
HOITAJIEN KOKEMUKSIA SAATTOHOITOSUOSITUS- TEN TOTEUTUMISESTA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 28.11.2012

Salla Törmä



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Salla Törmä	Vuosi 2012
Työn nimi	Hoitajien kokemuksia saattohoitosuosittelun toteutumisesta	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia suositusten mukaisesta saattohoidon toteuttamisesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sekä saattohoitotoiminnasta että eettisten periaatteiden toteuttamisesta. Tietoa voidaan hyödyntää saattohoitoa kehitettäessä.

Opinnäytetyön teoria muodostui hoito- ja lääketieteellisistä tutkimuksista sekä väitöstutkimuksista. Työssä käytettiin pohjana myös Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja sekä erään sairaanhoitopiirin saattohoitosuunnitelmaa.

Opinnäytetyö toteutettiin erään sairaalan kahdella osastolla. Tutkimukseen osallistuneita hoitajia oli yhteensä seitsemän. Tutkimusmenetelmä oli teemahaastattelu. Haastattelut nauhoitettiin ja aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysin perusteella pääluokiksi muodostuivat saattohoitopäätöksen tekeminen, saattohoidon suunnitteleminen, kokonaisvaltainen hoito, moniammatillisuus saattohoidon toteuttamisessa sekä ammattitaidon ylläpitäminen saattohoidon toteuttamisessa. Tuloksista selvisi, että eettisten periaatteiden ja kivun hoidon arvioitiin toteutuvan hyvin. Potilaan ja omaisten tukemisessa hoitajat kokivat tärkeänä keskustelemisen, mutta ajan puute oli tuen antamisessa estävä tekijä. Moniammatillisuus ja erityisesti sairaalapastorin kanssa tehtävä yhteistyö toimivat hyvin. Hoitajat kokevat osittain puutteellisena saattohoitopäätöksen ja hoitolinjausten teon osastoilla sekä kirjaamisessa. Hoitajat kokivat oman jaksamisensa ja osaamisensa kannalta tärkeinä asioina koulutuksen, työohjauksen ja työtovereiden tuen.

Avainsanat saattohoito, saattohoitosuosittelut, hoitaja

Sivut 41 s. + liitteet 5 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing

Author	Salla Törmä	Year 2012
Subject of Bachelor's thesis	Nurses' experiences of recommendations of terminal care	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to survey nurses' experiences of terminal care under recommendations. The aim of this thesis is to produce information on both terminal care and ethical principles. The information can be used for developing terminal care.

The theory of this thesis was based on studies of nursing and medical science. Publications of Social Affairs and Health and a hospital terminal care plan were also used.

Study data was collected from two wards of a hospital. There were seven nurses participating in the study. Recorded theme interview was used as the research method. Research data were analyzed by means of data based content analysis. The main results of this thesis were making a decision of terminal care, planning terminal care, comprehensive treatment, multidisciplinary terminal care and maintaining professional skills. The results showed that ethical principles and treatment of pain were estimated to be on a good level. Discussion was thought as an important way of supporting the patient and the family. A preventing factor of support was a lack of time. Multidisciplinary care and especially the cooperation with the hospital pastor worked well. Nurses experienced some inadequacy in making decisions, defining guidelines of treatment and marking them to patient files. The nurses experienced that it was important for their know-how and coping to get education, supervision and support from colleagues.

Keywords terminal care, recommendation of terminal care, nurse

Pages 41 p. + appendices 5 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SAATTOHOIDON JÄRJESTÄMINEN.....	2
2.1	Saattohoitosuosituksheet.....	2
2.2	Erään sairaanhoitopiirin saattohoitosuunnitelma	4
3	SAATTOHOIDON TOTEUTTAMINEN.....	6
3.1	Hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kohtaamisesta	6
3.2	Saattohoitopäätöksen tekeminen	7
3.3	Hoitotyö kuolevan potilaan hoidossa	8
3.4	Kuolevan potilaan kivun hoito	9
3.5	Potilaan ja omaisen tukeminen.....	10
3.6	Moniammatillinen yhteistyö	12
3.7	Hoitohenkilökunnan osaamisen ja jaksamisen tukeminen.....	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	14
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	15
5.1	Aineiston keruu	15
5.2	Aineiston analyysi	16
5.3	Tutkimuksen luotettavuus	17
5.4	Tutkimuksen eettisyys.....	19
6	TULOKSET	20
6.1	Saattohoitopäätöksen tekeminen	20
6.1.1	Potilaskohtainen päätös	21
6.1.2	Tiedon siirtyminen.....	23
6.2	Saattohoidon suunnitteleminen	23
6.2.1	Hoidon suunnitteleminen.....	24
6.2.2	Eettisten periaatteiden huomioiminen	25
6.3	Kokonaisvaltainen hoito.....	26
6.3.1	Hyvä perushoito.....	26
6.3.2	Kivun hoito	27
6.3.3	Potilaan ja omaisten tukeminen.....	28
6.4	Moniammatillisuus saattohoidon toteuttamisessa.....	30
6.5	Ammattitaidon ylläpitäminen saattohoidon toteuttamisessa.....	32
6.5.1	Tiedollinen osaaminen.....	32
6.5.2	Jaksamisen tukeminen	33
7	TULOSTEN TARKASTELUA JA POHDINTA	35
8	TULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET ..	38
	LÄHTEET	39

Liite 1	Suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Teemahaastattelurunko
Liite 4	Saattohoidon toteuttaminen

1 JOHDANTO

Ihmisen elämä on arvokas ja elämän kuuluu myös loppua arvokkaasti. Kuoleman kohdatessa on merkitystä, miten elämän loppuvaiheen hoito eli saattohoito toteutetaan. Terveystieteissä tämä on ollut eettisesti tärkeä kysymys viime vuosina.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2010 saattohoitosuosittelut. Suositusten tavoitteena on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden parantaminen sekä yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon parantaminen. Tähän pyritään lisäämällä hoidon suunnitelmallisuutta ja potilaan osallistumista päätöksentekoon. Suosituksissa korostuvat saattohoidon eettisyys, potilaan hyvän kuoleman mahdollistaminen ja omaisten osallistumisen mahdollistaminen. Saattohoitosuosituksissa veloitetaan lisäksi sairaanhoitopiirejä laatimaan saattohoitosuunnitelmat suositusten mukaisiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–32.)

Kuoleman kohtaaminen edellyttää hoitotyön ammattilaiselta ammatillisuutta, objektiivisuutta ja toimintakykyä, mutta toisaalta herkkyyttä, pehmeyttä ja eläytymiskykyä. Näiden yhdistäminen hoitotyöhön on hoitajille haasteellinen tehtävä. Hoitajien kouluttaminen saattohoitoon auttaa hoitajaa kohtaamaan näitä haasteita. Tärkeitä ovat myös jaksamisen tukeminen ja työnohjaus. (ETENE 2004, 11, 13.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia suositusten mukaisesta saattohoidon toteuttamisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa sekä saattohoitotoiminnasta että eettisten periaatteiden toteuttamisesta. Tietoa voidaan hyödyntää saattohoitoa kehitettäessä.

2 SAATTOHOIDON JÄRJESTÄMINEN

Saattohoito on vaikeasti sairaan ja kuolemaa lähestyvän ihmisen aktiivista hoitoa. Saattohoito on myös tukea sekä potilaalle että läheiselle lähellä kuoleman todennäköistä ajankohtaa ja kuolinprosessin aikana. Ennuste on saattohoidon alkaessa viikkoja tai enintään kuukausia. (Eho, Hänninen, Kannel & Pahlman 2003, 5–7; Hänninen & Riikola 2008; Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 19–21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Saattohoidossa olevan potilaan sairauteen ei ole löydetty parantavaa hoitoa tai siitä on luovuttu taudin kulun ja ennusteen perusteella. Potilas voi myös halutessaan kieltäytyä hoidosta. Saattohoidossa elämää pitkittävät hoidot lopetetaan tai jätetään aloittamatta ja keskitytään potilaan oireiden sekä kärsimyksen lievittämiseen. (Eho ym. 2003, 5–7; Hänninen & Riikola 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

2.1 Saattohoitosuositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemien saattohoitosuositusten perustana on käytetty asiantuntijaryhmän yhteen kokoamia suosituksia, säädöksiä ja lakeja. Saattohoidon eettiseen perustaan liittyviä suosituksia on julkaissut Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Näihin kuuluvat suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta (2001), saattohoidosta (2003) sekä vanhusten hoidosta (2008). Kansainvälisellä tasolla saattohoitoa ohjaavat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999) sekä Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2009). Kansallisesti saattohoitoon liittyvät Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Lääketieteellisenä suosituksena on käytetty Käypä hoito -suositusta Kuolevan potilaan oireiden hoidosta (2008). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 13–14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukset on koottu kymmenen eri kohtaan, joiden toteutumista hyvä saattohoito edellyttää. Saattohoidon lähtökohtana on potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Tätä lisäävät saattohoidon suunnitelmallisuus ja potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun. Suositusten mukaan saattohoidon aloittamisen perusteena on kuolemaan johtava sairaus ja kuoleman läheisyys. Tällöin keskustellaan potilaan ja hänen suostumuksellaan omaisten kanssa hoitolinjauksista, jotka kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–32.)

Saattohoidon toteuttamisesta vastaa saattohoidon koulutuksen saanut moniammatillinen työryhmä, jolla on mahdollisuus konsultaatioihin eri vuorokauden aikoina sekä kouluttautumis-, työnohjaus- ja keskustelumahdollisuuksia. Työryhmä tekee yhteistyötä potilaan ja omaisten kanssa sekä mahdollisesti myös vapaaehtoisten henkilöiden kanssa. Omaisten hoitoon

osallistuminen on olennaista mahdollistaa, mutta huomioon tulee ottaa heidän omat lähtökohtansa ja mahdollisuutensa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–32.)

Hoitohenkilökunnan osaamisen alueiksi suosituksissa mainitaan kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Hoitohenkilökunnan ajankohtaisen tiedon hankinnan tukeminen koulutuksilla lisää myös potilaiden hoidon tasalaatuisuutta ja yhdenvertaisuutta. Hoitohenkilökuntaa on huomioitava myös siinä suhteessa, että heidän jaksamista ja hyvinvointia on tuettava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31–32.)

Saattohoitoa järjestetään monissa eri terveydenhuollon yksiköissä sekä kotona. Pyrkimyksenä on kuitenkin järjestää saattohoitopalvelut potilaalle siellä, missä hän on hoidossa tai asuu. Hoidon organisointi sekä vastuu- ja työnjaon suunnittelu on osa hyvää saattohoitoa. Tähän liittyy myös potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, jolloin potilaan ja hoidon jatkumisen kannalta selkeä hoitoketju on eduksi. Lasten saattohoito tekee poikkeuksen, sillä se järjestetään erikoissairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31–32.)

Saattohoito alkaa saattohoitopäätöksen tekemisellä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 15). Kaikki sovitut asiat ja suunnitelmat tulee näkyä kirjallisesta hoitosuunnitelmasta (Pihlainen 2010). Näiden päätösten tekemisessä ovat mukana potilas ja potilaan halutessa myös omainen tai läheinen. Huomioon on aina otettava potilaan yksilöllisyys, jolloin pyritään huomioimaan potilaan ja omaisten arvot, päämäärät, tarpeet sekä toiveet. Päätösten kirjaaminen on osa saattohoidon toteuttamista. Saattohoidon toteuttamisesta huolehtii moniammatillinen työryhmä, jonka riittävästä koulutuksesta sekä jaksamisesta huolehditaan. Työryhmässä huolehditaan potilaan fyysisistä, sosiaalisista, psyykkisistä ja hengellisistä tarpeista sekä huomioidaan omaisten tuen tarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on suositusten pohjalta kirjannut keskeiset kehittämistarpeet hyvän saattohoidon turvaamiseksi. Suosituksena on sairaanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmien teko sekä niiden täydentäminen saattohoitosuosittelun mukaisiksi, johon kuuluu muun muassa saattohoitopotilaan hoitopolun selkeyttäminen. Alueellisesta saattohoidosta vastuussa olevaksi tahoksi sosiaali- ja terveysministeriö nimeää perusterveydenhuollon ja saattohoitoa toteuttavan laitoksen. Erikoissairaanhoidon tulee mahdollistaa näille saattohoidosta vastaaville yksiköille riittävät konsultaatiomahdollisuudet. Viimeisenä kehittämistarpeena suosituksissa on terveydenhuollon henkilöstön kouluttaminen tarpeiden mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 35.)

ETENEn vuonna 2009 tekemän kyselyn mukaan kyselyssä mukana olleista sairaanhoitopiireistä ja suurista kaupungeista noin puolella oli saattohoitosuunnitelma tai laitospohjaisia saattohoito-ohjeita. Vastanneista kolmannes oli laatimassa saattohoitosuunnitelmaa tai selvittämässä alueellisen saattohoidon hoitoketjua. Saattohoitosuunnitelmat olivat työryhmien laatimia, joissa jäsenenä oli ollut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

don henkilökuntaa. Suunnitelmissa käsiteltiin muun muassa saattohoitopäätöksen tekemistä, saattohoitoneuvottelua, päätösten kirjaamista, potilaan itsemääräämisoikeutta, hoitotahtoa, edunvalvontavaltuuksia, potilaan kokonaisvaltaista hoitamista sekä omaisten ja läheisten tukemista. Saattohoitosuunnitelmissa tärkeänä osana saattohoidon toteuttamista pidettiin hoitohenkilökunnan kouluttamista ja työnohjauksen järjestämistä, mutta koulutusjärjestelyiden toteuttamisesta oli kirjattu harvoin suunnitelmiin. Useimmissa saattohoitosuunnitelmissa oli kyselyn mukaan puutteena selkeä saattohoitopotilaan hoitopolku. (Turkia 2009.)

2.2 Erään sairaanhoitopiirin saattohoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 julkaisemissa saattohoitosuosituksissa mainitaan kehittämiskohteenä sairaanhoitopiirien puuttuvat tai joiltain osin puutteelliset saattohoitosuunnitelmat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 35). Eräs sairaanhoitopiiri on julkaissut suosittelun mukaisesti saattohoitosuunnitelmansa keväällä 2012 ja sen sisältöä ohjaavat saattohoitosuositteet. Saattohoitosuunnitelman on laatinut sairaanhoitopiirin johtoryhmän valitsema työryhmä. (Heikkilä, Aroviita, Forsten, Järvinen, Kontula, Lehtonen, Niemelä, Rajapuro & Stolt 2012.)

Saattohoidon perustason järjestämisvastuu on saattohoitosuunnitelman mukaisesti niissä terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä, joissa hoidetaan oireenmukaisessa- tai saattohoidossa olevia potilaita. Nämä yksiköt velvoitetaan toimimaan hyvän saattohoidon periaatteiden mukaisesti sekä huolehtimaan riittävästä henkilökunta määrästä. Tarjolla on oltava ympärivuorokautinen hoito, sairaanhoitajan konsultaatiomahdollisuus ympärivuorokauden sekä virka-aikana lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Lisäksi alueelliset palliatiivisen ja saattohoidon yksiköt, joita ovat terveyskeskukset, toimivat konsultoivina yksiköinä. Näissä saattohoitoyksiköissä henkilökunta mitoituksessa tulee olla yksi sairaanhoitaja ja lääkärin konsultaatiomahdollisuus ympärivuorokauden. Vaativaa palliatiivista hoitoa annetaan keskussairaalassa sekä yksityisen säätöön pitämässä saattohoitokodissa. (Heikkilä ym. 2012.)

