

**SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN  
PERUSHOITO PIRKANMAAN HOITOKODISSA**  
Saattohoidon kehittäminen BIKVA-arviointimallia mukaillen

Susanna Kauppinen

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2013  
Terveystieteiden koulutusohjelma  
Ikääntyvien ja pitkäaikaisten hoito  
Ylempi ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

KAUPPINEN, SUSANNA:

Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito Pirkanmaan Hoitokodissa  
Saattohoidon kehittäminen BIKVA-arviointimallia mukaillen

Opinnäytetyö 63 sivua, josta liitteitä 5  
Huhtikuu 2013

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä on saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito ja miten se toteutuu Pirkanmaan Hoitokodissa hoitajien, lähiesimiesten ja ylempään johdon näkökulmasta. Tavoitteena oli kehittää saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista perushoitoa BIKVA-arviointimallia mukaillen.

Opinnäytetyö toteutettiin BIKVA-arviointimallia mukaillen. Haastattelut toteutettiin teemoitettuna ryhmähaastatteluina (N=4) haastatteleamalla hoitajia (n=6), lähiesimiehiä (n=2) ja ylintä johtoa (n=2). Haastattelut nauhoitettiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuloksista käy ilmi, että saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito koostuu fyysisen hyvinvoinnin ylläpitämisestä ja tukemisesta, psyykkisen hyvinvoinnin huomioimisesta ja tukemisesta sekä sosiaalisten suhteiden huomioimisesta ja kunnioittamisesta. Hengellinen hyvinvointi rajattiin tästä opinnäytetyöstä pois. Laadukkaan perushoidon toteutumiseen vaikuttavat hoitotyön laadun varmistaminen ja arvioiminen, saattohoitotyötä tekevien hoitajien jaksamisen huomioiminen ja tukeminen sekä hoitajien ammattitaidon kehittäminen ja siinä tukeminen. Saattohoitoa kehitetään koko ajan Pirkanmaan Hoitokodissa sekä yhteistyössä muiden organisaatioiden kanssa. Pirkanmaan Hoitokodin ylempi johto on aktiivisesti kehittämässä saattohoitoa myös valtakunnallisesti.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen perushoidon lähtökohtana on potilaan yksilöllinen kohtaaminen. Saattohoitoa voidaan toteuttaa kaikissa hoitoalan organisaatioissa. Jokaisen yksikön tulee vain löytää oma tapansa toteuttaa hyvää kokonaisvaltaista saattohoitopotilaan perushoitoa. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään saattohoitoon.

---

Asiasanat: saattohoito, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen perushoito, hoitohenkilökunta

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Health Promotion

KAUPPINEN, SUSANNA:  
A Terminal Patient's Comprehensive Basic Care in Pirkanmaa Hospice  
Terminal Care Development by BIKVA Assessment Model

Master's thesis 63 pages, appendices 5 pages  
April 2013

---

The purpose was to find out what a terminal patient's comprehensive basic care is and how it is realized in Pirkanmaa nursing from home nurses, line managers and senior management's point of view. The aim was to develop the terminal patient's comprehensive basic care by BIKVA-assessment model.

The interviews were conducted as themed group interviews. The interviews were analyzed by using inductive content analysis. The results showed that a patient's overall basic care consists of the following: maintenance and support of physical well-being, acknowledgement as well as support of psychological well-being and social relations. The quality of basic care is affected by the quality assurance and assessment, consideration of hospice nurses' coping as well as development and support of expertise. Terminal care is being developed in Pirkanmaa Hospice in cooperation with other organizations.

It can be concluded that a patient's comprehensive basic care is based on the individual patient encounter. Terminal care can be implemented in all health care organizations. Each unit will only find their own ways to implement a high-quality care. Every human being has the right to good terminal care.

---

Key words: palliative care, physical, mental and social basic care, the medical staff

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
	2.1 Saattohoito .....	8
	2.2 Kokonaisvaltainen perushoito.....	10
	2.2.1 Fyysinen perushoito .....	11
	2.2.2 Psykkinen perushoito .....	12
	2.2.3 Sosiaalinen perushoito .....	13
	2.3 Hoitohenkilökunta.....	14
	2.4 Aikaisemmat tutkimukset .....	16
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	18
4	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	19
	4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	19
	4.2 BIKVA-arviointimalli.....	20
	4.3 Aineiston keruu.....	21
	4.3.1 Ryhmähaastattelu .....	21
	4.3.2 Teemahaastattelu.....	21
	4.4 Analyysimenetelmä.....	22
	4.5 Opinnäytetyön toteuttaminen.....	22
5	SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISSVALTAINEN PERUSHOITO HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA.....	25
	5.1 Potilaan ja omaisten tietoisuus sairauden tilasta ja saattohoidon vaiheesta.....	25
	5.2 Fyysisen hyvinvoinnin ylläpitäminen ja tukeminen .....	26
	5.2.1 Yksilöllisyyden huomioiminen .....	26
	5.2.2 Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen .....	27
	5.2.3 Päivittäisten perustarpeiden huomioiminen .....	27
	5.2.4 Kivunhoito.....	28
	5.2.5 Koskettamisen merkitys.....	28
	5.2.6 Perushoito kuolemanhetkellä ja vainajan kunnioittaminen.....	29
	5.3 Psykkisen hyvinvoinnin huomioiminen ja tukeminen.....	29
	5.3.1 Turvallisuuden tunteen luominen ja ympäristön huomioiminen .....	29
	5.3.2 Sairauskriisissä tukeminen.....	30
	5.3.3 Hoitajan antama henkinen tuki.....	30
	5.3.4 Sairauden tuomat pelot ja kuolemanpelko .....	31
	5.3.5 Psykkisen jaksamisen tukeminen.....	31
	5.3.6 Masentuneisuuden huomioiminen ja masennuksen hoito.....	32
	5.4 Sosiaalisten suhteiden huomioiminen ja kunnioittaminen.....	33

5.4.1	Vertaistuen merkitys saattohoidossa .....	33
5.4.2	Yksityisyyden kunnioittaminen .....	34
5.4.3	Omaisten rooli saattohoidossa.....	34
5.4.4	Omaisten huomioiminen kuolinhetkellä .....	35
5.4.5	Hoitajan rooli kuolemanhetkellä .....	36
5.4.6	Vapaaehtoistyöntekijät ja sosiaalityöntekijä saattohoidossa.....	36
6	SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN PERUSHOITO LÄHIESIMIESTEN NÄKÖKULMASTA .....	37
6.1	Saattohoitopotilaan perushoito ja yksilöllisyyden kunnioittaminen .....	37
6.2	Hoitotyön laadun turvaaminen ja arvioiminen saattohoidossa .....	37
6.3	Hoitajien jaksamisen huomioiminen ja tukeminen.....	39
6.4	Hoitajan ammattitaidon kehittäminen.....	40
7	SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN YLEMMÄN JOHDON NÄKÖKULMASTA .....	42
7.1	Saattohoidon kehittäminen Pirkanmaan Hoitokodissa .....	43
7.2	Saattohoidon kehittäminen yhteistyössä muiden organisaatioiden kanssa .....	43
7.3	Saattohoidon kehittäminen valtakunnallisesti.....	44
8	POHDINTA.....	46
8.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	46
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	47
8.3	Tulosten tarkastelu .....	50
8.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	53
	LÄHTEET .....	55
	LIITTEET .....	59
	Liite 1. TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysistä.....	60
	Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla .....	62
	Liite 4. Tutkittavan suostumuslomake .....	63

## 1 JOHDANTO

Suomessa saattohoitoa tarvitsee noin 15 000 potilasta vuosittain. Saattohoidon kansainvälinen historia alkaa jo 1800-luvun puolivälistä. Varsinaisia saattohoitokoteja on perustettu 1960-luvun lopulta lähtien eri maihin. Suomessa saattohoitoon erikoistuneita saattohoitokoteja on neljä, Tampereella, Helsingissä, Turussa ja Hämeenlinnassa. Joidenkin sairaanhoitopiirien hoitolaitosten yhteyteen on perustettu yksiköitä, jotka keskittyvät oman alueensa potilaiden saattohoitoon. (Pihlainen 2010, 11.)

Saattohoidon laatu vaihtelee. Toisaalla hoito on erinomaista ja joissakin paikoissa taas riittävä kivunlievitys puuttuu (Vierula 2011, 718). Saattohoidon järjestäminen Suomessa on sattumanvaraista, eikä sitä ole tasapuolisesti kaikkien saatavilla. Palliatiivista hoitoa käsittelevien EU:n suositusten pohjalta on nyt laadittu minimikriteerit, joiden mukaan saattohoito tulee järjestää myös Suomessa. (Hänninen & Vuorinen 2010, 1606.)

Vuonna 2009 käytiin sosiaali- ja terveysministeriössä keskustelu saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Tämän jälkeen selvitettiin suurten kaupunkien ja sairaanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laadittiin saattohoitosuosituksia. Saattohoitosuosituksissa korostuu kuolevan potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillisuus. Saattohoidon aloittaminen perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hyvä saattohoito edellyttää hoitohenkilöstön osaamista ja työhyvinvoinnin ylläpitoa. Saattohoitoa järjestetään potilaan toivomuksen mukaan joko kotona tai sairaalassa. Sairaanhoitopiirit ja paikalliset terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoidon järjestämisestä. (Pihlainen 2010.)

Erityisesti syövän hoitoon liittyy vaatimus hyvästä saattohoidosta. Suuret ikäluokat saavuttavat 60 vuoden iän, joten kansallista syöpähoitosuunnitelmaa tarvitaan. Väestön elinikä pidentyy koko ajan, syövän hoito monipuolistuu ja kustannukset kasvavat yhteiskunnassa. Syöpään sairastuvien määrän ennustetaan kasvavan ja vuoden 2015 syöpäsairauksien määrä voidaan arvioida melko tarkasti. Noin 60 prosenttia syöpään sairastuneista on elossa vielä viiden vuoden kuluttua diagnoosista. Vaikka hoidot kehittyisivät yhtä myönteisesti kuin tähänkin saakka, on ilmeistä, että vuonna 2015 kuolee syöpään edelleen ainakin noin 10000 ihmistä. (Pihlainen 2010, 15.) Saattohoitoa on pidetty tähän saakka ei-välttämättömänä lisäkustannuksena. Oikein toteutettuna saattohoito on

kustannustehokasta ja parhaimmillaan se tuottaa terveydenhuollolle säästöjä. (Hänninen 2011, 2024.) Kansainvälisesti saattohoitoa on tutkittu runsaasti, mutta suomalaisia tutkimuksia löytyy vähän (Sankelo 2012).

Opinnäytetyön aihe on saatu valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) alaisuudessa toimivalta saattohoitotutkijafoorumilta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä on saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito ja miten se toteutuu Pirkanmaan Hoitokodissa hoitajien, lähiesimiesten ja ylemmän johdon näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää BIKVA- arviointimallia mukaillen saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista perushoitoa. Tässä opinnäytetyössä ei tarkastella hengellistä hyvinvointia.

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Pirkanmaan Hoitokodin kanssa. Aineisto kerätään teemoitetulla ryhmähaastattelulla haastatteleamalla hoitajia, lähiesimiehiä ja ylempää johtoa BIKVA- arviointimallia mukaillen. Haastattelut nauhoitetaan ja analysoidaan sisällönanalyysillä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Saattohoito

Saattohoito on arvoperustaista toimintaa, jonka eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Saattohoidon tavoitteena on lievittää kärsimyksiä eli turvata potilaalle arvokas, aktiivinen ja oireeton loppuelämä. (Pihlainen 2010, 13- 14.) Hinkan (2001) ja Sandin (2003) tutkimuksien mukaan se tarkoittaa kuoleman lähestyessä potilaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä potilaan että hänen läheistensä tukemista. Kuolevan potilaan hoidossa korostuvat ihmisarvoa kunnioittava huolenpito, yksilöllisyys, inhimillisyys, läheisyys, ainutkertaisuus sekä henkisestä ja hengellisestä hyvinvoinnista huolehtiminen. (Hinkka 2001, 12; Sand 2003, 6.) Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on julkaissut suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta (2001) ja saattohoidosta (2003). Saattohoidossa kiinnitetään erityistä huomiota kuolevaan ihmiseen, joka ei kykene itse päättämään hoidostaan. Hyvä, inhimillinen saattohoito kuuluu kaikille kuoleville. Potilaa ilmaisemaa tahtoa omasta hoidostaan eli hoitotahtoa tulee kunnioittaa. (Pihlainen 2010, 13- 14.)

Parantavasta hoidosta luopuminen ei tarkoita hoitamisen lopettamista. Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri. Hoitolinjapäätökset kirjataan potilaan hoitokertomukseen. Lääkäri vastaa potilaan hoidosta, hoidon sisällöstä ja hoitopäätöksistä. Kuolemansairaana potilaan aktiivisen hoidon lopettamista ei ole säädetty, mutta potilaslain säännökset potilaan oikeudesta hyvään hoitoon koskevat kaikkia potilaita. Potilaan hoidon muuttuminen saattohoidoksi edellyttää, että potilaan kanssa neuvotellaan ja keskustellaan saattohoitoon johtavista asioista. Päätökset saattohoitoon siirtymisestä tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Omaisilla on merkittävä vaikutus hoitopäätöksiin. (Hinkka 2001,74; Puolakka, Aukee, Eskola, Hannonen, Jokiranta, Karjalainen, Keikkala, Korhonen, Miettinen, Nyman, Repo & Vanhala 2008, 11-13.) Hildenin (2005) tutkimuksen mukaan myös median tapa käsitellä elämän loppuvaiheen hoitoratkaisuja aiheuttaa erityisiä haasteita lääkäreiden ja hoitajien vuorovaikutukselle hoitoratkaisuissa (Hilden 2005, 6).



Saattohoitopäätösten tekemättä jättämiseen saattaa vaikuttaa pelko siitä, ettei ole tehty kaikkea. Hoitojen jatkaminen voi olla helpompi ratkaisu ajankäytön tai potilaan ja omaisten kohtaamisen suhteen. Oma kuoleman pelko saattaa vaikuttaa päätösten tekemiseen. Lääketieteen ja sen perustehtävän korostaminen sekä jatkuvuuden puuttuminen voivat olla esteenä saattohoitopäätöksen tekemiselle. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös kuitenkin haittaa potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuutta valmistua lähestyvään kuolemaan. (Lehto, Mustonen, Vinkanharju & Pessa 2011, 3046; Haho, 2012. Luento.) Saattohoitopäätöksistä suurin osa tehdään syöpäpotilaille, mutta muissakin sairauksissa saattohoitoa tarvitaan (Hänninen 2008, 4510).

Saattohoito eroaa palliatiivisesta hoidosta siten, että sillä tarkoitetaan ajallisesti lähempänä kuolemaa olevaa ajankohtaa. Palliatiivinen hoito saattaa kestää vuosia, saattohoidossa ennuste on viikkoja tai kuukausia. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2008, 573-574.) Palliatiivisen lääketieteen kehittyessä saattohoidon vaatimustaso on noussut. Osaamisessa ja resursseissa on kuitenkin suuria eroja. Saattohoitopolut ovat usein epäselviä ja yhteistyö terveydenhuollon yksiköiden kanssa on puutteellista. Jos järjestelmä ei toimi, ajautuvat saattohoitopotilaat helposti päivystyksien kautta erikoissairaanhoidon osastoille. (Vuorinen, Zinhu & Turppo 2012, 1838.)

Saattohoitopotilaan hyvä elämänlaatu muodostuu siitä, että hän tuntee olonsa turvallisiksi ja hänestä huolehditaan. Hänellä on mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin hoitoratkaisuihin sekä kokea säilyttävänsä oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Saattohoidon toteuttaminen vaatii yhteistyötä ja riittävästi erikoiskoulutettua ammattitaitoista henkilökuntaa. (Pihlainen 2010, 17.)

Liikan (2006) ja Mikkosen (2007) mukaan saattohoidon laatua on mahdoton määritellä ja sitä on tutkittu hyvin vähän. Saattohoitoa voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta, mutta tärkein määrittelijä laadulle on potilas itse. Myös omaisilta saatu palaute hoidosta on arvokasta. Hoitohenkilökunnan osaaminen korostuu laadun tekijänä. Se rakentuu jokaisen potilaan ja hänen läheisensä kanssa ainutlaatuisena hoitosuhteena. (Anttonen 2008.) Saattohoidon laatu on parhaimmillaan silloin, kun se mahdollistaa perheen yhdessäolon ja yksityisyyden. Ajantasainen tiedon saanti koetaan tärkeäksi saattohoidossa. Omaisen mahdollisuus osallistua hoitoon luo kokemuksen turvallisesta ja välittävästä ilmapiiristä. (Liikka 2006, 36; Mikkonen 2007, 65,70.)

Vainajan kunnioittaminen ja omaisten tukeminen kuuluvat hyvään saattohoitoon. Kuolema tuo mukanaan surun. Se on peruuttamattomuudessaan aina koskettava, mutta usein myös armollinen helpotus. Suru on luonnollinen reaktio läheisen kuolemaan. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010, 10.) Kuoleman tapahduttua sairaala tai muu hoitopaikka toimii voimassa olevien juridisesti pätevien käytäntöjen mukaisesti. Kuolleen ihmisen ruumiilla on oma arvokkuutensa ja koskemattomuutensa ja se on näytettävä tavassa, jolla vainajaa käsitellään. (Grönlund & Huhtinen 2011, 169.) Jotta omaisia osattaisiin ohjata oikein, on hoitotyöntekijöiden tunnettava ajantasaiset toimintaohjeet. Tärkeää on myös osata auttaa omaisia ja saada heidät kokemaan olonsa turvalliseksi kovin tunnepitoisessa ja vaikeassa tilanteessa. Terveystieteiden tutkimuskeskusten organisaatioissa tarvitaan valmiuksia kohdata kuoleman synnyttämät reaktiot ja antaa mahdollisuus ihmisarvoiseen, kunnioittavaan ja rauhalliseen hyvästelyyn. (Grönlund & Huhtinen 2011, 169-170.)

