

Opinnäytetyö (YAMK)
Terveysala
Terveyden edistäminen
2013

Elina Friederiksen

SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN TERVEYSKESKUKSISSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Elina Friederiksen

SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN TERVEYSKESKUKSISSA

Kehittämisprojekti kuului osaprojektina Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen ja Turun ammattikorkeakoulun terveysala- tulosalueen yhteiseen tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia yhteistyössä projektiryhmän eli yhteistyöterveyskeskusten henkilökunnasta kootun moniammatillisen tiimin kanssa osastoille vastuualueuetyöskentelyn saattohoito-toimintamallin suunnitelma sekä pilotoida ja arvioida se. Kehittämisprojektin tarkoitus oli parantaa hoidon jatkuvuutta, potilaan joustavaa siirtymistä eri organisaatioiden ja kodin välillä, lisätä saattohoidon arvostusta seudullisesti ja alueellisesti sekä tehdä siitä tuloksellista ja kustannustehokasta.

Toimintamallia pilotoitiin 01.12.2012-31.01.2013 välisenä aikana. Pilotti-toimintamallin arviointia varten toteutettiin maaliskuussa 2013 kaksi ryhmähaastattelua. Haastattelututkimuksen tavoitteena oli kuvata pilotti-terveyskeskusten (Raisio ja Kaarina), henkilökunnan kokemuksia uudesta saattohoitoon kehitetystä toimintamallista. Teemahaastatteluun oli valittu neljä teemaa, jotka tarkastelivat pilotti-toimintamallin myötä tapahtuneita muutoksia saattohoitopotilaan hoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta koki saattohoidon haastavaksi, aikaa vaativaksi ja ainutlaatuiseksi tapahtumaksi. Oman tietoisuuden saattohoidosta koettiin vahvistuneen projektin aikana ja tämän tuoneen enemmän varmuutta saattohoitotyössä toimimiseen. Saattohoidon vastuualueuetyöskentelyn toimintamallilla koettiin olevan jatkokehittämismahdollisuudet ja sen pysyvyyttä sekä jatkuvuutta toivottiin. Yhteistyöverkostojen luominen ja yhteisten säännöllisten palaverien pitäminen korostui merkittävänä toimintamallia ylläpitävänä voimavarana. Toimintamallin jatkokehittäminen koko palliatiivista hoitoa koskevaksi vaatisi vielä lisäpanostusta niin resurssien, ajan kuin erikoisosaamisen kannalta.

ASIASANAT: Palliatiivinen hoito, saattohoito, syöpä, yhteistyö

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Degree Programme in Health Promotion

October 2013 | 73, 3 supplements

Elina Friederiksen

THE DEVELOPMENT OF HOSPICE CARE IN HEALTH CENTRES

The development project was part of The Cancer Association of Southwest Finland and the Turku University of Applied Sciences Faculty of Health Care research and development project. The objective of the project was to create, in co-operation with the multi-disciplinary project team assembled from the staff of collaborating health centers, a plan for a responsibility area driven palliative care approach and then pilot and evaluate it. The development goal of the project was to improve the continuity of care, the patient's smooth transition from the various organizations and the home, to increase the appreciation of hospice care regionally as well as to make it a successful and cost-effective.

The new approach was piloted during the period 1.12.2012-31.1.2013. The aim of this interview study was to describe how the staff of pilot health centers (Raisio and Kaarina) experiences the new hospice care approach. The pilot approach for the evaluation was carried out in March 2013 with two group interviews. Four themes were selected for the theme interview to review the changes that have occurred in the treatment of a dying patient from the perspective of the nursing staff.

The results showed that the medical staff felt that hospice care is challenging, time consuming, and a unique event. Their own awareness of terminal care was strengthened during the project and this has brought a greater degree of certainty to working in hospice care. The responsibility area approach of hospice care was seen as having potential for further development and continuity was requested. Creating networks of co-operation and having regular meetings was highlighted as a major sustaining resource of the approach. Further development to include the entire palliative care would require a larger investment of resources, time and expertise

KEYWORDS:

Palliative care, hospice care, cancer, collaboration, co-operation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	7
2.2 Kohdeorganisaatioiden kuvaus	7
2.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	9
3 TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ SAATTOHOIDOSSA	10
4 KUOLEVAN POTILAAN HOITO	13
4.1 Palliatiivinen hoito	13
4.2 Saattohoito	15
4.3 Saattopotilaan fyysiset oireet	18
4.4 Saattopotilaan psyykkiset oireet	22
4.5 Saattohoitopotilaan hengellinen hyvinvointi	23
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	24
5.1 Projektiorganisaatio	24
5.2 Projektin kokonaistoteutus, toimintamallin käyttöönotto ja pilotointi	25
6 PROJEKTIRYHMÄN TOIMINNAN TULOKSENA SYNTYNYT VASTUUALUETYÖSKENTELEMALLI	29
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSA	33
7.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	33
7.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu	34
7.3 Aineiston analyysi	34
7.4 Tutkimuksen tulokset	35
7.4.1 Kokemukset toimintamallista hoitotyön näkökulmasta	35
7.4.2 Kokemukset toimintamallista yhteistoiminnan näkökulmasta	38
7.4.3 Kokemukset saattohoitoprojektin tuomista toimintamahdollisuuksista	40
7.4.4 Toimintamallin jatkokehittämismahdollisuudet	41
7.5 Tutkimustulosten johtopäätökset ja pohdinta	44

7.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys 46

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI 48

LÄHTEET 52

LIITTEET

Liite 1. Saattohoidon pilottitoimintamallin prosessikuvaus ja sanallinen kuvaus

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Liite 3. Saatekirje/suostumus

KUVIOT

Kuvio 1. Oireiden lääkkeellinen hoito

Kuvio 2. Kehittämisprojektin eteneminen

Kuvio 3. Jatkokehittämismahdollisuudet

TAULUKOT

Taulukko 1. Kuolevan potilaan fyysiset oireet

Taulukko 2. Kuolevan potilaan psyykkiset oireet

Taulukko 3. Ohjausryhmä

Taulukko 4. Projektiryhmä

1 JOHDANTO

Palliativinen hoito on tärkeä osa hoitoa, siinä huomio on kiinnittynyt kokonaisvaltaisesti potilaan oireettomuuteen ja mahdollisimman hyvään elämänlaatuun taudista huolimatta. (National Research Council 2003, 5; The Institute of Medicine 2003.) Syövän ja sen hoitojen tutkimiseen on vielä kiinnitetty enemmän huomiota kuin palliativisen hoidon tutkimiseen. Palliativinen hoito on oleellinen osa kaikkien terveydenhuollon toimintayksiköiden arkea, minkä vuoksi on tärkeää, että sen tutkiminen ja hoidon parantaminen huomioidaan tulevaisuudessa.

Saattohoito on palliativisen hoidon loppuvaihe. Saattohoito tulee turvata ihmisille, joilla on parantumaton sairaus ja elinajan ennuste on lyhyt. Tärkeitä ja saattohoidossa korostuvia arvoja ovat potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillinen hoito (STM 2010a.)

Saattohoidon kehittäminen terveyskeskuksissa- projekti on osa Syöpäpotilaan hyvä hoito- hanketta. Kehittämisprojekti keskittyy syöpäpotilaan saattohoidon järjestämiseen terveyskeskuksissa yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin kanssa. Tuotoksena on vastuualueryhmyöskentelyyn perustuva toimintamalli saattohoitopotilaan hoidosta. Toimintamallissa selkiytetään saattohoidon käsitteitä, vastuukysymyksiä sekä pyritään tehokkaampaan tiedon välittymiseen hoito-organisaatioiden välillä mahdollistaen palliativiselle saattohoitopotilaalle katkeamaton hoitoprosessi. Toimintamalli kuvaa vastuualueryhmyän työskentelyä sekä hyvää kokonaisvaltaista saattohoitoa. Vastuualuetyöskentelyn toimintamallia arvioitiin maaliskuussa 2013 suoritetulla teemahaastattelulla.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Saattohoidon kehittäminen terveyskeskuksissa -projekti on osa Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun Terveysalatalosalueen Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku -tutkimus- ja kehittämishanketta. Hankkeen osaprojekti Palliatiivinen hoito ja sen kehittäminen Varsinais-Suomessa sijoittuu vuosille 2012 - 2015. Siihen liittyvä Saattohoidon kehittäminen terveyskeskuksissa -projekti toteutettiin vuosien 2012 - 2013 aikana. Tavoitteena projektissa oli suunnitella, pilotoida ja arvioida uusi toimintamalli saattohoidon toteuttamisesta Raision ja Kaarinan terveyskeskusten kahdella vuodeosastolla käytännön työn kautta nousseiden haasteiden ja kehittämiskohteiden kautta. Lähtökohdan projektille loi tarve saattohoitosuosituksen sisällyttämisestä käytännön työhön sekä saattohoidon tilanteen kartoittaminen terveyskeskuksissa Varsinais-Suomen alueella.

2.2 Kohdeorganisaatioiden kuvaus

Tämän kehittämiprojektin mahdollistivat Turun ammattikorkeakoulu sekä Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry. Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry on Suomen Syöpäyhdistyksen jäsenjärjestö. Lounais-Suomen Syöpäyhdistys kunnioittaa valtakunnallisia arvoja, inhimillisyys, totuudellisuus, riippumattomuus ja yhteisvastuullisuus (Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2010, 11-12).

Karinakoti on yksi Suomen neljästä saattohoitokodeista. Karinakoti on Turun Hirvensalossa sijaitseva saattohoitokoti, jossa hoidetaan saattohoitovaiheen potilaita kuoleman lähestyessä oireita lievittäen, ihmisarvoa kunnioittaen, huolenpitoa tarjoten sekä omaiset huomioon ottaen. Vuonna 1994 toimintansa aloittaneen Karinakodin ylläpidosta vastaa Lounais-Suomen Saattohoitosäätiö r.s. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys 2011.)

Projektin toteutus tapahtui kahdessa Varsinais-Suomen alueen terveyskeskuksessa. Yhteistyöosastot olivat Raision ja Kaarinan terveyskeskuksen kaksi vuodeosastoa henkilökuntineen. Asiantuntijana projektissa toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin syöpätautien klinikka.

Raision perusterveydenhuollon palvelut hoituvat terveyskeskussairaalassa. Siellä sijaitsevat myös terveyskeskuksen kaksi vuodeosastoa. Saattohoidettavia on vaihtelevasti molemmilla osastoilla. (Raision kaupunki 2011.) Raision terveyskeskussairaalan toisella vuodeosastolla on nimetty saattohoidettaville yhden hengen huone ja omaisille tarjotaan mahdollisuus yöpyä osastolla. Toisella vuodeosastolla on yhden hengen huone, josta tarvittaessa voidaan tehdä huone saattohoidettavalle. Osastoilla toimii moniammattillinen ryhmä, potilaiden hyväksi, ja jokaisella ryhmän jäsenellä on arvokasta tietoa sekä kokemuksia potilaiden hoidosta. Hoitohenkilökunta koostuu perushoitajista, lähihoitajista, sairaanhoitajista, lääkäreistä, fysioterapeuteista sekä hoitoa avustavista henkilöistä. Ennen projektin aloitusta Raisiossa koettiin kehittämiskohteiksi eri toimijoiden roolien selkiyttäminen saattohoidossa, kirjaamisen kehittäminen sekä omaisyhteistyö. Saattohoitopäätöksiä tehtiin hyvin vähän osastoilla ja saattohoidettavien oireiden hoitaminen, esimerkiksi kivunhoito, koettiin vajavaiseksi (S. Johansson, henkilökohtainen tiedonanto 15.12.2011).

Kaarinan terveyskeskuksessa on myös kaksi vuodeosastoa, jossa hoidetaan yleislääkäritasoisia potilaita. Molemmissa osastoissa on 40 potilaalle paikat. Osastoilla hoidetaan myös saattohoitopotilaita. (Kaarinan kaupunki 2011.) Kaarinan terveyskeskuksen vuodeosastolla 1 toimii moniammattillinen tiimi potilaiden hyväksi. Kaarinan terveyskeskuksen vuodeosastolla on kaksi yhden hengen huonetta, joista tarvittaessa järjestetään huone kuolevalle potilaalle. Saattohoitosuositukset ovat olleet esillä osastolla, mutta niiden käytäntöön ottaminen on jäänyt puolitiehen. Kivunhoidosta osaston henkilökunta on saanut koulutusta. Saattohoidon kehittäminen koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi kehittämiskohteeksi, koska käytännön asiat saattohoitoon liittyen tulivat saada toimiviksi osaston käytännön työhön sisällytettyinä. Motivaatiota osallistumiselle saattohoitoprojektiin oli, josta kertoo innokas osallistuminen esimerkiksi palliatii-

visen hoidon päiville (R. Virtanen & T. Kansanen, henkilökohtainen tiedonanto 13.1.2012).

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin Syöpätautien klinikan toiminta-alue kattaa koko Varsinais-Suomen ei-kirurgisten syöpäsairauksien hoidon. Potilaita tulee myös muista sairaanhoidopiireistä ja erikoissädehoitoa saamaan, jopa ympäri Suomen. Syöpätautien klinikan potilaaksi tullaan lähetteellä. (VSSHP 2011.)

Varsinais-Suomen alueella syöpää sairastavia palliatiivisen vaiheen potilaita hoidetaan Turun yliopistollisen keskussairaalan vielä epävirallisella palliatiivisella poliklinikalla, jossa työskentelee yhteispohjoismaisen palliatiivisen erityisosaamiskoulutuksen käynyt lääkäri. Poliklinikan tarkoituksena on potilaiden auttaminen siirryttäessä oireenmukaiseen hoitoon. Tulevaisuudessa on väläytelty myös mahdollisuutta toiminnan virallistamiseen ja laajentamiseen. (Vierula 2011, 718.)

2.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tavoitteena oli laatia yhteistyössä terveyskeskusten vuodeosastojen henkilökunnan kanssa osastoille saattohoito-toimintamallin suunnitelma sekä pilotoida ja arvioida se. Pilottitoimintamalli (liite 1.) otettiin käyttöön vuodeosastoilla syksyllä 2012. Kehittämiprojektissa korostettiin vastuualue-työskentelyä, jolla kehitetään saattohoitoa paremmaksi, pyritään tehokkaampaan tiedonvälittämiseen hoitopaikkojen välillä sekä uusien menetelmien kehittämiseen käytännön työhön. Kehittämiprojektin tarkoitus oli parantaa hoidon jatkuvuutta, potilaan joustavaa siirtymistä eri organisaatioiden ja kodin välillä, lisätä saattohoidon arvostusta seudullisesti ja alueellisesti sekä tehdä siitä tuloksellista ja kustannustehokasta. Keskeisessä osassa projektissa olivat saattohoitosuosituksien ja niiden käytäntöön saattaminen. Pilottitoimintamalli kuvaa työnjaolliset ja sisällölliset hoitokäytännöt. Lähtökohtana toimi se, miten pilottitoimintamalli muuttaa hoidon toteuttamistapaa erityisesti yhteistyön näkökulmasta perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin välillä.

3 TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ

SAATTOHOIDOSSA

Kuolemaan johtavaa sairautta sairastavista suurin osa tarvitsee erityisosaamista vaativaa palliatiivista hoitoa ja osa erikoistunutta saattohoitoa (Hänninen 2011, 2024). Palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaita hoidetaan kaikkialla terveydenhuollon toimiyksiköissä (Vierula 2011, 718). Terveyden- ja sairaanhoito on ammattilaisten järjestämää laadukasta ja turvallista hoitoa. Saattohoidon perustan luo potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillinen hoito (STM 2010a). Näitä arvoja korostetaan myös kuolevan oikeuksien julistuksessa (YK 1975). Saattohoidon toteuttamiselle perustaa luo myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), joka määrittää potilaan oikeuksia, takaa potilaalle hoitoon pääsyn ja velvoittaa potilaan hyvään ja hoitoon sekä kohteluun. Erilaiset eettiset ohjeet ja suositukset linjaavat myös saattohoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Saattohoitoa ohjaavia lakeja ovat myös kansanterveyslaki (1972/66), erikoissairaanhoitolaki (1989/1062) ja laki yksityisestä terveydenhuollosta (1990/152).

Saattohoidon toteutumista eri laitoksissa sekä terveydenhuollon toimintaympäristöissä linjaavat Suomessa laaditut saattohoitosuositukset. Saattohoitosuositukset on laadittu vankan asiantuntijuuden ja palautteiden avulla. Saattohoitosuositusten toteutuessa voidaan todeta saattohoidon olevan laadukasta. Saattohoitosuositukset määrittävät hyvän saattohoidon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon saumattomaksi yhteistyöksi. Selkeästi määritelty hoitoketju ja hyvä tiedonkulku hoitolaitosten välillä ovat osa hyvää saattohoitoa. Saattohoidossa oleellisen tärkeää on saattohoitopäätöksen siirtyminen potilaan mukana. (STM 2010a.)

Laki velvoittaa sairaanhoitopiirejä järjestämään alueelliset erikoissairaanhoidon palvelut. Toimiva kokonaisuus laadukkaita terveydenhuollon palveluita jäsenkuntien asukkaille järjestetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöllä. Sairaanhoitopiirillä on vastuu erityispalveluiden järjestämisestä,

kuten laboratorio- ja kuvantamispalveluista sekä se järjestää alueellisen tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnan. (VSSHP 2011, 5.)

Perusterveydenhuollon piirissä terveyskeskuksissa järjestetään kuntalaisten terveyden- ja sairaanhoidon lähipalvelut. Usein diagnoosi esimerkiksi syöpäsairaudesta saadaan terveyskeskuksesta tai erikoissairaanhoidon yksiköstä. Mikäli diagnosointi tapahtuu perusterveydenhuollossa, saa potilas lääkärin kirjoittaman jatkolähetteen erikoissairaanhoidon yksikköön yliopistolliseen- tai keskussairaalaan, jossa toteutetaan erikoisosaamista vaativat toimenpiteet ja hoidot. Mikäli potilas ei enää hyödy saamistaan hoidoista ja sairautta ei pystytä parantamaan tehdään palliatiivisen hoidon linjaus. Tällöin erikoissairaanhoidolla on edelleen hoitovastuu, mikäli potilas saa esimerkiksi syöpäsairauteen palliatiivista sädehoitoa. Vasta oireita helpottavan hoidon ollessa tuloksetonta tehdään erikoissairaanhoidossa saattohoitopäätös. (STM 2010b, 63.)

Saattohoidon osaamisesta vastaavat monet eri terveydenhuollon toimintayksiköt. Saattohoitoa toteutetaan perusterveydenhuollon osastoilla ja saattohoitokodeissa, joita Suomessa on ainoastaan 4. (Lehto ym. 2011, 3046.) Suuri voimavara saattohoidon toteuttamisessa ovat yleissairaalat ja terveyskeskusten vuodeosastot (Hänninen 2011, 2025). Terveyskeskukset myös järjestävät resurssien mukaan saattohoitoa tuetusti kotioloissa kotisairaanhoidon turvin kaiken ikäisille asiakkailleen (STM 2010b).

Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tulisi olla matala kynnyksistä ja toinen toisiaan täydentävää. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi raportoinnin tulee olla kattavaa ja ajantasaista. Tietojen tulisi siirtyä potilaan mukana hoitopaikasta toiseen ja terveydenhuollon ammattilaisten olla tietoisia tietojen siirtymisen haasteista erillisten potilastietojärjestelmien vuoksi. Erikoissairaanhoidon tulee jakaa erityisosaamistaan myös perusterveydenhuollon yksikköön ja antaa tarvittaessa konsultaatioapua eri terveydenhuollon toimipisteille (VSSHP 2011).

