

Laura Poranen

**SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN IKÄÄNTYNEIDEN HOITO-
TYÖSSÄ PALVELUASUMISESSA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
toukokuu 2019**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika toukokuu 2019	Tekijä/tekijät Laura Poranen
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn nimi Saattohoidon kehittäminen ikääntyneiden hoitotyössä palveluasumisessa		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola	Sivumäärä 46+29	
Työelämäohjaaja Palvelutalon esimies		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja osaamista muistisairaiden saattohoidosta. Tarkoituksena oli päivittää Helsingissä sijaitsevan palvelutalon laatukäsikirjasta saattohoidon osuus uudella tiedolla sekä järjestää hoitohenkilökunnalle koulutus muistisairaiden saattohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota palvelutalon hoitohenkilökunnalle uutta tietoa ja käytännön työkaluja muistisairaiden saattohoitoon. Tavoitteena oli tarjota henkilökunnalle aiheeseen syvempää perehtymistä ja asian sisäistämistä, joka edesauttaa hyvän saattohoidon toteutumista palvelutalon asukkaille. Tarkoituksena oli yhtenäistää saattohoidon toteutumista ja näin parantaa saattohoidon laatua.</p> <p>Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus ja tutkimusotteena oli konstrukttiivinen lähestymistapa. Aineisto kerättiin palvelutalon hoitajilta (n=8) avoimella kyselylomakkeella. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan hoitajat kokivat saattohoidossa tärkeäksi hyvän yhteistyön omaisten ja hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Hoitajat kokivat, että palvelutalossa on liian vähän henkilökuntaa, jolloin aika ei riitä läsnäoloon tai hoitajat eivät aina tunne potilaita. Silloin potilaan voinnin muutokset voi olla vaikeaa arvioida. Hoitajat kokivat, että heidän ammatillisen osaamisen vahvuuksia olivat empaattisuus, rauhallisuus, tiimityö ja perushoito. Hoitajat nostivat esiin kehittämissaasteena yhteistyön omaisten kanssa, oman läsnäolon ja vastuunoton lisäämisen saattohoitotilanteissa sekä saattohoidon että kivunhoidon koulutustarpeen.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella päivitettiin palvelutalon saattohoito-opas ja järjestettiin koulutuspäivä saattohoidosta. Saattohoito-opas sekä koulutuspäivä toivat uutta tietoa, keskustelua ja käytännön työkaluja hyvän saattohoitotyön toteutumiseen.</p> <p>Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että saattohoitotilanteissa omaiset tulee ottaa paremmin huomioon. Yhteistyötä potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa tulee edistää. Palvelutalossa tulee olla riittävät resurssit hyvän saattohoidon toteuttamiseen. Johtamisen näkökulmasta esimiesten tulee selvittää, millaisia ammatillisia osaamistarpeita henkilökunnalla on. Näin koulutustarpeisiin voidaan vastata paremmin.</p>		
Asiasanat Muistisairaus, saattohoito, saattohoitopäätös		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date May 2019	Author Laura Poranen
Degree programme Development and Leadership in Health Care and Social Services		
Name of thesis DEVELOPING END-OF-LIFE CARE IN GERIATRIC SERVICE HOUSE		
Instructor Principal Lecturer Annukka Kukkola PhD(Health Sciences)	Pages 46+29	
Supervisor		
<p>The purpose of this thesis was to describe the experiences and skills of nursing staff in the care of end-of-life care with dementia patients. The purpose was to update a section of a quality assurance guidebook with new information about end-of life care in geriatric service house located in Helsinki. The aim of this thesis was to provide new information and practical work tools for better end-of-life care with dementia and geriatric patients as well as deeper familiarization and internalization of the topic, which contribute to good care for patients at geriatric service house. The aim was to unify end-of-life care work and improve the quality of end-of-life work in a geriatric service house.</p> <p>This thesis was a qualitative study and the research was based on a constructive approach. The material was collected from nurses who worked in geriatric service house (n = 8) using an open questionnaire. The material was analyzed by material-based content analysis. According to the results, it is important to have better co-operate with patient's relatives and also better co-operate with different care providers. The nurses felt that there were too few members of staff in the geriatric service house, so the time was not enough for attendance, and nurses were not always familiar with the patients. In that case it may be difficult to assess the changes in patient's health. The nurses felt that the strengths of their professional skills were empathy, tranquility, teamwork and basic care. The nurses raised the challenge of developing co-operation with patient's relatives, own presence and responsibility in end-of-life-care situations, as well as the need for training in palliative care and pain management.</p> <p>On the basis of the results of the thesis, the service house's guidebook in end-of-life care was updated and a training day was arranged for nursing staff. Both the guidebook and training day brought new knowledge, discussion, and practical tools to better end-of-life work.</p> <p>As a conclusion of this thesis, it should be noted that in the case of end-of-life-care, the patient' relatives should be taken better into account. Better cooperation with different care providers should progress. In geriatric service houses there should be good resources to have good quality in end-of-life care. From a management point of view, supervisors should find out what kind of professional development needs a person has. That would respond better to staff's training needs.</p>		
Key words Decision of end-of-life care, dementia, end-of-life care		

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA.....	3
2.1 Muistisairaus	3
2.2 Saattohoito	6
2.3 Saattohoitopäätös	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	12
4.1 Aiheen valinta ja toteutus	12
4.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	16
4.3 Laadullinen tutkimus.....	16
4.4 Konstruktiivinen tutkimusote lähestymistapana	18
4.5 Aineistonkeruu ja analyysi	18
4.6 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	20
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
5.1 Hoitajien kokemuksia muistisairaiden potilaiden saattohoidosta	23
5.2 Hoitajien käsityksiä saattohoito-osaamisestaan ja osaamisen kehittämisestä.	27
5.3 Saattohoidon kehittäminen	28
6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN POHDINTA	31
6.1 Tulosten pohdinta.....	31
6.2 Etiikan pohdinta.....	35
6.3 Luotettavuuden pohdinta	37
6.4 Oman oppimisen pohdinta	40
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKO TUTKIMUSAIHEITA	42
LÄHTEET	43
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa saattohoitoa on kehitetty 1980-luvulta lähtien. Vuosikymmenten aikana saattohoidon kehittäminen ei kuitenkaan ole saanut vahvaa asemaa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Tärkeimmät kehittämishaasteet nykypäivänä liittyvät hoitohenkilökunnan kouluttamiseen ja tutkimustyöhön. Tulevaisuudessa saattohoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy ja alueelliset erot palveluiden laadussa ja hoitohenkilökunnan osaamisessa vaihtelevat. Hyvän saattohoidon järjestäminen on haaste terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. (Anttonen 2016, 16.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2017 laatinut suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Perustasoon kuuluvat esimerkiksi kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt, sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit. Erityistasoon kuuluvat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, kuten kotisairaala, saattohoito-osastot tai saattohoitokodit sekä konsultaatiotiimit. Vaativan erityistason palveluihin kuuluvat muun muassa vaativan avohoidon palliatiivinen poliklinikka, palliatiivinen vuodeosasto, saatto-osasto tai saattokoti sekä vaativaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. WHO:n arvion perusteella elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain ainakin 30 000 henkilöä. Arviolta, joka toinen heistä tarvitsee erityistason konsultaatiotukea tai hoitoa. (STM 2017.)

Työskentelen muistisairaiden asumisyksikössä, palvelutalossa sairaanhoitajana. Vanhusten kanssa työskennellessä kuolema on usein läsnä ja osastoilla tehdään usein saattohoitotyötä. Muistisairaiden potilaiden saattohoidon kehittäminen ja uuden tiedon tuominen käytännön työhön henkilöstölle on tärkeää. Jokainen ihminen ansaitsee hyvän kuoleman ja kuolevan omaiset aitoa kohtaamista ja tukea surutyössä. Palvelutalossa saattohoito ohjeita laatukäsikirjassa ei ollut päivitetty viime aikana, joten opinnäytetyönäni oli tuoda uutta tietoa saattohoidosta ja työkaluja käytännön työhön. Tämä opinnäytetyö oli tilaustyö työelämän tarpeeseen, sillä usein palvelutalon henkilökunnan kehityskeskusteluissa nousee esille tarve koulutuksesta saattohoitotyöhön.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportin mukaan ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevien asukkaiden lukumäärä oli vuoden 2017 lopussa 55 484. Kun tähän määrään lisätään säännöllisen kotihoidon piirissä olevat asiakkaat, kehitysvammahuollon ja ikääntyvät psykiatrisen puolen asiakkaat, on arvioitu, että pelkästään iäkkäiden palliatiivista hoitoa tarvitsee lähitulevaisuudessa 100 000 henkilöä. (STM 2019.)

Muistisairaiden potilaiden tarpeet saattohoidossa ovat yksilöllisiä. Muistisairauden tuoma vaikeus asioiden itsenäiseen päätöksentekoon on todennäköistä. Siksi varhainen keskustelu potilaan toiveista tai tarpeista on tärkeää. (Alzheimer Society Canada 2019.)

Haasteita iäkkäiden potilaiden saattohoidossa voivat olla hidas tai sahaava hoitopolku, palliatiivisen hoidon hoitopolut eivät aina ulotu iäkkäille potilaille, tehostetussa palveluasumisessa lääkityksen saatavuus voi olla puutteellista, henkilöstön osaaminen voi olla puutteellista tai vaihtelevaa, henkilöstömitoituksessa tai koulutus tasossa voi olla puutteita, tai päivystyksen tai akuuttiosastojen kuormittaminen elämän viimeisimpien aikojen osalta. (STM 2019.)

Englannissa 21 kansallista järjestöä (LACPD) on yhteistyössä vuonna 2014 laatinut saattohoitoa koskevan ohjeistuksen, jonka tarkoituksena on yhdenmukaistaa ja johdonmukaistaa saattohoitoa. Viisi tärkeintä asiaa saattohoidossa ovat kuoleman lähestymisen huomaaminen, kommunikaatio potilaan kanssa, kuolevan tarpeiden huomioiminen, omaisten huomioiminen sekä yksilöllisen hoitosuunnitelman laatiminen viimeisten elinviikkojen tai päivien ajaksi. (Dobson 2017.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja osaamista muistisairaiden saattohoidosta. Tarkoituksena oli päivittää Helsingissä sijaitsevan palvelutalon laatukäsikirjasta saattohoidon osuus uudella tiedolla sekä järjestää hoitohenkilökunnalle koulutus muistisairaiden saattohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota palvelutalon hoitohenkilökunnalle uutta tietoa ja käytännön työkaluja muistisairaiden saattohoitoon. Tavoitteena oli tarjota henkilökunnalle aiheeseen syvempää perehtymistä ja asian sisäistämistä, joka edesauttaa hyvän saattohoidon toteutumista palvelutalon asukkaille. Tarkoituksena oli yhtenäistää saattohoidon toteutumista ja näin parantaa saattohoidon laatua. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, ja tutkimusotteena on konstruktiivinen lähestymistapa.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Tässä luvussa käsittelen opinnäytetyön keskeisimpiä käsitteitä. Kolme pääkäsitettä ovat muistisairaus, saattohoito ja saattohoitopäätös. Avaan käsitteiden merkityksiä ja olen rajannut tietoperustaa muistisairaiden saattohoitoon.

2.1 Muistisairaus

Muistisairaus on maailmanlaajuisesti yksi merkittävämmistä kuolemaan johtavista sairauksista. Väestön vanheneminen lisää muistisairauksien kasvua. (Martinsson, Sundström & Sundelöf 2018.) Muistisairauteen sairastuu vuosittain Suomessa 14 500 henkilöä. Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti, jota sairastaa 70 % kaikista muistisairauteen sairastuneista. Taudin vaiheet jaotellaan varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen. Muita muistisairauksia ovat AVH eli aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkon rappeumat. (Tarnanen, Rosenvall & Tuunainen 2017.)

Alzheimerin tauti on muistisairauksista kaikista yleisin. Oireet alkavat yleensä muistihäiriöillä, mutta potilaalla voi olla ongelmia myös näönvaraisessa hahmottamisessa, kielellisiä ongelmia, tai toiminnanohjauksen ongelmia. Lääkehoidosta on yleensä hyötyä kognitiivisten oireiden hidastamisessa, mutta parantavaa lääkettä Alzheimerin tautiin ei ole. On arvioitu, että keskimäärin elinaika taudin toteamisesta kuolemaan on 12 vuotta. (Remes & Hallikainen 2018.)

Aivoverenkiertosairauden aiheuttamaa muistisairautta sairastaa arviolta 15-20 % muistisairautta sairastavista. Riskitekijöinä aivoverenkiertosairauden aiheuttamalle muistisairaudelle ovat korkea verenpaine, korkea kolesteroli, diabetes, ylipaino, vähäinen liikkuminen, sekä tupakointi. Aivoverenkiertosairauden aiheuttamassa muistisairaudessa hoidetaan jo olemassa olevia sairauksia, kuten verenpainetauti, korkea kolesterolia tai diabetesta. Tavanomaiset muistisairauden lääkkeet eivät ole virallinen käyttöaihe aivoverenkiertohäiriön aiheuttamassa muistisairaudessa. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2018.)

Parkinsonin tauti on harvinainen perinnöllinen tauti. Sitä sairastaa Suomessa noin 16 000 henkilöä. Parkinsonin tauti alkaa yleensä 50-70-vuotiaana ja on yleisempi miehillä. Oireet alkavat yleensä motorisilla

oireilla, kuten vapinalla, liikkeiden hidastumisella, ryhdin muutoksilla, nielemisen ongelmilla tai virtsaamisen erilaisilla ongelmilla. Myös psyykkisen voiminnan muutokset ovat mahdollisia. Parkinsonin tautiin liittyvät usein eri asteiset sekavuus ja hallusinaatiotilat. Hoito koostuu lääkehoidosta, liikunnasta ja kuntoutuksesta. Parkinsonin taudin muistisairaudesta on vähemmän muistihäiriöitä kuin Alzheimerin taudissa, mutta enemmän ongelmia toiminnanohjauksessa. (Kaasinen 2019.) Parkinsonin taudin muistisairautta esiintyy 60-70 % Parkinson potilaista. (Rinne & Erkinjuntti 2016.)

Lewyn kappale -tautia ja sen sekamuotoja sairastaa arviolta 5 % kaikista muistisairauteen sairastuneista. Tauti alkaa hitaasti ja sen kesto on arvioltaan 8 vuotta. Oireita potilaalla ovat erilaiset ongelmat tarkkaavaisuudessa, vireydessä sekä tiedonkäsittelyssä. Yksityiskohtaiset näköharhat sekä REM -unien aikaiset käyttöösoireet ovat yleisiä. Lewyn kappale -taudissa potilaalla on samankaltaisia motorisia oireita kuin Parkinsonin tautia sairastavalla kuten liikkeiden jäykkyyttä, ekstrapyramidaalioireita, tai hitautta toiminnissa. Liikuntakyvyn ylläpitämiseksi suositellaan fysioterapiaa ja kävelyharjoituksia varhain taudin toteutumisesta. (Rinne & Erkinjuntti 2016.)

Otsa-ohimolohko rappeuman aiheuttamaa muistisairautta sairastaa arviolta noin 5 % kaikista muistisairauteen sairastuneista ja käsittää liki 20 % työikäisten muistisairauksista. Tauti alkaa varhain ja sen kesto on arvioltaan 8 vuotta. Otsa-ohimolohko rappeuma todetaan yleensä 45-65- vuotiaana. Sen varhaisia oireita ovat mm. käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset, toiminnanohjauksen muutokset, ongelmat sosiaalisissa kanssakäymisissä, päättelykyvyn ja ongelmanratkaisutaitojen heikentyminen. Lääkehoitona muistilääkkeet eivät ole virallinen käyttöaihe. (Remes & Erkinjuntti 2018.)

Muistisairauden diagnostiikka ja arviointi kuuluvat aina lääkärille, jolla on erityisosaamista ja kokemusta muistisairauksista. Muistisairauden diagnostiikkaan ja tunnistamiseen käytettäviä työkaluja ovat erilaiset oirekyselyt, muistin, tiedonkäsittelyn ja arkiselviytymisen arvioiminen sekä mielialan ja käyttöösoireiden arviointi. Myös muistisairaahan läheiseltä on tärkeää kysyä tietoa edellä mainittuihin asioihin liittyen. Myös kuvantamiset ja laboratoriotutkimukset ovat tärkeitä tutkimuksia diagnoosin varmistamiseksi. (Rosenvall & Erkinjuntti 2018.)

Muistisairauksissa suurin riskitekijä on korkea ikä. Monet elintapasairaudet, kuten sydän- ja verisuonitaudit, hyperkolesterolia, liiallinen lihavuus tai laihuus, runsas alkoholin käyttö tai masennus voivat lisätä riskiä sairastua muistisairauteen. Riskitekijöiden hallinta koko elämänkaaren ajan ehkäisee tai viivästyttää muistisairauden alkamista. (Kivipelto & Ngandu 2016.)

Muistisairauteen käytetään lääkehoitona joko asetyylikoliiniesteraasin (AKE) estäjää tai memantiinia. Lääkkeet hidastavat sairauden etenemistä, mutta eivät paranna muistisairautta. Sairauden eri vaiheissa esiintyy usein neurologisia, kognitiivisia tai erilaisia käytösoireita. Omatoimisuuden heikentyminen on kiinteässä yhteydessä muistisairauden etenemiseen. Tutkimukset ja hoidon seuranta tulee keskittää asiaan erityisesti perehtyneisiin lääkäreille, hoitohenkilöstölle ja hoitopaikkoihin. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tarkoittaa hyvää hoitoa tutussa ympäristössä turhia siirtoja välttämällä sekä varhaista keskustelua elämän loppuvaiheen suunnittelussa. (Käypä hoito 2017.)

Muistisairauden edetessä potilaan toimeliaisuus ja omatoimisuus vähenee. Konkreettisilla tukitoimilla kuten fysioterapia, toimintaterapia, ryhmät tai kerhot edistävät hyvää toimintakykyä ja sosiaalista virkeyttä. Aktiivinen ja monipuolinen kuntoutus hidastaa taitojen vähenemistä. Liikunta, sosiaalisten suhteiden ylläpito, päivittäisten pienten askareiden tekeminen ja ilmaisukykyyn tukeminen edesauttaa hyvän toimintakyvyn säilymistä. (Atula 2019.)

WHO:n mukaan vuonna 2012 maailmassa oli noin 35,6 miljoonaa muistisairautta sairastavaa ihmistä ja luvun oletetaan tuplaantuvan seuraavan 20 vuoden aikana. Ongelmat kognitiivisissa toiminnoissa vaikeuttavat potilaan omaa osallistumistaan hoidon suunnitteluun ja keskustelua elämän loppuvaiheen hoidosta. Päätökset perustuvat usein potilaan toimintakyvyn alenemisesta, hoitohenkilökunnan havaintoihin, lääkärin arvioon ja läheisten mielipiteisiin. (Goodman, Amdor, Elmore, Machen & Mathie 2013.) Keskustelun aloittaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää, sillä on todennäköistä, että muistisairauden edetessä potilas ei pysty aktiivisesti osallistumaan häntä koskevaan päätöksentekoon ja keskusteluun. (Muistiliitto 2018.)

Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan muistisairauteen kuolevat potilaat saavat vähemmän lääkkeellistä hoitoa, heillä on pienempi todennäköisyys saada suunniteltua saattohoitoa ja pääsy saattohoitoon erikoistuneeseen hoitoyksikköön on vaikeampaa kuin syöpään kuolevilla potilailla. (Martinsson ym. 2018.) Belgialaisen tutkimuksen mukaan myös hoitomenetelmät ja päätöksenteko voivat vaihdella eri ikäryhmissä ja ikääntyneet potilaat voivat olla elämän loppuvaiheen hoidossa haavoittuvassa asemassa. (Chambaere, Rietjens, Smets, Bilsen, Deschepper, Roeline, Pasman & Deliens 2012, 447.)

2.2 Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan ajanjaksoa, joka ajoittuu kuolevan viimeisille elinviikoille. Parantumattomasti sairaan asiantunteva ja hyvä hoito, kohtelu ja kärsimyksien lieventäminen ovat saattohoidon keskeisimpiä asioita. (Pöyhiä, Tasmuth & Reinikainen 2014, 10–15.) Saattohoidon tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu elämänsä loppuvaiheelle. Tavoitteena on, että potilas voi kohdata oman kuolemansa turvallisesti ja arvokkaasti. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa kunnioitetaan. (Rahko, Järvimäki & Holma 2017.)

Kuolevaksi potilaaksi arvioidaan toimintakyvyltään heikentynyt henkilö, jonka lähestyvän kuoleman merkit ovat tunnistettavissa. Saattohoito on oireiden lievitystä sekä potilaan ja omaisten tukemista. Aidon kohtaamisen ja läsnäolon merkitys on suuri. Hyvä saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan vaan omaisia autetaan jaksamaan surussa sekä neuvotaan käytännön asioissa. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 10–11.)

Saattohoitolinjauksessa on tärkeää, että potilaalle tehdään yksilöllinen elämän loppuvaiheelle ajoittuva saattohoitosuunnitelma, johon kirjataan hyvä oireenmukainen hoito, lääkitys, potilaalle ja hänen läheisilleen tärkeät asiat sekä mahdolliset hoidon yhteistyö tahot. (STM 2019.)

Saattohoito on osa terveydenhuoltojärjestelmää. Kansanterveyslain mukaisesti kunnat ovat velvollisia järjestämään saattohoidon ja sen alaiset palvelut. Kuntien ja terveyskeskusten tulee panostaa saattohoitoon yhteistyössä lääkärin, hoitohenkilökunnan, kotisairaalan sekä erikoissairaanhoidon kanssa. (Rahko, Järvimäki & Holma 2017.)

