



Saattohoitoinfotilaisuuden tuottaminen

Hanna Alanko
Päivi Teljä-Siltanen

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Saattohoitoinfotilaisuuden tuottaminen

Hanna Alanko
Päivi Teljä-Siltanen
Sairaanhoidajakoulutus
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2020 2020

Hanna Alanko
Päivi Teljä-Siltanen

Saattohoitoinfotilaisuuden tuottaminen

2020

Sivumäärä 70

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa saattohoitoinfotilaisuus ja esitys kotisaattohoidon toteutumisesta Lohjalla. Työ toteutettiin yhteistyössä Lohjan kaupungin ja seurakunnan kanssa. Saattohoitoinfotilaisuuden tavoitteena oli kertoa avoimesti kuolemasta ja siihen liittyvästä hoidosta. Lisäksi tavoitteena oli luoda tapahtumakonsepti, joka olisi toistettavissa vuosittain.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys oli laaja ja siinä käsiteltiin saattohoitoa, palliatiivista hoitoa, kuolevan potilaan hoitotyötä sekä kuolemaa. Tietoperustan muodostivat myös teoria tapahtuman järjestämisestä sekä ohjaus- ja opetusmenetelmistä.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen opinnäytetyö. Työssä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina helmikuussa 2020 ja haastateltavina oli neljä kotihoidon sairaanhoitajaa.

Haastattelun tulokset käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Keskeisimmät tulokset muodostettiin kahdesta pääluokasta. Pääluokkina olivat palveluprosessin sujuvuus ja sosiaalinen tukeminen, joista Lohjan kotisaattohoito muodostuu. Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä ja aineiston analysoinnin tuloksia käytettiin saattohoitoinfotilaisuuden suunnitteluun.

Johtopäätöksinä todetaan, että saattohoidon kolmiportainen malli toimii Lohjalla hyvin, ja erityisesti terveyskeskus osasto kolmea käytetään kivunhoidossa sekä oireiden pahenemisvaiheessa. Omaisten merkitys on keskeistä koko kotisaattohoidon- ja asiakkaan oman tahdon toteutumisessa ja hoidon sujuvuudessa. Omaisten uupuminen on myös yleistä. Lohjalla on hyvät resurssit palkata lisätyövoimaa asiakkaan voinnin huonontuessa. Kotisaattohoidon käynnit pystytään keskittämään sairaanhoitajille, jolloin riittävää läsnäoloa ja aikaa voidaan antaa asiakkaalle, joilla on tärkeä merkitys asiakkaan psyykkisen kuorman vähentämiseksi. Tarvittaessa hoitoon voidaan ottaa mukaan myös eri yhteistyötahoja. Kipupumppu mahdollistaa oireenmukaisen hoidon kuolemaan asti. Omaisia huomioidaan kuoleman jälkeen ohjaamisella ja varmistussoitolla. Tutkimustuloksien pohjalta voidaan huomata, että Lohjalla toteutuu kokonaisvaltainen ja hyvä saattohoito.

Opinnäytetyön tuotos oli saattohoitoinfotilaisuus, joka poikkeusoloista johtuen pidettiin etänä. Tilaisuuteen osallistui osa saattohoitoinfotilaisuuden työryhmästä sekä terveyskeskusosasto kolmen osastonhoitaja. Tilaisuus arvioitiin e-lomakkeella.

Kehittämissuhteiksi Lohjan kotisaattohoitoon ehdotetaan, että omaisten jaksamiseen kiinnitettäisiin enemmän huomiota ennaltaehkäisevästi, kotisaattohoidon toteutuminen jakautuisi kaikille tasapuolisesti omaisista riippumatta, syrjäseutujen lääkärinpalvelut kehittäminen sujuvammaksi ja omaisille tarkemman ohjauksen antaminen lähestyvän kuolevan merkeistä.

Asiasanat: Saattohoito, kotisaattohoito, palliatiivinen hoito, kuolema

Hanna Alanko
Päivi Teljä-Siltanen

Producing hospice care information event

2020

Pages

70

The purpose of this thesis was to participate in organising an information event about hospice care, and produce a presentation to the event concerning how hospice care is implemented at Lohja. The thesis was carried out in cooperation with Lohja town, and parish. The purpose of the information event was to discuss death and hospice care in an open setting. Additionally the intent was to create a blueprint for the event for Lohja that could be repeated annually.

The theoretical framework of the thesis was broad and dealt with hospice care, palliative care, nursing care of a dying patient, and death. The knowledge base was also included by the theory of event organization and guidance and teaching methods.

The thesis is a functional study. Qualitative research method was employed for the thesis and the material was collected through thematic interviews. The interviews were conducted as individual interviews in February 2020, and four home care nurses were interviewed.

The results of the interview were discussed using data-driven content analysis. The main results consisted of two main categories. The main categories are the smoothness of the service process and the social support that comprise Lohja home care. The theoretical framework of the thesis and the results of the data analysis were used to plan the presentation for the information event.

In conclusion, we can state that the three-tier model of hospice care works well in Lohja, and the health center ward three is used for pain management, and when symptoms worsen. The importance of relatives is central to the fulfillment of the entire home care and the client's own will and to the smooth running of the care. Exhaustion of relatives is also common. Lohja has good resources to hire additional resources when clients' condition deteriorates. Outpatient visits can be focused on nurses, allowing sufficient attendance and time to be given to the client, which is important in reducing the clients' mental burden. If necessary, partners can be involved in the treatment. The pain pump allows for symptomatic treatment until death. Relatives are taken into account after death through guidance and confirmation calls. Based on the results, it can be noted that comprehensive and good hospice care takes place in Lohja.

The thesis output was an information event about hospice care. It was conducted as on-line event, due to the emergency condition caused by the COVID-19 pandemic. Part of the working group of the hospice information session and the health center department's three ward managers participated in the event, and assessed it using an on-line form.

As a development proposal for Lohja home care, it is proposed that more attention be paid to the coping of relatives in a preventive manner, that the implementation of home care be shared equally, regardless of relatives, that medical services in remote areas be streamlined and that relatives be given more guidance.

Keywords: Terminal care, home terminal care, palliative care, death

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	6
3	Teoria.....	7
3.1	Kotihoito.....	7
3.2	Palliativinen hoito.....	7
3.3	Saattohoito.....	9
3.4	Hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheessa.....	11
3.5	Palliativisen hoidon ja saattohoidon nykytila ja kehittäminen Suomessa.....	11
3.6	Kuolema.....	13
3.7	Fyysiset oireet ja fyysisten oireiden hoito.....	15
3.8	Psyykkiset oireet ja psyykkisten oireiden hoito.....	17
3.9	Kipu ja kivunhoito.....	19
3.10	Ohjaus- ja opetusmenetelmät.....	21
3.11	Yleisötilaisuuden järjestäminen.....	22
3.12	Omaisten kohtaaminen ja osallisuus.....	22
4	Menetelmät ja toteutus.....	23
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	23
4.2	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	23
4.3	Palautteen kerääminen.....	24
4.4	Aineistonkeruumenetelmät.....	25
4.5	Sisällönanalyysi.....	26
5	Tulokset.....	27
5.1	Fyysisten oireiden hoito.....	29
5.2	Hoidon sujuvuus.....	29
5.3	Psyykkisten oireiden hoito.....	31
5.4	Omaiset.....	32
5.5	Kotisaattohoidon haasteet.....	32
5.6	Saattohoitoinfotilaisuus.....	35
6	Johtopäätökset ja pohdinta.....	38
6.1	Tutkimusetiikka.....	41
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	43

1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen. Saattohoito, palliatiivinen hoito ja kuolema ovat aiheita, jotka ovat olleet paljon esillä julkisuudessa. Suomessa kuolee vuosittain arviolta 50 000 ihmistä ja heistä 30 000 tarvitsee palliatiivista hoitoa. Väestörakenteen muuttuessa saattohoito tulee entistä enemmän keskittymään koteihin. Kuolevan hoitotyö vaatii erityisosaamista henkilökunnalta ja moniammatillisen tiimin tekemään työtä arvokkaan kuoleman mahdollistamiseksi. (Paavola 2019.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Lohjan kaupungin kanssa. Yhteistyökumppaneina olivat Lohjan seurakunta, Lohjan kaupungin kotihoidon työntekijät ja Apu-omena ry:n vapaaehtois-toimijat.

Työn tarkoituksena oli tuottaa kaikille avoin saattohoitoinfotilaisuus ja siellä esitys kotisaattohoidon toteutumisesta Lohjalla. Tavoitteena oli kertoa avoimesti kuolemasta ja saattohoidosta sekä järjestää tilaisuus, jonka työn tilaaja voi samankaltaisena järjestää tulevana vuotena. Poikkeusoloista johtuen saattohoitoinfotilaisuus jouduttiin siirtämään tulevaisuuteen ja työ esitettiin vain työryhmälle Teams-kokouksena.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyötä käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimusmenetelmä valikoitui työhön sen vuoksi, että työn tarkoitus oli selvittää kokemuksia siitä, miten saattohoitoa kotona toteutetaan. Laadullisen tutkimuksen aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä saatiin vastaus tutkimuskysymykseen: ”Miten saattohoito toteutuu Lohjalla?” Haastatteluotannan määrä ei ole merkittävä tekijä. Haastattelun tuloksia käytettiin opinnäytetyön teorian lisäksi saattohoitoinfotilaisuuden esityksen suunnittelussa. Saattohoitoinfotilaisuudesta saatu palaute analysoitiin määrällisen tutkimusmenetelmän keinoin.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa saattohoitoinfotilaisuus ja esitys kotisaattohoidon toteutumisesta Lohjalla. Esityksen alkuperäinen suunnitelma oli pitää kaikille avoin saattohoitoinfotilaisuus, joka järjestettäisiin yhteistyössä opinnäytetyön tilaajan kanssa. Koronaviruksen aiheuttamasta poikkeusolosta johtuen, tilaisuus pidettiin etätilaisuutena. Tilaisuuden keskeisenä tavoitteena oli kertoa avoimesti kuolemasta ja siihen liittyvästä hoidosta. Tavoitteena oli myös luoda tapahtumakonsepti, joka on toistettavissa vuosittain. Saattohoitoinfotilaisuutta ei ole aiemmin järjestetty Lohjalla. Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää ja alkukartoituksena aineistoa kerättiin haastatteleamalla kotisaattohoitoa toteuttavia kotihoidon työntekijöitä. Aineiston keräämiseen käytettiin teemahaastattelua.

Työn toimeksiantajana toimi Lohjan kaupunki ja yhteistyökumppanina Lohjan kaupungin kotihoidon työntekijät, Lohjan seurakunta, sekä Apu-omena ry:n vapaaehtoistoimijat. Yhteistyökumppanit tavattiin lokakuussa 2019, jolloin sovittiin kaikkien osapuolien tehtävät saattohoitoinfotilaisuudessa. Haastattelujat sovittiin kotihoidon työntekijöiden kanssa helmikuulle 2020. Opinnäytetyön tietoperustana käytettiin lähdeluettelon lähteitä, alan kirjallisuutta, ajantasaista lainsäädäntöä, tutkimustuloksia ja asetuksia.

Saattohoitoinfossa tehtävänä oli avata ja juontaa tilaisuus sekä kertoa kotisaattohoidon toteutumista Lohjalla. Lisäksi tilaisuudesta kerättiin e-lomakkeella palaute osallistujilta.

3 Teoria

3.1 Kotihoito

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) edellyttää kunnan järjestämään asukkailleen riittävästi tukea jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. Sosiaalipalvelujen kautta kuntalaisen on saatava tukea esimerkiksi asumiseen, taloudellisiin tarpeisiin sekä erilaisiin kriisitilanteisiin.

Sosiaalihuoltolaissa kotihoito määritellään kotipalvelun ja terveydenhuoltolain (1326/2010) sisältämän kotisairaanhoidon muodostamaksi kokonaisuudeksi. Kotipalvelua on tarjottava heille, jotka tarvitsevat tukea asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitämiseen, asiointiin tai muihin arjen tehtäviin liittyvissä asioissa. Tuen muotona voi olla ateriat, siivous sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä palveluita. Kotisairaanhoidon toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti ja se sisältää erilaisia terveyden- ja sairaanhoidon palveluita.

Lohjalla asiakkaat ohjautuvat kotihoidon piiriin ikähelpissä tehdyn palvelutarpeenkartoituksen kautta. Kartoituksessa selvitetään asiakkaan kokonaistilanne ja suunnitellaan hänen kanssaan yhteistyössä mahdolliset tukitoimet. Mikäli tarvetta säännölliselle kotihoidolle ilmenee, ohjataan asiakas kotihoidon asiakkaaksi. (Lohjan kaupunki 2019a.)

Kotihoidon palvelutarpeen kartoituksessa arvioidaan asiakkaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Arviointi suoritetaan haastattelun sekä erilaisten mittareiden kuten MMSE:n, MNA:n ja GDS-15 avulla. Arvioinnin pohjalta laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jota lähdetään suunnitelman mukaisesti toteuttamaan. Lohjalla kotihoidon toiminta on jaettu viiteen palvelualueeseen. Asiakaskäyntejä oli vuonna 2018 yhteensä 256 111, asiakkaita 1454. Kotihoidossa työskentelee 150 henkilöä, jotka ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia sekä kotiavustajia. Kotisaattohoitoa toteuttaa lähinnä palvelualueiden sairaanhoitajat. (Lohjan kaupunki 2019b.)

3.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisesta hoidosta puhutaan, kun parantavaa hoitoa potilaan sairauteen ei voida enää tarjota vaan keskitytään asiakkaan hyvään ja kivuttomaan loppuelämään. Päämääränä on

turvata asiakkaalle hyvä elämänlaatu vähentäen sairauden aiheuttamaa fyysistä ja psyykkistä kärsimystä. (STM 2017a.)

Palliatiivisen hoito voidaan määritellä kokonaisvaltaisena, potilasta ja hänen perhettensä koskevana hoitona, joka auttaa heitä kohtaamaan kuolemaan johtavan sairauden. Tavoitteena ei ole elinajan pidentäminen eikä myöskään lyhentäminen, vaan se tähtää ja kannustaa potilasta perheineen elämään mahdollisimman aktiivista elämää ja sopeutumaan sairauteen ja lähestyvään kuolemaan. (WHO 2019.)

Palliatiivinen hoito rakentuu fyysisten ja psyykkisten oireiden arvioinnista ja hoitamisesta. Hoidon keskiöön nostetaan usein kipu ja sen hoito, vaikka se on vain yksi alue, jota tulisi hoitaa. Kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi tulisi myös palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan psyykinen hyvinvointi huomioida ja arvioida käytettävissä olevin menetelmin. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan alle 50% lääkäreistä katsoo, että hengellisten asioiden käsittely on heidän tehtävänsä. On kuitenkin tutkittu, että hengellisten asioiden huomioiminen hoidossa parantaa hoidon laatua. (Kelley & Morrison 2015.)

Palliatiivisen hoidon tarve esiintyy useassa sairausryhmässä, joissa sairaus kroonistuneena johtaa kuolemaan. Tämänkaltaisista sairauksista suurin palliatiivista hoitoa tarvitseva potilasryhmä on sydän- ja verenkiertosairauksia sairastavat potilaat, joista kolmekymmentäkahdeksan ja puoli prosenttia tarvitsee palliatiivista hoitoa sairautensa loppuvaiheessa. Toinen merkittävä potilasryhmä on syöpäsairaat. Heistä 34% siirtyy sairautensa loppuvaiheessa palliatiivisen hoidon piiriin. Palliatiivisen hoidon tarvetta aiheuttavat myös munuais- ja maksasairaudet, muistisairaudet, neurologiset sairaudet sekä MS-tauti. WHO:n tilastojen mukaan vuosittain 40 miljoonaa ihmistä maailmanlaajuisesti tarvitsee palliatiivista hoitoa. (WHO 2018a.)

Vuonna 2015 toteutetussa palliatiivisen hoidon tasoa arvioineessa kansainvälisessä tutkimuksessa suomi sijoittui sijalle 20. Palliatiivista hoitoa arvioitiin viiden eri kategorian avulla. Kategoriat olivat hoitoympäristö, henkilöstöresurssit, hoidon saatavuus ja laatu sekä aiheeseen liittyvän yhteiskunnallisen keskustelun laatu. (The Economist 2015.)

Suomessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisesta vastaa sairaanhoitopiirit sekä terveyskeskukset, jotka toteuttavat hoitoa oman, alueellisen saattohoitosuunnitelman mukaisesti. Suunnitelmat pohjautuvat lainsäädännön lisäksi Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan sekä sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitoa koskeviin suosituksiin. Yhteisenä päämääränä on tarjota saattohoitopalvelut asuinpaikasta riippumatta sekä mahdollistaa omaisten osallisuus hoitoon. (THL 2019.)

Palliatiivisessa hoidossa korostuu Suomen perustuslaissa (731/1999) määritelty potilaiden yhdenvertainen asema sekä oikeus vapauteen ja koskemattomuuteen. Lain mukaan ketään ei saa asettaa eriarvoiseen asemaan iän, sukupuolen, alkuperän, kielen, uskonnon,

vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Lain mukaan jokaisella on myös oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen sekä koskemattomuuteen.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritellään potilaan itsemääräämisoikeus sekä oikeus hyvään sairaanhoitoon. Oikeudella hyvää hoitoon tarkoitetaan oikeutta laadukkaaseen, terveydentilansa edellyttämään hoitoon. Hoito tulee toteuttaa siten, ettei potilaan ihmisarvoa loukata ja hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaalla on myös oikeus saada hoitoa hänen äidinkielellään. Kaikki hoito tulee tapahtua yhteistyössä potilaan kanssa ja potilaalla on aina oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta tai hoitotoimpiteestä.

Lakien ja suositusten lisäksi palliatiivista hoitoa ohjaa erilaiset eettiset ohjeet, joissa korostuu ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, hyvä hoito ja potilaiden tasa-arvoinen kohtelu. Hoidossa korostuu myös potilaan kunnioittaminen sekä ammattihenkilöstön pätevyys. Hoidon aikana on tärkeää keskustella potilaan kanssa hänen mielipiteistään ja tahdostaan hoitoon liittyen. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus esittää toiveita ja vaikuttaa loppuvaiheen hoitoonsa. On tärkeää, että potilas kokee hoitohenkilökunnan arvostavan hänen mielipiteitään. Kokemus hoidosta ja sen hyvydestä on toki subjektiivinen käsite, mutta hoitohenkilökunnan asenne kuolevaa kohtaan sekä oman ammattitaidon ylläpitäminen takaavat omalta osaltaan hyvän hoidon. (ETENE 2003.)