## **2.2 Kokonaisvaltainen perushoito**

Ridanpää (2006) toteaa, että potilaan henkisten, fyysisten ja sosiaalisten ja vakaumukseen liittyvien asioiden huomioiminen kuolevan potilaan hoidossa kuvaavat kuolevan kohtaamista ainutkertaisena yksilönä. Potilaalle tulee välittyä tunne siitä, että häntä arvostetaan eheänä kokonaisuutena (Ridanpää 2006,46). Lampenin (2010) mukaan kokonaisvaltainen hoito on kaiken perusta. Se ilmenee kaikissa hoitotyön teorioissa. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen koostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja henkisestä ulottuvuudesta. Kaikki alueet ovat erillisiä, mutta silti yhteydessä toisiinsa. Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja ylläpitämisen sekä ihmisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että kuolevan ihmisen kaikki tarpeet huomioidaan. (Lampen 2010, 10.)

Monien tutkimusten (Munnukka 1993, Nyman 2006 & Hjerppe 2008) mukaan yksi parhaista potilasta ja perhettä palvelevista toimintamalleista on hoitosuhdeperustainen toimintamalli, jota kutsutaan myös yksilövastuiseksi hoitotyönmalliksi (Häihälä, Lehtipuu-Vuokola & Surakka 2008). Yksilövastuinen hoitotyö on kehitetty Yhdysvalloissa. Se perustuu siihen, että ihminen nähdään ainutkertaisena, kokonaisena yksilönä ja häntä on hoidettava kokonaisvaltaisesti. (Jussila, Ruikka, Kangas, Junkkonen & Karjalainen 2001, 9.) Yksilövastuisen hoitotyön etuna on, että potilas on hoitotyön ytimenä, jolloin

hän on toiminnan keskipiste. Hoitotyö on potilaan tarpeista lähtevää ja yksilöllistä. (Nyman 2006, 9.) Anttonin (2008) tutkimuksen mukaan yksilöllinen hoito ei ole kuitenkaan itsestään selvää, vaan sen eteen on tehtävä systemaattista työtä ja tutustuttava potilaan sairaushistoriaan, perheenjäseniin, voimavaroihin, odotuksiin ja toiveisiin (Anttonen 2008). Lipponen (2006) toteaa väitöskirjassaan omahoitajuuden merkityksen korostuvan kuolevan potilaan hoitotyössä. Potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa korostuvat hoitotyön arvot ja periaatteet. Omahoitajuuden on todettu lisäävän myös hoitotyön laatua. (Lipponen 2006, 22, 173-174.) Omahoitaja on vastuussa hoitotyön päätöksistä, seurauksista ja toiminnoista. Hän toimii hoitotyön asiantuntijana potilaan ja perheen hyväksi. Potilaille ja omaisille on tärkeää, että he tietävät kuka lääkärin ohella vastaa potilaan hoidosta kokonaisvaltaisesti. Omahoitajalla tulee olla myös kykyä hyödyntää muiden asiantuntijoiden osaamista kuten fysioterapeuttia, sosiaalityöntekijää, pappia ja vapaaehtoistyönohjaajaa. (Häihälä ym. 2008.) Nymanin (2006) mukaan potilaat pitävät tärkeänä tuttua hoitajaa, varsinkin hankalien ja arkojen asioiden käsittelyssä. Asioista puhuminen on helpompaa tutun ihmisen kanssa. (Nyman 2006, 6- 9.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen perushoittoon ja hoitohenkilökunta on avainasemassa niiden toteuttamisessa. Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan näitä aiheita tarkemmin.

### **2.2.1 Fyysinen perushoito**

Saattohoidossa fyysiseen hoitoon liittyy oikeus parhaaseen perushoittoon, hyvään kivunhoitoon ja turvallisen ympäristön luomiseen (Haho 2012. Luento). Kuolevan potilaan ravitsemuksen yksilöllinen toteuttaminen, hengitysoireiden helpottaminen, unen tarpeen arvioiminen, hygieniasta huolehtiminen sekä asento- ja liikehoidon toteuttaminen ovat fyysisen hoidon tarpeita. Saattohoitopotilaan hoidossa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet liittyvät osittain toisiinsa. Saattohoitopotilaan kivun ja kärsimyksen lievittäminen on sekä fyysistä että henkistä hoitoa ja huolenpitoa. Fyysisten oireiden taustalla saattavat olla fyysisten muutosten lisäksi myös henkiset asiat, kuten kuolevan ahdistus, masennus ja pelot. Potilaiden halu kuolla liittyy usein kipuun. Saattohoidossa oireita lievittävä lääkehoito on vain osa hoitoa. Kivun hoidossa ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja hallinta on tärkeää. Potilaan mielipiteen ja henkilökohtaisen kivun tuntemuksen kuunteleminen on kivunhoidon suunnittelun ja toteutuksen lähtökohta. (Ridanpää 2006, 48-

51, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2008, 572.) Tänä päivänä kivun hoito on WHO:n suositusten mukaista ja koulutusta kivun hoidosta on riittävästi tarjolla. Kivun arvioinnissa on edelleen puutteita ja kivunhoidossa korostuu ainoastaan lääkehoito. (Sankelo 2012. )

Ridanpään (2006) ja Sandin (2003) tutkimuksien mukaan saattohoidossa kuolevan kohtaamisessa korostuu potilaan henkinen ja fyysinen huolenpito, johon kuuluu potilaan päivittäisten perustarpeiden, erilaisten oireiden ja kipujen hoitaminen. Kuolevan hoidossa huomioidaan erityisesti potilaan yksilöllisyys, toiveet sekä läheisyyden ja turvallisuuden tarpeet. (Sand 2003,6; Ridanpää 2006.) Forbes & Rosdahl (2003) toteavat, jotta potilas ja hänen perheensä pystyvät työstämään muita kuolemaan liittyviä sosiaalisia ja henkisiä asioita, on potilaan fyysiset tarpeet hoidettava ensin kuntoon ( Forbes & Rosdahl 2003, 218).

### **2.2.2 Psyykkinen perushoito**

Psyykkiseen hoitoon liittyy mahdollisuus turvallisuuden tunteeseen. Potilaalla on tunne siitä, että hänestä pidetään huolta loppuun asti. Hänellä on kuoleman läheisyydessä mahdollisuus minän eheyteen, mitä tuetaan myötäelämisellä, kuuntelemisella ja tukemisella. (Haho, 2012. Luento.)

Miettinen (2001) ja Laakkonen (2005) toteavat, että hoitohenkilöstölle haasteellisena voidaan pitää mahdollisuuksia luoda kuoleville potilaille hoitoympäristö ja ilmapiiri, missä emotionaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet tulevat riittävästi huomioituiksi. (Miettinen 2001, 10; Laakkonen 2005, 12.) Mattilan (2002) mukaan eksistentiaalisella eli olemassaolon ahdistuksella tarkoitetaan psyykkistä tilaa, joka syntyy ihmisen aavistaessa tai ymmärtäessä oman elämänsä rajallisuuden (Mattila 2002, 15).

Miettisen (2001) sekä Karjalaisen & Ponkilaisen (2008) tutkimusten mukaan hoitotyöntekijöiden aito läsnä oleminen, kuolevan potilaan ja omaisten tarpeiden huomioiminen sekä kuunteleminen ovat kuolevan potilaan hoitotyössä merkittäviä asioita. Hoito koetaan huonoksi silloin, kun hoidossa ei ole jatkuvuutta, hoitajat työskentelevät rutiininomaisesti ja käyttäytyvät epäystävällisesti. ( Miettinen 2001, 9-10; Karjalainen & Ponkilainen 2008, 37-39.)

Saattohoidossa keskeistä on toisen ihmisen koskettaminen. Kunnioittavan kosketuksen kautta on mahdollista luoda luottamuksellinen ja turvallinen hoitoilmapiiri. Kuolevan käteen tarttuminen, ystävällinen sana tai katse, tutun hoitajan läsnäolo, kiireetön hetki kuolevan luona ja aidon välittämisen osoittaminen kuvaavat potilaan turvallisuuden ja läheisyyden tarpeiden huomioimista saattohoidossa (Ridanpää, 2006, 47).

### **2.2.3 Sosiaalinen perushoito**

Saattohoidossa sosiaaliseen hyvinvointiin liittyy mahdollisuus läheisten ja ystävien tapaamiseen. Henkilökunnan tulee kohdata ja kohdella potilaita arvokkaasti. (Haho, 2012. Luento.) Sosiaalinen tuki määritellään yleisesti sosiaalisten suhteiden olemassaolon tai määrän avulla. Sosiaaliset tarpeet ilmenevät ihmisten välisissä suhteissa. Tukea voidaan saada perheenjäseniltä, ystäviltä, hoitohenkilökunnalta ja erilaisissa tukitoiminnassa olevilta ihmisiltä kuten vapaaehtoistyöntekijöiltä. Läheisille sosiaalinen tuki on mahdollisuus olla potilaan läheisyydessä. Omaisen selviytymisessä auttaa eniten ammattilaisen empaattinen läsnä oleminen ja surevasta omaisesta välittäminen. Omaiset kokevat saavansa tukea melko hyvin ja heitä kannustetaan osallistumaan kuolevan potilaan hoitoon. Heille annetaan mahdollisuus rauhalliseen keskusteluun. Heitä lohdutetaan ja ollaan tarvittaessa läsnä. (Miettinen 2001, 72-73; Karjalainen & Ponkilainen 2008, 11.)

Omaiset tarvitsevat tukea ja tietoa. Arkuudesta johtuen, he eivät sitä monestikaan pyydä, vaan heille pitää sitä tarjota. Tietoa he tarvitsevat itse sairaudesta, hoitamisesta ja kuoleman hetkestä. Omaisten ahdistuneisuus voi olla tarttuvaa ja se heijastuu herkästi potilaaseen lisäämällä hänen oireittensa kokemista. Omaisten huomioiminen lähtee siitä, että heidät huomataan, heitä tervehditään, tiedustellaan kuulumisia ja pysähdytään keskustelemaan. (Häihälä ym. 2008.)

Potilaan hoidosta vastaa moniammatillinen hoitotiimi. Saattohoitokodissa tiimiin kuuluvat myös vapaaehtoistyöntekijät, jotka avustavat saattohoitopotilasta elämään mahdollisimman aktiivista elämää yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Collianderin (2009) mukaan saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijöiden tehtävät painottuvat fyysisen avun tarjoamiseen saattohoitopotilaan elämänlaadun ja hyvinvoinnin ylläpitämisek-

si. Myös potilaan ja hänen perheensä henkinen tukeminen saattohoidossa koetaan tärkeäksi. (Colliander 2009, 56.)

### 2.3 Hoitohenkilökunta

Ihmisten parissa ammatikseen työtä tekevät henkilöt saavat ainutlaatuisen tilaisuuden olla mukana toisen ihmisen elämän arvokkaimmilla tapahtumisen hetkillä. Kuolevan ihmisen kohtaamisessa hoitaja joutuu kokemuksellisesti haasteellisimmalle paikalle.. Ymmärrettyään tämän hoitaja voi kasvaa omassa olemisessaan työnsä kautta. Kuolevaa hoitaessaan hän on paikalla, joka edellyttää kunnioittavaa käyttäytymistä ja toimintaa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 197.)

Kuolevaa potilasta hoitavalta kysytään lämmintä sydäntä, myötäelämisen ja ymmärtämisen taitoa, jotta kuoleva voi kokea oman kuolemansa arvokkaana niin, että hänen itsekunnioituksensa ja itsearvostuksensa säilyy loppuun saakka. Jokainen kuoleva on arvokas omana persoonanaan eikä hänen hoitamisensa saa milloinkaan olla rutiinimaista perushoitoa. Kun hoitava henkilö suostuu aitoon kohtaamiseen, on läsnäolo todellista. Yksinäinen kuoleva potilas voi tarvita omahoitajan apua enemmän kuin sellainen , josta perheenjäsenet pitävät huolta. Silloin omahoitaja tai joku muu hoitotiimistä korvaa rakastavan ihmisen. Tämä vaatii ammattihenkilöltä korkeatasoista osaamista. Jotta myötätuntoinen potilaan tukeminen ei aiheuttaisi työuupumusta, tarvitaan työnohjausta. ( Grönlund & Huhtinen 2011, 92-93.)

Olthuis, Dekkers, Leget & Vogelaar (2006) tutkimuksen mukaan hoitajan oma persoonallisuus on hänen tärkein työvälineensä. Saattohoitajalta vaaditaan hyviä keskustelutaitoja. Hoitajan työtä ohjaavat myös eettisyys ja moraalit. (Olthuis, Dekkers, Leget & Vogelaar 2006, 29-32.) Bonebrake, Culver, Call & Ward-Smith (2010) toteavat, että yksi hoitajan tärkeimmistä tehtävistä on toimia potilaiden ja omaisten puolestapuhujana, jotta heidän äänensä saadaan kuuluviin (Bonebrake, Culver, Call & Ward-Smith 2010, 275). Mercerin & Feeneyn (2009) mukaan hoitajan oma tausta ja kulttuuri vaikuttavat siihen, miten hän suhtautuu kuolemaan (Mercer & Feeney 2009, 261).

Sairaanhoitajat ja lähihoitajat työskentelevät kuolevien ihmisten parissa enemmän kuin kukaan muu terveydenhuollon henkilökunnasta. Kautta aikojen hoitajat ovat yrittäneet

löytää keinoja parantaa elämänlaatua yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen jokaisessa elämänvaiheessa. Hoitotyön ammattilaiset ovat keskeisessä asemassa tukemassa saattohoitopäätöksiä. (Tacher,S. 2008, 174.) Yrittäessään toimia oikein potilaiden ja heidän perheidensä kanssa, hoitajat pyrkivät tarjoamaan lohdutusta, toimimaan ammatillisesti ja luomaan hyviä muistoja (Vanderspank-Wright, Fothergill-Bourbonnais, Brajtman & Gagnon 2011, 33).

Kommunikaatiolla, kivun lievittämisellä, käytännön asioissa tukemisella ja tehostetulla huolenpidolla on vahva yhteys potilaan ja omaisten tyytyväisyyteen (Haho, 2012. Luento). Kuolevan potilaan hoitaminen on herkkää ja eettistä. Omaisten kohtaaminen voidaan kokea ahdistavana, koska hoitotyöntekijällä ei ole keinoja tukea kuolevan potilaan omaisia. Kuolevan potilaan hoidossa hoitaja nähdään ensisijaisesti tukijana, ymmärtäjänä, lohduttajana ja yksilöllisen hoidon toteuttajana. Hoitohenkilökunnalta edellytetään empaattisuutta, rohkeutta ja luovuutta tulkita kuolevan sanaton viestintää, kun hän ei enää itse pysty kertomaan toiveitaan ja tarpeitaan.( Ridanpää 2006, ; Karjalainen & Ponkilainen 2008, 38-39.) Hautala, Fält, Hinkka, Lammi, Kellokumpu-Lehtinen sekä Kosunen (2008) toteavat, että yhä enemmän tulisi kiinnittää huomiota saattohoidon organisointiin sekä saattohoitoon liittyvää koulutusta ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa tulee kehittää (Hautala, Fält, Hinkka, Lammi, Kellokumpu-Lehtinen & Kosunen 2003,2443,2447).

Kaikissa organisaatioissa hoitomahdollisuuksista päättävät johtajat ja poliittiset tahot. Heidän tekemänsä päätökset resursseista voivat edistää tai ehkäistä saattohoidon toteutumista. Hoitotyön johtaminen suuntautuu siihen, että henkilöstöä tuetaan, heidän osaamistaan parannetaan ja hoitoympäristöä muutetaan saattohoitoa mahdollistavaksi. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 50.) Lähiesimies on avainasemassaan kehittäessään oman yksikkönsä hoitotyötä. Hänellä on työhönsä liittyvä vastuu ja valta kehittää oman yksikkönsä toimintaa potilaslähtöisesti. Lähiesimies voi omalla esimerkillään viedä eteenpäin kuolevien hoitoa myös niissä yksiköissä, joiden perustehtävänä on parantaa ihmisiä. (Grönlund ym. 2008, 50.) Hoitohenkilökunnan liian vähäistä määrää perustellaan usein taloudellisten resurssien puutteella ja lamalla. Voidaankin hyvällä syyllä pohtia, mitä tällöin tapahtuu hoitotyön eettisille periaatteille, kun hoitajat on kuormitettu työssään voimiensa ääri rajoille. (Grönlund & Huhtinen 2011, 21.)

## 2.4 Aikaisemmat tutkimukset

Tässä opinnäytetyössä mielenkiinnon kohteena oli saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito. Kokonaisvaltaiseen perushoitoon kuuluu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta sekä hengellisestä hyvinvoinnista huolehtiminen. Hengellinen hyvinvointi rajattiin tästä opinnäytetyöstä pois.