Vanhan ihmisen toistuvat siirrot viimeisinä elinviikkoina on hänen elämänlaatuaan heikentävää toimintaa ja vastoin ajatusta hyvästä kuolemasta. Osa potilassiirroista johtuu hoidon puutteellisesta suunnittelusta, organisoimisesta, ja pitkäaikaishoitopaikkojen kyvyttömyydestä hoitaa vanhus omassa yksikössään. (Saarto ym. 2015, 557.) Tarpeettoman pitkään kestänyt aktiivinen hoito voi johtaa huonokuntoisen potilaan turhaan siirtelyyn eri hoitopaikkojen välillä, jos saattohoitopäätöstä ei ole pystytty tekemään ajoissa tai lainkaan. (Rahko, Järvimäki & Holma 2017.)

Hyvään saattohoitoon kuuluu, ettei potilasta rasiteta toimenpiteillä, kuten laskimoverinäytteillä, mittauksilla ja ruokintaletkuilla. Syömisongelmia esiintyy n. 90% potilaista. Kivut, hengenahdistus ja painehaavaumat ovat myös yleisiä. Osaava oireiden seuranta ja hoito ovat osa hyvää saattohoitoa. Varhain käyty

keskustelu ja ajoissa tehty hoitosuunnitelma, missä on kirjattu mahdolliset hoidon rajoitukset, esim. siirtojen tai elvytyksen suhteen ovat kaikkien osapuolten etu. (Saarto ym. 2015, 561–563).

Hoitohenkilökunnan osaaminen lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamiseen ja kuoleman hetkeen valmistautuminen ovat tärkeitä asioita hoidon laadun kannalta. Kuolevan potilaan kunnioittava hoito ja neuvonta sekä empaattinen suhtautuminen potilaan omaisiin ovat tärkeitä osaamisalueita hoitajalle saattohoitotyössä. Myös hoitohenkilöstön keskinäinen hyvä yhteistyö edistää yksilöllistä hoitoa. (Anttonen 2016, 20.)

Lääketieteellinen päätöksenteko elämän loppuvaiheessa voi sisältää ristiriitaisiakin arvoja, uskomuksia sekä päätösten tekoa, jotka liittyvät elämän kunnioittamiseen, potilaan itsenäisyyteen ja oikeudenmukaisuuteen. Yhteisymmärryksen saavuttamista potilaan ja hänen omaisten kanssa tulee edistää, vaikkei se aina ole yksinkertainen prosessi. (Long, Spronk & Sprung 2016, 1043–1044.)

Saattohoitopaikassa tulee olla riittävät resurssit henkilökunnan, osaamisen ja tilojen suhteen. On tärkeää, että hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus osallistua saattohoitokoulutuksiin ja saada vaikuttaa omaan työhönsä. Saattohoito voi olla stressaava tilanne myös henkilökunnalle, ja siihen on avuksi työpaikan avoin ilmapiiri, rajat työn ja vapaa-ajan suhteen, riittävät tauot ja henkilökuntamäärä, mahdollisuus työnohjaukseen sekä keskusteleva ilmapiiri. (Muistiliitto 2018)

Maaailman terveysjärjestön WHO:n määrittämät hyvän saattohoidon päämäärät ovat se, että kuolemaa pidetään normaalina elämään kuuluvana asiana. Kuolevan oireita lievitetään, kuolevalle ja hänen omaisille tarjotaan tukea, ja kuolevaa autetaan ja tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana. (Saarto ym. 2015, 256.)

Englantilainen National Palliative and End of Life Care Partnership on esittänyt kuusi tavoitetta hyvän saattohoidon edistämiseksi. Tavoitteen mukaan jokainen potilas tulee nähdä yksilönä, potilailla tulee olla tasavertainen hoitoon pääsyn mahdollisuus, potilaiden hyvinvoinnin edistäminen, saattohoidon tulee olla suunnitelmallista, hoitohenkilökunnalla tulee olla hyvä osaamisen taso, sekä yhteisöllä valmius apuun. (Wee 2017, 370.)

Kuolevalla on oikeus surra elämänsä päättymistä ja omaisilla tulee olla aikaa hyvästelyyn. Omaisia kannustetaan viettämään aikaa kuolevan kanssa ja heitä tuetaan jaksamisessa ainutlaatuisessa tilanteessa. Hoitohenkilökuntaa tarvitaan usein neutraaliksi kuuntelijaksi ja ymmärtäjäksi niin kuolevalle kuin omaiselle. Emotionaalinen tuki on kuuntelua, empatiaa, välittämistä ja rohkaisua. Omaisten suruun liittyy

koko elämän kestoisia muistoja ja joskus myös puhumattomia tai selvittämättömiä asioita. (Saarto ym. 2015, 223–225).

Yhteiskunnassa julkinen keskustelu saattohoidosta on etuna potilaille sekä saattohoitoon osallistuvien organisaatioille. Avoin keskustelu yhteiskunnassa auttaa myös tulevaisuudessa saattohoitoa koskevissa ohjeistuksien laatimisessa ja tutkimustyön lisäämisessä, kun aihe saa jalansijaa ja merkitystä yhteiskunnallisesti. (Karnik & Kanekar 2016.)

Vanhustyön Keskusliitto oli Kuolevan hyvä hoito -hankkeessa tärkeä valtakunnallinen yhteistyökumppani. Vanhustyön Keskusliitto on vuonna 2015 laatinut kannanoton hyvän saattohoidon toteuttamiseen. Se sisältää seuraavat keskeiset asiat: hyvä ja arvokas kuolema kuuluu kaikille, myös iäkkäille ihmisille, ennakoiva yhteissuunnittelu keskiöön saattohoidossa, henkilöstön koulutuksen, ohjauksen ja tuen tarve hyvän saattohoidon toteuttamiseen ja potilaan kohtaamiseen, sekä vapaaehtoisten tuen huomioiminen saattohoidossa. (Vanhustyön Keskusliitto 2018.)

Hyvän saattohoidon toteutumista voi estää hoitopaikan resurssien tai hoitohenkilöstön ajan ja koulutuksen puute. Hoitohenkilökunnalla voi myös olla vähän kokemusta saattohoitotyöstä tai kuolevan potilaan hoitamisesta. Kuoleman puheeksi ottaminen potilaan kanssa voidaan kokea vaikeana sekä hoitohenkilökunta voi kokea kuoleman hoidon epäonnistumisena. (Dobson 2017.)

Kuolemasta keskusteluyönteisyyden tunnusteleminen potilaan ja omaisen kanssa koettiin joskus vaikeaksi. Hoitajat kokivat, että ajoittain esteet voivat olla heissä itsessään. Hämmennys työn sisällön erilaisuudesta sekä epävarmuus omien taitojen riittämättömyydessä olivat esteitä keskustelun aloittamisesta kuoleman lähestyessä. Kuitenkin uskallus puhua vaikeista asioista koettiin lisäävän ammatillista kasvua sekä osaamisen vahvistumista. (Anttonen 2016, 72.)

Anttosen tutkimuksessa kuoleman todellisuus voi olla kohtaavaa tai ohittavaa potilaan, omaisen tai hoitajan kokemana. Kohtaavassa työskentelyssä hoitohenkilökunta koki saattohoitotyötä tehdessään ammatillista kasvua tunteiden kanssa työskentelystä kohdattujen asioiden refleктоimisessa ja niistä oppimisessa. Hoitohenkilökunta osasi myös antaa arvoa elämälle ja sai lisää merkitystä myös omalle elämälle. Kuolemaan suhtautuminen ja sen käsittely myös vaihtelivat. Myös vetäytyminen ja etäisesti kuoleman kohtaaminen koettiin työssä yhtä henkisesti raskaaksi kuin aktiivisen saattohoitotyön tekeminen. (Anttonen 2016, 70.)

2.3 Saattohoitopäätös

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2017 laatinut suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Saattohoito perustuu ennakoivaan hyvissä ajoin tehtyyn hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen. Riittävän varhainen lähestyvän kuoleman puheeksi otto ja ajoissa laadittu hoitotahto luovat perustan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelulle. Saattohoitopäätös tehdään, kun elinaikaa arvioidaan olevaan viikkoja tai lähipäiviä. Saattohoitopäätös tarkoittaa lupausta järjestää kuolevalle henkilölle hyvä, oireenmukainen hoito ja tarvittavaa tukea omaisille ja läheisille. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri yhteistyössä hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten kanssa. (STM 2017)

Saattohoitopäätös ilmaisee, että kuolema on lähellä ja odotettavissa. Saattohoitopäätös on potilaan oikeus. Saattohoitopäätös auttaa potilasta ja hänen perhettään sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätöksen puuttuminen voi tuoda omaisille tunteen, että kuolema oli odottamaton, ja se voi vaikeuttaa surutyötä. Myöskään potilas ei ehdi hyötyä saattohoidosta, jos päätöstä ei ole pystytty tekemään ajoissa. (Saarto ym. 2015, 14.)

Saattohoitopäätös sisältää ei elvytetä-päätöksen. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, joka kirjataan potilaspapereihin ja samalla laaditaan saattohoitosuunnitelma viimeisten elinpäivien tai viikkojen ajaksi. Saattohoitosuunnitelmassa tulee olla säännöllisesti käytettävät, että tarvittaessa annosteltavat oireenmukaiset lääkkeet, annostelureitit sekä muut hoitotoimenpiteet. Tarpeettomista tutkimuksista luovutaan, esimerkiksi kuolevan potilaan verikokeista ja mittauksista. Potilaan voinnin seuranta on kliinistä eikä enää perustu mittauksiin tai monitorivalvontaan. Hoitohenkilökunnan tiedossa tulee olla ja kirjatuna konsultaatio tahot ongelmatilanteita varten. (Rahko, Järvimäki & Holma 2017)

Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri. Saattohoitopäätöksen jälkeen hoitajan rooli tiedon ja tuen antajana potilaille sekä omaiselle on tärkeää. Hoitaja voi kertoa, millä tavoin potilaan vointia voidaan helpottaa, keskustella kuolemaan liittyvistä peloista sekä toiveista. Kuoleman varhainen puheeksi otto on tärkeää, vaikka se olisikin vielä kaukana. Saattohoito-ohjeet helpottavat asioiden läpikäymistä sekä hoitohenkilökunnan että kuolevan ihmisen ja hänen perheensä kannalta. (Rantala 2017, 24–25). Saattohoitopäätöksen teko edellyttää, että potilaalla on diagnosoitu kuolemaan johtavan sairauden eteneminen kohti kuolemaa. Potilaan perustarpeista pidetään huolta ja tarvittaessa tilanne arvioidaan uudelleen. Saattohoitopäätös mahdollistaa hyvästien jätön. (Saarto ym. 2015, 10–11.)

Saattohoitopäätös tulisi tehdä tarpeeksi ajoissa. Aktiivisista ja turhista hoitotoimenpiteistä tulisi luopua, jotta potilas ehtisi elämään jäljellä olevat elinviikot tai päivät rakkaiden ihmisten kanssa tai tutussa ympäristössä. Vanhuksilla saattohoitopäätös on usein jatkumoa aikaisempiin hoidoista tai tutkimuksista pidättäytymisen päätöksiin, joilla ei enää saada parannusta potilaan elämänlaatuun. (Rahko, Järvimäki & Holma 2017.)

Saattohoitopäätös edellyttää, että hoitohenkilökunta osaa tunnistaa lähestyvän kuoleman merkit. Niitä ovat esimerkiksi se, että potilas on jatkuvasti vuoteessa, koko ajan voimaton ja väsynyt; tajunnan tason aleneminen, kipujen lisääntyminen, sekavuus, potilas kykenee juomaan vain pieniä nestemääriä, ei kykene ottamaan lääkkeitään ja periferia on viileä. Oireet ovat selkeämpiä, mitä lähempänä kuoleman hetki on. Kuolevien potilaiden oireiden arvioimiseen on kehitetty arviointimenetelmiä, joista yksi on Liverpool Care Pathway -arviointimenetelmä. Siinä on kolme kokonaisuutta, joilla hoitohenkilöstö arvioi potilaan tilaa ja oireita. Potilaan ilmeitä, liikehdintää ja ääntelyä havainnoimalla saadaan tärkeää tietoa potilaan tilasta, koska usein laboratorionkokeita, mittauksia ym. menetelmiä ei enää käytetä. (Saarto ym. 2015, 257–259.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja osaamista muistisairaiden saattohoidosta. Tarkoituksena oli päivittää Helsingissä sijaitsevan palvelutalon laatukäsikirjasta saattohoidon osuus uudella tiedolla sekä järjestää hoitohenkilökunnalle koulutus muistisairaiden saattohoidosta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota palvelutalon hoitohenkilökunnalle uutta tietoa ja käytännön työkaluja muistisairaiden saattohoitoon. Tavoitteena oli tarjota henkilökunnalle aiheeseen syvempää perehtymistä ja asian sisäistämistä, joka edesauttaa hyvän saattohoidon toteutumista palvelutalon asukkaille. Tarkoituksena oli yhtenäistää saattohoidon toteutumista ja näin parantaa saattohoidon laatua.

Opinnäytetyön tutkimusosassa haettiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on saattohoidosta?
2. Millaisia käsityksiä hoitajilla on saattohoito-osaamisestaan ja osaamisen kehittämisestä?

Opinnäytetyön tulosten perusteella päivitettiin palvelutalon saattohoito-opas ja järjestettiin koulutuspäivä saattohoidosta. Hoitohenkilökunnalle järjestetty koulutus muistisairaiden saattohoidosta toi uutta tietoa, keskustelua ja käytännön työkaluja hyvän saattohoitotyön toteutumiseen.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyön toteuttamista. Kuvaan aiheen valintaa, toimintaympäristöä, kohde-ryhmää, opinnäytetyön lähestymistapaa, aineistonkeruuta ja analyysiä.

4.1 Aiheen valinta ja toteutus

Aloin suunnittelemaan opinnäytetyötäni ensimmäisen lukuvuoden kevätlukukaudella 2017. Koska ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tulee olla työelämälähtöisiä, keskustelin aiheen valinnasta varhain työpaikallani. Mietin muutaman itseäni kiinnostavan opinnäytetyöaiheen ja pidimme pienimuotoisen alkupalaverin keväällä palvelutalon esimiesten kanssa. Yhtenä aiheena oli saattohoitotyön kehittäminen. Se oli myös esimiehiä kiinnostava aihe. Palvelutalossa tehdään vuosittain Minä ja työni -kysely, jossa usein nousee tarve saattohoitotyön koulutukseen. Myös kehityskeskusteluissa nousee koulutustoive-suosikiksi saattohoitotyö ja siihen liittyvät koulutukset (esim. kuoleman kohtaaminen tai kivunhoito). Sovimme palvelutalon johtajan sekä osastonhoitajan kanssa, että saattohoitotyön kehittäminen on aiheeni opinnäytetyöhön.

Tutkimuksellinen kehittämistyö voi saada alkunsa erilaisista syistä. Sen luonteeseen kuuluu ratkaisun hakemista käytännön ongelmiin, uusien käytäntöjen, tuotteiden tai mallien tuottamista tai toteuttamista. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 19.)

Keskustelin kevään 2017 aikana ohjaavan opettajani kanssa, minkälainen näkökulma opinnäytetyöhön voisi olla. Koska opinnäytetyössä tulee olla jokin kehittämiskohde, niin työpaikassani on saattohoitoa koskevat ohjeet työpaikan laatukäsikirjassa katsottiin hyödylliseksi näkökulmaksi. Koska ohjeistusta ei ollut viime vuosina päivitetty, siinä löytyi sopiva kehittämiskohde.

Ojasalon ym. mukaan tutkimuksellisessa kehittämistyössä asioita pyritään viemään käytännössä eteenpäin tai etsimään uusia ratkaisuja. Tuotettu tieto rakentuu olemassa olevan teorian päälle ja se pyritään siirtämään käytännön työhön. (Ojasalo ym. 2015, 19–21.)

Aloin kirjoittamaan ensimmäistä versiota tutkimussuunnitelmasta heinäkuussa 2017. Hain teorian tietoa laadullisesta tutkimuksesta, tutkimuksen etiikasta, luotettavuudesta sekä aloin rakentamaan alustavaa

teoreettista viitekehystä opinnäytetyöhön. Ensimmäisen version tutkimussuunnitelmasta annoin opettajalleni ja esimiehelleni luettavaksi joulukuussa 2017. Sain opettajalta korjausehdotukset. Seuraavan kerran aloin aktiivisesti kirjoittaa opinnäytetyösuunnitelmaa elo-syyskuussa 2018. Opinnäytetyösuunnitelma oli hyväksytty lokakuussa 2018.

Lähetin sen palvelutalon johtajalle sähköpostitse, jossa pyysin häntä kommentoimaan suunnitelman. Sovimme palaverin palvelutalon johtajan ja tulevan ohjausryhmän kanssa 16.11.2018. Ohjausryhmään kuului palvelutalon neljä osastonhoitajaa. Palaverissa allekirjoitettiin tutkimuksen lupaan liittyvät asiakirjat ja sovittiin yhteisesti tutkimussuunnitelman korjauksista ja käytännön asioista. Sovittiin mm., ettei palvelutalon nimeä mainittaisi opinnäytetyössä vaan puhuttaisiin yleisellä tasolla ”helsinkiläisestä palvelutalosta”. Kävimme läpi ohjausryhmän kanssa opinnäytetyön eri osa alueita tutkimuksen lähestymistavasta sekä kehittämistyön sisällöstä. Kopio tutkimuslupaan liittyvistä sopimuksista on liitteenä tässä opinnäytetyössä (LIITE 5 ja LIITE 6).

Kyselyn ajankohdaksi sovittiin 3.12.2018–17.12.2018. Vastausaikaa kaksi viikkoa. Osastonhoitajat lupasivat tiedottaa hoitohenkilökuntaa tulevasta kyselystä ja huolehtisivat kyselyn toteuttamisen käytännön asioista. Sovimme palaverin päätteeksi, että yhteydenpitoa jatkettaisiin sähköpostitse.

Ensimmäisen kokouksen jälkeen tein sovitut muutoksen opinnäytetyösuunnitelmaan ja täydensin tutkimuksen saatekirjettä kokouksessa sovitulla asioilla. Lähetin valmiin kyselylomakkeen, saatekirjeen ja päivitetyn version opinnäytetyösuunnitelmasta työelämäohjaajalleni ja kerroin sähköpostissa, että kyselyn voi laittaa eteenpäin sovitusti.

Seuraava tapaaminen ohjausryhmän kanssa oli 21.12.2018. Sain nykyisen saattohoito-oppaan luettavakseni mukaani. Keskustelimme kokouksessa, minkälaista opasta he palvelutaloon toivoisivat. He toivoivat lukijaystävällistä ja käytännönläheistä sekä uutta tietoa saattohoidosta siihen. Ulkoasulla ja kirjoitustyyllillä ei ollut niinkään väliä. Kerroin, että käytän lähteinä luultavasti pääasiassa Muistiliiton tekemää uudehkoa Muistisairaahan hyvä saattohoito -opasta, palvelutalon aikaisempaa saattohoito-opasta, uusia tutkimuksia ja kirjallisuutta saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta. Tämä kuulosti ohjausryhmän mielestä hyvältä. Keskustelimme ohjausryhmän kanssa alustavasti saattohoitokoulutuksen sisällöstä. Koulutuspäivässä huomioitaisiin tutkimuksessa esiin nousseita kehittämisideoita ja tarpeita. Sovimme myös, että koulutuspäivään on käytettävissä rahaa ulkopuolisiin luennoitsijoihin. Päivämäärään mennessä kyselyitä ei ollut palautunut tyydyttävä määrä ja sovimme kokouksessa, että kyselyä jätet-

taisiin joulukuun loppuun asti. Ohjausryhmä lähettäisi muistutusviestin sähköpostitse kyselystä. Kokouksessa sovimme, että olemme yhteydessä uudelleen tammikuun alussa, kun hakisin loput kyselylomakkeet palvelutalosta takaisin.

Tammikuun 2019 ensimmäisellä viikolla hain palvelutalosta loput palautuneet kyselylomakkeet. Kyseeseen vastasi kahdeksan hoitajaa palvelutalosta (n=8). Aloin tekemään sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysivaihe kesti tammikuun ja helmikuun ajan. Sen jälkeen aloitin tekemään saattohoito-opasta. Saattohoito-opas on kuvattu tässä opinnäytetyössä liitteessä 7. (LIITE 7) Olen poistanut saattohoito-opaasta kaikki palvelutaloon tai yhteistyökumppaneihin viittaavat tiedot.

Kun saattohoito-opas oli tiedollisin puolin valmis, otin ohjausryhmään yhteyttä ja sovimme palaverin. Seuraava palaveri pidettiin 6.3.2019 jossa oli ohjausryhmän lisäksi yksi pitkäaikainen työntekijä. Ohjausryhmä oli saanut sähköpostitse ennakkoon luettavaksi siihenastisen version saattohoito-opaasta ja tarkoitus oli nyt saada kommentteja ja muutosehdotuksia siihen. Tarkoitus oli myös kirjata saattohoito-opaaseen palvelutalon omat käytännöt, jotta saattohoito-opaasta saataisiin juuri kyseiseen palvelutaloon sopiva opas. Sain kirjallista materiaalia palvelutalon omiin käytäntöihin liittyen ja muutamien työntekijöiden kanssa kävin läpi, pitivätkö kaikki asiat vielä entisissä ohjeistuksissa paikkansa.

Lähetin valmiin saattohoito-opaan 24.3.2019 työelämäohjaajalle sekä ohjausryhmälle. Kerroin, että omalta osaltani opas on nyt valmis ja jos siihen tulisi palvelutalosta muutosehdotuksia tai kommentteja, niin niitä voi laittaa minulle. Jos opas on heidän mielestään hyvä tällaisena, niin sen voisi laittaa sitten jo käyttöön.

Tämän jälkeen otin yhteyttä koulutuspäivän suunnittelussa Helsingin kaupungin Kotisairaalaan ja saattohoitoon erikoistuneeseen Terhokotiin. Olin koko ajan yhteydessä sähköpostitse palvelutaloon aikataulujen ja käytännön asioiden suhteen. Saattohoitokoulutus -iltapäivä pidettiin tiistaina 16.4.2019 klo 13-16 palvelutalossa. Siihen osallistui kaksi osastonhoitajaa sekä 20 hoitajaa palvelutalon eri osastoilta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia saattohoitotyön nykytilasta ja osaamisen nykytilasta ja kehittämistarpeista sekä luoda opas työkaluksi hyvän saattohoidon toteutumiseksi. Näihin tavoitteisiin päästiin tässä opinnäytetyössä. Saattohoito -opas arvioitiin ohjausryhmän toimesta, mutta oppaan testaamiseen tai hyödyllisyyden arviointiin käytännössä ei ollut aikataulullisista syistä mahdollista tässä opinnäytetyössä. Seuraavassa kuviossa kuvaan opinnäytetyön etenemisen aikataulun. (KUVIO 1.)



KUVIO 2. Opinnäytetyön etenemisen aikataulu

4.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Helsingissä sijaitseva palvelutalo on yksityinen ympärivuorokautinen palveluasumisen yksikkö, johon voi hakeutua asukkaaksi ikääntyneiden palvelusetelillä sekä lyhytaikaishoidon palvelusetelillä tilapäishoitoon. Suurin osa asukkaista on muistisairaita. Tällä hetkellä palvelutalossa asuu 18 asukasta palveluasumisen puolella ja tehostetussa palveluasumisessa 85 asukasta. Palvelutalon arvoja ovat vastuullisuus ja uudistuminen, turvallisuus, kunnioittaminen ja yksilöllisyys. Vastuullisena ja uudistuvana toimijana palvelutalo haluaa kehittää toimintatapoja asukkaiden muuttuvia tarpeita vastaaviksi. Arjessa korostuu turvallisuus, kunnioitus ja yksilöllisyys sekä ihmisen lämminhenkinen kohtaaminen ja läsnäolo. Palvelutalon arvojen ja toimintaperiaatteiden mukaisesti asukkaiden hyvinvoinnista ja turvallisuudesta huolehditaan ympäri vuorokauden. Palvelutalossa asuvilla ikäihmisillä on mahdollisuus viettää turvattua ja täysipainoista elämää. Hoito perustuu vastuuhoitajan kanssa laadittuun hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan asukkaan yksilölliset tarpeet ja voimavarat.

Palvelutalossa työskentelee hallinnon puolella palvelutalon johtaja, osastonhoitajia, hallintopäällikkö, ja toimistosihiteeri. Hoitotyössä työskentelee jokaisessa ryhmäkodissa yksi sairaanhoitaja, lähihoitajia, perushoitajia sekä hoitoapulaisia. Palvelutalossa on tällä hetkellä henkilökuntaa 76, joka koostuu edellä mainituista hallinnon sekä hoitotyön henkilökunnasta.

Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluivat palvelutalon johtaja, palvelutalon kolme osastonhoitajaa sekä ohjaava opettaja. Ohjausryhmä toimi tiedottajana saattohoidon kehittämistyöstä palvelutalossa sekä valitsivat tutkimukseen osallistuvat hoitajat. He toimivat myös tukena ohjeistusta tehtäessä ja sen jalkauttamisessa. Opinnäytetyön ohjaavana opettajanatoimi yliopettaja Annukka Kukkola Centria Ammattikorkeakoulusta.

4.3 Laadullinen tutkimus

Laadullisella tutkimusmenetelmässä pureudutaan merkitysten ja sisältöjen maailmaan, joka on aina ihmisten välinen ja vuorovaikutuksellinen. Kokemukset ovat aina omakohtaisia, käsitykset asioista voivat olla tietyn yhteisön perinteellisiä tai tyyppillisiä tapoja ajatella asioista. Tämän takia on tärkeää, että tutkija on tietoinen kokemusten ja käsityksien välisestä erosta varhaisessa vaiheessa, kun hän alkaa asettaa tutkimusongelmia ja tutkimuksen tavoitetta. (Vilka 2005, 97–98.) Kvalitatiivisessa eli laadullisessa

tutkimuksessa lähtökohtana on aina todellisen, monimuotoisen ja kokonaisvaltaisen elämän tai toiminnan kuvaaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Tutkimusotteen tulee tavoittaa tutkimuskohde. Syitä kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmän valitsemiseen ovat se, että tutkittavasta ilmiöstä ei ole tietoa tai teorioita, halutaan saada ilmiöstä syvällisempi näkemys, halutaan luoda ilmiöstä teorioita, tai halutaan saada ilmiöstä oikeanlainen kuvaus. (Kananen 2014,16–17.) Laadullisessa tutkimuksessa yleisimmät aineistonkeruu menetelmät ovat haastattelut, havainnointi, kyselyt, ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 72–73.) Kyselyn ja haastattelun idea on yksinkertainen. Tarkoituksena on selvittää henkilön kokemusmaailmaa, ajatuksiaan tai toimintaansa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 72–74.)

Laadullinen tutkimus toteutuu luonnollisessa ympäristössään, aineisto kerätään asianomaisilta henkilöiltä, tutkimusaineisto voi olla tekstiä, kuvia, haastatteluja yms. Laadullisessa tutkimuksessa huomio on keskittynyt tutkittavien henkilöiden näkökulmiin, merkityksiin ja näkemyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä ajatuksia tutkittavilla ihmisillä on ilmiöstä tai asiasta. Tiedonkeruun ja analysoinnin saadusta aineistosta tekee tutkija itse. Laadullisessa tutkimuksessa luodaan uusia teorioita ja olettamuksia tutkimuksen edetessä. (Kananen 2014, 16–21.)

Laadullisella menetelmällä tutkijan tulee ottaa huomioon arvo lähtökohdat, sillä arvot ohjaavat usein ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.) Ihmisten kokemusten ja käsitysten avulla voidaan ikään kuin luoda johtolankoja ja vihjeitä, joiden avulla ilmiöstä voidaan tehdä tulkin-toja. Tulkinta on merkityssuhteiden ja havaintojen avaamista, ei niinkään totuuden löytämistä tutkittavasta asiasta. Tällä tavalla ilmiöstä voidaan luoda malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita tai kuvauksia. (Vilka 2005, 98.)

Laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä voidaan käyttää kyselylomaketta, joka on kuin henkilökohtainen haastattelu, mutta haastateltava ja haastattelija eivät fyysisesti tapaa toisiaan. Kyselytutkimus voi olla verkko- tai postikysely. (Kananen 2014, 73.) Kyselytutkimuksella varmistetaan vastaajien anonymiteetti ja vapaaehtoisuus. Avoimilla kysymyksillä saadaan laajaa tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta asiasta. Kysymyksen asettelu tulee olla sellainen, että se laittaa vastaajan ajattelemaan asiaa omasta näkökulmastaan ja hän voi luoda kuvauksen asiasta, jonka hän on kokenut. (Kananen 2014, 79,83.)

4.4 Konstruktiiivinen tutkimusote lähestymistapana

Konstruktiiivisessa tutkimusotteessa tutkimusprosessin tavoitteena on luoda käytännön työelämään malli tai työkalu, jonka hyötyä tai toimivuutta arvioidaan. Konstruktiiivinen tutkimusote on käytännönläheinen ja toiminnallinen, ja sen hyödyllisyyttä testataan sekä tarkastellaan tutkimusprosessin mennessä eteenpäin. Tutkimusote vaatii tutkijan ja työelämän tiivistä yhteistyötä koko tutkimusprosessin ajan. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281–291.) Konstruktiiivisessa tutkimusmenetelmässä on tarkoitus saada käytännön ongelmaan teoreettisesti perusteltu ratkaisu. Käytännön ratkaisu ja teoria on sidottu yhteen. Se sisältää suunnittelua, mallintamista, toteutusta ja testausta. Tärkeää on, että prosessin eri vaiheet ovat nähtävillä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 65.) Konstruktiiiviseen tutkimusotteeseen liitetään läheisesti ajatus ” totta on se, mikä toimii”. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja tutkimusotteena oli konstruktiiivinen lähestymistapa. Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän, koska tarkoitukseni oli opinnäytetyössäni kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia saattohoitotyöstä. Konstruktiiivisen lähestymistavan valitsin siksi, koska päivitin laatukäsikirjan osuuden saattohoidosta. Konstruktiiivinen lähestymistapa sopii hyvin työelämälähtöisen opinnäytetyön toteuttamiseen.

Konstruktiiivinen tutkimusprosessi jakautuu seitsemään eri vaiheeseen, jotka ovat: ongelman määrittely, dialogisen alustan rakentaminen eli läheinen yhteistyö käytännön työelämän kanssa, teoreettisen ja käytännöllisen ymmärryksen hankkiminen, työkalun innovointi, työkalun käyttöönotto ja testaus käytännössä, työkalun hyödyllisyyden arviointi/markkinatesti ja teoreettisen kontribuution määrittely ja raportointi. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.)

4.5 Aineistonkeruu ja analyysi

Aineistonkeruu toteutettiin avoimella kyselylomakkeella. Kyselylomake oli paperinen kysely. Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen, koska halusin saada hoitajilta syvällistä ja henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvaa tietoa saattohoidosta.

Kyselyssä (LIITE 2 JA LIITE 3) oli kaksi kysymystä, jotka ovat pohjautuvat tutkimuskysymyksiini ja aikaisempaan teoriaan. Kyselylomakkeen kysymykselle oli varattu yksi sivu vastata per kysymys. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (LIITE 1) esittelin itseni ja kerroin opinnäytetyöni tarkoituksesta ja tavoitteesta.

Kyselylomakkeen testaus ennen varsinaista kyselyn tekemistä on välttämätöntä, sillä näin siihen voi vielä tehdä tarpeen vaatiessa korjaukset, muutokset ja täydennykset. (Ojasalo ym. 2015, 133.) Kyselylomakkeen toimivuus esitettiin kahdella palvelutalon hoitajalla ennen varsinaisen kyselyn suorittamista ja otin heiltä kyselylomakkeesta palautteen. Kyselyn esitelmä oli tärkeää siksi, jotta pystyin vielä ennen tutkimuksen alkamista muuttamaan haastattelukysymyksiä, jos esitelmästä saadut vastaukset eivät vastaakaan riittävän kattavasti tutkimuskysymyksiini. Ohjausryhmän mielestä tutkimuskysymykset olivat hyvät eikä alkuperäisiä tutkimuskysymyksiä muutettu.

Lähetin saatekirjeen ja kyselylomakkeen sähköpostitse yhdelle palvelutalon osastonhoitajalle ennen kyselyn alkamista. Kysely oli paperikysely, sillä hoitohenkilökunnalla ei ole omia henkilökohtaisia työ-sähköpostiosoitteita, joten sähköinen kysely ei ollut mahdollinen. Kyselylomake palautettiin palvelutalossa sijaitsevaan neuvotteluhuoneeseen, suljetussa kuoressa lukittuun laatikkoon. Osastonhoitajat osallistuivat tutkimuksen aineistonkeruuseen tulostamalla kyselylomakkeet ja jakamalla ne valitsemilleen hoitajille. Osastonhoitajat tiedottivat hoitohenkilökuntaa kyselyyn osallistumisesta, kyselylomakkeen palautuksesta ja muihin asiaan liittyvissä käytännön asioissa. Sovimme ohjausryhmän palaverissa, ellei kyselylomakkeita ei palaudu tarpeeksi ja saturaatio ei täyty, niin osastonhoitajat muistuttavat kyselyyn vastaamisesta.

Tutkittavien valintaan on syytä kiinnittää huomiota. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää se, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietäisivät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä olisi paljon omakohtaista kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajarvi 2018.) Informanttien eli vastaajien tulee olla sopivia tutkimusongelman ratkaisemiseksi. Vastaajilta tulisi saada paras tieto ja kuvaus tutkittavasta asiasta. (Kananen 2014, 96–97.) Haastateltavat valitaan tutkimusongelmasta riippuen joko henkilöiden asiantuntemuksen tai kokemusten perusteella. Silloin tärkeä kriteeri on omakohtainen kokemus asiasta. (Vilka 2005, 114.)

Opinnäytetyön kohderyhmän muodostivat palvelutalon hoitohenkilökunta. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Opinnäytetyöhön valittiin 20 tiedonantajaa, jotka työskentelivät palvelutalon eri osastoilla. Kriteerinä kyselyyn vastaajilla oli, että heillä tulee olla työkokemusta muistisairaiden saattohoidosta. Kyselyn

alkamisajankohta oli 3.12.2018 ja kyselyn viimeinen palautuspäivä oli 17.12.2018. Aikaa kyselyyn vastaamiseen oli kaksi viikkoa.

Kyselylomakkeita oli päivämäärään mennessä palautunut 5kpl. Sovimme ohjausryhmän kanssa, että kyselyä jatkettaisiin 31.12.2018 asti ja palvelutalon osastonhoitajat laittaisivat sähköpostiviestin osastoille muistutuksena kyselyyn vastaamisesta. Kyselyä päätettiin jatkaa vielä 2 viikon ajan. Tämän jälkeen oli kyselyjä palautunut vielä 3kpl, yhteensä siis 8 kpl.

Saturaatiolla tarkoitetaan tutkimuskohteen sisäistä kylläntymistä, eli saadut vastaukset alkavat toistua eikä uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä enää tule. Tällöin voidaan katsoa, että aineiston määrä on riittävä. Tutkijan tulee perehtyä aineistoon sitä mukaan, kun sitä kerätään. (Kananen 2014, 96–98.) Luin saadut vastaukset läpi ja saturaatio suhteessa tutkimuskysymyksiin täyttyi tässä kyselyssä. Vastauksissa oli toistuvuutta.

4.6 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Pelkistämässä aineistoa selkiytetään ja tiivistetään. Tarkoituksena on, että runsaasta aineistosta saadaan tunnistettua oleellinen tieto ja rajaamaan näkökulmia. Tiivistämisellä pyritään tunnistamaan yhteisiä piirteitä tai asioita, jotka esiintyvät aineistossa. Tiivistämällä aineiston informaatioarvo kasvaa ja pelkistämällä saadaan tuotettua uutta tietoa isostakin aineistosta. (Ojasalo ym. 2015, 139.)

Tutkimuksen aineisto on kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto on usein laaja sekä monimuotoinen. Tutkija voi löytää siitä seikkoja tai ilmiöitä, joita ei osannut odottaa. Analyysivaihe on haastava ja mielenkiintoinen työvaihe, mutta voi olla myös työläs. Analyysitavoista mikään ei ole toista parempi. Tutkijan tulee löytää tutkittavan ilmiön kannalta paras analyysitekniikka. Erilaisia analyysitapoja ovat aineistolähtöinen, teoriasidonnainen sekä teorialähtöinen analyysitapa. (Puusa 2011, 114,120.)

Aineiston analyysin on tarkoitus nostaa aineistosta olennainen sisältö, tuottaa tutkittavasta asiasta mielekäs kokonaisuus, jossa on rikas tulkinta ja mahdollisuus johtopäätöksiin. Analyysi ja synteesi vuorot-

televat. Synteesillä tarkoitetaan kokonaiskuvan muodostamista ja tutkimuskohteen esittelyä uudesta näkökulmasta. (Puusa 2011, 115–116,123.) Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan, kun on aika tehdä johtopäätöksiä. (Ojasalo ym. 2015, 139–140.) Analyysivaiheessa tutkijalla on aktiivinen rooli. Hän tulkitsee, havainnoi, pyrkii hahmottamaan kokonaisuutta, erittelee, ja tekee johtopäätökset. Tieto puretaan osiin, niitä tarkastellaan kriittisesti, yhdistetään johtolankoja yhteen ja luodaan niistä perusteltu kokonaisuus. (Puusa 2011, 115.)

Sisällönanalyysi alkaa sillä, että tutkija perehtyy aineistoon, esim. lukemalla ainestoa useaan kertaan, erikseen ja kokonaisuutena. Lukukertojen aikana voi tehdä muistiinpanoja ja alustavia havaintoja. Tutkijan tulee olla avoin aineistolle. Analyysivaiheen edistyessä sitä ohjaava ajatus nostetaan esille työn teoreettisesta viitekehystä. (Puusa 2011, 120–121.)

Sisällönanalyysin vaarakohtia ovat, että tutkija on kuvannut analyysin hyvin, mutta johtopäätökset ovat jääneet tekemättä. Myös sisällönanalyysin mekaanisen ja systeemisen työn seurauksena saattaa kadota jotain oleellista. Siksi tutkijan on syytä palata alkuperäiseen aineistoon ajoittain tarkistamaan, onko joku asia jäänyt huomaamatta, tai löytyykö aineistosta vielä jotain uutta. (Ojasalo ym. 2015, 144.)

Aineiston ryhmittelyssä alkuperäisaineistosta etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat asiat ryhmitellään, kootaan yhteen luokaksi tai teemaksi ja se nimetään. (Ojasalo ym. 2015, 140.) Myös eroavaisuuksien etsiminen on tärkeää, ettei tutkija voi yleistää näkemystä ainoaksi totuudeksi. Erilaisuuksien etsimisen seurauksena ilmiöiden samankaltaisuudet jäsentyvät paremmin esiin. (Puusa 2011, 122.)

Analyysin alkuvaiheessa tulkinta ja luokittelu tapahtuu ensin luonnollisen kielen avulla, mutta myöhemmin analyysin edetessä tutkijan työnä on pyrkiä nostamaan esille merkityksiä ja merkitysten muodostamia kokonaisuuksia. Aineiston autenttisuuden eli todenperäisyyden säilyttämiseksi ja aineiston rikkauden esilletuomiseksi kuvataan usein suoria lainauksia kerätystä aineistosta. Niiden avulla voi tehdä näkyvämmäksi tutkijan päättelytyötä. (Puusa 2011, 123.)

Abstrahoinnilla tarkoitetaan pyrkimystä abstraktiin ilmaisuun, eli tekemään yleiskäsityksiä. Yleiskäsityksen avulla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta, teoriaan verraten ja tekemällä siitä johtopäätökset. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan, kun on aika tehdä johtopäätöksiä. (Ojasalo ym. 2015, 139–140.) Klusterointivaihe eli ryhmittelyvaihe sekä abstrahointivaihe liittyvät toisiinsa. Abstrahointivaiheessa luokittelua jatketaan niin kauan, kun se on

sisällön näkökulmasta mahdollista. Tutkijan tulee olla tarkkana, että polku alkuperäisaineistoon säilyy näkyvissä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.3.)

Tulkinnassa tarvitaan tutkijan kykyä mielikuvitukseen ja pyrkimystä hahmottamaan tutkittavien maailmat. (Ojasalo ym. 2015, 140.) Sisällönanalyysi perustuu tutkijan tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä kokemuksesta kohti käsitteellisempää lopputulosta. Analyysin kaikissa vaiheissa tutkijan tulisi pyrkiä ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan. Tarkoituksena on saada vastaus alkupe- räisiin tutkimuskysymyksiin/ tehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.3.)

Käytin aineiston analyysiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Valitsen aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska se sopii laadullisen opinnäytetyön analyysimenetelmäksi. Aloitin sisällönanalyysin tekemisen lukemalla aineistoa useaan kertaan. Aloitin aineiston havainnoimisen ja tein alustavia muistiinpanoja. Koska kyselyssä oli kaksi kysymystä, kävin ensin läpi ensimmäisen kysymyksen vastaukset kaikista lomakkeista ja sitten toisen kysymyksen samalla tavalla. Litteroin aineiston lauseet sanasta sanaan Word-tiedostolle. Palasin aineistoon uudelleen litteroinnin jälkeen. Kun aineisto oli koottu samalle tiedostolle, se selkiytti ajatusta ja siitä pystyi tekemään uudenlaisia havaintoja. Aloin alustavasti karsimaan oleellisen epäoleellisesta, ryhmittelemään sanoja ja samaa tarkoittavien lauseiden perusteella omiksi kokonaisuuksiksi.

Tutkimuksen analyysiä ohjasi opinnäytetyön tutkimuskysymykset. Luokittelu on tehty kyselyn kysymysten mukaan. Alustavan luokittelun jälkeen luin luokiteltuja asioita useaan kertaan ja poimin aineistosta asioita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Pelkistin alkuperäisilmaukset ja kokosin samaa tarkoittavat asiakokonaisuudet samaan ryhmään, jonka nimesin. Ensimmäiseen kysymykseen sain viisi luokkaa: alkuperäisilmaukset, pelkistetty ilmaus, alaluokka, pääluokka ja yhdistävä luokka. Toiseen tutkimuskysymykseen kokosin kyselystä nousseet ammatilliset vahvuudet, kehittämistarpeet ja näistä keskeisimmät sisällöt. Yhteenveto aineiston sisällönanalyysistä on esitetty liitteessä 4. (LIITE 4)

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Palvelutalon hoitajille suunnatun kyselyn tulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin. Alkuperäisilmauksista on valittu muutamia havainnollistamaan vastausten luokittelua.

5.1 Hoitajien kokemuksia muistisairaiden potilaiden saattohoidosta

Hoitajat kokivat, että omaisten kohtaaminen, hyvä keskusteluyhteys ja omaisten huomioiminen asukasta koskevassa päätöksenteossa on tärkeä osa saattohoitotyötä. Omaisen ja henkilökunnan hyvässä kohtamisessa nousivat asiat lisääntyneestä yhteydenpidosta omaisiin, heidän toiveiden huomioimiseen päätöksenteossa ja yksilöllisestä huomioinnista. Omaisen ja hoitohenkilökunnan kohtaamisen ongelmia ovat keskusteluyhteyden tai tilanteen ymmärtämisen puuttuminen, saattohoidon yllätyksellisyys tai omaisten puuttuminen.

Yhteistyö omaisten, asukkaan kanssa. Otetaan huomioon kaikki tärkeät asiat. Yhdessä etsitään paras ratkaisu saattohoidon aikana.

Mielestäni suurimmaksi haasteeksi saattohoitotilanteessa on omaiset, jotka ei ymmärrä asiaa. Olisikin hyvä, että kun asukas on vielä “hyvässä” kunnossa, niin omaisten kanssa keskusteltaisiin kuolemasta ja saattohoidosta. Useasti kun lääkäri on tehnyt saattohoitopäätöksen niin se tulee omaisille vähän yllätyksenä.

Omaiset olisi otettava paremmin huomioon.

Hoitajan aika ei riitä riittävään läsnäoloon. Asukas jää “yksin”, jos ei ole omaisia, jotka osallistuvat läsnäolollaan.

Hoitajat kokivat tärkeimpinä yhteistyökumppaneina saattohoidossa palvelutalon lääkärin, oman osaston henkilökunnan, kotisairaanhoidon sekä omaiset. Hyvässä yhteistyökokemuksessa koettiin, että yhteistyö oli sujunut hyvin ja yhteisesti mietitty paras ratkaisu saattohoidon hyvään toteutumiseen. Ongelmiksi

yhteistyössä nousivat lähetteen saaminen lääkäriltä kotisairaalaan, yhteistyön hankaluus tai toimimattomuus eri hoitavien tahojen kanssa. Yhteistyön toivottiin olevan sujuvampaa ja yhtenäisempää.

Kotisairaalan kanssa yhteistyö sujuu hyvin.

Kaikki hoitavat tahot eivät toimi yhteen.

Lääkäri ottaa vastuun ja tekee päätöksen.

Yhteistyö lääkäripalvelujen ja kotisairaalan sekä palvelutalon henkilökunnan välillä on useimmiten saattohoitotilanteissa hankalaa/haastavaa/turhauttavaa.

Hoitajat kokivat, että potilaan saattohoito jää usein hoitohenkilökunnan vastuulle. Hoitosuhteet ovat yleensä pitkiä ja potilaat hoidetaan palvelutalossa kuolemaan saakka. Arviointikyky potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista on tärkeää saattohoitotyössä ja se koettiin puutteelliseksi. Hoitajat kokivat, että palvelutalossa on liian vähän henkilökuntaa, aika ei riitä läsnäoloon saattohoitotilanteessa ja hoitajat eivät aina tunne potilaita.

Palvelutalossa hoidetaan asukkaat kuolemaan asti.

Palvelutalossa on liian vähän henkilökuntaa, kun asukas on saattohoidossa hän ei saa tarpeeksi huomiota.

Saattohoidon aloittamista lykätään liian pitkään.

Hygieniasta on pidetty kaikilla huolta, suuta kostutettu sitruunatikulla. Asentohoidot huomioidaan aina. Omaisten kanssa ollaan oltu yhteydessä tiuhempaan ja heidän toiveitaan myös kuunneltu.

Hoitajan pitää olla "herkkä" havaitsemaan ja huomaamaan asukkaan voinnissa oleva muutos.

Hoitajat kokivat, ettei saattohoitopotilailla kivunhoito ole aina riittävän tehokasta tai kivunhoito aloitettu liian myöhään. Hoitajilla toivat esille myös positiivisia kokemuksia, että kivunhoitoon oli panostettu erilaisilla kivunhoitomenetelmin ja kipua arvioitu. Riittävä ja oikeanlainen kivunhoito koettiin tärkeäksi osaksi saattohoitotyötä. Olen koonnut keskeiset asiat kuvioon 2. (KUVIO 2).

Kivun hoitoon panostettiin kaikilla ja oltiin yhteydessä kotisairaalaan. Eräällä asukkaalla oli kipupumppu, mikä erosi muiden asukkaiden kivunhoidosta.

Saattohoito aloitetaan asukkaan kannalta liian myöhään, mm. riittävä kipulääkitys.

<p>OMAISTEN KOHTAAMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keskusteleminen kuolemasta ja yhteydenpito omaisten kanssa. • Omaisten huomiointi päätöksenteossa ja toiveissa. • Ongelmat omaisten kohtaamisessa kuten omaiset puuttuvat, ei hyvää keskusteluyhteyttä tai ymmärrys puuttuu. 	<p>YHTEISTYÖ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tärkeimmät yhteistyökumppanit lääkäri, kotisairaala, palvelutalon henkilökunta sekä omaiset. • Hyvässä yhteistyössä yhteisesti mietitty paras ratkaisu saattohoidon toteutumiseen ja yhteistyö sujuvaa. • Yhteistyön ongelmina lähetteen saaminen kotisairaalaan lääkäriltä tai yhteistyön hankaluus tai sujumattomuus eri tahojen välillä.
<p>PALVELUTALON RESURSSIT</p> <p>JA OMA OSAAMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saattohoito jää usein hoitajien vastuulle. • Arviointikyky potilaan voinnin muutoksista hoitajilla puutteellinen. • Palvelutalossa liian vähän henkilökuntaa. Aika ei riitä läsnäoloon saattohoitotilanteessa eikä hoitajat aina tunne potilaita. 	<p>KIVUNHOIDON OSAAMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saattohoidossa kivunhoidon osaaminen korostuu. • Saattohoidossa kivunhoitoa tehostettu erilaisin menetelmin ja hoitajilla kokemuksia siitä, että potilaat nukkuneet rauhallisesti pois. • Riittävä kivunhoito tärkeää. • Kivunhoito aloitetaan liian myöhään tai ei ole riittävän tehokasta.

KUVIO 2. Hoitajien kokemuksia muistisairaiden potilaiden saattohoidosta

5.2 Hoitajien käsityksiä saattohoito-osaamisestaan ja osaamisen kehittämisestä.

Vastauksissa tuli esiin, että omat vahvuudet työssä sekä ammatilliset kehittämistarpeet oli tiedostettu. Lisäkoulutusta toivottiin lääkehoidon osaamiseen ja saattohoitotyöhön. Muita kehittämistarpeita olivat omaisten kohtaaminen, oman läsnäolon ja vastuun ottamisen lisääminen saattohoitotilanteissa. Hoitajat mainitsivat ammatillisiksi vahvuuksiksi asioita, kuten. empaattisuus, rauhallisuus asukkaan tilan arviointi ja seuraaminen, asukkaan hoito esim. perushoidolliset asiat sekä tiimityön. Olen koonnut keskeiset asiat kuvioon 3. (KUVIO 3).

Haluan olla läsnä enemmän kuin pystyn ajallisesti.

Oisin halukas saada lisää tietoa ja osaamista saattohoidosta.

Tietoa ja ammatillista kokemusta on, toteuttaminen ei ole itsestä ja osaamisesta kiinni vaan resursseista mm. työntekijämäärästä.

Koulutusta tarvitaan kaikille ammattiryhmille.

AMMATILLISET VAHVUUDET	AMMATILLISET KEHITTÄMISTARPEET
<ul style="list-style-type: none"> • Empaattisuus ja rauhallisuus saattohoitotyössä. • Tiimityö. • Potilaan voinnin seuraaminen ja arviointi. • Perushoito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö omaisten kanssa. • Koulutusta saattohoidosta sekä lääkehoidosta. • Oma läsnäolo ja vastuun otto saattohoitotilanteessa.

KUVIO 3. Hoitajien käsityksiä saattohoito-osaamisestaan ja osaamisen kehittämisestä

5.3 Saattohoidon kehittäminen

Ojasalon ym. mukaan tutkimuksellisissa kehittämistöissä tulee näkyä tutkijan kyky siirtää teorian tietoa käytännön työhön. Kehittämistyössä tarvitaan projektityön osaamista ja kehittämisen osaamista. (Ojasalo ym. 2015, 20–21.)

Opinnäytetyön kehittämisosuuksena päivitin palvelutalon laatukäsikirjasta saattohoidon osuuden laati-
malla hoitohenkilökunnalle oppaan elämän loppuvaiheen hoidosta. Laatukäsikirjan ohjeistukset olivat
jo osittain vanhentuneet tiedollisin puolin, niin ohjeistuksen päivittäminen oli tärkeä osuus opinnäyte-
työtä. Aloitin saattohoito-oppaan päivittämisen sen jälkeen, kun olin saanut sisällönanalyysin sekä tulo-
sosion valmiiksi. Olin jo aiemmin tutustunut palvelutalon aikaisempaan saattohoito-oppaaseen ja kes-
kustellut työelämäohjaajan sekä ohjausryhmän kanssa siitä, minkälaisia toiveita heillä olisi oppaan suh-
teen. Ohjausryhmällä oli toiveena oppaan lukijaystävällinen ulkoasu ja selkeys.

Saattohoito-oppaan tarkoituksena on olla työkaluna hoitohenkilökunnalle käytännön hoitotyössä. Se on
laadittu hyvien lähteiden pohjalta ja on kattava tietopohjaltaan. Konstruktivisessa lähestymistavassa,
jossa tarkoituksena on luoda uusi malli niin, konkreettisesti tuotoksessa, kuten tässä opinnäytetyössä
saattohoito-oppaan tekemisessä tarvitaan olemassa olevaa teoreettista tietoa sekä käytännöstä kerättyä
tietoa. Tässä opinnäytetyöprojektissä otettiin käytännöstä kerättyä tietoa, jota sitten peilattiin teorian tie-
toon.

Tavoitteenani oli tehdä saattohoito-oppaasta monipuolinen työväline käytännön saattohoitotyöhön. Käy-
tin saattohoito-oppaan päivittämiseen runkona palvelutalon aikaisempaa saattohoito -opasta sekä Muis-
tiliiton vuonna 2016 tekemää Muistisaira-an hyvä saattohoito -opasta. Olin tutustunut niihin jo varhai-
sessa vaiheessa opinnäytetyön teon aikana ja tiesin, että saisin niistä hyviä lähteitä saattohoito-oppaa-
seen. Täydensin tietoja opinnäytetyössäni käyttämistäni lähteistä ja Käypä hoito -suosituksista. Lähde-
valinnat olivat mielestäni onnistuneet. Koulutuspäivässä esittelin saattohoito-oppaan ja sain siitä hoito-
henkilökunnalta kiinnostusta sekä hyvää palautetta.

Saattohoito-opas oli valmis maaliskuun lopussa 2019 ja lähetin sen silloin eteenpäin ohjausryhmälle.
Sovimme tapaamisen, jossa kävimme yhdessä saattohoito-oppaan läpi ja täydensin siihen käytännön
asioita, jotka liittyvät kyseisen palvelutalon saattohoitoon. Sain ohjausryhmältä hyvää palautetta oppaan
sisältämistä tietolaatikoista, joissa keskeiset asiat ovat tiivistetty ja tehty helppolukuisiksi. Heiltä ei tullut

muutosehdotuksia oppaaseen. Sain muutaman muutosehdotuksen oppaaseen vasta koulutuspäivän yhteydessä ja tein pienet ehdotetut muutokset heti paikan päällä.

Saattohoito-opas jalkautettiin hoitohenkilökunnalle koulutusiltapäivässä, jossa esittelin opinnäytetyöni sekä saattohoito-oppaan. 16.4.2019 järjestettiin palvelutalossa saattohoito-koulutusiltapäivä palvelutalon henkilökunnalle. Olin tätä ennen ottanut yhteyttä saattohoitoon erikoistuneeseen Terhokotiin sekä Helsingin kaupungin Kotisairaalaan. Kerroin opinnäytetyöstäni ja pyysin heitä luennoimaan palvelutaloon saattohoidon teemoista.

Saattohoitokoulutukseen osallistui hoitajia kaikista ryhmäkodeista, yhteensä 20 hoitajaa sekä ohjausryhmästäni kaksi osastonhoitajaa. Aikaa koulutukseen oli varattu kolme tuntia. Aloitin iltapäivän esittelemällä itseni, sekä iltapäivän ohjelman. Esittelin opinnäytetyön eri vaiheita, tuloksia ja saattohoito-opasta Powerpoint-esityksessä ja lisäksi olin ottanut yhden saattohoito-oppaan, jonka laitoin kiertämään osallistujille.

Oman puheenvuoroni jälkeen tuli luennoitsija Terhokodista. Luennoitsijalla oli vankka työkokemus 27 vuoden ajalta Terhokodissa saattohoitopotilaiden kanssa työskentelystä. Hän luennoi saattohoidon periaatteista hoitajan arjen työssä, läsnäolon, kohtaamisen, potilaslähtöisyyden ja itsemääräämisoikeuden aiheista. Hän täydensi puheenvuoroaan käytännön esimerkeillä ja jonkin verran luennon aikana myös keskusteltiin yhteisesti. Viimeisen tunnin puheenvuoron käytti Helsingin kaupungin Kotisairaalan apulaisosastonhoitaja ja sairaanhoitaja. He esittelivät Kotisairaalan toiminnan ja heidän asiakasmääriä. He myös kävivät luennossaan läpi, minkälaisissa tilanteissa Kotisairaalaan voi ottaa yhteyttä, minkälainen on hoitopolku ja kuinka asiakkaaksi pääsee, sekä kuinka palvelutalossa voisi varautua tai ennakoida asukkaan voinnissa tapahtuviin muutoksiin.

Luennon jälkeen tuli kysymyksiä ja keskustelimme esityksessä heränneistä asioista. Erityisesti lääkähoidosta keskusteltiin paljon Kotisairaalan henkilökunnan kanssa. Koulutusiltapäivän päätteeksi monet olivat kiinnostuneita tietämään, mistä valmiin opinnäytetyön voisi lukea ja sain kommentteja, että saattohoito-opas on hyvä ja siitä olisi apua käytännön työssä. Palvelutalon osastonhoitajilta tuli kiitosta hyvästä koulutusiltapäivästä.

Koulutusiltapäivä oli mielestäni onnistunut. Päivän päätteeksi sain kiitosta koulutuksen järjestämisestä ja moni osallistuja oli kiinnostunut saattohoito-oppaasta ja opinnäytetyöstä. Koin, että osallistujat olivat hyötyneet koulutuksesta ja sisältö oli ollut monipuolinen ja hyvä. Jos päivään olisi varattu enemmän aikaa, olisin mielelläni osallistuttanut henkilökuntaa esim. jonkinlaiseen ryhmätyöhön tai muuhun,

mutta keskustelu luentojen aiheista oli rikasta, ja uskon, että tavoitteet koulutuspäivän järjestämiseksi täyttyivät ja moni hoitaja sai uusia ajatuksia heräämään saattohoidosta ja työkaluja käytännön hoitotyöhön. Myös ohjausryhmästä paikalla olleet osastonhoitajat antoivat hyvää palautetta koulutusiltapäivän järjestämisestä sekä hyvien luennoitsijoiden saamisesta palvelutaloon.

Avoimen keskustelun lisääminen saattohoidosta palvelutalon sisäisesti, omaisten kanssa kuin yhteistyökumppaneiden kanssa on tärkeää. Hoitohenkilökunnalle on tärkeää saada jakaa kokemuksiaan ja ajatuksiaan hoitotyössä olevista aiheista. Uskallus varhaiseen puheeksi ottoon kuolemasta potilaan omaisten kanssa on tärkeää niin potilaan, omaisen kuin hyvän saattohoidon toteutumisen kannalta. Yhteistyökumppaneiden kanssa yhteistyön paraneminen ja asioista yhteisesti keskustelu tuo lisää luottamusta ja työkaluja käytännön työhön.

Opinnäytetyön ohjausryhmän jäsenet, palvelutalon osastonhoitajat huolehtivat jatkossa oppaan tulemisesta osastoille käytännön työhön. Tämän opinnäytetyön aikataulun puitteissa en ole pystynyt toteuttamaan konstruktiviseen lähestymistavan työvaihetta, jossa toteutetaan mallin toimivuuden testaus, mutta sain oppaasta palautetta ohjausryhmältä palaverissa sekä hoitohenkilökunnalta kiinnostusta ja hyvää palautetta, kun esittelin oppaan koulutuspäivässä.

6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN POHDINTA

Opinnäytetyön tulosten pohdinnassa pohdin tutkimusosiossa kyselystä nousseita tuloksia. Tutkimusosiossa hain vastausta kahteen tutkimuskysymykseen. Hoitajille suunnatussa kyselyssä nousi samankaltaisia vastauksia, kuin aiemmissa tutkimuksissa. Pohdin myös kehittämistyön ja työelämäyhteyden prosessia, oppimiskokemuksia ja johtamisen näkökulmaa. Lopuksi käsitelön luotettavuutta, etiikkaa, joh-topäätöksiä ja jatkotutkimus aiheita.

6.1 Tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja osaamista muistisairaiden saattohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa palvelutalon hoitohenkilökunnalle uutta tietoa ja käytännön työkaluja muistisairaiden saattohoitoon sekä aiheeseen syvempää perehtymistä ja asian sisäistämistä, joka edesauttaa hyvän saattohoidon toteutumista palvelutalon asukkaille. Kehittämistyön osuutena oli päivittää Helsingissä sijaitsevan palvelutalon laatukäsikirjasta saattohoidon osuus uudella tiedolla sekä järjestää hoitohenkilökunnalle koulutus muistisairaiden saattohoidosta.

Tutkimuksen vastauksista nousi se, että keskusteluyhteys ja omaisten huomioiminen asukasta koskevassa päätöksenteossa koettiin tärkeäksi osaksi saattohoitotyötä. Hyvä kohtaaminen ja hyvä yhteistyö potilaan omaisten kanssa on saattohoidossa tärkeää. Ohjeistukset helpottavat käytännön työssä asioista keskustelua ja yhtenäistävät potilaiden saattohoitotyötä. Hoitohenkilökunta koki, että omaisia otetaan päätöksentekoon ja toiveita kuunnellaan, mutta yhteistyötä tulisi parantaa ja aloittaa kuolemasta puhuminen jo varhaisemmin, ettei tieto tulisi yllätyksellisenä ja siten aiheuttaisi ongelmia. Hoitajia myös huolestutti potilaan yksin jääminen, jos omaisia ei ole.

Empaattinen suhtautuminen potilaan omaisiin on tärkeä hoitajan osaamisalueita saattohoitotyössä. (Anttonen 2016, 20.) Rantalan mukaan omaiselle on usein tärkeää, että hoitaja on tiedon ja tuen antajana saattohoitopäätöksen jälkeen. Hoitaja voi kertoa, millä tavoin potilaan vointia voidaan helpottaa, keskustella kuolemaan liittyvistä peloista sekä toiveista. Saattohoito-ohjeet helpottavat asioiden läpikäymistä sekä hoitohenkilökunnan että kuolevan ihmisen ja hänen perheensä kannalta. (Rantala 2017, 24–25.) Riittävän varhainen lähestyvän kuoleman puheeksi otto ja ajoissa laadittu hoitotahto luovat perustan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelulle. (STM 2018.) Dobsonin mukaan kuoleman puheeksi ottaminen voidaan kokea vaikeana. (Dobson 2017.) Anttonen mukaan kuolemasta puhumisen

keskustelumyönteisyyden tunnusteleminen potilaan ja omaisen kanssa koettiin joskus vaikeaksi. Hoitajat kokivat, että ajoittain esteet voivat olla heissä itsessään. Hämmennys työn sisällön erilaisuudesta sekä epävarmuus omien taitojen riittämättömyydessä olivat esteitä keskustelun aloittamisesta kuoleman lähestyessä. Kuitenkin uskallus puhua vaikeista asioista koettiin ammatillista kasvua lisääväksi sekä vahvasti ammatillista osaamista. (Anttonen 2016, 72.)

Tutkimuksesta nousi yhteistyön merkitys saattohoitoon osallistuvien eri tahojen kanssa. Tärkeimpinä yhteistyökumppaneina saattohoidossa mainittiin lääkäri, potilaan oman osaston henkilökunta, kotisairaanhoido sekä omaiset. Monissa vastauksissa nousi esiin se, että yhteistyö eri hoitavien tahojen kanssa koettiin useimmiten hankalana ja se vaikuttaa saattohoidon toteutumiseen. Yhteistyön toivottiin olevan sujuvampaa, yhtenäisempää ja tavoitettavampaa. Hyvä yhteistyö eri hoitavien tahojen sekä henkilökunnan välillä parantaa potilaan sekä hoitohenkilökunnan kokemuksia saattohoitotyöstä. Yhteistyön kehittäminen ja vuoropuhelu myös mahdollisista yhteistyön ongelmista eri tahojen välillä on tärkeää.

Muistisairailta asukkailla ongelmat kognitiivisissa toiminnoissa vaikeuttavat potilaan omaa osallistumistaan hoidon suunnitteluun ja keskustelua elämän loppuvaiheen hoidosta. Päätökset perustuvat usein hoitohenkilökunnan havaintoihin toimintakyvyn alenemisesta, lääkärin arvioon ja läheisten mielipiteisiin. (Goodman ym. 2013.) Potilasta hoitavat tiimit rakentuvat eri elämäntilanteessa ja eri taustoilla olevilla yksilöillä. Usein tiimi on joukko sattumanvaraisesti valittuja henkilöitä. Luottamuksellinen ja positiivinen ilmapiiri antavat pohjan yhteiselle työlle ja mahdollisille kehittämishankkeille. (Kupias, Peltola & Pirinen 2014,17.) Hoitohenkilöstön keskinäinen hyvä yhteistyö edistää potilaan yksilöllistä hoitoa. (Anttonen 2016, 20.)

Aira on tutkinut väitöskirjassaan yhteistyön suhdetta ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Airan mukaan toimiva yhteistyö edellyttää yhteisen tavoitteen asettamista. Tavallisesti yhteistyötä ovat esim. jonkin uuden luominen tai ongelman ratkaisu. Yhteistyö ei tapahdu itsestään, vaan se on toiminta, jonka sen osapuolet joko valitsevat tai jättävät valitsematta. Yhteistyörakenteet eivät vielä takaa yhteistyötä. Yhteistyö edellyttää kaikkien osapuolten panostusta. Osallistuminen voi olla erilaista. Työelämässä yhteistyöllä on usein tuloksellinen odotus, mutta yhteistyötä voidaan arvioida myös siihen osallistuvien tyytyväisyydellä tai asenteilla yhteistyötä kohtaan. (Aira, 2012, 29–30, 47, 51–52.)

Hoitajat kokivat jo järjestetyt koulutukset positiivisena asiana ja lisäkoulutusta saattohoitoon toivottiin. Hoitotieteissä saadaan koko ajan uutta tutkittua tietoa. Osaamisen jatkuva kehittäminen on tärkeää hoitajan työssä. Osaamisen kehittämisellä saadaan laatua ja ajantasaisia käytäntöjä käytännön hoitoyöhön. Hoitajat kokivat saattohoidon jäävän usein hoitohenkilökunnan vastuulle.

Anttosen mukaan tärkeimmät kehittämishaasteet hoitotyössä liittyvät nykypäivänä hoitohenkilökunnan kouluttamiseen ja tutkimustyöhön. (Anttonen 2016, 16.) Tieto ja osaaminen vanhenevat nopeasti. Asiantuntijakaan ei voi tuudittautua sillä ajatuksella, että kerran hankittu koulutus riittää koko työuran ajan. (Partanen 2016.) On tärkeää, että hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus osallistua saattohoitokoulutuksiin ja saada vaikuttaa omaan työhönsä. (Muistiliitto 2018) Tulevaisuudessa saattohoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy ja alueelliset erot palveluiden laadussa ja hoitohenkilökunnan osaamisessa vaihtelevat. Hyvän saattohoidon järjestäminen on haaste terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. (Anttonen 2016, 16.)

Saarron mukaan vastuullisena hoitohenkilönä toimiminen edellyttää tiedon, taidon, kokemusten ja ammattietiikan hallintaa. Hoitohenkilöstön toimintaa ohjaavia eettisiä periaatteita ovat elämän kunnioittaminen, ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, hoitamisen periaatteet, oikeudenmukaisuus, sekä hoidon hyötyjen ja haittojen jatkuva punnitseminen. (Saarto ym. 2015, 602–605.) Saattohoito on usein stressaava tilanne myös henkilöstölle ja siihen on avuksi työpaikan avoin ilmapiiri, rajat työn ja vapaa-ajan suhteen, tauot, riittävä henkilökuntamäärä, työnohjaus ja keskusteleva ilmapiiri. (Muistiliitto 2017) Työ-yhteisöjen tulee huolehtia resursseista ja henkilökunnan työssä jaksamisesta. Myös avoimen keskusteluyhteyden, työhyvinvoinnin ja vuoropuhelun luominen henkilöstön kesken on tärkeää.

Tutkimuksessa nousi esiin puutteellinen arviointikyky potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista saattohoitotyössä. Tähän vaikutti se, että hoitajat eivät aina tunne potilaita tai kiire, jos osastolla oli liian vähän henkilökuntaa. Henkilökuntamäärän vähyden koettiin vaikuttavan siten, ettei aika riitä hoitajan läsnäoloon saattohoitotilanteessa. Henkilökunnan osaamisen puutteet tai vähäinen henkilöstömäärä ovat suhteessa hoidon laatuun.

Dobsonin mukaan hyvän saattohoidon toteutumista voi estää hoitopaikan resurssien tai hoitohenkilöstön ajan ja koulutuksen puute. Hoitohenkilökunnalla voi myös olla vähän kokemusta saattohoitotyöstä tai kuolevan potilaan hoitamisesta. (Dobson 2017.) Anttosen mukaan hoitohenkilökunnan osaaminen lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamiseen ja kuoleman hetkeen valmistautuminen ovat tärkeitä asioita hoidon laadun kannalta. (Anttonen 2016, 20.)

Tutkimuksessa nousi esille hoitajien kokemuksia saattohoitopotilaiden kivunhoidosta. Hoitajat kokivat, ettei saattohoitopotilailla kivunhoito ole aina riittävän tehokasta tai kivunhoito aloitettu liian myöhään. Hoitajilla toivat esille myös positiivisia kokemuksia, että kivunhoitoon oli panostettu erilaisilla kivunhoitomenetelmin ja kipua arvioitu. Riittävä ja oikeanlainen kivunhoito koettiin tärkeäksi osaksi saattohoitotyötä. Palvelutalossa tulisi kiinnittää huomiota potilaiden riittävään kivunlievitykseen ja parantaa hoitohenkilökunnan osaamista kivunhoidossa.

Saattohoidossa sovelletaan samanlaisia hoidon periaatteita ja lääkkeitä kuin syöpäkivun hoidossa. Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen on hyvän hoidon perusedellytys. Lääkehoidon rinnalla on hyvä käyttää myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kuten hoitotyön menetelmät, asento- ja liikehoidot, rentoutus. (Käypä hoito 2018.) Kivunhoito on tärkeä osa saattohoitotyötä ja yhtenäisemmät käytännöt ja kivunhoidon ennakoiva suunnittelu ovat potilaan etu. Parantumattomasti sairaan asiantunteva ja hyvä hoito, kohtelu ja kärsimyksien lieventäminen ovat saattohoidon keskeisimpiä asioita. (Pöyhiä, Tasmuth & Reinikainen 2014, 10–15.)

Toinen tutkimuskysymys käsitteli ammatillisia vahvuuksia ja kehittämishaasteita saattohoitotyössä. Oma työtiimi ja sen jäsenenä oleminen koettiin vahvuudeksi, mutta ammatillisena kehittämishaasteena läsnäolon lisäämistä sekä isomman vastuun ottamista potilaan asioista, kuten kivunhoidon suunnittelusta. Vastauksissa tuli esille osaamisen monipuolisuus palvelutalossa. Hoitohenkilökunnan osaaminen on monipuolista, ja sisältää asukkaan perushoitoa, lääkehoitoa ja sen arviointia, yhteistyötä eri hoitavien tahojen sekä omaisten kanssa ja käytännön asioiden hoitamista. Ammatillisina kehittämishaasteina hoitajat nostivat esille läsnäolon lisäämisen saattohoitotilanteissa, omaisten parempaa huomioimisen ja kohtaamisen, sekä isomman vastuunoton potilaan asioista esim. kivunhoidosta. Palvelutalossa yhtenäiset käytännöt, henkilökunnan hyvä osaamisen taso, avoin keskusteluilmapiiri ja riittävät resurssit varmistavat hyvän saattohoidon toteutumisen.

Kuuselan mukaan läsnäolo on keskittymistä tilanteeseen ja tarkkaavaisuutta. Se on myös kuuntelua ja myötäelämistä. Läsnäolo on usein myös katsekontaktin hakemista, rauhallisuutta, kiireettömyyden tuntoa ja sitä kautta luontevaa yhteistyötä. (Kuusela 2013, 128.) Anttonen tutkimuksessa kuoleman todellisuus voi olla kohtaavaa tai ohittavaa potilaan, omaisen tai hoitajan kokemana. Kohtaavassa työskentelyssä hoitohenkilökunta koki saattohoitotyötä tehdessään ammatillista kasvua tunteiden kanssa työskentelystä, kohdattujen asioiden reflektomisessa ja niistä oppimisessa. Hoitohenkilökunta osasi myös antaa arvoa elämälle ja sai lisää merkitystä myös omalle elämälle. Myös vetäytyminen ja etäisesti kuoleman kohtaaminen koettiin työssä yhtä henkisesti raskaaksi kuin aktiivisen saattohoitotyön tekeminen. (Anttonen 2016, 70.)

Tässä opinnäytetyössä tutkin hoitajien kokemuksia saattohoidosta ja miten he kehittäisivät omaa ammattitaitoaan saattohoidon osaamisessa. Mielestäni tärkeä osa opinnäytetyön toteuttamista oli se, että hoitajat, jotka päivittäisessä työssään ovat tärkeässä osassa toteuttamassa elämän loppuvaiheen hoitoa, saivat kertoa omia kokemuksiaan saattohoidosta palvelutalossa. Sain paljon positiivista kiinnostusta,

kannustusta ja kiitosta opinnäytetyön teon aikana hoitohenkilökunnalta, ohjausryhmältä sekä myös omaisilta, keiden kanssa aiheesta keskustelin.

6.2 Etiikan pohdinta

Saattohoidon kehittäminen on eettisesti tärkeää ja hoitotyössä aina ajankohtaista. Tulevaisuudessa vanhusten määrä ja saattohoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy. Opinnäytetyöaiheena saattohoidon kehittäminen kiinnosti minua ja sille oli lisäksi tarvetta työelämän puolelta. Saattohoitoon läheisesti liittyvät aiheet ovat usein eettisten kysymysten pohdintaa. Opinnäytetyö lisäsi avointa keskustelua ja vuoropuhelua saattohoidosta sekä palvelutalon sisällä, että hoitoon osallistuvien yhteistyö tahojen kanssa.

Karnikin ja Kanekarin mukaan eettisiä kysymyksiä saattohoidossa ovat itsenäiseen päätöksentekoon liittyvät asiat, hoitohenkilökunnan rooli ja vastuu, hoitotahto, nykyiset sekä tulevaisuuden hoitomuodot, sekä taloudelliset resurssit. On ratkaisevaa, että saattohoitoon liittyvistä eettisistä aiheista keskustellaan myös julkisesti. Avoin julkinen keskustelu on potilaan, osallistuvien organisaatioiden ja myös saattohoidon kehittämisen tulevaisuuden kannalta hyvin tärkeää. (Karnik & Kanekar 2016.)

Potilaan oikeus asianmukaiseen elämän loppuvaiheen hoitoon on kirjoitettu jo perustuslakiin (731/1999). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hyvään kohteluun. Kuoleva potilas on samassa asemassa kuin muutkin potilaat. Terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevat eettiset ohjeet sekä kansalliset ja kansainväliset suositukset ja julistukset ovat ohjenuorana saattohoidon oikeudellisen ja eettisyyden toteuttamiselle. Saattohoidossa ammattihenkilöillä on velvollisuus hoitaa potilaita niin hyvin kuin koulutuksen ja kokemuksensa mukaan voivat, lievittää kuolevan kärsimyksiä sekä täydentää osaamistaan ja tietojään koulutuksen avulla. (ETENE 2019.)

Tutkijan tulee ajatella kriittisesti omaa tutkimustyötään, ottaa huomioon erilaisia vaihtoehtoja, perustella käyttämänsä valinnat, olla tarvittaessa valmis korjaamaan tutkimusmenettelyitään, ja ymmärtää saamansa tulokset ehdolliseksi, eli saadut tulokset voidaan myöhemmin kumota. Teksti tulee olla ymmärrettävää, perusteltua, selkeää ja johdonmukaista. (Hirsjärvi ym. 2009, 22–23.) Tutkimussuunnitelman

huolellinen kirjoittaminen on osa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimussuunnitelman tulee olla tarkka, avoin, täsmällinen, ymmärrettävä ja rehellinen. (Vilka 2005, 32–33.)

Tutkimussuunnitelmaa tehdessäni ja tutkimustyön ajan tutustuin tutkimuseettiseen kirjallisuuteen ja noudatin tutkimuksessa eettisiä käytäntöjä. Tein tutkimussuunnitelman huolellisesti ja kunnioitin muita tutkijoita merkitsemällä käyttämäni lähteet huolellisesti, enkä esittänyt toisten tietoja ominani

Tutkimuksen tekoon liittyy eettisiä kysymyksiä, joita tutkijan tulee ottaa huomioon. Tutkimuksen tulee noudattaa prosessissaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joka tarkoittaa rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta tutkimustyössä ja dokumentoinnissa, tutkimustulosten esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Epärehellisyyttä tulee välttää. Tutkimuksen puutteetkin on tuotava esiin. Tutkittavien suostumus osallistumisesta tutkimukseen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja heidän henkilöllisyyteensä tulee pysyä suojattuna. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27.) Tutkimukseen osallistuvien tulee saada tietää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät, mistä tutkimuksessa on kyse, saada tietoa mahdollista haitoista ja odottaa tutkijalta luottamuksellisuutta ja vastuuntuntoa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131.)

Kyselyä tehdessäni otin huomioon kyselyyn vastanneiden anonymiteetin, vapaaehtoisuuden sekä annoin tarpeeksi tietoa tutkimuksestani kyselylomakkeen saatekirjeessä. Anonymiteetin varmistamiseksi en itse valinnut tiedonantajia enkä kysynyt kyselylomakkeessa mitään henkilötietoihin liittyvää, mistä vastaajan olisi voitu tunnistaa. En osallistunut kyselystä tiedottamiseen enkä aineistonkeruuseen paikan päällä. Kyselylomakkeen vastaukset ovat käsin kirjoitettuja, mutta en ole niistä tunnistanut, keitä vastaajat ovat. Säilytin aineiston lukitussa tilassa ja olen hävittänyt aineiston työn valmistuttua. Raportin olen kirjoittanut niin, ettei ketään voitaisi tunnistaa vastausten perusteella. Koulutuspäivässä, missä esittelin opinnäytetyöni kerroin, mistä valmiin opinnäytetyön voi sen valmistuttua lukea ja että siinä on sama anonymiteetti kuin tutkimuksessa.

Vapaaehtoisuus toteutui opinnäytetyössä. Saatekirjeessä (LIITE 1) annettiin riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja tutkimukseen liittyvistä asioista. Tiedonantajat lopulta itse päättivät, vastasivatko kyselyyn. Ketään ei pakotettu vastaamaan.

Tutkimustulosten julkisuudesta, tutkimuksen omistajuudesta, aineiston säilytyksestä, vastuista ja velvollisuuksista tulee sopia ennen tutkimuksen aloittamista. (Hirsjärvi ym. 2009, 24.) Vastuu hyvien eettisten käytäntöjen noudattamisesta on tutkijalla itsellään, sekä tutkimusryhmällä, ja tutkimusyksikön johtajalla sekä opiskelijoiden opinnäytetöissä ohjaavalla opettajalla. Tutkimuksen uskottavuus ja eettiset ratkaisut ovat yhteydessä toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133.)

Pidin koko prosessin ajan yhteyttä työelämä tahoon palaverien sekä sähköpostein. Tiedotin heille tutkimuksen etenemisaskeleista -ja suunnitelmaa että saattohoito-opasta tehdessäni tein heidän taholtaan tulleet muutosehdotukset. Opinnäytetyösopimukset laadittiin kirjallisena kaikille osapuolille. Laaditut aikataulut pitivät. Koulutusiltapäivää järjestettäessä yhteistyö oli myös tiivistä työelämä tahon kanssa. Kävin läpi opinnäytetyöni puutteet, pysyin rehellisenä tutkimusta tehdessäni ja toin rehellisiä tuloksia ja johtopäätöksiä.

6.3 Luotettavuuden pohdinta

Tutkimustyön luotettavuuskriteerit ovat vahvistettavuus, arvioitavuus, tulkinnan ristiriidattomuus, luotettavuus (tutkitun kannalta) ja saturaatio. Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkittava vahvistaa omat vastauksensa pysyviksi, eikä halua myöhemmin muuttaa ajatuksiaan. Arvioitavuudella tarkoitetaan riittävää dokumentointia, esimerkiksi kun valitaan jokin menetelmä, niin perustellaan valinta. Tutkimuksen aineisto tulee säilyttää, jotta tulosten luotettavuus ja aitous voidaan varmistaa. Tulkinnan ristiriidattomuudella tarkoitetaan kirjoittajan taitoa tehdä tulkinta monilähteisenä yhteenvetona. Tulkinnan voi varmistaa sillä, että toinen tutkija tulee samaan lopputulokseen kirjoittajan kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuusarviota ei voi tehdä numeerisesti kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa vaan työn luotettavuus on tutkijan arvioinnin ja näyttöön perustuvan tiedon varassa. Perustelut ja johtopäätökset aineiston analyysistä ovat arvokasta tietoa ja mittaa työn luotettavuutta. (Kananen 2014,147 – 153.)

Kävin kriittisesti läpi lähdeaineiston ja käytin monipuolisesti myös kansainvälisiä lähteitä. Opinnäytetyöni noudatti tutkimuksellisen kehittämistyön prosessia. Huolehdimme prosessin ajan parhaani mukaan järjestelmällisyydestä, analyttisyydestä, kriittisyydestä, aktiivisesta vuorovaikutuksesta, kirjoittamistyöstä sekä eettisyydestä.

Tutkimuksen menetelmävalinta oli mielestäni onnistunut. Keskustelin menetelmävalinnasta ohjaavan opettajan kanssa. Palvelutalossa työskentelee paljon henkilökuntaa, joten kysely olisi voitu toteuttaa myös kvantitatiivisena tutkimuksena, mutta valitun näkökulman vuoksi tulin siihen tulokseen, että laadullinen tutkimusmenetelmä on parempi. Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen, koska halusin syvällistä ja yksilöllistä tietoa saattohoidon nykytilasta. Ennen kyselyn toteuttamista tutkimuslupa tutkimuksen toteuttamiselle oli myönnetty. Sovimme työelämä tahon kanssa, ettei opinnäytetyössä mainita palvelutalon nimeä, vaan puhutaan yleisesti helsinkiläisestä palvelutalosta. Olen poistanut kaikki palvelutalon nimeen tai yhteistyökumppaneihin viittaavat tiedot.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on itsellään paljon valtaa päättää, ketä tutkitaan, mitä tutkimuksessa kysytään, kuinka aineisto analysoidaan ja kuinka tulokset tulkitaan. Hyvä ennakkosuunnitelma ja tutustuminen kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereihin ennen tutkimustyön aloittamista on tärkeää. (Kananen 2014, 146.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kulmakivenä on myös se, että tutkimus kuvaa mahdollisimman hyvin tutkittavien käsityksiä ja kokemusmaailmaa. (Aaltio & Puusa 2011, 157.) Huolellinen perehtyminen tutkimuksen kohdeilmiöön monelta näkökannalta on luotettavuuden kannalta merkityksellistä. (Aaltio & Puusa 2011, 159.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on usein interaktiivinen suhteessa tutkimuskohteeseen, tutkimusprosessin käynnistymisestä toteutukseen asti. (Aaltio & Puusa 2011, 156.)

Aloitin opinnäytetyö prosessin kevästä 2017 asti, joten olen ollut aiheen parissa jo pitkään. Aihe on ollut itselleni tärkeä ja mielekäs. Luotettavuuden saavuttamiseksi pyrin tekemään opinnäytetyösuunnitelman huolellisesti. Ennen kyselyn suorittamista olin saanut opinnäytetyölle tutkimusluvan ja tärkeistä asioista, kuten aikatauluista oli sovittu työelämä tahon kanssa. Olen kuvannut tutkimuksen tuloksia rehellisesti, tuoden esille palvelutalon hoitajien kokemuksia saattohoidosta. Tutkimuksen aineistossa, hoitajille suunnatussa kyselyssä saturaatio täyttyi, joka on yksi luotettavuuden mittari. Olen pyrkinyt pohdinnassa peilaamaan tuloksia olemassa olevaan tutkimustietoon. Opinnäytetyöni oli laadullinen tutkimus ja lähestymistapana konstruktiiivinen tutkimusote. Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän, koska siinä perehdytään tutkittavien näkemyksiin tai kokemusmaailmaan tutkittavasta aiheesta ja mitä ajatuksia heillä on tutkittavasta asiasta. Olen perustellut menetelmävalintoja ja osoittanut perehtyneisyyttä opinnäytetyön aiheeseen.

Konstruktiiivisessä menetelmässä tarkoituksena on luoda malli tai työkalu käytännön työelämään. Konstruktiiivinen tutkimusote on käytännönläheinen, toiminnallinen ja sen hyödyllisyyttä testataan sekä tarkastellaan tutkimusprosessin mennessä eteenpäin. Tutkimusote vaatii tutkijan ja työelämän tiivistä yhteistyötä koko tutkimusprosessin ajan. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281–291.) Konstruktiiivisessä tutkimustavassa tutkijan oma reflektiivisyys on tärkeää tutkimusprosessin luotettavuuden kannalta, koska tutkija on itse usein osallinen tai läheisessä yhteistyössä tutkimusympäristöön. (Aaltio & Puusa 2011, 156.) Tutkimusprosessin tarkka kuvaus ja perustelut lisäävät työn luotettavuutta. (Ojasalo ym. 2015, 105.)

Konstruktiiivinen tutkimusote sopi hyvin ammattikorkeakoulussa toteutettavaan opinnäytetyöhön. Tiivis yhteistyö toteutui tämän opinnäytetyöprosessin aikana useissa palavereissa ohjausryhmän kanssa sekä

sähköpostitse ja puhelimitse. Olen tässä opinnäytetyössä kuvannut kattavasti toteutuneet ohjausryhmätyöskentelyt ja yhteistyöpalaverit. Tein jokaisesta tapaamisesta itselleni kokousmuistion, jotta voisin helposti palata asioihin, mitä milloinkin oli sovittu ohjausryhmän kanssa. Olen pyrkinyt kirjoittamaan työni yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti, jotta työn lukija voi lopulta itse arvioida työn luotettavuutta. Olen pyrkinyt olemaan neutraali suhteessa tutkimusaiheeseen. Vaikka minulla on saattohoidosta aiheena omakohtaista kokemusta, olen pysynyt objektiivisena osallisena kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

Laadullisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa voidaan pohtia myös siirrettävyyttä eli onko samanlaiset tutkimustulokset mahdollisia jossakin toisessa ympäristössä tai tultaisiinko samanlaiseen tulokseen, jos aihetta tutkittaisiin uudelleen. (Aaltio & Puusa 2011, 156.) Olen sitä mieltä, että tässä opinnäytetyössä esitetyt tulokset ovat siirrettävissä samankaltaiseen ympäristöön. Johtopäätökset ovat muodostettu tutkimuksen tuloksista ja tuloksia on verrattu aikaisempiin tutkimustuloksiin ja haettu niistä vahvistusta tuloksille.

Tieteelliseen tutkimusprosessiin kuuluu myös oman arvioinnin ohella ulkopuolinen arviointi. Palaute sekä arviointi ovat osa laillista opinnäytetyöprosessia. (Aaltio & Puusa 2011, 158.) Ohjausryhmä oli mukana koko opinnäytetyöprosessin ajan. Sain ohjausryhmältä palautetta, että saattohoidon kehittäminen on tärkeä asia ja olen heidän näkökulmastaan tehnyt ison työn opinnäytetyön parissa. Ohjausryhmä arvioi saattohoito-oppaan ja siihen tehtiin vielä muutamat muutokset heidän ehdotuksestaan. Opinnäytetyö arvioidaan myös Centria Ammattikorkeakoulun arviointikriteerien pohjalta.

Saattohoito-oppaasta tuli käytännönläheinen ja se otettiin käyttöön opinnäytetyöprojektin aikana. Kehittämistoiminnassa tärkeä luotettavuuden arviointi on kehittämistyökalun toimivuus käytännössä. Käytin oppaan tekemiseen riittävästi aikaa, hyviä kansallisia sekä kansainvälisiä lähteitä. Opas syntyi tiiviissä yhteistyössä työelämä tahon kanssa. Sain siitä hyvää palautetta sekä hoitohenkilökunnalta että palvelutalon esimiehiltä.

Opinnäytetyön haasteina minulla oli aikataulu. Se näkyy esimerkiksi siinä, että sisällönanalyysi jäi omasta mielestäni tyydyttävälle tasolle. Sen ajan puitteissa, mitä olin siihen varannut, sain siitä oleellisen sisällön tutkimustyön kannalta sekä koulutuspäivää ajatellen, mutta syvempään analyysiin ei ollut aikaa. Jos aikaa olisi ollut enemmän, olisin lisäksi halunnut henkilökohtaisesti esitellä saattohoito-oppaan pienemmissä ryhmissä, esimerkiksi palvelutalon hoivaosastojen osasto tunnilla. Nyt jalkauttamistyö jää koulutuspäivän esittelyn jälkeen palvelutalon osastonhoitajien työksi.

Opinnäytetyöllä saattaa tulevaisuudessa olla laajojakin positiivisia vaikutuksia käytännön saattohoitotyön parantamiseen palvelutalossa. Kuoleman puheeksi otto, lähestyvän kuoleman huomioiminen päätöksenteossa, vastuunkantamisen ja läsnäolon lisääntyminen, saattohoito-oppaan sisältämän tiedon apu käytännön työssä sekä yhteistyön paraneminen potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa ovat asioita, jotka auttavat saattohoitotyön laadun parantamiseen. Tulevaisuuden haasteet saattohoitotyössä liittyvät hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseen ja tutkimustyön lisäämiseen. Aiheena saattohoitotyön kehittäminen sopi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön aiheeksi, koska se oli käytännönläheinen, työelämälähtöinen ja toi uutta tietoa käytännön hoitotyöhön.

6.4 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön tekemisen myötä omat verkostotaidot ja projektiluontoinen työskentely ovat kehittyneet. Vaikka en itse ole esimiesasemassa, niin koin, että tulevaisuuden työssä voisin hyvin toimia erilaisissa työryhmissä tai projekteissa. Opinnäytetyön tekeminen on suurelta osin omatoimista työtä, jolloin joutuu ottamaan itse vastuuta työn valmistumisesta sekä aikatauluista. Vastuuhenkilönä oleminen tässä työssä on tuntunut luontevalta ja mielekkäältä. Aikataulut, mitkä laadin syksyllä 2018 pitivät tässä työssä melko hyvin. Aineiston analyysi oli työläs osuus ja siinä aikaa kului enemmän, kuin olin ajatellut. Myös koulutusiltapäivän ajankohta meni hieman myöhäisemmäksi, mitä olin alun perin ajatellut, mutta aikataulussa kuitenkin pysyttiin.

Oma kehittämisosaaminen on kehittynyt tämän opinnäytetyön tekemisen myötä. Koulutuspäivän järjestäminen saattohoidosta liittyy vahvasti osaamisen johtamiseen. Garrown ja Hirshin mukaan osaamisen johtamiseen on syytä kiinnittää huomiota. Osaamisen johtaminen on yrityksen katsaus tulevaisuuteen ja strateginen valtti muuttuvassa toimintaympäristössä. Osaamisen johtamiseen liittyy paljon positiivisia asioita: mahdollistaa hyviä asioita hyvillä työntekijöille, investointi työntekijöihin koulutuksen kautta, potentiaalinen rakentaminen, kehittyminen alalla ja auttaa ihmisiä löytämään omat vahvuudet ja vahvistamaan kehittämistarpeita (Garrow & Hirsh 2008, 389–390.) Työelämän näkökulmasta sekä saattohoitooppaan päivittäminen että koulutuspäivän järjestäminen saattohoidosta auttaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan parempaa saattohoitoa.

Johtamisen näkökulmasta esimies voi omalla toiminnallaan kannustaa uusien toimintatapojen omaksumiseen esimerkiksi olemalla läsnä ja aidosti kiinnostunut henkilökunnastaan. (Kupias ym. 2014, 23.) Organisaatiot voivat parantaa henkilöstön osaamista koulutuksen avulla, joka siten tuo laatua itse työhön. Henkilöstö tuo organisaatioon tietoa, taitoa, käyttäytymismalleja ja arvoja. Kun taidot ja kyvyt auttavat

organisaatiota parempaan suorituskyyyn, on henkilöstön kouluttaminen ja työn kehittäminen hyödyllinen investointi tulevaisuuteen. (Rafiei & Davari 2015, 35–37.) Tulevasta keskusteleminen on oikea suunta tavoitteiden saavuttamiseksi ja mitä mahdollisia esteitä sille on. (Kupias ym. 2014, 17.)

Olen kokenut opinnäytetyön tekemisen mielekkääksi. Olen tyytyväinen lopputulokseen. Olen oppinut paljon tutkimuksen teosta, projektiluontoisesta työskentelystä ja kehittämistyöskentelystä. Tutkimuksellista kehittämistyötä tehdessä tärkeä onnistumisen mittari on se, että teorian tietoa saadaan siirrettyä käytännön työhön. Mielestäni saattohoito-oppaassa onnistuminen näkyy. Se, että opinnäytetyön tekeminen on hyvin itsenäistä, on sopinut minulle. Vastuunotto aikatauluista ja projektin onnistumisesta on ollut mielekästä. Olen voinut kääntyä ongelmatilanteissa ohjaavan opettajan puoleen. Myös oma ongelmanratkaisu osaaminen on kehittynyt. Olen oppinut hakemaan ratkaisua tai näkökulmaa asioihin kirjallisuudesta sekä pohtimaan ja perustelemaan asioita teorian tiedon kautta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKO TUTKIMUSAIHEITA

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta esitän seuraavat johtopäätökset:

1. Saattohoitotilanteissa omaiset tulisi ottaa paremmin huomioon. Omaisten parempi kohtaaminen, keskusteluyhteyden luominen jo varhaisessa vaiheessa ja omaisten mukanaolo päätöksenteossa on tärkeä osa saattohoitotyötä.
2. Yhteistyön kehittäminen potilaan hoitoon osallistuvien eri tahojen kanssa on tärkeää saattohoidon sujuvuuden kannalta.
3. palvelutalossa tulee olla riittävät resurssit hyvän saattohoidon toteuttamiseen kuten riittävästi henkilökuntaa ja palvelutaloissa esimiesten tulee huolehtia hoitohenkilökunnan osaamisen tasosta saattohoidossa.
4. Johtamisen näkökulmasta koulutuksia suunnitellessa esimiesten tulisi kartoittaa, millaisia ammatillisia kehittämistarpeita henkilökunnalla on. Kun tiedetään, millaisia ammatillisia kehittämistarpeita henkilökunnalla on, niihin voidaan paremmin vastata.

Jatko tutkimusaiheita:

Omaisten kokemuksia saattohoidosta palvelutalossa.

Yhteistyön kehittäminen saattohoitoon osallistuvien tahojen kanssa.

Hoitohenkilökunnan kivunhoidon osaamisen kehittäminen saattohoitotyössä.

LÄHTEET

- Aira, A. 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Jyväskylän Yliopisto, Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu: 17.4.2019.
- Alzheimer Society Canada. Dementia and end-of-life care. Saatavissa: <https://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/Caring-for-someone/End-of-life-care> Viitattu: 5.5.2019.
- Alzheimer Society Canada. The importance of planning ahead. Saatavissa: <https://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/Caring-for-someone/End-of-life-care/Importance-planning-ahead> Viitattu: 5.5.2019.
- Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa: substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen Yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu: 20.10.2018.
- Atula, S. 2019. Tietoa potilaalle: Kuntoutus muistisairauksissa. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00880&p_haku=muistisairaus Viitattu: 13.5.2019.
- Chambaere, K., Rietjens, J., Smets, T., Bilsen, J., Deschepper, R., Roeline, H., Pasma, W. & Deliens, L. 2012. Age-based disparities in end-of-life decisions in Belgium: A population-based death certificate survey. BMC Public Health (12), 447. Saatavissa: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-447> Viitattu: 28.4.2019.
- Dobson, J. 2017. Providing high-quality care at the end of life: the role of education and guidance. British Journal of Nursing 26(20), 1116-1120. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ea2f2e8d-e7d7-4744-8d48-88f7e533b815%40sessionmgr104> Viitattu: 19.10.2018.
- Garrow, V & Hirsh, W. 2008. Talent management: Issues of focus and fit. Public Personnel Management 37(4), 389-399 Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/detail/detail?sid=e6d70fce-a625-4d1c-8402-984c035005e4%40sessionmgr4006&vid=3&hid=4112&bdata=JnN-pdGU9ZWWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=105615128&db=cin20> Viitattu: 17.4.2019.
- Goodman, C., Amdor, S., Elmore, N. & Mathie, E. 2013. Preferences and priorities for ongoing and end-of-life care: A qualitative study of older people with dementia. Nursing studies 50(12), 1639-1647. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/command/detail?vid=4&sid=fdf69ed4-a4fd-4966-bc32-cadadee8eeb8%40sessionmgr101> Viitattu: 13.11.2017.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

- Kaasinen, V. 2019. 2019. Parkinsonin tauti. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00911&p_haku=parkinsonin%20tauti Viitattu: 24.5.2019.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karnik, S. Kanekar, A. 2016 Ethical issues surrounding end-of-life care: A narrative review. Healthcare 4(2), 24. Saatavissa: <https://www.mdpi.com/2227-9032/4/2/24/htm> Viitattu: 25.4.2019.
- Kivipelto, M. & Ngandu, T. 2016. Muistisairauksien riskitekijät ja ennaltaehkäisy. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01945&p_haku=muistisairauksien%20ehk%C3%A4isy Viitattu: 24.5.2019.
- Kupias, P. Peltola & R. Pirinen, J. Esimies osaamisen kehittäjänä. Talentum Verkkokirjahylly. Saatavissa: <http://lehtiarkisto.talentum.com.ezproxy.centria.fi/lehtiarkisto/search/show?eid=2770780> Viitattu: 17.4.2019.
- Kuusela, S. 2013. Esimiehen vuorovaikutustaidot. Alma Talent Oy. Sähköinen kirja. Saatavissa: [https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.ezproxy.centria.fi/teos/GABBIXGTFF#kohta:\(20\)Esimiehen\(20\)vuorovaikutustaidot](https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.ezproxy.centria.fi/teos/GABBIXGTFF#kohta:(20)Esimiehen(20)vuorovaikutustaidot) Viitattu: 17.4.2019.
- Käypä Hoito. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus. saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=7932827C16F38E752949940AAC960266?id=hoi50063#NaN>.
- Long, A. Spronk & P. Sprung, C. 2016. Addressing uncertainty: what is the role of consensus in end-of-life care? Intensive Care Medicine 42(6), 1043-1044. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-016-4336-1> Viitattu: 20.10.2018.
- Martinsson, L. Lundström & S. Sundelöf, J. 2018. Quality of end-of-life care in patients with dementia compared to patients with cancer: A population-based register study. PloS ONE 13(7):e0201051 Saatavissa: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6066197&blobtype=pdf> Viitattu: 20.10.2018.
- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2018. Aivoverenkierrosairauksen liittyvä muistisairaus. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00882&p_haku=vaskulaarinen%20dementia Viitattu: 24.5.2019.
- Muistiliitto http://www.muistiliitto.fi/files/3314/7921/5925/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_sivuittain.pdf viitattu 11.11.2017.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044#NaN> Viitattu: 17.10.2018.

- Ojasalo, K. Moilanen, T & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetelmien kentässä. Teoksessa: Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.
- Puusa, A & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.
- Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. 2014. Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Helsinki: Duodecim.
- Rahko, E., Järvimäki, V., & Holma, L. 2017. Saattohoito- parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoito. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hoitoketjut. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01414&p_haku=saattohoito Viitattu: 13.5.2019
- Rafiei, N & Davari, F. 2015. The role of human resources management on enhancing the teaching skills on faculty members. Mater Sociomed 27(1), 35-38. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4384864/> Viitattu: 17.4.2019.
- Remes, A & Hallikainen, M. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00883&p_haku=alzheimerin%20tauti Viitattu: 24.5.2019.
- Remes, A & Erkinjuntti, T. 2018. Otsa-ohimolohkon rappeuma. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01875&p_haku=ohimolohkon%20rappeuma Viitattu: 24.5.2019
- Rinne, J. & Erkinjuntti, T. 2016. Parkinsonin taudin muistisairaus ja Lewyn kappale -tauti. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00884&p_haku=lewyn%20kappale Viitattu: 24.5.2019.
- Rosenvall, A & Erkinjuntti, T. 2018. Muistipotilaan tutkimukset. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00880&p_haku=muistisairaus Viitattu: 13.5.2019.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Elämän loppuvaiheen palliatiivinen hoito ja saattohoito (useita erikoisaloja). Kiireettömän hoidon perusteet. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01414&p_haku=saattohoito Viitattu: 24.5.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu: 17.10.2018.

Tarnanen, K., Rosenvall, A. & Tuunainen, A. 2017. Muisti pätkee mistä kyse, mikä avuksi? Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094 Viitattu: 17.10.2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Saatavissa: <https://www.elibslibrary.com/reader/9789520400118> Viitattu: 17.10.2018.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. 2003. Saattohoito-valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a> Viitattu: 24.4.2019.

Vanhustyön Keskusliitto. Hyvä ja arvokas kuolema kuuluu kaikille, myös iäkkäille ihmisille. Saatavissa: <https://www.vtkl.fi/fin/toimimme/ajankohtaista/arkisto/2015/12/hyva-ja-arvokas-kuolema-kuuluu-kai-kille-myos-iakkaille-ihmisille> Viitattu: 27.2.2019.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wee, B. 2017. End of life care: How do we move forward? Journal of the Royal College of Physician of Edinburgh 47(4), 369-373. Saatavissa: https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/jrcpe_47_4_wee.pdf Viitattu: 28.4.2019.

Saatekirje

Hei!

Opiskelen Sosiaali- ja terveystieteiden alan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Centria-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni tein saattohoidon kehittämisestä palvelutalossa. Tavoitteena on antaa palvelutalon hoitohenkilökunnalle uutta tietoa muistisairaiden asiakkaiden saattohoidosta sekä työkaluja käytännön työhön saattohoidon osaamisessa. Tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja osaamista muistisairaiden saattohoidosta. Tarkoituksena on päivittää palvelutalon laatukäsikirjan saattohoidon osuus uudella tiedolla sekä järjestää hoitohenkilökunnalle koulutus muistisairaiden saattohoidosta.

Tämä kysely on osa opinnäytetyötäni. Kyselyssä on kaksi kysymystä. Saatuja tuloksia hyödynnän saattohoidon ohjeistuksen päivittämisessä ja siihen liittyvässä koulutuksessa. Tulen esittämään tulokset myös koulutuksen yhteydessä.

Kyselyyn vastaaminen on nimetöntä ja vapaaehtoista. Vastajan henkilöllisyys tai työyksikkö eivät paljastu missään vaiheessa opinnäytetyön prosessia eikä valmiissa raportissa. Palvelutalon nimeä ei tulla mainitsemaan valmiissa työssä. Säilytän palautetut kyselylomakkeet lukkojen takana ja tuhoan ne opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyö on valmis toukokuussa 2019 ja se on saatavilla sähköisesti Theseus tietokannasta.

Opinnäytetyöni ohjausryhmään kuuluvat palvelutalon johtaja sekä osastonhoitajat. Ohjaavana opettajana toimii yliopettaja Annukka Kukkola Centria Ammattikorkeakoulusta.

Voit palauttaa kyselyn suljetussa kirjekuoressa monitoimitilassa sijaitsevaan kyselylle varattuun lukittuun postilaatikkoon ma 17.12.2018 mennessä. Vastaan mielelläni kysymyksiin kyselyä ja opinnäytetyötä koskien sähköpostitse.

Kiitos etukäteen vastauksista!

Yhteistyöterveisin, Laura Poranen

laura.poranen@centria.fi

LIITE 2

Millaisia kokemuksia sinulla on muistisairaiden potilaiden saattohoidosta?

LIITE 3

Miten arvioit omia ammatillisia vahvuuksia ja kehittämistarpeita saattohoitotyössä?

LIITE 4/1

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Millaisia kokemuksia sinulla on muistisairaiden potilaiden saattohoidosta?	<p>“Kuolemasta olisi tärkeää puhua omaisten kanssa vielä, kun potilas hyvässä kunnossa.”</p> <p>“Keskustellaan omaisten kanssa.”</p> <p>“Omaisten kanssa oltu yhteydessä tiuhempaan ja toiveita kuunneltu.”</p> <p>“Otetaan huomioon toiveet ja hoitotestamentti.”</p> <p>“Kun asukas on kuollut, on omaisille soittaminen raskasta.”</p> <hr/> <p>“Omaisille voi tulla yllättäen tieto saattohoidosta.”</p> <p>“Omaisiet eivät aina ymmärrä tilannetta.”</p> <p>“Omaisiet tulisi ottaa paremmin huomioon”</p> <p>“Asukas jää “yksin”, jos ei ole omaisia, jotka osallistuvat läsnäolollaan.”</p>	<p>Kuoleman puheeksi otto ajoissa tärkeää.</p> <p>Keskusteluyhteys</p> <p>Lisääntynyt yhteydenpito omaisiin.</p> <p>Yksilöllinen huomioon ottaminen</p> <p>Omaiselle soittaminen raskasta</p> <hr/> <p>Tieto yllätyksenä omaisille</p> <p>Ymmärryksen puuttuminen</p> <p>Parempi huomiointi</p> <p>Potilaan yksin jääminen huolestuttaa</p>	<p>Keskusteleminen kuolemasta ja yhteydenpito omaisten kanssa.</p> <p>Omaisten huomiointi päätöksenteossa ja toiveissa.</p> <hr/> <p>Ongelmat omaisten kohtaamisessa ja keskusteluyhteydessä.</p> <p>Omaisten puuttuminen huolestuttaa.</p>	<p>Hoitajan ja omaisen hyvä kohtaaminen</p> <hr/> <p>Hoitajan ja omaisen kohtaamisen ongelmat.</p>	Omaisten kohtaaminen

LIITE 4/2

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Millaisia kokemuksia sinulla on muistisairaiden potilaiden saattohoidosta?	<p>“Yhteistyön pitäisi olla yhtenäisempää ja tavoitettavampaa”</p> <p>“Yhteistyön pitäisi olla parempaa lääkärin, omaisten ja hoitajien välillä.”</p> <hr/> <p>”Lääkäri tekee päätöksen saattohoidosta”</p> <p>“Itse olisi helpompi toimia potilaan edun mukaisesti, jos lääkäri tekisi suosioilla lähetteen ksl:aan.”</p> <p>“Lähetteen saaminen kotisairaalaan on vaikeaa.”</p> <p>“Yhteistyö lääkäripalveluiden sekä henkilökunnan ja kotisairaalan välillä hankalaa/ haastavaa/ turhauttavaa”</p> <p>“Kaikki hoitavat tahot eivät toimi yhteen”</p>	<p>Toivotaan sujuvampaa yhteistyötä.</p> <p>Toivotaan parempaa yhteistyötä.</p> <hr/> <p>Lääkärin päätös</p> <p>Lääkäriltä vaikeaa saada lähete kotisairaalaan.</p> <p>Pääsy kotisairaalaan vaikeaa</p> <p>Yhteistyön vaikeudet eri hoitavien tahojen kanssa</p> <p>Ongelmat yhteistyössä</p>	<p>Paremmen yhteistyön toteutuminen olisi tärkeää.</p> <hr/> <p>Yhteistyön ongelmakohdat tiedostettu.</p> <p>Tärkeimmät yhteistyökumppanit lääkäri ja kotisairaala.</p> <p>Yhteistyön ongelmat</p>		Yhteistyö
	<p>“Yhdessä etsitään paras ratkaisu.”</p> <p>“Yhteistyö kotisairaalan kanssa hyvää.”</p>	<p>Yhteinen tavoite</p> <p>Hyvä kokemus yhteistyöstä</p>	Hyvä yhteistyö toteutunut		

LIITE 4/3

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka	Yhdistävä luokka
Millaisia kokemuksia sinulla on muistisairaiden potilaiden saattohoidosta?	<p>”Palvelutalossa hoidetaan asukkaat kuolemaan asti”</p> <p>Saattohoito jää usein henkilökunnan tehtäväksi”</p> <p>”Hoitajat eivät osaa arvioida riittävästi potilaan tilaa, milloin saattohoito tulisi alkaa”</p> <p>”Hoitajan pitää olla herkkä havaitsemaan ja huomaamaan potilaan voinnissa oleva muutos”</p> <p>”Hoitajan aika ei riitä läsnäoloon saattohoitotilanteessa”</p> <p>”Palvelutalossa on liian vähän henkilökuntaa, kun asukas on saattohoidossa hän ei saa tarpeeksi huomiota”</p> <p>”Hoitajat eivät välttämättä tunne potilaita”</p> <p>”Saattohoitoon ei riittävästi resursseja eikä osaamista”</p>	<p>Pitkä hoitosuhde kuolemaan saakka.</p> <p>Henkilökunnalla vastuu saattohoidosta</p> <p>Hoitajien arviointikyky potilaan voinnin muutoksista puutteellinen</p> <p>Hoitajan tulee huomata muutokset potilaan voinnissa.</p> <p>Ajan puute vaikuttaa läsnäoloon.</p> <p>Henkilökunnan puute vaikuttaa potilastyöhön saattohoidossa</p> <p>Hoitajat eivät aina tunne potilaita.</p> <p>Saattohoitoon ei tarvittavaa osaamista ja resursseja.</p>	<p>Vastuu saattohoidon toteutumisesta.</p> <p>Hoitajan hyvä arviointikyky tärkeää saattohoidossa.</p> <p>Saattohoidon toteutumiseen vaikuttavat asiat.</p> <p>Resurssit hyvän saattohoidon toteuttamiseen.</p>	<p>Osaaminen ja resurssit saattohoidossa</p>	

LIITE 4/4

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Millaisia kokemuksia sinulla on muistisairaiden potilaiden saattohoidosta?	<p>”Riittävä kipulääkitys tärkeää”</p> <p>”Kipulääkitys aloitetaan liian myöhään”</p> <p>”Potilaat nukkuneet rauhallisesti pois.”</p> <p>”P.O. lääkkeet lopetettu”</p> <p>”Kivun hoitoon panostettu kaikilla”</p> <p>”Eräällä asukkaalla oli kipupumppu. Se eronnut muiden asukkaiden kivunhoidosta”</p>	<p>Kivunhoito on tärkeää</p> <p>Kivunhoito aloitetaan liian myöhään</p> <p>Rauhallinen kuolema</p> <p>Lääkkeet lopetettu</p> <p>Kivunhoidon tehostus</p> <p>Erilainen kivunhoitomenetelmä</p>	<p>Saattohoidossa kivunhoidon osaaminen korostuu.</p>		

Tutkimuskysymys	Vahvuudet	Kehittämistarpeet	Keskeiset asiat
Miten arvioit omia ammatillisia vahvuuksia ja kehittämistarpeita saattohoitotyössä?	<p>”Vahvat: seuraaminen, empaattisuus, arviointi”</p> <p>”Tietoa ja ammatillista osaamista on, toteuttaminen ei ole itsestä kiinni vaan resursseista”</p> <p>”Vahvuudet: rauhallisuus, empaattisuus, saattohoidon hoitaminen sääntöjen mukaan, tiimityö.”</p>	<p>”Koulutusta tarvitaan kaikille ammattiryhmille”</p> <p>”Kehittämistarpeet---→Yhteistyö omaisten kanssa”</p> <p>”Lääkehoitokoulutus saattohoidossa”</p> <p>”Haluan olla läsnä enemmän kuin pystyn ajallisesti.”</p> <p>”Olisin halukas saamaan lisää tietoa ja osaamista saattohoidosta”</p> <p>”Käytännön tieto ja tuki ei riitä.”</p> <p>”Kehittämistarpeet: läsnäolo (enemmän), vastuun otto, omaisten kanssa keskusteleminen.</p>	<p>Omat vahvuudet ja kehittämistarpeet tiedostettu.</p> <p>Lisää osaamista ja resursseja saattohoitotyöhön.</p>

LIITE 6



TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan

Vastuhenkilö organisaatiossa

Tutkimusluvun antaja(t) LAURA PORANEN

Osoite

Puhelin

Sähköpostiosoite

Tutkimuksen nimi Saattohoitajien kielikämien palvelukäytäTutkimuksen tarkoitus Kuuden hoitokamman kokenuksi ja asennuksi saattohoidossa.Tutkimuksen kohderyhmä Palvelohalon hoitokäytökäAineiston keruun arvioitu ajankohta jouluku 2018Tutkimusmenetelmä Laadullinen tutkimus tutkimuskoheen konstruktivinen lähestymistapaTutkimussuunnitelma hyväksytty 16. 11. 2018, muutosehdotuksienTutkimuksen ohjaaja Arja Kallio

Lupa myönnetään

paikka Helsinki aika 16. 11. 2018
 anomuksen mukaisesti
 muutosehdotuksin
 hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus

LIITTEET

-
- Tutkimussuunnitelma
-
-
- Kysely/haastattelulomake
-
-
- Muut liitteet, mitkä

Arja Kallio

ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO PALVELUTALOSSA

LIITE 7/2

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 MITÄ SAATTOHOIDOLLA JA SAATTOHOITOPÄÄTÖKSELLÄ TARKOITETAAN?	2
2.1 Saattohoitopäätös.....	2
3 VARHAINEN KESKUSTELU JA PUHEEKSIOTTO SAATTOHOIDOSTA	4
3.1 Hoitotahto	4
4 ASUKKAAN HYVINVOINNISTA HUOLEHTIMINEN SAATTOHOIDON AIKANA.....	5
4.1 Lähestyvän kuoleman tunnusmerkit.....	7
4.2 Asukkaan oireiden arviointi ja helpottaminen.....	8
4.3 Kivun arviointi ja hoito	9
4.4 Hengelliset tarpeet ja asuinympäristön viihtyisyys	9
5 OMAISTEN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN SAATTOHOIDOSSA	10
6 ASUKKAAN KUOLEMINEN PALVELUTALOSSA	12
6.1 Asukkaan kuoleminen palvelutalossa	12
6.2 Toiminta-ohjeet poikkeustapauksissa	14
7 HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖHYVINVOINTI JA KUOLEMAN KÄSITTELY	16

LÄHTEET

1 JOHDANTO

Palvelutalossa annetaan muistisairaille vanhuksille hyvää, kunnioittavaa ja inhimillistä hoitoa tutussa ympäristössä elämän loppuun saakka. Hyvään elämään sisältyy myös hyvä kuolema. Elämän viime hetkien, viikkojen tai kuukausien tarpeet huomioidaan yksilöllisesti. Jokaiselle taataan mahdollisimman hyvä loppuelämä sekä rauhallinen ja kivuton kuolema.

Saattohoidossa keskitytään henkiseen ja fyysiseen huolenpitoon, kuolevan toiveiden huomioon ottamiseen sekä hyvään kivun ja muiden oireiden hoitoon. Saattohoito sisältää oikeanlaista kohtaamista sekä tarpeiden ja toiveiden herkkää kuulemistä. Tämä edellyttää hoitohenkilökunnalta, läheisiltä, ja hoitoon osallistuvilta henkilöiltä hienotunteisuutta sekä avoimuutta. Saattohoito ei tarkoita hoidon lopettamista, vaan uuden hoitosuunnitelman tekoa.

Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri yhteistyössä hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten kanssa.

Yhtenäiset saattohoito-ohjeet helpottavat asioiden läpikäymistä sekä hoitohenkilökunnan että kuolevan ihmisen ja hänen perheensä kannalta. Ohjeet sisältävät tietoa hyvän saattohoidon toteuttamisen periaatteista ja käytännöistä.

Tähän saattohoito-oppaaseen on koottu sosiaali- ja terveysministeriön uusimmat suositukset ja tietoa saattohoidosta, saattohoitopäätöksestä, asukkaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimisesta, omaisten kohtaamisesta, yhteistyöstä eri hoitavien tahojen kanssa sekä työhyvinvoinnista saattohoitotyössä. Oppaan tarkoituksena on tuoda tutkittua tietoa ja käytännön apua saattohoitotyöhön palvelutalossa.

2 MITÄ SAATTOHOIDOLLA JA SAATTOHOITOPÄÄTÖKSELLÄ TARKOITETAAN?

Suomessa saattohoitoa on kehitetty 1980-luvulta lähtien. Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2017 laatinut suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Perustasoon kuuluvat esimerkiksi kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt, sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit. Erityistasoon kuuluvat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, kuten kotisairaala, saattohoito-osastot tai saattohoitokodit sekä konsultaatiotiimit. Vaativan erityistason palveluihin kuuluvat muun muassa vaativan avohoidon palliatiivinen poliklinikka, palliatiivinen vuodeosasto, saatto-osasto tai saattokoti sekä vaativaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. WHO:n arvion perusteella elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain ainakin 30 000 henkilöä. Arviolta joka toinen heistä tarvitsee erityistason konsultaatiotukea tai hoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan saattohoidon tulee perustua ennakoivaan hyvissä ajoin tehtyyn hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen. Riittävän varhainen lähestyvä kuoleman puheeksi otto ja ajoissa laadittu hoitotahto luovat perustan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelulle. Saattohoitoa ja palliatiivista eli oireita lievittää hoitoa tulisi saada kattavasti ja yhdenvertaisesti koko Suomessa.

Maailman terveysjärjestön WHO:n määrittämät hyvän saattohoidon päämäärät ovat se, että kuolemaa pidetään normaalina elämään kuuluvana asiana, kuolevan oireita lievitetään, kuolevalle ja hänen omaisille tarjotaan tukea, ja kuolevaa autetaan ja tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana.

Tärkeitä asioita saattohoidossa ovat kuoleman lähestymisen huomaaminen, kommunikaatio potilaan kanssa, kuolevan tarpeiden huomioiminen, omaisten huomioiminen sekä yksilöllisen hoitosuunnitelman laatiminen viimeisten elinviikkojen tai päivien ajaksi.

2.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään, kun elinaikaa arvioidaan olevaan viikkoja tai lähipäiviä. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri yhteistyössä hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten kanssa. Saattohoitopäätöksen teko edellyttää, että potilaalla on diagnosoitu kuolemaan johtavan sairauden eteneminen kohti kuolemaa. Parantumattomasti sairaan asiantunteva ja hyvä hoito, kohtelu ja kärsimyksien lieventäminen ovat saat-

LIITE 7/5

3

tohoidon keskeisimpiä asioita. Saattohoitopäätös ilmaisee, että kuolema on lähellä ja odotettavissa. Potilaalle ja omaisille annetaan luotettavaa ja ajantasaista tietoa tilanteesta sekä kerrotaan, miksi saattohoitoon siirtyminen on ajankohtaista. Saattohoito sisältää usein paljon potilaan ja omaisten tukemista. Aidon kohtaamisen ja läsnäolon merkitys on suuri. Hyvä saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan vaan omaisia autetaan jaksamaan surussa sekä neuvotaan käytännön asioissa.

Saattohoitolinjaus pitää aina sisällään ei elvytetä -päätöksen (DNR). DNR-päätös tarkoittaa sitä, että ihmisen sydäntä ja hengitystä ei yritetä saada uudelleen käyntiin, kun hengitys tai sydämen toiminta lakkaa. Potilas ei ehdi hyöttyä saattohoidosta, jos päätöstä ei ole pystytty tekemään ajoissa. Saattohoitolinjauksen jälkeen varmistetaan, että kaikki hoitavat henkilöt ja tahot tietävät päätöksestä, saatto hoitosuunnitelmasta sekä mahdollisesta hoito tahdosta.

Saattohoitopäätös on potilaan oikeus ja se auttaa potilasta ja hänen perhettään sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätös tarkoittaa lupauksia järjestää kuolevalle henkilölle hyvä, oireenmukainen hoito ja tarvittavaa tukea omaisille ja läheisille.

MUISTISAIRAAN IHMISEN HYVÄ SAATTOHOITO SISÄLTÄÄ:
1. Kaiken inhimillisen huolenpidon ja tuen kuolevalle henkilölle ja hänen läheisilleen
2. Säännöllisen ja riittävän seurannan nopeastikin muuttuvissa tilanteissa
3. Oireenmukaisen lääkehoidon, joka huomioi ihmisen kokonaisen hyvinvoinnin
4. Fyysisistä tarpeista huolehtimisen, kuten kivun-, ihon- ja suunhoidon, liman poistamisen sekä pahoinvoinnista, hengenahdistuksesta, vatsan säännöllisestä toiminnasta ja miellyttävästä lämpötilasta, unesta ja mielialasta huolehtimisen.
5. Psykkisistä ja sosiaalisista tarpeista huolehtimisen, jotta sairastunut läheisineen ei jää yksin, vaan he ovat jaksessaan ja halutessaan aktiivisena osana yhteisöään, ympäristöään sekä hoitoa ja hoivaa
6. Henkistä ja hengellisistä tarpeista huolehtimisen, kuten mahdollisuudet rukoukseen ja ehtoolliseen tai muihin uskontoon ja elämäntarkoitukseseen liittyviin traditioihin sekä keskusteluun lääkärin tai sairaalapapin kanssa
7. Ympäristön järjestämisen mahdollisimman viihtyisäksi kuolevan toiveita noudattaen
8. Saattohoitoon osallistuvien läheisten, vapaaehtoisten ja ammattilaisten jaksamisesta huolehtimisen

KUVA 1. Lähde: Muistiliitto ry.2016. Muistisairaahan hyvä saattohoito.

3 VARHAINEN KESKUSTELU JA PUHEEKSIOTTO SAATTOHOIDOSTA

Muistisairas henkilö ei todennäköisesti sairauden loppuvaiheessa pysty aktiivisesti osallistumaan keskusteluun ja päätösten tekemiseen. Siksi elämän loppuvaiheeseen liittyvät asiat tulisi ottaa esille jo muistisairauden varhaisessa vaiheessa. Asukkaan ja läheisten kanssa keskustellaan elämän loppuvaiheeseen, saattohoitoon ja saattohoitopaikkaan liittyvistä toiveista. On tärkeää pyrkiä saamaan luottamuksellinen keskusteluhetki asukkaan ja omaisten kanssa niin, että kuoleman pohtiminen ja siitä keskustelu ei luo tunnetta kuoleman kutsumisesta tai sen välittömästä läsnäolosta. Keskustelu auttaa varautumaan elämän viimeisiin kuukausiin ja päiviin, jotka voivat olla vielä vuosien päässä. Keskustelu lisää yhteistä ymmärrystä, turvallisuuden tunnetta ja tunnetta siitä, että hän on tärkeä ja tulee kuulluksi tarpeineen ja ajatuksineen. Hyvässä kohtaamisessa tärkeää on tasavertaisuus.

Saattohoidon ja kuoleman puheeksi ottamisen haastavia tilanteita ovat sellaiset, joissa kuoleva tai läheiset eivät halua puhua kuolemasta, vaan kieltää asian täysin. Taustalla tällaiseen saattaa olla asukkaan tai läheisen oma vaikeus käsitellä sairauteen tai kuolemaan liittyviä asioita. Tilanteet ja toiveet voivat kuitenkin muuttua sairauden edetessä. Jos tieto tilanteesta tulee liian myöhään tai yllättäen, se voi aiheuttaa enemmän ahdistusta kuin asioista keskusteleminen ajoissa.

Myös hoitohenkilökunnalle kuolemasta puhuminen ja saattohoitoon liittyvät asiat voivat aiheuttaa ristiriitaisia tunteita. Hoitohenkilökunnalla voi myös olla vähän kokemusta saattohoitotyöstä tai kuolevan potilaan hoitamisesta. Kuoleman puheeksi ottaminen potilaan kanssa voidaan kokea vaikeana tai hämmennys työn sisällön erilaisuudesta sekä epävarmuus omien taitojen riittämättömyydessä voivat olla esteitä keskustelun aloittamisesta kuoleman lähestyessä. Kuitenkin uskallus puhua vaikeista asioista lisää ammatillista kasvua sekä osaamisen vahvistumista. Saattohoitoon liittyy paljon eettisten kysymysten pohdintaa. Asioiden pohtiminen voi syventää käsitystä oman työn mielekkyydestä ja tarpeellisuudesta.

3.1 Hoitotahto

Asukas on voinut ilmaista tahtonsa tulevasta hoidostaan hoitotahdolla. Hoitotahdossa voi kertoa, miten haluaa tulla hoidetuksi kuoleman lähestyessä ja mitkä asiat ovat itselle tärkeitä. Nämä asiat on hyvä olla myös läheisten ja hoitohenkilöstön tiedossa, jos sairastunut ei sairauden vuoksi kykene niistä selkeästi kertomaan. Tieto hoitotahdosta tulee olla kirjattuna saattohoitosuunnitelmaan, ja hoitotahtoa tulee kunnioida.

LIITE 7/7

5

4 ASUKKAAN HYVINVOINNISTA HUOLEHTIMINEN SAATTOHOIDON AIKANA

Saattohoidossa olevan asukkaan kokonaisvaltaisen hoidon muodostavat hyvä perus- ja oirehoito. Hyvään saattohoitoon kuuluu se, ettei potilasta rasiteta toimenpiteillä, kuten laskimoverinäytteillä, mittauksilla ja ruokintaletkuilla.

Turvallisuuden tunteen säilyminen, omaisten tukeminen ja asukkaan kuunteleminen sekä valmius keskusteluun kuolemasta ja siihen liittyvistä asioista, kuten toiveista tai peloista ovat tärkeä osa saattohoitoa. Kuolevalla on oikeus toisen ihmisen läsnäoloon kuoleman lähestyessä.

Vanhan ihmisen toistuvat siirrot viimeisinä elinvuokoina on hänen elämänlaatuaan heikentävää toimintaa ja vastoin ajatusta hyvästä kuolemasta. Tavoitteena on, että muistisairas ihminen saa kuolla nykyisessä asuin- tai hoitopaikassaan ja että hänen toiveitaan saattohoitopaikan suhteen noudatetaan. Saattohoito-paikassa on kuitenkin oltava mahdollisuus hyvään ja laadukkaaseen saattohoitoon. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tarkoittaa hyvää hoitoa tutussa ympäristössä turhia siirtoja välttämällä sekä varhaista keskustelua elämän loppuvaiheen suunnittelussa.

Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä osaamistaso hyvän saattohoidon toteuttamiseen ja saattohoitopaikassa riittävät resurssit ja toimiva ympäristö saattohoidon toteuttamiseksi. Hoitohenkilöstön toimintaa ohjaavia eettisiä periaatteita ovat elämän kunnioittaminen, ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, hoitamisen periaatteet, oikeudenmukaisuus, sekä hoidon hyötyjen ja haittojen jatkuva punnitseminen. Vastuullisena hoitohenkilönä toimiminen edellyttää tiedon, taidon, kokemusten ja ammattietiikan hallintaa.

LIITE 7/8

6

MUISTISAIRAALLA IHMISELLÄ ON OIKEUS:
<ol style="list-style-type: none">1. Arvokkuuteen ja kunnioitavaan kohtamiseen elämän kaikissa vaiheissa.2. Laadukkaaseen elämään ja olon helpottamiseen elämän loppuvaiheessa.3. Palliatiiviseen hoitoon silloin, kun sitä tarvitaan, eli kun sairauden muu hoito ei enää ole mahdollista tai järkevää eikä elämän pitkitäminen ole hoidon tavoitteena.4. Palliatiivinen hoito tulee aloittaa viivytyksettä ja ennen kuin tilanne tai olo merkittävästi vaikeutuu.5. Turhan, tuloksettoman ja niin sanotun invasiivisen hoidon, rajujen toimenpiteiden sekä kaiken sellaisen hoidon välttämiseen, jonka tavoitteena ei ole elämänlaadun parantaminen.6. Yksilöllisiin valintoihin myös elämän loppuvaiheessa.7. Toiveiden kunnioittamiseen asuin-/hoitopaikan valinnan suhteen aina kun mahdollista, kuitenkin niin, että myös hyvän hoidon järjestämisen mahdollisuudet sekä läheisten toiveet huomioidaan.8. Tietoon hoidosta sekä päätöksentekoon osallistumiseen aina kun se on mahdollista.9. Siihen, ettei muistisairaus, ikä, sukupuoli, kieli, seksuaalinen suuntautuneisuus tai sosio-ekonominen tai kulttuuritausta vaikuta millään lailla hoitoon tai kohtamiseen.

KUVA 2. Muistisairaana ihmisen oikeudet. Lähde: Muistiliitto ry. 2016. Muistisairaana hyvä saattohoito.

LIITE 7/9

7

4.1 Lähestyvän kuoleman tunnusmerkit

Kuolevaksi potilaaksi arvioidaan toimintakyvyltään heikentynyt henkilö, jonka lähestyvän kuoleman merkit ovat tunnistettavissa. Lähestyvän kuoleman tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi se, että potilas on jatkuvasti vuoteessa tai koko ajan voimaton ja väsynyt. Kädet ja jalat voivat muuttua viileämmäksi ja iho voi muuttua laikukkaaksi. Kivut tai sekavuus voivat lisääntyä. Hengitys voi muuttua pinnalliseksi tai katkonaiseksi. Hengitysteissä oleva lima voi saada hengityksen kuulostamaan korisevalta. Nieleminen voi vaikeutua entisestään. Ruokaileminen voi vaikeutua esimerkiksi potilas on ruokahaluton tai kykenee juomaan vain pieniä nestemääriä. Elimistö alkaa tuottaa hormoninkaltaista ainetta, joka johtaa lihasten ja rasvan hajoamiseen ja siten nopeaan laihutumiseen. Ruokailua ja nesteiden saantia voidaan kuitenkin jatkaa niin kauan kuin se on mahdollista ja hyödyllistä. Oireet ovat selkeämpiä, mitä lähempänä kuoleman hetki on. Lähestyvän kuoleman merkit on koottu kuvioon 1. (KUVIO 1).

LÄHESTYVÄN KUOLEMAN MERKIT
<ul style="list-style-type: none"> • Alentunut toimintakyky • Lisääntynyt väsymys ja voimattomuus • Hengityksen muuttuminen pinnalliseksi tai katkonaiseksi. • Lisääntynyt limaisuus tai nielemisvaikeudet • Ruokahaluttomuus tai syömisen/juomisen vaikeudet • Kipujen lisääntyminen • Sekavuus • Vaikeudet lääkkeiden otossa • Ihon laikkuus tai periferian muuttuminen viileäksi

Kuva 3. LÄHESTYVÄN KUOLEMAN MERKIT

4.2 Asukkaan oireiden arviointi ja helpottaminen

Hoitohenkilökunnan osaaminen lähestyvän kuoleman merkkien tunnistamiseen ja kuoleman hetken valmistautuminen ovat tärkeitä asioita hoidon laadun kannalta. Potilaan ilmeitä, liikehdintää ja ääntelyä havainnoimalla saadaan tärkeää tietoa potilaan tilasta, koska usein laboratoriokokeita, mittauksia ym. menetelmiä ei enää käytetä. Yhteistyön tekeminen hoitoon osallistuvien tahojen kanssa on tärkeää saattohoidon hyvän toteutumisen kannalta.

Kuolevan oloa voi helpottaa esimerkiksi seuraavin keinoin: suun kostuttamisella ja liman poistamisella, kivun minimointi välttämällä esimerkiksi painavia, hankaavia ja kiristäviä vaatteita sekä vuodevaatteita, säännöllisillä asentohoidoilla, pienten ja mieluisten ruoka- ja juoma-annosten tarjoamisella, oireenmukaisella lääkehoidolla esimerkiksi kivunhoidon tehostamisella tai pahoinvointi lääkityksellä.

Läsnäolo, kuuntelu ja havainnointi ovat tärkeitä hoitajan ominaisuuksia saattohoidossa. Vuorovaikutus on tärkeä osa kohtaamista ja hoitotyötä. Vuorovaikutustilanteissa tulee olla aidosti läsnä ja huomioida kuolevan sanallisia ja sanattomia tunteita ja reaktioita. Vuorovaikutuksessa saadaan tietoa sairastuneen voinnista ja hoitotyön onnistumisesta. Jos sanoja ei ole, voi kommunikoida muilla keinoilla. Katsekontakti, ilmeet, kosketus, läheisyys ja äänensävyt kertovat paljon. Lempää kosketus rauhallisen juttelun kera tuo turvallisuutta ja kertoo, että joku on läsnä. Myös läheisten kanssa voidaan etsiä keinoja asukkaan kanssa kommunikointiin.

KEINOJA KUOLEVAN POTILAAN OLON HELPOTTAMISEEN
<ul style="list-style-type: none"> • LÄSNÄOLO, KUUNTELU, HAVAINNOINTI • SUUN KOSTUTTAMINEN • LIMAN POISTAMINEN • ASENTOHOITO • KIVUN MINIMOINTI VÄLTTÄMÄLLÄ ESIM PAINAVIA, HANKAAVIA JA KIRISTÄVIÄ VAATTEITA • PIENTEN JA MIELUISTEN RUOKA-JA JUOMA-ANNOSTEN TARJOAMINEN • KUOLEVAN TOIVEIDEN NOUDATTAMINEN • OIREENMUKAINEN LÄÄKEHOITO, KUTEN KIVUNHOIDON TEHOSTAMINEN, PAHOINVOINNIN ESTÄMINEN

KUVA 4. Keinoja kuolevan potilaan olon helpottamiseksi.

4.3 Kivun arviointi ja hoito

Vaikeaa dementiaa sairastavilla potilailla kipua esiintyy 25-52%:lla elämän loppuvaiheessa. Saattohoidossa sovelletaan samanlaisia hoidon periaatteita ja lääkkeitä kuin syöpäkipun hoidossa. Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen on hyvän hoidon perusedellytys.

Kipulääkityksen vastetta ja haittavaikutuksia tulee arvioida säännöllisesti. Hyvä tapa arvioida peruslääkkeen riittävyttä on seurata kivun voimakkuutta ja läpilyöntikipulääkkeen kulutusta vuorokausittain. Kivusta tulee kirjata sen voimakkuus, vaikutus toimintakykyyn, mielialaan, liikkumiseen ja nukkumiseen, ja esiintymisaika. Jos potilas ei kykene itse kertomaan kivustaan, sitä arvioidaan havainnoimalla ilmeitä, eleitä, ääntelyä ja asentoa. Muistisairaiden potilaiden kivun arviointiin on myös kehitetty työkalu nimeltään PAINAD-asteikko. Lääkehoidon rinnalla on hyvä käyttää myös lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja kuten hoitotyön menetelmät, asento- ja liikehoidot, rentoutus.

Kipulääkkeiden tyypillisempiä haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi ja suun kuivuminen. Ikääntyminen, perussairaudet, monien lääkkeiden käyttö samanaikaisesti, nestevajaus ja ravitsemushäiriöt suurentavat lääkkeisiin liittyvien haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten riskiä.

(Lähde: Käypä hoito 2018.)

4.4 Hengelliset tarpeet ja asuinympäristön viihtyisyys

On tärkeää, että myös elämän loppuvaiheessa olevan asukkaan elämä palvelutalossa on turvallista ja omannäköistä. Saattohoitoon siirtynyt ihminen on sama henkilö kuin aiemminkin. Elämänhistorian kunnioittaminen, arvot, tavat ja mielenkiinnon kohteet, toiveiden ja itsemääräämisoikeuden säilyttäminen elämän viimeisiin hetkiin saakka on tärkeää. Hoitotyössä tulee kunnioittaa asukkaan vakaumusta ja muistaa, että asukkaalla on oikeus uskontokuntansa mukaiseen hengelliseen tukeen ja hartauden harjoittamiseen.

Asuinympäristön käytännöllisyyteen, siisteyteen ja viihtyisyyteen on syytä kiinnittää huomiota. Turhien tavaroiden ja hoitovälineiden karsiminen huoneesta lisää viihtyisyyttä. Sängyn voi siirtää ikkunan lähelle tai niin että asukas näkee huoneeseen tulijat. Mahdollisuus mielimusikin kuunteluun tai omien valokuvien katseleminen voi herättää positiivisia tunteita. Joustavat vierailuajat sekä läheisten ja ystävien vierailut tuovat piristystä ja henkistä tukea.

LIITE 7/12

10

5 OMAISTEN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN SAATTOHOIDOSSA

Saattohoito on suurelta osaltaan potilaan ja omaisten tukemista. Aidon kohtaamisen ja läsnäolon merkitys on suuri. Hoitohenkilökuntaa tarvitaan usein neutraaliksi kuuntelijaksi ja ymmärtäjäksi niin kuolevalle kuin omaiselle. Saattohoitotilanne on usein läheisille haastava – eräänlainen kriisi. He tarvitsevat yksilöllisesti tukea, rohkaisua ja huolenpitoa, joskus jopa kuolevaa enemmän. Omaiset tarvitsevat saattohoidon aikana paljon tukea ja ohjausta sekä rehellistä ja selkokielistä tietoa sairauden ennusteesta ja kuolemasta. Omaisia kannustetaan kysymään mieltä askarruttavista asioista hoitajilta ja lääkäriltä. Omaisten surutyö jatkuu kuoleman jälkeen. He ovat saattaneet valmistautua kuolemaan ja tehdä luopumistyötä jo pitkään, mutta suru voi silti tulla voimakkaana kuoleman jälkeen. Tilanteen lopullisuus saattaa kaikesta huolimatta yllättää, ja monenlaiset tunteet, kuten yksinäisyys tai toivottomuus voivat nousta pintaan.

MUISTISAIRAAN IHMISEN LÄHEISELLÄ ON OIKEUS:
1. Tiedolliseen, henkiseen, hengelliseen ja psykososiaaliseen tukeen sekä niiden tarpeen kartoitukseen, ja tarvittaessa tuen jatkumiseen myös muistisairaana kuoleman jälkeen.
2. Olla mukana muistisairaana ihmisen hoidossa ja sen ratkaisuja tehtäessä sairauden kaikissa vaiheissa, jos niin haluavat ja kykenevä.
3. Tietoon elämän ja muistisairauden loppuvaiheeseen liittyvistä oireista ja niiden hoidosta sekä niihin liittyvien ratkaisujen mahdollisista seurauksista

KUVA 5. Muistisairaana läheisen oikeudet. Lähde: Muistiliitto ry. 2016. Muistisairaana hyvä saattohoito.

On tärkeää tarjota mahdollisuus keskustella sekä purkaa tunteitaan ja huoliaan ammattilaisten kanssa. Hyvä saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan vaan omaisia autetaan jaksamaan surussa sekä neuvotaan käytännön asioissa. Yhteisymmärryksen saavuttamista potilaan ja hänen omaisten kanssa tulee edistää, vaikkei se aina ole yksinkertainen prosessi. Omaisten suruun liittyy koko elämän kestoisia muistoja ja

LIITE 7/13

11

joskus myös puhumattomia tai selvittämättömiä asioita. Jotkut haluavat työstää surutyötään asioista puhumalla, kun taas toiset surevat omissa ajatuksissaan. Hoitajan on hyvä oppia tunnistamaan erilaisia suremisen muotoja ja kunnioittaa niitä.

Asukas on saattanut asua vuosia hoitokodin yhteisössä, jossa hän on tullut läheiseksi muille hoitoyhteisön asukkaille, hoitohenkilökunnalle ja vapaaehtoisille. Heille on annettava suremisen mahdollisuus. Muistelu tukee oman kuoleman käsittelyä, tukee surutyössä ja antaa kokemuksen siitä, ettei ihmistä unohdeta.

Saattohoitopäätös auttaa potilasta ja hänen perhettään sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätöksen puuttuminen voi tuoda omaisille tunteen, että kuolema oli odottamaton, ja se voi vaikeuttaa surutyötä. Suruun voi liittyä hämmennystä ja surussa moni asia myös unohtuu, ja siksi asioiden kiireetön kertaaminen läheisten kanssa on osa hyvää saattohoitoa. Läheisten kanssa käydään läpi saattohoidon kulkua. Tämä voi auttaa heitä jäsentämään tapahtunutta ja antaa mahdollisuuden tulla kuulluksi ja saada tukea vaikeassa ja ainutlaatuisessa elämäntilanteessa.

Kuoleman jälkeen läheisille on hyvä kertoa, että he voivat edelleen olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan ja kysyä mieltä askarruttavia asioita. Heille on myös hyvä kertoa, mihin muualle he voivat olla yhteydessä, jos tarvitsevat keskusteluapua. Esimerkiksi järjestöt ja seurakunnat ylläpitävät sururyhmiä.

On tärkeää kirjata ylös, mitä on yhteisesti sovittu ja mistä asioista keskusteltu, jotta kaikki hoitoon osallistuvat ovat niistä tietoisia.

LIITE 7/14

12

6 ASUKKAAN KUOLEMINEN PALVELUTALOSSA

Elämän loppuvaiheen hoidossa tärkeimmät yhteistyökumppanit palvelutalossa asukkaan asioissa ovat: asukkaan osaston henkilökunta, asukkaan hoitava lääkäri, asukkaan omaiset, kotisairaala ja hautausmisto.

6.1 Asukkaan kuoleminen palvelutalossa

- Henkilökunta toteaa asukkaan kuoleman osastolla.
- Virka-aikana soitetaan päivystysnumeroon, josta pyydetään lääkäri toteamaan exitus. Päivystysaikana (iltaisin tai viikonloppuna) soitetaan vainajan kuljetus. Jos asukas kuolee yöllä, niin silloin odotetaan seuraavaan aamuun, tai jos kuolee sunnuntaina myöhään, niin odotetaan maanantai aamuun.
- Ilmoitetaan asukkaan kuolemasta omaiselle/yhteyshenkilölle. (Tarkistetaan asukkaan tietoista, saako omaiselle soittaa yöllä) Puhelimessa kysytään, haluaako omainen tulla hyvästelemään ennen siirtoa.) Puhelimessa käydään läpi käytännön asioita, miten edetään. Jos omainen tulee osastolle, niin käydään käytännön asiat sitten läpi. On myös tärkeää kysyä, mitä hautausmistoa omaiset aikovat käyttää, jotta lääkäri voi lähettää asiakirjat suoraan hautausmistöön.
- Vainaja puetaan exitus settiin tai omaan vaatteeseen, jos on tiedossa puku, mitä on halunnut käyttää. (exitus setti ja lakanat löytyvät hoitotarvikevarastosta). Exitus setistä löytyvät myös suojavaatteet hoitajille, jotka valmistelevat vainajan. Jos asukkaalla on kanyyli/katetri/sidoksia niin ne poistetaan. Exitus setissä olevat tunnistamiskortit täytetään ja kiinnitetään huolellisesti. Jos omainen haluaa osallistua vainajan laittoon, se on mahdollista.
- Huone siistitään ja laitetaan muistopöytä. Muistopöydän tarvikkeet (valokuvan kehys, kynttilä, liina, kukka) löytyvät osaston varastosta.
- Hoitaja täyttää Ruumiin ulkotarkastuslomakkeen (löytyy kansliasta), johon tulee tiedot vainajasta ja hoitopaikasta. Jos vainajalla on sydämen tahdistin, siitä merkintä lomakkeeseen. Lääkäri täyttää lomakkeesta oman osuuden ja allekirjoittaa lomakkeen.

LIITE 7/15

13

- Kun lääkäri on käynyt toteamassa kuoleman, voidaan tilata vainajan siirto (aikaisintaan kahden tunnin kuluessa kuolemasta) hautaus toimisto Monoselta tai jos omaisella on joku toinen toimisto, mitä haluaa käyttää.
- Vainajan pois kuljettamisella ei ole kiire. Valviran ohjeistuksena mukaan lääkärin on todettava kuolema viimeistään kuolemaa seuraavana arkipäivänä.
- Vainajan mukaan laitetaan hoitajan täyttämä ”ruumiin ulkotarkastus” kaavake sekä omaisen yhteystiedot.
- Kysy kuljettajalta, mihin sairaalaan vainaja viedään. (tärkeä tieto omaiselle)
- Asukkaan kuolemasta ilmoitetaan sähköpostitse osastonhoitajalle, palvelutalon johtajalle, hallintopäällikölle, toimistosihteerille sekä huoltomiehelle tieto suruliputusta varten. Jos asukkaalla käy fysioterapeutti tai muita ulkopuolisia auttajia niin tieto myös heille.
- Asukkaan kuolemasta lähetetään salattu sähköposti hoitavalle lääkärille.
- Omalääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen kolmen kuukauden kuluessa kuolemasta. Kuolintodistus koostuu neljästä osasta, kuolintodistus, kuolintodistuksen lisä sivu, lupa hautaamiseen sekä ilmoitus kuolemasta väestöjärjestelmään.
- Päivystävä lääkäri kirjoittaa toimistolta käsin Lupa hautaamiseen ja ilmoitus kuolemasta väestötietojärjestelmään lomakkeet, jotka tarvitaan hautajaisten järjestämiseen. Palvelutalon hoitajan tulee selvittää omaisen käyttämä hautaus toimiston yhteystiedot (fax tai sähköposti) ja ilmoittaa tiedon lääkärille. Kun tieto maistraatista on mennyt eteenpäin väestötietojärjestelmään, pystyy omainen saamaan virkatodistuksen päästäkseen hoitamaan tarvittavia asioita (esim. pankki).
- Kuolintodistusta ei lähetetä palvelutaloon eikä automaattisesti omaiselle, mutta jos omainen haluaa saada kopion kuolintodistusosasta, niin silloin lähetetään myös omaisen yhteystiedot lääkärille.
- Asukastietojärjestelmään kirjataan huolellisesti asukkaan kuolemaan liittyvät käytännön asiat, sekä mitä on tehty ja sovittu sekä keneen oltu yhteydessä. Kun vainaja on siirretty pois palvelutalosta, asukas kirjataan ulos sekä asukastietojärjestelmästä että RAI- järjestelmästä.
- Asukaspapereihin (arkistoon menevät) tulee hoitajan tulostaa vain viimeisimmät kirjaukset asukkaasta.

6.2 Toiminta-ohjeet poikkeustapauksissa

- Jos kuolema ei ole odotettu (esim. kaatuminen, muu tapaturma, itsemurha, hoitovirhe-epäily tai hoitovirheisyys omaisen taholta) soittaa hoitaja aina ensin poliisille (112) riippumatta

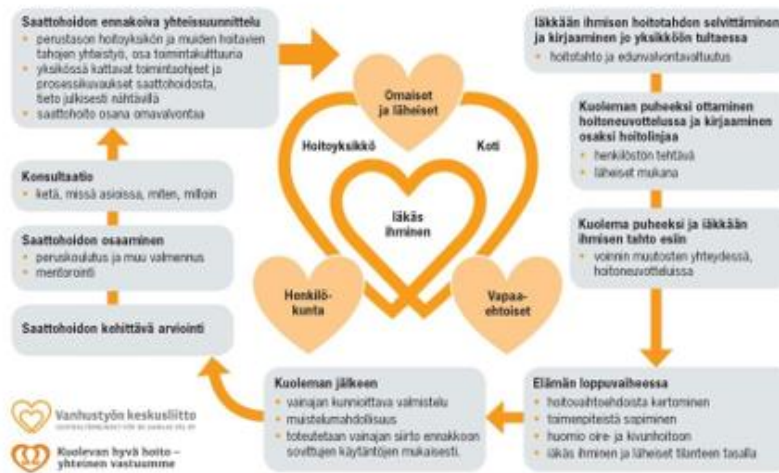
LIITE 7/16

14

vuorokaudenajasta. Poliisi sitten päättää, tulevatko paikanpäälle ja kertovat, miten toimitaan vainajan kanssa.

- Oikeuslääketieteelliseen ruumiinavaukseen kuljettamisesta vastaa poliisi ja kuljetuksista vastaa edelleen hautaus toimisto.

Hyvän saattohoidon muistilista



KUVIO 1. Hyvän saattohoidon muistilista. 2015. Lähde: Vanhustyön Keskusliitto

LIITE 7/18

16

7 HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖHYVINVOINTI JA KUOLEMAN KÄSITTELY

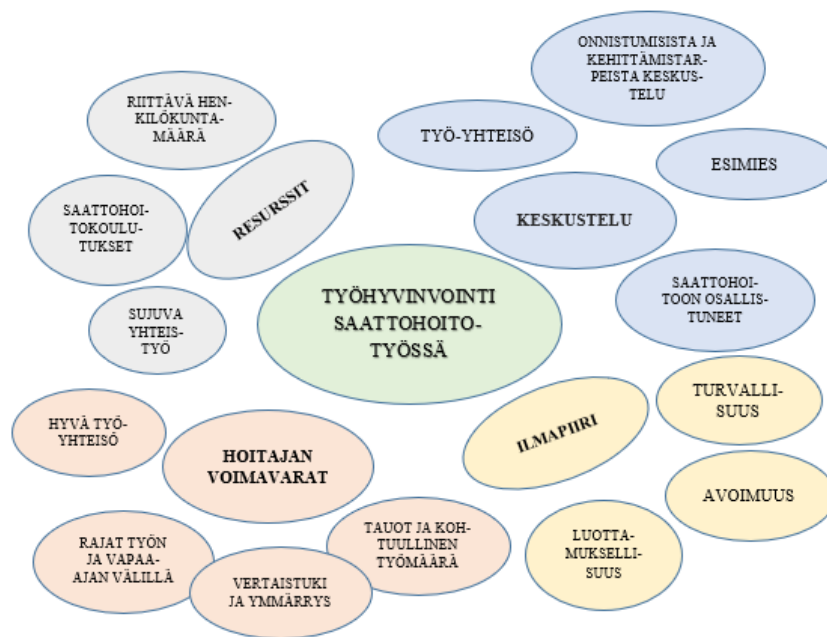
Saattohoidon toteuttaminen voi olla hyvin tunnepitoinen kokemus ja olla stressaava tilanne myös henkilökunnalle. Erityisesti uran alkuvaiheessa olevat hoitajat saattavat tarvita tukea. Henkilökunnan voimavaroja voidaan vahvistaa työnohjauksella ja mentoroinnilla. Kokeneen mentorin tuki on arvokas lisä uransa alkuvaiheessa oleville hoitajille sekä opiskelijoille. Yhdessä keskustellen työkavereiden tai esimiehen kanssa voidaan purkaa saattohoidon herättämiä ajatuksia: millaisia tunteita kuolema ja kuolevan hoitaminen toivat esiin ja mikä oli mahdollisesti vaikeaa tai ahdistavaa. Usein riittävää on jo pelkästään se, että hoitajat tuntevat tulevansa kuulluiksi.

On tärkeää, että hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus osallistua saattohoitokoulutuksiin ja saada vaikuttaa omaan työhönsä. Työpaikan avoin ilmapiiri, rajat työn ja vapaa-ajan suhteen, tauot, riittävä henkilökuntamäärä, työnohjaus ja keskusteleva ilmapiiri auttavat jaksamaan kuormittavissa työtilanteissa. Myös hoitohenkilöstön keskinäinen hyvä yhteistyö edistää potilaiden yksilöllistä hoitoa ja työssä viihtyvyyttä.

Työyhteisössä on hyvä antaa mahdollisuus saattohoitotilanteen jälkikäsitteilyyn, ja saattohoidosta kannattaa keskustella rohkeasti kaikkien siihen osallistuneiden kanssa. Vertaistuki ja ymmärrys kasvaa, kun tunteita jaetaan keskustellen. Työyhteisössä kannattaa käydä keskustelua siitä, miten saattohoito sujui: missä onnistuttiin ja mitä tulee kehittää. Näin voidaan valmistautua tuleviin, vastaaviin tilanteisiin.

LIITE 7/19

17



KUVIO 2. Työhyvinvointiin vaikuttavat asiat saattohoitotyössä.

LÄHTEET

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa: substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen Yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dobson, J. 2017. Providing high-quality care at the end of life: the role of education and guidance. *British Journal of Nursing* 26(20), 1116-1120. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxv.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ea2f2e8d-e7d7-4744-8d48-88f7e533b815%40sessionmgr104>

Goodman, C., Amdor, S., Elmore, N., Mathie, E. 2013. Preferences and priorities for ongoing and end-of-life care: A qualitative study of older people with dementia. *Nursing studies* 50(12), 1639-1647. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxv.centria.fi/ehost/command/detail?vid=4&sid=fd869ed4-a4fd-4966-bc32-cadadee8eeb8%40sessionmgr101>

Käypä Hoito. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus. saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=7932827C16F38E752949940AAC960266?id=hoi50063#NaN>

Long, A. Sprong, P. Sprung, C. 2016. Addressing uncertainty: what is the role of consensus in end-of-life care? *Intensive Care Medicine* 42(6), 1043-1044. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F00134-016-4336-1>

Martinsson, L. Lundström, S. Sundelöf, J. 2018. Quality of end-of-life care in patients with dementia compared to patients with cancer: A population-based register study. *PLoS ONE* 13(7):e0201051 Saatavissa: <http://europepmc.org/backend/ptpmrender.fcgi?accid=PMC6066197&blobtype=pdf>

Muistiliitto. 2016. Muistisairaana ihmisen hyvä saattohoito. http://www.muistiliitto.fi/files/3314/7921/5925/Muistisairaana_ihmisen_hyva_saattohoito_sivuittain.pdf

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saattohoito Puotilan Palvelutalossa-opas.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20i%3%a4rjest%3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. 2017. Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa. Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa

Vanhustyön Keskusliitto. 2015. Hyvä ja arvokas kuolema kuuluu kaikille, myös iäkkäille ihmisille. Saatavissa: <https://www.vtkl.fi/fi/toimimme/ajankohtaista/arkisto/2015/12/hyva-ja-arvokas-kuolema-kuuluu-kaikille-myo-ia-kaikille-ihmisille>