

Anniina Palmroth

SAATTOHOIDON TOTEUTUMINEN NAANTALIN
TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA
- Hoitajien näkökulma

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2010

SAATTOHOIDON TOTEUTUMINEN NAANTALIN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA

Palmroth, Anniina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
marraskuu 2010
Ohjaaja: Lahtinen, Elina
Sivumäärä: 59
Liitteitä: 3

Asiasanat: saattohoito, etiikka, hoitohenkilöstö, hoitoympäristö

Opinnäytetyön aiheena oli saattohoito. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää saattohoidon toteutumista Naantalın terveystakeskukšen vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyössä käsiteltiin saattohoitopäätöstä, saattohoitoneuvottelua, saattohoitoympäristöä, saattohoitopotilaan oireiden – ja kivunhoitoa ja kärsimyksen lievittämistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa saattohoidon kehittämiseksi Naantalın terveystakeskukšen vuodeosastolla. Tavoitteena oli myös, että tutkimuksen tulosten pohjalta voitaisiin tulevaisuudessa vuodeosastolla kehittää edelleen hyvää saattohoitoa.

Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kyselylomake sisälsi strukturoituja kysymyksiä saattohoidon toteutumisesta ja yhden avoimen kysymyksen saattohoidon kehittämisestä vuodeosastolla. Aineiston keruu suoritettiin vuoden 2009 lokakuun ja joulukuun välisenä aikana Naantalın terveystakeskukšen vuodeosaston hoitajilta (N=25). Kyselyyn vastasi 23 hoitajaa ja vastausprosentiksi tuli 92 %. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja avoin kysymys sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö toteutettiin vuosina 2009- 2010.

Tulosten mukaan enemmistö hoitajista oli sitä mieltä, että lääkäri tekee saattohoitopäätöksen vuodeosastolla. Yleisesti suurimman osan hoitajien mielestä saattohoitoneuvotteluja ei järjestetä osastolla. Saattohoitoympäristö koettiin hyväksi sekä fyysisenä että psyykkisenä enemmistön mielestä. Neljänneksen hoitajien mielestä kotisaattohoito sekä yhteistyö vuodeosaston ja kotisairaanhoidon välillä ei toteudu. Kivunhoito oli vuodeosastolla enemmistön hoitajien mielestä riittävää. Perushoito arvioitiin parhaiten toteutuvaksi. Oireiden hoito ja kärsimyksen lievittäminen arvioitiin toteutuvan. Saattohoidon kehittämiseen vuodeosastolla hoitajat toivat asioita esille saattohoitoympäristön, saattohoitopäätöksenteon, saattohoidon toteuttamisen, dokumentoinnin sekä lääkehoidon osa-alueista. Opinnäytetyön tulosten pohjalta tullaan tekemään saattohoidon kehittämisprojekti yhteistyössä vuodeosaston henkilökunnan kanssa. Projektissa tullaan tekemään saattohoito-ohjeet vuodeosaston hoitohenkilökunnalle.

HOSPICE CARE IN NAANTALI

Palmroth, Anniina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

November 2010

Supervisor: Lahtinen, Elina

Number of pages: 59

Appendices: 3

Keywords: hospice care, nursing staff, health care center

The topic of this thesis was hospice care. The purpose of the thesis was to find out how hospice care is implemented in the medical ward of Naantali Health Care Center from the perspective of the nursing staff. Issues covered in the thesis were hospice care decision, discussion about hospice care, hospice care environment, pain and symptoms of a hospice care patient, and the relief of pain and suffering. The intention of this thesis was to produce knowledge that could be used to further develop hospice care in the medical ward of Naantali Health Care Center. In addition, the aim of the thesis was to provide research findings that could help develop and ensure good hospice care in the future.

The research method employed was quantitative survey. The questionnaire consisted of structured questions on the implementation of hospice care and one open question on the development of hospice care in the medical ward. The data was collected between October and December 2009. The sample consisted of the ward's nurses (N=25). Twenty-three nurses answered the survey and the percentage of the replies was 92. The data was analyzed using statistical methods and the open question was analyzed using content analysis. The thesis project was carried out in the years 2009_2010.

The findings of the survey reveal that most of nurses think that the doctor makes the decision about hospice care in the medical ward. In general most of the nurses think that discussions about hospice care are not arranged in medical ward. Majority of the nurses thought that the environment of the hospice care was good both physically and psychologically. A quarter of the nurses think that hospice care in home and association between medical ward and home nursing doesn't come true. Majority of the nurses think that pain treatment is adequate. Nurses were most satisfied on the basic care in the medical ward. Relieving symptoms and suffering was evaluated to happen. To evolve hospice care in the medical ward the nursing staffing appointed environment of hospice care, making decision about hospice care, fulfillment of hospice care, documentation and drug treatment. From the survey of this thesis will be made an evolving project of hospice care in association with medical ward nursing staff. The project's outcome will be hospice care instructions to nursing staff in medical ward.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	SAATTOHOITO	6
2.1	Saattohoitopäätös	8
2.2	Saattohoitoneuvottelu	12
2.3	Saattohoitoympäristö	13
2.4	Saattohoidon toteutus	17
2.4.1	Saattohoitopotilaan oireiden hoito	20
2.4.2	Saattohoitopotilaan perushoito	23
2.4.3	Saattohoitopotilaan kivun ja kärsimyksen hoito	24
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	30
4	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	31
4.1	Tutkimusmenetelmä	31
4.2	Aineiston keruu	32
4.3	Tutkimuksen käsittely ja analysointi	32
5	TULOKSET	33
5.1	Kohderyhmä	33
5.2	Saattohoitopäätös	34
5.3	Saattohoitoneuvottelu	35
5.4	Saattohoitoympäristö	36
5.5	Saattohoitopotilaan oireiden- ja kivunhoito	40
5.6	Saattohoidon kehittäminen Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla	42
6	POHDINTA	44
6.1	Tulosten tarkastelu	44
6.2	Tutkimuksen eettisyys	49
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	50
6.4	Tutkimusten tulosten hyödyntäminen jatkossa ja kehittämisehdotukset	52
	LÄHTEET	55
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kuolema koskee meitä kaikkia. Ennen kuolema nähtiin luonnollisempana osana ihmisen elämänkaarta. Kuolemasta uskallettiin puhua enemmän ja se oli osa arkipäiväistä elämää. Nykyään kuolemasta puhuminen sekä kuolevien hoitoon liittyvät kysymykset siirrettään usein terveydenhuollon asiantuntijoiden vastuulle. Eniten ihmisiä kuoleekin hoitolaitoksissa. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 3.)

Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla toteutetaan saattohoitoa, mutta mitään omia selkeitä saattohoito-ohjeita tai opasta ei ole käytettävissä. Lääkintöhallituksen 1980-luvun alussa antamat terminaalihoito-ohjeet ovat sellaisinaan vanhentuneet. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2002, 17.) Naantalın terveystakeskuksen vuodeosaston saattohoitopotilaita ei lähetetä saattohoitoon erikoistuneeseen Karinakotiin, vaan vuodeosastolla tehtävä saattohoito katsotaan riittäväksi. Sosiaali- ja Terveystministeriö on juuri julkaissut saattohoitosuositukses, jotka ovat tarkoitettu kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden käyttöön. Saattohoitosuositusten tavoitteena on ohjata saattohoidon käytäntöjä koko Suomessa sekä tehdä saattohoidosta suunnitelmallisempaa. On tärkeää, että terveystakeskuksen vuodeosastolla on taitoa, tietämystä sekä kokemusta saattohoitopotilaiden hoidosta. Saattohoitopotilaille tulee antaa arvokas ja turvallinen kuolema ja saattohoidossa tulee ottaa potilaiden sekä omaisten/läheisten tarpeet huomioon. Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla ei ole käytössä omahoitajamallia, jota Sosiaali- ja terveystministeriön saattohoitosuosituksissa suositellaan järjestettäväksi kuolevalle potilaalle laitoksissa saattohoidon hoitohenkilöstön työnjakomallissa, joten saattohoidon järjestäminen edellyttää hyvää yhteistyötä koko hoitavan henkilökunnan sekä potilaan ja omaisten kesken. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 21.; Sosiaali- ja Terveystministeriö 2010, 25.; Valtioneuvosto.fi 23.9 2010 10:07.)

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten saattohoito toteutuu Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa

käsitellään saattohoitopäätöstä, saattohoitoneuvotteluiden toteutumista sekä saattohoitoympäristöä, oireiden - ja kivunhoitoa sekä kärsimyksen lievittämistä. Hyvän saattohoidon toteuttaminen on erittäin haasteellista hoitoalan nykyisen kiireellisyyden sekä taloudellisten resurssien vähyyden vuoksi. Hoitotyöhön tarvitaan lisää resursseja, jotta voitaisiin kehittää saattohoitoa ja siten toteuttaa hyvää ja arvokasta kuolevan potilaan hoitoa. Kuoleman kohtaaminen ja saattohoidon laatu ovat toistuvasti mediassa esillä. Hännisen ja Pajusen (2006) mukaan ”Saattohoidossa kuoleminen ei ole keskeisellä sijalla, vaikka näin yleisesti luullaan. Saattohoidon ydin on elämässä ja hyvinvoinnissa”. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa saattohoidon kehittämiseksi Naantalın terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tavoitteena on myös, että tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan tulevaisuudessa kehittää vuodeosastolla edelleen hyvää saattohoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 12.) Henkilökohtainen tiedonanto 5.10 2010.)

2 SAATTOHOITO

Kuolema muutti kodeista sairaaloihin lääketieteellisen tekniikan kehittymisen myötä 1960-luvulla, jonka seurauksena lääketieteen painopisteeksi tuli elämän pelastaminen. Ihmisten huoli tästä johti Englannissa modernin hospice -liikkeen syntyyn sekä saattokotien perustamiseen. Filosofinen näkemys hospice johtaa tapaan toimia, ettei kenenkään tarvitse kuolla peläten ja tuskaisena. Hospice on avoin kaikille, joita ei enää voitu lääketieteellisin keinoin hoitaa. Sana hospice on lähtöisin jo keskiajan munkkien turvakodeista. Hospice -liikkeen vaikutteet tulivat Suomeen Iso-Britanniasta 1980-luvun alussa. Suomessa hospice -hoitoa on alettu nimittää saattohoidoksi. Suomalaisen saattohoidon lähtökohtana pidetään vuotta 1982, jolloin lääkintöhallitus asetti terminaalihoidon ohjeet, mutta myös Suomen syöpäjärjestön merkitys saattohoidon kehittämisessä on ollut ratkaiseva. (Aalto 2000, 196, 219-220.; Vainio, Hietanen, Pitkälä & Moilanen 2004, 16-17, 43.; Sand 2003, 44.)

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa kuoleman lähestyessä sekä hoitoa, jota annetaan siinä vaiheessa sairautta, kun käytettävissä olevilla hoitomenetelmillä potilaan sairauden ennustetta ei ole enää mahdollista parantaa. Potilaan kaiken muun ihmisarvoa kunnioittavan huolenpidon ja riittävän oireenmukaisen perushoidon sekä hänen läheistensä tukeminen sisältyvät saattohoitoon. Tavoitteena saattohoidossa on pitää potilaan olo mahdollisimman miellyttävänä ja kivuttomana. Tavoitteena on tehdä ympäristö sellaiseksi, että potilas voi kuolemaansa saakka elää mahdollisimman hyvää elämää. Potilaille halutaan taata myös arvokas, turvallinen ja hyvä kuolema saattohoidossa. Saattohoitoon kuuluvat hoito kuoleman lähestyessä ja hoitotoimenpiteet, jotka liittyvät kuolintapahtumaan sekä seuraava vaihe surutöineen ja rituaaleineen. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 110-111.; Toppinen 2001, 33.)

Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairautta ei voida enää parantaa ja elämän pidentäminen ei ole hoidon ainut päämäärä. Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan voi sairauden riippuesta kestää vuosia. Saattohoito taas on kuolemaa lähestyvän hoitoa. Välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa kutsutaan terminaalihoitoksi. (Eho ym. 2003, 6.)

Vuonna 2001 ETENE valitsi pääaiheekseen kuoleman ja saattohoidon eettiset kysymykset ja vuonna 2002 ilmestyi julkaisu ”Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa”, jonka yhteydessä tehtiin selvitys käytössä olevista saattohoito-ohjeista ja käytännöistä terveydenhuollon yksiköissä. Vuonna 2003 ilmestyi Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettaman työryhmän muistio, johon on koottu keskeisiä eettisiä ja oikeudellisia näkökohtia ja periaatteita saattohoidossa. Jokaisessa saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kohtaamisessa ratkaistaan yhä uudelleen saattohoidon laatu ja eettinen taso. Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi saattohoitosuositukset, joissa korostuu kuolevan potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillisuus. Saattohoitosuosituksien tehtävänä on edistää yhdenvertaista ja hyvää saattohoitoa. Saattohoidossa oikeudellinen perusta löytyy perustuslain (731/1999) perusoikeuksista ja terveydenhuollon perussäännöksistä. Näitä täydentää ja säännösten tulkinnassa auttaa Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus (ETS 164). Saattohoidon eettinen perusta löytyy muun muassa

kuolevaa potilasta koskevista julistuksista ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista. (Eho ym. 2003, 3-7.; Heikkinen ym. 2004, 6.; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 7.)

Saattohoidon päämääränä on lievittää kärsimystä. Kipua ja kärsimystä voidaan lievittää eri keinoin, mutta kaikkea kipua ja kärsimystä ei voida aina poistaa. Kuolevan ihmisen hoidossa oireiden hoito on vain yksi osa. Saattohoidon muusta hoidosta poikkeavalle sisällölle yleisimmin käytetty ilmaus onkin ”läsnäolo”. Ihmisen kunnioittaminen ja hoidettavan yksilöllisyyden säilyminen turvataan hoidossa. Muusta terveydenhuollosta saattohoito eroaa siinä, että hoidon päämääränä ei ole elämän pitkittäminen. Hyvin toteutunut saattohoito koostuu moniammatillisen työryhmän potilaan kokonaishoidosta. (Eho ym. 2003, 5.; Hänninen 2004, 313-314.; Heikkinen ym. 2004, 20.)

2.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöstä edeltää neuvottelu, johon osallistuvat lääkäri, potilas ja hänen suostumuksellaan läheisiä tai muita hänen hoitoonsa osallistuvia henkilöitä. Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös. Hoitava lääkäri tekee saattohoitopäätöksen kuunnellen potilasta ja hänen läheisiään ja kunnioittaen potilaan autonomiaa. Saattohoitopäätös tehdään, kun kuolema on väistämättä lähestymässä ja vakavasti sairaan potilaan sairaus on edennyt siihen vaiheeseen, ettei parantavaa hoitoa ole. Saattohoitopäätöksessä parantavasta hoidosta luovutaan ja siirrytään oireiden hoitoon. Saattohoitoon siirtymisen päätös ei aina tapahdu hetkessä, vaan siihen päädytään sairauden etenemisen myötä. Päätökset saattohoidosta tehdään perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Siirryttäessä yksiköstä toiseen saattohoitoon siirryttäessä tulee vastaanottavan yksikön myös järjestää hoitoneuvottelu. (Heikkinen ym. 2004, 23-24.; Hänninen & Anttonen 2008, 26.)

Päätös saattohoidon aloituksesta on hoidon linjaamista ensisijaisesti ja se merkitsee samalla jostain aiemmasta linjauksesta luopumista. Potilaalla tulee olla mahdollisuus

osallistua päätöksentekoon ja olla tietoinen hoitopäätöksen edellytyksistä ja seuraamuksista. Hoidon linjaaminen on myös lopettamista tai aloittamatta jättämistä elämää pitkittävien hoitojen, taudinkulun, ennusteen ja hoidon mahdollisuuksien mukaisesti. Päätöksen tekemiseen varataan aikaa ja se kirjataan selkeästi potilaskertomukseen. Tavoitteena saattohoitopäätöksessä on tarjota mahdollisuus saada uudelleen suuntautuvaa hoitoa potilaalle ja välttää hylkäämisen kokemusta. Tarvittaessa saattohoitopäätöstä voidaan myös muuttaa. (Hänninen ym. 2008, 23-27.)

Joskus on helpompi tehdä ei elvytetä -päätös, oireenmukainen -päätös tai vain perushoitoa -päätös kuin saattohoitopäätös. Joskus saattohoitopäätös jätetään tekemättä poistaen vain jotain aktiivisen hoidon elementtejä kuten antibiootit ja nestehoito. Selvityksissä on käynyt ilmi, että potilaat ja omaiset osallistuvat erittäin harvoin ei elvytyksestä luopumista (DNR) koskeviin sekä muihin hoitoon liittyviin ratkaisuihin. Tieto DNR päätöksistä ei kulje hyvin hoitoyksikön sisällä eikä siirryttäessä yksiköstä toiseen. DNR- päätöksissä ei ole yhtenäistä politiikkaa ja niiden käytäntö vaihtelee. Terminologia vaihtelee potilasasiakirjoissa. Usein tiedot päivystystilanteissa eivät kulje hoitoyksiköiden välillä DNR- päätöksistä tai hoitotahtodesta, jonka potilas on etukäteen ilmaissut. Oikeudellisesti sitova hoitotahto selkeimmillään auttaa potilasta elämään elämänsä viimevaiheet arvokkaasti. Hoitotahtolomakkeita tulisi selventää ja niiden sisällöstä tulisi keskustella. Hoitotahtoa pidetään epätarkkana ja epäselvänä, koska siihen ei voida kirjata hoitotoiveita yksityiskohtaisesti, sillä sairauden tulevia vaiheita ei vielä tunneta. Siirtyminen oireita lievittäviin hoitoihin aktiivisista hoidoista luovuttaessa on normaalia lääketieteellistä toimintaa, mutta terminologisesti jää epäselväksi. (Hannikainen 2008, 16-19.; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001, 13-14, 17.)