Ridanpään (2006) ja Sandin (2003) tutkimuksien mukaan saattohoidossa kuolevan kohtaamisessa korostuu potilaan henkinen ja fyysinen huolenpito, johon kuuluu potilaan päivittäisten perustarpeiden, erilaisten oireiden ja kipujen hoitaminen. Kuolevan hoidossa huomioidaan erityisesti potilaan yksilöllisyys, toiveet sekä läheisyyden ja turvallisuuden tarpeet. Ridanpää (2006) on Pro Gradu-tutkielmassaan tarkastellut hoitohenkilöstölle tarkoitettuja kuolevan hoitoa käsitteleviä ohjeistuksia. Aineisto koostuu 11 erilaisesta ohjeistosta. Tulosten mukaan kuolevan hoitotyöhön sisältyvät kuolevan potilaan ja hänen läheistensä hoito, vainajan saattaminen sekä kuolevan hoitotyön eettisen perustan ja lainsäädännön tunteminen. Sand (2003) on väitöskirjassaan tutkinut saattohoidon toimintaa ja tutkimustulosten kautta pyrkinyt lisäämään saattohoidon ymmärrystä saattohoitopotilaiden näkökulmasta. Tutkimusaineisto on kerätty teemahaastattelemalla saattohoitopotilaita (N=35). Tulosten mukaan kuolevan potilaan hoito on yksilöllistä, perhekeskeistä ja omaisten merkitys korostuu.

Miettinen (2001) ja Laakkonen (2005) mukaan haasteellisena hoitohenkilöstöllä voidaan pitää mahdollisuuksia luoda kuoleville potilaille hoitoympäristö ja ilmapiiri, missä emotionaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet tulevat riittävästi huomioiduiksi. Miettinen (2001) selvitti väitöskirjassaan, miten kuolevien potilaiden hoito oli onnistunut. Aineisto kerättiin haastattelemalla kuolevan potilaan omaisia (n=472). Tulosten mukaan hyvällä saattohoidolla oli suuri merkitys kuolevan hyvään oloon ja elämisen laatuun. Laakkonen (2005) selvitti väitöskirjassaan haastattelemalla iäkkäiden sairaiden ja hyväkuntoisten kotona asuvien potilaiden hoitotoiveita (N=389). Tuloksista käy ilmi, että akuuttihoitossa on liian vähän mahdollisuuksia huomioida potilaiden eksistentiaalisia ja emotionaalisia tarpeita. Yksilövastuinen hoitotyö on yksi parhaista potilasta ja perhettä palvelevista hoitomalleista. Saattohoitopotilaan perushoidossa korostuu yksilöllisyys ja omahoitajuudella on tässä suuri merkitys. Lipponen (2006) on väitöskirjaassaan selvittänyt kuolevan potilaan ja omahoitajan välistä hoitosuhdetta vuorovaikutuksessa. Aineisto kerättiin havainnoimalla ja haastattelemalla saattohoitopotilaita (N=10) ja oma-



hoitajia (N=10). Tulosten mukaan kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa hyvä hoito ja itseyden säilyttäminen merkitsevät jatkuvaa tasapainoilua läheisyyden ja etäisyyden paradoksaalisessa samanaikaisuudessa.

Lampen (2010) toteaa, että omaisten kohtaaminen korostuu saattohoitopotilasta hoidettaessa. Lampen (2010) on Pro Gradu- tutkielmassaan kuvannut hengellisten menetelmien käyttöä pitkäaikaishoidossa haastatteleamalla pitkäaikaishoidossa työskenteleviä lähihoitajia (N=18). Karjalainen & Ponkilainen (2008) ovat Pro Gradu- tutkielmassaan selvittäneet, millaista tukea hoitajat ovat antaneet kuolevan potilaan omaisille. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella vuodeosastolla, kotihoidossa ja yksityisessä hoitokodissa työskenteleviltä hoitotyöntekijöiltä (N=379). Hoitotyöntekijät arvioivat antavansa hyvin tiedollista, emotionaalista, sosiaalista, hengellistä ja henkistä tukea. Vapaaehtoistyöntekijät koetaan tärkeäksi voimavaraksi saattohoidossa. Collander (2009) on tutkinut Pro Gradu-tutkielmassaan suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijöiden (N=107) sosiodemografisia tietoja, työhyvinvointia sekä voimavarakiteijöitä. Tulosten mukaan se kokevat työn mielekkäänä ja työhyvinvointi on yhteydessä haluan jatkaa vapaaehtoistoiminnassa.

Suomalaisia tutkimuksia saattohoitopotilaan hoidosta löytyy vähän. Esittelemäni aikaisemmat tutkimukset nousivat keskeiseen asemaan, koska niissä tarkastellaan tässä opinnäytetyössä tutkimuskohteena olevan perushoidon eri osatekijöitä saattohoidossa.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä on saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito ja miten se toteutuu Pirkanmaan Hoitokodissa hoitajien, lähiesimiesten ja ylemmän johdon näkökulmasta.

Tutkimustehtävät, joihin opinnäytetyön avulla pyritään vastaamaan ovat:

1. Mitä hoitajien kokemusten mukaan on saattohoitopotilaan perushoito?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat saattohoidossa laadukkaan kokonaisvaltaisen perushoidon toteutumiseen?
3. Miten saattohoitopotilaan perushoitoa voidaan kehittää organisaatioissa?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää BIKVA- arviointimallia mukailleen saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista perushoitoa.

## 4 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttäminen on tarkoituksenmukaista silloin, kun halutaan saada vähän tunnetusta asiasta tai ilmiöstä uutta informaatiota. Laadullisen tutkimuksen taustalla oleva tieteenkäsitys on avoin. Laadullisessa tutkimuksessa ei voida tehdä jyrkkää eroa tutkimustehtävän muotoilun, aineiston keruun ja analysoinnin välillä. Ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti ja vuorotellen tutkimuksen kulun ohjaamana. Sen vuoksi laadullisen tutkimuksen vaiheet eivät erotu toisistaan niin selkeästi kuin määrällisen tutkimuksen vaiheet. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole mitata tilastollisesti jotain tiettyä ilmiötä ja sen yleisyyttä yhteiskunnassa tai vaihtelua esimerkiksi eri sosiaaliryhmissä, vaan ymmärtää tai tulkita jonkin valitun ilmiön esiintymisen syitä ja merkitystä tietyssä kontekstissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-164.)

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Tiedon keruun välineinä suositaan ihmisiä. Tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Tämän vuoksi lähtökohdaksi ei ole teorioiden testaaminen, vaan aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä mikä on tärkeää, vaan hän tuo esille kaikki saamansa tulokset. Laadullisessa tutkimuksen aineiston hankinnassa suositaan metodeja, joissa tutkittavien ”ääni” ja näkökulmat pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat esimerkiksi teema- ja ryhmähaastattelut. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Tässä opinnäytetyössä kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä oli ainoa vaihtoehto, koska tarkoituksena oli selvittää mitä on saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito, mitkä tekijät vaikuttavat sen toteutumiseen ja miten saattohoitoa voitaisiin kehittää. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla päästiin syvällisemmin tutustumaan hoitajien, lähiesimiesten ja johdon ajatuksiin ja kokemuksiin sekä kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä sellaisenaan miten he sen näkevät. Tavoitteena oli kehittää BIKVA-arviointimallia mukailleen saattohoitopotilaan perushoitoa.

## 4.2 BIKVA-arviointimalli

Asiakaslähtöisen arviointimallin (BIKVA) on kehittänyt Tanskalainen Hanne Katherine Krogstrup. BIKVA tulee tanskan kielestä, sanoista Brugerindragelse i Kvalitetsvurdering eli asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana. Mallin lähtökohtana on saada asiakkaiden eli tässä opinnäytetyössä hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta perushoidosta ja kehittää sitä. Asiakkaiksi valittiin saattohoitopotilaiden sijaan hoidon toteuttajat, koska tässä opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita hoitotyön toteutumisesta eikä hoitotyön onnistumisen arvioinnista. Alun perin Bikva -malli on luotu Tanskassa sosiaalipsykiatrian alalla. (Krogstrup 2004, 7.) Bikva- mallia voidaan käyttää millä tahansa alalla. Sen tarkoituksena on oppiminen, kehittyminen ja toimintatapojen muutos organisaatiossa tai työyhteisössä. (Koivisto 2007, 1.)

Bikva- mallin kehittämisen taustalla on tarve saada asiakkaita mukaan arviointeihin (Krogstrup 2004, 7). Bikva- menetelmää ei ole sinällään olemassa vaan se rakentuu aina jokaisessa sovelluksessa tekijöidensä vuorovaikutuksen tuloksena ja muokkautuu aina omanlaisekseen (Koivisto 2007, 17). Erityisen merkityksellinen malli on arvioitaessa inhimilliseen prosessointiin liittyviä ratkaisuja (Krogstrup 2004, 7).

Tiedonkeruu Bikva- mallissa on kvalitatiivista ja tieto kerätään ryhmähaastatteluiden avulla. Haastatteluiden tavoitteena on selvittää, millä tavoin erilaiset asiat kuvataan ja minkälainen merkitys niille annetaan. Kuvaukset esitetään seuraaville sidosryhmille ja annetaan niihin kuuluvien ihmisten vastata omien näkökulmien kautta. Haastattelurunkona käytetään edelliseltä sidosryhmältä saatua materiaalia. Prosessi lähtee aina alhaalta ylöspäin asiakkaista johtotasoon ja poliittisiin päättäjiin asti. He arvioivat esiin nousseet asiat ja käsittelevät myönteistä ja kielteistä kritiikkiä. Työyhteisössä vuorovaikutus on jatkuvaa ja arviointia seuraa toiminta, jossa pyritään puuttumaan esiin tulleisiin ongelmiin. (Krogstrup 2004, 13-15.)

Bikva- malli perustuu kaksikehäisen oppimisen ajatukseen, jonka mukaan työyhteisö pystyy näkemään asiat usealta kannalta ja samalla kyseenalaistamaan toimintatavat. Menetelmän toimivuuden edellytyksenä on, että työyhteisö pystyy olemaan avoin erilaisille näkökannoille. (Koivisto 2007, 18.)

### **4.3 Aineiston keruu**

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, joka eteni valmiin teemarun-  
gon mukaisesti. Ryhmähaastattelu sopi tiedonkeruu muodoksi parhaiten, koska haluttiin  
saada useamman henkilön kokemuksia ja ajatuksia saattohoidosta yhtä aikaa.

#### **4.3.1 Ryhmähaastattelu**

Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruu muoto, koska samanaikaisesti saadaan tietoa  
monelta henkilöltä. Haastateltavat ovat paljon vapautuneempia ja luontevampia, kun  
henkilöitä on useampi paikalla. Ryhmähaastattelu on mielekästä erityisesti silloin, kun  
halutaan tutkia ryhmien kulttuureja, näkemyksiä ja arvoja. (Krogstrup 2004, 24; Hirs-  
järvi, Remes & Sajavaara 2010, 197-198.)

Ryhmän kontrolloivalla vaikutuksella voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuk-  
sia. Ryhmä voi auttaa, jos kysymys on esimerkiksi muistin varassa olevista asioista. Se  
voi auttaa myös väärinymmärrysten korjaamisessa. Toisaalta ryhmä voi estää ryhmän  
kannalta kielteisten asioiden esille tulon. Ryhmässä voi olla myös joku hallitseva hen-  
kilö, joka pyrkii määräämään keskustelun suunnan. Nämä seikat tutkijan on otettava  
huomioon tuloksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä tehdessä. (Krogstrup 2004, 24; Hirsjär-  
vi ym. 2010, 198.)

#### **4.3.2 Teemahaastattelu**

Teemahaastattelussa haastattelu rajataan tiettyihin aihepiireihin. Aiheet nostetaan teo-  
reettisesta viitekehystä ja muutetaan ne haastatteluteemoiksi. Kysymyssarjojen si-  
jaan esitetään aihe-alueita, joita tutkittava täsmentää ja syventää tarkentavien kysymys-  
ten avulla. Haastattelijä voi haastattelutilanteessa myös muokata haastattelurunkoa.  
Teemahaastattelussa ei voi kysellä ihan mitä tahansa. Siinä pyritään löytämään merki-  
tyksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen, tutkimustehtävän tai –ongelman mukai-  
sesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.)

#### 4.4 Analyysimenetelmä

Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaation lisääminen tutkittavasta ongelmasta. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi. Siihen kuuluvat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Hirsjärvi ym. 2004, 209; Tuomi & Sarajärvi 2009, 106, 108-109.)

Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa analysoitavasta aineistosta karsitaan kaikki epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla joko informaation pilkkomista osiin tai tiivistämistä. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokka sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston klusterointia seuraa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistetään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-112.)

#### 4.5 Opinnäytetyön toteuttaminen

Aihe opinnäytetyölle saatiin valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) alaisuudessa toimivalta saattohoitotutkijafoorumilta. Aikaisempi opinnäytetyöni käsitteli hoitotahdon toteutumista vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta, joten aihe vaikutti mielenkiintoiselta ja tuntui luonnolliselta jatkaa elämän loppuvaiheeseen liittyvän aiheen parissa. Tutkimussuunnitelma ja lupahakemukset käsiteltiin Pirkanmaan Hoitokodissa huhtikuussa 2012. Tutkimusluvat myönnettiin touko-

kuussa 2012. Aineiston keruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, joka eteni valmiiksi suunnitellun teemarunon mukaisesti (liite 2). Bikva- mallin mukaan se eteni organisaatiossa hierarkisesti ylöspäin alkaen tässä opinnäytetyössä hoitajista ja edeten lähiesimiehistä aina johtoportaaseen asti (kuvio1). Ennen tutkimuksen alkua hoitajien teemarunko testattiin ulkopuolisella henkilöllä.



KUVIO 1. Haastatteluiden eteneminen BIKVA-mallin mukaisesti

Hoitajien haastattelut toteutettiin toukokuussa 2012. Hoitajat (n=6) haastateltiin kahtena eri ryhmänä, joissa oli läsnä yhteensä kuusi haastateltavaa. Heistä neljä oli sairaanhoitajia, yksi lähihoitaja ja yksi perushoitaja. Hoitokodin osastonhoitajan kanssa sovittiin haastatteluajankohdat ja tilajärjestelyt. Osastonhoitaja valitsi haastattelupäivänä työvuorossa olevista hoitajista haastatteluun halukkaat osallistujat.

Lähiesimiesten (n=2) haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna lokakuussa 2012. Haastattelu eteni valmiin teemarunon mukaisesti, joka muodostettiin hoitajien haastatteluaineiston analyysissä esiin nousseista asioista. Lähiesimiesten tehtävänä oli miettiä, mitkä tekijät ja asiat vaikuttavat laadukkaan saattohoidon toteutumiseen. Hoitokodin ylemmän johdon (n=2) haastattelu toteutettiin marraskuussa 2012 ja kuten BIKVA-mallin luonteeseen kuuluu, oli haastattelun teemarunko jälleen muodostettu lähiesimiesten haastattelussa esiin nousseista asioista. Hoitokodin ylemmän johdon tehtävänä oli miettiä, miten saattohoitoa voidaan kehittää. Edellisten ryhmien tulokset käytiin läpi

haastatteluiden jälkeen. Tulokset kerrottiin lähiesimiehille ja ylemmälle johdolle vasta haastattelun jälkeen. Näin menetellen saatiin haastateltavien omia mielipiteitä asiasta, eivätkä edellisen ryhmän tulokset vaikuttaneet heidän mielipiteisiinsä ja ajatuksiinsa. Kaikilta haastateltavilta saatiin haastattelupaikalla kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta (liite 3 ; liite 4). Haastattelut nauhoitettiin ja ne kestivät noin tunnin. Aukikirjoitettua tekstiä kertyi yhteensä 22 A4 sivua, rivinvälillä 1.

Opinnäytetyössä aineiston analyysimenetelmä oli induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi. Haastatteluiden jälkeen aineisto litteroitiin eli aukikirjoitettiin. Kun kaikki vastaukset oli luettu läpi useaan kertaan, aloitettiin aineiston pelkistäminen eli redusointi. Aineistosta karsittiin kaikki epäolennaiset asiat pois. Tämän jälkeen aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin alaluokiksi. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja niistä muodostettiin alaluokkia, joille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Aineiston abstrahoinnissa muodostettiin alaluokista laajempia yläluokkia. Yläluokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Yläluokista muodostettiin vielä laajempia pääluokkia, jotka nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. Jokainen haastattelu analysoitiin erikseen (liite 1). Opinnäytetyössä mielenkiinnon kohteena oli saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito, laadukkaaseen kokonaisvaltaiseen perushoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät sekä saattohoidon kehittäminen. Saattohoitopotilaan hengellinen hyvinvointi rajattiin tästä opinnäytetyöstä pois.



## 5 SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN PERUSHOITO HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Hyvään saattohoitopotilaan perushoitoon kuuluu potilaan fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja eksistentiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen. Tästä opinnäytetyöstä on rajattu hengellinen hyvinvointi pois. Hoitajia pyydettiin kuvailemaan, mitä on saattohoitopotilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen perushoito. Seuraavissa kappaleissa olen esittänyt haastatteluiden tulokset.

### 5.1 Potilaan ja omaisten tietoisuus sairauden tilasta ja saattohoidon vaiheesta

Hoitokotiin tullessa potilaiden ja omaisten tietoisuus saattohoidosta ja sen merkityksestä vaihtelee. Monet potilaat siirtyvät hoitokotiin jostakin muusta hoitopaikasta, missä potilaille ja omaisille ei olla välttämättä kerrottu ymmärrettävästi mitä saattohoito tarkoittaa ja minkälaisesta hoitopaikasta on kysymys. Jotkut potilaat saattavat elää sairauden shokkivaihetta, jolloin tietoa ei pystytä vielä ottamaan vastaan vaikka puhetta aiheesta olisi ollut. Viime aikoina tietoisuus on kuitenkin parantunut. Seuraavissa luvuissa aihetta käsitellään tarkemmin.

