

Anne Jylhä

**HYVÄ KUOLEMA KUULUU KAIKILLE**

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2011

## HYVÄ KUOLEMA KUULUU KAIKILLE

Jylhä, Anne

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Syyskuu 2011

Ohjaaja: Flinck, Marja

Sivumäärä: 45

Liitteet: 5

Asiasanat: saattohoito, palliatiivinen hoito, hoitotahto, hoitopäätös, saattohoitosuositukset

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten hoitokäytännöt Punkalaitumen Hilman ja Matin vanhainkodissa henkilökunnan mielestä toteutuvat ja minkälaisia kehittämishaasteita hyvään saattohoitoon liittyy. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös, että tutkimustulosten avulla saattohoitoa voitaisiin edelleenkin kehittää.

Tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia oli, että kuolevan potilaan hoitolinjaukset (keskiarvo 3,34, asteikko 1–4, Liite 5), kivunhoito (keskiarvo 3,5, asteikko 1–4, Liite 5) ja yksilöllisyyden huomioiminen (keskiarvo 3,21, asteikko 1–4, Liite 5) toteutuivat vastaajien mukaan melko hyvin. Vastaajien oma näkemys Käypä hoito -suositusten käytöstä ja toteutumisesta oli keskiarvoisesti melko huono (keskiarvo 2,3, asteikko 1–4, Liite 5), mutta tämä oletettavasti johtuu termin huonosta tunnettuudesta. Näin siksi että, SASPE:n ohjeistukseen ja Käypä hoito -suositukseen perustuvan kysymysten vastauksista voidaan kuitenkin päätellä, että kokonaisuudessaan saattohoito toteutuu Punkalaitumen vanhainkodissa hoitohenkilökunnan mielestä melko hyvin (keskiarvo 3,24, asteikko 1–4, Liite 5).

## VALUABLE DEATH IS EVERYONE'S RIGHT

Jylhä, Anne

Satakunta University of Applied Sciences

Degree programme in Nursing

August 2011

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 45

Appendices: 5

Key words: terminal care, palliative care, treatment will, treatment decision, terminal care recommendations

---

### Abstract

The purpose of this study was to find out how medical practices come true according to the staff, and what kinds of challenges are related to good palliative care in Punkalaidun nursing home. The aim of the study was that the research results could help to develop palliative care in Hilma and Matti's nursing home in Punkalaidun.

The most important results were that the dying patient's medical care guidelines (mean 3,34, scale 1–4), pain management (mean 3,5, scale 1–4), and individual consideration (mean 3,21, scale 1–4), realized pretty well according to the respondents. Respondents' own view of the use and realization of the Käypä treatment guidelines was relatively poor (mean 2.3, scale 1–4), but I suppose that Käypä treatment term was not well known because...Based on responses to the survey based on SASPE's guidance and Käypä treatment guidelines it can be concluded that palliative care in Punkalaidun nursing homes is realized quite well (mean 3.24, scale 1–4).

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KESKEISET KÄSITTEET .....	7
2.1	Saattohoito.....	7
2.2	Palliativinen hoito .....	10
2.3	Hoitotahto .....	11
2.4	Saattohoitopäätös.....	12
2.5	Saattohoitosuosituksset .....	13
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITEET.....	16
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	17
4.1	Tutkimusmenetelmä .....	17
4.2	Aineiston keruu .....	18
4.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi .....	19
4.4	Tutkimuksen kohderyhmä.....	19
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	20
5.1	Hoitolinjaukset .....	20
5.1.1	Kuolevan potilaan oma hoitotahto selvitetään .....	20
5.1.2	Kuolevan potilaan omaa hoitotahtoa noudatetaan .....	21
5.1.3	Kuolevan kanssa toteutetaan saattohoitokeskustelu.....	21
5.1.4	Saattohoitopäätös kirjataan potilastietojärjestelmään .....	22
5.1.5	Saattohoitopäätöksestä tiedotetaan potilaalle.....	22
5.1.6	Saattohoitopäätöksestä tiedotetaan omaisille .....	23
5.1.7	Kuolevan potilaan siirtelyä vältetään .....	24
5.1.8	Käypä hoito -suositusten käyttö .....	24
5.1.9	Käypä hoito -suositusten toteutuminen .....	25
5.2	Kivun hallinta.....	25
5.2.1	Kuolevan potilaan kipu tunnistetaan herkästi .....	26
5.2.2	Kuolevan potilaan säännöllisiä kipuja hoidetaan riittävästi.....	26
5.2.3	Kuolevalle potilaalle määrätään kipulääkitys erittäin voimakkaan kivun varalle .....	27
5.2.4	Kipulääkityksen tehoa arvioidaan säännöllisesti.....	27

5.2.5 Kipulääkitystä voidaan muuttaa tarvittaessa nopeasti.....	28
5.3 Yksilöllisyyden huomioiminen .....	29
5.3.1 Kuolevalla potilaalla on omalääkäri.....	29
5.3.2 Kuolevalla potilaalla on omahoitaja.....	29
5.3.3 Kuolevalle potilaalle järjestetään yhden hengen huone .....	30
5.3.4 Omaisilla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoon .....	31
5.3.5 Omaiset voivat viettää aikaa kuolevan potilaan luona .....	31
5.3.6 Kuolevaa potilasta ei jätetä yksin.....	32
5.3.7 Omaiset voivat yöpyä kuolevan potilaan luona halutessaan.....	32
5.3.8 Kuolevan potilaan toivomuksiin reagoidaan.....	33
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS .....	34
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS .....	34
8 POHDINTA.....	35
LIITE 1 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä	
LIITE 2 Kyselylomake	
LIITE 3 Saatekirje	
LIITE 4 Havaintomatriisi	
LIITE 5 Tunnusluvut	

## 1 JOHDANTO

*” Isä ei parane. Kaikki on tehty. Kuolema koskee kylmillä käsillään ihan pian. Istun Isän vuoteen vierellä sairaalahuoneessa ja silitän Isän kättä hellästi, varoen särkyvää. Huoneessa on paljon potilaita, ainakin kolme Isän lisäksi. Isän sänky on eristetty verhoilla. Verhon toisella puolella on jonkun toisen potilaan juhlat, sieltä kuuluu naurua ja juhlapuheita. On kakkuakin tarjolla. Minulla on huono olo. Isä hengittää syvään, huokaa. Taas verhon takana nauretaan, se tuntuu hirvittävän pahalta. Katson Isän turvonneita käsiä ja minäkin tunnen kipua. Pyyhin Isän poskelle valunutta sylkeä. Olen pysähtyneessä tilassa, kuin unessa. Verhon takaa tulevat äänet kuulostavat omituisilta, kuin ontolta kaiulta, kellarista, maan alta huudetulta. Rinnassani on jäinen pala ja nieleskelen kuivaa suutani. Kuiskaan Isälle ”mene vain, rauhassa”. Se viimeinen huokaus...”*

*Anne Jylhä 2007*

Kuolema tapahtuu meistä jokaiselle, aikanaan. Kuolevaisuutemme tekee jokaisesta ihmiselämästä ainutkertaisen. Kuolema voi kohdata aivan yllättäen, toisinaan siihen on aikaa valmistautua. Jos sairauden hoidossa ei enää ole parantavan hoidon mahdollisuuksia, tarvitaan saattohoitoa. Vaikka sairauden parantamiseksi mitään ei ole enää tehtävissä, voidaan kuitenkin vielä tehdä paljon kuolevan ihmisen hyväksi.

## 2 KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Saattohoito

Kuolevan potilaan hoitoa nimitetään yhä useammin saattohoidoksi, joka sisältää sekä oireiden lievityksen että läheisten tukemisen. Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa kuolemaa lähestyville potilaille pyritään takaamaan mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Saattohoito-sana sisältää myös ulottuvuuden, joka kuvaa läsnä olemista, kuolevan saattamista matkalle tai portille, josta ei ole paluuta (Vainio A & Hietanen P. 2004, 17.)

Saattohoitoa on kehitetty Suomessa 1970-luvulta lähtien. Vuonna 1982 silloinen lääkintöhallitus antoi ohjeet terminaalihoidosta. Nykyisin saattohoidon opetus kuuluu sekä lääkäreiden että hoitajien koulutukseen. Lääkäri- ja hoitohenkilökunnan lisäksi saattohoidon parissa työskentelee koulutettuja vapaaehtoistyöntekijöitä (Lääkärin käsikirja 2004, Duodecim.)

Saattohoitoa järjestetään Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitoa toteutetaan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa, yksityisissä hoitoyksiköissä ja potilaan kotona. Perusterveydenhuolto on saattohoidon ensisijainen toteuttaja (STM:n julkaisu 2010: 6.)

Termi saattohoito koetaan usein ongelmalliseksi, brittiläisessä lääketieteellisessä maailmassa käytetäänkin yleensä kuolevan potilaan hoidosta termiä eufenismi eli kiertoilmaisua ”olla mukana matkalla”. Eufenismi on lieventävä ilmaisu epämiellyttävästä tai tunnelautuneesta asiasta, kuten kuolemasta. Kuolevaa potilasta hoitava henkilö voi tehdä valinnan, lähteekö hän matkalle kohti kuolemaa, kuolevalla poti-

laalla ei ole tällaista valinnanvapautta. Ajatukseen hoitajan ja potilaan yhteisestä matkasta liittyy yleensä arvolataus, jossa kuitenkin ei ole kyse ystävyydestä tai rakkaudesta. Hoitajia ja lääkäreitä ohjaavat yleensä lähinnä ammatilliset pyrkimykset lievittää kuolevan potilaan kärsimyksiä. (Sunni & Hänninen 2003, 89–90.)

Saattohoidossa olevan potilaan keskeisiä oikeuksia ovat ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, yksilön oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja elämään sekä hänen yksityisyyden suojansa. Ihmisarvon kunnioittaminen merkitsee hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä arvostamista. Ihmisarvon kunnioittaminen ei saa päättyä kuolemaan. Yhdenvertaisuus tarkoittaa saattohoidossa jokaisen potilaan hyvää kohtelua riippumatta hänen terveydentilastaan, sukupuolestaan, uskonnostaan tai iästään tai muista hänen henkilökohtaisista ominaisuuksistaan. Henkilökohtaisen vapauden suoja merkitsee hoitamista yhteisymmärryksessä kuolemaan asti. Potilaan yksityisyyden tarpeisiin tulee suhtautua kunnioituksella. Eettisten periaatteiden tarkoituksena on turvata mahdollisimman rauhallinen ja ihmisarvoinen kuolema (Duodecim 2004.)

Aili Huhtisen (2005) mukaan kokonaisvaltaisessa saattohoidossa on kysymys potilaan kaiken jäljellä olevan eheyden hoitamisesta, mutta myös kuolevan ihmisen vaikeiden tunteiden ja ruumiillisen rapistumisen kokemuksellisesta kohtaamisesta. Saattohoidossa korostetaan Kirsti Aallon (2000) mukaan sitä, että ”ihmistä ei jätetä yksin, ellei hän sitä erityisesti toivo” ja että silloin ”kuoleva itse, hänelle läheiset ihmiset ja hänen ympäristönsä pyritään saamaan kokonaisuudeksi, jossa kuolemista, eroamista ja jäähyväisiä eletään yhdessä”. Aalto toteaa myös, että kuolemassa roolit ja rajat rikkoutuvat ja ihmisten merkitys toisilleen korostuu. Saattohoidon järjestelyt mittaavat yhteiskunnan moraalista tasoa, ja hyvin järjestetty saattohoito kertoo yhteiskunnan korkeasta eettisestä ajattelusta (Huhtinen 2005, 55; Aalto 2000, 9–19, 103.)