Vanhuksen hoitotahtoa on arvostettava. Vanhuksen omia toiveita ja elämänarvoja on kunnioitettava sekä hoitolinjauksia koskevat päätökset tulee tehdä ajoissa yhdessä ikääntyneen ja hänen läheisten kanssa. Dokumentointi yksilöllisestä valitusta hoitolinjasta lisää vanhuksen hyvinvointia, vähentää omaisten ahdistusta ja helpottaa hoitohenkilökunnan työtä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 4.)

Saattohoitopäätöksen tekeminen voi olla riippuvainen lääkärin kokemuksesta ja koulutuksesta, ja etenkin nuoret lääkärit voivat epäröidä päätöksiä enemmän. Heihin vaikuttavat enemmän myös omaisten vetoamukset hoitojen jatkamisesta. (Suomen lääkäriliitto 2005.)

Päätös luopua parantavista hoidoista aiheuttaa ristiriitaisia tunteita, mutta se on tärkeä potilaalle, lähiomaisille ja ammattiauttajille. Tilannetta selkeyttää kun potilaalle luodaan kuolevan identiteetti ja puhutaan se julki. Kuolevan ihmisen erityisoikeudet potilas saa kun kuolema on määritelty. (Molander & Peräkylä 2000, 956-958.)

Saattohoidon päätöksenteko voi helposti lykkääntyä ja tilanne lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan välillä saattaa synnyttää näkemyseroja. Joskus keskustelun aloittaminen asiasta tuntuu vaikealta ja päätös saattohoitoon siirtymisestä lykkääntyy. Saattohoitopäätöksen lykkääntyessä tai pahimmillaan jäädessä tekemättä, inhimilliseen ja kärsimyksiä helpottavaan elämän loppuvaiheeseen mahdollisuus ei toteudu potilaalle. (Eho ym. 2003, 11.; Molander & Peräkylä 2000, 955.)

Kuuppelomäki (1991) artikkelissa käsiteltiin saattohoidon päätöksentekoa terveyskeskuksessa, keskussairaалassa ja sädehoitoklinikassa sairaanhoitajien näkökulmasta osana laajempaa tutkimusta. Tutkimuksessa haastateltiin (N=191) sairaanhoitajaa. Tulosten mukaan puolet sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että saattohoitopäätös toteutui melko usein, mutta 40 % mielestä melko harvoin. Potilaan ja omaisten osuus oli vähäinen päätöksenteossa sekä hoitajien osuus vähäisempi mitä he halusivat. Lääkäri teki melkein aina päätöksen itse ja tiedottaminen siitä vaihteli. (Kuuppelomäki 1991, 118-124.)

Korolainen & Remes (2010) tutkivat syöpää sairastavan potilaan saattohoidon toteutumista erikoissairaanhoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina kolmelta sairaanhoitajalta ja kahdelta syöpätautien erikoislääkäriltä. Tulosten mukaan saattohoitopäätöksen tekoon vaikuttava tekijä oli hyvä ammattitaito. Etenkin kokeneiden lääkärin koettiin tekevän rohkeammin

saattohoitoon liittyviä päätöksiä. Päätöksenteon vaikeus, aktiivihoidojen tehottomuus sekä saattohoitopäätöksen kirjaaminen oli puutteellista. Saattohoitopäätös kirjattiin erillisin ilmauksin tuottaen epäselvyyksiä hoitavien kesken. Kirjaaminen saattohoitopäätöksistä näkyvästi potilastietojärjestelmään oli puutteellista tai puuttui kokonaan. (Korolainen & Remes 2010, 35-36,43-45.)

Perko ja Lauri (1990) tutkivat miten terminaalihoidoa toteutetaan Turun yliopistollisen keskussairaalan sisätautien klinikan eräillä vuodeosastoilla. Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla neljän eri vuodeosaston kahdelta lääkäriltä, sairaanhoitajalta sekä perushoitajilta (N=24). Terminaalipäätöksen teko koettiin ongelmana. Tuloksissa yhdenmukaisena vastauksina oli, että terminaalihoidopäätöksen tekee lääkäri. (Perko & Lauri 1990, 26-30.)

Kokko & Paavilainen (2010) tutki saattohoitotyön kehittämistä Mikkelin terveyskeskussairaalassa. Tutkimus kerättiin kyselyllä, jossa käytettiin apuna kalanruotomallia. Kyselyllä kartoitettiin hoitajien omaa näkemystä mitä hyvä laadukas saattohoito on ja mitä se sisältää. Tutkimuksessa hyödynnettiin hoitohenkilökunnan käytännön hoitotyön asiantuntemusta ja saattohoitopotilaan olemassa olevaa teoria- ja tutkimustietoa. Tuloksissa kyselyn mukaan hyvän saattohoidon osatekijät ovat, että saattohoitopäätös on tehty ja hoitohenkilökunta, potilas sekä omaiset ovat tietoisia hoitosuunnasta. (Kokko & Paavilainen 2010, 18-19.)

Tampereella poimittiin vuosina 1992 - 1993 vuoden aikana hoitoilmoitusrekisteristä syöpään kuolleet potilaat. Tutkimuksessa haastateltiin syöpään kuolleiden tamperelaisten omaisia (N=110) muutaman vuoden jälkeen potilaan kuolemasta. Haastatteluissa käytiin läpi heidän omia kokemuksiaan viimeisestä laitoshoidosta ja siitä edeltävästä kotihoidosta Pirkanmaan hoitokodissa, yliopistollisessa sairaalassa sekä terveyskeskussairaalassa. Tutkimuksessa tuli esiin lääkärin keskeinen merkitys hoitopaikkaa koskevissa päätöksenteoissa, vaikka kuolevan hoidon periaatteissa korostetaan potilaan oikeutta hoitoaan ja hoitopaikkaansa koskeviin päätöksentekoihin. Tiedonsaantiin sairaudesta, sen luonteesta ja hoidosta viime elinkuukausina 74 % omaisista oli tyytyväisiä. Omaisten kokemukset laitoshoidosta

nähtiin myönteisenä, tosin ongelmia kohdattiin enemmän sairaaloissa kuin hoitokodissa. (Leino, Pusa, Vilminko & Holli 1998, 187-192.)

2.2 Saattohoitoneuvottelu

Hyvässä saattohoidossa yhtenä keskeisenä tekijänä korostuu saattohoitoneuvottelu. Saattohoitoneuvotteluun osallistuvat lääkäri, hoitohenkilökunta, potilas sekä hänen suostumuksellaan omaiset. Potilaan tilanteesta keskustellaan avoimesti, mutta hienotunteisesti. Kaikki mahdolliset hoitovaihtoehdot ja taudin kulku sekä tulevat oireet esitetään jos ne ovat ennakoitavissa. Hoitolinjaukset tehdään potilaan tarpeet huomioon ottaen ja yksilöllisesti. Hoitolinjauksiin kuuluu myös elämää pitkittävien hoitojen lopettaminen tai aloittamatta jättäminen taudin kulun, ennusteen ja hoidon mahdollisuuksien mukaisesti. Saattohoitoneuvottelussa keskustellaan lääkärin suosituksista ja potilaan omista toiveista oman sairautensa hoidon suhteen sekä sovitaan saattohoitoon siirtymisestä ja keskustellaan sen merkityksestä ja laaditaan yhdessä hoitosuunnitelma. Saattohoitoon siirtyminen ja yhdessä laadittu hoitosuunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään. Saattohoitoneuvottelun toteuttamista jokaisen kuolevan potilaan kohdalla tulisi edistää. (Eho ym. 2003, 10.; Toppinen 2002, 34-36.)

Ihmisen elämää muuttaa kaikin tavoin tieto kuoleman lähestymisestä. Kuoleva joutuu kokemaan luopumista kaikilla elämänsä alueilla. Joskus luopumiseen liittyvä suru ilmenee voimakkaina, pelottavina ja outoina tunteina. Nämä tunteet ja niiden aiheuttama paine pelästyttää herkästi potilaan ja omaiset, jolloin heillä on helpompaa vältellä keskustelemista kuolemasta. Nämä tunteet vaikuttavat herkästi hoitohenkilökuntaan ja heidän tulee olla hyväksyvä sekä omata neutraali asenne, että potilas ja perhe tulevat autetuiksi. Saattohoitoneuvottelu muodostuu usein tärkeäksi työvälineeksi ja hoidon tavoitteiden selkeyttäjäksi. Saattohoitoneuvottelu on tarkoitettu potilaan, perheen ja hoitohenkilökunnan tukikeinoiksi. Potilaan ja perheen yksilölliset tarpeet ja tilanteet asettavat hoitoneuvottelun tavoitteet. Tiedon saannin varmistaminen, keskustelu ja tuen tarpeen arviointi ovat keskeisiä neuvottelun

tavoitteita. Saattohoitoneuvottelun keskeisinä tavoitteina on myös potilaalle ja perheelle tärkeiden muiden asioiden esilletuonnin helpottaminen ja niistä keskusteleminen. Sekä sisäisen kommunikaation helpottaminen, jolloin jokaisella on mahdollisuus esittää mielipiteensä. Jatkosuunnitelman tekeminen ja hoidon keskeisistä tavoitteista sopiminen keskustelun pohjalta selkeyttävät ja helpottavat työtä sekä toteuttamista. Tavoitteena on että saattohoitoneuvottelu pidetään ainakin kerran saattohoitopotilaalle ja ajankohta riippuu potilaan ja perheen tarpeesta ja tilanteesta. Moniammatillisen työryhmän ja potilaan sekä hänen perheen saattohoitoneuvottelu mahdollistaa tiedon ja tuen antamisen kuoleman lähestyessä. (Grönlund & Leino 2008, 37-47.)

Sairaus koskettaa koko perheen elämää. Kirjassaan Hänninen 2006 sijoittaa omassa hoitotahdossaan ensimmäisenä lähimmäiset omaiset ja toivoo heidän olevan läsnä oletettuaan itse olevan hoidettavana tai ettei itse pysty ilmaisemaan tahtoaan. Perheellä on aivan erityinen rooli saattohoidossa, sillä perheenjäsenet ja läheiset ihmiset otetaan huomioon kokonaishoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Prosessina kuolemaan valmistautuminen on vaativa ja raskas kuolevan koko perheelle. On todettu, että omaisten on helpompi sopeutua ja selviytyä potilaan kuoltua paremmin avoimen kommunikaation takia. (Hänninen ym. 2006, 130, 140, 199-200.; Grönlund ym. 2008, 37-38.)

Torppa (2007) tutki saattohoidon toteutumista Uudessakaupungissa hoitajien (N=21) näkökulmasta. Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena Vakka-Suomen sairaalan sisätautiosaston hoitajilta. Tulosten mukaan lähes kaikkien hoitajien mielestä saattohoitoneuvotteluja ei pidetä. (Torppa 2007, 13-14, 20.)

2.3 Saattohoitoympäristö

Lääkintöhallituksen terminaalihoitoa koskevien ohjeiden (1982) mukaan saattohoito on pyrittävä järjestämään kuolevan potilaan ympäristössä hänen läheistensä seurassa. Kuolevaa potilasta ei tule jättää yksin, ellei se ole nimenomaan hänen toiveensa. Ensisijaisesti saattohoitopotilaita hoidetaan perusterveydenhuollossa

terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kotisairaanhoidon tuella potilaan kotona hoidon porrastuksen mukaisesti. Monet saattohoitopotilaat toivovat saavansa kuolla kotona ja saattohoitoa järjestettäessä tulisikin lähtökohtana olla, että potilas saisi itse päättää koti- ja sairaalahoidon välillä aina kun se on mahdollista. (Heikkinen ym. 2004, 102.; Kokkonen ym. 2004, 116.)

Kuolevan potilaan hoitoympäristöä ymmärretään sekä fyysisenä että psyykkisenä ympäristönä, joilla on kummallakin oma merkityksensä kuolevan potilaan hoidossa. Hyvin erilaiset terveydenhuollon yksiköt voivat toimia kuolevien potilaiden hoitoympäristönä. Fyysistä hoitoympäristöä luodaan yhden hengen huoneilla, joskin aina ei ole mahdollista järjestää saattohoitohuoneita. Hoitoympäristön esteettisyys on myös tärkeää ja se tuo potilaalle turvaa sekä edistää potilaan hyvinvointia. Omien vaatteiden käyttöä tulee suositella. Viihtyvyyttä voidaan lisätä tauluilla ja valokuvilla sekä televisio lisää kodikkuutta. Saattohoidon olosuhteet tulisivat olla mahdollisimman kodinomaiset ja läheisten vierailut vapaasti järjestettävissä. Saattohoitopotilaalle tulee järjestää rauhallinen ja yksilöllinen hoitoympäristö. Lääkäri, potilas ja hänen omaisensa yhdessä valitsevat hoitopaikan. Hoitopaikkaa valittaessa tulee ottaa huomioon tilan asettamat vaatimukset perushoidolle ja hoidon rasittavuus sekä hoitavien henkilöiden mahdollisuudet selviytyä tehtävästä. Potilaan tai omaisten halutessa pitäisi olla mahdollisuus järjestää tapaaminen psykologin, papin tai muun seurakunnan työntekijän kanssa osastolla. (Anttonen 2008, 53.; Kokkonen ym. 2004, 118-119.; Hinkka 2004, 325.)

Psyykkinen hoitoympäristö tarkoittaa ilmapiiriä hoitoyksikössä. Myönteiseen ilmapiiriin vaikuttavat hoitajien käyttäytyminen, asiallisuus ja ystävällisyys sekä kärsivällisyys. Ilmapiiriin vaikuttaa myönteisesti myös tapa millä he kohtaavat potilaan ja omaiset. Tiedon tarjoaminen potilaalle ja omaisille edistää myös myönteistä ilmapiiriä unohtamatta sanattoman viestinnän merkitystä. Jotta henkilökunta voisi olla aidosti ja rehellisesti läsnä kuolevan vierellä, kuolemaa ei tulisi torjua eikä paeta. Tutkimusten mukaan hyvä vuorovaikutus on potilaiden ja omaisten eniten arvostama asia saattohoidossa. Omaisilla pitää olla mahdollisuus yöpyä ja vierailla osastolla sekä vierailuajat eivät koskisi saattohoitopotilaan omaisia. Omaisten tulee saada halutessaan osallistua potilaan hoivaamiseen, koska sillä on iso

merkitys myös surutyölle. (Anttonen 2008, 53.; Kokkonen ym. 2004, 118-119.; Hinkka 2004, 324-325.)

Vainajan laittoa sekä säilyttämistä osastolla on myös mietittävä kuolevan potilaan hoitoympäristöä järjestettäessä. Vainajia pitää käsitellä arvokkaasti ja kunnioittavasti. Yksikön joka antaa saattohoitoa pitää vainajien käsittelyistä, kuljetuksista ja kuolemantapauksen jälkeen omaisten huomioon ottamisesta laatia ohjeet. Potilaan kuoltua on omaisille järjestettävä aikaa ja annettava kirjallinen materiaali hautajaisjärjestelyjä varten sekä sovitaan mahdollinen yhteydenotto jos omaisilla on vielä tarvetta esittää lisäkysymyksiä tai haluavat keskustella. (Eho ym. 2004, 12.; Anttonen 2008, 54.)

Lipponen ja Sand (2003) selvittivät millä eri ilmaisukeinoilla, menetelmillä tai toimenpiteillä hoitohenkilökunta kertoi tai osoitti potilaalle ja hänen omaisilleen haluavansa hoitaa hyvin saattohoitovaiheen sekä miten hoitajat, potilaat ja omaiset tulkitsivat viestiä. Tutkimuskysymykseksi tuli, millaista on hyvän hoidon viesti kuolevan potilaan, omaisen ja hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna. Aineisto kerättiin kolmelta potilaalta, heidän kunkin yhdeltä omaiselta ja omahoitajalta Pirkanmaan hoitokodissa teemahaastatteluilla ja havainnoimalla. Tutkimustuloksissa hyvän hoidon ja olon viesti toteutui hoitokodissa kaikkien näkökulmasta. Hoitajat toimivat viestien välineenä ja olivat siis itsessään viesti. Potilaat tulkitsivat hyvästä hoidosta hoitajien lähettämistä viesteistä sekä sanallisesta että sanattomasta. Tärkeintä oli potilaan toiveista ja tarpeista lähtevä, ihmisarvoa kunnioittava sekä yksilöllinen hoito. Omaiset saivat hoidon kokonaisuudesta kokemukset ja käsitykset hoidon viesteistä potilaalta ja kokonaisuudet rakentuivat potilaan ilmausten kautta. (Lipponen & Sand 2003, 51,93-102.)