3.3 Saattohoito

Saattohoito tarkoittaa lähellä kuolemaa olevan ihmisen hoitamista. Kuolevaksi potilaaksi määritellään ihminen, jolla elintoiminnot ovat huomattavasti heikentyneet ja kuoleman merkit ovat selkeästi havaittavissa. (Hänninen 2015a.) Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu yleensä aivan elämän viimeisille viikoille tai päiville. Saattohoitoon kuuluu olennaisesti kivun ja kärsimysten lievittäminen. Saattohoidossa vastataan myös kuolevan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hyvän elämänlaadun vaalimiseen. Hyvään saattohoitoon kuuluu läheisten huomioiminen parhaalla mahdollisella tavalla. Voidaan sanoa, että saattohoito on hyvin kokonaisvaltaista hoitoa. (Käypä hoito 2019.)

Saattohoidossa potilaan oikeuksia ohjaavat useat lait. Suomen perustuslaissa (11.6.1999/731) jokainen on yhdenvertainen lain edessä, ja jokaisella on oikeus elämään, turvallisuuteen ja vapauteen. Perustuslain mukaan ketään ei saa tuomita kuolemaan, kiduttaa ja jokaista pitää kohdella ihmisarvoa kunnioittavasti. Laki ohjaa niin, että saattohoitopotilasta ei saa jättää kuolemaan ilman oireidenmukaista hoitoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) ohjaa henkilökohtaiseen vapauteen, oikeuden hyvään hoitoon, oikeuden saada tietää itseään koskevista hoitolinjauksista ja siitä, että hoitolinjaukset tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Saattohoitopotilaille saattohoitopäätös on yksi hoitolinjaus. Laki turvaa

saattohoitopotilaille oikeuden hyvään hoitoon ja oikeuden tietää itseään koskevista hoitolinjauksista. Saattohoitopotilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) ohjaa kuntia edistämään riittävästi voimavaroja terveydenhoitoon, sairaan- ja kotisairaanhoidon, potilasturvallisuuteen, palvelujen yhdenvertaisuuteen ja henkilöstön koulutukseen. Laki takaa saattohoitopotilaille turvallisen ja laadukkaan hoidon.

Ennen saattohoitoon siirtymistä täytyy tehdä saattohoitopäätös, joka on hoitolinjaus. Saattohoitolinjauksen ensisijainen hoitotavoite on palliatiivinen hoito kuoleman läheisyydessä ja kuolevan hoito. Saattohoitopäätöksen tekemisen yhteydessä on hyvä järjestää hoitoneuvottelu. (Käypä hoito 2019.)

Hoitoneuvotteluun osallistuvat potilas, omaiset potilaan halutessa, lääkäri ja omahoitaja tai omahoitajat. Hoitoneuvotteluissa käydään läpi sairauden kulkua ja hoitoa. Hoitoneuvottelu kirjataan aina potilasasiakirjoihin, joissa täytyy tulla ilmi hoitoneuvotteluun osallistujat, keskustelun sisältö ja potilaan, sekä mahdollisesti läheisten kannat. Hoitoneuvottelulla on tärkeä rooli potilaan ja mahdollisesti läheisten valmistautuessa tulevien oireiden helpottamiseen ja kuoleman kohtaamiseen. (Valvira 2018.)

Hoitoneuvottelussa on hyvä keskustella elvyttämättä jättämisen päätöksestä. Päätös olla elvyttämättä kuuluu aina saattohoitopäätökseen (STM 2017a). Päätös elvyttämättä jättämisestä käytetään lyhennettä DNR. DNR tulee englannin kielisistä sanoista “ Do not resuscitate.” Lääkäri tekee aina lääketieteellisellä päätöksellä DNR päätöksen. DNR päätös määräytyy arvion, jossa erityisesti elvytyksen haitat ovat suurempia kuin hyödyt. DNR päätöksellä ei oteta kantaa muihin hoitolinjauksiin, vaan muut hoitolinjaukset tehdään erikseen. Voidaan sanoa, että saattohoitovaiheessa päätös olla elvyttämättä, katsotaan kuuluvan luonnollisena osana kuolemaan. (Valvira 2018.)

Suomessa saattohoito tapahtuu pääasiassa samoin kuin palliatiivisen hoidon järjestäminen. Saattohoitoa suoritetaan melkein kaikissa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköissä. Saattohoitoa tapahtuu perusterveydenhuollossa, saattohoitoyksiköissä, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, vanhainkodeissa, yksityisissä hoivakodeissa, kehitysvammalaitoksissa ja potilaiden kotona. Kotisaattohoitoa on viime aikoina korostettu sen luonnollisuuden vuoksi olla osana arkea elämän loppuvaiheessa. Suurin osa saattohoidosta tapahtuu kuitenkin perusterveydenhuollossa. (Hänninen 2015b.)

Saattohoidolla saadaan potilaalle elämän loppuvaiheessa hyvää oireita lievittävää hoitoa ja tukea. Tukea saavat myös läheiset ja heillä on mahdollisuus jäähyväisten jättöön. Kuoleman lähestyessä nousevat tärkeiksi eksistentiaaliset kysymykset elämän tarkoituksesta. Saattohoitovaiheessa läsnäolo ja vuorovaikutus korostuvat kuolevan potilaan ja läheisten kanssa. (Hänninen 2015a.) Läheisille on hyvä kertoa lähestyvän kuoleman merkit, joita ovat: periferian viileyys, alentunut tajunnantaso, voimattomuus, väsymys ja nielemisvaikeudet (Hänninen 2015c).

Hyvässä saattohoidossa omaisten huomioiminen ei lopu potilaan kuolemaan, vaan omaisia tuetaan surussa vielä kuoleman jälkeenkin (Hänninen 2015a).

Casey (2019) pohtii artikkelissaan palliatiivisen ja saattohoidon eroavaisuutta. Artikkelin mukaan kansainvälisellä tasolla palliatiivista ja saattohoidon käsitettä käytetään paljon samassa asiayhteydessä. Kansainvälisesti saattohoito sijoittuu elämän loppuvaiheessa viimeiselle kuukaudelle.

Hyvän kuoleman tutkimuksen tuloksien johtopäätöksissä korostui, että saattohoitoyksiköissä hyvä kuolema saattaa toteutua paremmin, kuin saattohoito muualla. Myönteisiin tuloksiin vaikuttivat hoidon laatu, perhetuen läsnäolo, monitieteisen henkilökunnan saatavuus ja saattohoitokodin ominaispiirteet. (Weerakkody, Hales, Fernandes, Emmerson, O' Neill, Zimmermann & Rodin 2018.)

3.4 Hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheessa

Pitkälle edenneessä sairaudessa lääkäri voi yhdessä potilaan kanssa laatia ennakoivan hoitosuunnitelman. Hoitosuunnitelman laatimiseen voidaan potilaan halutessa ottaa mukaan myös hänen läheisensä. Suunnitelman tarkoituksena on keskustella ja tehdä päätöksiä koskien potilaan tulevaisuutta mm. taudin pahenemisvaiheiden ja sairaalasiirtoja koskien. Keskustelussa käydään läpi myös käytettävissä olevia hoitomenetelmiä, sairauden ennustetta sekä potilaan omia toiveita sairauden edetessä. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio, 2015,13.)

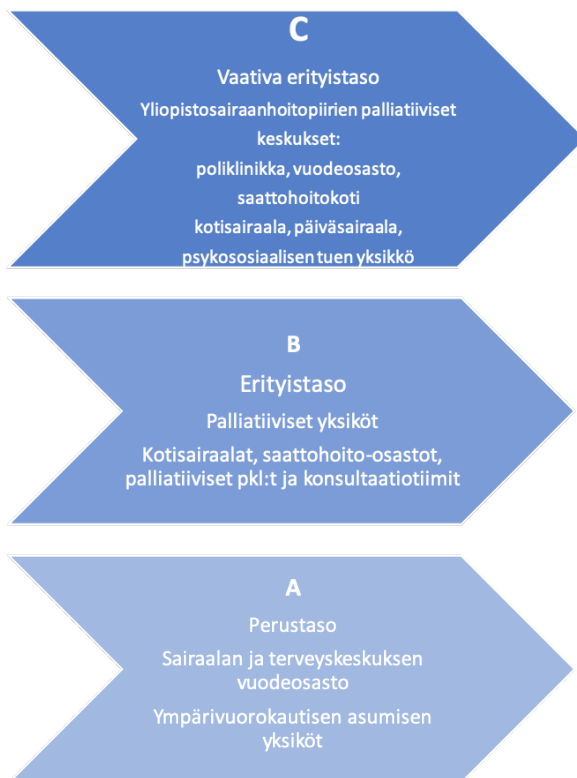
On myös mahdollista, että potilas tekee itselleen hoitotahdon. Hoitotahdolla tarkoitetaan sitä, että potilas voi itse määrittellä miten haluaa itseään hoidettavan tai hoidosta pidättäytyä. Hoitotahto on mahdollista liittää lääkärin potilaan kanssa tekemään hoitosuunnitelmaan. (Valvira 2018.)

3.5 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila ja kehittäminen Suomessa

Viime vuosien aikana Suomessa on tehty paljon töitä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi. Vuonna 2016 sosiaali- ja terveysministeriö antoi asiantuntijaryhmälle tehtäväksi laatia ehdotuksen yhdenvertaisen hoidon järjestämisestä koko maassa. Työryhmän tuotoksena syntyi osaamis- ja laatukriteerit koskien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoja sekä ammattihenkilöstön toimenpiteitä koulutukseen ja osaamisen kehittämiseen. (STM 2017a.)

Työryhmän esityksen mukaan hoidon porrastaminen sen vaativuuden mukaan kattamaan koko palveluverkosto, turvaa ja integroi laadukkaasti hoidon osaksi sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmää. Kuviossa 1 on esitetty kolmiportainen malli, jossa hoito on jaettu perustasolle A, erityistasolle B ja vaativalle erityistasolle C. Jokaiselle tasolle määriteltiin omat tehtävät sekä henkilöstön osaamistavoitteet. (STM 2017a.)

Merkittävä osaa palliatiivista tai saattohoitoa tarvitsevista potilaista hoidetaan tasolla A. Hoito toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti ja tarvittaessa, etenkin oireiden pahentuessa, konsultoidaan erityistason yksiköitä B ja C. Potilaiden siirtyessä yksiköltä toiselle varmistetaan riittävä tiedonsiirto sekä hoitokontaktin luominen niin, että aina on tiedossa, kellä on päävastuu potilaan hoidosta. (STM 2017a.)



Kuvio 1: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2017a)

Työryhmän raportissa on tarkkaan kuvattu kullakin tasolla työskentelevän henkilöstön koulutus- ja osaamisvaatimukset sekä tehtävät. Lisäksi on kuvattu potilasmateriaalin erityisvaatimukset ja heidän hoitoaan koskevat erityispiirteet. Näiden suositusten tavoitteena on yhteistä osaamista sekä käytäntöjä ja näin mahdollistaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitseville potilaille laadukasta hoitoa asuinpaikasta tai hoitovastatahosta riippumatta. (STM 2017a.)

Työryhmän antaman suosituksen pohjalta käynnistettiin 2017 hanke palvelujärjestelmän sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi. Hanke sai eduskunnalta miljoonan euron määrärahan. Tavoitteena on vuoteen 2020 mennessä kouluttaa ammattihenkilöstöä ja yhteistä käytäntöjä mahdollistaen näin palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevien toimintaohjeiden ja sopimusten laatiminen kaikissa maakunnissa. Työryhmän työn tuloksena julkaistiin 2019 väliraportti: palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. (STM 2019.)

3.6 Kuolema

Suomessa virallista kuoleman määritelmää ohjaa lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (27/2004) kuolemaan toteamisesta 1. pykälän mukaan ihminen on virallisesti kuollut, kun hänen aivotoimintansa on pysyvästi loppunut. 2. pykälän mukaan sydämen sykkimisen loppumisen jälkeen kuolema todetaan, kun toissijaiset kuoleman merkit ovat näkyvillä tai ruumis on tuhoutunut tai hengitys- ja verenkiertoelimistö ovat pysähtyneet. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuolemaan toteamisesta 27/2004.)

Toissijaiset kuoleman merkit ovat lautumat iholla, kuolonkankeus, ruumiin lämpötilan aleneminen ja hajoamismuutokset (Sajantila 2016). Kuolema on elämälle päätös ja kuolinhetki on aina salaisuus, vaikka tiedettäisiin elämän loppuvan (Heikkilä 2009).

Kuolema on ollut ihmiskunnan perinteisissä yhteisöissä luonnollista, mielekästä ja sen on katsottu olevan loppu elämälle. Nykyaikana ihmisten käsitykset kuolemasta ovat enemmän vieraantuneita. Kehittynyt lääketiede ja teknologia ovat parantaneet terveydenhuoltojärjestelmää, joiden vuoksi ihmisten elinikä on noussut. Kehittyneissä maissa ihmisillä on mahdollisuus kuolla enemmän sairaaloissa, kuin kotona. Lääketieteellinen teknologia tarjoaa nykyaikana ihmisille omaa filosofiaa taistelua sairauksia vastaan ja runsaasti ratkaisuja kuoleman hidastamiseksi. Kuoleman näkeminen luonnollisena osana elämän lopulle on nykyään vähäisempää pienemmän kuolleisuuden vuoksi. Näiden ja muiden historiallisten, sosiaalisten ja kulttuuristen syiden vuoksi nykyajan ihmisten käsitykset kuolemasta ovat vieraantuneita. (Gellie, Mills, Levinson, Stephenson & Flynn 2015.)

Voidaan sanoa, että kuolleisuuden väheneminen on luonut sukupolven, joka on elänyt aikuisuuteen asti ilman kokemusta läheisen ihmisen kuolemasta. Kuolema on nykyään siirtynyt pois arjesta sairaaloihin. Hautajaisissa arkkua pidetään suljettuna, kun aiemmin on ollut tapana pitää arkkua avoinna kotitalon pihalla, jolloin ihmisille välittyi tieto elämän rajallisuudesta ja kuoleman väistämättömyydestä. Kuolema ei pääse koskettamaan saattajia samalla tavoin kuin aikaisemmin. (Harno ym. 2013.)

Anttonen (2016, 136) tuo esiin, että kuolemaa ei tarvitse piilottaa tai korostaa, vaan se on osa todellisuuttamme. Perheen surun tukeminen, voimavarojen vahvistaminen ja elämään rohkaiseminen mahdollistaa läheisten normaalin elämän surusta huolimatta. Johtopäätöksissä korostui hoitohenkilökunnan osaamisen keskeinen merkitys kuoleman vaikeuden kohtaamisessa ja hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot.

Butters (2018) kirjoittaa kuolemaan suhtautumisen riippuvan paljon eri kulttuureista ja niiden erilaisista maailmankatsomuksista. Länsimaisessa kulttuurissa korostuu yksilökeskeisyys ja autonomia, jonka vuoksi kuolema tarkoittaa kaiken loppua ja näyttäytyy menetyksenä. Kollektivisessa kulttuurissa korostuu yhteisön merkitys ja kuolema koetaan kriisinä yhteisön sisällä,

jossa yksilö ei ole merkittävin, vaan ihmisyyden voima on sukupolvien ketjussa ja suvussa. Kristinuskossa ja islamissa koetaan tärkeänä tilana kuolemanjälkeisyys. Intialaisissa uskonnoissa vallitsee syklinen aikakäsitys, jossa syntymä ja kuolema ovat toisensa jatkumoa. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna vain pieni osa ihmisistä muodostaa yksilökeskeisen kulttuurin, sillä noin 70% maailman ihmisistä jakaa kollektiivisen kulttuurin.

Seuraavaksi tarkastellaan kuolemaan johtavia syitä kansainvälisellä tasolla ja kuinka suomalaisessa järjestelmässä toimitaan ihmisen kuoleman jälkeen. Suomessa suurimmat kuolemaan johtavat sairaudet ovat sydän- ja verenkiertoperäiset sairaudet ja kasvaimet (Tilastokeskus 2018). Maailmanlaajuisesti suurimmat kuolemaan johtavat syyt ovat iskemiset sydänsairaudet ja aivohalvaukset, joihin on kuollut vuonna 2016 noin 15,2 miljoonaa ihmistä viimeisen 15 vuoden aikana. Kehitysmaissa puolestaan yli puolet kuolemiin johtavista syistä johtuivat vuonna 2016 tartuntataudeista, äitiyteen, raskauksiin ja synnytyksiin liittyvistä syistä ja ravitsemukseen liittyvistä ongelmista. Kehittyneissä maissa puolestaan edellä mainitut syyt ovat vähemmän kuin 7 % kuolemaan johtavia syitä. (WHO 2018a.)

Kuolemansyyntilastoista saadaan tärkeitä tietoja, joiden kautta pystytään arvioimaan miten sairaudet ja vammat vaikuttavat ihmisiin. Kuolemansyyntilastoiden avulla voidaan arvioida kunkin maan terveydenhuollon tehokkuutta ja nostamaan huomion keskipisteeksi tiettyjä kuolemaan johtavia sairauksia. Suurimpiin kuolemaan johtaviin sairauksiin voidaan näin kohdistaa ennaltaehkäisytoimenpiteitä. Kehitysmaissa ei ole toisaalta tarpeeksi kehittyntä dataa suurien kuolemansyyntilastojen keräämiselle ja parannustoimenpiteitä pitäisi juuri kohdistaa kehitysmaihin, jotta kaikki kuolemat saataisiin rekisteröityä. (WHO 2018b.)

Laki kuolemansyyn selvittämisestä (1973/459) ohjaa ilmoittamaan kuolleesta, vainajan haataamisesta ja lääketieteellisestä -ja oikeuslääketieteellisestä kuolemansyyn selvittämisestä. Suomessa laki kuolemansyyn selvittämisestä ohjaa ilmoittamaan kuolemasta välittömästi joko lääkärille tai poliisille. Lääkärin tai terveydenhuollon toimintayksikön on ilmoitettava kuolemasta väestötietojärjestelmään ja Terveys- ja hyvinvoinnin laitokselle. Terveys- ja hyvinvointilaitos ilmoittaa kuolemasta edelleen Tilastokeskukselle.

Kuoleman tapahtuessa lääkärin on viivyttämättä todettava potilaan kuolleeksi ja vainaja voidaan siirtää pois kotoa vasta silloin, kun lääkäri on todennut kuoleman (Hänninen 2015d). Lääkäri saa todeta potilaan kuolleeksi, kun kuolema on tapahtunut kotona, asunnossa, hoitolaitoksessa tai matkalla sinne. Poliisin tehtävä on olla vastuuviranomainen, kun kuolema on tapahtunut julkisissa tiloissa tai ulkona. Lääkärin todettaessa potilaan kuolleeksi on kuolemasta välittömästi ilmoitettava väestötietojärjestelmään. Kuoleman toteamisen jälkeen siirytään kuolemansyyn selvittämiseen. (Valvira 2019).

Lääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen tehdään silloin, kun tiedetään kuoleman johtuvan sairaudesta tai potilas on ennen kuolemaansa ollut lääkärin hoidossa kuolemaan johtavan

sairauden vuoksi. Lääketieteellinen ruumiinavaus tehdään, kun se on yleisen terveyden- ja sairaanhoidon kannalta tarpeellinen. Tarpeellisuus voi olla kyseessä silloin, kun halutaan tutkia sairautta. Omaisten vaatiessa voidaan tehdä myös lääketieteellinen ruumiinavaus. (Valvira 2019.) Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus tehdään vain, jos kuolemaan liittyy epäily hoitovirheestä, rikoksesta tai ammattitaudista (Hänninen 2015d). Lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen ja antaa luvan hautaamiselle, kun kuolemansyyn selvittäminen on tehty (Valvira 2019). Hännisen (2015d) mukaan kuolema on läheisille aina surullinen ja ahdistava tapahtuma, joten lääkärin on varattava läheisille tarpeeksi aikaa keskustella tapahtuneesta.

3.7 Fyysiset oireet ja fyysisten oireiden hoito

Kuolevan potilaan hoitotyössä käsitellään kuolevan potilaan fyysisiä oireita ja fyysisten oireiden hoitoa, kuolevan potilaan kipua ja kivun hoitoa, kuolevan potilaan psyykkisiä oireita ja psyykkisten oireiden hoitoa.

Hengenahdistus on pitkälle edenneen sairauden loppuvaiheessa varsin yleinen oire, joka alentaa potilaan toimintakykyä, unta ja elämänlaatua. Kuoleva potilas voi tuntea hengenahdistuksen tukehtumisen tunteena, lisääntyneenä hengitystyönä, ilman loppumisena tai rintakehän kireytenä. (Lehto & Pöyhiä, 2015.) Hengenahdistusta voivat aiheuttaa kuolevalle potilaalle hengitystilavuuden pienentyminen, hengitystieobstruktio, keuhkokuudoksen häiriöt, heikkous hengitysilihakseissa, verenkierron häiriöt, psyykkiset tekijät ja muina syinä ainakin anemia ja asidoosi. (Käypä hoito 2019.)

Hengenahdistusta hoidetaan sen aiheuttajan mukaisesti. Mahdollinen pleuraneste suositellaan poistettavan drenin avulla tai punktoimalla. Kasvaimen hoidossa hengenahdistukseen käytetään sädehoitoa ja kortisonia. Parantumattomasti sairailta opioidien käyttö ja kasvoihin suunnattu ilmavirta saattavat lievittää hengenahdistusta. Opioideista eniten käytetty on morfiini. Morfiinia voidaan antaa lihasinjektioina tai toistettavina infuusioina. Happihoito saattaa helpottaa hapenpuutteesta kärsiviä potilaita kliinisen tutkimuksien perusteella, mutta tutkimusnäyttö siitä on ristiriitaista. (Käypä hoito 2019.)

Yskää esiintyy sairauden loppuvaiheessa suurimmalla osalla keuhkofibroosi- ja keuhkosityöpöpotilaista sekä noin puolella keuhkohtaumapotilailla. Veriyskää on osalla keuhkosityöpöpotilaista ja muilla syöpää sairastavista. Sädehoito auttaa suurimmalle osalle hengitysteihin liittyvään syöpöpotilaan yskään tai veriyskään. Yskää voivat lievittää opioidit ja yksilöllisesti voi kokeilla inhaloitavaa natriumkromoglikaattia. (Käypä hoito 2019.) Natriumkromoglikaatti kuuluu kromoneihin ja sitä on käytetty astman ehkäisevänä hoitona (Paakkari, Paakkari & Forsell 2018). Veriyskän hoitoon voidaan käyttää traneksaamihappoa (Käypä hoito 2019). Traneksaamihapon vaikutus perustuu veren hyytymisjärjestelmiin (Kuitunen 2017). Toimivin tapa on hoitaa pois yskää aiheuttavat syyt, kuten hengitystieinfektio, keuhkopöhö tai aspiraatio (Käypä hoito 2019).

Elämän loppuvaiheilla parantumattomasti sairailta hieman yli puolella esiintyy pahoinvointia ja noin kolmanneksella oksentelua. Pahoinvointia aiheuttavia syitä ovat ainakin solunsalpaaja- tai sädehoito, nesteen kertyminen vatsaonteloon, ummetus, yskä ja limaisuus, ahdistuneisuus, kohonnut kallonsisäinen paine, infektio, mahahaavauma tai mahaärsytys, liian suuren veren kalsiumpitoisuus, kova kipu ja lääkkeet. Pahoinvointia hoidetaan hoitamalla pahoinvointia aiheuttavat syyt ja pahoinvointilääkkeillä. Pahoinvointilääkkeitä käytetään sairauden etiologian mukaisesti. (Käypä hoito 2019.)

Ummetus on kuolevien potilaiden yleinen oire. Ummetuksella tarkoitetaan, että suoli toimii vähemmän kuin kolme kertaa viikossa, uloste on kuivaa ja kovaa ja ulostaminen on työlästä. Ummetusta aiheuttaa kuoleville potilaille ummetusta aiheuttavat lääkeaineet, joita käytetään palliatiivisessa hoidossa, kuten opioidit. Muita syitä ummetukselle ovat riittämätön nesteen saanti, elektrolyyttihäiriöt, kuume, syövän leviäminen, sädehoidon aiheuttama kudoksen arpeutuminen, veren suuri kalsiumpitoisuus, diabetes, häiriöt lantiopohjan lihaksissa, haavaumat peräaukossa, kilpirauhasen vajaatoiminta ja pahoinvointiin liittyvä kuivuminen. Ummetuksen hoitaminen on elämänlaadun parantamisen lisäksi tärkeää siihen liittyvien komplikaatioiden vuoksi, kuten suolitukoksen tai suolen puhkeamisen. (Hillilä 2015.)

Ummetuksen hoidossa ei uusimman tutkimusnäytön mukaan mitkään tietyt tai tietyn ummetuksen hoidon valmisteet riitä puoltamaan ummetuksen hoitoa. Kuitenkin suositellaan pehmentävän laksatiivin ja suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmäkäyttöä. Hyvän vasteen saamiseksi näiden molempien laksatiivin annoksia voidaan tarpeen mukaan suurentaa. Opioidien aiheuttamaa ummetusta voidaan estää metyyliinaltreksonibromidilla, joka annostellaan ihon alle. (Käypä hoito 2019.) Metyyliinaltreksonibromidin vaikutus ehkäisee opioidin ummettavaa vaikutusta ruoansulatuskanavassa (Duodecim lääketietokanta 2016).

Nielemisvaikeuksia esiintyy saattohoitopotilaista noin viidenneksellä ja elämän viimeisimpinä päivinä nielemisrefleksi heikentyy suurimmalla osalla potilaista. Nielemisvaikeuksia esiintyy erityisesti ikääntyneillä, syövässä pään- ja kaulan alueella, neurologisissa sairauksissa, aivoinfarktissa, loppuvaiheen dementiassa, lihas- ja hermoperäisissä toiminnanvajauksissa, infektioissa, limakalvovaurioissa, kipupotilailla, hermovaurioissa ja leikkauksista johtuvista anatomisista muutoksista. (Saarto 2015.)

Nielemisvaikeuksien hoidossa keskitytään syyn mukaiseen hoitoon kuolevan potilaan kokonaistilanne huomioon ottaen. Ruokatorvisyövässä voidaan potilaalle asentaa stentti eli verkko-putki, joka tukee ruokatorvea. Neurologisissa sairauksissa potilaalle voidaan asentaa suoraan vatsalaukkuun menevä gastrostomialetku eli PEG- letku, jonka kautta ravitseminen hoituu. Ruoan koostumuksen muuttaminen, asentohoito ja sängyn päädyn nostamisen auttavat nielemisvaikeuksissa. Palliatiivisessa hoidossa voidaan vielä käyttää invasiivisia eli kajoavia

hoitotoimenpiteitä, mutta saattohoitopotilaille ei niitä enää suositella, koska he eivät niistä enää hyödy. (Käypä hoito 2019.)

Kuivuminen on yleinen oire palliatiivisen hoidon potilailla. Kuivumisella tarkoitetaan elimistön nestehukkaa. Kuivumisen jatkuessa kehittyä solunulkoisen ja solunsisäisen kuivuminen, joka aiheuttaa natriumin kertymistä elimistöön, fyysistä heikkoutta ja kognitiivisten kykyjen laskea, vähävirtaisuutta, sykkeen nousua, valtimoverenkierron vähäisyyttä, sekavuutta, kouristuksia ja sydämen vajaatoimintaa. Kuivuminen aiheuttaa potilaalle myös ulkoisesti näkyviä merkkejä, kuten laihtumista, silmien painumista kuopalle, kuivia limakalvoja ja kasvojen punoitusta. Kuivumisen voi ensisijaisesti havaita virtsatulon vähentymisellä. (Pöyhiä & Hänninen 2015.)

Kuivumisen syynä on palliatiivisen hoidon potilailla usein nesteiden riittämätön saanti tai menetys. Tahatonta laihtumista ja ruokahaluttomuutta eli kakeksia-anoreksiaa esiintyy myös suurimmalla osalla palliatiivisessa hoidossa. Saattohoitopotilailla kuihtumisen aiheuttaa nesteiden siirtyminen solujen välitilaan. Saattohoitopotilas ei siksi hyödy nesteytyksestä, vaan suun kautta saatava nesteytys on silloin riittävää. Elämän loppuvaiheessa potilaan nesteytys hoidetaan ensisijaisesti suun kautta eikä muita toimenpiteitä kuivumisen hoitamiseksi tarvita. Tutkimustietoa nesteytyksestä saattohoitopotilaille on vähän. (Käypä hoito 2019.)

Suun kuivuminen on palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden yleisin oire suuhun liittyvissä oireissa. Suun kuivuus johtuu syljen puutteesta tai sen vähyydestä. Suun kuivuus aiheuttaa potilaalle helpommin infektioita, kipua ja arkuutta suun limakalvoissa, nielemisvaikeuksia, palan tunnetta kurkussa, pahan maun ja hajun tunnetta suussa, ja lisäksi kuiva suu häiritsee yöunta. Suun kuivumista aiheuttaa kuolevilla potilailla kipulääkkeet, joista erityisesti opioidit ja muut säännöllisesti käytettävät lääkkeet, kuten mielialalääkkeet, astmalääkkeet, verenpainelääkkeet, pahoinvointilääkkeet ja syöpälääkkeet. Muita syitä suun kuivumiselle kuoleville potilaille ovat kehon kuivuminen, ikääntyminen, diabetes, reuma ja sylkirauhasten alueelle suoritettu sädehoito. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015.)

Suun kuivumisen hoidossa tärkein asia on suun kostuttaminen. Suuta voi kostuttaa apteekista saatavilla olevista suun kostutustuotteilla tai ruokaöljyllä. Hyvästä suun terveydestä tulee pitää huolta ja hampaita suositellaan pestäväksi kaksi kertaa päivässä fluorihammastahnalla ja kielen pinta on hyvä puhdistaa. Huulia voi rasvata vaseliinilla ja hammasproteesien puhtaudesta tulisi pitää huolta. Suun kuivuudessa myös ksylitolipurukumin pureskelu saattaa auttaa hoidossa. (Käypä hoito 2019.)

3.8 Psykkiset oireet ja psyykkisten oireiden hoito

Psykkisistä oireista tässä työssä nostetaan esiin yleisimmät oireet, joita ovat poikkeava uupumus, masennus, ahdistus ja delirium.

Poikkeavasta uupumisesta kärsii suurin osa syöpäpotilaasta palliatiivisessa hoidossa. Poikkeava uupumus ei lievyty levolla, jolloin se voidaan erottaa väsymyksestä. Hyvin usein taustalla on masennusta ja ahdistusta, mutta ne eivät aina selitä syytä poikkeavalle uupumiselle. Poikkeavan uupumisen hoitona on käytetty steroideja, koska kliinisten näyttöjen perusteella osa palliatiivisen hoidon potilaista hyötyy siitä. Verituotteita ei käytetä elämän loppuvaiheessa uupumisen hoidossa, koska monisyisten taustatekijöiden perusteella niistä ei ole enää hyötyä. (Käypä hoito 2019.)

Palliatiivisessa hoidossa noin neljännes potilaista kärsii masennuksesta ja masennusoireita on reilu kolmanneksella (Käypä hoito 2019). Masennuksella tarkoitetaan tilaa, jossa mieli on masentunut yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan (Käypä hoito 2016). Masennusta voidaan seuloa kahden kysymyksen PRIME MD - seulalla, jossa ensimmäisessä kysymyksessä kysytään potilaan omaa huolta masentuneeseen mieleen ja toisessa kysymyksessä omaa huolta mielenkiinnon puutteista. Tärkeää on erottaa suru masennuksesta, joka voi olla palliatiivisessa hoidossa vaikeaa. (Käypä hoito 2019.)

Palliatiivisessa hoidossa masennus on hyvä todeta varhain, jotta sitä voidaan hoitaa. Ajoissa todettu masennus voidaan hoitaa masennuslääkkeillä. Saattohoitovaiheessa masennuslääkkeistä ei ole hyötyä, koska niiden saama vaste ei ehdi toteutua. Psykkisen tuen kannalta on hyvä arvioida, että tarvitseeko palliatiivisen hoidon potilas enemmän psykkistä tukea toisilta ammattiryhmiltä. Riittävä palliatiivinen hoito ja hyvä vuorovaikutus vähentävät lisätarvetta erillisiin psykososiaalisiin tukiin. Eksistentiaaliset kysymykset nostavat kuitenkin tuen tarvetta. Surutyö, läsnäolo, läheisille annettu tuki ja eletyn elämän muistelu vähentävät kuolevan potilaan psykkistä kuormaa. Hoitotyössä tuen antamiseen on oltava valmius läsnäoloon. (Käypä hoito 2019.)

Saattohoitopotilaan masennuksen kartoittamiseen voidaan käyttää esimerkiksi depressioseulaa. Masennukseen ja ahdistukseen on lisäksi saatavilla erilaista lääkehoitoa. Lääkehoito ei kuitenkaan aina ehdi tuottaa vastetta, joten sen aloittamista on syytä pohtia tarkkaan. Saattohoitovaiheessa olisi hyvä hyödyntää myös lääkkeettömiä hoitokeinoja kuten erilaisia terapiamuotoja. (Käypä hoito 2019.)

Ahdistuksella tarkoitetaan huolestunutta tai pelokasta tunnetilaa, joka ajoittuu tietoisena tai tiedostamattomana tulevaisuuteen tai nykyhetkeen liittyvään tapahtumaan. Ahdistus on oiremelkein kaikissa psykiatrisissa sairaustiloissa. (Huttunen 2018a.) Ahdistusta elämän loppuvaiheessa kokee noin kolmasosa kuolevista potilasta ja ahdistushäiriöitä on noin kymmenellä prosentilla. Ahdistuksen lääkehoidossa käytetään bentsodiatsepiineja. Ahdistuksen hoidossa korostuu elämän loppuvaiheessa lääkkeettömät psykososiaaliset hoidot, jossa läsnäololla, vuorovaikutuksella ja hoidon jatkuvuudella on tärkeä merkitys. (Käypä hoito 2019.)

Deliriumilla tarkoitetaan nopeasti kehittyvää sekavuustilaa, joka on seurausta sairauden aiheuttamista muutoksista keskushermostossa. Sekavuustilassa potilaan tajunnan taso on heikentynyt, hänellä on tarkkaavaisuusongelmia eikä hän kykene kiinnittämään huomiota yhteen asiaan. Potilaalla saattaa myös esiintyä aistiharhoja sekä harhaluuloja. Myös hänen puheensa voi olla sekavaa. Oireiden esiintyvyydessä on suurta vaihtelua ja välillä potilas saattaa olla täysin oireeton. Oireiden vaikutus autonomiseen hermostoon aiheuttaa sykkeen kiihtymistä, hikoilua, verenpaineen nousua, lämpöilyä sekä mustuaisten laajenemista. Deliriumille altistaa mm. ikä, heikko yleiskunto sekä lääkkeiden käyttö. Deliriumin laukaisee yleisimmin kipu, unettomuus tai stressi. Delirium on hoitamattomana vaarallinen. Hoidon lähtökohdaksi on selvittää deliriumin aiheuttama tekijä ja sitä kautta sen hoito. Ensihoitona deliriumpotilaalle voidaan antaa rauhoittavia ja antipsykoottisia lääkkeitä. (Huttunen 2018b.)

Elämän loppuvaiheessa delirium on hyvin yleisesti esiintyvä. Viimeisimpinä elinpäivinä siitä kärsii arviolta 88% potilaista. Saattohoitovaiheessa suositellaan käytettäväksi lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja sillä antipsykootit saattavat lisätä deliriumoireita. Myös lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset voivat heikentää potilaan tilaa. Lääkkeettöminä keinoina voi toimia rauhallisen ja turvallisen ympäristön luominen. Mikäli oireita ei saada hallintaan ilman lääkkeitä, voidaan potilaalle antaa psykoosilääkkeitä kuten risperidonia tai olantsapiinia. (Käypä hoito 2019.)

3.9 Kipu ja kivunhoito

Kipu voidaan määritellä kudosis- tai hermovaurioon liittyväksi epämiellyttäväksi tunteeksi, joka voi esiintyä akuutisti tai kroonisena. Krooniseksi kipu katsotaan, kun se on kestänyt pidempään kuin sen aiheuttaneen vaurion paraneminen normaalitilanteessa kestäisi. Yleisesti tätä aikajaksoa pidetään 1-2kk mittaisena. Erityisesti pitkälle edenneen sairauden yhteydessä esiintyvän kivun hoidossa keskitytään kroonisen kivun lievittämiseen. (STM 2017b.)

Saattohoitovaiheessa kipu on hyvin yleinen oire. Sitä esiintyy syöpäpotilaista 35-96%:lla, keuhko-kohtaumatapotilailla 34-77%:lla, sydänsairailta 41-77%:lla ja munuaispotilailla 47-50%:lla. Lisäksi läpilyöntikipua esiintyy huomattavalla osalla syöpäpotilaista. Kipu koetaan yksilöllisesti, mutta sillä on osoitettu olevan laaja vaikutus potilaan toimintakykyyn, mielialaan, nukkumiseen ja liikkumiseen. Kipu on potilaan elämään kokonaisvaltaisesti vaikuttava asia ja laadukkaan hoidon toteuttamiseksi kipua ja sen esiintymistä tulee arvioida säännöllisesti. (Käypä hoito 2019.)

Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kolmiportaisen mallin mukaista syöpäkivunhoitoa toteutetaan kolmella tasolla A, B ja C. Tässä työssä kunkin tason muodostamat terveydenhoitoalan yksiköt on esitetty kappaleessa: palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila ja kehittäminen Suomessa.