Juha Hännisen ja Tapio Pajusen kirjassa ”Kuoleman kaari, Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä” 2006 todetaan ihmisten usein kokevan, että kuoleman läsnäolo sulkee elämän kokonaan pois. Silloin, kun ihmistä aletaan ajatella kuolevana potilaana, onkin vaarana, että hänet jo liian varhaisessa vaiheessa suljetaan elävien maailman ulkopuolelle. Toisaalta kuoleminen voidaan kokea hyvin traumaattiseksi myös sellaisissa tilanteissa, joissa elämänsä päätepisteeseen saapunutta ihmistä yritetään kaikin keinoin saada palautetuksi elämän piiriin. Kuoleman yksityisyyttä ei pidä koskaan sekoittaa yksinäisyyteen ja hylättynä kuolemiseen. Kuoleminen on parhaimmillaan työtä, jossa kuoleva sekä hänen läheisensä työstävät lähestyvää kuolemaa. (Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006, 13–16.)

Elämässä kiinni olevan hoitajan näkökulmasta katsottuna potilaan kuolema tuntuu yleensä tappiolta, mutta kuolevalle potilaalle se voi merkitä myös lepoa ja lohdutusta. Kuolevan ihmisen aito kohtaaminen ja saattohoito edellyttävät hoitajalta ymmärrystä siitä, että kuoleminen on lopulta jokaisen ihmisen osana ja että kaikki ihmiset tahtovat elää arvokkaasti aina kuolemaansa saakka. Jo vuonna 1994 Kaija Sailo toteaa kirjassaan ”Kuolevan potilaan hoito”, että saattohoitosuhde on ainutkertainen prosessi, jossa tarvitaan sekä herkkyyttä että tietoa kuolevan ja hänen omaistensa käyttäytymisestä kuoleman lähestyessä. Tarvitaan tietoa myös oireita lievittävästä hoidosta sekä ymmärrystä omasta käyttäytymisestään. Saattohoitoa tekevällä täytyy jatkuvasti olla halua kehittää omaa työtään (Mattila- Pyykkönen 1996, 10; Sailo 199, 76.)

Tyypillisimpiä saattohoidettavia ovat parantumattomasti sairastuneet syöpäpotilaat, keuhkohtaumatautia, keuhkojen ja munuaisten vajaatoimintaa sekä parantumattomia hermo-lihastautia sairastavat potilaat, joiden oireet etenevät (Duodecim 2010.)

Saattohoidossa voi olla kaikenikäisiä potilaita. Lapsella tai aikuisella saattaa olla synnynnäinen vaurio tai parantumaton sairaus, johon ei ole olemassa parantavaa hoi-

toa ja tämä voi johtaa jossain vaiheessa saattohoidon tarpeeseen. Monet ihmisen elämän viimeisten hetkien sairaudet edellyttävät sekä hyvää saattohoitoa että palliatiivista hoitoa. (STM. julkaisu 2010: 6.)

Hilkka Sand toteaa väitöskirjassaan ”Sateenkaaren päästä löytyy kultaa” 2003 hoitotahtoon liittyen, että kuolevan hoitaminen on sellaista työtä, jossa lähtökohtana on pidettävä kuolevan ihmisen yksilöllisiä tarpeita, hänen arvokkuuttaan ja hänen kunnioittamistaan. On tärkeää antaa kuolevalle potilaalle oikeus yksityisyyteen ja rauhalliseen kuolemaan. Saattohoito on tiimityötä, jossa lääkärit, hoitajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja sairaalasielunhoitajat toimivat yhdessä. Saattohoitokodeissa myös vapaaehtoistyöntekijöillä on merkittävä osuus. Saattohoidon kommunikaatio ja viestintä ovat usein perhekeskeistä, ja hoitoon liittyvissä päätöksissä korostetaan potilaan omaa hoitotahtoa. Sandin mukaan saattohoitoideologiaan kuuluu ihmisen oikeus *rakentaa* kuolemansa itse. Kuolevan hoitamisessa keskitytään fyysiseen, psykososiaaliseen ja hengelliseen hoitamiseen. Kuolevan kipu ymmärretään moniulotteisena, potilasta suuresti rasittavana tekijänä. Kivun lievittäminen on saattohoitotyön perusta, ja rauhallisen kuoleman takaaminen on saattohoidon keskeinen tavoite. Saattohoidon keskushenkilö on potilas, ja potilaan kuoleman jälkeen keskushenkilöinä ovat potilaan perheenjäsenet ja läheiset (Sand 2003, 167.)

## 2.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisen hoidon käsite liittyy kiinteästi saattohoitoon. Englanninkielinen verbi *palliative* tarkoittaa `helpottaa, lieventää, vähentää tuskaa`. Palliatiivinen hoito on käsitteenä laajempi kuin saattohoito, sillä se sijoittuu aktiivisen- ja saattohoidon välimaastoon. Maailman terveysjärjestö WHO:n syöpäohjelma (2002) määrittelee palliatiivisen hoidon ”lähestymistavaksi, joka parantaa parantumattomasti sairaan ja hänen perheensä elämänlaatua”. WHO:n mukaan palliatiivinen hoito perustuu kärsi-

myksen ehkäisemiseen, lievittämiseen sekä kivun ja muiden fyysisten, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien oikea-aikaiseen tunnistamiseen ja hoitamiseen. Palliatiivisen hoidon ei ole tarkoitus nopeuttaa eikä myöskään hidastaa kuolemaa (Vainio A. & Hietanen P. 2004, 17; Heikkinen H, Kannel, V. & Latvala E.2004, 41–45.)

Saattohoidon ero palliatiiviseen hoitoon on siinä, että palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan pitkäkestoisempaa oireiden helpottamiseen perustuvaa hoitoa. Saattohoito sijoittuu ajallisesti lähemmäksi odotettavissa olevaa kuoleman hetkeä. Palliatiivisen hoito voi kestää vuosiakin, mutta saattohoidossa on jäljellä olevan eliniän ennuste usein vain muutamia viikkoja tai enintään kuukausia. (Duodecim 2008.)

### 2.3 Hoitotahto

Hoitotahto merkitsee kuoleman läheisyyteen liittyviä ja etukäteen suunniteltuja hoitotoimenpiteitä. Hoitotahdon avulla varaudutaan sellaiseen odotettavissa olevaan sairauden vaiheeseen, jossa potilas ei enää kykene itse ilmaisemaan mielipidettään hoidostaan. Mikäli potilaan omaa hoitotahtoa ei ole enää mahdollista selvittää, tulisi hoitolinjauksista keskustella aina mahdollisuuksien mukaan omaisten kanssa. Hoitotahto voidaan sivuuttaa ainoastaan, jos lääkäriellä on vahvat peruste olettaa, että tahdonilmaisu ei ole pätevä tai vakaa. (Duodecim 2010; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992,6§.)

Potilaan hoitotahto on kuitenkin pyrittävä kaikin keinoin etukäteen selvittämään ja kun hoitotahto on selvitetty, siitä voidaan myöhemmässä vaiheessa poiketa vain sellaisissa tilanteissa, joissa voidaan perustellusti olettaa potilaan muuttaneen tahtoaan

hoitonsa suhteen. (Duodecim 2004, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§ .)

VALVIRAn (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) mukaan potilaan hoidossa on noudatettava hänen tekemänsä hoitotahtoa. Kun potilaalta on saatu ilmaus hänen hoitotahdostaan, on tehtävä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin erillinen hoitotahtodon ilmaiseva asiakirja. Varsinkin onnettomuuksien ja sairauskohtausten varalta tällaisen dokumentin olemassaolo ja tieto siitä, että se löytyy potilasasiakirjoista, on tärkeää (VALVIRA 2011.)

#### 2.4 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös ja hoitolinjausten tekeminen edellyttävät tietoa potilaan omasta hoitotahdosta. Saattohoitopäätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairauskertomukseen on merkittävää päätetyt hoitolinjaukset tarkasti. Hoitavan lääkärin tulisi kirjata tekemänsä päätös saattohoitoon siirtymisestä, jotta kaikki hoitoon osallistuvat saavat tiedon päätöksen olemassaolosta ja sen sisällöstä. Mikäli hoitopäätös tehdään oikeaan aikaan, on kuolevalla ja hänen lähimmillään aikaa valmistautua elämän päättymiseen ja kuoleman kohtaamiseen. Potilasta ei tällöin tarvitse enää rasittaa turhilla hoitotoimenpiteillä ja tutkimuksilla. (Duodecim 2010.)

Päätös saattohoidon aloittamisesta on jokaisen potilaan kohdalla tehtävä yksilöllisesti. Jos potilas kieltäytyy jostakin tietystä hoidosta, häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei pysty esimerkiksi muistihäiriön takia itse päättämään hoidostaan, potilaan lähiomaisia tai hänen laillista edustajaansa

on kuultava hoitotahdon selvittämiseksi. Jos hoitotahtoa ei kuitenkaan saada selville, on kuolevaa potilasta hoidettava sellaisella tavalla, jota voidaan pitää hänen etunsa mukaisena (VALVIRA 2011.)

## 2.5 Saattohoitosuositukset

Suomessa olevat näyttöön perustuvat hoitosuositukset ovat pääsääntöisesti Lääkäri-seura Duodecimin Käypä hoito -hankkeeseen liittyviä. Hoitosuosituksen päämääränä on koota ajantasaista tutkimuksellista tietoa käytännön hoitotyötä tekevien käyttöön. Hoitosuositukset antavat suosituksia potilaiden hoitoa koskien ja niissä kerrotaan, miten potilaita tulisi hoitaa. Hoitosuositukset ovat pääasiallisesti erikoislääkäreiden kirjoittamia. Osa niistä on suunnattu yleislääkäreille, osa erikoissairaanhoidon käyttöön ja lisäksi niistä on olemassa omia versioita sairaanhoitajille sekä myös potilaille. Tärkeä Käypä hoito -suositusten tavoitteista on hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen Suomessa, jotta kaikille voitaisiin taata tasa-arvoinen ja hyvä hoito. Hoitosuositukset sisältävät paljon tiiviisti esitettyä, ajantasaista tutkimustietoa, jota voidaan käyttää erilaisten hoitopäätösten tekemisen tukena. Suositusten keskeistä sisältöä on hoidon vaikuttavuuden arviointi ja tämän arvioinnin perusteella annetut suositukset. Hoitosuosituksia tehdään usein kansanterveydellisistä tai ajankohtaisista aiheista. (Nummenmaa. J. 2007.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE korostaa, että hyvässä saattohoidossa painotetaan kivunhoitoa ja fyysisten oireiden hoitamista tai potilaan psyykkisten, sosiaalisten ja henkisten oireiden hoitoa. Uusien saattohoitosuositelmien pohjana on käytetty ETENEn suosituksia ja käypähoitosuosituksia. (ETENE, 2011.)

Viimeisempien saattohoitosuosituksen periaatteena on, että ihminen voi kuolla toivomassaan paikassa ja hyvin lähellä kuolemaa olevan potilaan siirtelyä paikasta toiseen on mahdollisuuksien mukaan vältettävä. Saattohoitoa voidaan järjestää potilaan toivomuksen mukaan kotona tai laitoksissa. Saattohoidon tulee suositusten mukaan perustua kirjalliseen hoitosuunnitelmaan, jonka tekemiseen potilas osallistuu. Myös kuolevan ihmisen omaisilla tulee haluttaessa olla mahdollisuus osallistua hoitoon. Hyvä saattohoito edellyttää hoitohenkilöstön näyttöön perustuvaa osaamista sekä työntekijöiden hyvinvoinnista huolehtimista työyhteisössä. Saattohoitoon osallistuvien lääkäreillä ja hoitajilla tulee olla asiaan kuuluva koulutus ja pätevyys saattohoitoon. Hoitava lääkäri vastaa hoitopäätöksistä. Eri ammattiryhmien edustajista kootun työryhmän toteuttaman hoidon tulee perustua lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja omaisten yksilöllisiin toiveisiin. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää riippumatta vuorokauden ajasta (STM, 2010.)