Saattohoitosuunnitelman mukaisesti saattohoitopäätös tulisi tehdä oikea-aikaisen hoidon mahdollistamiseksi sekä jatkohoidon suunnittelua varten. Päätöksen tekee hoitava lääkäri yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan halutessa siihen voi osallistua myös potilaan omainen tai läheinen. Päätöksenteossa esiin tulleet asiat kirjataan sairaskertomukseen. Tarvittaessa saattohoitopäätöstä voidaan muuttaa myöhemmin. (Heikkilä ym. 2012.)

Saattohoitopäätöksen tekoon liittyvät myös saattohoidon linjausten tekeminen. Yksilöllinen saattohoitosuunnitelma tehdään kuitenkin vasta siinä hoitopaikassa, jossa saattohoito toteutetaan. Suunnitelma tehdään yhdessä potilaan, hänen läheistensä ja hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa sekä kirjataan sairaskertomukseen. Hoitosuunnitelmassa määritellään potilaan hoidosta vastuussa oleva hoitopaikka, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon roolit hoidossa, toimintatavat tavallisimpiin päivystystilanteisiin sekä hoitoon liittyvät yksityiskohdat, kuten esimerkiksi nes- teytys ja tehtävät toimenpiteet. (Heikkilä ym. 2012.)

Saattohoitosuunnitelmassa on otettu esille myös potilaan läheisten osallistuminen potilaan saattohoitoon. Läheisiksi on luettu potilaan nimeämät henkilöt. Heille mahdollistetaan potilaan luona oleminen ympärivuorokauden, mutta huomiota tulee kiinnittää läheisten jaksamiseen sekä tarjota riittävästi tukea ja ohjausta. Läheiset ovat hoidosta tehtävien päätöksien teossa mukana silloin, kun potilas ei pysty omaa kantaansa ilmaisemaan. Tällöin myös mahdollinen hoitotahto on otettava huomioon. Vastuu on kuitenkin aina lääkärillä ja hoitajalla siitä huolimatta, että läheisten mielipiteet otetaan huomioon. (Heikkilä ym. 2012.)

Saattohoitopotilaan kuolema voi tapahtua eri ympäristöissä potilaan tahdosta riippuen. Laitoksissa hoitaja on läheisten ohella toteamassa elottomuuden, jolloin hänen tehtävänä on ilmoittaa lääkärille ja läheiselle, joka on potilaan yhteyshenkilö sekä kirjata kuolinaika. Lääkäri toteaa kuoleman ohjeiden mukaisesti, kirjoittaa kuolintodistuksen ja antaa luvan haudattamiseen. Kuoleman toteamisen jälkeen vainajan laitosta huolehtivat hoitajat. Läheisille tulee antaa mahdollisuus olla vainajan vierellä ja hyvästellä. Heille tulee hoitohenkilökunnan toimesta antaa tietoa käytännön asioista suullisesti ja kirjallisesti. Hoitajana voi helpottaa läheisten surutyötä keskustelun avulla sekä ohjaamalla tarvittaessa yhdistysten ja seurakuntien sururyhmiin. (Heikkilä ym. 2012.)

Saattohoitosuunnitelmassa mainitaan suunnitelman toteutumisen edellytyksenä asianmukainen koulutus. Tavoitteena on lisätä saattohoitokoulutusta peruskoulutukseen, täydennyskoulutuksiin, saattohoitoyksiköiden työntekijöiden osallistumista valtakunnallisiin koulutuksiin sekä lähikoulutuksen lisääminen työpaikoille. Koulutuksissa tärkeinä aiheina ovat potilaan ja läheisen kohtaaminen sekä lääkekoulutus. Työnohjaus mainitaan myös osana saattohoitoa toteuttavan hoitohenkilökunnan jaksamisen ja osaamisen tukemista. (Heikkilä ym. 2012.)

Moniammatillinen yhteistyö on osa hyvää saattohoitoa ja se mahdollistaa laajan tuen sekä hoitohenkilökunnalle että potilaalle ja omaisille. Saattohoitoyksiköiden henkilökunnan lisäksi yhteistyössä voi olla mukana psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, sairaalateologi, seurakuntien diakoniatyöntekijät tai vapaaehtoistyössä mukana olevat. Kotona hoidettavan saattohoitopotilaan hoidossa tulee tarjota yhtälailla moniammatillisen työryhmän tukea. (Heikkilä ym. 2012.)

3 SAATTOHOIDON TOTEUTTAMINEN

Saattohoitoa toteutetaan monessa eri ympäristössä kotona ja hoitolaitoksissa, jonka takia hoitaminen toteutuu eri tavoin. Olennaista saattohoidossa kuitenkin on potilaan kokonaisvaltainen hoito, jolloin otetaan fyysisten ongelmien lisäksi huomioon psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen hyvinvointi sekä liitetään omaisten tukeminen osaksi saattohoidon toteuttamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11; Anttonen & Pajunen 2008, 27–29). Saattohoidossa on tärkeää pysähtyä potilaan ja hänen omaistensa tilanteeseen ja heidän asioihinsa (Sand 2003, 25).

3.1 Hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kohtaamisesta

Kuolevan potilaan hoito ja lopulta kuoleman näyttäytyminen on aina merkittävä ja ainutlaatuinen tapahtuma. Hoitaja joutuu kuolevaa potilasta hoitaessaan kohtaamaan potilaan tunteet sekä voinnin näkyvät muutokset ja omaiset omine tunteineen, mutta myös omat kuolemaan liittyvät tunteensa. Koulutuksen tuoma ja työyhteisöltä saatu tuki sekä kokemus kuolevien potilaiden hoidosta auttavat hoitajaa työssään. (Huhtinen 2011, 192–197.)

Huhtinen (2005, 96–99, 112–113) on tutkinut hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kohtaamisesta ja tuloksissa jaotellut hoitajien kokemat kohtaamiset vaikeisiin, tavanomaisiin ja helppoihin. Hoitajan on vaikeaa kohdata kuoleva potilas, jos potilas muistuttaa hoitajaa jostain omaan elämään liittyvästä samankaltaisuudesta, kuten samanikäistä henkilöä tai sukulaista. Se tuo kuoleman lähelle itseä tai voi tuoda jo unohtuneen surun takaisin nykyhetkeen. Sairaanhoitajat ovat kokeneet myös potilaan nuoren iän olevan estävä tekijä tuen antamisessa (Vaskelainen 2008, 49). Vaikeaksi kuolevan potilaan kohtaaminen voi muodostua myös silloin, kun hoitajan henkilökohtaisessa elämässä on haasteita eivätkä voimavarat riitä. Silloin työn ja työn ulkopuolisen elämän haasteet voivat olla henkisesti rankkoja ja aiheuttaa väsymystä. (Huhtinen 2005, 96–99, 112–113.) Omaisten vaatimukset ja suhtautuminen tilanteeseen sekä hoitohenkilökuntaan voivat aiheuttaa ristiriitatilanteita, kun kysymyksessä on kuolevan potilaan hyvä hoito. Hoitajan on vaikea toimia kuolevan potilaan kannalta oikealla tavalla ja täyttää samalla kaikki omaisten odotukset, jotka voivat kohota liian suuriksi. (Huhtinen 2005, 98–99; Kuuppelomäki 2002a, 123.)

Kuoleman kohtaaminen voi tuntua hoitajasta myös tavanomaiselta. Tavanomaisuuden tunne voi olla kuolevaa kohdatessa silloin, kun hoito on tavallista huolenpitoa ja kuoleman odotusta potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kannalta katsottuna. Kuolema saattaa tuntua tavanomaiselta myös siitä syystä, että omaiset ovat asennoituneet samalla tavalla. Odotus on saattanut pitkittyä, jolloin he ovat väsyneet tai kuolema on hyväksytty eikä tilanne tunnu erityiseltä. Kuolevan kohtaaminen on helpompaa silloin, kun kyseessä on tavallinen kuoleva potilas, joka ei erityisemmin tuo itseään esiin, tajuton ja etäiseksi jäänyt tai dementoitunut kuoleva potilas. Huhtinen kirjoittaa, että tavanomaisiksi kuvatuissa kuolemissa hoitaja on kuin sivusta katsojana ja sivuuttaa hoidossa potilaan tunteet. (Huhtinen 2005, 102–104, 113.)

Kuolevan kohtaaminen on helppoa silloin, kun potilas on rauhallinen, kivuton ja ellettyyn elämäänsä tyytyväinen. Hän on valmis kuolemaan. Omaisten valmius kuolemaan tekee työtä helpommaksi hoitajalle. (Huhtinen 2005, 108–112, 113; Vaskelainen 2008, 46–47.) Silloin, kun he ovat saaneet rauhassa työstää asiaa, keskustella kuolevan kanssa ja hyväksyä tulevan, surutyön tekeminen yhdessä helpottuu. Yhteistyössä kohtaamisen tekee helpoksi hoitajan rooli asiantuntijana, jonka apua voi hyödyntää. Hoitajan työtä helpottaa omien voimavarojen saaminen ja hyödyntäminen raskaassa työssä sekä työtovereiden antama myönteinen tuki. (Huhtinen 2005, 108–112, 113.)

3.2 Saattohoitopäätöksen tekeminen

Saattohoitopäätös syntyy yhteistyössä potilaan kanssa ja hänelle on kerrottava perusteet päätökseen sekä sen seuraamukset. Saattohoitopäätös on osa kuolevan potilaan hyvää hoitoa. Se mahdollistaa hoidon linjaamisen, potilaan autonomian toteutumisen, oireiden lievityksen ja valmistautumisen lähestyvään kuolemaan. (Grönlund 2011, 78–79.) Saattohoitosuosituksissa nimetään lääkäri hoitopäätösten teosta vastaavaksi ammattihenkilöksi. Suositusten mukaista päätöksentekoa ohjaavat lääke- ja hoitotieteellinen näyttö, mutta myös potilaan ja omaisten toiveet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 30.)

Hoitajat ovat kokeneet, että yleensä aktiivisia hoitoja jatketaan potilailla liian pitkään, jolloin saattohoitopäätös tehdään myöhäisessä vaiheessa tai jätetään tekemättä. Potilaan toiveiden koettiin olevan tärkeässä asemassa hoitopäätöksiä tehtäessä. (Hilden 2005, 48–49, 53.) Kuoleman ennustaminen on toisinaan vaikeaa eikä esimerkiksi dementiapotilailla aina pystytä määrittelemään ajankohtaa yhtä tarkasti kuin syöpää sairastavilla. Tällöin saattohoitoon siirtyminen ei välttämättä ole oikeanlaista hoitoa, vaan voi jopa nopeuttaa kuolemaa. Toisinaan palliatiivinen hoito on siis potilaan kannalta parempi vaihtoehto. Saattohoitopäätöksen tekemisessä haasteena on huomioitava se, ettei dementoitunut potilas voi antaa suostumusta saattohoidon aloittamiseen. (Sulkava 2006.) Harvalla potilaalla on hoitotestamentti, joka ohjaisi hoitoa tilanteessa, jossa potilas ei pysty sitä itse ilmaisemaan. Melko yleistä kuitenkin on, että potilaat ovat suullisesti ilmaisseet hoitotahtonsa kyetessään vielä niin tekemään. (Hilden 2005, 47–48.)

Saattohoitopäätöksen tekeminen ei siis ole yksiselitteistä. Vaskelainen (2008, 43) on tuonut tutkimuksessaan esiin sen, että tutkimuksen aikana hoidetuista yhdeksästä potilaasta osastonlääkäri oli tehnyt vain yhden potilaan kohdalla saattohoitopäätöksen. Kahdella potilaalla oli erikoissairaanhoidossa tehty elvytyskieltopäätös. Osastolla ollessa yhdelle potilaalle tehtiin elvytyskieltopäätös. Viiden potilaan kohdalla ei ollut kuollessa elvytyskielto- tai saattohoitopäätöstä.

Saattohoitopäätöksen teosta sairaanhoitajat ovat kuitenkin olleet sitä mieltä, että lääkäri tekee saattohoitopäätöksen yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Sairanhoitajat ovat myös arvioineet omaisten tietävän saattohoitopäätökseen kirjatuihin asioihin. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 23.)

Myös Hildenin (2005, 49–50) tutkimuksessa käy ilmi, että hoitajat pitävät tärkeänä potilaan ja omaisten kanssa tehtyä yhteistyötä päätöksenteossa sekä heidän näkökulmansa huomioimista. Heille tulee tarjota riittävästi tietoa sekä aikaa hyväksyä tilanne ja harkita päätöstä. Potilaalle ja omaisille ei saa kuitenkaan luovuttaa koko vastuuta päätöksestä.

Monille potilaille, jotka ovat sairaalassa hoidossa pitkään ennen kuolemaa, on tehty elvytyskieltopäätös. Tosin sen merkitys ja perusteet vaihtelevat eri osastojen välillä. (Hilden 2005, 46–47; ETENE 2004, 13–14.) Tämä selittyy osittain tutkimuksessa esiin tulleella osastojen ohjeistusten puutteilla elvytyskieltopäätöksen suhteen sekä hoitajien ja lääkäreiden erilaisilla käsityksillä sen tarkoituksesta. Osa lääkäreistä ja hoitajista ymmärsi päätöksen merkitsevän palliatiivista hoitoa elvyttämättä jättämisen sijaan. (Hilden 2005, 46–47.)

3.3 Hoitotyö kuolevan potilaan hoidossa

Saattohoitosuosittelut nostavat esiin saattohoidon toteuttamiseen liittyen potilaan toiveiden ja tarpeiden huomioimisen, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen sekä hoidon laadun ja sen arvioimisen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31).

Lääkärin tehtävänä on rajata hoitoja ja kertoa tulevasta kuolemasta, mutta siitä huolimatta sairaanhoitajalla tulee olla valmiuksia keskustella potilaan kanssa kuolemaan liittyvistä asioista sekä kerrata lääkärin kertomia asioita. Keskustelussa hoitaja tarvitsee myös tiedollisia valmiuksia. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu siis taata potilaalle hyvä kuolema. (Saastamoinen 2012, 29.)

Saattohoitoa toteutetaan kirjalliseen hoitosuunnitelmaan perustuen (Pihlainen 2010). Kuolevan potilaan hoitotyössä sairaanhoitajat pitivät perushoitoa ja peruselintoimintojen tarkkailua tärkeimpinä tehtävinä. Turhaa hoitoa tulee välttää, kuten turhia toimenpiteitä sekä ylimääräisten laitteiden käyttöä hoidossa tai hoitoympäristössä. (Saastamoinen 2012, 29.) Hyvässä palliatiivisessa hoidossa korostuu lääkkeettömät hoidot, kuten asentohoito, fysikaalinen hoito sekä ravitsemuksesta ja hygieniasta huolehtiminen (Sulkava 2006, 24). Saattohoitopotilaalla saattaa ilmetä sairaudesta johtuvia oireita, kuten hengenahdistusta, nielemisvaikeuksia, suun kuivumista tai ummetusta (Hänninen & Riikola 2008). Oireiden onnistunut hoito on hyvän saattohoidon lähtökohta (Hänninen 2008).

Kirjaaminen kuuluu osana sairaanhoitajan tehtäviin, kun tavoitteena on hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Kirjaaminen tuo esiin sen, että hoitaja kunnioittaa potilasta ja huomioi potilaan tahdon hoidossa. (Haho 2009a, 38–39.) Se mahdollistaa lisäksi tiedon siirtymisen luotettavasti ja turvallisesti hoidossa mukana oleville ammattihenkilöille, jolloin hoidon jatkuvuus voidaan mahdollistaa (Haho 2009a, 38–39; Anttonen 2008, 16).

Eettisyys on merkittävä kuolevan potilaan hoitoa määrittelevä tekijä ja potilaan sekä omaisten yksilöllisyys tulee huomioida (Saastamoinen 2012, 29). Eettisenä kysymyksenä on huomioitava arvokkuuden säilyminen kuolemaan asti. Tätä tärkeää tunnetta potilaassa hoitaja voi tukea hienovaraisella käytöksellä, johon voidaan sisällyttää potilaan kuunteleminen ja mielipiteen huomioiminen päätöksen teossa. (Haho 2009b.) Kuolevan potilaan hoidossa eettisyys liittyy myös toivon ylläpitämiseen. Toivoa tulee pitää yllä niin kauan kuin sitä on, mutta päätös hoidon rajaamisesta on kerrottava rehellisesti. (Saastamoinen 2012, 29.)

Saattohoidon laatuun vaikuttaa hoitohenkilökunnan osaaminen ja kokemus saattohoidosta. Ammattitaitoisen henkilökunnan on mahdollista tunnistaa potilaan sekä hänen omaistensa tarpeet ja siten tarjota tarvittava tuki. Hoitajien ammattitaito kehittyy kokemuksen myötä, mutta reflektiivisellä työotteella, työnohjauksella ja koulutuksella pystytään osaamista tukemaan. (Anttonen 2008, 16.)

3.4 Kuolevan potilaan kivun hoito

Kuolevan potilaan kivun hoito on yksi hoidon osa-alue, johon tulee kiinnittää huomiota hoidossa. Kipu voi viedä potilaalta voimavaroja, jotka ovat muutenkin vähissä. Kivun syitä voi olla monenlaisia, aina se ei johdu fyysisistä tekijöistä vaan myös psyykinen ja henkinen pahoinvointi saattaa olla kipujen taustalla. Siksi kivun arviointi tulee huomioida osana kivun hoitoa. (Grönlund 2011, 57–59, 114, 117.) Kivun hoito on potilaan tarpeisiin vastaamista, jota saattohoitosuosituksissa painotetaan saattohoidon toteuttamisessa hoitohenkilökunnan tehtäviin kuuluvana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31).

Aikaisempien tutkimusten mukaan kuolevalla potilaalla on erittäin usein kipuja, joiden yleisin aiheuttaja on syöpäsairaus (Kuuppelomäki 2001, 3597–3601; Kuuppelomäki 2002a, 247). Ongelmana kivun hoidossa on suhtautuminen kivun hoitoon ja voimakkaisiin kipulääkkeisiin. Omaisilla ja potilaalla saattaa olla pelkoja kipulääkkeitä kohtaan tai muuten vastustavat niiden käyttöä. Ristiriitaiset tahdot omaisten ja potilaan välillä voivat olla myös haasteena kivun hoidon toteutumiselle. Tiedon antaminen kipulääkityksestä on siis tärkeää ja auttaa ymmärtämään kivunhoidon merkityksen potilaan olon helpottamiseksi. (Kuuppelomäki 2001, 3597–3601.) Myös hoitohenkilökunnan pelot voimakkaita kipulääkkeitä kohtaan voivat estää saattohoitopotilaan kivunhoidon onnistumisen. Pelkoja on muun muassa lääkeriippuvuuksista tai sivuvaikutuksista. (Hänninen 2008.)

Yleisimpinä kivunhoidon menetelminä käytetään terveyskeskuksissa tabletti lääkehoitoa, lihakseen annettavia pistoksia sekä kipulaastareita (Kuuppelomäki 2002a, 248–249). Lääkkeettöminä kivunhoitomenetelminä käytetään asentohoitoa, rentoutusta sekä kylmä- ja lämpöhoitoa (Kuuppelomäki 2001, 3600). Sätehoito on tehokas menetelmä kivunhoitoon luustoposäkkeiden aiheuttamassa kivussa (Hänninen & Riikola 2008). Kivun hoito tulee toteuttaa yksilöllisesti potilas huomioiden (Kuuppelomäki 2001, 3597; Kuuppelomäki 2002a, 247–248). Kivunhoidossa haasteellista on se, että henkinen ja fyysinen kipu saattavat sekoittaa potilaan tunte-

muksissa (Kuuppelomäki 2001, 3597–3601). Sen takia ahdistuksen tunnistaminen ja siihen reagoiminen esimerkiksi keskustelemalla kivun hoidon yhteydessä on tärkeää (Kuuppelomäki 2002a, 122).

Hoitajilla tai lääkäreillä ei aina välttämättä ole valmiuksia päättää riittävästä kipulääkityksestä tai huolehtia potilaan kivun hoidon tarpeesta. Toisinaan ongelmana on välinpitämättömyys kivun hoitamista kohtaan. Tutkimuksen mukaan reagointi kipuun on liian hidasta eikä ennaltaehkäisevästä kivun hoidosta huolehdita tarpeeksi hyvin. (Kuuppelomäki 2001, 3597–3601.)

Kuolevan potilaan kivun hoidon ongelmaksi sairaanhoitajat ovat kokeneet sen, että potilaat eivät aina pysty ilmaisemaan kipuaan sanallisesti (Kuuppelomäki 2001, 3597–3601). Yleisimpänä kivun arviointi menetelmänä käytetään siitä huolimatta keskustelua. Muita kipumittareita käytetään harvoin. (Kuuppelomäki 2002a, 247.) Lisäksi kivun hoidon ongelmina ovat olleet sivuvaikutukset, muiden kivunlievitystapojen puutteellinen ja vähäinen käyttö, lääkäreiden sekä hoitajien ajan puute sekä sopimattomat lääkkeenannottavat (Kuuppelomäki 2001, 3597–3601).

3.5 Potilaan ja omaisen tukeminen

Kuoleman läheisyyden hyväksyminen vaatii aikaa ja voimavaroja. Potilas valmistautuu luopumaan elämästä ja tulevaisuudesta. Omainen valmistautuu läheisensä menettämiseen ja elämään ilman tärkeää ihmistä. (Grönlund 2011, 88–90.) Valmistautuminen näkyy siis paitsi vaikutuksena potilaan ja omaisen elämään, myös heidän välisiinsä suhteisiin ja mielialaan (Sand 2003, 24). Selviytymiseen tarvitaan tällöin tukea ulkopuolelta ja hoitaja saattaa olla se lähin ulkopuolinen, joka on auttamassa (Grönlund 2011, 88–90).

Saattohoitosuosituksissa potilaalle annetaan keskeinen rooli omaan hoitoonsa liittyvien päätösten tekemisessä ja samalla nostetaan potilaan huomioiminen tärkeään asemaan saattohoitoa toteutettaessa. Potilaan suostumuksella myös omaisten mukana olo hoidossa ja yhteistyössä tulisi mahdollistaa. Potilaan ja omaisten kanssa tulee suositusten mukaan keskustella sekä kuunnella heidän toiveitaan ja tarpeitaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.)

Riittävän tuen antamiseksi ja mahdollistamiseksi omaisten tukemisprosessi alkaa potilaan tullessa hoitoon ja ensimmäisestä keskustelusta omaisten kanssa. Potilas voi halutessaan valita omaiset, joihin hoitohenkilökunta pitää yhteyttä ja myös sen, mitä potilaaseen liittyviä tietoja omaisille saa kertoa. Tuen tarvetta määritellään sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen pohjalta hoitajien toimesta. Tukemisprosessi päättyy viimeistään muutama vuorokausi potilaan kuoleman jälkeen. (Vaskelainen 2008, 34–35, 43.)

Saattohoidossa olevat potilaat ja heidän omaisensa kaipaavat monipuolista tukea. Luonteva keskustelun herättäminen kuolemasta esimerkiksi

perushoidon yhteydessä oli sairaanhoitajien mielestä tärkeää ja helpotti monia tilanteita, koska kuoleman tiedettiin olevan koko ajan lähellä. (Knuuttinen 2008, 30–31, 34–35; Kuuppelomäki 2002a, 122.) Yleinen hoitajien kokema ongelma on, ettei heillä ole aikaa keskustella omaisten kanssa riittävästi (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 25; Vaskelainen 2008, 49; Kuuppelomäki 2002a, 122–123). Toisaalta hoitajan, jolla ei ole kokemusta saattohoidosta, voi olla vaikeaa puhua asioista suoraan (Parkkonen 2007). Tällöin olisi tärkeää, että kokemattomampi hoitaja saisi ottaa mallia toisilta hoitajilta (Valente 2011, 29). Keskusteleminen on henkisen tuen antamista, jota voidaan antaa myös pelkällä läsnäololla sekä mahdollisuudella ottaa yhteyttä ammattilaiseen tarvittaessa. (Knuuttinen 2008, 30–31, 34–35; Vaskelainen 2008, 38.)

Henkisen tuen lisäksi konkreettisen, tiedollisen ja hengellisen tuen tarjoaminen koetaan hoitajien näkökulmasta merkitykselliseksi omaisille ja potilaalle. Konkreettiseen tukeen kuuluvat päivittäisessä selviytymisessä tarvittava auttaminen ja hoitotoimenpiteet. (Knuuttinen 2008, 30–31.) Sen osana sairaanhoitajat mainitsevat erityisesti lääkehoidosta huolehtimisen (Vaskelainen 2008, 38; Saastamoinen 2012, 28) ja kärsimyksen poistamisen (Saastamoinen 2012, 28). Hengellistä tukea voi hakea esimerkiksi seurakunnasta potilaan niin halutessa (Knuuttinen 2008, 30–31; Vaskelainen 2008, 38).

Tiedollista tukea sairaanhoitajat antoivat lääketieteellisestä tilanteesta, lääkehoidosta ja tutkimuksista. Kuoleman jälkeen tiedollista tukea omaisen voi tarvita käytännön järjestelyissä liittyen vainajan hoitoon ja haudamiseen sekä tuen saamiseen ammattiauttajalta kuoleman jälkeen. (Vaskelainen 2008, 37–38.) Kuolevan potilaan omaisille tulee antaa tietoa myös kirjallisena ja lääkärin kertomien asioiden kertaaminen sairaanhoitajan toimesta auttaa asioiden sisäistämisessä (Saastamoinen 2012, 30). Hoitajat arvioivat omaisten saaman tiedollisen tuen olevan riittävää (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 23).

Sairanhoitajien tehtävä on tukea omaista huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan (Vaskelainen 2008, 37–38). Sairanhoitajat tiedustelevat heiltä muun muassa syömiseen, juomiseen ja nukkumiseen liittyviä asioita (Saastamoinen 2012, 30). Tiedonanto oman terveyden ylläpitämisestä vaikeinkin aikoina on osa auttamista (Vaskelainen 2008, 37–38). Omaisille on tärkeää, että he voivat olla mukana lisäämässä kuolevan läheisensä hyvinvointia ja elämänlaatua loppuun asti (Anttonen & Pajunen 2008, 29). Siksi omaisten vierailut tulee mahdollistaa ja rohkaista kuolevan potilaan luokse tulemisessa. Toisaalta hoitajilta vaaditaan ymmärrystä, jos omaiset eivät halua tulla vierailuille. Tilanteen mukaan voidaan myös järjestää ruokailu- ja yöpymismahdollisuuksia omaisille. (Saastamoinen 2012, 30–31.)

Potilaalle ja omaisille pyritään järjestämään rauhallinen hoitoympäristö, mahdollisuuksien mukaan yhden hengen huone tai erillinen saattohoituhuone (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 25). Rauhallisten tilojen vähäisyyden takia tämä ei kuitenkaan onnistu kaikkialla (Kuuppelomäki 2002a, 122). Suunnittelussa pyritään viihtyisyyteen ja miellyttävyyteen. Niitä voi-

tiin edistää esimerkiksi televisiolla tai CD-soittimella. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 25.)

3.6 Moniammatillinen yhteistyö

Kokonaisvaltainen ja laadukas kuolevan potilaan hoito toteutuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä, koska eri ammattiryhmien edustajista koostuva tiimi pystyy käsittelemään laajemmin saattohoitopotilaan ongelmia. (Grönlund 2011, 112–113, 120–121; Anttonen 2008, 17.) Usein moniammatillisuus toteutuu hoitajan kautta. Hoitaja keskustelee tarvittaessa muiden ammattiryhmien edustajien kanssa ja hakee heidän osaamisestaan tukea hoitoon. (Grönlund 2011, 112–113, 120–121.) Moniammatillisuus saattohoidossa tarkoittaa saattohoitosuositusten mukaan tarvittavan avun hakemista, konsultointia sekä vapaaehtoisten työntekijöiden työpanoksen hyödyntämistä saattohoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30).

Kotisaattohoidossa moniammatillista yhteistyötä tehtiin kotihoitajien ja kotisairaanhoidajien lisäksi lääkäreiden, seurakunnan, sydänyhdistyksen työntekijöiden sekä aikaisemmin sairaalan tukiosaston kanssa. Seurakunnan kanssa tehtiin yhteistyötä silloin, kun se oli potilaan toivomus. Sydänyhdistys puolestaan järjesti siihen kuuluville potilaille ulkoiluapua. Tukiosastot olivat sairaanhoidajien mukaan tärkeä turvallisuuden tunteen luoja ja siksi tärkeä yhteistyötaho, mutta yhteistyötä ei nykyaikana enää ole. (Knuuttinen 2008, 32–33.)

Omaisten tukemiseen hyödynnetään moniammatillisen tiimin osaamista. Lääkäri on tiiviisti mukana hoidossa lääkärin kierroilla sekä omaisten halutessa henkilökohtaisissa keskusteluissa. Lisäksi omaista tukemassa voi olla esimerkiksi sosiaalityöntekijä, sielunhoitaja tai pastori. (Vaskelainen 2008, 37–38.) Hoitajat hakivat omaisten ja potilaan kanssa keskusteluun sekä erimielisyyksien ratkaisemiseen apua sosiaalityöntekijöiden lisäksi psykologeilta ja psykiatrisilta sairaanhoidajilta (Valente 2011, 29).

Sairaanhoitajat pitivät tätä moniammatillista yhteistyötä tärkeänä osana kuolevan potilaan hoitoa (Saastamoinen 2012, 30). Moniammatillisuutta ei sen olemassa olostakaan huolimatta kuitenkaan hyödynnetä tarpeeksi kuolevan potilaan omaisten tukemisessa. Omaisten keskustelut ammattiauttajien kuten papin kanssa tapahtuivat omaisen aloitteesta. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 28.)

3.7 Hoitohenkilökunnan osaamisen ja jaksamisen tukeminen

Saattohoitosuosituksissa mainitaan riittävän koulutuksen saanut hoitohenkilökunta merkittäväksi tekijäksi saattohoidon onnistumisen kannalta. Koulutuksen lisäksi työntekijöille tulisi tarjota mahdollisuus työnohjaukseen ja saattohoitovaiheiden läpikäymiseen keskustelun avulla. Saattohoidon onnistuminen edellyttää hoitohenkilökunnan työhyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.)

Työtovereiden tuki on hoitajalle tärkeää, kun kysymyksessä on henkisesti raskas työ. Työnteko yhdessä on vaikeaa, jos työtoveri on väsynyt kuolevan hoitamiseen ja työn kehittämiseen tai luo epäkollegiaalista ilmapiiriä. (Huhtinen 2005, 96–99, 112–113.) Hoitajat ovat kokeneet, että työtovereiden välinen tuki toimii hyvin. Haaste kuolevan potilaan hyvin toteutuneelle hoitotyölle on hoitajien mukaan myös saattohoidossa olevan potilaan ja parantavaa hoitoa saavan potilaan hoito samalla osastolla. (Wallerstedt & Andershed 2007, 34.) Toisen hoitajan työparina toimiminen on koettu hyväksi saattohoitoa toteutettaessa, koska silloin on mahdollista keskustella tilanteeseen parhaiten soveltuvasta hoitomuodosta toisen asiantuntijan kanssa (Parkkonen 2007).

Hoitajan omat vahvuudet ja heikkoudet nousevat esiin saattohoitoa toteutettaessa (Parkkonen 2007). Kuolevan potilaan hoitotyössä hoitajaa auttaa kunnianhimo vastata potilaan toiveisiin ja tarpeisiin sekä mahdollistaa potilaalle mahdollisimman hyvä hoito. Täyttääkseen tämän tavoitteen hoitaja tarvitsee tuntemusta hoidosta. Hoitotyössä tarvittava kokemus ja tuntemus lisääntyvät hoitajien kokemusten mukaan jokaisessa kohtaamisessa potilaan ja omaisten kanssa. (Wallerstedt & Andershed 2007, 34.)

Kuolevaa potilasta hoitavalle tärkeitä henkilökohtaisia valmiuksia ovat läsnä oleminen, empaattinen käyttäytyminen, kypsyys, omien tunteiden tiedostaminen ja hallinta (Saastamoinen 2012, 33). Estäviä tekijöitä kuolevan potilaan tuen antamiselle voivat olla hoitajien valmiudet sekä koulutuksen puute. Tiedollisten ja taidollisten puutteiden takia hoitohenkilökunnan koulutustarve on nykyaikana ajankohtainen. (Kuuppelomäki 2002a, 123, 127.) Hoitajien valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta voidaan tukea koulutuksen lisäksi reflektiivisellä työskentelyllä sekä työnohjauksella (Anttonen 2008, 16).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia suositusten mukaisesta saattohoidon toteuttamisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa sekä saattohoitotoiminnasta että eettisten periaatteiden toteuttamisesta. Tietoa voidaan hyödyntää saattohoitoa kehitettäessä.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on saattohoidon toteuttamisesta?
2. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on eettisten periaatteiden toteutumisesta saattohoitoprosessissa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa. Se pyrkii ymmärtämään yksilön kokemuksia ja niiden merkitystä yksilön todellisuuteen. Jokaisen yksilön kokemus todellisuudesta on erilainen ja kvalitatiivinen tutkimus on kiinnostunut tästä ilmiöstä tutkittavan näkökulmasta katsottuna. Näihin kokemuksiin liittyy osana tutkittavan menneisyys ja kehitys eli tutkittava on huomioitava kokonaisuutena. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 21–24; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 151–156, 170–171.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on kysymys siitä, miten tutkija ymmärtää haastateltavaa ja miten lukija ymmärtää tutkijan laatimaa tutkimusraporttia. On tärkeää, että henkilöillä, joilta tietoa kerätään, on kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–69, 85.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia saattohoidosta, joten kvalitatiivinen lähestymistapa oli luonnollisin valinta. Haastattelun avulla saadaan lisäksi syvällisempää tietoa hoitajien kokemuksista.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ominaista, että sen tekijä ja osallistujat ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Tällöin tutkija on mukana vaikuttamassa lopputulokseen. Hänen tunteensa, ajattelutapansa ja arvot vaikuttavat siihen, miten tutkija ymmärtää tiedonantajaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tämä yhteistyö hyväksytään osana menetelmää. Tutkimusta tehdään yleensä tiedonantajalle luonnollisessa ympäristössä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 21–24; Hirsjärvi ym. 2004, 151–156, 170–171.)

5.1 Aineiston keruu

Haastateltavat lähi- ja sairaanhoitajat (N=7) valittiin erään sairaalan kahdelta osastolta, joilla toteutetaan saattohoitoa. Haastateltavilla hoitajilla oli kokemusta vaihtelevasti 17–35 työvuoden ajalta saattohoidon toteuttamisesta sekä muutamat olivat saaneet lisäkoulutusta aiheeseen liittyen. Hoitajiin, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen, otettiin yhteyttä osastonhoitajan kautta ja lähetettiin sen jälkeen saatekirje. Lisäksi heiltä pyydettiin ennen haastattelua suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta (liite 1).

Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka nauhoitettiin. Haastattelun käyttö tutkimuksessa edisti sitä tavoitetta, että tarkoituksena oli kerätä mahdollisimman paljon tietoa ja ymmärtää tutkittavien käyttäytymistä, heidän arvojaan ja ajatuksiaan aiheesta. Haastattelussa on keskeistä tutkijan ja tutkittavan välisen sosiaalisen vuorovaikutuksen syntyminen. Tällöin pystytään keskittämään tiedonhankintaa haluttuun suuntaan. Haastattelun aikana on mahdollista selvittää tutkittavan vastausten sisältöä ja tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–38, 41–48; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–77; Hirsjärvi ym. 2004, 193–198.) Haastattelussa on myös etuna se, että haastateltaviksi voidaan valita sellaiset henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74).

Teemahaastattelulle on ominaista, että etukäteen on määritelty haastattelulle tietyt teemat, joiden mukaan haastattelu etenee tutkijan johdolla.

Haastattelu on kuitenkin vain puolistrukturoitu eli jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta voidaan esimerkiksi muuttaa kysymysten järjestystä. Teemahaastattelussa huomioidaan tutkittavien yksilöllisyys, heille ominainen ympäristönsä, heidän tulkintansa ja merkitysten antamisen asioille. Tutkijalla on keskeinen rooli teemahaastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 41–48; Hirsjärvi ym. 2004, 193–198.) Teemahaastattelussa pyritään rakentamaan kysymykset niin, että ne tuovat merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävien mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Tutkimuksen lähtökohtana olivat saattohoitosuosittelut. Niiden pohjalta haastattelun teemoiksi valittiin saattohoitosuunnitelma, saattohoitopäätös, potilaan kokonaishoito, moniammatillisuus saattohoidossa ja hoitohenkilökunnan osaamisen huomioiminen.

Tutkimukseen myönsi tutkimusluvan sairaalan yhtymäjohtaja sekä laatu- ja kehittämispäällikkö. Opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä osastojen osastonhoitajiin, jotka ilmoittivat vapaaehtoisten tutkimukseen osallistujien nimet. Tutkimukseen osallistuneille hoitajille lähetettiin sähköpostilla saattekirje ja sovittiin haastatteluajankohdat. Haastattelut toteutettiin keväällä 2012 viitenä haastattelupäivänä. Haastateltavien luvalla haastattelut nauhoitettiin. Haastatteluissa huomioidaan haastateltaville luonnollinen ympäristö ja ne tehdään haastateltavan haluamassa paikassa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 41–48; Hirsjärvi ym. 2004, 193–198). Haastattelupaikkana toimi hoitajien valitsema rauhallinen huone osastolla. Haastattelut kestivät keskimäärin 23 minuuttia. Haastatteluista pisin kesti 32 minuuttia ja lyhin 15 minuuttia.

Teemahaastattelurunko testattiin yhdellä hoitajalla. Aineisto otettiin mukaan tutkimukseen. Teemahaastattelurunkoon ei tullut muutoksia esitetauksen jälkeen. Haastatteluja tehtiin ensin kuusi, mutta päädyttiin tekemään vielä seitsemäs kattavamman aineiston saamiseksi. Haastateltavat hoitajat antoivat ennen haastattelua suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta (liite 1).

5.2 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi eteni vaiheittain. Sisällönanalyysin tavoitteena on luoda tutkimusaineistosta tiivis ja selkeä kuvaus teoreettiseksi kokonaisuudeksi. Aiheen käsittely aloitetaan aineiston litteroinnilla eli tekstimuotoon kirjoittamisella. Aineiston sisältämää informaatioita ei saa kadottaa. Analysoinnissa käytetään loogista päättelyä ja tulkintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104.) Aineistosta on erotettava tutkimuksen kannalta kiinnostava ilmiö ja rajattava se tarkasti. Sen jälkeen aineisto tulee käydä läpi ja etsiä kiinnostavaa ilmiöön liittyviä asioita. Tutkimusaineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joita yhdistellään ala- ja yläkategorioiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–97, 103–104, 107–113.) Kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyy induktiivinen prosessi. Induktiivisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa lähdetään yksittäisestä ja edetään yleiseen. Tutkimuksessa luokat muodostuvat käytettävän aineiston mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 25–28.)

Aluksi koko haastatteluaineisto litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Yhteensä auki kirjoitettua tekstiä tuli 23 sivua Times New Roman -fontilla 12, riviväli oli 1,15. Aineiston käsittelyssä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä analyysitapaa. Tällöin luokkien muodostumista ohjasi käytettävä aineisto. Litteroidusta tekstistä etsittiin lauseen osia tai asiakokonaisuuksia, jotka olivat merkityksellisiä tutkimustehtävien kannalta. Sen jälkeen esiin nousseet lauseen osat tai asiakokonaisuudet pelkistettiin.

Esimerkki

Lainaus: ”Kun potilas tulee tänne saattohoitopaikalle, niin järjestetään hoitoneuvottelu”

Pelkistys: Järjestetään hoitoneuvottelu potilaan tullessa osastolle

Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin samankaltaisten ilmaistensa mukaan alaluokiksi. Alaluokat nimettiin kuvaamaan sen sisältämiä ilmaistensa. Alaluokkia muodostui 33 ja jokaiseen alaluokkaan sisältyi vähintään kolme pelkistettyä ilmausta.

Alaluokat ryhmiteltiin niin, että ne muodostivat samaa ilmiötä kuvaavia kokonaisuuksia. Muodostuneet kokonaisuuksit nimettiin ilmiön mukaisesti ja ne muodostivat yläluokat. Yläluokkia muodostui 9. Yläluokista oli tunnistettavissa suurempia kokonaisuuksia pääluokiksi ja ne nimettiin sisältöjään kuvaavasti. Pääluokkia muodostui viisi. Lopuksi pääluokista muodostettiin vielä yksi yhdistävä luokka selkiyttämään ja kokoamaan yhteen aineiston. (Liite 4.)

5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuus perustuu hyvään aineistonkeruuseen ja analysointiin. Aineistonkeruussa tutkimusaineiston laatu on hyvä kriteeri luotettavuutta arvioitaessa. Haastattelurungon laatuun vaikuttaa teemojen sovittaminen sopiviksi tutkimustehtävien ratkaisemista varten. Valmiiksi on hyvä miettiä myös lisäkysymyksiä. Haastattelun toteutuksessa hyvän laadun varmistamiseksi on huolehdittava haastattelun ympäristöstä. Luotettavuutta voidaan arvioida miettimällä, miten haastateltavat henkilöt valittiin tutkimukseen, miten heihin oltiin yhteydessä sekä kuinka monta heitä oli. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–137, 140–141.)

Ennen haastatteluiden aloittamista opinnäytetyöntekijä tutustui huolellisesti esillä olevaan aiheeseen artikkelien ja aikaisempien tutkimusten muodossa. Näin tekijälle muodostui selkeä kuva tutkittavasta aiheesta ja sen sisällöstä. Opinnäytetyöntekijä tutustui myös Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemiin saattohoitosuosituksiin. Haastattelurungon teemat pohjautuvat näihin suosituksiin.

Haastateltavat henkilöt valikoituivat tutkimukseen osastonhoitajien avustuksella vapaaehtoisista hoitajista. Valintaan vaikutti haastateltavien kokemus saattohoidon toteuttamisesta. Kaikki haastateltavat olivat naisia ja he olivat tehneet hoitotyötä vaihtelevasti 17–35 työvuoden ajalta. Aineis-

tonkeruussa huomioitiin haastateltavalle luonnollinen ja rauhallinen ympäristö, joka sijaitsi osastolla.

Tutkimuksessa luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan tekemällä haastattelurunko valmiiksi ja esitestaamalla se. Esitestauksen jälkeen saatu aineisto litteroitiin ja käytiin tarkasti läpi, tarkastellen sitä kriittisesti tutkimustehtävien näkökulmasta. Näin pystyttiin varmistamaan teemojen sopivuus aiheeseen. Esitestatun aineiston perusteella opinnäytetyöntekijä ei kokenut tarvetta muuttaa teemahaastattelurunkoa, sillä esitestausaineisto vastasi hyvin tutkimustehtäviin ja sitä oli riittävästi.

Tutkimusaineistoa analysoitaessa on pyrittävä ymmärtämään tutkittavan näkökulma asiaan ja vältettävä tutkijan vaikutusta analyysiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa hyväksytään kuitenkin tutkijan vaikutus tutkimukseen. Aineiston mahdollisimman nopea analysointi lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–137, 140–141.) Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään litteroimalla aineisto heti haastattelun jälkeen, jolloin opinnäytetyöntekijä pystyi ymmärtämään paremmin haastattelusta nousseita merkityksiä ja huomioimaan ne. Opinnäytetyöntekijä merkitsi litteroituun tekstiin kohtia, jotka olivat tutkimustehtävän kannalta merkitseviä ja olivat nousseet haastatteluissa erityisen tärkeiksi huomioiksi.

Aineiston analysoinnissa on huomioitava, että alkuperäisilmaisut ovat tutkimustehtävien mukaisia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102–104). Sisällönanalyysin mukaisesti aineiston analysointi eteni haastatteluista alkuperäisilmaisuja pelkistämällä ja pelkistysten luokittelulla alaluokiksi. Lainauksen pelkistämisessä opinnäytetyöntekijä huomioi, että pelkistysten sisältö pysyi samana kuin lainauksessa, mitään lisäämättä tai poistamatta. Luokittelussa tutkijan on tulkintansa mukaan kriittisesti arvioitava eri ilmaisu-
jen jakautuminen luokkiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103–104). Opinnäytetyöntekijä pohti tarkasti, mitkä pelkistykset kuuluivat samaan ja eri luokkaan. Luokka nimettiin niin, että alaluokan nimi kuvasi mahdollisimman hyvin sisältöään. Luokittelussa alaluokista muodostettiin yläluokkia, jotka koottiin yhteen pääluokiksi. Pääluokista yhdistettiin vielä kokonaisuutta kuvaava yhdistävä luokka. Pyrkimyksenä oli, ettei aineistoa yleistettäisi liikaa, vaan haluttiin saada koko analyysi näkyviin ja siten lisättiin analyysin luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös haastateltujen hoitajien antaman tiedon luotettavuus. Teemahaastattelussa käytettiin pohjana Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksia, joista osa haastatelluista oli tietoisia ja tunsivat aiheen. Siksi on tarpeellista pohtia, kertoivatko haastatellut saattohoidon todellisesta toteutumisesta osastolla vai siitä, kuinka saattohoidon tulisi toteutua saattohoitosuosittelun mukaan. Opinnäytetyöntekijä pyrki haastattelutilanteessa korostamaan osastolla tapahtuvaa saattohoitoa, jotta tutkimuksessa saataisiin selville hoidon todellinen taso saattohoidon toteuttamisessa.

5.4 Tutkimuksen eettisyys

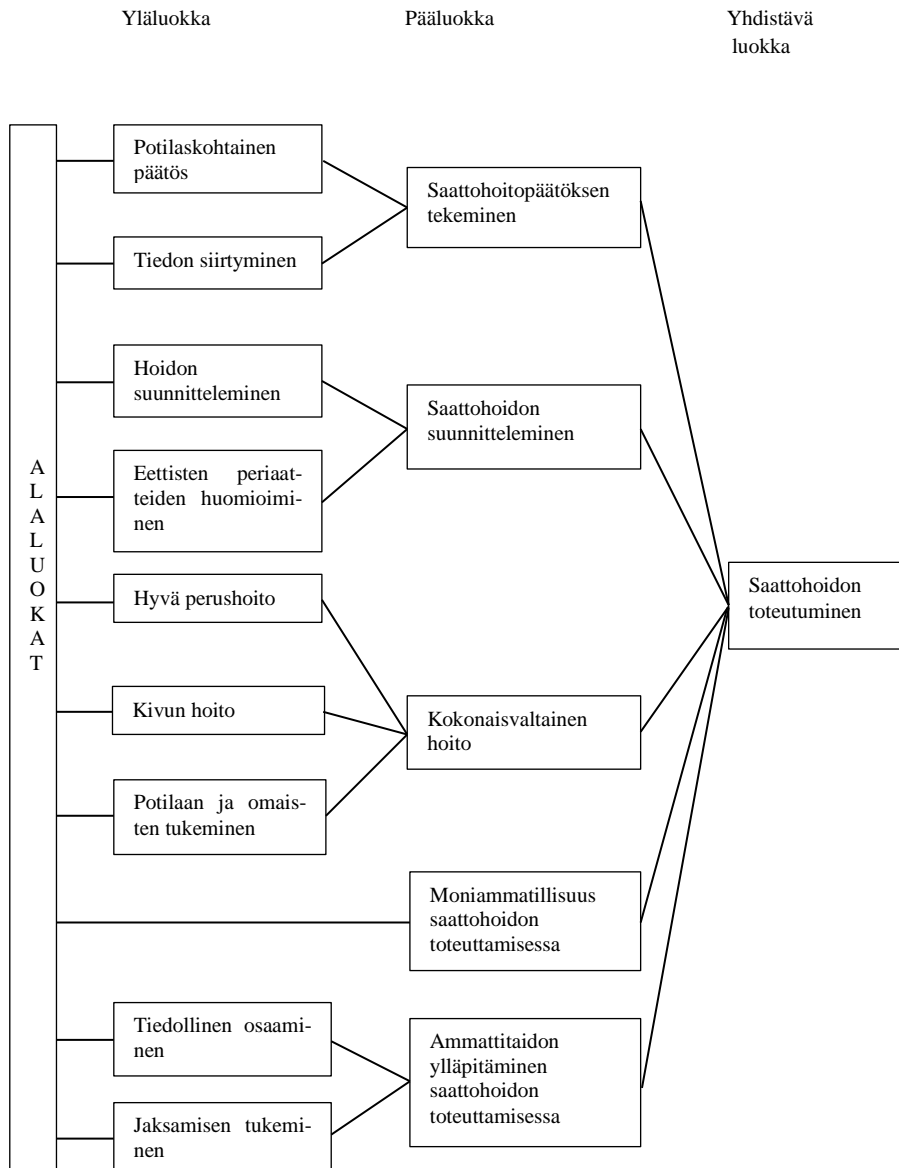
Tutkimuksen eettisyys on tärkeä osa tutkimusta. Tutkimuksen aiheen ja tarkoituksen eettisyys liittyy siihen, miten ne valitaan ja miksi ne ovat tärkeitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129–130; Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.) Opinnäytetyössä tutkittiin hoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta ja tarve tutkimukselle tuli sairaalalta. Tutkimuksesta saadut tulokset ovat siis merkityksellisiä sairaalan toiminnan kehittämisen kannalta. Aiheen valinnan jälkeen sairaalalle toimitettiin tutkimuslupa-anomus sekä opinnäytetyön tutkimussuunnitelma, josta kävi ilmi tutkimuksen tutkimuskysymykset ja tarkoitus sekä käytettävä teemahaastattelurunko ja tutkimuksen arvioitu aikataulu (liite 3).

Tutkimusaineiston käsittelyssä eettisesti toimiessa luottamuksellisuus säilyy koko prosessin ajan. Sen lisäksi on huomioitava, että tuotettu tieto on aineiston pojalta oikein tulkittua (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.) Opinnäytetyöntekijä huomioi aineistoa käsiteltäessä, että aineistoa eivät pääse lukemaan ulkopuoliset. Haastatteluista saatua aineistoa hyödynnetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä ja ne hävitetään työn valmistuttua. Aineiston analysointivaiheessa opinnäytetyöntekijän oli huomioitava omien kokemusten sekä ajatusten vaikutus aineiston ymmärtämiseen ja pyrittävä välttämään sitä. Tulkintavirheitä opinnäytetyöntekijä pyrki ehkäisemään käymällä aineistoa huolellisesti läpi useampaan kertaan.

Tutkittavien näkökulmasta eettisyydessä on tärkeää huomioida vapaaehtoinen suostumus osallistua tutkimukseen. Tutkittavien tulee saada tietää tutkimuksen tarkoitus ja sen tekemiseen käytettävät menetelmät tutkittavan kannalta ymmärrettävästi. Haastattelussa eettiseksi kysymykseksi nousee se, voiko haastattelutilanne aiheuttaa haastateltavalle haittaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.) Lisäksi on huomioitava luottamuksellisuuden ja tutkittavien anonymiteetin säilyminen koko tutkimuksen ajan. Eettisyyteen kuuluu tutkimuksen luotettavuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128–132.) Haastateltaville tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tehtävistä etukäteen ja ennen haastattelua he allekirjoittivat suostumuksen haastatteluun (liite 1). Tutkimuksessa noudatettiin salassapitovelvollisuutta ja haastatteluaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettömänä, ettei haastateltavien henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Tutkittavia tiedotettiin myös haastattelun nauhoittamisesta. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja sen pystyi keskeyttämään missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

6 TULOKSET

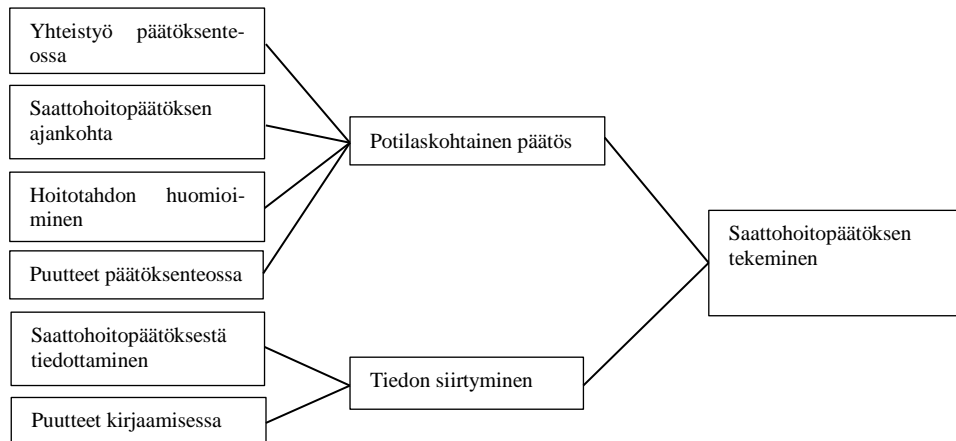
Sisällönanalyysin tuloksena hoitajien kokemuksista muodostui ala-, ylä- ja pääluokat sekä yhdistävä luokka (kuvio 1). Luokittelussa on edetty induktiivisesti yksittäisestä yleiseen, jolloin haastatteluaineistosta on etsitty vastauksia tutkimuskysymyksiin.



Kuvio 1. Saattohoidon toteutuminen

6.1 Saattohoitopäätöksen tekeminen

Saattohoitopäätöksen tekemiseen muodostui kaksi yläluokkaa, potilaskohtainen päätös ja tiedon siirtyminen. Yläluokat muodostuivat kahdesta tai neljästä alaluokasta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Saattohoitopäätöksen tekeminen

6.1.1 Potilaskohtainen päätös

Yhteistyö päätöksenteossa

Hoitajat kertoivat, että saattohoitopäätöstä tehtäessä järjestettiin hoitoneuvottelu tai yhteispalaveri. Tähän tapaamiseen osallistuivat lääkäri, potilas ja omaiset potilaan niin halutessa. Neuvottelussa keskustellaan hoidon linjaamisesta ja tehdään saattohoitopäätös. Erään hoitajan mukaan hoitoneuvottelua ei järjestetä, vaan lääkäri tekee kuolevan potilaan hoitoon liittyvät päätökset.

”Kun potilas tulee tänne saattohoitopaikalle, niin järjestetään hoitoneuvottelu”

”Lääkäri, omahoitaja ja jos potilas haluaa vielä kutsua jonkun muun läheisen tai muita läheisiä, niin heidät kutsutaan paikalle”

”Ei oo mitään palavereja et lääkäri sen sit päättää jossain vaiheessa, että luovutaan niistä esimerkiksi antibiooteista”

Saattohoitopäätöksen ajankohta

Saattohoitopäätöksen ajankohta riippuu sairaudesta. Saattohoitopäätös oli hoitajien mielestä ajankohtainen silloin, kun aktiivisista hoidoista ei ole enää hyötyä, palliatiivinen hoito aloitettu sekä silloin, kun ei ole enää mitään lääketieteellisesti tehtävää tai parantavaa hoitoa. Esiin nousi myös päätöksen ajankohtaisuus silloin, kun potilas alkaa heikentyä ja vointi huonontua. Saattohoitopäätöksen ajankohdaksi voidaan laskea myös päivä, jolloin potilas tulee osastolle hoitoon. Hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että saattohoitopäätös tehtäisiin silloin, kun potilas voisi vielä itse osallistua päätöksen tekoon ja valmistautua tulevaan. Toisaalta liian aikaisin tehtyä saattohoitopäätöstä pidettiin potilaan loppuelämän kannalta huonona asiana.

”Mieluummin siinä vaiheessa, että potilas voisi vielä itse toivoo ja voisi valmistautua siihen tulevaan”

”Ei liian aikasin ruvettais puhumaan saattohoito niinku saattohoitopäätöstä ruvettasi tekemään sen takia, että jos potilas odottaa omaa kuolemaa niin se voi olla aika raskasta se elämä”

”Me katotaan sinä päivänä, kun hän tulee tänne hoitoon, niin silloin on saattohoitopäätös tehty.”

Hoitotahdon huomioiminen

Hoitajien mukaan potilaan hoitotahto täytyy ottaa huomioon saattohoitopäätöstä tehtäessä. Hoitotahto ohjaa hoitoa, mutta potilaan täytyy olla silti mukana neuvotteluissa. Potilaalla on oikeus muuttaa hoitotahtoaan.

”Sitten jos potilaalla on hoitotahto, sitä kysytään, niin se ohjaa sitä hoitoo”

”hoitotahtoja et niitä pitää aina noudattaa, potilaan hoitotahtoo, mutta aina pitää olla potilas mukana”

”Hoitotahtohan voi muuttuakkin”

Puutteet päätöksenteossa

Saattohoitopäätöksenteossa on puutteita. Varsinaisia saattohoitopäätöksiä ei osastolla tehdä, mutta potilaalla on saattanut olla aikaisemmassa hoitopaikassa tehty saattohoitopäätös. Toisinaan saattohoitopäätöksen puuttuessa hoitajat kirjaavat saattohoidon alkaneeksi potilaan tullessa osastolle. Saattohoitopäätöksen puuttuessa hoitajat tekevät mielessään potilaalla saattohoitopäätöksen.

”Saattohoitopäätös on voitu tehdä jo aikaisemmin”

”Me hoitajat tehdään ne sit niinku silleen sit mielessämme, et vaikka se puuttuu sieltä se varsinainen päätös”

”Joskus kun ei oo varsinaista saattohoitopäätöstä, niinku aika monta kertaa on, niin me kirjataan sinne, että saattohoitoon ja päivämäärä.”

6.1.2 Tiedon siirtyminen

Saattohoitopäätöksestä tiedottaminen

Saattohoitopäätös tulee esiin eri tavoin. Hoitajien mukaan saattohoitopäätös käy ilmi lääkärin tekstistä, potilaspapereista tai siirtyy hoitajien raportilla uusien hoitajien tietoisuuteen.

”Siellä lääkärin tekstissä lukee se että tota saattohoitopäätös”

”Sit aina raportillahan se tulee aina sitten tietoon jos tulee joku uus hoitaja, että tämä on saattohoitopotilas”

Puutteet kirjaamisessa

Hoitajien mukaan saattohoitopäätöksen kirjaamisessa oli puutteita. Lääkärit kirjaavat hoidoista luopumisen, mutta hoitajat joutuvat pyytämään heitä kirjaamaan saattohoitopäätöksen teosta. Läheteisiin lääkärit kirjaavat saattohoitopäätöksestä. Yhden maininnan mukaan lääkäri kirjaa saattohoitopäätöksen ja hoitolinjat.

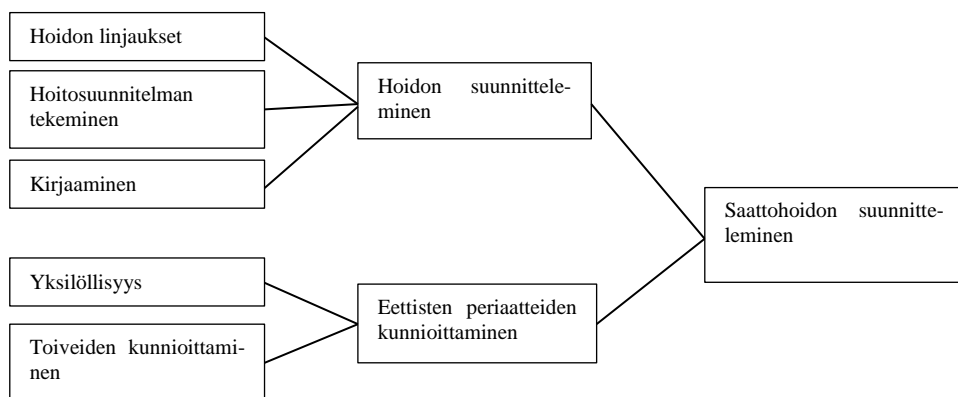
”Lääkäri kirjaa silläläilla, että siinä läheteessä, kun meille tulee niin siinä on siinä se maininta, mutta siinä on puutteita”

”Hoitajien painostuksesta niin on sitten jotakin on jopa kirjattu”

”Ei selkeätä, ei kirjallisesti mitään”

6.2 Saattohoidon suunnitleminen

Saattohoidon suunnitleminen muodostui kahdesta yläluokasta, hoidon suunnittelemisesta ja eettisten periaatteiden huomioimisesta. Yläluokat koostuivat kahdesta tai neljästä alaluokasta. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Saattohoidon suunnitleminen

6.2.1 Hoidon suunnitteleminen

Hoidon linjaukset

Hoitajien mukaan hoitolinjauksista ovat esillä lähinnä nesteytys, ravitseminen ja kivun hoito. Myös seurantaverikokeiden ottaminen ja tutkimusten teko on määritelty. Tarkat ohjeistukset kuitenkin puuttuvat. Osastolla saatetaan käydä edellisessä paikassa tehdyt päätökset läpi ja annetaan potilaalle vaihtoehtoja hoidon suhteen.

”Kysytään näistä hoitolinjoista ja annetaan vaihtoehtoja”

”Tietysti myös nää nesteytykset ja ravitsemukset sun muut sen mukkaan sitte missä ollaan ja näin mut ei meillä sellasta ihan selkeätä”

Hoitosuunnitelman tekeminen

Kuolevalle potilaalle tehdään hoitosuunnitelma, jonka mukaan hoitoa toteutetaan. Se tehdään yksilöllisesti hoitajien yhteistyönä ja lääkäri antaa ohjeita hoitoon liittyen. Hoitosuunnitelmaan vaikuttaa potilaan vointi ja sairaus sekä hänen toiveensa ja elämäkatsomuksensa.

”Meillä on ihan sitten, niinku kaikilla muillakin potilailla, hoitosuunnitelma”

”Meiän suunnitelmahan lähtee aina potilaskohtaisesti, yksilöllisesti”

”Sekin vähän sen mukaan kuinka se, mikä on sen ihmisen oma toive ja elämäkatsomus”

Kirjaaminen

Hoitajilla on paljon vastuuta kirjaamisen suhteen. Kirjaaminen riippuu hoitajasta. Potilastietoihin kirjataan lääkärin kierrolla esiin tulleet asiat ja lääkärin määräykset. Osa hoitajista katsoi, että potilaan tullessa osastolle potilas siirtyi saattohoitoon, jolloin potilastietoihin kirjattiin saattohoitopaikka ja päivämäärä.

”Hoitajan vastuu on iso”

”Lähinnä se on sitte siellä lääkärin määräyksissä saattaa olla mitä sairaanhoitaja sinne sitte kirjaa niin”

”Joskus kun ei oo varsinaista saattohoitopäätöstä, niinku aika monta kertaa on, niin me kirjataan sinne, että saattohoitoon ja päivämäärä.”

6.2.2 Eettisten periaatteiden huomioiminen

Yksilöllisyys

Hyvään kuolevan potilaan hoitoon kuuluvat hoitajien mukaan saattohoidon eettisten periaatteiden noudattaminen, ihmisarvion kunnioittaminen, luottamuksellisuus ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Potilasta tulee kohdella inhimillisesti ja hyvin, kipuja ja kärsimystä lievittää sekä oireita hoidetaan. Tärkeänä hoitajat pitivät myös potilaan ehdoilla etenemistä, kiireettömyyttä ja turvallisuuden tunteen luomista. Hoitoon liittyvät psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen hoito.

”Kunnioitetaan ihmisarvoa, inhimillistä ja hyvää kohtelua potilaalle, kipua ja kärsimystä lievitetään, oireita hoidetaan”

”Edetään potilaan ehdoilla ja se kiireettömyys”

”Tietysti sä ensin huomioit sen potilaan kuka siinä on ja kaikki ne sen tarpeet”

Toiveiden kunnioittaminen

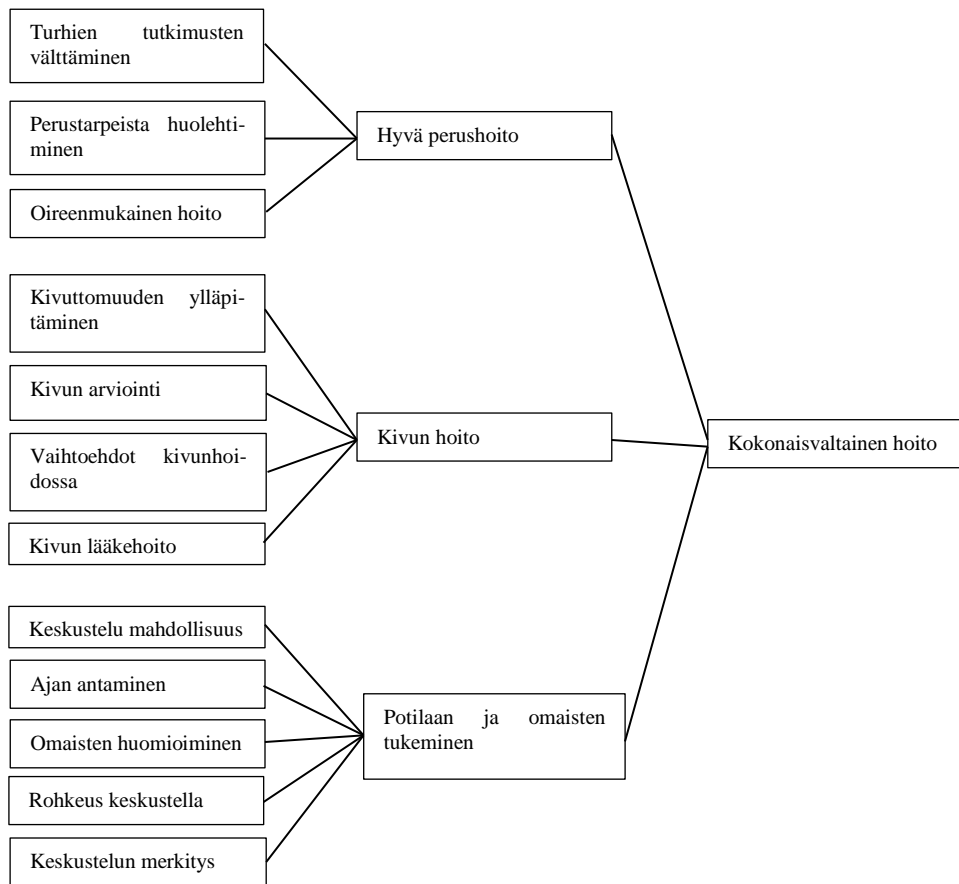
Hoitajat mainitsivat tärkeänä kuolevan potilaan hoidossa potilaan ja omaisten toiveiden kunnioittamisen. Potilaan kanssa tulee neuvotella ja kunnioittaa hänen päätöstään. Hassutkin toiveet tulee ottaa huomioon.

”Kunnioitetaan sitä potilaan päätöstä ja sitä potilaan toiveita ja omaisten toiveita”

”Neuvotellaan siitä potilaan kanssa”

6.3 Kokonaisvaltainen hoito

Kokonaisvaltainen hoito koostuu kolmesta yläluokasta, joita ovat kivun hoito, potilaan ja omaisten tukeminen sekä oireenmukainen hoito. Yläluokat koostuvat 3–5 alaluokasta. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kokonaisvaltainen hoito

6.3.1 Hyvä perushoito

Turhien tutkimusten ja hoidon välttäminen

Saattohoidossa olevalle potilaalle ei tehdä enää juurikaan tutkimuksia. Seurantatutkimuksina voidaan hoitajien mukaan ottaa esimerkiksi keuhkokuva tai verikokeita.

”Ei sitte enää niin paljo näitä tutkimuksia eikä semmosia”

”Tutkimuksiakin vielä tehdään ja otetaan keuhkokuva ja katotaan sitä tilannetta ja ei se sillai sit se hoito kokonaan täysin jää”

Perustarpeista huolehtiminen

Hoitajat painottavat perushoitoa kuolevan potilaan hoidossa oleellisena asiana. Ihon kunnosta huolehditaan, suuta hoidetaan ja nesteytystä mietitään tarpeen mukaan. Potilaalle myös tarjoillaan ruokaa mahdollisimman pitkään sekä huolehditaan, että potilaalla on hyvä olo. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa potilaan tarpeet, jos hän ei itse kykene kertomaan niistä.

”Mahdollisimman pitkään sitä ruokaa tarjoilla, mutta kyllä se sitte väheenee kun kunto huononee”

”Ku potilaan vointi menee vielä siinä vaiheessa et hän ei itse jaksaisi tai pysty sanoon niitä omia tarpeitaan, niin se vaatii hoitajalta äärettömän hyvän ammattitaidon et jos potilas ei itse pysty pyytämään et hoitaja tunnista ne”

Oireenmukainen hoito

Saattohoitopotilasta hoidettaessa lopetetaan tehottomat hoidot, kuten antibiootit. Hoidossa keskitytään potilaan oloa helpottaviin hoitoihin ja perushoitoon.

”Pyritään mahdollisimman hyvään perushoitoon, palliatiiviseen hoitoon”

”Ei oo mitään enää tehtävissä muuta ku parantaa sitä olemassa olevaa, jäljellä olevaa aikaa niinku et se olis mielekästä”

”Semmost millä pystyttäs sitä oloa sitte helpottamaan”

6.3.2 Kivun hoito

Kivuttomuuden ylläpitäminen

Hoitajien mukaan tavoitteena on, että potilas on hoitotoimia tehtäessä kivuton. Mikäli tarvittaessa annettavien kipulääkkeiden määrä alkaa nousta, keskustellaan lääkärin kanssa ylläpitoannoksen nostamisesta. Kipulääkitystä toteutetaan säännöllisellä ja tarvittaessa kipulääkityksellä.

”Mieluummin sitä kipulääkitystä lisätään sen mukaan, et potilas olis hoitotoimia tehtäessä kivuton”

”Säännöllinen kipulääkitys ja sitten on näitä tarvittaessa”

Kivun arviointi

Kivun arvioinnissa hoitajat mainitsevat erityisesti hoitajan roolin arvioida kipua sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty sitä itse kertomaan.

Kipua arvioidaan kipumittareiden avulla sekä eleistä, ilmeistä, liikehdinnästä ja ääntelystä tulkitsemalla. Hoitajat välittävät lääkäreille tietoa kivun esiintymisestä potilaalla.

”Hoitajahan on se, joka kertoo, jos potilas ei itse pysty niin niistä kivuisista”

”Niinkun eleistä ja ilmeistä ja ääntelystä ja muusta voi arvella et potilaalla on kipuja ja liikehdinnästä”

Vaihtoehdot kivunhoidossa

Hoitajat kiinnittävät huomiota myös muihin kivunhoitomenetelmiin. Kaikkea kipua ei pystytä poistamaan kipulääkkeillä, vaan mieliala sekä henkinen kipu ja kärsimys voivat aiheuttaa kipua. Tällaista kipua voi yrittää helpottaa keskustelulla ja läsnäololla. Muita kivunhoitomenetelmiä ovat kylmä- ja asentohoito. Syöpäpotilaille voidaan käyttää sädehoitoa kivunhoitona.

”Asentoja, asentohoitoa, monta kertaa kipuun auttaa pelkästään se, että istuu vierelle ottaa kädestä kiinni ja jutellaan vaikka lehmien lypsämisestä et se miten me kohdataan hoitajina se potilas”

”Meilläkin silti vielä tehdään silti näitä hoitoja ja että syöpäpotilaiden sädehoitoa esimerkiksi kivun, kipusädehoitoa annetaan”

Kivun lääkehoito

Hoitajat kokevat, että vaihtoehtoiset kivunhoitomenetelmät eivät ole yksinään riittäviä, vaan potilas tarvitsee myös toimivan kipulääkityksen hyvän kivun hoidon toteuttamiseksi. Kipulääkityksen toteutuminen arvioidaan hyväksi. Lääkkeen annossa hoitajat käyttävät ensisijaisesti suun kautta otettavia lääkkeitä ja laastareita. Vaihtoehtoina ovat lihakseen pistokset ja kipupumppu.

”ettei siinä sitten ehkä ne vaihtoehdot ei oo et täytyy olla lisäksi niinku selkeesti hyvä kipulääkitys”

”Mun mielestä on saanu hyvän kipulääkityksen täällä, että meil on niitä aikalailla hyvin niinku saaneet sitte lisättyä sitä kipulääkettä”

6.3.3 Potilaan ja omaisten tukeminen

Keskustelumahdollisuus

Hoitajat kokevat tärkeänä sen, että potilas ja omaiset saavat tietoa lääkäriltä ja keskustelumahdollisuuden. Tämä on pyritty mahdollistamaan.

"On mahdollistettu, että potilas ja omaiset on voinu lääkärin kanssa puhua"

"Potilaat ja omaiset sais tietoa lääkäriltä"

Ajan antaminen

Hoitajat pitivät ajan antamista potilaalle ja omaisille tärkeänä. Myös potilaan luona olemista pidetään tärkeänä osana kuolevan potilaan hoitoa. Hoitajat pyrkivät ajan puutteesta huolimatta viettämään potilaan luona hänen tarvitsemansa ajan. Hoitajat kokivat, että potilasta on hoidettu huonosti, jos ei ole aikaa läsnäololle potilaan luona. Hoitajien kiire voi aiheuttaa myös potilaalle ahdistusta.

"Mun omatunto ei anna periksi et mä jättäisin sen potilaan siihen sen ahdistuksen kanssa vellomaan"

"Et siellä sit se potilas on yksin. Niin semmosista asioista sit kokee huono omatuntoo ja on semmonen olo, et ei oo potilasta hoidettu niinku pitäis"

"Sitten voi olla sellanen voi ahdistaa potilasta, että kun hän tietää että hoitohenkilökuntaa on vähän, ei oo kuka lohduttais"

Omaisten huomioiminen

Hoitajien pyrkimyksenä on huomioida potilaan lisäksi omaiset hoidossa. Omaisille on pyrittävä antamaan tukea ja ohjaamaan esimerkiksi omaisten keskustelutilaisuuksiin tai muun tarvittavan tuen piiriin. Hoitajat kokivat omaisten tukemisessa tärkeänä, että omaisille mahdollistetaan potilaan luona oleminen, kehoitetaan keskustelemaan potilaan kanssa ja annetaan riittävästi tietoa.

"Omaiset voi joskus sitäkin sitte vaatia, et ku ei he aina sitte ymmärrä. Et sen takia se on kauheen tärkeätä, et mitä niille omaisillekki sit juttelis ja puhuis ja kertois et ois niinku tavallaan ajan tasalla asioista"

"Paljon on noita keskustelutilaisuuksia, että hehän käy sitä samaa ahdistusta läpi ja sitä luopumista ja heillä on paljon kysymyksiä"

Rohkeus keskustella

Keskustelussa hoitajat esittivät parannuksena sen, että hoitajien tulisi uskaltaa puhua rohkeammin ja suuremmin potilaalle. Keskusteluissa hoitajat kokivat, etteivät ota itse tarpeeksi esille kuolemaan liittyviä asioita, vaan odottivat potilaan tekävän aloitteen.

”Me ei sitä sitte ehkä itse niin rohkeasti oteta esille”

”Me tarvittaisi ite sitä semmosta puhumista siihe ja uskallettas sanoo niistä asioista. Niinkun vähän niinkun ei tylästi, mutta vähän niinku suoraanki”

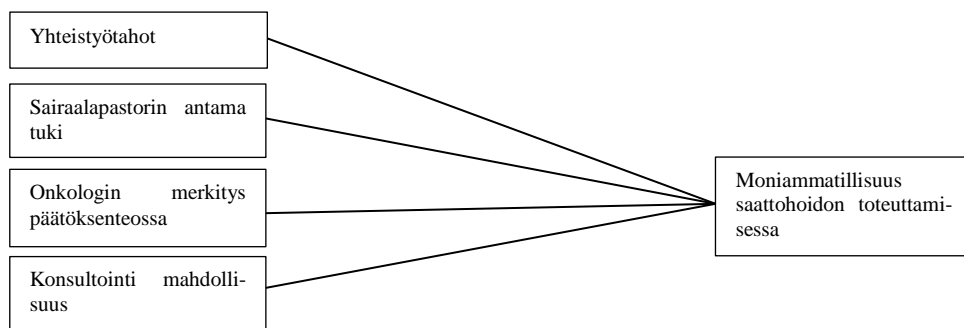
Keskustelun merkitys

Keskustelulla hoitajat pyrkivät tukemaan potilasta. Potilaan kanssa keskustellessa hoitajat pyrkivät etsimään valoisia asioita ja auttamaan potilasta purkamaan huonoa oloa. Hoitajien mukaan kaikki potilaat eivät halua kuulla saattohoitosanaa.

”Haetaan niitä valoisia asioita, mietitään miten niitten tummien asioiden kanssa toimii, puhutaan miten niistä, niitä yritetään saada purettua niitä huonoja oloja”

6.4 Moniammatillisuus saattohoidon toteuttamisessa

Moniammatillisuus saattohoidon toteuttamisessa muodostui neljästä alaluokasta (kuvio 5).



Kuvio 5. Moniammatillisuus saattohoidon toteuttamisessa

Yhteistyötahot

Moniammatillisessa yhteistyössä ovat mukana hoitajat, lääkärit, sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja. Lisäksi yhteistyötä tehdään kotihoidon, kotisairaanhoidon ja avosairaalan kanssa, jos potilas asuu kotona. Tarvittaessa on pyydetty psykiatrasta sairaanhoitajaa tai psykiatria osastolle. Hoitajat kokevat moniammatillisuuden toteutuvan hyvin.

”Sosiaalihoitaja on paljon mukana”

”Kyllä meillä on sitte psykiatrisia sairaanhoitajia, me ollaan kutsuttu jos-sain kohtaa jos on ollu tarvetta ja psykiatreja on käyny kanssa”

”Kaupungin kotihoito tietysti on ja kotisairaanhoito”

Sairaalapastorin antama tuki

Hoitajat kokivat sairaalapastorin antaman tuen merkitykselliseksi potilaalle, omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Sairaalapastori keskustelee potilaiden sekä omaisten kanssa. Hän myös tukee hoitajia keskustelemalla ja ohjaamalla.

”Hän käy keskustelemassa potilaan kanssa ja hän on omaisille tärkeä ja sit hän käy keskustelemassa meidän hoitajien kanssa”

”Sitte on myöskin pastori siinä tukena et joskus jos tuntuu et ei osaa sanoo oikeita sanoja”

Onkologin merkitys yhteistyössä

Saattohoitopäätöksenteossa osastolla on hyödynnetty onkologin asiantuntijuutta. Osaston lääkärit ovat konsultoineet onkologia ja tehneet saattohoitopäätöksen. Joissain tapauksissa onkologi on tehnyt saattohoitopäätöksen, jonka jälkeen potilas on siirtynyt osastolle hoitoon, jos mahdollista.

”On vielä kerran ikään kuin haettu onkologia tähän apuun”

”Saattohoitopäätös tulee tuolta onkologian poliklinikan lääkäriltä, hän yleensä sen lähettää meidän lääkärille”

Konsultointi mahdollisuus

Hoitajat kokevat saaneensa hyvin tukea saattohoidossa olevan potilaan hoitoon konsultoimalla onkologia, syöpäsairaanhoitajaa tai saattohoitokotia. Kivun hoidossa hoitajat ovat konsultoineet kipupoliklinikkaa tai anesthesiologia. Tarvittaessa hoitajien on mahdollista konsultoida myös erikoislääkäreitä tai psykiatrista puolta.

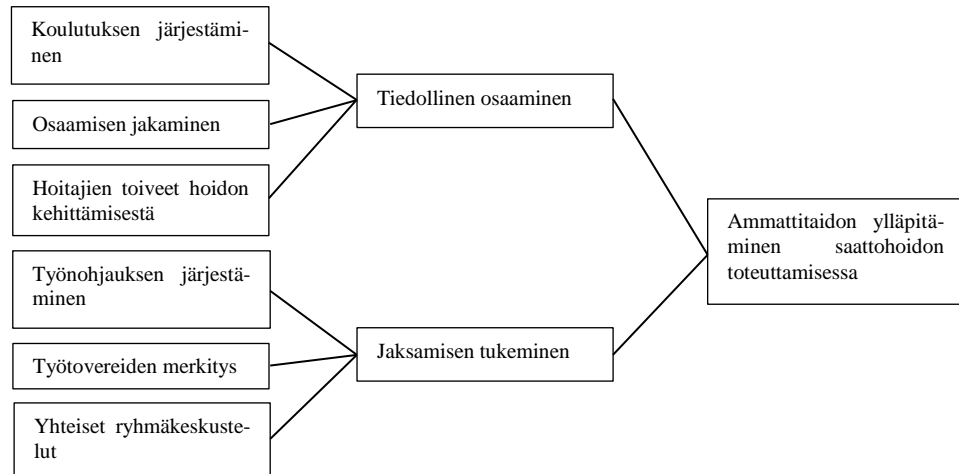
”Mä olen joutunut onkologille soittamaan ja onkologian syöpäsairaanhoitajalle ja anesthesiologia voi käyttää kanssa kivun hoidossa hyödyks”

”Kipupoliklinikka siel on kanssa jos on tarvetta”

”Psykiatrista puolta voidaan konsultoida”

6.5 Ammattitaidon ylläpitäminen saattohoidon toteuttamisessa

Ammattitaidon ylläpitäminen saattohoidon toteuttamisessa muodostui kahdesta yläluokasta, tiedollinen tukeminen ja jaksamisen tukeminen. Yläluokat muodostuivat kahdesta ja neljästä alaluokasta. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Ammattitaidon ylläpitäminen saattohoidon toteuttamisessa

6.5.1 Tiedollinen osaaminen

Koulutuksen järjestäminen

Hoitajien mukaan seudullisten saattohoitokoulutuksien määrä on lisääntynyt viime aikoina aikaisempaan nähden. Ennen tätä vain muutama hoitaja oli käynyt erillisissä saattohoidon koulutuksissa. Hoitajat kokevat, ettei koulutusta ole vielä järjestetty tarpeeksi ja kokevat koulutuksen olevan tärkeää.

”Kyllä mä kaipaisin lisää, koska mä nyt joudun tavallaan antamaan ja tarvisin itekkin sitä koulutusta enemmän”

”Mä vannon tän koulutuksen nimeen, että sitä hankitaan koulutusta ja osastotunteja ja näitä”

Osaamisen jakaminen

Hoitajien osaamista tukee pitkä kokemus saattohoitopotilaiden hoidossa sekä mahdollisuus osallistua saattohoitoon liittyviin projekteihin. Hoitajat kertovat myös, että koulutuksiin osallistuneiden kanssa keskustelu ja työnteke edistävät osaamista. Lisää he kaipasivat olemassa olevan tiedon syventämistä.

”Monella on sitte se pitkä kokemus kuolevien potilaiden hoidosta”

”Nää ketkä oli siellä kurssilla niin he sitten, heiän kanssaan tehään töitä ja keskustellaan”

Hoitajien toiveet hoidon kehittämisestä

Hoitajien toiveena on, että saattohoitoon saataisiin yhtenäiset hoitolinjat ja hoitokäytännöt. Se yhtenäistäisi hoidon lisäksi omaisille ja potilaalle annettua tietoa. Toiveena olisi myös, että halukkaat hoitajat saisivat keskittyä kuolevan potilaan hoitotyöhön ja olla mukana kehittämässä sitä.

”Jokainen hoitaja puhuu niinku samoilla sanoilla omaisten kanssa ja me perustellaan samalla tavalla ne asiat niille omaisille ja lääkärit on samalla linjalla”

”Enemmän meitä huomioitaisiin, että jo meistä tietty osa haluaa siihen enemmän niinku keskittyä saattohoitoon”

6.5.2 Jaksamisen tukeminen

Työnohjauksen järjestäminen

Työnohjauksen järjestäminen vaihtelee. Osalla hoitajista oli säännöllinen työnohjaus ja osalla oli aikaisemmin ollut säännöllisesti, mutta ei enää. Työnohjausta piti sairaalapastori. Hoitajat kokivat työnohjauksen tarpeellisenä ja sitä järjestettiin tarpeen mukaan.

”Sairaalapastori pitää meillä työnohjausta”

”Meillä oli säännöllinen työnohjaus, mutta nyt se on sitte jääny pois, että ei oo enää ollu mut että tota me saadaan sitä kyllä tarpeen mukaan”

Työtovereiden merkitys

Hoitajat kokivat hyvän työyhteisön ja työtoverit tärkeänä asiana. Hoitajat keskustelevat keskenään, jakavat työtaakkaa ja tekevät töitä yhdessä. Keskustelemalla he purkavat pois huonoa oloa ja työstävät yhdessä. Työyhteisö tuo vertaistukea ja myös vanhemman hoitajan tukea nuoremmalle hoitajalle.

”Me voidaan keskenämme keskustella tässä kahvihuoneessa, sillälailalla vähän jakaa sitä työtaakkaa”

”Eihän ne just kohdistu vaan yhteen ihmiseen et me ollaan hoidettu niitä niin yhdessä”

Yhteiset ryhmäkeskustelut

Hoitajia tuetaan kuolevan potilaan hoitotyössä käymällä kuoleman jälkeen debriefing-tyyppistä keskustelua tapahtuneesta. Lisäksi sairaalapastori on käynyt osastotunneilla keskustelemassa aiheesta. Hoitajien mukaan kokemus kuolevan potilaan ja omaisten kohtaamisesta auttaa hoitotyössä sekä heiltä saadun palautteen kautta hoitaja saa kiitokset hoidosta. Hoitajat kokevat myös tärkeänä sen, että heidän toiveitaan ja mielipiteitään kuunnellaan kuolevan potilaan hoitotyötä suunniteltaessa.

”Mitä enemmän sä niitä kohtaat, sitä enemmän sä niinkun tavallaan rohkeammin sä voit mennä niihin tilanteisiin ja kohdata niitä omaisia ja kohdata niitä potilaita”

”Ollaan saatu esittää toivomuksia ja omien visioitten mukaan sitten sitä koulutusta ja meidän mielipiteitä kuunnellaan”

7 TULOSTEN TARKASTELUA JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia suositusten mukaisesta saattohoidon toteuttamisesta. Opinnäytetyössä verrattiin hoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 julkaisemiin saattohoitosuosituksiin ja suosituksia on käytetty teemahaastattelun pohjana. Saattohoitosuositukset on luotu ohjaamaan ja yhtenäistämään saattohoidon toteutumista Suomessa.

Hoitajat pitivät tärkeänä potilaan ja omaisten huomioimista saattohoitopäätöstä tehtäessä ja arvioivat, että saattohoitopäätöksiä tehdessä järjestettiin hoitoneuvotteluita. Karjalaisen ja Ponkilaisen (2008, 23) tutkimuksessa on saatu samankaltaisia tuloksia. Näiden tulosten perusteella voidaan siis päätellä, että potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa liittyviin päätöksiin. Saattohoitosuosittelun mukaan hoitohenkilökunnan tulee keskustella potilaan ja omaisten kanssa päätöksistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31). Toisaalta opinnäytetyössä kävi ilmi, että saattohoitopäätöksen teossa oli puutteita. Hoitajien mukaan toisille potilaille ei tehty lainkaan saattohoitopäätöstä. Tällaisissa tilanteissa hoitajat kuitenkin mieltävät potilaan saattohoitopotilaaksi. (Vrt. Vaskelainen 2008, 43). Saattohoitopotilas ilman saattohoitopäätöstä ovat ristiriidassa keskenään. Tästä voitaisiin päätellä, että hoitavalla lääkärillä ja hoitajilla on erilaiset käsitykset potilaan hoidosta, joka ei välttämättä ole eduksi potilaalle.

Hoidon suunnittelu perustui tämän opinnäytetyön mukaan hoitolinjauksiin ja hoitosuunnitelmaan, jonka tekivät hoitajat lääkärin ohjeiden perusteella. Hoitolinjausten ohjeistuksissa hoitajat kokivat puutteita. Kirjallinen hoitosuunnitelma on saattohoitosuosittelun mukaan perusta saattohoidon toteuttamiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31). Anttosen (2008, 16) tutkimuksessa kirjaaminen mainitaan potilaan hoidon jatkuvuuden ja tiedon luotettavuuden kannalta tärkeänä. Potilaan hoitotietojen kirjaamisessa oli hoitajien kokemusten mukaan puutteita. Vaihteleva kirjaaminen voisi selittyä sillä, että saattohoitopotilaan kohdalla on vaikeaa hahmottaa, mikä on merkityksellistä tietoa hoidon toteuttamisen kannalta, ja olisi siksi tärkeä kirjata. Potilaan hoidossa on mukana useita eri ihmisiä, jolloin tiedon kulku ja luotettava hoitosuunnitelma ovat tärkeässä asemassa.

Saattohoitosuositukset määrittelevät saattohoidon toteuttamisen perusajatuksiksi ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. Toiveiden kunnioittaminen hoidon jokaisessa vaiheessa on suosituksissa tärkeässä osassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.) Hoitajat ovat olleet suositusten mukaisesti sitä mieltä, että potilaan hoitoon kuuluu eettisten periaatteiden noudattaminen, joihin edellä mainitut lukeutuvat. Hoitajien kokema eettisyyden merkitys oli yhteneväinen Saastamoisen (2012, 29) tutkimuksessa esille tulleiden kokemusten kanssa. Hoitotyössä on arvokasta, että potilasta kunnioitetaan ja kohdellaan oikeudenmukaisesti. Saattohoitopotilas joutuu luopumaan paljosta hoitoon tullessaan, mutta ihmisarvon tulee silti säilyä.

Saattohoitosuosittelun mukaan hoitopäätösten ja hoidon tulee perustua lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä Käypä hoito -suosituksiin. Hoi-

dossa tulee turvata myös omaisten osallistuminen ja hoidon laadusta on huolehdittava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.) Hoitajat kokivat, että hyvä perushoito ja tehottomien hoitojen lopettaminen olivat saattohoitopotilaan hoidossa oleellisia. (Vrt. Saastamoinen 2012, 29.) Erityisesti hoitajat kokivat tärkeänä, että hoitaja tunnistaa potilaan tarpeet, vaikkei potilas pystyisi itse ilmaisemaan niitä. Tämä tulos on osoitus siitä, että hoitohenkilökunta tekee työtä helpottaakseen kuolevan potilaan oloa. Hoitajat kiinnittävät huomiota sellaisiin asioihin, joita ei sanota ääneen.

Kivun hoitoon liittyen hoitajat arvioivat kipua keskustelemalla sekä sanattomalla viestinnällä, mutta kipumittareita käytetään harvemmin. (Vrt. Kuuppelomäki 2002a, 247.) Aikaisempien tutkimusten kanssa samankaltaisia tuloksia saatiin opinnäytetyössä erilaisten kivunhoitomenetelmien käytössä sekä kivun lääkehoidossa. Hoitajat kokivat henkisen kivun ja kärsimyksen hoidossa tärkeänä keskustelun ja läsnäolon. Kuuppelomäki (2001, 2597–2601) on maininnut tutkimuksessaan, että potilaat saattavat sekoittaa henkisen ja fyysisen kivun tuntemuksensa. Lääkkeettömänä kivun hoitomenetelmänä hoitajat mainitsivat asentohoidon sekä kylmähoidon. (Vrt. Kuuppelomäki 2001, 3600.)

Hoitajat arvioivat, etteivät erilaiset kivunhoitomenetelmät olleet riittäviä kuolevan potilaan kivun hoitoon. Lisäksi tarvitaan lääkkeellistä hoitoa. Menetelminä käytettiin tablettimuotoista lääkehoitoa, lihakseen pistoksia tai laastareita. Myös Kuuppelomäen (2002a, 248–249) tutkimuksessa kipulääkitys menetelminä käytettiin yleisimmin samoja lääkkeenanto reittejä. Kipulääkityksen hoitajat arvioivat toteutuvan hyvin. Aikaisemmassa tutkimuksessa on saatu tästä eriäviä tuloksia. (Vrt. Kuuppelomäki 2001, 3597–3601.) Kipu on voimakas kokemus ja on huolestuttavaa, ettei sen hoitoon ole aikaisempien tutkimusten mukaan kiinnitetty tarpeeksi huomiota.

Opinnäytetyössä hoitajat toivat esille potilaalle ja omaisille annetun tuen osuutta kokonaishoidosta. Heidän mielestään keskustelu potilaan ja omaisten kanssa sekä ajan antaminen olivat tärkeitä asioita. Ajan antamisessa hoitajat kokivat ongelmana kiireen. Aikaisemmissakin tutkimuksissa hoitajat ovat kokeneet ajan puutteen olevan ongelma kuolevan potilaan hoitotyössä (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 25; Vakelainen 2008, 49; Kuuppelomäki 2002a, 122–123). Tukemisessa ongelmana oli hoitajien mukaan toisinaan se, ettei heillä aina ole tarpeeksi rohkeutta keskustella potilaan tai omaisten kanssa kuolemaan liittyvistä asioista. Tämän tuloksen kanssa yhteneviä kokemuksia oli tullut esiin Parkkosen (2007) tutkimuksessa.

Hoitajat kokivat moniammatillisuuden toteutuvan hyvin saattohoidossa. He kokivat saavansa riittävästi apua ja tukea muulta henkilökunnalta sekä tarvittaessa konsultaatiomahdollisuuksia muilta ammattihenkilöiltä. Erityisesti sairaalapastorin rooli oli hoitajien kokemuksen mukaan tärkeä potilaille, omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa mainittu moniammatillisen työryhmän toteuttama saattohoito siis toteutuu tämän opinnäytetyön tulosten mukaan. Aikaisemmassa tutkimuksessa hoitajat ovat sen sijaan kokeneet, ettei moniammatillisuutta hyödynnetä tarpeeksi (Karjalainen ja Ponkilainen 2008, 28). Se on kuitenkin

kin koettu tärkeänä osana kuolevan potilaan hoitoa (Saastamoinen 2012, 30). Nämä eroavaisuudet ovat varmasti osittain selitettävissä sillä, että saattohoitoa toteutetaan eri yksiköissä, joissa on erilaiset työympäristöt. On mielenkiintoista huomata, että hoitajien kokemukset moniammatillisuudesta ovat hyviä, mutta esimerkiksi saattohoitopäätösten teossa tai saattohoidon suunnittelussa ilmenneet puutteet viittaisivat heikosti toteutuvaan moniammatilliseen yhteistyöhön. Ehkä hoitajat mieltävät moniammatillisuuden enemmän laajemmassa mittakaavassa tapahtuvaksi kuin osaston sisäiseksi toiminnaksi.

Hoitajat ottivat esille saattohoitokoulutuksen lisääntymisen viime aikoina aikaisempaan verrattuna. He kuitenkin kokevat tarvitsevänsä vielä lisää koulutuksen tuomaa tukea, jota saattohoitosuositusten mukaan tulisi tarjota hoitohenkilökunnalle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 30–31). Koulutuksen lisäksi hoitajien mukaan osaamista edistää keskustelu sekä kokemus kuolevien potilaiden hoitamisesta. Kuolevan potilaan hoitotyön kokemuksen merkitys on tullut esille Wallerstedtin ja Andershedin (2007) tutkimuksessa. Lisäksi työnohjauksen ja työtovereiden tuen saaminen on koettu merkityksellisenä. (Vrt. Anttonen 2008, 16; Huhtinen 2005, 96–99, 112–113.) Suositusten mukaan hoitohenkilökuntaa tulisi tukea säännöllisellä työnohjauksella ja tarvittaessa keskustelun avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 30–31). Olisi saattohoitoa toteuttavien yksiköiden etu tarjota hoitohenkilökunnalle heidän kaipaamansa tuki, kun he kokevat sitä tarvitsevänsä. Kuten saattohoitosuosituksissa on todettu, saattohoidon toteutuminen edellyttää hoitohenkilökunnan työhyvinvointia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 30–31). Hoitajat esittivät toiveita saattohoidon kehittämisestä esimerkiksi yhtenäisten hoitolinjojen ja hoitokäytäntöjen suhteen.

Yhteenvetona opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat saattohoitosuosituksukset toteutuvat hyvin eettisten periaatteiden huomioimisen, kivun hoidon sekä moniammatillisuuden osalta. Saattohoidon toteuttamisessa puutteita on saattohoitopäätöksenteossa, hoitolinjausten määrittelyssä sekä kirjaamisessa. Lisäksi hoitohenkilökunnalle annettua tukea oli puutteita.

8 TULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää saattohoitoa kehitettäessä. Tulokset auttavat ohjaamaan kehitystyötä niille saattohoidon osa-alueille, jotka hoitajat kokivat puutteellisina. Puutteisiin saattohoitopäätöksen teossa sekä hoidon suunnittelussa voitaisiin vaikuttaa koko saattohoitoa toteuttavan moniammatillisen työryhmän kouluttamisella. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajien kokemat puutteet johtuivat lähinnä siitä, etteivät hoitajat saaneet riittävää tukea lääkäreiltä hoidon toteuttamiseksi ja esimerkiksi päätökset jäivät epäselviksi. Tätä yhteistyötä tulisi siis kehittää. Yhteistyön tuloksena voisi olla mahdollista myös luoda osastolla hoitajien toivomat yhtenäiset hoitokäytännöt. Hoitohenkilökunta on merkittävässä roolissa saattohoitoa toteutettaessa ja heidän työhyvinvoinnistaan on huolehdittava. Opinnäytetyön tuloksista selviää, että hoitohenkilökunnan osaamista ja jaksamista voidaan tukea lisäkoulutuksella ja säännöllisellä työnohjauksella.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää, miten saattohoito toteutuu muutaman vuoden kuluttua, mitä parannuksia on tehty ja millä keinoin. Opinnäytetyöhön osallistuneilla osastoilla on tällä hetkellä käynnissä saattohoitokoulutukset ja kehittämisprojekti, joten muutoksia varmasti tulee tapahtumaan lähitulevaisuudessa. Lisäksi saattohoidon toteutumisen tutkiminen omaisten näkökulmasta toisi tärkeää tietoa ja hyvän vertailukohdan. Tutkimuksella pystyttäisiin laajemmin selvittämään saattohoidon laatua, koska omaiset näkevät hoidon erilailla kuin hoitajat.

LÄHTEET

- Anttonen, M. 2008. Saattohoidon laatu on mahdoton määritelmä. *Sairaanhoitaja* 9/2008, Vol. 81, 15–17.
- Anttonen, M. ja Pajunen, T. 2008. Elämänlaadun turvaaminen suomalaisen saattohoidon haasteena. *Sairaanhoitaja* 2/2008, Vol. 81, 27–29.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita.
- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 30.9.2011.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf
- ETENE 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 16.10.2012.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf
- Haho, A. 2009a. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitaja* 12/2009, Vol. 82, 38–39.
- Haho, A. 2009b. Vanhuksen kohtaamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. *Sairaanhoitaja* 9/2009, Vol. 82.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito - haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Heikkilä, T., Aroviita, L., Forsten, M., Järvinen, S., Kontula, E., Lehtonen, J., Niemelä, M., Rajapuro, M. & Stolt, R-L. 2012. Saattohoitosuunnitelma. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri.
- Hilden, H-M. 2005. Making decisions in the face of death. Physicians' and nurses' views of end-of-life decision-making and patient participation. *Kansanterveystieteen julkaisuja*. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Sosiologian laitos. Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Huhtinen, A. 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi.

Hänninen, J. & Riikola, T. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Viitattu 30.9.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00072>

Hänninen, J. 2008. Onnistunut oirehoito on saattohoidon edellytys. Sairaanhoidaja 9/2008, Vol. 81.

Karjalainen, T. & Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille - kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Knuuttinen, E. 2008. Suomalainen kotisaattohoito - hoitotyön näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kuuppelomäki, M. 2001. Kuolevan potilaan kivun hoidon ongelmat terveyskeskuksessa. Artikkel. Suomen Lääkärilehti 36 vsk 56, 3597–3601.

Kuuppelomäki, M. 2002a. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen - sairaanhoidajan näkökulma. Hoitotiede 14 (3), 117–128.

Kuuppelomäki, M. 2002b . Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoidajien arvioimana. Hoitotiede 14 (5), 243–253.

Parkkonen, U-P. 2007. Kokemuksiani saattohoitajana. Palliatiivinen hoito. Suomen palliatiivisen hoidon ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen jäsenlehti No. 24 / toukokuu.

Pihlainen, A. 2010. Suosituksilla lisää laatua saattohoitoon. Tiedote 273. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.11.2012.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1530673>

Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoidajien kuvauksia kuolevan kohtaamisesta tehohoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Sand, H. 2003. Saattohoidon aika potilaan ja perheen elämässä. Sairaanhoidaja 9/2003, Vol. 76, 24–27.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisiin perustuvat saattohoitosuosittelut. Julkaisu. Helsinki. Viitattu 3.8.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf

Sulkava, R. 2006. Dementiapotilaan palliatiivinen hoito. Palliatiivinen hoito. Suomen palliatiivisen hoidon ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen jäsenlehti No. 23 / joulukuu.

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turkia, H. 2009. Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Viitattu 2.8.2012.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17409&name=DLFE-902.pdf

Valente, S. 2011. Nurses' Perspectives of Challenges in End of Life Care. The journal of Chi Eta Phi Sorority (JOCEPS), 2011 Dec; 55 (1): 28–31. Viitattu 25.9.2012.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011627603&site=ehost-live>

Vaskelainen, U. 2008. Sairaanhoitajien näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisten tukemisesta terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Wallerstedt, B. ja Andershed, B. 2007. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. Nordic College of Caring Science.



SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

Hämeen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Wahreninkatu 11
30100 Forssa

Suostun Hämeen ammattikorkeakoulussa tehtävän opinnäytetyön tiedonantajaksi

Opinnäytetyön aihe on hoitajien kokemukset saattohoitosuositusten toteutumisesta saattohoitotyössä.

Opinnäytetyön tekijä on Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksikön kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Salla Törmä.

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja on Leena Ahonen.

Opinnäytetyön toteutus

Aineistonkeruun menetelmä ja aikataulu

Tutkimuksen aineisto kerätään teemahaastattelemalla hoitajia erään sairaalan kahdelta osastolta. Aineiston keruu alkaa helmikuussa 2012.

Aineiston käsittely ja raportointi

Aineisto käsitellään aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineiston käsittelyssä ja raportoinnissa noudatetaan hyvää tutkimusetiikkaa. Tutkimuksen jälkeen tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti.

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä aineiston keruusta. Olen selvillä, että minuun liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen ja kieltää minua koskevan tiedon käyttämisen opinnäytetyössä.

____/____ 20____
Opinnäytetyöhön osallistujan allekirjoitus

SAATEKIRJE

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssan yksiköstä. Opinnäytetyön aiheena ovat hoitajien kokemukset saattohoitosuositusten toteutumisesta saattohoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien suhtautumista saattohoitoon ja hoitajien kokemuksia suositusten mukaisesta saattohoidon toteuttamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa sekä saattohoitotoiminnasta että eettisten periaatteiden toteuttamisesta. Ohjaavana opettajana on Leena Ahonen Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksiköstä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään teemahaastattelemalla hoitajia. Yhteensä noin kuutta hoitajaa haastatellaan. Teemahaastattelun pohjana toimii teemahaastattelurunko, jossa on valmiina teemat eli aihealueet, joista on tarkoitus keskustella. On tarkoituksen mukaista, että haastateltavilla hoitajilla on kokemusta saattohoidosta, jotta haastattelun kysymyksiin saataisiin mahdollisimman kattavia vastauksia. Haastattelut nauhoitetaan. Tutkimuksessa noudatetaan salassapitovelvollisuutta ja haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, ettei haastateltavien henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Haastatteluista saatua aineistoa hyödynnetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä ja ne hävitetään työn valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

Jos olette kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, ottakaa ystävällisesti yhteyttä oman osastonne osastonhoitajaan. Mikäli teillä on jotain kysyttävää, voitte ottaa minuun yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla. Vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin
Salla Törmä

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Saattohoitosuunnitelma

Millainen osaston saattohoitosuunnitelma on sisällöltään?

Saattohoitopäätös

Kuka päätöksen tekee?

Missä vaiheessa se tehdään?

Millaisia ovat hoitolinjaukset?

Miten kirjaaminen toteutuu?

Potilaan kokonaisuhoito

Mitä on hyvä hoito?

Miten potilas huomioidaan kokonaisuutena?

Miten kivun hoito toteutuu?

Millaisia hoitotoimenpiteitä tehdään?

Moniammatillisuus saattohoidossa

Miten moniammatillisuus toteutuu?

Ketkä ovat mukana hoidossa?

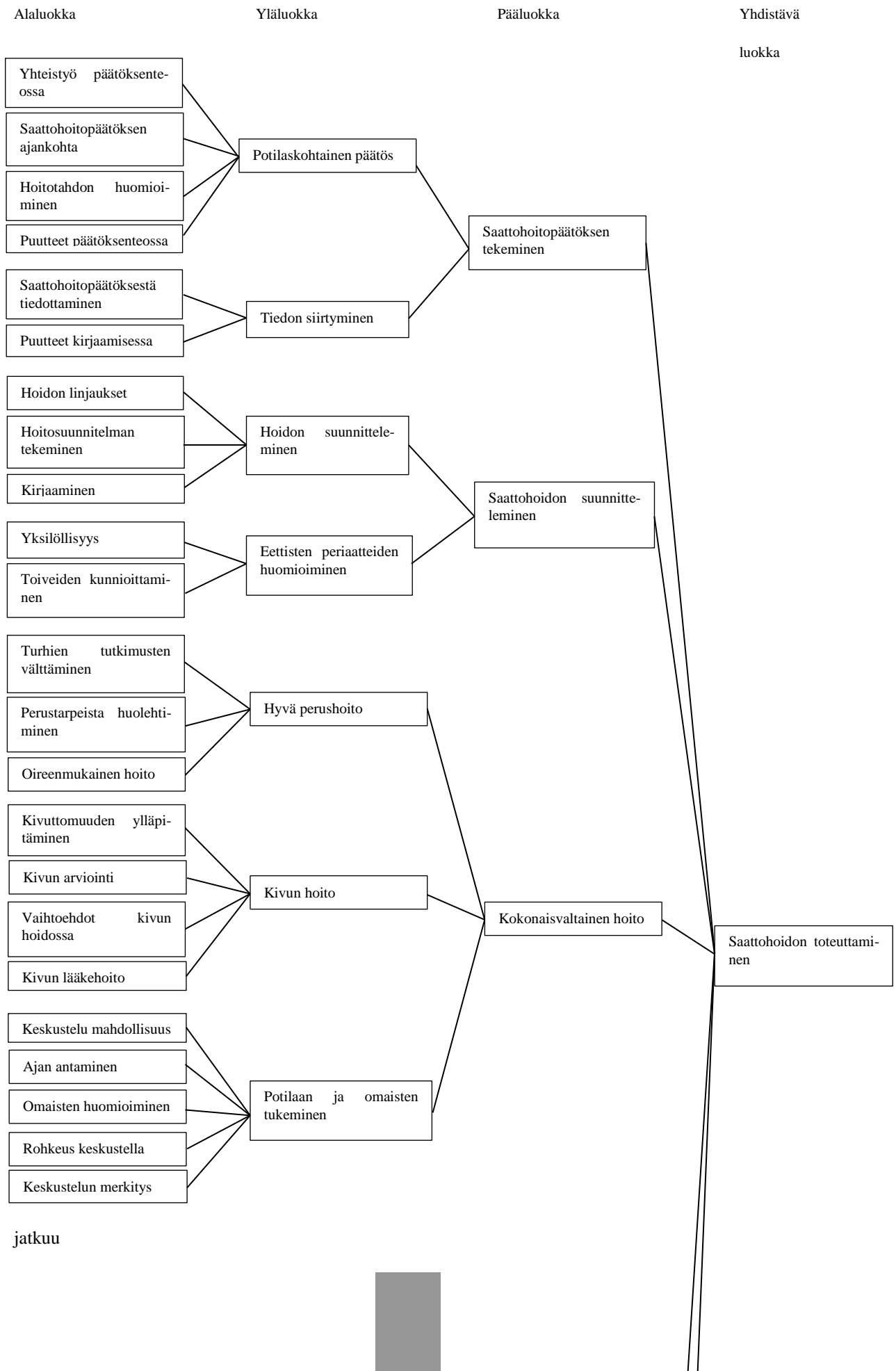
Hoitohenkilökunnan osaamisen huomioiminen

Miten osaaminen huomioidaan?

Miten osaamista tuetaan?

Millaista tukea kaipaisit lisää?

SAATTOHOIDON TOTEUTTAMINEN



jatkuu