Mallin eri tasojen toteuttamat kivunhoidolliset menetelmät on jaettu tasoille hoidon vaativuustason mukaisesti (kuvio 2). Tasolla A hallitaan kivunhoidon perusteet ja myös vahvojen kipulääkkeiden avulla toteutettavaan hoitoon tulee olla mahdollisuus. Lisäksi lääkärin tulee olla tavoitettavissa ympäri vuorokauden viikon jokaisena päivänä. Tason B kivunhoidolta odotetaan, että vähintään yhdellä lääkärillä on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. B-tason kivunhoito on vaativampaa ja sitä toteutetaan saattohoidon yksiköissä, kotisairaalassa ja niiden tukiosastoilla sekä poliklinikoilla. C-tasolla kivunhoito on vaativaa ja sitä toteuttaa moniammatillinen tiimi. C-tason kivunhoitoon kuulu kivunhoidon erityistekniikat sekä kipusädehoito. Käytössä on myös psykososiaalisen tuen erityisyksikkö.



Kuvio 2 Palliatiivisen ja syöpäkivun hoidon kolmiportaisen mallin edellyttämät kivunhoidon menetelmät (STM 2017b)

Kivunhoidon kulmakivinä on kivun sijainnin, luonteen sekä vaikutuksen arviointi. Palliatiivisessa tai saattohoitovaiheessa olevan potilaan kipulääkitystä tehostetaan portaittain, jolloin löydetään taso, jossa kipu on hallinnassa ja haittavaikutukset mahdollisimman vähäisiä. Potilaan tilanteen kokonaisvaltainen arviointi auttaa kipulääkityksen suunnittelussa. Mitä tarkemmin kivun syntymekanismi tunnetaan, sitä tarkemmin lääkäri osaa suunnitella potilaan lääkeytyksen. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

Kivun arvioimisen apuvälineenä voidaan potilaalle tarjota erilaisia kipumittareita. VAS (visual analogue scale) on jana, jonka toinen pääty kuvaa pahinta mahdollista kipua ja toinen pää kiputtomuutta. Potilas voi janaa osoittamalla kuvata omia kiputuntemuksiaan. Paperisin VAS-janan rinnalla on testikäytössä ollut myös tabletilla toimiva mittari ja se on todettu yhtä hyväksi kivunarvioinnoissa kuin paperinen versio. Toinen yleisesti käytössä oleva mittari on NRS (numeric rating scale), jossa kipua arvioidaan numeraalisella asteikolla esim. 0-10. Tällöin 0

merkitsee kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua. Sanalliseen kivun kuvaamiseen voidaan käyttää VRS (verbal rating scale) mittaria. Siinä kivulle määritellään adjektiivi kuvaamaan vähäistä ja pahinta mahdollista kipua. Näiden ääripäiden väliin annetaan kivun intensiteetin määrittelemiseksi muita adjektiiveja kuten kohtalainen, kova, tai vähäinen. Tarkoitus on, että potilas kuvaa kipuaan käyttäen kyseisiä sanoja. (Haefeli & Elfering 2005.)

Lievän kivun hoidossa parasetamoli, ibuprofeeni tai heikot opioidit voivat auttaa kivun hallinnassa. Tulehduskivunlääkkeitä käytettäessä tulee kuitenkin kiinnittää huomiota niiden aiheuttamiin haittavaikutuksiin. Mikäli edellä kuvatut lääkkeet eivät auta tai kipu pahenee, tulisi potilaalle tarjota vahvempia opioideja kuten morfiinia. Paras tulos saavutetaan yleensä yhdistelmällä pitkävaikutteinen valmiste ja lyhytvaikutteisen läpilyöntikipuun tarkoitetun valmiste, kuten oksikodoni tai fentanyl. Vaikeissa kiputilanteissa tulee konsultoida kivunhoitoon erikoistunutta lääkäriä. Mikäli annosnostot eivät auta kivunhallintaan voidaan harkita parenteraalista annostelua, spinaalista kivunhoitoa tai neurokirurgisia tekniikoita. Lääkehoidossa voidaan myös kokeilla ketamiinia tai metadonia. Erilaisiin syöpäkipuihin on myös mahdollista kokeilla 1-10 päivän kuurina palliatiivista sädehoitoa. Aivan elämän loppuvaiheessa voidaan harkita palliatiivista sedaatiota. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

3.10 Ohjaus- ja opetusmenetelmät

Opetusmenetelmä voidaan määritellä työtavaksi, joka tukee oppimista ja ohjaa opetusjärjestelmän kokonaisuutta. Opetusmenetelmien laajasta kirjosta on valittava oman tilaisuuden luonteeseen sekä myös oppimistavoitteisiin parhaiten sopiva menetelmä. Karkeasti menetelmät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: ohjauspainotteiset, opettajakeskeiset sekä opiskelijakeskeiset menetelmät. Ohjauspainotteinen opetus pohjautuu yleensä erikokoiseen ryhmään ohjattavia, joiden kanssa opetettavaa asiaa käydään läpi erilaisten ryhmätyöskentelykeinojen tai harjoitusten avulla. Opettajakeskeinen menetelmän kulmakivi on luento ja sitä täydentävät menetelmät kuten keskustelu tai erilaiset materiaalit. Opiskelijakeskeisenä opetusmenetelmänä on erilaiset ryhmätyömuodot sekä itsenäinen opiskelu. (Markkanen 2002.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa esitys kotisaattohoidon toteutumisesta Lohjalla. Kohde-ryhmänä oli ensin tavalliset kansalaiset, jotka kutsuttiin tilaisuuteen eri kanavissa jaettavan mainoksen avulla. Tilaisuuden luonne muuttui myöhemmin etätilaisuudeksi rajalliselle ryhmälle. Opetusmenetelmäksi valittiin luento, koska rajallisen ajan puitteissa muiden opetusmenetelmien hyödyntäminen olisi ollut haastavaa. Luento tuki myös opinnäytetyön tavoitetta eli kertoa kotisaattohoidon toteutumisesta.

Onnistunut luento on hyvin suunniteltu. Suunnittelussa tulee huomioida kohderyhmä ja tilaisuuden kokonaisuus. Etukäteen on hyvä pohtia kenelle luento tullaan pitämään, mitä he tietävät aiheesta ja mikä kyseessä olevalle kohderyhmälle olisi tärkeätä tietoa. Tällä tavoin

tilaisuudesta saadaan luotua yhtenäinen kokonaisuus. Hyvä esiintyjä hallitsee aiheensa ja hänen esityksestään näkyy, että hän on laatinut suunnitelman esitykselleen. (Pelkonen 1995.)

Usein esityksen tukena on Power Point-diat. Diaesityksen suunnittelussa tulee huomioida esitykseen käytettävä aika. Dioissa voi hyödyntää erilaisia visuaalisia ilmeitä ja kuvia. Yhden dian tekstimäärään tulee kiinnittää erityistä huomiota, yhdellä dialla voi olla vain muutamia rivejä tekstejä, jotta dian luettavuus säilyy. (Iivari 2018.)

Aktivointi on erinomainen keino lisätä yleisön osallistumista sekä vuorovaikutusta. Esiintyjien esittämät kysymykset saavat yleisön pohtimaan asiaa ja näin ollen myös asiasisällön ymmärtäminen ja muistaminen paranee. (Kekäle 1994.)

3.11 Yleisötilaisuuden järjestäminen

Tilaisuuden järjestäminen lähtee liikkeelle yhteisestä ideasta ja tavoitteesta. Usein tavoitteena on jakaa tietoa tai omia kokemuksiaan, koota yhteen samasta asiasta kiinnostuneita ihmisiä. Idean pohjalta aloitetaan suunnittelutyö yhdessä muiden järjestäjien kanssa. Suunnittelun lähtökohta on tilaisuuden tavoite. On myös hyvä pohtia, kenelle tilaisuus suunnitellaan, missä se järjestetään ja mikä on projektin aikataulu ja mahdollinen budjetti. Hyvän suunnitelman pohjalta toteutusvaiheeseen on helppo siirtyä. Toteutusvaiheeseen kuuluu mahdollisten yhteistyökumppaneiden etsiminen ja hankinta sekä työnjaosta ja vastuista sopiminen. On myös hyvä tarkistaa, tarvitseeko tilaisuus lupia ja miten turvallisuus huomioidaan. Tilaisuudesta tiedottaminen on myös avainasemassa, jotta halukkaat tavoitetaan. Tiedottamisen suhteen tulee miettiä millä keinoilla kohderyhmää tavoitetaan, lähetetäänkö henkilökohtaisia kutsuja vai julkaistaanko avoin kutsu esimerkiksi lehdessä. (Puranen & Laatikainen 2014.)

3.12 Omaisten kohtaaminen ja osallisuus

Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon perustuu aina vapaaehtoisuuteen. Kotisairaanhoidossa kohtaamisessa korostuu perhekeskeinen lähestymistapa. (Finne-Soveri & Arvonen 2018.) Perhekeskeisellä lähestymistavalla tarkoitetaan, että potilas huomioidaan yksilönä ja lisäksi osana perhettään, lähipiiriään ja työyhteisöään. Systemiteorian mukaan perhekeskeisessä kohtaamisessa työntekijä on osa hoitokokonaisuutta ja ei näin ollen toimi objektin roolissa. Työntekijät vaikuttavat omalla vuorovaikutuksellaan hoitokokonaisuuteen, jossa jokainen kysymys ja kohtaaminen on interventio. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009.) Omaisia rohkaistaan ja kannustetaan osallistumaan potilaan hoitoon. Ohjaustilanteisiin voidaan ottaa omaiset mukaan. Omaiset tarvitsevat myös ohjaamista ja saattohoidossa toimivien ammattilaisten on otettava tämä huomioon. Omaisten voimavaroja ja jaksamista on huomioitava. Omaisille tulee antaa tarpeeksi tarvittavaa tukea. Varsinkin palliatiivisessa hoidon vaiheessa omaisten jaksamiseen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Kokonaisuudessaan omaisten osallisuus voidaan ajatella voimavarana potilaan tarvitseman tuen kannalta. (Finne-Soveri & Arvonen 2018.)

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785) 6. pykälän mukaan omaisille voidaan antaa potilaasta tietoa vain silloin, kun potilas on itse antanut siihen luvan. Mikäli potilas ei pysty itse ilmaisemaan tahtoaan, niin omaisen mielipidettä voi kysyä, kun potilas on antanut laillisen luvan omaisen toimia edunvalvojanaan.

4 Menetelmät ja toteutus

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tähtää ammatillisen kentän käytännön ohjeistamiseen, opastamiseen, toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu opas, ohjeistus tai ohje. Näitä voivat olla erilaiset perehdytysoppaat tai jonkin tapahtuman järjestäminen. Voidaan sanoa, että toiminnallinen opinnäytetyö johtaa aina jonkinlaiseen tuotokseen. Ammattikorkeakoulujen toiminnallisissa opinnäytetöissä tärkeinä seikkoina ovat työelämälähtöisyys, käytännön toteutus tutkimusviestinnän keinoin raportoituna, työn toteutus tutkimuksellisin keinoin ja tietämykseen omasta alasta. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10, 51.)

Tutkimusmenetelmiä käytetään toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimukselliseen selvitykseen tuotteen tai idean toteutustavasta. Toteutustavalla tarkoitetaan esimerkiksi tapahtuman-, oppaan tai ohjeistuksen sisältöä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ennen selvityksen tekemistä on hyvä tietää, että millaista tietoa juuri omaan työhön tarvitaan ja miksi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä voi käyttää tutkimusmenetelmiä väljemmin kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Tiedon kerääminen tehdään kuitenkin samoin. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä aineisto kerätään teema- tai lomakehaastatteluna. Haastattelu voi olla ryhmä- tai yksilöhaastattelu. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä paikan päällä, puhelimitse tai postitse. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä aineistoa ei tarvitse analysoida toiminnallisessa opinnäytetyössä yhtä tarkasti kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tietoa voidaan kerätä konsultaationa alan asiantuntijoilta. Konsultaatiot ilmoitetaan opinnäytetyön raporttiosuudessa ja tämä lisää teoriaosuuden luotettavuutta. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-58.)

4.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä laadullista tutkimusmenetelmää käytettiin alkukartoituksena tehdyssä teema-haastattelussa. Haastatteluista saatiin vastaukset työn tutkimuskysymykseen siitä, miten kotisaattohoito Lohjalla toteutuu. Haastattelujen analysoidut tulokset yhdistettiin työn teoriaosaan, joiden pohjalta luotiin esitys saattohoitoinfotilaisuuteen. Saattohoitoinfosta kerätty palaute arvioitiin määrällisellä tutkimusmenetelmällä.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus tutkii yleensä ainutkertaisia ilmiöitä kuten kokemuksia tai tapahtumia. Tavoitteena on ymmärtää tutkittavan kohteen ominaisuuksia, laatua ja

merkitystä. Tunnusomaisena piirteenä laadulliselle tutkimukselle voidaan pitää aineiston, määrälliseen tutkimukseen verrattuna, pientä kokoa. Tutkimusaineistona voidaan käyttää kirjallisia, valmiita lähteitä. Aineistoa kerätään myös haastattelujen ja havainnoinnin avulla. Ryhmän koko on yleensä pieni, noin 4-8 henkeä. Haastatteluissa käytetään avoimia kysymyksiä. (Metsämuuronen, 2008, 9-14.)

Koska laadullisessa tutkimuksessa keskitytään ilmiön tai toiminnan ymmärtämiseen tilastollisten yleistysten sijasta, on tärkeää, että tutkimusjoukkoon valitut henkilöt tuntevat ja omaavat mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Tämän vuoksi tutkimukseen valitaan henkilöt harkiten ja tutkimusotos on huomattavasti pienempi kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85-86.)

Työn tarkoitus oli tuottaa saattohoitoinfotilaisuus ja esitys kotisaattohoidon toteutumisesta Lohjalla. Tämän vuoksi laadullisen tutkimusmenetelmän tavoite pyrkiä selvittämään ja ymmärtämään toimintaa, sopi parhaiten tämän työn alkukartoitusvaiheen toteuttamiseen. Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää hyödyntäen alkukartoituksessa ja saattohoitoinfon suunnittelussa.

Otoksen kasaamiseen valikoitui tarkoituksen mukainen otanta eli valikoiva otos. Tarkoituksen mukainen otanta on tutkimuksen tietolähde, jossa osallisilla on paljon tietoa tutkimusongelmaan liittyen. Ongelmana valikoivan otoksen käytössä on määritellä esimerkiksi se kuka asiasta tietää tai kuka on tyypillinen palvelun käyttäjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112.)

Laadullinen tutkimus soveltuu menetelmänä havainnointia hyödyntävää tutkimukseen kuten vuorovaikutuksen tai käyttäytymisen tutkimiseen. Havainnointia voidaan hyödyntää hyvin myös esimerkiksi lasten kanssa. Laadullinen tutkimus soveltuu erityisesti tutkimuksiin, joissa ei haeta tilastollista analyysia, vaan aineiston laatu on tärkeämpi kuin otoksen suuri koko. Laadullinen tutkimus vastaa usein kysymykseen ”miksi” tai ”miten” (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka, Kuula, Rissanen & Karvinen 2009.)

4.3 Palautteen kerääminen

Palaute on tärkeässä asemassa arvioinnin kehittävässä tehtävässä. Palautteen ansiosta opiskelijat tulevat tietoisiksi omista puutteista ja kehittämisideoista. (Hyppönen & Linden, 2009, 56, Räisäsén & Friskin 1996 mukaan, Soinisen 1994 mukaan.)

Saattohoitoinfotilaisuudesta kerättiin yleisöltä palaute tilaisuuden onnistumisen arvioinnin- ja kehitysehdotuksien saamiseksi. Tilaisuudesta kerättiin osallistujilta palaute e-lomakkeella, joka oli laadittu määrällisen tutkimusmenetelmän mukaisesti.

Määrällinen tutkimusmenetelmä sopi palautelomakkeen laadintaan, koska siinä kerättyä tietoa tarkastellaan numeraalisesti ja tutkimustieto saadaan myös numeraalisessa muodossa. Palautelomake oli kyselymuodossa eli kaikilta vastaajilta kysyttiin samat asiat tietyssä järjestyksessä. (Vilka 2007.)

Palautteen avulla oli tarkoitus selvittää, olivatko infotilaisuuden aiheet yleisöä kiinnostavia ja miten osallistujat arvioivat tilaisuutta kokonaisuutena. Palaute annettiin numeraalisena arviointina asteikolla 1-4. Lisäksi palautelomakkeessa oli kohta avoimelle palautteelle. Palautelomake on liitteenä 3.

Lokakuussa 2019 tavattiin tilaajan sekä Lohjan seurakunnan edustajat. Yhdessä tehtiin tilaisuuden alustavan aikataulun ja saattohoitoinfon-ohjelman, joka löytyy liitteestä 1 sekä suunniteltiin mistä aiheesta kukin puhuja kertoo. Sovittiin, että tehdään kutsu tilaisuutta varten jaettavaksi muun muassa paikallislehdessä sekä some-kanavissa.

4.4 Aineistonkeruumenetelmät

Aineistokeruumenetelmän valinnan lähtökohtana on tutkimusongelma. Aineistonkeruuta on hyvä suunnitella ja aineiston määrää rajata. Suunnittelun lähtökohtana on tarvittavan aineiston määrä ja laatu. Menetelmän valinta ei välttämättä ole helppoa, koska tutkimusongelmaa voidaan todennäköisesti lähestyä monelle eri tavalla. (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka, Kuula, Rissanen & Karvinen 2009.)

Yleisimpien aineistonkeruumenetelmien eli havainnoinnin, haastattelujen ja kyselyiden sekä kirjallisten lähteiden yhdisteleminen on laadullisessa tutkimuksessa mahdollista. Tutkijan on valittava tutkimukseen parhaiten soveltuva menetelmä käytettävissä olevien resurssien ja tutkimusongelman luonteen mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71-72.)

Haastatteluiden ja kyselyiden tarkoituksena on selvittää mitä ihminen ajattelee, mitä mieltä hän on jostain asiasta tai miksi hän toimii valitulla tavalla. Haastattelu on kyselyitä joustavampi tapa kerätä tietoa. Haastattelun aikana haastattelijalla on mahdollisuus kysymyksen toistamiseen tai selventämiseen. Haastattelija voi myös muokata haastattelun kulkua tilanteen mukaan ja esittää kysymyksiä valitsemassaan järjestyksessä. Hän voi myös halutessaan kysymyksiä esittäessään havainnoida vastaajaa. Pyrkimyksenä on saada haastattelun kautta mahdollisimman paljon tietoa, joten kysymykset kannattaa lähettää haastateltavalle etukäteen. Mikäli se ei ole mahdollista, on tutkimuksen etu jakaa etukäteen haastateltavalla mahdollisimman paljon tietoa haastattelun teemasta ja tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73-74.)