Juha Hännisen mukaan nykypäivän hyvässä saattohoidossa on tärkeää hoidon jatkuvuus. On tärkeää, että vastuun potilaan hoidosta ottaa jokin tietty taho, kuten saattohoitokoti tai kotisairaanhoito. Hoidon jatkuvuutta voidaan toteuttaa niin, että sama työryhmä myös jatkaa kuolevan potilaan hoitoa loppuun asti. Silloin, kun saattohoito tapahtuu potilaan kotona, läheiset ja ystävät usein vastaavat potilaan perustarpeisiin, ja kotisairaanhoito puolestaan toteuttaa lääketieteellistä hoitoa. Tarvittaessa kotihoitoa helpottamaan voidaan antaa apuvälineitä ja hoitoon liittyvää tekniikkaa. Kotihoidossa voidaan hoitaa nykyään hyvin huonokuntoisiakin potilaita, koska kotisairaaloidilla on mahdollisuuksia tuoda sairaalatasoinen hoito potilaan kotiin. Hoidon pitkityminen voi aiheuttaa hoitavien omaisten uupumisen ja muodostua kotihoidon esteeksi. Tällaisessa tapauksessa pitää yksilöllisesti harkita potilaan ottamista sairaalaan hoitoon. Vaikka kuoleminen omassa kodissa onkin monelle hyvä ratkaisu, ei viimeisten päivien vietto sairaalassa kuitenkaan vähennä omaisten työn merkitystä. Päiväsai-

raalatoiminta voi tällöin suoda omaisille lepoa hetkiä, ja samalla se antaa potilaalle mahdollisuuden tavata toisia potilaita, hoitajia ja lääkäreitä. Omaiset voivat saada tukea läheisensä sairauden mukanaan tuomiin vaikeuksiin keskustellessaan päiväsairaalan lääkärin tai muun henkilökunnan kanssa. Kun päiväsairaalassakin selviytyminen syystä tai toisesta käy vaikeaksi, jatkuu saattohoito terveyskeskuksen, saattohoitokodin tai sairaalan osastolla. Osasto on turvallinen hoitopaikka, sillä hoitohenkilökunta on jatkuvasti saatavilla apuun (Hänninen 2011, 5–10.)

Potilaalle saattohoitopäätös on usein vaikea ja tämän vuoksi hoitoyksiköiden yhteistyön tulee toimia saumattomasti. Saattohoidon kokonaisuuteen kuuluu potilaan hoitamisen lisäksi olennaisesti omaisten ja läheisten tuki, neuvonta ja käytännön ohjaus. Kuolevilla ihmisillä esiintyy runsaasti erilaisia fyysisiä perushoidollisia oireita ja heidän liikunta- ja toimintakykynsä on usein heikentynyt. Fyysisistä kärsimyksistä pahinta on kipu, väsymys ja uupumus sekä syöpähoitojen sivuvaikutukset. Henkisistä kärsimyksistä yleisintä on masennus. Sosiaaliset kärsimykset johtuvat vuorovaikutussuhteiden muutoksista ja eristäytymisestä. Keskustelemalla tulevista tapahtumista voi valmistaa kuolevaa ihmistä henkisesti kohtaamaan kuolemansa sekä tukea omaisia ja läheisiä surussa ja luopumisen prosessissa. Kuolemasta puhutaan avoimesti ja kiertelemättä, mutta keskusteluun ei pakoteta. Omaisille ja läheisille annetaan riittävästi aikaa jäähyväisten jättämiseen ja hoitoyhteisössä pyritään kiireettömään tunnelmaan. Omaisille tarjotaan mahdollisuutta olla yhteydessä saattohoito-osastoon myös potilaan kuoleman jälkeen (STM:n julkaisu 2010: 6.)

Vanhainkoti Hilmassa ja Matissa on käytössä SASPE:n saattohoitotyöryhmän saattohoito-ohjeistus. SASPE on ottanut oman työryhmänsä suositukset käyttöön jo vuonna 2007 ja ohjeistusta on päivitetty 3.6.2010 STM:n ”Hyvä saattohoito Suomessa - asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset” -julkaisun jälkeen yhdenmukaiseksi. Koska Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi viimeisimmät asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset 23.9.2010 ja näissä suosituksissa nousi edelleenkin esille uusia kehittämishaasteita Suomessa, on saattohoidon toteu-

tumisen arviointia hyvä jatkaa edelleen saattohoitoa tarjoavissa laitoksissa. Viimeisimpien suositusten julkistamistilaisuudessa peruspalveluministeri Paula Risikko totesi, että ”Hyvä saattohoito on jokaisen kuolevan ihmisen oikeus” ja että uudessa terveydenhuoltolaissa ”ensimmäistä kertaa kärsimyksen lievittäminen on nostettu lain tasolle”.

Uusien saattohoitosuositusten laatiminen käynnistyi ministeriössä kansalaisaloitteiden ja eduskunnassa tehtyjen selvitysten ja keskustelujen pohjalta. Näissä selvityksissä kävi ilmi suomalaisen saattohoidon laadun vaihtelevuus ja epätasa-arvoisuus. Puutteita havaittiin etenkin saattohoidon ammattihenkilöstön osaamisessa sekä sairaanhoitopiirien puutteellisissa tai puuttuvissa saattohoitosuunnitelmissa. Hoitokäytännöt ovat tehtyjen selvitysten mukaan paikoitellen melko sattumanvaraisia. Saattohoitoa tulee STM:n mukaan kehittää nykyisestä, sillä kuoleman lähestyminen ei saa vähentää ihmisoikeuksia ja jokaisen kuolevan oikeutta saada hyvää ja laadukasta hoitoa. Kuolevien potilaiden tulee saada olla tasa-arvoisessa asemassa riippumatta siitä, missä häntä hoidetaan (STM:n julkaisu 2010: 6.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hyvän kuoleman hoidollisia sisältöjä ja saattohoidon toteutumista Sastamalan perusturvakuntayhtymä SASPE:en kuuluvassa Hilman ja Matin vanhainkodissa Punkalaitumella. Näin ollen



tämän opinnäytetyön tavoitteena oli:

- 1.Kuvata hyvän saattohoidon sisältöjä
- 2.Selvittää kuolevan potilaan hoitokäytäntöjä vanhainkodissa.
- 3.Kehittää kuolevan potilaan hoitokäytäntöjä vanhainkodissa

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat:

Saattohoito, hoitotahto, hoitopäätös ja saattohoitosuosituksen

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytteen tutkimusmetodiksi on valittu pääasiallisesti kvantitatiivinen eli määrällinen lähestymistapa. Mittaaminen tosin sisältää kaikilla tasoillaan sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen puolen. Merkityksiä sisältävät käsitteelliset ilmiöt voidaan ilmaista numeroin, numerot taas voivat perustua merkityksiä sisältäviin käsitteisiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa olennaista on käsitteiden määrittely ja sellaisen aineiston kerääminen, jota voidaan mitata numeerisesti. Kvantitatiivinen tutkimus etenee prosessin tapaisesti: Ensin valitaan koehenkilöt, jotka edustavat perusjoukkoa – tässä tutkimuksessa vanhainkodin henkilökunta. Seuraavaksi perusjoukosta otetaan otos yksilöitä, hoitajia, joilta aineisto kerätään käyttämällä neliportaista Likert-asteikkoa, skaaloihin perustuvaa kyselylomaketta. Kerätyn aineiston avulla pyritään kuvailemaan ilmiöitä muokkaamalla saatu aineisto sellaiseksi, että sitä voidaan analysoida ja havainnollistaa tilastollisten menetelmien avulla (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara 2009, 134–140, 193–201.)

## 4.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin strukturoitu kyselylomake, koska toivottiin, että monivalintakysymykset auttavat vastaajia arvioimaan omia saattohoitokäytäntöihinsä liittyviä sisältöjä ilman, että heidän täytyy tutkimustilanteessa muistaa kaikki hyvään ja laadukkaaseen saattohoitoon liittyvät osa-alueet ulkomuistista. Monivalintakysymysten toivottiin tuottavan vastauksia, joita voidaan helposti ja mahdollisimman luotettavasti analysoida sekä Microsoft Excel -laskentaohjelmalla että sen toimintaympäristöön tehdyllä Tixel-tilasto-ohjelmalla.

Tutkimuslupaa anottiin tätä tutkimusta varten Sastamalan perusturvakuntayhtymän koti- ja laitospalveluiden johtajalta. Lupa tutkimukseen myönnettiin ja tämän jälkeen solmittiin sopimus opinnäytetyön tekemisestä (LIITE1).

Kyselylomake (LIITE2) laadittiin tätä tutkimusta varten ja sen sisältö rakennettiin yksikössä käytössä olevien saattohoitosuunnitelmien sisältöjä vastaavaksi. Kyselylomake testattiin ryhmäsähköpostin välityksellä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan sekä tutkijan oman opiskelijaryhmän toimesta ennen sen toimittamista tutkimuksen kohderyhmälle. Tällä tavalla saatiin palautetta neljältä opiskelijalta ja ohjaavalta opettajalta. Koska palautetta saatiin niukasti, päädyttiin testaamaan lomaketta myös kolmella ulkopuolisella henkilöllä. Kyselylomakkeet viimeisteltiin saadun palautteen perusteella. Kyselylomakkeeseen laadittiin mahdollisimman selkeitä ja lyhyitä kysymyksiä ja kaksoismerkityksiä pyrittiin välttämään. Kyselyssä käytettiin asteikkoa 1. Toteutuu erittäin huonosti, 2. Toteutuu melko huonosti, 3. Toteutuu melko hyvin ja 4. Toteutuu erittäin hyvin. Skaaloihin perustuvat kysymykset oli ryhmitelty hoito- linjausten, kivunhallinnan ja yksilöllisyyden toteutumisen osioihin.

Kyselylomakkeet, joihin oli liitetty saatekirje (LIITE 3), ja suljettu vastauslaatikko toimitettiin Hilman ja Matin vanhainkotiin ja jätettiin osastonhoitajan suosituksesta paikan päälle kahden viikon ajaksi, jotta koko henkilökunnalle jäisi riittävästi aikaa vastata kyselyyn vuorotyöstä ja lomista riippumatta. Kyselyyn vastattiin anonyymisti vastaajien yksityisyyden suojaamiseksi.

#### 4.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Saatu tutkimusaineisto tuli yksinomaan opinnäytetyön tekijän käyttöön. Kyselyn avulla saatu aineisto järjestettiin ja talletettiin Microsoft Office Excel -ohjelman avulla havaintomatriisiksi (LIITE4). Aineistosta muodostettiin muuttujia, joille annettiin arvo. Tämän jälkeen Microsoft Office Excelin toimintaympäristöön suunnitellun Tixel-tilasto-ohjelman avulla analysoitiin tuloksia ja luotiin niitä kuvaavaa grafiikkaa. Tulosten kirjalliseen muotoon saattamisessa hyödynnettiin Microsoft Office Word -tekstinkäsittelyohjelmaa.

#### 4.4 Tutkimuksen kohderyhmä

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä oli Punkalaitumen vanhainkoti Hilman ja Matin saattohoitoon osallistuva hoitohenkilökunta (n=17). Kyselyyn vastasi yhteensä 11 henkilökunnan jäsentä, joten vastausprosentiksi tuli 65. Kyselyyn vastattiin nimettömästi. Vastaajilta ei kysytty taustatietoina ammattia, sukupuolta tai vastaajan ikää, koska tietoja ei pidetty tutkimuksen kannalta oleellisena ja koska haluttiin suojata vastaajien henkilöllisyys. Henkilöllisyyden suojaamista pidettiin erittäin tärkeänä tutkimuseettisistä periaatteista johtuen ja siitä syystä, että kyseessä oli pienen maa-seutukunnan vanhainkoti ja edellä mainittujen tietojen pohjalta vastaajan voisi mahdollisesti helposti tunnistaa.