Lipposen (2006) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten omahoitajat (N=10) ja kuolevat potilaat (N=10) selittivät ja analysoivat hoitosuhdettaan vuorovaikutuksessa. Tutkimus muodostui havainnoinnista hoitotilanteissa sekä avoimista haastatteluista (N=10). Käsiteltäessä ympäristöä nähtiin sairaala paikkana, johon tultiin saamaan hoitoa. Hoitajien ja kuolevien potilaiden tapaamiset nähtiin lähinnä toimenpiteiden tekemisenä, tosin hoitajat muistivat kysellä kuulumisia ja

potilaan toiveita. Elämänpiirin kaventuessa vuoteen ympärille ja vuodepöytään ainoastaan valokuvat olivat enää elettyyn elämään yhdyssiteinä. Omahoitajat puhuivat ympäristöstä laitoksessa ”potilaan kotina” ja ”viimeisenä paikkana”. Kuoleville viimeinen merkityksellinen kiinnekohta oli oma koti, mutta ymmärrys voimien heikkenemisestä auttoi sopeutumaan. Jopa neljän hengen rauhaton huonekin miellettiin viimeiseksi kodiksi. Sairaala ympäristönä sekä potilaan ja hoitajan roolit koettiin juuri paikkana, johon tultiin saamaan hoitoja. Eniten arvostettiin toimenpiteiden tekemistä. Potilaat ja hoitajat kokivat vuorovaikutuksen eri tavoin, mutta myönteisellä tavalla. Näkökulmien vastakkaisuus juuri mahdollisti ajattelun ja dialogisuuden. Tutkimuksen tulokset näyttävät kuitenkin, että laitosympäristössä työskentelevän hoitajan tekninen taitavuus luo juuri näkyvyytensä vuoksi luottamuksellisen perustan, johon kuoleva potilas voisi helposti tarttua ja jolle kohtaamista pystytään hallitsemattomassa elämäntilanteessa rakentamaan. (Lipponen 2006, 139-140, 156-157.)

Sand (2003) tutki hoitotieteen näkökulmasta suomalaista saattohoitoa ja kuolevan hoitamista haastatteleamalla kolmen saattohoitokodin potilaita (N=35) sekä käytti aikaisempaa haastattelumateriaalia saattohoitopotilaista (N=6) vuodelta 1995. Tutkimuksen tuloksissa saattohoitokotien tarkoituksena oli mahdollistaa potilaalle viihtyisä, kodinomainen ja turvallinen hoitopaikka. Saattohoitokotien sisustukseen ja estetiikkaan oli kiinnitetty huomiota sekä hoitoympäristönä saattohoitokodit puhuttelivat vahvalla vaikutuksella ja kuoleman symboliikalla. (Sand 2003, 6.)

Mikkola-Salo, Lehtonen, Arve & Routasalo (1998) tutki miten omaiset kokevat terveyskeskuksen vuodeosaston hoitoympäristönä sekä miten hoitohenkilökunta huomioi omaiset ja hoitavat kuolevaa potilasta. Tutkimus kerättiin kyselylomakkeella kuolleiden potilaiden omaisilta (N=210). Tutkimustuloksissa enemmistö omaisista koki terveyskeskuksen vuodeosaston hoitoympäristönä ja tilana melko hyväksi. Huonoina puolina koettiin usean hengen huoneet sekä ympäristön ahtaus ja levottomuus. Omaiset kokivat kuolevan hoitopaikkaa koskevissa päätöksissä, että potilaan oma toivomus oli vähiten vaikuttanut kriteeri. Suurin osa omaisista koki, ettei heillä ollut mahdollisuutta levätä tai yöpyä vuodeosastolla. Vierailuajat päiväsaikaan enemmistö omaisista koki vapaiksi, mutta vierailuaikojen

ulkopuolella vain alle neljännes omaisista oli sitä mieltä. Hoitopaikan ilmapiiriin noin puolet omaisista koki jokseenkin lämpimäksi ja 38 % viralliseksi ja viileäksi. (Mikkola-Salo, Lehtonen, Arve & Routasalo 1998, 207-212.)

Perkon ja Laurin (1990) tutkimuksen tulosten mukaan lääkärit kokivat erilaisia ongelmia, kuten huonejärjestelyn ja rauhallisen ympäristön järjestämisen potilaalle sekä ajanpuutteen työssään. (Perko ym. 1990, 34-38.)

2.4 Saattohoidon toteutus

Saattohoidossa potilaan oireita lievitetään ja heidän omaisia tuetaan. Potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiin vastataan sekä annetaan hyvää perushoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.) Kokonaisvaltaisen hoidon saattohoitopotilaalle muodostavat hyvä perus - ja oireiden hoito, turvallisuudentunne, potilaan kuunteleminen ja omaisten tukeminen sekä tulevaisuudesta keskusteleminen. (Heikkinen ym. 2008, 41-42.) Saattohoitopotilaita hoidetaan pääosin perusterveydenhuollossa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, kehitysvammalaitoksissa, vanhainkodeissa, yksityisissä hoitoyksiköissä, potilaan kotona tai kodinomaisessa laitoksessa kotisairaanhoidon tuella sekä tarvittaessa erikoissairaanhoidossa. Kotona kuoleminen ja kotona annettava potilaan hoito perustuu omaan toivomukseen sekä tarjoaa potilaalle tutun ja turvallisen ympäristön. Kotisaattohoidon edellytys on, että omainen tai joku muu läheinen on valmis olemaan, hoivaamaan ja tukemaan potilasta. Suomessa on neljä saattohoitoon erikoistunutta saattohoitokotia. Saattohoitokotiin tullaan omasta tahdosta lääkärin läheteellä. Useimmat saattohoitokodin potilaista ovat syöpää sairastavia. Kaikilla saattohoitoa tarvitsevilla potilailla on mahdollisuus päästä saattohoitokoteihin, mutta käytännössä yksittäiset kunnat ratkaisevat saattohoidon järjestämisestä omalla alueellaan. (Eho ym. 2004, 11.; Hänninen 2008, 135.; Heikkinen ym. 2004, 107.; Sand 2003, 6,39.)

Tärkeä osa onnistunutta saattohoitoa on työnohjaus ja henkilökunnan koulutus. Hoitotyönä saattohoito on haastavaa sekä henkisesti erityisen raskasta. (Toppinen 2002, 36.) Koulutetuilla vapaaehtoistyöntekijöillä on merkittävä asema omaisten tukemisessa ja potilaan vierellä olossa, mutta he eivät voi korvata terveydenhuollon ammattihenkilöitä eikä heille voi antaa vastuuta hoidon toteuttamisesta. (Eho ym. 2003, 12.)

Anttonen, Kvist & Nikkonen (2009) tutkivat saattohoidon laatua Terhokodissa ja laatuun yhteyksissä olevia tekijöitä omaisten (N=91) näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa käytettiin ihmisläheinen saattohoito -mittaria. Tulosten mukaan yli puolet omaisista koki hoidon kiitettäväksi Terhokodissa. Saattohoito oli myös enemmistön mielestä ihmisläheistä sekä oireita lievittävää. Laadun osa-alueista saattohoidossa omaiset kokivat parhaimmaksi ilmapiirin. Myönteiseen ilmapiiriin vaikutti ympäristön viihtyvyys, oirehoidosta kertominen sekä ilmoittaminen tulevista tapahtumista. Huonoimmin saattohoitokodissa tapahtui saattohoidon osaaminen aivan kuoleman läheisyydessä, joita olivat kiireettömät jäähyväiset, mahdollisuus osallistua vainajan laittoon sekä tiedonannon aloitteellisuutta henkilökunnalta. (Anttonen, Kvist & Nikkonen 2009, 45-50.)

Sandin (2003) tutkimuksen tulosten mukaan todettiin saattohoidon olevan perhekeskeistä ja potilaan yksilöllisesti huomioon ottavaa. Hoitamisen edellytyksenä olivat kuolevan potilaan tarpeet, jotka kuuluivat ihmisen fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, hengellisten ja henkisten tarpeiden alueisiin. Yksilöllinen kivunlievitys ja perushoito olivat osa hyvää hoitamista. Saattohoidon tarkoituksena oli mahdollistaa potilaalle viihtyisä, kodinomainen ja turvallinen hoitopaikka sekä taata hyvä hoito, kivunlievitys ja rauhallinen kuolema. Perheen merkitystä pidettiin hoitamisen voimavarana ja perhettä pyrittiin tukemaan vielä kuoleman jälkeenkin yhteydenotoin. (Sand 2003,6.)

Molanderin (1999) tutkimuksessa oli tavoitteena selvittää mitä asioita hoitotyöntekijät (N=26) kuolevien hoidossa kokivat erityisen raskaiksi ja miten he käsittelivät kuoleman heissä herättämiä tunteita sekä minkälaisia odotuksia ja toiveita

hoitohenkilöstöön lähellä kuolemaansa oleva vanhus (N=10) kohdistaa. Aineistot kerättiin haastatteleamalla. Tarkoituksena oli yhdistää vanhusten omat näkemykset hoitohenkilöiden kokemuksellisiin ongelmiin ja näin luoda uusia suhteita kuolevien ja ammattiauttajien välille. Tämän pohjalta voitaisiin tukea hoitohenkilökunnan jaksamista ja kehittää heidän osaamistaan. Tutkimustuloksissa selvisi, että melkein jokaisen hoitotyöntekijän toivomus oli potilas - ja henkilökohtainen työnohjaus. Raskas potilasainees, syyttelevät omaiset, liian nopea työtahti, työsuhteen jatkuvuuteen liittyvä epävarmuus, uusi työntekijä tai hoitajien henkilökohtaiset vaikeudet olivat huonovointisuuden aaltojen takana. Työtovereiden tuesta työntekijät saivat voimia. Johdolta kaivattiin myönteistä palautetta, virkistyspäivää tai koulutustilaisuuksien järjestämistä. (Molander 1999, 26-27.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveystieteiden keskuksen lääkäreille tehdyssä kyselytutkimuksessa tuli esiin, että lähes kaikki lääkärit kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta saattohoidosta ja 55 % vastaajista ei ollut koskaan osallistunut syövän tutkimista, hoitoa ja seurantaan käsittelevään hoitotilaisuuteen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Työnohjausta pidettiin tärkeänä, mutta puolet lääkäreistä koki, ettei heillä ei ollut mahdollisuutta siihen. (Hautala ym. 2008, 27-31.)

Colliander (2009) tutki suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijöitä (N=137) ja heidän työhyvinvointia sekä työhyvinvoinnin yhteyttä vapaaehtoistyöntekijöiden voimavaratekijöihin ja vapaaehtoistoimintaan sitoutumiseen. Tutkimuksessa sovellettiin työn imu-mittaria ja työn vaatimukset ja työn voimavarat – mallia. Toteutus tutkimuksessa tehtiin poikkileikkauskyselyinä. Tuloksissa ilmeni vapaaehtoistyöntekijöiden olevan valtaosin naisia ja yli 60-vuotiaita, joiden terveys ja työkyky todettiin erittäin tai melko hyväksi. Aikaa vapaaehtoistyöhön käytettiin 5,7 h viikossa ja työtä oli tehty keskimäärin 4,8 vuoden ajan sekä halu jatkaa vapaaehtoistyötä oli erittäin tai melko suuri. Työhyvinvointi koettiin erittäin tai melko hyväksi. Työn imua esiintyi aina tai usein ja oli yhteydessä jatkamishalukkuuteen. (Colliander 2009, 63.) Sand (2003) tutkimustuloksissa saattohoitokulttuurin luomiseen ovat vaikuttaneet päiväkeskustoimintaa toteuttavat vapaaehtoistekijät ratkaisevasti. (Sand 2003, 6.)

Molanderin (1999) tutkimuksen tuloksissa hoitosuhteissa keskeisintä työssä jaksamisen kannalta oli hoitajan motiivi työskennellä kuolevien parissa. Hoitajat kertoivat paljon hoitosuhteiden uuvuttavista umpikujista ja tunnepuskurina toimimisesta. Sietokyky ja hoitotapa olivat opittava tuntemaan. Hoitotyön voimia kuluttavia asioita oli vastenmielisyydestä vaikeneminen ja tartunnan torjuminen. Kuoleman konkretisoituminen vasta kuolinhetkellä ja tämän ymmärtäminen vei voimavaroja. Välitön paneutuminen seuraavaan hoidettavaan herätti hoitajissa voimakasta vastusta. (Molander 1999, 92-94.)

Kokon & Paavilaisen (2010) tutkimustuloksissa hoitohenkilökunnan mielestä hyvän saattohoidon osatekijöitä olivat että henkilökuntaa on riittävästi sekä moniammatillinen yhteistyö toimii. Potilaille tulee antaa riittävästi aikaa ja hoitajat ovat sitoutuneet työhönsä. Osatekijöihin kuuluu myös että, lääkäri on tavoitettavissa ympäri vuorokauden. (Kokko & Paavilainen 2010, 19.)

Tampereella omaisille tehdyssä kyselytutkimuksen tuloksissa kotihoidon kokonaisuus nähtiin myönteisenä, ja suurempi osa potilaista ja omaisista toivoikin pidempää kotihoitojaksoa. Henkistä tukea ei saatu riittävästi 60 % mukaan kotihoidossa. Tiedonsaantiin sairaudesta, sen luonteesta ja hoidosta viime elinkuukausina 74 % omaisista oli tyytyväisiä. Omaisten kokemukset laitoshoidosta nähtiin myös myönteisenä, tosin ongelmia kohdattiin enemmän sairaaloissa kuin hoitokodissa. (Leino, Pusa, Vilminko & Holli 1998, 187-192.)

2.4.1 Saattohoitopotilaan oireiden hoito

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä on koonnut käypähoitosuositukset 2008 kuolevan potilaan oireiden hoidosta. Kaikille kuolevilla on oikeus saada oireenmukaista hoitoa ja siitä huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille. Suosituksessa keskitytään lääkkeillä kärsimyksen ja haittaavien oireiden lievittämiseen, jolloin ei voida enää vaikuttaa taudin etenemistä hoidoilla. Suosituksissa ei ole otettu mukaan

näytönasteen arviointia vuorovaikutuksesta ja lääkkeettömistä hoidoista, jotka ovat kuolevan potilaan hoidossa merkittävä osa. (Duodecim 2008, 1675.)

Fyysisten ja psyykkisten oireiden lievittäminen on yksi osa saattohoitoa. Kipu ja hengenahdistus ovat yleisimpiä fyysisiä oireita. Myös suuoireista, pahoinvoinnista, ummetuksesta, väsymyksestä, ruokahaluttomuudesta, sekavuudesta, iho-oireista ja laihtumisesta kärsitään. Itsetunto ja arvokkuuden tunne sekä tilanteen kontrolloinnin tunteet ovat psykologisen hyvinvoinnin kannalta potilaalle merkittäviä. Useimmiten saattohoitopotilaat kärsivät monista oireista samanaikaisesti. Taudin luonne, annetut hoidot, ympäristö ja potilaskohtaiset tekijät vaikuttavat oireiden esiintyvyyteen ja moninaisuuteen. (Hänninen 2001, 75.; Hänninen 2003 5, 29.) Kuolemanpelko, kipu ja kärsimykset sekä muut oireet kytkeytyvät usein toisiinsa ja aina ei ole mahdollisuus lievittää niitä samaan aikaan. Hoito tulee suunnitella kokonaisuutena ja kuolevan potilaan tarve hengelliseen ja psyykkiseen tukeen tulee ottaa huomioon tämän vuoksi. (Kokkonen ym. 2004, 115.)

Ajan mittaan oireet muuttuvat. Oireet jotka saattoivat vaivata diagnoosin aikaan, eivät välttämättä ole niitä jotka häiritsevät kuoleman lähestyessä potilasta. Merkityksellisintä oireiden hoidon kannalta on oireiden häiritsevyys, ei niiden ilmeneminen tai esiintyminen. Saattohoidossa hoito tulisi perustaa potilaan subjektiiviseen kokemukseen ja keskeistä saattohoito ajattelussa on uskoa potilaan kertomaan. ”Tärkein oire on nimittäin se, joka potilasta vaivaa eniten” (Hänninen 2001, 47.; Hänninen 2003, 10,30).

Saattohoidossa lääkehoidon lähtökohtana on potilaiden oireiden hallinta. Lääkehoidon tarkoituksena on parantaa potilaan hyvinvointia mahdollisimman vähäisellä lääkityksellä, sivuvaikutuksia minimoiden sekä mahdollisimman yksinkertaisesti. Lääkehoito on oireiden hoidon yksi osa saattohoidon kokonaisuudessa. Kuolevan potilaan hoidossa tulee paneutua potilaan psykologisiin, sosiaalisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin ongelmiin. (Hänninen 2003, 44. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2008.) Vanhuksella on oikeus arvokkaaseen kuolemaan ja hyvään oireenmukaiseen hoitoon. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008,4.)

Mikkola- Salon ym. (1998) tutkimustuloksissa potilailla esiintyi paljon erilaisia oireita omaisten mielestä. Eniten omaisten mielestä esiintyi suun kuivumista ja vaikeutta löytää hyvä asento, sekä vähiten oireita aiheuttivat sekavuus ja oksentelu. Omaisten mielestä hoitajat lievittävät parhaiten hyvän asennon löytämiseksi ja vatsantoimintaongelmiin liittyvät oireet. Vähiten oltiin tyytyväisiä potilaan sekavuuden sekä suun kuivumisen hoitoon. (Mikkola- Salo ym. 1998, 212.)

Syöpäpotilaiden (N=931) kärsimien oireiden yleisyyttä selvitettiin Kanadalaisessa tutkimuksessa. Vastanneista 94 % kärsi ainakin yhdestä oireesta. Väsymys ja ahdistuneisuus olivat yleisimmät oireet. Väsymys koettiin häiritsevämmäksi oireeksi. Tuloksissa tutkittavat olivat tyytyväisempiä syövän hoitoon kuin oirehoitoon. (Ashbury, Findlay, Reynolds & McKerracher 1998, 163-170.)

Syöpään kuolleiden tamperelaisten omaisille tehdyssä tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi että, tutkimuksia ja suonensisäisiä nestehoitoja annettiin laitoshoidossa paljon enemmän kuin kotihoidossa. Lääkehoidollisia ongelmia ilmentyi kotona kotihoidossa. Syöpää sairastavien kuolevien potilaiden oireet koettiin melkein samanlaisina eri hoitopaikoissa. (Leino, Pusa, Vilminko & Holli 1998, 187-192.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveyskeskuksen lääkäreille tehdyssä kyselyn tuloksissa taloudelliset asiat vaikuttivat hoitoratkaisuihin saattohoidossa kivun- ja pahoinvointilääkityksen osalta. (Hautala ym. 2008 27-31.)

