaiseksi asiasta keskustellaan potilaan ja omaisen kanssa. Heidän toiveitaan kuullaan siitä, miten elämän loppuvaiheen hoito järjestetään ja tapahtuuko se vuodeosastolla, vai järjestetäänkö saattohoito kotiin. Asiakkaan oma tahto, vakaumus ja mahdollinen hoitotestamentti otetaan huomioon. Potilaan toiveita hoidon järjestämisestä kuunnellaan. Usein ja oikeastaan aina ensimmäisenä tulee toive siitä, että kipuja ei tarvitsisi kärsiä. Usein potilas toivoo, että saisi olla kotona. On myös potilaita, jotka eivät halua kotiutua.

”... tai sanotaan että sitä päätöstä on tarkoitus lähteä keskustelemaan potilaan ja omaisen kanssa niin kyllähän se ajatus on näin että kuullaan heitä ja heidän toiveitaan myöskin siitä että mitenkä sitä elämän loppuvaiheen hoitoa niinku järjestetään että onko se tapahtuuko sehoito siellä vuodeosastolla vai haluavatko omainen ja potilas että ruvetaan järjestämään kotihoitoon sitä saattohoitoa...”

Potilaat ja omaiset eivät osaa ajatella sitä mahdollisuutta, että saattohoitoa voitaisiin järjestää kotiin. Usein ajatellaan, että kun kyseessä on kuolemaan johtava sairaus, niin sairas ihminen ei ole kotikuntoinen. Aika usein myös hoitava taho ajattelee näin. Jos kotihoitoa lähdetään suunnittelemaan, otetaan huomioon myös omaisen tahto. Selvitetään, onko hänellä mahdollisuutta sitoutua jatkuvaan hoitamiseen, koska kotihoidossa ei pystytä turvaamaan hoitoa vuorokauden ympäri.

Kirjattu hoitotestamentti on harvinainen, mutta aina kun asiakas esittää toiveita, ne kirjataan. Niihin voi palata, jos hoidossa tulee jotain tarkistettavaa tai ristiriitatilanteita. Potilaan oma tahto löytyy siten kirjattuna.

”...Ite ajattelen sillä tavalla että aika harvoin tulee vastaan siis ihan kirjattua hoitotestamenttia, mutta sitten aina kun asiakas esittää tuota noin niin näitä toiveita niinni kirjataan, koska ne on osa sitä hoitotestamenttia ja siihen voijjaan myöskin sitten palata jos tulee siinä hoidossa sitten jotaki arvioitavaa tarkistettavaa tai tulee ristiriitaa tai muuta. Niin se hänen kirjattu tahtonsa on siellä sitten...”

Saattohoitopäätöksen tekemisessä kuullaan potilaan ja hänen omaisensa toiveita. Saattohoito voidaan antaa sekä osastolla että kotona. Tässä otetaan potilaan ja omaisen mielipiteet huomioon. Aina saattohoitoa ei voida järjestää kotona, koska se on omaiselle erittäin haastavaa. Kaikilla omaisilla ei ole mahdollisuutta sitoutua hoitamiseen ympäri vuorokauden. Samoin kotihoidon resurssit asettavat tiettyjä rajoituksia kotiin järjestettävälle saattohoidolle.

Kotona oleminen ja siellä pärjääminen on monen parantumattomasti sairaan toiveista ensimmäisiä. Parhainta ja turvallisinta on kuolla omassa tutussa ympäristössä, rakkaiden ihmisten läsnä ollessa. Jokaisella on mahdollisuus saada saattohoitonsa kotona järjestetyksi. Kotona järjestettävä saattohoito on kuitenkin haastavaa ja vaatii tiettyjen perusedellytysten toteutumista. Ensinnäkin se vaatii perheenjäsenten sitoutumista. Yhden tai useamman läheisen on otettava aktiivinen rooli hoidon toteuttamisessa. Käytännön hoivan toteuttaminen jää pitkälti omaisen tehtäväksi, vaikka lääkäri on kotisairaanhoidon avulla vastuussa hoidosta. (Sand 2003, 82-85; Hänninen 2006, 123.)

Kuolinpaikan valinta on yksi hyvä edellytys hyvälle kuolemalle. Läheisten läsnäolo ja riittävä aika hyvästien jättämiselle, sekä emotionaalinen tuki tarvittaessa, ovat merkityksellisiä asioita kuoleman laatua arvioitaessa. Valtaosa potilaista kuolee joko terveyskeskuksessa, keskussairaalassa tai saattohoitokodissa. Pieni osa syöpää sairastavista kuolee kotonaan. Kuolevan potilaan hoitopaikka tulisi valita potilaan edun mukaisesti. Kuolevalla potilaalla esiintyy erilaisia pelkoja. Hän voi pelätä itse kuolemistapahtumaa, kuolemaa itsessään tai sitä mitä hänelle tapahtuu kuoleman jälkeen. Hänelle aiheuttaa huolta tuleva ero omaisista ja omaisten selviytyminen. Potilailla voi ilmetä myös kivun pelkoa ja hylätyksi tulemisen pelkoa. (Hänninen 2003,121; Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 244-246.)

Saattohoitopotilailla on monenlaisia toiveita. Yleensä toivotaan kivuttomuutta. Kotona hoidettavat haluavat, että heidät siirretään osastolle sitten, kun he eivät enää kykene liikkumaan ja tajunta on laskenut. Hänninen (2006) on kokenut, että vaikka hyvässä kuolemassa pyritään siihen, että potilasta lääkitään, hoivataan ja hellitään, niin parhaistakin pyrkimyksistä huolimatta kuolemiseen liittyy erilaista kärsimystä. Tämä näkyy myös ETENE:n (Saattohoito 2004) suosituksessa. Sen mukaan saattohoitoon kuuluu potilaan toiveiden huomioonottaminen, mahdollisimman hyvä oireiden hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen ja potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen. Pyrkimyksenä on hoitaa kuolevaa ihmistä parhaalla mahdollisella tavalla. Kuitenkaan hyvästä hoidosta huolimatta kaikkea kipua ja kärsimystä ei voida aina poistaa, mutta niitä voidaan usein eri keinoin lievittää. Kärsimyksen lievitys on saattohoidon päämäärä.

Potilaille on harvoin kirjattuja hoitotestamentteja, mutta aina kun asiakas esittää toiveitaan saattohoidon suhteen, ne tulisi kirjata. Ne ovat osa hoitotestamenttia ja saattohoidon eri vaiheissa näihin kirjattuihin toiveisiin voidaan palata. Potilaan oma tahto löytyy kirjattuna hänen papereistaan ja niihin voidaan palata hoidon aikana, jos on jotain tarkistettavaa tai ristiriitaa hoidosta. Myös Hildenin (2006) mukaan harva potilas tekee hoitotestamentin. Suurin osa potilaista pitää hoitotestamenttia hyvänä asiana, mutta ei näe sen merkitystä siten kuin hoitohenkilöstö. Potilaat yrittävät sopeutua kuoleman ajatukseen ja keskittyvät siihen, että sosiaaliset siteet säilyvät. Heille itsemääräämisoikeus hoitovalinnoissa ei ole niin merkityksellinen kuin hoitohenkilöstölle.

Hännisen (2006) mielestä ideaalisinta olisi, että hoitoneuvottelu on jatkuvaa ja se tulisi laatia lääkärin ja potilaan välisen keskusteluprosessin kautta. Tämä keskustelu jatkuisi koko hoitosuhteen ajan ja sen seurauksena lääkäri ymmärtäisi paremmin potilasta ja vakuuttuisi hänen toiveistaan. Potilas omasta puolestaan ehkä oppisi ymmärtämään paremmin hoitotoiveidensa merkityksen. Hännisen mukaan osa potilaista kokee keskustelun elämän loppuvaiheen hoidosta ahdistavana tai haluaa keskittyä kuoleman pohtimisen sijaan jäljellä olevaan elämään.

Henkilö voi ilmaista oman tahtonsa tulevasta hoidostaan hoitotahdolla. Hänellä on myös oikeus kieltäytyä suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Hoitotahto on ajankohtainen silloin, kun hän ei itse enää kykene ilmaisemaan mielipidettään. Hoitotahto koskee kuoleman lähellä saatua hoitoa. Terveystieteiden henkilöstön tulee huolehtia siitä, että suullisesti ilmaistu hoitotahto tai sen peruuttaminen kirjataan potilasasiakirjoihin. (Saattohoito 2004).

4.3.3 Omaiset ja henkilökunta

Hoitohenkilökunta otetaan saattohoitopäätöksessä huomioon silloin, kun on kyse hoidon haastavuudesta. Jos on jokin erittäin vaikeasti hoidettava oire, niin mietitään henkilökunnan osaamista. Henkilökunta ei ole saattohoitopäätöksessä toimija, vaan se on aina lääkäri. Sairaanhoitajalla on kuitenkin iso rooli siinä, että ottaa puheeksi asian ja vie asiakkaan tilannetta lääkärille tiedoksi.

”...usein hoitaja ottaa puheeksi että joko me meidän ois tarpeen lähteä keskustelemaan saattohoitopäätöksestä, saattohoitoon siirtymisestä, saattohoidosta, kuoleman lähestymisestä ja tuota noin niin. Sitten lääkäri ottaa sitä puheeksi ja sen jälkeen kun lääkäri on niinkuin tavallansa käynyt sen asian läpi ja tehnyt sen päätöksen niin sen jälkeenhän sitten meillä hoitajilla on niinkuin hyvä jatkaa siitä koska tuota koska silloin ollaan niinku tavallaan hoitolinjaus on selvä...”

Hoitoa suunniteltaessa huomioidaan erilaiset resurssit. Kotona tehtävässä saattohoidossa tulee olla riittävästi osaavaa henkilökuntaa. Osaamisen varmistaminen on siinä tärkeintä.

Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli siinä, että hän ottaa lääkärin kanssa puheeksi saattohoitoon siirtymisen potilaan tilan niin vaatiessa. Sairaanhoitaja vie lääkärille tiedoksi asiakkaan tilannetta. Saattohoitoa suunniteltaessa on tärkeää tietää hoitohenkilöstöresurssit. Täytyy selvittää, onko kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla aikaa hoitaa kotiin saattohoitopotilasta, tai onko hoitohenkilöstöllä riittävää osaamista oirehoidossa. Saattohoito voi olla haastavaa, jos saattohoitopotilaalla on vaikeasti hoidettavia oireita.

Kuolema ei ole lääketieteellinen tapahtuma, vaikka siihen liittyy vaivoja, joita yritetään lääketieteen keinoin helpottaa. Potilas ja omaiset odottavat kuolevan ihmisen hoidolta läheisyyttä ja inhimillisyyttä. Läsnaolo on yleisimmin käytetty ilmaus saattohoidon muusta hoidosta poikkeavalle sisällölle. Läheisyys ja läsnaolo ovat ominaisuuksia, joita kuoleman läheisyys korostaa. Tämä asettaa hoitohenkilöstön työlle suuria vaatimuksia. Saattohoitotyötä tekevältä odotetaan erityistä osaamista. Hoitajan tulee kyetä olemaan inhimillinen ja ammatillinen. Saattohoidossa potilasta lähestytään ja hoidetaan erityiseen hoitofilosofiaan perustuvalla tavalla, joka poikkeaa niin sanotusta akuuttihoitosta. (Hänninen 2001, 59-60.)

Omaisien tahtoa kuunnellaan etenkin silloin, kun saattohoitoa suunnitellaan kotiin. Tällaisessa tilanteessa kartoitetaan omaisen halua ja mahdollisuuksia osallistua potilaan hoitoon ym-

päri vuorokauden. Se vaatii omaiselta paljon voimavaroja. Omaisten kanssa tehdään yhteistyötä. Omaisten ohjauksessa käytetään apuna Hännisen opasta. Kuoleman jälkeen omaisille tarjotaan tukea ja ohjausta käytännön asioiden hoidossa. ETENE:n (Saattohoito 2004) mukaan omaisten tukeminen ja huomioiminen kuuluu hyvään saattohoitoon. Omaiset antavat palautetta, jota hyödynnetään toiminnan kehittämässä. Sandin (2003) tutkimuksessa omaisiin pidettiin yhteyttä myös kuoleman jälkeen.

Kun potilas ei itse kykene tekemään itseä koskevia päätöksiä, hänen perheellään on tärkeä osa hoidosta päätettäessä. Jos perhe ja hoitohenkilökunta ovat eri mieltä hoidon linjauksista, voidaan heidät nähdä käytännöntyötä hankaloittavana tekijänä. Perheen suru voi tulla esiin hoitohenkilöstöön suuntautuvana vihana tai ylenmääräisenä miellyttämisen haluna. Omaisilla voi olla toisistaan poikkeavia näkemyksiä, joiden yhteensovittaminen voi olla hoitohenkilöstölle työlästä. (Hänninen 2001, 20-21.)

Kotona hoidettavilla saattohoitopotilailla on lupa tulla suoraan osastolle, jos kotona ei enää pärjää. Sand (2003) sanoo tutkimuksessaan, että tieto olemassa olevasta paikasta vapauttaa potilaan ja hänen perheensä keskittymään omaan elämäänsä. Tietoisuus siitä, että hoidollisen avuntarpeen tullessa on paikka, johon voi tulla, tai ottaa tarvittaessa yhteyttä vuorokauden ajasta riippumatta, lisää turvallisuudentunnetta.

Lääkäri on lääketieteellinen asiantuntija ja hän tekee hoitolinjaukset. Hoitolinjaukset koskevat esim. nesteytystä, verensiirtoja, lääkemuutoksia, tai lääkkeiden lopettamista. Potilasta tulisi kuulla myös hoitolinjauksia tehtäessä, koska hänellä voi olla erilaisia toiveita siitä miten häntä hoidetaan saattohoitovaiheessa. Hoitolinjaukset auttavat henkilökuntaa tekemään saattohoitotyötä johdonmukaisesti. Kirjatut hoitolinjaukset selkeyttävät saattohoidon toteuttamista ja omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Osastolla on käytössä Hännisen (2006) Omaisen ja potilaan opas- kirjanen. Tämä on hyvä väline omaisten ohjauksessa. Se annetaan kaikille saattohoitopotilaille ja omaisille luettavaksi, olipa kyseessä osastolla tai kotona tehtävä saattohoito. Monet omaisista ja potilaista ovat kertoneet, että tämän avulla he ovat paremmin ymmärtäneet tilanteen. Omaisilla voi olla vääriä mielikuvia esim. nesteytyksen suhteen. Heillä on toiveita, että jollakin keinolla pystyttäisiin tilannetta parantamaan.

Saattohoitopäätöstä edeltävät hoitoneuvottelut, joissa käydään läpi potilaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvät asiat. Niissä tehdään hoidon linjauksiin liittyvät päätökset, jotka koskevat eri hoitovaihtoehtoja ja tulevaisuuden näkymiä. Hoidon linjaukseen kuuluu myös elämää pitkitävien hoitojen lopettaminen tai aloittamatta jättäminen, riippuen taudin kulusta, ennusteesta

ja hoitomahdollisuuksista. Hoitolinjaukset tehdään yksilöllisesti ja ottamalla potilaan tarpeet huomioon. (Saattohoito 2004.)

Saattohoitoprosessi on rankka tilanne potilaille ja läheisille. Hoitotyön keinoilla pyritään vastaamaan erilaisiin tarpeisiin, jotka voivat liittyä esim. ahdistukseen, tai puhumisen tarpeeseen. Se ei näy kaikissa saattohoitoprosesseissa samalla tavalla. Hoitohenkilöstöllä voi olla joskus käsitys, että kaikki saattohoitoprosessit ovat tietynlaisia ja että ne etenevät kaikilla potilailla samalla lailla. Hoitohenkilöstön tulee olla herkkä huomaamaan, millä tavalla näitä asioita otetaan puheeksi ja tulisi luoda mahdollisuuksia ottaa asioita puheeksi.

Sandin (2003) mukaan kuolevan hoitaminen on työtä, jossa hoidon lähtökohtina pidetään potilaan yksilöllisiä tarpeita. Kuolevan kipu ymmärretään ja nähdään moniulotteisena, potilasta suuresti rasittavana tekijänä. Kivun vähentäminen ja lievittäminen ovat hoidon keskeisiä kulmakiviä. Potilas saa yksilöllisen lääkityksen ja hänelle mahdollisimman hyvin sopivan perushoidon. Omaisten pelkoa ja henkistä hätää tulee ymmärtää.

Terveyskeskuksen akuuttiosastolla on kaksi yhden hengen huonetta, joihin saattohoitopotilas yleensä sijoitetaan. Huoneet on sisustettu saattohoitohuoneiksi. Tässäkin asiassa kuunnellaan potilaan toiveita, koska kaikki eivät halua yhden hengen huonetta. Hoitotyön tavoitteena tulisi Erikssonin ja Kuuppelomäen (1999) mukaan olla mahdollisimman viihtyisän, kodinomaisen ja rauhallisen ympäristön luominen potilaalle. ETENE:n (Saattohoito 2004) mukaan kuolevalle potilaalle ja hänen läheisilleen pitäisi järjestää riittävästi tilaa esim. oma huone, jossa potilas voi olla rauhassa läheistensä ja omien tuttujen asioiden parissa. Perushoidon järjestämiseksi potilaan ympärillä on oltava riittävästi tilaa. Vainajia tulee käsitellä kunnioittavasti ja arvostavasti. Saattohoitoa antavan yksikön tulee laatia ohjeet vainajien käsittelystä ja kuljetuksesta.

Osastolla tiedetään kotona saattohoidossa olevat potilaat ja heidän lupansa tulla osastolle mihin vuorokaudenaikaan hyvänsä. Kun tämä on tiedossa, osastolla ollaan valmiita mahdolliseen siirtoon. Saattohoitopotilaalle järjestetään esimerkiksi kotiin sairaalasänky ja muita tarvittavia apuvälineitä. Osastolla on omat apuvälineet. Omaisten taloudellisten tukien tarkistaminen kuuluu myös kotona annettavaan saattohoitoon. Sillä varmistetaan, että omaisen saa kaiken mahdollisen tuen kotiin. Alkuvaiheessa on paljon erilaisia käytännön järjestelyjä. Omaiselle järjestetään tarvittaessa mahdollisuus yöpyä potilaan luona. Huoneeseen tuodaan lisäsänky ja omaisen voi olla potilaan luona halutessaan ympäri vuorokauden. Omaiselta tie-

dustellaan myös yhteydenpitoa. Selvitetään keneen ollaan yhteydessä tarvittaessa ja voiko soittaa myös yöllä. Omaisille järjestetään mahdollisuus keskustella hoitavan lääkärin kanssa.

Kuoleman jälkeen vainaja puetaan kuolinvaatteisiin. Omaisille annetaan ohjeita sanallisesti ja kirjallisesti käytännön järjestelyistä ja heille lähetetään noin kolmen kuukauden kuluttua saattohoidon päättymisestä kysely. Tällä vapaaehtoisella kyselyllä haetaan tietoa saattohoidon toteutumisesta ja palautteiden avulla kehitetään toimintaa. ETENE:n (Saattohoito 2004) mukaan omaisille on annettava riittävän yksityiskohtaiset ohjeet toimia, kun saattohoitopotilas kuolee esim. kotona.