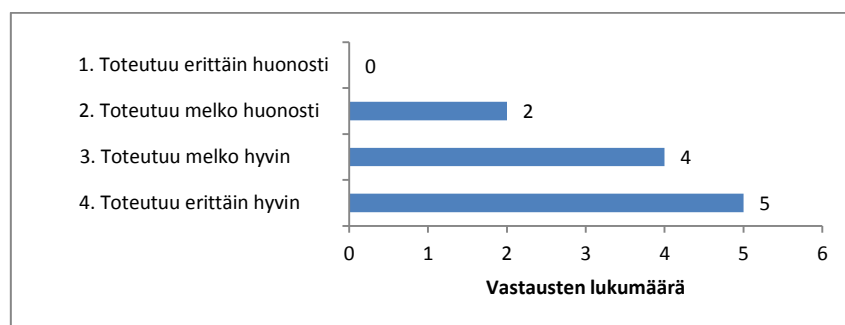
## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Hoitolinjaukset

Kysymysten 1–7 keskiarvo 3,36 kertoo, että vastaajien mielestä hoitolinjaukset toteutuu melko hyvin kokonaisuutena (LIITE 5). Alla on yksittäisten kysymysten selitykset ja tulokset. Kysymysten 8–9 keskiarvo 2,29 kertoo, että vastaajat katsovat Käypä hoito -suositusten toteutuvan melko huonosti (LIITE 5). Koska muihin kysymyksiin vastanneista 36 prosenttia jätti kohtiin kahdeksan ja yhdeksän vastaamatta. Oletan, että Käypä hoito -suositus terminä oli huonosti tunnettu, mikä selittää huonoa keskiarvoa. Tärkeintä hoitoa arvioitaessa on, että itse toimintaan pureutuvat kysymykset 1–7 saivat melko hyvän toteutuman (LIITE 5).

#### 5.1.1 Kuolevan potilaan oma hoitotahto selvitetään

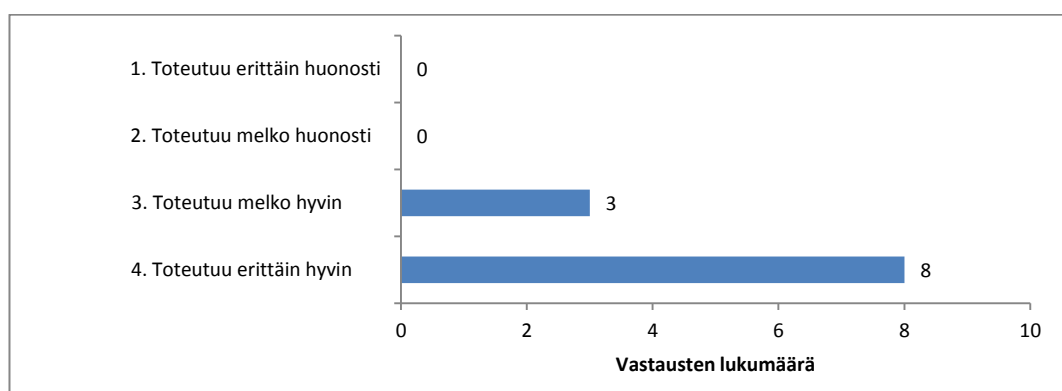
Vastaajista lähes puolet (5) oli sitä mieltä, että potilaan oman hoitotahdon selvittäminen toteutuu erittäin hyvin. Vastauksista yhdeksän yhdestätoista oli sitä mieltä, että hoitotahdon selvittäminen toteutuu melko hyvin tai erittäin hyvin. Melko huonon toteutuman kannalla oli kaksi vastaajaa, mutta erittäin huonoa arvosanaa ei antanut kukaan (kuvio 1).



Kuvio 1. Kuolevan potilaan hoitotahdon selvittäminen

### 5.1.2 Kuolevan potilaan omaa hoitotahtoa noudatetaan

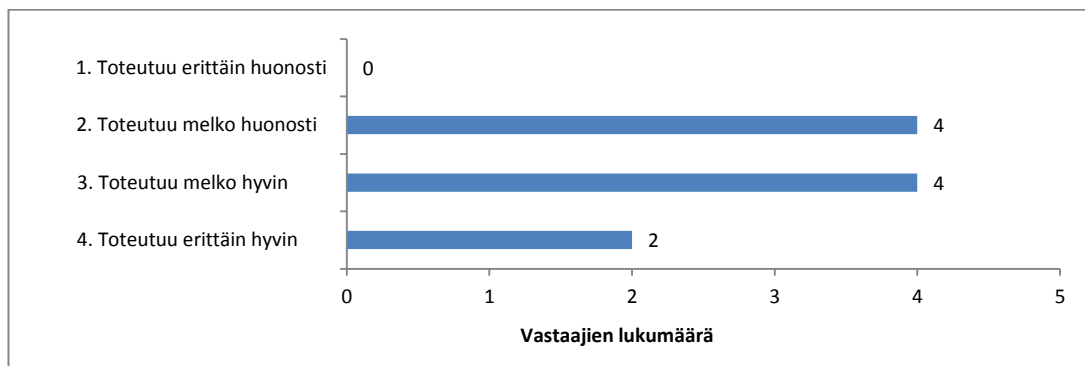
Vastaajista kahdeksan oli sitä mieltä, että kuolevan potilaan omaa hoitotahtoa noudatetaan erittäin hyvin ja loput kolme arvioivat hoitotahdon noudattamisen toteutuvan melko hyvin. Merkille pantavaa on se, että yksikään vastaajista ei ollut sitä mieltä, että hoitotahto toteutuisi erittäin huonosti tai edes melko huonosti. Tunnuslukutaulukosta haettuna hoitotahdon selvittämisen keskiarvo on 3,27 1–4-asteisella portaikolla ja noudattamisen keskiarvo 3,73. Keskihajonnat 0,79 ja 0,47 kertovat myös, että hoitotahdon noudattamisen suhteen vastaajat ovat yksimielisempiä ja pääosin erittäin hyvän toteutumisen kannalla (kuvio 2).



Kuvio 2 Kuolevan potilaan omaa hoitotahtoa noudatetaan

### 5.1.3 Kuolevan kanssa toteutetaan saattohoitokeskustelu

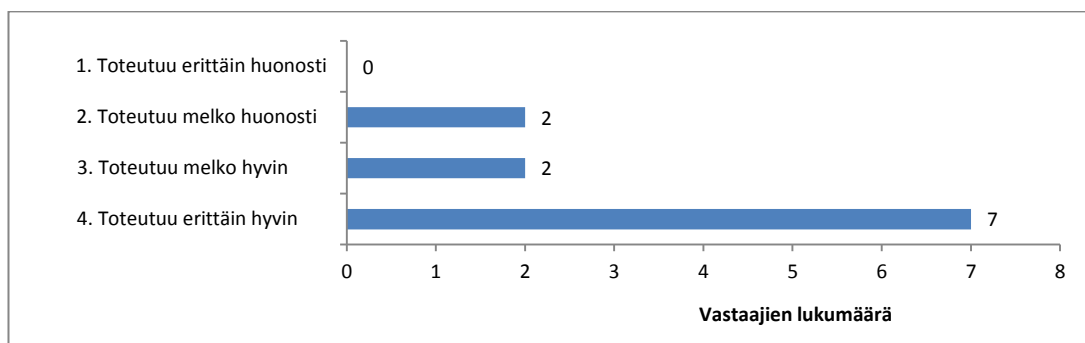
Vastaajista kahdeksan oli sitä mieltä, että saattohoitokeskustelu toteutuu joko melko hyvin tai huonosti. Erittäin hyvän toteutuman kannalla oli kaksi vastaajaa, toisaalta kukaan ei ollut erittäin huonon saattohoitokeskustelun toteutumisen kannalla. Keskiarvo 2,8 asteikolla 1–4 antaa mahdollisuuden toimintamallien hienoiseen parantamiseen tältä osin (kuvio 3).



Kuvio 3 Kuolevan kanssa toteutetaan säätöhoitokeskustelu

#### 5.1.4 Säätöhoitopäätös kirjataan potilastietojärjestelmään

Vastaajista seitsemän oli sitä mieltä, että säätöhoitopäätöksen kirjaaminen potilastietojärjestelmään toteutuu erittäin hyvin, ja kaksi arvioi, että melko hyvin. melko huonoksi toteutuman arvioi kaksi, mutta erittäin huonon toteutuman kannalla ei ollut kukaan vastaajista (kuvio 4).

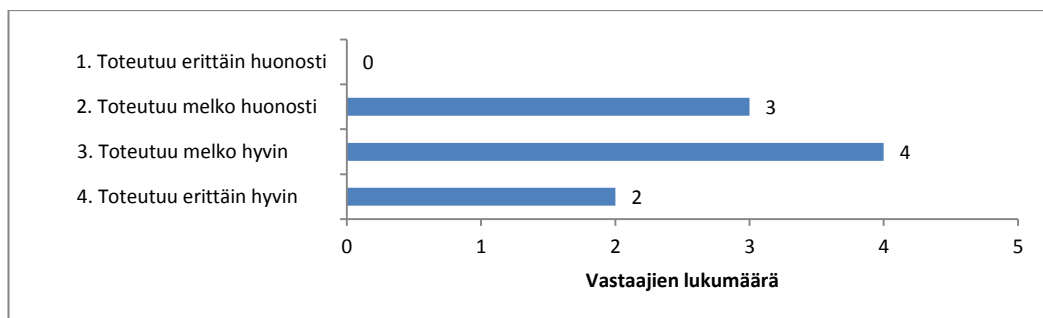


Kuvio 4 Säätöhoitopäätöksen kirjaaminen

#### 5.1.5 Säätöhoitopäätöksestä tiedotetaan potilaalle

Kaksi vastaajaa arvioi, että säätöhoitopäätös tiedotetaan potilaalle erittäin hyvin, ja neljä arvioi, että melko hyvin. Kolme vastaajaa oli sitä mieltä, että tiedotus potilaalle

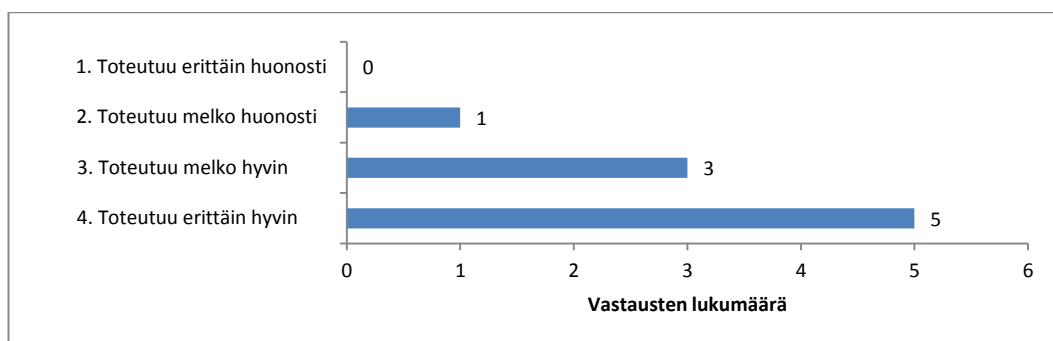
toteutuu melko huonosti, mutta kukaan ei antanut erittäin huonoa arvosanaa. Kaksi jätti vastaamatta tähän (kuvio 5).