Perkon ja Laurin (1990) tutkimustuloksissa puolet hoitajista koki ongelmia kuolevan potilaan hoidossa. Ongelmat liittyivät ylihoitoon tai liiallisten tutkimusten ja toimenpiteiden tekemisen kuolevalle potilaalle. Hoitajat kokivat myös liika aktiivisen hoitolinjan kuolevalle potilaalle. Neljänneksen mielestä puuttuivat selkeät ohjeet kuolevien potilaiden hoidossa. (Perko & Lauri 1990, 26- 30, 34-38.)

2.4.2 Saattohoitopotilaan perushoito

Potilaan fyysisiin, sosiaalisiin, emotionaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen kuuluu saattohoitopotilaan perushoitoon. Perushoidon fyysinen osa koostuu puhtaudesta, asentohoidosta, ravinnon- ja nesteen tarpeista huolehtimisesta, hengityksen helpottamisesta ja systemaattisesta kivunhoidosta. Myös ihon kunnon säilyttämisestä, liikkumisesta, erittämisestä, ilmansaannista ja lepäämisen tarpeista vastataan hoitotyön keinoin fyysisen hyvinvoinnin osa-alueilla. Hoidot ja omaisten tai läheisten mukaan ottaminen hoitoon heidän halutessa tehdään potilaan ja hänen omaistensa tai läheistensä ehdoilla. Sosiaalisissa tarpeissa kartoitetaan kuolevan potilaan sosiaalinen tilanne, perhesuhteet, toimeentulo sekä asuminen. Läheisten tuki on tärkeää ja heidät tulee ottaa huomioon hoidossa potilaan niin halutessa. Emotionaalinen ja hengellinen tukeminen kuuluvat myös hyvän saattohoidon toteutukseen. Hoidon tavoitteena on turvata rauhallinen ja turvallinen kuolema huomioiden myös hengelliset tarpeet. Saattohoito on läsnäoloa ja tasavertaista vuorovaikutusta. Arvokas vainajan saattaminen kuuluu hyvään kuolemaan. Vainajan laittaminen on viimeinen palvelus kuolleelle. (Maiche, Salomaa, Ilvonen, Ylläsjärvi, & Valanne 2004, 5.; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 566-574.)

Kun hoidoilla ei ole enää tehoa, pitäisi keskittyä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, joka sisältää oireiden lievittämisen ja elämänlaadusta huolehtimisen. Myös huolenpito omaisista ja henkilökunnasta kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Oikea-aikaisuus onkin laadukkaan hoidon yksi tekijä. (Hänninen 2010, 285.)

Terminaalihoidon viimeisessä vaiheessa hoitamisen tavoitteena on edistää ja ylläpitää fyysistä hyvää oloa syöpää sairastavalle potilaalle sekä omaisille auttamiskeinoin. Kivuttomuutta ja pahoinvoinnittomuutta edistetään lääkkein ja muina menetelminä. Puhtautta edistetään pesuilla, rasvauksilla, vaatetuksella ja ulkonäöllä. Ravinnon auttamiskeinoina ovat toivomukset, ajat ja viihtyvyys. Eritystoiminnot ylläpidetään ongelmien hoidoilla. (Lauri & Lehti 1997, 12-13.)

Mikkola- Salon ym. (1998) tutkimustuloksissa omaiset kokivat hyväksi perushoidon. Vastanneiden mielestä potilaan päivittäisistä toiminnoista oli huolehdittu hyvin.

Parhaiten oli huolehdittu potilaan levosta ja puhtaudesta. Huonoimmin vastattiin suun hoidosta ja liikunnasta. (Mikkola- Salo ym. 1998, 212.)

Sandin (2003) haastattelemat hoitajat ilmaisivat, mikä heidän mielestään oli hyvää ja arvokasta kuolevia hoidattaessa. Käsite kuntouttava hoitotyö tuli esiin kuolevan potilaan hoidossa. Kuntouttavalla hoitotyöllä tarkoitetaan, että kuolevaa potilasta voidaan auttaa erilaisin hoitotoimenpitein parantavan hoidon puuttumisesta huolimatta, jolloin kuoleva potilas voi elää viime hetket kivuttomana ja kuolla mahdollisemman hyväkuntoisena. (Sand 2003, 111-112.)

2.4.3 Saattohoitopotilaan kivun ja kärsimyksen hoito

Saattohoitopotilaan kivut johtuvat harvoin yhdestä tekijästä, kyseessä on monimutkainen, sosiaalinen ja psykologinen kokonaisuus. Kokonaisuuteen kuuluu yhtäaikaista vaikeita oireita ja niiden kunkin hoito. Kipu ei ole vähämerkityksellinen ongelma, vaikka se on vain yksi kuolevan potilaan monista kärsimyksistä. Kivunelämykseen kuuluu fyysisiä, psyykkisiä, hengellisiä ja sosiaalisia tarpeita, joista huolehditaan rakastavassa hoidossa. Saattohoitovaiheessa olevilla potilailla esiintyy usein fyysisiä kipuja, jotka johtuvat usein perussairaudesta. Fyysiset kivut voivat johtua myös perussairaudesta, muista tilannekohtaisista tekijöistä tai oireiden aiheuttamasta kärsimyksestä. Niiden lievittäminen on keskeinen tehtävä saattohoidossa. Psyykkinen kipu on kuolevan levottomuutta ja surua oman lähellä olevan kuolemansa vuoksi. Hengellinen kipu johtuu potilaan elämäntilanteesta ja hengellisistä kysymyksistä. Potilaan huoli perheestä, ystävästä ja työstä käsittävät sosiaalisen kivun. (Aalto 2000, 24-25.; Hänninen 2003, 77.; Kuuppelomäki 2001, 3597.)

Kipuja on erilaisia ja niitä voidaan luokitella sen muotojen perusteella. Muodon määreitä kivun fysiologiassa ovat kesto, tyyppi ja sijainti. Keston mukaan kipu voi muuttua äkillisestä eli akuutista pitkäaikaiseen eli krooniseen. Lämpilyöntikipu on äkillinen lyhytaikainen lämpilyöntikipu, joka voi tulla vaikka krooninen kipu olisi lievitettynä. Syöpäkipu luokitellaan nosiseptiiviseksi, viskeraaliseksi,

neuropaattiseksi ja idiopaattiseksi kivun tutkijoiden mukaan. Kivun kirjaaminen ja säännöllinen mittaaminen on tärkeää. Hyvän hoidon perusedellytyksiin kuuluu kivun arviointi. Kivun fyysistä arviointia voidaan mitata esimerkiksi VAS- kipuasteikolla. (Hänninen 2001, 89-97.; Hänninen 2003, 73.; Kassara ym. 2005, 367.)

Kipua hoidettaessa tulee tietää millaista potilaan kokema kipu on. Subjekttiivinen oire on aina potilaan arvio kokemuksesta. Kliiniseksi kivuksi kutsutaan potilaan ongelmanaan kokemaa kipua ja se lähenee kärsimyksen käsitettä. Syöpäpotilaiden kivun hoidossa käytetään WHO:n porrasteista hoitomenetelmää, joka perustuu kivun intensiteettiin eli potilaan kokemaan kivun häiritsevyyteen. Kipua aloitetaan hoitamaan ensin tulehduskipulääkkeillä ja annoskaton saavutettua siirrytään ensin heikkoihin ja sitten vahvempiin opioideihin asteittain. Kipuja voidaan lääketieteen lisäksi lievittää muun muassa kirurgisen hoidon ja sädehoidon, asentohoidon, fysikaalisten hoitojen, hieronnan, akupunktion, manipulaatiohoitojen, aroma - ja mielikuvitusterapian, musiikin sekä rentoutuksen avulla. (Heikkinen ym. 2004, 57.; Hänninen 2001, 89-97.; Kassara ym. 2005, 367.; Kuuppelomäki 2001, 3597.)

Saattohoidon päämääränä pidetään kärsimyksen lievittämistä. Kivussa on nähty fyysisen ulottuvuuden lisäksi psykologinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen osa-alue. Elämän päättymisen, kuolemaan liittyvä luopuminen ja kuoleamisen tapaa koskevat pelot voivat olla ruumiillisia oireita suurempi kärsimyksen aiheuttaja. Kärsimys on kärsimystä aiheuttama asia eli tuskaa, kipua, vaivaa, ahdistusta, sairautta, surua, murhetta sekä huolta. Kärsimys voi olla luonteeltaan fyysistä, henkistä tai sielullista. Kärsimyksen tilaa ei voida liittää yksinomaan ruumiiseen, mieleen tai sieluun. Cassell määrittelee vaikean ahdistuksen kärsimykseksi, johon liittyy uhka yksilön eheyden hajoamisesta. Kärsimykseen kuuluu myös pelko, että se jatkuu. Kuolevan potilaan hoidossa ollaan tekemisissä emotionaalisten ongelmien, perimmäisten ekstentiaalisten kysymysten ja potilaan perheen kanssa. Kärsimys on henkilökohtaista ja se ylittää useaan henkilöön. Monet muut tekijät, jotka liittyvät läheisiin ihmisiin, elämän päättymiseen ja kuoleman jälkeiseen tilaan tai muihin olemassaoloa koskeviin kysymyksiin, ovat usein saattohoitopotilaalle tärkeämpiä kuin oireiden lievitys. Kärsimyksen hoidossa lääkärin tulee tuntea sekä hoidettavan henkilön persoona että kärsimyksen aiheuttaja. Hoitojen aloittamiselle ja jatkamiselle

lähtökohtana on että saattohoitopotilas hyötyy niistä. Suuri merkitys hoidon tuloksen kannalta on sillä, kuka mittaa ja miten arvioi potilaan kärsimyksen määrää. (Hänninen 2008, 2606-2610.; Hänninen 2001, 126-133., Kuuppelomäki 1997, 11.)

Elämän loppuvaiheen vaikeiden oireiden hallinta on palliatiivisen sedaation indikaatio. Sedaatiolla tarkoitetaan lääkkeellisin keinoin potilaan tietoisuuden alentamista, silloin kuin potilaalla esiintyy sietämättömiä ja tavallisiin hoitoihin reagoimattomia kärsimyksiä. Tarkoituksena sedaatiossa on saada potilaan oireet hallintaan, ei potilaan kuoleman tuottaminen. (Hänninen 2006, 92-103.)

Kuuppelomäki (2001) raportoi artikkelissa ”kuolevan kivun hoidon ongelmat terveyskeskuksessa” laajempaa kyselytutkimusta, jossa selvitettiin kuolevan potilaan hoitoa ja tukemista sekä saattovaiheeseen siirtymistä koskevaa päätöksentekoa terveyskeskuksissa. Kuuppelomäki (2002b) tutki kuolevan potilaan kivunhoitoa terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuolevalla potilaalla esiintyvän kivun yleisyyttä ja potilaan kivun hoidossa esiintyviä ongelmia terveyskeskuksissa työskentelevien sairaanhoitajien (N=328) arvioimana. Tuloksissa kivun yleisyydessä kuolevalla potilaalla on hoitoja vaativia kipuja. Sairaanhoitajista 68 % mielestä kipuja esiintyy erittäin usein. Yli puolet hoitajista oli sitä mieltä, että kuolevan potilaan kipuja, joita ei pystytä lievittämään esiintyi melko harvoin. Kivunhoidon tason sairaanhoitajat kokivat melko hyväksi. Hoitajista 12 % arvioi kivunhoidon melko huonoksi. Hoitajien mukaan yleisin kivun arviointimenetelmä oli keskustelu ja yleisin hoitomenetelmä asentohoito. Ongelmista kivunhoitoon suhtautumisessa hoitajat nostivat eniten esille omaisten pelot ja heidän vastustus voimakkaita kipulääkkeitä kohtaan. Myös potilaiden pelot ja kielteinen suhtautuminen tulivat esille. Ongelmalliseksi koettiin omaisten ja potilaiden ristiriitaiset mielipiteet kivun hoidosta. Ongelmia kivunhoidon valmiuksissa kuolevalle potilaalle nousi lääkärien ja hoitajien tiedon puute sekä lisäkoulutuksen tarve. Ongelmana mainittiin myös hoitajien ammattitaidon puute. Kivun arvioinnissa olevia ongelmia oli potilaan kivun selvittäminen kun potilas ei itse pysty verbaalisesti kipuaan ilmaisemaan. Fyysistä ja henkistä kipua oli myös vaikea erottaa. Myös kivun voimakkuuden arvioimisessa sekä arviointimittareiden vähäisestä käytöstä mainittiin. Riittämätön kipulääkitys oli yleisin hoitoa koskevista

ongelmista. Puolet hoitajista oli sitä mieltä, että lääkärit määräävät usein liian myöhäisessä vaiheessa morfiinia. Hoitajat arvioivat, ettei kivunhoito ollut säännöllistä ja ettei kipuja pyritty ennaltaehkäisemään. Hoitajien mielestä hoitomenetelmät eivät auttaneet aina. Myös lääkkeiden sivuvaikutukset, sopimaton lääkkeenantotapa ja muiden kivunlievitysten tapojen vähäinen käyttö koettiin ongelmaksi. Kivun hoidon organisointiin liittyvistä ongelmista eniten nousi esille lääkärin ja hoitajien välinen yhteistyö kivunhoidossa. (Kuuppelomäki 2001, 3598-3601.; Kuuppelomäki 2002b, 243-249.)

Kuuppelomäki (2002) selvitti artikkelissa ”kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen sairaanhoitajien näkökulmasta” osana laajempaa kyselytutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuolevan potilaan emotionaalisen tuen toteutumista hoitotyössä terveyskeskusten vuodeosastoilla sairaanhoitajien (N=328) arvioimana. Tutkimuksen tulosten mukaan kuunteleminen, koskettaminen, myötäeläminen, lohduttaminen, rohkaiseminen, potilaan toiveiden huomioon ottaminen ja läsnä oleminen olivat tavallisimmat emotionaalisen tuen muodot. Sairaanhoitajat kokivat että potilaat saivat emotionaalista tukea lähinnä lähiomaiselta tai hoitajilta. (Kuuppelomäki 2002a, 117-128.)

Mikkola- Salo, Lehtosen, Arven ja Routasalon (1998) tutkimustuloksissa yli puolet omaisista koki kuolevan potilaan kivun lievityksen melko hyväksi. Omaisten mukaan kolmannella potilaista esiintyi kipuja erittäin paljon. Eniten omaiset kokivat, ettei hoitohenkilökunta tukenut potilasta hengellisistä asioista keskustelemalla. Noin puolet omaisista koki, etteivät potilaat olleet saaneet tukea hellyyden tarpeissa, yksilöllisten tapojen huomioimisessa sekä elämän merkityksen arvostamisessa. (Mikkola- Salo ym. 1998, 212.)

Hovin ja Sirkan (1997) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten syöpää sairastavat (N=51) potilaat kokevat kipunsa ja arvioivat sitä, sekä miten (N=51) sairaanhoitaja arvioi hoitamansa potilaan kipuja. Tutkimuksen kohderyhmät muodostuivat pareista, joita oli potilas ja potilasta hoitava onkologian tai sisätautiosastojen sairaanhoitaja. Tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien asennetta kivun hoitoon sekä tietämystä kivusta ja sen hoidosta. Potilaiden kokemaa

kipua haastateltiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla, jossa käytettiin kipumittaria. Sairaanhoidajien tietoa hoitamansa potilaan kivusta kysyttiin kyselylomakkeella, jossa käytettiin kipumittaria. Sairaanhoidajien asenteita kipuun ja kivun hoitoon tutkittiin kyselylomakkeella. Tuloksissa potilailla oli tutkimuksen aikaan lievittämätöntä kipua paljon. Onkologian osastoilla potilaiden ilmoittama kivun intensiteetti oli alhaisempi kuin sisätauti osastoilla. Tuloksissa kivun intensiteetin lisääntyessä sairaanhoidajat aliarvioivat potilaan kokemaa kipua. Kivun arvioinnissa käytettiin kipusanamittaria ja kipujanaa. Kipusanamittarista potilaat valitsivat keskimäärin 7.6 sanaa, mutta sairaanhoidajat eivät tunnistanee kipua kuvaavia sanoja joita potilaat käytti. Kivun sijainti potilailla oli tavallisemmin lantion alueella ja seuraavaksi eniten kipua sijaitti hartiasuduilla. Sairaanhoidajat tunnistivat vain lantion alueen kivun, eivätkä olleet selvillä muista kivun sijainneista. Sairaanhoidajien tiedot kivusta ja sen hoidosta olivat puutteelliset. Onkologian osastoilla tiedettiin paremmin kivusta ja sen hoidosta. (Hovi & Sirkka 1997, 6,51-52,78-82.)

Hublinin ja Hämäläisen (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata saattohoitopotilaan hyvää kivunhoitoa estäviä ja edistäviä tekijöitä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen aineistona oli 20 tutkimusartikkelia. Tuloksissa selvisi, että kivunhoidon laadukkuutta edistää riittävä tieto kivun hoidosta. Johtopäätöksissä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta hyvää kivunhoitoa saattohoidossa estäviksi tekijöiksi nousivat vähäinen tietämys kivun hoidosta, omien tietojen väärinarviointi, liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä, ongelmat laadukkaasti kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa, luottamuksellisen potilas-hoitaja – suhteen puuttuminen, pelko saattohoitoa kohtaan, puutteelliset resurssit sekä riittämätön moniammatillinen yhteistyö. Edistäviksi tekijöiksi nousivat koulutus, tietämys kivun hoidosta, suhtautuminen kivunhoitoon, hyvien kivunhoitokäytäntöjen noudattaminen, avoin suhde hoitotyöntekijän ja potilaan välillä sekä yhteys laadukkaaseen kivunhoitoon pitkän työkokemuksen kautta. (Hublin & Hämäläinen 2009, 14, 30, 33-34.)

