



ELVYTTÄÄKÖ VAI EI?

Ohje sairaanhoitajille neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyöstä

Henna Palin
Essi Rinta-Halkola

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PALIN, HENNA & RINTA-HALKOLA ESSI:
Elvyttääkö vai ei? Ohje sairaanhoitajille neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyöstä.

Opinnäytetyö, 36 s., liitteet 9 s.
Maaliskuu 2012

Tämän tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyötä sekä tuottaa ohje Pirkanmaan sairaanhoitopiirin neurokirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajille. ER-päätös eli ei resuskitoida -päätös tarkoittaa elvytyskieltoa, jolloin peruselvytystoimintoja ei aloiteta. ER-potilasta hoidetaan aktiivisilla hoitomuodoilla arvioiden hoitotoimenpiteiden hyötyä potilaalle.

Opinnäytetyössä käytettiin tuotokseen painottuvaa menetelmää, koska työelämän toiveena oli ohje sairaanhoitajille. Työ on yksiosainen ja tuotos on työn liitteenä. Opinnäytetyö on kirjoitettu eettisyyden näkökulmasta, sillä se korostuu erityisesti ER-potilaan hoidossa ja on hyvän hoidon perusta. Selvitimme tarkemmin ER-päätöksen merkitystä ja sen käyttöä sekä neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyön osa-alueita. Hoitotyössä korostuvat hyvä perushoito ja omaisten huomiointi.

Tuotos pohjautuu teoreettiseen viitekehykseen ja siihen on sovellettu hyvän ohjeen kriteereitä. Siinä käsitellään ER-potilaan hoitoa lakien ja konkreettisen hoidon kautta sekä määritellään asiaan liittyvien käsitteiden eroavaisuus. ER-päätös, kuten myös muut hoidonlinjaukset ja hoitotahto, täytyy olla kirjattu asianmukaisesti.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selkiyttää ER-potilaan hoitotyötä osastolla sekä lisätä tietoa. Ohje on hyödyllinen myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia hoitohenkilökunnan yhteistyötä neurokirurgisen ER-potilaan hoidossa.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

PALIN, HENNA & RINTA-HALKOLA, ESSI:

To Resuscitate or Not? Instructions for Nurses about the Nursing Care of a Neurosurgical DNR Patient

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 9 pages

March 2012

The purpose of this thesis was to clarify the nursing care of a neurosurgical DNR patient and to produce instructions for nurses working in neurosurgical wards in the Pirkanmaa Hospital District. DNR order means that the patient will not be resuscitated. Otherwise DNR patient will be cared as any other patient, taking benefit of procedures into account.

In this thesis, an output-oriented study method was used because of wishes of the working-life partner. The thesis was written from the ethical perspective, because it is especially emphasised in the nursing care of DNR patients and is the foundation of good care. In the care of a neurosurgical DNR patient, good basic care and taking the next of kin into account are emphasised.

The output was based on the theoretical framework and it was made using the criteria of good guidelines. The instructions contained laws pertaining to nursing DNR patients and definitions of important concepts. The instructions include the care of DNR patient from the viewpoints of law, ethics, and practical care, and define the different concepts related to the topic. DNR order, as other guidelines of care and care will, must be properly recorded.

The goal of this thesis was to clarify the nursing care of DNR patients in the ward and to increase knowledge of the topic. The instructions will also be helpful in the induction process for new employees and trainees. The nursing staff's co-operation in care of neurosurgical DNR patient would be a good subject for further studies.

Key words: do-not-resuscitate order, ethics, nursing.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3 ER-POTILAAN HOIDONLINJAUKSET	7
3.1 ER-päätös potilaan hoidossa	8
3.2 ER- ja saattohoitopäätöksen ero	11
3.3 Hoitotahto	12
3.4 ER-päätöksen kirjaaminen	14
3.5 Muut hoidonlinjaukset	15
4 NEUROKIRURGISEN ER-POTILAAN HYVÄ HOITOTYÖ	17
4.1 Eettisyys hoitotyössä	17
4.2 Neurokirurgisen ER-potilaan perushoito	19
4.2.1 Tajunnantaso ja vitaalielintoiminnot	19
4.2.2 Neste- ja ravitsemushoito	21
4.2.3 Erittäminen ja hygienia	22
4.2.4 Kivun hoito	22
4.2.5 Lääkehoito ja tutkimukset	23
4.2.6 Omaisten huomioiminen	23
5 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	25
5.1 Hyvän ohjeen kriteerit	25
5.2 Tuotoksen sisältö	26
6 POHDINTA	28
6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset	28
6.2 Pohdinta ja johtopäätökset	29
6.3 Kehittämishaasteet	32
LÄHTEET	33
LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Terveydestä on tullut keskeinen päämäärä, johon pyritään erilaisten terveyttä tuottavien ja ylläpitämien toimien avulla (Vainio & Hietanen 2003, 250–251). Lääketieteen kehittyminen on luonut tehokkaampia hoitoja sairauksiin, joiden avulla pitkitetään ja kehitetään elämänlaatua. Parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden kohdalla kehitys voi tarkoittaa pitkittynyttä kärsimystä, ei elämänlaadun parantamista. (Hinkka ym. 2001.) Tekniikan yliarvostus, tautikeskeinen hoito, palliatiivisen hoidon periaatteiden huono tuntemus ja hoitotestamenttien puuttuminen ovat ongelmia akuuttihoiton vaihtuessa elämän loppuvaiheen hoidoksi. Akuuttiosasto ei ole sopiva hoitopaikka elämän loppuvaiheessa, vaikka siellä hoidetaan myös kuolevia potilaita. Kivunhoito, kommunikatio potilaan ja omaisten kanssa sekä palliatiivisen hoidon lisääminen akuuttihoitoon parantavat potilaan elämänlaatua. (Nuutinen 2006, 73.) Elämän loppuvaiheen hoitotyö tulee kyseeseen, kun parantamiseen pyrkivän lääketieteen keinot on käytetty eikä potilaan parantaminen ole enää hoidon realistinen tavoite (ETENE 2004, 11–12).

Päätös elvyttämättä jättämisestä eli ER-päätös tarkoittaa, että potilasta ei elvytetä sydän- tai hengityspysähdyksen sattuessa. Potilaan ennusteen ollessa huono ja hänen perussairautensa heikentäessä mahdollisuutta selvitä elvytyksestä tulee potilasta hoitavan lääkärin harkita ER-päätöksen tekemistä. (Valvira 2011.) Hoidoista luopumista koskevat ratkaisut ovat ajankohtaisia ja suuri osa lääkäreistä ja hoitajista joutuu työssään pohtimaan niihin liittyviä näkökohtia. Ei elvytetä -päätöksiä tehdään terveydenhuollossa, vaikka niistä puuttuu yhtenäinen linjaus ja käytännöt vaihtelevat paljon eri paikoissa. (ETENE 2004, 12–14 ; Hildén 2005, 17.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa antamaan potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito. Potilasta ei saa hoitaa vastoin hänen tahtoaan ja hoitoratkaisujen tulee olla lääketieteellisesti perusteltuja. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) ER-päätös tulee tehdä yhteistyössä potilaan kanssa ja kunnioittaa hänen toiveitaan omasta hoidostaan.

Opinnäytetyössämme selvitämme neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyötä ja teemme ohjeen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin neurokirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajille. Teemme tuotoksen työelämän toiveesta ja omasta kiinnostuksesta yhteistyössä osaston hoitohenkilökunnan kanssa. ER-päätöksellä tässä työssä tarkoitamme aikuisille neurokirurgisille potilaille tehtäviä ei resuskitoida -päätöksiä. Neurokirurgiset potilaat ovat yksi

yleisimmistä sairausryhmistä, joille tehdään ER-päätöksiä (Hildén 2005, 46–47). Neurokirurgisen vuodeosaston potilaat ovat huonokuntoisia tai syvästi tajuttomia eivätkä he pääsääntöisesti pysty osallistumaan päätöksentekoon oman hoitonsa suhteen (Vihanto 2011; Helén 2011). Tämän vuoksi omaisten rooli korostuu potilaan tahdon määrittelijänä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyötä sekä tuottaa ohje osaston sairaanhoitajille.

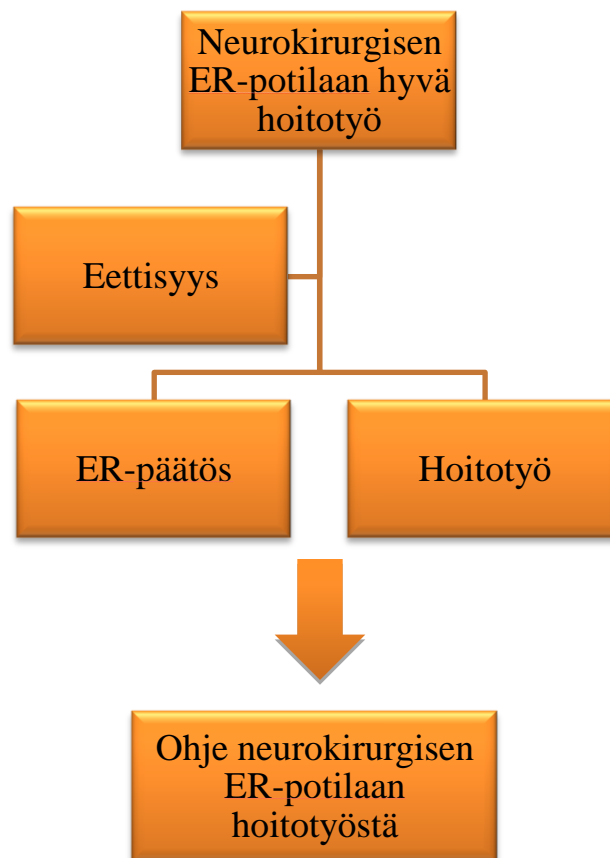
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä ER-päätös tarkoittaa?
2. Millaista on hyvä neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyö?
3. Millainen on hyvä ohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää osaston toimintaa ER-potilaan hoitotyössä ja lisätä tietoa hoitohenkilökunnalle. Työtä on mahdollisuus hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja hoitoalan opiskelijoiden koulutuksessa.

3 ER-POTILAAN HOIDONLINJAUKSET

ER-potilaan hoitotyössä tulee ottaa huomioon erilaisia osa-alueita, jotta hoito olisi mahdollisimman laadukasta ja yksilöllistä. Kaikki osa-alueet on pystyttävä hahmottamaan kokonaisuutena ja huomioimaan niitä yhdistävät tekijät. Tässä työssä tärkeimmät osa-alueet ovat ER-päätös ja hoitotyö. (Kuvio 1). Hoitotyötä käsittelemme eettisyyden periaatteen näkökulmasta, koska se on perusta hyvälle hoidolle. Elvyttämisestä päättäminen ei ole yksiselitteistä ja siihen liittyy kuolema. Käsittelemme neurokirurgisen ER-potilaan hoitoa, koska teemme opinnäytetyön neurokirurgiselle vuodeosastolle. Rajasimme työn koskemaan ainoastaan aikuisia, yli 18-vuotiaita potilaita. Koska ohjeet ER-päätöksestä koskevat vain elvytystoimia, on mielestämme oleellista käsitellä hoitotyötä tarkemmin. Opinnäytetyön tuotos on ohje osaston hoitajille, millä pyrimme koamaan tarpeelliset tiedot ER-päätöksestä, potilaan hoidosta ja hoidon linjauksista, jotta käytännön hoitotyö olisi turvallista ja yksilöllistä.



KUVIO 1.
Neurokirurgisen ER-potilaan hyvä hoitotyö.

3.1 ER-päätös potilaan hoidossa

Paineluelvyytystä, hengityksen tukemista ja sydämen rytmin muuttamista sähköisesti eli defibrillointia ei aloiteta potilaalle, jolla on ER-päätös (Seppänen 2009, 1841). Tällöin sairaus on edennyt niin pitkälle, että potilaan ennuste selvitä elvytyksestä on vähäinen ja kärsimystä aiheuttava. ER-päätös on aina osa potilaan hoidon kokonaisuutta, eikä yksittäinen päätös. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 17–18.) Suomessa elvytyskielloista käytetään ilmauksia ”ei resuskitoida” eli ER, ”älä elvytä” tai ”ei elvytystä”. Kansainvälisesti päätös elvytyksestä luopumisesta merkitään kirjainyhdistelmällä DNR eli ”do not resuscitate” tai DNAR eli ”do not attempt resuscitation”. (Varpula, Skrifvars & Varpula 2006.) Tässä työssä käytämme käsitettä ER, koska asiantuntijahaastatteluista ilmeni lyhenteen olevan heidän osastollaan käytössä.