Useimmilla potilailla on tieto siitä mihin he ovat tulleet ja minkälaisesta hoitopaikasta on kyse. *“He tietävät tulevansa Pirkanmaan Hoitokotiin, mutta eivät tiedä tarkalleen, että kyse on saattohoidosta”*. On myös olemassa potilaita, joille ei olla kerrottu koko saattohoitopäätöksestä. Joillakin potilailla on tietoa siitä mihin ollaan tultu, mutta saattohoito käsitteenä on vieras. Joskus potilas on siinä uskossa, että kuolema tulee hyvin nopeasti siirryttäessä hoitokotiin. Sellaiset potilaat, joilla on jokin aikaisempi kokemus hoitokodista kuten esimerkiksi omainen on ollut hoitokodissa hoidossa, niin he ovat paremmin ajan tasalla asioista.

Omaisilla saattaa olla hyvin vähän tietoa potilaan sairaudesta ja tilanteesta. Siksi monille omaisille potilaan siirtyminen hoitokotiin tulee yllätyksenä. Omaiset tietävät hoitokotiin siirtymisestä, mutta saattohoidon merkitys on vieras. *“Ei olla aina selvillä siitä, että tämä on saattohoitoa ja toiveita on monilla siitä, että täällä saadaan vielä kuntoon”*. Tästä johtuen omaisilla saattaa olla vielä toiveita potilaan kuntoon saamisesta.

Potilaan käsitys hoitokodista ja omasta tilanteestaan kartoitetaan heti tulovaiheessa. Joihenkin ihmisten kohdalla sairaus on edennyt niin nopeaan tahtiin, ettei potilas ole vielä kerinnyt hyväksymään omaa tilannettaan. Ollaan vielä sairauden shokkivaiheessa. Jotkut potilaat kieltävät koko tilanteen eivätkä halua puhua asiasta. *“Ei olla hyväksytty tietoa ja omaksuttu miksi tänne tullaan”*. Potilaan ja mahdollisuuksien mukaan omaisten kanssa käydään tilanne yhdessä läpi ja esitellään hoitokotia ja sen toimintaa. Jo tulovaiheessa potilaiden sekä omaisten kanssa otetaan kuolema puheeksi. *“Me kyllä tuomme sen julki aikaisessa vaiheessa tulohaastattelussa ja kysytään onko hoitokoti heille tuttu ja puhutaan aina kuolemasta eikä millään synonyymeillä”*. Kuolemasta puhutaan kuolema nimellä eikä käytetä mitään synonyymeja väärinkäsitysten välttämiseksi.

## 5.2 Fyysisen hyvinvoinnin ylläpitäminen ja tukeminen

Ihmisen fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat monet tekijät. Ihminen pitää huomioida yksilönä, jolla on omat tavat ja tottumukset. Fyysistä toimintakykyä pyritään ylläpitämään mahdollisimman pitkään, koska sillä on suuri merkitys potilaan mielenvirkeydelle. Päivittäisistä hoitotoimenpiteistä huolehtiminen ja kivunhoito kuuluvat osaksi fyysistä hyvinvointia. Ravinnolla kuten myös koskettamisella on suuri merkitys fyysiseen hyvinvointiin. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen päättyy vasta potilaan kuoltua. Kuoleman lähestyessä ympäristö muutetaan levolliseksi ja perushoito kuoleman hetkellä on oireita helpottavaa hoitoa. Vainajaa käsitellään kunnioittavasti loppuun saakka.

### 5.2.1 Yksilöllisyyden huomioiminen

Jokaisen potilaan perushoidosta ja siisteydestä huolehditaan yksilöllisesti. Omien tapojen ja tottumusten huomioiminen vaikuttaa potilaan minä-kuvan säilymiseen. Hoidettaessa potilasta hänen toiveet hoidosta ja muusta ovat etusijalla. *“Ei se tarkoita, että pitää rutiinisti kaikille kaikki samalla lailla tehdä vaan mennään hirmuisesti sen potilaan omien toiveiden mukaisesti. Jokaista potilasta ei joka aamu puunata perusteellisesti, vaan katsotaan hänen toiveensa, miten hän jaksaa ja mihin on tottunut. Toiveita kuun-*

*nellaan hyvin herkästi*”. Potilaan omien tavaroiden ja tuotteiden käyttäminen kuuluu osaksi hoitoa. Intimiteettiä kunnioitetaan loppuun saakka. Omahoitajan merkitys korostuu yksilövastuisessa hoitotyössä, koska omahoitaja tuntee oman potilaansa tavat ja tottumukset parhaiten. *“Ei kaikki ole tottuneet esim. siihen, että aamuin illoin tehdään pesut. Silloin meillä jää myös enemmän aikaa siihen läsnäolemiseen”*. Läsnaolon merkitystä ei voida liikaa korostaa.

### **5.2.2 Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen**

Potilaiden hoito on myös kuntouttavaa. Kuntouttava työote näkyy päivittäisissä hoitotoimenpiteissä. Potilaiden voimavarat ja toimintakyky kartoitetaan tulovaiheessa. Wc matkat tehdään mahdollisuuksien mukaan rollaattorin avulla ja ruokailemaan noustaan tuoliin. *“Monet oikein yllättyy, kun tuo meidän äiti tai isä on ollut niin kauan vuodepotilaana ja sitten hän saattaakin istua tai lähteä rollon kanssa kävelylle”*. Monilla potilailta fyysinen toimintakyky on parantunut tulovaiheeseen nähden. Toiminta- ja liikuntakykyä ylläpidetään niin pitkään kuin mahdollista. Hoitokodissa on oma fysioterapeutti, joka on mukana hoitotyössä.

Fyysisten voimavarojen parantuminen ja ylläpitäminen vaikuttavat potilaan mielenlaatuun. Omatoimisuuden säilyminen mahdollisimman pitkään antaa potilaalle voimia, onnistumisen tunteita ja samalla vaikuttaa mielenvirkeyteen. Omatoimisuuteen kannustamisella kunnioitetaan potilasta aikuisena ihmisenä eikä automaattisesti tehdä kaikkea puolesta.

### **5.2.3 Päivittäisten perustarpeiden huomioiminen**

Päivittäiset hoitotoimenpiteet kuuluvat osaksi fyysistä hoitoa. Hygieniasta huolehditaan päivittäin, kuitenkin potilaan omia toiveita ja tapoja kuunnellen ja kunnioittaen. *“Omaiset kyllä ymmärtää, kun selitämme että menemme täällä potilaan toiveiden mukaan. Oli se sitten liikkuminen, syöminen tai hampaiden pesu ja näin”*. Ihon kuntoa seurataan ja suun hygieniasta huolehditaan. Mahdolliset haavat hoidetaan ohjeiden mukaisesti. Asentohoidoilla helpotetaan vuodepotilaiden oloa ja ehkäistään painehaavaumien syntymistä.

Ravinnolla on suuri merkitys fyysiseen jaksamiseen. Jos ei ruoka maistu, voimia ei riitä muuhun kuin lepäämiseen. Potilaiden omia toiveita huomioidaan mahdollisimman paljon. Lempiruoilla saadaan mielihyvän tunteita potilaille. *“On monia potilaita , jotka eivät tykkää kotiruoasta ja sitten on tehty esimerkiksi pizzaa”*. Oma keittiö helpottaa ruokatoiveiden toteutuksessa. Joskus lempivoileivän saaminen illalla on helpottanut pahaa mieltä.

#### 5.2.4 Kivunhoito

Kivunhoito voi olla lääkkeellistä tai lääkkeetöntä. Kipujen ennalta ehkäiseminen esimerkiksi ennen hoitotoimenpiteitä on tärkeä huomioida. Kipu vaikuttaa myös toimintakyvyn ylläpitämiseen. Kipu saattaa olla esteenä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Hoitajalla on tärkeä rooli kipua tulkittaessa. Aina kaikki kipu ei ole fyysistä vaan on myös henkistä kipua. *“Kaikki täällä jotka ovat töissä näkevät, että kipua on muuta-kin. Pahaa oloa ja kenellä se sitten milläkin lähtee”*. Fyysinen kipu suljetaan pois lääkkeillä. Ahdistavaa oloa helpotetaan esimerkiksi hieronnalla tai hemmotteluilla. *“Se on niin iso osa sitä lääkkeetöntä oireiden ei vain kivunhoitoa. Vaan kun menee huoneeseen ja ottaa kädestä kiinni tai moni tykkää kun jalasta silittele.”*. Monesti kipu saattaa helpottua pelkällä hoitajan läsnäololla tai keskustelemalla, oli se sitten fyysistä tai henkistä.

#### 5.2.5 Koskettamisen merkitys

Koskettaminen on hoitotyössä välttämätöntä. Koskettaminen on osa lääkkeetöntä hoitoa ja viestii välittämisestä. Koskettamisella on yleensä rauhoittava vaikutus potilaisiin. Kaikki eivät kuitenkaan koskettamisesta tykkää tai se aiheuttaa kipua. Hoitajan on muistettava kunnioittaa potilaan reviiriä ja välttää turhaa koskettamista, jos potilas niin haluaa. Ajan kanssa kun potilas alkaa luottaa hoitajiin, reviiri saattaa laajentua. Hyvillä otteilla hoitotoimenpiteissä luodaan potilaille myös turvallisuuden tunne. *“Ihmiset pitävät, että otetaan hyvä ote. Se tuntuu turvalliselle. Joku saattaa pitää pahana, että otetaan liian löysästi kiinni”*. Potilalle tulee tunne siitä, että hän on hyvissä käsissä.

### 5.2.6 Perushoito kuolemanhetkellä ja vainajan kunnioittaminen

Kuoleman lähestyessä perushoito on oireita helpottavaa, suun kostuttamista, asentohoitoa ja puhtaana pitoa. Kaikkea ylimääräistä kääntämistä mikä ei ole välttämätöntä, vältetään. *“Perushoito on lähinnä suun kostutusta, asennon hoitoa, puhtautta loppuun saakka”*. Potilaille pyritään järjestämään mahdollisimman hyvä olo esimerkiksi vaihtamalla kuivat vaatteet, jos on kovasti hikoillut. Perushoito on yksilöllistä ja tilanteen mukaista. Kuoleman tapahduttua vainaja puetaan itsensä näköiseksi. Vainajaa käsitellään kunnioittavasti, niin kuin hän olisi elossa. *“Mehän käsittelemme kuollutta kuin olisi elossa”*. Vainajaa puettaessa häntä käännellään kauniisti ja hänelle puhutaan. Rauhallisuus kaikissa tekemisissä on tärkeää, kiire ei enää ole mihinkään vaan tilanteelle annetaan aikaa. Jos vainaja on halunnut tai omaiset haluavat, puetaan vainajalle omat vaatteet päälle. Joillakin se on ollut morsiuspuku, jollakin jokin muu. Vainajan käsittelemisessä ja puettaessa kulttuuri huomioidaan myös.

### 5.3 Psykkisen hyvinvoinnin huomioiminen ja tukeminen

Turvallisen olotilan järjestäminen vaikuttaa potilaan mielenlaatuun. Sairauskriisissä tukeminen on osa jokapäiväistä hoitoa. Potilaan ja hänen perheensä huomioiminen antaa kuvan välittämisestä ja että jokainen potilas on tärkeä. Hoitajalla on tärkeä rooli potilaan henkisen hyvinvoinnin tukemisessa. Yhdessä potilaan kanssa etsitään aiheita elämän ilon säilyttämiseksi. Potilaiden kanssa puhutaan kuolemasta ja sairauden tuomista peloista. Psykkistä hyvinvointia tuetaan erilaisten virikkeiden avulla ja läsnäolo potilaan kanssa on erityisen tärkeässä asemassa. Potilaat saattavat kärsiä masennuksesta, jota seurataan säännöllisesti ja sitä hoidetaan yksilöllisesti.

#### 5.3.1 Turvallisuuden tunteen luominen ja ympäristön huomioiminen

Kodinomainen ympäristö ja normaalin arjen tarjoaminen luovat potilaille turvallisen olotilan. *“Kodinomaisuus ja omahoitajuus on meille itsestään selvää”*. Normaalin arjen keskellä ajatukset eivät koko ajan pyöri sairauden tai kuoleman ympärillä. Hoitajan aito läsnäolo ja välittämisen näyttäminen saavat potilaat tuntemaan olonsa arvokkaaksi. Koskettamalla ja silittämällä on merkittävä vaikutus turvallisuuden tunteen luomisessa.

*”Omahoitajuus on perushoidon a ja o“.* Omahoitajuus nousee keskeiseen asemaan. Kuoleman lähestyessä ympäristö riisutaan turhista tavaroista. Tila muutetaan kauniiksi ja levolliseksi ja esille laitetaan kauniita asioita. Potilas sijoitetaan yhden hengen huoneeseen mahdollisuuksien mukaan. Oman paikan ja rauhan tarjoaminen on tärkeää omaisille ja potilaalle.

### 5.3.2 Sairauskriisissä tukeminen

Hoitokotiin tultaessa potilas toivotetaan tervetulleeksi. Sillä viestitetään, että hän on tärkeä ja hänestä ollaan kiinnostuneita. Potilaan kanssa käydään läpi koko hänen historiansa, sairastumisensa ja miten se on todettu ja edennyt. Potilaiden kanssa tehdään sinun kaupat ja puhutellaan nimellä. Potilaan hoidossa huomioidaan hänen läheisensä ja perheensä. Ollaan aidosti kiinnostuneita myös heistä ja heidän jaksamisestaan.

Potilaille on tarve puhua sairaudesta ja sen tuomasta ahdistuksesta. Heille annetaan aikaa tunteiden purkamiseen. Potilaat kokevat joutuvansa luopumaan monista asioista sairauden myötä. *”Potilaalla on välillä suuri tarve puhua asioistaan, sairaudestaan ja sen etenemisestä. Kuinka paljon ihminen joutuu luopumaan sairauden myötä. Meillä halutessa naisilla kynnet lakataan, toisilla on korut ym. Kaikesta ei tarvitse luopua kun tänne tule”.* On tärkeää löytää potilaiden kanssa niitä asioita, tapoja ja tottumuksia, mistä ei tarvitse luopua ja säilyttää ne mahdollisimman pitkään.

### 5.3.3 Hoitajan antama henkinen tuki

Hoitajan ammattitaitoa kysytään tulkittaessa potilasta. Kuunteleminen on hoitajan yksi tärkeimmistä työvälineistä. *”Psykykinen puoli vaatii erittäin herkkää korvaa hoitajalta”.* Hoitajan täytyy osata arvioida onko kyseessä esimerkiksi henkinen vai fyysinen kipu. Hoitaja viestii läsnäolollaan aitoa välittämisen tunnetta. Omahoitajuuden merkitys korostuu psyykkisessä tukemisessa. *”Omahoitajuus nousee tärkeään rooliin ja sitten kun se hetki tulee niin käytetään hyväksi milloin potilas on valmis keskustelemaan”.* Omahoitaja tuntee potilaan parhaiten ja osaa tulkita hänen oireitaan. Hoitajan on annettava potilaalle aikaa silloin, kun hän sitä itse haluaa.

### 5.3.4 Sairauden tuomat pelot ja kuolemanpelko

Monilla potilailla on kova kuoleman pelko, mitä helpotetaan keskustelemalla. Joskus potilas ei uskalla mennä nukkumaan, koska pelkää ettei hän enää herää. Jotkut potilaat pelkäävät mahdollisia kipuja ja oman kehon hallinnan menettämistä. Sairauden myötä tulevat pelot ovat luonnollisia, mutta ne täytyy ottaa vakavasti. Ne vaikuttavat kuitenkin negatiivisesti potilaan henkiseen hyvinvointiin. Yöaikaan kun on pimeää ja hiljaista pelot tuntuvat ahdistavimmilta. *“Se voi ilmentyä sillä, että ei uskalla mennä sänkyyn pitkäkseen, on levoton ja ahdistunut. Istutaan tuolissa”*. Silloin vapaaehtoisen läsnäolo tai lääkkeen tuoma rauhallinen olotila, ovat keinoja ahdistuksen helpottamiseksi. Omaisilla pelot ovat yhtä todellisia kuin potilaillakin. Omaisilla kuoleman pelko näkyy kuolemasta puhumisen kieltämisestä. Omaisten pelkoihin tulee suhtautua yhtä vakavasti kuin potilaidenkin. Omaisille annettava aika ja mahdollisuus keskustelulle helpottavat heidän oloansa.

Kuolemasta puhuminen kuuluu osaksi hoitokodin arkea. Kuolema otetaan puheeksi potilaiden kanssa ja siitä puhutaan oikealla nimellä käyttämättä mitään synonyymejä. Näin välttyään turhilta väärinkäsityksiltä. Monet potilaat kokevat helpottavana saada kuulla miten kuolla. *“Kuolemasta puhuminen on tärkeää potilaan kanssa esimerkiksi hoitoneuvottelussa, koska se on sellanen tabu”*. Joillakin on ollut vääränlaisia kuvitelmia tilanteesta, mikä osaltaan on aiheuttanut ahdistusta.