Saattohoitopotilaan kuollessa kotona sairaanhoitaja on yhteydessä lääkäriin. Vainaja siirretään terveyskeskukseen ja lääkäri toteaa kuoleman. Terveyskeskuksessa on myös jäähyväishuone vainajien säilytystä varten. Osastolla kuoleman toteaa lääkäri. Päivystysaikana ei ole lääkäreitä, joten silloin ollaan yhteydessä yhteispäivystykseen ja kerrotaan tilanne. Lääkäri antaa ohjeet.

Kuoleman jälkeen asia käydään läpi omaisen kanssa. Hoitaja ja mahdollisesti myös lääkäri keskustelevat omaisten kanssa. Tässä hetkessä voidaan myös muistella erilaisia tapahtumia potilaan saattohoidosta. Muistelu on osa suruprosessia ja tällainen keskustelu voi käynnistää omaisen surutyön.

Hoitohenkilökunnan omaisille antamaa tukea nimitetään ammatilliseksi tueksi. Omaisten suoraa tukemista on hoitohenkilökunnan antama tieto ja emotionaalinen tuki. Epäsuoraan tukemiseen liittyy omaisten mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon ja omaisen kokemus siitä, että potilas saa hyvää hoitoa. Tukemisessa on keskeistä, että tuki perustuu omaisten tarpeeseen ja tuen ajoitus on oikea. (Eriksson & Kuuppelomäki 1999, 227.)

Vakavassa sairastumisessa ja lähestyvässä kuolemassa on mukana useita osanottajia. Perheenjäsenet ja läheiset ovat vahvasti mukana sairastamisessa, kuolemassa ja niiden seurauksissa. Läheisille tulee antaa mahdollisuus osallistua hoitoon, sekä siihen liittyvään luopumisprosessiin. (Hänninen & Pajunen 2006, 122.)

Omaisten kanssa tehdään yhteistyötä ja myös heidän toiveitaan kuunnellaan. Kotona toteutettavassa saattohoidossa omaisen kanta on ratkaiseva. Omaisen halukkuus sitoutua hoitoon ratkaisee sen, pystytäänkö saattohoitoa järjestämään kotiin. Osastolla hoidossa olevien potilaiden omaisilta kysytään yhteydenotoista, jos potilaan voinnissa tulee muutoksia. Omaiselta tiedustellaan keneen ollaan yhteydessä ja milloin. Voidaanko soittaa yöllä vai soitetaanko vas-

ta aamulla. Omaiset haluavat keskustella paljon ja heille järjestetään mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa.

”... tuota tietysti tämä sitten että omaiset monta kertaa haluaa aika paljon keskustella ja järjestetään mahdollisuutta keskustella lääkärin kanssa...”

Omaisille lähetetään saattohoidon päättymisen jälkeen kysely saattohoidon toteutumisesta. Kysely lähetetään sellaiselle omaiselle, joka on ollut aktiivisesti mukana hoidossa, tai on ollut omaishoitajana kotihoidossa. Haastateltava kertoi, että kyselyn avulla he saavat palautetta joko omaiselta tai läheiseltä, tai joltakin muulta kuin omaiselta. Palautteen pohjalta on tehty toimenpiteitä, joiden avulla on muutettu ja parannettu toimintaa.

”... meillä on siitä olemassa sellainen kysely joka lähetään 2-3 kuukautta saattohoidon päättymisen jälkeen omaiselle siitä toteutuneesta saattohoidosta. Ja tuota silloin jos omainen on ollut aktiivisesti mukana siinä hoitotilanteessa tai on ollut omaishoitajana kotihoidossa, niin silloin lähetetään se kysely ja me saadaan sieltä sitten palautetta myöskin, se tulee niin kuin omaisen palautteena tai läheisen palautteena. Joskus se voi olla joku muukin kuin omainen.

Ja sen pohjalta me ollaan sitten tuota niin niin tehty toimenpiteitä ja ollaan muutettu muutettu tavallaan tai parannettu...”

Alkuvaiheessa tuli omaisten taholta palautetta siitä, että olisi haluttu enemmän ohjausta ja neuvontaa sosiaalisten tukien osalta. Omaiset olisivat halunneet, että asioita olisi ohjattu ja neuvottu enemmän. Näitä asioita on pyritty sen jälkeen parantamaan.

Omainen on kuoleman jälkeen sekä surija että toimija. Omaiselle on raskasta ryhtyä heti kuoleman jälkeen suunnittelemaan tilanteen vaatimia toimenpiteitä. Tässä tilanteessa on tärkeää ohjata hyvin sekä sanallisesti että kirjallisesti. Kirjallinen ohjeistus on tärkeää, sillä omainen ei muista jälkeenpäin, mitä hänelle siinä tilanteessa sanottiin.

Omaiselle kerrotaan viimeisessä kontaktissa kasvotusten, että hänelle lähetetään muutaman kuukauden kuluttua kysely, jossa kysytään saattohoidon toteutumisesta. Vastaaminen on vapaaehtoista, eikä ketään velvoiteta antamaan palautetta.

Hoitaja ja lääkäri keskustelevat omaisten kanssa kuoleman jälkeen. On hyvä, jos siinä tilanteessa hoitaja muistelee vainajaa ja kertoo jostain tapahtumasta tai potilaan sanomisesta. Muistelu on osa suruprosessia ja näin voidaan auttaa suruprosessia alkuun. Kuitenkin tilanne tulee olla luonteva, eikä pakonomainen.

”... niin pyydetään vielä sitten lääkäri siihen muutama sana vaihtamaan. Näin se jää sitten tavallaan, minä ajattelen ainakin näin että se on omaisille semmoinen lohtu että he saavat sitten loppuun asti sen tiedon myös lääkäriltä että miten se asia on mennyhän monta kertaa tulevat sitten niissä asioissa osastolla käymään ...”

4.3.4 Arviointi ja kirjaaminen

Saattohoitopäätös kirjataan Efficia -terveyskertomusjärjestelmään. Lääkäri kirjaa Yle-lehdelle oman päätöksensä. Hoitaja kirjoittaa tiivistelmä-lehdelle. Se tulee aina esille, kun potilaan paperit aukaistaan. Papereista käy ilmi, että potilas on saattohoidossa. Jos potilas hoidetaan kotona, siellä on myös tiivistelmä-lehti ja kotisairaanhoidon kansio, johon materiaalia kootaan. Siellä on myös kirjattuna saattohoitopäätös. Samalla lomakkeella on kirjattuna lupa tulla suoraan osastolle. Kotihoidossa olevalla saattohoitopotilaalla on kirjattu lupa tulla osastolle, jos kotona ei pärjää kaikkina vuorokauden aikoina. Kirjaamisella huolehditaan hoidon jatkuvuudesta. Siten esimerkiksi tieto siitä, että kotihoidossa oleva potilas on saattohoidossa, on tiedossa myös osastolla. Kirjataan siten, että saattohoidossa on tämä potilas ja hänellä on lupa tulla osastolle milloin vain ja hän voi ottaa yhteyttä osastolle tarvittaessa.

”... Toki meitä on toimijoita paljon, että täytyy aina ottaa huomioon se, että että että tuota niinku kaikessa tekemisessä kaikessa hoitotyössä niin niin meitä tekijöitä on monella sanotaan monella tasolla, että jos puhutaan novisista asiantuntijaan. Sieltä löytyy niitä erilaista osaamista että että sitten tietysti semmoiset vaikuttaa myöskin siihen miten aktiivisesti tällöisiä asioita kirjataan ja näin...”

Hoidossa on mukana paljon erilaisia toimijoita novisista asiantuntijaan. Henkilökunnassa on erilaista osaamista, joka vaikuttaa myös siihen, miten aktiivisesti asioita kirjataan.

Terveyskertomusjärjestelmään kirjataan päätös saattohoitoon siirtymisestä. Lääkäri kirjaa Yle-lehdelle ja hoitajat hoitotyö- ja tiivistelmä-lehdelle. Sekä osastolla että kotona hoidettavana olevista saattohoitopotilaista pyritään tekemään kaikissa hoitokontakteissa kirjausta. Kir-

jaaminen mahdollistaa tiedonkulun koko hoitoyhteisön sisällä. Kotona hoidettavilla saattohoitopotilailla on kansio, johon materiaalia kootaan ja sieltä löytyy kirjattuna saattohoitopäätös ja myös lupa tulla osastolle mihin vuorokaudenaikaan tahansa.

Kirjaamisessa löytyy myös monenlaista osaamista. Yleisellä tasolla on selvää, että kaikki asiat kirjataan. Potilaan omat toiveet tulee myös kirjata huolellisesti, koska ne ovat potilaan hoitotestamenttia, jos hän ei ole sitä muuten tehnyt.

ETENE:n (Saattohoito 2004) mukaan päätökset perusteluineen kirjataan selkeästi ja yksityiskohtaisesti potilasasiakirjoihin. On tärkeää, että kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on ajankohtainen tieto hoitopäätöksistä.

Sisäisessä koulutuksessa on ohjeistettu, että jokaisessa kontaktissa kotihoidossa ja jokaisessa työvuorossa osastolla tulee tehdä oireiden seuranta ja arviointia. Potilaan näkökulmasta katsottuna nimenomaan oirehoidossa tehdään erilaista oireiden arviointia kivusta, hengityksestä, eritystoiminnasta ja muusta elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvistä sekoista. Arviointia kirjataan sekä kotona että osastolla.

Arviointi ja sen kirjaaminen mahdollistaa hoidon jatkuvuuden. Seuraavan työntekijän tullessa hoitamaan potilasta hän pystyy paremmin arvioimaan esim. kipua, ja siihen mahdollisesti annettua lääkitystä, jos siitä on jo aiemmin kirjattu ja sitä on arvioitu. Tällä varmistetaan se, että potilas ei joudu kärsimään kivuista, eikä lääkityksen aloittaminen pitkity. Arviointi on tärkeää myös siksi, että lääkäri pystyy tekemään hoitolinjauksia ja päätöksiä hoitajien tekemän arvioinnin mukaisesti. Arviointia tehdään myös omaisten jaksamisesta, esim. kotona suoritettavassa saattohoidossa.