Kuvio 5 Säätöhoitopäätös tiedotetaan potilaalle

#### 5.1.6 Säätöhoitopäätöksestä tiedotetaan omaisille

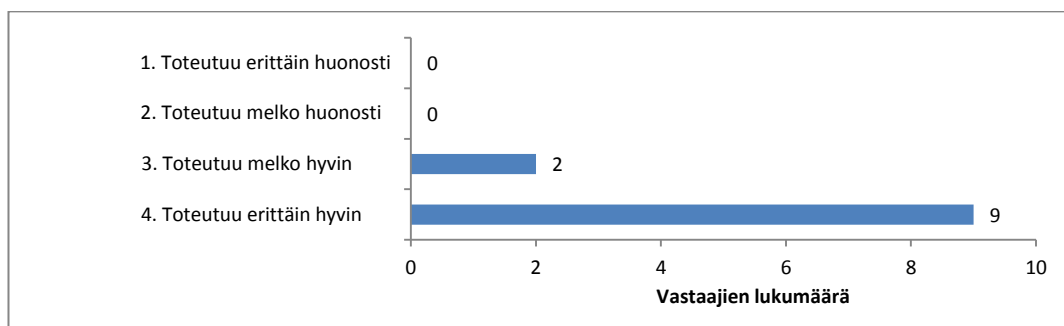
Viisi vastaajista arvioi toteutumaksi erittäin hyvää ja kolme melko hyvää. Melko huonon arvosanan antoi yksi, mutta erittäin huonoa ei kukaan. Kaksi jätti vastaamatta tähän kohtaan. Tiedottaminen omaisille toteutuu paremmin kuin potilaalle. Tässä tutkimuksessa ei selviä syy tähän, mutta oletettavaa on, että osa potilaista on säätöhoitopäätöstä tehtäessä liian huonossa kunnossa kommunikoidaan, mikä heijastune viidennen kohdan vastauksiin (kuvio 6).



Kuvio 6 Säätöhoitopäätös tiedotetaan omaisille

### 5.1.7 Kuolevan potilaan siirtelyä vältetään

Suuren enemmistön (9) mielestä kuolevan potilaan siirtelyn välttäminen toteutuu erittäin hyvin. Kaksi vastaajaa arvioi toteutumaksi melko hyvää. Huonoa arvosanaa ei antanut yksikään vastaajista (kuvio 7).

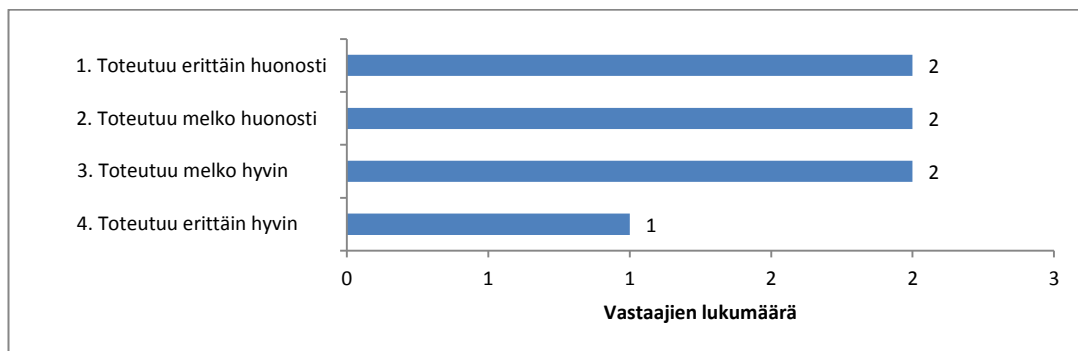


Kuvio 7 Kuolevan potilaan siirtelyä vältetään

### 5.1.8 Käypä hoito -suositusten käyttö

Hajonta vastauksissa on suurta 1,11 ja keskiarvo 2,3. Oletettavasti Käypä hoito -suositus käsitteenä oli vieras, vaikka käytössä olevat SASPEN hoitosuositukset pohjautuvat Käypä hoito -suositukseen ja hoidon toteutumiseen liittyviin kysymyksiin vastattiin keskiarvoisesti 3,24. Toinen selittävä oletus, johon tässä tutkimuksessa ei saada varmuutta, on, että itsearviointi olisi ylikriittistä. Tyhjiä vastauksia oli myös neljällä muhinkin kysymyksiin vastanneella, mikä puoltaisi käsitteen vierautta selittäväksi tekijänä huonoon keskiarvoon (kuvio 8).

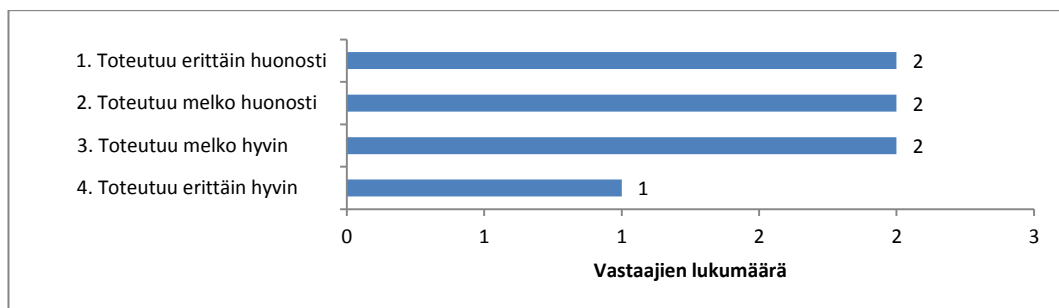




Kuvio 8 Käypä hoito -suositusten käyttö

### 5.1.9 Käypä hoito -suositusten toteutuminen

Vastaukset identtisiä edellisen kysymyksen kanssa myös yksilötasolla, ja myös tyhjä vastaukset. Edellisen kohdan pohdinta soveltuu myös tähän (kuvio 9).



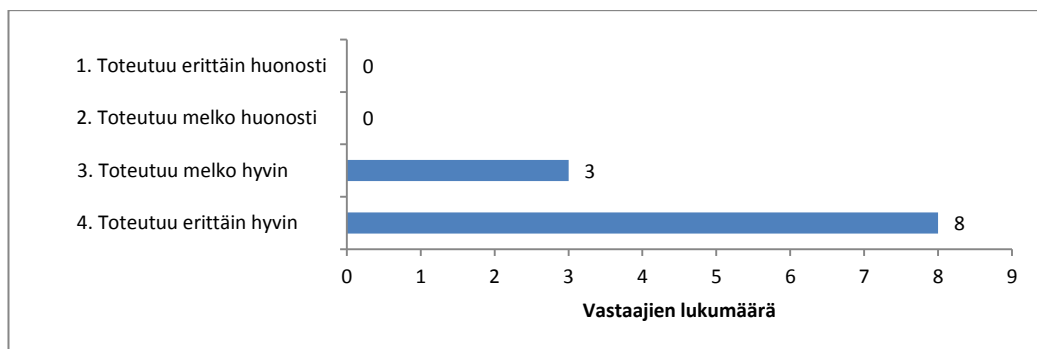
Kuvio 9 Käypä hoito –suositusten toteutuminen

## 5.2 Kivun hallinta

Kivun hallinnan kysymykset 10–14 saivat keskiarvon 3,5, mikä vastaa melko hyvää toteutumista, melkeinpä erittäin hyvää toteutumista. Alla kysymyksittäin tulokset ja grafiikkaa.

### 5.2.1 Kuolevan potilaan kipu tunnistetaan herkästi

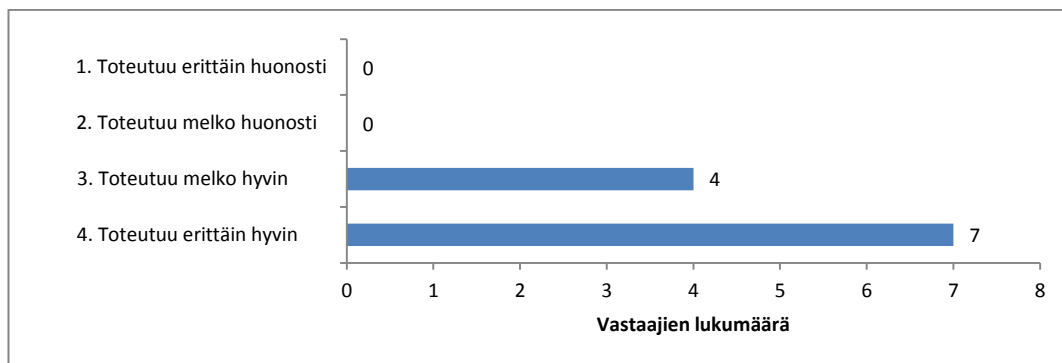
Kahdeksan yhdestätoista vastasi, että kipu tunnistetaan erittäin hyvin ja loput kolme että melko hyvin. Kukaan ei antanut huonoa arvosanaa (kuvio 10).



Kuvio 10 Kuolevan potilaan kipu tunnistetaan herkästi

### 5.2.2 Kuolevan potilaan säännöllisiä kipuja hoidetaan riittävästi

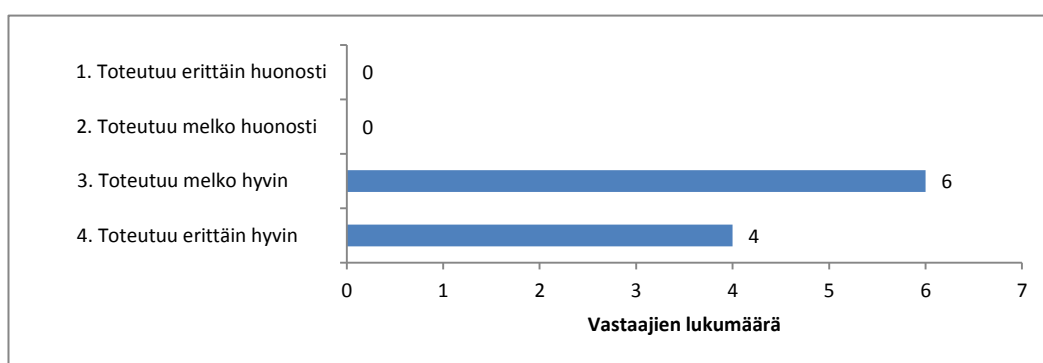
Säännöllisen kivun hoito toteutuu vastanneiden mielestä melko hyvin tai erittäin hyvin, yksimielisesti hyvin kuitenkin. Kukaan ei siis antanut huonoa arvosanaa säännöllisen kivun hoidon toteutumiseksi (kuvio 11).



Kuvio 11 Kuolevan potilaan säännöllisiä kipuja hoidetaan riittävästi

### 5.2.3 Kuolevalle potilaalle määrätään kipulääkitys erittäin voimakkaan kivun varalle

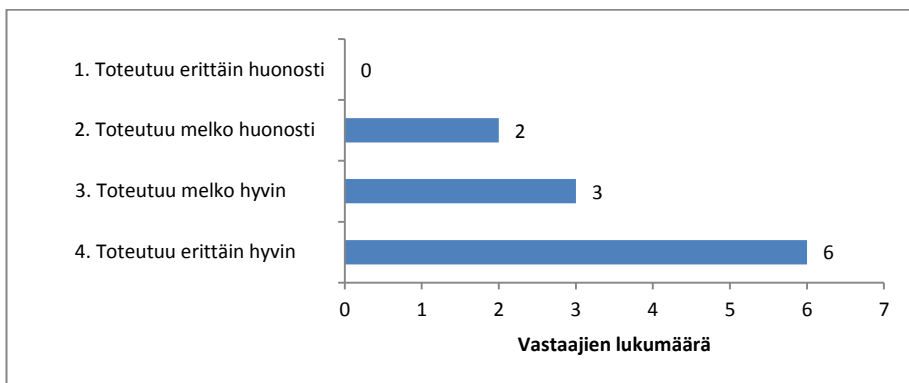
Kipua koskevista kysymyksistä erittäin voimakkaan kivun varalle määrättävässä lääityksessä painotus on ”toteutuu melko hyvin” -kohdassa 60 prosentin osuudella vastauksista. Neljä kymmenestä vastaajasta arvioi toteutumaksi erittäin hyvää. Yksi jätti tämän kohdan vastaamatta ja kukaan ei antanut huonoa arvosanaa (kuvio 12).