### 5.3.5 Psyykkisen jaksamisen tukeminen

Henkistä hyvinvointia voidaan tukea kuuntelemalla ja läsnäololla. Ahdistuksen tunne helpottuu, kun potilas saa puhua peloistaan ja mieltä painavista asioista. Joskus pelkkä kuunteleminen helpottaa levottomuutta ja ahdistusta. Potilaalle annetaan mahdollisuus puhua papin kanssa. Hartaus hetket ovat monille tärkeä henkinen tuki. Lääkkeellinen hoito aloitetaan tarvittaessa, jos mistään muusta keinosta potilas ei saa helpotusta ahdistavaan olotilaansa.

Eläimet tuovat monille ihmisille iloa. Hoitokodin kissa onkin tärkeässä roolissa, koska se tuo myös kodikkuuden tunnetta. Omat lemmikit ovat tervetulleita vierailemaan hoitokodilla. Vapaaehtoisten hemmottelutiimi tarjoaa erilaisia hemmotteluja helpottamaan ahdis-

tusta ja he antavat potilaille ja omaisille myös aikaa ja läsnäoloa. Musiikki on monille ihmisille tärkeä henkisen voiman lähde. Ulkoilma on tärkeää mielenvirkeydelle. *“Ulkoilma on tärkeätä ja meillä viedään tosi paljon potilaita ulos kävelemään rollaattorilla, myös sängyllä. On helppoa, kun ollaan samassa tasossa”*. Potilaiden kanssa ulkoillaan mahdollisimman paljon ja se voi olla myös yksi keino helpottaa esimerkiksi hengenahdistusta. Vuodepotilaatkin pääsevät ulkoilemaan.

Potilaan kanssa pyritään löytämään niitä asioita, mitkä elämässä ovat tuoneet iloa. Oteetaan puheeksi sellaiset asiat, mitkä ovat positiivisesti olleet vaikuttamassa potilaan elämään. Pyritään säilyttämään elämänilo loppuun saakka. Huumorilla ja naurulla on suuri merkitys psyykkisessä jaksamisessa, niin potilailla kuin omaisilla. Monet ovat kokeneet helpottavana asiana ja voimavarana, kun nauru ja huumori ovat osa arkea.

### **5.3.6 Masentuneisuuden huomioiminen ja masennuksen hoito**

Potilaiden masentuneisuus on normaalia. Potilaiden tullessa hoitokotiin esiintyy heillä melko usein masentuneisuuden tunnetta. *“Harva ei ole masentunut. Tieto siitä, että siirtyy saattohoitokotiin on kova paikka monelle ihmiselle. Tänne tulo masentaa usein”*. Tulo hoitokotiin on saattanut masentaa potilasta ja hänelle on jo aikaisemmassa hoitopaikassa aloitettu masennuslääkitys. Joskus elämänsä aikana masennuksesta kärsinyt potilas masentuu hoitokodissa helpommin. Myös rikkonaiset perhesuhteet altistavat masennukselle. Omaisten kriittinen suhtautuminen hoitoon saattaa osaltaan vaikuttaa potilaan psyykkiseen jaksamiseen.

Masennusta seurataan kerran viikossa ja tarpeen mukaan, jos potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Lääkkeellistä hoitoa käytetään apuna masennuksen hoidossa, mutta myös virikkeillä pyritään tarjoamaan apua. Asioita pyritään käymään läpi keskustelemalla ja hoitajan läsnäolo on jälleen tärkeässä roolissa. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan valintoja ja esimerkiksi rikkonaiden perhesuhteiden korjaaminen ei välttämättä ole potilaan edun mukaista. Jokainen potilas tulee kohdata omana persoonana ja yksilönä sekä valita paras mahdollinen hoito hänen toiveidensa ja tarpeidensa mukaisesti.



## 5.4 Sosiaalisten suhteiden huomioiminen ja kunnioittaminen

Saattohoito koskettaa läheisesti myös potilaan omaisia ja perhettä. Heidän huomioimisensa on yhtä tärkeää kuin potilaan. On tärkeää kunnioittaa myös potilaan yksityisyyttä ja rajoittaa tapaamisia potilaan toiveiden mukaisesti. Niin potilaille kuin omaisille vertaistuen merkitys saattohoidossa on suuri. On tärkeää saada keskustella, vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa. Omaisilla on tärkeä rooli saattohoidossa, koska he ovat oman omaisensa parhaita asiantuntijoita. Heidän jaksamistaan tuetaan keskusteluilla ja ottamalla heitä mukaan päivittäisiin toimintoihin. Omaiset pidetään ajan tasalla ja muuttuvasta tilanteesta informoidaan herkästi. Kuoleman hetki on omaisille ainutkertainen ja se vaatii hoitajalta hyvää ammattitaitoa ja eläytymistä omaisen rooliin. Vapaaehtoistyöntekijät kuuluvat osaksi hoitokodin arkea ja heidän tekemä työ on arvokasta ja arvostettua. Hoitokodilla on oma sosiaalityöntekijä auttamassa potilaita ja omaisia käytännön asioissa.

### 5.4.1 Vertaistuen merkitys saattohoidossa

Vertaistuki on tärkeää niin potilaille kuin omaisillekin. Samassa tilanteessa oleva ymmärtää paremmin toisen tunteita ja ajatuksia kuin sellainen, jolla ei ole kokemusta tai elämän tilanne on toinen. Potilaista voi tulla hyvinkin tärkeitä ja läheisiä toisilleen. *“Täällä on omat piirit ja tuolla ruokasalissa omat paikat ja he myöskin huomaa kuka ei tule enää syömään ja huomaa jos viedään nokka mukia, että aha. Ja he voivat käydä tervehtimässä huoneessa”*. Samoin omaisille on tärkeää saada keskustella muiden omaisten kanssa ja huomata, että hän ei ole yksin. Hoitokodissa on tiivis yhteisöllinen kulttuuri, jossa myös omaiset ja potilaat välittävät toisistaan. *“Kun kuuntelee ihmisiä, niin huomaa, että omaiset tuntevat kaikki muutkin potilaat täällä. Ihana seurata omaisia kun välittävät toisistaan”*. Potilaat ja omaiset huomaavat, jos joku on jäänyt pois yhteisistä hetkistä ja se herättää aina kysymyksiä. Potilaan kuoltua hoitokodin aulatilaan syytetään kynttilä muistoksi. Näin aina tiedetään, että joku keskuudesta on kuollut. Häntä muistellaan pöytäkeskusteluissa.

### 5.4.2 Yksityisyyden kunnioittaminen

Potilaan yksityisyyttä tulee kunnioittaa myös sosiaalisissa suhteissa. Tapaamisia rajoitetaan potilaan toiveiden mukaisesti. Potilasta ei pakoteta tapaamaan ihmisiä, ketä hän ei halua tavata. *“Suodaan joillekin se, että ei haluta olla kanssakäymisissä kenenkään kanssa. Hän haluaa, että hänet muistetaan sellaisena kun oli terveenä”*. Joskus potilas haluaa olla tapaamatta ketään ja hänen tahtoaan on silloin kunnioitettava. Rikkonaisten perhesuhteiden taustalla voi olla monia asioita eikä hoitajan ole syytä lähteä niitä ratkomaan, jos potilas ei sitä halua.

### 5.4.3 Omaisten rooli saattohoidossa

Omaisilla on tärkeä rooli potilaan hoidossa. He tuntevat oman omaisensa parhaiten. He ovat potilaan ”ääni”, jos potilas on esimerkiksi tajuton. He osaavat kertoa parhaiten mistä potilas tykkää ja millaiset tavat hänellä on ollut. Jotkut haluavat osallistua päivittäisiin hoitotoimiin esimerkiksi avustamalla ruokailussa tms. He ymmärtävät monesti paremmin mitä potilas yrittää sanoa tai viestittää. Omaiset ovat tärkeä tuki ja turva potilaille. He ovat potilaan vierellä olijoita ja kulkijoita. He ovat potilaalle yhteys ulkomaailmaan.

Omaisten huomioiminen kuuluu osaksi saattohoitoa. Omaisille annetaan mahdollisuus keskustella ja purkaa tunteita. Ollaan kiinnostuneita siitä, miten omaiset jaksavat. *”Seurataan omaisten jaksamista. Huolehditaan, että hän ulkoilee, on poissa täältä välillä. Että muistaa syödä ja juoda”*. Omaisten ajan tasalla pitäminen on tärkeää ja kaikista muutoksista ilmoitetaan etukäteen väärinkäsitysten välttämiseksi, koskien vaikka vaan huoneen vaihtamista. Omaisia valmistellaan kuolinhetkeen ja selvitetään kenelle ja koska kuolemasta ilmoitetaan, jos he eivät ole paikalla. Kuoleman tapahduttua omaisille kerrotaan kuolinhetkestä millainen se on ollut, jos he eivät ole olleet potilaan vierellä. Omaisten kanssa käydään asiat läpi useaan kertaan. Tulovaiheessa omaisen voi myös olla shokissa eikä näin ole vastaanottavainen kaikella tiedolla mitä saa. Asioista on hyvä kerrata. Käytännön asioihin annetaan tukea ja neuvoja, koska voimat menevät monesti jo pelkkään elämiseen. Omaisten vointia seurataan ja rohkaistaan heitä välillä jäämään kotiin lepäämään. On hyvä välillä muistuttaa, että itsestään ja omasta jaksamisesta täytyy huolehtia. Ajan ja tuen antaminen omaisille on yhtä tärkeää kuin potilaille.

Omaiset ovat monen potilaan voimavara. Yhteistyö omaisten ja perheiden kanssa auttaa potilasta saamaan parhaan mahdollisen hoidon. Samalla helpotetaan potilaan omaa olo-tilaa, kun ollaan aidosti kiinnostuneita myös hänen läheisistään. Potilailla on yleensä suuri huoli omaistensa jaksamisesta ja heitä helpottaa tieto siitä, että myös heille annetaan aikaa ja mahdollisuus keskusteluille. Vierailuaikoja ei olla rajoitettu vaan hoitokodille voi tulla koska vaan. Omaisille järjestetään mahdollisuus yöpymiseen tarvittaessa. Perheelle annetaan omaa aikaa ja tilaa olla niin paljon yhdessä kuin mahdollista. Kotilomien mahdollisuus on yllättänytkin monet potilaat ja omaiset. *“Saattaa olla graavejakin tapauksia että kun potilas saadaan kotikuntoiseksi, niin ei ole kotia minne palata”*. Monilla on ollut luulo siitä, että kotiin ei voi enää palata. Potilaita ennemminkin tuetaan olemaan kotona, niin paljon kuin mahdollista. Kun potilaan oireet esimerkiksi kivut on ensiksi saatu hallintaan, kotona voi vielä pärjätä viikkojakin. Kotona olevat potilaat käyvät kerran viikossa päiväkeskuksessa tapaamassa muita ihmisiä ja jakamassa ajatuksia ja kokemuksia. Hoitokodilla on mahdollisuus myös juhlien järjestämiseen. On järjestetty syntymäpäiväjuhlia ja häitäkin on vietetty.

#### **5.4.4 Omaisten huomioiminen kuolinhetkellä**

Omaisten kanssa käydään läpi kuolin hetkeen liittyvät asiat. Haluavatko he olla paikalla vai ilmoitetaanko kuolemasta ja kenelle. Omaisille järjestetään mahdollisuus olla yötä potilaan vierellä. Omaisia varten huoneeseen varataan tuoleja ja nenäliinoja. Käydään välillä kysymässä miten he jaksavat, mutta annetaan olla rauhassa. Ollaan omaisen vierellä heidän sitä pyytäessä. Kuoleman hetki on omaisille ainutkertainen ja siksi sille täytyy antaa aikaa. Kuoleman hetkestä pyritään tekemään mahdollisimman kaunis ja rauhallinen, jotta siitä ei jäisi omaiselle huonoja muistoja. Rohkaistaan ottamaan lapset mukaan mahdollisuuksien mukaan. Omaiselle annetaan mahdollisuus osallistua vainajan laittamiseen hänen niin halutessaan. Omaisille tarjotaan kahvit kuoleman tapahduttua. Näin omaisella on vielä mahdollisuus käydä läpi kuolemaan liittyviä asioita ja keskustella mieltä askarruttavista asioista sekä muistella vainajaa hoitohenkilökunnan kanssa. Yhdessä omaisten kanssa sytytetään kynttilä aulatilaan muistuttamaan potilaasta, joka on juuri kuollut.

#### 5.4.5 Hoitajan rooli kuolemanhetkellä

Hoitajalla on tärkeä rooli kuoleman hetkellä. Hän ohjaa tarvittaessa tilannetta. Hän on tilanteessa läsnä tai sivussa. Hoitaja voi omalla esimerkillään auttaa omaisia kohtaamaan vainajan esimerkiksi koskettamalla vainajaa. *“Moni pelkää miltä vainaja näyttää. Kosketetaan vainajaa ja näytetään, että häntä voi koske”*. Kuoleman hetki voi olla monelle pelottava tilanne ja hoitajan tehtävä on olla tukena. Omaisille on annettava riittävästi aikaa sekä ennen että jälkeen kuoleman. Jos kuoleman hetki hoidetaan huonosti, omaisille voi jäädä siitä pahat muistot. Se voi jäädä ainoaksi muistoksi koko hoitoajasta. On siis tärkeää, että hoitaja osaa hoitaa tilanteen hyvin. Lasten surua ei tule unohtaa muiden surun keskellä. Lapselle voi olla tärkeääkin nähdä oma omainen kuolleen, jotta hänelle ei jää väärää kuvaa kuolemasta ja siitä, mitä tapahtui, miltä vainaja näytti jne.

#### 5.4.6 Vapaaehtoistyöntekijät ja sosiaalityöntekijä saattohoidossa

Vapaaehtoiset antavat potilaille ja omaisille aikaa ja tukea. He ovat vierellä kulkijoita. He täyttävät monesti omaisten paikkaa mutta välillä myös hoitajan. Varsinkin yöaikaan he ovat korvaamaton apu olemalla potilaiden ja omaisten vierellä. *“Vapaaehtoiset ovat omaisten ja potilaiden tukena. Tulevat vapaaehtoisesti vierelle valvomaan, se vaatii aika paljon”*. Vapaaehtoistyöntekijät eivät tee hoitotyötä vaan antavat sitä, mihin hoitajalla ei riitä aika. He käyvät potilaiden kanssa ulkona, keskustelevat ja lukevat lehtiä. Vapaaehtoistyöntekijät pitävät yllä erilaisia tiimejä kuten esimerkiksi hemmottelutiimejä ja leipomistiimejä. He ovat mukana järjestämässä erilaisia tapahtumia. *“On ne aarteita, tekevät niin pyyteetöntä työtä”*. Vapaaehtoistyöntekijät ovat hoitokodille hyvin arvokkaita ihmisiä ja heidän työtään arvostetaan. Hoitokodilla työskentelee oma myös sosiaalityöntekijä. Hänen tehtävänä on auttaa ja neuvoa potilaita ja omaisia taloudellisissa asioissa, mahdollisten sosiaalietuuksien hakemisessa sekä yleensä potilaiden asioiden hoitoon liittyvissä asioissa.

## **6 SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN PERUSHOITO LÄHIESIMIESTEN NÄKÖKULMASTA**

Lähiesimiehiltä kysyttiin heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta perushoidosta. Lähiesimiehiä pyydettiin miettimään, mitkä tekijät vaikuttavat laadukkaan perushoidon toteutumiseen.

### **6.1 Saattohoitopotilaan perushoito ja yksilöllisyyden kunnioittaminen**

Saattohoitopotilaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomiointi on keskeistä saattohoitopotilaan hoitamisessa. Hyvä perushoito on saattohoidon lähtökohta. Ilman hyvää perushoitoa ei voi olla saattohoitoa. Perustarpeet tulee ensiksi hoitaa kuntoon. Sen jälkeen voidaan potilaan kanssa lähteä keskustelemaan surusta ja kuolemasta. Perushoito on hoitotyön ydin asia, minkä ympärille kaikki muu rakentuu.

Kokonaisvaltainen saattohoito lähtee siitä, että jokainen potilas huomioidaan yksilöllisesti ja omana persoonana. Potilaiden omia voimavaroja hyödynnetään tilanteen mukaan. Heidän omatoimisuuttaan tuetaan ja heitä autetaan tarvittaessa. Perushoitoa toteutetaan potilaan trapeista lähtien eikä niin, että kaikille tehdään joka päivä samat hoitotoimenpiteet. Hoidettaessa potilasta tulee muistaa, että hoidetaan ihmistä eikä sairautta.

### **6.2 Hoitotyön laadun turvaaminen ja arvioiminen saattohoidossa**

Laadukkaan hoitotyön varmistamiseksi on tärkeää, että hoitajan ammattitaitoa seurataan ja hänen kehittymishalukkuuttaan tuetaan. Työnjaolla kuten työparien valinnalla voidaan turvata laadukkaan perushoidon toteutuminen. Hoitotyön laadun arvioimiseksi potilailta ja omaisilta saatu palaute, mutta myös hoitajien antama palaute toisilleen ovat tärkeitä. Esimiehet pystyvät omalla esimerkillään vaikuttamaan hoitotyön laatuun ja samalla he pysyvät paremmin ajan tasalla hoitotyön kuormittavuudesta.

Hoitotyön laadun takaamisessa tärkeintä on hoitajan oma ammattitaito. Hoitajalla tulee olla taito ymmärtää potilasta. Kädentaitojen kehittyessä hoitajalta vapautuu energiaa potilaan kohtaamiselle. Kaikki rutiinit eivät ole siis pahasta. Palautteen antaminen ja

saaminen on ammattitaitoa kehittävää. Ilman palautetta ei voi kehittyä. Hoitajien toisilleen antama palaute on ensiarvoista. Hoitajan tapa puhua potilaista ja potilaan saamasta perushoidosta kertoo paljon hoitajan ammattitaidosta. Ammattitaidon seuraaminen myös kirjaamisten kautta on tärkeää. Kehityskeskusteluissa hoitajan ammatillisuus käydään läpi mm. omahoitajuuteen liittyvien asioiden kautta.