Erikssonin ja Kuuppelomäen (1999) mukaan hoitajan rooli korostuu hoidon tarpeen ja hoidon vaikutuksen arvioinnissa. ETENE:n (Saattohoito 2004) mukaan silloin, kun potilas ei itse pysty päättämään ja arvioimaan omaa tilannettaan, hoitopäätökset ovat lääkärin harkinnassa. Jos lääkäri arvioi, ettei hoidon jatkaminen ole potilaan henkilökohtaisen edun mukaisista, hoito lopetetaan, vaikka suostumuksen antajan asemassa oleva henkilö vaatisi hoidon jatkamista.

”... No ensinnä potilaan näkökulmasta niin nimenomaan siinä oirehoidossa sitä oireiden arviointia, kivun arviointia, muitten oireitten seurantaa, bengenabistus, ummetus. Niitähän on litania niitä mitkä saattaa liittyä siihen siihen tuota noin niin just tämmöseen elämän loppuvaiheen hoitoon...”

Arviointia kirjataan potilaspapereihin. Osastolla kirjataan hoitotyö –lehdelle. Kotona saattohoidossa olevan potilaan oireita kirjataan seuranta-lomakkeelle. Hoitaja näkee lomakkeelta arviointia ja pystyy reagoimaan asiaan tarvittaessa. Haastateltava kertoo, että heillä on sisäisessä koulutuksessa ohjeistettu henkilökuntaa siten, että jokaisessa kontaktissa kotihoidossa täytyy tehdä arviointia. Samoin jokaisessa työvuorossa osastolla täytyy tehdä oireiden seuranta ja arviointia. Kirjausasia on ikuinen kysymysmerkki haastateltavan mielestä ja hän tietää kokemuksesta, että seurantaa tehdään paljon enemmän kuin sitä kirjataan. Haastateltavan mielestä heilläkin on iso puute siinä, että arviointi ei aina näy kirjattuna.

Hoitajina olemme avainasemassa kirjaamisessa. Jos asioita ei kirjata, lääkärillä ei ole paljon perustaa tehdä päätöksiä. Silloin asioiden hoito voi jäädä puolitiehen. Esimerkiksi kivunhoidossa menee liian pitkään, ennen kuin reagoidaan. Potilas voi olla todella kipeä, ennen kuin siihen reagoidaan.

”... Mutta sitten myöskin näin että me ollaan sitä sisäisessä koulutuksessa sillä tavalla ohjeistettu että jokaisessa kontaktissa kotihoidossa täytyy tehdä sitä arviointia ja sitten jokaisessa työvuorossa osastolla täytyy tehdä sitä oireiden seurantaa ja arviointia. Ja tuota noin niin se on kyllä näin että sitten tämä kirjausasia on se ikuinen kysymysmerkki. Että että mää kyllä niinku kokemuksesta tiiän että sitä seurantaa tehdään paljon enempi ku sitä kirjataan...”

”... Ja minun mielestä se on kuitenkin sillä tavalla että tuota hoitajana me ollaan niinku avainasemassa siinä että jos ei me tehdä sitä asioita, niin sillon ei lääkärillä oo kovin paljon mihin niinku perustaa niitä päätöksiään. Ja silloin se voi jäädä niinku puolitiehen se tai sitten se menee esimerkiksi joku kivun hoito niin se mennee liian pitkään ennen ku sitten reagoijaan. Että potilas on jo sitten niin kamalan kipeä ennen kuin siihen mitenkään reagoidaan. Ku se että jos me sitä arviointia tehdään niinku systemaattisesti niin me pystytään reagoimaan herkemmin...”

Kotona tehtävässä saattohoidossa täytyy arvioida myös omaisen jaksamista. Tämä on rankka tilanne potilaalle ja läheisille. Kuoleman lähestyessä pyritään hoitotyön keinoin vastaamaan kuolemaan liittyviin ahdistuksiin ja puhumisen tarpeisiin. Haastateltavan kokemuksen mu-

kaan hoitohenkilökunnalla voi olla sellainen käsitys, että kuoleminen prosessi on tietynlainen ja etenee kaikilla samalla tavalla. Haastateltavan oman kokemuksen mukaan näin ei kuitenkaan ole. Hoitohenkilökunnan tulee olla herkkä huomaamaan, millä tavalla asioita voidaan ottaa puheeksi ja luomaan mahdollisuuksia keskustelulle.

4.3.5 Henkilökunnan koulutus

Haukiputaan terveyskeskuksessa tehtiin kysely hoitajille kehittämishankkeen alkuvaiheessa vuonna 2002. Siinä oli mukana yli sata hoitajaa. Kyselyssä kartoitettiin hoitajien osaamista esimerkiksi lääkehoidossa. Vastauksista kävi ilmi, että parannettavaa oli lääkehoidon osaamisessa ja suhtautumisessa kivunhoitoon. Hoitajien mielestä kivut kuuluvat oleellisesti syöpäpotilaiden elämään, mutta niitä pitää hoitaa.

”... Elikkä kyllä mä niinku sitä mieltä oon että meiän peruskoulutuksessa sairaanhoitajan peruskoulutuksessa tai lähihoitajan peruskoulutuksessa, saahaan tietysti valmiuksia, mutta kyllä sitä on tarvis syventää kovasti monessa asiassa myöskin saattohoidossa, oirehoidossa. Että tuota... Ihan mahottomasti tarvitaan lisäkoulutusta...”

Haastateltava on vahvasti sitä mieltä, että hoitajien peruskoulutuksessa, oli kyse lähihoitajista tai sairaanhoitajista, saadaan kyllä tiettyjä valmiuksia kuolevan hoitoon, mutta täytyisi syventää osaamista saattohoidossa ja oirehoidossa.

”... että mitä paremmin se hoitaja osas, tiesi opiaateista ja näistä asioista, sitä paremmin hän oli potilasta kuunteleva ja siihen oireiden hyvään hoitoon pyrkivä. Ja sehän on aika inhimillistä että silloin kun sä tiität asiasta niin on sulla uskallusta mennä kysymäänkin mutta, jos et sä oikein tiä että mitä sitten jos, niin niin se asian esilletulo voi olla paljon isomman kynnyksen takana...”

Henkilökunnasta kaksi sairaanhoitajaa on käynyt syöpäpotilaan hoitotyön opinnot. Saattohoidon kehittäminen on alkanut vuonna 2002. Haastateltava itse on opiskellut kivun hoitoa ja siihen liittyen Haukiputaan kunnassa on tehty kehittämishanke, joka koski parantumattomia syöpää sairastavan potilaan kivunhoitoa. Kaksi vuotta kestäneen hankkeen aikana työryhmä työsti saattohoidon toimintamallia. Kyseisen mallin pohjalta saattohoitoa tehdään edelleen Haukiputaan terveyskeskuksessa.

ETENE:n (Saattohoito 2004) mukaan jokaisella terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus hoitaa potilasta hyvin koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella ja lievittää potilaan kärsimyksiä, sekä täydentää jatkuvasti ammattitaitoaan.

Kuolevan potilaan hoitaminen on vaativaa ja haasteellista. Potilaan ja hänen perheensä auttaminen vaatii hoitajalta tiedon ja taidon lisäksi koko persoonallisuuden hyväksikäyttämistä. Omaisten rooli ja merkitys kuolemaa lähellä olevan potilaan hoidossa on tärkeä. Erityisen tärkeä on omaisten potilaalle antama henkinen tuki. Välittäminen ja rakkauden osoittaminen on keskeistä potilaan tukemisessa. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 244-246.)

Kuuppelomäen (1997) tutkimuksen mukaan potilaat kohdistivat monenlaisia odotuksia sairaanhoitajan toiminnalle. Sairaanhoitajan luonne ja käyttäytyminen oli tärkeintä hoitotilanteessa. Seuraavaksi eniten kiinnitettiin huomiota sairaanhoitajan vuorovaikutustaitoihin ja vasta sen jälkeen ammatilliseen toimintaan.

Suurimmat erot erilaisten saattohoitoa antavien yksiköiden välillä eivät ole lääkitsemisessä tai henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa. Oirehoidossakin on yhä suuria puutteita. Ongelmat ovat ennen kaikkea siinä miten potilaat otetaan huomioon ja miten heitä kohdellaan. Hoito (puhtaus, ravinto, lääkitys, yms.) saattaa olla täysin asianmukaista, mutta potilaan henkilökohtaiset tarpeet, halut ja mahdollisuudet jäävät vaille huomiota. Hännisen mukaan kysymys ei ole koulutuksellinen eikä liity resursseihin, kyse on omaksutusta hoidon mallista, joka siirtyy sukupolvelta toiselle mallioppimisen kautta. (Hänninen 2001, 57-58.)

Kuolevien ihmisten hoidossa on monia puutteita. Kuoleva ihminen kärsii riittävästi muutinkin ja siksi kärsimystä ei tulisi lisätä huonolla ja välinpitämättömällä hoidolla. Kuolevan sijoituspaikka voi olla pitkäaikaisosastolla levottomien dementoituneiden joukossa. Hoitohenkilöstön määrä ei aina ole riittävä. Kuolevien hoito ei ole ammatillisesti kiinnostava. Saattovaihetta voi edeltää useimmiten vuosien tai kuukausien edeltävä sairastamisaika. (Hänninen 2003, 105.)