Kuvio 12 Kuolevalle potilaalle määrätään kipulääkitys erittäin voimakkaan kivun varalle

### 5.2.4 Kipulääkityksen tehoa arvioidaan säännöllisesti

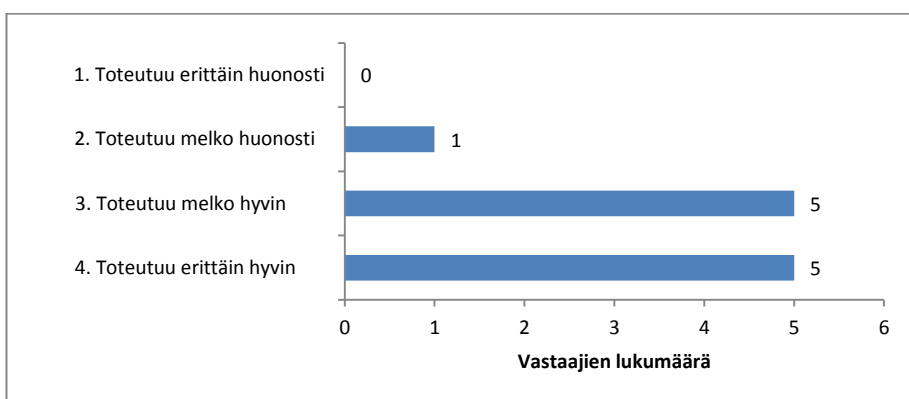
Kaksi vastaajaa yhdestätoista arvioi kipulääkityksen tehon säännöllisen arvioinnin toteutuvan melko huonosti. Kolme vastaajaa arvioi toteutumaksi melko hyvää ja yli puolet (6) arvioi sen toteutuvan erittäin hyvin (kuvio 13).



Kuvio 13 Kipulääkityksen tehoa arvioidaan säännöllisesti

#### 5.2.5 Kipulääkitystä voidaan muuttaa tarvittaessa nopeasti

Kipulääkityksen nopea muuttaminen toteutuu viiden vastaajan mielestä erittäin hyvin, yhtä monen mielestä melko hyvin. Yksi arvioi kipulääkityksen nopean muuttamisen toteutuvan melko huonosti ja kukaan ei antanut erittäin huonoa arvosanaa (kuvio14).

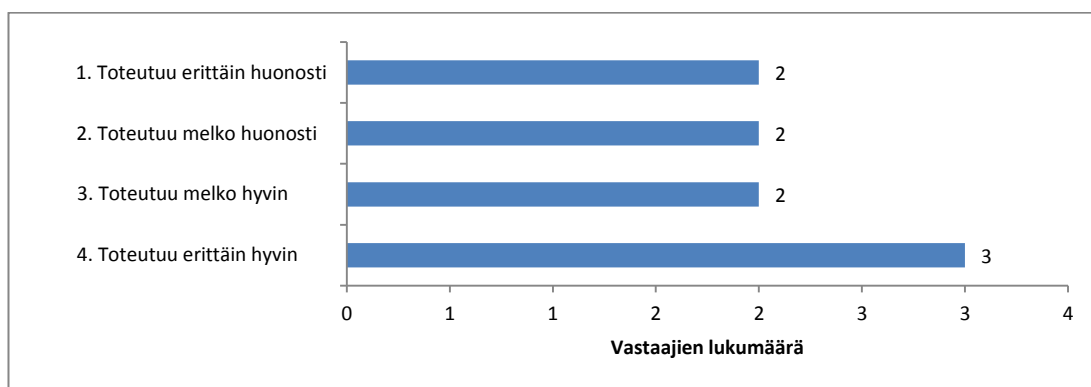


Kuvio 14 Kipulääkitystä voidaan muuttaa tarvittaessa nopeasti

### 5.3 Yksilöllisyyden huomioiminen

#### 5.3.1 Kuolevalla potilaalla on omalääkäri

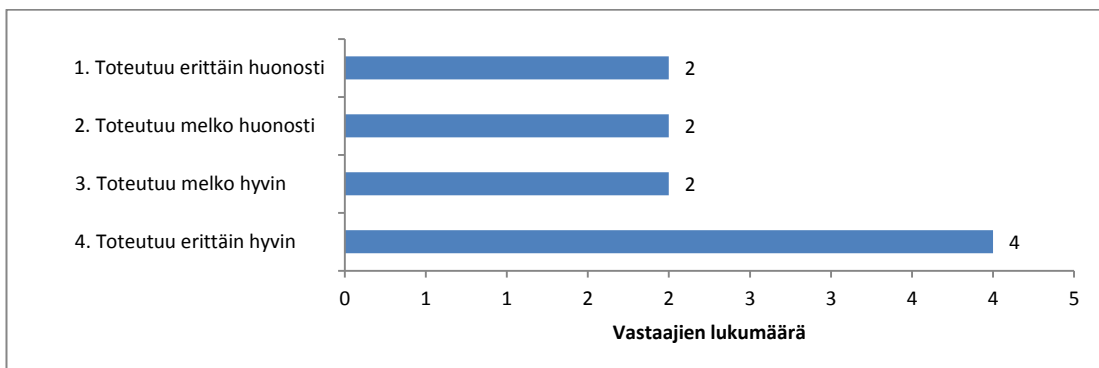
Omalääkäriin kohdalla hajonta on suurta. Lääkäripalvelujen tuoreet muutokset kunnassa oletettavasti selittää ainakin osaa huonosta toteutumasta. Keskiarvo 2,7 jättää parantamisen varaa (kuvio 15).



Kuvio 15 Kuolevalla potilaalla on omalääkäri

#### 5.3.2 Kuolevalla potilaalla on omahoitaja

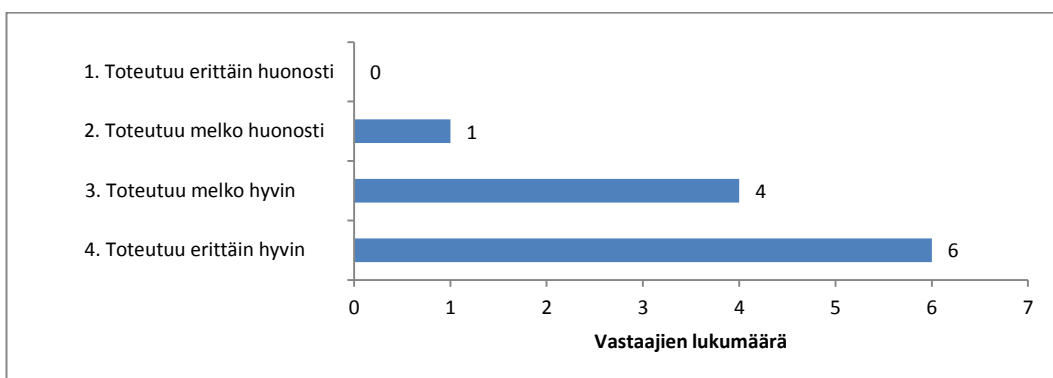
Myös tässä kysymyksessä hajonta on suurta: vastaajista 60 prosentin mukaan se, että kuolevalla potilaalla on omahoitaja, toteutuu erittäin tai melko hyvin, ja 40 prosentin mukaan tämä toteutuu erittäin tai melko huonosti. Keskiarvo 2,8 jättää parantamisen varaa (kuvio16).



Kaavio 16. Kuolevalla potilaalla on omahoitaja

### 5.3.3 Kuolevalle potilaalle järjestetään yhden hengen huone

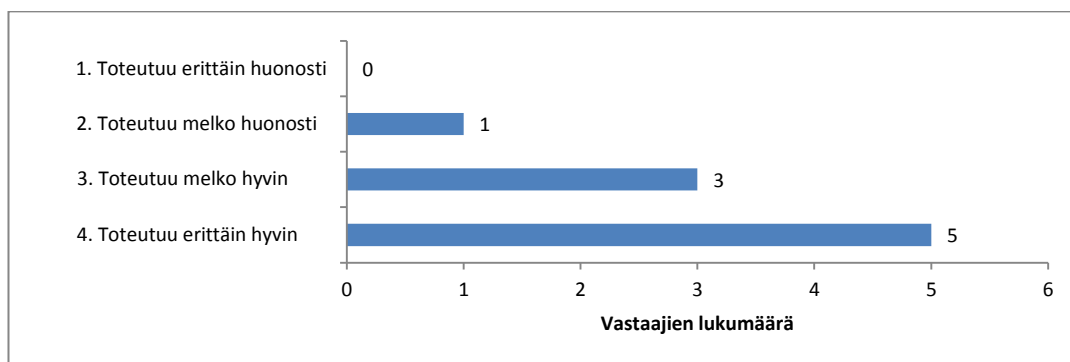
Yhden hengen huone pysytään toteuttamaan kuuden vastaajan mielestä erittäin hyvin. Neljä vastaajaa arvio toteutumaksi melko hyvää ja yksi melko huonoa. Kukaan ei arvioinut erittäin huonoksi yhden hengen huoneen järjestämistoteumaa (kuvio17).



Kaavio 17 Kuolevalle potilaalle järjestetään yhden hengen huone

### 5.3.4 Omaisilla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoon

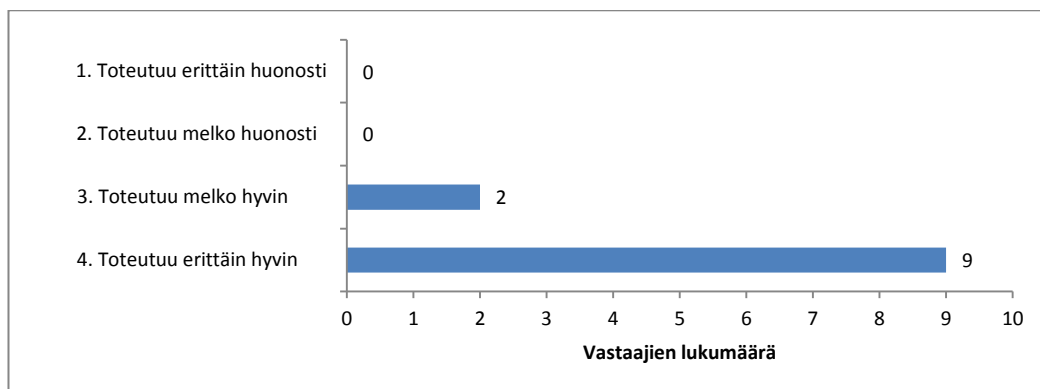
Viiden vastaajan mielestä omaiset voivat vaikuttaa hoitoon erittäin hyvin ja kolmen mielestä melko hyvin. Omaisten vaikutusmahdollisuudet hoitoon on yhden miehestä melko huonot. Erittäin huonon toteutumana kannalla ei ollut kukaan (kuvio 18).



Kaavio 18 Omaisilla mahdollisuus vaikuttaa hoitoon

### 5.3.5 Omaiset voivat viettää aikaa kuolevan potilaan luona

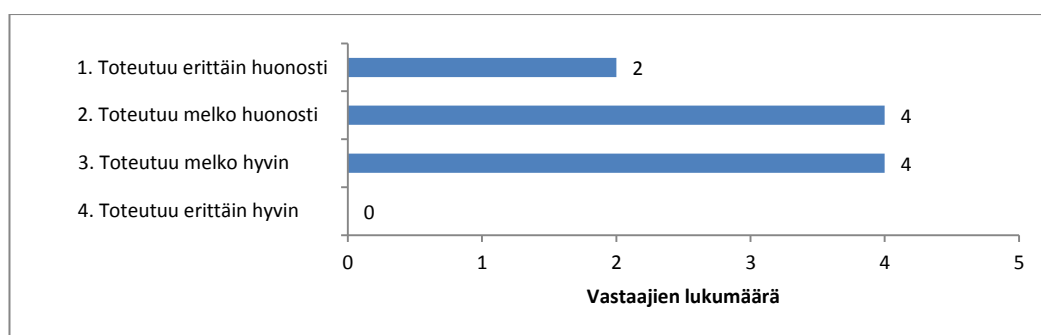
Valtaosa vastanneista (9) oli sitä mieltä, että omaisten mahdollisuus viettää aikaa kuolevan potilaan luona toteutuu erittäin hyvin. Melko hyvän arvosanan antoi 2 vastaajaa ja huonoa arvosanaa ei antanut yksikään (kuvio 19).



Kaavio 19 Omaiset voivat viettää aikaa kuolevan potilaan luona

### 5.3.6 Kuolevaa potilasta ei jätetä yksin

Tutkimuksen alhaisimman keskiarvon 2,2 saaneessa kysymyksessä ”Kuolevaa potilasta ei jätetä yksin” vastauksen ”Toteutuu erittäin huonosti” antoi kaksi vastaajaa. Neljä arvio toteutumana olevan melko huonon ja neljä melko hyvin. Kukaan ei arvioinut toteutumaksi erittäin hyvää (kuvio 20).

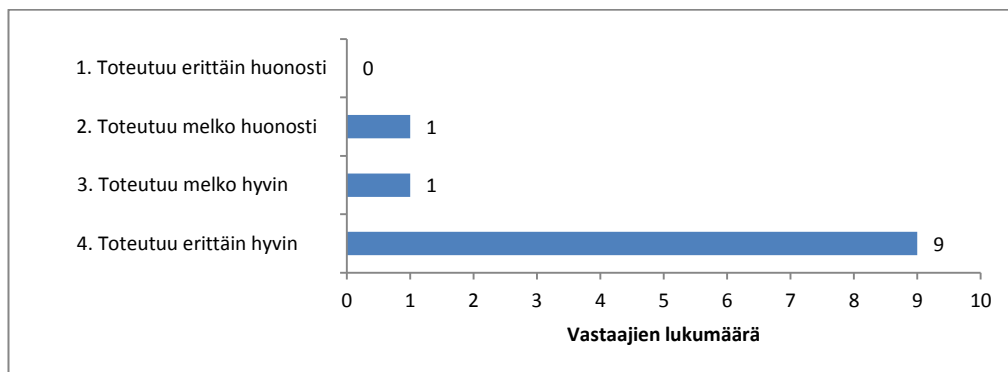


Kaavio 20 Kuolevaa potilasta ei jätetä yksin

### 5.3.7 Omaiset voivat yöpyä kuolevan potilaan luona halutessaan

Omaisten yöpyminen kuolevan potilaan luona toteutuu erittäin hyvin yhdeksän vastaajan prosentin mielestä. Yksittäinen vastaaja arvioivat omaisten yöpymisen toteutuvan melko hyvin ja toinen yksittäinen vastaaja arvioi että omaisten yöpyminen toteutuu melko huonosti. Kukaan ei arvioinut erittäin huonoa toteutumaa tähän kysymykseen (kuvio 21).

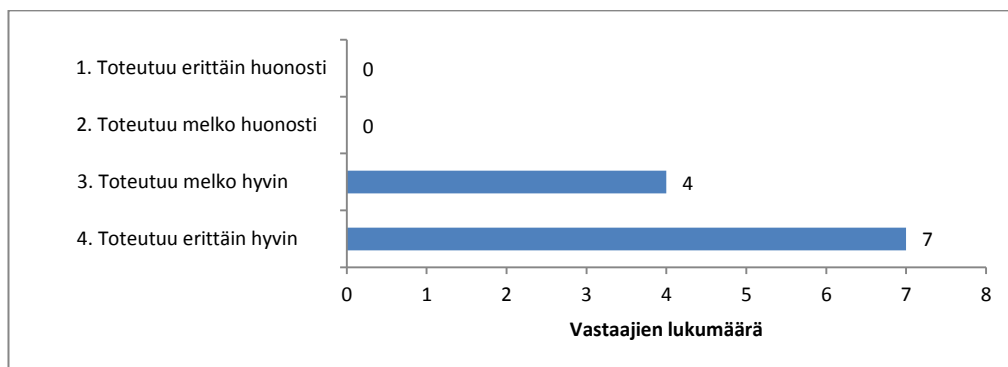




Kuvio 21 Omaiset voivat yöpyä kuolevan potilaan luona halutessaan

### 5.3.8 Kuolevan potilaan toivomuksiin reagoidaan

Kukaan vastaajista ei arvioinut, että potilaan toivomuksiin reagoitaisiin huonosti. Neljä vastaajaa arvio, että potilaan toivomuksiin reagoidaan melko hyvin ja seitsemän että erittäin hyvin (kuvio22).



Kuvio 22 Kuolevan potilaan toivomuksiin reagoidaan

## 6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen aihealueet ja itse kysymykset on laadittu hyvään kuolemaan liittyvän kirjallisuuden ja hoitosuositusten pohjalta itsenäisesti. Tutkimuksen tekijällä ei ole taloudellisia tai ammatillisia tai muita siteitä Hilman ja Matin vanhainkotiin.

Tutkimuksessa on saatu vastaukset yhdeltätoista hoitoon osallistuvalla henkilöltä. Noin kolmannes jätti vastaamatta, mutta otos on silti riittävän kattava antamaan kuvan hoitohenkilöstön näkemyksestä. Osa yhdestätoista jätti vastaamatta tiettyihin kysymyksiin. Pääosin lienee ollut kysymys uusien termien vieraudesta. Kokonaisuutena kysymykset antavat kuitenkin kattavan kuvan hoitohenkilökunnan omasta näkemyksestä hoitokäytäntöjen suhteen. Jos samat kysymykset esitettäisiin potilaille tai omaisille saataisiin toisenlainen näkökulma, mutta se ei ollut tämän tutkimuksen tavoite.

## 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuslupa kyselytutkimusta varten haettiin Sastamalan perusturvakuntayhtymältä ja palasi hyväksyttynä 25.01.2011. Kysely toteutettiin anonymisti ja vastaukset palautettiin suljettuun laatikkoon ja käsiteltiin luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyydet eivät näin ollen ole tiedossa.

Kyselyssä hoitohenkilökunta joutui arvioimaan omaa ja kollegoidensa ja organisaationsa toimintaa kokonaisuutena, mutta anonymiteettinsä suojissa kukin vastaaja saattoi antaa näkemyksensä mukaisen arvion yksittäisiin kysymyksiin. Laajemman ja

täydellisemmän kuvan saattohoidosta saisi jos potilaita ja omaisia varten laadittaisiin oma kyselynsä.

## 8 POHDINTA

Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää saattohoidon käytäntöjä ja mahdollisia kehittämishaasteita Punkalaitumen vanhainkoti Hilmassa ja Matissa. Tavoitteena oli myös analysoida saatuja tutkimustuloksia tilastollisin menetelmin sekä arvioida saatujen tutkimustulosten merkitystä käytännön saattohoitotyön kehittämisen kannalta vanhainkodilla ja edistää hyvän saattohoitokäytännön toteutumista entistä paremmin Hilman ja Matin vanhainkodissa Punkalaitumella. Opinnäytetyöni aihe koskettaa paitsi jokaista kuolevaa potilasta, hänen omaisiaan, ystäviään ja hoitotyöntekijöitä myös jokaista ihmistä maailmassa, sillä kaikkien osana on lopulta kuoleminen. Tutkimukseni kohderyhmänä oli pienen maaseutukunnan vanhainkoti, ja otoksen ollessa myös pieni tutkimustuloksista voidaan tehdä päätelmiä tutkimuskohteena olleen hoitolaitoksen saattohoidon toteutumisesta. Aihetta oli erittäin mielenkiintoista tutkia, koska Punkalaitumen kunta liittyi Sastamalan perusturvakuntayhtymään vasta 1.1.2009 Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän (johon Punkalaidun aiemmin kuului) purkaannuttua 31.12.2008.

SASPE:n saattohoitotyöryhmän vetäjän mukaan aikaisemmin ei ole paljoakaan tutkittu, toteutuuko saattohoito Punkalaitumella SASPE:n antamien ja STM:n suosituksiin perustuvien saattohoito-ohjeiden ja sovittujen periaatteiden mukaisesti, joten tutkimukselle oli selkeä työelämälähtöinen tarve. Aihe kiinnosti minua myös henkilökohtaisella tasolla, koska olen ollut todistamassa sekä äitini että myöhemmin isäni elä-

män viimeisiä hetkiä. Pyrin kuitenkin tutkimuksen aikana koko ajan säilyttämään objektiivisen työnotteen ja mielestäni onnistuin siinä hyvin.

Koin tämän opinnäytetyön tekemisen siis mielekkäänä, vaikka se oli erittäin haastavaa, koska olen neljän kouluikäisen ja huomiota tarvitsevan lapsen äiti. Lisäksi oli haasteellista tehdä tutkimusta, koska sairaanhoitajaksi valmistumisestani on ehtinyt kulua jo yli 15 vuotta ja olen valmistumisen jälkeen työskennellyt pääasiassa muulla alalla ja hoitotyössä vain noin kolme vuotta.

Opinnäytetyön teoreettinen pohja muodostui tutustumalla saattohoitoa koskeviin tutkimuksiin, oppikirjoihin, artikkeleihin ja suosituksiin. Näiden avulla pyrin muodostamaan käsityksen hyvästä ja suositusten mukaisesta saattohoidosta. Koska aiheesta on runsaasti lähdekirjallisuutta ja useita eri lähestymistapoja, jouduin rajamaan tutkimukseen mukaan otettavaa aluetta melko voimakkaasti. Opinnäytetyön teoreettinen osuus ei sisällä omia mielipiteitäni vaan perustuu lähdekirjallisuuteen. Kyselylomakkeessa painotuksenani oli selvittää vanhainkodissa toteutuvia hoitolinjauksia, kuten hoitotahtoa, potilaskirjaamista ja Käypä hoito -suositusten käyttöä vanhainkodissa. Koin erittäin tärkeäksi selvittää myös sitä, kuinka kivunhoito henkilökunnan mielestä vanhainkodilla toteutuu, sillä uudessa terveydenhuoltolaissa tehokas kivunlievitys on nostettu lain tasolle ja jokaisen ihmisen perusoikeudeksi. Kyselylomakkeen kolmas pääteema oli yksilöllisyyden huomioiminen saattohoidossa: miten hyvin saattohoidossa olevalle pystytään järjestämään yhden hengen huone, voivatko esimerkiksi omaiset vaikuttaa hoitoon ja reagoidaanko hoitajien mielestä potilaan toivomuksiin.

Opinnäytetyöni keskeisimpiä tuloksia oli se, että vanhainkodin henkilökunnan mielestä hoitolinjaukset toteutuvat melko hyvin (keskiarvo 3,34) ja kivunhoito melko

hyvin (keskiarvo 3,50). Lisäksi kuolevan potilaan yksilöllisyyden huomioiminen toteutuu myös melko hyvin (keskiarvo 3,21). Vastaajien oma näkemys Käypä hoito -suositusten käytöstä ja toteutumisesta oli keskiarvoisesti 2,3 eli melko huono, mutta tämä oletettavasti johtuu termin huonosta tunnettuudesta.

Kokonaisuudessaan tutkimustuloksista ilmeni, että saattohoito toteutuu Punkalaitumen vanhainkodissa melko hyvin (keskiarvo 3,24) SASPE:n ohjeiden ja periaatteiden mukaisesti. Hoitoon suoranaisesti pohjautuvien kysymysten pohjalta poissulkien käypähoitokysymykset 8 ja 9, keskiarvoksi tulisi 3,3. Esille nousseita kehittämissaasteita olisivat kyselyn mukaan:

- Käypähoitosuositus termin tunnistaminen ja toteutumisen realistisempi arviointi.
- Kysymykseen 20 (kuolevan potilaan yksin jäämisestä) saatu selkeästi huonoin keskiarvo 2,2. Voisiko omaisten parempi tiedottaminen hieman auttaa, kun esimerkiksi norjalaistyyppiseen ”fastvakt”-toimintaan ei resurssit riittäne.
- Kysymykset omalääkäristä ja omahoitajasta kaipaavat myös pohdintaa. Onko jotain tehtävissä ilman kustannusnousua?
- Saattohoitokeskustelun toteuttaminen (kysymys 3) sai myös huonon keskiarvon 2,8, eli toteutuu melko huonosti. Tämä tutkimus ei selvitä syitä tähän, mutta vanhainkodissa syitä kannattaisi pohtia.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia, miten SASPE:n saattohoitolinjaukset toteutuvat Punkalaitumella potilaiden itsensä tai heidän omaistensa näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten suositukset ja periaatteet toteutuvat punkalaitumelaisessa kotisaattohoidossa ja minkälaisia kehittämissaasteita näihin mahdollisesti liittyy.

## LÄHTEET

- Vainio, A. & Hietanen P. 2004. Palliatiivinen Hoito. 2. uud. p. Saarijärvi. Duodecim, 17.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.-16. uud. p. Helsinki. Tammi, 134-140,193-201.
- Sand, H.2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa, Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy, 167.
- Suni, A-L. & Hänninen, J. 2003. Kun tuuli käy - inhimillinen kuolema. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy, 89-90.
- Heikkinen, H. Kannel, V & Latvala, E. 2004. Saattohoito, haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1.painos.Porvoo. Ws Bookwell Oy, 41-45.
- Huhtinen, A. 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina - tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Rovaniemi. Lapin yliopisto, 55
- Hänninen, J & Pajunen, T.2006. Kuoleman kaari sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Hämeenlinna. Kirjapaja Oy, 13-16.
- Hänninen, J. 2011. Saattohoito – potilaan ja omaisen opas. 11. uud. p. 5-10.
- Aalto, K. 2000 Saattohoito- lähimmäisenä kuolevalle. 3.uud.p. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy, 9-19, 103.
- Mattila- Pyykkönen, K. 1996. Yöperhosen Siivin - puheenvuoro hyvästä hoidosta ja lempeästä kuolemasta. Juva. WSOY:n graafiset laitokset, 10.
- Sailo, K. 1992. Kuolevan potilaan hoito. 1.-2.p. Tampere. Tammer- Paino Oy, 76.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä Hoito suositus, Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2008. Viitattu.10.11.2010. <http://www.duodecim.fi>
- Lindström, R. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Saattohoito 2010. Viitattu.10.11.2010. <http://www.duodecim.fi>
- Lääkärin käsikirja. Saattohoito- Eettisiä näkökulmia 2004. <http://www.duodecim.fi>

Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Hyvä saattohoito Suomessa. 2010 STM julkaisu 2010:6. Viitattu.10.11.2010 <http://www.stm.fi>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§. Viitattu10.11.2010. <http://www.finlex.fi>

Nummenmaa, J. 2007. Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 10.11.2010. <http://www.acta.uta.fi>

VALVIRA julkaisu. Hoitotahto. Viitattu 18.01.2011. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoitotahto/hoitotahto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoitotahto/hoitotahto)

STM Tiedote 273/2010. Suosituksilla lisää laatua saattohoitoon.Viitattu10.11.2010. <http://www.stm.fi>

STM julkaisu 2010:6. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Hyvä saattohoito Suomessa. Viitattu.10.11.2010. <http://www.stm.fi>.

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tiedepuisto 3  
28600 PORI

OP07  
SOPIMUS  
OPINNÄYTETYÖN  
TEKEMISESTÄ

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Anne Jylhä Opiskelijanumero: 1001986 Avoiluerytms AMKOP

Koulutusohjelma: Hoitotyö

Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Maija Flinck  
Maija.Flinck@samk.fi Pati Kankaananta  
Pati.Kankaananta@samk.fi puh: 044 7106221

Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Sastamalan Perusturvatyöntekijäyhtiö, Sastamala

Opinnäytetyön nimi: Hyvä Kuolema kuuluu karkille

Työn etenemisajankalau: Kysely keuhkasta 2011, työn tarkoitus valmistua  
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa. toimituksessa 2011

**Vakuutukset.** Jos opinnäytetyön tekijän kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuojelmus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

**Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen.** Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Periaatteellisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.

**Oikeudet opinnäytetyön tulokselle.** Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.

**Immateriaalioikeudet.** Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

**Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu.** Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai osakauduista. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytykset opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

**Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus.** Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liiketoimintaa tai muuta julkisuudessa salassa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osa voidaan julkaista myös internetissä ainoalla tavalla erikseen. Opinnäytetyön osapuolel (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) arvioidut pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidettäväksi käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.

Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottamalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.

Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssina ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMK:n yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävissä esim. opetusmateriaalina tai -matodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.

Päiväys 25.1.2011

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys: Maarit Sininen  
Kun tyyntymän johtaja

Koulutusjohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys: Mullanen

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: Anne Jylhä

Sisällövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010



## LIITE 2 KYSELYLOMAKE

**OLE YSTÄVÄLLINEN JA YMPYRÖI VAIHTOEHTO JOKA MIELESTÄSI  
VASTAA PARHAITEN HILMAN- JA MATIN VANHAINKODISSA TA-  
PAHTUVAA SAATTOHOITOA:**

- 1. Toteutuu erittäin huonosti*  
*2. Toteutuu melko huonosti*  
*3. Toteutuu melko hyvin*  
*4. Toteutuu erittäin hyvin*

<b>A. Hoitolinjaukset</b>	
1. Kuolevan potilaan <b>oma hoitotahto</b> selvitetään	1 2 3 4
2. Kuolevan potilaan omaa hoitotahtoa noudatetaan	1 2 3 4
3. Kuolevan kanssa toteutetaan <b>saattohoitokeskustelu</b>	1 2 3 4
4. Saattohoitopäätös <b>kirjataan</b> potilastietojärjestelmään	1 2 3 4
5. Saattohoitopäätöksestä tiedotetaan potilaalle	1 2 3 4
6. Saattohoitopäätöksestä tiedotetaan omaisille	1 2 3 4
7. Kuolevan potilaan siirtelyä vältetään	1 2 3 4
8. Vanhainkodissa käytetään Käypä-hoito suosituksiin perustuvaa kuolevan potilaan hoitosuunnitelmaa	1 2 3 4
9. Kuolevan potilaan Käypä-hoito suositukset toteutuvat vanhainkodissa	1 2 3 4
<b>B. Kivun hallinta</b>	
10. Kuolevan potilaan kipu tunnistetaan herkästi	1 2 3 4

11. Kuolevan potilaan säännöllisiä kipuja hoidetaan riittävästi	1 2 3 4
12. Kuolevalle potilaalle määrätään tarvittaessa annettava kipulääkitys erittäin voimakkaan kivun varalle	1 2 3 4
13. Kipulääkityksen tehoa arvioidaan säännöllisesti	1 2 3 4
14. Kipulääkitystä voidaan muuttaa tarvittaessa nopeasti	1 2 3 4
<b>C. Yksilöllisyyden huomioiminen</b>	
15. Kuolevalla potilaalla on oma lääkäri	1 2 3 4
16. Kuolevalla potilaalla on omahoitaja	1 2 3 4
17. Kuolevalle potilaalle järjestetään yhden hengen huone	1 2 3 4
18. Omaisilla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	1 2 3 4
19. Omaisets voivat viettää aikaa kuolevan potilaan luona aina halutessaan	1 2 3 4
20. Kuolevaa potilasta ei jätetä yksin	1 2 3 4
21. Omaisets voivat yöpyä kuolevan potilaan luona halutessaan	1 2 3 4
22. Kuolevan potilaan toivomuksiin reagoidaan	1 2 3 4

## Arvoisa Hilman ja Matin vanhainkodin työntekijä!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa Porissa terveydenhoitajaksi. Tutkintooni kuuluu opistomuotoisen sairaanhoitajatutkinnon päivittäminen AMK- tutkinnoksi. Opintoihini sisältyy myös opinnäytetyön tekeminen.

Opinnäytetyöni aiheena on ” Hyvä kuolema kuuluu kaikille” ja sen tarkoituksena on selvittää miten saattohoito toteutuu Hilman ja Matin vanhainkodissa Punkalaitumella.

Tutkimus tapahtuu oheisen, koko henkilökunnalle tarkoitetun kyselyn avulla. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Ammattiasi, sukupuoltasi tai ikääsi ei kysytä, koska tieto ei ole tutkimuksen kannalta oleellinen. Kaikki kyselyn avulla saatu tieto on luottamuksellista ja sitä käsitellään hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen.

Kyselyyn vastaaminen antaa arvokasta tietoa saattohoidon tilasta ja vie vain muutaman minuutin ajastasi.

Lämmin Kiitos Sinulle, joka vastaat tähän kyselyyn !

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitaja  
Anne Jylhä  
Roukanmaantie 501  
31900 Punkalaidun  
[anne.jylha@studet.samk.fi](mailto:anne.jylha@studet.samk.fi),  
puh. 050 5999228

## LIITE 4 MATRIISI

Käypähoitosuosituksikyselyn matriisi Hilman ja Matin vanhainkodissa													
	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ID	
1. Toteutuu erittäin huonosti													
2. Toteutuu melko huonosti	2	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	1. Kuolevan potilaan oma hoitoahto selvitetään
3. Toteutuu melko hyvin	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2. Kuolevan potilaan omaa hoitoahtoa noudatetaan
4. Toteutuu erittäin hyvin	2	3	3	3	2	4	2	2	4	4	3	3	3. Kuolevan kanssa toteutetaan saattohoitokeskustelu
	2	4	4	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4. Saattohoitopäätös kirjataan potilasietojärjestelmään
	2	4	3	2	3		2	3	4	3	3	5. Saattohoitopäätöksestä tiedotetaan potilaalle	
	3	4	4	4	3		2	3	4	4	4	6. Saattohoitopäätöksestä tiedotetaan omaisille	
	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	7. Kuolevan potilaan siirtelyä vältetään	
	1	4	1	2	2		3	3				8. Käypä-hoito suosituksiin perustuva kuolevan potilaan hoitosuunnitelma	
	1	4	1	2	2		3	3				9. Kuolevan potilaan Käypä-hoito suositukset toteutuvat vanhainkodissa	
	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	10. Kuolevan potilaan kipu tunnistetaan herkästi	
	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	11. Kuolevan potilaan säännöllisiä kipuja hoidetaan riittävästi	
	4	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	12. Kuolevalle potilaalle määrätään kipulääkitys erittäin voimakkaan kivun varalle	
	2	4	4	3	3	4	4	4	3	4	2	13. Kipulääkityksen tehoa arvioidaan säännöllisesti	
	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	2	14. Kipulääkitystä voidaan muuttaa tarvittaessa nopeasti	
	1	1	4	3		4	3	2	4	2		15. Kuolevalla potilaalla on oma lääkäri	
	1	1	4	4	2	4	3	3	4	2		16. Kuolevalla potilaalla on omahoitaja	
	3	4	4	4	3	4	4	3	2	4	3	17. Kuolevalle potilaalle järjestetään yhden hengen huone	
	3	4	4	2	3	4	3	4	4	3	4	18. Omaisilla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	
	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	19. Omaiset voivat viettää aikaa kuolevan potilaan luona aina halutessaan	
	2	3	2	2	1	3	3	1	3	2	2	20. Kuolevaa potilasta ei jätetä yksin	
	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	21. Omaiset voivat yöpyä kuolevan potilaan luona halutessaan	
	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	22. Kuolevan potilaan toivomuksiin reagoidaan	

