



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Saattohoito

Hyvinkään sairaalassa

Mustonen, Lea

2011 Otaniemi

Laurea - ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Saattohoito Hyvinkään sairaalassa

Lea Mustonen
Terveiden edistäminen
Johtaminen perhetyössä ja
perhehoitotyössä
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2011

Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Johtaminen perhetyössä ja perhehoitotyössä

Lea Mustonen

Saattohoito Hyvinkään sairaalassa

Vuosi 2010

sivumäärä 58

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia saattohoidon toteutumista sairaalan vuodeosaston toimintaympäristössä sekä tuottaa tietoa ja arvioida, miten saattohoitotyö toteutuu. Opinnäytetyö antaa tietoa Palliatiivinen hoito -projektiin. Projektin yhtenä tavoitteena on luoda yhdenmukaisia käytänteitä saattohoitoon Hyvinkään sairaalan vuodeosastoilla.

Opinnäytetyö toteutettiin arviointitutkimuksena. Kvantitatiivisessa osuudessa tarkasteltiin Hyvinkään sairaalan kolmella osastolla: 1.6–31.12.2009 kuolleiden potilaiden paperisia ja sähköisessä muodossa olevia potilasasiakirjoja tietojenkeruulomakkeen avulla. Yhden potilaan paperit olivat oikeuslääketieteellisellä laitoksella. Kahden paperit eivät löytyneet arkistosta. Kokonaistutkimusotokseksi saatiin 110 potilastapausta.

Kvalitatiivinen osuus toteutettiin lähettämällä yhden Hyvinkään sairaalan vuodeosaston kahdelletoista hoitajalle case-tapaus, joka perustuu hoitotyön arkisiin haasteisiin vuodeosastoilla. Ohjaavilla kysymyksillä haettiin vastauksia saattohoidosta. Vastauksia saapui kahdeksan. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Yleistä oli, että selkeä saattohoitopäätös puuttui, mikä viivästytti saattohoidon toteutusta. Potilailta otettiin perusverikokeita mittavasti vielä viimeisenä elinpäivänä. Potilaiden tai omaisten kanssa keskusteltiin hoitolinjauksista 37 % tapauksista. Oireiden kirjaus keskittyi kivun huomiointiin. Esimerkiksi väsymys (fatigue) jäi usein huomioimatta. Tulosten perusteella potilaat saivat kipulääkettä elämän viimeisinä päivinä, mutta kipulääkityksen laatuun ja määrään tulisi kiinnittää huomiota.

Hoitajat tunnistivat perheen monimuotoisuuden. Omaisten ja potilaan tuki sekä hoitoympäristön rauhallisuus, turvallisuus sekä luovuus nousivat saattohoidon keskiöön. Kuolevan potilaan hoidolle löytyi yhteneviä hoitotoimenpiteitä, vaikka selkeä saattohoitokulttuuri puuttui. Hoitajat kaipaivat saattohoitolinjausta, jonka mukaisesti kuolevan potilaan saattohoito voisi alkaa.

Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Palliatiivinen hoito -projektissa kehitettäessä saattohoitotyötä Hyvinkään sairaalassa.

Avainsanat: saattohoito, saattohoitopäätös, perhe,

Laurea Otaniemi

Degree Programme in Health Promotion
Leadership in Family Work and Family Nursing

Lea Mustonen

Terminal Care in Hyvinkää Hospital

Year 2011 Number of pages 58

The purpose of this Master's thesis was to study and assess of terminal care in the environment of a hospital bed patient ward. The general aim was to produce information on how terminal care is implemented, and this particular thesis produced information for a Palliative care project, one of the objectives of which is to create uniform practices for terminal care given on the bed patient wards of Hyvinkää Hospital.

The thesis was carried out as the form of an assessment survey. In its quantitative part, the paper and electronic documents of patients who had died on the three-bed patient wards of Hyvinkää Hospital during the period from 1 June to 31 December 2009 were discussed by using a questionnaire. One patient's documents were at the department of forensic medicine, two people's documents were not found in the archives. The total research sample constituted 110 cases.

The qualitative part was carried out by sending a 'case' to twelve nurses working on one bed patient ward of Hyvinkää Hospital. A 'case' is based on everyday challenges of nursing met on a bed patient ward. Guiding questions were used to seek responses surrounding terminal care. The eight responses that arrived were interpreted by content analysis.

There was no clear decision on terminal care, which caused delay in its implementation. Even during their last days of life several basic blood tests were taken. Treatment procedures were discussed with only 37 % of the patients and their relatives. In the recording of symptoms, the focus was on pain alleviation. For example, fatigue often went unnoticed. The findings indicate that patients were given painkillers during their last days. However, attention should be paid to their quality and quantity. The findings indicate that patients were given painkillers during their last days. However, attention should be paid to their quality and quantity.

Nurses recognized the difference of families, and terminal care concentrated on support for relatives and the patient as well as on a peaceful, safe and creative environment and atmosphere of care. Uniform measures of treatment were found to look after the dying patient. However, there was no clear culture of terminal care. The nurses required decisions on terminal care, after which such care for the dying patient can begin.

The results of the graduate thesis are used in the project 'Palliative care' in developing terminal care in Hyvinkää Hospital.

Keywords: terminal care, decision on terminal care, family,

| | |
|--|----|
| Sisällys | |
| 1 Johdanto | 6 |
| 2 Saattohoito vuodeosastolla | 7 |
| 2.1 Vuodeosasto saattohoidon toimintaympäristönä | 7 |
| 2.2 Saattohoitopäätös | 10 |
| 3 Perhe | 11 |
| 3.1 Perheen tunnistaminen | 11 |
| 3.2 Perhe saattohoitotyössä | 13 |
| 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset | 15 |
| 5 Menetelmälliset ratkaisut | 15 |
| 5.1 Arviointitutkimus | 15 |
| 5.2 Määrällinen lähestymistapa | 17 |
| 5.3 Laadullinen lähestymistapa | 18 |
| 6 Aineiston kuvaus, hankintamenetelmät ja analyysit | 19 |
| 6.1 Asiakirja-aineiston kuvaus, hankintamenetelmät ja analyysi | 19 |
| 6.2 Laadullisen aineiston kuvaus, hankintamenetelmät ja analyysi | 20 |
| 6.2.1 Laadullisen aineiston kuvaus ja hankintamenetelmät | 20 |
| 6.2.2. Laadullisen aineiston analyysi | 21 |
| 7 Tulokset | 23 |
| 7.1 Potilaiden hoito vuodeosastolla | 23 |
| 7.1.1 Taustatiedot | 23 |
| 7.1.2 Hoitolinjaukset | 25 |
| 7.1.3 potilaiden oireet ja kivunhoito | 28 |
| 7.1.4 Tutkimukset ja hoitomenetelmät viimeisinä elinpäivinä | 30 |
| 7.2 Hoitajien näkemykset case-tapauksen hoidon toteuttamisesta | 33 |
| 7.2.1 Potilaan hoidon toteutuminen tulotilanteessa | 33 |
| 7.2.2 Saattohoitolinjaus | 33 |
| 7.2.3 Kivun hoito | 34 |
| 7.2.4 Perheen tunnistaminen | 35 |
| 7.2.5 Saattohoitotyön toteutus | 36 |
| 8 Luotettavuus ja eettisyys | 38 |
| 8.1 Luotettavuuden arviointia | 38 |
| 8.2 Eettisyyden arviointia | 42 |
| 9 Pohdinta | 42 |
| 9.1 Saattohoidon toteutuminen vuodeosastoilla | 42 |
| 9.2 Hoitajien toteuttama saattohoitotyö | 44 |
| 9.3 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia | 46 |
| Lähteet | 48 |
| Taulukko- ja kuvaluettelo | 53 |

1 Johdanto

Saattohoidon tärkein asia on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Ajallisesti saattohoitoa ei ole määritelty, mutta käytännössä on kyse päivistä tai viikoista. Suomessa Lääkintöhallitus on vuonna 1982 antanut terminaalihoidon ohjeet, joita pidetään saattohoidon perusohjeistuksena edelleen. Niiden mukaan potilaan tulisi itse saada päättää, millaisessa ympäristössä hän haluaa viettää elämänsä loppuvaiheen. Tärkeää on järjestää mahdollisuus läheisten ja omaisten läsnäololle. Hoidon tavoitteena WHO:n mukaan pidetään vaikeiden oireiden ja kipujen minimoimista. (Mattila 2002, 27–28; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6.)

Potilaslain mukaan saattohoidossa olevan henkilöllä on oltava oikeus hyvään hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6.) Saattohoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun etenevää sairautta ei enää voida parantaa (Hänninen 1998,5; Leino-Kilpi 2008, 308–320). Hoito tulee suunnitella yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa, keskittyen potilaan kärsimysten lieventämiseen ja perheen tukemiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6; Hänninen 1998,5; Leino-Kilpi 2008, 308–320). Hoitohenkilökunnan on ohjattava potilasta tiedostamaan omat voimavaransa. Näin häntä voidaan paremmin tukea (Juujärvi, Myyry & Pesso 2007, 194–207).

Hoitotyö perheiden piirissä on tietoista ja ammatillista pyrkimystä tukea, kartoittaa, ymmärtää ja hoitaa perheen sisäisiä vuorovaikutussuhteita. Hoitotyön sisältönä pidetään perheen myönteisten voimavarojen esille tuomista ja niiden kehittämistä. Lähtöajatuksena on ihmisen kehityksen kytkeytyminen kommunikaatioverkostoihin ja niiden merkityksiin. Kriisihetkiä aiheuttaa mm. perheenjäsenten sairastuminen tai kuolema. Tällöin pyritään aukaisemaan tilanteen aiheuttamat vuorovaikutuksen solmut. Hoitosuosituksissa korostetaan asiallisen tiedon antamisen merkitystä sairaudesta ja hoidosta kokonaisuutena. Perhekeskeisen lähestymistavan mukaisesti perheen ja potilaan tilanteen muutokset tulisi huomioida hoitoprosessissa. (Aaltonen 2002, 142–149.)

Vuodeosastoa pidetään saattohoidon kannalta turvallisena ympäristönä (Hänninen 1998,9; Lipponen 2006, 150–154; Paavilainen, Kuuppelomäki, Murtonen, Sirola, Tuominen-Saarela & Nieminen 2001, 17–21). Hoitajien ja lääkäreiden läsnäolo turvaa vaativan lääkehoidon. Omaisten huomioiminen ja tukeminen mahdollistuu vuodeosastoilla. (Paavilainen ym. 2001, 17–21.) Saattohoidossa olevat henkilöt ymmärtävät hoitoympäristönä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön. Sairaalan vuodeosastot katsotaan kuuluvan ”institutionaalisen laitosympäristön” piiriin. Tällä tarkoitetaan yhteiskunnan järjestämää palvelua. Vuodeosastojen vuorovaikutussuhteita määrittävät erilaiset roolit. Tässä opinnäytetyössä potilaalla tarkoitetaan kuolevaa osastolla hoidettavaa henkilöä ja hoitajilla osastolla toimivia perus-, lähi- ja sairaanhoitajia. (Lipponen 2006,150–158.)

Saattohoidon toteutumista arvioidaan kolmen erikoissairaanhoidon vuodeosaston hoidon kirjauksen ja yhden osaston hoitajien case-tapauksesta saadun aineiston kautta. Vuodeosastoilla ei ole sovittua yhtenäistä käytäntöä, miten saattohoitoa toteutetaan. Saattohoidon keskiössä on potilaan lisäksi hänen perheensä ja omaisensa. Nyky-yhteiskunta on muuttunut monenlaisten murrosten kautta ja ydinperhe ei aina ole selviö (Forsberg 2003, 8–9; Marin 1994, 16–18; Yesilovan 2009, 11–26). Hoitotyöntekijän on tunnistettava potilaan lähimmäinen ja omaiset myös silloin, kun hän ei itse pysty itseään ilmaisemaan (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 25; Åstedt-Kurki ym. 2006, 13).

Saattohoitotyön keskeisinä toimina pidetään potilaan ja perheen tukemista kuoleman läheisyydessä. Tässä opinnäytetyössä keskitytään saattohoidon sisältöön vuodeosastoilla. Opinnäytetyössä ei oteta kantaa eutanasiaan eikä käsitellä potilaan hoitotahtoa/ hoitotestamenttia eikä keskityä kuoleman jälkeen tapahtuviin toimiin. Opinnäytetyön tarkoituksena on saatujen tulosten perusteella kehittää saattohoitoa sairaalan vuodeosastoilla.

2 Saattohoito vuodeosastolla

2.1. Vuodeosasto saattohoidon toteutusympäristönä

Kuolevan henkilön hoitoympäristönä toimii erilaisia sairaanhoidon osastoja. Usein sairaaloiden osastot ovat suunniteltu akuuttitoimintojen toteuttamiseen, jolloin varsinainen saattohoituhuone puuttuu. Levine (1966, 2450–2453) korostaa hoitoympäristön jakoa ihmisen itsensä kokemaan aisti- ja havaintomaailmaan, fyysiseen ympäristöön ja vuorovaikutussuhteisiin. Sairaalan vuodeosasto katsotaan olevan turvallinen ympäristö. Se tarjoaa rauhallisen ja kii-reettömän ilmapiirin, jossa hoitohenkilökunnalla on aikaa keskustella omaisten kanssa. (Hänninen 1998,9; Paavilainen ym. 2001, 17–21.)

Hoitotyön ympäristössä korostuu hoitajien eettinen ja ammattitaitoinen lähestymistapa. Jokainen potilaan ja hoitajan välinen kontakti perustuu hoitajan professionaaliseen toimintaan, jossa potilas huomioidaan yksilönä. Pyrkimyksenä on tällöin ylläpitää laadukasta hoitoympäristöä, jossa huomioidaan sekä potilas että hänen perheensä. Potilaan autonomiaa tulee tukea kertomalla hänelle hänen sairautensa hoitomahdollisuudet. Hoitoneuvottelut ovat hyvä perusta saattohoidon toteuttamiseen. (Leino-Kilpi ym. 2000, 42–43, 74–80.)

Vuodeosasto koetaan saattohoidon kannalta turvallisena ympäristönä. Hoitajien ja lääkäreiden läsnäolo turvaa vaativan lääkehoidon. Lisäksi omaisten huomioiminen ja tukeminen mahdollistuu vuodeosastoilla. Potilaiden oireiden huomioiminen ja niihin vastaaminen on oikea aikaista. (Paavilainen ym. 2001, 17–21.) Hänninen (1998,9) muistuttaa, että osastohoidossa hoitohenkilökunta on tarvittaessa saatavilla. Lipponen (2006, 150–154) korostaa hoitotyöntekijän roolia potilaan tukijana ja empaattisena ymmärtäjänä.

Sairaalan vuodeosaston katsotaan olevan turvallinen ympäristö myös potilaan omaisille. Se tarjoaa rauhallisen ja kiireettömän ilmapiirin, jossa hoitohenkilökunnalla on aikaa keskustella omaisten kanssa. Omaiselle järjestetään mahdollisuus olla läsnä kuolevan potilaan luona. Tärkeänä omaiset pitivät sitä, että hoitajat huolehtivat heidän jaksamisestaan. (Paavilainen ym. 2001, 17–21; Raatikainen, Miettinen & Karppi 2001, 30–45.)

Laakkosen (2005, 5) mukaan henkilökunnan määrä katsottiin alimitoitetuksi akuuttiosastoilla. Saattohoitopotilaat toivoivat lisää aikaa keskusteluun. Tunteisiin ja olemassaoloon liittyvät kysymykset jäivät huomiotta keskusteluyhteyden puuttumisen vuoksi. Potilaat eivät mieltäneet itseään kuoleviksi vaan katsoivat saavansa oireenmukaista hoitoa sairauteensa. He korostivat omaisten ja ystävien käyntejä ja yhteydenottoja. Kliininen eli sairaalassa yleisesti käytetty termistö ja sanasto eivät avautuneet potilaille, vaan he esittivät toiveen saada selkeää ja ymmärrettävää tietoa joko lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta. Erityisesti selkeää ja ymmärrettävää tietoa toivottiin potilaan fyysisen tilan muutoksista ja sen vaikutuksesta elämänhallintaan. Potilailla oli toiveita oman elämän loppuvaiheen toteuttamisesta. Erityisesti korostui heidän asenteiden, arvojen ja eettisten näkökulmien huomioiminen. Avoimella keskustelulla on selkeästi merkitystä pyrittäessä parantamaan potilaiden toiveiden mukaista saattohoitoa.

Saattohoito vaatii moniammatillista yhteistyötä. Työryhmässä tulee olla valmiudet keskustella tarvittaessa sosiaalityöntekijän tai pastorin kanssa. Saattohoidon toteutuminen vaatii hoitohenkilökunnalta aikaa. Omahaajan järjestämiseen ei aina ole mahdollisuuksia. Riittävä oireseuranta ja potilaan ja perheen tunteisiin vastaaminen vaatii ammattitaitoa ja läsnäoloa. (Eho ym. 2003.)

Saattohoitotyön lähtökohtana pidetään ”caring-tyyppistä” hoitotyönmallia, jonka kulmakivinä pidetään hoitoa, lähimmäisenrakkautta ja huolenpitoa. (Lipponen 2006, 24–210; Pihlainen 2000,68–117). Hoidon aikana jokaisella potilaalla tulisi olla oma hoitotyöntekijä. Tällaista toimintaa kutsutaan omahoitaja-työskentelyksi. Silloin toteutetaan monisäikeistä, kokonaisvaltaista välittämiseen ja kokemukselliseen hoitotyöhön perustuvaa saattohoitotyötä. Vuorovaikutukseen perustuvalla luottamuksellisella hoitosuhteella tuetaan potilasta löytämään ne olemassa olevat voimavarat ja käyttämään niitä elämän lopun lähestyessä. Hoitajan tulee olla

potilaan asianajaja silloin, kun potilaan kunto heikentyy. Hoitajan ja potilaan dialoginen vuorovaikutussuhde, jota kutsutaan myös hoitosuhteeksi, tuottaa tietoa potilaan toiveista ja arvoista. Kuitenkin hoitajan tulee muistaa oma roolinsa sairaanhoidon toteuttajana. Erityisesti potilaat korostavat minuuden ja persoonallisuuden säilymistä voinnin jo heiketessä, jolloin omahoitajan rooli kokonaishoidon toteuttajana potilaan näkökulmasta korostuu. (Lipponen 2006, 24–210.)