Luukkanen (2010) tutki saattohoitopotilaan kivun arviointia. Tutkimuksen aineistona oli 10 tieteellistä artikkelia. Tulosten mukaan keskustelu potilaan kanssa, kipujan

ja VAS- asteikon käyttö, potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen sekä arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö olivat hoitotyöntekijöiden käyttämät kivun arvioinnin menetelmät. Kivun ilmaisujen kuvaaminen ja keskustelu olivat yleisimpiä kivun arviointimenetelmiä, joita esiintyi puolessa tutkimuksissa. Kivun ja sen lievittymisen dokumentointi saattohoitopotilaalle tuli esille kivun hoidon määrän, arvioinnin, kipulääkkeiden käytön ja kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointina. Tulosten mukaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointi oli usein puutteellista. (Luukkanen 2010, 13-22.)

Kuuppelomäki (1996) tutki parantumaton syöpä sairastavan potilaan elämää kärsimyskokemuksena haastatteleamalla (N=13) sairaanhoitajia, (N=13) omaisia ja (N=13) lääkäreitä ja (N=32) potilaita, joilta kerättiin tietoa teemahaastattelun lisäksi strukturoidulla kyselylomakkeella. Tuloksissa potilaiden arvioinnit syöpäsairauteen liittyvän kärsimyksen voimakkuudesta tuli keskiarvoksi 6.81, kärsimyksen asteikkona oli 1-10. Haastattelutuloksissa potilaan luokittelivat kärsimyksen aiheuttavat tekijät fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Fyysinen kärsimys johtui todetun syöpäsairauden tai sen hoidon aiheuttamista muutoksista ihmisen fyysisessä kehossa sekä oli lähtökohtana syöpäpotilaan kärsimykselle. Pahimpina potilaat pitivät kipua, väsymystä, uupumusta sekä sytostaattihoidojen aiheuttamia sivuvaikutuksia. Sairauden tai sen hoidon aiheuttamat fyysiset muutokset sekä sairauteen liittyvä kuoleman uhka olivat potilaiden kokeman henkisen pahan olon ja tuskan syinä. Ne ilmenivät emotionaalisina reaktioina. Yleisimpänä tunnekokemuksena pidettiin masennusta. Potilaan elämän rajoittuminen sekä sosiaalinen eristäytyminen olivat potilaiden kärsimyksen sosiaaliset tekijät. (Kuuppelomäki 1996, 38-44, 52-69.)

Mattila (2002) tutki hyvän palliatiivisen hoidon ominaisuuksia lääketieteellisen ja hyvän hoitokäytännön ohella, sekä arvioi näiden ominaisuuksien totuuden kertomisen merkitystä toteutumiselle. Potilaan ekstentiaalisten kysymysten ja autonomisen hoitopäätöksiin osallistumisen kohtaamisen kannalta keskeisellä sijalla on totuuden kertominen. Tutkimusmenetelmänä oli palliatiivista hoitoa koskevien

lähteiden analyysi. Lähestymistapa tutkimuksessa oli sekä hoitotieteellinen että eettinen. Tulosten mukaan lääkärin tulee olla luotettava ja potilaan tulee uskoa lääkäri luotettavaksi, jotta potilas voisi saada subjektiivisen totuuden sairaudestaan. Keskeistä totuuden kertomisessa on myös lääkärin kertomistapa. Jos totuutta sairauteensa liittyvistä asioista ei kerrota syöpäpotilaalle, hyvä palliatiivinen hoito ei voi toteutua hänen kohdallaan. Tulosten mukaan itsemääräämiskykyisellä potilaalla on oikeus tehdä päätöksensä hoitoon suostumisesta sekä hänellä on oikeus myös tulevaisuudessa muuttaa sitä. Ekstentiaalinen ahdistus on parantumattomasti sairaan syöpäpotilaan elämässä keskeinen hoidossakin huomioitava asia. Sen hoito tarkoittaa asian kohtaamista ja tilan antamista eikä sen poistamista nopeasti. Ahdistuksen tilalle voi tulla aikanaan toivo, jolla on hoidollista merkitystä. Ekstentiaalisen hoidon jättäminen on palliatiivisen hoidon kannalta ehdoton heikkous. (Mattila 2002, 14, 17, 56, 76, 141, 185-186.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää saattohoitoa Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Naantalın terveystakeskuksen vuodeosaston henkilökunnan saattohoidon kehittämiseksi. Tavoitteena on myös, että tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan tulevaisuudessa kehittää vuodeosastolla edelleen hyvää saattohoitoa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten saattohoitopäätös toteutuu Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla?
2. Miten saattohoitoneuvottelut toteutuvat Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla?
3. Millaiseksi saattohoitoympäristö arvioidaan?
4. Miten saattohoito toteutuu Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla?

5. Miten saattohoitoa voidaan kehittää Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Sen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, tutkittavien henkilöiden valinta sekä muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Kysely on yksi tapa kerätä itse aineistoa. Kyselyä pidetään survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä ja tarkoittaa sellaisia kyselyn muotoja jolloin aineisto kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai tietyn näytteen perusjoukosta. (Hirsjärvi ym. 2007, 188.) Kyselylomakkeen kehittämisessä käytettiin ”asiantuntijapaneelia”. Osastonhoitaja ja saattohoidon koulutusta saanut kokenut hoitaja tarkasti kyselylomakkeen sisällön. Naantalın terveystakeskuksen vuodeosaston saattohoidon toteutusta koskeva aineisto kerättiin kyselylomakkeella (LIITE 3). Kyselylomakkeen laadinnassa tärkeintä on selvyys. Spesifisiä ja lyhyitä kysymyksiä suositaan. Kysymyksiä joihin sisältyy kaksoismerkityksiä, tulee välttää. (Hirsjärvi ym. 2007, 195-197.) Kyselylomake on laadittu tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeessa käytettiin asteikkoa 1. Toteutuu erittäin hyvin 2. Toteutuu melko hyvin 3. Toteutuu melko huonosti. 4. Ei toteudu lainkaan. Asteikkoihin perustuvat monivalintakysymykset oli jaettu lomakkeessa saattohoitopäätöksen, saattohoitoneuvottelun, fyysisen- ja psyykkisen hoitoympäristön, vainajan laitton, kivun- ja oireidenhoidon sekä perushoidon osioihin. Avoin kysymys jossa esitetään vain kysymys sekä jätetään vastausta varten tyhjää tilaa, sallii vastaajan ilmaista itseään omin sanoin (Hirsjärvi ym. 2007, 193-196). Tutkimuksen kyselylomake

sisälsi yhden avoimen kysymyksen saattohoidon kehittämisestä Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla.

4.2 Aineiston keruu

Tutkimuslupa-anomus (LIITE 1) haettiin tätä tutkimusta varten lokakuun lopulla 2009 Naantalin Vanhus- ja hoivapalvelujen johtajalta. Tutkimuslupa myönnettiin 27.10.2009. Tutkimuslupa skannattu (LIITE 2). Anomukseen liitettiin tutkimussuunnitelma, johon on kuvattu tutkimuksen sisältö, tarkoitus ja tavoitteet, sekä kyselylomake (LIITE 3).

Tämän jälkeen tutkimuksen tekijä meni henkilökohtaisesti paikanpäälle ja kertoi osaston hoitajille tutkimuksen tarkoituksesta ja kyselylomakkeen sisällöstä vuodeosaston viikkopalaverissa. Kyselylomakkeet ja vastauslaatikko jätettiin paikan päälle, koska aineiston kerääminen kaikilta hoitajilta yhtä aikaa ei onnistu vuodeosastolla vuorotöiden vuoksi. Kyselyyn vastattiin anonyymisti sekä tutkimuksen tekijä pääsi vain katsomaan vastaukset postilaatikosta. Aineiston keruu tapahtui vuoden 2009 lokakuun ja joulukuun välisenä aikana.

4.3 Tutkimuksen käsittely ja analysointi

Tutkimuksen aineiston järjestämisessä katsottiin oliko kyselylomakkeissa virheitä ja puuttuiko niistä tietoja. Muutamassa kyselylomakkeessa vastaajalla puuttui vastauksia kyselylomakkeesta, ja nämä puuttuvat lomakkeet karhuttiin. Tietojen tarkastamisen jälkeen aineisto järjestettiin tietojen tallennusta varten. Tiedot tallennettiin Microsoft Office Excel ohjelmaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia sekä koodataan muuttujaluokitusten mukaisesti, että jokaiselle muuttujalle annetaan jokin arvo (Hirsjärvi ym. 2007, 216-217). Tutkimusaineistosta muodostettiin muuttujia ja annettiin arvot muuttujaluokituksen mukaan. Microsoft Office Excel ohjelman avulla laskettiin muuttujien frekvenssit ja prosenttiosuudet. Analysointi alkoi alkuvuodesta 2010. Analysoinnissa käytettiin Microsoft Office Excel 2007 ohjelmaa. Taulukot tehtiin Microsoft Office Word

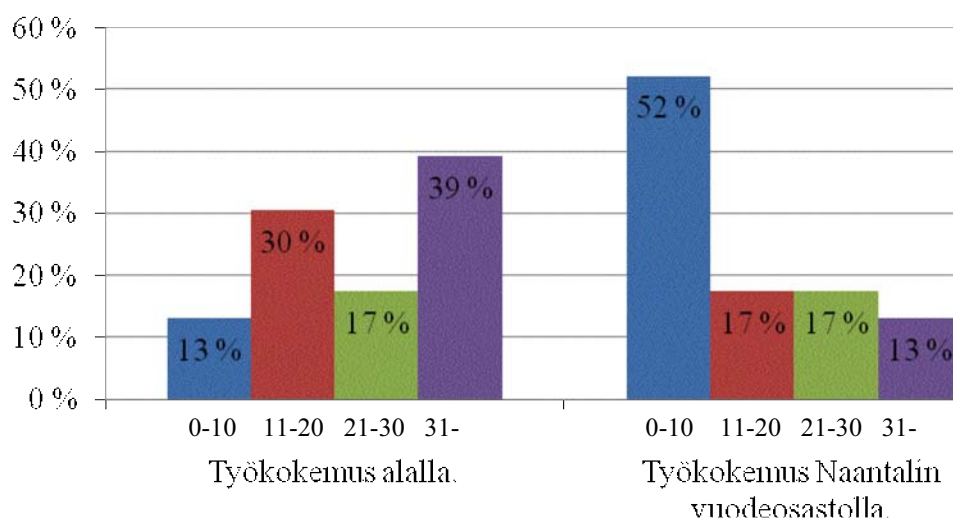
ohjelmaa apuna käyttäen. Kaaviot tehtiin Microsoft Office Excel ohjelman avulla. Muuttujista tehtiin pivot taulukot, joissa näytettiin frekvenssi. Avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Tuloksissa käytettiin suoria lainauksia vastauksista.

5 TULOKSET

5.1 Kohderyhmä

Kyselytutkimuksen kohderyhmänä olivat Naantalın terveystakeskuksen vuodeosaston hoitajat (N=25). Kyselyyn vastasi 23 hoitajaa. Vastausprosentiksi tuli 92 %.

Taustatiedoissa vastaajilta kysyttiin koulutusta, työkokemusta alalla vuosina ja työkokemusta Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla vuosina. Melkein puolet vastanneista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia (n=11). Loput vastanneista olivat koulutukseltaan perushoitajia (n=7), lähihoitajia (n=3) sekä apuhoitajia (n=2).



Kuvio 1. Työkokemus alalla sekä Naantalın vuodeosastolla vuosina

Enemmistöllä vastaajista (n=9) oli yli 31 vuoden kokemus hoitoalalta. Puolet vastaajista (n=12) oli työskennellyt Naantalın vuodeosastolla alle 10 vuotta. (kuvio 1.)

5.2 Saattohoitopäätös

Vastaajilta kysyttiin saattohoitopäätöksen toteutumiseen, tiedottamiseen sekä dokumentointiin liittyviä kysymyksiä. Yli puolet hoitajista (n=13) oli sitä mieltä, että lääkäri tekee melko usein saattohoitopäätöksen ja tiedottaa siitä hoitohenkilökunnalle ja kolmanneksen mielestä (n=7) erittäin usein. Vastaavat tulokset tuli potilaiden toiveiden huomioon ottamisessa. Lääkäri ottaa huomioon omaiset saattohoitopäätöksessä toteutui hoitajien mielestä parhaimmin. Huonoimmin toteutui lääkärin tiedottaminen saattohoitopäätöksestä omaisille sekä sen kirjaaminen potilastietojärjestelmään. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Saattohoitopäätös (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
4. Osaston lääkäri tekee saattohoitopäätöksen ja tiedottaa siitä hoitohenkilökunnalle.	7	13	2	1
5. Lääkäri huomioi saattohoitopäätöksessä potilaan toiveet.	8	12	3	0

6. Lääkäri huomioi saattohoitopäätöksessä omaisten toiveet.	6	15	2	0
7. Lääkäri tiedottaa saattohoitopäätöksestä potilaalle.	2	16	3	1
8. Lääkäri tiedottaa saattohoitopäätöksestä omaisille.	3	13	7	0
9. Lääkäri kirjaa saattohoitopäätöksen potilastietojärjestelmään.	6	10	7	0

5.3 Saattohoitoneuvottelu

Vastaajilta kysyttiin saattohoitoneuvottelun järjestämisestä, toteutumisesta sekä dokumentointia koskevia asioita. Vuodeosastolla kolmanneksen (n=7) mielestä saattohoitoneuvotteluja ei järjestetä lainkaan, ja yli puolet (n=10) koki, että niitä järjestetään melko huonosti. Kuitenkin enemmistö (n=13) oli sitä mieltä, että lääkäri kertoo potilaalle taudin kulun ja ennusteen sekä mahdolliset tulevat oireet. Melkein puolet hoitajista (n=11) kokivat, että lääkäri tekee vuodeosastolla melko huonosti tarkat hoitolinjaukset ja kirjaa ne potilastietojärjestelmään. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Saattohoitoneuvottelu (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
10. Vuodeosastolla järjestetään saattohoitoneuvottelu, johon osallistuvat lääkäri, hoitaja, potilas ja hänen suostumuksellaan omaiset.	2	4	10	7
11. Lääkäri kertoo potilaalle	3	10	9	1

taudin kulun ja ennusteen sekä mahdolliset tulevat oireet.				
12. Vuodeosastolla tehdään sopimus saattohoitoon liittymisestä, ja siinä otetaan huomioon potilaan ja omaisten toiveet.	1	10	9	1
13. Saattohoitoneuvottelussa tehdään hoitosuunnitelma, joka kirjataan potilastietojärjestelmään.	3	6	9	3
14. Lääkäri tekee tarkat hoitolinjaukset ja kirjaa ne potilastietojärjestelmään.	1	10	11	0

5.4 Saattohoitoympäristö

Vastaajilta kysyttiin fyysisen saattohoitoympäristön toteutumisesta. Enemmistön mielestä (n=13) vuodeosastolla järjestetään yhden hengen huone saattohoitopotilaalle. Lähes kaikki hoitajat (n=20) olivat sitä mieltä että omaiset voivat yöpyä vuodeosastolla halutessaan sekä olla potilaan luona ympäri vuorokauden (n=18). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Fyysinen saattohoitoympäristö (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
15. Saattohoitopotilaalle järjestetään aina yhden hengen huone.	7	13	3	0
16. Saattohoitopotilaalle järjestetään esteettinen hoitoympäristö, esimerkiksi kasvit ja värikkäät verhot.	4	9	8	2

17. Saattohoitopotilas voi käyttää omia vaatteitaan halutessaan.	8	9	5	1
18. Omaiset voivat yöpyä vuodeosastolla halutessaan.	20	3	0	0
19. Omaiset voivat olla saattohoitopotilaan luona ympäri vuorokauden.	18	5	0	0

Vastaajilta kysyttiin psyykkisen saattohoitoympäristön toteutumista. Enemmistö hoitajista (n=16) arvioi heidän asenteet saattohoitopotilasta kohtaan melko hyviksi, mutta tiedontarjontaan saattohoitopotilaalle ja omaisille neljännes hoitajista (n=5) kokivat melko huonoksi. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Psyykinen saattohoitoympäristö (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
20. Hoitajat ovat ystävällisiä, asiallisia ja kärsivällisiä potilasta kohtaan.	4	16	3	0
21. Hoitohenkilökunta tarjoaa tietoa saattohoidosta potilaalle ja omaisille.	3	15	5	0

22. Saattohoitopotilaalle taataan yksityisyys ja rauha.	11	11	1	0
---	----	----	---	---

Vastaajilta kysyttiin saattohoitopotilaan kotilomien ja kotisaattohoidon toteutumista. Lisäksi kysyttiin yhteistyöhön liittyviä asioita. Enemmistön hoitajien (n=20) mielestä voitiin järjestää kotiloma saattohoitopotilaalle potilaan tai omaisten halutessa. Yhteistyö kotisairaanhoidon kanssa toteutui melko huonosti enemmistön (n=14) mukaan ja viidenneksen (n=4) mukaan ei koskaan. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Saattohoitoympäristön järjestäminen ja yhteistyö (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
23. Potilaan tai omaisten toivoessa voidaan järjestää kotiloma saattohoitopotilaalle.	10	10	3	0
24. Saattohoito voidaan järjestää kotiin.	2	1	13	4
25. Kotisaattohoito toteutuu hyvin	1	2	14	4

vuodeosaston ja kotisairaanhoidon välillä.				
26. Sairaanhoitaja kutsuu pastorin paikalle tai järjestää ehtoollisen potilaan tai omaosten halutessa.	12	9	2	0