Suomessa ei ole tarkkoja ohjelinjoja elvytyspäätöksistä, eikä niistä ole erikseen määritelty lakia. Käytössä on kuitenkin toimintamalleja, joissa on suunniteltu etukäteen huonokuntoisten ja lyhytenusteisten potilaiden elvytyskäytäntöjä. Kyseisten toimintamallien tavoitteena on ensisijaisesti säästää kuolevaa potilasta kärsimyksiltä sekä auttaa lääkäreitä tekemään eettisesti perusteltuja hoitoratkaisuja. Näiden säännösten käyttöönoton on todettu merkittävästi vähentävän turhia elvytystoimenpiteitä. Elvytyksen ohjelinjojen tulisi sisältää kliiniset, lailliset ja eettiset kriteerit. (Hinkka ym. 2001; Vainio & Hietanen 2003, 369–371.) ER-päätös on aina tilannesidonnaista (Hildén 2005, 18). ER-päätökset ovat hoitajaksokohtaisia ja hoitava lääkäri arvioi ne uudelleen jokaisen hoitajakson aikana ja potilaan siirtyessä sairaalan sisällä hoitopaikasta toiseen. Edellistä päätöstä voidaan pitää ohjeena, mutta se ei ole automaattisesti voimassa. (Helén 2011.)

ER-päätösten määrä vaihtelee merkittävästi sairaaloiden välillä johtuen erilaisista käytännöistä tehdä päätöksiä. ER-päätöksen alkuperäistä tarkoitusta elvytyskieltona noudatti kaksi kolmasosaa lääkäreistä ja puolet hoitajista, loput luulivat ER-päätöksen tarkoittavan palliatiivista hoitoa. (Hildén 2005, 46–47.) ER-päätösten sisällöllinen merkitys ei välttämättä ole sama ja käytännön hoitotyö on osoittanut, ettei se aina tarkoita sitä mitä pitäisi. Joskus se voi tarkoittaa kaikesta teknisestä ja aktiivisesta hoidosta luopumista mukaan lukien suonensisäinen nestehoito ja antibiootit. (Vainio & Hietanen 2003, 369–371.) Osittainen ER-päätös voi esimerkiksi sallia kammiovärinän hoidon, mutta sydämen sähköisen toiminnan loppuessa eli asystolessa hoidosta pidättäytytään (Hildén 2005, 18). Kyseisille päätöksille on vaikea löytää eettisiä ja lääketieteellisiä perusteita, minkä vuoksi niitä ei suositella tehtäväksi (Varpula ym. 2006).

Varhaiset ER-päätökset ovat yleisiä vakavien aivoverenvuotojen jälkeen ja niillä on yhteys kaksinkertaiseen kuolemanriskiin. ER-päätöksen saaminen kertoo vaikeasta sairauden asteesta ja on perusedellytys elintoimintoja tukevien hoitojen lopettamiseen. ER-päätöksen ja kuoleman yhteys on vahva ja on johdonmukaisesti todettavissa useissa tutkimuksissa. Aivoverenvuotopotilailla tehdyt ER-päätökset vähentävät tehohoidon tasoa. (Hemphill ym. 2010, 626–627.) Etenkin elämän loppuvaiheessa lääkäreiden tekemät ennusteet ovat yleensä ylioptimistisia sekä johtavat turhiin hoitoihin ja oireenmukaisen hoidon viivästymiseen (Vainio & Hietanen 2003, 312–313). Erään näkökulman mukaan painelu-puhalluselvytys tulisi rajata tapauksiin, jossa elvytyksestä olisi hyötyä potilaalle. Tällöin ER-päätökset eivät olisi tarpeellisia. Kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisilla on vaikeuksia olla käyttämättä painelu-puhalluselvytystä kuolevalle potilaalle sen yleisen käytön vuoksi. (End of life care 2005, 25–26.) ER-päätös on elvytyksen hyötyjen ja haittojen kanssa tasapainoilua (Jevon & Walton 2009).

Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä mukaan lääkäri tekee sairauden hoitoa koskevat päätökset ja kokonaisvastuu ER-päätöksistä on hoitoryhmän kokeneimmalla lääkärillä. Lääketieteellisiin syihin perustuva ER-päätös vaatii aina riittävät tiedot potilaasta ja lääkärin kokemusta sairauden ennusteen arvioinnissa. ER-päätökseen ja elämää tukevien hoitojen lopettamiseen vaikuttavat potilaan sairaushistoria, lääkärin arviot potilaan kognitiivisista toiminnoista, todennäköisyys selviytyä ilman tehohoitoa, potilaan toiveet elämää pidentävistä hoidoista sekä laki ja eettiset ohjelinjat. Päätökset elvyttämisestä tulisi tehdä yksilöllisesti arvioiden jokainen potilas erikseen. ER-päätös voidaan tehdä myös sairauden varhaisemmassa vaiheessa potilaan hoitotahtoon perustuen. Jos

potilas ei itse pysty päättämään asioistaan, omaiset otetaan mukaan päätöksentekoon ilmaisemaan potilaan toiveita, tunteita ja arvoja. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994; Hinkka ym. 2001; Varpula ym. 2006; Jevon & Walton 2009; Chang ym. 2010, 446.)

ER-päätöksen tekovaiheessa jokaiselle potilaalle pidetään hoitoneuvottelu. Potilaiden tilasta johtuen neuvottelu pidetään hoitavan henkilökunnan ja omaisten kesken. Tilanne selitetään omaisille sekä voidaan tehdä muita päätöksiä hoidon linjauksesta. (Koivula 2011.) ER-päätöksestä keskusteltaessa potilaan omaisten ja hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää potilaan terveydentila samalla tavalla ja hoidon suhteen tulisi olla samanlaiset tavoitteet. Keskustelun tulisi tapahtua ilman sairaalasanastoa ja informaation täytyy tulla pienissä osissa. Asian ymmärtämiseksi täytyy korjata väärinkäsityksiä sekä antaa mahdollisuus kysymyksiin. Lääkärin tulee kertoa arvionsa ER-päätöksen sopivuudesta. (von Gunten 2003, 21–24.) ER-päätöksen tekemiseen liittyvä tieto kerätään joskus pienen ajan sisällä (Hinkka ym. 2001).

Maallikoilla on usein liian vähän tietoa elvytyksen tehosta ja he pitävät sitä aina onnistuvana keinona. Tosiasiassa huonokuntoisilla potilailla elvytys onnistuu harvoin ja onnistuessaankin voi aiheuttaa vakavia aivovaurioita. (Flygar 2008, 2766–2768.) Omaiset ovat usein huolissaan, että hoidon taso laskee ja kaikki hoidot lopetetaan ER-päätöksen teon jälkeen (Chang ym. 2010, 446). Yhteinen sopiminen tiedotuksesta ja yhtenevän tiedon antaminen omaisille hoitoryhmän jäsenten kautta takaavat ristiriidattoman tiedon kulun poistaen epäilyjä ja väärinkäsityksiä (Nuutinen 2006, 74).

Potilaan oikeudet ovat keskeisiä elvytyspäätöstä tehdessä (Jevon & Walton 2009). Sairaanhoidajan rooli potilaan puolestapuhujana korostuu potilaan ollessa kykenemätön osallistumaan omaan hoitoonsa. Kärsimysten lievittäminen, potilaan edun ja hyvinvoinnin edistämien ja turvaaminen sekä jokaisen potilaan ainutlaatuisuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat sairaanhoidajan eettisiä ohjelinjoja, joita tulee noudattaa. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Jos hoitajan mielestä elvytys ei ole sopiva potilaalle tai hän on tietoinen potilaan toiveesta elvytyksen suhteen sydänpysähdyksen aikana, hänen tulisi kertoa asia lääkärille mahdollisimman aikaisin (Jevon & Walton 2009). Hoitaja näkee potilasta useammin ja huomioi muutokset voinnissa, jolloin hänen havaintonsa vaikuttavat ER-päätökseen. Hoitajan ja lääkärin kommunikoinnin potilaan tilasta tulisi olla sujuvaa. (Vuorinen & Koivula 2011.)

Elämän loppuvaiheen päätökset esiintyvät usein tehohoidossa. Ne ovat vaikeita, koska tehohoidon tavoitteena on ylläpitää elämää kriittisesti sairailta potilailla. Tästä johtuen teho-osastot ovat haluttomia käyttämään vuodepaikkoja ER-potilailla resurssienkin vuoksi. (Chang, Huang & Lin 2010, 445 - 446.) Lääkärit ovat raportoineet aktiivisten hoitojen ja sairaalaan ottamisen rajoittamista ER-päätöksen omaavilla potilailla (Hildén 2005, 18). Toiminta herättää kysymyksiä oikeudesta olla antamatta hoitoa. ER-potilailla on oikeus saada hoitoa lukuun ottamatta elvytystä. Lääkärin velvollisuutena on suojata ihmiselämää ja lievittää kärsimystä sekä kohdella potilaita tasa-arvoisina (Lääkärin eettiset ohjeet, 1988).

3.2 ER- ja saattohoitopäätöksen ero

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan hoitoa, kun parantavia keinoja ei ole eikä sairauden etenemiseen voida vaikuttaa (ETENE 2004, 11). Saattohoidosta määrätään perustuslaissa ja terveydenhuollon perussäännöksissä. Terveydenhuollon eettiset ohjeet ja kuolevan potilaan hoitoa koskevat suositukset sisältävät eettisen perustan saattohoidolle. (Suomen perustuslaki 1999; ETENE 2004, 7.) Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan aktiivista, oireenmukaista ja kokonaisvaltaista hoitoa, joka ei ole riippuvainen kuoleman läheisyydestä vaan sitä käytetään aktiivihoidojen jälkeen ennen saattohoitoa. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen osa. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 17–20.) Saattohoito sisältää ER-päätöksen. ER-potilasta voidaan leikata ja hänellä voi olla useita eri lääkkeitä, mutta sydäntä ja keuhkoja ei avusteta. Saattohoitopotilaalla aktiivihoidosta on luovuttu. (Helén 2011.)

Erikoissairaanhoidon tarkoituksena on hoitaa akuutisti sairastuneita potilaita, joiden hoidon tavoitteena on paraneminen. Kuitenkin kuolemia ilmenee akuuttihoitossa, jolloin potilaita tulee hoitaa sairauden edellyttämällä tavalla. Saattohoitoyksikköön siirtyminen ei ole aina mahdollista eikä lähellä kuolemaa eettisesti hyväksyttävää. Jokaisella on oikeus hyvään saattohoitoon riippumatta hoitopaikasta. (Lehto, Mustonen, Vinkanharju & Pessa 2011, 3046 - 3047.) Hoidon tavoitteiden selkeyttämistä tarvitaan erikoissairaanhoidossa. Saattohoitopäätös tulisi tehdä ajoissa, jolloin pystytään keskittymään tehokkaaseen oireiden hoitoon ja omaisilla on aikaa valmistautua lähestyvään kuolemaan. Epäselvyydet hoidonlinjauksissa voivat johtaa epärealistisiin hoidon tavoitteisiin, vaikka potilas ei hyödy enää parantavasta hoidosta. (Lehto ym. 2011, 3047.)

Kuolevan potilaan tunnistaminen ja ennusteen määrittelyn vaikeus vähentävät saattohoitopäätösten tekemistä. Saattohoitopäätöksiä ei yleensä tehdä erikoissairaanhoidossa. ER-päätösten käyttö on tärkeää hoitotyön toiminnallisuuden kannalta. ER- ja saattohoitopäätöksen näkeminen synonyyminä saattaa vaikuttaa potilaan hoidon tavoitteisiin ja hoitolinjauksiin. (Lehto ym. 2011, 3047.) Neurokirurgisella vuodeosastolla suurin osa ER-potilaista hoidetaan kuten saattohoitopotilaat, koska raja ei ole selkeä kahden käsitteen välillä (Vihanto 2011). ER-päätös tehdään silloin, kun mitään ei ole enää tehtävissä (Koivula 2011). Neurokirurgisen vuodeosaston akuuttihoiton luonteen vuoksi saattohoito ja ER-päätös mielletään samoiksi asioiksi. Eettisesti on ongelmallista antaa saattohoitoa potilaalle ilman asianmukaista kirjausta saattohoitopäätöksestä. (Vihanto 2011.) Käytännössä tämä tuo hoitoon haastetta, koska käsitteet eivät aina tarkoita niiden alkuperäistä merkitystä. Neurokirurgisella vuodeosastolla ei tehdä saattohoitopäätöksiä vaan potilaita hoidetaan heidän vointinsa ja ennusteensa mukaan (Helén 2011).

Ilman saattohoitopäätöksiä saattohoidon asema ei tule lisääntymään erikoissairaanhoidossa. Kuolevia potilaita hoidetaan akuuttiosaston ohjeiden mukaisesti, mitä laboratoriokeiden runsas ottaminen kuvastaa. ER-päätös oli tehty 65 prosentille potilaista, mutta saattohoitopäätös vain kahdelle prosentille potilaista. Asianmukainen hoitolinjauks puuttui kirjauksista 23 prosentilta potilaista. (Mustonen 2011, 25 - 26, 42.) Akuuttitilanteissa tulisi käyttää palliatiivista osaamista, mikä estäisi potilaan turhan intensiivisen hoidon (Hänninen 2011, 3004). Tehohoitoon ei siirretä ER-potilasta, koska siellä turvataan hengitystä ja verenkiertoa. Ihmisillä on usein käsitys, että potilas paranee päästesään tehohoitoon. Jos ER-potilaalla ei ole ennustetta selviytyä, ei häntä oteta ensiavusta vuodeosastolle. (Helén 2011.)