Hoitoympäristö on tärkeä hyvää hoitoa toteutettaessa. Potilaan ja perheen yksityisyyttä pyritään saattohoitotyössä mahdollistamaan hoitoympäristöä koskevien ratkaisujen muodossa, esimerkiksi järjestämällä potilaalle rauhallinen huone. (Eho ym. 2003; Hiidenhovi, Åstedt-kurki & Paunonen-Ilmonen 2001, 12–19; Lepola, Aho & Louet 2001, 1–10.)

Osaston ilmapiiri, rauhallisuus ja viihtyvyys ovat edellytys turvallisuuden tunteelle. Tiedotuksen ja hoitotoimenpiteiden tarkkuus, varmuus, luotettavuus ja hoitohenkilökunnan asiallisuus, perehtyneisyys ja huolellisuus luovat kuvan vaikuttavuudesta ja taitavuudesta. Samalla ne kertovat asiantuntemuksesta ja ammatillisuudesta. Hoitotyöntekijän aktiivista huomaavaisuutta, potilaan mielipiteiden huomioimisen ja empatian muodossa korostui. (Hiidenhovi ym. 2001, 12–19.) Hiidenhovin, Åstedt-kurjen ja Paunonen-Ilmosen (2001, 12–19) tutkimuksen mukaan erityisesti omaiset painottivat tiedon avoimuutta. He korostivat hoitohenkilökunnan viestimistä ja tiedon tarjoamista, ajan tasalla pitämistä, tiedon rehellisyyttä ja oikea-aikaisuutta. Kohteliasta käyttäytymistä ja kiireettömän ajan antamista potilaalle arvostettiin tärkeänä turvallisuutta tuovana tekijänä. Toiminnan sujuvuus ja hoidon jatkuvuus katsottiin ensiarvoisena ilmapiirin rakentajana.

Kaikilla terveydenhuoltoon kuuluvilla ammattihenkilöillä on velvollisuus hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä terveydenhuollon eettinen periaate sisältää potilaan hyvän kohtelun ajatuksen. Tasa-arvoinen kohtelu kuuluu kaikille ”uskonnosta, iästä, rodusta, terveydentilasta tai muista henkilöstä itsestään johtuvista tekijöistä” riippumatta. Nämä oikeudet ovat kirjattu mm. perustuslakiin ja lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Saattohoidossa tämä tarkoittaa potilaan ja hänen perheensä kunnioittamista. Saattohoidossa korostuu ”ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, henkilökohtaisen vapauden kunnioitus sekä koskemattomuus”. Potilaan toiveita tulee toteuttaa ja hänen mielipiteitään kuunnella. Henkilökunnan on toteutettava saattohoitoa yhteisymmärryksessä hoidettavan kanssa. Erityisesti on muistettava, että nykyisessä globaalissa yhteiskunnassa koulutuksen kautta ylläpidetään riittävää kompetenssia kohdata ne haasteet, joita tarvitaan potilaiden kärsimyksien ja kivun lievittämiseen. (Eho ym. 2003; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.)

Saattohoidon tarkoituksena on vähentää kivun ja epämiellyttävän tunteen lisääntymistä ja vähentää kärsimystä. Kaikkea kipua ei välttämättä pysytä poistamaan. Hoitotyön toimenpitei-

siin kuuluvat ravinnosta huolehtiminen, lääkehuollon toteuttaminen, hygieniä sekä turhista toimenpiteistä pidättäytyminen. (Hänninen & Riikonen 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6). Ihmisen kunnioittamista pidetään saattohoidon lähtökohtana. Saattohoidossa noudatetaan hoitoneuvotteluissa tehtyjä päätöksiä mm. neste- ja ravitsemushoidon toteutuksen sekä muiden tutkimusten osalta. Potilasta ja hänen omaisiaan valmistellaan tulevan kuoleman kohtaamiseen. Potilaita on tuettava tekemään päätöksiä omaa hoitoaan koskien. Hoitohenkilökunnan tulee kunnioitettava tehtyjä päätöksiä. (Eho ym. 2003; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6.) Mattila (2001, 27–28) korostaa, että palliatiivisen hoidon tarkoituksena on lievittää perussairaudesta johtuvia oireita, ja saattohoidossa keskitytään saattamaan kuoleva ihminen viimeiselle matkalle.

Kuollutta henkilöä tulee käsitellä kunnioittavasti. Sairaaloissa on vainajan käsittelyyn liittyviä ohjeita, joissa käydään läpi vainajan käsittely, kuljetukset ja ohjeistukset perheelle kuolemantapauksen jälkeen. Omaisia on muistettava tukea ja antaa heille riittävät ohjeet, miten jatkossa toimitaan. Lisäksi omaisia on muistutettava niistä toiveista, joita saattohoitopotilas on esittänyt hoitoneuvotteluissa. (Eho ym. 2003.)

2.2 Saattohoitopäätös

Päätöksen saattohoitoon siirtymisestä tekee potilasta hoitava lääkäri. Tällöin toteutetaan niitä lääketieteellisiä ja hoidollisia keinoja, joilla jäljellä olevan elämän mukavuus voidaan toteuttaa. Saattohoito ei tarkoita kaikkien hoitojen lopettamista. (Hänninen 1998,5–9; Leino-Kilpi 2008, 308–320.) Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaiden henkilöiden tarkoituksenmukaista hoitoa ja perussairausten, tavallisimmin syövän, oireiden lievittämistä. Hoidon tarkoituksena on kivun ja oireiden hallitseminen sekä elämänlaadun ylläpitäminen. (Mattila 2002, 27–28.) Saattohoitolinjauksen ero palliatiiviseen hoitolinjaukseen on todennäköisen kuoleman läheisyys. Palliatiivinen hoidon vaihe saattaa kestää vuosia sairaudesta riippuen. Palliatiivisen hoito tukee elämää ja potilaan psykofyysistä ja sosiaalista hyvinvointia lieventämällä kipua ja sairauden oireita. Palliatiivisessa hoidossa autetaan potilasta aktiiviseen elämään ja tuetaan perhettä sairastavan henkilön kanssakulkijana. (Eho ym. 2003.)

Elämän loppuvaiheen hoitoa kuvataan sanoilla terminaalihoitoa, DNR-päätös (Do Not Resuscitate), hyvä perushoito, oireen mukainen hoito, ei elvytetä tai ei puhallus painantaelvytystä, mutta usein varsinainen saattohoitopäätös puuttuu. Tällöin yhtenäisen hoitolinjauksen puute, voi johtaa varsin vaihteleviin hoitokäytäntöihin. Saattohoidossa keskitytään potilaan kärsimysten lieventämiseen ja perheen tukemiseen. (Hänninen 2001, 14.)

Terminaalihoidolla usein käsitetään juuri ennen kuolemaa tapahtuvaa saattohoitoa. Toisaalta oireenmukainen hoidossa (symptomaattinen hoito) seurataan kaikkia vitaalitoimintoja ja annetaan moniammatillista hoitoa perussairaudesta ja diagnoosista riippumatta. Tällöin ei käsitellä sairauden ennustetta tai jäljellä olevaa potilaan elinikää. (Eho ym. 2003.)

Saattohoitopäätös tehdään, kun parantavasta eli kuratiivisesta hoitotyöstä ei ole apua tai siitä on luovuttu. Potilaan hoitovastuun ottaa jokin tietty taho esimerkiksi hoitolaitos. (Hänninen 1998,5; Leino-Kilpi 2008, 308–320.) Potilaan hoidon tavoitteena on oireiden mahdollisimman hyvä hallinta ja elämänlaadun optimointi. Toteutuksesta tulisi keskustella ja sopia potilaan ja hänen perheensä kanssa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Pyrkimyksenä on luoda puitteet parhaalle mahdolliselle lääketieteelliselle hoidolle minimoiden kärsimyksen ja lisäten laatua elämän viime hetkeen. Perheen huomioiminen ja tukeminen korostuu potilaan viimeisinä elinpäivinä. (Hänninen 1998,5 – 9; Leino-Kilpi 2008, 308 – 320; Mattila 2002, 27–28.) Kuoleman läheisyydessä korostuu moniammatillinen yhteistyö esimerkiksi eksistentiaalisen tuen huomioimisena (Eho ym. 2003).

Saattohoito alkaa, kun saattohoitolinjaus on tehty ja asettuu potilaan elämän loppuvaiheeseen. Saattohoito sanana pitää sisällään ajatuksen: ”Ihminen saatetaan elämässään viimeiselle matkalle”. (Hänninen 1998,5–9; Leino-Kilpi 2008, 308–320; Mattila 2002, 27–28.)

3 Perhe

3.1 Perheen tunnistaminen

Sairaanhoitajan on erityisen tärkeää tunnistaa potilaan perhe ja läheiset. Hoitohenkilökunnan on otettava lähtökohdaksi potilaan itsensä määrittelemä perhe ja sen ainutkertaisuus (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 320; Leino-Kilpi ym. 2000, 42–43; Åstedt-Kurki ym. 2006, 13). Hoitotieteessä potilas ymmärretään osaksi perhettään (Eriksson ym. 2006; Åstedt-Kurki ym. 2006, 12). Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1999, 28–35) mukaan potilas ei lakkaa olemasta perheen jäsen sairastuttuaan. Hoitosuunnitelmaa tehdessä tulee huomioida perheen ja yksilön sekä terveyden ja sairauden vuorovaikutus. Silloin korostuu tunnesidonnaisuus, perheen tuki ja tieto perheyhteydestä. Potilaan ymmärtäminen helpottuu, kun selvitetään hänen taustaansa. Hoito on kokonaisvaltaisempaa, kun perheen voimavaroja ja selviytymistä tuetaan.

Perhesuhteet eroavat muista ihmissuhteista, koska ne perustuvat sukulaisuussuhteisiin tai laillisiin sopimuksiin (Rönkä & Kinnunen 2002,7–9; Åstedt-Kurki ym. 2006, 12), joita säätelevät yhteisön normit (Rönkä & Kinnunen 2002, 6–9). Perhesuhteet sisältävät vuorovaikutussuh-

teita, totuttuja tapoja ja perheen omia käytäntöjä (Rönkä & Kinnunen 2002,6–9; Åstedt-Kurki ym. 2006, 11–15). Rönkä & Kinnunen (2002, 6–10) painottavat myös perhekulissien kuvaavan perhesuhteita. Ulospäin ei näytetä kaikkea, mitä perheen sisällä tapahtuu. Yesilovan (2009,11–31) mukaan perheen merkitys näyttäytyy, kun sitä tutkittiin taloudellisella ja tunnesuhteiden tasolla. Rakennemuutoksen vuoksi naisten koulutus- ja tulotaso on muuttunut ja se mahdollistaa eron toteuttamisen.

Perheen määrittely ydinperheen kautta on kapea-alainen. Ydinperheeseen katsotaan kuuluvan äiti, isä ja lapset. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 11–14; Yesilova 2009, 11–26). Tällöin keskitytään avio- tai avopuolisoiden tai lastenväliseen tunnesiteeseen (Yesilova 2009, 11–26). Läheinen, ystävä tai naapuri voi muodostaa perheen emotionaalisin sitein. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 11–14). Antikainen ym. (1994) pitävät ydinperhettä ideaalimallina. Jämsä (2003,59) korostaa, että perhe käsitetään sekä isä-äiti-lapsi että vanhempi - lapsi kokoonpanossa.

Suomessa avio- ja avoliittolaiset luokitellaan perheeksi lasten kanssa tai ilman (Åstedt-Kurki ym. 2006, 12). Lisäksi adoptoidut lapset katsotaan kuuluvan perheeseen (Åstedt-Kurki ym. 2006, 12). Kasvattiperheeseen kuuluu vanhempien lisäksi adoptoituja lapsia (Kontula 2004). Suomessa avo- ja avioerot ovat yleistyneet ja avioitumisikä on noussut (Hokkanen 2002, 119–125; Yesilova 2002,45–48). Hokkanen (2002, 114–140) arvioi joka toisen avioliiton päättyvän eroon. Sen vuoksi yksinhuoltajaperheet ovat lisääntyneet. Eri kulttuureissa perheellä tarkoitetaan sukulaisia ja avioliittoa. Norjassa jopa naimattomien yksineläjien katsotaan muodostavan perheen (Kontula 2004,11).

Itse perhe käsitteenä yhteiskunnassa sekä ihmisten väliset intiimisuhteet ovat murrosvaiheessa. Hoiva ja huolenpito vaikuttavat olevan ihmisiä yhteensitova voima. (Barrett & McIntosh 1982, 7; Forsberg 2003, 9–11.) Perhe mielletään yksityisenä, pysyvänä alueena kuten kotina. Suurimmat muutokset yhteiskunnan taholta katsotaan kohdistuvan ”heteroseksuaaliseen ydinperheeseen”. Tilastollisesti se näyttäytyy suosituimpana perhemuotona. Nyky-yhteiskunnassa perheellä mielletään ydinperhettä laajempia ihmissuhdetasoja: ”miesten ja naisten vetämät yksinhuoltajaperheet, samaa sukupuolta olevien kumppanien ja lasten perheet, lapsuuden perheet ja eläkeläisperheet eroavat rakenteeltaan ja elämänvaiheeltaan”. Myös ulkoisesti samankaltaiset perheryhmät eroavat sisällöltään toisistaan. Perhe-käsitteen sisältö vaihtelee myös eri yhteiskuntien välillä. (Aukia 2009, 25; Forsberg 2003, 9–11.)

Suomen lain mukaan yhtenäistä määritelmää perhe-käsitteelle ei löydy. Aviopuolisoihin ja asuinkumppaneihin kohdistuvaa lainsäädäntöä löytyy. Samoin henkilöiden välisen suhteen määrittelyyn, perheeseen kuulumisen tai yhteisen kotitalouden määrittelyyn on säädetty la-

keja. Lainsäädännön perusteella perhesuhteita tarkastellaan elatuksen, hoivan tai emotionaalisen turvan kautta huomioiden talousnäkökulmat ja eturistiriidat. Varsinainen perhelainsäädäntö keskittyy yksilöiden oikeuksiin ja velvollisuuksiin sekä avioliiton solmimisen ja purkamisen edellytyksiin. Lainsäädännön näkemys perhesuhteisiin näyttäytyy yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien huomioimisena painottuen sosiaalisten etuuksien käsittelyyn. (Barrett & McIntosh 1982, 7; Åstedt-Kurki ym. 2006, 12.)

Lainsäädännön kehitykseen ovat vaikuttaneet perhekäsitysten muutokset yhteiskunnassamme. Perhe- ja läheissuhteita on määritelty esimerkiksi avioliittolaissa (234/1929), perintökaarisäännöksissä (40/1965) ja nimilaissa (694/1985). (Barrett & McIntosh 1982, 7; Karjula 2009, 15–30, 200–204; Sutinen 2005, 6–8.) Neutraliteettiperiaatteen mukaisesti yhdessä kumppanin kanssa voi sopia haluamallaan tavalla keskinäisen suhteen. Sen voi rekisteröidä halutesaan. Lainsäädännössä perhesuhteen katsotaan liittyvän elatukseen, talouden ja etujen jakamiseen sekä hoivaan ja emotionaaliseen tukeen. Perhesuhteita määrittelee myös perhelainsäädäntö, sen sisältönä on suhteen muodostamiseen ja purkamiseen kuuluvat seikat, sekä julkisoikeudellinen lainsäädäntö, joka määrittelee yksilön oikeudet ja velvollisuudet. (Barrett & McIntosh 1982, 7; Sutinen 2005, 6–8.) Parisuhdelaki mahdollistaa myös samaa sukupuolta olevien henkilöiden parisuhteen rekisteröinnin (Jämsä 2008, 26–32; Karjula 2009, 15–30, 200–204; Kontula 2004, 11–13; Åstedt-Kurki ym. 2006, 12). Jämsän (2003,59) mukaan sateenkaariperheillä tarkoitetaan seksuaalisiin vähemmistöihin kuuluvien ihmisten lapsiperheitä, johon saattaa kuulua myös adoptiolapsia. Myös sateenkaariperheiden joukossa voi olla ydin- ja uusperheitä sekä yhden vanhemman perheitä. Erityistä Suomen laissa on, että lapsen huoltajana voi olla vain kaksi vanhempaa ns. lähivanhemmat. (Jämsä 2008,26–30, 36–42.)

3.2 Perhe saattohoitotyössä

Saattohoitotyössä korostuu kokonaisvaltainen välittäminen ja kokemukselliseen hoitotyöhön perustuva yksilöllinen toteutus (Lepola, Aho & Louet 2001, 1–10; Lipponen 2006, 24–210). Pelkonen ja Hakulinen (2002, 202–212) painottavat perheen itsemääräämisoikeuden huomioimista ja perheen omien voimavarojen tukemista ja vahvistamista hoidon keskeisenä tavoitteena. Potilasta ja hänen perhettään ohjataan huomioimaan omat voimavaransa (Lipponen 2006, 24–210).

Hoitotyössä pyritään tukemaan perhettä kriisitilanteessa mahdollisimman ajoissa (Yesilova 2009,115–127). Siksi saattohoitotyössä huomioidaan sekä potilas että hänen perheensä (Hänninen 1998, 12; Leino-Kilpi ym. 2000, 42–43; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 320; Åstedt-Kurki ym. 2006, 13). On erityisen tärkeää tunnistaa potilaan läheiset ja omaiset (Leino-Kilpi ym. 2000, 42–43; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 320; Åstedt-Kurki ym.

2006, 13), koska sairaus ei erota potilasta perheestään (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 28–35). Perheen jäsenten tunteiden selvittely ja vaikean sairauden ja kuoleamisen kohtaamisen tuomat pelot ja kysymykset ovat haasteita hoitohenkilökunnalle. Saattohoidon lähtökohta on turvallisuuden tunteen ylläpitäminen. (Hänninen 1998, 12; Lipponen 2006, 150–158; Paavilainen ym. 2001, 17–21.)