Yhteistyöterveyskeskusten osastonhoitajien mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 15.12.2011 ja 13.1.2012) Raision kaupunki ja Kaarinan kaupunki kirjoitta-

vat tarvittaessa maksusitoumuksia kuntalaisilleen Karinakotiin. Tätä ennen potilas tarvitsee hoitavan lääkärin kirjoittaman saattohoitopäätöksen sekä lähetteen Karinakotiin. Molempien projektiin osallistuvien kuntien terveyskeskukset käyttävät Karinakodin palveluita tukemaan saattohoitoa.

Hautala ym. (2008) toteuttivat syöpäpotilaiden saattohoidosta perusterveydenhuollossa terveydenhuoltotutkimuksen, jolla kartoitettiin saattohoitotyötä terveyskeskuksissa lääkäreiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin vuonna 2003 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa sujui ja siihen oltiin tyytyväisiä. Kehittämisalueena pidettiin tiedonkulkuun liittyviä asioita. Moniammatillinen yhteistyö koettiin kehittämiskohteeksi.

Tässä projektissa pyrittiin saattohoidon vastuualuetyöskentelyn toimintamallilla muuttamaan hoidon toteuttamistapaa niin, että yhteistyö perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä tehostuisi. Jokaisessa toimintaympäristössä työskentelee moniammatillinen ryhmä terveydenhuollon ammattilaisia, joiden pyrkimyksenä on järjestää potilaalle laadukas ja hyvä hoito.

Suomessa on julkaistu Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportti syövän hoidon kehittämisestä vuosina 2010-2020. Raportti on myös linjannut tulevaisuutta vuoteen 2020. Tavoitteena on vuoteen 2020 mennessä oire- ja saattohoidon järjestäminen kaikille sitä tarvitseville hoito- ja asuinpaikasta huolimatta sekä saada perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon kolmiportainen palliatiivisen ja saattohoidon työnjako. Työnjaossa korostetaan perusterveydenhuollon roolia saattohoidon toimijana ja se aukaisee eri terveydenhuollon toimintayksiköiden vastuualueita saattohoidossa (STM 2010b).

Huomiota on kiinnitetty saattohoidon parantamiseen Suomessa. ”Silta toiselle rannalle”- hanke toteutettiin Päijät-Hämeessä vuosina 2010-2011 ja siinä organisaatiot ja asiantuntijat koottiin asiantuntijaverkostoon pyrkimyksenä sekä saattohoidon järjestäminen että saattohoidon osaamisen lisääminen. Hankkeen

tuloksina saatiin hyviä hoitokäytäntöjä levitettäväksi Suomeen. (Administrator 2011.)

Hyvä ja huolellisesti toteutettu saattohoito on kustannuksia säästävää. Suomessa toteutettujen tutkimusten tulosten mukaan on hoidollisesti, lääketieteellisesti ja taloudellisesti perusteltua kehittää saattohoitoa sekä lisätä moniammatillisuutta saattohoitotyössä. (Vuorinen ym. 2004, 295-299; Tuura ym. 2005, 5013-5017; Hautala ym. 2008, 2443–2448.)

4 KUOLEVAN POTILAAN HOITO

Hyvä palliatiivinen hoito ja sen loppuvaihe eli saattohoito koskettavat kaikkia parantumatonta sairautta sairastavia potilaita. Tämän hetkisen tilanteen tekee erityisen huolestuttavaksi se, että saattohoito on järjestetty huonosti niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät syöpää sairasta. (Vuorinen, Seuna & Ansas 2004, 295.)

4.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on hyvin laaja ja vaikeasti määriteltävä käsite. Palliatiivisen hoidon rajat ovat häilyviä ja tämän vuoksi on vaikeaa tehdä tarkkoja rajauksia palliatiivisen hoidon suhteen. On esitetty, että palliatiivinen hoito tähtää sairauden aiheuttamien oireiden hallintaan sekä mahdollisimman hyvään elämänlaatuun. Syöpäpotilaille voidaan antaa palliatiivisessa hoidossa myös erilaisia tukihoidoja, joilla pyritään rajoittamaan syövän leviämistä lääkehoidolla tai sädehoidolla. Tärkeää on kuitenkin muistaa, ettei palliatiivisella hoidolla pystytä parantamaan itse sairautta. (Vainio & Hietanen 2004, 20; American Cancer Society, 2009.) Hoitovastuu palliatiivisen hoidon lääkehoidosta sekä sädehoidosta on erikoissairaanhoidon yksiköillä.

Pohjois- Karjalan ammattikorkeakoulun kehittämishankkeen lähtökohtana toimi palliatiivisen hoidon selkiytymätön asema. Hankkeen tavoitteena oli työyhteisöjen palliatiivisen hoidon vahvistuminen asiantuntijaverkostoja luomalla ja tuemalla, palliatiivisen hoidon rakenteiden kehittäminen sekä aseman vahvistaminen ja vaikuttavuuden seuranta. Hanke lisäsi voimavaroja toteuttaa palliatiivista hoitoa, vähensi eriarvoisuutta sekä paransi terveydenhuollon tuotettavuutta. (Myller 2007, 5-10.)

Tulevaisuudessa perusterveydenhuollolla on merkityksellinen osuus saattohoidossa, jolloin myös perusterveydenhuollon osaaminen korostuu (STM 2010b). Saattohoitosuosituksissa tähdennetään hoitohenkilöstön koulutuksen merkitystä perus- ja erikoisosaamisen kehittämiseksi. Terveystieteiden henkilökunnan puutteet saattohoidon toteuttamisessa ovat ilmenneet suomalaisissa tutkimuksissa (Räisänen 2002; Huhtinen 2005). Pavlish & Ceronsky (2009) toteuttivat tutkimuksen, jonka tavoitteena oli testata ja kehittää hoitajien kliinistä osaamista palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksessa eriteltiin hoitajien rooleja ja asiantuntijuuden ominaisuuksia. Hoitajilla on hoidon aikana opettamisen, hoidollisen työn, koordinoivan, puolustajan ja aktivoijan roolit. Asiantuntijuutta syöpää sairastavien hoitamisessa kuvastaa kliininen osaaminen, rehellisyys, perhekeskeisyys, tarkkanäköisyys, läsnä oleminen, yhteistyökyky ja tarkkaavaisuus.

Suomessa lääkäreistä 61 on suorittanut palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyden. Noin 20 on suorittanut pohjoismaisen erityisosaamiskoulutuksen, joka kestää kaksi vuotta. Myös Varsinais-Suomen alueella, Turun yliopistollisen keskussairaalan Palliatiivisella poliklinikalla, työskentelee lääkäri, joka tämän erityisosaamiskoulutuksen on käynyt. Lääkärin opintojen erikoistumisessa ei ole vielä mahdollista valita palliatiivista lääketiedettä erikoisalakseen, sama pätee myös Norjassa ja Ruotsissa. Suomessa ovatkin hyvin harvassa ne lääkärit, jotka toimivat kokopäiväisesti palliatiivisen hoidon asiantuntijoina. Lääkäreiden kiinnostuksen herättäminen palliatiiviseen lääketieteeseen olisi oleellista, koska palliatiivista hoitoa toteutetaan kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Palliatiiviseen lääketieteeseen erikoistuneilta lääkäreiltä olisi myös mahdollisuus saada konsultaatioapua erilaisissa ongelmatilanteissa. (Vierula 2011, 718.)

Hoitotyön ammattilaisille erikoistumiskoulutuksena ovat Suomessa tarjolla palliatiivisen hoidon erikoistumisopinnot, jotka ovat 30 opintopisteen kokonaisuus. Koulutuksen pystyy hyödyntämään haettaessa erityispätevyyttä Sairaanhoidajaliitolta. Koulutuksessa paneudutaan kohtaamaan potilaita ja omaisia vaikean parantumattoman sairauden eri vaiheissa, kehittämään valmiuksia vastata palliatiivisen potilaan psyykkiseen hyvinvointiin, kehittämään palliatiivista hoitoa, ottamaan huomioon ja seuraamaan palliatiivisen hoidon kansainvälisiä tietoja sekä antamaan valmiuksia eri kulttuureista tulevien palliatiivisten potilaiden kohtaamiseen. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2012.)

4.2. Saattohoito

Saattohoito on palliatiivisen hoidon loppuvaihe, joka sijoittuu potilaan viimeisiin kuukausiin, viikkoihin ja päiviin. Saattohoito ei tarkoita hoitojen loppumista, vaan se on tehokasta hoitoa potilaiden oireiden hallinnassa pitämiseksi ja elämänlaadun kohentamiseksi elämän loppuun asti. Saattohoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jossa otetaan potilas huomioon fyysisesti, psyykkisesti sekä hengellisesti huomioiden myös omaiset ja läheiset. (Vuorinen ym. 2004, 295.) Palliatiivisessa hoidossa oleellista on kuoleman läheisyys (Finnet-Soveri 2005, 210). Saattohoidossa on tärkeää tunnistaa hoidon vaihe. Kuoleman lähestyessä itse diagnoosi menettää merkitystään ja tärkeämpää on potilaan ja omaisten hyvän elämänlaadun takaaminen (Vierula 2011, 718). Omaiset ja läheiset tuovat saattohoidettavalle hyvinolontunnetta, lisäävät potilaan turvallisuutta ja läheisyyden tunnetta. Omaisten tulee voida olla läsnä ja osallistua hoitoon vuorokaudenajasta riippumatta. Tämä tukee myös kotoisan arjen toteutumista sairaalolosuhteissa. Tärkeintä on kuitenkin omaisten/läheisten läsnäolo ja välittäminen. Saattohoidon loppuvaiheessa omaisten läsnäolo korostuu. (Hänninen 2011, 47.) Hoitohenkilökunnalle saattavat haasteellisiksi osoittautua eri ikäryhmien sekä eri kulttuuritaustoja omaavat potilaat (STM 2010a). Saattohoidon keskeisempiä arvoja ovat potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Parantumattomasti sairaiden palliatiivisessa hoidossa tulee tunnistaa aika, jolloin tulee tehdä päätös saattohoitoon siirtymisestä. Saattohoitopäätöksen tekeminen on haasteellista. Lääkäreiden on helpompaa puhua potilaiden kanssa parantavista hoidoista kuin kuoleman lähestymisestä. Ajoittain potilaat tarkoituksenmukaisesti salaavat oireiden ja hoitojen haitat hoitojen lopettamisen pelossa, jolloin tullaan tilanteeseen, että saattohoito viivästyy tai ei ehdi alkamaan lainkaan. (Holli 2009, 705.) Saattohoidon pohjan luo hoitokertomus, johon tulee kirjata selkeästi potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhdessä tekemä päätös saattohoitoon siirtymisestä (STM 2010a). Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan työväline potilaan siirtyessä eri hoitopaikkojen välillä ja edesauttaa tiedon siirtymisessä hoitolaitosten kesken. Haasteellisuutta tietojen siirtoon tuovat hoitoyksiköiden erilaiset potilastietojärjestelmät, joiden välillä ei ole yhteyttä.

Hoitotyön kirjaaminen on oleellisen tärkeää kaikissa hoitotyön toimipaikoissa. Kirjaaminen sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen takaa hoidon jatkuvuuden. Hoidon jatkuvuuteen vaikuttaa myös se, että tiedotetaan hoidosta ja hoitotyöstä kaikille hoitoon osallistuville. Hoidon loputtua tulisi potilaasta tehdä loppuarvio, joka varmistaa hoidon jatkuvuutta ja selkeyttää vastaanottavan laitoksen henkilökuntaa potilaan yleistilanteesta. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 72-73.) Yhtenä saattohoidon kehittämisen ongelmana on sairaiden ja hoitolaitosten hoitolinjausten muuttaminen ja sen vaikeus.

Saattohoitopäätös on yksi palliatiivisen hoidon hoitolinjauksista. Saattohoitopäätös tulee tehdä ennen varsinaisen saattohoidon aloittamista ja se tehdään yhteistyössä potilaan, omaisten ja henkilökunnan kanssa. Saattohoitopäätös on tänä päivänä vaikea tehdä ja monet lääkärit kokevatkin helpommaksi tehdä päätöksen 'ei elvytetä' (DNR), 'vain perushoito' tai 'oireenmukainen hoito'. Saattohoitopäätöksen tekeminen ei saisi olla vaikeaa, koska se edistää potilaan hyvää hoitoa. Saattohoitopäätöstä tehtäessä on otettava huomioon potilaan toivomukset hoitopaikasta. (Hänninen 2003, 16-25; Reynolds & Groft 2011, 35) Saattohoitopäätöksen tekeminen edistää saattohoidettavan kokonaisvaltaista hoitoa ja selkiyttää kokonaistilannetta kaikkien hoitoon osallistuvien näkökulmasta (Lehto, Mustonen, Vinkanharju & Pessa 2011, 3046). Kotkassa on toteu-

tettu terveydenhuollon tutkimus, Saattohoidon järjestäminen terveystieteiden keskuksessa- Kotkan malli. Sen lähtökohdina oli liian vähäisen huomion kiinnittäminen palliatiivisen hoidon kehittämiseen ja laatuun käytännössä. Tutkimuksen mukaan huonoa ja puutteellista saattohoitoa tulee pitää hoitovirheenä ja eettisesti huonoa saattohoitoa ei tulisi sallia. Tutkimuksen näkökulmana toimi terveystieteiden keskuksen järjestämän saattohoidon toteuttaminen kotisairaanhoidon turvin. Tuloksissa hoitosuhde jäi usein pinnalliseksi ja saattohoidosta päättäminen venyi turhan myöhäiseen ajankohtaan. Huolestuttavaa on myös, että lääkärin saattohoitopotilas kohtasi vain harvoin. Hoitajien käynnit lisääntyivät kuoleman lähestyessä. Omaiset olivat saattohoitopotilaiden tukena lähes ympärivuorokautisesti. Pahimpina oireina saattohoitopotilaat kuvasivat kivun, pahoinvoinnin, ummetuksen ja voimattomuuden. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö oli vaihtelevaa ja koulutuksen puute nousi esiin. Tutkimuksessa korostui ennalta sovittujen sääntöjen merkitys sekä vastuualueuetyöskentely eli nimetyt henkilöt vastaavat saattohoidon tietojen ja taitojen päivittämisestä. (Vuorinen ym. 2004, 295-299.)

Hildénin ym. (2007) terveydenhuoltotutkimuksessa tutkittiin potilaan itsemääräämisoikeutta ja päätöksen tekoa elämän loppuvaiheessa. Tutkimus kohdistettiin hoitaviin lääkäreihin ja hoitajiin. Hoitotahto koettiin hyväksi työvälineeksi, jolla potilas pystyi ilmaisemaan toivomukset hoitonsa linjauksista. Haasteelliseksi koettiin potilaiden tilanteen ymmärtäminen sekä hoitajien rooli päätöksen teossa. Saattohoidettavat, heidän omaisensa sekä hoitoon osallistuvat henkilöt joutuvat sairauden aikana erilaisten päätösten eteen. Hoitoon liittyvien päätösten tekoon tulee osallistua kaikkien, joita hoito koskee. Tärkeää on käydä hoitopalavereja sairauden kaikissa vaiheissa kaikkien hoitoon osallistuvien osapuolten kesken. Keskustelut tulee järjestää riittävän hyvissä ajoin, ottaen huomioon sairauden vaiheet ja mahdollisesti äkillisesti muuttuvat tilanteet. (Saca-Hazboun 2009, 14.)

Hoitopalaverit hoidon alkaessa ja huolellinen hoidon suunnittelu mahdollistavat myös potilaan oman osallistumisen hoidon suunnitteluun. Hoitopalavereissa potilas voi ilmaista oman toivomuksensa saattohoitoon liittyen ja mahdolliset

toivomukset tilanteessa, jolloin ei enää ole päätöksentekokykyinen. (Reynolds & Croft 2011, 35.) Hoitohenkilökunta kokee hoitopalaverit usein haastaviksi päätösten teon ja lääketieteellisen tiedon välittämisen vaikeuden vuoksi (Hildén, Louhiala & Honkasalo 2007, 3079-3080).

Omahoitajuudella ja omalääkärisysteemillä on todettu olevan positiivinen vaikutus hoidossa. Lipponen (2006) kuvasi väitöskirjassaan hoitajien ja kuolevien potilaiden vuorovaikutuksellista hoitosuhdetta. Kuolevan hoitaminen vaatii emotionaalista ja vuorovaikutuksellisia taitoja. Hyvässä vuorovaikutussuhteen luomisessa tulee ottaa huomioon, että saattohoito on monitahoista ja tilanteihin sidottua. Hyvään vuorovaikutussuhteeseen kuuluu myös potilaan arvojen ja vapauden kunnioittaminen.

Saattohoitosuositusten mukaan kaikkien kuolevien potilaiden tulee saada hyvää saattohoitoa hoitopaikasta riippumatta (STM 2010). Englannissa saattohoidon ongelmaksi on koettu puutteet hoitolinjausten muuttamisessa. Toisin sanoen ei tunnisteta, että potilas on kuolemassa. Englannissa hoitokoteja on huomattavasti enemmän mitä Suomessa ja myös useita projekteja ja hankkeita on käynnistynyt parantamaan saattohoitoa edelleen. (Generic report 2006/2007; Hänninen 2011, 2024-2025.) Tutkimuksiin perustuen laadukas saattohoito on mahdollista toteuttaa terveyskeskuksissa sekä sillä on olemassa myös taloudelliset perusteet (Vuorinen ym. 2004, 295).

4.3 Saattopotilaan fyysiset oireet

Ihmisten on helpompaa säilyttää kiinnostuneisuutensa ja innostuneisuutensa ympäristöönsä kehon ollessa hyvässä kunnossa. Ongelmaksi saattohoitopotilailla muodostuu usein se, että oireet haittaavat keskittymistä ympärillä tapahtuvien asioiden havaitsemiseen. Ympärillä tapahtuvat asiat menettävät merkitystään, kun saattohoitopotilaat taistelevat erilaisia oireita vastaan. (Hänninen & Pajunen 2006, 41-47.)

Fyysisistä oireista suurimmaksi nousee kipu. Kipua esiintyykin loppuvaiheen syövässä 35-96%:lla (Käypähoito 2008). Kipu on kokonaisvaltaista vaikuttaen koko saattohoidettavan elämänlaatuun (Hänninen ym. 2006, 43). Kuuppelomäen (2002) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat kivunhoidon olevan kokonaisuutena hyvää terveyskeskuksissa, mutta kivunhoidon käytännöt puuttuivat. Tutkimuksen mukaan koettiin kivunhoidon lisäkoulutus tarpeelliseksi. Syöpäpotilaiden kohdalla voidaan kivunhoidossa poiketa normaalista kipulääkekäytännöstä ottaen joissakin tapauksissa suoraan käyttöön vahvat kipulääkkeet (Käypähoito 2008).