Vainajan laitto omassa huoneessa toteutui kaikkien hoitajien mielestä, enemmistön (n=14) mukaan melko hyvin ja yli kolmanneksen mielestä (n=9) erittäin hyvin. Enemmistön mukaan (n=21) omaiset voivat osallistua vainajan laittoon melko usein tai aina. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Omaisten huomioiminen ja vainajan laitto (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
27. Vainajan laitto tapahtuu omassa huoneessa.	9	14	0	0
28. Omaiset voivat osallistua vainajan laittoon.	13	8	2	0
29. Sairaanhoitaja	13	9	1	0

keskustelee rauhallisesti vainajan omaisten kanssa.				
30. Omaisten kanssa sovitaan jatkossa yhteydenotto, jos heillä on tarvetta keskustella tai kysyä lisäneuvoja.	7	11	4	1

5.5 Saattohoitopotilaan oireiden- ja kivunhoito

Vastaajilta kysyttiin kivunhoidon toteutumiseen liittyviä asioita. Noin puolet hoitajista (n=11) olivat sitä mieltä että lääkäri huolehtii saattohoitopotilaan lääkkeellisestä kivunhoidosta melko hyvin sekä alle puolien (n=10) mielestä erittäin hyvin. Enemmistön (n=17) mukaan lääkäri kirjaa lääkemääräykset potilastietojärjestelmään aina. Yli kolmannes hoitajista (n=9) arvioi, että lääkäri kertoo lääkkeellisestä kivunhoidosta saattohoitopotilaalle melko huonosti. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Saattohoitopotilaan kivun hoito (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
31. Lääkäri huolehtii saattohoitopotilaan lääkkeellisestä kivunhoidosta.	10	11	1	0
32. Lääkäri antaa tarkat	7	16	0	0

ohjeet sairaanhoitajille lääkkeellisen kivunhoidon toteuttamisesta.				
33. Lääkäri kertoo tarkasti lääkkeellisestä kivunhoidosta saattohoitopotilaalle.	2	12	9	0
34. Lääkäri ottaa omaisten toiveet huomioon lääkkeellisestä kivunhoidosta, jos potilas ei itse niitä pysty ilmaisemaan.	6	14	3	0
35. Lääkäri kirjaa lääkemääräykset potilastietojärjestelmään.	17	6	0	0
36. Sairanhoitajat arvioivat kipua riittävästi.	7	15	1	0
37. Kivunhoito vuodeosastolla on riittävä.	8	14	1	0

Vastaajilta kysyttiin saattohoitopotilaan oireiden hoitoon ja perushoitoon liittyviä kysymyksiä. Saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittämiseen hoitajat olivat erittäin (n=11) tai melko (n=11) tyytyväisiä. Parhaimmin hoitajat (n=15) arvioivat ihon eheydestä huolehtimisen ja huonoimmin arvioitiin suun hoitoa, mutta sitäkin vain muutama (n=2) arvioi toteutuvan melko huonosti. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Saattohoitopotilaan oireiden- ja perushoito (n=23)

Väittämä	1. Toteutuu erittäin hyvin f	2. Toteutuu melko hyvin f	3. Toteutuu melko huonosti f	4. Ei toteudu lainkaan f
38. Saattohoitopotilaan kärsimystä lievitetään aina.	11	11	1	0
39. Saattohoitopotilaan	10	13	0	0

muiden oireiden lievittämisestä esim. Pahoinvoinnista ja hengenahdistuksesta huolehditaan.				
40. Saattohoitopotilaan asentohoidosta huolehditaan riittävästi.	9	13	1	0
41. Saattohoitopotilaan omat toiveet ja yksilöllisyys otetaan huomioon ruokailussa.	13	8	2	0
42. Saattohoitopotilaan nesteytyksestä ja ravitsemuksesta huolehditaan riittävästi.	9	14	0	0
43. Saattohoitopotilaan ihon eheydestä huolehditaan.	15	8	0	0
44. Saattohoitopotilaan suunhoidosta huolehditaan.	10	11	2	0
45. Saattohoitopotilaan unen ja levon saannista huolehditaan.	11	11	1	0

5.6 Saattohoidon kehittäminen Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla

Avoimena kysymyksenä oli miten saattohoitoa voidaan kehittää vuodeosastolla. Avoimeen kysymykseen 23 hoitajasta 11 vastasi kehittämiseen koskevia asioita. Tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi vuodeosastolla hoitajat kokivat omahoitajan kutsumisen rinnalle potilaan tahtoessa. (n=5). Aineistosta eroteltiin ensin irralliset kehittämiseen koskevat asiat. Vastanneet olivat listanneet yhteensä 34 irrallista asiaa eli alakategoriaa saattohoidon kehittämiseksi Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin yhdistämällä alakategoriat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Näin saatiin viisi yläkategoriaa, jotka liittyivät saattohoitoympäristön, saattohoidon toteuttamisen, saattohoitopäätöksenteon, dokumentoinnin sekä lääkehoidon kehittämiseen vuodeosastolla.

Tärkeimmäksi psyykkisen saattohoitoympäristön kehittämisen kohteeksi vuodeosastolla puolet vastaajista (n=5) koki omahoitajan kutsumisen rinnalle potilaan tahtoa. Fyysisen saattohoitoympäristön kehittämiseksi vastanneet (n=3) halusivat enemmän pieniä huoneita vuodeosastolle sekä lisäämällä hoitoympäristön esteettisyyttä ottaen taide ja musiikki mukaan (n=3). Vastanneet ilmoittivat (n=2) kappelin puuttumisesta ja ehdottivat vainajien huoneen uusimista. Tässä vielä esimerkki irrallisesta vastaajan (n=1) hoitoympäristön kehittämisehdotuksesta: ”Erillinen saattohoituhuone, mikä olisi kauniiksi laitettu esimerkiksi valokuvilla sekä Cd-soitin huoneeseen ja musiikkia potilaan tai omaisten halutessa. Hoitajilla tulisi olla rohkeutta olla vain kuolevan potilaan lähellä, jos omaisia ei ole.”

Saattohoidon toteuttamiseen eniten vastanneet (n=3) kaipasivat yksilöllisten hoitosuunnitelmien laatimista. Lisäksi vastanneet (n=2) halusivat yhteistyön KSH: kanssa paremmaksi, Myös henkilökunnan lisäkoulutusta (n=2) sekä työnohjausta (n=1) kaivattiin. Hoitotyön toteuttamiseen liittyvät kehittämisehdotukset liittyivät myös lääkärin työhön.

Saattohoidon päätöksentekoon eniten vastanneet (n=2) kaipasivat yhtenäisiä päätöksiä, päätöksissä pysymistä sekä potilaan kuuntelemista. Tässä esimerkki irrallisesta päätöksentekoon liittyvästä kehittämisehdotuksesta: ”Potilaan tahdon noudattaminen /pätöksissä pysyminen loppuun asti. Potilaan kuunteleminen on tehtävä riittävän ajoissa. (Kun potilaalla voimia tehdä itseään koskevia päätöksiä.)”

Saattohoidon dokumentoinnista eniten vastanneet (n=2) halusivat hoitajien sekä lääkärin kirjaamista potilastietojärjestelmään paremmaksi ja tarkemmaksi.

Lääkehoitoon vastanneet halusivat riittävän kipulääkityksen (n=2) sekä lääkemääräykset valmiiksi öitä ja viikonloppuja ajatellen (n=1).

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli miten saattohoitopäätös toteutuu Naantalın terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tulosten mukaan lääkärin tekemä saattohoitopäätös sekä siitä tiedottaminen potilaalle toteutuu enemmistön hoitajien mielestä. Samansuuntaisesti arvioivat hoitajat Kuuppelomäen (1991) tutkimuksen tulosten mukaan. Puolet sairaanhoitajista on sitä mieltä, että saattohoitopäätös toteutui melko usein, mutta 40 % mielestä melko harvoin. Ero tuloksissa saattaa johtua siitä, että tässä tutkimuksessa käsiteltiin vain osittain saattohoitopäätöksen tekoa ja lähinnä lääkärin osuutta saattohoitoa koskevissa päätöksissä. Saattohoitopäätöksiä toteutumista jokaisen kuolevan kohdalla ei otettu huomioon tutkimuksen mittarissa. Perkon ja Laurin (1990) tutkimuksen tulosten mukaan terminaalipäätös koetaan ongelmana, mutta yhdenmukaisena lääkärit ja hoitajat pitävät että päätöksen tekee lääkäri.

Lääkärin tiedottamisessa saattohoitopäätöksestä omaisille vuodeosastolla hoitajat kokevat eniten puutteita. Kuuppelomäen (1991) mukaan myös potilaan ja omaisten osuus on vähäinen päätöksenteossa. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri ja siitä tiedottaminen on vaihtelevaa. Myös lääkärin dokumentointi saattohoitopäätöksestä vuodeosastolla jää muutamien hoitajien mielestä kokonaan puutteelliseksi. Korolaisen ja Remeksen (2010) tutkimuksen tuloksissa myös hoitohenkilökunta kokee saattohoitopäätöksen kirjaamisen puutteelliseksi. Saattohoidon kehittämiseen vuodeosastolla hoitajat kuitenkin kaipaavat tarkennusta päätöksen tekoon ja selkeät kaikkien osapuolten tiedossa olevat säännöt. Kokon ja Paavilaisen (2010) tutkimuksen tulosten mukaan hyvän saattohoidon osatekijöihin kuuluu saattohoitopäätöksiä tekeminen ja hoitohenkilökunnan, potilaan, omaisten tieto hoitosuunnista.

Toisena tutkimusongelmana oli, miten saattohoitoneuvottelut toteutuvat Naantalın terveyskeskuksen vuodeosastolla. Yleisesti enemmistö hoitajien mielestä osastolla ei

järjestetä saattohoitoneuvotteluita. Torpan (2007) tutkimustuloksissa saadaan samankaltaiset vastaukset saattohoitoneuvottelujen toteutumisesta. Myös Valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan vuoden 2001 julkaisemassa “Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa ETENE: n selvityksessä käytössä olevista terveydenhuollon saattohoito-ohjeista käy ilmi, että saattohoitoneuvottelujen toteuttamisessa yleisesti ottaen on parantamisen varaa. Neuvotteluja ei käydä laisinkaan tai niitä käydään satunnaisesti. Hoitosuunnitelman kirjaamisessa on puutteita tai hoitosuunnitelmaa ei kirjata. (Torppa 2007, 20; Toppinen 2002, 34.)

Tuloksissa hoitohenkilökunta kokee puutteelliseksi lääkärin kirjaamisen hoitosuunnitelmien ja tarkkojen hoitolinjauksien osalta potilastietojärjestelmään. Hoitajat ovat kuitenkin melko tyytyväisiä joihinkin saattohoitoneuvotteluun sisältyviin asioihin osastolla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Hyvä saattohoito Suomessa selvitettiin vuonna 2009 tehtyä kyselyä saattohoitosuunnitelmien toteutumisesta sairaanhoitopiireiltä ja suurilta kaupungeilta. Tuloksissa neljänneksellä ei ole saattohoitosuunnitelmaa. Lähes kaikilla joilla on saattohoitosuunnitelma, ne sisältävät saattohoitoneuvottelut potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Saattohoitosuunnitelmat eivät luultavasti ole vielä löytänyt tietä käytäntöön ja etenkin pienempiin kuntiin, tämän vuoksi Naantalissakaan saattohoitoneuvottelut eivät ole vielä täysin toteutuneet.

Kolmantena tutkimusongelmana oli millaiseksi saattohoitoympäristö arvioidaan. Naantalin terveyskeskuksen vuodeosasto koetaan tilana ja fyysisenä hoitoympäristönä hyväksi saattohoitopotilaille. Kolmannes hoitajista arvioi, että saattohoitopotilaalle järjestetään melko huonosti esteettinen hoitoympäristö. Kokon ja Paavilaisen (2010) tulosten mukaan hyvän saattohoidon osatekijöihin kuuluu juuri viihtyisä ja virikkeellinen ympäristö. Myös Sandin (2003) tutkimustuloksissa saattohoitokotien estetiikkaan ja sisustukseen kiinnitetään huomiota; kauniiseen hoitoympäristöön, kodinomaisuuteen ja nykyaikaisuuteen. Tuloksissa tosin saattohoitokotien sisustuksessa kodinomaisuudella pyritään muodoiltaan ja puitteeltaan viihtyisään, kodikkaaseen ja omaa kotia muistuttavaan vapaaseen asumiseen. Saattaa olla, että laitosta ei mielletä esteettiseksi ympäristöksi samoin

kuin saattohoitokotia. Vuodeosastolla hoidetaan samalla muitakin potilaita. Naantalin vuodeosastolle eivät vierailijat saa tuoda kukkia, mikä saattaa vaikuttaa hoitajien arvioon esteettisyydestä. Lisääntyneet eristyspotilaat vuodeosastolla ja niiden tuomat rajoitteet myös häiritsevät saattohoitopotilaan esteettisen hoitoympäristön järjestämistä. Hoitajien mielestä omaiset voivat olla saattohoitopotilaan luona ympäri vuorokauden ja voivat yöpyä halutessaan. Mikkola- Salon ym. 1998 tulosten mukaan suurin osa omaisista kokee, etteivät voi yöpyä tai levätä vuodeosastolla. Erot tuloksissa saattavat johtua siitä, että vuodeosastot ovat erikokoisia ja toiminnaltaan erilaisia. Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla on kolme yhden hengen huonetta, jolloin voi olla helpompaa järjestää saattohoitopotilaalle ja omaisille mahdollisuus viettää aikaa yhdessä ja yöpyä osastolla. Hinkan mukaan vuodeosastojen sijaitseminen lähellä kotia sekä niiden pienekö koko on etuna saattohoidon järjestämiselle. Omaisten on helpompi olla läsnä ja vuodeosaston pienekö koko tuo turvallisuutta sekä yksilöllinen hoito on helpompi järjestää loppuun asti. (Hinkka 2004, 323.)

Enemmistö Naantalin terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajista on sitä mieltä, että potilaat saavat käyttää omia vaatteitaan halutessaan. Myös Lipposen (2006) tutkimustuloksissa potilaan elämänpiirin rajautuessa omaan vuoteeseen ja vuodepöytänsä vain valokuvat on enää yhdyssiteenä elettyyn elämään sekä omien vaatteiden käyttöä pidetään luonnollisena asiana.

Psyykkisen saattohoitoympäristön hoitajat arvioivat melko hyväksi. Vuodeosaston ”ilmapiiriin” liittyvät hoitajien asenteet sekä vuorovaikutustaidot enemmistö hoitajista kokee melko hyväksi. Samantapaiset vastaukset ilmapiiristä saadaan Mikkola ym. (1998) tutkimustuloksissa. Kotisaattohoitoon ja sen järjestämiseen yhteistyössä kotisairaanhoidon kanssa neljännes hoitajista on sitä mieltä, ettei se toteudu koskaan. Suurin osa hoitajista on sitä mieltä, että se toteutuu melko huonosti. Vainajan laittoon sekä omaisten huomioimiseen hoitajat ovat melko tyytyväisiä.

Neljäntenä tutkimusongelmana oli miten saattohoito toteutuu Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Saattohoitopotilaan oireiden hoitamiseen hoitajat ovat enemmistön mielestä tyytyväisiä. Tulosten mukaan hoitajat arvioivat

perushoidon hyväksi. Samantapaisia vastauksia on saatu Torpan (2007), Mikkola-Salo ym. (1998) tuloksissa. Vuodeosastolle tullaan yleensä juuri saamaan hoitoa, joten luultavasti perushoidon toteuttaminen saattohoitopotilaalle on helpompaa kuin muun hoidon toteuttaminen. Anttosen ym. (2009) tulosten mukaan saattohoitokodin omaiset arvioivat saattohoidon laadun hyväksi. Asiaan saattaa vaikuttaa juuri se, että saattohoitokodeissa voidaan keskittyä vain saattohoitoon.

Tulosten mukaan hoitajat olivat erittäin tai melko tyytyväisiä kärsimyksen lievittämiseen. Kärsimys käsitteenä on synonyymi kivulle, joten tutkimuksen tulokset mielletään kivun hoitoon ennemmin kuin koko kärsimyksen lievittämiseen. Hänninen (2001) mieltää myös niiden yhtenäisyyden ja kertoo kivun olevan yksi osa kärsimystä. Kuuppelomäen (1996) tulosten mukaan potilaan jakavat kärsimyskokemukset fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin. Mattilan (2002) tulosten mukaan ekstentiaalinen ahdistus on parantumattomasti sairaan syöpäpotilaan elämässä keskeinen hoidossakin huomioitava asia. Sen hoito tarkoittaa asian kohtaamista ja tilan antamista eikä sen poistamista nopeasti. Kuuppelomäen (2002a) tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat kokevat, että potilaat saavat emotionaalista tukea vain lähiomaisilta sekä hoitajilta.

