

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Johtamisen suuntautumisvaihtoehto
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tiina Kaita & Anne Tiainen

Lääkäreiden kokemuksia saattohoidosta erikoissairaanhoidossa

Opinnäytetyö 2015

Tiivistelmä

Tiina Kaita & Anne Tiainen

Lääkäreiden kokemuksia saattohoidosta erikoissairaanhoidossa, 47 sivua,
3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Johtamisen suuntautumisvaihtoehto

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2015

Ohjaajat: Yliopettaja Anja Liimatainen ja yliopettaja Pirjo Vaittinen, Saimaan ammattikorkeakoulu, toimintayksikön esimies Virpi Hakuli ja palliatiivisen lääketieteen erikoislääkäri Eero Vuorinen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata erikoissairaanhoidon lääkäreiden kokemuksia saattohoidosta ja sen kehittämisestä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa saattohoidon kehittämiseen ja saattohoitoon liittyvän yhteistyön lisäämiseen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote). Opinnäytetyö on osa Saattohoito osana hyvää elämää – hanketta ja tulokset hyödynnetään kyseisen hankkeen toteutuksessa. Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen. Aineisto kerättiin yksilöteemahaastatteluilla yhdeltätoista (11) eri erikoisalalan lääkäriltä Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Haastattelut nauhoitettiin ja aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella lääkärit kokivat oman ammatillisen asiantuntijuutensa, palliatiiviseen yksikön ja organisaation toimivuuden hyvin tärkeiksi asioiksi saattohoidossa. Saattohoitopotilaan ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö korostui eniten. Lääkäreiden mielestä keskeisimmät kehittämiskohteet saattohoidossa olivat saattohoitoon liittyvän tietotaidon, palliatiivisen yksikön, saattohoidon resurssoinnin ja yhteistyön kehittäminen. Lääkärit toivoivat lisää koulutusta palliatiivisesta poliklinikasta, saattohoitopäätöksen tekemisestä, oirehoidosta ja kivunhoidosta. Heidän mielestään saattohoitopotilaan tunnistamista ja saattohoitolinjausten oikea-aikaista tekemistä tulisi kehittää. He korostivat, että saattohoidosta tulisi pyrkiä keskustelemaan potilaan ja omaisen kanssa riittävän ajoissa. Lääkärit näkivät, että palliatiivinen hoito tulisi jakaa suunnitellusti organisaatiossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken.

Jatkokehittämistyön aiheena voisi olla saattohoitopotilaalle tehtävän saattohoitosuunnitelman käyttöönotto ja siihen liittyvät yhteneväiset kirjaamiskäytännöt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Asiasanat: saattohoito, lääkäri, palliatiivinen, erikoissairaanhoido,
saattohoitopäätös

Abstract

Tiina Kaita & Anne Tiainen

Doctor's Experiences with Palliative Care in the Hospital. 47 Pages,
3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Master's Degree Program in Health Promotion

Specialization in Management and Leadership

Master's Thesis 2015

Instructors: Principal Lecturer Dr. Pirjo Vaittinen and Principal Lecturer Anja Liimatainen, Saimaa University of Applied Sciences, and Ward Manager Virpi Hakuli and Palliative Care Specialist Dr. Eero Vuorinen, South Karelia District of Social and Health Care

The purpose of this study was to describe doctors' experiences of palliative care and its development. The aim was to produce information on the development of hospice and palliative care related to increasing co-operation in South Karelia District of Social and Health Care (Eksote). The thesis is a part of the hospice work in the Good Life Project, and the results will be utilized in the implementation of the project. The research approach was qualitative. The data was collected by interviewing eleven (11) doctors with different specialisations in the South Karelia Central Hospital. The interviews were recorded and the data was analysed by using inductive content analysis.

Based on the results, doctors felt that their own professional expertise along with the palliative unit and organisational functioning to be very important in implementing palliative care. Working together with the dying patient and relatives was most emphasized. The doctors say the main areas for development were the development of hospice and palliative care-related know-how, improving the palliative care unit, hospice care funding and cooperation. Doctors hoped for more training in palliative outpatient clinics, with more knowledge about making the decision for end of life care, symptom management, and pain care. In their view, the identification of the dying patient and start of the palliative care pathway should be developed so that conversations with the patient and the relatives might be started in a timely manner. Doctors saw that palliative care should be distributed in a planned manner between the out-patient and inpatient care facilities. Subjects for further study would be the use of a palliative care plan along with the documentation and cooperation that plan would involve between the various health care agencies.

Keywords: palliative care, doctor, specialized medical care, end of life care decision

Sisältö

1 Johdanto	6
2 Saattohoito.....	7
3 Lääkärin vastuu saattohoidossa.....	9
3.1 Lääkärin ammatillinen asiantuntijuus.....	10
3.2 Saattohoitopotilaan hoitolinjauksen tekeminen.....	11
3.3 Saattohoitopotilaan tarpeisiin vastaaminen	12
3.4 Potilaan ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö	14
4 Saattohoitoon liittyvää ohjeistusta	16
4.1 Eksoten saattohoitosuunnitelma.....	17
4.2 Eksoten erikoissairaanhoidon saattohoito-ohjeistus.....	19
5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	20
6 Opinnäytetyön toteutus	20
6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineisto	21
6.2 Tutkimuksen toteutus	21
6.3 Tutkimusaineiston analyysi.....	22
7 Tutkimustulokset.....	24
7.1 Ammatillinen asiantuntijuus saattohoidossa	24
7.2 Saattohoitoon liittyvä yhteistyö	25
7.3 Palliatiivisen yksikön toiminta	26
7.4 Organisaatioon liittyviä tekijöitä saattohoidossa	26
7.5 Saattohoitoon liittyvän tietotaidon kehittäminen.....	27
7.6 Palliatiivisen yksikön kehittäminen	28
7.7 Yhteistyön kehittäminen saattohoidossa	28
7.8 Saattohoidon resurssoinnin kehittäminen organisaatiossa.....	29
8 Pohdinta.....	30

8.1 Eettisyys ja luotettavuus	30
8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	34

Liitteet

LIITE 1	Teemahaastattelurunko
LIITE 2	Saatekirje
LIITE 3	Suostumuslomake

1 Johdanto

Tasa-arvoa ja kuolevien oikeutta hyvään hoitoon korostetaan Euroopan neuvoston palliatiivisissa suosituksissa ja Euroopan Parlamentin ENVI-valiokunnan raportissa. Kuolemaa lähestyvien ihmisten inhimillinen ja laadukas hoito ovat terveydenhuollon etiikan keskeisimpiä kysymyksiä. Hyvä saattohoito on turvattava jokaiselle sitä tarvitsevalle ihmiselle. (Etene 2012a; Etene 2012b.) Saattohoidon kehittämisen inhimillinen ja yhteiskunnallinen merkitys on suuri.

STM on tuottanut vuonna 2010 asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksukset Suomessa. Niiden tarkoitus on turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan kansalaisen oikeutena. Saattohoitopolut ovat kuitenkin usein jäsentymättömiä, yhteistyö eri terveydenhuollon yksikköjen välillä puutteellista ja saattohoidon järjestäminen sattumanvaraista, eikä tasapuolisesti kaikkien kuolevien potilaiden saatavilla. (STM 2010, 11 - 23.) STM:n saattohoitosuositusten mukaisesti sairaanhoitopiirien keskeinen tehtävä on toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen oman alueensa erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhoidosta ja sosiaalihuollosta. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulee laatia saattohoitosuunnitelma. Etelä-Karjalassa saattohoidon suunnitelman laadinnasta vastaa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos, Eksote. Eksote on 133 000 asukkaan kuntayhtymä, johon kuuluvat Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Imatra on mukana Eksotessa erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten hoidon osalta. (Eksote 2013a). Eksote on saanut valtion KASTE-avustusta saattohoidon kehittämistä varten yhteistyönä Kouvolan perusterveydenhuollon kanssa. Saattohoito osana hyvää elämää -hanke toteutetaan ajalla 1.1.2014 - 30.10.2015. (Eksote 2014.) Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset käytetään hyväksi edellä mainitussa hankkeessa.

Tässä opinnäytetyössä on tavoitteena kehittää saattohoitoa ja tarkoituksena on kuvata lääkäreiden kokemuksia saattohoidosta erikoissairaanhoidossa. Lääkäreiden näkökulmasta saattohoitoon löytyy hyvin vähän tutkittua tietoa. Tietoa lääkäreiden kokemuksista saattohoidosta tarvitaan saattohoidon kehittämiseksi ja toimivan moniammatillisen yhteistyön perustaksi. Hyvästä saattohoidosta hyötyisivät ennen kaikkea potilas ja hänen läheisensä.

2 Saattohoito

Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan, kuolevan potilaan hoitoa tilanteessa, jossa parantumiseen pyrkivästä hoidosta on luovuttu. Sairauden etenemiseen ei voida enää käytettävissä olevilla keinoilla vaikuttaa. Saattohoidolla tarkoitetaan kaikkea hoitoa potilaan hyvinvointiin, turvallisuuteen ja aktiivisuuden lisäämiseen liittyen, jossa potilaan elinajan ennuste on viikkoja, enintään kuukausia. Saattohoito perustuu potilaan itsemääräämisoikeuteen ja ihmisarvoon. (STM 2010, 25; Käypä hoito 2008, 573 - 574.)

Saattohoitoon kuuluvat potilaan hyvä perushoito, potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiin vastaaminen. Lisäksi potilasta ja läheisiä valmistetaan lähestyvään kuolemaan. Potilaan läheisiä kohdataan arvostavasti ja tukevasti sekä hoidetaan heitä myös kuoleman jälkeen. Saattohoito ei ole erillinen, selkeästi rajattu hoitomuoto, vaan niiden hoitojen kokonaisuus, jotka tähtäävät potilaan ja hänen läheistensä auttamiseen. Saattohoidon aloittaminen ei sulje pois mitään sellaista hoitoa, jolla potilaan hyvinvointia voidaan lisätä. Potilaan toiveiden huomioonottaminen on avainasemassa, mutta voinnin hiipuesssa huomio kohdistetaan yhä enemmän potilaan läheisiin ja heidän jaksamiseensa. (STM 2010, 11 - 12; Käypä hoito 2008, 571 - 574.)

Palliativinen hoito

Palliativinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitoa silloin, kun ei enää ole mahdollista parantaa tautia. Sen tavoitteena ei ole kiirehtiä, eikä lykätä kuolemaa, vaan tarjota tukijärjestelmiä, jotka auttavat potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti. Palliativisella hoidolla pyritään helpottamaan potilaan elämää ja kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. Palliativisen hoidon kesto saattaa olla vuosia. (Käypä hoito 2008; WHO 2012.) Palliativisen hoidon tunnusmerkkejä ja ominaisuuksia ovat myötätunto ja ammattitaito (Baldwin 2011, 7 - 12).

Palliativinen sedaatio tarkoittaa potilaan vaivuttamista unen kaltaiseen tilaan silloin, kun hänen kärsimystään ei voida muilla olemassa olevilla tavoilla lievittää. Potilaan ja lääkärin on keskusteltava asiasta ja päätettävä palliativisen

sedaation mahdollisesta käyttämisestä yhteisymmärryksessä silloin, kun potilas vielä pystyy ottamaan kantaa omaan hoitoonsa. (ETENE 2012b.) Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen tai saattohoidon aloittaminen ovat tärkeitä hoitopäätöksiä. Potilaan tulee olla tietoinen hoitopäätösten perusteista ja seurauksista. Hoidon periaatteista tulisi sopia yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Käypä hoito 2008.)

Hoitotahto

Hoitotahtolla tarkoitetaan potilaan kirjallisesti tai suullisesti ilmaisemaa omaa tahtoaan. Aikaisemmin ilmaistu hoitotahto ajankohtaistuu, kun potilas ei enää kykene ottamaan kantaa hoitoonsa. Ellei potilas esimerkiksi muistisairauden takia pysty päättämään itse hoidostaan, on kuultava potilaan lähiomaista tai laillista edustajaa siitä, millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Ellei sitä pystytä selvittämään, lääkäri hoitaa potilasta tavalla, jota voidaan pitää potilaan henkilökohtaisen edun mukaisena. (STM 2010, 13 - 18; Käypä hoito 2008, 572.)

Potilaan kirjallista tai suullista hoitotahtoa on noudatettava, ellei ole perusteltua syytä olettaa, että potilaan tahto olisi muuttunut. Potilaan tiedonsaantioikeus on potilaslaissa määritelty asia. Lain mukaan potilaalle pitää antaa selvitys terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista, sekä hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä hänen hoidostaan päätettäessä. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lainsäädännön mukaisesti. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

AND- ja DNR –päätökset

Luonnollisen kuoleman salliminen ja elvytyskielto ovat hoitopäätöksiä. Lääkärin tekemä AND -päätös tarkoittaa luonnollisen kuoleman sallimista. Elvytyskielto eli DNR -päätös tarkoittaa lääkärin tekemää rajattua lääketieteellistä päätöstä, joka kieltää sydämen uudelleen käynnistämisen. Lääkäri tekee sen tilanteessa, jossa sydämen uudelleen käynnistämisestä arvioidaan olevan potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Ihminen voi ilmaista haluavansa näin toimittavan hoitotahdossaan. DNR -päätös ei merkitse saattohoidon aloittamista. (ETENE

2012b.) AND tulee englanninkielisistä sanoista Allow Natural Death (=salli luonnollinen kuolema) ja DNR tulee englanninkielisistä sanoista Do Not Resuscitate (=ei elvytetä).

Eutanasia

Eutanasialla käsitetään toisen elämän päättämistä tämän omasta pyynnöstä silloin, kun taustalla on kuolemaan johtava sairaus. Eutanasiaan liittyy aina ristiriitaisia eettisiä kysymyksiä. Kliinisessä työssä lääkärit joutuvat kohtaamaan eettistä ongelmaa ihmisen kärsimyksen vuoksi, kuitenkin valtaosa saattohoidettavista potilaista voidaan hoitaa hyvin järjestetyn saattohoidon avulla, tukemalla heidän elämänlaatuaan. Eutanasia ei kuulu saattohoitoon ja on Suomessa lailla kielletty. (ETENE 2012b.)

3 Lääkärin vastuu saattohoidossa

Lääkärin etiikka on olennainen osa lääkärin työtä. Suomen Lääkäriliitto pitää lääkäreiden sitoutumisesta etiikkaan tärkeänä ja suosittelee edelleenkin, että lääkärit vannovat valmistumisen yhteydessä vapaaehtoisen valan. Lääkäri palvelee lähimmäisiään ihmisyyttä ja elämää kunnioittaen. Arkkiatri Pelkosen (2013, 30) mukaan Suomessa lääkäri on ennemminkin elämän auttaja kuin kuoleman avustaja, ja siksi lääkärin etiikassa tärkeintä onkin juuri sairaan auttaminen. Jos laki ja etiikka ovat ristiriitatilanteessa, lääkärin tulee aina ensisijaisesti noudattaa lääkärin etiikan sääntöjä (Lääkärin etiikka, 2013).

Lääkärin eettisten ohjeiden mukaan lääkärin velvollisuus on suojata ihmiselämää, lievittää kärsimystä, edistää terveyttä ja sen saavuttamista. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja, vaan tarjoaa ajattelun ja pohdinnan välineitä. Terveystieteidenhuollossa keskeisiä eettisiä arvoja ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Eettisesti tärkeää on hoidon pohjautuminen tieteellisesti tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen. Potilaan edun mukaista on tarvittaessa konsultoida kollegaa tai toisen ammatin edustajaa. (ETENE 2001.)

Lääkäriin ammattiin on liittynyt valan tekeminen, joka on periytynyt kaukaa antiikin Kreikasta. Lääketieteen isän Hippokrateen valaa vannottiin aina vuoteen 1997 asti. Terveystieteiden ammattihenkilöistä (1994/559) säädetyssä laissa vuodesta 1994 alkaen lääkäreiltä tätä ei enää ole edellytetty, vaan Suomessa valmistuvat lääkärit vannovat vapaaehtoisena lääkäriä valan. Hippokrateen valassa lääkäri sitoutuu torjumaan kaiken, mikä voi olla hoidettavalle vahingoksi ja vääryydeksi. Sen mukaisesti lääkäri ei tule luovuttamaan eikä antamaan neuvoa kuolettavan myrkytämiseen kenellekään potilaalleen, vaikka häneltä sellaista pyydetäisiin. Lääkäri ei myöskään tule antamaan raskaana olevalle naiselle sikiötä tuhoavia aineita. (Lääkäriliitto 2013c; 2013d.) Uudistetussa lääkäriä valassa lääkäri sitoutuu mm. tutkimuksia ja hoitoja suositellessaan ottamaan tasapuolisesti huomioon niistä potilaalle koituvan hyödyn ja mahdolliset haitat. Tässä valassa lääkäri sitoutuu kunnioittamaan potilaan tahtoa. (Lääkäriliitto 2013d.) ETENEn (2001) mukaan lääkäriin velvollisuus on toimia potilaan parhaaksi silloin, kun potilas ei pysty ilmaisemaan tahtoaan. Lääkäriin hoitopäätösten on aina perustuttava lääketieteellisiin syihin ja lääkäriin tulee suositella vain lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia tutkimuksia ja hoitoja (Lääkäriliitto 2013a).

3.1 Lääkäriin ammatillinen asiantuntijuus

Saattohoidossa pyritään siihen, että kuoleva potilas saa parhaan mahdollisen hoidon. Tämän päämäärän saavuttamiseksi tarvitaan lääkäriin ammatillista asiantuntijuutta. Lääkäriin on kliinistä kokemusta, hän osaa soveltaa potilaan ongelmiin tutkittua tietoa ja tarvittaessa hän konsultoi muita ammattihenkilöitä saadakseen potilaalle parhaimman avun ja tuen.

Bahusa, Steenb ja Førdea (2012, 1372) ovat tutkineet norjalaisten lääkäreiden ajatuksia liittymisen lakiin, etiikkaan ja saattohoitopäätöksiin. Tutkimuksen mukaan lääkärit pitivät tärkeänä sitä, että potilaan kanssa keskusteltiin sairauden etenemiseen liittyvistä asioista, ennusteesta ja muista vakavista asioista, jotka liittyivät potilaan terveyteen. Yhteiset keskustelut edistivät potilaan autonomian toteutumista sekä lakiin ja etiikkaan perustuvan toiminnan toteutumista potilaan hoitoon liittyvissä kriisitilanteissa.

3.2 Saattohoitopotilaan hoitolinjauksen tekeminen

Saattohoidon aloittaminen edellyttää aina lääkärin eettistä pohdintaa, koska päätös hoitolinjauksesta on lääkärin vastuulla. Lääkäri kuuntelee potilaan sekä omaisten toiveita ja joutuu päättämään saattohoidon aloittamisesta tai aloittamatta jättämisestä. Lääkäri käy potilaan ja mahdollisesti omaisen kanssa läpi potilaan sairauteen ja hoitoon liittyvät asiat, hoitovaihtoehdot ja tulevaisuuden näkymät. Hoitavan lääkärin tehtävänä on sopia potilaan ja läheisten kanssa parantavista hoidoista luopumisesta ja perustella lääketieteellisesti, miksi näin on järkevämpää tehdä. (Eksote 2012; Tasmuth, Poukka & Pöyhiä 2012, 251.)

Saattohoitopotilaan tunnistaminen on valitettavan usein vaikeaa myös lääkärille. Kokemuksensa ja koulutuksensa perusteella lääkärin olisi voitava tunnistaa saattohoitopotilas. Potilaan hoidon päämäärää tulisi arvioida jatkuvasti ja lääkärin olisi kyettävä tunnistamaan lähestyvän kuoleman merkkejä potilaan voinnissa. Oireiden muuttuminen ja toimintakyvyn nopea heikkeneminen voivat ennakoita kuolemaa. Hoidon suunnittelun avuksi on laadittu oire- ja löydösluetteloita, joita voi hyödyntää esimerkiksi äkillisissä päivystystilanteissa. (Tasmuth ym. 2012, 250 - 251.) Sydämen vajaatoiminta, pitkälle edennyt ja elinvaurioita aiheuttanut diabetes, eri neurologiset sairaudet sekä monet ihmisen elämän viimeisten hetkien sairaudet edellyttävät hyvää palliatiivista hoitoa. Saattohoitopäätös jää kuitenkin usein tekemättä ennusteen vaikeuden takia. (STM 2010, 18.) Tällöin voi riskinä olla, että saattohoitopotilas tulee joko ali- tai ylihoitetuksi. Saattohoidossa alihoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa osa potilaan kärsimyksistä joko aliarvioidaan tai niitä ei osata hoitaa. Tällöin osa potilaan kivuista voi jäädä hoitamatta ja potilas saa ns. alihoidon. Saattohoidossa ylihoito tarkoittaa sitä, että potilaalle tehdään toimenpiteitä, jotka useimmiten pidentävät hänen kärsimyksiään. Nämä toimenpiteet eivät vaikuta enää elinikää pidentävästi eivätkä lisää potilaan elämänlaatua. (ETENE 2003.)

Hinkan (2001) mukaan lääkärin oma asenne ja arvomaailma vaikuttivat hoitopäätöksiin Lääkäreiden parempi tieto lainsäädännöstä, annetuista eettisistä ohjeista, prognooseista ja hoitojen todellisista vaikutuksista

todennäköisesti vaikuttaisivat hoitoratkaisuihin. Potilaan edun mukaista ei ole lääkäristä johtuvat vaihtelut hoitopäätöksissä. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että potilaan edun mukaisiin, objektiivisempiin ja yksilöllisiin hoitoratkaisuihin saattohoitopotilaan hoidossa päästään lisäämällä lääkäreille palliatiivisen hoidon koulutusta, kokeneen kollegan tukea ja ammatillista työnohjausta. (Hinkka 2001.)

3.3 Saattohoitopotilaan tarpeisiin vastaaminen

Elämän loppuvaiheeseen liittyy psykologisia, sosiaalisia, maailmankatsomuksellisia ja hengellisiä tarpeita, joihin on tärkeää vastata. Oireita lievittävä lääkehoito onkin vain osa kuolevan potilaan hoitoa. Elämän loppuvaiheen tavallisia fyysisiä oireita ovat mm. kipu, uupumus, heikkous, laihtuminen, yskä, hengenahdistus ja ummetus. (Hänninen & Riikola 2008.)

Psyykkiset, hengelliset ja eksistentiaaliset tarpeet

Psyykkisiin tarpeisiin vastaaminen on ensiarvoisen merkityksellistä saattohoidossa. Auttamisen tavoista vuorovaikutukselliset keinot ovat parhaita. Potilas tarvitsee kuuntelemista, keskustelua ja läsnäoloa. Saattohoitopotilaan hoidossa eksistentiaaliseen kärsimykseen vastaaminen on yhtä tärkeää kuin hyvä kivunhoito, koska siihen vastaaminen vaikuttaa merkittävästi kuolevaa lähestyvän ihmisen henkilökohtaiseen hyvinvoinnin tunteeseen. (Smolander 2009; STM 2010.)

Palliatiivisessa hoitosuhteessa tulee selvittää kuolevan ihmisen hengelliset tarpeet. Saattohoidossa pappi voidaan tarvittaessa kutsua paikalle vuorokauden eri aikoina. Saattohoidossa tulee ottaa huomioon eri uskontokuntien tavat hoitaa kuolevaa potilasta tai vainajaa. Sielunhoitosuhde on tapahtumana ainutkertainen pohjautuen avoimuuteen, rehellisyyteen, välittämiseen, sekä turvallisuuden tunteen luomiseen ja jatkuvuuteen. Hengellisiin tarpeisiin kuuluvia tarpeita ovat tarve suojautua, tarve kokea sovinto itsensä, omaistensa, läheistensä ja Jumalan kanssa, tarve löytää elämän eheys ja tarve saavuttaa elämän täyttymys. (STM 2010, 17 - 18.) Tukea antava ja eläytyvä kuunteleminen auttavat potilasta. Oleellinen osa hoitoa on hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus. (Käypä hoito 2008, 584.)

Kipu

Kipu on saattohoitopotilaan yleisin oire. Yleensä kipu on pysyvä seuralainen, joka vaatii jatkuvan ja säännöllisen lääkityksen. Lääkityksen tarkoituksena on pitää kipu poissa, jonka takia kipulääkityksessä on yleensä säännöllisesti otettava osa. (Hänninen 2011, 25- 26.) Kivun arviointi on hyvän hoidon perusedellytys.

Sädehoidolla ja sytostaateilla on oma paikkansa myös saattohoidossa. Luustokipujen hoidossa sädehoito on hyvä keino. Saattohoitopotilas voi saada oireita lievittävää sädehoitoa tai sytostaattihoidoa. Elämän loppuvaiheessa sytostaattihoidolla ei useinkaan voida elämää pitkittää ja hoidon lopettaminen usein parantaa saattohoitopotilaan vointia. Leikkaus voi olla osa kivunhoitoa, jolloin sitä voidaan harkitusti käyttää saattohoitovaiheessa. Keskityttäessä oireenmukaiseen hoitoon ja potilaan elämän mukavuuden lisäämiseen, täytyy leikkaushoidon hyödyllisyyttä punnita tarkasti. (Hänninen 2011,19 - 21.)

Palliativinen sedaatio on viimeinen mahdollisuus silloin, kun mikään muu hoito ei auta lievittämään potilaan sietämätöntä, muuten hallitsematonta kipua, hengenahdistusta ja ahdistuneisuutta. Palliativisessa sedaatiossa rauhoitetaan ja tajuntaa heikennetään lääkkeiden avulla edistämättä kuolemaa. Sedaatiota käytettäessä on potilaan, läheisen ja hoitoon osallistuvan henkilökunnan ymmärrettävä hoidon tarkoitus ja toteutus. (Käypä hoito 2008, 585 - 586.)

Pahoinvoinnin lievittäminen on hyvin yleinen tarve saattohoitopotilailla. Pahoinvoinnin takana on usein monta syytä, joiden selvittäminen on tärkeää. Mikäli löydetään pahoinvointiin sellainen syy, joka voidaan korjata, vaikutetaan siihen. Lääkityksellä voidaan vähentää pahoinvointia silloin, kun sen syytä ei voida poistaa. (Hänninen 2011, 32.)

Ripuli on saattohoitopotilailla ummetusta harvinaisempaa. Suolitukos on yleinen vaiva, joka johtuu useimmiten suolen ontelon tukkeutumisesta tai suolen peristaltiikan puutteesta. Hoito riippuu potilaan yleisilasta. Suolitukosta voidaan hoitaa lääkkeillä tai kirurgisesti potilaan voinnin salliessa. (Käypä hoito 2008, 576 - 578.)

Saattohoitopotilas ei yleensä hyödy nesteetyksestä, eikä lisäravinnosta. Hyvä yleishoito ja janon tunteen vähentäminen huulia kostuttamalla ja jääpaloja imeskelemällä parantaa potilaan vointia. (Käypä hoito 2008,578.) Suonensisäisen nesteetyksen tarpeellisuus saattohoidossa on harvinaista. Suotavaa on, että potilas juo itse niin kauan ja sellaisia määriä, jotka tuntuvat hänestä miellyttäviltä. Suun kuivuminen on suurempi ongelma kuin nestehukka. Saattohoitovaiheessa elimistö tuottaa hormoninkaltaisia aineita, jotka estävät ravinnon hyväksikäyttöä. Tämä johtaa laihtumiseen. Yleensä ei ole syytä antaa ravintoa suonensisäisesti, eikä nenämahaletkulla. Periaate on, että potilaalle tarjotaan ruokia ja juomia, joista hän pitää. (Hänninen 2011, 15 - 17.)

Anemisoituminen ja tulehdusarvojen nousu liittyvät usein pitkälle edenneeseen tautiin. Potilas ei välttämättä tunne niistä oireita, koska elimistö tottuu niihin vähitellen. Mikäli hemoglobiiniarvo laskee alle 80, on punasolujen antamisesta usein hyötyä. Veriarvojen korjaamisesta saatava hyöty on suhteutettava kokonaistilanteeseen, koska veriarvojen muuttuminen on yksi osa taudin kokonaisuutta. (Hänninen 2011, 17 - 18.) Suonensisäisten antibioottien käyttäminen ei aina ole mielekästä ja potilaan heikentyneestä vastustuskyvystä johtuen usein myös hyödytöntä. (Hänninen 2011, 20.)

Hengitystieoireet

Nesteen kertyminen vatsaonteloon on yleinen hengenahdistuksen aiheuttaja saattohoitopotilaalla. Nesteen kertyminen aiheuttaa vatsan kasvua, täyttymisen tunnetta, pahoinvointia, oksentelua, suolen vetovaikeutta ja hengenahdistusta. Hengenahdistuksesta kärsii tutkimusten mukaan 45 – 70 % palliatiivisista potilaista viimeisten elinviikkojen aikana. Hapenanto ja ilmavirtaus voivat helpottaa hengenahdistusta ja potilaan oloa. (Käypä hoito 2008, 579 - 582.)

3.4 Potilaan ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö

Saattohoitopotilaan ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö on yksilöllistä, ei kaavamaisista. Potilas ja omaiset tulee kohdata ainutkertaisina yksilöinä. Tukea tarvitaan monella osa-alueella: tiedollisella, emotionaalisella, hengellisellä ja henkisellä. Kuunteleminen, potilaan ja omaisten tarpeiden huomiointi ovat merkittäviä asioita saattohoitopotilaan hoidossa. (Karjalainen & Ponkilainen

2008, 35 - 40.) Omaisten asema herätti potilaan asemaan verrattuna enemmän ristiriitaisia näkemyksiä. Lääkärit johtivat päätöksentekoa ja hoitoneuvotteluja ja hoitajat kokivat itsensä potilaan puolestapuhujiksi. (Hilden 2005.)

Sairastuminen ja se, ettei sairauteen ole parantavaa hoitoa, on potilaalle ja omaisille outo ja pelottava tilanne. Asiallisen ja ymmärrettävän tiedon saaminen on tärkeää. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002.) Lääkärin on tärkeää kuunnella potilasta tarkasti, rakentaa keskustelua potilaan tarpeiden pohjalta ja yrittää saada potilas erittelemään aktiivisesti omia ongelmiaan. Onnistunut vuorovaikutus vaatii potilaalta, omaisilta ja lääkäriltä halua tehdä yhteistyötä, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.)

Tiedollinen tukeminen on tärkeää potilaalle, sillä riittävällä tiedolla hän pystyy itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi. Potilaan tulee olla aina ajan tasalla hoitolinjauksista. Lääkärin tehtävänä on antaa niistä tietoa saattohoitopotilaalle. Potilaan tiedonsaantioikeus on potilaslaissa määritelty asia. Lain mukaan potilaalle pitää antaa selvitys terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista, sekä hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä hänen hoidostaan päätettäessä. (Kyngäs ym. 2007, 47; Pahlman 2004, 358.)

Kubler – Rossin (2009) tutkimuksen mukaan omaisten sopeutumista ja surutyötä helpottavaa oli, jos saattohoitopotilas kykeni työstämään omaa suruaan. Saattohoitopotilaan omaisten henkinen tukeminen oli tärkeää, koska omaisen jaksamisella oli suuri vaikutus myös siihen, miten potilas itse koki sairautensa. Saattohoitopotilasta ei voitu auttaa mielekkäästi, jos ei samalla huomioitu hänen omaisiaan. (Kubler – Ross 2009, 128 – 146.) Potilaan ja omaisten mielestä oikean ja riittävän tiedon antaminen oli tärkeää. He halusivat saada tietoa potilaan sairaudesta, hoitosuunnitelmasta, sairauden ennusteesta ja jatkohoitosuunnitelmista. Omaiset kokivat, että rauhallisuus ja kiireettömyys olivat merkityksellisiä asioita potilaan turvallisuuden tunteen kannalta. (Karjalainen & Ponkilainen 2008.) Hoitavan lääkärin perustellessa hoitolinjauksen, hän säästi omaisia kuoleman jälkeen tulevilta kysymyksiltä helpottaen heidän surutyötään (Surakka 2013, 95).

Niemelän (2012) mukaan saattohoitopotilaan perhettä ja lapsia oli tärkeää huomioida, koska useat viimeaikaiset tutkimukset suosittavat lisätuen saamisen merkitystä saattohoitopotilaan lasten psykososiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Lasten yksilöllisten tarpeiden huomiointi oli merkityksellistä. Kuoleman teema nousi esille perheiden kanssa työskennellessä. Lapsikeskeisten interventioiden tekeminen vaikutti myös vanhempien psyykkisiä oireita vähentävästi. Saattohoitopotilaiden lapset muodostavat merkittävän ryhmän väestössä ja lapsikeskeistä työtä olisi kehitettävä aikuisterveydenhuoltoon.

Kiinalaisessa tutkimuksessa eläkeläiset kunnioittivat lääkärin tietoa ja asiantuntemusta. Eläkeläisten mielestä lääkärin oli hyvä keskustella potilaan ja perheen kanssa. Eläkeläiset halusivat lääkäreiden ottavan vastuun saattohoitopäätöksen teosta, koska lääkäreillä on erityistä asiantuntemusta sekä hyvä koulutus ja kokemus. Tutkimuksessa tuli ilmi kiinalaisten eläkeläisten vankka usko lääkärin päätöksentekokykyyn. (Bowmana & Singerbin 2001, 459.)

Kanadalaisessa tutkimuksessa haluttiin kehittää pitkälle edenneen sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoitoa potilaslähtöisesti. Tutkimuksessa haastateltiin 106 potilasta. Tutkimuksen mukaan saattohoitoa voitaisiin kehittää vähentämällä perheen emotionaalista ja fyysistä kuormitusta, parantamalla tehokasta oirehoitoa ja parantamalla omaishoitajien tukea. Hoitavan lääkärin, potilaan ja omaisten selkeä ja rehellinen yhteydenpito oli tutkimuksen mukaan erittäin tärkeää. Potilaan on tärkeää tietää, kuka lääkäri vastaa hänen hoidostaan. Sairaalasta kotiutuessa tarvitaan hyvä jatkohoitosuunnitelma ja riittävien terveydenhuoltopalveluiden saaminen kotiin. (Strachan, Ross, Rocker, Dotek & Heyland 2009, 635 - 637.)

4 Saattohoitoon liittyvää ohjeistusta

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 – 2020 -raportin mukaan jokaisen saattohoitopotilaan tulee saada hyvää palliatiivista hoitoa huolimatta asuinpaikastaan. Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa ehdotetaan kolmiportaista hoitomallia. Portaan A mukaista saattohoitoa pystyisivät antamaan kaikki perustason hoitolaitokset ja perustason koulutuksella olisi

valmiudet tähän hoitoon. Tällä tasolla olisi tunnettava tilanteet, joissa tarvitaan konsultaatiota. Yksiköissä tulisi olla saattohoitoa koordinoiva hoitaja. Portaan B mukaista hoitoa toteutettaisiin keskikokoisissa terveyskeskuksissa, kotihoidossa, kotisairaaloissa ja vuodeosastoilla. Tällä tasolla tulisi olla nimetty vastuuhoitaja ja – lääkäri. Portaan C hoitoa toteuttaisivat yliopisto- ja keskussairaalat vaativan tason saattohoitona. Hoitohenkilökunnalla olisi palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuus tai palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. Näissä yksiköissä olisi myös koulutusta, opetusta ja alan tutkimusta. 50000 - 100000 asukkaan kunnissa tulisi olla palliatiivista hoitoa varten kokopäiväinen lääkäri, useita hoitajia ja erityistyöntekijöitä, palliatiivisen hoidon yksikkö ja poliklinikka, kotisaattohoitoyksikkö ja saattohoito -osasto. (STM 2010a.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut vuonna 2010 valtakunnallisen suosituksen saattohoidon järjestämiseksi. Sairaanhoidopiirin keskeinen tehtävä on toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen oman alueensa erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhoidosta ja sosiaalihuollosta. Sairaanhoidopiirin saattohoidon tehtäviin kuuluvat olennaisesti saattohoidon erityistehtävät, ohjaus, tuki, koulutus, koordinaatio, konsultaatio ja jalkautuminen sairaalan ulkopuolelle. Jokaisessa sairaanhoidopiirissä tulee laatia saattohoitosuunnitelma. Keskussairaaloihin tulee perustaa palliatiivinen poliklinikka vuoteen 2020 mennessä. Potilaalla tulee olla tiedossa hänen hoidostaan vastaavat henkilöt. (STM 2010.) Eksotessa on kehitetty saattohoitoa valtakunnallisen ohjeistuksen mukaisesti.

4.1 Eksoten saattohoitosuunnitelma

Eksoten saattohoitosuunnitelman tavoitteet ovat toimivan saattohoitopolun luominen koko sosiaali- ja terveystieteiden alueelle, potilaan kokonaishoidon laadun kehittäminen sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaisesti ja selkeän vastuun – ja työnjaon luominen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille. Eksotessa on laadittu saattohoitosuunnitelma vuonna 2012. Tämän suunnitelman pohjalta on laadittu erikoissairaanhoidon saattohoito-ohjeistus vuonna 2013. (Eksote 2013a.) Eksoten alueella noin 200 syöpään ja noin 70

muihin sairauksiin kuolevaa tarvitsee vuosittain saattohoitoa. Saattohoitosuunnitelman lähtökohtana on inhimillisen ja potilaslähtöisen hoidon kehittäminen niin, että ihmisarvoa kunnioittava oireenmukainen hoito toteutuu moniammatillisesti yhdessä potilaan ja läheisten kanssa sekä kotona että laitoksissa. (Eksote 2012.)

Saattohoitopotilaiden tulee saada oireidensa hoitoon erityisosaamista vaativat palvelut. Erikoissairaanhoidon puolella tulee olla oireenmukaista hoitoa suunnitteleva ja organisoiva yksikkö. Kuolevien potilaiden ei ole tarkoituksenmukaista jäädä erikoissairaanhoidon, vaan siirtyä kitkattomasti perusterveydenhuoltoon niin, että ohjeet ja potilaan siirto onnistuvat sujuvasti. Erikoissairaanhoidossa tarvitaan konsultatiivinen yksikkö, joka on erikoistunut saattohoitoon. (STM 2010, 24.) Tarvittaessa voidaan konsultoida palliatiivista poliklinikkaa, joka voi toimia apuna hoidon linjauksessa, päätöksenteossa ja potilaan jatkohoidossa (Eksote 2012). On tärkeää, ettei potilaan hoitopolkuun tule katkoksia hänen siirtyessään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon puolelle tai päinvastoin. Muuttuva tilanne sairauden edetessä tuo epävarmuutta, voimattomuutta ja paljon kysymyksiä sekä potilaalle että läheiselle. He tarvitsevat paljon tukea, ohjausta ja neuvontaa. (Määttä 2012.)

Palliatiivinen poliklinikka on aloittanut toimintansa Etelä-Karjalan keskussairaalassa syksyllä 2011 ja siirtynyt keväällä 2014 Armilan osasto 4:n yhteyteen. Poliklinikan toiminnan tavoite on oireenmukainen ja kokonaisvaltainen hoito. (Eksote 2014.) Palliatiivisella poliklinikalla tehdään palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtyvien potilaiden hoitosuunnitelmat yhteistyössä potilaan ja läheisten kanssa. Suurin osa potilaista tulee lähetteellä keskussairaalan eri erikoisaloilta. Hoitoneuvottelun ja parantavista hoidoista luopumisen jälkeen hoitava lääkäri sopii potilaan kanssa palliatiivisen hoidon poliklinikalle lähettämistä oireiden hoidon suunnittelemista varten. Tavoite on, että potilas tulisi palliatiivisen erikoislääkärin vastaanotolle vaiheessa, jossa vointi on vielä kohtuullisen hyvä. Potilaan hoitosuunnitelman perusteella ollaan yhteydessä Tehostetun kotiutumisen sairaanhoitajaryhmään TeHoSan ja potilaan hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuollon omalle lääkärille. TeHoSan hoitajat tekevät kotikäynnin potilaan kotiin, jos hän on vielä kotona. Tarvittaessa

potilaan taustaosastoksi määritetään Armilan sairaalan osasto 4, joka on kehitetty 15-paikkaiseksi palliatiiviseksi osastoksi Eksoten alueelle. (Eksote 2012.)

4.2 Eksoten erikoissairaanhoidon saattohoito-ohjeistus

Saattohoitosuunnitelman pohjalta on tehty ohjeistukset eri toimipisteisiin. Erikoissairaanhoidon on tehty oma saattohoito-ohjeistus, jonka mukaan potilaan kuuluu saada realistista tietoa sairaudestaan, sekä saada toivoa tulevaisuuden suhteen. Hänen tulee saada tietää, mistä voi kysyä neuvoa ja mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa. Potilaalla on oikeus saada apua itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja hänellä on oikeus elää perheensä jäsenenä. Hänen tulee saada rohkaisua ja tukea kotihoitoon läheistensä tuella. (Eksote 2013b.)

Potilaan on mahdollista ilmaista oma tahtonsa tulevan hoidon suhteen, erityistoiveita tai hänen on mahdollista kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Potilas voi myös valtuuttaa toisen henkilön tekemään päätökset hoitotahdon laatijan puolesta, jos potilas ei ole itse kykenevä osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi. Hoitotahto tehdään yleensä kirjallisena, jolloin siinä on päiväys ja potilaan allekirjoitus. Hoitotahto on voimassa ilman todistajia, mutta suositeltavaa on kahden perheeseen tai lähisukuun kuulumattoman todistajan allekirjoitus. Hoitotahto voidaan ilmaista myös suullisesti lain mukaan. (Eksote 2013b.)

Potilaan ja omaisten välisiä suhteita pyritään tukemaan, mutta vuorovaikutus tapahtuu potilaan ehdoilla. Omaisille annetaan mahdollisuus osallistua hoitoon ja heitä rohkaistaan siihen. Tietoa omaisille annetaan potilaan suostumuksella. Omaisilla on mahdollisuus osallistua päätöksen tekoon silloin, kun potilas ei itse enää kykene ja hänellä ei ole hoitotahtoa ilmaistuna. Heille on tärkeää korostaa, että lääkäri tekee hoitopäätökset kuultuaan ensin potilasta ja läheisiä. (Eksote 2013b.) Potilas ja hänen omaisensa voivat osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen aktiivisemmin, kun yhteistyötä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhoidon, sosiaalitoimen ja kolmannen sektorin välillä tehostetaan sekä jatkohoidon suunnittelua ja koordinoitua selkiytetään. (Määttä 2012.)

Potilaan siirryessä jatkohoitoon lääkäri tekee yhteenvedon potilaan hoitajaksosta erikoissairaanhoidossa. Potilaan lähtiessä jatkohoitoon on tärkeää kirjata tieto siitä, mihin hän voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Lääkelistan tiedoissa tulee olla selkeät ohjeet kipulääkityksestä ja ohjeet mahdollisista lääkemutoksista kiputilanteen muuttuessa. (Eksote 2013b.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erikoissairaanhoidon lääkäreiden kokemuksia saattohoidosta ja sen kehittämisestä. Tavoitteena on tuottaa tietoa saattohoidon kehittämiseen ja yhteistyön lisäämiseen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1 Millaisia kokemuksia lääkäreillä on saattohoidosta erikoissairaanhoidossa?
- 2 Millä tavoin erikoissairaanhoidon lääkärit kehittäisivät saattohoitoa?

6 Opinnäytetyön toteutus

Tässä opinnäytetyössä tietoa kerättiin Etelä-Karjalan keskussairaalan lääkäreiltä yksilöteemahaastatteluilla. Etelä-Karjalan keskussairaala on keskisuuri keskussairaala Lappeenrannassa. Tämä sairaala tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä (Eksote 2013a). Tutkimuksen tekemiseen hankimme tutkimusluvan Eksotelta ja teimme yhteistyösopimuksen oppilaitoksen ja Eksoten edustajien kanssa. Tutkimukseen osallistujat valittiin yhteistyössä työelämän ohjaajien kanssa tarkoituksenmukaisesti erikoissairaanhoidon lääkäreistä. Työelämän ohjaajilta saadun tiedon perusteella erikoissairaanhoidon lääkäreillä on kattavin tieto ja kokemus saattohoitopotilaan hoidosta erikoissairaanhoidossa, joka vaikuttaa tämän tutkimuksen tulosten luotettavuuteen. Osallistujat voidaan valita tarkoituksenmukaisuuden perusteella, kun halutaan valita henkilöt, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 26).

6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin lääkäreiden yksilöteemahaastatteluilla. Yksilöteemahaastattelu valittiin, koska haluttiin saada tietoa lääkäreiden omakohtaisista kokemuksista saattohoitopotilaan hoitoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Moniammatilliseen yhteistyöryhmään kuuluvat mm. hoitava lääkäri, potilas, omainen, hoitaja, syöpäsairaanhoitaja, pappi, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti ja sosiaalihoitaja.

Hirsjärven & Hurmeen (2001, 47 - 48) mukaan teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Haastattelu kohdennetaan teemoihin, joista keskustellaan. Haastattelussa on olennaista, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee keskeisten teemojen mukaisesti. Tämä tuo tutkittavien äänen kuuluviin ottaen huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Metsämuurosen (2006, 115) mukaan teemahaastattelu sopii hyvin tilanteisiin, joissa halutaan selvittää mm. arvostuksia ja perusteluja ja joissa kohteena ovat intiimit tai arkaluontoiset asiat.

Tämän opinnäytetyön teemahaastattelun teemat (LIITE 1) on johdettu tutkimuskysymyksistä yhteistyössä työelämän ohjaajien ja oppilaitoksen ohjaajien kanssa. Aluksi teimme avoimet kysymykset kummankin tutkimuskysymyksen alle. Oppilaitoksen ohjaajien kanssa nämä samat avoimet kysymykset teemoitettiin viiteen eri teemaan seuraavasti; saattohoitopäätös, kokemus nykytilasta, toimivat asiat, tuen tarve ja kehittämisehdotukset ja keinot.

6.2 Tutkimuksen toteutus

Syksyn 2014 aikana haastattelimme yhteensä yksitoista (11) erikoissairaanhoidon lääkäriä. Yhdeksän (9) näistä haastatteluista oli yksilöteemahaastattelua ja yksi (1) oli ryhmähaastattelu, johon osallistui kaksi erikoissairaanhoidon lääkäriä. Haastattelut tehtiin sovitusasiain lääkäreiden työajalla Etelä-Karjalan keskussairaalan tiloissa syksyn 2014 aikana.

Teemahaastatteluun valmistautumisella pyritään siihen, että tutkimukseen osallistuvia kunnioitetaan, heille taataan luonteva ja haastattelun tarkoitusta

palveleva tilanne. Haastattelutilan valintaan on kiinnitettävä huomiota, sen on oltava häiriötön ja rauhallinen tila, mielellään haastateltaville entuudestaan tuttu ja miellyttävä paikka. Tutkijoiden olemus ja sanaton viestintä ovat vaikuttavia asioita. Tutkijalla on oltava tilannetajua turvallisen luottamuksellisen ilmapiirin synnyttämiseksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 90 – 92.)

6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tämä opinnäytetyö on laadullinen ja aineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. Vilkan (2005, 140) sekä Tuomen ja Sarajärven (2002, 109 – 116) mukaan voidaan tehdä joko aineistolähtöistä, induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista tai teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Itse tutkija päättää, kuitenkin joko ennen analyysiä tai aineiston keräämisen jälkeen millaista toiminnan logiikkaa tai kertomusta lähdetään muodostamaan.

Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään, kun tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta ei tiedetä paljoa tai aiempi tutkimustieto on hajanaista. Tällöin kategoriat johdetaan aineistolähtöisesti ja tutkimuskysymysten ohjaamana. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Aiempaa tutkittua tietoa siitä, millaisena erikoissairaanhoidon lääkärit kokevat saattohoitopotilaan hoitamisen erikoissairaanhoidossa ja millä tavoin he kehittäisivät saattohoitoa, on hyvin vähän. Tämän vuoksi valitsimme induktiivisen sisällönanalyysin.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on haastattelujen kuunteleminen ja niiden kirjoittaminen auki sana sanalta. Seuraava vaihe on haastattelujen lukeminen ja niiden sisältöön perehtyminen. Tämän jälkeen etsitään alkuperäisilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Seuraavaksi etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia näistä alkuperäisilmaisuista. Ne yhdistetään ja muodostetaan alakategoriat, jonka jälkeen alakategoriat yhdistetään ja muodostetaan yläkategoriat. Viimeiseksi yhdistetään yläkategoriat ja muodostetaan kokoava käsite eli pääkategoria. (Tuomi & Sarajärvi 2004). Induktiivinen kategorioiden muodostaminen tapahtuu tutkijoiden omaa tulkintaa hyväksikäyttäen, mitkä asiat voidaan yhdistää samaan kategoriaan ja mitä ei voida yhdistää (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Teemahaastattelujen jälkeen kuuntelimme haastattelut ja litteroimme aineiston kirjoittamalla haastattelut auki sanasta sanaan. Aineistoa tuli 54 A4-sivua kirjasimella Arial, fontilla 12, rivivälillä 1.5, sanoja yhteensä 15 975 kappaletta ja merkkejä yhteensä 110 191 kappaletta. Luimme litteroituja haastatteluaineistoja huolellisesti läpi useita kertoja ja perehdyimme niiden sisältöön. Latvalan, Vanhalan ja Nuutisen (2001) mukaan ensimmäisenä valitaan analyysiyksikkö. Tässä opinnäytetyössä valitsimme analyysiyksiköksi lauseen, lauseen osan, tai ajatuskokonaisuuden, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Analyysiyksikön valinnan jälkeen ylivivasimme sellaisia lauseita, lauseenosia tai ajatuskokonaisuuksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmaisuja saatiin yhteensä 589 kappaletta. Tämän jälkeen aloimme ryhmitellä alkuperäisilmaisuja etsien niistä samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Näin muodostuneille ryhmille annoimme nimeksi niiden sisältöä kuvaavaan nimen, jolloin muodostuivat alakategoriat, joita saatiin 51 kappaletta. Seuraavaksi abstrahoimalla yhdistimme saman sisältöiset alakategoriat yhteen, jolloin muodostuivat yläkategoriat, joita saatiin 19 kappaletta. Yläkategorioista muodostimme vielä yhdistävät kategoriat, joita saatiin 8 (kahdeksan) kappaletta ja viimeiseksi vielä pääkategoriat 2 (kaksi) kappaletta. (Kuva 1, Taulukot 1 ja 2.)

Alkuperäisilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
"Se on jotenki hyvä et on aina kuitenkin niinku konsultaatiomahdollisuus"	Lääkäri kokee konsultaatiomahdollisuuden shp:n hoidossa hyvänä asiana.	Kokemuksia shp:aan hoitoon liittyvästä tiedosta.	Ammatillinen asiantuntijuus saattohoidossa.
Pääkategoria: Lääkäreiden kokemuksia saattohoidosta.			

Kuva 1. Esimerkki analyysipolusta.

shp = saattohoitopotilas

7 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäisenä käsittelemme lääkäreiden kokemuksia saattohoidosta, jotka liittyivät ammatilliseen asiantuntijuuteen, moniammatilliseen yhteistyöhön, palliatiivisen yksikön toimintaan ja organisaatioon liittyviin tekijöihin. Tämän jälkeen esittelemme keskeiset saattohoidon kehittämiskohteet. Niitä olivat saattohoitoon liittyvän tieto-taidon, palliatiivisen yksikön, yhteistyön ja saattohoidon resurssoinnin kehittäminen. Tulosten esittämisjärjestyksessä on aina ensimmäisenä se, joka sai alkuperäisilmaisuja eniten ja toisena toiseksi eniten alkuperäisilmaisuja saanut ja niin edelleen.

7.1 Ammatillinen asiantuntijuus saattohoidossa

Lääkäreiden mielestä palliatiivisesta oireenmukaisesta hoidosta on paljon hyötyä saattohoitopotilaan hoidossa. On erittäin tärkeää helpottaa saattohoitopotilaan oireita kuoleman läheisyydessä inhimillisellä tavalla. Palliatiivinen toimenpide voi olla potilaalle usein oireita helpottavampi asia kuin lääkkeen antaminen. Vaikeana koetaan kivunhoito, etenkin kun kipua ei aina pystytä kokonaan poistamaan.

Lääkärin kliinisen työn kokemusta pidetään osittain koulutusta tärkeämpänä asiana saattohoitopotilaan hoidossa. Saattohoitopotilaan hoitaminen ei välttämättä ole aina koulutuskysymys lääkärille. Taito saattohoitoon tulee ennen kaikkea työn ja kokemuksen kautta. Toisten erikoislääkäreiden konsultaatioista lääkärit ovat saaneet hyvin tukea ja apua. Palliatiivisen poliklinikan käytännöt eivät vielä ole riittävän tuttuja. Saattohoidosta koetaan olevan vielä vähäistä kokemusta ja tiedonpuutetta. Saattohoitoon liittyviin suosituksiin, ohjeistuksiin ja tutkittuun tietoon ollaan tyytyväisiä.

Saattohoitopotilaalle ei lääkäreiden mielestä ole tehty selkeitä hoitolinjauksia. Palliatiivisen ja saattohoidon välinen raja on häilyvä ja saattohoitopotilaan tunnistaminen edelleen vaikeaa ja hoitolinjaukset vielä osittain epäselviä. DNR- ja saattohoitopäätökset menevät usein sekaisin ja DNR -päätös koetaan enemmän päivystysluonteiseksi päätökseksi. Potilaan ja hänen sairautensa parhaiten tuntevan lääkärin on hyvä tehdä hoitolinjaukset. Lääkärit mieltävät

rajanvedon vaikeana, ellei tunne tarpeeksi potilaan taustoja ja sairautta. Osa lääkäreistä haluaisi hoitolinjausten hoituvan jotain muuta kautta, koska niiden tekeminen ei heidän mielestään kuulu oman erikoisalan työhön. Saattohoito saatetaan kokea hyvinkin erilaiseksi eri erikoisaloilla, esimerkiksi kivunhoidon ja jatkohoidon suhteen.

Lääkärit tuntevat hyvin raskaana sen, kun potilasta ei pystytäkään parantamaan, vaikka heidät on lääkärinvalassa vannotettu hoitamaan ja parantamaan potilaita. Toisaalta saattohoitopotilaan hoitokokeilujen ei koeta parantavan potilaan elämänlaatua, eivätkä ne enää myöskään vaikuta saattohoitopotilaan ennusteeseen.

7.2 Saattohoitoon liittyvä yhteistyö

Lääkäriin, potilaan ja omaisten yhteinen hoitoneuvottelu on tärkeä yhteistyömuoto saattohoidon onnistumiseksi. Hoitopäätöksiä ei voi tehdä vastoin potilaan tahtoa, vaan potilas valitsee yhdessä lääkärin kanssa, miten haluaa itseään hoidettavan. Yhteisymmärrys on mahdollinen, kun lääkäri selittää saattohoidon sisältöä potilaalle ymmärrettävällä kielellä ja perusteellisesti. Tietoa annetaan tarvittaessa useaan otteeseen kertaamalla, jolloin potilaalle ja omaiselle jää riittävästi aikaa omaksua, mitä tulee tapahtumaan. Saattohoitoon liittyvä yhteistyö on pitkä prosessi, joka jatkuu omaisten surutyön loppuun asti. Haasteellista lääkäreille on, jos potilaan ja omaisten toiveet eivät vastaakaan lääketieteellistä näkemystä. Tilanne yleensä helpottuu, kun potilas ja omaiset saadaan ymmärtämään asia.

Lääkäreiden mielestä moniammatillisen yhteistyö oli osittain toimivaa. Yhteistyötä syöpäsairaanhoitajan, kipusairaanhoitajan, papin, fysioterapeutin ja sosiaalihoitajan kanssa pidettiin sujuvana. Moniammatillisen yhteistyön lääkäri kokee auttavan myös tilanteissa, joissa saattohoitopotilas muuten hukkuisi organisaation byrokraatiaan. Toisaalta moniammatillisessa yhteistyössä todetaan puutteitakin. Ravitsemusterapeutteja ei ole riittävästi sekä toisinaan on ollut vaikeuksia saada hoitohenkilökunta ymmärtämään, että hoitamiseen liittyvät määräykset ovat lääkärin tarkkaan harkitsemia ja mahdollisesti myös konsultoituja.

7.3 Palliativisen yksikön toiminta

Tutkimuksemme mukaan yhteistyö palliativisen poliklinikan kanssa osoittautui sujuvaksi maanantaista perjantaihin virka-aikana. Palliativista poliklinikkaa pidettiin uutena ja hienona toimintamuotona, vaikkakin vielä keskeneräisenä. Lähetekäytäntö palliativiselle poliklinikalle oli toimivaa ja palliativisen poliklinikan koettiin lisäävän joustavuutta saattohoitopotilaan hoidossa. Oli kokemusta siitä, että saattohoitopotilas oli lähetetty ajoissa palliativiselle poliklinikalle ja tämän jälkeen myös hoitolinjausten tekeminen onnistui siellä paremmin. Yhteistyö oli ollut myös haasteellista. Poliklinikan merkinnät olivat olleet vaikeasti löydettävissä potilaan sähköisestä hoitokertomuksesta. Lähetelomakkeen puuttuminen oli ongelmallista. Hankaluudet painottuivat eniten yö- ja ilta-aikaan sekä aamuöihin ja viikonloppuihin, jolloin palliativinen poliklinikka oli kiinni.

Yhteistyötä myös palliativisen osaston kanssa kuvattiin osittain haasteelliseksi. Palliativisella osastolla oli ollut mm. sekaisin sekä kuntoutuspotilaita että saattohoitopotilaita. Saattohoitopotilas haluttaisiin saada palliativiselle osastolle mahdollisimman nopeasti. Osa lääkäreistä oli sitä mieltä, että palliativiselle osastolle oli ollut valintaa siitä, kuka sinne pääsee. Palliativisen osaston potilaan sähköisestä tietojärjestelmästä eli Whoikesta oli ollut erittäin hankalaa löytää potilaan hoidon jatkumon kannalta oleellista tietoa. Yhteistyötä palliativisen osaston kanssa pidettiin myös toimivana. Osaston kanssa oli oltu entistä enemmän yhteistyössä ja lähetetty sinne potilaita.

7.4 Organisaatioon liittyviä tekijöitä saattohoidossa

Lääkärillä ei ole aina ollut mahdollisuutta hoitaa riittävästi saattohoitopotilaan asioita oman työaikansa puitteissa, koska vastaanottoaika oli rajallinen ja se oli tarkoitettu pääasiassa lyhyisiin poliklinikkakäynteihin. Saattohoitopotilaan siirtyminen kotiin tai jatkohoitoon oli kuitenkin tästä huolimatta ollut pääsääntöisesti hyvin onnistunutta toimintaa. Jatkohoitoon pääsy oli ollut myös toimivaa kotisairaanhoidon turvin. Kotisaattohoito onnistui hyvin Tehosan (=Tehostetun kotisairaanhoidon yksikkö Eksotessa) avulla. Palliativinen osasto toimi tarvittaessa taustaosastona kotisaattohoidossa olevalle potilaalle, jolle oli

tehty saattohoitopäätös. Tällöin potilas siirtyikin tarvittaessa suoraan palliatiiviselle osastolle mihin vuorokauden aikaan tahansa, ilman päivystyksessä käyntiä. Ellei hoitolinjausta ollut tehty ja potilaan vointi ehti mennä huonompaan suuntaan, oli riskinä joutua sairaalan päivystykseen, keskussairaalaan ”byrokratian rattaisiin” takaisin ja ylihoidetuksi.

Palliatiiviselle osastolle pääsivät vain Eksoten alueella asuvat saattohoitopotilaat. Palliatiivinen poliklinikka kuuluu erikoissairaanhoidon ja palliatiivinen osasto kuuluu perusterveydenhuoltoon. Imatralaisia saattohoitopotilaita ei voitu hoitaa nykyisen mallin mukaan hoitaa Eksoten palliatiivisella osastolla ilman maksusitoumusjärjestelyjä, koska Imatra kuului vain erikoissairaanhoidon osalta Eksoteen tämän työn tekemisen hetkellä.

7.5 Saattohoitoon liittyvän tietotaidon kehittäminen

Koulutusta toivottiin saattohoitopäätöksen tekemisestä, oirehoidosta, kivunhoidosta ja saattohoitopotilaan ravitsemukseen ja nesteytykseen liittyvistä asioista. Saattohoitokoulutuksen ajankohtien sopivuus on tärkeää huomioida lääkärin työhön nähden. Luentoja ja kertausta saattohoitoon liittyvistä asioista haluttiin kerran vuodessa tai vähintään joka toinen vuosi. Koulutus olisi etenkin uusille lääkäreille tärkeää.

Saattohoitopotilaan tunnistamista ja saattohoitolinjausten oikea-aikaista tekemistä tulee kehittää edelleen. Saattohoitolinjausten oikea-aikainen tekeminen parantaa potilaan elämän laatua ja ehkäisee turhia, potilasta rasittavia toimenpiteitä ja tutkimuksia, jotka eivät enää vaikuta potilaan ennusteeseen.

Jokaiselle sairaalan osastolle pitäisi tehdä yhtenäiset saattohoitolinjaukset saattohoidon sisällöstä, esimerkiksi DNR -päätöksen ja saattohoitopäätöksen näkyviksi tekeminen on tärkeää. Hoitolinjaukset ja saattohoitosuunnitelma tulisi näkyä potilastietojärjestelmässä, joka helpottaisi saattohoitopotilaan hoitoa huomattavasti. ”Saattohoitopäätös” -termin sijaan ehdotetaan termiä ”saattohoitosuunnitelma” käytettäväksi. Saattohoitopäätöksen tekevän lääkärin pitäisi olla potilasta hoitava lääkäri, joka tuntee hänet parhaiten. Lääkärin tulisi nähdä potilaan kokonaistilanne ja lähettää hänet palliatiiviselle poliklinikalle

silloin, kun potilaan vointi olisi vielä hyvä, jolloin potilas pystyisi vielä itse puhumaan, syömään ja kävelemään itse.

7.6 Palliatiivisen yksikön kehittäminen

Palliatiivisen poliklinikan periaate lääkäreiden keskuudessa koettiin toimivaksi, mutta käytäntö ei aina mennyt niin kuin pitäisi. Kehittämisaikatuksena toivottiin poliklinikan toiminnan tutummaksi tekemistä, poliklinikan esitteiden jakamista kaikkiin yksiköihin ja tiedon jakamisen varmistamista.

Palliatiiviselle poliklinikalle lähettämiseen ei ollut vielä riittävästi osaamista. Lääkäreillä ei ollut riittävästi tietoa, minkälainen potilas voitiin lähettää palliatiiviselle poliklinikalle. Potilaan lähettämisestä poliklinikalle voisi kuitenkin olla hyötyä, mitä ei aina nähty. Kehittämisaikatuksena haluttiin lisää tietoisuuksia palliatiivisesta poliklinikasta, jotta lähettäminen sinne onnistuisi paremmin.

Lääkärit pitivät palliatiivisen osaston nykytilaa tyydyttävänä. Lääkäreiden mielestä palliatiivisen osaston jatkuva kehittäminen on tärkeää. Palliatiivisen osaston tulee olla perehtynyt saattohoitopotilaan hoitoon ja osastoa pyritään käyttämään nykyistä enemmän. Palliatiivisen osaston tulee olla potilaalle miellyttävä ja tarjota erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa ympärivuorokautisesti. Osaston toimintaa tulisi kehittää joustavammaksi esimerkiksi niin, että sinne pääsisi tarvittaessa akuuttiin nesteytykseen tai kivunhoitoon. Akuuttien kivunhoito-, nesteytys- ja hengenahdistustilanteiden hoituessa palliatiivisella osastolla joustavasti ja ympärivuorokautisesti, ei saattohoitopotilasta lähetettäisi erikoissairaanhoidon näissä tilanteissa. Palliatiivisen osaston tulisi kohdentaa osaston potilaspaikat ainoastaan saattohoitopotilaille. Saattohoitopotilaan tulisi saada olla hoidon tarpeeseensa nähden oikeassa paikassa ja päästä siirtymään osastolle tarvittaessa nopeammin.

7.7 Yhteistyön kehittäminen saattohoidossa

Saattohoidosta tulisi pyrkiä keskustelemaan potilaan ja omaisen kanssa riittävän aikaisin, jolloin potilas vielä itse ymmärtäisi tilanteensa. Keskustelussa voisi mielellään olla mukana potilas, omainen, lääkäri ja hoitaja. Keskustelun kautta potilaalle avautuu tietoisuutta omasta sairaudesta ja sen ennusteesta.

On tärkeää huomioida, miten potilas itse haluaa hoitonsa järjestettävän. Potilaan oman toiveen ollessa esimerkiksi kotisaattohoito, huomioidaan onko siihen mahdollisuuksia ja mitä apuja potilas silloin tarvitsee. Hoitolinjaukset perustellaan riittävän tarkasti ja selitetään potilaalle ja omaisille kansantajuisella kielellä sekä myös lääketieteelliseltä kannalta. Potilaalle ja omaisille kerrotaan, mistä saattohoidossa on kyse ja että saattohoito ei ole hoidotta jättämistä.

Sähköisen tiedonsiirron lisäksi lääkärit haluaisivat myös suoraa henkilökohtaista kontaktia saattohoitopotilaan hoitoon osallistuvien kanssa, esimerkiksi potilaan siirroissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Rakentavan keskustelun kautta saadaan yhteneväinen näkemys saattohoitopotilaan hoidosta. Lääkärit haluaisivat saattohoitoon kuuluvien asiantuntijahoitajien parempaa näkyvyyttä erikoissairaanhoidossa. Asiantuntijahoitajilla tässä yhteydessä tarkoitetaan hoitajaa, jolla on tietty erityispätevyys esim. saattohoidon verkostohoitaja, kipusairaanhoidaja, diabeteshoitaja jne.

7.8 Saattohoidon resurssoinnin kehittäminen organisaatiossa

Erikoissairaanhoidon lääkärit toivovat perusterveydenhuollon lääkäreiden osallistuvan enemmän saattohoitopotilaan hoitoon. Kehittämisaikatuksena on, että saattohoitoa pitäisi resurssoida enemmän ja joustavammin perusterveydenhuollosta käsin. Palliatiivinen hoito tulisi jakaa suunnitellusti organisaatiossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Henkilökunnan pysyvyyttä tulee arvostaa enemmän organisaatiossa. Lääkäreiden vaihtuvuus voi mahdollisesti vaikuttaa siihen, että saattohoitopotilasta siirretään aiheuttomasti paikasta toiseen.

Potilastietojärjestelmiä tulee päivittää yhteneväisemmiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Saattohoitopotilaan hoitoprosessia tulee kehittää sujuvaksi niin, että saattohoitopotilaan potilaan turvallisuuden tunne lisääntyy ja kaikkien hoitoon osallistuvien toiminta helpottuu.

Lääkärit toivovat potilaan hoitoympäristön yhdeksi kehitettäväksi asiaksi saattohoidossa. Saattohoitopotilaan ympäristön haluttaisiin olevan mahdollisimman viihtyisä, mieluiten yhden hengen huone. Lääkärit haluaisivat palliatiivisen yksikön olevan keskussairaalan tiloissa. Tällöin heillä olisi

mahdollisuus käydä katsomassa tarvittaessa oman erikoisalansa potilaita palliatiivisessa yksikössä. Palliatiivisen yksikön sijainti keskussairaalan tiloissa helpottaisi saattohoitopotilaan hoitoa ja yhteistyötä.

8 Pohdinta

Hyvän saattohoidon vaatimustaso on noussut palliatiivisen lääketieteen kehittyessä. Terveystieteiden yksiköiden yhteistyön ollessa puutteellista saattohoitopotilaat ajautuvat helposti päivystyspoliklinikoiden kautta erikoissairaanhoidon osastoille. Eksotessa selvitettiin keväällä 2012 yhden päivän osalta keskussairaalassa ja perusterveydenhuollon vuodeosastoilla saattohoidon piiriin kuuluvien potilaiden määrä. Analyysin potilaista 19 oli erikoissairaanhoidossa kyseisenä päivänä. Suurimmalta osalta potilaista puuttui saattohoitosuunnitelma. Kiireisellä akuuttiosastolla saattohoitopotilaan tunnistaminen ja oireiden selvittely jää helposti puutteelliseksi, hoitolinjaukset ja saattohoitosuunnitelmat tekemättä. Palliatiivisen poliklinikan on mahdollista tuoda suuri apu parantamalla saattohoitopotilaan kokonaisuhoitoa. Jatkohoitosuunnitelmat onnistuvat paremmin, kun on tehty suunnitelmat ja luotu yhteys erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. (Vuorinen, Zinhu & Turppo 2012.)

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkija omine kokemuksineen on tutkimuksen osatekijä. Tutkijan vaikutusta ei mikään menetelmä poista, sillä tutkimus on enemmän kuin menetelmän seuraamista ja loogista päättelyä. Tutkimuksen kokonaisuuteen kuuluvia osia ovat myös tutkijan oivaltaminen, tulkinta, vakuuttaminen ja ymmärryksellä tehdyt valinnat. Tutkimus perustuu myös suhteeseen tutkijan ja tutkittavien välillä. Oman organisaation tutkimisessa sosiaaliset roolit tulevat helposti osaksi tutkimusta. Tutkittava saattaa olettaa tutkijan ymmärtävän jotakin ilman sanoja tai tutkijan jakavan saman tulkinnan asioista. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom – Yläne & Paavilainen 2013, 70 - 71.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi teemahaastattelun esitestaukset. Teemahaastattelun esitestauksia tehtiin kaksi ja niiden pohjalta tehtiin

muutoksia saatekirjeeseen ja teemahaastattelurunkoon. Haastateltavia on tärkeää informoida etukäteen haastatteluun käytettävästä ajasta (Kylmä & Juvakka 2007, 90). Saatekirjeessä ja lääkärin informoinnissa pyysimme varaamaan haastattelu-aikaa 1 tunnin verran 1.5 – 2 tunnin sijaan. Liian pitkä aika voisi mahdollisesti vaikuttaa lääkärin osallistumishalukkuuteen ja sitä riskiä emme halunneet ottaa.

Esitestaushaastatteluihin osallistuneilla lääkäreillä oli muutamia korjaamishetkiä teemahaastattelurunkoon. Tekniikan sujuvuudesta opimme sen, että aina kannattaa olla toinen nauhuri varalla, koska haastattelun nauhoitus onnistui toisella nauhurilla, toisella nauhurilla osa aineistosta jäi tallentumatta. Paransimme haastattelutekniikkaa todettuamme käytännössä, että haastattelurungon kysymysjärjestystä ja sanamuotoja ei tarvitse orjallisesti noudattaa. Haastattellessa jatketaan joustavasti haastattelua asioista, jotka eivät ole vielä tulleet esille kyseisessä haastattelussa ja annetaan tilaa lääkärin omille ajatuksille. Aineistosta nousi runsaasti vastauksia tutkimuskysymyksiin ja totesimme, että teemahaastattelurunko on pätevä.

Vilkan (2005, 127) mukaan laadullisen tutkimusmenetelmän tutkimusaineiston koolla ei ole väliä eikä tutkimuksessa tehdä otoksia. Tutkimusaineiston kokoa määrittelee vain sen laatu eikä tutkimusaineiston määrä. Hirsjärvi & Hurme (2008, 58 - 59) määrittelevät haastateltavien määräksi juuri sen verran kuin tutkija itse katsoo aiheelliseksi saadaksesen tarvittavan tiedon. He mainitsevat, kuinka jo yhdenkin henkilön haastattelusta voidaan saada paljon havaintoja ja aineisto voi olla hyvin runsas ja merkittävä jo muutaman henkilön tutkimukseen ottamisella. Haastattelutilanne on aina ainutkertainen tilanne ja nauhoituksessa kannattaa olla tarkka. On myös huolehdittava että nauhuri on päällä jo haastattelun alussa ja ettei nauhoita aiempien haastattelujen päälle. Haastattelijoiden tehtävänä on pitää huolta aikataulusta, koska liian pitkäksi venynyt haastattelu voi uuvuttaa haastateltavan ja haastattelijan, joka heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 93.) Testasimme nauhurit ennakkoon, otimme mukaan toisen nauhurin varalle ja pidimme huolta aikataulun noudattamisesta sovitulla tavalla. Ote Tutkijan

päiväkirjasta: ” *Esitestaushaastattelujen jälkeen tunsimme myös tutkijoina olevamme valmiita aloittamaan varsinaiset teemahaastattelut.*”

Ennen varsinaisia haastatteluja otimme yhteyttä lääkäriin. Kerroimme opinnäytetyöstä ja kysyimme halukkuutta osallistua tutkimukseen. Saatuamme myönteisen vastauksen sovimme haastatteluajan ja -paikan. Haastattelutilanteessa annoimme saatekirjeet (LIITE 2) ja suostumuslomakkeet (LIITE 3) lääkäreille luettavaksi ja allekirjoitettavaksi.

Haastattelun luonteva aloittaminen on erittäin tärkeää haastattelun onnistumisen kannalta. Haastateltavan ja haastattelijan välille avataan keskustelu. Ensin kerrotaan tutkimuksen toteutuksesta, annetaan mahdollisuus kysymyksille, varmistetaan haastateltavan suostumus tutkimukseen ja lupaa haastattelun nauhoitukseen. Nämä kaikki rakentavat luottamusta haastattelun aloittamiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 92 – 94.) Ennen haastattelujen alkamista rakensimme luottamuksellista ilmapiiriä käymällä läpi tutkimukseen liittyvät eettiset asiat saatekirjeen avulla.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti positiivisesti se, että molemmilla tutkijoilla on kliinistä asiantuntijuutta ja kokemusta sekä saattohoitotyöstä että moniammatillisesta yhteistyöstä. Luotettavuutta lisäsi myös se, että molemmat tutkijat osallistuivat haastatteluihin. Kummallakin oli ennalta sovittu rooli haastattelun yhteydessä. Toinen tutkija keskittyi vain haastattelun läpiviemiseen, toinen teki muistiinpanoja ja tarvittaessa kysyi epäselviksi jääneitä asioita. Aineiston analyysissä palasimme tarkasti alkuperäisiin ilmaisuihin ja tarkastimme, että tulkinnat olivat niiden mukaisia. Tutkijan päiväkirjaa pidimme alusta asti ja kirjasimme siihen ajatuksiamme ja tuntemuksiamme koko opinnäytetyöprosessin ajan. Aineiston analyysin yhteydessä käytimme tutkijan päiväkirjaa tulosten tulkinnan apuna.

Eettiset kysymykset kulkevat mukana kaikissa tutkimuksen vaiheissa kattaen moraalisisina valintoina koko tutkimusprosessin aiheen valinnasta tutkimuksen tulosten vaikutuksiin saakka. Konkreettisten valintojen tekemisessä on apua lakien ja eettisten normien tuntemisesta, mutta jokainen tutkija kantaa kuitenkin itse vastuun kaikista ratkaisuksistaan ja valinnoistaan. (Kuula 2006, 11 - 21.)

Ensimmäinen eettinen valinta oli aiheen valinta. Eksotelta pyydettiin tutkimusta saattohoidosta lääkäreiden näkökulmasta, koska siitä on niin vähän tutkittua tietoa. Tätä tietoa tarvitaan saattohoidon kehittämiseksi.

Tämän opinnäytetyön tekemiseen myönnettiin Saimaan Syöpäyhdistyksen Mikko Kaarnan rahastosta pieni apuraha. Saimme tutkimusluvan Eksotelta ja yhteistyösopimus tehtiin Saimaan AMK:n ja Eksoten kanssa. Informoimme tutkimukseen osallistujia siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää omalta osaltaan missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Informoimme heitä myös siitä, että aineistot eivät tule kenenkään muun kuin tutkijoiden tietoon ja ne hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Tulokset raportoidaan rehellisesti, mutta kuitenkin niin, että vastaajia ei voida tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa. Etelä-Karjalan keskussairaalan tutkimusympäristönä nimeämme tutkimusraportissa, tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden erikoisaloja emme kuitenkaan luettele opinnäytetyössä. Tämän eettisen valinnan perusteena on, että joillakin erikoisaloilla työskentelee vain yksi lääkäri, joten riskinä olisi anonymiteetin vaarantuminen, jos luettelisimme tutkimusraportissa tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden erikoisalot. Anonymiteetin vaarantumisen vuoksi emme myöskään kirjaa autenttisia ilmaisuja eli alkuperäisilmaisuja tutkimuksen tulosten raportoinnin yhteydessä. Perusteellinen ja tarkka sisällönanalyysi mahdollistaa tässä työssä sen, että voimme raportoida tulokset rehellisesti, mutta niin, ettei ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa.

Keskeisiä eettisiä seikkoja tutkimuksessa ovat anonymiteetin ja yksilön suojeleminen vahingolta, tietoinen suostumus tutkimuksen tekemiseen ja luottamuksellisuus (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013; 211 - 229). Tutkittavien loukkaamattomuutta on aina kunnioitettava kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkittavilla on oikeus fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen loukkaamattomuuteen. Tutkijat ovat velvollisia julkaisemaan sekä myönteiset, että kielteiset tulokset täsmällisesti. (Suomen Lääkäriliitto 2006.)

Laadullisessa tutkimuksessa merkityksiä pitää tulkita ja ymmärtää osana kulloistakin asiayhteyttä tai kokonaisuutta. Tämä ajatus johtaa siihen, että laadullisen tutkimuksen aineistot ovat yleensä suhteellisen pieniä eli tutkittavia

on vähemmän verrattuna kvantitatiiviseen tutkimukseen. Tutkimuksen analysoinnista ja tulkintojen tekemisestä tulisi muuten liian vaikeasti hallittavaa. Laadullisessa tutkimuksessa yritetään tulkita aineistoa ja viedä ilmiön ymmärrys alkuperäisestä käsitteelliselle tasolle. Merkitykset eivät ole yksilöllisiä vaan yhteisöihin kiinnittyviä ja jaettuja merkityksiä. (Ronkainen ym. 2013, 82 - 83.)

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Lääkäreiden kokemuksissa saattohoitopotilaan hoidossa erikoissairaanhoidossa ja kehittämisehdotuksissa saattohoidon suhteen lääkärit korostivat eniten ammatillista asiantuntijuutta. Lääkäreillä oli joitakin toisistaan hyvin poikkeaviakin mielipiteitä. Toiset lääkäreistä hyväksyivät saattohoidon sellaisenaan. Toisten mielestä se oli heille vieraampi asia, eikä tavallaan kuulu heidän oman erikoisalansa työhön. He korostavat työssään ihmishengen pelastamista lääkärin etiikan ja lääkärinvalan mukaisesti.

Saattohoitopotilaan oikea-aikainen tunnistaminen sekä yhteneväisten hoitolinjausten puuttuminen olivat haasteellisia asioita. Ellei saattohoitopotilasta osata tunnistaa, se vaikuttaa potilaan koko hoitopolkuun. Huonoimmassa tapauksessa potilas joutuu aina uudelleen ja uudelleen keskussairaalan ensiapuun ja helposti ajaudutaan tilanteeseen, jossa kaikki oireisiin liittyvät tutkimukset aloitetaan alusta. Näin potilas joutuu tavallaan turhaan ”byrokratian rattaisiin” ja häntä turhaan rasittaviin hoitotoimenpiteisiin, jotka eivät hyödytä häntä eivätkä paranna hänen sairauttaan.

Lääkärit korostivat erittäin tärkeänä asiana potilaan ja omaisten kanssa tehtävänä yhteistyönä ja yhteisen keskustelun saattohoitopotilaan hoidossa. Lääkäreiden kokemuksista huokui aito välittäminen ja inhimillisyys saattohoitopotilaan ja omaisten kohtaamisessa. Lääkäreille oli haasteellista, mutta myös syvästi palkitsevaa pystyä selittämään lääketieteellisen näkemyksensä saattohoitopotilaalle ja omaiselle ymmärrettävällä tavalla.

Lääkärit pitivät saattohoidon tietotaidon kehittämistä tärkeänä. Tutkittua tietoa tulee tuoda esiin erilaisissa koulutuksissa, erityisesti uusille, alalle tuleville lääkäreille. Konsultointi ja oma vankka pitkä työkokemus alalta koettiin hyvin merkityksellisenä asiana. Tämä kertoo lääkäreiden syvästä kollegiaalisuudesta

ja verkostoitumishalusta toisiaan kohtaan. Lääkäreiden kollegiaalisuudesta toisiaan kohtaan voisivat muutkin ammattikunnat ammentaa itselleen paljon hyvää.

Saattohoidon todellisuus Suomessa on edelleen sattumanvaraista ja potilaat eriarvoisessa asemassa. Saattohoidon tasalaatuisuutta varmistamaan tarvitaan hyvin toimiva saattohoitojärjestelmä. Toimiva saattohoitojärjestelmä takaisi hyvän saattohoidon jokaiselle kuolevalle potilaalle kansainvälisten ja kansallisten suositusten mukaisesti. Hoitava lääkäri on aina avainasemassa ammatillisena asiantuntijana ja hoitolinjauksen tekijänä yhteistyössä potilaan ja omaisen kanssa.

Saattohoidon kehittämistyön inhimillinen ja yhteiskunnallinen merkitys on suuri. Eksotessa tehdään hyvää työtä saattohoidon kehittämiseksi. Organisaatiossa tulee panostaa palliatiivisen hoidon suunnitelmallisuuteen ja toimivan saattohoitopolun muodostamiseen. Kuolevan ihmisen tarpeisiin vastaaminen, kärsimyksen lievittäminen ja omaisten tukeminen ovat terveydenhuollon keskeisiä eettisiä tehtäviä, jotka eivät voi odottaa huomista. Tässä tutkimuksessa lääkäreiden kokemuksista saattohoidosta ja sen kehittämisestä tuli hyvin selville lääkäreiden näkemys siitä, että saattohoito on elämää viimeiseen hengenvetoon asti potilaalle ja vaikuttaa saattohoitopotilaan omaisten elämään pitkälle tulevaisuuteen!

Jatkokehittämistyön aiheena voisi olla saattohoitopotilaalle tehtävän saattohoitosuunnitelman käyttöönotto ja siihen liittyvät yhteneväiset kirjaamiskäytännöt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Taulukko 1 (s. 1-3)	Kokemuksia saattohoidosta
Taulukko 2	Kehittämiskohteita saattohoidossa
Kuva 1	Esimerkki analyysipolusta s. 23

LÄHTEET

Bahusa M., Steenb P. & Førdea R.2012. Law, ethics and clinical judgment in end of life decisions- How do Norwegian doctors think? Resuscitation 83 (2012) 1369 - 1373.

Baldwin. M. A. 2011. Attributes of palliative caring. Teoksessa Key Concepts in Palliative Care. Baldwin M. A. & Woodstone J. (toim) CPI Anthony Rowe. Chippenham.

Bowmana K. & Singerbin P.2001. Chinese seniors´perspektive on end-of-life decisions. University of Toronto. Social Science & Medicine 53 (2001) 455 - 465.
Hietanen P. 2013. Teoksessa Saattohoito kuolevan tukena. Aalto K. (toim.) Helsinki: Kirjapaja.

Eksote 2012. Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueen saattohoitosuunnitelma. Etelä-Karjalan keskussairaala, Lappeenranta.

Eksote 2013a. <http://www.eksote.fi/fi/Sivut/default.aspx> Luettu 3.3.2013.

Eksote 2013b. Heinonen K., Kaita T., Karhu T., Kiljunen R., Kohonen I., Pulkkinen H., Ryösö A. & Tiainen A. Saattohoito-ohjeistus Eksote erikoissairaanhoidossa 15.5.2013. Etelä-Karjalan keskussairaala, Lappeenranta.

Eksote 2014. Saattohoito osana hyvää elämää. Hankesuunnitelma 2014- 2015. Hyvinkään kaupunki. Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kouvolan kaupunki.

ETENE 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf. Luettu 11.4.2014

ETENE 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf. Luettu 12.4.2014

ETENE 2012a. Saattohoito Suomessa vuosina 2011, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus. ETENE- julkaisuja 36.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf. Luettu 20.4.2013.

ETENE 2012b. Kannanotto eutanasiasta 21.12.2011/ korjattu 3.1.2012.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=72662&name=DLFE-2906.pdf . Luettu 20.4.2013.

Hilden H-M. 2005. Making decision in the face of death; Physicians and nurses´ views of end-of-life decision-making and patient participation. Väitöskirja. University of Helsinki.

Hinkka H. 2001. Decision-making in End of Life Care. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

HYKS 2011. Saattohoito HYKS sairaanhoitoalueella. HYKS-alueen saattohoitotyöryhmän muistio. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki.

Hänninen J. & Riikola T. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito. Käyvän hoidon potilasversio.

Hänninen J. 2011. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 11. uudistettu painos. Helsinki. Etelä- Suomen Syöpäyhdistys. Terho-säätiö.

Kankkunen P. & Vehviläinen – Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kubler - Ross E. 2009. On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. Routledge. London and New York.

Käypä hoito 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito – suositus. Duodecim124 (5): 572-87

Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3 – 12.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E. & Renforst T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista/ 17.8.1992/785

Latvala E. & Vanhanen - Nuutinen I. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S., Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21 - 40.

Leino - Kilpi H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino - Kilpi H. & Välimäki M. (tekijät) Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy, 284 - 296.

Lääkärin etiikka. 2013. Suomen lääkäriliitto. 7. painos. Esa Print Oy. Lahti.
http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarini_etiikka_2013.pdf. Luettu 21.4.2014.

Lääkäriliitto 2013a. Lääkärin eettiset ohjeet.
<http://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/eettisen-ohjee/>
Luettu 2.3.2013.

Lääkäriliitto 2013b.<http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>Luettu 18.8.2013.

Lääkäriliitto 2013c.<http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/hippokrateen-vala/>Luettu 18.8.2013.

Lääkäriliitto 2013d. <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/laakarivala/> Luettu 8.4.2014.

Metsämuuronen J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen J.2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Määttä U. 2012. Syöpää sairastavan potilaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisen toimintamalli. Julkaisussa Lehtomäki S. (toim.) Sairaanhoitajapäivät 2012. Luento-ohjelma ja tiivistelmät. Helsinki: Tyylipaino Oy, 79.

Käypä hoito 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito – suositus. Duodecim124 (5): 572 - 87.

Niemelä M. 2012. Structured childcentred interventions to support families with a parent suffering from cancer, from practice- based evidence towards evidence –based practice. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1166. University of Oulu. Oulu.

Pahlman I. 2004 Lääkärin päätösvalta ja potilaan oikeudet. Teoksessa Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Hietanen p., Vainio A. (toim.) Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Pelkonen R. 2013. Teoksessa Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Juha Hänninen ja Marjukka Luomala. TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Ronkainen S., Pehkonen L., Lindblom- Yläne S. & Paavilainen E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ryynänen O-P., Myllykangas M., Viren M. & Heino H. 2003. Lääkäreiden, hoitajien ja väestön asenteet eutanasiaan Suomessa. Suomen Lääkärilehti, 43, 4331 - 4337.

Smolander A. 2009. Olemassaolon prosessi kuoleman lähestyessä. Eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamisesta. Kehittämistehtävä. Ammatilliset erikoistumisopinnot. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6.

STM 2010a. Syövän hoidon kehittäminen 2010 – 2020. Työryhmän raportti; Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1486858. Luettu 15.4.2015.

Suomen Lääkäriliitto 2006. Maailman lääkäriiiton Helsingin julistus 1964. <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.htm>. Luettu 2.1.2014.

Surakka T.2013. Teoksessa Saattohoito kuolevan tukena. Aalto K. (toim.) Helsinki: Kirjapaja.

Strachan P., Ross H., Rocker G., Dotek P. & Heyland D. 2009. Mind the gap: Opportunities for improving end-of-life care for patients with advanced heart failure. Can J Cardiol. 2009; 25 (11): 635 - 640.

Tasmuth T., Poukka P. & Pöyhiä R.2012. Milloin saattohoito alkaa. Finnanest.45(5). 450 - 454. www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf. Luettu 10.4.2015.

Torkkola S., Heikkinen H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Vuorinen E., Zinhu D. & Turppo A. 2012. Hyvä saattohoito jää liian usein toteutumatta. Suomen lääkäriihti 23/2012 vsk 67.

Sosiaali- ja terveysala
Terveystiedon koulutusohjelma
Johtamisen osaaminen, YAMK8b

SAATTOHOITOPÄÄTÖS

Kuvaile / määrittele kuka on mielestäsi saattohoitopotilas?

Millaisia asioita mielestäsi pitäisi ottaa huomioon tehtäessä saattohoitopäätöstä?

Oletko tehnyt saattohoitopäätöksiä ja millaisena koet saattohoitopäätöksen tekemisen?

Onko jokin asia mielestäsi vaikeaa saattohoitopäätöksen tekemisessä?

Kuinka usein teet saattohoitopäätöksiä? Osaatko arvioida, kuinka usein esim. vuodessa keskimäärin teet saattohoitopäätöksen?

KOKEMUS NYKYTILASTA

Onko Eksoten Saattohoito-ohjeistus (15.5.2013) sinulle tuttu?

Millaiseksi koet saattohoitopotilaan aseman erikoissairaanhoidossa tällä hetkellä?

Onko palliatiivisen poliklinikan toiminta sinulle tuttua?

Millaisena koet sellaisen saattohoitopotilaan tunnistamisen, joka tulisi lähettää palliatiiviselle poliklinikalle?

Millaisena koet lähetekäytännön palliatiiviselle poliklinikalle?

Millaisena koet saattohoitopotilaan hoitopolun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä?

Millaisia asioita koet saattohoitopotilaan hoidossa vaikeana?

Miten kuvailisit saattohoitopäätökseen liittyvän konsultoinnin erikoissairaanhoidossa tällä hetkellä?

TOIMIVAT ASIAT

Mitkä asiat toimivat mielestäsi hyvin saattohoitopotilaan hoidossa tällä hetkellä?

Mitkä asiat toimivat mielestäsi hyvin moniammatillisessa yhteistyössä tällä hetkellä?

TUEN TARVE

Millaista tukea haluaisit saattohoitopäätöksen tekoon liittyen?

Millaista tukea tai apua haluaisit kuolevan saattohoitopotilaan hoitoon liittyen?

KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA KEINOT

Millä tavalla saattohoitopotilaan hoitoa erikoissairaanhoidossa tulisi mielestäsi kehittää?

Millaisia käytännön asioita mielestäsi voitaisiin parantaa?

Mikä on mielestäsi yksi, tärkein asia, jonka haluaisit kehittää saattohoidossa tällä hetkellä?

Arvoisa erikoissairaanhoidon lääkäri,

Olemme kaksi sairaanhoitajaa, opiskelemme Saimaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja opintoihimme kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyömme tavoitteena on vaikuttaa saattohoidon kehittämiseen Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä.

Saattohoitoon liittyy paljon haasteita ja kehittämistarpeita. Eksote on saanut valtion KASTE-avustusta saattohoidon kehittämistä varten. Kehittäminen toteutuu hankkeena, jonka nimi on Saattohoito osana hyvää elämää. Hanke toteutuu ajalla 1.1.2014 - 30.10.2015. Opinnäytetyömme on osa tätä edellä mainittua hanketta.

Eksoten hoitohenkilökunnan kokemuksia saattohoidosta on kartoitettu jo keväällä 2012. Lääkäreiden näkökulmasta saattohoitokokemuksia ei ole vielä kartoitettu. Opinnäytetyössämme on tarkoitus kuvata lääkäreiden kokemuksia saattohoitopotilaan hoidosta erikoissairaanhoidossa Etelä- Karjalassa.

Tutkimus toteutetaan Etelä-Karjalan keskussairaalassa haastattelemalla keskussairaalan erikoisaloiden lääkäreitä. Opinnäytetyömme työelämän ohjaajat ovat keskussairaalan syöpähoito- ja dialyysiyksikön esimies Virpi Hakuli sekä palliatiivisen lääketieteen erikoislääkäri Eero Vuorinen. Saimaan ammattikorkeakoulusta ohjaajat ovat yliopettaja (TtL) Anja Liimatainen ja yliopettaja (TtT) Pirjo Vaittinen.

Tutkimustiedon keruu toteutetaan yksilöteemahaastatteluilla. Haastattelut nauhoitetaan haastatteluun osallistuvien luvalla. Teemahaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin 1 tunti. Tutkimukseen osallistuvien nimet eivät tule muiden kuin tutkijoiden tietoon koko tutkimusprosessin aikana. Haastattelunauhat tuhoataan asiallisesti opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Teillä on mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

Olemme hyvin kiitollisia osallistumisestanne, joka toisi arvokasta tietoa saattohoidon kehittämiseksi Eksoten alueella.

Yhteistyöterveisin



Tiina Kaita
tiina.kaita@student.saimia.fi



Anne Tiainen
anne.tiainen@student.saimia.fi

Sosiaali- ja terveysala
Terveystieteiden koulutusohjelma
Johtamisen osaaminen, YAMK8b

Opinnäytetyön nimi:

Lääkärien kokemuksia saattohoitopotilaan hoidosta erikoissairaanhoidossa Etelä-Karjalassa.

Tekijät: sh Tiina Kaita ja sh Anne Tiainen

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen ja haastattelun nauhoittamiseen.

Lappeenranta ___ / ___ 2014
Aika ja paikka

Tutkimukseen osallistuja

Opinnäytetyön tekijä
sh Tiina Kaita

Opinnäytetyön tekijä
sh Anne Tiainen

**Taulukko 1 (1/3)
PAAKATEGORIA**

**LÄÄKÄREIDEN KOKEMUKSIA SAATTO HOIDOSTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA
ALAKATEGORIA YLÄKATEGORIA YHDISTÄVÄ KATEGORIA**

Lääkäri kokee, että palliatiivisesta oirehoidosta on hyötyä saattohoitopotilaan hoidossa	Kokemuksia saattohoitopotilaan oirehoidosta	
Lääkäri kokee vaikeana, kun ei aina pysty poistamaan saattohoitopotilaalta kipua kokonaan		
Lääkäri pitää kokemusta osittain koulutusta tärkeimpänä asiana saattohoitopotilaan hoidossa		
Lääkäri kokee konsultaatio-mahdollisuuden saattohoitopotilaan hoidossa hyvänä asiana		
Lääkäri kokee tiedonpuutetta saattohoitopotilaan hoitoon liittyvistä asioista	Kokemuksia saattohoitopotilaan hoitoon liittyvästä tiedosta	AMMATTILINEN ASIAINTUNTIJUUS SAATTOHOIDOSSA
Lääkäri kokee suositusten, ohjeistusten ja tutkitun tiedon auttavan saattohoitopotilaan hoidossa		
Lääkäri kokee, että saattohoitopotiaille ei ole tehty selkeitä hoitolinjauksia	Kokemuksia hoitolinjauksen tekemisestä	
Lääkäri kokee, että potilaan ja hänen sairautensa parhaiten tuntevan lääkärin on hyvä tehdä hoitolinjaukset		
Lääkäri kokee, että saattohoitopotiilan hoitolinjauksen tekeminen ei kuulu oman erikoisan työn	Kokemuksia erikoisan vaikutuksesta saattohoitopotilaan hoidossa	
Lääkäri kokee saattohoitopotilaan hoidon erilaiseksi omalla erikoisalalla verrattuna muihin erikoisaihiin		
Lääkäri kokee, että saattohoitopotiasta ylläpidetään	Kokemuksia saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen hoidon hallinnasta	
Lääkäri kokee raskaana, kun ei pysty parantamaan saattohoitopotiasta		



Taulukko 1 (2/3)
PÄÄKATEGORIA

YHDISTÄVÄ KATEGORIA

LÄÄKÄREIDEN KOKEMUKSIA SAATTO HOIDOSTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA
YLÄKATEGORIA

Lääkäri kokee yhteisen keskustelun saattohoitotilaan ja omaisten kanssa erittäin tärkeänä asiana

Lääkäri kokee hyvänä asiana, kun pystyy selittämään saattohoitotilalle ja omaisille ymmärrettävällä tavalla, mitä saattohoito tarkoittaa.

Lääkäri kokee saattohoitotilaan hoidossa haasteelliseksi sen, että potilaan ja omaisten toiveet eivät vastaa lääketieteellistä näkemystä

Lääkäri kokee vaikeana keskustella kolmen hengen huoneessa saattohoitotilaan asioista

Lääkäri kokee, ettei moniammatillinen yhteistyö toimi saattohoitotilaan hoidossa

Lääkäri kokee moniammatillisen yhteistyön saattohoitotilaan hoidossa toimivana

Lääkäri kokee yhteistyön palliatiivisen poliklinikan kanssa haasteellisenä

Lääkäri kokee yhteistyön palliatiivisen poliklinikan kanssa sujuvana

Lääkäri kokee yhteistyön palliatiivisen osaston kanssa haasteellisenä

Lääkäri kokee yhteistyön yhteistyön osaston kanssa toimivana

Kokemuksia saattohoitotilaan ja omaisten kanssa tehtävästä yhteistyöstä

SAATTOHOITOON LIITTYVÄ
YHTEISTYÖ

Kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä saattohoitotilaan hoidossa

Kokemuksia palliatiivisen poliklinikan toiminnasta

Kokemuksia palliatiivisen osaston toiminnasta

PALLIATIIVISEN
YKSIKÖN TOIMINTA



LÄÄKÄREIDEN KOKEMUKSIA SAATTO HOIDOSTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA
ALAKATEGORIA **YLÄKATEGORIA** **YHDISTÄVÄ KATEGORIA** **Taulukko 1 (3/3)**
PÄÄKATEGORIA

Lääkäri kokee, että saattohoito-
potilas voi siirtyä turvallisesti
kotiin tai jatkohoitoon

Lääkäri kokee, että saattohoito-
potilaan jatkohoitoon pääsy
on toiminut huonosti

Lääkäri kokee, ettei ehdi hoitaa
riittävästi saattohoitopotilaan
asioita oman työaikansa
puitteissa

Lääkäri kokee rajoittavana asiana
sen, että asuinikunta voi mahdollisesti
vaikuttaa saattohoitopotilaan
palliativiselle osastolle pääsyyn

Kokemuksia saattohoito-
potilaan jatkohoitoon
siirtymisestä

ORGANISAATION
TOIMINTAAN LIITTYVÄT
TEKIJÄT SAATTOHOIDOSSA

Kokemuksia saattohoito-
potilaan hoitoon liittyvistä
rajoittavista asioista
organisaatiossa

MILLÄ TAVOIN ERIKOISSAIRAANHOIDON LÄÄKÄRIT KEHITTÄISIVÄT SAATTOHOITOA? Taulukko 2

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Palliativisen osaston vetävyys Palliativisen osaston laadukkuus	PALLIATIIVISEN OSASTON TOIMIVUUDEN KEHITTÄMINEN	PALLIATIIVISEN YKSIKÖN KEHITTÄMINEN	ERIKOISSAIRAANHOIDON LÄÄKÄREIDEN KEHITTÄMISKOHTEITA SAATTOHOIDOSSA
Palliativisen poliklinikan lähetekäytäntö Palliativisen poliklinikan rajattu toiminta-aika Palliativisen poliklinikan keskeneräisyys	PALLIATIIVISEN POLIKLINIKAN TOIMIVUUDEN KEHITTÄMINEN		
Saattohoitokoulutuksen tarve Saattohoitokoulutuksen ajankohtien sopivuus Mahdollisuus erikoislääkäriin tukeen saattohoitopotilaan hoidossa	SAATTOHOITOOON LIITTYVIEN TIETOJEN PÄIVITTÄMINEN	SAATTOHOITOOON LIITTYVÄN TIETOJEN KEHITTÄMINEN	
Saattohoitopotilaan tunnistaminen Vastuu saattohoitopäätöksen tekemisestä Oikea-aikainen lähettäminen palliativiselle poliklinikalle Saattohoitopotilaan hoitoprosessin kehittäminen Saattohoitopotilaan hoitolinjauksen yhteneväisyys	SAATTOHOITOPOTILAAN OIKEA-AIKAISEN TUNNISTAMISEN KEHITTÄMINEN		
Moniammatillisen yhteistyön muotoja Moniammatillisuuden hyödyntäminen saattohoidossa	MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN	YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN SAATTOHOIDOSSA	
Riittävän aikainen keskustelu potilaan ja omaisten kanssa Potilaan yksilöllisyyden huomiointi saattohoidossa Saattohoitokäsitteen avaaminen potilaalle ja omaisille Hoitoinjauksen perustelemine potilaalle ja omaisille	POTILAAN JA OMAISTEN KANSSA TERTÄVÄN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN		
Vaikeus löytää tietoa eri potilastietojärjestelmistä Erikoislääkäriin rajattu työaika Henkilökunnan pysyvyyden arvostaminen organisaatiossa Palliativisen hoidon kokonaisuuden järjkevä ja suunniteltu jakaminen organisaatiossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken Inhimillinen hoitoympäristö potilaalle Palliativisen yksikön sijainti	SAATTOHOIDON RESURSSOINNIN JA JOUSTAVUUDEN KEHITTÄMINEN	SAATTOHOIDON RESURSSOINNIN KEHITTÄMINEN ORGANISAATIOSSA	