3.3 Hoitotahto

Hoitotahdossa potilas voi suullisesti tai kirjallisesti ilmaista kantansa siitä, miten haluaa itseään hoidettavan. Se tehdään siltä varalta, ettei potilas pysty osallistumaan hoitoratkaisujen tekemiseen. (ETENE 2004, 13). Jos potilas ei pysty muodostamaan kantaansa eikä kirjallista hoitotahtoa ole, on hänen laillista edustajaa tai lähiomaista kuultava hoitotahdon selvittämiseksi. Jos selvyyttä potilaan tahdosta ei ole saatavilla, tulee häntä lain mukaan hoitaa lääketieteellisesti perustellulla tavalla. Potilaan tahto menee omaisten tahdon edelle. (Grönlund ym. 2008, 14–15; Kokkonen ym. 2004, 83; Laki potilaan

asemasta ja oikeuksista 1992). Neurokirurgisella vuodeosastolla potilaan hoitotahto huomioidaan omaisten kautta, jotka edustavat potilaan toivetta hoidosta (Koivula 2011). Hoitotahdon voi sen tekijä peruuttaa milloin tahansa. Sen voi peruuttaa suullisesti, kirjallisesti tai hävittämällä asiakirjan ja sen jäljennökset. (Kokkonen ym. 2004, 88.)

Pelko joutua ylihoidetuksi ja kärsimysten turha pitkittyminen elämän loppuvaiheessa ovat syitä hoitotahdon tekoon (Ryynänen & Myllykangas 2000, 279). Koska sairauden tulevia vaiheita ei tiedetä, ei hoitotahtoon voi kirjata yksityiskohtaisia hoitotoiveita. Tämä tekee hoitotahdon noudattamisesta haasteellista. (ETENE 2004, 13.) Valmiissa hoitotahto-kaavakkeissa ei ole yksityiskohtaisia ohjeita hoidolle. Ne ovat viitteellisiä, mutta eivät auta käytännön tilanteissa. Hoitotahto tehdään usein tilanteessa, jolloin ei ole minkäänlaista sairautta olemassa. Jokaisen potilaan tulisi tehdä itselleen tarkka ohjeistus erilaisten sairauksien kohdalle, kuinka hän haluaisi itseään hoidettavan. Sellaisia ei käytännössä ole. (Helén 2011.) On ongelmallista määrittää, koska potilasta hoidetaan hoitotahdon vastaisesti. Eettistä pohdintaa aiheuttaa se, kenellä on oikeus kuolla omasta tahdostaan. (Vuorinen 2011.)

On epävarmaa, kuinka hyvin hoitotahto vastaa potilaan todellista tahtoa, koska hoitotahdon merkitys voi olla epäselvä tai potilas on saattanut muuttaa mieltään (Hänninen 2006, 32). Hoitotahdot ovat hyvin harvinaisia ja vain 1,5 % tutkimuksen potilaista oli sellainen kuolinhetkellä. Potilaan sukupuoli tai sairaus ei vaikuttanut hoitotahdon toteutumiseen ja korkeampi ikä lisäsi toteutumista hieman. Hoitotahdon omaavilla potilailla oli usein myös ER-päätös. (Hildén 2005 47, 60.) Potilaat jättävät hoitotahdon usein tekemättä. Sen taustalla saattaa olla luottamus omaisiin puolestapuhujina, pelko heidän reaktioista hoitotahdon toteutumisesta tai uskomus, että terveydenhuollon ammattilaisilla olisi velvollisuus tehdä aloite asiasta. Potilaat pitävät hoitotahtoa enemmän valmistautumisena omaan kuolemaansa, mikä ei välttämättä sisällä kirjallisia ohjeita eikä keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa. (Hildén 2005, 18–20.)

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että hoitoon tarvitaan potilaan suostumus (ETENE 2004, 8). Sen kunnioittaminen on kaiken eettisen päätöksenteon perusta. Hoitopäätökset tulee tehdä yksilöllisesti huomioiden elämäntilanne ja -arvot. Potilaslaki edellyttää potilaan hoitamista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalle on annettava ymmärrettävässä muodossa tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja tutkimuksesta ennen sen aloittamista sekä ennusteesta. (Heikkinen ym. 2004, 22–23; Laki potilaan asemasta ja oikeuk-

sista 1992.) Hoitotahtdon juridinen sitovuus terveydenhuollon henkilöstölle perustuu perustuslakiin kirjattuun yksilön itsemääräämisoikeuteen sekä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 83; ETENE 2004, 13.) Lääkärit ja hoitajat suhtautuvat myönteisesti hoitotahtoon, joka parantaa potilaiden autonomian toteutumista, helpottaa hoitopäätöksiä ja edistää keskustelua potilaan kanssa (Hänninen 2006, 32).

Eutanasia tarkoittaa hyvää kuolemaa ja se on lailla kielletty Suomessa. Hoidoista luopuminen tai niiden aloittamatta jättäminen, kun niistä ei ole potilaalla hyötyä, ei ole eutanasiaa. Hoidoista luopumisen seurauksena potilas joko kuolee tai jää henkiin riippuen millainen hänen sairautensa tai vammansa on. Toisaalta hoitotahto ja itsemääräämisoikeus takaavat tarpeeksi mahdollisuuksia ihmiselle päättää elämästään. Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan oikeuta eutanasiaa, vaikka se sallii ihmisen kieltäytyä elämästä ylläpitävistä hoidoista ja päättää oman elämänsä. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 271 – 276, 279 – 280.)

3.4 ER-päätöksen kirjaaminen

Kaikki keskustelut potilaan, omaisten ja terveydenhuollon henkilökunnan kesken ER-päätöksestä dokumentoidaan potilasasiakirjaan oikean hoidon toteuttamiseksi. Päätöksenteon jälkeen kirjataan päätöksentekijä, perustelut päätökselle sekä päiväys ja aika. Myös hoitotestamentti tai tahdonilmaus tulee sisällyttää papereihin. (Jevon & Walton 2009; Ikola 2007, 136; Helén 2011.) Pitäisi myös dokumentoida, jos potilas ei tahdo olla mukana ER-päätökseen liittyvässä keskustelussa. Epäselvyyksien välttämiseksi tulisi osastolla käyttää samaa termiä elvytyskielloista. Elvytyksestä luopumista koskevat ohjeet sekä muut mahdolliset hoidonlinjaukset pitää määritellä riittävän tarkasti ja tehdä ne selväksi hoitohenkilökunnalle. (Hänninen 2006, 51–52 ; Ikola 2007, 245.)

Ei elvytetä -päätöksen lyhenne on useimmin käytössä, mutta ei ole harvinaista merkitä päätöstä sydämellä tai symbolilla. Vain kolmasosa päätöksistä oli kirjattu sisältäen syyn ja tekijän. ER-päätös ei ole aina kirjattu lääkärin teksteihin, mutta löytyy hoitotyön kirjauksista 40 prosentilla potilaista. (Hildén 2005, 46–47.) Hoitajan kirjaus ER-päätöksestä ja hoidonlinjauksista ei riitä, vaan sen täytyy olla erikoislääkärin kirjaama. Jos potilaan hoidonlinjaukset eivät ole asianmukaisesti kirjattuna, ne tulee varmistaa

lääkäriltä. (Vihanto 2011.) Neurokirurgisella vuodeosastolla on yleinen kirjaamisohje lääkäreille ER-päätöksen kirjaamisesta. Siihen tulee kirjoittaa, onko potilasta kuultu, onko omaisille kerrottu asiasta, koska päätös on tehty ja kuka on päätöksentekijä. ER-päätöksen täytyy olla kirjallinen, muutoin se ei ole pätevä. (Helén 2011.)

3.5 Muut hoidonlinjaukset

Elämää ylläpitävien hoitojen rajoittaminen on tavallista ja ER-päätös on yleisin hoidonlinjaus. Muista hoidoista luopuminen on harvinaista. (Kranidiotis ym. 2010.) Changin ym. (2010) tutkimuksessa potilaat eivät saaneet parantavia hoitoja ER-päätöksen jälkeen kuten verisuonia supistavia ja verenpainetta kohottavia lääkkeitä, elvytyslääkkeitä, sydämen hierontaa, sydämen tahdistinta ja defibrillointia. Verensiirroissa, suonensisäisessä nesteytyksessä sekä suonensisäisessä ja nenä-mahaletkun kautta annettavassa ravitsemuksessa ei havaittu merkittävää eroa ER-potilaiden ja muiden potilaiden hoidossa. (Chang ym. 2010, 449.) ER-päätös ei vaikuta muuhun potilaan hoitoon eikä kyseessä ole päätös saattohoidosta. Usein on tarpeen määrittää erikseen mahdolliset muut hoidonlinjaukset. (Varpula ym. 2006.) Näitä voivat olla esimerkiksi verikokeiden ja röntgenkuvien ottaminen, fysioterapia sekä muiden tutkimusten tarpeellisuus. Lääkäri määrää hoidonlinjauksista. (Koivula 2011.) Hoidonlinjauksia ei pystytä yleistämään koskemaan kaikkia ER-potilaita ja heille tehtäviä päätöksiä (Helén 2011).

Mikäli potilaan kuolema on todennäköinen tai leikkauksesta saatu hyöty on lyhytaikainen, ovat leikkausindikaatiot vahvasti kyseenalaistettava. Omaisille on myös syytä ilmoittaa hoitolinjamuutoksista. (Nuutinen 2006. 74.) Potilaan hoito voidaan rajata leikkaushoidon ulkopuolelle, jolloin kyseessä on aktiivinen konservatiivinen hoito (Helén 2011). Jos potilas on erittäin huonokuntoinen ja tulee menehtymään muutaman vuorokauden sisällä, lääkäri voi rajata hoitoa esimerkiksi laboratoriokokeiden ja verenpaineen mittauksen osalta. Jos hoidonlinjauksia ei ole tehty, hoitaja mittaa kaikki tarvittavat viitaalielintoiminnot. Leikkauspäätökseen päädyttäessä operaatiosta johtuvat ongelmat hengityksessä ja verenkierrossa hoidetaan eikä silloin toimita ER-päätöksen vastaisesti. (Vihanto 2011.) Päivystyksestä ja teho-osastolta tulevien potilaiden kohdalla epäselvät hoidonlinjaukset tulee tarkistaa lääkäriltä (Vuorinen 2011).

Mustosen (2011) mukaan potilasasiakirjoihin kirjatut hoitolinjaukset tukevat hoidon jatkuvuutta. Käytännössä saattohoitolinjaus puuttuu usein potilailta, joka sisältää selkeän hoidon sisällön ja tavoitteet. Hoitajat toimivat akuuttiosaston periaatteiden mukaisesti, jos potilaalla ei ollut selkeää hoidonlinjausta. Yhtenäisen hoitolinjauksen puuttuminen elämän loppuvaiheessa johtaa erilaisiin hoitokäytäntöihin. ER-päätös ei ole riittävä määrittelemään kuolevan potilaan hoitoa. (Mustonen 2011, 34, 43, 46.) Ohjeet ER-potilaan hoidosta ovat hoitajan näkökulmasta ristiriitaisia, koska hoitoon liittyy paljon muita erityiskysymyksiä eikä hoito ole niin yksiselitteistä. Potilasta vastaanottaessa kysytään lääkäriltä tarkkoja ohjeita erilaisten hoidonlinjausten suhteen. Hoitajan ei kuulu olla vastuussa siitä, jos jotain jää tekemättä puutteellisen tiedonkulun vuoksi. (Koivula 2011.)

Kuolema ei ole aina hoidon rajauksen seuraus. Potilaat, joita ei uhkaa välitön kuolema, tulisi siirtää sopivaan hoitopaikkaan. (Kranidiotis ym. 2010.) Potilaat siirretään muihin hoitoyksiköihin, jos heidän arvioidaan kestävän siirron aiheuttaman rasituksen ja eliniänodotuksen olevan noin muutaman vuorokauden (Helén 2011). Potilas ei tarvitse erikoissairaanhoidoa, kun on tehty päätökset tehohoidosta ja leikkauksesta luopumisesta sekä lääkehoito, tutkimukset ja kuntoutukseen liittyvät asiat ovat kunnossa (Helén 2011; Vuorinen 2011). Jos ER-päätöksen teon jälkeen potilaan tila muuttuu, päätös voidaan tarpeen mukaan kumota (Varpula ym. 2006).

4 NEUROKIRURGISEN ER-POTILAAN HYVÄ HOITOTYÖ

”Hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista kutsutaan hoitotyöksi” (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 23). Sairastuneen hoitaminen, kärsimysten lievittämien ja kuolevan auttaminen ovat hoitotyön osa-alueita (Kassara ym. 2005, 11). Kyseiset pääkohdat ovat oleellisempia asioita neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyössä. Äkillinen sairastuminen tekee hoitotyöstä haasteellista. Hoitohenkilökunnalla tulee olla tarvittavat tiedot ja taidot muun muassa keskushermoston toiminnasta, vaikeasti sairaan potilaan hoidosta ja erilaisista hoitotyön auttamismenetelmistä. (Mäkipeura, Meretoja, Virta-Helenius & Hupli 2007, 153.)