Hoitotyön laadun varmistamiseksi on tärkeää, että tietoa jaetaan ja saadaan. Työnjaolla pystytään varmistamaan ja turvaamaan laadukkaan hoitotyön toteutuminen. Esimiehillä onkin tärkeä tehtävä työvuorosuunnittelua tehdessään huomioida, että jokaisessa työvuorossa on tarpeeksi ammattitaitoisia hoitajia. Heillä tulee olla myös rohkeutta ohjata hoitaja hakeutumaan muuhun työhön, jos tuntuu siltä, että työ ei tunnu omalta. Saattohoitoa voidaan kutsua kutsumustyöksi.

Hoitotyön laatua arvioidaan koko ajan hoitokodissa. Arviointi on systemaattista esimerkiksi omahoitajamittarin kautta. Paras arvioinnin lähde on potilailta ja omaisilta saatu palaute. Hoitaja pystyy myös arvioimaan hoidon laatua tulkitsemalla potilasta. Potilaan ilmeet ja eleet kertovat paljon siitä, onko hänen hyvä olla. Hoitoa arvioidaan myös päivittäisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Se miten potilasta on hoidettu ja hoidetaan, näkyy hänen fyysisessä ja psyykkisessä hyvinvoinnissaan.

Esimiehet pystyvät omalla esimerkillään vaikuttamaan hoitotyön laatuun. Heidän tapansa suhtautua asioihin, jakaa tietoja ja neuvoja vaikuttaa muiden hoitajien suhtautumiseen hoitotyöhön. Esimiesten tapa hoitaa ja huomioida potilaita viestittää heidän suhtautumisestaan potilaita kohtaan. Heidän halunsa säilyttää ja arvostaa hoitotaitoja kertoo heidän arvostuksestaan hoitotyötä kohtaan. Esimiesten osallistuminen hoitotyöhön auttaa heitä pysymään ajan tasalla työn kuormittavuudesta. Erilaisten vuorojen tekeminen auttaa näkemään kunkin vuoron kuormittavuuden. Käytännön kokemuksesta on hyötyä suunniteltaessa hoitajien määrää eri vuoroihin. Lähetteet kertovat paljon siitä, millaisia potilaita hoitokotiin on tulossa, antavat tietoa potilaan kunnosta ja kuormittavuudesta. Raportit ja käytännön työ pitävät esimiehet ajan tasalle siitä, tarvitseeko hoitajia esimerkiksi lisätä johonkin vuoroon.

### 6.3 Hoitajien jaksamisen huomioiminen ja tukeminen

Saattohoitotyön kokeminen kutsumustyönä auttaa hoitajaa jaksamaan fyysisesti ja henkisesti raskaassa työssä. Työpaikan sisäisillä keinoilla pystytään auttamaan ja tukemaan hoitajaa työssään. Vastuun jakaminen muiden hoitajien kanssa helpottaa hoitajan kuormittavuutta ja hoitajan onkin tärkeää tunnistaa omat voimavaransa. Työvuorosuunnittelulla pystytään vaikuttamaan ja tukemaan hoitajien jaksamista. Jokaisella hoitajalla on kuitenkin vastuu omasta fyysisestä ja henkisestä jaksamisesta, mutta myös hoitajien välittäminen toisistaan on tärkeää. On myös tärkeää, että hoitaja tunnistaa omat voimavaransa ja pystyy sanomaan esimerkiksi vaativan potilassuhteen jälkeen, jos voimat eivät riitä uuden potilassuhteen aloittamiseen. Silloin hoitajalle annetaan pieni hengähdystauko voimien keräämiseen ennen uuden potilassuhteen aloittamista.

Työn kokeminen mielekkäänä ja omana auttaa hoitajaa jaksamaan fyysisesti ja henkisesti raskaassa työssä. Hoitajan täytyy kokea työ omakseen. Vaikka tarjolla olisi erilaisia keinoja tukea hoitajaa jaksamaan, ei niistä ole mitään hyötyä jos itse työ ei anna hoitajalle mitään. Saattohoito on kutsumustyötä. Työpaikka tarjoaa erilaisia keinoja tukea työntekijänsä jaksamista. Avoimeen työnohjausryhmään voi työntekijä osallistua joka toinen viikko. Potilasmeetingeissä hoitajat voivat jakaa ajatuksiaan ja kokemuksiaan omapotilaan hoidosta sekä saada neuvoja ja tukea hoitoon liittyvissä asioissa. Työpaikkakokoukset ovat hyvä paikka käsitellä asioita ja purkaa omia tuntemuksiaan. Kehityskeskustelut koetaan tärkeiksi niin esimiehen kuin hoitajankin kannalta. Työnantaja tukee hoitajien jaksamista tarjoamalla kulttuuriseteleitä. Hyvällä työilmapiirillä on suuri merkitys työssä viihtymiselle ja jaksamiselle. Työntekijöiden tulee kuitenkin muistaa, että työ on vain työtä ja työajan ulkopuolisen elämän pitää olla se, mikä jokaista itseään täällä kannattelee. Huumorin merkitystä työssä jaksamiseen ei voi liikaa korostaa.

Omahoitajuuden kautta pystytään myös jakamaan vastuuta potilaista, mikä helpottaa hoitajien jaksamista. Kaikki hoitajat ovat potilaiden ja omaisten käytettävissä, mutta omahoitaja kantaa vastuun omista potilaistaan ja heidän hoidostaan. Omia potilaita on yhdellä hoitajalla korkeintaan kolme. Työn kuormittavuus pienenee, kun tiedetään ja luotetaan siihen, että jokainen hoitaja huolehtii omista potilaistaan ja heidän hoidostaan. Yhdessä keskusteleminen ja ratkaisujen löytäminen esimerkiksi potilasmeetingeissä antaa hoitajille tukea omaan työhönsä. Keskustelevalle ilmapiirillä on kannustava ja tukeva vaikutus hoitajien jaksamiseen.

Työvuorosunnittelu on Hoitokodin ylpeyden aihe. Työntekijöiden toiveet otetaan huomioon yksilöllisesti. Jotkut eivät halua tehdä yövuoroja ja osa haluaa tehdä pelkkiä yövuoroja. Työvuorotoiveet pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Omiin työvuoroihin vaikuttaminen auttaa työntekijää jaksamaan ja kokemaan työn mielekkäänä. Autonomista työvuorosunnittelua ei pidetty mielekkäänä eikä siihen löytynyt halukkuutta työntekijöiden keskuudessa. Muiden työvuoroista valittaminen ei ole suotavaa.

Henkilökunnan välittäminen toisistaan on tärkeää. Jos huomaa työkaverin uuvuttavan itsensä, siihen on hyvä puuttua. Sairaslomien kertyessä on hyvä kysyä toiselta miten hän jaksaa. Työyhteisössä ketään ei jätetä yksin ja pitkien sairauslomienkin aikana työntekijään pidetään säännöllisesti yhteyttä ja kysellään kuulumisia. Jokaisella hoitajalla on oma vastuu oman työkyvyn ja työhyvinvoinnin ylläpitämisestä. Hoitajan täytyy itse ymmärtää työkyvyn ja työhyvinvoinnin merkitys omalle jaksamiselle. Ketään ei voida pitää työkykyisenä, vaan sen pitää lähteä ihmisestä itsestään. Jokaisella on mahdollisuus löytää oma tapansa työkyvyn ylläpitämiseen.

#### **6.4 Hoitajan ammattitaidon kehittäminen**

Hoitajan halukkuutta kouluttautua ja kehittyä tuetaan organisaatiossa hyvin. Palkallisten koulutuspäivien tarjoaminen erilaisiin koulutuksiin ja virkavapaan antaminen tukevat hoitajan halua itsensä kehittämiseksi. Pienen organisaation haittapuolia on etenemis mahdollisuuksien puuttuminen.

Hoitajilla on mahdollisuus lähteä lisäkouluttamaan itseään. Hoitajan kiinnostusta kouluttautua muuhun kuin saattohoitoon tuetaan. Muussa koulutuksessa huomioidaan saattohoitoon liittyvät koulutuspäivät ja ne ovat aina palkallisia. Oman alan erikoistumisopintoihin halukkaita työntekijöitä työnantaja tukee antamalla koulutuspäivät palkallisina. Työpaikan sisällä järjestetään myös sisäistä koulutusta ja omia tietoja ja taitoja jaetaan muille. Työntekijällä on mahdollisuus lähteä tutustumaan muuhun työhön ja saada virkavapaata tätä varten. Virkavapaata myönnetään kahdeksi vuodeksi ja se on kaikkien oikeus. Pienessä organisaatiossa ei ole samoja mahdollisuuksia edetä urallaan niin kuin taas isossa organisaatiossa. Työtehtävien muuttaminen fyysisesti kevyempiin



esimerkiksi jonkin sairauden tai vamman vuoksi ei ole mahdollista, koska fyysisesti kevyempää työtä ei ole tarjota.

## 7 SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN YLEMMÄN JOHDON NÄKÖKULMASTA

Ylemmän johdon tehtäväksi tuli miettiä saattohoidon kehittämistä. Miten sitä kehitetään oman organisaation sisällä, yhteistyössä muiden organisaatioiden kanssa ja valtakunnan tasolla.

Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen perushoittoon kuuluu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja eksistentiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen moniammatillisuutta hyödyntäen. Saattohoitopotilaan perushoittoa voidaan miettiä Maslow'n tarvehierarkia kautta, jonka teorian ydin on, että ihmisellä on perustarpeet jotka tulee tyydyttää ensin. Jos siinä epäonnistutaan, on turha yrittää kohdata ihminen tunne tai sosiaalisella tasolla. Saattohoidossa lähdetään siitä, että kohdataan ihminen potilaana ja ihmisenä. Jokainen potilas on omanlainen persoona, jolla on yksilölliset tarpeet ja joiden mukaan potilaan perushoittoa lähdetään toteuttamaan. Potilaan tunteminen auttaa siinä, että perushoidon rinnalla voidaan potilaan kanssa puhua siitä, kuka hän on ja mitä hän tuntee.

Saattohoittoa voidaan aina kehittää ja sitä kehitetään koko ajan. Saattohoitaja ammattina on haasteellista ja siksi myös johdolla on tärkeä rooli etsiessään parhaita mahdollisia hoitajia toteuttamaan saattohoittoa. Puhuttaessa saattohoidon kehittamisestä, tulee myös sen toteuttajat eli hoitajat nähdä kokonaisina yksilöinä, joilla on yksilölliset tarpeet. Yksilölliset tarpeet huomioiden hoitajista lähdetään kouluttamaan ja kehittämään parhaita mahdollisia saattohoidon ammattilaisia. Heidän ammattitaitoansa ja koulutuksen tarjontaa kehitetään käytännöstä nousseiden tarpeiden mukaan. Saattohoitajia tuetaan jaksamaan ja heidän hyvinvoinnistaan ollaan kiinnostuneita.

Myös lähiesimiehiltä ja ylemmältä johdolta odotetaan jatkuvaa kouluttautumista ja itsensä kehittämistä. Lähiesimiehien johtajuutta tuetaan moniammatillisen työskentelyn kautta ja ylemmän johdon oma esimerkki johtamisesta vaikuttaa lähiesimiesten haluun kehittää omia esimiestaitojaan. Ylemmän johdon tehtävä on tukea ja arvostaa lähiesimiehiä tekemää työtä eikä toimia heidän päätöksiensä ohitse.

Saattohoidon vieminen organisaation ulkopuolelle on haasteellista. Tietoa on ja koulutuksia järjestetään, mutta lääkäreiden saaminen niihin on hankalaa. Tietoa pyritäänkin viemään muihin hoitopaikkoihin työntekijöiden ja opiskelijoiden välityksellä.

### **7.1 Saattohoidon kehittäminen Pirkanmaan Hoitokodissa**

Saattohoidon kehittäminen on yksi Pirkanmaan Hoitokodin keskeisimpiä tehtäviä. Jatkuvan kouluttautumisen myötä pysytään ajan tasalla ja mallia haetaan tarvittaessa ulkomailta. Tutkimustyön tekeminen on yksi merkittävistä kehittämisen välineistä. Moniammatillisuutta hyödynnetään myös Hoitokodissa etsimällä uusia näkökulmia asioihin. Saattohoitoa kehitettäessä tulee olla avoin uusille asioille. Välillä on kuitenkin hyvä palata miettimään saattohoidon merkitystä ja sitä mitä on hyvä saattohoitoa. Jokaisen hoitajan tulee säännöllisesti kehittää omaa ammattitaitoaan, koskaan ei voi sanoa olevansa täysin valmis ja ammattitaitoinen. On tärkeää osata säilyttää nöyryys ja herkkyys hoitotyön tekemiselle vuosienkin jälkeen. Palautteet tulee ottaa mukaan toiminnan kehittämiseen ja epäonnistumisista opitaan aina uutta eikä niiden anneta masentaa.

Pirkanmaan Hoitokoti on avainasemassa kertomassa käytännön kokemuksista kehitettäessä teknologiaa ja uusia lääkehoitoja saattohoitopotilaiden hoidossa. Perusterveydenhuollon saattohoidon kehittymisen myötä Pirkanmaan Hoitokodin on tarkoitus keskittyä enemmän nuorempien, työelämäikäisten saattohoitoon. Henkilökunnalla on kokemusta ja osaamista nuorten saattohoidosta, joten henkisesti se ei ole hoitohenkilökunnalle niin raskasta kuin kokemattomammille hoitajille. Myös fyysinen ympäristö tarjoaa hyvät mahdollisuudet nuorten ja heidän perheidensä saattohoidolle.

### **7.2 Saattohoidon kehittäminen yhteistyössä muiden organisaatioiden kanssa**

Tietoa saattohoidosta pyritään jakamaan koko ajan verkostoitumalla erilaisten hankkeiden ja sidosryhmien kautta. Yhdistysten kautta pystytään saattohoitoa kehittämään ja tietoa jakamaan. Eri hoitolaitosten ja hoitoyksiköiden saattohoidon kehittymisestä ja osaajien lisääntymisestä tulee tiedottaa julkisesti. Oman kunnan aktiivisuus vaikuttaa saattohoidon osaamiseen ja sen laatuun. On tärkeää löytää saattohoidosta ja sen kehittämisestä kiinnostuneet lääkärit ja muut henkilöt. Lääkäriin omalla kiinnostuksella on

suuri merkitys siihen, millä tasolla saattohoito heidän omassa organisaatiossaan on ja miten sitä viedään eteenpäin. Kaikkia lääkäreitä saattohoidon osaaminen ja kehittäminen ei kiinnosta ja sekin on hyväksyttävä.

Saattohoidon osaaminen muissa hoitopaikoissa kehittyy koko ajan. Koulutusten kautta on saatu osaamista ja tietoa vietyä eteenpäin. Konsultointiavun antaminen muille organisaatioille on kehittänyt heidän saattohoidon osaamistaan. Jokaisessa organisaatiossa tulisi nimetä saattohoidosta vastaava henkilö, jolle ajantasainen tieto välitettäisiin ja jonka tehtävänä olisi viedä tietoa eteenpäin. Näin pystyttäisiin varmistamaan tiedon laajempi jakaantuminen muihin hoitopaikkoihin.

Saattohoidon osaamista voidaan kehittää yhteistyössä muiden organisaatioiden kanssa. Saattohoitoa ei tarvitse eikä pystykään toteuttamaan jokaisessa organisaatiossa samalla tavalla, vaan jokaisen organisaation ja yksikön tulee löytää oma tapansa toteuttaa saattohoitoa ja lähteä siinä kehittymään.

Saattohoitopotilaat ovat eriarvoisessa asemassa, koska tietoa saattohoidosta ei ole kaikissa organisaatioissa. Hoitolinjausten tekemättä jättäminen on myös saattohoidon esteenä. Saattohoitopäätösten merkityksen ja sisällön avaaminen muille onkin tärkeää. Saattohoitopäätös ei tarkoita hoitojen lopettamista, vaan hoitomallin muuttamista. Tällöin keskitytään yksilöllisemmin potilaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. Hoito ei ole huonompaa, vaan yhtä hyvää ellei jopa parempaa.

### **7.3 Saattohoidon kehittäminen valtakunnallisesti**

Valtakunnallisten suositusten kautta pyritään saattohoitoa kehittämään paremmalle tasolle muissa hoitopaikoissa. Saattohoidon tarpeen lisääntyminen tiedostetaan vanhus-työn ja palliativisen hoitotyön kasvaessa. Saattohoitoa kehitetäänkin koko ajan muiden saattohoitokotien kanssa verkostoitumalla muiden hoitolaitosten kanssa.

Pirkanmaan Hoitokodissa ollaan myös aktiivisia valtakunnan tasolla. Omien näkemysten ja mielipiteiden esille tuominen on tärkeää, jotta saadaan asioihin eri näkökulmia. Kaikkien hoitokotien näkemykset ja mielipiteet asioihin tulee huomioida ja niitä tulee kunnioittaa. Erilaisten yhdistysten kuten esimerkiksi Suomen Palliativisen Hoidon Yh-

distyksen kautta saadaan myös hoitokoteihin ajantasaista tietoa siitä, mitä hankkeita on meneillään valtakunnan tasolla. On myös tärkeää, että omista virheistä opittua tietoa jaetaan valtakunnallisesti eteenpäin. Se on tärkeää käytännön informaatiota saattohoitoa kehitettäessä.