Teemahaastatteluun on etukäteen valittu teema ja siihen liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Niiden avulla pyritään saamaan ja löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74-77.)

Teemahaastattelun teemat ovat kaikille haastateltaville samat, mutta kysymysten muoto ja järjestys voivat vaihdella. Haastattelurunko muodostuu siis työn teoriaosan pohjalta suunnitelluista teemoista, joiden alle luetteloidaan kyseiseen teemaan sopivat aihealueet. Alueet ovat haastattelutilanteissa haastateltavan muistilistana, jonka pohjalta hän esittää kysymykset. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48-67.)

Ennen haastattelua haastateltavan on valmistauduttava haastatteluun. Haastateltavien valinnan lisäksi tulee hankkia tallennusvälineet, valita paikka ja sopia haastattelun ajankohta. Haastateltavaksi valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan henkilöt, joilla oletettavasti on tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastateltaviin ollaan yhteydessä hyvissä ajoin ja sovitaan käytännön järjestelyistä. Haastattelutilanteeseen otetaan mukaan mahdolliset suostumuslomakkeet sekä tallennusvälineet, joiden toimintaan haastatteliija on etukäteen perehtynyt.

Teema-alueisiin pohjautuvien kysymysten esittämisessä haastattelijan on hyvä olla joustava ja edetä haastattelussa luontevasti, tilanteen vaatimalla tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 73-114.) Teemahaastattelu on vapaampi tapa kerätä tietoa opinnäytetyössä, kun tavoitteena on tiedon kerääminen jostakin tietystä teemasta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63).

Teemahaastattelu valittiin, koska teemat perustuvat kirjoitettuun teoriaan. Haastateltavaksi valikoitui henkilöt, joilla on kokemusta saattohoidon toteuttamisesta. Haastateltavat valittiin yhdessä työn tilaajan kanssa. Tässä opinnäytetyössä haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna yksilöhaastatteluina. Haastateltavia henkilöitä oli 4. Haastattelun tavoitteena oli kerätä kotihoiton sairaanhoitajilta tietoa, että miten saattohoito toteutuu Lohjalla. Haastattelukysymykset oli valittu työn teoreettisen viitekehyksen perusteella. Tutkimuskysymykset pohjautuvat tutkimuskysymykseen: Miten kotisaattohoito toteutuu Lohjalla? Haastattelurunko löytyy liitteestä 2. Toteutusvaihe alkoi tammikuussa 2020, kun tutkimuslupa oli myönnetty. Alkukartoituksena tehtiin toteutusvaiheen haastattelut helmikuussa 2020, jonka jälkeen haastattelumateriaali analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Sisällönanalyysi

Laadullisen tutkimuksen sisällön analyysin tarkoituksena on selkeyttää ja järjestellä kerättyä aineistoa ja näin tuottaa tietoa tutkittavasta asiasta. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistyy, kun sitä pilkotaan ja ylimääräinen tieto jää tutkimuksesta pois. Ensin täytyy päättää, että etsitäänkö aineistosta yhteneväisyyksiä vai eroavaisuuksia. Sisällönanalyysia pidetään varsin perinteisenä laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91-93.)

Aineiston hahmottamisen apuvälineenä voi käyttää myös koodausta. Tällä tavoin laajaakin aineistoa saa jäsenneiltyä ja se helpottaa aineiston jatkokäsittelyä. Koodauksessa voi käyttää esimerkiksi värejä tai kirjainyhdistelmiä. Koodausmerkit kannattaa valita selkeiksi ja siten, että muistaa mitä mikin merkki tarkoittaa (Saaranen-Kauppinen ym. 2009.)

Kerätyn aineiston analysoimiseksi on olemassa useita menetelmiä, joista yksi on sisällön analyysi. Sisällönanalyysissä tutkimuksen aikana kerättyä, tekstimuodossa olevaa aineistoa työstetään eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä aineistoa tiivistäen. Sisällönanalyysin pyrkimyksenä on muodostaa tutkittavasta ilmiöstä kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Tavoitteena on tiivistää aineisto mahdollisimman selkeään muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103-108.)

Sisällönanalyysi pyrkii kerätyn materiaalin tiiviiseen esittämiseen, jonka avulla syntyy käsitte- luokituksia, malleja, käsitejärjestelmiä ja käsitekarttoja. Analyysi voidaan toteuttaa deduktiivisesti tai induktiivisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166-167.)

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi: aineiston redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Redusointi eli pelkistämisvaiheessa aineistoista karsitaan pois kaikki tutkimuksen kannalta epäoleellinen

Pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi siten, että esikäsitellystä materiaalista etsitään tutkimustehtävän kysymyksille kuvaavia ilmaisuja. Koodauksen seurauksena syntyneet ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä. Klusteroimalla eli ryhmittelemällä samankaltaiset käsitteet yhdistetään yhdeksi luokaksi. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin viimeisessä vaiheessa erotellaan aineistosta tutkimuksen kannalta oleellinen tietoa ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa alkuperäisaineiston käsitteet muokkaantuvat teoreettiseen muotoon. Käsitteitä yhdistelemällä muodostuu vastaus tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103-112.)

5 Tulokset

Haastattelut toteutettiin Lohjalla haastatteleamalla kotihoidon sairaanhoitajia. Haastateltavia sairaanhoitajia oli yhteensä neljä. Haastateltavat suostuivat haastatteluun tulella sovittuun aikaan haastatteluun. Teemahaastattelurunko toimitettiin haastateltaville hyvissä ajoin etukäteen luettavaksi. Haastatteluihin oli varattu aikaa noin tunti. Haastatteluiden kesto oli noin puoli tuntia. Haastattelut taltioitiin, tallenteet kuunneltiin ja haastattelut litteroitiin eli purettiin sanalliseen muotoon Word-tiedostoihin.

Litteroinnin jälkeen aineisto käsiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Ensin aineisto redusoidtiin eli litteroidusta haastattelumateriaalista kirjoitettiin pelkistettyjä ilmauksia teema kerrallaan. Ensin pelkistetyt ilmaukset kirjoitettiin Word dokumentille ja tulostetusta, litteroidusta tekstistä alleviivattiin vastaava alkuperäinen ilmaus eri värein. Teemoja olivat

palliativinen hoito, kotisaattohoito, kuolema, kuolevan potilaan hoitotyö, fyysiset oireet, psyykkiset oireet sekä omaiset ja osallisuus. Pelkistettyjä ilmauksia syntyi yhteensä 104 kappaletta.

Seuraavaksi pelkistetyt ilmaukset klusteroitiin eli ryhmiteltiin samaa tarkoittaviin alaluokkiin. Alaluokkien ryhmittelyn apuna käytettiin samankaltaisia sanoja tai teemoja. Alaluokkia syntyi aineistosta yhteensä kolmesta: loppuvaiheen oireet, kivunhoito, ammattitaito, aika, resurssit, vuorovaikutus, läsnäolo, hengelliset tarpeet, asiakaslähtöisyys, tuki, omaisten merkitys, omaisten psyykkinen kuorma sekä ongelmat saattohoidossa.

Kivunhoito alaluokka syntyi yhdistelemällä kivunhoitoon, seurantaan sekä siihen liittyviin tukitoimiin liittyviä lauseita. Alaluokkaan loppuvaiheen oireet yhdisteltiin muihin kuin kivunhoitoon liittyviä, fyysisiä oireita kuvaavia lauseita. Muita fyysisiä oireita olivat nielemisvaikeus ja hengenahdistus. Alaluokkaan omaisten merkitys koottiin lauseita, joissa korostui omaisten rooli hoidossa. Ammattitaito syntyi psyykkisten oireiden teemasta ja yhdistämällä oireiden tunnistamiseen ja hoidon toteuttamiseen liittyvistä lauseista.

Aika alaluokka muodostui kotisaattohoitoon varatusta ajasta, sairaanhoitajien kiireettömyydestä kotisaattohoidossa ja omaisten osallistumiseen liittyvään sairaanhoitajien hoitotyön ajan säästämisestä liittyvistä lauseista. Resurssit alaluokka syntyi mahdollisuudesta palkata lisätöitä, hoitajien saatavuudesta, riittävästä käyntimäärästä, mahdollisuudesta toteuttaa hoitotyötä kuolemaan asti kotisaattohoidossa, valmiudesta toteuttaa oireenmukaista hoitotyötä ja hoidon tukitoimiin liittyvistä lauseista. Vuorovaikutus alaluokkaan yhdistettiin lauseista liittyen kotisaattohoitoon osallistuvien vuorovaikutuksen merkitykseen ja omaisten kohtaamiseen surussa tai kuolemaan jälkeen. Läsnäoloon yhdistettiin hoitajien tai ulkopuolisen tuen tarjoaman läsnäoloon liittyvät lauseet. Hengelliset tarpeet alaluokka syntyi hengellisten tarpeiden huomioimiseen liittyvistä lauseista, eksistentiaaliin kysymyksiin liittyvistä lauseista tai evankelisluterilaisen seurakuntaan liittyvistä lauseista. Asiakaslähtöisyys syntyi asiakkaan oman tahdon huomioimiseen liittyvistä lauseista. Tuki alaluokkaan yhdistettiin sairaanhoitajien tai ulkopuoliseen tarjoaman tuen liittyvät lauseet. Omaisten psyykkinen kuorma alaluokka muodostui omaisten uupumiseen tai omaisten peloista liittyvistä lauseista. Ongelmat saattohoidossa syntyi saattohoidon toteutumisen vaikeuteen ilman omaisia, syrjäseutujen ongelmiin ja oireiden monimuotoisuudesta liittyvistä lauseista. Alaluokista yhdistettiin saman sisältöisiä yläluokkia, joita aineiston perusteella syntyi viisi kappaletta: Fyysisten oireiden hoito, hoidonsujuvuus, psyykkisten oireiden hoito, omaiset ja kotisaattohoidon haasteet. Syntyneet ala- ja yläluokat on esitetty liitteessä 5.

Klusteroinnin jälkeen alaluokat abstrahoitettiin eli yläluokista yhdistettiin kaksi pääluokkaa, jotka ovat palveluprosessin sujuvuus ja sosiaalinen tukeminen. Palveluprosessin sujuvuus syntyi kolmesta yläluokasta, joihin kuuluvat fyysisten oireiden hoito, hoidon sujuvuus ja

saattohoidon haasteet. Sosiaalinen tukeminen syntyi kahdesta yläluokasta, jotka ovat psyykkisten oireiden hoito ja omaiset. Seuraavassa haastattelun tulokset on esitetty yläluokittain.

5.1 Fyysisten oireiden hoito

Oireiden hoidon tuloksia tarkastellaan kahdesta alaluokasta, jotka ovat loppuvaiheen oireet ja kivunhoito. Kivunhoito ja sen turvallinen toteuttaminen on kotisaattohoidon keskeisempiä asioita. Haastateltavat toivat esille, kuinka myös kotona on mahdollista toteuttaa laadukasta kivunhoitoa. Kivunhoitoa toteutetaan ensisijaisesti suun kautta otettavien valmisteiden tai injektioiden avulla. Mikäli asiakas ei kykene ottamaan lääkkeitä suun kautta, tai kivut yltyvät hallitsemattomiksi, voidaan käyttöön ottaa kipupumppu. Loppuvaiheen oireista keskeisimpiä olivat nielemisvaikeus ja hengenahdistus. Hengenahdistusta hoidetaan happihoidolla tai opiaateilla eli morfiinilla. Nielemisvaikeudet kuuluvat lähellä kuolemaa olevan oireisiin ja niihin ei voida reagoida muuten kuin siirtyä suun kautta otettavista kipulääkkeistä kipupumppuun.

Oikeastaan kaikki mitä osastolla voidaan antaa, poislukien ehkä joku epiduraalinen kivunhoito, järjestyy kyllä kotona. Ei tuu heti mieleen, mitä ei voisi kotona toteuttaa.

Opiaattien ja kipupumpun ollessa käytössä korostuu myös hoitajien ammattitaito, jotta he osaavat seurata kivunhoidon mahdollisia haittavaikutuksia sekä riittävyttä. Myös kivunhoidon turvallisuudesta huolehtiminen on isossa roolissa.

Saattohoitoasiakkaan kipua seurataan jatkuvasti ja tarvittaessa asiakas ohjataan lääkityksen tarkistamista varten terveyskeskusosasto kolmelle. Osastojaksolla on mahdollista tehdä lääke muutoksia ja seurata niiden toimivuutta. Jakson jälkeen asiakas voi voinnin salliessa palata kotiin.

Kivunhoito, etenkin syrjäseuduilla, vaatii myös hoidon ennakkointia. Haastatteluissa ilmeni, miten myös omaisilla on suuri rooli lääkehoidossa etenkin kivunhoidon suhteen.

5.2 Hoidon sujuvuus

Hoidon sujuvuuden tuloksia tarkastellaan kolmesta alaluokasta, joihin kuuluvat ammattitaito, aika ja resurssit. Haastatteluissa korostui, että Lohjalla on hyvä valmius toteuttaa oireenmukaista hoitoa myös kotiolosuhteissa. Oireenmukaisen hoidon sujuvuuteen vaikuttavat lääkärin jatkuva kouluttautuminen palliatiiviseen hoitoon ja hyvät hoitomenetelmät.

Happihoito, jos tarvii lisähappea, lääkityksiä tietysti ja kaikkea muuta. Oikeastaan meillä on hyvä valmius Lohjalla.

Sairaanhoitajien hyvä saatavuus ja tarvittaessa mahdollisuus resurssien lisäämiseen kotisaattohoidossa vaikuttivat myös keskeisesti hoidon sujuvuuteen. Lohjalla on mahdollisuus tarpeen mukaan kotisaattohoitoasiakkaan voinnin huonontuessa palkata lisätyövoimaa. Nämä seikat

vaikuttavat myös siihen, että sairaanhoitajilla on antaa saattohoitoasiakkaille ja heidän omaisilleen tarpeeksi aikaa.

Meillä on sairaanhoitaja täällä 24/7 ja ympäri niinku viikon, vuoden jokaisena päivänä.

Mä pystyn käyttä siihen aikaa. Meillä on semmonen, että jos vaikka joku saattohoitoasiakas menis viikonloppuna huonoksi ja pitäisi olla enemmän siellä hänen luonaan, niin me voidaan tarvittaessa tai lyhyitä aikoja palkata henkilökuntaa.

Hoidon sujuvuutta Lohjalla lisää haastatteluiden perusteella erityisesti Lohjan terveyskeskusosasto kolme, jonne kotisaattohoitoasiakas voidaan lähettää, mikäli hänen hoidossaan tulee kotona ongelmia. Kipupumpun käyttö lisäsi merkittävästi kotisaattohoidon onnistumista.

Meillä on terveyskeskuksen tukiosasto kolmonen, jonne lähetetään asiakas, jos ollaan ihan pulassa.

Meillä on mahdollisuus käyttää kipupumppua, joka mahdollistaa loppuun asti olemisen kotona, koska sillä saa kivut ja pahoinvoinnit kuitattua, vaikka olis kuinka jo todella huonossa kunnossa, eikä mitään nielemään pysty.

Asiakkaan omia toiveita huomioidaan ammattitaitoisesti, jos ne ovat realistisia. Hoitoneuvottelu toteutetaan mahdollisimman nopeasti asiakkaan tultua kotihoidon asiakkaaksi. Neuvotteluun osallistuvat lääkäri, sairaanhoitaja ja saattohoitoasiakas sekä hänen toiveiden mukaisesti omaiset tai ystävät.

Pyritään tota mahdollisimman pitkälle tekemään asiat sen asiakkaantoiveiden mukaisesti, jos ne nyt on realistisia.

Me mennään lääkärin kanssa kotikäynnille ja yleensä pyydetään omaisia sinne mukaan, tai ystäviä, jollei oo omaisia.

Varsinkin loppuvaiheessa hoidon sujuvuuteen vaikuttaa myös olennaisesti omaisten osallistuminen kotisaattohoitoon. Lisäksi hoidon sujuvuuteen vaikuttivat omaisten osallistuminen varsinaiseen hoitotyöhön, koska ongelmien esiintyessä, he pystyvät ilmoittamaan niistä heti kotihoidon sairaanhoitajille. Haastatteluissa tuli esiin myös, että kuoleman jälkeen sairaanhoitaja neuvoo omaisia järjestelyissä.

Kuoleva ei enää saata välttämättä ymmärtää mihin ottaa yhteyttä, ja kuka on ketäkin henkilö, niin omaiset on siinä, jotka ottaa yhteyttä meihin tai sitten suoraan tukiosastolle.

Se hyvä hoitosuhde, mikä on aikaisemmin luotu on tärkeää. On myös omaiseen hyvä suhde, nähdään sen omaisenkin hyvinvointi ja toiveet. Ollaan siinä apuna sitten järjestämässä niitä asioita, että vainaja menee eteenpäin. Nähdään, että asiat hoituu, vaikka omaisethan viime kädessä vastaa näistä jatkoasioista, mutta ollaan siinä hieman ohjeistamassa.

5.3 Psykkisten oireiden hoito

Psykkisten oireiden hoidon tuloksia tarkastellaan viidestä alaluokasta, jotka ovat vuorovaikutus, läsnäolo, hengelliset tarpeet, asiakaslähtöisyys ja tuki. Haastatteluissa korostui psykkisten oireiden hoidon merkitys saattohoidettaville ja heidän omaisilleen. Psykkisten oireiden hoidon kannalta keskeisinä asioina haastatteluissa korostui hoitajien tarjoama läsnäolo saattohoitoasiakkaalle ja heidän omaisilleen, keskusteluavun järjestäminen, ulkopuolisen tuen mahdollisuus ja omaisten huomioiminen kuoleman jälkeen.

Haastatteluissa korostui, että sairaanhoitajat tekevät suurimman osan käynneistä Lohjan kotisaattohoidossa. Sairaanhoitajat pystyvät näin ollen tarjoamaan kotisaattohoidettaville enemmän läsnäoloa ja keskustelutukea. Lähihoitajien käynnit toteuttaa tiimi, joka koostuu saattohoidosta kiinnostuneista lähihoitajista. Valikoiduilla lähihoitajilla pystytään toteuttamaan parempaa vuorovaikutusta ja läsnäoloa. Haastatteluissa tuli esiin, että sairaanhoitajat keskustelvat tarvittaessa saattohoitoasiakkaan kanssa niin kauan, kun he kokevat tarvetta keskustelulle.

Saattohoitoasiakkaan kanssa ei tarvita mitään ihmeellisiä poppaskonsteja, kunhan on läsnä ja kuuntelee heitä, niin se antaa jo niille tosi paljon.

Sellainen hyvä läsnäolo ja hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa, että on semmoinen luottamuksellinen hoitosuhde, että kaikesta voidaan keskustella. Se on varmasti kaiken A ja O.

Niin mä on nyt käynyt kolme-neljä viikossa siellä ja sillo mä en kato kelloo. Mä oon siin sen ajan ku tarvitaan, tunti-puoltoistatuntii.

Kaikissa haastatteluissa korostui, että jos oma keskusteluapu ei riitä, niin saattohoidettaville tarjotaan ulkopuolista apua. Ulkopuolisena apuna voidaan Lohjan kotisaattohoitoasiakkaille tarjota psykiatrista sairaanhoitajaa, saattohoidon vapaaehtoisten tukihenkilötoimintaa ja muita yhteistyötahoja. Lohjalla sairaanhoitajilla on mahdollisuus tilata psykiatrinen sairaanhoitaja kotiin. Lohjan tukihenkilötoiminta on uusi asia kotisaattohoidossa ja sitä pidettiin pääasiassa hyvänä asiana. Hengellisissä asioissa voidaan tarvittaessa pyytää evankelisluterilaista apua, kuten pappia ja diakonia kotiin käymään. Sairaanhoitajat eivät aktiivisesti tarjoa hengellistä tukea, vaan asia otetaan esille, jos saattohoidettavan hengellisyys tulee muuten esiin keskusteluissa tai kodin sisustuksessa.

Tarjoan keskusteluapua ja meillähän on tuo saattohoidon tukihenkilötoiminta.

Tottakai arjessa tuetaan, käynnit ei saattohoidettavillakaan kuitenkaan ole hirveän pitkiä, niin otetaan muita tukijoita mukaan, esimerkiks psykiatrinen sairaanhoitaja, seurakunta on monilla mukana, niin on monta auttajatahoa siinä.

Haastatteluissa kuvailtiin, että omaisia tuetaan arjessa kysymällä heidän jaksamistaan tarpeeksi usein. Tarvittaessa omaisilla on mahdollisuus lepoon. Lohjalla on käytettävissä

terveyskeskusosasto kolme, jonne saattohoitoasiakas voidaan viedä osastojaksolle, jotta omainen voi hetken levätä.

Asiakas menis hetkeks sinne, muutaman päivän olis siellä tukiosastolla, jotta omainen saa esimerkiksi nukuttua muutaman päivän, jos on vaikeeta.

Haastatteluissa korostui, että sairaanhoitajat pyrkivät olemaan rehellisiä kertoessaan elämäntarkoituksesta, johon ei välttämättä ole vastauksia. Asiakkaan toivoa pyritään ylläpitämään, mutta elämäntarkoituksesta keskusteltaessa sairaanhoitaja on usein kuunteleva osapuoli.

Tietysti elämästä puhutaan ja yritetään antaa toivoa, mutta kukaan ei osaa sanoa, että kuinka kauan elämää on jäljellä ja kuka se päättää niinku.

Lohjan kotihoidon sairaanhoitajat ovat yhteydessä omaisiin noin kuukauden kuluttua asiakkaan kuolemasta. Kuukauden aikamäärettä pidettiin tärkeänä, koska omainen on siinä ajassa saanut usein hautajaisjärjestelyt tehtyä ja surutyön aloitettua. Jokaisessa haastattelussa tuli ilmi, että yhteydenpitoa omaisiin kuoleman jälkeen pidettiin tärkeänä, koska se on osa saattohoitoa. Lohjalla omaiset pitävät yhteydenottoa kuoleman jälkeen pääasiassa positiivisena asiana.

Ja meillä kotihoidossa on sellainen tapa, että kun on mennyt kuukaus siitä kuolemasta, niin sit soitetaan omaisille ja kysytään, et miten on mennyt. Välillä he ovat yllättyneitä siitä soitosta ja sanovat, että onpa kivaa, kun kyselette.

5.4 Omaiset

Yläluokka omaiset syntyi yhdestä alaluokasta, joka on omaisten merkitys. Omaisten osallisuutta pidettiin jokaisessa haastattelussa niin vahvana, että siitä muodostettiin yksi yläluokka. Omaisten roolia kuvailtiin suureksi ja merkitykselliseksi. Usein omainen tarjoaa saattohoidossa olevalle sekä henkistä että fyysistä apua. Toki avun lähtökohtana on asiakkaan halua ottaa omaisia mukaan hoitoon sekä omaisten halu siihen osallistua. Kukin määrittelee itse missä määrin pystyy ja haluaa hoidossa olla mukana. Omaiset ovat usein paikalla silloin, kun hoitaja ei ole. He osallistuvat erilaisiin hoitotoimenpiteisiin, huolehtivat hygieniasta, avustavat päivittäisissä toimissa ja ovat läsnä. Omaisena on usein puoliso tai lapset.

No se rooli on semmoinen minkä hän siinä oikeastaan ottaa ja ihan mikä on sitten tietysti sen asiakkaan toive, mutta sanotaan, että me tuetaan siinä että he ottaa sitä aktiivista ja isoakin roolia, että ollaan siinä sitten tukemassa.

5.5 Kotisaattohoidon haasteet

Kotihoidon haasteet syntyivät kahdesta alaluokasta, jotka ovat omaisten psyykinen kuorma ja ongelmat saattohoidossa. Jokaisessa haastattelussa tuli haasteena ilmi omaisten osallistuminen hoitoon ja kotisaattohoidon toteuttamiseen. Lisäksi merkittävänä kotisaattohoidon haasteena tuli esiin omaisten uupuminen. Omaiset olivat myös epä tietoisia kuolevan potilaan

hoitotyöhön liittyvistä asioista, kuten loppuvaiheen nesteytyksen haitoista. Lohjan syrjäseutujen huonompi palveluiden saatavuus oli myös ongelma kotisaattohoidossa.

Kaikissa haastatteluissa korostui, että kotisaattohoitoa on lähes mahdotonta, tai vaikeaa toteuttaa, jos kotona ei ole omaista auttamassa. Omaisten rooli koettiin siksi merkittäväksi, koska kotihoito ei voi jatkuvasti olla kotona auttamassa huonokuntoista asiakasta ja kotihoiton resurssit ovat maksimissaan viisi käyntiä vuorokaudessa. Toisaalta haastatteluissa tuli myös ilmi, että kotihoiton käyntejä halutaan vähemmän, jos kotona on omaisia.

Saattaa mennä niin huonokuntoiseksi, että se ei enää toimi, vaikka ei ole omaisia, jotka ei oo auttamassa, ja kotihoito ei voi olla koko ajan auttamassa.

Loppujen lopuksi harva sellanen, jolla on paljon omaisia kotona, esimerkiksi puoliso, niin ei ne halua niin paljon käyntejä. Enemmän ne pakolliset käynnit, kuten pesut ja sairaanhoitajan tukea kyllä. Mutta ei välttämättä niin usein. Yksinasuva, joka tarvii viisi käyntiä vuorokaudessa, niin kyllä se on jo osastolla, kun on niin huonokuntoinen.

Mutta jos asiakas ei itse kykene tekemään mitään, niin kyllä se tuo haasteita siellä kotona, että jos käydään esimerkiksi viisi kertaa vuorokaudessa, niin riittäkö se avuksi näihin.

Haastateltavat kuvasivat hyvin yleisenä haasteena omaisten uupumisen, koska läheisen kuolema on henkisesti raskasta, ja omaiset ottavat ison roolin läheisen hoidossa. Välillä omaisille on oma uupuminen tullut yllätyksenä, vaikka aluksi on suunnitelmassa ollut hoitaa kuoleva loppuun asti kotona. Omaisen saattaa myös säikähtää, kun läheinen menee ennen kuolemaa huonoon kuntoon. Omaisen uupuminen ja epävarmuus voi johtaa siihen ettei hän halua läheisen kuolevan kotiin, jolloin potilaan oma tahto ei toteudu.

Omaiset voi melkein huonommin kuin se saattohoidossa oleva ihminen. Heillä on usein paljon vaikeampaa.

Vaikka sovitaan tai päätetään, että voi olla kotona. Sit yht´äkkiä omainen sanoo ihan loppuvaiheilla, että mä en haluu, että se kuolee kotona. Ja sitten mennään vastoin asiakkaan tahtoa ja viedään hänet sitten tonne kolmoselle. Usein he voi olla siinä kohtaa tajuttomia.

Omainen on ollut yötä päivää siinä hänen vieressään siinä, ja joutunut luopumaan työelämästään ja siitä, että on omalla lomalla nyt siitä. Omainen on siin niin uupunut ja me saadaan puhuttua, että se menis nyt muutamalle päivälle osastolle siitä. Et oma tahto olis ihana, mutta se on käytännös hirveän vaikea toteuttaa.

Haastatteluissa omaisten tietämättömyys lähestyvän kuolevan merkeistä tuli esiin erityisesti nesteytyksen haluamisena. Nesteytyksenä omaiset halusivat erityisesti suonensisäistä nesteytystä.

Itseasiassa semmoinen mitä monet kysyy, miksei laiteta tippaa? Usein siitä tulee vain lisää ongelmia.

Huolenaiheena tuli esiin lääkärin huono saatavuus kotikäynneille, koska lääkärijärjestelmä on Lohjan syrjäseuduilla erilainen keskustan alueeseen verrattuna. Saattohoitoasiakkailta on

keskustan lääkäri ja syrjäseudun muilla kotihoidon asiakkaila yksityinen lääkäri. Lisäksi syrjäseudulla koettiin, että lääkärin huonon saatavuuden vuoksi, kotisaattohoitoasiakas ja henkilökunta jää enemmän yksin.

Sehän on tietysti haasteellista saada se lääkäri kotikäynneille. Siinä on parantamisen varaa ainakin tuolla meidän alueella periferiassa.

Mä en välttämättä nää sitä lääkärii moneen viikkoon, moneen kuukauteen, jollei mulla oo jotain muuta, ku puhelimesta puhutaan. Että on vähän niinku yksikseen saattohoitoasiakas tuolla, kun on erilainen lääkärisysteemi täällä.

Yläluokkien abstrahoinnin tuloksena saatiin pääluokkien käsitteet sosiaalinen tukeminen ja palveluprosessin sujuvuus. Seuraavaksi tarkastellaan pääluokkaa palveluprosessin sujuvuus.

Palveluprosessin sujuvuus pääluokka syntyi yläluokista fyysisten oireiden hoito, hoidon sujuvuus ja kotisaattohoidon haasteet. Palveluprosessin sujuvuuteen Lohjan kotisaattohoidossa vaikuttaa, että kotona pystytään toteuttamaan laadukasta kivunhoitoa, kotisaattohoitoasiakkaan oireenmukaista hoitoa pystytään toteuttamaan, sairaanhoitajia on tarpeeksi ja syrjäseuduilla pystytään ennakoimaan ja suunnittelemaan kotisaattohoitoasiakkaan lääkehoito. Kipu-pumppu myös mahdollistaa kotisaattohoidon sujumisen kuolemaan asti kotona.

Palveluprosessin sujuvuutta Lohjalla lisää myös se, että Lohjan kotihoidossa pystytään palkkaamaan lisää työntekijöitä, jos kotisaattohoitoasiakkaan vointi heikkenee. Terveyskeskusosasto kolmea voidaan käyttää tukena, jos tarvitaan arvioita kipulääkityksessä, saattohoitoasiakkaan voinnin huonontuessa tai muissa sairaanhoitajien havaitsemisissa ongelmissa. Palveluprosessin sujuvuuteen vaikuttaa myös, että sairaanhoitajat ohjaavat omaisia, toteuttavat realistisesti kotisaattohoitoasiakkaan omaa tahtoa ja omaiset osallistuvat kotisaattohoitotyöhön.

Palveluprosessin sujuvuuteen vaikuttaa lisäksi tieto kotisaattohoidon haasteista, jotka Lohjalla pystytään tunnistamaan. Sairanhoitajat ovat tietoisia omaisten psyykkisestä kuormasta ja huomaavat mikäli omaiset uupuvat kotisaattohoitotyössä. Kotisaattohoidon sujumisen kannalta omaisten osallistuminen hoidon toteuttamiseen on suositeltavaa. Syrjäseudulla vähäisemmät lääkäriresurssit tunnistetaan kotisaattohoidon haasteeksi.

Pääluokka sosiaalinen tukeminen syntyi kahdesta yläluokasta, jotka ovat psyykkisten oireiden hoito ja omaiset. Lohjan kotisaattohoidossa toteutuneissa haastatteluissa korostui sosiaalisen tuen merkitys. Sosiaaliseen tukeen sisältyvät sairaanhoitajien osallistuminen saattohoidettavan hoitoon, jolloin pystytään tarjoamaan läsnäoloa, aikaa ja keskustelua. Lohjan kotihoito pystyy tarjoamaan saattohoidettaville ulkopuolista tukea, jos sairaanhoitajien tarjoama tuki ei riitä. Ulkopuolinen tuki voi olla psykiatrista tukea, vapaaehtoisten tukea tai evankelisluterilaisen seurakunnan tarjoamaa tukea. Lohjan kotisaattohoitoasiakkaan sosiaalisen tuen kannalta omaisten tarjoama henkinen ja fyysinen tuki sekä jatkuva läsnäolo ovat merkittäviä.

5.6 Saattohoitoinfotilaisuus

Saattohoitoinfotilaisuuden esityksen suhteen tärkeänä pidettiin aikataulussa pysymistä ja esitystä varten tehtiin aikataulusuunnitelma, joka on esitetty liitteessä 5.

Hyvän luennon teoreettisen viitekehyksen pohjalta suunniteltiin esityksen Power Point-diat selkeiksi. Tärkeänä pidettiin esityksen elävöittämistä sekä dian rajattua tekstimäärää. Tavoitteena oli olla aiheen asiantuntijoita, jotta esityksessä näkyisi aiheeseen perehtyneisyys. Saattohoitoinfotilaisuutta suunnitellessa opetusmenetelmäksi valittiin luento, koska aikaa oli varattu rajallisesti 20 minuuttia. Luennoinnin lisäksi tarkoituksena oli aktivoida kuulijoita esittämällä heille kysymyksiä esityksen alussa ja lopussa. Tarkoituksena oli rohkaista heitä kysymään ja pohtimaan aihetta. Aktivoinnin avulla pyrittiin myös yleisöä omaksumaan tietoa. Esityksen diat löytyvät liitteestä 6.

Koronaviruksen aiheuttamasta poikkeusolosuhteista johtuen saattohoitoinfotilaisuus jouduttiin perumaan ja työn tilaajan kanssa sovittiin tätä opinnäytetyötä koskevan osuuden esittämisestä etäyhteyden kautta. Esitystä kutsuttiin kuuntelemaan saattohoitoinfotilaisuuden työryhmä ja terveyskeskusosasto kolmen osastonhoitaja. Esityksen linkit ja e-lomake palautetta varten lähetettiin hyvissä ajoin kutsuille.

Saattohoitoinfotilaisuus pidettiin etätilaisuutena 16.4.2020 Microsoft Teams-palaverin kautta. Tilaisuus aloitettiin klo 15.30 ja siihen osallistui kolme henkeä saattohoitoinfotilaisuuden työryhmästä sekä osastonhoitaja Lohjan terveyskeskusosasto kolmelta. Tilaisuuden alussa esittäydymme ja kerroimme opinnäytetyön taustoista ja tarkoituksesta. Tilaisuuden avaamiseksi, esittelyyn ja palautelomakkeen esittelyyn oli varattu aikaa viisi minuuttia ja aikataulussa pysyttiin. Seuraavaksi käytiin läpi esityksen sisältö.

Esitys oli jaettu seitsemään teemaan, jotka olivat käsitteet, fyysiset oireet ja niiden hoito, psyykkiset oireet ja niiden hoito saattohoidossa, omaisten rooli saattohoidossa, kotisaattohoidon haasteet Lohjalla, mistä elementeistä koostuu sujuva kotisaattohoito Lohjalla ja kehittämisehdotuksista Lohjan kotisaattohoitoon. Yleisölle mainittiin, että tilaisuuden aikana voi esittää vapaasti kysymyksiä. Seuraavaksi esitellään tarkemmin saattohoitoinfotilaisuuden sisältö, missä hyödynnettiin opinnäytetyön teoriaa ja missä temahaastatteluista saatuja tuloksia.

Käsitteet saattohoitoinfotilaisuuteen tuli opinnäytetyön teoriasta. Käsitteistä tarkemmin määriteltiin opinnäytetyön teorian viitekehityksen mukaisesti kotihoito, palliatiivinen hoito, saattohoito sekä hoitosuunnitelma. Seuraavaksi esimerkki kotihoidon käsitteen määrittelystä saattohoitoinfotilaisuudessa. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) edellyttää kunnan järjestämään asukkaalleen riittävästi tukea jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. Sosiaalipalvelujen kautta

kuntalaisen on saatava tukea esimerkiksi asumiseen, taloudellisiin tarpeisiin sekä erilaisiin kriisitilanteisiin.

Saattohoitofotilaisuudessa palliatiivisesta hoidon käsitettä avattiin seuraavalla esimerkillä. Palliatiivisesta hoidosta puhutaan, kun parantavaa hoitoa potilaan sairauteen ei voida enää tarjota vaan keskitytään asiakkaan hyvään ja kivuttomaan loppuelämään (STM 2017a). Saattohoitoa kuvailtiin Käypä hoidon (2019) mukaan kuuluvan osaksi saattohoitoon, joka ajoittuu elämän viimeisille viikoille tai päiville.

Saattohoitofotilaisuudessa hoitosuunnitelman käsite kerrottiin yleisölle. Edenneessä sairaudessa lääkäri voi yhdessä potilaan kanssa laatia ennakoivan hoitosuunnitelman. Hoitosuunnitelman laatimiseen voidaan potilaan halutessa ottaa mukaan myös hänen läheisensä. Suunnitelman tarkoituksena on keskustella ja tehdä päätöksiä koskien potilaan tulevaisuutta esimerkiksi taudin pahenemisvaiheiden ja sairaalasiirtoja koskien. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio, 2015,13.)

Seuraavaksi luennoitiin saattohoidossa yleisimmin esiintyvistä fyysisistä oireista ja niiden hoidosta. Yleisimpinä fyysisinä oireina voidaan pitää hengenahdistusta, yskää ja ummetusta. Fyysisten oireiden jälkeen kerrottiin kivun tunnistamisesta ja kivunhoidon toteuttamisesta kotisaattohoidossa. Kivunhoidon toteuttamisesta kertomiseen käytimme haastatteluissa tulleita tuloksia, joita olivat oireenmukaisen ja laadukkaan kivunhoidon toteuttamisen mahdollisuudet myös kotiloissa. Kivunhoidossa korostuu myös hoitajan ammattitaitoa lääkityksen toteuttamisen ja vaikutusten seurannan osalta.

Saattohoidon psyykkisistä oireista luennoitiin poikkeavasta uupumisesta, ahdistuksesta ja masennuksesta sekä niiden hoidosta. Käsiteltävät psyykkiset oireet tulivat opinnäytetyön teoriasta. Poikkeavasta uupumisesta luennoitiin esimerkiksi esiintyvän useimmiten syöpäpotilailla, jossa uupuminen ei helpotu levolla. Ahdistuksen hoidossa korostuu elämän loppuvaiheessa lääkkeettömät psykososiaaliset hoidot, jossa läsnäololla, vuorovaikutuksella ja hoidon jatkuvuudella on tärkeä merkitys. Masennuksessa kerroimme esimerkiksi, kuinka tärkeää on erottaa suru masennuksesta, joka voi olla palliatiivisessa hoidossa vaikeaa. (Käypä hoito 2019.)

Tämän jälkeen luennoitiin opinnäytetyön teorian pohjalta saattohoidettavan psyykkistä kuormaa nostavista tekijöistä ja millä keinoin niitä voidaan vähentää. Kerroimme Käypä hoidon (2019) mukaan, että eksistentiaaliset kysymykset nostavat psyykkisen tuen tarvetta ja surutyö, läsnäolo, läheisille annettu tuki ja eletyn elämän muistelu vähentävät kuolevan potilaan psyykkistä kuormaa.

Kerrottiin myös teemahaastatteluista saaduista tuloksista, että miten Lohjalla toteutettavassa kotisaattohoidossa annetaan psyykkistä tukea. Tässä yhteydessä käsiteltiin Lohjan kotisaattohoidossa toteutuvaa psyykkisten oireiden hoitoa, johon kuuluvat läsnäolo, hyvä vuorovaikutus,

keskusteluapu, ulkopuolisen tuki, omaisten huomioiminen ja kokonaisvaltaisen saattohoidon toteutuminen.

Omaisten kohtaamisessa ja osallisuudesta kerrottiin henkisen ja fyysisen tuen sekä omaisten merkityksestä. Saattohoitovaiheessa läsnäolon ja henkisen tuen merkitys kasvavat. Haastattelussa korostui omaisten merkittävä rooli kotisaattohoidon toteuttamisessa etenkin silloin, jos asiakkaan toive oli kuolla kotona.

Kotisaattohoidon haasteissa luennoitiin tuloksista, pohdinnasta sekä teoriaosuudesta esiin tulleita asioita yhdistellen. Näistä merkityksellisimmäksi koettiin haastattelussa esiin tulleet omaisten uupuminen ja omaisten puuttumisesta johtuvat asiat. Kerrottiin teemahaastattelusta saatuihin tuloksiin perustuen, kuinka kotisaattohoitoa on vaikea toteuttaa, jos ei ole omaisia. Korostettiin Finne-Soverin & Arvosen (2018) mukaan omaisten osallistumista hoitoon perustuvan aina vapaaehtoisuuteen.

Sujuvassa kotisaattohoidossa käytiin läpi keskeisiä asioita koskien ammattitaitoa, resurssien lisäämistä kotisaattohoidossa, kiireettömyyttä, omaisten osallistumista hoitoon, hoidon onnistumisen edellytyksiä loppuun saakka ja saattohoidon terveyskeskusosasto kolmen erilaiset käyttömahdollisuudet. Sujuvassa kotisaattohoidossa hyödynnettiin teemahaastatteluiden tuloksia. Saattohoitoinfotilaisuuden käsitteiden esittelyyn ja itse saattohoitoinfotilaisuuden luento oli varattu aikaa 11 minuuttia ja aikataulussa pysyttiin.

Lopuksi esiteltiin opinnäytetyön tuloksista ja pohdinnasta syntyneitä kehitysehdotuksia koskien Lohjan kotisaattohoitoa. Kehitysehdotuksina kerrottiin omaisten uupumisen ennaltaehkäisystä, syrjäseutujen lääkäripalveluiden kehittämisestä, omaisten ohjaamisen tärkeyttä kuoleman lähestyessä ja kaikkien tasapuolista mahdollisuutta kotisaattohoitoon. Lisäksi kerrottiin kehitysehdotuksien tärkeydestä. Kehitysehdotuksiin oli varattu aikaa kaksi minuuttia ja aikataulussa pysyttiin. Diojen väleissä luettiin myös vuorotellen haastatteluotteita aiheeseen liittyen. Saattohoitoinfotilaisuuden lopussa oli tarkoitus aktivoida yleisöä ja yleisö sai vapaasti kysyä. Loppukeskusteluun oli varattu aikaa kaksi minuuttia. Loppukeskustelun aikataulu ei riittänyt, koska tilaisuus venyi vilkkaan loppukeskustelun vuoksi puolen tunnin mittaiseksi. Näin ollen suunnitellussa 20 minuutin aikataulussa ei pysytty.

Palaute kerättiin e-lomakkeella. Palautelomakkeessa oli neljä kysymystä: esitys auttoi minua ymmärtämään, miten kotisaattohoitoa toteutetaan Lohjalle, esitys sopii mielestäni osaksi saattohoitoinfotilaisuutta ja esiintyjät olivat asiantuntevia. Lisäksi palautelomakkeessa oli yksi avoin kysymys: kehittämissuunnitelmaa esitykseen. Kysymyksissä oli neljä vastausvaihtoehtoa, jossa vaihtoehto 1 tarkoitti täysin samaa mieltä, 2 osittain samaa mieltä, 3 osittain eri mieltä ja 4 täysin eri mieltä.

Palautekyselyyn vastasi kolme henkilöä. Kysymykseen “Esitys auttoi minua ymmärtämään, miten kotisaattohoitoa toteutetaan Lohjalle” jokainen kolme vastaajaa vastasi vastausvaihtoehdon 1 eli täysin samaa mieltä. Kysymykseen “Esitys sopii mielestäni osaksi saattohoitoinfotilaisuutta” jokainen kolme vastaajaa vastasi vastausvaihtoehdon 1 eli täysin samaa mieltä. Kysymykseen “Esiintyjät olivat asiantuntevia” vastasi jokainen kolme vastaajaa vastausvaihtoehdon 1 eli täysin samaa mieltä. Kaikki vastaajat siis kokivat, että esitys auttoi heitä ymmärtämään, miten kotisaattohoitoa toteutetaan Lohjalla ja se koettiin sopivaksi saattohoitoinfotilaisuuteen. Myös esiintyjä pidettiin asiantuntevina. Pienen vastausmäärän vuoksi vastauksia ei käsitelty tilastollisin menetelmin. Vastausten jakauma löytyy liitteestä 7. Avoimia palautteita kertyi kolme:

Esitys oli selkeä. Jopa suorat lainaukset haastatteluista luettiin niin hyvin, ettei jäänyt epäselväksi, niiden alkuperä. Kehittämisehdotukset olivat konkreettisia ja ne oli esitetty siten, että niitä voidaan kehittää.

Tämä pitäisi saada julkisuuteen :)

Esitys oli hyvin toteutettu tähän formaattiin. Jos esitys tulisi yleisölle erilaisella foorumilla, niin esitystyylillä olisi hyvä olla "ei paperista" lukeva ja siirtymät eri osioiden välillä voisivat ehkä korostua hieman enemmän.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa saattohoitoinfotilaisuus ja esitys kotisaattohoidon toteutumisesta Lohjalla. Teemahaastatteluilla saatiin paljon tietoa kotisaattohoidon toteuttamisesta ja keskeisistä haasteista siihen liittyen. Haastatteluiden tuloksissa näkyivät työn teoriaosassa esille nostetut aiheet ja niiden kautta saatiin vastaus tutkimuskysymykseen. Abstrahoinnin tuloksena syntyneet kaksi pääluokkaa eli palveluprosessin sujuvuus ja sosiaalinen tukeminen antoivat meille vastauksen tutkimuskysymykseen “Miten saattohoito toteutuu Lohjalla?” Tutkimuskysymykseen saatiin kaksi käsitettä sujuva palveluprosessi ja sosiaalinen tukeminen.

Haastatteluiden analyysin tuloksia hyödynnettiin suunniteltaessa saattohoitoinfon ohjelman sisältöä. 26.2.2019 tavattiin yhteistyökumppanien kanssa yhdessä Länsi-Uudenmaan toimittajan, jolle annettiin haastattelu saattohoitoinfotilaisuudesta Länsi-Uudenmaan paikallislehteen sekä esiteltiin tekemämme kutsua, joka löytyy liitteestä 4. Haastattelusta kirjoitettu artikkeli ilmestyi Länsi-Uusimaa lehdessä 1.3.2020.

Merkittävä osaa palliatiivista tai saattohoitoa tarvitsevista potilaista hoidetaan tasolla A. Hoito toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti ja tarvittaessa, etenkin oireiden pahentuessa, konsultoidaan erityistason yksiköitä B ja C. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kolmiportaisen mallin mukaista syöpäkivunhoitoa toteutetaan kolmella tasolla A, B ja C. Potilaiden siirtyessä yksiköltä toiselle varmistetaan riittävä tiedonsiirto sekä hoitokontaktin luominen niin, että aina on tiedossa, kenellä on päävastuu potilaan hoidosta. (STM 2017a.) Lohjalla saattohoidon kolmiportainen malli toimii hyvin ja saattohoidon vaatimustason mukaisesti ammattiryhmien koulutustasoa hyödynnetään. Siirtyminen erityistason yksiköiden välillä Lohjan kotisaattohoidossa korostui erityisesti terveyskeskusosasto kolmen käyttämisen mahdollisuus kivunhoidossa, oireiden pahenemisessa ja myös omaisten tukemisessa.

Teemahaastattelussa yllätyksenä nousi omaisten suuri merkitys kotisaattohoidossa. Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon perustuu aina vapaaehtoisuuteen. Omaiset tarvitsevat myös ohjaamista ja saattohoidossa toimivien ammattilaisten on otettava tämä huomioon. Omaisten voimavaroja ja jaksamista on huomioitava. Omaisille tulee antaa tarpeeksi tarvittavaa tukea. (Finne-Soveri & Arvonen 2018.) Kaikissa haastatteluissa kuitenkin korostettiin, että kotisaattohoitoa on lähes mahdotonta, tai vaikeaa toteuttaa, jos kotona ei ole joku omainen auttamassa. Omaisen on näin ollen merkittävässä roolissa potilaan tahtoon kuolla omaan kotiin. Potilaan oma tahtoa on siis helpompi toteuttaa, jos hänellä on omaisia. Lisäksi tuloksista selvisi, että omaisten vapaaehtoisuutta hoitoon osallistumisessa on vaikeaa käytännössä toteuttaa. Haastatteluiden perusteella sairaanhoitajilla on valmiuksia tunnistaa omaisten uupuminen, ja he pystyvät herkästi mahdollistamaan saattohoitoasiakkaalle osastojakson terveyskeskuksessa ja näin tarjoamaan omaisille lepo hetken. Haastatteluissa kuitenkin korostui, että omaisten uupuminen on yleistä. Kehitysehdotuksena olisi, että omaisten jaksamiseen kiinnitetäisiin enemmän huomiota jo ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä.

Toisaalta omaisten aktiivinen osallistuminen kotisaattohoitoon vaikuttaa palveluprosessin sujuvuuteen, koska kotihoito pystyy käymään asiakkaan luona korkeintaan viisi käyntiä vuorokaudessa. Omaiset pystyvät hoitotyön lisäksi antamaan saattohoidettavalle tarvittavaa läsnäoloa ja huomaamaan voinnissa tapahtuneet mahdolliset muutokset.

Tuloksista tuli merkittävästi esille, että Lohjalla on varauduttu hyvin kotisaattohoidossa asiakkaan voinnin huonontumiseen ja oireenmukaista hoitotyötä voidaan toteuttaa kotiloissa. Henkilökuntaa pystytään tarpeen mukaan palkkaamaan lisää silloin, kun saattohoidettavan vointi romahtaa. Oireenmukaisen hoitotyön toteuttamisen kulmakivenä on kipupumppu, joka on tärkeässä roolissa omaisten ohella siinä, että kotisaattohoitotyötä voidaan toteuttaa kuolemaan saakka. Nämä kaikki seikat osaltaan vaikuttavat Lohjan kotisaattohoidon palveluprosessin sujuvuuteen.

Palveluprosessin sujuvuuteen vaikuttavat myös saattohoidon haasteet. Lohjan kotihoidon sairaanhoitajat olivat tietoisia haasteista. Omaisten uupumisen lisäksi kehitysehdotuksena voisi olla panostaminen siihen, että kotisaattohoitoa voitaisiin toteuttaa asiakkaan toiveiden mukaisesti huolimatta siitä, ettei hänellä ole omaisia auttamassa. Lohjan kotisaattohoidossa korostui myös syrjäseutujen lääkäripalveluiden huono saatavuus, joiden kehittäminen tulevaisuudessa olisi tärkeää.

Surutyö, läsnäolo, läheisille annettu tuki ja eletyn elämän muistelu vähentävät kuolevan potilaan psyykkistä kuormaa (Käypä hoito 2019). Lohjalla sairaanhoitajat tekevät pääosan käynneistä kotisaattohoidossa olevan asiakkaan luona ja heillä on mahdollisuus tarjota aikaa ja läsnäoloa. Näin ollen tuloksissa korostui, että myös sairaanhoitajat pystyvät vähentämään asiakkaan psyykkistä kuormaa.

Saattohoitovaiheessa läsnäolo ja vuorovaikutus korostuvat kuolevan potilaan ja läheisten kanssa (Hänninen 2015a). Nämä ovat asioita, joita myös haastateltavat korostivat ja joihin Lohjan kotisaattohoidossa panostetaan. Tuloksissa korostui kotisaattohoidossa tarvittavan henkisen tuen merkitys. Lohjan kotisaattohoidossa annettavaan henkiseen kuuluu sairaanhoitajien antama aika, läsnäolo, eksistentiaalinen tuki ja tarvittaessa muiden tahojen mukaan ottaminen hoitoon. Hyvään vuorovaikutukseen panostetaan myös niin, että kotisaattohoidossa lähihoitajista kootaan saattohoidosta kiinnostuva tiimi.

Hyvässä saattohoidossa omaisten huomioiminen ei lopu potilaan kuolemaan, vaan omaisia tuetaan surussa vielä kuoleman jälkeenkin (Hänninen 2015a). Lohjan kotisaattohoidossa omaisia huomioidaan kuoleman jälkeen soittamalla omaisille noin kuukauden kuluttua kuolemasta. Lisäksi kuoleman jälkeen omaisia ohjataan käytännön järjestelyissä.

Saattohoidossa vastataan myös kuolevan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hyvän elämänlaadun vaalimiseen. Hyvään saattohoitoon kuuluu läheisten huomioiminen parhaalla mahdollisella tavalla. Voidaan sanoa, että saattohoito on hyvin kokonaisvaltaista hoitoa. (Käypä hoito 2019.) Tutkimuksen tuloksista voidaan huomata, että Lohjalla kotisaattohoidossa toteutuu kokonaisvaltainen ja hyvä saattohoito.

Haastatteluissa omaisten tietämättömyys lähestyvän kuolevan merkeistä nousi esiin erityisesti nesteytyksen haluamisena. Omaiset eivät olleet tietoisia siitä, kuten Käypä Hoidon (2019) mukaan kuoleman lähestyessä kuivumisen aiheuttaa nesteen siirtymisen solujen välitilaan, jolloin nesteytyksestä ei ole hyötyä. Kehitysehdotuksena tähän olisi, että omaisille voisi kertoa lähestyvän kuoleman merkeistä. Näin saataisiin omaisille jaettua tietoa ja vähennettyä myös pelkoa oireiden muuttuessa.

Opinnäytetyö suunniteltiin alun perin toteuttavaksi kaikille avoimeksi saattohoitoinfoksi Lohjan kirjaston saliin. Saattohoitoinfotilaisuus olisi ollut alun perin laajempi tilaisuus ja oli

tarkoitus kestää kaksi tuntia. Tilaisuudessa olisi ollut puhumassa myös kotihoidon lääkäri, saattohoidon vapaaehtoiset, saattohoidossa olevan omainen ja Lohjan seurakunnan työntekijät. Maailmanlaajuisesta koronavirustilanteesta ja siitä johtuvasta Suomen poikkeustilanteesta työtä ei voitu esittää alun perin suunnitellussa mittakaavassa, eikä alkuperäistä tarkoitusta palautteen keräämisestä tilaisuuden kehittämiseksi voitu toteuttaa. Lisäksi saattohoitofotilaisuus jouduttiin suunnittelemaan uudelleen nopealla aikataululla. Esitys käytiin kuitenkin läpi työn tilaajan sekä työryhmän kanssa. Saadussa palautteessa oli kommentti esityksen tyyliin liittyen ja viittaus siihen, että esitys oli ”paperista luetun” kuuloinen. Esitykseen valmistauduttiin ja valmius oli työn esittämiseen yleisölle, joten sisältö oli meillä hyvin hallussa. Microsoft Teamsin kautta esittäessä kontaktia yleisöön puuttui ja luonnollisesti puhe-tyyli saattoi myös muuttua virallisemmaksi.

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää Lohjan kotisaattohoidon kehittämisessä ja saattohoitofotilaisuuden sisältönä tulevaisuudessa. Saattohoitofotilaisuuden osallistujien mielestä varsinkin tämän opinnäytetyön kehittämisehdotukset vastasivat Lohjan kotisaattohoidon todellista tilannetta. Saattohoitofotilaisuuden osallistujat olivat terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisia, joten heidän palautettaan kehitysehdotuksiin voidaan pitää luotettavana. Saadussa palautteessa tuotiin myös esiin toive opinnäytetyön tuomisesta julkisuuteen antamalla siitä haastattelu paikallislehteen.

6.1 Tutkimusetiikka

Suomessa opetus- ja kulttuuriministeriön asettama Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa tutkimusta tehdessä hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkijoiden ja asiantuntijoiden on noudatettava yleisiä ohjeita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Seuraavaksi tarkastellaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamia yleisiä ohjeita tutkijoille ja asiantuntijoille. Tutkimustulosten esittämisessä ja niiden tallennuksessa on käytettävä tiedeyhteisön käytäntöjä, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi näitä tiedeyhteisön käytäntöjä täytyy käyttää tutkimustulosten arvioinnissa. Tiedonhankinnassa on käytettävä tieteellisesti ja eettisesti hyväksytyjä tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimustulosten esittämisessä pyritään avoimuuteen ja vastuulliseen tiedeviestintään. Muiden tutkijoiden arvoa on kunnioitettava heidän tutkimuksissaan ja heidän tuottamiin tutkimuksiin on viitattava asianmukaisin lähdeviittauksin. Tutkimuksia suunniteltaessa, niistä raportoidessa ja toteutuksissa on otettava huomioon tieteelliset vaatimukset. Tutkimusluvut haetaan asianmukaisesti. Mahdolliset esteellisyysvaatimukset ovat huomioitava. Tutkimuksen tekijöiden täytyy sopia sidosryhmien kanssa kunkin oikeudet, vastuu, asema, aineiston säilyttäminen, tietosuoja ja käyttöoikeus kaikkien hyväksymällä tavalla. Tutkimusta tehdessä on huomioitava myös hyvät hallintotavat ja tietosuojaan liittyvät seikat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.) Terveystieteiden parissa tarvitaan lisäksi eettisen lautakunnan lupa

niissä tilanteissa, joissa haastatellaan fyysisesti tai psyykkisesti sairaita ihmisiä (Mäkinen 2006, 112).