Kuolema on suuri muutos, johon jokainen reagoi ja suhtautuu eri tavalla. Henkilöillä ja perheyhteisöillä on omat tapansa suhtautua omaisen sairastumiseen ja kuolemaan. Hänninen (1998, 12) painottaa, että saattohoidon tarkoitus on tukea omaisia ja perhettä käsittelemään kuolemaan liittyviä tunteita. Kuolemaan valmistautuminen tarkoittaa hyvästien jättämistä (Leino-Kilpi 2008). Keskustelu elämän ja kuoleman kysymyksistä sekä ajasta ennen sairastumista on tärkeää perheen kannalta (Åstedt-Kurki ym. 2008, 130–133).

Omaisten ja hoitohenkilökunnan näkemykset ”hyvästä kuolemasta” poikkeavat toisistaan. Myöhäismodernissa maailmassa omaiset kokevat kuoleman vain harvojen läheisten kautta. Kuoleman kohtaaminen on muuttunut yhteiskuntamme muutosten mukana. Uskonto ja traditiot ovat saaneet väistyä tieteellisen tiedon astuessa tilalle. (Miettinen 2007, 141–148.)

Miettisen (2007, 141–148) mukaan omaiset eivät välttämättä tienneet tai ymmärtäneet hoitohenkilökunnan toimintatapoja ja -tekoja. Tämä aiheutti ristiriitoja saattohoitoa toteutettaessa. He kävivät läpi myös potilaan kuoleman eri tasoja: eksistentiaalinen, sosiaalinen ja fyysinen kuoleminen. Omaisilla ei välttämättä ollut keinoja kohdata kuolemaa tiedonpuutteen vuoksi. Kuolema mielletään vanhenemiseen ja fyysiseen rappeutumiseen ja tuo esille turvatomuuden ja eristäytyneisyyden tunteita.

Saattohoito päättyy potilaan kuolemaan, (Hänninen 1998, 7–11; Leino-Kilpi 2008, 308–320) mutta perhettä tuetaan ja ohjataan myös tämän jälkeen (Hänninen 1998, 7–11, 43). Kuolemaan pystytään valmistautumaan (Leino-Kilpi 2008, 308–320). Kuoleman hetki pyritään luomaan mahdollisimman turvalliseksi ja oireettomaksi. (Hänninen 1998, 7–11, 43). Osastoilta ohjataan perheitä ja omaisia toimimaan hautajaisvalmisteluissa. Kuollutta henkilöä tulee käsitellä kunnioittavasti. Sairaaloissa on vainajan käsittelyyn liittyviä ohjeita, joissa käydään läpi vainajan käsittely, kuljetukset ja ohjeistukset perheelle kuolemantapauksen jälkeen. Lisäksi muistutetaan niistä toiveista, joita saattohoitopotilas on esittänyt hoitoneuvotteluissa. (Eho ym. 2003.) Osastoilla pyritään vastaamaan myös niihin tunteisiin ja kysymyksiin, joita omaisille herää viikkoja potilaan kuoleman jälkeen. Omaisille annetaan tällaista yhteydenottoa varten osaston yhteystiedot ja tarvittaessa järjestetään keskustelutilaisuus esille nousevista kysymyksistä. (Hänninen 1998, 7–11, 43.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa yksityiskohtaista tietoa saattohoidon nykykäytännöistä. Lisäksi tarkoituksena on tutkimuksesta saadun tiedon avulla kehittää saattohoitoa sairaalan vuodeosastoilla sekä herättää keskustelua saattohoidon sisällöstä ja hoitokäytännöistä. Tämä opinnäytetyö tuottaa tietoa Palliatiivinen hoito Hyvinkään sairaalassa -projektille. Projektin eräänä tavoitteena on luoda yhdenmukaisia käytänteitä saattohoitoon Hyvinkään sairaalan vuodeosastoilla. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tutkia saattohoidon toteutumista sairaalan vuodeosaston toimintaympäristössä sekä tuottaa tietoa ja arvioida, miten saattohoitotyö toteutuu.

Tutkimuskysymykset ovat:

1 Millaista hoitoa potilaat saavat elämän loppuvaiheessa vuodeosastolla?

2 Mitä hoitolinjauksia potilailla oli elämän loppuvaiheessa?

3 Miten hoitohenkilökunta toteuttaa saattohoitotyötä osastolla?

5 Menetelmälliset ratkaisut

5.1 Arviointitutkimus

Opinnäytetyö toteutetaan arviointitutkimuksena. Arviointitutkimuksen voi toteuttaa virallisia asiakirjoja havainnoimalla. Arvioijan toimintatapa on silloin löytää vastauksia tutkimusjoukosta esitettyihin arviointikysymyksiin. Tutkimussuunnitelman keskeinen osa on arviointikysymykset, joilla määritetään mitä arvioidaan. Teorialla etsitään arviointikysymysten taustajatuksia. Kysymysasettelun perusteella valitaan tutkimusmenetelmä ja mietitään aineiston hankintastrategiaa. Keskeinen arviointikysymys saattaa olla, vastaako palvelu vaatimuksia ja tarpeita ja täyttääkö arvioitavana oleva ilmiö asetetut kriteerit. Prosessiarvioinnissa keskitytään tarkastelemaan, miten käytännöt toimivat tai miten kohderyhmän tarpeisiin vastataan. Tärkeää on tuottaa tietoa siitä, miten prosessia voitaisiin parantaa. Toiminnassa olevan projektin arviointi keskittyy itse prosessin tarkasteluun. (Robson 2001, 25, 29, 76–81, 122–125.)

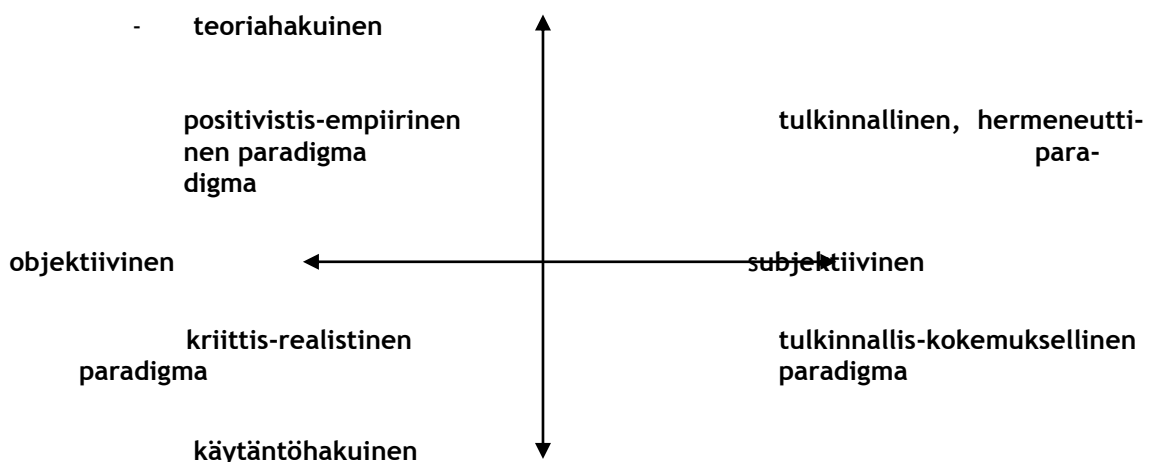
Hoitotyön vaikuttavuudella tarkoitetaan niitä terveydellisiä muutoksia, joita voidaan saada aikaan hoitotyönmenetelmin potilaalle ja hänen omaisilleen. Hoitotyön menetelmiä ovat mm.

ohjaus, neuvonta ja hoitotoimenpiteet. Hoitotyön vaikuttavuuden arvioimiseen käytetään realistista arviointitutkimusta. Realistisessa arviointitutkimuksessa yhdistyvät sekä arviointi- ja kehittämisprosessin tieteellinen että käytännöllinen arviointi. Aluksi kerätään teoreettinen jo olemassa oleva tieto hoitotyön menetelmästä ja tuloksista. Tämän jälkeen avataan menetelmä kirjoittamalla ja arvioidaan sitä. Olemassa olevaa toimintaa pyritään kehittämään kootun ja arvioidun tiedon kautta. Arvioinnin kautta perustellaan myös uudet toimintamallit. Realistinen arviointi liittyy tuotetun tiedon kontekstiin. Tavoitteena ei ole tuottaa ”yleispätevää mallia”. (Eriksson ym. 2008, 121–124.)

Paradigmalla tarkoitetaan tutkimusta ohjaava näkemystä: miten tutkimuksen todellisuus eli ontologia näyttäytyy. Epistemologinen näkemys puolestaan kertoo arvojen ja tutkimuksen suhteesta sekä argumentoi tutkimusmenetelmien luotettavuutta. Tutkimuksessa käytettyä menetelmää kutsutaan metodologiaksi. Näitä pidetään tieteenfilosofisina näkemyksinä, joiden katsotaan ohjaavan tutkimustyötä. Tutkimuksen menetelmät ja perustelut tieteenfilosofisille valinnoille esitetään tutkimusraportissa. (Anttila 2007, 23; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 120–121; Kankkuri-Knuuttilan & Heinlahti 2006, 131–133.)

Tutkimusraportoinnissa tulee esittää tutkimusprosessin eteneminen. Pelkkä tulos ei riitä. Tiedontuotannon metodologisena haasteena tulee olla olemassa olevaan tietoon ja valmistuneisiin projekteihin pohjautuva ”reflektiivinen kehittäminen”, joka korostaa tieteellisen tiedon ja hyvien käytänteiden yhdistämistä toimivaksi lopputulokseksi. (Toikko & Rantanen 2009, 173–174.)

Jatkotarkastelu voi edetä seuraavan kuvan mukaisesti:



Kuva 1: Kehittämishankkeen tutkimuksellisuus (Anttila 2007,23)

Arviointitutkimuksissa on mahdollista soveltaa erilaisia metodeja riippuen siitä, mikä on tutkijan ja tutkittavan ilmiön suhde ja miten tietoa tutkittavasta kohteesta hankitaan. Positivismissä paradigmassa (kuva 1) tutkimustulokset saadaan mittaamalla, kyselyllä tai havainnoidulla. Analyysimenetelmä on määrällinen. Tutkimusote on silloin kvantitatiivinen. Arvioinnissa pyritään löytämään ”oikean tai parhaimman ominaisuus tai piirre”. Tutkija asettuu kohteen ulkopuolelle. Tuotettu tieto on objektiivista. (Anttila 2007, 23–24.) Arvioinnin kautta perustellaan uudet toimintamallit. Realistinen arviointi liittyy tuotetun tiedon kontekstiin. Tavoitteena ei ole tuottaa ”yleispätevää mallia”. (Eriksson ym. 2008, 121–124.)

Tulkinnallisen eli hermeneuttisen paradigman kiinnostuksen kohteena on kehityshankkeessa mukana olevien tutkittavalle ilmiölle antamat tulkinnat ja merkitykset. Toteutusmenetelminä ovat esimerkiksi haastattelut, joita tarkastellaan sisällönanalyysin, narratiivisin tai etnometodologisin menetelmin eli tutkimustulokset saavutetaan tulkitsemalla käsityksiä, mielipiteitä tai tekstejä. Tutkimusote on kvalitatiivinen. (Anttila 2007, 23–24.) Hermeneuttinen tutkimus etenee prosessimaisesti teoreettisen tiedonkartoituksen kautta ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen, jolloin tutkittavaan kohteeseen saadaan syvällisempi näkemys. (Krause & Kiikkala 1996, 80–83.)

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä osuudessa käytetään positiivista paradigmaa. Positiivinen paradigman tutkimustulokset saavutetaan mittaamalla. Arviointi kohdistuu parhaimpien ominaisuuksien hakemiseen tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa osuudessa käytetään hermeneuttista paradigmaa, jolloin tutkimustulokset saavutetaan tulkitsemalla käsityksiä tai mielipiteitä.

5.2 Määrällinen lähestymistapa

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen aineistona voi olla viralliset dokumentit kuten potilasasiakirjat. Havainnointia eli observointia pidetään tieteiden yhteisenä ja perusmenetelmänä. Havainnoinnin etuna on välittömän tiedon saantia organisaation, ryhmien ja yksilöiden toiminnasta. Se kertoo tosi tietoa todellisesta maailmasta. Havainnointia menetelmänä on kritisoitu sen objektiivisuudesta. Joissain tapauksissa tutkija vaikuttaa tilanteeseen tai ryhmään, mikä vaikuttaa hänen tiedon keräämisen laatuun. Havainnoinnilla luodaan monipuolista aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2005, 202–208.)

Määrällinen tutkimus voi olla selittävä, kartoittava, ennustava tai kuvaileva. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu syyn ja seurauksen lait. Tutkimusjoukko tulee asettaa taulukkomuotoon, joista jatkokäsittely suoritetaan tilastollisesti. Tutkimuksen tavoitteena ja pyrkimyksenä on teoreettisen tiedon tuottaminen. (Vilkka 2005, 53–55.)

Systemaattiseen havainnointiin soveltuu mikä tahansa laadullinen aineisto (esimerkiksi arkistomateriaalit ja julkaistut tekstit). Erityisesti sähköisessä muodossa olevan materiaalin käsittelyyn menetelmä soveltuu hyvin. Systemaattinen havainnointi toteutetaan strukturoidusti teoriaan pohjautuvan suunnitelman mukaisesti ja sillä voidaan selittää, kuvata, kartoittaa ja vertailla ilmiöitä. Havainnot tehdään ennalta suunniteltuun lomakkeeseen, jonka avulla informaatio voidaan muokata mitattaviksi yksiköiksi. (Vilkka 2007, 29–30.)

5.3 Laadullinen lähestymistapa

Tässä opinnäytetyössä tutkittavana ilmiönä on saattohoidon toteutuminen vuodeosastolla. Pelkonen ja Hakulinen (2002, 202–212) painottavat hoitotyöntekijöiden merkittävää osuutta perheen ja potilaan voimavarojen vahvistajana saattohoitoa toteutettaessa. Laadullinen lähestymistapa on perusteltua kun tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa, tai tutkittavasta ilmiöstä on tietoa vain vähän. Laadullinen menetelmä on suositeltavaa myös silloin, kun etsitään tutkittuun ilmiöön uutta näkökulmaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–61; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152–154.) Laadullisella tutkimusotteella etsitään myös samankaltaisuuksia tai erilaisia tapoja toimia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–61).

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän erityispiirteenä pidetään merkitysten kartoittamista ihmisten välisten ja sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden prosessissa. Merkityskokonaisuudet näkyvät henkilöiden toimintana, ajatuksina ja päämäärinä. Tavoitteena on kuvata tärkeiksi koettuja tapahtumaketjuja, kuten miten elämän kulku koetaan ja nähdään. Tutkijan on tehtävä päätös mitä merkityksiä tutkimuksessa tulkitaan. Tutkimuksen tavoitteena on tutkimusprosessin aikana muodostuneiden tulkintojen avulla esittää piilossa olevia arvoja, asenteita ja toimintoja ja kirjoittaa ne näkyväksi. Tutkimuksessa on huomioitava konteksti, eli millaiseen ympäristöön, ammatillisiin kehyksiin, kulttuurisiin tai sosiaalisiin ympäristöihin tutkittava ilmiö liittyy. Tutkimuksen intentio tuodaan esille tarkkailemalla, millaisia motiiveja liittyy tutkittavan toimintaan ja ilmaisuun. (Vilkka 2005, 97–100.)

Casen-tapauksen avulla arvioidaan ajankohtaisia, nykyhetken tapahtumia. Arviointi kohdistuu enemmän selitykseen kuin tulkintaan, ja voidaan toteuttaa etsimällä tietoa empiirisistä henkilöiden tiedoista. Case-tapaus tuottaa tietoa olemassa olevasta käytänteistä ja sopii erityisesti ammatillisten asiantuntijoiden teorian ja käytännön ymmärtämiseen ja kehittämiseen. (Yin 1994, 17–23.)

Anttila (2007, 119–137) mukaan case-tapaus lähestyy tutkittavaa aihetta arkielämän ympäristössä. Se voi sisältää sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen paradigmoja. Laadullinen tutkimus tuo tietoa ”miksi jokin asia tapahtuu ja mikä johtaa erilaisiin ratkaisuihin. Case pureutuu tutkittavaan ilmiöön tuoden esille mm. taustatekijöitä, ympäristötekijöitä ja päätöksiin vaikuttavia asenteita ja normeja, joiden avulla pyritään luomaan ilmiöstä mahdollisimman tarkka kuvaus. Tavoitteena on mahdollisimman monipuolinen näkemys käsiteltävään aiheeseen. Tällöin korostetaan erityisesti aineiston monimuotoisuutta. Luotettavuuden katsotaan olevan suhteellisen hyvä. Tulosten yleistettävyyttä katsotaan rajoittavan päätelmien mahdollinen subjektiivisuus. Laadullisena tutkimuksena case-tapaus katsotaan sopivan monille tieteenaloille. Tutkimukset katsotaan olevan ainutkertaisia ja niitä tulkitaan niiden omassa ympäristössä ja ajassa. (Rintamäki 2009, 20–27.)

Aineistoa käsitellään tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysin mukaisesti. Anttilan (2007, 120–123) mukaan sisällönanalyysi aineisto kuvataan eri luokkien ja kategorioiden kautta ja tuotetaan näin kuvaus ilmiön sisällöstä. Sisällönanalyysissä huomioidaan vastauksissa ilmeneviä esiintymistiheyksiä.

Case-tapauksen avulla pyritään hakemaan tietoa nykyisistä tapahtumista tietyssä kontekstissa eli ympäristössä (Yin 1987, 23). Sen avulla tuotetaan laaja ja monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä (Anttila 2006, 285–291). Tässä case-tapauksessa tutkittavana ilmiönä oli saattohoitotyön toteutus. Tarkoituksena on kuvata arkielämän tapauksen kautta saattohoitotyötä osastolla.

6 Aineiston kuvaus, hankintamenetelmät ja analyysit

6.1 Asiakirja-aineiston kuvaus, hankintamenetelmät ja analyysi

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin Hyvinkään sairaalan kolmella osastolla 1.6–31.12.2009 välisenä aikana kuolleiden potilaiden paperisia ja sähköisessä muodossa olevia potilasasiakirjoja. Yhden potilaan paperit olivat oikeuslääketieteellisellä laitoksella ja kahdet eivät löytäneet arkistosta. Tutkimusotokseksi saatiin 110 potilastapausta.