Lääkäreitä vaivaa usein syyllisyys potilaan kuolemasta. He kokevat epäonnistuneensa, jos suunniteltu hoito ei autakaan. Lääkäreiden asennetta kuolemaa kohtaa tulee muuttaa jakamalla tietoa koulutusten kautta. Keskustelut kuolemasta tulee nostaa esille. Myös keskusteltaessa potilaiden kanssa on hyvin tärkeää miettiä, mitä sanamuotoja käytetään. Väärin käytetyillä ja väärin ymmärretyillä sanoilla voi olla hyvinkin traumaattinen vaikutus potilaan henkiselle hyvinvoinnille.

Kivunhoidon osaamista pitää lisätä ja kehittää. Koulutuksia järjestämällä saadaan lisättyä tietoa. Lääkäreiden oma kiinnostus asiaa kohtaan vaikuttaa siihen, kuinka koulutuksiin hakeudutaan. Hoitajat ovat olleet enemmän kiinnostuneita kivunhoidosta kuin lääkärit. Hoitajilla on iso merkitys kivunhoidon arvioimisessa ja joskus se voikin olla hyvin haasteellista. Monimuotoisen kivun tunnistaminen vaatii ammatillisuutta ja koulutusta. Kivunhoidon kehittämisen kannalta myös julkinen keskustelu aiheesta voi lisätä kiinnostusta.

Saattohoitopäätösten tekemisestä tulee järjestää enemmän koulutusta ja tietoa. Saattohoitopäätösten tekemättä jättäminen voi olla este saattohoidolle ja saattaa aiheuttaa potilaille turhia hoitoja, joista ei ole enää hyötyä. Oikean hoitomallin valitseminen palvelee potilasta paremmin kuin turhat ja hyödyttömät hoidot.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tekemisessä eettiset seikat ovat merkittäviä. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa viedä pohjan koko tutkimukselta (Kylmä & Juvakka 2012, 137). Opinnäytetyön aihe saatiin valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) alaisuudessa toimivalta saattohoitotutkijafoorumilta. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista perushoitoa ei oltu tutkittu, joten tarve tutkimukselle oli olemassa. Kylmä & Juvakka (2012) korostavatkin, että opinnäytetyössä on tärkeää pohtia aiheen oikeutusta. Tutkimukselle on löydyttävä perustelut sen tarpeellisuudesta ja siksi pelkkä uteliaisuus ei riitä. (Kylmä & Juvakka 2012, 144.) Ennen tiedonhankintaa opinnäytetyölle piti hakea asiaankuuluvat luvat. Opinnäytetyölle anottiin luvat Tampereen ammattikorkeakoululta ja Pirkanmaan Hoitokodilta. Tutkimusluvan hakeminen koululta ja Pirkanmaan Hoitokodilta riitti, koska tutkimukseen ei osallistunut potilaita.

Ennen haastatteluiden alkua haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön taustasta. Mistä aihe on saanut alkunsa ja miten haastatteluiden on tarkoitus edetä hoitajista aina ylempään johtoon saakka. Ennen haastatteluiden alkua haastateltaville kerrottiin tutkijan haluavan tietoa heidän kokemuksistaan, mielipiteistään ja ajatuksistaan. Tutkija ei eritellyt tarkemmin mistä asioista haluttiin vastauksia, vaan haastattelut etenivät valmiin teemarungon mukaisesti. Näin pyrittiin saamaan aitoja ja spontaaneja vastauksia. Tuomi (2007) toteaaakin, että eettisiä ongelmia saattaa syntyä siitä, kuinka paljon tutkija kertoo tutkimuksesta siihen osallistuvalla. Osallistuvalla tulee olla myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. (Tuomi 2007, 145.) Tutkijan ja tutkittavien välinen suhde on äärimmäisen tärkeä, koska tutkittavilla on oikeus tietää, mitä heille tehdään tai mitä tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. Tutkittavilta pyydettiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Lisäksi heille kerrottiin, että heidän henkilöllisyyttään ei paljasteta missään vaiheessa ja että haastattelunauhoitteet tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua. Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan tutkittavalle on taattava anonymiteetti, koska aineisto yleensä kerätään yhdestä paikasta ja aineiston otos on useimmiten pieni. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.)

Eettisyyttä arvioitaessa on tärkeä pohtia tutkimusaineiston analyysiä. Tutkijalla saattaa olla omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta aiheesta, mikä voi herättää monenlaisia ajatuksia ja tunteita haastatteluaineistoa aukikirjoitettaessa, kuten Kylmä & Juvakka (2012) toteavat kirjassaan. (Kylmä & Juvakka 2012, 153-154.) Niiden ei saa kuitenkaan antaa ohjata tulosten tulkintaa. Tutkimusaineisto on analysoitu antamatta omien näkemysten tai mielipiteiden vaikuttaa tuloksiin.

Opinnäytetyössä on raportoitu kaikki saadut tulokset. Opinnäytetyön tulosten raportoinnissa on käytetty suoria lainauksia lisäämään luotettavuutta, mutta kuitenkin niin ettei hoitajia pystytä tunnistamaan vastausten perusteella. Lähiesimiesten ja ylemmän johdon tulosten raportoinnissa ei ole käytetty suoria lainauksia tunnistettavuuden estämiseksi. Opinnäytetyön tulokset esitellään Pirkanmaan Hoitokodissa koko henkilökunnalle erikseen sovittuna ajankohtana. Kylmän & Juvakan (2012) mukaan tulosten raportointi on tutkimuksen tekijän eettinen velvoite. Tutkijan tulee raportoida haastateltavien henkilöiden kuvaus tutkitusta ilmiöstä mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta haastateltavia suojellen. (Kylmä & Juvakka 2012, 154.)

## **8.2 Opinnäytetyön luotettavuus**

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole tehty yhtä selkeitä ja yksiselitteisiä kriteereitä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen arviointiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus ilmenee siitä, miten tutkimusprosessi on toteutettu. Sen vuoksi tutkimusprosessin eri vaiheiden kuvailu, analysointi ja arviointi kuuluvat laadulliseen tutkimukseen. Laadullisen aineiston tulkinnan luotettavuus perustuu siihen, missä määrin tulkinnat vastaavat tutkimushenkilöiden tarkoittamia merkityksiä niin ettei tutkija ole tulkinnut vastauksia omien ennakkokäsitystensä mukaisesti? (Tuomi & Sarajarvi 2009, 140-141; Kylmä & Juvakka 2012, 127.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden kautta, kuten tässä opinnäytetyössä on tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-161; Kylmä & Juvakka 2012, 127-129).

Opinnäytetyön raportoinnissa aineiston analyysi ja tulokset on kuvattu mahdollisimman tarkasti. Raporttiin on liitetty esimerkki aineiston analyysistä luokittain lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta (liite 1). Aineiston analyysin ja tulosten selkeä kuvaaminen

auttaa lukijaa ymmärtämään, miten analyysi on tehty ja miten tutkija on päätenyt saamiinsa tuloksiin. Tämä lisää opinnäytetyön uskottavuutta kuten mm. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) kirjassaan toteavat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-161; Kylmä & Juvakka 2012, 127-129). Opinnäytetyö prosessin tarkka kuvaaminen helpottaa lukijaa seuraamaan tutkimuksen kulkua pääpiirteittäin. Vahvistettavuus edellyttää, että lukijan on helppo seurata miten tutkija on analysoinut aineiston ja päätenyt saamiinsa tuloksiin. On kuitenkin huomioitava, että laadullisen tutkimuksen toinen lukija saattaa päätyä erilaisiin tuloksiin aineistoa tutkiessaan. Se ei kuitenkaan heikennä opinnäytetyön luotettavuutta vaan lisää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä kuten myös mm. Kylmä & Juvakka (2012) teoksessaan vahvistavat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-161; Kylmä & Juvakka 2012, 127-129.)

Opinnäytetyön aihe saatiin valtakunnalliselta sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan alaisuudessa toimivalta saattohoitotutkijaforumilta. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista perushoitoa ei ollut juurikaan tutkittu, joten tarve tutkimukselle oli olemassa. Toteutustavaksi valittiin BIKVA-arviointimalli, koska asiakaslähtöinen kehittämismalli sopii hyvin saattohoidon kehittämiseen.

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin teemoitettu ryhmähaastattelu. Näin saatiin useamman ihmisen kokemuksia ja näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä yhtä aikaa. Hoitajien haastatteluissa oli mahdollisuus käyttää toista henkilöä kirjaamaan hoitajien kommentteja kysytyistä asioista. Haastatteluiden jälkeen hoitajien kanssa käytiin läpi vastaukset, jolloin heillä oli vielä mahdollisuus kommentoida ja tarkentaa vastauksiaan. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tuloksista kuten Kylmä & Juvakka (2012) toteavat (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Lähiesimiesten ja ylemmän johdon haastattelussa tähän ei ollut mahdollisuutta. Tutkija luopui kuitenkin muistiinpanojen tekemisestä haastattelutilanteessa, koska se saattaa viedä huomion pois itse tilanteen kulusta. Kylmän & Juvakan (2012) mukaan oleellisempaa on, että haastattelu tulee dokumentoitua riittävän huolellisesti analyysivaihetta varten (Kylmä & Juvakka 2012, 90). Tässä opinnäytetyössä kaikki haastattelut nauhoitettiin. Autenttisia lainauksia käytettiin hoitajien haastatteluiden tulosten raportoinnissa lisäämään luotettavuutta, mutta lähiesimiesten ja ylemmän johdon tulosten raportoinnissa nämä on jätetty pois tunnistettavuuden estämiseksi.



Opinnäytetyön tutkimuskohteeksi valittiin hoitajat, lähiesimiehet ja ylin johto, koska potilaiden haastatteleminen olisi vaatinut lupien hakemista eettiseltä neuvottelukunnalta. On kuitenkin todettava, että arvokkain tieto siitä, mitä on saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito, olisi saatu saattohoitopotilailta. Hoitajien, lähiesimiesten sekä ylemmän johdon vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Tämä sulkee pois väkisin keksityt vastaukset ja tuo esiin oikeisiin ajatuksiin, kokemuksiin ja mielipiteisiin perustuvaa tietoa. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin suostumus haastatteluun, missä kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta jättäytyä kesken tutkimuksen pois syytä ilmoittamatta (liite 4). Kuitenkin opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää se, että osastonhoitaja ehdotti työvuorossa olevista hoitajista haastatteluun osallistujat. Hoitajilla oli työkokemusta takana yhdestä vuodesta melkein 20 vuoteen, joten haastatteluihin eivät osallistuneet pelkästään ne, joilla oli monen vuoden työkokemus takana.

Reflektiivisyys edellyttää tutkijan olevan tietoinen omista lähtökohdistaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-161; Kylmä & Juvakka 2012, 127-129). Tutkijalta edellytetään asiallista käytöstä laadullisessa tutkimuksessa. Omat näkemykset, ajatukset ja mielipiteet on pidettävä sivussa koko tutkimuksen ajan. Tutkija joutuu työssään kohtaamaan ja hoitamaan saattohoitopotilaita, mutta kuitenkin hyvin satunnaisesti. Tämä ei ole kuitenkaan vaikuttanut tutkimustulosten analysointiin.

Siirrettävyydellä arvioidaan tulosten siirtämistä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-161; Kylmä & Juvakka 2012, 127-129). Tuloksia voidaan hyödyntää perusterveydenhuollossa sekä muissa hoitoalan organisaatioissa toteutettaessa ja kehitettäessä saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista perushoitoa. Kylmä & Juvakka (2012) mukaan se lisää opinnäytetyön luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2012, 133). On kuitenkin muistettava, että laadullisessa tutkimuksessa tulokset ovat aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, jossa ne on hankittu (Kylmä & Juvakka 2012, 79). Saattohoidossa kyse on potilaan perushoidosta, missä ihminen ja hänen tarpeensa kohdataan yksilöllisesti. Siihen tulisi pyrkiä kaikissa hoitoalan organisaatioissa omien mahdollisuuksien ja resurssien mukaan. Tämän opinnäytetyön tulokset auttavat näkemään ja ymmärtämään, mitä saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen perushoitoon kuuluu.

### 8.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää, mitä hoitajien kokemuksen mukaan on saattohoitopotilaan perushoito. Ensimmäiseksi hoitajat nostivat esiin potilaiden ja omaisten tiedottamisen. Potilaille ja omaisille tiedottamisen sairauden tilanteesta ja saattohoitoon siirtymisestä koetaan usein olevan puutteellista. Monesti pelkkä saattohoito käsitteenä on vieras. Vuosien myötä tiedottaminen on parantunut. Tulosten mukaan saattohoitopotilaan perushoitoon kuuluu fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen, psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen ja tukeminen sekä sosiaalisten suhteiden huomioiminen ja kunnioittaminen. Jokainen hyvinvoinnin osa-alue voi puutteellisesti huomioituna ja hoidettuna vaikuttaa negatiivisesti muihin osa-alueisiin. Kokonaisvaltaisella hoidolla pystytään potilaalle antamaan rauhallinen ja hyvä olo. Lampen (2010) toteaa omassa tutkimuksessaan, että kokonaisvaltainen hoito on kaiken perusta.

Fyysistä hyvinvointia ylläpidetään potilaan omien toiveiden ja voimavarojen mukaan. Omatoimisuuteen kannustetaan ja sitä tuetaan. Pienten onnistumisen tunteiden on todettu lisäävän psyykkistä hyvinvointia. Kivunhoito koettiin yhdeksi haasteellisimmista osa-alueista. Samaa mieltä on Sankelo (2012) omassa esitelmässään. Monimuotoisen kivun tunnistaminen ja arvioiminen ovat jokapäiväisiä haasteita. Kaikki kipu ei aina ole fyysistä vaan on olemassa myös henkistä kipua. Sankelo (2012) toteaa kivun arvioinnissa olevan edelleen puutteita. Lisää koulutusta kivunhoidosta tarvitaan. Omaisten kipu on asia, mihin tulisi myös kiinnittää enemmän huomiota. Omaisten fyysinen ja henkinen kipuilu voi aiheuttaa myös potilaassa ahdistusta, mikä voi heijastua potilaalla henkisinä tai fyysisinä oireina.

Ridanpään (2006) ja Sandin (2003) tutkimusten mukaan saattohoidossa kuolevan kohtaamisessa korostuvat potilaan fyysinen ja henkinen huolenpito. Opinnäytetyön tulokset kertovat samaa. Potilaiden psyykkisen tasapainon ylläpitäminen on haastavaa tunnetilojen heitellessä laidasta toiseen. Mattilan (2002) saamien tulosten mukaan ihminen ahdistuu ymmärtäessään oman elämänsä rajallisuuden. Hoitajien mukaan sairauden mukanaan tuomat pelot ja kuolemanpelko ahdistavat monia potilaita. Ne ovat asioita, joihin tulee puuttua välittömästi. Joskus pelkkä läsnäolo ja keskustelu voivat auttaa, mutta tarvittaessa myös lääkehoitoa tulee miettiä. Saman suuntaisia tuloksia ovat saaneet Miettinen (2001) sekä Karjalainen & Ponkilainen (2008) ja toteavatkin aidon läsnäole-

misen, kuolevan potilaan ja omaisten tarpeiden huomioimisen olevan hoitotyössä merkittäviä asioita.

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille sosiaaliset suhteet. Sosiaalisten suhteiden huomiointi ja kunnioittaminen kuuluvat saattohoitopotilaan perushoitoon. Omaisilla on tärkeä rooli saattohoidossa ja heidän hyvinvointinsa tukeminen kuuluu osaksi kokonaisvaltaista perushoittoa. Häihälä ym. (2008) kirjoittavat artikkelissaan, että omaiset tarvitsevat myös tukea ja tietoa, mutta arkuudesta johtuen he eivät sitä monestikaan pyydä, vaan sitä pitää heille tarjota. Omaiset on pidettävä koko ajan tilanteen tasalla ja heidän huomioimisensa kuolinhetkellä on tärkeää. Kuolinhetki on jokaiselle ainutkertainen ja sille tarvitsee antaa aikaa. Tuloksista esille nousi myös vapaaehtoistyöntekijöiden merkitys saattohoitopotilaiden hoidossa. Vapaaehtoistyöntekijät ovat arvokkaita ihmisiä potilaille, heidän omaisilleen mutta myös hoitajille. He antavat potilaille ja omaisille sen, mihin hoitajalla ei riitä aika. Tätä tulosta tukee Collianderin (2009) tutkimus, jonka mukaan vapaaehtoistyön keskeisimmät tehtävät ovat potilaan fyysinen avustaminen ja potilaiden ja omaisten henkinen tukeminen.

Tulosten mukaan kaikessa potilaan hoidossa on kuitenkin tärkeintä hoitaa jokaista potilasta yksilöllisesti ja antaa jokaiselle se hoito, minkä hän juuri sillä hetkellä tarvitsee. Omahoitajuus nousi tuloksista tärkeäksi osaksi saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista perushoittoa. Omahoitajuus edistää hoitajan mahdollisuuksia tutustua potilaaseen, hänen perheeseensä sekä heidän yksilölliseen elämäntilanteeseensa paremmin. Lipposen (2006) mukaan omahoitajuuden merkitys korostuu kuolevan potilaan hoitotyössä ja sen on todettu lisäävän hoitotyön laatua.