Yleisempiä potilasryhmiä neurokirurgisella vuodeosastolla, joille tehdään ER-päätöksiä, ovat spontaani aivokudoksen sisäinen hematooma, pahanlaatuiset aivokasvainpotilaat, lukinkalvonalainen verenvuoto eli subaraknoidaalivuoto, akuutti kovankalvonalainen verenvuoto eli subduraalihakematooma, tapaturmaiset aivoruhjeet, aikaisemmin pitkään tehohoidossa olleet syvästi tajuttomat potilaat ja potilaat, jotka eivät enää hyödy tehohoidosta. Näillä potilasryhmillä on vaara elvytyksen jälkeen jäädä pysyvästi hengityskoneeseen tai heidän sydäntään joudutaan jatkuvasti avustamaan. Neurokirurgisella vuodeosastolla hoidetaan aikuispotilaita, joiden ikäjakauma vaihtelee suuresti. (Helén 2011.)

4.1 Eettisyys hoitotyössä

Hoitotyön eettisenä perustana on antaa huolenpitoa tarvitseville hyvää hoitoa (Sarvimäki & Stenblock-Hult 2009, 9). Siihen liittyvät kysymykset elämästä ja kuolemasta, jotka ovat ihmiselämän peruskysymyksiä. Terveystieteillä on valtaa yksittäisen ihmisen elämään, joka aiheuttaa eettisiä ongelmakohtia. Potilaan ja hoitohenkilökunnan suhde eroaa muista suhteista, koska siinä käsitellään arkaluonteisia asioita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 14.) Eettinen toiminta korostuu käytännössä ilmentyvien ristiriitojen vuoksi. Ongelmia voi syntyä muun muassa hoidon tavoitteiden asettamisessa, hoitokeinoissa ja potilaan ollessa kykenemätön päättämään asioistaan. Hoitopäätöksiä tehtäessä ei ole olemassa yksiselitteisiä vastauksia, vaikka päätökset tehdään lääketieteeseen perustuen. Ammattihenkilöiden henkilökohtaiset näkemykset voivat tiedostamatta vaikut-

taa potilasta koskeviin hoitopäätöksiin. (Grönlund ym. 2008, 13.) Etiikka on vahvasti läsnä käytännön tilanteissa, jossa valinnat sisältävät myönteisiä ja kielteisiä piirteitä eri näkökulmista katsottaessa (Kuula 2006, 21).

Eettisessä hoitotyössä arvot ohjaavat ihmistä toimimaan oikein ja välttämään väärää, jotka tulevat ilmi toiminnassa ja päätöksissä. Hoitotyön keskeisimmät arvot ovat ihmisten toisilleen antamassa huolenpidossa, johon sisältyvät asenteet, pohdinta, arviointi ja toiminta. Hoitajan persoonallisuus on edellytys hyvälle hoitotyölle, koska hän vaikuttaa omalla toiminnallaan hoitotyössä tapahtuviin monimutkaisiin tilanteisiin. Hänen tulee toiminnallaan pyrkiä yhdenvertaiseen oikeuteen saada hyvää hoitoa. Yksi hoitotyön etiikan tavoitteista on hyvän tekeminen ja potilaan etujen mukaan toimiminen. (Sarvimäki & Stenblock-Hult 2009 38–39, 85, 122.) Kuoleman läheisyys tuo mukanaan omia erityiskysymyksiä hoitotyöhön ja hoidon tavoitteet vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Oireenmukainen hoito on tärkeää, koska fyysisten oireiden hallinta vaikuttaa potilaan elämänlaatuun. Parantavien hoitojen loppuminen eivät merkitse hoitosuhteen päättymistä vaan sen muuttumista. (Grönlund ym. 2008, 17.) Eettiseksi lähtökohdiksi voidaan nimetä elämän, yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden sekä totuuden ja rehellisyyden kunnioitus (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 311).

Elvytyksen aloittaminen vakavasti sairaan potilaan kohdalla on eettinen kysymys, koska potilaan hyöty elvytyksestä on vähäisempi kuin siitä koituva haitta (Vihanto 2011). Elvytystä suunniteltaessa on tärkeää huomioida potilaan elvytyksen jälkeinen oletettu elämänlaatu. Kun on selkeät hoidonlinjaukset, eikä potilas tule hyötymään saamastaan hoidosta, ei elvyttämättä jättäminen ole enää eettinen ongelma. Käytännössä päätös on lääkärin määräys potilaan hoidosta (Koivula 2011; Vuorinen 2011.)

Neurokirurgisella vuodeosastolla pyritään hyvään perushoittoon, kivuttomuuteen, rauhalliseen ympäristöön ja omaisten huomioimiseen kuoleman läheystyössä. Hoitajan tehtävänä on olla läsnä ja tarjota esimerkiksi sairaalapastorin ja sosiaalityöntekijän palveluita. Usein omainen tarvitsee paljon hoitajien tukea. (Vihanto 2011.) Hoitajien kokemusten perusteella kuolema on aina yksilöllinen tilanne eikä siihen koskaan rutinoitu (Vihanto, Vuorinen & Koivula 2011). Luovuttaessa elämää ylläpitävistä hoidoista kyseessä on parantumattomasti sairaan potilaan elämänlaatua haittaavien hoitojen lopettaminen eikä kuoleman nopeuttaminen. Hoitoa ei vähennetä vaan potilasta hoidetaan yksilöllisesti hänen kannalta oleellisilla hoidoilla. Näin päästään parhaaseen tulokseen potilaan kannalta ja hoitohenkilökunta voi kokea työn motivoivaksi ja eettisesti oikeaksi. (Vainio & Hietanen 2003, 367.)

4.2 Neurokirurgisen ER-potilaan perushoito

4.2.1 Tajunnantaso ja vitaalinelintoiminnot

ER-potilasta hoidetaan kaikilla hoitomuodoilla, mutta paineluelvytystä, defibrillointia ja hengityksen avustamista ei käytetä. Potilaan hoidossa voidaan käyttää lisähappea ja hänelle voidaan laittaa nieluputki, jolloin avataan vain hengitystiet ja potilas hengittää itse. ER-potilaan verenpainetta tai happisaturaatiota ei tarvitse seurata. (Helén 2011.) Tämän vuoksi emme keskity hengityksen ja verenkierron tarkkailuun. Kuitenkin kivun arvioinnissa voidaan seurata hengitystä, pulssia ja verenpainetta. Tajuttoman potilaan hoidossa on tärkeä vahvistaa hänen tietoisuuttaan ympäristöstään, jolloin läsnäolo ja kommunikaatio korostuvat hoitotyössä. (Salmenperä ym. 2002, 360, 363, 376.)

Aivovammapotilaan tajunnantaso seurataan päivittäisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Tarkkailussa käytetään apuna Glasgow'n kooma-asteikkoa (Liite 1), joka koostuu kolmesta arvioitavasta muuttujasta: silmien avaaminen, motorinen vaste ja puhevaste. (Soinila, Kaste, Launes & Somer 2000, 134.) Havainnot kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan, jolloin muutokset tajunnantasossa ovat helpompi huomata (Kaarlola ym. 2010, 261–262). Tajunnantason lisäksi tarkkaillaan raajojen toimintaa ja pupillien kokoa ja reagoitakykyä. Aivovamman jälkeiseen tilaan liittyy myös epileptisen kohtauksen mahdollisuus, jolloin aivokuorella tapahtuva sähköinen purkaus voi johtua neurologi-

sesta tai – kirurgisesta häiriötilasta. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 252; Kaarlola ym. 2010, 285–286.) Nukutetulta tai lääkkeellisesti rentoutetulta potilaalta ei voida määrittää tajunnantasoja Glasgow'n asteikon avulla, koska nukutusaineet ja relaksantit vaikuttavat potilaan tajunnantason. Nukutetulla potilaalla aivovaurion ainoa merkki voi olla pupillien muuttuminen erikokoisiksi, jolloin pupillien koon ja valoreaktion seuranta sekä arviointi korostuvat. (Kaarlola ym. 2010, 261–262.)

Kohonneen kallonsisäisen paineen vuoksi aivokudos puristuu kallonluuta vasten aiheuttaen verenkierron heikkenemisen aivokudoksessa ja aiheuttaa hapenpuutetta. Se on normaalisti viidestä viiteentoista elohopeamillimetriä ja se voidaan mitata aivokudoksesta tai aivokammioista. Sen mahdollisia oireita ovat pahoinvointi, tajunnantason lasku, hengitysvaikeudet, pupillien muutokset sekä epileptinen kohtaus. Potilaan hoitotyössä täytyy huomioida kallonsisäisen paineen nousun riskitekijät, joita ovat muun muassa hengitysteiden imu, lämmön nousu, korkea hiilidioksiditaso ja kipu. Esteetön laskimopainuu aivoista pyritään turvaamaan asentohoidon avulla, jolloin 30 asteen kohoasento on parhain vaihtoehto. Mannitoli, hypertoninen keittosuolaliuos ja glyseroli poistavat nestettä aivoista ja tekevät tilaa aivokudoksen turvotukselle. (Kaarlola ym. 2010, 266–270.)

Aivot kestävät huonosti veren ja kudoksen vähähappisuutta (Randell & Katila 2006, 228). Koska aivot säätelevät hengitystä ydinjatkeessa sijaitsevan hengityskeskusten kautta, hengityshäiriöt ovat yleisiä. Hengitystavan ja taajuuden muuttuminen voi kertoa potilaan tilan huononemisesta. (Kaarlola ym. 2010, 279.) Vaikeutuvaa hengitystä voidaan helpottaa asentohoidolla, liman imemisellä ja lääkehoidolla (Heikkinen ym. 2004, 60–61). Lisähappea käytettiin elämän loppuvaiheessa 57 prosentilla potilaista (Mustonen 2011, 32).

Yli 38 asteen kuume heikentää aivoverenkiertoa ja altistaa verenvuodoille, aivoturvotuksen kehittymiselle ja kallonsisäisen paineen kohoamiselle. Potilasta tulee viilentää peitteitä ja vaatetusta vähentäen tai käyttäen kylmiä infuusionesteitä. (Kaarlola ym. 2010, 281–282.) Aivojen aineenvaihdunta ja hapenkulutus lisääntyvät merkittävästi potilaan lämmön noustessa (Salmenperä ym. 2002, 275). Aivovammaan liittyvä elimistön stressireaktio kohottaa verensokeritasoa. Neurokirurgisilla potilailla hyperglykemia voi pahentaa toissijaisia aivovauriota lisäämällä hapettoman alueen sekä sitä ympäröivän alueen hapenpuutetta. (Randell & Katila 2006, 229.) Potilaan verensokeritasoa seurataan tarvittaessa vähintään neljän tunnin välein ja se pidetään 5-8 mmol/l rajoissa.

Sokeripitoisia nesteitä ei suositella ensimmäisen kolmen vuorokauden aikana, koska ne nostavat verensokeripitoisuutta ja aiheuttavat aivokudoksen turvotusta. (Kaarlola ym. 2010, 282.)

4.2.2 Neste- ja ravitsemushoito

Nestehoidon tavoitteena on säilyttää verenkierron normaali tilavuus, riittävä aivojen verenvirtaus sekä ääreisverenkierto ilman kudosturvotusta. Aivokudoksen turvotuksen välttämisen vuoksi runsasta nesteytystä ei suositella ja tarvittaessa nestetasapainoa seurataan optimaalisen nestehoidon toteuttamiseksi. (Kaarlola ym. 2010, 282–283.) Eettisen ja juridisen näkökulman mukaan suonensisäinen nesteytys, nenä-mahaletkun ja mahalaukkuavanteen käyttö ovat aktiivisia lääketieteellisiä hoitomuotoja, joita voidaan toteuttaa ER-potilaille. Nenä-mahaletkun ja mahalaukkuavanteen käyttö ovat yleisimpiä aivohalvauspotilailla sekä muilla neurologisilla potilailla, joilla on nielemisvaikeuksia tai alentunut tajunnantaso. Kuoleva potilas ei useimmiten hyödy suonensisäisestä nesteytyksestä ja ravitsemuksesta, eikä elämän loppuvaiheessa aloiteta aktiivihaittoja. (Vainio & Hietanen 2003, 372 - 373.)

Aivovammapotilaan ruokahalu saattaa olla häiriintynyt, jolloin lisääntynyt energiantarve täytyy huomioida osaksi tasapainoista ravinnon saamista (Salmenperä ym. 2002, 252–253; Kaarlola ym. 2010, 282–283). Ruokahaluttomuus ja voimien väheneminen ovat etenevän sairauden merkkejä eikä niihin aina pystytä vaikuttamaan. Myös syömiseen ja suoliston toimintaan liittyy usein kärsimystä aiheuttavia ongelmia. (Heikkinen ym. 2004, 62–63.) Nielemisvaikeudet ja suun kuivuminen ovat yleisiä kivun aiheuttajia, jolloin suunhoito korostuu (Vainio & Hietanen 2003, 164; Heikkinen ym. 2004, 64).

4.2.3 Erittäminen ja hygienia

Vuodeosastolle siirtyvällä aivovammapotilaalla on usein kestopatetri mahdollisten virtsanerityshäiriöiden havaitsemiseksi. Virtsan karkailua on noin kolmasosalla spontaanisti virtsaavilla potilailla. Jos suolen toiminta on lamaanutun tai hidastunut, käytetään laksatiiveja ja peräruiskeita. (Salmenperä ym. 2002, 253; Vainio & Hietanen 2003, 164; Kaarlola ym. 2010, 282–283.) Henkilökohtaisen hygienian hoitoon kuuluvat ihon puhdistaminen, suun ja hampaiden hoito, intymiteettihygienian hoito ja jalkojen perushoito (Heikkinen ym. 2004, 69–70).

Kirurgisilla potilailla hygienian hoidossa tulee huomioida leikkaushaavan hoito. Suojaavia taitoksia ei avata ensimmäisen vuorokauden aikana leikkauksesta, tarvittaessa taitoksia vahvistetaan ulkoapäin haavan erittäessä. Haavat tarkistetaan päivittäin ja vaihdetaan puhtaat sidokset. Ompeleet poistetaan viimeistään viikon kuluttua leikkauksesta tai muun ohjeistuksen mukaisesti. (Salmenperä ym. 2002, 254, 275.)

4.2.4 Kivun hoito

Epämiellyttävää sensorista tai emotionaalista kokemusta kutsutaan kivuksi, jonka taustalla saattaa olla kudosaaurio. Tajuton potilas tuntee kipua ja sitä tulee lievittää kommunikoinnottomuudesta huolimatta, joka vaatii hoitajalta ammattitaitoa huomata kivun fysiologisia merkkejä. (Heikkinen ym. 2004, 56–57; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.) Lehdon ym. (2011) mukaan elämän loppuvaiheessa kipu on yleisin oire ja se on parhaiten tunnistettu sekä hoidettu. Kuitenkin vähäiset opiaatti-infuusioidet ja useat tarvittavat kipulääkkeet kertovat kivunhoidon muotojen puutteellisuudesta. (Lehto ym. 2011, 3047.) Potilaat saivat kivunlievitystä, mutta sen laatu ja annostelu olivat puutteellisia. Yleisenä kivunlievitysmuotona käytettiin kipulaastareita, joista saatava lievitys on hidasta. (Mustonen 2011, 35, 44.)

Lääkkeettömänä kivunlievityksenä hoitajat käyttivät läsnäoloa (Mustonen 2011, 35, 44). Kipuja voidaan lievittää lisäksi asentohoidon, kylmä- ja lämpöhoitojen, hieronnan, musiikin ja rentoutuksen avulla (Heikkinen ym. 2004, 56–57). Akuutin kivun kokemisen voimakkuuteen vaikuttaa potilaan geneettiset sekä eri leikkauksista johtuvat tekijät. Iho on tärkein kipua aistiva elin ja hermot, aivokalvot ja luukalvo ovat kipuherkkiä. (Haan-

pää, Kalso & Vainio 2009, 278, 281.) Kipulääkityksen riittämättömyys ER-potilailla koetaan ongelmalliseksi. Kivun lievityksen tulisi olla tehokasta ja oleellinen osa hoitoa. (Koivula 2011.)

4.2.5 Lääkehoito ja tutkimukset

Antibioottien käyttö kuolevalle potilaalle on eettisesti ongelmallista ja aiheuttaa keskustelua lääkäreiden keskuudessa. Useat infektiot aiheuttavat kipua kuolevalle potilaalle, jolloin antibiooteilla on oireita lievittävä tarkoitus ja käyttö perusteltua. Elämän loppuvaiheessa on yleistä kehon lämpötilan ja tulehdusarvojen nouseminen eikä antibiooteista ole yleensä hyötyä henkeä uhkaavien infektioiden hoidossa. (Vainio & Hietanen 2003, 373; Hänninen 2006, 63.) Moni potilas elämän loppuvaiheen hoidossa kuolee infektiioon, jolloin päätös antibiootihoidon aloittamisesta ilman selkeää syytä on eettisesti haasteellista. ER-potilaalla päätös antibiootihoidon aloittamisesta tulee perustua lääkärin tekemiin hoidonlinjauksiin sekä potilaan hoitotahtoon. (Hänninen 2006, 64.) Viimeisenä elinvuorokautena 86 prosenttia potilaista saivat lääkkeitä, joista eniten käytettiin antibiootteja. Lisäksi potilaat saivat pahoinvointilääkkeitä, hengitystä helpottavia lääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä, sydämen toimintaan vaikuttavat lääkkeitä ja nesteenoisto-läkkeitä. (Mustonen 2011, 29.)

Neurokirurgisesta ER-potilaasta voidaan ottaa laboratoriotutkimuksia hoitolinjausten mukaisesti, esimerkiksi elektrolyyttitasapainoa seurataan rytmihäiriöriskin vuoksi (Hietanen & Vainio 2003, 374; Salmenperä ym. 2002, 46). Potilaan ennusteen ollessa lyhyt, ei ole perusteltua suorittaa toimenpiteitä tai antaa antibiootteja (Hietanen & Vainio 2003, 374). Viimeisen elinvuorokauden aikana verikokeita otettiin 84 prosentista potilaista. Niitä olivat muun muassa tulehdusarvo, perusverenkuva, nestetasapainoarvot, maksa-arvot ja verenhyytymistekijä. ER-päätös ei vaikuttanut laboratoriotutkimusten ottamiseen vaan niitä otettiin yhtä usein kuin muiltakin potilailta. EKG oli yleisin tutkimus viimeisenä elinpäivänä. (Mustonen 2011, 31.)

4.2.6 Omaisten huomioiminen

Vakava sairaus vaikuttaa koko perheeseen ja elämän loppuvaiheessa perhekeskeisyys yleensä korostuu. Potilaan ennusteen ollessa huono keskustelun tarve hoitohenkilökun-

nan kanssa lisääntyy. (Grönlund ym. 2008, 37, 66.) Omaiset tarvitsevat tietoa sairaudesta ja avoin kommunikaatio auttaa heitä selviytymään paremmin läheisen kuoleman jälkeen. Perhe tarvitsee ammattitaitoista henkilökuntaa tukemaan luopumisen prosessissa, jolloin hyvä suhde hoitajan ja omaisen välillä edesauttaa hoidon onnistumista. Emotionaalinen tuki hoitohenkilökunnalta on tärkeää potilaalle ja omaisille. (Vainio & Hietanen 2003, 164, 269; Grönlund ym. 2008, 37.) Läheisiä rohkaistaan osallistumaan hoitoon ja olemaan potilaan luona mahdollisimman paljon (Heikkinen ym. 2004, 71–72). Henkistä tukea tarjottiin seitsemälle prosentille potilaista ja kahdeksantoista prosenttia omaisista oli läsnä potilaan kuollessa (Mustonen 2011, 32).

Omaiset ovat nykyään valveutuneita sekä osallistuvat läheisensä hoitoon ja hoidonlinjauksen tekoon. Neurokirurgisella vuodeosastolla omaisten kanssa keskustelu ja kuunteleminen ovat yksi tärkeimmistä asioista. (Vihanto 2011.) Hoitajien tulee varautua omaisten kysymyksiin lääkärin tapaamisen jälkeen (Vuorinen 2011). Omaiset kyselevät hoitajilta paljon asioita, joten on tärkeää, että hoitaja tietää mitä omaisille on kerrottu asiasta aikaisemmin. Tiedon tulee olla samanlaista hoitajilta ja lääkäreiltä. Omaisten on hyvä saada myös hoitajien näkemys asiasta. (Koivula 2011.)

Potilaan omaisten osallistuminen hoitoon ei ole itsestäänselvyys eikä välttämättömyys hyvän loppuelämän hoidon toteutumiseksi. Kaikilla potilailla ei ole omaisia tai potilas ei halua ottaa omaisiaan mukaan hoitoon eivätkä kaikki omaiset ole valmiita osallistumaan siihen. (Heikkinen ym. 2004, 71–72.) Omainen saattaa jäädä kantamaan vastuuta tai syyllisyyttä potilaan hoidossa tehdyistä ratkaisuista. Tämä vuoksi on tärkeää korostaa omaisille, että lääkäri on lopullisessa vastuussa hoitopäätöksistä. (Vainio & Hietanen 2003, 369.) Omaiset ovat lähes poikkeuksetta samaa mieltä tehdystä ER-päätöksestä, mutta ovat järkyttyneitä siitä, että lääkäri toteaa potilaan tilan olevan erittäin huono. Omaisille tulee kertoa rehellisesti potilaan todellinen tila ja ennuste sairaudesta paranemisesta. Yhteydenpito omaisiin on tärkeää, koska he eivät välttämättä ole fyysisesti paikalla. (Helén 2011.)

5 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Sen tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistämisen. Tuotokseen painottuvaan opinnäytetyöhön kuuluu raportin lisäksi tuotos, joka on kirjallinen. Opinnäytetyön aihe on hyvä olla työelämästä, jolloin se tukee ammatillista kasvua ja liittyy myös koulutusohjelman opintoihin. (Vilka & Airaksinen 2004, 9-10, 16, 65.)

5.1 Hyvän ohjeen kriteerit

Tekstin ja kuvien asettelu paperille on hyvän ohjeen lähtökohta. Visuaalisen ulkoasun avulla lukija saadaan kiinnostumaan ohjeesta ja se parantaa sisällön ymmärrettävyyttä. (Loiri & Juholin 2002, 32–33; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 53.) Tuotoksen kannalta on oleellista tehdä selkeät kokonaisuudet, jotka näkyvät jokaisella sivulla. Otsikoilla, väreillä ja viivoilla luodaan yhtenäisyyttä ja havainnollistetaan ohjeen ulkoasua. (Toikkanen 2003, 39.) Kirjasinkoko, tiheys, tummuusaste ja asettelu ovat ulkoasun oleellisimpia tekijöitä (Teirilä & Jyväskylä 2001, 116–117). Erilaiset vaihtelut työn ulkoasussa tehostavat asian ymmärtämistä ja luovat hyvän kokonaisuuden (Huovila 2006, 35).

Kansilehden tulisi tarjota tärkeimmät tiedot ohjeesta, koska se huomioidaan ensimmäisenä työssä (Teirilä & Jyväskylä 2001, 120). Pääotsikko ilmaisee ohjeen sisältöä selkeästi, jonka perusteella lukija yleensä päättää tekstin lukemisesta. Lyhyet ja ytimekkäät otsikot on helppo ymmärtää ja lukea nopeasti. Tämä edellyttää sen erottumista muusta tekstistä. (Parker 1998, 33, 51.) Kirjasinkokoja 9 -12 pidetään sopivana tekstissä ja otsikoissa käytetään yleensä suurempaa kokoa (Toikkanen 2003, 33). Eräs vaihtoehto on valita yksi kirjasintyyppi, jonka kokoa muuttamalla ilmaistaan asian tärkeys (Huovila 2006, 94). Groteskia kirjasintyyppiä voi käyttää lyhemmissä tekstikokonaisuuksissa, jolloin täytyy käyttää mahdollisimman suurta riviväliä. (Toikkanen 2003, 40–42). Valitsimme tuotokseen Reference Sans- kirjasintyyppin, koska se on erilainen ja selkeä lukea. Olemme korostaneet otsikkoja isolla kirjasinkoolla ja jokainen alkaa uudelta sivulta selkeyden vuoksi.

Tekstiä täydentävät kuvat lisäävät ohjeen kiinnostavuutta ja ovat ensisijaisesti tarkoitettu tarkentamaan tietoa (Teirilä & Jyväsjärvi 2001, 116–117). Tuotoksessa on käytetty hyväksi tyhjän tilan luomaa kontrastia, sillä aiheemme ei vaadi välttämättä kuvia. Yksi aliarvostetuimmista elementeistä suunnittelussa on tyhjän tilan käyttö (Parker 1998, 89). Yhdellä kuvalla voi olla monta merkitystä. Kuva voi olla symbolinen, jolloin kuva tuo tekstiin uuden näkökulman. (Loiri & Juholin 2002, 52–53.) Tuotoksemme kansisivu kuva on otettu auringonlaskusta, joka kuvaa symbolisesti elämän loppuvaihetta ja toivoa paremmasta. Kuvan avulla pyrimme herättämään lukijan kiinnostuksen ja pohtimaan omaa kantaansa aiheeseen.

Väri kertoo tahallisesti tai tahattomasti kohteestaan jotain (Loiri & Juholin 2002, 112). Väreillä on tunneperäisiä vaikutuksia ja ihmiset reagoivat niihin eri tavoin (Parker 1998, 160). Musta väri viestii kuolemaa ja valtaa, mutta myös taipumattomuutta ja kohtaloa. Oranssi kertoo turvallisuudesta, mukavuudesta ja onnellisuudesta. Sininen väri kuvastaa uskoa, taivasta ja harkitsevaisuutta. (Huovila 2006, 45–46.) Tuotoksemme värit ovat musta, sininen ja oranssi, koska valitsemamme kuva sisältää kyseiset värit sekä symboliikka sopii aiheeseen. Väreistä saadaan mahdollisimman suuri hyöty, kun niitä käytetään harkiten (Parker 1998, 158). Erilaiset tehokeinot painottavat ja korostavat asian tärkeyttä (Huovila 2006, 115). Valitsimme tuotokseen mustat kehykset, joilla hallitsemme tyhjää tilaa ja korostamme tekstiä. Valitut kehykset ovat asialliset ja väri sopii työmme muihin väreihin.

5.2 Tuotoksen sisältö

”Käytännön hoitotyön tarpeet ja pulmat ovat ohjeen kirjoittamisen lähtökohta” (Torkkola ym. 2002, 35). ”Mitä rajatumpi on lukijaryhmä, sen erikoistuneempi julkaisu voi olla” (Loiri & Juholin 2002, 10). Koska ohje tulee sairaanhoitajille, tekstissä on sairaanhoidollisia ilmauksia. Teimme ohjeen perustuen aiempaan tutkittuun tietoon ja kirjallisuuteen. Tuotoksen sisältö perustuu teoreettiseen lähtökohtaan. Asiantuntijahaastattelussa hoitajat toivoivat tuotokselta seuraavia asioita: yksiselitteiset ohjeet laboratoriotestien, lääkityksen, röntgenin ja fysioterapian taholta – näihin kaikkiin lääkärin tulisi ottaa kantaa ER-päätöstä tehdessään. Lisäksi hoitajat toivoivat juridista puolta ER-päätöksestä, saattohoidon ja ER-päätöksen eroavaisuuden sekä hoitotahdon määrittelyn. Hoitajat toivoivat konkreettista hoitotoimien ohjeistusta käytännön hoitotyön kannalta.

Ohjeessa tulisi olla perusasiat, jotka kuuluvat ER-potilaan hoitotyöhön ja selkeät määrittelyt osastolla käytettävistä käsitteistä. (Koivula, Vihanto & Vuorinen 2011.)

Ohje sisältää määrittelyn siitä, mitä laki määrää ER-potilaan hoidosta, yleisimpiä käsitteitä aiheesta ja ER-päätöksen merkityksen. Lisäksi ohjeessa käsitellään neurokirurgisen potilaan hyvää hoitoa, saattohoito- ja ER-päätöksen eroa sekä hoitotahtoa. Lopussa on koottuna tärkeitä yhteystietoja, viitteitä lisätietoihin ja ohjeentekijöiden nimet. Tavoitteenamme on helpottaa potilaan hoitoa käytännössä, jonka toivomme paranevan hoitohenkilökunnan tietäessä asioiden tarkat merkitykset. ER-potilaan hoito on koettu hankalaksi, joten ohje on tarpeellinen käytännön hoitotyölle.

Päivitys- ja tekijätiedoista selviää ohjeen tekijät ja päivityspäivämäärä, joka palvelee ohjeen käyttöä. Ohje muuttuu käytännön hoitotyössä, jossa sen toimivuus selviää. (Torkkola ym. 2002, 45–46.) Tuotosta ei laiteta Theseukseen, sillä kukaan ei päivitä työtä siellä. Neurokirurgisella vuodeosastolla ohjetta tulee päivittää tasaisin väliajoin, jolloin taataan turvallinen ja ajantasaisin tieto.

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Etiikka kulkee mukana koko prosessin aikana aiheen valinnasta tuloksiin asti. Muun muassa tutkittavan kohteen ja menetelmän valinta, aineiston hankinta, käsittely ja tiedon luotettavuus sekä tutkittavien kohtelu ovat asioita, joita täytyy tarkastella eettisestä näkökulmasta. Laki ja eettiset ohjelimat ohjaavat tutkimuseettistä prosessia, kuitenkin jokainen on vastuussa tekemästään julkaisusta. (Kuula 2006 11, 21.)

Etsiessä tietoa täytyy pyrkiä lähdekriittisyyteen. Kirjoittajien tunnettavuuteen, lähteen ikään ja alkuperään, uskottavuuteen sekä julkaisijan puolueettomuuteen tulee kiinnittää huomiota lähettä arvioitaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109–110.) Työsämme lähteet ovat 2000-luvulta, lukuun ottamatta muutamia teoksia, joista ei ole olemassa uudempaa kirjallisuutta. Tällöin niiden käyttö on perusteltua työn kannalta. Lähteiden alkuperä on luotettava, koska kirjoittajat ovat alansa asiantuntijoita ja osa heistä on julkaissut useita teoksia. Lähteiden julkaisijat ovat tunnettuja lääke- ja hoitotieteellisiä tahoja sekä suurten kustantamoiden teoksia. Olemme hyödyntäneet monia työmme aiheeseen liittyviä tutkimuksia, jotka tukevat kirjallisuudesta löydettyä tietoa.

Englanninkielisten lähteiden suomentaminen on saattanut vaikuttaa luotettavuuteen, koska englanninkieli tutkimuksissa on ollut haasteellista. Lähteiden suomentamisessa olemme käyttäneet apuna sanakirjaa. Ulkomaisten tutkimusten tuloksia ei voi suoranaisesti yleistää suomalaisen sairaanhoitoon, koska kulttuuri ja hoitokäytännöt vaihtelevat eri maissa. Tästä syystä olemme pitäneet luotettavampina suomalaisia tutkimuksia. Plagioinnilla tarkoitetaan jonkun toisen julkaiseman tekstin luvaton lainaamista. Se voi olla jonkun toisen artikkelin, tutkimussuunnitelman tai muun tekstin tai sen osan esittämistä omanaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.) Olemme soveltaneet käytettyjä lähteitä työmme kannalta ja ne on asianmukaisesti merkitty tekstiin sekä lähdeluetteloon. Työmme tarkistetaan Urkund- plagioinnin tunnistusohjelmalla, joka takaa tutkimuseettisen lähteiden käytön.

Henkilötietolaki turvaa yksityisyyden käsiteltäessä henkilötietoja. Tutkittava päättää itse mitä tietoja antaa tutkimuksen käyttöön. (Kuula 2006, 80.) Olemme haastatelleet tutki-

mukseen osastolla työskenteleviä hoitajia ja lääkäriä asiantuntijoina. Haastatteluista saatua materiaalia on käytetty pelkästään opinnäytetyöhön ja auki kirjoitetut haastattelut sekä nauhoitukset poistetaan työn valmistuttua. Haastatteluista muodostuneet lähteiden sisällöt on lähetetty haastateltaville, jolloin he voivat tarkistaa antamansa tietojen tarkoituksenmukaisuuden. Taiteellinen tuotos voi olla tekijänoikeuden kohteena, koska ne on suojattu tekijänoikeuslailla. Teoksen luojalla on oikeus päättää sen käytöstä. (Torkkola ym. 2002, 40–41; Kuula 2006, 68.) Kuvan ottajalta on saatu lupa kuvan käyttöön ja se on merkitty asianmukaisesti työhön.

6.2 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön aihe valittiin helmikuussa 2011, jonka jälkeen aloimme etsiä teoriaa mahdollisimmin kattavasti eri lähteistä. Teoriaosan rajaaminen tuotti alussa ongelmia ja muokkaus oli aikaa vievää. Etsimme jatkuvasti uutta teoriaa opinnäytetyöhömmä ja lisäsimme sitä aiemmin löydetyn teorian tueksi. Päädyimme työn kannalta hyvään lopputulokseen, sillä teoriaosasta tuli kattava ja saimme rajattua pois epäoleellisen tiedon. Parhaiten työmme edistyi syksyllä 2011 hyvän aikataulutuksen avulla. Asiantuntijahaastattelut venyivät syksyyn tutkimuslupaann tarvittavan suunnitelman hyväksynnän saamisen takia. Ehdimme kuitenkin muokata haastatteluista saadun teorian tiedon ja käyttää sitä hyödyksi opinnäytetyön teoreettista lähtökohtaa kirjoittaessamme. Tuotokseen painotuvan opinnäytetyön teoriaa kirjoitimme samaan aikaan teoreettisen lähtökohdan kanssa ja muokkasimme molempia osioita tasaisesti. Aikataulussa olemme pysyneet hyvin, otimme huomioon pitkät harjoittelujaksot ja yritimme työstää opinnäytetyötämme mahdollisimman paljon lomilla ja muuna vapaa-aikana.

Teimme tuotoksen teoriaosaan pohjautuen ja käytimme hyvän ulkoasun kriteerejä sitä tehdessämme. Ensimmäinen versio tuotoksestamme valmistui lokakuussa 2011, sen jälkeen olemme muokanneet sitä sen nykyiseen muotoon. Keksiessämme idean kansikuvasta selkeni tuotoksen ulkoasu yksinkertaiseksi ja aihetta kuvaavaksi. Otimme työelämän toiveet tuotoksen teossa huomioon ja kysyimme osaston mielipidettä sisällöstä, joten uskomme työn hyödyttävän heitä käytännön hoitotyössä.

Yhteistyömme oli mutkaton ja työskentelimme suurimman osan ajasta yhdessä. Olemme entuudestaan tehneet paljon ryhmätöitä, mikä helpotti yhteistyötämme. Työstä tuli

monipuolisempi, koska molemmat toivat omat mielipiteensä asioihin ja tarkastelimme ER-potilaan hoitoa eri näkökulmista. Prosessin aikana pohdimme paljon eettisiä kysymyksiä, kuten eutanasiaa nyky-yhteiskunnassamme ja omaa suhtautumista työmme teoreettisiin lähtökohtiin. Motivoimme toisiamme prosessin eri vaiheissa, joka auttoi työn etenemisessä. Ohjaavan opettajan neuvojen avulla pääsimme työssä eteenpäin ja saimme uusia näkökulmia tiedon ilmaisemiseen sekä rajaamiseen. Ohjausaikojen saaminen oli välillä hankalaa aikataulujen yhteensopimattomuuden vuoksi. Olemme kuitenkin tyytyväisiä saamaamme ohjauksen määrään, koska se on ollut monipuolista ja olemme pystyneet hyödyntämään sitä pitkälläkin aikavälillä. Työelämäyhteishenkilön kanssa yhteydenpito on sujunut vaihtelevasti. Asiantuntijahaastatteluiden järjestäminen oli joustavaa ja saimme haastatteluista paljon hyödyllistä tietoa.

Aiheena työmme on ajankohtainen ja teoreettinen viitekehys kattava. Tästä aiheesta ei ole aikaisemmin tehty opinnäytetöitä ja tutkimustietoa tarvitaan enemmän. Tämän vuoksi koemme työmme hyödylliseksi ja hyvin onnistuneeksi. Opimme käytännön ja teorian kannalta neurokirurgisen ER-potilaan hoitotyöstä sekä ongelmakohtista elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen. Myös opinnäytetyöprosessi selkiytyi ja saimme lisää kokemusta yhteistyöstä eri tahojen kanssa. Eettisyyden huomioiminen ER-potilaan hoitotyössä ja elämän loppuvaiheen hoidon eri käsitteiden eron ymmärtäminen takaa potilaalle oikeanlaisen hoidon.

Huomasimme prosessin aikana käytännön ja teorian ristiriitaisuuden. Periaatteessa saattohoito ja ER-päätös ovat määritelty selkeästi eivätkä niiden hoitolinjausten suhteen tulisi olla epäselvyyttä. Kuitenkin potilaat neurokirurgisella vuodeosastolla ovat niin huonokuntoisia, että käytännössä ER-päätös tarkoittaa saattohoitoa. Osasto on akuutti-osasto, jossa ei asiantuntijahaastattelun mukaan tehdä saattohoitopäätöksiä eikä siellä ole saattohoitopotilaita. Eri hoitovaihtoehtoja kuitenkin punnitaan riippuen siitä, hyötykö potilas esimerkiksi annetusta kuntoutuksesta eikä sitä anneta yleensä osastolla tajuttomille potilaille. Tämä aiheuttaa ristiriitaa ohjeiden suhteen, koska ER-päätös rajaa vain elvytyksestä luopumisen, se ei tarkoita ettei potilaalle tehtäisi enää aktiivisia hoitoja. Lähes poikkeuksetta ER-potilaille tehdään myös muita hoidonlinjauksia, jotka tulisi olla paremmin kirjattuna potilasasiakirjoihin. Hoidonlinjauksien epäselvyys tai puutteellisuus tekee käytännön hoitotyöstä haastavaa.

Neurokirurgisella vuodeosastolla on omat ohjeet ER-päätöksestä, kuitenkin osa hoitajista ei tiennyt osastokohtaisten ohjeiden olemassaolosta. Hoitohenkilökunnalla on jonkinasteinen teoretieto ER-päätöksestä, mutta hoito on epäselvää suurimmalle osalle. Osaston sisällä olevat ristiriitaiset tiedot ER-potilaan hoidosta ja hoitopäätöksistä hankaloittivat työn ja tuotoksen tekoa. Koimme vaikeaksi tehdä yksityiskohtaisia ohjelinjauksia ER-potilaan muusta hoidosta, josta olisi hyötyä osastolla. Yleistäminen ei kuitenkaan ole mahdollista, koska hoidonlinjaukset ovat yksilöllisiä ja aina lääkärin vastuulla. Olisi helpompaa, jos hoitohenkilökunta sopisi keskenään yhteisistä linjauksista ja kirjaamisesta osaston sisällä, sillä ulkopuolisen on vaikeaa puuttua osaston sisäisiin ongelmiin. Tämä helpottaisi myös hoitohenkilökunnan tekemää hoitotyötä. Selkeät ohjeet ja niiden noudattaminen ER-potilaalle tehtävistä hoitotoimenpiteistä tekisivät hoidosta potilaslähtöisempää. Olemme tehneet teoretiedon perusteella mahdollisimman hyvän tuotoksen.

Lääkäreiden ja hoitajien tulisi toimia yhteistyössä ja molempien tulisi panostaa elämän loppuvaiheen hoidon ja hoidonlinjausten asianmukaiseen ja selkeään kirjaamiseen. Hoitajat kokivat lääkäreiden kirjaamisen puutteellisena ja päätöksen kirjaamisen tapahtuvan viiveellä. Tämä nähtiin ongelmana hoidon jatkuvuudelle. Hoitajat eivät halua olla vastuussa kuulopuheena saaduista tiedoista, jos lääkärit eivät suoraan ilmoita miten potilasta tulisi hoitaa. Toisen työn kunnioittaminen on yksi ammattieettisistä lähtökohdista ja helpottaa yhdessä työskentelyä. Avoin keskustelu hoitohenkilökunnan välillä hoitopäätöksistä parantaisi yhteistyötä ja sitä kautta hoidon parantumista eikä ER-potilaan hoito olisi enää niin ongelmallista.

6.3 Kehittämishaasteet

Jatkotutkimusehdotuksena olisi hyvä tutkia asenteita elvytyskieltoon, miten hoitohenkilökunta ymmärtää ER-päätöksen sekä tutkia lääkäreiden ja hoitajien yhteistyötä ER-potilaan hoitotyön kannalta. Osastoa hyödyttäisi ohje siitä, mitä vainajalle tapahtuu kuoleman jälkeen ja mitä käytännön asioita sairaanhoitajan täytyy tehdä. Rajasimme itse tästä työstä kuoleman jälkeiset tapahtumat pois. ER-potilaan hoidosta tulisi järjestää koulutuksia, niin hoitajille kuin lääkäreillekin. Erityisesti hoitohenkilökunta kokisi koulutuksen olevan hyödyllinen käytännössä ilmenneiden ongelmien vuoksi, jolloin asioiden yksinkertaistaminen ja konkreettinen ohjeistus olisi tärkeää.

Tätä työtä voitaisiin käyttää hoitotyön opiskelijoiden etiikan opetuksessa, sillä tulevan hoitajan täytyy nähdä asioiden eri näkökulmat ja tiedostaa eettisyys niiden takana. Koska ihmisten odotettu elinikä on noussut, sairaudet sekä hoitokeinot tulevat olemaan kehittyneitä ja haasteellisia. Sairaanhoitajan tulee osata pohtia elämää pidentävien hoitojen tarkoituksenmukaisuutta ammatissaan.

LÄHTEET

Chang, Y., Huang, C-F. & Lin, C-C. 2010. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in intensive care. *Nursing ethics* 17/2010, 445-455.

End of life care: an ethical overview. 2005. Center for bioethics. University of Minnesota. Luettu 25.9.2011. http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf.

ETENE. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2004. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. Työryhmäraportti. ETENE-julkaisuja 8.

ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden eettinen neuvottelukunta. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy. Luettu 22.2.2011. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf.

Flygar, M. 2008. Hoitotahto – kenen tahto? *Lääkärilehti* 35/2008, 2766 – 2768.

Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S & Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry.

Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito, haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Helén, P. Osastonylilääkäri. 2011. Haastattelu 27.9.2011. Haastattelijat Palin, H. & Rinta-Halkola, E. Litteroitu. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Neurokirurgian vuodeosasto.

Hemphill, J., Morgenstern, L., Resnicow, D., Sanchez, D. White, D. & Zahuranec, D. 2010. Do-not-resuscitate orders and predictive models after intracerebral hemorrhage. *Neurology* 2010/75, 626-633

Hildén, H-M. 2005. Making decisions in the face of death. Physicians' and nurses' views of end- of- life decision-making and patient participation. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Hinkka, H., Kosunen, E., Metsänoja, R., Lammi, U-K. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2001. To resuscitate or not: a dilemma in terminal cancer care. Luettu 25.9.2011. <http://www.sciencedirect.com.elib.tamk.fi/science/article/pii/S0300957200003671>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huovila, T. 2006. ”look” visuaalista viestisi. Helsinki: Inforviestintä OY.

Hänninen, J. (toim.). 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2011. DNR vai AND? Suomen lääkäri-lehti 41/2011, 3004.

Ikola, K. 2007. Elvytys ja elvytetyn hoito. 1. Painos. Helsinki: Duodecim.

Jevon, P & Walton, E. 2009. Do not attempt resuscitation decisions. Teoksessa Care of the Dying and Deceased Patient : A Practical Guide for Nurses. Hoboken, USA: Wiley-Blackwell, 69-87. Luettu 10.8.2011. <http://site.ebrary.com.elib.tamk.fi/lib/tamperepoly/docDetail.action?docID=10342789&p00=resuscitate>.

Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgren-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Koivula, A. Sairaanhoidaja. 2011. Haastattelu 29.9.2011. Haastattelija Rinta-Halkola, E. Litteroitu. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Neurokirurgian vuodeosasto.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Potilaan oikeuden ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.

Kranidiotis, G., Gerovasili, V., Tasoulis, A., Tripodaki, E., Vasileiadis, I., Magira, E., Markaki, V., Routsis, C., Pregates, A., Kyprianou, T., Clouva-Molyvdas, P-M., Georgiadis, G., Floros, I., Karabinis, A., Nanas, S. 2010. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. Critical Care 2010/14.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Lehto, J., Mustonen, L., Vinkanharju, A. & Pessa, K. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalassa saattohoitopäätöksiä? Suomen lääkäri-lehti 41/2011, 3046-3047.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Loiri, P. & Juholin, E. 2002. Huom! Visuaalisen viestinnän käsikirja. 3.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Lääkärin eettiset ohjeet. Lääkäriliitto. Päivitetty 29.9.2005. Luettu 28.1.2012. http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/eettinen_ohje.html.

Mustonen, L. 2011. Saattohoito Hyvinkään sairaalassa. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Johtaminen perhetyössä ja perhehoitotyössä. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Mäkipeura, J., Meretoja, T., Virta-Helenius, M. & Hupli, M. 2007. Sairaanhoidaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Hoitotiede 3/2007, 152–162.

- Nuutinen, L. Eettiset kysymykset anestesiologiassa ja teho-hoidossa. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Parker, R. 1998. Hyvältä näyttää. Espoo: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Randell, T. & Katila, A. 2006. Neurokirurgisen potilaan nestehoito. Teoksessa Nestehoito. 1.painos. Alahuhta, S., Ala-Kokko, T., Kiviluoma, K., Pertiilä, J., Ruokonen, E. & Silfvast, T. Helsinki: Duodecim.
- Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2011. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 19.12.2011. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Sarvimäki, A. & Stenblock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Seppänen, A. 2009. Saako aika jo loppua? Suomen lääkäri-lehti 20/2009, 1838-1841. Luettu 11.3.2011. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SL202009-1838.pdf>.
- Soinila, S., Kaste, M., Launes, J. & Somer, H. 2001. Neurologia. 1.painos. Helsinki: Duodecim.
- Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731.
- Teirilä, M. & Jyväsjärvi, E. 2001. Tutkielmantekijän työkirja. Helsinki: Finn Lectura Oy.
- Toikkanen, R. 2003. Tyylikäs julkaisu. Painotyön ja verkkosivujen suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 13.2.2012. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/loukkaukset.html.
- Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. 2. uudistettu painos. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2011. Päätös elvyttämättä jättämisestä. Luettu 26.9.2011.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta.

Varpula, M., Skrifvars, M. & Varpula, T. 2006. Milloin en yritä elvyttää? Duodecim. Luettu 4.5.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96143.pdf>.

Vihanto, S. Sairaanhoitaja. 2011. Haastattelu 27.9.2011. Haastattelijat Palin, H. & Rinta-Halkola, E. Litteroitu. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Neurokirurginen vuodeosasto.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

von Gunten, C. 2003. Discussing Do-Not-Resuscitate Status. American Society for Clinical Oncology. Journal of Clinical Oncology 21 (9), 20-25. Luettu 25.9.2011. http://jco.ascopubs.org/content/21/9_suppl/20.full.

Vuorinen, M. Sairaanhoitaja. 2011. Haastattelu 27.9.2011. Haastattelijat Palin, H. & Rinta-Halkola, E. Litteroitu. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Neurokirurgian vuodeosasto.

LIITTEET

Gasgow'n kooma-asteikko

	Pisteet	Reaktiot	Toiminta
Silmien avaus	4	Spontaani	Pitää silmänsä auki, katselee.
	3	Puheeseen	Avaa silmät pyydettäessä.
	2	Kipuun	Avaa silmät kipuarstykselle tai hoitotoimenpiteille.
	1	Ei reaktiota	Ei avaa silmiä.
	C	Silmäluomet ovat turvonneet umpeen.	-
Puhevaste	5	Asiallinen tai selkeä	Asiallinen ja orientoitunut.
	4	Sekava	Vastaa sekavasti, kuitenkin lauseella.
	3	Sanoja	Puhuu yksittäisiä sanoja sekavasti.
	2	Ääntelyä	Puheesta ei saa selvää, äänтелеe.
	1	Ei ääntä	Ei puhevastetta.
	T	Potilas on intuboitu tai trakeostomoitu.	-
Liikevaste	6	Noudattaa kehotuksia.	Liikuttaa pyydettäessä raajojaan.
	5	Paikallistaa tai torjuu kivun.	Paikallistaa ja pyrkii torjumaan kipuarstyksen.
	4	Fleksio kivulle	Koukistaa raajojaan symmetrisesti kipuarstykselle.
	3	Abnormi fleksio	Koukistaa tai jäykistää raajojaan epäsymmetrisesti kipuarstykselle.
	2	Ekstensio kivulle	Ojentaa raajojaan kipuarstykselle.
	1	Ei liikettä	Ei kipuvastetta.

Haastattelukysymyksiä sairaanhoitajille

1. Saako teitä mainita opinnäytetyössä lähteenä eli asiantuntijana aiheesta?
2. Mitä eroa on saattohoidolla ja ER-potilaan hoitotyöllä? Lähteissä ristiriitaista tietoa – toisessa ER-päätöksellä siirrytään saattohoitoon, toisessa ei. Ovatko ne keskenään kuitenkin eriäviä hoitotapoja? Onko osastolla erikseen saattohoito- ja ER-päätökset? Onko käsitteet vaikea erottaa päivittäisessä hoitotyössä?
3. Mitä lyhennettä käytätte ei resuskitoida -päätöksestä? Onko se yleisesti käytössä osastollanne?
4. Kertokaa ER-potilaan hoitotyön käytännöistä osastollanne? Mitä mieltä olette niistä? (Esim. lääkehoito, tutkimukset, hoitotyö, ongelmakohtat?) Tehdäänkö hoidossa joitain poikkeuksia verraten muiden potilaiden hoitoon?
5. Mikä teidän mielestänne on haastavaa ER-potilaan hoitotyössä?
6. Koetaanko ER-päätös osastolla eettisenä ongelmana? Kuinka siihen suhtaudutaan? Miten se näkyy käytännössä?
7. Miten potilaat ja omaiset reagoivat ER-päätökseen? Juttelevatko hoitajat potilaille ja omaisille päätöksestä ja sen herättämistä tunteista? Mitä valmiuksia hoitajilla on kohdata potilaita ja omaisia?
8. Miten valmistaudutte potilaan lähestyvään kuolemaan potilaan kannalta? Entä itsenne kannalta?
9. Onko osastolla tarjota esim. koulutusta ER-päätöksestä henkilökunnalle? Olisiko sellaiselle tarvetta?
10. Ottavatko hoitajan kantaa siihen, pitäisikö potilaalle tehdä ER-päätös?
11. Miten kirjaaminen ER-päätöksestä toteutuu? Mitä asioita siitä kirjataan?
12. Miten potilaan oma hoitotahto huomioidaan ja miten se näkyy käytännössä? Onko sellaisia tilanteita, että täytyy toimia potilaan tahdon vastaisesti, mitä ne tilanteet ovat olleet?
13. Millaisen tuotoksen haluaisitte? Millainen olisi hyvä sisältö?

Haastattelukysymyksiä lääkärille

1. Saako teitä mainita opinnäytetyössä lähteenä eli asiantuntijana aiheesta?

(jatkuu)

2. Mitä eroa on saattohoidolla ja ER-potilaan hoitotyöllä? Lähteissä ristiriitaista tietoa – toisessa ER-päätöksellä siirrytään saattohoitoon, toisessa ei. Ovatko ne keskenään kuitenkin eriäviä hoitotapoja? Onko osastolla erikseen saattohoito- ja ER-päätökset? Onko käsitteet vaikea erottaa päivittäisessä hoitotyössä?
3. Mitä lyhennettä käytätte ei resuskitoida – päätöksestä? Onko se yleisessä käytössä? Entä kansallisella tasolla?
4. Kertokaa ER-potilaan hoitotyön käytännöistä osastollanne? Mitä mieltä olette niistä? (Esim. Lääkehoito, tutkimukset, ongelmakohdat?) Miten parantaisitte käytäntöjä ja hoidon linjauksia?
5. Onko ER-päätös eettinen ongelma? Miten suhtaudutte siihen itse?
6. Onko olemassa potilasryhmää, jolle tehdään ER-päätöksiä useimmiten? Entä kansallisella ja kansainvälisellä tasolla? Millaisille potilaille niitä tehdään teidän osastollanne?
7. Löysimme lähteistä että on olemassa puolikkaita ER-päätöksiä. Miten ne eroavat ”kokonaisista” ER-päätöksistä esimerkiksi hoidon linjauksen kannalta? Saako puolikkaita päätöksiä tehdä ja kuinka yleisiä ne ovat?
8. Hoidetaanko ER-potilaat kuolemaan asti osastolla vai siirretäänkö heidät muualle hoitoon esim. saattohoitokotiin? Jos siirretään, millä perusteella?
9. Miten kehittäisitte ER-päätöksen tekoa Suomessa? Tulisiko päätösten olla esim. hoitajaksokohtaisia?
10. Miten koette ER-päätöksen tekemisen? Koetteko sen helpoksi? Mikä siinä on haastavaa? Miten teette päätöksen?
11. Minkä kuntoisia ER-päätöksen saaneet potilaat ovat?
12. Miten potilaat ja omaiset suhtautuvat ER-päätökseen? Miten hoitokäytännöt tehdään heille selväksi?
13. Ottavatko potilaat itse puheeksi ER-päätöstä?
14. Miten paljon hoitajat osallistuvat ER-päätöksen tekoon?
15. Miten kirjaaminen ER-päätöksestä toteutuu? Mitä asioita ER-päätöksestä kirjaetaan?
16. Miten huomioitte potilaan hoitotahdon? Joudutteko tekemään päätöksiä vastaan potilaan tahtoa? Millaisia ne tilanteet ovat olleet?
17. Onko teillä kuvia, joita saisimme käyttää?
18. Voimmeko käyttää luentojanne lähteinä?

Tutkimukset ja tutkimusartikkelit

Tutkimuksen tekijä ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja -kohde	Tutkimustulokset
<p>Chang, Y., Huang C-F. & Lin C-C. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in intensive care. 2010.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia tämänhetkisiä ER-käytäntöjä ja niiden vaikutusta elämää ylläpitäviin hoitoihin kriittisesti sairailta potilailla kahdessa taiwanilaisessa tehosastossa.</p> <p>Tutkimuksen tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verrata elämää tukevien hoitojen käyttöä ER-päätösten omaavien potilaiden ja niiden joilla ei ole sitä välillä. 2. Tutkia elämää tukevia hoitoja ennen ja jälkeen ER-päätöksen tekemistä. 3. Ottaa selville kliinisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat ER-päätöksen esille ottamiseen tehohoitoyksikössä Taiwanissa. 	<p>Kuvaileva ja vertaileva tutkimus.</p> <p>Tutkimuskohteina olivat taiwanilaiset tehohoito-potilaat.</p> <p>n =202</p>	<p>- Viimeisen 48 tunnin elinaikana potilaat, joilla oli ER-päätös, saivat epätodennäköisimmin elämää ylläpitäviä hoitoja kuin ne joilla ei ollut ER-päätöstä.</p> <p>- Ikä, naimattomuus, aikuisen lapsen läsnäolo päätöksenteon korvikkeena, koettu kyvyttömyys selviytyä lopuksi kotiin teho-osastolta ja pitkä sairaalahoito teho-osastolla olivat merkittäviä ennusteita ER-päätöksen tekemisessä kriittisesti sairaille potilaille.</p>

<p>Hemphill, J., Morgenstern, L., Resnicow, D., Sanchez, D. White, D. & Zahuranec, D. Do-not-resuscitate orders and predictive models after intracerebral hemorrhage. 2010.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää tarkkuus yleisesti käytettävistä aivojen sisäisten vuotojen ennustavista malleista potilailla, joilla ei ole tehty ja on tehty aikaisia ER-päätöksiä.</p>	<p>Kvantitatiivinen.</p> <p>Tutkimuksessa vertailtiin kolmea mallia (ICH-tilanne, Cincinnati-malli ja ICH:n tasoasteikko) tarkkailtuun 30 päivän kuolleisuuden hyvinvointitestin avulla ja sen jälkeen aikaisin tehtyihin ER-päätöksiin.</p> <p>Tutkimukseen on saatu lähteitä spontaanista ICH-tapauksista väestölähtöisestä BASIC-projektista (= Brain Attack Surveillance in Corpus Christi) Texasista vuosilta 2000-2003 sekä ennakoivasta tutkimuksesta ICH-aikuispotilaista, jotka joutuivat ensiapupoliiklinikoille San Fransiscon yliopistolliseen sairaalaan tai yleissairaalaan vuosina 2001 - 2004.</p> <p>n=487</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaat, joilla oli aikaisemmin tehty ER-päätös, tarkkailtu 30 päivän kuolleisuus oli 83.5 %, kun mallien ennustettu kuolleisuus oli 64.8 %. - Potilaat, joille ei oltu tehty aikaista ER-päätöstä, tarkkailtu 30 päivän kuolleisuus oli 20.8%, kun mallien ennustettu kuolleisuus oli 26.6 %. - ICH:n diagnostisen mallin suorituskyky on merkittävästi vaikutuksille altis, kun se jaotellaan aikaisin tehtyihin ER-päätöksiin. Se voi antaa mahdollisesti väärän kuvan mallin paikkaansapitävyydestä, kun ER-statusta ei ole harkittu. - Lääkäreiden tulisi olla varovaisia soveltaessaan näitä ennustavia malleja yksittäiselle potilaalle.
---	--	---	---

<p>Hildén, H-M. Making decisions in the face of death. Physicians' and nurses' views of end- of- life decision-making and patient participation. 2005.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka lääkärit ja hoitajat käsittävät potilaan osallistumisen ja omat roolinsa elämän loppuvaiheen hoitoratkaisuissa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p> <p>Tutkimuskohteena ovat päätöksentekoon liittyvät käytännön tekijät ja päätöksenteon tilanne, potilaan autonomian periaate, lääkäreiden ja hoitajien työnjako sekä se, millä tavoin media vaikuttaa elämän loppuvaiheen hoitoratkaisusta käytävään keskustelun kontekstina ja toimijana.</p> <p>n= 1143</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elämän loppuvaiheen hoitoratakisuihin liittyi useita käytännön epäselvyyksiä ja hoitopäätöstilanne oli altis ristiriidoille. - Suurin osa lääkäreistä ja hoitajista käsitti potilaan autonomia päätöksenteossa keskeisimmäksi periaatteeksi, mutta sen toteuttaminen käytännössä tulkittiin eri tavoin ja eri diskurssien näkökulmistä. - Tilannetekijöiden ja kuolemaan liittyvän ahdistuksen vaikutus potilaan päätöksentekoon nousi tärkeäksi teemaksi.
--	--	--	--

<p>Hinkka, H., Kosunen, E., Metsänoja, R., Lammi, U-K. & Kellokumpu-Lehtinen, P. To resuscitate or not: a dilemma in terminal cancer care. 2001.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat ER-päätöksen tekemiseen.</p>	<p>Kvantitatiivinen Tutkimus tehtiin suomalaisissa sairaaloissa eri alojen lääkäreiden mielipiteistä ER-päätöksen tekemisestä. n= 1180</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 16 % kirurgeista, 10 % sisätautilääkäreistä, 19 % yleislääkäreistä ja 14 % onkologeista olisivat aloittaneet elvytyksen. - Alle 35- vuotiaista lääkäreistä 29 % aloitti elvytyksen. - 35-49-vuotiaista lääkäreistä 14 % aloitti elvytyksen. - Yli 49-vuotiaista lääkäreistä 13 % aloitti elvytyksen. - 13 % lääkäreistä, joilla oli terminaali-vaiheen hoidosta kokemusta olisivat aloittaneet elvytyksen. - 23 % lääkäreistä, joilla ei ollut terminaali-vaiheen hoidosta kokemusta, olisivat aloittaneet elvytyksen. - Lääkärit, jotka aloittivat elvytyksen olisivat negatiivisemmat asenteet elämää ylläpitäviin hoitoihin ja arvostivat enemmän elämän pituutta.
--	--	--	---

<p>Kranidiotis, G., Gerovasili, V., Tasoulis, A., Tripodaki, E., Vasileiadis, I., Magira, E., Markaki, V., Routsis, C., Pregates, A., Kyprianou, T., Clouva-Molyvdas, P.M., Georgiadis, G., Floros, I., Karabinis, A., Nanas, S. End-of-life decisions in Greek intensive care units. 2010.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää rajoitettujen elämää tukevien hoitojen yleisyys, tyyppi ja perustelut Kreikan teho-osastoilla. Siihen vaikuttivat kliiniset ja demografiset rajoitukset ja sukulaisten osallisuus päätöksen tekoon.</p>	<p>Tarkkaileva tutkimus.</p> <p>Tutkimus on tehty kahdeksalla moniammatillisella teho-osastolla. Tutkimuksessa tutkittiin kaikkia teho-osaston potilaita, jotka kuolivat lukuun ottamatta niitä, jotka olivat alle 48h osastolla tai olivat aivokuolleita.</p> <p>n = 306</p>	<p>- Potilaat, joiden hoito oli rajoitettu, olivat pitempään teho-osastolla ja sairaalassa. Heillä oli matalammat Glasgowin kooma-asteikon pisteet sairaalaan tullessa, korkeammat APACHE 2-pisteet 24h ennen kuolemaa ja heille myönnettiin todennäköisimmin neurologinen diagnoosi.</p> <p>- Potilaat, jotka saivat täyden hoidon saivat todennäköisimmin sydän- ja verisuonitai trauma diagnoosiin ja olivat enemmänkin kirurgisia potilaita.</p> <p>Pääasiat jotka vaikuttivat lääkäreiden päätökseen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potilaan saadessa täyden hoidon: sairauden parantaminen ja ennusteen epävarmuus. - Hoidon rajauksen yhteydessä: reagoimattomuus annettuihin hoitoihin. Akuutin tilanteen taustalla oleva krooninen sairaus. <p>Sukulaisten osallistuminen päätöksentekoon vaikutti 20 % tapauksissa ja oli toistuvaa, kun päätös koski täyden hoidon antamista.</p>
---	--	---	---

<p>Mustonen, L. Saattohoito Hyvinkään sairaalassa. 2011.</p>	<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa tietoa saattohoidon nykykäytänteistä ja kehittää saattohoitoa sairaalan vuodeosastoilla sekä herättää keskustelua saattohoidon sisällöstä ja hoitokäytänteistä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tutkia saattohoidon toteutumista sekä tuottaa tietoa ja arvioida, miten saattohoitotyö toteutuu.</p> <p>Tutkimuskysymykset: 1 Millaista hoitoa potilaat saavat elämän loppuvaiheessa vuodeosastolla? 2 Mitä hoitolinjauksia potilailla oli elämän loppuvaiheessa? 3 Miten hoitohenkilökunta toteuttaa saattohoitotyötä osastolla?</p>	<p>Kvantitatiivinen arviointitutkimus.</p> <p>Tutkimus tehtiin Hyvinkään sairaalan kolmella osastolla.</p> <p>n =110</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Palliatiivinen hoito - projektissa kehitettäessä saattohoitotyötä Hyvinkään sairaalassa. - Selkeä saattohoitopäätös puuttui, mikä viivästytti saattohoidon toteutusta. - Potilailta otettiin perusverikokeita mittavasti vielä viimeisenä elinpäivänä. - Potilaiden tai omaisten kanssa keskusteltiin hoitolinjauksista 37 % tapauksista. - Oireiden kirjaus keskittyi kivun huomiointiin. - Tulosten perusteella potilaat saivat kipulääkettä elämän viimeisinä päivinä, mutta kipulääkityksen laatuun ja määrään tulisi kiinnittää huomiota. - Kuolevan potilaan hoidolle löytyi yhteneviä hoitotoimenpiteitä, vaikka selkeä saattohoitokulttuuri puuttui.
--	--	--	--