Otantaan kuuluvia arkistoituja potilaspapereita ja Miranda-potilasohjelmaa tarkasteltiin erillisen tietojenkeruulomakkeen avulla. Tiedonkeruulomakkeen (liite 1) laatimisessa hyödynnettiin Käypä hoito -ohjeistusta kuolevan potilaan oireiden hoidosta (Hänninen & Riikonen 2008). Lomake koostettiin palliatiivinen hoito Hyvinkään sairaalassa -projektin projektipäällikön osastoylilääkäri Lehdon kanssa.

Tiedonkeruulomakkeessa kodat 1–9 olivat kartoitettavia taustatietoja. Näitä olivat ikä, sukupuoli, hoitopaikka, hoitojakson pituus, aikaisemmat hoitokerrat ja kuolinsyy. Kysymykset 10–13 mittasivat saattohoidon linjauksien toteutumista. Kohdat 14–21 mittasivat kivunhoidon toteutumista ja kuolevan potilaan tilan etenemisen huomiointia. Kohdat 23 ja 24 mittasivat toimenpiteiden osuutta potilaan hoidossa hänen viimeisinä elinpäivinä ja kohta 25 muun kuin lääketieteellisen hoidon toteutumista.

Kysymyksiä käsiteltäessä lomakkeet numeroitiin ja henkilötunnisteet jätettiin pois, niin ettei ketään tutkimuksen edetessä voida yksilöidä ja tunnistaa.

Aineisto analysoitiin SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences) tilastollisella -menetelmällä. Kyselyn tietojen koodaamista varten tehtiin matriisi SPSS- ohjelman avulla. Tämä sisälsi kaikki lomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot. Aineisto kvalifikointi eli mitallistaminen tarkoittaa aineiston siirtämistä mitattavaan muotoon eli muuttujiksi (Vilkkä 2007, 117–129). Muuttujia koskevat havainnot siirrettiin havaintomatriisiin.

6.2 Laadullisen aineiston kuvaus, hankintamenetelmät ja analyysit

6.2.1 Laadullisen aineiston kuvaus ja hankintamenetelmät

Case-tapaus perustuu hoitajien hoitotyön arjessa kohtaamiin elementteihin. Tapauksen sisältö perustuu opinnäytetyön tekijän kokemukseen siitä, miten potilaita siirtyy sairaalan vuodeosastolle.

Case-tapaus oli arkinen tilanne sairaalan vuodeosastolla. Ohjaavia kysymyksiä case-tapaukseen laadittiin kuusi. Nämä perustuivat sekä opinnäytetyön teorian tietoon saattohoidosta ja perheestä käsitteenä. Erityisesti haluttiin tuoda esille hoitajien näkemyksiä saattohoitotyön sisällöstä ja käytännön toteutuksesta eräällä vuodeosastolla. Hoitotyössä omaisten tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 320; Leino-Kilpi ym. 2000, 42–43; Åstedt - Kurki ym. 2006, 13), joten kysymyksissä kartoitettiin myös hoitajien näkemystä perhe-käsityksestä (Liite 2).

Case-tapaus lähetettiin sähköpostin kautta kahdelletoista hoitajalle eräällä osastolla. Hoitajiin kuului sekä sairaanhoitajia että lähi- ja perushoitajia. Tässä ei kysytty vastaajien taustatietoja, koska pyrittiin minimoimaan vastaajien tunnistaminen. Vastauksia haettiin kahdella eri kyselykerralla. Vastauksia saapui kahdeksan.

6.2.2 Laadullisen aineiston analyysi

Vastauksia käsiteltiin tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysin mukaisesti. Päädyin sisällönanalyysiin, koska se mahdollistaa aineiston systemaattisen ja objektiivisen tarkastelun. Sisällönanalyysiprosessi alkaa aineistoon tutustumisella. (Kyngäs & Vanhanen 1999,3–5; Vilka 2005, 140.)

Analyysin toteuttamiseksi ei ole yksityiskohtaisia sääntöjä. Aineistoa voidaan luokitella kahdella tavalla: Induktiivisesti eli aineistosta lähtien tai deduktiivisesti eli aikaisempaa käsitysjärjestelmää käyttäen. (Kyngäs & Vanhanen 1999,3–5.) Sen jälkeen aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja koodataan. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimusongelman kannalta epäolennaisen tiedon karsimista tutkimusaineistosta. Ryhmittelyssä analyysiyksiköinä on tavallisimmin sana, lause tai sanayhdistelmä (Kyngäs & Vanhanen 1999,3–5; Vilka 2005, 140.)

Aineiston käsittelyssä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Aloitin analyysin tekemisen vastausten pelkistämällä. Analyysiyksiköt olivat lauseita tai yksittäisiä sanoja. Ryhmittelyn jälkeen pelkistin aineistoa, yhdistin samaa tarkoittavat ilmaukset kategoriaan ja annoin kategorialle sisältöä kuvaavan nimen.

Seuraavassa taulukossa (taulukko 1) kuvaan, millä tavalla muodostin aineiston analyysin avulla alkuperäisistä ilmauksista ensin pelkistettyjä ilmauksia, jotka ryhmittelin alakategorioihin.

Taulukko 1: Esimerkki eräiden alaluokkien muodostamisesta Sovittu hoito - yhdistävässä kategoriassa.

| ALKUPERÄISIÄ ILMAUKSIA | PELKISTETTY ILMAUK- SET | RYHMITTELY/ ALAKATEGORIA |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| ...selvitetty yh- | hoitolinjaus selvitet- | |

| | | |
|---|--------------------------|---------------|
| teisesti potilaan ja omaisten kanssa saattohoidon aloittamisesta... | ty yhteisesti | sovittu hoito |
| ..Lailalle ja perheelle on selvitetty mikä tilanne on.... | Lailan kanssa selvitetty | |

Jatkoin analyysiä yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat toisiinsa. Näistä muodostui yläkategorioita. Kyngäs & Vanhanen (1999, 5) mukaan aineistoa tulee abstrahoida yhdistämällä yläkategorioita niin kauan, että syntyy yhdistävä kategoria. Taulukko 2 (taulukko 2) kuvaa miten muodostin aineiston analyysin avulla alakategorioista yläkategorioita ja yhdistävän kategorian.

Taulukko 2: Ala-, ylä- ja yhdistävä kategoriat

| PELKISTETYT ILMAUKSET | ALAKATEGORIA | YLÄKATEGORIA | YHDISTÄVÄ KATEGORIA |
|---|-----------------|--------------|---------------------|
| hoitolinjaus selvitetty yhteisesti Lailan kanssa selvitetty siirto yhden hengen huoneeseen | sovittu hoito | tiedotus | saattohoitolinjaus |
| Laila tietää+ perhe tietää | tieto oma toive | | |
| Lailan toiveita kunnioitettava | | | |

| | | | |
|--|-------------------------|----------------|--|
| Kun lääketieteellisin keinoin ei ole enää mitään tehtävissä ja kaikki mahdollinen on kokeiltu. Lailan yleistila on silloin huomattavasti huonontunut kun lääkäri antaa luvan/tekee saattohoitopäätöksen | lääketieteellinen arvio | potilaan kunto | |
|--|-------------------------|----------------|--|

7 Tulokset

7.1 Potilaiden hoito vuodeosastolla

7.1.1 Taustatiedot

Aluksi tarkasteltiin potilaiden taustatietoja, sairaalaan tulosyytä ja hoitolinjauksia. Tutkimusjoukkoon kuuluvien potilaiden ikä vaihteli 31:sta vuodesta 92 vuoteen. Keskiarvoksi saatiin 73,9 vuotta ja keskihajonta oli 11,8 %. Miehiä oli 68 ja Naisia 42.

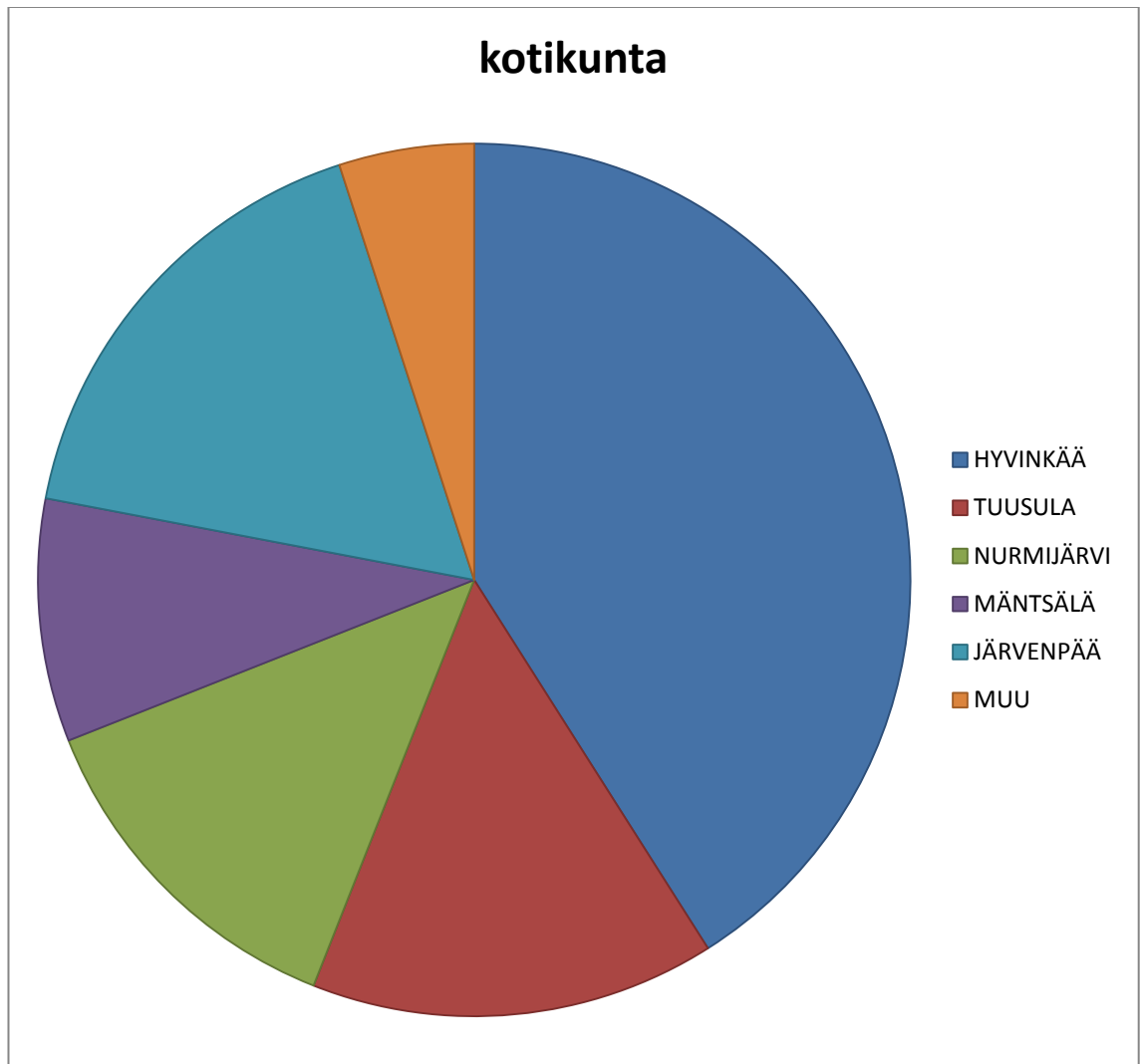
Suurin osa potilaista (72 %) hoidettiin sisätauti-, keuhko- ja neurologisella osastolla. Jako perustuu potilasasiakirjoissa mainittuun osastoon, jolla henkilö oli kirjattuna kuollessaan (taulukko 3). Potilaiden hoitoaika vaihteli 1–76 vuorokauden välillä. Syöpä oli yllättävän yleinen peruskuolinsyy (32 potilasta).

Taulukko 3: Potilaiden hoito-osastot ja peruskuolinsyy

| N=110 | |
|-------------------------|-----------|
| Osasto | |
| Kirurgia | 31 (28 %) |
| Sisätaudit | 58 (53 %) |
| Keuhko | 21 (19 %) |
| Peruskuolinsyy | |
| verenkiertoel.sairaudet | 38 (41 %) |

| | |
|------------------------------|------------------|
| syöpä | 32 (29 %) |
| GL sairaudet | 12 (11 %) |
| hengitysel. sairaudet | 10 (9 %) |
| Muut | 18 (10 %) |

Potilaiden saapuminen osastohoitoon noudatteli sairaanhoitoalueen kuntien asukasmäärää. Suurimmasta kaupungista Hyvinkäältä oli yli 40 % potilaista (kuva 3).



Kuva 2: Potilaiden kotikunta

Taulukossa 4 on esitetty potilaiden hoitoon hakeutumisen syyt. Yleistilan lasku oli yleisin tulosyy (kolmanneksella potilaista). Toisaalta vain 1 % menehtyneistä tuli leikkaukseen.

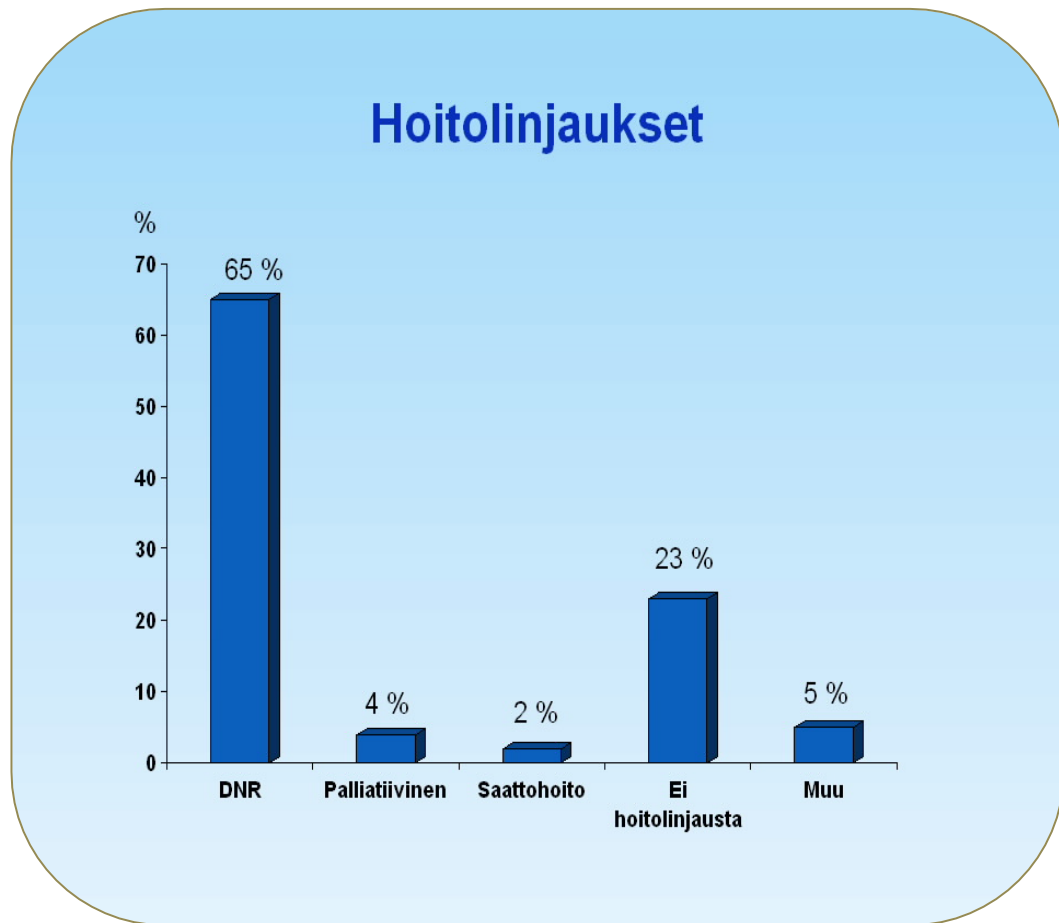
Taulukko 4: Potilaiden hoitoon hakeutumisen syy

| |
|--|
| |
| |

| N=110 | |
|------------------|-------------|
| YLEISTILAN LASKU | 37 (33 %) |
| KIPU | 32 (29 %) |
| ASKITES | 3 (3 %) |
| HENGENAHDISTUS | 20 (18 %) |
| KUUME | 10 (9 %) |
| TAJUTON | 4 (4 %) |
| SAIRAALASIIRTO | 2 (2 %) |
| LEIKKAUS | 1 (1 %) |
| EI TULOSYYTÄ | 1 (1 %) |
| YHTEENSÄ | 110 (100 %) |

7.1.2 Hoitolinjaukset

Suhteellisen suurelle osalle potilaista oli tehty DNR-hoitolinjaus (65 %), mutta erittäin merkittävää oli, että varsinainen saattohoitopäätös oli tehty vain kahdelle potilaalle (2 %) (kuva 4).



Kuva 3

Hoitolinjauksien kirjaamisessa oli merkittävää, että 23 % potilaista ei ollut kirjattua hoitolinjausta lainkaan. Taulukossa 5 mainittuja muita kirjaamispaikkoja olivat mm. ensiavun lähteet. Erikoislääkärit tekivät pääsääntöisesti hoitolinjaukset (taulukko 6), mutta vain 37 % tapauksista hoitolinjauksesta oli keskusteltu potilaan tai omaisen kanssa (kuva 5).

Taulukko 5: Hoitolinjauksien kirjaus

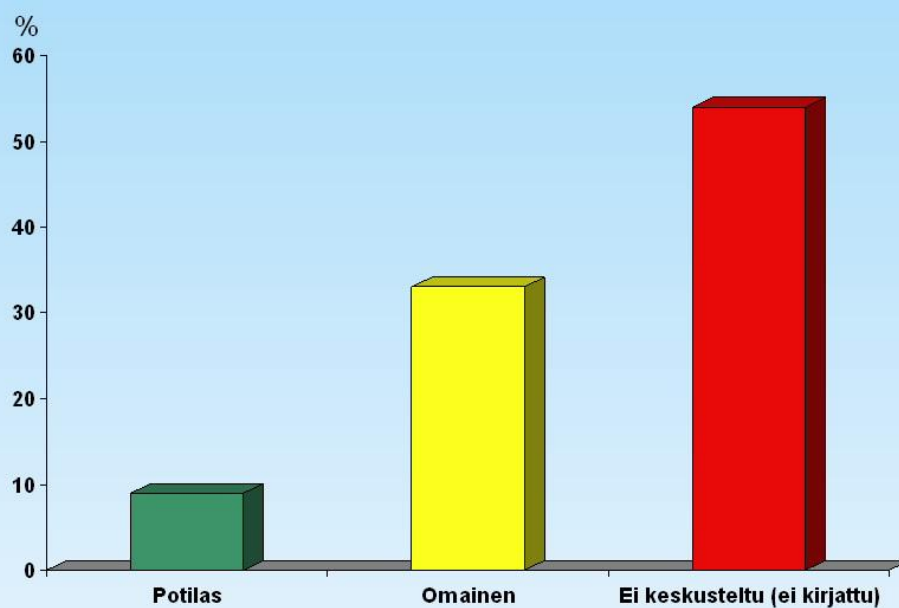
| | N=110 | |
|--|-----------|----|
| HOITOKIRJAUSTA EI OLLUT KIRJATTU OLLENKAAN | 25 (23 %) | 25 |
| SAIRAUSKERTOMUKSEEN MIRANDA | 49 (45 %) | 49 |
| HOITOLEHDILLE | 33 (30 %) | 33 |

| | | |
|---------|---------|---|
| | 3 (2 %) | 3 |
| MUUALLE | | |

Taulukko 6: Hoitolinjauksen tekijä

| N=110 | |
|--|-----------|
| HOITOLINJAUSTA EI OLLUT | 25 (23 %) |
| POTILASTA AIEMMIN HOITANUT LÄÄKÄRI | 13 (12 %) |
| SAIRAALALÄÄKÄRI | 19 (17 %) |
| SAIRAALALÄÄKÄRI KONSULTOIDEN ERIKOISLÄÄKÄRIÄ | 9 (8 %) |
| ERIKOISLÄÄKÄRI | 31 (28 %) |
| HOITOKIRJAUKSEN TEKIJÄÄ EI OLLUT KIRJATTU | 11 (10 %) |

Kenen kanssa hoitolinjauksesta puhuttiin ?



Kuva 4

7.1.3 Potilaiden oireet ja kivunhoito

Viiden viimeisen elinvuorokauden aikana potilailla kirjattiin esiintyvän lukuisia erilaisia oireita (taulukko 7). Taulukossa 7 mainittuja ” muita oireita” olivat mm. sydämen korkea syke, turvotukset ja sokeritasapainon muutokset.

Taulukko 7: Potilaiden oireiden kirjauksia elämän viitenä viimeisenä vuorokautena

| KIRJAUS | | |
|---------------------|-----------|------------|
| OIREET | MIRANDA | HOITOLEHTI |
| KIPU | 24 % (26) | 31 % (34) |
| VÄSYMYS | 10 % (11) | 25 % (28) |
| HENGENAHDISTUS | 19 % (21) | 37 % (41) |
| YSKÄ | 3 % (3) | 6 % (7) |
| PAHOINVOINTI | 2 % (2) | 8 % (9) |
| SEKAVUUS | 7 % (8) | 12 % (13) |
| PSYKKINEN/ HENKINEN | 1 % (1) | 11 % (12) |
| OIRE | | |
| UMMETUS | 3 % (3) | 10 % (11) |
| MUU OIRE | 6 % (7) | 27 % (30) |

Kivunhoitoa pidettiin kirjausten mukaan tärkeänä saattohoitopotilaille. Säännöllinen kipulääke oli käytössä 52 (46 %) potilaalla kolmen viimeisen ja 78 (70 %) potilaalla viimeisen elinvuo-

rokauden aikana. Kymmenellä potilaalla (9 %) potilasasiakirjoista ei löytynyt merkintää kipulääkkeiden käytöstä.

Kaikkiaan oirelääkitystä sai 75 % potilaista viimeisen viiden elinvuorokauden aikana. Hengenahdistukseen annettiin opiaatteja 13 % potilaista ja pahoinvointia lääkittiin 8 % potilaista. Sekavuuden hoitoon sai rauhoittavaa lääkettä 7 % potilaista. Muita psyykkisiä/henkisiä oireita hoidettiin rauhoittavalla lääkkeellä 6 % ja morfiinilla 3 % potilaista.

Viimeisenä elinvuorokautena sai 86 % potilaista jotain lääkettä. Näitä olivat mm. antibiootit 47 %, pahoinvointilääkkeet 7 %, hengitystä helpottavat lääkkeet 36 %, rauhoittavat lääkkeet 19 %, sydämen toimintaan vaikuttavat lääkkeet 25 % ja nesteenpoistolääkkeet 38 % potilaista.



Kuva 5

Säännöllisessä kipulääkityksessä korostui Fentanyl - laastareiden käyttö 32 % potilaista. In-fuusiona annettavaa kipulääkitystä sai yhdeksän (8 %) potilasta. Morfiinia suun kautta käytettiin vain yhdellä potilaalla (1 %). Muita säännöllisesti käytettyjä kipulääkkeitä olivat Oxycontin tabletit (5 %), Panadol /perfalgan - lääkitys (4 %), Propofol (2 %).

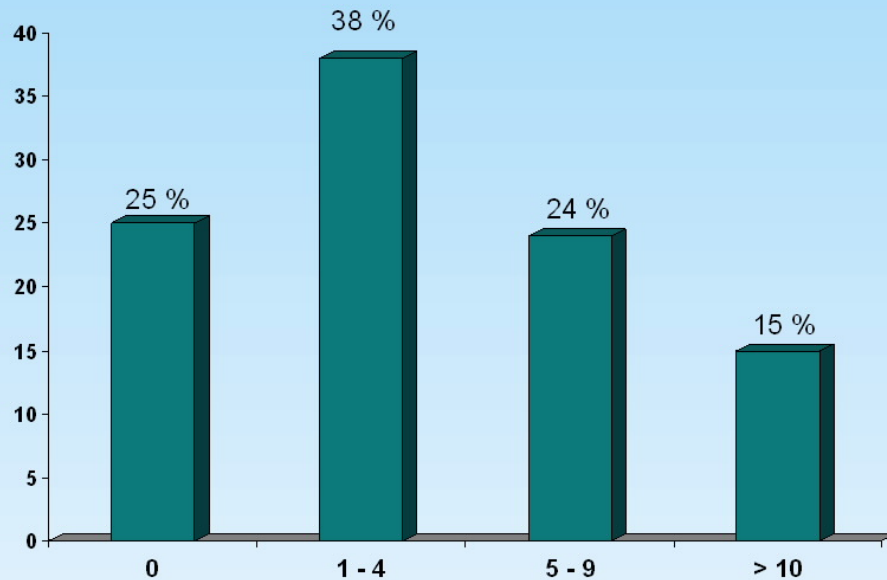
Tarvittaessa käytössä olevat kipulääkkeistä annettiin intramuskulaarisesti (im) jopa 15 % potilaista (taulukko 8). Merkittävää oli myös, että 15 % sai tarvittavia kipulääkeannoksia viimeisen kolmen vuorokauden aikana yli kymmenen kertaa (kuva 7).

Taulukko 8: Tarvittavien kipulääkkeiden määrä potilaan elinajan kolmen viimeisen vuorokauden aikana

| | |
|-----------------------------|-----------|
| EI TARVITTAVAA KIPULÄÄKETTÄ | 6 (5 %) |
| OXANEST/OXYNORM PO | 10 (9 %) |
| OXANEST/OXYNORM IM | 16 (14 %) |
| OXANEST/OXYNORM IV | 24 (21 %) |
| MO PO | 1 (1 %) |
| MO IM | 1 (1 %) |
| MO IV | 46 (41 %) |
| PANADOL/ PERFALGAN | 7 (6 %) |

7.1.4 Tutkimukset ja hoitomenetelmät viimeisten elinpäivien aikana

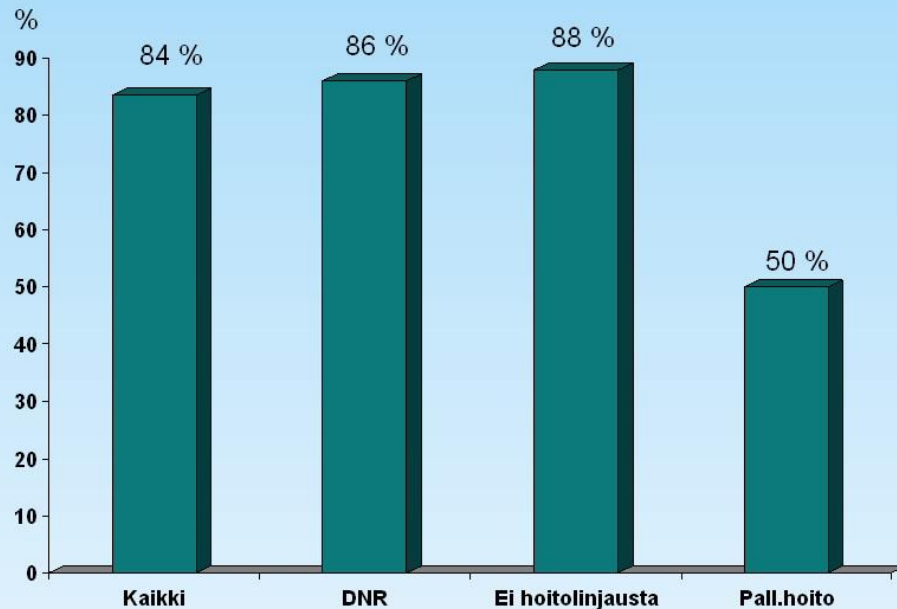
Tarvittavat kipulääkeannokset viimeisen 3 vrk:n aikana



Kuva 6

Viimeisen elinvuorokauden aikana 84 % potilasta otettiin verikokeita. Näitä olivat mm. CRP 72 %, PVK 65 %, nestetasapaino 68 %, EKG 29 %, maksa-arvot 29 % ja INR 20 %. Merkittävää oli myös, että DNR- ja palliatiivisen hoitolinjauksen omaavista potilaista otettiin edellä mainittuja laboratorioskokeita lähes yhtä usein kuin muista potilaista (kuva 8).

Verikokeet viimeisen elinvrk:n aikana



Kuva 7

Kymmeneltä (9 %) potilaalta otettiin keuhkojen röntgenkuva ja kolmelta (3 %) pään tietokone-tomografia viimeisenä elinpäivänä. Merkittävää on että 87 % potilaista ei tehty röntgen kuvantamisia viimeisen päivän aikana.

Henkisen ja eksistentiaalisen tuen tarjoamista kirjattiin vähän (7 % potilaista). Vain 20 (18 %) potilaan omaisista olivat potilaan vierellä potilaan kuollessa. Happea käytettiin melkoisesti hoitomenetelmänä (57 % potilaista) ja hoitajat huomioivat ihon hoidon (kirjattiin 55 %) saattohoitopotilailla.

7.2 Hoitajien näkemykset saattohoitotyön toteuttamisesta

Hoitajien näkemyksistä muodostui yhdistävät kategoriat. Yhdistävät kategoriat jakautuivat yläkategorioihin, jotka tuodaan esille yhdistävien kategorioiden alla. Haastateltavien suoria lainauksia käytetään elävöittämään kuvausta ja varmentamaan tehtyjä tulkintoja. Alkuperäisilmaisujen lopussa on haastateltava ilmaistu lyhenteellä (esim. H1, H2).

Olen poistanut kaikki tunnistetiedot, jotta työntekijöiden anonymiteetti säilyy. Suorista lainauksista mahdollisesti tunnistettavat tiedot on myös poistettu.

7.2.1 Potilaan hoidon toteutuminen tulotilanteessa

Potilaan hoidon toteutumisen tulovaiheeseen muodostui yläkategoriat moniammatillinen hoitotyö, vuodeosasto toimintaympäristönä, perheen ja potilaan tuki. Moniammatillinen hoitotyö piti sisällään hoitolinjauksien tarkistamisen lääkäriltä, perushoidolliset toimenpiteet, kivunhoidon tarpeen kartoitusta.

Vastauksissa korostui tasa-arvoinen suhtautuminen kaikkiin potilaisiin. Tulovaiheen perushoittoon kuului paljon vitaalien tarkkailua ja lääkityksen ajantasaistamista. Kivunhoitoa toteutettiin sekä konsultoimalla lääkäreitä että järjestämällä rauhallinen potilashuone. Tila- ja aika-resurssien riittämättömyys korostui vastauksissa.

...Ea:ssa kipulääke suoneen, lisähappi jos on tarpeet, pahoinvointiin estolääkitys. Osastolla: Nesteytys, kipulääkityksen tarkastus että on riittävä, ravitsemus jos pahoinvointi saadaan kuriin, ellei ravitsemus iv...(H1)

...Hoidan kuin ketä tahansa sairasta ihmistä. Rauhallisesti ja ajan kanssa resurssien sallimissa rajoissa...(H3)

...Ensiksi yritän saada Lailan mahd. rauhalliseen huoneeseen, jos vain mahd. niin yhden hengen...(H2)

Potilaan tuessa hoitajat pitivät tärkeänä arvojen ja maailmankatsomuksen kartoittamisen katsottiin tärkeäksi. Potilaan henkistä hyvinvointia pyrittiin tukemaan järjestämällä mahdollisuus keskusteluun, hänen niin halutessaan. Tärkeä vastauksissa esille tullut asia oli potilaan valintojen kunnioitus ja niiden noudattaminen hoitotyötä toteutettaessa.

...Valintoja tulee kunnioittaa. Yksityisasioihin ei puututa. Vakaumuksen voisi tarkistaa, mihin seurakuntaa/ uskontoon kuuluu ja haluaako sielunhoitoa...(H4)

Perheen tuki piti sisällään omaisten huomioinnin jo tulovaiheessa. Perheen tunnistamisen käsittelen myöhemmin. Omaiset haluttiin mukaan hoitoon tiedottamisen ja ohjauksen kautta. Mahdollisuuksien mukaan pyrittiin järjestämään huoneeseen tilaa omaisia varten.

...Lähimmäisille omaisille tiedon jakaminen tilanteesta, sairaudesta ja hoidon toteutuksesta yhdessä. Toiveiden huomiointi ja kuunteleminen...(H8)

7.2.2 Saattohoitolinjaus

Saattohoitolinjaus muodostui kahdesta yläkategoriasta: tiedotus ja potilaan kunto.

Hoitajien mielestä saattohoitolinjaus puuttui usein potilailta. Vastauksien mukaan hoitolinjaus määritteli selkeästi potilaan hoidon sisällön ja tavoitteet. Vastauksissa ole nähtävissä, että kuoleman merkit olivat havaittavissa, mutta hoitajat eivät muuttaneet akuuttiosaston toimintakäytänteitä, ennen kuin selkeä hoitolinjaus oli tehty. Vastauksien mukaan DNR-päätös ei ole riittävä linjaamaan kuolevan potilaan hoitoa.

...ihan liian harvoin lääkärit tekevät selkeän saattohoitopäätöksen ja parantumattomasti sairaan potilaan vain odotetaan kuolevan ”kohta” vaikka saavat i.v. ravitsemukset ja kaiken maailman antibiootit yms. hoidot. DNR- tai saattohoitopäätökseen en ole törmännyt sairaalassa...(H3)

...kun lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan omaisten kanssa hoitolinjaukset potilaan saattohoidon aloittamisesta...(H6)

Aineiston mukaan tiedotus koostui potilaan ja perheen kanssa sovituista toimenpiteistä, tiedosta ja omista toiveista. Hoitolinjauksen sisältö ja merkitys tulisi hoitajien mukaan keskustella yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Saattohoitolinjauksen merkitys ja hoitotoimet olisivat hoitajien mukaan silloin perusteltuja. Perhe ja potilas tietäisivät hoitotoimien tarkoituksen ja tavoitteet. Potilaan toiveita elämän lopun lähestyessä haluttiin toteuttaa ja kunnioittaa. Vastausten perusteella potilaiden ja perheenjäsenten tuli saada oikea - aikaista ja täsmällistä tietoa sairauden etenemisestä ja kuoleman läheisyydestä.

...Tavallaan heti, asioista pitäisi puhua niiden oikeilla nimillä ja rehellisesti, kuitenkin kuulostellen potilaan mieltä ja toiveita...(H7)

Virallisesti saattohoitopäätöksen tekee lääkäri, mutta hoitajien havainnot ja kirjaukset potilaan voinnin muutoksista oli ensiarvoisen tärkeää hoitotyötä toteuttaessa. Yhteistyössä arvioidaan potilaan kunto.

...kun lääketieteellisin keinoin ei ole enää mitään tehtävissä ja kaikki mahd. on kokeiltu...(H2)

...yleistila on silloin huomattavasti huonontunut...(H1)

6.2.3 Kivun hoito

Kivun hoito käsitti yläkategoriat lääketieteellinen ja ei lääketieteellinen kivunhoito, ohjaus, kirjaaminen ja potilaan arvojen kunnioitus. Tutkimuksessa kivun hoidolla tarkoitetaan niitä toimia, joilla hoidettavana olevan henkilön oloa pyritään helpottamaan. Kivun hoito tuli esille sekä tulovaiheessa että saattohoidon toteutuksessa. Hoitajien mukaan kivun hoito oli ensiarvoisen tärkeä elementti saattohoitoa toteutettaessa.

Ohjaus ja viestin vieminen eteenpäin korostui hoitajien toimina. Vastauksien perusteella olen koonnut analyysin avulla kivun hoidosta kategorian.

Kivun hoidossa korostui lääketieteellinen kivunhoito. Tarvittaessa konsulttoitiin kipuhoidon asiantuntijoita. Hoitajat priorisoivat lääketieteellisen hoidon ja sen toteuttamisen. Myös potilaan omia kivunhoitomenetelmiä hyödynnettiin. Hoitajat huolehtivat myös siitä, etteivät potilaat saa vuodelevosta aiheutuvia lisävammoja.

...Olutilan tarkistus potilaalta ja lääkkeiden vaikutuksen aktiivinen seurata... (H8)

...Lääkärin informointi tilanteesta ja hoidon tarkistus säännöllisesti... (H2) Lailan toiveita ja tarpeita kunnioittaen, turvallisesti... (H1)

...kipulääkkeen annosnosto ja lääkemuodon tarkistus lääkärin määräämänä.... (H7)

...kivunhoidon oikea oppinen hoito on aina vain nykyäänkin vaihteleva ... (H8)

kivunhoidon osaamista tulisi koko alueella lisätä' niin että se toteutetaan keskitetysti kipupkl toimesta... (H8)

Hoitajien toimissa korostui läsnäolo ja kuuntelu kivun hoitomenetelminä. Hoitoa toteutettiin potilaan arvoja ja elämän hallintaa tukien. Jatkuvuutta pidettiin yllä huolehtimalla tarkasta kirjaamisesta potilaspapereihin ja suullisen viestinnän lisäämisellä.

...koska potilas ei voi syödä mitään, vien viestiä eteenpäin vuorossa.. (H4)..asento hoito tulee huomioda kivunhoidon yhteydessä sekä aito kuuntelu ja läsnäolo. Kaikki oireet kirjataan potilaskansioon... (H4)

7.2.4 Perheen tunnistaminen

Perheen tunnistaminen käsitti yläkategoriat itse määritelty ja lain mukainen. Potilas määritteli itse usein sen, ketä hänen perheeseensä kuului. Aina potilaalta ei tätä voinut kysyä, jolloin määrittelyyn käytettiin lainsäädännön mukaista perhekäsitystä. Tutkimuksessa perheen tunnistamisella kartoitetaan, ketä hoitajien mielestä kuului potilaan perheeseen.

Potilaalta kysyttiin, ketä hänen perheeseensä kuului. Hän itse määritteli läheiset ja omaiset. Vastauksissa tuli myös esille potilastietolomakkeeseen merkitty lähiomainen. Tämä asiakirja on potilaan tietoihin sähköisesti liitettävä asiakirja, johon lähiomainen kysyttiin häneltä itseltään. Myös perheeltä tiedusteltiin potilaan asioiden hoitajaa. Usein potilaan voinnin heikettesä oli jo etukäteen sovittu, kuka otti vastuun hänen asioidensa hoitamisesta.

...kysy läheisiltä onko olemassa jokin sovittu järjestys kumpi hoitaa potilaan asioita...(H5)

...Henkilö kunnallehan ei kuulu kenenkään elämäkumppanit ja niin ollen potilas ilmoittaa lähiomaisensa, hienotunteisuus kaikissa olosuhteissa...(H7)

...ne henkilöt joita Laila itse kokee lähiomaisikseen. Heitä ovat kaikki Lailaa tapaamaan tulleet omaiset. Lailalta itseltä tulee tarkistaa kenelle tietoja voi antaa ja toimin sen mukaan. samassa taloudessa nyt asuva henkilö ja yhteiset lapset...(H8)

Perheeseen nähtiin lakien mukaan kuuluvan sekä yhteiset että adoptiolapset. Väestörekisteritiedostot katsottiin virallisiksi dokumenteiksi. Elämäkumppani katsottiin vastauksissa lähiomaiseksi. Esille tuli myös, että samaa sukupuolta oleva kumppani voi kuulua potilaan perheeseen vain, jos parisuhde on rekisteröity.

...jos suhde on rekisteröity naiselämäkumppani on lähiomainen...ja heidän yhteiset lapset...jos adoptio on voimassa...(H5)

...laillisesti potilaan lähiomainen on avomies jos hänet on merkitty viranomaisten rekisteriin avopuolisona...(H4)

...jos nainen ja potilas elävät rekisteröidyssä parisuhteessa tai heidät on kirjattu avopuolisoiksi on nainen potilaan omainen... (H1)

7.2.5 Saattohoitotyön toteutus

Saattohoitotyön toteutus käsitti yläkategoriat toiminnan vuodeosastolla, perheen tuen ja potilaan tuen. Vuodeosaston toiminta käsitti ohjauksen, kivunhoidon, ohjeet, ympäristön merkityksen ja omahoitajuuden.

Saattohoitotyön tarkoituksena on minimoida kipua ja epämiellyttävää tunnetta. Siihen pyrittiin kivunhoidon ja ohjauksen kautta. Lisäksi ohjeita haettiin ja toteutettiin hoitavalta lääkäriltä. Kivun hoito korostui hoitajien vastauksissa. Kivunhoitoa käsittelem erikseen tekstissä. Potilaan perushoito keskittyi yksilöllisiin hoitotoimintoihin, joissa potilasta rasittavat toimet karsittiin pois. Huolenpito tuli vastauksissa voimakkaasti esille. Oirehoitona saattohoito keskittyi kivunhoitoon.

..hyvä, hellä perushoito... Niin hyvää ja arvokasta hoitoa kuin on mahdollista antaa...(H2)

...lisäkomplikaatioiden ehkäisy...(H8)..asentohoito on muistettava ettei tule makuuhaavoja...(H5)

Sairaalan vuodeosaston katsottiin olevan turvallinen ympäristö saattohoidon toteuttamiseen. Kodikkuutta ja viihtyisyyttä pyrittiin luomaan musiikin avulla ja huolehtimalla ympäristön siisteydestä. Hoitajat priorisoivat yhden hengen tai rauhallisen huoneen järjestämisen. Lisäksi pyrittiin järjestämään tila, jossa potilaan perheellä oli mahdollista olla paikalla.

..järjestän yhden hengen huoneen tai muun huoneen jossa omaiset voivat olla Lailan seura-
na...(H3)

Henkilökunnan määrä saattohoitopotilaan hoitotyössä katsottiin alimitoitetuksi akuuttiosastol-
la. Kuolevan potilaan hoidon jatkuvuutta pyrittiin turvaamaan omahoitajuudella siten, että
samat hoitajat toteuttivat hoitotyötä. Kuitenkin ajankäytön rajallisuus ja kiire tuli vastauksis-
sa esille. Halua olla läsnä ja antaa aikaa saattohoitopotilaalle ja hänen perheelleen tuotiin
voimakkaasti esille.

...optimitalanteessa olen läsnä ja annan aikaa...(H3) mielellään samat tutut hoitajat koko matkan
ajan... omahoitajuus olisi hyvä ratkaisu.(H7)..jos resurssit antavat mahdollisuuden...(H4)

Potilaan tarpeiden ja toiveiden kunnioittaminen ja huomiointi oli tärkeää saattohoitoa toteut-
taessa. Potilaan vakaumuksen huomioiminen ja hänen valintojensa arvostaminen oli tärkeä
arvo myös hoidon toteutusvaiheessa. Hoitoa pyrittiin toteuttamaan yhteisymmärryksessä poti-
laan kanssa. Potilaan toivoessa järjestettiin mahdollisuus keskusteluun. Hengellisissä asioissa
käännyttiin pastorin puoleen. Tarvittaessa kutsuttiin myös psykologi paikalle. Etenevän sai-
rauden haasteellisuuteen etsittiin tukea myös vertaistuesta.

...Lailan toiveita ja tarpeita tulee kunnioittaa...(H1) mahdollisuus keskusteluun tarv. psykologin
ym. pappi.(H1)..sosiaalisen tilanteen tarkistus, maksut ym. aiheuttavat huolta...(H8)

... Hyvä ajan tasalla pitäminen ja jatkuva tiedottaminen hoitojen yhteydessä, toiveiden
kuunteleminen ja toteuttaminen mahdollisuuksien mukaan...(H7)

Perheen huomiointi saattohoitotyössä oli ensiarvoisen tärkeää. Hoitajat huomioivat perheen
ja tukivat heidän jaksamista potilaan elämän lopun lähestyessä. Omaisille järjestettiin mah-
dollisuus olla läsnä kuolevan potilaan luona. Hoitajat pyrkivät tiedottamaan potilaan etene-
västä tilasta, kuuntelemaan perheen toiveita ja toteuttamaan niitä resurssien sallimissa ra-
joissa.

...varavuode huoneeseen jos omainen haluaa viettää yönä sairaalassa kun loppu on lähellä...(H5)

Hoitajat toivat esille saattohoidon haasteellisuuden. Kuolevan potilaan hoito vei hoitajan aikaa mittavasti. Saattohoitopotilaalle pyrittiin järjestämään oma huone. Kuolevan potilaan mahdollisuudet olla elämän viimeisinä hetkinä kotona nousivat vastauksista myös esille.

... On erittäin tärkeä asia. Samoin tärkeää olisi mahdollistaa hoitoa kotona tehostetun kotihoidon turvin jos omaiset ovat siihen halukkaita ja jos potilas itse sitä toivoo. Sairaala on laitos ja kotona myös lasten läsnäolo on paremmin toteutettavissa. Kotiin tarvittava verkosto sairaalansuuntaan erikoislääkärille... (H8)

8 Luotettavuus ja eettisyys

8.1 Luotettavuuden arviointia

Luotettavuuden arviointi on tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä. Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuuden arviointia voidaan tarkastella mittaamisen, aineiston keruun ja tulosten luotettavuuden näkökulmasta. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–214.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei luotettavuuden arviointiin ole luotu selkeitä kriteeristöjä, siksi arviointi voi tapahtua samoin kuin määrällisessä tutkimuksessa (Nieminen 197, 215–221).

Kyselylomakkeen luotettavuutta voidaan tarkastella reliabiliteetilla (mittaustulosten toistettavuus). Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tarkkoja mittaustuloksia. Sattumanvaraisuus tuloksissa kuvaa tilannetta, jossa mittari ei mittaa tutkittavaa ilmiötä. Puutteellinen reliabiliteetti johtuu usein satunnaisvirheistä otannasta, mittauksesta ja aineiston käsittelyssä. (Hirsjärvi ym. 2005, 216–218; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–214.) Laadullisen tutkimuksen reliabiliteettiongelmat muodostuvat aineiston analyysin aikana tehdyistä koodausvirheistä, epäyhdenmukaisesta koodauksesta tai virhetulkinnoista (Nieminen 197, 215–221).

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan myös validiteetin eli pätevyyden näkökulmasta (Hirsjärvi ym. 2005, 216–218; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–214). Sisäinen validiteetti tarkoittaa kyselylomakkeessa käytetyt käsitteet, sisällön ja rakenteen. Käsitevaliditeetti tarkastelee tutkimuksen teoreettista viitekehystä: ovatko käsitteet ja muuttujat valittu oikein. Missä laajuudessa mittari mittaa tutkittavaa ilmiötä? Sisältövaliditeetti tarkastelee ovatko teoreettisen viitekehysten käsitteet ja muuttujat määriteltynä. Rakennvaliditeetti arvio vastaako kyselylomake tutkimusongelmaan. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–214.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuusongelmat saattavat syntyä tutkimuskysymyksen virheellisyydestä, aineiston keräämisen yhteydessä tapahtuneista puutteista tai tutkimusaineiston edustavuuden riittämättömyydestä (Nieminen 197, 215–221).

Tutkimuksen tulosten luotettavuus on suoraan verrannollinen siinä käytettyyn mittariin. Mittarin on oltava tarkka ja täsmällinen. Sen on rajattava tutkittava ilmiö. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–214.) Mittarina määrällisessä osuudessa toimii opinnäytetyön kyselylomake. Kyselylomake on laadittu yhdessä Palliatiivisen erityispätevyyden omaavan ylilääkäri Lehdon kanssa. Se perustuu Saattohoito - valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistioon (Eho ym. 2003), Duodecimin käypä hoito suositukseen (Hänninen & Riikonen 2008) ja Sosiaali- ja terveysministeriö saattohoitosuosituksessa 2010 (sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6). Mittari vastaa tutkimuskysymyksiini ja sen avulla saadaan tietoa tutkitavasta ilmiöstä eli tutkimusongelmasta.

Opinnäytetyön määrällisessä osuudessa tarkasteltiin 1.6–31.12.2009 välisenä aikana Hyvinkään sairaalan kolmella osastolla kuolleiden potilaiden paperisia ja sähköisessä muodossa olevia potilasasiakirjoja. Otokseksi saatiin 110 potilastapausta. Otantaan kuuluvia arkistoituja potilasapereita ja Miranda-potilasohjelmaa tarkasteltiin tiedonkeruulomakkeella. Kyselylomakkeen tiedot tallennettiin huolellisesti Spss-ohjelmaan.

Määrällisen tutkimuksen tulokset ovat kattavia ja antavat edustavan kuvan, kuinka saattohoito toteutuu Hyvinkään sairaalan kolmella osastolla.

Laadullinen tutkimus ei pyri olemaan kattava otos perusjoukosta (Nieminen 197, 215–221). Case-tapaus lähetettiin sähköpostin kautta kahdelletoista hoitajalle eräällä osastolla. Hoitajiin kuului sekä perus-, lähi- ja sairaanhoitajia. Taustatietoja ei kysytty, koska pyrittiin minimoimaan vastaajien tunnistaminen. Vastauksia haettiin kahdella eri kyselykerralla. Vastauksia saapui kahdeksan.

Aineiston edustavuus kuvaa tutkimuksen luotettavuutta (Nieminen 197, 215–221). Saturaatiolla tarkoitetaan aineiston riittävyttä tutkimusjoukosta. Haettu aineisto on riittävä ja antaa edustava kuvan tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2005, 171.) Tässä opinnäytetyössä saturaatio saavutettiin jo, kun 50 % vastauksista oli analysoitu. Aineiston samankaltaisuus ja tietojen toistuminen oli selviö. Pohdittavaksi jää, oliko vastausten homogeenisuuden syy aineiston pienuus (12) vai se, että case-tapaus vastauksia haettiin yhden osaston hoitohenkilökunnalta. Olisiko tuloksiin vaikuttanut jos vastauksia olisi haettu useammalta osastolta. Mielenkiintoisena yksityiskohtana on tietenkin ajatus koulutuksesta osaston sisällä. Osaston sisäinen tiedotus ja koulutusmahdollisuudet ovat selkeästi ajattelua ja toimintaa suuntaavia. Samoin ajatus siitä, että osaston henkilökunnalla oli selkeästi samankaltainen toimintamalli saattohoidon osalta.

Myös laadullisen tutkimuksen mittari ja tutkimusmenetelmän on vastattava tutkimusasetelmaa. Validius laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa kuvauksen ja tulkintojen yhteensopivuut-

ta. Luotettavuutta lisää tarkka selostus siitä miten tutkimus on toteutettu vaiheittain. Tutkijan on esitettävä perustelut tulosten tulkinnasta ja lopputuloksesta. Lisäksi tutkimusselostuksen tulee sisältää mahdolliset arviot virhetulkinnoista ja häiriötekijöistä. (Hirsjärvi ym. 2005, 216–218).

Opinnäytetyössäni laadullinen osuus vastasi tutkimusasetelmaa. Erityisesti perhe-käsitettä pyrittiin avaamaan laadullisessa osuudessa. Kvalitatiivista aineistoa käsiteltiin sisällönanalyysin mukaisesti. Vastaukset kirjoitettiin auki. Sen jälkeen aineistosta etsittiin samaa tarkoittava sisältöä, jotka yhdistettiin, ryhmiteltiin ja suoritettiin yleiskäsitteiden muodostaminen. Aineistosta etsittiin saattohoitotyöstä nousevia olennaisia tekijöitä. Tarkoituksena oli kuvata, miten saattohoitotyötä toteutettiin osastolla. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 160–161) korostavat tutkimusraportin selkeyttä laadullisen tutkimuksen eräänä kriteerinä. Opinnäytetyössäni toin esille tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Teoreettinen viitekehys oli perusteltu lähdekirjallisuuteen viitaten. Tutkimusprosessi kuvattiin sanallisesti vaihe vaiheelta.

Laadullisessa osuudessa käytettiin hermeneuttista paradigmaa, jolloin tutkimustulokset saavutettiin tulkitsemalla käsityksiä tai mielipiteitä. Tutkimusote oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Anttilan (2007, 23–24) mukaan tulkinnallisen eli hermeneuttisen paradigman kiinnostuksen kohteena on kehityshankkeessa mukana olevien tutkittavalle ilmiölle antamat tulkinnat ja merkitykset. Tutkimustulokset saavutetaan tulkitsemalla käsityksiä, mielipiteitä tai tekstejä.

Hermeneuttinen tutkimus etenee teoreettisen tiedonkartoituksen kautta ilmiön syvällisempään ymmärtämiseen ja teoriaan (Krause & Kiikkala 1996, 80–83). Opinnäytetyön laadullisessa osuudessa on edetty hermeneuttisesti.

Tutkimuksen validiutta parantaa tutkimusjoukon käsittely useammalla eri metodilla. Tätä kutsutaan myös kiteyttämiseksi. (Hirsjärvi ym. 2005, 216–218). Opinnäytetyön tuloksia tullessaan hyödyntämään Palliatiivinen hoito-projektissa saattohoitotyön kehittämiseen.

8.2 Eettisyyden arviointia

Tärkeä eettinen ratkaisu on tutkimusaiheen valinta. Pohdittavaksi nousee ajatuksia siitä, miten suosittu valittu ilmiö on ja onko ilmiön tutkimus helppo toteuttaa. Katsotaanko tutkittava aihe tärkeäksi ja millainen sen yhteiskunnallinen vaikuttavuus (Hirsjärvi ym. 2005, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–198) ja hyödyllisyys ovat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–198).

Palliatiiivinen hoito projekti alkoi Hyvinkään sairaanhoitopiirissä 2009 joulukuussa. Samaan ajanjaksoon asettui opinnäytetyöni aloitus aika. Saattohoito on osa palliatiiivista hoitoa. Valta-kunnallisen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on julkaissut muistiot saattohoidosta 2003 (Eho ym. 2003). Duodecimin käypä hoito suositus ohjaa saattohoidon toteutusta (Hänni-nen & Riikonen 2008). Sosiaali- ja terveysministeriö on nostanut saattohoidon kehittämisen esille saattohoitosuosituksessa 2010 (sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6) sekä Syövän hoidon kehittämisprojektissa vuosina 2010–2020 (Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2010/6). Saattohoidon kehittäminen on ajankohtaista eri sairaanhoitopiireissä.

Hyvän tieteellisen tutkimuksen perustana pidetään ajatusta: ”eettisesti hyvä tutkimus ja tie-teen laatu kulkevat käsi kädessä”. Tämä perustuu tutkimustieteellisen neuvottelukunnan jul-kaisemaan ohjeistukseen. Tutkimuksen kirjoituksessa tulee noudattaa yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksi-tyiskohtaisesti. (Heikkilä, Jokinen ja Nummela 2008, 43; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–198; Mäkinen 2006, 26–27.)

Opinnäytetyö eteni suunnitelmallisesti. Kvantitatiivisen tutkimusjoukon laajuus ja asiakirjojen saatavuus oli haaste opinnäytetyön tekijälle aikataulullisesti. Kuitenkin Hyvinkään sairaalan arkiston joustava työskentely edesauttoi opinnäytetyön etenemistä aikataulun mukaisesti.

Tutkimuksen oikeudenmukaisuus toteutuu tutkittavien tasa-arvoisen kohtelun kautta. Anonymiteetillä tarkoitetaan aineiston säilyttämiseen ja koodaamiseen liittyviä tekijöitä. Tutkimukseen osallistuvien henkilötietojen turvaaminen on myös muistettava, kun tutkimus-joukko on pieni. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–198; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 289–302.)

Kvantitatiivisessa osuudessa otos määriteltiin annettujen kriteerien mukaisesti: kuoleman tapahtumisen aika ja paikka. Tutkimuslomakkeet koodattiin ja numeroitiin. Näillä toimilla turvattiin potilaiden anonymiteetti.

Laadullisessa osuudessa haastateltavat olivat erään vuodeosaston hoitajista. Vastauksissa ei kysytty henkilötietoja ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Näin varmistettiin tut-kimukseen osallistuneiden anonymiteetti. Vastaaajille annettiin mahdollisuus kieltäytyä osal-listumasta tutkimukseen.

Tiedon siirtyminen Internetiin ja digitaaliseen muotoon aiheuttaa haasteita eettisyyden suh-teen. Tekijänoikeus tulee huomioida myös Internetissä oleviin tietoihin ja tutkimuksiin. Erityi-

sen tärkeää on merkitä lähdeviitteet, joihin merkitään tekijä ja alkuperä. (Mäkinen 2006, 158–166.)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvän tieteellisen tutkimuksen mukaista tutkimusotetta ja kirjaamista. Lähteet on pyritty merkitsemään mahdollisimman tarkasti sekä lähdeluetteloon että tuotettuun tekstiin. Opinnäytetyötä tehdessä on pyritty noudattamaan sekä terveysalan ammattieettisiä säädöksiä että hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä ohjeita. Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa osana ”Palliativinen hoito Hyvinkään sairaanhoitoalueella” -projektin tutkimuslupaa. Tutkimusluvan myönsi Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtaja. Tuloksia tullaan hyödyntämään Palliativinen hoito -projektissa kehitettäessä saattohoitotyötä Hyvinkään sairaalan alueella.

9 Pohdinta

9.1 Saattohoidon toteutuminen vuodeosastolla

Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa yksityiskohtaista tietoa saattohoidon nykykäytänteistä. Lisäksi tarkoituksena on tutkimuksesta saadun tiedon avulla kehittää saattohoitoa sairaalan vuodeosastoilla sekä herättää keskustelua saattohoidon sisällöstä ja hoitokäytänteistä. Tämä opinnäytetyö tuottaa tietoa Palliativinen hoito Hyvinkään sairaalassa -projektille. Projektin eräänä tavoitteena on luoda yhdenmukaisia käytänteitä saattohoitoon Hyvinkään sairaalan vuodeosastoilla.

Selkeää saattohoitokulttuuria ei Hyvinkään sairaalassa vaikuta tulosten perusteella löytyvän. Siitä kertoo myös se, että viimeisen elinvuorokauden aikana 84 % potilaista otettiin verikokeita. Saattohoidon kriteeristö ja linjaukset tulisi yhtenäistää (Finne-Soveri 2005, 212–215). Vaikka saattohoito ei tarkoita hoitojen lopettamista (Hänninen 1998, 5 – 9; Leino-Kilpi 2008, 308 – 320), hoitojen määrää ja laatua tulisi arvioida. Sairaaloissa tulisi kuitenkin olla yhtenäinen saattohoitokulttuuri, jolloin henkilökunnan toiminnan suunta olisi selkeä (Laakkonen, Finne-Soveri, Noro, Tilvis ja Pitkälä 2004, 333–339). Toisaalta on muistettava, että ilman saattohoitopäätöstä, ei ole myöskään saattohoitokulttuuria. Potilaita hoidetaan normaalin akuuttisairaalan ohjeistusten mukaisesti, josta runsaat laboratoriokokeet potilaiden viimeisinä elinpäivinä kertovat. DNR-päätös on aktiivinen hoitolinjaus. DNR-päätös ei tarkoita saattohoitoa, jolloin hoidon tavoitteet vielä säilyvät kuratiivisen hoidon tavoitteiden kaltaisina.

Potilaiden peruskuolinsyyt osastoilla ovat suoraan verrannollisia koko Suomea koskeviin tilastoihin. Yleisimmät kuolinsyyt Suomessa ovat verenkiertoelinten sairaudet, kasvaimet ja hengi-

tyselinten sairaudet (Sosiaali- ja terveyshuollon taskutieto 2003). Yllättävän yleinen peruskuolinsyy oli syöpä 29 %. Hyvinkään sairaalassa ei ole erillistä syöpäsairauksien osastoa, joten potilaat sijoittuivat elinpäiviensä loppuvaiheessa eri osastoille. Syövän oireseurantaa ja -hoitoa tulee osasta kaikilla sisätautiosastoilla.

Sairaalaan leikkauksen vuoksi oli tullut 1 % otokseen kuuluvista. Todennäköisesti leikkauksiin valikoituu potilaita, joiden kunto on suhteellisen hyvä. Tässä otoksessa leikkausosaston toiminta ja laatu vaikuttaa hyvältä. Toisaalta on muistettava, että Hyvinkään sairaalassa ei suoriteta vaativia esimerkiksi riskialttiita neurokirurgisia leikkauksia. Pohdittavaksi jää myös se olisiko potilas, jonka kunto heikkenee postoperatiivisesti, siirretty teho-osastoille ja valvontaan, jossa mahdollinen kuolema tapahtuu.

Elinajan ennustamisen vaikeus pitkittää saattohoitopäätöksen tekemistä. Elinajan odotteen ennustaminen koetaan haastavaksi (Pitkälä & Hänninen 1999,1634–1639; Finucane 1999, 1670–1672; Finne-Soveri & Tilvis 1998,1023–1024), joka toisaalta selittää elämän loppuvaiheeseen kuuluvien hoitolinjausten viivästymisen. Merkittävää hoitolinjausten kirjauksissa oli, että saattohoitolinjaus oli tehty vain 2 % kuolevista potilaista, kun DNR-päätös oli tehty 65 % potilasta.

Finne-Soveri (2005,212–215) painottaa saattohoidon kriteerien ja linjausten yhtenäistämisen tärkeyttä. Saattohoidossa on kyse ihmisen oikeudesta päättää omasta elämästään ja ”oikeudesta kuolla rauhassa, kun sen aika on”. Lääkärin tulisi tehdä saattohoitosopimus yhteisymmärryksessä potilaan ja perheen kanssa (Eho ym. 2003). Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitolinjauksista 37 % oli keskusteltu potilaan tai omaisen kanssa. 51 % potilasasiakirjoissa ei ollut mainintaa keskusteluista. Tämä herättää ajatuksia siitä, olisiko keskustelu jäänyt kirjaamatta. Hoitokirjaukset löytyivät 45 % Miranda sairauskertomuksesta ja 30 % oli kirjattu hoitolehdille. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän muistion (2003.38) mukaan sähköistä kirjausta pidetään virallisena kirjausmuotona hoitotyössä. Siksi hoitolinjaukset tulisi kirjata Miranda-ohjelmistoon. Sähköisiin potilasasiakirjoihin kirjattuna hoitolinjaukset ovat myös hoitoon osallistuvien nähtävissä ja tukevat hoidon jatkuvuutta.

Saattohoitopäätöksen tekeminen voisi rohkaista tehokkaampaan oireiden hoitoon (Eho ym. 2003). Opinnäytetyön tuloksissa oirelääkitystä sai 75 % potilaista. Väsymys (fatigue) jää usein kirjaamatta. Väsymystä oireena ei voi helpottaa lääkkeillä. Kuitenkin potilaan omaiset viestivät hoitohenkilökunnalle, kuinka väsynyt potilas on. Oire kertoo potilaan tilan heikentymisestä ja on eräs merkki elinajan vähenemisestä. Olisi tärkeää kertoa omaisille, että väsymys kertoo potilaan uupumuksesta ja kuoleman läheisyydestä. Miettinen (2007,141–148) korostaa, että tieto auttaa omaisia kohtaamaan perheenjäsenen kuoleman.

Kivun hoito koetaan edelleenkin puutteellisenä (Landi, Onder & Cesari 2001, 2721–2721). Suomalaisessa laitoshoidossa kivut ovat päivittäisiä vähintään joka viidennellä, joka kymmeneltä puuttuu kipulääkitys kokonaan (Noro, Finne-Soveri & Björkgren 2001). Tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan kuolevat potilaat saivat kipulääkettä, mutta sen laatuun ja annosteluun tulisi kiinnittää huomiota. Otoksen potilaat saivat merkittävässä määrin kipulääkettä ns. läpilyöntikipuun. Peruskipulääkkeenä käytettiin Fentanyl - laastareita 32 %. Laastareiden käyttöön tulisi kiinnittää huomioita viimeisten elinvuorokausien aikana. Etenevä sairauden tila vaatii lääkeannosten nopeitakin annosnostoja. Laastareiden teho saavutetaan suhteellisen hitaasti. Merkittävää on myös kipulääkkeiden antaminen intramuskulaarisesti 15 % potilaista. Lääkkeen vaste on näin epävarma ja annostelumuoto on potilaalle kivulias. Tulosten perusteella kipua halutaan hoitaa, mutta menetelmiä olisi hyvä tarkastella. Yhtenäinen saattohoitokulttuuri saattaisi tuoda muutoksen moninaiseen kipulääkkeiden käyttöön. Infuusion käyttö saattohoitopotilaan lääkitysmuotona saataisi helpottaa kipulääkkeen tarpeeseen vastaamista. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vain 8 % potilaista sai lääkityksen infuusiona.

Eksistentiaalista tukea kuolevalle potilaalle tarjottiin vain vähän. Samanlaisen havainnon on tehnyt myös Hänninen (2006, 79). Osastojen yhteinen saattohoitokulttuuri ja oikea-aikaisesti tehty saattohoitopäätös antaisi työkalut hoitohenkilökunnalle toimia ja ohjata omaisia ja potilasta kohtaamaan kuoleman läheisyyden haasteen.

Sairaalaan saapui yleistilan laskun ja kivun vuoksi kaksikolmasosaa potilasta. Oireet kertovat siitä, että etenevä sairaus oli heikentänyt potilaiden kuntoa. Jääkin pohdittavaksi miten palliatiivinen hoitopolku olisi muuttanut hoitoon hakeutumista. Kun potilaat kuuluvat hoitopolun piiriin, he saavat ohjausta ja tukea jo varhaisessa vaiheessa. Tehokas hoitopolun hyödyntäminen edellyttää saattohoitopäätösten oikea-aikasta tekemistä sekä sairaalan yhtenäisen saattohoitokulttuurin muodostamista.

9.2 Hoitajien toteuttama saattohoitotyö

Käypä hoito-ohjeistuksen mukainen saattohoitopotilaiden oireenmukainen hoito tuli selkeästi esille (Hänninen & Riikonen 2009). Vastaukset herättivät ajatuksen hoitokulttuurin yhtenäisyydestä osaston sisällä. Tästä voitaisiin ajatella, että osaston sisällä tunnistettiin kuoleva potilas ja osastolla oli sovittuja yhteisiä toimintatapoja kuolevan potilaan hoitoa toteutettaessa.

Potilaan tulotilannetta tarkasteltaessa esille nousi huoli tilaresursseista. Hoitaja korostivat rauhallisen tai pienemmän hoituhuoneen järjestämistä potilaalle. Hoidossa keskityttiin mit-

taamiseen ja kartoituksiin ja hoidon suunnitteluun. Vastauksissa korostettiin potilaiden tasa-arvoista kohtelua. Myös Eho ym. (2003) korostavat potilaiden tasa-arvoista kohtelua.

Tulosten pohjalta hoitajat toivoivat saattohoitolinjauksen tekemistä. He katsoivat sen helpottavan kuolevan potilaan kohtaamista ja selkiinnyttävän potilaan hoidon suunnittelua ja toteuttamista.

Perhe tunnistettiin eri perhe-käsitteiden teorioiden kautta. Merkittävää oli laaja-alainen suhtautuminen sateenkaariperheisiin. Jämsä (2003,59) mukaan erityisesti vähemmistöihin kuuluvien perheyhteisöt ovat moninaiset ja vaikeasti tunnistettavissa.

Omahoitajuus tuli voimakkaasti esille saattohoitoa toteutettaessa. Kuitenkin aika- ja työvoimaresurssit rajoittivat hoidon toteuttamista. Vastauksia tarkastellessa nousi esille ajatus, että hoitajilla olisi halukkuutta toteuttaa omahoitajuutta saattohoitopotilaan kanssa, mutta siihen ei ollut mahdollisuutta nykyisten resurssien puitteissa. Laakkonen (2005, 5) on tutkimuksessaan tuonut esille akuuttiosastojen henkilökuntamäärän olevan alimitoitettu saattohoitoa toteutettaessa. Lipponen (2006, 24–210) korostaa, että jokaisella saattohoitopotilaalla tulisi olla oma hoitotyöntekijä eli omahoitaja.

Saattohoitoa toteutettaessa keskityttiin läheisyyteen ja läsnäoloon. Lipponen (2006, 24–210) ja Pihlainen (2000,68–117) korostavatkin lähimmäisenrakkautta ja huolenpitoa saattohoitotyön lähtökohdaksi. Saattohoidon tarkoituksena on vähentää kivun ja epämiellyttävän tunteen lisääntymistä ja vähentää kärsimystä (Hänninen & Riikonen 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6). Hoitajat toivat esille moninaisia keinoja potilaan olon parantamiseksi. Lääketeellisten keinojen rinnalle nousivat potilaan omat ja osastolla esille tulleet kivunhoitomethodit. Mattila (2001, 27–28) korostaa, että saattohoidon tarkoituksena on lievittää perussairaudesta johtuvia oireita.

Tiedottamisen tärkeys korostui vastauksissa. Leino-Kilpi ym. (2000, 42–45) korostavat, että potilaalle tulee antaa oikeaa tietoa oikea-aikaisesti. Toisaalta kuitenkin tiedon sisällön ja ajankohdan pohtiminen olisi aiheellista. Omaiset kokevat läheisen kuoleman hyväksymisen pelottavana ja hämmentävänä (Pitkälä & Hänninen 1999, 1634–1639).

Tilaresurssi tuli voimakkaasti esille saattohoitotyön toteuttamisen yhteydessä. Hoitajat toivoivat yhden hengen huoneita tai erillistä saattohoitohuonetta. Myös ympäristön viihtyisyyttä korostettiin mm. musiikin avulla. Leino-Kilpi ym. (2000, 42–45) ja Hiidenhovi, Åstedt-kurki ja Paunonen-Ilmonen (2001, 12–19) korostavat hoitoympäristön merkitystä saattohoitoa toteutettaessa.

Elämän loppuvaiheen hoidossa korostui yhtenäisen hoitolinjauksen puute, joka voi johtaa varsin vaihteleviin hoitokäytäntöihin. Osastokulttuuri vaikuttaa hoitajien yhtenäiseen käyttäytymiseen. Vastauksissa oli selkeästi nähtävissä, että kuolevan potilaan hoitoa osastolla väritti yhtenäiset käytänteet. Kuitenkin saattohoitolinjauksen ja sairaalan yhtenäisen saattohoitokulttuurin puute rajoittaa saattohoidon toteutumista. Hoitajilla oli vastausten perusteella halua ja taitoa toteuttaa korkealaatuista saattohoitotyötä, mutta resurssien alimitoitus akuuttihoito-osastoilla oli rajoittava tekijä.

9.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia

Nummenmaa, Konttinen, Kuusinen ja Leskinen (1997, 19) painottavat, että ideat jatkotutkimuksiin voivat syntyä tutkimuksia suoritettaessa. Tarvitaan visio, josta johdatellaan tutkimuskysymykset. Tällaista toimintaa kuvaillaan intuitiiviseksi. Sillä kartoitetaan uutta tietoa.

Tämän opinnäytetyön toteuttamisen vaiheissa syntyi ajatuksia uusille tutkimustarpeille. Omaisten ja perheiden kokemuksia saattohoitotyöstä ei juuri ole arvioitu. Olisi ensiarvoisen tärkeää kysyä perheeltä saattohoidon toteutumisen onnistumisesta esimerkiksi kahdesta viikosta kuukauteen omaisen kuoleman jälkeen. Saattohoitotyön kehittämisen kannalta tällainen tieto tukisi sekä perheen että omaisen jaksamista.

Opinnäytetyön tulosten mukaan nousi selkeästi tarve saattohoitokäytännön pohtimiseen sairaalan sisällä. Hoitajien näkemysten homogeenisuus kertoo siitä, että osastojen sisällä on hoitokulttuureja, jotka ovat osastolla työskenteleville tuttuja jo perehdytyksenkin kautta. Olisi mielenkiintoista tutkia eri osastojen saattohoitokulttuureja ja kehittää yhtenäistä toimintalinjaa kuolevaa potilasta hoidettaessa.

Saattohoitopäätös linjaa potilaan hoitoa. Tuloksia analysoitaessa nousi esille hoitolinjauksen puute. Kuolevan potilaan hoitolinjauksia on useita. Kuitenkin on tärkeää luoda yhtenäinen käytäntö, jonka mukaan toimitaan. Silloin moniammatillisella hoitotyöllä päästään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Saattohoitopäätöksen käyttöön otto olisi mielenkiintoinen tutkimuskohde.

Lähteet

- Aaltonen, J. 2002. Perheterapia ryhmäkuvassa. Teoksessa Rönkä, A., Kinnunen, U. 2002. Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe - elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: Ps-kustannus.
- Antikainen, J., Haataja, M.-L., Korhonen, M. (toim.) 1994: Näkökulmia perheeseen. Helsinki: Stakes.
- Antikainen, A. 1996. Merkittävät oppimiskokemukset ja valtautuminen. Teoksessa: Antikainen, A. & Huotelin, H. 1996. Oppiminen ja elämänhistoria. Aikuiskasvatuksen 37. vuosikirja. Jyväskylä: Kansanvalistusseura.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.
- Aukia, M. 2009. Lapset olkoon ihmisiksi. Suomen talonpoikaiskotien hiljainen kasvatusta. Väitöskirja. Turun Yliopisto. Kansantieteellinen tutkimus.
<https://oa.doria.fi/handle/10024/52564>. Luettu 3.9.2010
- Barret, M. & McIntosh, M. 1982. The Anti- Social Family. London: Verso.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Åstedt-Kurki, P. 2008. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.
- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.
www.etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf. Luettu 10.5.2010.
- Forsberg, H. 2003. Kriittistä näkökulmaa jäljittämässä. Kirjassa Forsberg, H. & Nätkin, R. 2003. Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Helsinki: Gaudeamus.
- Finne-Soveri, H. 2005. Tarvitaanko geriatriassa saattohoitoa? Duodecim
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94749&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero2/2005. Luettu 6.5.2011.
- Finne-Soveri, H. & Tilvis, R. 1998. How accurate is the terminal prognosis in the minimum data set? Journal of American Geriatric Society vol 46/1998.
- Finucane, T. 1999. How gravely ill becomes dying: a key to end-of-life care. Jama 282/1999.vol 17.
- Grossberg, L. 1997. Dancing on spite of myself. Essays on popular culture. Durham: Duke University Press.
- Hakulinen, T., Koponen, P., Paunonen, M. 1999: Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. ja Vehviläinen - Julkunen, K.: Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY.
- Hartikainen, A. 2009. Vapaaehtoiset osastolla. Etnografinen tutkimus vanhusten ja vapaaehtoisten kohtaamisesta. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen: avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hiidenhovi, H., Åstedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. Hoitotiede vol. 13. no 1/01. 11 - 20.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hokkanen, T. 2002. ”Sitä eletään sitä eronneen perheen elämää”. Teoksessa Rönkä, A., Kinnunen, U. 2002. Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe - elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Hänninen, J. 1998. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 2. painos. Helsinki: Terhokotisäätiö

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim.

Hänninen & Riikonen. 2009. Käypä hoito. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00072>. Luettu 12.5.2010.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.

Jämsä, J.(toim.). 2008. Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Käsikirja lasten ja perheiden kanssa työskenteleville. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Jämsä, J. 2003. ”Isä, joka on homo”. homomiehen perhe ja vanhemmuus. Helsingin Yliopisto. sosiologian laitos. Pro Gradu. <http://urn.fi/urn:NBN:fi-fe20031471>. Luettu 10.8.2010.

Karjula, E. 2009. Rekisteröityjä rouvia ja kahden sulhasen pareja. Parisuhteen rekisteröinti siirtymäriittinä. Pro gradu. Turun yliopisto. Folkloristiikan laitos. Kulttuurien tutkimuksen laitos.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kankkuri - Knuuttila, M-L. & Heinlahti, K. 2006. Mitä on tutkimus. Argumentaatio ja Tieteenfilosofia. Helsinki: Gaudeamus.

Kontula, O. 2004. Perhepolitiikka käännekohtassa. Perhebarometri 2004. Väestöliitto. Väestötutkimuslaitos E 18/2004. Helsinki: Väestötutkimuslaitos.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11 no 1/1999.

Laakkonen, M-L., Finne-Soveri, H., Noro A, Tilvis R., Pitkälä, K. 2004. Advance orders to limit therapy in 67 long-term care facilities in Finland. Resuscitation 61/4.

Laakkonen, M-L. 2005. Advance care planning: Elderly patients’ preferences and practices in long. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/laakkonen/> Luettu 4.4.2010.

Landi, F. Onder, G. & Cesari, M. Gambassi, G., Steel, K., Russo, A., Lattanzio, F. & Bernabei, R. 2001. Pain management in frail community living elderly patients. Archives of Internal

Medicine 161. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/161/22/2721>. Luettu 2.5.2011.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteen teollisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkinen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, G., Scott, P., Bansemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H. & Mc Parland, J. 2000. Patient's autonomy, privacy and informed content. Biomedical and health research 40. IOS Press. Amsterdam.

Leino-Kilpi, H. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus - yhdessä vai erikseen. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Leino - Kilpi, H. 2008. Etiikka kuolevan potilaan hoitotyössä. Kirjassa Leino Kilpi, H., Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lepola, I., Aho, R. & Louet T. 2001. Aivokasvaintopotilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa. Hoitotiede vol. 13, no 1/01. 3 - 10.

Levine, M., 1966. Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. American Journal of Nursing 66.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=10865>. Luettu 30.9.2010.

Mattila, L.-R. 2001. Vahvistamista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/vaitokset/2001/2001037.html>. Luettu 19.9.2010

Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Helsingin yliopisto: Väitöskirja.

Marin, M. 1994. Perhe ja moraali: vuosisata perhekeskustelua. Kirjassa Virkki, J. (toim.) 1994. Ydinperheestä yksilöllistyyiin perheisiin. Juva: WSOY.

Miettinen, S. 2007. Eron aika: Tyttären kertomuksia ikääntyneen vanhemman kuolemasta. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Valtiotieteen tiedekunta. [Yhthttp://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sospo/vk/miettinen/eiskuntatieteen laitos](http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sospo/vk/miettinen/eiskuntatieteen%20laitos). Luettu 3.3.2010.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Helsinki: WSOY.

Noro, A. Finne-Soveri, H. & Björgren M. RAI-raportti 1/2000. Helsinki: Stakes <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita17-2001.pdf>. luettu 6.5.2011.

Paavilainen, E., Kuuppelomäki, M., Murtonen, I., Sirola, K., Tuominen - Saarela, L., Nieminen, P. toim. 2001. Perhehoitotyön kehittäminen Tampereen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja terveydenhuolto-organisaatioiden yhteistyönä. Projektin raportti. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen K. 1999: Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. ja Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY.

Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=3616>. luettu 2.2.2010.

Pelkonen, M., Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede vol. 14. 5/2002.

Pitkälä, K. & Hänninen, J. 1999. Kun kuolema lähestyy. Helsinki: Duodecim.

Raatikainen, R., Miettinen, T. Karppi, P. 2001. Omaisten arviointia kuolevan potilaan hoidosta. Hoitotiede vol. 13. no 1/01. 30 - 42.

Rintamäki, J. 2009. Tapahtumamarkkinoinnin merkitys globaalille yritykselle: case tutkimus B2B-tapahtumamarkkinoinnista. Maisterin tutkinnon tutkielma. Helsingin kauppakorkeakoulu. Markkinoinnin ja johtamisen laitos. <http://hsepuhl.lib.hse.fi>. Luettu 5.6.2010.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Helsinki: Tammi.

Rönkä, A., Kinnunen, U. 2002. Johdanto. Teoksessa Rönkä, A., Kinnunen, U. toim. 2002. Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/ luettu 12.12.2010

Simonen, L. 1996. Hyvä Kuolema. Kehittämistyö vuosina 1991–1995. Stakes: tutkimuksia 59. määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö muistio 2003.28. Sähköisten potilasjärjestelmien valtakunnallinen. <http://stm.fi/pr1074496951603/passthru.pdf>. Luettu 5.5.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6. Hyvä saattohoito Suomessa. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097. luettu 31.12.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010/6 julkaisu: Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 – 2020. Sosiaali- ja Terveysministeriön raportti. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1486858. luettu 12.12.2010.

Sosiaali- ja terveyshuollon taskutieto 2003. Helsinki: Stakes.

Sutinen, P. 2005. Vanhempana ja aikuisena uusperheessä. Helsingin Yliopisto. Väitöskirja. Saatavana osoitteessa: <http://urs.fi/urm:isbn:952-1-2667-7>

Toiko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere :Tampereen yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

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

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Yesilova, K. 2009. Ydinperheen politiikka. Väitöskirja. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press

Yin, R. 1994. Case study research: Design and Methods. London: Sage.

Åstedt - Kurki, P., Jussila, A.-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R., Potinkara, H. 2006. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Lait:

Avioliittolaki 234/1929 uudistettu

16.4.1987/411<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1929/19290234>. Luettu 2.5.2010.

Nimilaki 694/1985 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1985/19850694>. Luettu 2.5.2010.

Perintökaari 40/1965<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1965/19650040>. Luettu 2.5.2010..

Taulukkoluetelo:

| | |
|---|----|
| Taulukko 1: Esimerkki eräiden alaluokkien muodostamisesta Sovittu hoito - yhdistävässä kategoriassa..... | 21 |
| Taulukko 2: Ala-, ylä- ja yhdistävä kategoriat..... | 22 |
| Taulukko 3: Asiakirjatutkimuksen potilaat | 23 |
| Taulukko 4: Potilaiden sairaalaan hakeutumisen syy | 24 |
| Taulukko 5: Hoitolinjauksien kirjaus | 26 |
| Taulukko 6: Hoitolinjauksen tekijä | 27 |
| Taulukko 7: potilaiden oireiden kirjauksia elämän viitenä viimeisenä vuorokautena ... | 28 |
| Taulukko 8: Tarvittavien kipulääkkeiden määrä potilaan elinajan kolmen viimeisen vuorokauden aikana | 30 |

Kuvaluettelo:

| | |
|--|----|
| Kuva 1: Kehittämishankkeen tutkimuksellisuus (Anttila 2007,23)..... | 16 |
| Kuva 2: Potilaiden kotikunta..... | 24 |
| Kuva 3: Hoitolinjaukset..... | 26 |
| Kuva 4: Kenen kanssa hoitolinjauksesta oli keskusteltu niiden 85 potilaan osalta, joille hoitolinjaus tehtiin..... | 28 |
| Kuva 5: Kipulääkitys viimeisen kolmen vuorokauden aikana..... | 29 |
| Kuva 6: Tarvittavien kipulääkeannosten määrä viimeisen kolmen elinvuorokauden aikana..... | 31 |
| Kuva 7: verikokeet viimeisen elinvuorokauden aikana..... | 32 |

Liite 1: Asiakirjatutkimuksen tietojenkeruulomake

TIETOJENKERUULOMAKE: Saattohoito HyS:ssa

HoitojaksoNro _____; PotilasNro _____

1. Nimi: _____ HETU _____

2. Kotikunta _____

3. Hoitopaikka: _____

4. Sairaalaan tulo-pvm.: _____; Tulosyy _____

5. Kuolinpvm. _____

6. Hoitojakson Dg1: _____

Dg2: _____

Dg3: _____

7. Välitön kuolinsyy: Nro____, Dg_____

8. Peruskuolinsyy: Nro____, Dg_____

9. Montako hoitojaksoa HYS:ssä potilaalla oli vuoden kuluessa ennen kuolemaa ?n = _____

10. Oliko potilaalla tehty/kirjattu jokin hoitolinjaus ?

0 = Ei 1 = DNR

2 = Saattohoito

3 = Palliatiivinen hoito

4 = Oireenmukainen hoito

5 = Ei intuboida 6 = Muu, Mikä? _____

11. Oliko hoitolinjaus kirjattu ?

0 = Ei hoitolinjausta

1 = Sairauskertomukseen (MIRANDA), pvm. _____

2 = Hoitolehdille, pvm. _____ (? = ei pvm.)

3 = Muualle, mihin ? _____

12. Kuka oli tehnyt hoitolinjauksen ?

0 = Ei hoitolinjausta

1 = Aiemmin hoitanut lääkäri (Aiemmin MI-

RANDASSA)

2 = Sairaalalääkäri

3 = Sairaalalääkäri erikois-

lääkäriä konsultoiden

4 = Erikoislääkäri

5 = Muu, ku-

ka? _____

6 = Hoitolinjauksen tekijää ei kirjattu (ei nimikirjaimia tms.)

13. Kenen kanssa hoitolinjasta oli keskusteltu?

0 = Ei hoitolinjausta

- 1 = Potilaan
- 2 = Omaisen
- 3 = Muun henkilön. Kuka? _____
- 4 = Ei kenenkään kanssa

14. Mitä potilaan oireita oli kirjattu viimeisen 5 vrk:n aikana ennen kuolemaa ?

Voi olla us. vaihtoehtoja. M = Miranda; H = Hoitolehdet

- 1 = Kipu, Kirjaus M / H
- 2 = Väsymys/Uupumus, Kirjaus M / H
- 3 = Hengenahdistus, Kirjaus M / H
- 4 = Yskä, Kirjaus M / H
- 5 = Pahoinvointi, Kirjaus M / H
- 6 = Muu GI-oire _____, Kirjaus M / H
- 7 = Sekavuus, Kirjaus M / H
- 8 = Psyykkinen/henkinen oire _____, Kirjaus M / H
- 9 = Muu oire. Mikä? _____, Kirjaus M / H

15. Annettiinko oirelääkitystä viimeisen 5 vrk:n aikana ennen kuolemaa ?

0 = Ei varsinaista oirelääkitystä

1 = Ki-

pu, _____

2 = Hengenahdis-
tus, _____

3 = Pahoinvoin-
ti, _____

4 = Psyy-
ke, _____

5 = Seka-
vuus, _____

6 = Muu, Oi-
re/lääke _____

16. Oliko potilaalla säännöllinen kipulääkitys viimeisen 3 vrk aikana ennen kuolemaa ?

0 = Ei tiedossa

1 = Kyllä, Mi-

kä/Annos _____

2 = Ei

17. Oliko potilaalla tarvittava kipulääkitys viimeisen 3 vrk aikana ennen kuolemaa ?

0 = Ei tiedossa

1 = Kyllä, Mikä/annos _____, Annostelu p.o. / i.m. / i.v. /

Muu _____

2 = Ei

18. Montako kerta-annosta tarvittavaa kipulääkitystä annettiin viimeisen 3 vrk aikana ennen kuolemaa?

Annoskertoja_____

19. Mitä lääkkeitä potilaalla meni viimeisen vrk:n aikana ennen kuolemaa (nimet) ?

20. Kykenikö potilas ottamaan lääkkeitä p.o. viimeisen elin-vrk:n aikana ?

0 = Ei tiedossa

1 = Kyllä

2 = Ei

21. Menikö potilaalla jatkuva lääkeinfuusio viimeisen elin-vrk:n aikana ?

0 = Ei tiedossa

1 = Kyllä, Lääkkeet:_____

2 = Ei

22. Olivatko potilaan omaiset/omainen potilaan vierellä potilaan kuollessa ?

0 = Ei tiedossa

1 = Kyllä

2 = Ei

23. Otettiinlaboratoriokokeita 3 vrk:n aikana ennen kuolemaa ?

0 = Ei tiedossa

1 = Kyllä, Mitä?:_____pvm._____

Mitä?:_____pvm._____

Mitä?:_____pvm._____

Mitä?:_____pvm._____

2 = Ei

24. Tehtiinkö potilaalle rtg-tutkimuksia 5 vrk:n aikana ennen kuolemaa ?

0 = Ei tiedossa

1 = Kyllä, Mitä?:_____pvm._____

Mitä?:_____pvm._____

Mitä?:_____pvm._____

Mitä?:_____pvm._____

2 = Ei

25. Annettiinko ei-lääkkeellistä palliatiivista hoitoa 5 vrk:ta ennen kuolemaa ?

1 = Henkinen tuki (keskustelu)_____

2 = Eksistentiaalinen tuki (Hengellinen apu tms.)_____

3 = Happi

4 = Ihon hoito_____

5 = Fysioterapia

6 = Toimepide (esim. pleurapunktio)_____,
pvm._____

7 = Muu, mikä_____

26. Lisätietoja

Liite 2: Case tapaus tutkimus lomake

Seuraavassa esitän case tyyppisen tapahtuman, johon pyydän Sinua tutustumaan ja sen jälkeen vastaamaan alla oleviin kysymyksiin. Vastaustasi tullaan käyttämän opinnäytetyössäni tarkastellessani saattohoidon toteutumista sairaalamme vuodeosastoilla. Vastaukset tullaan käsittelemään sisällön analyysi-menetelmällä. Näin varmistetaan myös vastaajien nimettömyys.

Pyydän Sinua vastaamaan tähän mahdollisimman nopeasti. Vastaukset voi lähettää minun sähköpostiosoitteeseen.

Kiitos jo etukäteen

Lea Mustonen

Opinnäytetyön tekijä

lea.mustonen@hus.fi

Case:

Osastolle tuodaan ensiavusta 46 – vuotias Laila. Hän oli hakeutunut ensiapuun kotoa, koska yleisvointi oli heikentynyt ja kävely ei ollut enää onnistunut. Potilaalla on diagnosoitu jo aiemmin pitkälle kehittynyt keuhkosityöpä. Ensiavussa potilaan TT:ssä on todettu metastaasi löydös pään alueella. Potilaan kipulääkityksenä on durogesic 12,5yg/h laastari. Muita kotona käytettäviä lääkkeitä ovat: atrodual inhalaattorilla 2 x2 ja emconcor 5mg x 2. Silloin tällöin hän on ottanut parasetamol tabletteja satunnaiseen kipuun.

Potilas valittaa ääneen kipua ja haukkoo henkeä. Pahoinvoinnin vuoksi hän ei voi syödä suun kautta mitään. Iv-tippana tippuu kirkkaita nesteitä. Kun potilas oli saapunut huoneeseen, osastolle saapuu mies kahden alaikäisen lapsen kanssa. Mies kertoo olevansa potilaan avomies. Lapset ovat miehen edellisestä liitosta. Illan aikana vierailulle saapuu nainen kahden lapsen kanssa. Hän kertoo olevansa Lailan elämänkumppani. Lapset ovat Lailan ja hänen yhteisesti hankkimia.

Miten toimit Lailaa hoitaessasi?

Miten toimit kivun hoidon osalta?

Ketä kuuluu Lailan perheeseen? Kuka on lähiomainen?

Milloin alkaa Lailan saattohoito?

Miten toteutat Lailan saattohoitoa?

Mitä muuta haluaisit tuoda esille?