Vaaraman, Kainulaisen, Perälän & Sinervon (1999) tutkimuksen mukaan vanhusten pitkäaikashoidon laadunvaihtelu on ilmeistä. Samoilla resursseilla voidaan tuottaa joko hyvää tai huonoa latua. Terveyskeskukset saivat tutkimuksessa heikoimmat tulokset laadussa ja hoitotyytyväisyydessä samalla kun niiden määrälliset resurssit olivat parhaat. Tämä tarkoittaa sitä,

että aineettomilla resursseilla on vanhusten pitkäaikaishoidon laadulle erittäin suuri merkitys. Hoitohenkilökunnan työtyytyväisyys heijastuu tuotettuun palveluun.

Tutkimuksen mukaan riittämättömintä hoito oli terveyskeskuksen vuodeosastolla ja suurissa laitoksissa. Fyysisiin tarpeisiin vastattiin paremmin kuin vanhusten psykososiaalisiin tarpeisiin. Omaisten mielestä laitoshoidossa olevilla vanhuksilla on vain vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa. Omaiset kokivat yhteistyön henkilöstön kanssa pääosin hyvänä ja henkilökuntaa pidettiin ystävällisenä ja ammattitaitoisena. (Vaarama ym. 1999, 128.)

Vaaraman ym.(1999) tutkimuksesta ilmeni myös, että pitkäaikaishoidon työntekijöiden koulutustaso vaihtelee. Eniten kouluttamattomia on julkisissa vanhainkodeissa ja palvelutaloissa. Resurssien huono laatu ja riittämättömyys eivät tutkimuksen mukaan ole poikkeus, vaan sääntö julkisella sektorilla.

4.3.6 Laadukas saattohoito laitoksessa, saattohoidon punainen lanka

”... Mun mielestä se koko prosessi on se punainen lanka. Että se saattohoidon päätös alkaa selkeästä hoitolinjauksesta että sairaus on edennyt on edennyt tähän vaiheeseen, tehdään saattohoitopäätös. Tässä kohti luodaan ne mahdollisuudet toteuttaa sitä laadukasta saattohoitoa koska se avaa mahdollisuudet keskustelulle, kuuntelulle, tukemiselle. Ja oirehoidolle siitä näkökulmasta että mikä on sen potilaan hyvinvoinnin kannalta ...”

Haastateltavan mukaan saattohoidon punainen lanka on koko prosessi. Saattohoitopäätös alkaa selkeästä hoitolinjauksesta, kun sairaus on edennyt niin pitkälle. Parantavaa hoitoa ei ole ja tehdään saattohoitopäätös. Tässä tilanteessa luodaan mahdollisuudet toteuttaa laadukasta saattohoitoa, koska se avaa mahdollisuudet keskustelulle, kuuntelulle, tukemiselle ja oirehoidolle siitä näkökulmasta, mikä on potilaalle parasta. Haastateltavan mielestä kaikki perustuu yhteiseen tietoon siitä, että on käyty keskustelu ja tehty yhteisymmärryksessä päätös saattohoitoon siirtymisestä. Haastateltavan mukaan on myös erittäin tärkeää, että osataan tehdä oirehoitoa. Kivun hoito on vaativaa, koska kipua on monenlaista. On myös osattava lievittää mahdollisimman hyvin sairauden tuomia oireita. Tämän täytyy olla systemaattista ja jatkuvaa. Haastateltava sanoo, että kun nämä kaksi asiaa ovat kunnossa, niin se on aika paljon.

Laadukas saattohoito alkaa oikein ajoitetulla saattohoitopäätöksellä. Lääkäri tekee hoitolinjaukset, joiden mukaan hoitohenkilökunta toimii. Potilaan ja omaisen toiveet otetaan huomioon. Omaiset saavat tukea ja opastusta. Potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti kärsimystä lievittäen. Potilaan oireiden seuranta ja kirjaaminen on tärkeää. Sillä varmistetaan hoidon jatkuvuus. Hännisen (2006) mukaan hoidollisesti lähestyvän kuoleman määrittäminen on edellytys hyvän palliativisen hoidon antamiselle.

Haastateltavan mielestä saattohoitoa kehitettäessä tarvitaan henkilö, joka on kiinnostunut asiasta ja lähtee kehittämään asiaa. Hoitotyössä tarvitaan valtavasti erilaista osaamista. Laadun kehittämiseen tarvitaan hänen mielestään promoottori, joka lähtee asiaa viemään systemaattisesti eteenpäin.

”...No mä ajattelen näin että varmastikin tarvitaan, ensinnäkin tarvitaan se henkilö joka kiinnostuu siitä asiasta ja lähtee sitä asiaa viemään etteenpäin...”

Toinen asia, joka haastateltavan mielestä on erittäin tärkeää kehittämisessä, on esimiesten tuki. Hän sai hankkeen aikana tukea omalta johdolta, joka tuki asiaa ja antoi sille mahdollisuuden.

”...toinen mikä tarvitaan, tarvitaan esimiesten tuki...”

Asiaa kannattaa haastateltavan mukaan lähteä kehittämään siten, että lähtee rohkeasti puhumaan esimiehen tai johdon kanssa. Johdon hyväksyntä auttaa asian eteenpäin viemisessä.

Tarvitaan myös keskeiset toimijat alusta asti. Haastateltava kertoo, että heillä osastonlääkäri tuli alusta lähtien mukaan saattohoidon kehittämisprojektiin. Työryhmässä oli mukana edustajia terveyskeskuksen kaikilta osastoilta. Haastateltavan mielestä saattohoidon laadun ylläpitäminen vaatii hoitajien, lääkärin ja muiden perehdyttämistä ja asiaan palaamista aika ajoin. Hoidossa lähtökohtana on potilaan kuuleminen. Nimenomaan siinä, miten hoitoa toteutetaan. Potilas ilmaisee toiveenaan esimerkiksi, että ei tarvitsisi kärsiä kivuista. Potilas toivoo, että kun hänen tajuntansa laskee, tai hän ei enää kykene liikkumaan, hänet siirretään osastolle. Hoitoa suunniteltaessa otetaan huomioon potilaan esiintuomat toiveet. Nämä kaikki kirjataan ja hoito perustuu potilaan omiin toiveisiin mahdollisuuksien mukaan. Kotiin saattohoitoa suunniteltaessa kuullaan asiassa myös omaista. On oltava varma siitä, että omaisella on voimavaroja hoitaa potilasta ympäri vuorokauden.

Saattohoitoa kehitettäessä on päätetty, että osastolla saattohoitopotilaita hoitaa aina osastonlääkäri. Asia on keskitetty hänelle. Tämä mahdollistaa asiaan perehtymisen lääkärin osalta. Useimmissa terveyskeskuksissa on monta lääkäriä ja jos asiaa ei ole keskitetty, niin yhden lääkärin kohdalle sattuu harvoin tällainen saattohoitotilanne. Silloin lääkärillä ei ole tarpeeksi kokemusta hoitaa saattohoitopotilasta. Kun asia on keskitetty tietyille lääkärille, hän saa kokemusta ja osaamista asiaan.

”...saattohoitopotilaita hoitaa osastolääkäri. Se on keskitetty hänelle ja se on mun mielestä hyvä asia. Koska se tuota kuitenkin mahdollistaa sen siihen asiaan perehtymisen toisin kuin semmonen satunnainen. Useimmissa terveyskeskuksissa on lääkäreitä kymmenenkin niin se sattuu hyvin harvoin yhen lääkärin kohdalle mutta kun se on keskitetty yhdelle niin hänelle syntyy siitä sitten sitä kokemusta ja osaamista sen myötä kans...”

ETENE:n (Saattohoito 2004) mukaan eettisesti hyvän hoidon kulmakivinä ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Hyvän tekeminen tarkoittaa kärsimyksen lievittämistä ja hyvinvoinnin lisäämistä. Vahingon teolla tarkoitetaan kivun ja kärsimyksen lisääntymistä.

Kuolevan hoidossa riittää usein se, että turvataan hyvä oire- ja perushoito. Sen lisäksi potilaalle suodaan mahdollisuus tehdä haluamiaan asioita ja osallistua oman hoitonsa seurantaan. Potilaalle voi olla tärkeämpää ilon, merkityksellisuuden, hellyyden ja omanarvontunnon kokeminen, kuin yksittäisen oireen lievittyminen. Potilaan tulisi saada kuolla mahdollisemman turvalliseksi kokemassaan paikassa. Hänen tulisi saada valmistautua rauhassa omaan kuolemaansa ilman pelkoja ja huolta läheisten selviytymisestä. (Saattohoito 2004.)

Saattohoitoa antavissa yksiköissä tulee olla riittävä määrä koulutettua henkilöstöä turvaamaan hoidon laatua. Työntekijöiden ammattitaitoa ylläpidetään lisäkoulutuksella ja tarvittaessa järjestetään työnohjausta. Vainion (1998) mielestä kannattaa hyödyntää jo olemassa olevia resursseja ja organisaatioita saattohoidon kehittämisessä. Lipponen (1997) korostaa omahoitajuutta. Hänen mielestään hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa omahoitaja-potilassuhteen merkitys. Saattohoitopotilaan tahdon toteutuminen on hänen mielestään vahvasti sidoksissa omahoitajuuteen. Lipponen näkee myös koulutuksen ja työnohjauksen merkittävänä asiana. Siinä hoitotyön johtajien vastuu korostuu.

Laadukas ikäihmisten hoito ja palvelu edellyttää henkilöstön tukemista, jossa keskeistä on työntekijöiden ja työyhteisön hyvinvoinnin turvaaminen. Sillä varmistetaan työssä viihtymi-

nen ja työhön sitoutuminen. Johto vastaa hoidon ja palvelun laadusta ja parhaimmillaan laatu on luonnollinen osa jokapäiväistä työskentelyä. (Voutilainen ym. 2002, 183.)

Laatutyö on hoidon ja palvelun laadun, oman työn ja työyksikön toiminnan kehittämistä, jossa näkökulmina ovat asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, huomion kiinnittäminen työprosesseihin ja halu löytää tosiasiatietoa omien kehittämiskäytäntöjen pohjaksi. Lähtökohta on omassa arjen työssä, sen arvioinnissa ja parantamisessa. (Voutilainen ym. 2002, 205.)

Snellmanin mielestä on tärkeää kartoittaa yleiset saattohoitokriteerit ja tarkastella niitä työyhteisössä. Siten löydetään kehittämistä vaativat kohteet. Hänen mukaansa työtekijöiden avoin ja salliva suhtautuminen hoitokäytäntöjen tutkimiseen ja kehittämisen tuottaa hoidon laatua. (Snellman, henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2008.)

4.3.7 Tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on laitoshoidossa olevan potilaan laadukas saattohoito. Opinnäytetyön tavoitteena oli saattohoidon laadun kehittäminen Hoivaosasto Tanelissa. Tutkimuksen tulokset antoivat vastauksen tutkimuskysymykseen, millaista on iäkkään laadukas saattohoito laitoksessa.

Haukiputaan terveyskeskuksessa ja Hoivaosasto Tanelissa tehtävässä saattohoidossa on monia eroavaisuuksia, jotka vaikuttavat laatuun. Haukiputaalla kehittämistyötä on tehty järjestelmällisesti useita vuosia. Asiaa on lähtenyt kehittämään asiasta kiinnostunut sairaanhoitaja, joka on saanut innostumaan myös muut toimijat mukaan. Osaston oman lääkärin sitoutuminen saattohoidon kehittämiseen ja työnteekijöiden kouluttaminen on ollut ratkaiseva asia saattohoidon kehittämisessä. Saattohoitoa tehdään sekä terveyskeskuksessa että kotona. Kaikille potilaille tehdään saattohoitopäätös ja hoitolinjaukset. Oireiden seuranta ja kirjaaminen on järjestelmällistä ja siten hoidon jatkuvuus pystytään turvaamaan. Omaisia tuetaan ja heidän kanssaan tehdään koko saattohoitoprosessin ajan tiivistä yhteistyötä. Omaisilta kerätään palautetta ja saattohoitoa kehitetään palautteiden pohjalta.

Hoivaosasto Tanelissa saattohoitoa on kehitetty jo aikaisemmin. Silloin luotiin ohjeistus, jossa saattohoidon prosessi etenee johdonmukaisesti alkaen saattohoitopäätöksestä kuoleman jälkeen tapahtuviin toimenpiteisiin asti. Ohjeistuksesta huolimatta saattohoidossa on kehittämisen varaa. Hoivaosasto Tanelissa osaston lääkäri vaihtuu usein. Kaikille potilaille ei tehdä saattohoitopäätöstä ja hoitolinjauksia. Tästä aiheutuu ajoittain ristiriitaisia näkemyksiä saattohoitopotilaan hoidosta. Omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä on paljon kehittämistä. Hoitohenkilöstön osaamista ei ole mitenkään kartoitettu saattohoidon osalta ja halukkuutta lisäkoulutukseen sen suhteen puuttuu. Henkilökunta on osaksi kouluttamatonta ja vaihtuu usein. Työyhteisössä on muutama vakituinen hoitaja, joka on tehnyt saattohoitotyötä useita vuosia. Heillä olisi paljon hiljaista tietoa, jota kannattaisi mentoroinnin avulla siirtää nuoremmille työntekijöille.

Benchmarking -menetelmään sisältyvän vertaiskäynnin avulla saatuja tuloksia hyödynnetään hoivaosasto Tanelissa saattohoidon kehittämisessä. Osa tuloksista voidaan ottaa käyttöön heti. Työntekijöille suunnattu kysely saattohoidon osaamisen varmistamiseksi tulee tehdä aluksi. Sen pohjalta järjestetään koulutusta saattohoidosta. Omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä tiivistetään ja käynnistetään palautteen kerääminen systemaattisesti. Osastolle tulee saada pysyvä lääkäri, joka sitoutuu saattohoitoon ja tekee tarvittaessa saattohoitopäätöksen ja hoitolinjaukset. Arviointia ja kirjaamista tulee tehostaa.

Osa tuloksista voidaan hyödyntää myöhemmin. Kotisaattohoitoa voidaan kehittää jatkossa. Se sopii hyvin Kuusamon kaupungin perusturvan visioon, jossa pyritään siihen, että ollaan kotona koko elämä. Kotisairaanhoitoa voidaan kehittää myös siltä osin. Kotihoidon työntekijöille tulee myös suunnata saattohoitokoulutusta. Myöhempänä ajankohtana voidaan kehittää yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Erilaiset järjestöt, seurakunta ja vapaaehtoistyöntekijät voivat antaa paljon myös saattohoitotyöhön. Haukiputaan terveystieteiden keskuksessa tehdystä saattohoidon kehittämistyössä oli mukana esimerkiksi syöpäyhdistys, joka tarjosi koulutusta.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Hoivaosasto Tanelin kehittämistyössä ja laajemminkin koko perusturvan toimialalla. Benchmarking- menetelmällä saadaan kolmenlaisia tuloksia. Kypsät ideat otetaan käyttöön heti, osaa voidaan kehitellä jatkossa ja muita mahdollisia asioita kehitetään joskus tulevaisuudessa.

Seuraavassa kuviossa 4 on esitetty tulokset.



Kuvio 4 Benchmarking- menetelmän avulla saadut tulokset

5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tein opinnäytetyöni yleisiä eettisiä periaatteita noudattaen. Käytin lähteinä uusimpia tutkimuksia ja kirjallisuutta. Tieto oli luotettavaa ja soveltui hyvin opinnäytetyön aiheeseen. Opinnäytetyö eteni suunnitellun aikataulun mukaan. Yhteistyö ohjaavan opettajan, työelämän ohjaajan ja vertaisen kanssa oli rakentavaa. Sain tärkeää tukea opinnäytetyöprosessin aikana. Keräsin aineiston haastattelemalla luotettavaa ja asiantuntevaa henkilöä, joka antoi vapaaehtoisesti haastattelun. Kerroin hänelle avoimesti opinnäytetyöstäni ja oman työyhteisöni toiminnasta. Tulokset on raportoitu avoimesti ja rehellisesti. Haastattelusta saatu aineisto on esitelty mitään muuttamatta. Aineisto oli kattava ja tulokset antoivat vastauksen tutkimuskysymykseen.

Opinnäytetyöprosessi vahvisti omaa ammattitaitoani. Olen tehnyt pitkään vanhustyötä, jossa saattohoito on keskeinen asia. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys sisältää uusinta tutkimustietoa saattohoidosta ja saattohoidon uranuurtajan Juha Hännisen teoksia. Näistä kaikista saamani tieto vahvisti omaa osaamistani saattohoidossa. Halusin opinnäytetyölläni kehittää Hoivaosasto Tanelissa tehtävää saattohoitoa. Opinnäytetyön tulokset antoivat paljon informaatiota laadukkaasti toteuttamisesta laitoksessa. Tuloksia hyödynnetään Hoivaosasto Tanelissa saattohoidon kehittämistyössä. Opinnäytetyön tuloksista on suurta hyötyä, koska osasto muuttuu saattohoitoa ja subakuuttia hoitoa antavaksi yksiköksi.

5.2 Oma ammatillinen kasvu

Keskeisin asia opinnäytetyössäni on oman ammattitaidon kehittyminen. Opinnäytetyön aihe nousi halusta tehdä oma työni mahdollisimman hyvin. Toisaalta minulla oli myös halu kehittää saattohoitoa omassa työyksikössäni ja tuoda uutta tietoa myös muille. Työntekijän velvollisuus on kehittää itseään ja hankkia lisäkoulutusta. Olen koko työhistoriani ajan kouluttanut itseäni työn ohessa. Se on ollut kiinnostavaa ja antoisaa ja olen kokenut saavani siitä itselleni todella paljon. Dementiaan ja saattohoitoon liittyvien koulutuksien lisäksi olen opiskellut gerontologiaa.

Omassa työyksikössäni on meneillään muutos. Se koskee osaston muuttamista pelkästään saattohoitoa ja subakuuttia hoitoa antavaksi yksiköksi. Se tuo paljon uusia haasteita sairaanhoitajan työlle. Subakuutit potilaat tarvitsevat akuuttihoitoa ja siirtyvät osastolta toiseen hoitopaikkaan voinnin kohennuttua. Saattohoitopotilaat ovat osastolla kuolemaansa asti. Kuusamon perusturvassa on parhaillaan käynnissä muutosjohtamiskoulutus. Koulutukseen liittyy kehittämistyö, joka liittyy osaston muutokseen. Perusturvan toimialalla on tehty pitkään laatutyötä, joten se on itselleni tuttua. Koen kehittämistyön tärkeänä hoitotyön laatua ajatellen. Sairaanhoitaja vastaa omassa työyksikössään siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä kehitetään jatkuvasti.

Olen tehnyt sairaanhoitajan sijaisuuksia noin vuoden ajan omalla osastollani. Tarvittaessa sairaanhoitaja joutuu käymään myös toisella vanhusosastolla, jos siellä ei ole sairaanhoitajaa työvuorossa. Tämä tuo paljon vastuuta. Omalla osastolla sairaanhoitaja on yleensä yksin työvuorossa ainoana sairaanhoitajana. Sairaanhoitaja on vastuuhoidaja, joka kantaa kokonaisvastuun koko osaston toiminnasta. Tarvittaessa sairaanhoitaja joutuu ottamaan yhteyttä päivystävään lääkäriin, omaisiin ja muihin hoitoyksiköihin.

Olen kokenut, että sairaanhoitajan työhön on kasvanut pikkuhiljaa koulutuksen ja oman työn avulla. Olen sitä mieltä, että muutos ei synny yht' äkkiä vaan asia pitää omaksua ja sisäistää. Tarvitaan henkistä kasvua. Olen vahvasti sitä mieltä, että ikä ja elämäkokemus omalta osaltaan ovat muokanneet ja auttaneet tässä kasvussa.

Oma työyksikköni on iso ja siellä on paljon henkilökuntaa. Pitkä työura on opettanut ja kasvattanut työskentelemään monenlaisten ihmisten kanssa. Kaikkia ei tarvitse rakastaa, mutta kaikkien kanssa pitää pystyä työskentelemään. Osastolla työskennellään soluissa ja työpari voi vaihtua päivittäin. Osastokokoukset, työnohjaukset ja muut yhteiset tilanteet ovat opettaneet vuosien myötä vuorovaikutusta. Opiskelijoiden ohjaaminen ja näytön vastaanottaminen ovat osaltaan kehittäneet opetus- ja ohjaustaitoja. Osastolla on jo pitkään tehty kirjaamista sähköisesti. Tietotekniikka on tullut todella tutuksi jo työssä ja siitä on ollut apua koulutuksessa.

Omassa työssä olen työvuorossani vastuuhoidaja. Joudun tekemään päätöksiä ja kannan niistä vastuun. Yksi osa vastuuhoidajan työstä on työntekijöiden rekrytointi. Koska hoitohenkilökuntaa on paljon, on myös poissaoloja. Näissä yllättävissä tilanteissa joutuu

tekemään äkkiä päätöksiä, hoitotyön sujumisen varmistamiseksi. On tiedettävä mihin tai keneen ottaa yhteyttä.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja antoisa prosessi. Aiheen valinta ei tuottanut ongelmia. Työni vanhusten osastolla avasi silmät näkemään oman osaamisen puutteet saattohoidossa. Opinnäytetyön vaativuus tuntui alussa suurelta. Oma mielenrauha säilyi ottamalla yksi asia kerrallaan käsittelyyn. Opinnäytetyön tekeminen vaatii sitoutumista pelisääntöihin. Sovitut päivämäärät auttoivat etenemään suunnitellusti.

Opinnäytetyölle asetetaan tietyt tavoitteet ylemmältä taholta. Oma tavoitteeni oli tehdä niin hyvää työtä, kuin rajalliset resurssit sallivat. Opinnäytetyön valmistuminen ajallaan tuotti iloa ja onnistumisen kokemuksia. Prosessin loppupuolella työ imaisi mukaansa. Ajatuksissa työtä prosessoiti eteenpäin usein. Silloin syntyi hyviä oivalluksia.

Opinnäytetyön tekeminen yksin johtui monesta seikasta. Aikataulujen yhteensovittaminen olisi ollut työlästä. Minulle sopii yksin työskentely. Vertaisohjaus ja opettajan ohjaus olivat siten todella tärkeitä. Omaan tekstiin sokeutuu ja voi jämähtää paikoilleen. Silloin toisen havainnot ja mielipiteet antavat sysäyksen eteenpäin.

Opinnäytetyön teoreettinen osuus sisältää mahdollisimman uutta tietoa. Olen saanut paljon miettimisen aihetta. Uutta tietoa on jo voinut hyödyntää omassa työssä. Haastattelussa käyty keskustelu valoi uskoa siihen, että kehittämistyö onnistuu. Koin oman työni tarpeellisenä.

Pitkä työhistoria vanhusten osastolla ja sen tuoma kokemus oli vankka pohja kehittymiselle. Saattohoitotyö on antanut käytännön tuomaa tietotaitoa ja saattohoitokoulutus teoreettisempaa tietoutta. Opinnäytetyöprosessin aikana saamani teoreettinen ja konkreettinen tieto ovat vahvistaneet ammattitaitoa vanhusten saattohoidossa. Se on antanut eväitä myös kehittämistyön tekemiseen. Opinnäytetyöprosessi on lisännyt rohkeutta ottaa asioista selvää. Sen lisäksi yhteydenotot eri henkilöihin prosessin aikana rohkaisevat jatkossakin yhteistyöhön eri ammattiryhmien kanssa. Sairaanhoidajan identiteetti on muotoutunut vähitellen. Haluan jatkossakin työskennellä iäkkäiden parissa ja silloin saattohoito on vahvasti mukana hoitotyössä.

5.3 POHDINTA

Olen työskennellyt pitkään laitoshoidon yksikössä. Yksi tärkeä osa työtäni on saattohoito. Työssäni vanhusten hoivaosastolla olen ollut mukana erilaisissa saattohoitoprosesseissa. Omat kokemukseni ovat antaneet käytännön tietotaitoa, mutta olen myös joutunut pohtimaan omaa osaamistani, etsimään uutta tietoa ja koulutusta. Kaikki tämä on muodostanut mieleissäni tietyn esiyymmärryksen saattohoidosta.

Opinnäytetyöni aihe on hoidon laatu laitoshoidossa olevan potilaan saattohoidossa. Tarve tämän työn tekemiseen lähti omista kokemuksistani saattohoidossa. Opinnäytetyöni työelämän ohjaaja on Kuusamon perusturvan hoidon ja huolenpidon tulosalueen koordinaattori.

Opinnäytetyöni aihe oli alusta asti selvä. Omassa työssäni olen kokenut, että saattohoito vaatii paljon osaamista. Halusin saada tietoa siitä, miten muissa vastaavissa yksiköissä toteutetaan saattohoitoa ja voisiko sitä tietoa hyödyntää omassa yksikössä tehtävän saattohoidon kehittämisessä. Itselläni ei ollut tietoa siitä, missä laadukasta saattohoitoa toteutetaan vastaavassa yksikössä, joten otin sähköpostin avulla yhteyttä Pirkanmaan hoitokotiin. Kyseinen hoitokoti on vanhin saattohoitokoti Suomessa. Pirkanmaan hoitokodin johtajalta sain tietää, että Haukiputaan terveyskeskuksessa tehdään laadukasta saattohoitoa. Sain häneltä saattohoidon kehittämisestä vastanneen sairaanhoitajan yhteystiedot. Otin yhteyttä kyseiseen sairaanhoitajaan. Kerroin hänelle opinnäytetyöni taustasta ja aineiston keräämisestä haastattelun avulla. Hän lupautui ystävällisesti haastateltavaksi.

Opinnäytetyön alusta lähtien etsin tutkimustietoa ja kirjallisuutta saattohoidosta. Tietoa löytyi runsaasti. Teoreettisen tiedon etsiminen jatkui koko opinnäytetyöprosessin ajan. Muodostin opinnäytetyön viitekehyksen mahdollisimman uutta tietoa käyttäen.

Olin opinnäytetyön alkuvaiheessa yhteydessä Terhokodin koulutusvastaavaan sairaanhoitajaan. Kävin hänen kanssaan keskustelua sähköpostin avulla. Sain kyseiseltä sairaanhoitajalta arvokasta tietoa Terhokodin tarjoamasta saattohoidosta ja laadukkaan saattohoidon keskeisistä tekijöistä.

Opinnäytetyöni avulla halusin kehittää saattohoitoa omassa työyksikössäni. Käytin opinnäytetyössäni Benchmarking–menetelmää. Siihen sisältyy kehittävä vertaiskäynti, jonka tein Haukiputaan terveyskeskukseen. Toimintaa kehitettäessä tarkastellaan ensiksi nykyistä toimintatapaa. Nykykäytännön kuvaus ja sen tarkastelu auttavat tunnistamaan kehittämistarpei-

ta. Kyseinen menetelmä mahdollistaa toimintayksiköiden välisen poikkileikkausvertailun ja toiminnan kehittämisen muilta oppimalla. Menetelmän avulla tuotetaan vertailutietoa ja analysoidaan hoidon, palvelujen ja toimintaprosessien kykyjä vastata asukkaiden tarpeisiin. Toimintayksiköt vertaavat omaa tietoaan muihin, pyrkivät oppimaan parhailta ja kehittävät omaa toimintaansa. Kyseinen menetelmä soveltui hyvin omaan opinnäytetyöhöni.

Saattohoitoa on tutkittu erilaisista näkökulmista käsin. Sand (2003) on tehnyt tutkimusta saattohoitokodeissa tapahtuvasta saattohoidosta. Tutkimus on ensimmäinen suomalaista saattohoitokulttuuria käsittelevä hoitotieteellinen tutkimus. Saattohoidon keskiössä on potilas ja hänen perheensä. Saattohoidon peruslähtökohtana on potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja hengelliset tarpeet. Kuuppelomäki (1996) puolestaan on tutkinut syöpäpotilaiden saamaa hoitoa kuoleman lähestyessä. Potilailla esiintyi monenlaisia pelkoja esimerkiksi kivun suhteen. Lipponen (2006) on tutkinut kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta. Kuoleman kokonaisvaltaisuus ja lopullisuus koskettavat samalla tavalla niin potilasta kuin hoitajaa. Lipposen tutkimuksessa korostui hoitosuhteessa syntyvä dialoginen yhteys. Sen ansiosta hoitopaikka menettää merkityksensä ja saattohoito toteutuu monimerkityksellisenä ja tilannesidonnaisena yksilön arvon ja vapauden kunnioittamisena.

Aikaisemmat tutkimukset ja kirjallisuus saattohoidosta luovat vankan teoreettisen pohjan opinnäytetyölle. Metsämuurosen (2003,3.9) mukaan keskeistä tieteelliselle tiedolle on se, että se rakentuu vanhalle perustalle. Se, mitä asiasta ennestään tiedetään, toimii uuden hankitun tiedon lähtömateriaalina. On hyödyllistä ja tärkeää tutustua valittua aihepiiriä koskevaan kirjallisuuteen.

Saattohoito on noussut viime aikoina usein esille. Molander & Peräkylä (2000) pohtivat artikkelissaan vanhusten saattohoitoa. Huonokuntoisten vanhusten määrä kasvaa ja siitä on muodostunut haaste terveydenhuollolle. Pitkäaikaishoidossa olevat vanhukset kuolevat usein ilman saattohoitopäätöstä. Heidän mukaansa myös huonokuntoisten vanhusten hoidossa tulisi tehdä saattohoitopäätös aina, kun se on mahdollista. Hoitavan tahon ja omaisten tulee herätä reagoimaan pitkäaikaishoidossa olevaan kuin kuolevaan potilaaseen. Silloin varmistetaan se, että kuolevan potilaan hyvän hoidon periaatteet muovaavat myös pitkäaikaissairaiden vanhusten viimeistä elämävaihetta. Silloin myös he ehtisivät saada osakseen kuolevalle kuuluvat erityisoikeudet.

Heikkilän (2008) artikkelissa esitetään sadantuhannen suomalaisen allekirjoittama saattohoitovetoisuus. Siinä vaaditaan saattohoitoa osaksi julkista terveydenhuoltoa. Vetoimuksen

mukaan saattohoitoa ei ole tasa-arvoisesti saatavilla potilaan kotipaikan, iän, yksinäisyyden tai alhaisen toimintakyvyn takia. Puutteellisesti järjestetty saattohoidon koulutus ja hoidon organisointi lisäävät epätasa-arvoa.

Aineiston kerääminen vertaiskäynnin yhteydessä antoi paljon tietoa. Aineiston analyysivaihe oli mielenkiintoinen ja vaati paljon pohtimista. Metsämuurosen (2003,196,3) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen ja analysointi voivat tapahtua osittain yhtä aikaa. Tutkimusaineisto järjestetään siten, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista ja siirtää yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. Tieteelliselle tiedolle on tyypillistä, että tieto on hankittu objektiivisesti, puolueettomasti ja on vältetty subjektiivisia kannanottoja.

Tuloksia voidaan hyödyntää saattohoitoa kehitettäessä omassa työyksikössäni, muissa hoivayksiköissä ja kotisairaanhoidossa. Kotisaattohoito olisi yksi tutkimuksen ja kehittämisen kohde. Kuusamossa painopiste vanhuspoliittisessa ohjelmassa on saada vanhukset hoidettua kotiin mahdollisimman pitkään. Kotisaattohoidon kehittäminen olisi siltä pohjalta kannatettavaa. Kotisaattohoitokulttuuri on kehittynyt Suomessa viime vuosina. Espoon kaupunki on kehittänyt kotisaattohoitoa kotisairaalassa palveluohjausmallin avulla vuodesta 2004. Kehittämistyön tuloksena moniammatillinen yhteistyö parani. Yhteistyö eri palveluntuottajien kesken lisäsi kotisaattohoidossa olevan potilaan turvallisuudentunnetta ja selviytymistä kotona.

Omahoitajatoiminnan kehittäminen, nimenomaan saattohoitopotilaita ajatellen, olisi myös aiheellista. Työyksikön muuttuessa myös asiakkaiden hoitajaksot lyhenevät. Silloin omahoitajan rooli korostuu saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa kanssa tehtävässä yhteistyössä. Ihanteellisinta olisi, jos omahoitaja pystyisi irrottautumaan oman asiakkaan saattohoitoon muusta työstä. Se vaatii hoitohenkilökunnalta oikeanlaista asennetta ja yhteistyöhalukkuutta.

LÄHTEET

- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: Helsinki: WSOY.
- Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat: surevien hoitoyön perusteet. Helsinki: WSOY.
- Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking, projektin loppuraportti 2000-2002. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Harjula, R. 2007. Tilaajan ja tuottajan haasteena yhteinen palvelujen paketointi. Tuotteistus, laatu ja kilpailuttaminen – hankkeen loppuraportti. Hämeenlinnan seutukunta. Etelä-Suomen lääninhallitus.
- Heikkilä, M. 2008. *Lähes 100 000 allekirjoitti saattohoitovetoomuksen* [verkkodokumentti]. Artikkel. [Viitattu 25.3.2009]. Saatavissa: <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article145642.ece>
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito, haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY.
- Hellstén, K., Outinen M. & Holma T. 2004. Kehittävä vertaiskäynti – työväline laadunhallintaan. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Hildén, H-M., Jonquire, R., Jylhäkangas, L., Järvimäki, V., Laakkonen, M. L., Louhiala, P., Mattila K.-P., Pahlman, I., Pitkälä, K., Sirkiä, K., Takala, T. & Hänninen, J. (toim.) 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku, hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2003. Saattohoito, saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2006. Saattohoito, potilaan ja omaisen opas. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja.

Hätinen, S. 2007. Omaisen osallistuminen iäkkään pitkäaikaispotilaan hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Junnila, M. 2004. Sairaaloiden tuottavuus. Saarijärvi: Stakes.

Koskinen, S., Martelin, T., Notkola, I.-L., Notkola, V., Pitkänen, K., Jalovaara, M., Mäenpää, E., Ruokolainen, A., Rynnänen, M. & Söderling I. 2007. Suomen väestö. 2. uudistettu laitos. Helsinki: Gaudeamus.

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

Kuusamon kaupunki. Perusturva [verkkodokumentti]. ”Kotona koko elämä”- Kuusamon kaupungin vanhuspoliittinen ohjelma vuoteen 2010 [viitattu 15.12.2008]. Saatavana: <http://www.kuusamo.fi/dman/Document.phx?documentId=ki24704081037580>

Kuusamon kaupungin perusturvan palvelujärjestelmän laadun auditointi, 2002, yhteenvetoraportti. Kuusamon kaupunki. Perusturva.

Kuusamon perusturvan talousarvio ja -suunnitelma vuosille 2008-2010, käyttösuunnitelma vuodelle 2008. Kuusamon kaupunki. Perusturva.

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

Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? - taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Saarijärvi: Stakes.

Lehtomäki, S. 2005. *Kotisaattohoito- Mahdollisuus kuoleman kohtaamiseen kotona* [verkkodokumentti]. Artikkelit. [Viitattu: 25.3.2009]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2005/muut_artikkelit/kotisaattohoito-mahdollisuus_k/

Liikka, P. 2006. Kotisairaalassa kuolleiden potilaiden omaisten kuvaus ammattihenkilöstöltä saamastaan tuesta. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lipponen, V. 1997. Saattohoitopotilaan tahdon toteutuminen potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta tarkasteltuna. Pro Gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Medina, A.V., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2005. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY.
- Molander, G & Peräkylä, A. 2000. *Milloin hoidettavalle kuolevan identiteetti?* [verkkodokumentti]. Artikkel. [Viitattu: 25.3.2009.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi>
- Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammi.
- Perälä, M.-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking- järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Helsinki : Stakes.
- Puumalainen, A. 2000. Hoitotyön vuosikirja, vanhusten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Raatikainen, R., Miettinen, T. & Karppi, P. 2000. Omaisten arviointia kuolevan potilaan hoidosta. *Hoitotiede* 13/2000, 30-42.
- Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Jyväskylä: Yliopistopaino.
- Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saattohoito Tanelissa 2005. Kuusamon kaupunki. Perusturva.
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa – tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Snellman, M. 2008. koulutus@terho.fi 15.8.2008
- Stakes 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle [verkkodokumentti]. Valtakunnallinen suositus [viitattu 21.3.2009]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>
- Stakes 2006. [Verkkodokumentti]. Tuottavuusvertailu. Benchmarking [viitattu 25.11.2008]. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/benchmarking/FI/Kasitteet/vertailu.htm>
- Sulkava, R., Hänninen, J., Kärpäniemi, R., Kosonen, K., Hölttä, L., Kivikoski, T., Tervaskari, H. & Rasila, I. (toim.) 1999. Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Suni, A.-L., Hänninen, J. 2003. Kun tuuli käy, inhimillinen kuolema. Helsinki: Kirjapaja.

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä, kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007 2003. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 18/2003.

Tuominen, K. 1999. Muutoshallinnan mestari. Helsinki: Laatuokeskus.

Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M.-L. & Sinervo, T. 1999. Vanhusten laitoshoidon tila, voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Helsinki: Stakes.

Vainio, A. & Hietanen, P. 1998. Palliatiivinen hoito. Helsinki : Duodecim.

Vanhuus ja hoidon etiikka 2008. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE -julkaisu 20. Vantaa: ETENE

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. U. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – opas laatuun. Saarijärvi: Stakes.

KYSYMYKSET VERTAISKOHTEESEEN

1. Missä vaiheessa saattohoitopäätös tehdään ja kuka sen tekee?
2. Miten asiakkaan oma tahto, vakaumus ja mahdollinen hoitotestamentti otetaan huomioon?
3. Miten omaiset ja henkilökunta otetaan mukaan saattohoitopäätöstä tehtäessä
4. Miten päätös kirjataan ja mihin?
5. Miten hoitolinjaukset tehdään?(Kivunhoito ym.)
6. Millaista arviointia suoritetaan ja miten se kirjataan?
7. Miten saattohoitoon siirtyminen näkyy käytännön toimenpiteissä?
8. Miten omaiset otetaan huomioon saattohoidossa? (Vierailuajat, yhteydenpito)
9. Miten huonejärjestelyt voidaan toteuttaa?
10. Miten kirjaaminen toteutetaan?
11. Miten hoitoa arvioidaan?
12. Millaisia toimenpiteitä kuoleman kohdatessa seuraa?
13. Mikä rooli on hoitajalla/lääkärillä/omaisella kuoleman jälkeen?
14. Miten omaisia tuetaan/neuvotaan?
15. Mikä on Teidän mielestänne laitoksessa toteutettavan laadukkaan saattohoidon edellytyksenä?
16. Miten hoitohenkilökuntaa tulisi mielestänne kouluttaa?
17. Mitkä kaikki tekijät mahdollistavat laadukkaan saattohoidon laitosolosuhteissa Teidän osastollanne?