Opinnäytetyön toisena tehtävänä oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat laadukkaaseen kokonaisvaltaiseen perushoidon toteutumiseen lähiesimiesten näkökulmasta. Liikan (2006) ja Mikkosen (2007) mukaan saattohoidon laatua on vaikea määritellä. Tulokset kuitenkin kertovat, että laatuun voidaan vaikuttaa kehittämällä jatkuvasti hoitajien ammattitaitoa. Anttosen (2008) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan osaaminen korostuu laadun tekijänä. Laadun arvioimiseksi potilailta ja omaisilta saatu palaute on ensi arvoisen tärkeää. Hoitotyön laatua arvioidaan myös päivittäisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Lähiesimiehet pystyvät vaikuttamaan hoitotyön laatuun työn organisoinnilla ja työvuoro-

rosuunnittelulla. Laadun turvaamiseksi lähiesimiehellä täytyy olla rohkeutta ohjata muihin töihin, jos selvästi näkee, ettei hoitajasta ole saattohoitotyöhön.

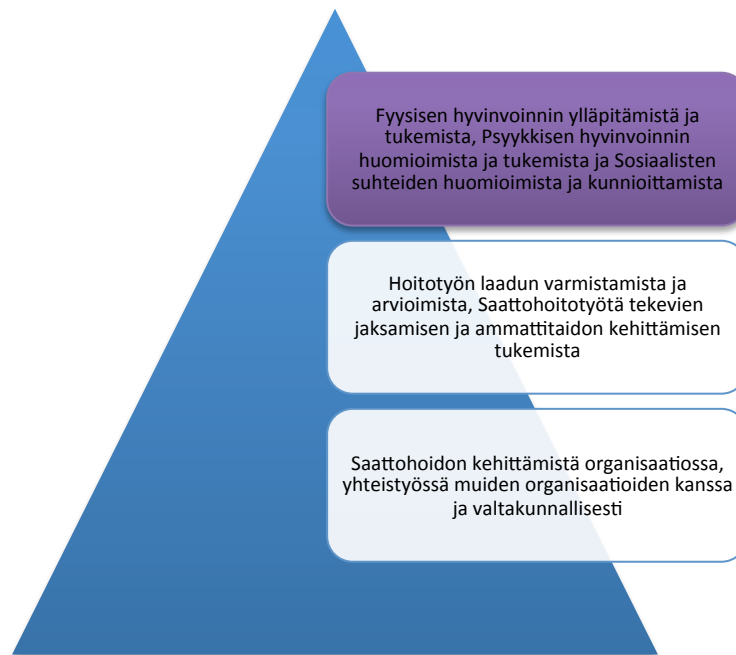
Saattohoidossa on tärkeää huomioida potilaan lisäksi saattohoitoa tekevät hoitajat. Saattohoito on yksi haasteellisimmista sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen alueista. Saattohoitajan työ on raskasta niin henkisesti kuin fyysisesti. Siksi hoitotyöntekijöiden jaksamiseen ja tukemiseen tulee kiinnittää huomioita. Tulosten mukaan hoitajan työtä tukevat foorumit kuten osastotunnit ja työnohjaus koetaan tärkeiksi menetelmiksi tukemaan jaksamista. Hautala ym. (2008) ovat samaa mieltä siitä, että työnohjausta tarvitaan, jotta henkisesti raskas työ ei aiheuttaisi työuupumusta. Hyvä työyhteisö ja henki ovat tärkeitä voimavaroja työssä jaksamiselle sekä työssä viihtymiselle.

Opinnäytetyön kolmantena tehtävä oli selvittää, miten saattohoitoa voidaan kehittää ylemmän johdon näkökulmasta. Saattohoidon kehittämisen lähtökohtana on, että ymmärretään, mitä saattohoidolla tarkoitetaan. Johtamisen ja hoitotyön periaatteiden on oltava yhtenäiset. Saattohoitoa kehitetään koko ajan ja mm. valtakunnallisella tasolla on luotu yhtenäiset saattohoitosuosituksen, joiden tarkoituksena on edistää hyvää ja yhdenvertaista saattohoitoa. Hyvä saattohoito on jokaisen kuolevan potilaan oikeus, mutta tällä hetkellä se ei ole kaikkien saatavilla. Saattohoito on herättänyt paljon keskustelua viime aikoina ja siksi paineet sen toteuttamisesta ovat olemassa.

Saattohoitoa pystytään kehittämään lisäämällä koulutusta ja yhteistyötä saattohoitokotien, erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon kanssa ja samaa mieltä ovat Hautala ym. (2008) Lisäksi terveyskeskuksissa on kiinnitettävä enemmän huomiota saattohoidon organisointiin, etenkin moniammatillista yhteistyötä lisäämällä. Ylemmän johdon mukaan saattohoidon kehittämisen lähtökohtana on, että löydetään ne ihmiset, jotka ovat kiinnostuneita oman alueensa saattohoidon kehittämisestä. Saattohoitopäätöksiä tehdään vielä nykyään liian harvoin ja monesti liian myöhään. Oman epävarmuuden tai omaisten painostuksen vuoksi lääkärit jättävät päätöksen usein tekemättä. Siksi koulutusta saattohoitopäätösten tekemisestä tulisi järjestää enemmän.

## 8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Saattohoito ja saattohoidon laatu ovat herättäneet viime aikoina paljon keskustelua. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville asuinpaikasta ja kunnasta riippumatta. Saattohoidon tarve lisääntyy tulevaisuudessa suurten ikäluokkien vanhetessa. Tämä tiedostetaan jo monissa paikoissa.



KUVIO 2. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen perushoito

Saattohoidossa on keskeistä, että potilas ja hänen tarpeensa kohdataan yksilöllisesti. Kokonaisvaltaiseen perushoittoon kuuluu huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä henkiset tarpeet ja tyydyttää ne parhaalla mahdollisella tavalla. Saattohoidon laadun arvioinnissa potilailta ja omaisilta saatu palaute on ensiarvoista ja sitä täydentää hoitajien itsensä tekemä arviointi päivittäisten hoitotoimenpiteiden kautta. Laadun turvaamiseksi ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen tulee panostaa, missä tarvitaan hyviä esimiestaitoja, kykyä hallita ja organisoida muuttuvia tilanteita. Hoitajien jaksamista on tuettava hoitotyön laadun turvaamiseksi. Jokaisen hoitotyöntekijän tulee kuitenkin muistaa oma vastuunsa jaksamisestaan.

Saattohoitoa kehitetään koko ajan niin paikallisella kuin valtakunnan tasolla. Saattohoidon kehittämisen kannalta on tärkeää löytää ne ihmiset, jotka haluavat viedä saattohoi-

toa eteenpäin omassa organisaatiossaan. Saattohoidon koulutusta tulee järjestää enemmän lääkäreille sekä hoitajille. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää muissa hoitopaikoissa saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisessa perushoidossa ja sen kehittämisessä. Saattohoitoa pystytään toteuttamaan jokaisessa hoitotyön organisaatiossa, mutta niistä jokaisen tulee löytää oma tapansa toteuttaa sitä. Elämän loppuvaiheen hoito ei saa olla yhtään vähäarvoisempaa kuin muu hoitotyö. Jokainen meistä ansaitsee arvokkaan loppuelämän ja kuoleman.

Jatkotutkimusaiheena voidaan lähteä tutkimaan teorian ja käytännön yhdistämistä havainnoimalla ja haastatteleamalla saattohoitopotilaita. Tutkimustulokset kertovat, mitä on saattohoitopotilaan perushoito, mutta mielenkiintoista olisi tutkia miten se käytännössä toteutuu. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutustua lähialueiden terveyskeskusten vuodeosastojen saattohoitoon. Kuinka saattohoitoa toteutetaan ja miten saattohoitopotiilat sekä heidän omaisensa huomioidaan?

## LÄHTEET

- Anttonen, M. 2008. Saattohoidon laatu on mahdoton määritelmä. Sairaanhoidaja-lehti 9/2008. Luettu 18.12.2012.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/9\\_2008/muut\\_artikkelit/saattohoidon\\_laatu\\_on\\_mahdoton\\_m/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/9_2008/muut_artikkelit/saattohoidon_laatu_on_mahdoton_m/)
- Bonebrake, D., Culver, C., Call, K. & Ward-Smith, P. 2010. *Onkology nursing 101: Clinically differentiating palliative care and hospice.* (3) 14.
- Colliander J., 2009. Suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijät ja heidän työhyvinvointinsa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro- gradu tutkielma.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* 4. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Forbes, MA. & Rosdahl, DR. 2003. The final journey of life, *Journal of Hospice and Palliative Nursing.* 5 (4).
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito.* Helsinki: Edita Prima.
- Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. ja Agge, E. 2008. *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito.* Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.
- Haho, A. TtT. 2012. Luento. Hyvä saattohoito- koulutuspäivä 15.5.2012. Hotelli Ilves. Tampere.
- Hautala, K., Fält, A., Hinkka, H., Lammi, U-K., Kellokumpu-Lehtinen, P-L. & Kosunen, E. 2008. Syöpäpotilaiden saattohoito perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 27-31/2008 vsk 63.
- Hilden, H-M. 2005. Making decisions in the face of death. Physicians' and nurses' views of end-of-life decision-making and patient participation. University of Helsinki. Department of Public Health. Department of Sociology. Academic dissertation.
- Hinkka, H. 2001. Decision-making in end-of-life care. University of Tampere. Departments of General Practice and Oncology. Academic dissertation.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita.* Uudistettu 15.-16. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy
- Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.
- Huhtinen, A. 2005. Epävalmiina ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Lapin Yliopistopaino. Väitöskirja.
- Häihälä, E., Lehtipuu-Vuokola, L. & Surakka, T. 2008. Pirkanmaan hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää hoitoa. Sairaanhoidaja-lehti 9/2008. Luettu 18.12.2012. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/9\\_2008/muut\\_artikkelit/pirkanmaan\\_hoitokodissa\\_omaisten/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/9_2008/muut_artikkelit/pirkanmaan_hoitokodissa_omaisten/)

- Hänninen, J. 2011. Saattohoitopolku kulkee läpi koko terveydenhuoltojärjestelmän. Suomen Lääkärilehti 24/2011 vsk 66.
- Hänninen, J. 2008. Saattohoito organisoitava Suomessakin. Suomen Lääkärilehti 51-52/2008 vsk 63.
- Hänninen & Vuorinen 2010. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Suomen Lääkärilehti 18/2010 vsk 65.
- Jussila, A-L., Ruikka, P., Kangas, J., Junkkonen, T. ja Karjalainen, S. 2001. Yksilövastuinen hoitotyö Oulun yliopistollisen sairaalan sädehoito-osastolla. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karjalainen, T. & Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille – kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Koivisto, J. 2007. Kuinka paljon asiakkaan sana painaa. Bikva menetelmän relationaalinen arviointi. Stakesin raportteja 21/2007. [PDF-dokumentti]. Viitattu 10.1.2012. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R21-2007-VERKKO.pdf>
- Krogstrup, K. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt, menetelmä käsikirja. STAKES.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima oy.
- Laakkonen, M-L, 2005. Advance care planning Elderly patient's preferences and practices in long-term care. University of Helsinki. Department of Medicine. Academic dissertation.
- Lampen, K. 2010. Hengellisten menetelmien käyttö lähihoitajan työssä pitkäaikaishoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-Gradu-tutkielma.
- Lehto, J., Mustonen, L., Vinkanharju, A. & Pessa, K. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalassa saattohoitopäätöksiä. Suomen Lääkärilehti 41/2011 vsk 66.
- Liikka, P. 2006. Kotisairaalassa kuolleiden potilaiden omaisten kuvaus ammattihenkilöstöltä saamastaan tuesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-Gradu-tutkielma.
- Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä: kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliativisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.



Mercer, J. & Feeney, J. 2009. Mortality: Representing death in psychology, Hospice nurses' lived experiences. (3) 14.

Metsämuuronen, Jari 2005: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Miettinen, T. 2001. Palliative Care through Relatives' Eyes. University Of Tampere. Department of Nursing Science and University of Helsinki. Department of Medicine. Academic dissertation.

Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu terhokodissa omaisten arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-Gradu-tutkielma.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Nyman A., 2006. Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro Gradu. Tampere

Olthuis, G., Dekkers, W., Leget, C. & Vogelaar, P. 2006. The caring relationship in hospice care: An analysis based on the ethics of the caring conversation. Nursing Ethics. (1) 13.

Pihlainen A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa -Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6 Helsinki. Luettu 19.11.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=D\\_LFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=D_LFE-12411.pdf)

Pohjois-Pohjanmaan hoitoeettinen työryhmä, 2010. Saattohoito-ohjeistus ja Suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. 2. Painos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Puolakka J., Aukee M., Eskola K., Hannonen P., Jokiranta P., Karjalainen K., Keikkala S., Korhonen H., Miettinen M., Nyman K., Repo P., Vanhala M., 2008. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu 121/2008. Jyväskylä.

Ridanpää S., 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren pasta löytyy kultaa, tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sankelo, M. 2012. Saattohoitotutkimuksen päivä 6.11.2012. Seminaari. Helsingin Biomedicum. Helsinki.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito- suositus. Duodecim 2008;124(5):572–87

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50063.pdf> Luettu: 5.4.2012

- Tacher, S. 2008. Nursing Ethics: Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. (2) 15.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
- Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, S. & Gagnon, P. 2011. Caring for patients and families at end of life: The experiences of nurses during withdrawal of life-sustaining treatment. Dynamics, (4) 22.
- Vierula, H. 2011. Saattohoito vaatii lääkäreiltä asennemuutoksen. Suomen Lääkärilehti 9/2011 vsk 66.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus
- Vuorinen, E., Zinhu, D. & Turppo, A. 2012. Hyvä saattohoito jää liian usein toteutumatta. Suomen Lääkärilehti 23/2012 vsk 67.

**LIITTEET**

Liite 1. TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysistä

Liite 2. Haastatteluiden teemarungot

Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla

Liite 4. Tutkittavan suostumuslomake

## Liite 1. TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysistä

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Vuodepotilaan perushoito Potilaan omat tavarat Potilaan omat tavat Potilaan näköistä Potilaan toiveet hoidosta	Potilaasta huolehtiminen Potilaan tavat Minä-kuvan säilyttäminen	Yksilöllisyyden huomioiminen	Fyysisen hyvinvoinnin huomioiminen ja tukeminen
Elämässä olevien muiden asioiden esille tuominen Huumorin ja naurun tärkeys	Elämässä olevien muiden asioiden esille tuominen Huumorin ja naurun tärkeys	Elämänilon säilyttäminen	Psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen ja tukeminen
Omaisilla tärkeä rooli saattohoidossa Ovat potilaan tukena Tuntevat potilaan parhaiten Ovat oman omaisensa parhaita asiantuntijoita	Omaisen rooli Potilaan paras asiantuntija	Omaisten rooli saattohoidossa	Sosiaalisten suhteiden huomioiminen ja kunnioittaminen

## Liite 2. Haastatteluiden teemarungot

### TEEMARUNKO HOITAJIEN HAASTATTELUUN

- Taustatiedot
- Saattohoitopotilaan fyysinen perushoito
- Saattohoitopotilaan psyykkinen perushoito
- Saattohoitopotilaan sosiaalinen perushoito
- Perushoito kuoleman hetkellä ja sen jälkeen
- Kehittämisehdotukset

### TEEMARUNKO LÄHIESIMIESTEN HAASTATTELUUN

- Taustatiedot
- Mitä on hyvä saattohoitopotilaan perushoito ?
- Mitkä tekijät vaikuttavat laadukkaan perushoidon toteutumiseen?
- Miten esimies pystyy omalla työllään takaamaan laadukkaan perushoidon toteutumisen?
- Miten työntekijöiden jaksamista tuetaan??
- Miten saattohoitoa voitaisiin kehittää?

### TEEMARUNKO YLEMMÄN JOHDON HAASTATTELUUN

- Saattohoidon kehittäminen organisaatiossa
- Saattohoidon kehittäminen yhteistyössä muiden organisaatioiden kanssa
- Saattohoidon kehittäminen valtakunnallisesti

## Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto  
Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma

1.11.2012

Hyvä hoitotyöntekijä!

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelmassa. Tutkintokokonaisuuteeni kuuluu opinnäytetyön tekeminen (30 op). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten saattohoitopotilaan perushoito toteutuu Pirkanmaan Hoitokodissa hoitajien, lähiesimiesten ja ylemmän johdon näkökulmasta. Aineisto kerätään teemoitetuilla ryhmähaastatteluilla.

Opinnäytetyön toteuttamiseksi pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan ryhmähaastatteluun. Pidän kaksi ryhmähaastattelua, joihin toivomme saavamme kolmesta viiteen haastateltavaa yhtä haastattelua kohti. Haastatteluihin tulee varata aikaa noin yksi tunti. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Haastatteluissa esille tulevat asiat käsittelen luottamuksellisesti eikä haastatteluihin osallistuneiden henkilöllisyys tule missään vaiheessa julki. Haastatteluiden sisältö analysoidaan sisällönanalyysimenetelmää käyttäen ja saamiani tuloksia käytän vain opinnäytetyössäni. Haastatteluun osallistuvilta toivon saavani kirjallisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta.

Etukäteen kiittäen  
YAMK- opiskelija  
Susanna Kauppinen

## Liite 4. Tutkittavan suostumuslomake

## TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

## SAATTOHOITOPOTILAAN FYYSSINEN, PSYKKINEN JA SOSIAALINEN PERUSHOITO

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä. Suostun siihen, että haastattelut nauhoitetaan.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2012

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2012

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

tutkittavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus