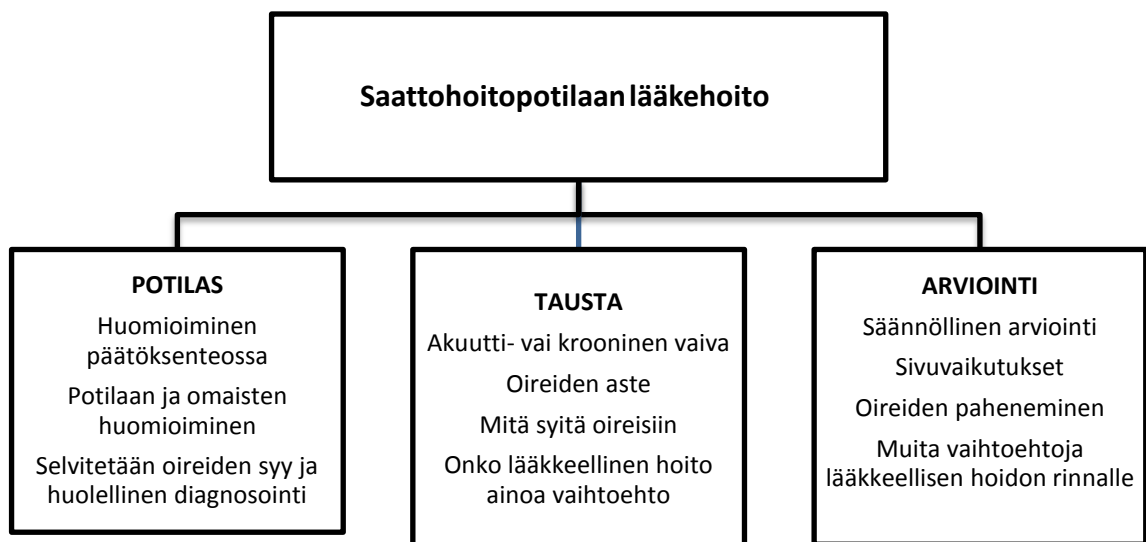
Kivun ohella loppuvaiheen potilailla esiintyy runsaasti muita fyysisiä oireita. Saattohoidettavien oireet ovat usein yhteydessä toisiinsa. Oireet voivat esiintyä ketjumaisesti aiheuttaen toinen toisensa. Saattohoidettavilla on normaalisti ennen kuolemaa useita sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita. (Korhonen 2005, 215-219.) Taulukossa 1. on lyhyesti esitelty kuolevan potilaan fyysisiä oireita, niiden esiintyvyyttä sekä hoitomahdollisuuksia.

Taulukko 1. Kuolevan potilaan fyysiset oireet (Käypähoito 2008).

OIRE	ESIINTYVYYS	HOITOMAHDOLLISUUDET
Kipu	35-96%	Opioidit tehokas hoitomuoto, syyn selvittäminen ja hoito
Pahoinvointi Oksentelu	n. 30% pahoinvointia n. 60 % oksentelua	Pahoinvoinnin/oksentelun syyn hoitaminen (kipu, ummetus, askites jne.) Lääkkeellinen hoito
Nielemisvaikeudet		Saattohoitovaiheen potilaat eivät hyödy nesteytyksestä eivätkä lisäravinteista. Hyvä perushoito.
Väsymys (fatigue)	60-90%	Ei hoitoa. Kuuluu taudin etenemiseen.

Närästys		Lääkkeellinen hoito
Suun kuivuminen		Purukumi, tekosylki, pilokarpiini-tabletit
Suoli-oireet (ripuli, ummetus, suolitukos)	Ripulia n. 4 %	Ripulia vaikea hoitaa Ummetukseen auttavat yleensä laksatiivit Suolitukoksen hoito yleistilan mukaan (saattohoitovaiheen potilailla yleensä kirurginen hoito poissuljettu)
Hengitysoireet (hikka, yskä, hengenahdistus)	Hengenahdistusta 45-70%:lla	Hikkaan lyhytaikainen lääkehoito voi auttaa Yskä johtuu normaalisti etenevästä sairaudesta, vaikea hoitaa Hengenahdistukseen happihoito ja opioidit
Kutina	5-12%:lla	Hoito perussyyn mukaan
Askites		Saattaa aiheuttaa muita oireita, kuten hengenahdistusta. Lyhyt aikaisesti voi kokeilla nesteenpoistolääkitystä. Ei tehokasta hoitoa.
Kuivuminen	Tyypillistä	Saattohoitopotilaat eivät hyödy nesteytyksestä
Kuihtuminen, ruokahaluttomuus	Yli 80% saattohoidossa olevista kärsii	Lääkehoitoa voi kokeilla.
Iho-oireet, turvotus	Tyypillisiä	Hoito perussyyn mukaan Lääkehoidosta voi olla apua

Oireita hoidettaessa lääkehoidolla on keskeinen osuus. Oirehoidossa on kuitenkin asioita, jotka tulee pitää mielessä (Kuvio 1.). Erityisen tärkeää on hoidon ohella seurata ja kirjata tilannetta. Tilanteen ja hoitovaihtoehtojen uudelleen arviointi on myös oleellista. Haasteelliseksi muodostuu saattohoidettavien oireiden tehokas tunnistaminen ja hoitaminen. Hoitohenkilökunnan tulee myös huomioida, ettei saattohoito ole ainoastaan kivunhoitoa lääkkeellisesti. (Hänninen 2003, 45; Korhonen 2005, 218.)



Kuvio 1. Oireiden lääkkeellinen hoito (Hänninen 2003, 44-45)

Fyysiset oireet potilaalla heikentävät saattohoidettavan elämänlaatua oleellisesti. Kokonaisvaltainen hoito saattaa vaarantua, mikäli fyysisiä oireita ei pystytä hillitsemään. Lääkehoidossa tulee ensisijaisesti käyttää suun kautta annosteltavia lääkkeitä, mutta varsinkin saattohoidon loppuvaiheessa tämä ei useinkaan ole mahdollista. Tällöin tulee miettiä yksilökohtaisesti muita lääkitysmuotoja ja niiden aiheuttamia mahdollisia haittavaikutuksia. Lääkkeet tulee annostella potilaalle parhaiten sopivaa antoreittiä suosien. (Korhonen 2005, 215-219.) Hyvä

vaihtoehto suunkautta annettavalle kipulääkkeelle on fentanyylilaastarit ja in-
fuusiolääkkeet (Hanks, de Conno & Cherny 2001, 587-593).

4.4 Saattopotilaan psyykkiset oireet

Osana kokonaisvaltaista saattohoitotyötä tulee huomioida myös potilaiden psyykkinen hyvinvointi. Saattohoitovaiheessa olevan potilaan mielialat voivat heitellä hyvinkin rajusti. Tunteita voi vaihtua laidasta laitaan. Psyykkiset voimavarat määrittävät sairauden kokemisen tunteesta. (Hänninen & Pajunen 2006, 50.)

Tavallisimpia psyykkisiä oireita saattohoitopotilaalla ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja delirium. Psyykkisiä ja fyysisiä oireita esiintyy samanaikaisesti. Hankalimmin hoidettavia ovat fyysisesti oireilevat psykoottiset tai deliriumista kärsivät saattohoitopotilaat. Haasteellista on löytää psykoottisille saattohoitopotilaille hoitopaikka. (Hänninen 2003, 206-207.)

Lääkehoito psyykkisten oireiden hoitomuotona on haastavaa. Huomion tulee kiinnittyä lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. (Hänninen 2003, 207.)

Sairaudesta johtuva stressi saattaa pitkittyä ja vaatia erikoislääkäritasoista hoitoa. Hoitavan lääkärin tulee havainnoida psyykkistä tilaa tarkasti ja tarvittaessa lähettää potilas erikoissairaanhoidon tilanteen kartoittamiseksi. (Hamunen, Heiskanen & Idman 2009, 3413 – 3421.)

Masennus on yleinen oire parantumattomasta syöpästä sairastavilla potilailla. Akechi ym. (2010) tutkivat psykoterapian vaikutuksia parantumattomasta syöpästä sairastavilla potilailla. Tutkimuksen mukaan psykoterapia oli vertailukelpoinen hoitomuoto ja sen vaikutukset olivat loistavia muihin hoitomuotoihin verrattuna.

Saattohoidettavilla esiintyy monia psyykkisiä vaivoja. Psyykkisiä oireita ja niiden hoitomenetelmiä on esitetty seuraavassa taulukossa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Kuolevan potilaan psyykkiset oireet (Käypähoito 2008).

OIRE	ESIINTYVYYS	HOITOMAHDOLLISUUDET
Masennus	n. 4,5-58% esiintyy vakavaa masennusta	Lääkehoidon mahdollisuuksista ristiriitaista tietoa, terapia
Ahdistuneisuus		Lääkehoito
Unettomuus		Nukkumisolosuhteet, lääkehoito
Delirium	Edennyttä sairautta sairastavilla 26-44%.	Turvallinen, rauhallinen ympäristö. Lääkehoito

4.5 Saattopotilaan hengellinen hyvinvointi

Jo kauan ihmiset ovat käyttäytyneet niin, että kriisitilanteissa hengellisyys nousee pintaan. Hengellisyyttä pidetään helposti uskonnollisuutena, mutta hengellisyys on laajempaa elämäkatsomusta. Hengellisyyteen liittyy usein tuntemuksia anteeksiannosta, elämän tarkoituksen löytämisen halua ja oman elämän mielekkyyden arviointia. (Hänninen 2006, 70-73.) Ihminen, joka ei ole uskonnollinen voi kuitenkin olla hengellinen. Hengellisyyteen kuuluvat esimerkiksi ajatukset elämän tarkoituksesta, toivosta ja ihmisyydestä. (Wasner, Longaker & Borasio 2005, 100.)

Hoitohenkilökunta kokee usein vaikeaksi puhua potilaiden hengellisistä tarpeista (Vivat 2008, 859). Normaali käytäntö sairaalaolosuhteissa on pyytää pappi niiden luokse, jotka haluavat tyydyttää hengellisiä tarpeitaan. Tämä ei kuitenkaan ole ratkaisu, vaan myös hoitaja voi läsnäolollaan ja kuuntelemisella tarjota hengellistä tukea. Pienet teot voivat auttaa saattohoitopotilaan sisäisen hengellisen tyhjiön täyttämiseen. (Hänninen 2006, 73.)

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

5.1 Projektiorganisaatio

Kehittämiprojektista vastasi projektipäällikkönä sairaanhoitaja (YAMK-opiskelija) Elina Friederiksen. Kehittämiprojektin ohjausryhmä oli koottu yhteistyökumppaneiden asiantuntijaryhmästä (Taulukko 3). Projektiryhmänä toimii Raision ja Kaarinan terveyskeskusten vuodeosastoilta koottu vastuualueryhmä (Taulukko 4.)

Taulukko 3. Ohjausryhmä

OHJAUSRYHMÄ:	
Yliopettaja Turku amk,	
Yliopettaja Turku amk,	
Vastaava hoitaja Karinakoti, Lounais-Suomen Syöpäyhdistys	
Osastonhoitaja Kaarinan terveyskeskus	
Tulosalueen johtaja, johtava hoitaja Raision kaupunki	
Erikoislääkäri, Syöpätautien klinikka, TYKS	
Ylihoitaja, Syöpätautien klinikka, TYKS	

Taulukko 4. Projektiryhmä.

PROJEKTIRYHMÄ:	
<u>RAISION TERVEYSKESKUS</u>	<u>KAARINAN TERVEYSKESKUS</u>
Geriatrian ylilääkäri, osastonhoitaja,	Ylilääkäri, osastonhoitaja,
2 sairaanhoitajaa	2 sairaanhoitajaa

5.2 Projektin kokonaistoteutus, toimintamallin käyttöönotto ja pilotointi

Saattohoidon kehittäminen terveyskeskuksissa- projekti aloitettiin kevään 2011 aikana. Syksyn 2011 aikana pyydettiin projektiin yhteistyöosastoiksi kahta Varsinais-Suomen terveyskeskusta. Sekä Raision että Kaarinan terveyskeskuksessa on kaksi vuodeosastoa, joista molempien terveyskeskusten osastoista toinen ilmoitti kiinnostuksen projektiin. Projekti aloitettiin palavereilla Kaarinan johtavan ylihoitajan sekä Raision johtavan hoitajan kanssa. Palavereissa selvitettiin osastojen tarvetta saattohoidon projektille, kartoitettiin saattohoidon nykytilannetta sekä esiteltiin projektin idea. Projektin esiselvitys valmistui keväällä 2012.

Projektia varten terveyskeskusten vuodeosastojen henkilökunnasta koottiin moniammatillinen projektiryhmä, joka osallistui toimintamallin suunnitteluun, toimintamallin jalkauttamiseen osastoille ja sen arviointiin sekä toimi osastoilla saattohoidon vastuualueryhmänä. Projektissa korostettiin moniammatillisen yhteistyön lisäämistä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin välillä. Projektiryhmä koostui yhteistyöosastoilla työskentelevistä kahdesta lääkäristä, neljästä sairaanhoitajasta sekä kahdesta osastonhoitajasta. Projektiryhmän jäsenet toimivat omissa työpisteissään saattohoidon vastuualuetyöryhmänä.

Vastuualuetyöskentelyssä vastuuna olivat terveyskeskuksen vuodeosastoilla toteutettava saattohoito ja muun henkilökunnan sekä osastojen konsultaatiot saattohoitoon liittyen. Vastuualuetyöskentelyyn kuului yhteistyö erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa sekä tiedon tehokas siirtäminen muulle hoitohenkilöstölle.

Ensimmäinen projektiryhmän kokous järjestettiin keväällä 2012 ja projektiryhmän kokoukset jatkuivat kevääseen 2013 asti. Projektiryhmän kokouskutsut lähetettiin sähköpostitse jokaiselle projektiryhmän jäsenelle henkilökohtaisesti. Projektiryhmän kokouksissa kartoitettiin osastojen saattohoidon tilannetta, keskusteltiin saattohoidon haasteista ja toimivista käytännöistä osastoilla sekä niiden pohjalta työstettiin mallia saattohoidon toteuttamisesta terveyskeskusten vuodeosastoilla, vastuualuetyöskentelystä sekä yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa.

don kanssa. Projektiryhmän kokoukset kestivät kerrallaan noin kaksi tuntia ja kokoukset järjestettiin vuoronperään Kaarinan ja Raision terveyskeskuksissa. Myös tällä pyrittiin madaltamaan kynnystä yhteistyöhön eri terveyskeskusten välillä. Projektiryhmän kokouksissa puheenjohtajana toimi projektipäällikkö. Projektiryhmän kokouksissa esiin tulivat ongelmat saattohoitopäätöksen siirtymisessä, saattohoitopotilaiden lääkehoidon toteuttamisessa, hoitotietojen siirtymisessä organisaatioiden välillä sekä vähäinen yhteistyö eri organisaatioiden kanssa. Projektiryhmä koki myös, etteivät erikoissairaanhoidon toimijat ymmärrä perusterveydenhuollon toimintaa ja päinvastoin. Kaikista kokouksista laadittiin muistiot. Projektiryhmällä oli vastuualueuetyöskentelyn roolissa vastuu siirtää saamansa tieto työyhteisöön ja osallistaa myös muu henkilökunta saattohoidon kehittämiseen osastotyössä.

Yhteistyöiltapäivä projektiryhmän sekä TYKS Syöpätautien klinikan kanssa järjestettiin 19.9.2012. Yhteistyöiltapäivään osallistui hoitotyön edustajia Syöpätautien klinikan vuodeosastoilta, poliklinikalta sekä lääkäriedustus. Yhteistyöiltapäivässä käsiteltiin yhteistyön haasteita saattohoitopotilaiden hoidossa, madallettiin kynnystä yhteyden pitoon, mietittiin ratkaisua siirtotilanteiden haasteisiin sekä solmittiin konsultointitapaamisia.

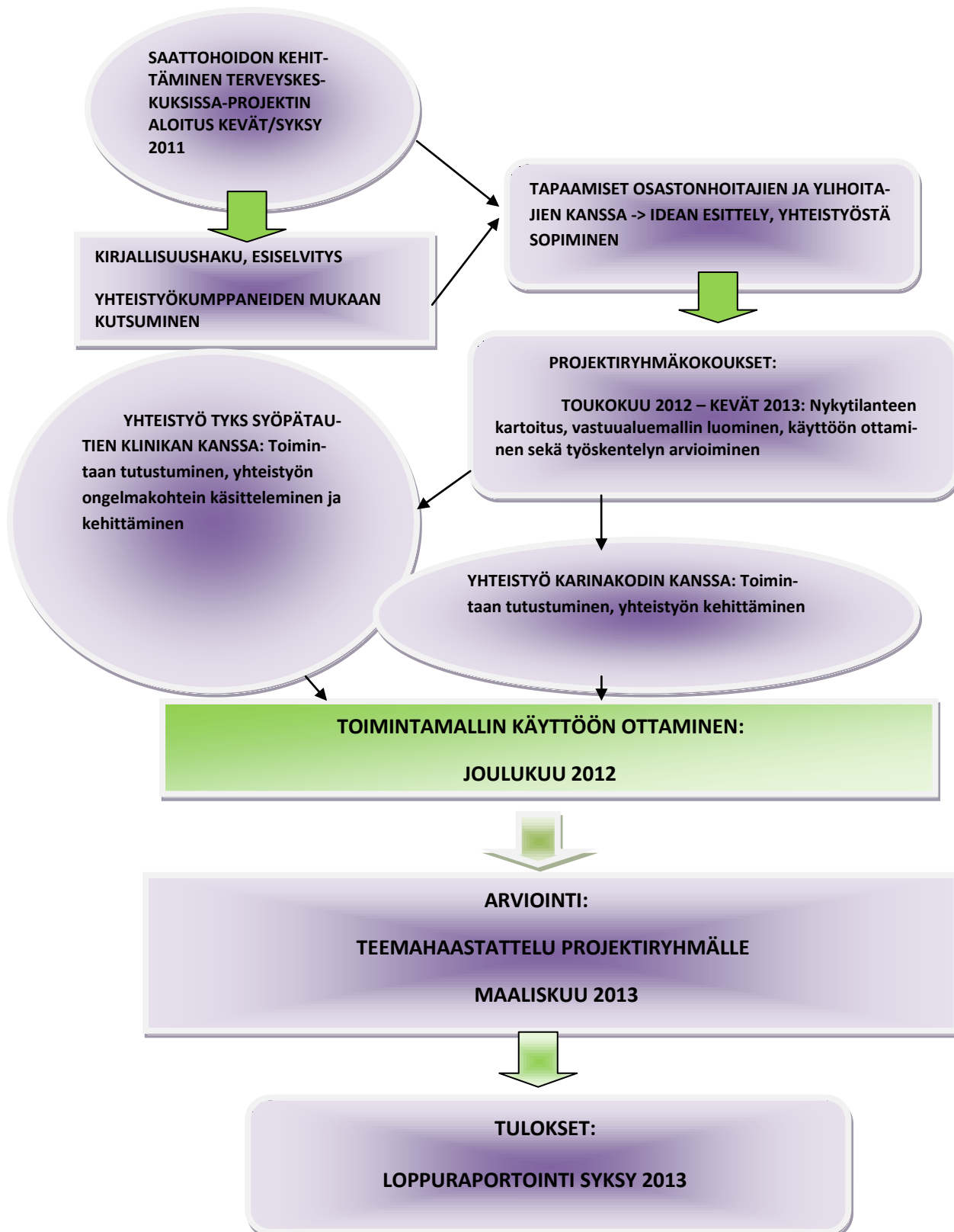
3.10.2012 toteutettiin yhteistyöiltapäivä projektiryhmän sekä Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen Karinakodin kanssa. Asiantuntijana toimi Karinakodin vastaava hoitaja ja lääkäri. Yhteistyöiltapäivässä käsiteltiin Karinakodin toimintaa, kivunhoidon haasteita saattohoitopotilaan hoidossa sekä tutustuimme Karinakodin puitteisiin. Sekä Kaarinan että Raision terveyskeskukset toimivat yhteistyössä Karinakodin kanssa saattohoitopotilaiden hoidossa.

Toimintamallia kehitettiin yhteistyössä projektiryhmän, Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) syöpätautien klinikan ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen (LSSY) kanssa. Projektiryhmän kokouksien sekä erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin yhteistoiminnan tuloksena luotu saattohoidon toimintamalli pilotoitiin Kaarinan ja Raision terveyskeskusten yhteistyöosastoilla 1.12.2012-31.1.2013. Toimintamalli sekä tiedote toimintamallin pilotoinnista lähetettiin projektiryhmälle sekä Syöpätautien klinikan yhteyshenkilöille, joiden tehtävänä oli

toimittaa toimintamalli koko henkilökunnan tietoisuuteen ja käytännön työhön. Toimintamallia käsiteltiin osastopalaverissa. Lisäksi Raision ja Kaarinan terveyskeskusten potilastietojärjestelmään Efficaan Yleiseen kansioon liitettiin saattohoidon prosessikuvaus (liite 1.) pilotoinnin loppupuolella, jonka muokkaamiseen ja täydentämiseen vastuualuetyöryhmälle laadittiin oikeudet. Saattohoidon vastuualuetyöskentelyn toimintamallin sanallinen kuvaus jaettiin osastoille paperisena versiona ennen pilotoinnin alkua.

Projektin tutkimuksellinen osa toteutettiin projektiryhmän teemahaastatteluilla maaliskuun 2013 aikana. Projekti päättyi keväällä 2013. Tutkimuksen tulokset jaettiin projektiryhmän jäsenille sähköpostitse syksyllä 2013.

Kehittämisprojektin toteuttamisessa oli aikataulullisia haasteita ja aikataulua jouduttiin tarkistamaan läpi projektin toteutuksen. Projektin eteneminen on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Kehittämisen eteneminen

6 PROJEKTIRYHMÄN TOIMINNAN TULOKSENA SYNTYNYT VASTUUALUETYÖSKENTELYN MALLI

Projektin tarkoituksena oli pysyvän toimintamallin muodostuminen vastuualue-työskentelyn kautta osastoille sekä saattohoidon aseman vahvistaminen. Ke-
vällä 2013 toteutetulla ryhmähaastattelulla selvitettiin millä tavoin saattohoito-
potilaan hoito on muuttunut vastuualue-työskentelyn aloittamisen jälkeen ja min-
kälaisena kehittämisprojekti on koettu. Saattohoidon pilottitoimintamallin pro-
sessikuvaus (liite 1.) on kehitetty työkaluksi saattohoidon toteuttamiseen terve-
yskeskusten vuodeosastolla. Kaavio kuvaa saattohoidon prosessia potilaan siir-
tymisestä erikoissairaanhoidon yksiköstä joko kotiin tai perusterveydenhuollon
yksikköön ja sitä mitä hyvään saattohoitoon kuuluu. Prosessikuvausta voidaan
käyttää päivittäisessä työssä ja vastuualuejäseneet voivat lisätä siihen linkkejä,
joista nopeasti löytyvät ratkaisut saattohoidon tilanteisiin esimerkiksi uudelle
työntekijälle. Siirtovaiheessa prosessikuvauksesta löytyvät nopeasti tärkeät yh-
teystiedot, hoitosuunnitelma palaverin ohjeistus, oirehoito ja kuoleman jälkeinen
hoitotyö.

Vastuualue-työskentelyn mallissa kuvataan työnjaolliset ja sisällölliset hoitokäy-
tännöt. Siinä selkiytetään saattohoidon käsitteitä, vastuukysymyksiä sekä pyri-
tään tehokkaampaan tiedon välittymiseen hoito-organisaatioiden välillä mahdol-
listaen palliatiiviselle saattohoitopotilaalle katkeamaton hoitoprosessi. Toimin-
tamalli kuvaa vastuualue-ryhmän työskentelyä sekä hyvää kokonaisvaltaista
saattohoitoa.

Vastuualue-työskentelyn toimintamalli käsittelee saattohoitotoimintaa eri tilan-
teissa. Tilanteihin on määritelty vastuuhenkilöt, heidän tehtävänsä sekä toimin-
nan tulos. Saattohoidon toimintamalli pyrkii selkiyttämään eri toimijoiden tehtä-
viä sekä vastuita ja näin selkiyttämään saattohoitopotilaan hoitopolkua erikois-
sairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Saattohoidon toimintamallilla pyritään
vahvistamaan yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja madaltamaan kynnystä eri
toimijoiden yhteistyöhön sekä takaamaan katkeamaton saattohoitopotilaiden

hoito. Tärkeänä pidetään myös konsultaatiomahdollisuuksien parantamista eri toimijoiden välillä.

Saattohoidon vastuualueuetyöskentelyn toimintamalli alkaa siirtovaiheesta erikoissairaanhoidon yksiköstä perusterveydenhuollon palveluiden piiriin. Erikoissairaanhoidon lääkärin tehtävänä on päättää potilaan siirtymisestä perusterveydenhuoltoon ja tehdä hoitolinjaus yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitohenkilökunta huolehtii potilaan konkreettisesta siirtymisestä jatkohoittoon ja ottaa yhteyden jatkohoitopaikkaan. Sanallisesta kuvauksesta löytyy yhteistyöosastojen (Raisio ja Kaarina) yhteystiedot, jonne otetaan yhteyttä siirtotilanteessa. Vaiheiden sujuessa saumattomasti pystytään takaamaan potilaalle selkeä tilanne, turvallisuuden tunteen lisääntyminen sekä tietojen tehokas siirtyminen eteenpäin.

Perusterveydenhuollossa tulee olla lääkäri, joka ottaa vastaan siirtyvän potilaan ja aloittaa hoitosuunnitelman laatimisen potilaalle yhdessä potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Työtä helpottaa selvästi se, että saattohoitopäätös on jo tehty ja selitetty potilaalle erikoissairaanhoidossa. Saattohoidon vastuualueuetyöskentelijä osallistuu myös hoitosuunnitelman laatimiseen.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö on tärkeää ja turvaa erikoisosaamisen siirtymisen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidon lääkäreiden ja hoitajien tulee tarjota konsultaatioapua perusterveydenhuoltoon ja näin tehostaa saattohoidon toteuttamista. Erikoissairaanhoidossa toimii palliatiivinen poliklinikka, kipupoliklinikka ja psykiatrian klinikka joilta saa apua erityistilanteissa. Erikoissairaanhoidon tulee tarjota myös koulutusta perusterveydenhuollon toimijoille. Vastuualueuetyöskentelijöiden tehtäviin kuuluu organisoida omalle työyhteisölle koulutuksia saattohoitoon liittyen, toimia yhteistyö linkkinä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimijoiden välillä, siirtää hyviä käytänteitä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja olla juurruttamassa ne osaksi käytännön toimintaa.

Hoitolinjaus on avattu kohdassa A3. Tässä kohdassa käydään läpi palliativisen hoidon määritelmä sekä se, mitä saattohoito tarkoittaa. Tällä pyritään tukemaan potilaan tilanteen tunnistamista ja oikean hoitolinjauksen valintaa.

Vastuualuetyöskentelyn mallissa on myös kuvattu kolmannen sektorin ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Yhteistyöterveyskeskuksilla on mahdollisuus käyttää Karinakodin palveluita ja tällöin erikoissairaanhoidon lääkäri tarkistaa potilaan tilanteen ja hoitolinjauksen. Mikäli potilaalle ei ole tehty saattohoitopäätöstä, tulee tämä laatia ennen siirtymistä Karinakotiin yhdessä potilaan, omaisten ja häntä hoitavien henkilöiden kanssa. Lääkäri laatii epikriisin ja lähetteen kolmannen sektorin palveluihin. Jatkohoitopaikan yhteydenpidosta ja ilmoittamisesta huolehtii, joko perusterveydenhuollon lääkäri tai saattohoidon vastuualuetyöntekijä/hoitaja.

Seurakunnat järjestävät Raision ja Kaarinan alueella saattohoidettaville ja heidän omaisilleen vertaistukea, hengellistä tukea ja erilaisia kursseja surutyön helpottamiseksi. Seurakunnat järjestävät usein myös palvelunsa perusterveydenhuollon osastoille saattohoitoa vaativille potilaille.

Hyvällä yhteistyöllä sekä erikoissairaanhoidon että kolmannen sektorin kanssa voidaan pyrkiä saattohoidossa saattaen vaihtamiseen, joka on potilaalle turvallinen ja jatkuvuuden takaava siirto. Saattaen vaihtamisessa siirtyminen on saumatonta ja kaikki tiedot vaihtuvat nopeasti paikasta toiseen potilaan mukana. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa mahdollistaa myös koulutusten järjestämisen ja erikoisosaamisen siirtymisen perusterveydenhuoltoon.

Kotiutumisessa kotiin tulee huomioida potilaan mahdollisuus tarvittaessa ottaa yhteyttä perusterveydenhuollon yksiköihin tilanteensa sitä vaatiessa ja jakaa potilaalle yhteystiedot, joista apua voi hankkia. Oleellista olisi pitää hoitoneuvottelu potilaan ja omaisen kanssa sekä aloittaa hoitosuunnitelman laatiminen jo heti potilaan siirtyessä kotiin ja näin tiedot olisivat jo tiedossa potilaan joutuessa äkillisesti terveyskeskuksen vuodeosastolle. Potilasta tulee myös informoida jatkohoitomahdollisuuksista. Sekä Raisiossa että Kaarinassa vuodeosaston potilas voi kotiutua oman toiveensa mukaisesti ja ennalta sovittaessa tulla ongel-

matilanteissa suoraan vuodeosastolle ilman päivystyskäyntiä. Usein kuitenkin päivystyskäynti on tarpeellinen lääkityksen tarkistamiseksi. Jos potilaalla ei vielä ole vuodeosastokontaktia, pääsee hän osastolle lääkärin päivystyskäynnin kautta. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on osallistua potilaan hoitoa koskeviin neuvotteluihin sekä taata ja järjestää potilaalle tukitoimia kotiin, kotona pärjäämisen parantamiseksi. Näillä menettelyillä tuetaan potilaan itsemääräämisoikeuden ja toiveiden toteutumista, pyritään turvalliseen saattohoitoon, luodaan luottamuksellista suhdetta potilaan ja omaisen ja hoitavan henkilökunnan välillä.

Hoitosuunnitelmapalaverin pitäminen ja hoitosuunnitelman laatiminen on tärkeä osa saattohoitotyötä. Perusterveydenhuollon lääkäri, hoitajat, potilas ja omainen yhdessä kokoontuvat ja laativat hoitosuunnitelman, josta käy ilmi myös potilaan hoitolinjaus. Neuvottelussa käydään läpi oirekyselykaavake ja perehdytään potilaan mahdollisiin ongelmatilanteisiin. Tärkeää on myös keskustella potilaan toiveista, tarpeista ja keinoista niiden saavuttamiseksi. Mikäli potilaalla ei ole hoitoahtoa, laaditaan tämä myös neuvottelussa. Hoitajan tulee huolehtia lisäksi myös potilaan kirjallisesta informoimisesta, jolloin potilaalle ja omaisille annetaan saattohoito-opas. Hyvä hoitoneuvottelu ja hoitosuunnitelman luominen kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, luo vuorovaikutuksellista suhdetta eri osapuolten välille ja takaa potilaalle riittävän informaation suullisesti sekä kirjallisesti. Tarvittaessa hoitosuunnitelman laatimiseen voidaan kutsua myös muita tarpeelliseksi nähtyjä henkilöitä.

Saattohoidon vastuualuetyöskentelyn mallin sanallisessa kuvauksessa hyvän saattohoidon toteuttaminen perusterveydenhuollossa, kuvataan hyvää kokonaisvaltaista saattohoitotyön toteuttamista perusterveydenhuollon lääkärin, hoitohenkilökunnan, vastuualuetyöskentelijöiden sekä potilaan ja omaisten näkökulmasta. Vastuualuetyöskentelijöiden näkökulmasta tärkeää on viedä uutta tietoa ja hyviä käytäntöjä työyhteisöön saattohoidosta ja sen toteuttamisesta.

Omaiset ja sosiaalinen verkosto tulee huomioida läpi koko saattohoidon. Omaisten ja läheisten huomioiminen ei ole vain hoitajien tehtävä vaan kaikkien hoitoon osallistuvien tulee huomioida heidät ja ottaa potilaan toiveiden mukaisesti mukaan hoidon päätösten tekoon.

Vastuualueuetyöskentelyn toimintamallissa on esitelty myös vastuualueen osallistujien vastuut sen mukaisesti onko kyseessä lääkäri, osastonhoitaja vai sairaanhoitaja. Tällä selkeytetään jokaisen roolia moniammatillisessa saattohoitoa tukevassa ryhmässä.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSA

7.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata pilotti-terveyskeskusten (Raisio ja Kaarina) henkilökunnan kokemuksia uudesta saattohoitoon kehitetystä toimintamallista. Tarkoituksena oli arvioida saattohoidon toteuttamiseen yhteisesti kehitettyä toimintamallia.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälaiseksi hoitohenkilökunta kokee uuden saattohoitopotilaan toimintamallin hoitotyön näkökulmasta?
2. Minkälaiseksi hoitohenkilökunta kokee uuden saattohoitopotilaan toimintamallin eri yhteistyötoiminnan näkökulmasta?
3. Millaisia uusia toimintamahdollisuuksia saattohoitoprojekti on tuonut saattohoitotyön toteuttamiseen hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
4. Millaisia jatkokehittämismahdollisuuksia hoitohenkilökunta näkee toimintamallissa olevan?

7.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu

Pilotti-toimintamallin arviointia varten toteutettiin maaliskuussa 2013 kaksi ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelut toteutettiin Kaarinan ja Raision terveyskeskusten tiloissa neljänä erillisenä haastatteluna. Haastattelut nauhoitettiin.

Toisen ryhmän muodostivat osa projektiryhmän jäsenistä, johon kuului terveyskeskuksista kaksi lääkäriä, osastonhoitaja sekä kolme sairaanhoitajaa (n=6). Monipuolisemman arviointitiedon saamiseksi toinen haastateltavien ryhmä muodostettiin terveyskeskusten sellaisista hoitajista, jotka eivät kuuluneet projektiryhmään mutta olivat kuitenkin hoitaneet saattohoitopotilaita uuden toimintamallin pilotoituvaiheessa. Ryhmään osallistui vapaaehtoisesti kaksi sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa terveyskeskuksista (n=5). Terveyskeskuksen vakinaista henkilökuntaa informoitiin haastattelusta ja sen tarkoituksesta sekä suullisesti että kirjallisesti.

Teemahaastatteluun oli valittu neljä teemaa (Liite 2.), jotka tarkastelivat pilotti-toimintamallin avulla tapahtuneita muutoksia saattohoitopotilaan hoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Teemahaastattelurunko perustui aiheesta tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen. Teemahaastattelu valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska siinä tutkimusongelmista poimitaan aihealueita, joita tutkimusongelmien selvittämiseksi on pakollista käsitellä. Teemahaastattelun tavoitteena on vastaajan oman kuvauksen antaminen käsiteltävistä aihealueista. (Vilka 2007, 101-103.) Ryhmähaastatteluun päädyttiin, koska projektissa toimi projektiryhmä käytännön toiminnan kehittämiseksi.

7.3 Aineiston analyysi

Teemahaastattelun aineisto analysoitiin sisällön analyysiä soveltaen. Sisällön analyysissä tutkittu asia jaotellaan havaintoyksiköihin, jotka asetetaan havaintomatriisiin. Sen jälkeen, kun tutkimusaineisto on pilkottu osiin, kootaan tutkimusaineisto jälleen tiivistettynä yhteen tutkitun asian tulkintaa varten. (Vilka 2007, 139-140.)

Nauhoitetut aineistot kirjoitettiin sanasta sanaan puhtaaksi ja luettiin moneen kertaan. Aineistoa tarkasteltiin teemahaastattelurungon kautta ja aineistosta haettiin pelkistyksiä haastattelukysymyksiin, joita sitten ryhmiteltiin ja koottiin tiivistettynä yhteen. Ryhmän 1 ja 2 vastaukset analysoitiin ensin erikseen terveyskeskuksittain ja sitten yhdistettiin. Ryhmän 1 ja 2 vastauksia tarkasteltiin samankaltaisuuksien sekä eroavaisuuksien kautta.

Ensimmäinen teema tarkasteli saattohoitotoimintamallin arviointia saattohoitopotilaan hoitamisen näkökulmasta. Erityisesti kiinnitettiin huomiota palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteiden hallintaan sekä saattohoitopäätösten tekemisiin. Toisessa teemassa perehdyttiin saattohoitomallin arviointiin yhteistyön näkökulmasta. Kolmannessa teemassa arvioitiin projektin tuomia toimintamahdollisuuksia sekä viimeisessä teemassa saattohoitotoimintamallin jatkokehittämismahdollisuuksia.

7.4 Tutkimuksen tulokset

Tutkimukseen osallistui kaksi ryhmää joista ryhmä 1 muodostui yhteistyöosastojen projektiryhmästä ja ryhmä 2 yhteistyöosastojen hoitohenkilökunnasta. Tutkimuksen tuloksissa käsitellään ryhmän 1 ja 2 kokemuksia saattohoitomallista hoitotyönnäkökulmasta sekä yhteistoiminnan näkökulmasta. Lisäksi tuloksissa tarkastellaan saattohoitotoimintamallin mahdollistamia toimintamahdollisuuksia. Lopuksi käsitellään saattohoitotoimintamallin jatkokehittämismahdollisuuksia. Ryhmään 1 osallistui henkilökuntaa kahdesta eri terveyskeskuksesta ja vastauksissa ilmeni eroavaisuuksia eri terveyskeskusten välillä. Näin tapahtui myös ryhmän 2 kohdalla.

7.4.1 Kokemukset toimintamallista hoitotyönnäkökulmasta

Ryhmän 1 haastattelun tuloksista ilmeni, että projekti ja uuden toimintamallin luominen koettiin merkittäväksi, koska se lisäsi keskustelua saattohoidon toteuttamisesta ja on virittänyt kehittämisajatuksia osallistujien keskuudessa. Toisaal-

ta vastuualuetyöskentelyn käynnistämisen jälkeiset muutokset koettiin ristiriitaisesti eri terveyskeskusten välillä sekä muutoksen koettiin etenevän vasta pienin askelin eteenpäin.

”Lähinnä se on muuttunut sillä tavalla, että meillä on tullut näitä ajatuksia... on yritetty pieninä murusina soveltaa niitä työhön...”

”...Mä luulen ettei se ole muuttunut kyllä mitenkään.”

”...Tää on erittäin tärkeä, kun yhteispäivystys tulee...”

”Toisten perehdyttäminen on varmaan se mikä sit vie aikaa.”

Ryhmän 2 haastatteluun osallistuneiden yhteistyöterveyskeskusten hoitohenkilöstön välisissä kokemuksissa oli eroja. Tieto toimintamallin pilotoinnista oli puutteellista tai tietoa ei ollut lainkaan.

”Ei ole tullut käyttöön vielä.”

”Mä en edes tiennyt, et se on Efficassa...”

”Meillä on valittu muutamia ihmisiä sellaisiksi yhdyshenkilöiksi... sitä ruvetaan otamaan käyttöön...”

Saattohoidosta oli keskusteltu yhteistyöosastoilla kehittämisspäivillä sekä hakeutuminen palliatiivisen hoidon opintoihin oli käynnissä. Toisessa yhteistyöterveyskeskuksessa oli myös otettu uusia toimintatapoja käyttöön saattohoitopotilaiden saaman hoidon tehostamiseksi terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä sekä vastuualueita oli jaettu uudelleen. Tämän koettiin vaikuttaneen myös saattohoitopäätöstentekoon. Saattohoitosuunnitelman laatiminen ja hoitoneuvottelu hoidon alussa sekä tilanteen muuttuessa nousivat kehitettäväksi asiaksi. Hoitajat toivoivat lääkäreiden sitoutumisen saattohoitoon vielä parantuvan. Lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttäminen ja yhteistyö omaisten ja muiden ammattilaisten välillä koettiin lisääntyneen.

”...Osataan tarjota itseämme näille potilaille ja omaisille niin kuin ohjaamaan kysymään heitä asioita ja niin kuin auttamaan heitä erilaisten asioiden hoitamisessa.”

”...Puhutaan omaisten kanssa paljon enemmän.”

Palliativisen hoidon ja saattohoidon käsitteiden tunnistamisessa oli runsaasti eroavaisuuksia sekä yhteistyöterveyskeskusten henkilökunnan välisesti, mutta myös ryhmän 1 ja 2 sisäisesti. Saattohoidon käsite oli haastatteluun osallistuneille palliativista hoitoa tutumpi. Ryhmän 1 jäsenet kokivat projektiin osallistumisen auttaneen käsitteiden tunnistamisessa.

"...Ollaan siirrytty siihen saattohoitoon ja loppuvaiheen hoitoon."

"Minkä verran niillä nyt yleensäkin on eroa?"

"Saattohoitopotilas on se, et hänestä tiedetään että hän on kuolemaisillaan. Mut esimerkiksi sit palliativiselle jollekin vanhukselle...mitä se on?"

"...Miellän palliativisen hoidon ihan loppuvaiheeksi... mutta saattohoito on loppuosa sitä palliativista."

"...Palliativinen hoito on semmosta oireenmukaista hoitoa."

"...Palliativinen hoitolinja...me edetään sit sen mukaan mitä lääkäri sanoo."

Ongelmalliseksi koettiin epikriisien tulkitseminen hoitolinjausten suhteen ja sen aiheuttamat vaikutukset hoitoon. Epikriisit saattavat olla myös vaikeasti ja moninaisesti lukijan tulkittavissa.

"...Jos on ER-päätös, et se onkin saattohoito."

"...Joidenkin potilaiden kohdalla kumminkin siel on kylvetty niitä takaportteja..."

Ryhmä 1. kohdalla yhteistyöterveyskeskusten henkilökunnan vastaukset poikkesivat toisistaan kysyttäessä saattohoitopäätösten tekoa ja sen muutoksia uuteen toimintamalliin siirtymisen jälkeen. Toisessa terveyskeskuksessa saattohoitopäätösten tekemisessä koettiin tapahtuneen muutoksia lähinnä kirjaamisessa ja hoitolinjausten puheeksi ottamisessa. Saattohoitopäätöksistä myös keskusteltiin yleisesti aiempaa enemmän. Toisen terveyskeskuksen kohdalla koettiin, ettei saattohoitopäätösten tekeminen ollut kovin yleistä ja ajoittain saattohoitopäätös jouduttiin tekemään uudestaan erikoissairaanhoidosta siirtyneille potilaille. Myös omaisyhteistyö vaatii henkilökunnalta enemmän.

"...Me joudutaan olemaan semmosten päätösten viel selventäjiä..."

"... Potilas ja omaiset on itse vähän ulkona tilanteesta."

Ryhmä 2 kohdalla saattohoitopäätösten tekoon koettiin huomion kiinnittyneen enemmän. Lääkärit olivat ottaneet vastuuta enemmän saattohoidon toteuttamisessa ja lääkehoidollisiin asioihin panostetaan aiempaa enemmän. Saattohoitopäätöksiä koettiin tehtävän herkemmin ja ymmärretään miksi päätös on tärkeää tehdä.

Ryhmän 1 kohdalla saattohoitopotilaiden tulotilanteessa haastateltavien kokemusten mukaan muutokset koskivat aikaisempaa aktiivisempia yhteydenottoja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, joista oli kertynyt jo potilaspauksiakin. Huomio kiinnittyi aiempaa enemmän lääkityksiin ja asennoituminen saattohoitoon kuuluvien asioiden tunnistamisessa oli kirkastunut. Ryhmän 2 kohdalla ei saattohoitopotilaiden tulotilanteen koettu muuttuneen. Saattohoidettavia oli tullut kotoa saattohoitoon ja saattohoitotyön koettiin toimivan. Lääkäreiltä toivottiin edelleen aktiivisempaa päätöstentekoa saattohoitotilanteessa.

7.4.2 Kokemukset toimintamallista yhteistoiminnan näkökulmasta

Teemassa 2 käsiteltiin toiminnassa tapahtuneita muutoksia osastojen toiminnan ja yhteistyön näkökulmasta. Vastuualuetoimintaa verrattiin aiempaan toimintatapaan ja sen positiivisia muutoksia ja haasteita tarkasteltiin. Teemassa myös tarkasteltiin yhteistyötä ja tiedonkulkua saattohoidon toimijoiden välillä

Ryhmän 1 haastattelussa kokemukset vastuualuetyöskentelystä olivat vaihtelevat. Osa haastateltavista koki vastuualuetyöskentelyn kehittäneen toimintaa parempaan suuntaan ja osa koki, ettei vastuualuetyöskentely ollut muuttanut osastojen toimintaa.

”... Ennen on ollut vastuualueita niin ne on ollut vaan nimellisesti...”

”Että ei se oikeastaan ole muuttunut miksikään.”

Ryhmän 1 kokemukset olivat, että vastuualuetyöskentelyssä saattohoitoon sitoutuminen oli parempaa. Yhteistyöhön oli mahdollisuus sairaalapastorin ja sosiaalityöntekijän kanssa. Myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin saattohoidon hoitoketju oli otettu huomioon osastotyössä.

Ryhmä 1 koki haasteelliseksi vastuualuetyöskentelyn toteuttamisessa vasta-
valmistuneiden ja nuorien työntekijöiden kokemattomuuden sekä epävarmuuden saattohoitopotilaiden hoidossa motivoituneisuuden sekä sitoutumisen suhteen. Toisaalta hoitajien koettiin yleisesti olevan myös varmempia toiminnassaan. Henkilöstömuutosten vuoksi vastuualuetyöntekijöiden muutoksia jouduttiin projektin aikana miettimään. Osa vastuualuetyöskentelyyn nimetyistä hoitohenkilöstön edustajista hakeutui projektin aikana palliatiivisen hoidon erikoistumisopintoihin ja tämä koettiin positiivisena saattohoidon vastuualuetyöskentelyn jatkumisen sekä heidän muulle henkilöstölle antaman konsultaatioavun kannalta. Vastuualuetyöskentelijöiden nimeämistä pidettiin tärkeänä ja sitä, että heidän tehtävänsä on selkeästi määritelty.

Positiivisia kokemuksia ryhmällä 1 oli myös yleisen keskustelun lisääntymisessä, kirjaamisen paranemisessa sekä omaisyhteistyössä. Haastatteluissa esille nousi keskustelujen käyminen potilaiden ja omaisten kanssa. Siirtotilanteiden yhteistyön toivottiin myös paranevan muiden klinikoiden kuin Syöpätautien klinikan kanssa. Terveyskeskuksissa koettiin, että saattohoitopotilaiden kipulääkitykseen ja hoitajan aitoon läsnäoloon oli panostettu.

Ryhmällä 2 oli positiivisia kokemuksia yhteistyön lisääntymisestä erikoissairaanhoidon kanssa. Saattaen vaihtamisen, jolla tarkoitetaan saumatonta sekä katkeamatonta yhteistyötä eri toimijoiden välillä potilaan siirtyessä esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, koettiin saaneen alkusysäyksen projektin tiimoilta. Ryhmä 2 kohdalla koettiin, että on herätty miettimään aikaisempaa enemmän kotihoidon mahdollisuutta saattohoitotoiminnassa. Haasteiksi kuitenkin koettiin saattaen vaihtamisen toteutuminen myös muiden erikoissairaanhoidon klinikoiden kanssa, kuin vain syöpätautien klinikan. Tärkeäksi koettiin myös vastuualuetyöskentelijöiden tehtävien kirjaaminen selkeästi.

Kokemukset haasteista yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa projektin aikana ryhmällä 1 ja 2 olivat samankaltaiset. Ongelmia oli lääkitystietojen siirtymisessä sekä potilastietojen ja hoitolinjausten siirtymisessä erillisten potilastietojärjestelmien vuoksi. Yhteistyön toivottiin olevan jatkossa vielä avoimempaa sekä henkilökohtaisempaa esimerkiksi säännöllisten tapaamisten muodossa vastuualueutyöskentelijöiden sekä erikoissairaanhoidon välillä. Yleisesti haastateluissa korostettiin edelleen yhteistyön lisääntymiseen pyrkimistä kaikessa saattohoitotoiminnassa sekä hoitoon osallistuvien toimijoiden välillä. Haastateltaville oli selkeää mistä voi oman terveyskeskuksen sisällä löytää apua, mutta haasteellisempaa oli selvittää mistä muualta ja keiltä eri toimijoilta apua voi tarvittaessa saada.

Ryhmä 2 koki yhteistyötä vaarantaviksi tekijöiksi sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon kiireisen työtahdin. Koettiin, että tietojen antaminen sekä vastaanottaminen tapahtuivat kiireen keskellä. Esiin nousi myös kysymys lääkäreiden sitoutuneisuudesta saattohoidon toteuttamiseen. Yhteistyö vastuualueutyöskentelijöihin koettiin positiivisena sekä kääntymisen saattohoidon ongelmatilanteissa vastuualueutyöskentelijöiden puoleen koettiin olevan helppoa.

7.4.3 Kokemukset saattohoitoprojektin tuomista toimintamahdollisuuksista

Kokemukset ryhmän 1 ja 2 välillä toimintamahdollisuuksista olivat yhteneväisiä. Saattohoitotyön toteuttaminen koettiin haastavaksi, ainutlaatuiseksi, yksilölliseksi ja aikaa vaativaksi.

”...Olen aina kokenut saattohoidon hyvin arvokkaana osana hoitotyötä.”

Omat voimavarat saattohoidossa koettiin hyväksi ja niihin ei koettu tulleen muutoksia projektin aikana. Vastauksista ilmeni myös, etteivät kaikki kokeneet henkisiin voimavaroihin tukea. Koulutuksiin osallistumismahdollisuus oli parantunut ja tiedon lisääntymisen kautta oma varmuus oli lisääntynyt. Palliativisen hoidon erikoistumisopintoihin osallistui molemmilta yhteistyöosastoilta neljä hoitajaa.

Saattohoidettavan ongelmiin koettiin olevan herkkyyttä kiinnittää huomiota enemmän ja kykyä puuttua niihin. Enemmän toivottiin kuitenkin lääkärin sitoutumista ja yhteisten linjojen määrittämistä. Toimintamahdollisuuksien kehittämistarpeiksi koettiin tilaratkaisujen parantaminen tarjoamalla saattohoitopotilaille yhden hengen huoneita, lisäkoulutuksen tarjoaminen henkilöstölle, hoitajien ja lääkäreiden lisäajan käytön uudelleen organisointi ja resursointi, työohjauksen mahdollistuminen, hoitopalaverien tehostaminen potilaiden ja omaisten kanssa sekä yhtenäisten toimintalinjausten edelleen kehittäminen. Kokemukset johdon tuesta saattohoitotyön toteuttamiseen olivat ristiriitaiset. Osassa vastauksissa kävi kuitenkin ilmi, että hoitotyön johto oli valmis tukemaan hoitajia saattohoidon toteuttamisessa.

”...Oon aivan valmis tukemaan heitä siinä missä mä kykenen...”

Ryhmä 1 koki oman tietoisuuden lisääntyneen saattohoidosta sekä sen helpotettavan saattohoidon toteuttamisessa. Ryhmän jäsenet kokivat myös omien tietojensa parantuneen projektin aikana sekä kiinnostuksen saattohoitoa kohtaan lisääntyneen. Kokemus oli, että saattohoitoon osallistuvien yhteistyö auttoi saattohoitotyöstä johtuvan stressin vähentämisessä. Lisäksi omaisilta saatu positiivinen palaute antoi itsevarmuutta toiminnan toteuttamisessa. Kokonaisuudessaan ryhmä 1 koki saattohoitotyön palkitsevaksi ja mielekkääksi osaksi hoitotyötä.

7.4.4 Toimintamallin jatkokehittämismahdollisuudet

Teemassa 4 käsiteltiin toimintamallin edelleen kehittämistä, haastateltavien uusia ideoita saattohoitopotilaan hoidon kehittämiseksi ja näkemyksiä toimintamallin laajentamisesta myös koskemaan kaikkia palliatiivisen hoidon potilaita.

Projektiryhmän (ryhmä 1) haastatteluissa painotettiin toimintamallin pysyvyyttä ja jatkuvuutta. Jatkuva yhteistyö ja siihen liittyvän keskusteluyhteyden luominen toimintakentän sisällä, kontaktiyhteyden säilyminen ja asioiden läpi käyminen koettiin tärkeänä. Hyvänä ajatuksena pidettiin myös jatkokoulutuksen kuulumis-

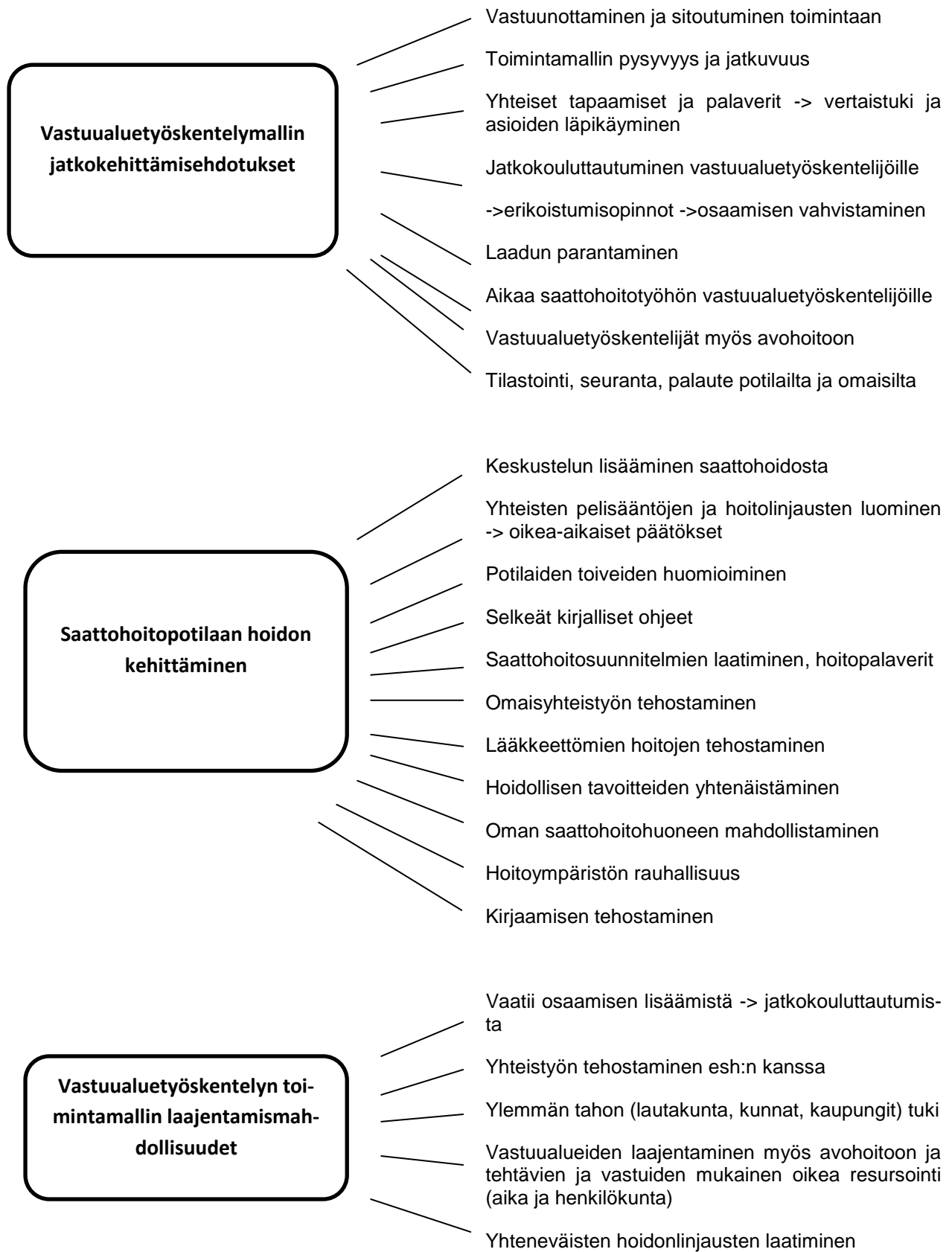
ta vastuualuetyöskentelyn toimintamalliin. Saattohoitotyössä kehittävät toimenpiteet liittyivät yhteneväisiin hoitolinjoihin, saattohoitotyön auttamismenetelmiin ja osaston puitteiden ja tilojen parantamiseen. Myös panostaminen saattohoidon resursseihin ja avohoidon sekä osastotyön yhteistyöhön nousi haastattelussa esiin. Vastuualuetyöskentelyn toimintamallilla nähtiin olevan laajenemismahdollisuudet. Tämän onnistumiseksi koettiin tarvittavan kuitenkin aikaa, resursseja, yhteneväisiä toimintalinjauksia sekä lisäkoulutusta.

Ryhmä 2 kohdalla palattiin toisen yhteistyöterveyskeskuksen kohdalla vielä jatkokehittämismahdollisuuksien ja laajentamisen suhteen siihen, ettei toimintamallista ollut tietoa eivätkä näin ollen haastateltavat kokeneet pystyvänsä sanomaan mitä vielä voisi edelleen kehittää tai miten voisi laajentaa toimintamallia. Saattohoitotyössä kuitenkin koettiin, että huomioon pitäisi ottaa hoitotyössä enemmän potilaiden pieniä toiveita, kuten ruokahaluun liittyvät asiat ja osaston puitteet saattohoidon järjestämisessä.

”Saattohoituhuoneen pitäisi hehkua lämpöä.”

Toisen yhteistyöterveyskeskuksen jatkokehittämismahdollisuuksien kokemukset ryhmässä 2 liittyivät toimintamallin toteutumisen seurantaan. Ehdotuksena esiin tuli, että erikoissairaanhoidon kirjaisi yhteydenoton perusterveydenhuoltoon, jolloin pysyvästi näyttämään toteen, että on toimittu toimintamallin ohjaamalla tavalla. Ehdotuksina esiin tulivat myös tilastoimiset ja palautteen kerääminen potilailta ja omaisilta sekä säännölliset tapaamiset ja kehityssuunnitelmat. Toimintamallin laajentamismahdollisuudet nähtiin positiivisesti. Kokemukset olivat kuitenkin, että laajennettaessa toimintamallia lääkäriltä vaaditaan enemmän ja että asioista tulisi puhua niiden oikeilla nimillä sekä oikeana ajankohtana; myös vastuunottaminen koettiin tärkeänä. Saattohoidon kehittämiseksi koettiin tärkeänä selvien pelisääntöjen laatiminen sekä selkeät suunnitelmat, joihin kaikki sitoutuvat.

Jatkokehittämissuhteita ilmeni läpi haastattelun kaikkien teemojen kohdalla ja niissä oli yhteneväisyyksiä teeman 4 vastausten kanssa. Seuraavassa jatkokehittämismahdollisuudet ovat yhdistetty kuvioksi (kuvio 3).



Kuvio 3. Jatkokehittämismahdollisuudet

7.5 Tutkimustulosten johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida vastuualuetyöskentelyn toimintamallia, joka oli kehitetty yhteistyössä terveyskeskusten vuodeosastojen henkilökunnan kanssa osastoille.

Saattohoidon vastuualuetyöskentelyyn kehitettyä toimintamallia pidettiin merkittävänä ja sen koettiin virittäneen kehitysjatoksia hoitotyön toteuttamisesta yhteistyöosastoilla. Vastuualuetyöskentelymallin suosituksen mukaisesti yhteistyöosastoilta oli lähtenyt hoitajia erikoistumisopintoihin. Opintojen aloitus sijoittui saattohoidon vastuualuetyöskentelyn mallin luomisen aikaan. Suomen Palliativisen hoidon yhdistyksen (2012) mukaan suositeltavaa olisi, että palliativisia potilaita hoitavat henkilöt hakeutuisivat erikoistumiskoulutukseen. Saattohoitoon liittyvien asioiden tunnistamisessa yhteistyöosastojen henkilökunta oli kehittynyt ja potilaan sekä omaisen kanssa tehtävän yhteistyön koettiin tehostuneen. Suomalaisissa sekä kansainvälisissä tutkimuksissa on selvitetty potilaiden ja omaisten näkökulmasta toteutunutta saattohoitoa (Teno, Clarridge, Casey, Welch, Wetle, Shield & Mor 2004; Attila 1998.)

Cherlin ym.(2007) tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota oikeaan aikaan tapahtuvaan päätöksentekoon saattohoidossa. Yhteistyöosastoilla koettiin tärkeäksi lääkäreiden vastuunottaminen päätöksenteossa sekä hoitoneuvotteluiden järjestäminen sekä saattohoitosuunnitelmien laatiminen. Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu, että saattohoitoneuvotteluiden käyminen on tärkeää ja niitä pitäisi käydä enemmän. (Torppa 2007; Mikkonen 2007).

Yhteistoiminnan näkökulmasta tarkasteltuna saattohoitoon kehitetty toimintamalli aiheutti vastaajissa ristiriitaisia tuntemuksia. Osa haastateltavista koki sitoutumisen sekä motivoitumisen vastuualuetyöskentelyyn nyt parempana sekä vastuualueet tuntuivat todellisilta. Vastuualuetyöskentelijöiden konsultaatioapua pidettiin arvokkaana yhteistyöosastoilla. Suomessa ja yleisesti Euroopassa on kehitetty käytännössä hyväksi todettuja toimintamalleja. Vastuualue- ja tiimityöskentelyyn on kiinnitetty monissa maissa huomiota saattohoitoa toteutettaessa. Varsinkin Englannissa kiinnostus saattohoitoon on ilmaistu selvästi. Eng-

lannissa hoitokoteja on runsaasti ja niissä hoidetaan paljon saattohoitoakin vaativia potilaita. Erityisesti Englannissa on kiinnitetty huomiota saattohoidon toteuttamiseen kotiloissa. (Generic report 2006/2007.) Norjassa on kiinnitetty huomiota erityisosaamiseen ja osastoilla tulee olla riittävästi palliatiivisen hoidon osaamista sekä konsultointimahdollisuuksia. Palliatiivisen hoidon mallin mukaan jokaisella osastolla tulee olla lääkäri ja hoitaja, joilla on asiantuntijuutta palliatiivisesta hoidosta. (Social-og helsedirektorat 2009.) Australiassa suositaan kolmeportaista tasoa toteutettaessa saattohoitoa (Palliative care Australia 2005).

Haasteita yksiköiden sisäisessä sekä eri toimiyksiköiden välisessä yhteistyössä vielä ilmenee. Haastateltavien mukaan yhteistyö toimi Turun yliopistollisen keskussairaalan Syöpätautien klinikan kanssa, mutta yhteistyössä olisi parannettava vielä muiden Turun yliopistollisen keskussairaalan yksiköiden kanssa. Ongelmia ilmeni yhteistyössä ja tiedonkulussa eriävien potilastietojärjestelmien vuoksi. Winbladin ym. (2010) eri potilastietojärjestelmiä koskevassa tutkimuksessa todettiin kaikissa potilastietojärjestelmissä olevan runsaasti puutteita, ne vastasivat huonosti lääkärin työn tarpeisiin eivätkä vastanneet tarpeeseen lääkärin ja hoitajien välisessä yhteistyössä. Heponiemi ym. (2012) tutkivat potilastietojärjestelmiin liittyvää stressiä. Tutkimuksen mukaan potilastietojärjestelmät aiheuttivat enemmän stressiä julkisen puolen lääkäreille kuin yksityisellä sektorilla toimiville. Vuosien 2006 ja 2010 aikana toteutettujen kyselyiden mukaan potilastietojärjestelmien aiheuttama stressi oli lisääntynyt.

Hoitohenkilökunta koki saattohoidon haastavaksi, aikaa vaativaksi ja ainutlaatuiseksi tapahtumaksi. Oman tietoisuuden saattohoidosta koettiin vahvistuneen ja tämän tuoneen enemmän varmuutta saattohoitotyössä toimimiseen. Koulutukseen osallistumismahdollisuus ja sen tuomat kokemukset koettiin suurena voimavarana. Omien voimavarojen koettiin olevan hyvät saattohoitotyön toteuttamiseksi ja niissä ei koettu olleen suuria muutoksia. Tutkimus (Cherlin, Morris, Morris, Johnson-Hurzeler, Sullivan & Bradley 2007) saattohoidosta henkilökunnan näkökulmasta tukee tätä. Johdon ja ylempien päättävien tahojen tukea toivottiin enemmän saattohoitotyön kehittämiseen ja toteuttamiseen. Alueelliseen

yhteispäivystykseen siirryttyä korostettiin oman perusterveydenhuollon sisäisten palveluiden yhteistyötä esimerkiksi avohuollon palveluiden kanssa.

Saattohoidon vastuualueyöskentelyn toimintamallilla koettiin olevan jatkokehittämismahdollisuudet ja sen pysyvyyttä sekä jatkuvuutta toivottiin. Yhteistyöverkostojen luominen ja yhteisten säännöllisten palaverien pitäminen korostui merkittäväksi toimintamallia ylläpitäväksi voimavaraksi. Jatkokehittäminen koko palliatiivista hoitoa koskevaksi vaatisi vielä lisäpanostusta niin resurssien, ajan kuin erikoisosaamisen kannalta.

7.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkijaan kohdistuvat eettiset kysymykset liittyvät rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen tutkimuksen toteuttamisessa. Tutkijan tulee olla vilpitön ja rehellinen tutkimukseen osallistuvia kohtaan. Tutkijan tulee olla selvittänyt tavoitteensa tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimuseetiikkaan liittyvät yhteisesti sovitut pelisäännöt eri toimijoiden kanssa sekä hyvät tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät (Vilkkä 2007, 30.) Tämä projekti ja siihen liittyvä tutkimus toteutettiin moniammatillisena osallistavana ryhmätyöskentelynä, jossa oleellista oli projektipäällikön, projektiryhmän sekä muiden asiantuntijoiden ja toimijoiden välinen tiivis vuorovaikutus. Osapuolten tuli kunnioittaa toistensa ammattitaitoa ja asiantuntijuutta sekä projektissa että tutkimushaastatteluissa. Teemahaastatteluun osallistuvat olivat valikoituneet vapaaehtoisesti (kirjallinen suostumus) ja heitä tiedotettiin asianmukaisesti saatekirjeellä (liite 3.) Osallistujien anonymiteetistä huolehdittiin. Haastateltavilla oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Haastatteluaineiston käsittely ja säilytys oli huolellista ja asianmukaista. Aineisto säilytetään Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku - hankkeen projektipäällikön toimesta lukollisessa kaapissa/tietokoneen tiedostoina. Aineisto hävitetään asianmukaisesti hankkeen päättyessä 31.12.2015.

Hirsjärven (2002) mukaan tutkimukseen ja tiedonkeruuseen tarvitaan aina tutkimuslupa. Aineiston keruuta ei saa aloittaa ennen tutkimusluvan saamista. Kirjallinen lupa tutkimuksen toteuttamiseen haettiin ja saatiin kirjallisesti Raision

kaupungin Hoito- ja hoivapalveluiden johtavalta hoitajalta sekä Kaarinan kaupungin hyvinvointijohtajalta.

Laadullinen tutkimusmenetelmä luokitellaan luotettavaksi, kun tutkimuskohde ja tulkittava materiaali sopivat yhteen eivätkä niihin ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa perustuu tutkijan rehellisyyteen ja tutkijan on oleellista arvioida tutkimuksen luotettavuutta läpi matkan. (Vilkkä 2007, 158-160.) Tutkijan tulee raportoida tarkalleen olosuhteet tutkimuksen toteuttamiselle. Tarkkuus korostuu tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216-217.) Teemahaastattelussa on tärkeää ennalta miettiä teemojen ja kysymysten esittämisjärjestystä. Sanat sisältävät aina tulkintariskejä, jotka on mahdollista kuitenkin teemahaastattelussa tarkentaa. Teemahaastattelussa ongelmaksi saattaa muodostua kysymyksistä heijastuvat tutkijan käsitykset asiasta. (Vilkkä 2007, 104-105.)

Laadullisessa tutkimuksessa oleellista on toistettavuus, jonka mukaan lukijan on päädyttävä samaan lopputulokseen tutkimuksen tekijän kanssa (Vilkkä 2007, 158-160). Uskottavuutta laadullisessa tutkimuksessa lisää tutkijan antamat perustelut toiminnalleen (Vilkkä 2007, 158-160). Tässä tutkimuksessa aineiston keruun tilanteessa huomioitiin uskottavuus pyrkimällä tekemään haastattelutilanteesta mahdollisimman rauhallinen ja luottamuksellinen. Tutkija kertoi haastattelusta suullisesti haastateltaville ja pyrki vielä selventämään haastattelutilannetta, jotta kaikki uskaltaisivat tuoda mielipiteensä rehellisesti ilmi. Ryhmähaastattelutilanteet eivät kuitenkaan ole välttämättä paras tilanne saada haastateltavista rehellistä omaa mielipidettä esiin, sillä erilaisten työyhteisön persoonien tai ammattiryhmien vaikutukset voivat vaikuttaa haastattelutilanteeseen. Tällainen ilmiö esiintyi osassa tämän tutkimuksen haastatteluja. Haastattelutilanteessa tämä ilmeni aina saman henkilön vastaamisena ensimmäisenä, johon muut yhtyivät.

Aineiston analyysitapoja on useita. Oleellista on kuitenkin valita se tapa, joka vastaa parhaiten tutkimusongelmaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 210.) Aineistoa analysoitaessa tuli ottaa huomioon, etteivät tutkijan omat ennakkokäsitykset vaikuta tulosten kirjoittamiseen. Tulokset tuli kirjoittaa ja analy-

soida rehellisesti ja todenperäisesti. Analysoitaessa aineistoa tekstistä poimittiin ryhmittäin (1 ja 2) yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, jotka sitten koottiin yhteen. Haastattelut luettiin läpi useaan kertaan, jotta aineistosta pystyttiin tulkitsemaan kokonaisuudet ja perusteelliset vastaukset tutkimusongelmiin.

Tämän tutkimuksen teemahaastattelurunko testattiin kolmella sairaanhoitajalla ja esitestauksen perusteella havaittiin rungon olevan käyttökelpoinen eikä siihen tarvinnut tehdä muutoksia. Haastattelulaitteisto testattiin ja projektipäällikkö kävi haastattelukysymykset läpi ennen haastattelutilanteita. Haastatteluita aloittaessa käytiin haastateltavien kanssa läpi lyhyesti haastattelutilanne.

Teemahaastatteluihin eivät päässeet osallistumaan kaikki projektiryhmään osallistuneet henkilöt ja ryhmä kahden haastateltavien määrä oli suunniteltua pienempi. Ryhmien 1 ja 2 vertailussa tutkimustulokset tukivat toisiaan ja antoivat laajempaa kuvaa yhteistyöosastojen vastuualue työskentelytoimintamallin pilotoinnin aikaisesta käytännöstä. Ryhmien haastateltavien osalta toteutui moniammatillisuus. Kehittämiprojektin tutkimuksellinen osio vastasi tutkimuskysymyksiin.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektiin laadittiin projektisuunnitelma, jonka mukaisesti projekti toteutettiin. Projekti aloitettiin ideavaiheella jo keväällä 2011, mutta se käynnistyi aikataulullisten haasteiden vuoksi vasta keväällä 2012. Lisäksi projektin aikataulua jouduttiin tarkistamaan pitkin projektin toteutuksen. Haastetta projektin laadittuun aikatauluun aiheutti myös eri paikoissa työskentelevien projektiryhmäläisten aikataulujen yhteen sovittaminen projektiryhmäkokouksia varten. Projektiryhmäläiset olivat motivoituneita ja sitoutuneita projektiin ja poissaoloja projektiryhmäkokouksista oli vähäisesti.

Projektia varten laadittiin projektisuunnitelma sekä sen sisältämä tutkimussuunnitelma. Projekti- ja tutkimussuunnitelmaa jouduttiin tarkistamaan projektin alussa ja päivittämään muuttuneen tilanteen ja aikataulun vuoksi. Tutkimushaastattelut saatiin toteutettua vasta maaliskuussa 2013, vaikka aluksi haastattelut olivat tarkoitus toteuttaa jo tammikuussa 2013.

Projektin tavoitteena oli laatia yhteistyössä terveystieteiden vuodeosastojen henkilökunnan kanssa osastoille saattohoito-toimintamallin suunnitelma sekä pilotoida ja arvioida se. Projektiryhmän kokouksissa keskusteltiin tärkeistä ja ajankohtaisista asioista, haasteista, toimivista käytännöistä ja saattohoidon kehittämisen tarpeesta. Kaikki projektiryhmäläiset kokivat aiheen arvokkaaksi ja tärkeäksi ja projektiryhmäläiset olivat innostuneita kehittämään toimintaansa. Toimintamalli luotiin yhteistyössä projektiryhmäläisten käytännöstä nousseista asioista. Toimintamallin pilotointivaihe jäi lyhyeksi ja tämä aiheutti omat haasteensa toimintamallin arvioimiseksi. Molemmilla yhteistyösastoilla kuitenkin hoidettiin pilotointivaiheessa saattohoitopotilaita ja näin toimintamallia pystyttiin myös arvioimaan toiminnan näkökulmasta.

Kehittämiprojektissa korostettiin vastuualuetyöskentelyä, jolla kehitetään saattohoitoa paremmaksi, pyritään tehokkaampaan tiedonvälittämiseen hoitopaikkojen välillä sekä uusien menetelmien kehittämiseen käytännön työhön. Vastuualuetyöskentelijät pääsivät tutustumaan Turun yliopistollisen keskussairaalan Syöpätautien klinikalle ja tekivät suunnitelmia jatkossa olevaan yhteistyöhön. Kehittämiprojektin tarkoitus oli parantaa hoidon jatkuvuutta, potilaan joustavaa siirtymistä eri organisaatioiden ja kodin välillä, lisätä saattohoidon arvostusta seudullisesti ja alueellisesti sekä tehdä siitä tuloksellista ja kustannustehokasta. Projektin aikana vastuualuetyöryhmä eli projektiryhmä muuttui, mutta vastuualuetyöskentelijöiksi suunniteltiin uusia palliatiivisen hoidon koulutukseen osallistuvia hoitajia, joka kertoo myös vastuualuetyöskentelyn jatkuvuudesta. Tämän kehittämiprojektin aikana aloitettiin myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin järjestämänä Varsinais-Suomen saattohoitotyöryhmän kokoukset alueellisen saattohoitosuunnitelman laatimiseksi. Työryhmään kutsuttiin mukaan myös tämän projektin projektipäällikkö, joka pääsi tarkastelemaan alueellisia ajankoh-

taisia asioita aitiopaikalta. Tämä poiki myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun terveysalan yhteistyön saattohoidon alueellisen tilanteen selvittämiseksi ja saattohoidon kehittämiseksi.

Projektin aikana aloitettiin myös alueellisesti arvokas palliatiivisen hoidon erikoistumisopintokoulutus Turun ammattikorkeakoulussa, jonka suunnitteluun tämän projektin projektipäälliköllä oli myös mahdollisuus osallistua. Projektiryhmästä lähti kaksi henkilöä tähän koulutukseen sekä toisesta yhteistyöterveyskeskuksesta kaksi hoitajaa, jotka eivät olleet projektiryhmässä mukana. Toisen yhteistyöosaston lääkäri ilmaisi mielenkiintonsa lääkäreiden palliatiivisen hoidon koulutusta kohtaan. Projektin aikana alueellinen keskustelu saattohoidosta lähti etenemään ja alueellinen saattohoidon kehittäminen pääsi myös vauhtiin. Tämä tärkeä kehittämistyö jatkuu Varsinais-Suomen alueella edelleen.

Projektityöskentely oli haastavaa kaikille projektiin osallistuville. Useissa eri toimipisteissä työskentelevien henkilöiden oli hankalaa sovittaa aikataulujaan yhteneviksi ja tilanteeseen pyrittiin hakemaan ratkaisuja ilmoittamalla ajoissa projektiryhmän työskentelyn ajankohdat, mutta aina aikataulut eivät silti toteutuneet. Joustavuus ja ymmärtäminen auttoivat silti tekemään yhteistyötä tärkeän asian kehittämiseksi.

Projektipäällikkönä toimiminen oli haasteellista ja antoisaa. Projektipäällikkyyden myötä organisointitaito ja aikatauluttaminen kehittyivät. Kehitystä tapahtui myös tiedonhaussa, jossa kriittisyys ja aiheen rajaaminen korostuivat. Projektipäällikkönä olisi voinut kiinnittää huomiota enemmän saattohoidon vastuualue työskentelyn toimintamallin käyttöön ottamiseen ja sen tukemiseen, tekemällä esimerkiksi seuranta potilastietojen toteutuneista kirjauksista ja saattohoitopotilaiden määrästä pilotoinnin aikana. Lisää tietoa hoidossa tapahtuneista muutoksista ja tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä olisi voinut myös saada kysymällä palautetta potilailta ja omaisilta. Projektissa pilotoidun toimintamallin käyttöä olisi ollut myös syytä seurata tarkemmin, jotta toimintamallista saatavaa hyötyä olisi pystynyt lisäämään.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen Turun ammattikorkeakoulussa tulee jatkumaan. Jatkossa Palliativisen hoidon kehittäminen Varsinais-Suomen alueella tulee laajenemaan muilla Turun ammattikorkeakoulussa tehtävillä opinnäytetöillä AMK- sekä YAMK-opiskelijoiden toimesta.

LÄHTEET

Administrator 2010. "Silta toiselle rannalle" - saattohoidon asiantuntijaverkostohanke.

Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T & Furukawa, T. 2010. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. The Cochrane Collaboration.

American Cancer Society 2009. What is hospice care? Viitattu 25.3.2012
http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_2_5x_What_Is_Hospice_Care.asp.

Attila, M. 1998. Omaisten kokemuksia vanhustensairaalossa kuolleiden läheistensä hoidosta ja kuolemasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu.

Cherlin E., Morris V., Morris J., Johnson-Hurzeler R., Sullivan GM., Bradley EH. 2007. Common myths about caring for patients with terminal illness: opportunities to improve care in the hospital setting. *J Hosp Med.* 2007 Nov;2 (6):357-65.

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. www.finlex.fi [viitattu 24.3.2012]

Finnet-Soveri, H. 2005. Tarvitaanko geriatriassa saattohoitoa? *Duodecim* 121, 210-214.

Hamunen, K., Heiskanen, T. & Idman, I. 2009. Syöpä kivun hoidon kolme tasoa. *Suomen Lääkärilehti* 64 (41), 3413-3421.

Hanks, GW., de Conno, F. & Cherny, N. 2001. Morphine and alternative opioids in cancer pain: The EAPC Recommendations. *Br J Cancer* 84, 587-593.

Hautala, K., Fält, A., Hinkka, H., Lammi, U-M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L. & Kosunen, E. 2008. Syöpäpotilaiden saattohoito perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 63, 2443-2448.

Heponiemi, T., Vänskä, J., Aalto, A-M. & Elovainio, M. 2012. Kyselyt lääkäreille 2006 ja 2010:

Potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä stressi lisääntyi. *Suomen lääkärilehti* 47, 3491-3495.

Hildén, H-M., Louhiala, P. & Honkasalo, M-L. 2007. Potilaan itsemääräämisoikeus ja vaikeat päätökset elämän loppuvaiheessa – Lääkärit kuvaavat roolinsa vahvaksi tukiessaan potilasta. *Suomen lääkärilehti* 35 (62), 3079-3080.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holli, K. 2009. Tarvetta ei tunnusteta eikä hoitoa osata antaa- Jokaisella on oikeus hyvään palliatiiviseen hoitoon. *Duodecim* 125, 705-706.

Huhtinen, A. 2005. Epävalmiina ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta ja elämästä. Hämeenlinna: Kirjapaja.

Hänninen, J. 2011. Saattohoito- potilaan ja omaisen opas. Sahalan kirjapaino Oy.

Hänninen, J. 2011. Saattohoitopolku kulkee läpi koko terveydenhuoltojärjestelmän. *Suomen lääkärilehti* 66 (24), 2024-2025.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Duodecim.

Iivanainen, A.; Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. Keuruu: Otava.

Institute of Medicine 2003. Improving palliative care: We can take better care of people with cancer. Washington DC: National Academies Press.

Johansson, S. Henkilökohtainen tiedonanto 15.12.2011.

Kaarinan kaupunki 2011. Viitattu 10.9.2011 www.kaarina.fi > terveys > terveystieteiden keskuksen sairaala.

Kansanterveyslaki 1972/66. www.finlex.fi [viitattu 24.3.2012]

Korhonen, T. 2005. Onnistuuko oireiden hoito suun kautta otettavien lääkkein? *Duodecim* 121, 215-219.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan kivun hoito terveystieteiden keskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. *Hoitotiede* 14 (5), 243-253.

Käypähoito 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 11.2.2012 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063?hakusana=saattohoito>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. www.finlex.fi [viitattu 24.3.2012]

Laki yksityisestä terveydenhuollosta. www.finlex.fi [viitattu 24.3.2012]

Lehto, J., Mustonen, L., Vinkanharju, A. & Pessa, K. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalassa saattohoitopäätöksiä? *Suomen Lääkärilehti* 66 (41), 3046-3047.

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

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry 2011. Viitattu 10.9.2011 www.issy.fi > yhdistysinfo.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry 2010. Toimintasuunnitelma ja talousarvio vuodelle 2010.

Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Myller, H. (toim.) 2007. Palliativinen hoito- Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Pohjois- Karjalan ammattikorkeakoulu.

National care of the dying audit- hospital. Generic report 2006/2007.

National Research Council, 2003. Improving Palliative Care: We Can Take Better Care of People With Cancer. Washington, DC, USA: National Academies Press.

Pavlish, C. & Ceronky, L. 2009. Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*.

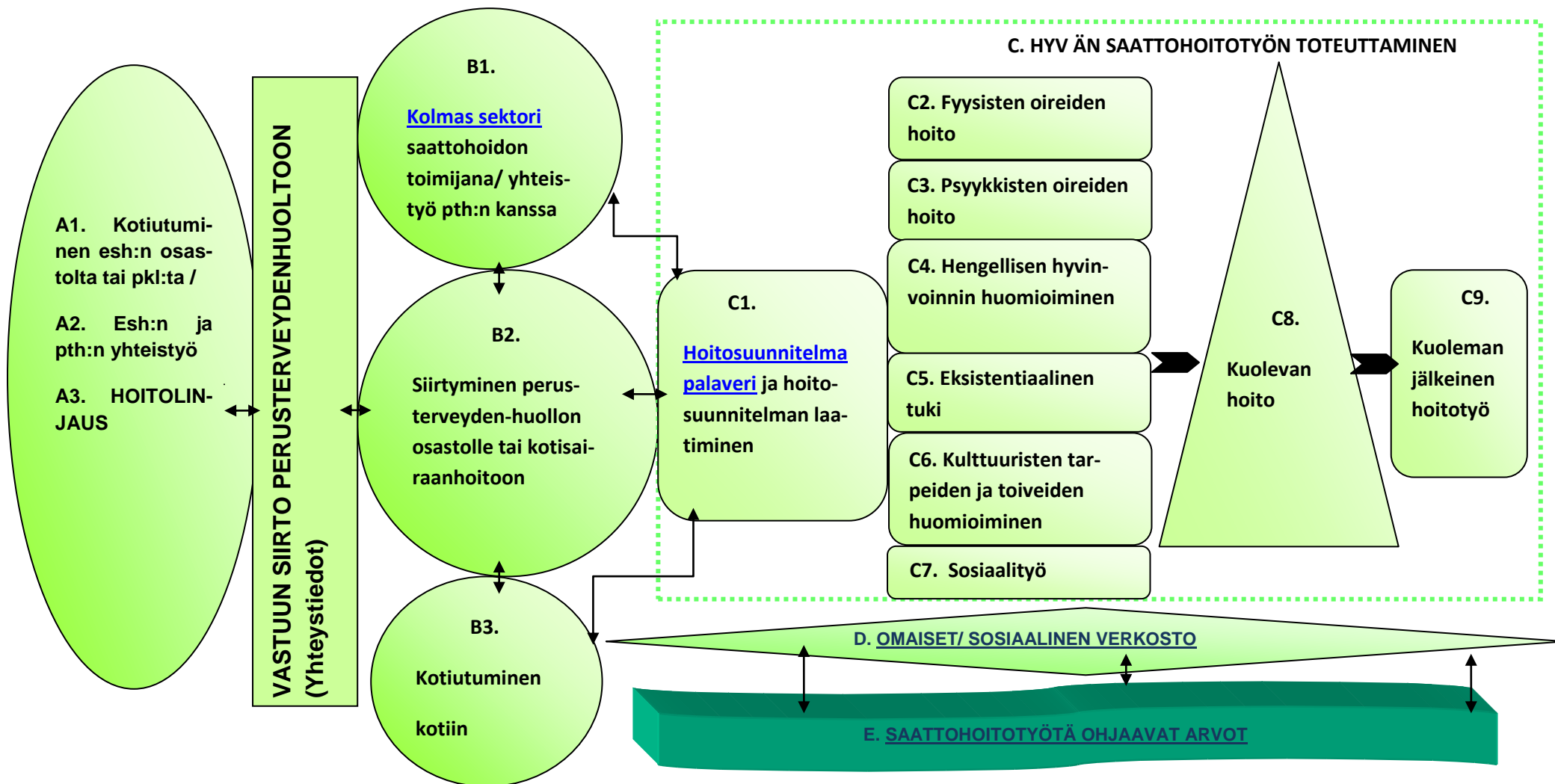
Raisio kaupunki 2011. Viitattu 10.9.2011 www.raisio.fi > terveys.

Reynolds, J. & Croft, S. 2011. Applying the Preferred Priorities for Care document in Practice. *Nursing Standard* 2010 : 29.

Räsänen, A. 2002. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Turun yliopisto, sarja C osa 178.

- Saca-Hazboun, H. 2009. Patients face difficult decisions at end of treatment. ONS Connect 24 (8).
- Social- og helsedirektorat 2009. Nasjonelt Handlings program med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6a. Hyvä saattohoito Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Standards for providing quality palliative care for all Australians. Palliative care Australia 2005.
- Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2012. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijaopinnot. Viitattu 22.2.2012 <http://www.sphy.fi/tapahtumat/palliatiivisen-hoitotyön-asiantu/>
- Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, Mor V. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA. 2004 Jan 7;291(1) 88-93
- Torppa, K. 2007. Saattohoidon toteutuminen Uudessakaupungissa, Hoitajien ja omaisten näkökulma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Duodecim.
- Vierula, H. 2011. Saattohoito vaatii lääkäriltä asennemuutoksen. Suomen lääkärilehti 66 (9), 718–721.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus.
- Vivat, B. 2008. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. Palliative Medicine 22, 859-868.
- Virtanen, R. & Kansanen, T. Henkilökohtainen tiedonanto 13.1.2012.
- VSSHP 2011. Viitattu 20.3.2012 <http://www.tyks.fi/fi/onkologia>
- Vuorinen, E., Seuna, L. & Ansas, K. 2004. Saattohoidon järjestäminen terveyskeskuksessa-Kotkan malli. Suomenlääkärilehti 4, 295-299.
- Wassner, M., Longaker, C. & Borasio, GD. 2005. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. Palliative Medicine 19, 99–104.
- Winblad, I., Hyppönen, H., Vänskä, J., Reponen, J., Viitanen, J., Elovainio, M. & Lääveri, T. 2010. Potilastietojärjestelmät tuotemerkeittäin arvioitu- Kaikissa on kehitettävää. Lääkärilehti 65 (50 – 52), 4185 – 4194.
- YK 1975. Kuolevan oikeuksien julistus.

F. SAATTOHOIDON VASTUUALUETYÖSKENTELY



A1. Kotiutuminen/siirtyminen erikoissairaanhoidon osastolta tai poliklinikalta/ B2. Siirtyminen perusterveydenhuoltoon tai kotisairaanhoidoon

Toimija/vastuuhenkilö saattohoitoprosessissa	Toiminta/Vastuu	Tulos
Erikoissairaanhoidon lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> Päättää parantumatonta sairautta sairastavan potilaan <u>hoitovastuun siirtymisestä</u> perusterveydenhuoltoon sekä potilaan siirtymisestä jatkohoitoon <u>Tekee hoitolinjauksen yhdessä</u> potilaan sekä (potilaan suostumuksella omaisen) kanssa ja <u>kirjaa</u> sen aloitettuun <u>hoitosuunnitelmaan</u> ja epikriisiin tiedoksi myös jatkohoitopaikkaan (haasteena erilliset potilas-tietojärjestelmät) (Laatii lähetteen jatkohoitoon) Huolehtii siirtovaiheen asianmukaisesta lääkityksestä ja muiden oireiden huomioimisesta ja hoidosta Ottaa tarvittaessa yhteyttä jatkohoitopaikkaan potilaan siirtymisestä Tarjoaa konsultaatioapua perusterveydenhuoltoon 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan tilanteen selkiytyminen kaikille hoitoon osallistuville osapuolille (esh, pth, potilas, omainen) Hoitolinjan ja hoidon kannalta oleellisten tietojen selkeä siirtyminen jatkohoitoon Hoitovastuun siirtyminen perusterveydenhuoltoon
Erikoissairaanhoidon hoitaja	<ul style="list-style-type: none"> Huolehtii potilaan konkreettisesta siirtymisestä ja hoitopaikan varaamisesta jatkohoitoon <u>Hoitokertomuksen huolellinen raportointi sekä hoitosuunnitelman kirjaaminen ja huolehtiminen sen siirtymisestä perusterveydenhuoltoon (haasteena eri potilastietojärjestelmät)</u> Ottaa yhteyttä jatkohoitopaikkaan ja ilmoittaa potilaan siirtymisestä Informoi potilasta siirtymisestä sekä informoi perusterveydenhuollon jatkohoitopaikasta Antaa perusterveydenhuollon yhteystiedot (Raision terveyskeskussairaala Akuuttiosasto p. 02-4343 950 ja Kaarinan terveyskeskus Osasto 1 p. 02-588 2300) potilaalle/infromoi terveyskeskuksen saattohoidon vastuualueyöryhmästä Antaa informaation kolmannen sektorin palveluista Tarjoaa konsultaatioapua perusterveydenhuollon henkilökunnalle (esimerkiksi infuusioportti, dreenit, kipupumput jne.) 	<ul style="list-style-type: none"> Siirtymisen selkiytyminen potilaalle ja omaiselle sekä jatkohoitopaikalle Yhteistyön vahvistuminen perusterveydenhuoltoon ja saattaen vaihtamisen turvaaminen Erytisoamisen jakaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä Turvallisuuden tunteen ja hoidon jatkuvuuden lisääminen potilaalle Tärkeiden potilastietojen selkeä siirtyminen perusterveydenhuoltoon
Potilas ja omainen	<ul style="list-style-type: none"> Osallistuu oman hoidon suunnitteluun ja saa tarvittavan sekä selkeän informaation tilanteesta 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitoneuvottelu Tautitilanteen ja jatkohoitosuunnitelman selkiy-

	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteydenotto jatkohoitopaikkaan 	<ul style="list-style-type: none"> • tyminen potilaalle ja omaisille • Yhteyden muodostuminen jatkohoitoon
Perusterveydenhuollon lääkäri/ saattohoidon vastuualueueryöryhmän lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> • Ottaa vastaan tiedot siirtyvästä potilaasta ja tutustuu potilaaseen sekä potilasasiakirjoihin • Aloittaa hoitosuunnitelman laatimisen yhdessä potilaan ja omaisten kanssa erikoissairaanhoidossa aloitetun suunnitelman pohjalta • Konsultoi tarvittaessa erikoissairaanhoitoa hoidollisissa kysymyksissä 	<ul style="list-style-type: none"> • Luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen luominen potilaaseen ja omaisiin • Yhteistyön muodostuminen ja vahvistuminen erikoissairaanhoidon kanssa • Hoitoprosessin jatkuvuuden turvaaminen
Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta/Saattohoidon vastuutyöryhmäperusterveydenhuollossa	<ul style="list-style-type: none"> • Ottaa vastaan tiedot siirtyvästä potilaasta ja tutustuu potilaaseen sekä potilasasiakirjoihin • Aloittaa hoitosuunnitelman laatimisen yhdessä potilaan ja omaisten kanssa erikoissairaanhoidossa aloitetun suunnitelman pohjalta • Konsultoi tarvittaessa erikoissairaanhoitoa hoidollisissa kysymyksissä • Ottaa yhteyden potilaan hoidon kannalta oleellisiin muihin toimijatahoihin (sosiaalityöntekijä, vapaaehtoistyöntekijät, fysioterapeutti jne.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen potilaaseen ja omaisiin • Yhteistyön muodostaminen erikoissairaanhoidon kanssa • Saattohoitoprosessin jatkuvuuden turvaaminen • Tarvittavan avun turvaaminen potilaalle

A2. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö

Toimija/Vastuuhenkilö saattohoitoprosessissa	Toiminta/ Vastuu	Tulos
Erikoissairaanhoidon lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjoaa konsultaatioapua potilaan saattohoidon toteuttamisessa tarpeen mukaan (palliativinen poliklinikka, kipupoliklinikka, psykiatrian poliklinikka) • Tarvittaessa kouluttaa perusterveydenhuollon henkilökuntaa saattohoitoon liittyvissä asioissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyön tehostuminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä • Potilaan saattohoitoprosessin jatkuvuuden turvaaminen • Hyvän saattohoitotyön toteutumisen turvaaminen • Tehokas, ajantasainen ja näyttöön perustuva oirehoito toteutuu
Erikoissairaanhoidon hoitaja	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjoaa konsultaatioapua potilaan saattohoidossa myös päivystysaikana (tarvittaessa 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyön tehostuminen erikoissairaanhoidon

	koulutus, perehdytys, kokemusten jakaminen, hyvät käytännöt ja niiden siirtäminen toisille toimijoille)	don ja perusterveydenhuollon välillä <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan saattohoitoprosessin jatkuvuuden turvaaminen • Erityisosaamisen jakamisen tehostaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä • Vertaistuki
Saattohoidonvastuualue työryhmä perusterveydenhuollossa/Perusterveyden huollon muu hoitohenkilökunta	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultoi tarvittaessa erikoissairaanhoidosta ongelmatilanteissa ja saa erikoissairaanhoidosta tarvittaessa opastusta, apua ja koulutusta (esimerkiksi kipupumput, dreenit, oirekyselykaavake) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä saattohoitotyön toteutuminen • Erityisosaamisen siirtyminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä • Moniammatillisen yhteistyön ylläpitäminen • Verkostoituminen

A3. HOITOLINJAUS

PALLIATIIVINEN HOITO

Palliatiivinen hoito eli oireenmukainen hoito on parantumattomasta sairaudesta sairastavan potilaan oireiden mahdollisimman hyvään hallintaan sekä elämänlaadun ylläpitämiseen pyrkivää hoitoa. Palliatiivinen hoito tulee hoidossa ajankohtaiseksi, kun on aika luopua taudin aktiivisesta hoitamisesta ja mahdollisuutta taudin parantamiseen ei ole olemassa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita hoidosta luopumista vaan se voi olla hyvinkin tehokasta hoitoa oireiden hallitsemiseksi esimerkiksi lääkkein, sädehoidon tai erilaisten toimenpiteiden kanssa. Palliatiivisesta hoitolinjauksesta päättää hoitava lääkäri erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa.

SAATTOHOITO

Saattohoito on palliatiivisen hoidon loppuvaihe, joka sijoittuu potilaan viimeisiin kuukausiin, viikkoihin ja päiviin. Saattohoidon toteuttamisesta vastaavat pääsääntöisesti perusterveydenhuollon toimipisteet. Hoito voi tapahtua terveyskeskuksen vuodeosastolla, erilaisissa hoitopaikoissa tai potilaan kotona.

Lähtökohtana saattohoitoon siirtymisessä toimii kuoleman läheisyyden tunnistaminen. Saattohoito on tehokasta ja kokonaisvaltaista oireiden hoitoa ja mahdollisimman hyvän elämänlaadun ylläpitämistä, jossa kunnioitetaan potilaan ihmisarvoa ja läheisiä.

Päätöksen saattohoidon aloittamisesta tulee tehdä hoitavan lääkärin. Saattohoitopäätös tehdään potilaan, omaisten sekä hoitohenkilökunnan kanssa yhteistyössä. Tärkeää on ottaa huomioon potilaan ja omaisten toiveet siitä, miten ja missä he toivovat saattohoidon toteutettavan. Suunniteltaessa saattohoitoa on tärkeää määritellä ja kirjata tarkasti päätökset, potilaan toivomukset, tarpeet ja ne asiat, mitä hoidossa tulee välttää (verensiirrot, antibioottihoidot, nesteytykset, ravitsemukselliset asiat, kontrollitutkimukset, tehohoito jne.).

Saattohoitosuunnitelmaa laadittaessa olisi hyvä ennakoida tulevaisuutta niin, että lääkitysmuutokset ja tarvittavat toimenpiteet olisi huomioitu.

B1. Kolmas sektori ja yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa

Toimija/ Vastuhenkilö saattohoitoprosessissa	Toiminta/ Vastuu	Tulos
Lounais-Suomen Syöpäyhdistys r.y.	<ul style="list-style-type: none"> Tarjoaa saattohoitokodin palveluita Kaarinan ja Raision asukkaille (mahdollisuus maksusitoumukseen sekä Kaarinassa että Raisiossa) Ryhmät (sururyhmä omaisille) Konsultaatio 	<ul style="list-style-type: none"> Saattohoidon toteutuminen saattohoitokodissa Vertaistuki, ryhmät, vapaaehtoistyö Erytisosaamisen jakaminen ja siirtyminen eri toimijoiden välillä (verkostoituminen) Surutyön helpottaminen
Seurakunnat	<ul style="list-style-type: none"> Tarjoaa tukipalveluita Sielunhoidon teologi Raision seurakunnassa 	<ul style="list-style-type: none"> Vertaistuki Surutyön helpottaminen Hengellinen tuki
Perusterveydenhuollon lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> Päätää parantumatonta sairautta sairastavan potilaan hoitovastuun siirtymisestä Kaarinakotiin Tarkistaa hoitolinjauksen ja sen näkymisen hoitosuunnitelmassa yhdessä potilaan sekä omaisen kanssa Laatii epikriisiin tiedoksi myös jatkohoitopaikkaan (haasteena erilliset potilastietojärjestelmät) <u>Laatii lähetteen jatkohoitoon</u> (löytyy B1. kohdasta) 	<ul style="list-style-type: none"> Saattaen vaihtamisen turvaaminen Hoidon jatkuvuuden turvaaminen Potilaan toiveiden kunnioittaminen (hoitopaikan valintamahdollisuus)

	<ul style="list-style-type: none"> • Huolehtii siirtovaiheen asianmukaisesta lääkityksestä ja oireiden huomioimisesta • Ottaa tarvittaessa yhteyttä jatkohoitopaikkaan potilaan siirtymisestä 	
Saattohoidon vastuualueryöryhmän hoitajat	<ul style="list-style-type: none"> • Pitää yllä yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa (säännölliset tapaamiset, puhelimitse sekä sähköpostiyhteydenpidot) • Huolehtii ajantasaisten kolmannen sektorin toimijoiden yhteystietojen ylläpidosta (Löytyy kohdasta B1.) ja huolehtii muutosten informoinnista muulle henkilökunnalle • Potilaan siirtyessä Karinakotiin varaa paikan, huolehtii hoitosuunnitelman ja oleellisten hoitotietojen siirtymisestä jatkohoitopaikkaan • Kolmannen sektorin palveluiden järjestäminen potilaalle ja omaisille 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutuksen mahdollistuminen • Erityisosaamisen ja hyvien käytänteiden siirtyminen eri toimijoiden välillä • Potilaan saattaen vaihtaminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen
Perusterveydenhuollon muu hoitohenkilökunta	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan siirtyessä Karinakotiin varaa paikan, huolehtii hoitosuunnitelman ja oleellisten hoitotietojen siirtymisestä jatkohoitopaikkaan • Kolmannen sektorin palveluiden järjestäminen potilaalle ja omaisille 	<ul style="list-style-type: none"> • Saattaen vaihtaminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen

B2. Siirtyminen perusterveydenhuoltoon tai kotisairaanhoidoon

Kts. A1.

B3. Kotiutuminen kotiin

Toimija/ Vastuuhenkilö saattohoitoprosessissa	Toiminta/ Vastuu	Tulos
Erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> Kartoittaa kokonaistilanteen ja kotiutumisen mahdollisuuden Valmistelee potilaan kotiutumisen ennakoiden tulevaisuutta lääkityksen, toimintakyvyn ja oirehoidon kannalta Pitää hoitoneuvottelun potilaan, omaisten ja muun tarvittavan hoitohenkilökunnan kanssa Kotiuttaa potilaan informoiden jatkohoitomahdollisuuksista. Kaarinassa ja Raisiossa potilas voi ennalta sovittaessa tulla ongelmatilanteissa suoraan takaisin vuodeosastolle ilman päivystyskäyntiä. Usein tämä on kuitenkin suotavaa, jotta potilas saa tarvitsemansa hoidon riittävän nopeasti. Jos potilas kotiutuu erikoissairaanhoidosta niin, ettei perusterveydenhuollon yhteyttä vielä ole, pääsee hän osastolle päivystyskäynnin kautta 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan itsemääräämisoikeuden ja toiveiden toteutuminen saattohoidon suhteen Hyvän ja turvallisen saattohoidon toteutuminen Luottamuksellinen hoitosuhde potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä Potilaan helppo hoitoon pääsy sekä kotona pärjäämisen tukeminen ja mahdollistaminen
Hoitohenkilökunta (sairaanhoitaja/lähihoitaja)	<ul style="list-style-type: none"> Osallistuu hoitoneuvotteluun ja jatkohoidon suunnitteluun Järjestää jatkohoidon ja tukitoimet kotiin potilaalle ja omaisille (tarvittavat apuvälineet, sosiaalityöntekijän tapaaminen) Ongelmatilanteiden selvittäminen potilaille (hoitaja kertoo, millä tavoin potilas voi hakeutua takaisin hoitoon, tarkistaa huolellisesti lääkityksen sekä potilaan että omaisen 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan itsemääräämisoikeuden ja toiveiden toteutuminen Hyvän ja turvallisen saattohoidon toteutuminen Luottamuksellinen hoitosuhde kaikkien hoitoon osallistuvien osapuolien kesken Turvallinen ja ongelmaton kotiutuminen

	<p>kanssa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informoi potilasta kirjallisesti ja suullisesti paikasta, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ongelmien ilmetessä (Raisio akuuttiosasto, sairaanhoitajan päivystyspuhelin tai tk päivystys, Kaarinassa tk päivystys) • Käy potilaan ja omaisten kanssa läpi ongelmatilanteet, mitä kotona voi eteen tulla, sekä toimintatavat ongelmatilanteissa (kartoittaa oireet ja niiden hoidon kotiutumistilanteessa) • Tiivis yhteistyö lääkärin kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillinen yhteistyö
Potilas ja omaiset	<ul style="list-style-type: none"> • Osallistuu hoitoneuvotteluun ja hoidon suunnitteluun • Ilmaisee toiveensa ja hoitotahtonsa • Saa tarvittavan informaation sairaudestaan, sen tilanteesta, hoitolinjauksesta sekä hoitosuunnitelmasta 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuorovaikutuksellinen ja luottamuksellinen hoitosuhde • Turvallisuuden tunteen säilyminen • Hyvän saattohoidon toteutuminen

C1. Hoitosuunnitelmapalaveri ja hoitosuunnitelman laatiminen

Toimija	Toiminta/Vastuu	Tulos
Perusterveydenhuollon lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> • Laatii saattohoitosuunnitelman yhdessä potilaan, omaisten ja henkilökunnan edustajan kanssa, josta käy ilmi myös <u>hoitolinjaus</u> • Käy läpi oirekyselykaavakkeen ja perehtyy potilaan esille tuomiin ongelma-kohtiin oirehoidossa • Keskustelee potilaan ja omaisten kanssa toiveista, tarpeista ja keinoista niiden toteutta- 	<ul style="list-style-type: none"> • Yksilöllinen saattohoitosuunnitelma potilaalle • Hyvän saattohoidon toteuttaminen • Vuorovaikutuksellinen suhde potilaan ja omaisten kanssa • Riittävä informaatio sekä suullisesti että kirjallisesti

	<p>miseksi sekä kertoo mahdollisuuksista hoidon suhteen (hoitotahto ja sen tekeminen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsultoi tarvittaessa erikoissairaanhoidon 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan ihmisarvon kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen • Moniammatillinen yhteistyö
Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta/Saattohoidon vastuualueoryhmä	<ul style="list-style-type: none"> • Huolehtii potilaan oirekyselykaavakkeen (sama kuin TYKS palliatiivisella pkl:lla) saamisesta ja täyttämisestä • Osallistuu hoitosuunnitelman laatimispalaveriin • Tukee potilasta ja omaisia läpi saattohoidon • Antaa potilaalle ja omaiselle <u>saattohoitopajaan, joka mahdollistaa kirjallisen informaation hoidon polusta</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvän saattohoidon ja tehokkaan oirehoidon toteutuminen • Saattohoitosuunnitelman aikaan saaminen • Vuorovaikutuksellinen suhde potilaan ja omaisten kanssa • Riittävä informaatio sekä suullisesti että kirjallisesti • Potilaan ihmisarvon kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen
Muut toimijat	<ul style="list-style-type: none"> • Kutsutaan tarvittaessa hoitosuunnitelmapalaveriin potilaan ja omaisten tilanteen mukaan tarvittavia henkilöitä (fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, pappi jne.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apuvälineiden kartoitus • Hengellinen tukeminen • Psykososiaalinen tuki

C1- C9. Hyvän saattohoidon toteuttaminen perusterveydenhuollossa

Toimija	Toiminta/Vastuu	Tulos
Perusterveydenhuollon lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> • Fyysisten oireiden tehokas ja <u>asianmukainen</u> hoito: <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>KIVUNHOITO</u> (elinvauriokipu, hermovauriokipu, luustokipu, muu kipu, läpilyöntikipu) <p>-> tarvittaessa konsultaatio erikois-</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä kokonaisvaltainen ja potilaslähtöinen saattohoidon toteutuminen • Potilastyytyväisyys • Selkeä oirehoidon ohjeistus

	<p>sairaanhoidoon</p> <p>-> Saattohoidon vastuualueyöryh- män lääkäri selvittää ja ohjeistaa lääkityksen, joita voi tarvittaessa antaa osastoilla myös virka-ajan ul- kopuolella (löytyy kohdasta fyysi- nen oirehoito)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <u>NESTEYTYS</u> (punnittava tarkoin hyödyt ja haitat) 3. <u>RAVITSEMUS</u> (potilaalle tarjotaan lempiruokia/maistuvia ruokia poti- laan toivomassa muodossa ja mää- rissä, saattohoidossa ei aihetta suonen sisäiseen ravitsemukseen) 4. <u>PAHOINVOINTI</u> (kartoitetaan syyt ja hoidetaan sen mukaan) 5. <u>HENGENAHDISTUS</u> (yleinen oire, syy selvittäminen ja hoito sen mu- kaan) 6. <u>UMMETUS JA RIPULI</u> <ul style="list-style-type: none"> • Psykkisten oireiden tehokas hoito -> tarvit- taessa konsultaatio erikoissairaanhoidon (psykiatrian klinikka) • Seuraa ja arvioi aktiivisesti saattohoitotyön toteutumista • Huolehtii hyvästä kirjaamisesta potilastieto- järjestelmään 	<ul style="list-style-type: none"> • Tehokas oirehoito
<p>Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fyysinen oirehoito 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä kokonaisvaltaisen ja potilaslähtöisen saattohoidon toteuttaminen

	<ul style="list-style-type: none"> • Psykkinen oirehoito • Hengellinen tuki ja tarvittaessa tämän järjestäminen • Eksistentiaalinen tuki (elämäntarkoitus) • Kulttuuristen tarpeiden ja toiveiden toteuttaminen (eri uskonnot ja kansalaisuudet huomioitava yksilöittäin -> ruokatottumukset, uskonnolliset kysymykset, perheeseen liittyvät käytännöt) • Psykososiaalinen tukija muiden toimijoiden järjestäminen (fysioterapeutti, pappi jne.) • Konsultaatiot muihin toimijoihin tarvittaessa (esh, kolmas sektori) • Seuraa ja arvioi aktiivisesti saattohoitotyön toteutumista • Huolehtii hyvästä kirjaamisesta potilastietojärjestelmään 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilastyytyväisyys • Selkeä ja tehokas oirehoito • Hoitokäytäntöjen selkiyttäminen
Saattohoidon vastuualueoryhmä	<ul style="list-style-type: none"> • Huolehtii saattohoitotyön toteuttamisesta perusterveydenhuollon osastolla • Huolehtii henkilökunnan ajantasaisesta oirehoitotietoudesta ja hankkii uutta näyttöön perustuvaa tietoa aktiivisesti saattohoitotyön kehittämiseksi osastoilla 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvän ja potilaslähtöisen saattohoitotyön toteuttaminen • Moniammatillisen yhteistyön ylläpitäminen eri toimijoiden kanssa • Uuden tiedon käyttäminen käytännön työssä
Potilas ja omainen	<ul style="list-style-type: none"> • Osallistuu aktiivisesti hoitoon • Kertoo aktiivisesti oireidensa muutoksista 	

D. Omaiset ja sosiaalinen verkosto

Perusterveydenhuollon lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> • Ottaa potilaan toiveiden mukaisesti läheiset mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen läpi saattohoidon • Antaa tukea ja jakaa lääketieteellistä tietoutta potilaan sallimissa rajoissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde
Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta	<ul style="list-style-type: none"> • Ottaa potilaan toiveiden mukaisesti läheiset mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen • Tukee omaisia ja jakaa hoidollista näkökulmaa saattohoidon kaikissa vaiheissa • Ottaa omaisten tunteet ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioon ja tarvittaessa järjestää asianmukaista apua 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde • Luottamuksen rakentuminen hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten välille • Omaisten kokonaisvaltainen tuki
Omaiset	<ul style="list-style-type: none"> • Osallistuvat aktiivisesti hoitoon • Ilmaisevat toiveensa henkilökunnalle hoidon toteutuksesta • Osallistuvat kuoleman jälkeiseen hoitotyöhön toiveidensa mukaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Omaiset huomioonottava saattohoitotyö

E. Saattohoitotyötä ohjaavat arvot

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

IHMISARVO

F. Saattohoidon vastuualuetyöskentely

Toimija	Tavoitteet	Tulos
Saattohoidon vastuualuetyöryhmän lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> • Toimii perusterveydenhuollon saattohoidosta vastaavana lääkärinä • Yhteistyön ylläpitäminen ja verkostoituminen eri toimijoiden kanssa (erikoissairaanhoito, kolmas sektori, muut toimijat) • Linjata ja kehittää saattohoitoa perusterveydenhuollossa • Erityispätevyyden hankkiminen (mahdollisuuksien mukaan) • Konsultaatioapu muihin perusterveydenhuollon yksiköihin ja osastoihin • Muun henkilökunnan kouluttaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vastuun selkiytyminen kaikille toimijoille • Moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä • Saattohoidon kehittyminen ja vahvistuminen alueellisesti ja paikallisesti • Hyvän saattohoitotyön toteutuminen perusterveydenhuollon toimintapaikoissa • Uuden ja ajantasaisen tiedon välittyminen eri toimijoiden välillä
Osastonhoitaja	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyön ylläpitäminen ja verkostoituminen eri toimijoiden kanssa (erikoissairaanhoito, kolmas sektori, muut toimijat) • Linjata ja kehittää saattohoitoa perusterveydenhuollossa • Konsultaatioavun tarjoaminen eri osastoille • Saattohoidon täydenniskoulutuksen koordinointi yhdessä sairaanhoitajien kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • Vastuun selkiytyminen eri osa puolille • Moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen • Saattohoidon kehittyminen alueellisesti ja paikallisesti • Hyvän saattohoitotyön toteutuminen • Saattohoitosuosittelun käytännön toteuttaminen

	<ul style="list-style-type: none"> • Työohjauksen ja keskusteluiden koordinointi saattohoitotilanteista yhdessä sairaanhoitajien kanssa • Työhyvinvoinnin tukeminen ja kehittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilökunnan tuen mahdollistuminen
Sairaanhoitajat	<ul style="list-style-type: none"> • Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen perusterveydenhuollon yksikössä • Ajankohtaisen tiedon päivittäminen ja vieminen käytännön työhön ja työyhteisön tietoisuuteen • Palliatiivisen hoidon erikoistumisopinnot (30 op) • Konsultaatioapu muulle perusterveydenhuollon henkilökunnalle • Saattohoidon kehittäminen omassa työyksikössään • Moniammatillisen yhteistyön ylläpitäminen eri toimijoiden välillä ja verkostoituminen (esh, pth, kolmassektori) • Saattohoidon täydennyskoulutuksen koordinointi yhdessä osastonhoitajan kanssa • Työohjauksen ja keskusteluiden koordinointi saattohoitotilanteista yhdessä osastonhoitajan kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • Vastuun selkiytyminen • Moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen • Saattohoidon kehittyminen alueellisesti ja paikallisesti • Hyvän saattohoitotyön toteutuminen • Saattohoitosuosituksen käytännön toteuttaminen • Näyttöön perustuva hoitotyö ja ammatiosaamisen lisääntyminen

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustakysymykset

Ammatti?

Työvuodet hoitoalalla?

Sukupuoli?

Teema 1.

Uuden toimintamallin arviointi saattohoitopotilaan hoitamisen näkökulmasta

- Miten potilaiden hoitaminen (suhteessa potilaan kokonaisvaltaisiin tarpeisiin) on muuttunut toimintamallin käyttöönoton jälkeen?
- Kysymys projektiryhmälle: Miten henkilökunta mieltää tällä hetkellä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteet?

Kysymys muulle henkilökunnalle: Miten ymmärrätte palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteet tällä hetkellä?

- Onko saattohoitopäätösten tekeminen on käytännössä muuttunut?
- Miten saattohoitopotilaiden tulotilanne on muuttunut?

Teema 2.

Uuden toimintamallin arviointi osaston toiminnan ja yhteistyön näkökulmasta

- Miten koette vastuualuetyöskentelyn verrattuna aiempaan toimintatapaan?
- Millaisia positiivisia muutoksia toiminnassa on tapahtunut?

- Mikä on tuottanut ongelmia? Millaisia kehittämideoita teillä on ongelmien ratkaisemiseksi?
- Miten yhteistyö eri toimijoiden välillä on muuttunut?
- Millaiseksi olette kokeneet yhteistyön eri toimijoiden kanssa?
- Miten olette kokeneet tiedonkulun toimijoiden välillä ja oman organisaation sisällä?

Teema 3.

Toimintaedellytykset

- Minkälaisena koette henkiset voimavaranne hoitaessanne saattohoitopotilaita? Onko uusi toimintamalli tuonut voimavaroihinne jotain muutosta?
- Minkälaisena koette oman osaamisenne saattohoitopotilaan hoidossa tällä hetkellä?
- Miten henkisiä voimavarojanne ja osaamistanne on tuettu uuteen toimintamalliin siirtymisen yhteydessä?
- Miten kuvailisitte omaa suhtautumistanne saattohoitoon tällä hetkellä? Onko siinä tapahtunut muutosta uuteen toimintamalliin siirtymisen jälkeen?
- Mitä toimintaedellytyksiä toivoisitte lisää saattohoidon toteuttamiseen?

Teema 4.

Jatkokehittämismahdollisuudet

- Mitä mielestänne pitäisi nykyisessä toimintamallissa edelleen kehittää?

- Olisiko uusia innovatiivisia ideoita saattohoitopotilaan hoidon kehittämiseksi?
- Minkälaisia mahdollisuuksia näette laajentaa tätä toimintamallia koko palliatiivisen potilaan hoitoa koskevaksi

Saatekirje

Liite 3.

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala



15.07.2012

Opinnäytetyön nimi: Saattohoidon kehittäminen terveyskeskuksissa

Hyvä vastaanottaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on kuvata pilotti-terveyskeskusten (Raisio ja Kaarina) henkilökunnan kokemuksia uudesta saattohoitoon kehitetystä toimintamallista. Tarkoituksena on arvioida saattohoidon toteuttamiseen yhteisesti kehitettyä toimintamallia, jotta voidaan kehittää saattohoitoa terveyskeskusten vuodeosastoilla. Kyseessä on ryhmähaastattelu, ja se toteutetaan tammi-kuussa 2013 erikseen sovittuna ajankohtana. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana "Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku" – vuosille 2011-2015 hankkeeseen. Lupa aineiston keruuseen on saatu... (keneltä ja milloin). Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja toimittamalla sen haastattelijalle.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on tärkeää saadaksemme tietoa eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittymisestä, projektista sekä saattohoitopotilaan hoidon kehittämisestä. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on yliopettaja Marjo Salmela Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Elina Friederiksen

Sairaanhoitaja/ Terveyden edistämisen yamk-opiskelija

Turun ammattikorkeakoulu

p. 040-8322123

elina.friederiksen@students.turkuamk.fi

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa _____ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____