Kivunhoito on vuodeosastolla riittävää hoitajien mielestä. Kuitenkin yli puolet hoitajista on sitä mieltä, että hoitajat arvioivat kipua vain melko hyvin. Hovin ja Sirkan (1997) tulosten mukaan sairaanhoitajien tiedot kivusta ja sen hoidosta ovat puutteelliset. Mikkola-Salon ym. (1998) tulosten mukaan yli puolet omaisista kokee että potilaat ovat saaneet melko hyvin apua kivun lievitykseen. Kuuppelomäen (2002b) mukaan riittävä kivun tietämys lisää kivunhoidon laadukasta toteuttamista. Sen peruseriaatteisiin kuuluu, että hoitohenkilökunnan tulee noudattaa jatkuvaa ympärivuorokautista kivunhoitoa, sen systemaattista arviointia, suunnitella yksilöllisesti kivunhoitoa potilaan kanssa sekä toimia yhteistyössä eri ammattiryhmien välillä. Kivunhoitoa tarkastellaan tässä tutkimuksessa lähinnä lääkärin toteuttaman lääkkeellisen kivunhoidon osalta sekä kipua sen fyysisessä muodossa. Yli kolmannes hoitajista arvioi, ettei lääkäri kerro tarkasti saattohoitopotilaalle lääkkeellisestä kivunhoidosta.

Viidentenä tutkimusongelmana oli miten saattohoitoa voidaan kehittää Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hoitajat arvioivat eniten hyvän saattohoitoympäristön järjestämiseen liittyviä kehittämisehdotuksia. Noin puolet vastanneista hoitajista (N=5) kaipaavat omahoitajan kutsumista rinnalle. On mahdollista että asiaan vaikuttaa vuodeosastolla vallitseva kiire sekä hoitohenkilökunnan riittämättömyys. Omahoitajien järjestäminen helpottaisi vuodeosaston henkilökunnan työtaakkaa sekä ajan antamista saattohoitopotilaille, jotka tarvitsevat läsnäoloa. Hoitajat toivat myös esille saattohoitoympäristön esteettisyyteen vaikuttavia asioita. Muutamia hoitajia (n=2) halutaan myös vainajien huoneen uusittavan asiallisemmaksi sekä ilmoittavat kappelin puuttumisesta. On tärkeää huomioida saattohoitoympäristö koko kuolinprosessin ajan, johon kuuluu juuri myös vainajan sekä omaisten huomioiminen. Anttosen ym. (2009) tulosten mukaan saattohoitokodin omaiset kaipaavat juuri mahdollisuutta osallistua vainajan laittoon sekä henkilökunnan tukea ja tietoa kuoleman hetken läheisyydessä.

Hoitotyön kehittämiseen muutama hoitaja kaipaavat yksilöllisten hoitosuunnitelmien tekoa. Sosiaali- ja terveysministeriön 2010 julkaisemassa ”Hyvä saattohoito Suomessa” saattohoitosuunnitelmien kehittämisessä painotetaan juuri potilaan saattohoitopolun selkiinnyttämistä sekä erityistä huomiota kotisaattohoidon toteuttamiseen. Naantalin terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajat halusivatkin juuri kehittää yhteistyötä paremmaksi, etenkin vuodeosaston ja kotisairaanhoidon välillä. Myös muutama hoitaja haluaa henkilökunnan koulutusta sekä työnohjausta. Molanderin (1999) tulosten mukaan lähes kaikki hoitajat kaipaavat työnohjausta sekä koulutuksien järjestämistä hoitohenkilökunnalle. Toppinen (2001) tuo esille työnohjauksen ja koulutuksen tärkeän merkityksen onnistuneessa saattohoidossa. Saattohoidon koulutuksen tarve kasvaa etenkin pienillä paikkakunnilla, sillä henkilökunnan tulee osata monia erikoisaloja.

Yleisesti hoitajat haluavat että saattohoitopäätökset toteutuisivat vuodeosastolla ja niitä tehtäessä noudatettaisiin yhtenäisiä linjauksia, joissa kuunnellaan potilasta. Hoitajat kaipaavat lääkärin sekä hoitajien tarkempaa ja huolellisempaa kirjaamista potilastietojärjestelmään. Hoitajat haluavat myös riittävän kipulääkityksen

saattohoitopotilaille. Lääkehoitoon kaivataan myös suunnitelmallisuutta, etenkin tilanteissa jolloin lääkäri ei ole paikalla.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys (Hirsjärvi ym. 2007, 23). Tutkimuksessa pitää verrata keskenään haittoja ja hyötyä, jota on saatava huomattavasti enemmän. Tutkimuksen johtajalla on vastuu tutkimuksen teosta. (Paunonen ym. 2007, 27.)

Tutkimuksen aihe koskettaa hyvin paljon etiikkaa. Saattohoidon toteuttaminen vaatii hyvin paljon eettisiä päätöksiä ja valintoja sekä hoitohenkilökunnan tulee noudattaa eettisiä ohjeita jatkuvasti työssään. Aiheenvalinta oli jo eettinen ratkaisu. Opinnäytetyöntekijä halusi herättää pohdintaa aiheesta Naantalın terveyskeskuksen vuodeosastolla tekemällä tutkimuksen saattohoidosta. Aiheen kiinnostavuus ja sen läheisyys vaikuttivat opinnäytetyöntekijän valintaan. Opinnäytetyöntekijä halusi saada hoitohenkilökunnan mielipiteitä saattohoidon toteutumisesta Naantalın terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tutkimuksen kohderyhmäksi opinnäytetyöntekijä valitsi hoitajat.

Tutkimuksessa täytyy sopia eettisten toimikuntien ja tutkimusorganisaation johdon kanssa lupien saamisesta tutkimusta varten. Tutkimusorganisaatiolla ja tutkimuksen tekijällä on vastuu tulosten käytöstä. (Paunonen ym. 1997, 28.) Opinnäytetyöntekijä selvitti Naantalın terveyskeskuksen vuodeosaston vastaavan organisaation lupakäytännöt ennen tutkimuslupa - anomuksen hakua. Tutkimuslupa tutkimusta varten haettiin Naantalın vanhus - ja hoivapalvelujohtajalta.

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkittavien tulee saada riittävästi tietoa. Tutkittavia ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkimuksessa. Heillä on mahdollisuus päättää haluavatko osallistua tutkimukseen ja he voivat keskeyttää sen koska tahansa. Tutkittaville on taattava

anonymiteetti. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.; Paunonen ym. 2007, 27-31.) Tutkittavia tulee informoida. Suulliset lupaukset tutkittaville muodostavat aineiston käyttöä määrittävän suostumuksen sekä ovat yhtä päteviä kuin kirjalliset lupaukset. Tutkimuksesta ja aineiston käsittelystä informoiminen kuuluvat hyvään suunnitteluun tutkimuksessa ja ratkaisevat osan juridisista ja tutkimuseettisistä kysymyksistä aineiston keruussa. (Kuula 2006,101,121,133.) Opinnäytetyöntekijä kertoi Naantalın terveystieteiden keskuksen hoitajille tarkasti tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä toteutuksesta. Tutkittavilta pyydettiin suullisesti lupa kyselytutkimuksen suorittamiseen. Heitä informoitiin suullisesti, että kyselylomakkeen täyttäminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista sekä anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyöntekijä jätti myös yhteystiedot hoitajille, jos heillä ilmenisi lisäkysymyksiä tai epäselvyyttä tutkimuksesta tai kyselylomakkeen täyttämisestä. Luottamuksellisuus säilyi aineiston käsittelyssä, sillä se oli vain tutkijan käytössä.

Tutkimustulokset on raportoitu avoimesti ja rehellisesti. Tulokset on julkaistu luottamuksellisesti ja siten että vastaajien anonymiteetti on säilynyt koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyöntekijä on yrittänyt noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä koko tutkimuksen ajan. Tutkimusaiheen jatkuva seuraaminen on auttanut tutkimusta tehdessä. Tutkimuksen aikataulu venyi paljon odotettua pidemmäksi. Tämän vuoksi opinnäytetyöntekijä joutui muuttamaan teoreettista viitekehystä sillä uudet saattohoitosuositukset olivat ilmestyneet vuoden 2010 aikana. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys kertoo aiheen eettisyydestä. ETENE:n saattohoidon julkaisut ovat tutkimuksessa keskeisellä sijalla. Eettisten kysymysten pohdinta tutkimuksessa liittyi aiheenvalinnan, tutkimuksen tekemisen ja tulosten tarkastelun lisäksi opinnäytetyön oman aseman tarkasteluun.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta kutsutaan reliabiliteetiksi, joka tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tulosten luotettavuutena sekä toisaalta

mittaamisen ja aineistojen keruun suhteen. On tärkeää saada tietoa tutkimusongelmista. (Paunonen ym. 1997, 206-207.)

Tutkimuksessa käytetyn mittarin sisältö perustui tutkittuun tietoon. Tutkimuksen kyselylomake laadittiin tutkimuksen alkuvaiheessa, joten mittarilla ei saatu täysin luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen tekijä heräsi teoreettista viitekehystä tehdessä, että kyselylomakkeesta jäi puuttumaan tärkeitä asioita saattohoidon toteutumisesta. Tutkijalla ei ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä, jolla oli varmasti suuri merkitys tähän luotettavuuteen vaikuttavaan asiaan. Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt valmis mittari. Kyselylomakkeen laadinnassa yritettiin käyttää selviä ja spesifisiä sekä lyhyitä kysymyksiä. Kyselylomakkeessa yritettiin vastata tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeen ulkoasu yritettiin tehdä selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi. Avoin kysymys tehtiin avaamaan saattohoidon kehittämistä Naantalın terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla.

Mittarin pitää rajaa tutkittava käsite ja sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein täsmällisesti sekä pitää olla herkkä. (Paunonen ym. 1997, 206.) Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut lisätä mittarin testaamista toiselle vuodeosastolle. Tutkimuksen vastusprosentti oli hyvä, sillä vain kaksi hoitajaa ei vastannut kyselyyn. Naantalın terveystieteiden keskuksen vuodeosaston 25 hoitajasta 23 täytti lomakkeen. Tässä tutkija onnistui hienosti. Myös virhetekijöiltä vältyttiin tutkimuksessa, koska kukaan ei ollut jättänyt tyhjäksi täytettyjä kaavakkeita tai vastauksia. Opinnäytetyöntekijä joutui pitämään huolen, että tutkittavat täyttivät lomakkeet. Muutamalta tutkittavalta opinnäytetyöntekijä joutui karhuamaan lomakkeen.

Mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata, kutsutaan validiteetiksi. Mittari voi aiheuttaa tuloksiin virheitä, jos kyselylomakkeisiin kysymyksiin täyttäneet ovat käsittäneet kysymykset toisin kuin tutkija oli ne ajatellut tai tutkija käsittelee tulokset oman ajattelumallinsa mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227.) Mittarin validiteetin arvioinnissa esitutkimuksella on tärkeä merkitys. Tutkimuksessa käytettiin asiantuntijoina osastonhoitajaa sekä kokenutta sairaanhoitajaa, jolla on saattohoidon koulutus. He hyväksyivät kyselylomakkeen ja muutoksia ei tarvinnut tehdä. Nämä kaksi hoitajaa toimivat

samalla esitestaajina tutkimuksen tekijälle. Opinnäytetyöntekijä analysoi nämä ja päätyi samaan tulokseen, sillä vastanneet olivat ymmärtäneet kysymykset samoin eikä suurta hajontaa tapahtunut esitestaajien välillä. Tutkimuksen validiteettia olisi lisännyt rinnakkaismittaus.

Aineiston keruu venähti kuukaudella, sillä osastolla vallitsi kova kiire ja talvilomat olivat meneillään. Osastolle oli tullut juuri uusi pegasos kirjaamisohjelma, joka viivästytti kyselylomakkeiden täyttämistä hoitajien keskuudessa. Muutamat olivat joutuneet täyttämään kovalla kiireellä lomakkeen. Useimmat olivat kokeneet täyttämisen helpoksi. Muutamat kokivat täyttämisen vaikeaksi, sillä eivät oikein tienneet osaston saattohoito käytännöistä. Etenkin perus- ja lähihoitajat eivät olleet täysin selvillä osaston lääkärin toimintatavoista.

6.4 Tutkimusten tulosten hyödyntäminen jatkossa ja kehittämisehdotukset

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa Naantalın terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan saattohoidon kehittämiseksi. Saattohoidon hoitohenkilöstön työnjakomallissa kuolevalle potilaalle suositellaan järjestettäväksi omahoitaja laitoksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25.) Tulosten mukaan moni hoitaja kaipasi omahoitajan kutsumista rinnalle. Jatkossa voitaisiin Naantalın terveyskeskuksen vuodeosastolla käyttää omahoitaja -mallia kuolevan potilaan hoidossa, sillä myös aiemmat tutkimukset sekä nykyiset saattohoitosuositukset suosittelevat omahoitajamallia. Tutkimuksen tulokset vastaavat aikaisempia tutkimuksien tuloksia saattohoidosta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Saattohoitoa on tutkittu vain vähän potilaiden näkökulmasta ja sitä tulisikin kehittää enemmän, sillä saattohoidon päämääränä on potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 28). Jatkossa saattohoidon toteutumista voitaisiin myös tarkastella omaisten näkökulmasta, näin varmasti saataisiin laajempi kuva saattohoidon toteutumisesta Naantalın vuodeosastolla. Tutkimusmenetelmänä voitaisiin käyttää myös laadullista tutkimusta, jolloin saataisiin yksityiskohtaisemmin ja herkemmin tietoa.

Tavoitteena oli myös, että tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan tulevaisuudessa kehittää vuodeosastolla edelleen hyvää saattohoitoa. Tutkimuksen tulosten pohjalta opinnäytetyöntekijä aikoo toteuttaa yhteistyössä Naantalın terveystakeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnan kanssa saattohoidon kehittämiprojektin, jonka tarkoituksena on saada saattohoito-ohjeet hoitohenkilökunnan käyttöön. Saattohoito-ohjeiden tavoitteena on toimia työvälineenä Naantalın terveystakeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle toteuttamaan hyvää saattohoitotyötä. Hoitajat arvioivat saattohoitoneuvottelun toteutuvan heikosti vuodeosastolla, vaikka hoitoneuvottelujen sisältyviä asioita kuitenkin lääkäri kävi läpi potilaan kanssa. Jatkossa voitaisiin tehdä ohjeet myös saattohoitoneuvottelujen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveystakesministeriön 2010 julkaisussa ”Hyvä saattohoito Suomessa” keskeisempinä kehittämistoimina saattohoitosuosituksista mainittiin juuri, että sairaanhoitopiirit joilla ei ole vielä saattohoitosuunnitelmaa, tulee laatia sellainen. (Sosiaali- ja terveystakesministeriö 2010, 35.)

Hoitotahtoa eli potilaan aikaisempaa ilmaisua omasta tahdostaan tulee kunnioittaa ja sillä tarkoitetaan potilaan suullista tai kirjallista tahdonilmaisua. Hoitotahdon olemassaolo ajankohtaistuu, kun potilas ei itse enää pysty ottamaan kantaa omasta hoidostaan. (Sosiaali- ja terveystakesministeriö 2010, 14.) Hoitotahdon olemassa oloa tulisi kertoa ja suositella iäkkäille kuntien toimesta. Aiheen arkaluontoisuuden vuoksi, kotiin ilmestyvä esite voisi olla hyvä. Hoitotahdon olemassa ololla, vältyttäisiin monilta vaikeilta ja eettisiltä ratkaisulta tilanteissa jolloin potilas siirtyy erikoissairaanhoidon ja vuodeosaston välillä sekä päivystystilanteissa, jolloin potilaan omalääkäri ei ole paikalla. Hoitotahdon olemassa olo helpottaa myös tilanteissa, jolloin potilas ei itse pysty enää ilmaisemaan omaa tahtoaan. Näin voitaisiin keskittyä potilaan hyvään kokonaisvaltaiseen saattohoitoon.

Kehittämisehdotuksia löytyi paljon tutkimuksen tulosten pohjalta. Väestö vanhenee kovaa vauhtia ja Naantalın strategia Tulevaisuuden Naantali esitetään järjestämään palveluja iäkkäille. Sosiaali- ja terveystakesministeriön julkaisemassa oppaassa ilmoitetaan saattohoidon vastuun kuuluvan kunnille. Taloudellisia resursseja ajattelematta hoitohenkilökunnan kouluttamisella saataisiin valmiuksia hoitaa saattohoitopotilaita. Tutkimusten tuloksissa hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta. Toinen

asia minkä hoitajat toivat esille koskien hoitajien hyvinvointia ja työssä jaksamista oli työnohjaus. Kuolevien määrä on noussut Naantalissa vuodeosastolla sekä tulevaisuudessa määrä tulee varmasti pysymään samanlaisena. Jotta hoitajat jaksaisivat tehdä laadukasta saattohoitotyötä, tulisi koulutusta sekä työnohjausta järjestää. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa hyvän saattohoidon edellytyksenä on, että hoitohenkilökunta on koulutettu saattohoitoon ja heiltä saa tarvittavaa apua tai konsultaatiota mihin vuorokauden aikaan tahansa. Muu henkilökunta ja hoitoon osallistuvat täydentävät osaltaan moniammatillista työryhmää. Työryhmälle tulee tarjota säännöllistä saattohoidon koulutusta, työnohjausta ja tarvittaessa keskustelua jälkikäteen saattohoitotilanteista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30.)

Saattohoitoa toteutetaan potilaan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti kotona (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30). Tulosten mukaan saattohoitopotilaan hoitaminen kotona sekä yhteistyö kotisairaanhoidon ja vuodeosaston välillä toteutui melko huonosti hoitajien mielestä. Kotisaattohoitoon tulee panostaa ja perustaa hoitorengas turvaamaan kotisaattohoidossa oleva potilas. Kehittämissuunnitelmaksi voisi olla kotisaattohoito-ohjeiden tekeminen. Kotisaattohoidon potilailla tulisi myös olla mahdollisuus siirtyä osastohoitoon milloin tahansa. Kunnalla tulee olla valmiudet järjestää saattohoito kotiin mahdollisuuksien mukaan. Vapaaehtoistyöntekijöitä sekä esimerkiksi syöpäyhdistyksen tukihenkilöitä voisi ottaa mukaan hoitoon. Kotisaattohoito vaatii yhteistyötä monien eri tahojen välillä, sekä siihen vaaditaan läheisen suostumus ja läsnäolo.

LÄHTEET

Aalto, K 2003. 3. uud.p Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja Oy

Aikakauskirja Duodecim 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito [Verkkodokumentti] 124 (14), 1675-1676 [Viitattu 07.11.2010] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kuolevan%20potilaa n%20oireiden%20hoito Käypä hoito –suositusten tiivistelmä

Anttonen, M S 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen Teoksessa Grönlund, E; Anttonen, M S; Lehtomäki, S & Agge, E Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Sairaanhoidajaliitto 49-57.

Anttonen, M S; Kvist, T & Nikkonen, M 2009. Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. Hoitotiede Vol, 21 no 1, 45-53.

Ashbury, F D; Findlay, H; Reynolds, B & McKerracher, K 1998. A Canadian survey of cancer patients' experiences: Are their needs being met? J Pain Symptom Manage 5: 298-306.

Colliander, J 2009 Suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijät ja heidän työhyvinvointinsa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Eho, S; Hänninen, J; Kannel, V; Pahlman; I & Halila, R. 2003. Saattohoito –Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Vantaa

Grönlund, E; Leino, T 2008. Hoitoneuvottelu –saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E; Anttonen, M S; Lehtomäki, S & Agge, E Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito Sipoo: Sairaanhoidajaliitto 37-48

Hannikainen, P 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia Teoksessa Grönlund, E; Anttonen, M S; Lehtomäki, S & Agge, E Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito Sipoo: Sairaanhoidajaliitto 11-22

- Hautala, K; Fält, A; Hinkka, H; Lammi, U-M; Kellokumpu-Lehtinen, P-L & Kosunen, E. 2008. Syöpäpotilaiden saattohoito perusterveydenhuollossa. Lääkärilehti 63:(27-31): 2443-2448.
- Heikkinen, H ; Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. 1.p. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hinkka, H 2004. Saattohoito terveyskeskuksissa. Teoksessa Vainio, A & Hietanen, P 2004. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim 323-328.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hovi, S-L & Lauri, S Syöpäpotilaan kipu potilaan ja sairaanhoitajan arvioimana. Turun yliopisto: UNIPAPS
- Hublin, L & Hämäläinen, S 2009. Saattohoitopotilaan kivunhoito hoitotyöntekijöiden näkökulmasta: katsaus tutkimustietoon. Opinnäytetyö Metropolia ammattikorkeakoulu
- Hänninen, J 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. 1.p. Helsinki: Duodecim
- Hänninen, J 2010. Katsaus: Kuinka kuolla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 283- 286.
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys 1.p Jyväskylä: Duodecim.
- Hänninen, J 2004. Saattohoito. Teoksessa Vainio, A & Hietanen, P Palliatiivinen hoito Helsinki: Duodecim 311-316
- Hänninen J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito 1.p. Helsinki: Duodecim
- Hänninen, J 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. Lääkärilehti 33; 2606-2610.
- Hänninen, J & Anttonen, M S 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksien merkitys potilaan hoidossa Teoksessa Grönlund, E; Anttonen, M S; Lehtomäki, S & Agge, E Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Sairaanhoitajaliitto 23-35.

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

Hänninen, P 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Grönlund, E; Anttonen, M S; Lehtomäki, S & Agge, S Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito Sipoo: Sairaanhoidajaliitto 133-145.

Ivanainen, A, Jauhiainen, M & Pikkarainen P 2004. 1.-3.p Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi

Kassara, H; Paloposki, S; Holmia, S; Murtonen, I; Lipponen, V; Ketola, M-L & Hietanen, H 2005. Hoitotyön osaaminen 1.p Helsinki: WSOY

Kokko, P & Paavilainen, S 2010. Saattohoitotyön kehittäminen Mikkelin terveyskeskussairaalassa. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu

Kokkonen, P; Holi, T. & Vasantola, S .2004. Hoitotahto. Jyväskylä: Gummerus.

Korolainen, H & Remes, M 2010. Syöpää sairastavan potilaan saattohoidon toteutuminen erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu

Kuula, A 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Kuuppelomäki, M 1991. Eettinen päätöksenteko ja terminaalihoidon aloittaminen eri hoitoyksiköissä. Hoitotiede no. 3, 118-124.

Kuuppelomäki, M 2001. Kuolevan potilaan kivun hoidon ongelmat terveyskeskuksessa. Lääkärilehti 56 (36) :3597-3601.

Kuuppelomäki, M 2002a. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen sairaanhoitajien näkökulma. Hoitotiede no 3, 117-127.

Kuuppelomäki, M 2002b. Kuolevan potilaan kivunhoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotiede. Vol,14. no 5, 241-253.

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

Kuuppelomäki, M 1996. Parantumatonta syöpää sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turku: Kirjapaino Pika Oy

Lauri, S & Lehti, T 1997. Syöpää sairastavan potilaan terminaalivaiheen hoito. Hoitotyön julkaisusarja C:14. Turun yliopistollinen keskussairaala

Leino, T; Pusa, H; Vilminko, M & Holli, K 1998. Omaisten kokemuksia syövän viime vaihetta sairastavan läheisen hoidosta kotona ja laitoksessa. Suomen lääkärilehti 53 no. 3, 187.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogosen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Lipponen, V & Sand, H 1993. Hyvän hoidon viesti kuolevan potilaan hoidossa potilaan, omaisen ja hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna Pirkanmaan hoitokodissa. Tampere: Tampereen terveydenhuolto-oppilaitoksen julkaisusarja A. Tutkimus ja kehittäminen 6

Luukkanen, A 2010. Saattohoitopotilaan kivun arviointi katsaus tutkimustietoon Opinnäytetyö. Metropolia

Maiche, A; Salomaa, E, Iivonen, M; Ylläsjärvi, A & Valanne R 2004. Saattohoito-ohje. [Verkkodokumentti] Rovaniemi: Lapin sairaanhoitopiiri. [Viitattu 07.11 2010]
Saatavissa: <http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=3895&GUID=d7e79c9b-4bd2-4f25-865e-e82cb9c3dd49>

Mattila, K-P 2002. Syöpäpotilaan palliativisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat

Mikkola-Salo, V; Lehtonen, A; Arve, S & Routsalo, P 1998. Kuolevan potilaan hoitaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla –omaisten näkökulma. Hoitotiede. Vol. 10, no. 4, 207-215.

Molander, G. 1999. Työnä kuolemaan hoitaminen-Mistä voimavarat? SMS-julkaisut. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura

Molander, G & Peräkylä, A 2000. Mistä hoidettavalle kuolevan identiteetti? Duodecim no 116 (9), 955-961.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY

Perko, T & Lauri, S. 1990. Terminaalihoito keskussairaalan vuodeosastolla. 162. Helsinki: Lääkitöhallituksen julkaisuja

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet: Sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti. <<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>> Luettu 16.10 2009.

Sand, H 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010 : 6. Helsinki.

Suomalaisen Lääkäriseuran ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2008. [Verkkodokumentti] Käypä hoito Kuolevan potilaan oireiden hoito. [Viitattu 07.11.2010] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kuolevan%20potilaan%20oireiden%20hoito Suomalainen lääkäriseura duodecim

Suomen lääkäriliitto 2005. Saattohoito. [Verkkodokumentti] Suomen lääkäriliiton Eettisten periaatekysymysten valiokunnan kannanotto Lääkärin etiikka 6,p, [Viitattu 07.11.2010]

Saatavissa:http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=let00048&p_haku=saattohoito

Toppinen, P. 2002. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Teoksessa Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen

neuvottelukunta (ETENE) 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 33-36.

Torppa, K 2007. Saattohoidon toteutuminen Uudessakaupungissa: Hoitajien ja omaisten näkökulma. Satakunnan ammattikorkeakoulu

Vainio, A; Hietanen, P; Pitkälä, K & Moilanen, K 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, A & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim 16-32.

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

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE-julkaisuja 20. Vantaa

LIITE 1

Palmroth Anniina

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Jokikatu 8 D 14

20500 Turku

22.10 2009

Puh. 040 715 7618

Hoito- ja vanhuspalvelujen johtaja Taina Lahtiola

Sosiaali- ja terveysvirasto

Käsityöläiskatu 2

21100 Naantali

HYVÄ HOITO- JA VANHUSPALVELUJEN JOHTAJA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan Rauman toimipisteessä terveydenhoitajaksi. Opintoihin sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, miten saattohoito toteutuu Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien mielestä. Tutkimuksen tavoitteena on, että tulosten pohjalta saattohoitoa voidaan edelleen kehittää Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen. Tutkimuksen aineiston keruu tapahtuu Naantalin terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajilta (N=28) strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomake on laadittu tätä tutkimusta varten ja se perustuu tutkittuun tietoon. Aineiston keruu tapahtuu vuoden 2009 lokakuun aikana. Tutkimuksen tekijä jakaa kyselylomakkeet itse henkilökohtaisesti kertoen kyselyn tarkoituksesta, vastaa kysymyksiin ja kerää aineiston Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla arki-aamuisin, jolloin henkilökuntaa on eniten paikalla. Analysointi alkaa heti sen jälkeen kun kaikki kyselylomakkeet on saatu. Analysointi tapahtuu syksyn 2009 aikana. Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset julkistetaan vuoden 2009 lopulla.

Pyydän lupaa opinnäytetyön aineiston keräämiseen Naantalin vuodeosaston hoitajilta. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori, THM Lahtinen Elina (02-6203555).

Anniina Palmroth

Liite: Tutkimussuunnitelma



27.10.2009

Palmroth Anniina
Jokikatu 8 D 14
20500 Turku

TUTKIMUSLUPA

Anniina Palmroth pyytää lupaa opinnäytetyönsä aineiston keräämiseen Naantalin vuodeosaston hoitajilta syksyllä 2009.

Opinnäytetyön aihe on: "Saattohoidon toteutuminen Naantalin terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta". Opinnäytetyö kuuluu Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehtoon opintoihin.

Myönnän opiskelija Anniina Palmrothille luvan opinnäytetyönsä aineiston keräämiseen Naantalin vuodeosaston hoitajilta syksyllä 2009.

Taina Lahtiola
hoito- ja vanhustalouden johtaja

KYSELY SAATTOHOIDON TOTEUTUMISESTA NAANTALIN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA, HOITAJIEN NÄKÖKULMA

1. TAUSTATIEDOT

OLE YSTÄVÄLLINEN JA KIRJOITA VASTAUSVAIHTOEHTO

1. Koulutus _____

2. Työkokemus _____ vuotta _____ kk

3. Työkokemus Naantalin terveyskeskuksen vuodeosastolla _____ vuotta _____ kk

2. SAATTOHOITOPÄÄTÖKSEN TEKEMINEN

OLE HYVÄ JA YMPYRÖI SE VAIHTOEHTO, JOKA MIELESTÄSI VASTAA PARHAITEN NAANTALIN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA TOTEUTUVAA SAATTOHOITOA

ASTEIKKO

1. Toteutuu erittäin hyvin
2. Toteutuu melko hyvin
3. Toteutuu melko huonosti
4. Ei toteudu lainkaan

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 4. Osaston lääkäri tekee saattohoitopäätöksen ja tiedottaa siitä hoitohenkilökunnalle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Lääkäri huomioi saattohoitopäätöksessä potilaan toiveet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Lääkäri huomioi saattohoitopäätöksessä omaisten toiveet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Lääkäri tiedottaa saattohoitopäätöksestä potilaalle. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- ASTEIKKO
1. Toteutuu erittäin hyvin
 2. Toteutuu melko hyvin
 3. Toteutuu melko huonosti
 4. Ei toteudu lainkaan

8. Lääkäri tiedottaa saattohoitopäätöksestä omaisille. 1 2 3 4

9. Lääkäri kirjaa saattohoitopäätöksen potilastietojärjestelmään. 1 2 3 4

SAATTOHOITONEUVOTTELUN TOTEUTUMINEN

10. Vuodeosastolla järjestetään saattohoitoneuvottelu, johon osallistuvat lääkäri, hoitaja, potilas ja hänen suostumuksellaan omaiset. 1 2 3 4

11. Lääkäri kertoo potilaalle taudin kulun ja ennusteen sekä mahdolliset tulevat oireet. 1 2 3 4

12. Vuodeosastolla tehdään sopimus saattohoitoon liittymisestä, ja siinä otetaan huomioon potilaan ja omaisten toiveet. 1 2 3 4

13. Saattohoitoneuvottelussa tehdään hoitosuunnitelma, joka kirjataan potilastietojärjestelmään. 1 2 3 4

- ASTEIKKO
1. Toteutuu erittäin hyvin
 2. Toteutuu melko hyvin
 3. Toteutuu melko huonosti
 4. Ei toteudu lainkaan

14. Lääkäri tekee tarkat
hoitolinjaukset ja kirjaa ne
potilastietojärjestelmään.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

SAATTOHOITOYMPÄRISTÖN TOTEUTUMINEN

15. Saattohoitopotilaalle
järjestetään aina yhden
hengen huone.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

16. Saattohoitopotilaalle
järjestetään esteettinen
hoitoympäristö, esimerkiksi kasvit
ja värikkäät verhot.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

17. Saattohoitopotilas voi
käyttää omia vaatteitaan
halutessaan.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

18. Omaiset voivat yöpyä
vuodeosastolla halutessaan.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

19. Omaiset voivat olla
saattohoitopotilaan luona ympäri
vuorokauden.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

20. Hoitajat ovat ystävällisiä,
asiallisia ja kärsivällisiä potilasta
kohtaan.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

21. Hoitohenkilökunta tarjoaa
tietoa saattohoidosta potilaalle ja
omaisille.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

22. Saattohoitopotilaalle
taataan yksityisyys ja rauha.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

ASTEIKKO 1. Toteutuu erittäin hyvin
 2. Toteutuu melko hyvin
 3. Toteutuu melko huonosti
 4. Ei toteudu lankaan

23. Potilaan tai omaisten toivoessa voidaan järjestää kotiloma saattohoitopotilaalle.	1	2	3	4
24. Saattohoito voidaan järjestää kotiin.	1	2	3	4
25. Kotisaattohoito toteutuu hyvin vuodeosaston ja kotisairaanhoidon välillä.	1	2	3	4
26. Sairaanhoidtaja kutsuu pastorin paikalle tai järjestää ehtoollisen potilaan tai omaisten halutessa.	1	2	3	4
27. Vainajan laitto tapahtuu aina omassa huoneessa.	1	2	3	4
28. Omaiset voivat osallistua vainajan laittoon.	1	2	3	4
29. Sairaanhoidtaja keskustelee rauhallisesti vainajan omaisten kanssa.	1	2	3	4
30. Omaisten kanssa sovitaan jatkossa yhteydenotto, jos heillä on tarvetta keskustella tai kysyä lisäneuvoja.	1	2	3	4

- ASTEIKKO
1. Toteutuu erittäin hyvin
 2. Toteutuu melko hyvin
 3. Toteutuu melko huonosti
 4. Ei toteudu lainkaan

SAATTOHOITOPOTILAAN OIREIDEN- JA KIVUNHOIDON TOTEUTUMINEN

31. Lääkäri huolehtii saattohoitopotilaan lääkkeellisestä kivunhoidosta.	1	2	3	4
32. Lääkäri antaa tarkat ohjeet sairaanhoitajille lääkkeellisen kivunhoidon toteuttamisesta.	1	2	3	4
33. Lääkäri kertoo tarkasti lääkkeellisestä kivunhoidosta saattohoitopotilaalle.	1	2	3	4
34. Lääkäri ottaa omaisten toiveet huomioon lääkkeellisestä kivunhoidosta, jos potilas ei itse niitä pysty ilmaisemaan.	1	2	3	4
35. Lääkäri kirjaa lääkemääräykset potilastietojärjestelmään.	1	2	3	4
36. Sairanhoitajat arvioivat kipua riittävästi.	1	2	3	4
37. Kivunhoito vuodeosastolla on riittävää.	1	2	3	4
38. Saattohoitopotilaan kärsimystä lievitetään aina.	1	2	3	4

ASTEIKKO 1. Toteutuu erittäin hyvin
 2. Toteutuu melko hyvin
 3. Toteutuu melko huonosti
 4. Ei toteudu lainkaan

39. Saattohoitopotilaan muiden oireiden lievittämisestä esim. pahoinvoinnista ja hengenahdistuksesta huolehditaan. 1 2 3 4

40. Saattohoitopotilaan asentohoidosta huolehditaan riittävästi. 1 2 3 4

41. Saattohoitopotilaan omat toiveet ja yksilöllisyys otetaan huomioon ruokailussa. 1 2 3 4

42. Saattohoitopotilaan nesteytyksestä ja ravitsemuksesta huolehditaan riittävästi. 1 2 3 4

43. Saattohoitopotilaan ihon eheydestä huolehditaan. 1 2 3 4

44. Saattohoitopotilaan suunhoidosta huolehditaan. 1 2 3 4

45. Saattohoitopotilaan unen ja levon saannista huolehditaan. 1 2 3 4

46. Miten saattohoitoa voidaan mielestäsi kehittää Naantalın terveystakeskuksen vuodeosastolla?