Suomessa tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 2) tehtävä on ennaltaehkäistä tutkimus-
vilppiä, hyvän tieteellisen käytännön edistäminen, tutkimuseetiikasta heräävän keskustelun ja
tiedotuksen edistäminen Suomessa, sekä alan kansainvälinen kehittyminen. Aiheeseen lisäten
Kuula (2011, 35) täydentää hyvän tieteellisen käytännön noudattamisen kuuluvan koko tie-
deyhteisölle.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittelee, että tutkittavia kuuluu kohdella kunnioitta-
vasti henkisten haittojen välttämiseksi (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Tutkimuk-
seen osallistuminen on aina vapaaehtoista. Tutkittavalla on aina oikeus keskeyttää tutkimus
kaikissa sen vaiheissa ja mistä syystä tahansa. Tutkittava tarvitsee tarpeeksi tietoja ennen
tutkimuksista ja tutkimusaineistoa kerätessä kaikille tutkittaville on tiedotettava tutkimusai-
neiston käytöstä. Riittävä informointi tutkimuksessa on tärkeää, koska se vaikuttaa tutkitta-
van suostumukseen. Tärkeää on myös kirjalliset allekirjoitetut tutkimussuostumukset, koska
ne ovat laillisesti päteviä. (Kuula 2011, 99-101, 107.)

Tutkimussuostumuksien lisäksi tutkittavan oikeus anonymiteettiin on tärkeää, koska se takaa
henkilöllisyyden salaamisen. Anonymiteetti antaa myös olennaisen kuvan luottamuksesta tut-
kittaville. Luottamukseen kuuluu myös, että tutkittaville täytyy antaa tietoa tutkimuksen kai-
kissa vaiheissa. (Mäkinen 2006, 114, 116.) Luottamusta on myös se, että tutkittava voi kysyä
tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuksen ajan ja niihin on vastattava totuudenmukai-
sesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Tiedeyhteisöä määrittelevät kaksi kultaista
sääntöä: kriittisyys ja totuuteen pyrkiminen, joista eettiset säännöt määräävät koko tiedeyh-
teisön ideaaliolotilaan (Mäkinen 2006, 28).

Lohjan kaupungilla säädetään toimivallan tehtävät ja toimivallan jako. Lohjan kaupungin hal-
lintosäännön 2. pykälän mukaan viranhaltijoiden yleinen toimivalta päättää tutkimuslupien
antamisesta. (Lohjan kaupunki 2016, 25-26.)

Opinnäytetyössä noudatetaan tiedeyhteisön toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolelli-
suutta ja tarkkuutta omien aineistojen tallennuksessa ja tutkimustulosten esittämisessä.
Opinnäytetyön tiedonhankinnassa käytetään tieteellisesti ja eettisesti hyväksytyjä tutkimus,
tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tutkimustulosten esittämisessä pyritään avoimuuteen
ja käyttämään vastuullista tiedeviestintää. Lähdeviitteet merkitään asianmukaisesti ja kunnioitetaan
muiden tutkijoiden arvoa heidän tutkimuksissaan. Opinnäytetyö suunnitellaan, ra-
portoidaan ja toteutetaan tieteellisten vaatimusten mukaisesti. Tutkimusluvut haetaan asian-
mukaisesti suoraan opinnäytetyön toimeksiantajalta Lohjan kaupungilta. Opinnäytetyössä ei
tarvita eettisen lautakunnan lupaa, koska haastatteluun valikoituu kotihoidon työntekijöitä.
Mahdolliset esteellisyysvaatimukset huomioidaan ja sovitaan opinnäytetyön sidosryhmien

kanssa kunkin oikeudet, vastuu, asema, aineiston säilyttäminen, tietosuojaja käyttöoikeus kaikkien hyväksymällä tavalla. Opinnäytetyön tekemisessä huomioidaan hyvät hallintokäytännöt. Opinnäytetyössä otetaan huomioon tutkittavien vapaaehtoisuus. Tutkittavilla on oikeus tarvittaessa keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkimukseen osallistuneita kunnioitetaan ja varmistetaan heille riittävä informointi tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyössä salataan kaikkien tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa esille nousee keksi termiä: reliabiliteetti ja validiteetti. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen perusteita, mittaako tutkimus juuri niitä asioita, joita on tarkoitus? Ovatko saadut tulokset oikeita? Laadullisen tutkimuksen kohdalla kysymysten asettelu on tutkijan vastuulla. Kuinka todistaa, että juuri niillä kysymyksillä saadaan tutkimuksen kannalta parhaat vastaukset. Kysymykset eivät myöskään saa olla liian johdattelevia ja tutkijalla pitää olla ammattitaitoa analysoida vastauksia. Reliabiliteetti mittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Laadullisen tutkimuksen reliabiliteetin arvioinnissa voidaan käyttää kolmea kohtaa: erityisen metodin reliabeliuuden arviointi eli haastatteluvastausten luotettavuus, ajallinen reliabelius eli tutkimuksen muuttumattomien ilmiöiden parissa sekä johdonmukaisuus tuloksissa eli tulosten poikkeaminen toisistaan, miten ilmiön tutkimisen tulokset voivat pitää paikkansa. (Saaranen-Kauppinen ym. 2009.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa haastatteluiden esitestaamisella ja harjoittelulla, muiden tutkijoiden kanssa tehtävällä yhteistyöllä sekä videoinnin ja nauhoittamisen hyödyntämisestä. Haastattelutilanteessa vastaukset eivät aina ole luotettavia eikä ihminen vastaa aina rehellisesti. Laadullisen tutkimuksen tekijän tulee olla kriittinen ja kykenevä pohtimaan aineiston luotettavuutta (Saaranen-Kauppinen ym. 2009.)

Tutkija voi kasvattaa tutkimuksen luotettavuutta tutkimusprosessin hyvällä suunnittelulla, tutkimusongelman suhtauttamisella tuloksiin sekä oman työskentelyn kriittisellä arvioinnilla. Tulokset on esitettävä niin, että tutkimuksen lukija saa käsityksen siitä, miten analyysi on tehty, miten tutkimus on rajattu ja mitkä ovat olleet tutkimuksen vahvuudet. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös pohtimalla olisiko tutkimus siirrettävissä johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Deduktiivinen analyysi keskittyy teoriaan, jonka ilmenemistä käytännössä tutkitaan. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

Tämä opinnäytetyö selvitti asetettua tutkimuskysymystä laadullisen tutkimuksen keinoin. Teemahaastatteluun osallistui neljä henkilöä ja otoksena sitä voidaan pitää riittävänä määränä tämänkaltaiseen tutkimukseen. Haastattelijat edustivat samaa ammattikuntaa ja tekivät työtä kotisaattohoidon parissa näin ollen heidän vastauksiaan voidaan pitää luotettavina. Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä asettaa tiettyjä vaatimuksia kysymysten ja haastattelijan suhteen. Opinnäytetyön laajaa teoriaosaa käytettiin hyväksi teemahaastattelurungon

tekemisessä. Haastattelutilanteeseen valmistauduttiin harjoittelemalla sekä teemahaastattelun toteutukseen perehtymällä. Tärkeänä pidettiin, että haastateltaville ei esitetä tarkasti rajattuja kysymyksiä vaan teemoista keskustellaan vapaamuotoisimmin.

Teoriaosassa käytettiin monipuolisia ja luotettavia lähteitä ja työssä käytettävät tutkimus- ja analysointimenetelmät perusteltiin tähän työhön sopiviksi. Lähteet on merkitty tekstiin ja lähdeluetteloon Laurean ohjeiden mukaisesti.

Opinnäytetyön tuotoksen osalta asetettu tavoite ei täytynyt, koska suunniteltua infotilaisuutta ei voitu järjestää ja työ esitettiin ainoastaan infotilaisuuden suunnittelussa mukana olleelle työryhmälle. Alun perin suunnitellulle infotilaisuudelle valmisteltua palautelomaketta ei voitu käyttää, koska se oli tarkoitettu laajemmalle yleisölle ja sekä kohdistettu tilaisuuteen, jossa olisi ollut useampi esiintyjä.

Lähteet

Painetut

Harno, H., Harrela, M., Kalso, E., Karppinen, H., Kaski, M., Kulvik, T., Kynsilehto, E-A., Louhiala, P., Mäkitie, A., Niemi-Murtola., Nieminen, E-M., Ollila, M., Robert, P., Pelkonen, R., Pöyhiä, R., Reinikainen, P., Salmela, K., Sirkiä, K., Soininen, L. & Tasmuth, T. 2014. Lääkäri saattajana - Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu-teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Juvenes Print.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

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

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. 11. painos. Vantaa: Hansaprint.

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

Sähköiset

Anttonen, S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 11.10.2019. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/98745>

Butters, M. 2018. Kuolema eri maailmankatsomuksissa. Näkökulma 2.3.2018. Lääkärilehti 73(9), 560-561. Viitattu 11.10.2019. <https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/ajassa/nakokulmat/kuolema-eri-maailmankatsomuksissa/>

Casey, D. 2019. Hospice and palliative care: What's the difference. Journal of Clinical Oncology 28(3),196-197. Viitattu 7.10.2019. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/2242625554/?pq-origsite=primo>

Duodecim lääketietokanta 2016. Relistor 12mg/0,6 ml INJ, Liuos. Reseptivalmiste. Viitattu 27.10.2019. https://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakueto=metyylinaltreksonibromidi

ETENE. 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 24.9.2019. <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf>

Euroon parlamentti. 2008. Mietintö vapaaehtoistyön roolista taloudellisen ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden edistämiseksi (2007/2149 INI). Viitattu 12.10.2019. http://www.kansalaisareena.fi/mietinto_vapaaehtoistyon_roolista_alue-kehitysvaiokunta.pdf.

Finne-Soveri, H. & Arvonon, M. 2018. Omaisen tai läheisen kohtaaminen ja yhteistyö kotisairaala. Kotisairaala. E-kirja. Viitattu 10.12.2019. https://www.oppiportti.fi/op/kts00003/do?p_haku=omaisten%20kohtaaminen#q=omaisten%20kohtaaminen

Gellie, A., Mills, A., Levinson, M., Stephenson, G & Flynn, E. 2015. Death: a foe to be conquered. Questioning the paradigm. Oxford Academy 44(1), 7-10. Viitattu 9.10.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25225350>

Haefeli, M., Elfering, A., Pain assessment. European Spine Journal 15(1), 17-24. Viitattu 5.11.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454549/>

Heikkilä, T. 2009. Kuoleman kohtaaminen. Duodecim oppiportti. Viitattu 11.10.2019. https://www.oppiportti.fi/op/ppp00100/do?p_haku=kuolema#q=kuolema

Heiskanen, T., Hamunen, K., Hirvonen, O. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 5.11.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>

Hillilä, M. 2015. Ummetus. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Viitattu 27.10.2019. https://www.oppiportti.fi/op/pli00110/do?p_haku=ummetus#q=ummetus

Huttunen, M. 2018a. Ahdistuneisuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.11.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188

Huttunen, M. 2018b. Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.11.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

Hänninen, J. 2015a. Saattohoito. Duodecim oppiportti. Viitattu 19.9.2019. https://www.oppiportti.fi/op/pli00345/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Hänninen, J. 2015b. Missä saattohoitoa. Duodecim oppiportti. Viitattu 7.10.2019. https://www.oppiportti.fi/op/pli00147/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Hänninen, J. 2015c. Oireiden arviointi saattohoidossa. Palliatiivinen hoito. Duodecim oppiportti. Viitattu 9.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00148/do#T1>

Hyppönen, O. & Linden, S. 2009. Opettajan käsikirja - opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Teknillinen korkeakoulu. Viitattu 15.11.2019. <https://aalto-doc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/4670/isbn9789522480637.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hänninen, J. 2015d. Kuolemaa seuraavat toimenpiteet. Palliatiivinen hoito. Duodecim oppiportti. Viitattu 9.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00159/do>

Iivari, M. 2018. Näin teet näyttävän Powerpoint-presentaation - 6 vinkkiä. Paper Planers. Viitattu 15.11.2019. <https://www.paperplanes.fi/blogi/nain-teet-nayttavan-powerpoint-presentaation-6-vinkkia/>

Kansanterveyslaki. 1972/66. Viitattu 25.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kekäle, J. 1994. Luento opetuksen kehittäminen. Viitattu 3.3.2020. https://www.oamk.fi/c5/files/9315/5429/4994/nro2_luento-opetuksen_kehittaminen_1994.pdf

- Kelley, A., Morrison, S. 2015. Palliative Care for the Seriously Ill. The new England journal of medicine. Viitattu 13.10.2019. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404684>
- Kuitunen, A. 2017. Traneksaamihappo. Akuuttihoiton lääkkeet. Duodecim lääketietokanta. Viitattu 26.10.2019. https://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=traneksaamihappo
- Käypä hoito. 2016. Depressio. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 31.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s1>
- Käypä hoito. 2019. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja suomalaisen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 22.9.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>
- Laki kuolemansyyn selvittämisestä. 1973/459. Viitattu 9.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730459>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Viitattu 21.9.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>
- Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Systeminen tieteenteoria ja perhekeskeisyys. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. E-kirja. Viitattu 10.12.2019. https://www.oppiportti.fi/op/ppp00005/do?p_haku=perhekeskeisyys#q=perhekeskeisyys
- Lehto, J. & Pöyhä, R. 2015. Hengenahdistus. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Viitattu 26.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00078/do>
- Lohjan kaupunki. 2019a. Kotihoito. Viitattu 4.11.2019. <https://www.lohja.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/tukea-apu/kotihoito/>
- Lohjan kaupunki. 2016. Lohjan kaupungin hallintosääntö. Hyväksytty kaupunginvaltuustossa 14.9.2016. Voimaantulo 1.1.2017 ja 1.6.2017. 1-88. Viitattu 15.12.2019. http://kaupunki.lohja.fi/Liitetiedostot/Lohjan_kaupungin_hallintosaanto_kv_14.9.2016.pdf
- Lohjan kaupunki. 2019b. Omavalvontasuunnitelmat. Viitattu 4.11.2019. <https://www.lohja.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/tukea-apu/kotihoito/omavalvontasuunnitelma/>
- Markkanen, P. 2002. Opetuksen tuhat taikatemppeä - onko opetusmenetelmällä väliä. Viitattu 9.12.2019. http://www.oulu.fi/oky/julkaisut_ja_materiaalit/uutta_opetuksessa/pdf/UO16.pdf
- Nousiainen, M. & Nivala-Huhtaniska, N. 2015. Suun kuivuus. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Duodecim Terveysportti. Viitattu 28.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00096/do>
- Paakkari, I., Paakkari, P. & Forsell, M. 2018. Natriumkromoglikaatti inhalaationa. Lääkeopas Duodecim. Viitattu 26.10.2019. https://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=natriumkromoglikaatti
- Paavola, S. 2019. Hyvällä saattohoidolla parannetaan elämän laatua. Satukunnan Kansa. Viitattu 17.12.2019. <https://www.satukunnankansa.fi/a/feab655f-732c-45b5-9cc2-a0054a5a4c53>
- Pelkonen, R. 1995. Miten pidän luennon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 15.11.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1995/19/duo50424>

Puranen, T. & Laatikainen, T. 2014. Ihmiset koolle-opas. Viitattu 9.12.2019. https://storage.googleapis.com/tukiliitto-production/2017/10/opaslapsiperhetapahtumanjarjestajalle_2015.pdf

Pöyhä, R. & Hänninen, J. 2015. Kuivumisen oireet ja mekanismit. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Duodecim oppiportti. Viitattu 28.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00090/do>

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A., Kuula, A., Rissanen, R., Karvinen, I. 2009. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Luettu 23.4.2019. <https://www.fsd.uta.fi/fi/tietoar-kisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>

Saarto, T. 2015. Nielemisvaikeus. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Viitattu 27.10.2019. https://www.oppiportti.fi/op/pli00094/do?p_haku=nielemisvaikeudet#q=nielemisvaikeudet

Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositusosaimis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Viitattu 22.9.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160392>

Sajantila, A. 2016. Kuolinajan arviointi. Duodecim lääkärin tietokannat. Viitattu 10.10.2019. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt01106?search=kuolema>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. 27/2004. Viitattu 10.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>

STM. 2017a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen- Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 21.9.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020. Viitattu 5.11.2019. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/79292>

Suomen perustuslaki. 1999/731. Viitattu 23.10.2019. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731#Pidp445864496>

Suomen sosiaali- ja terveys ry 2019. Sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat keskeinen kansalais- ja vapaaehtoistoiminnan kenttä. Viitattu 13.10.2019. <https://www.soste.fi/sote-jarjestot/sosiaali-ja-terveysjarjestot-ovat-keskeinen-kansalais-ja-vapaaehtoistoiminnan-kentta/>

Terveydenhuoltolaki. 2010/1326. Viitattu 4.11.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P24>

The Economist. 2015. The 2015 Quality of Death Index. Viitattu 23.9.2019. https://eiu.perspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles_Oct%206%20FINAL.pdf

THL. 2019. Mitä on elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 19.9.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-elaman-loppuvaiheen-hoito#Palliatiivinen%20hoito%20ja%20saattohoito>

THL. 2019. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. Viitattu 24.9.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Tilastokeskus. 2018. Kuolemansyyt. Viitattu 9.10.2019. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/index.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 5.5.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Eettinen ennakoarvointi ihmistieteissä. Viitattu 12.5.2019. <https://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarvointi-ihmistieteissa#1>

Sosiaalihuoltolaki. 2014/1301. Viitattu 4.11.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P19>

STM. 2017a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen- Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 6.10.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Viitattu 6.10.2019. <https://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Valvira. 2018. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 21.9.2019. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Viitattu 13.5.2020.
<http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Weerakkody, I., Hales, H., Fernandes, S., Emmerson, D., O`Neill, W., Zimmermann, C. & Rodin, G. 2018. The Quality of Dying and death in a Residential hospice. University of Toronto. 56(4), 567-574. Viitattu 13.10.2019. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0885392418303439>

WHO. 2019. WHO Definition of Palliative Care. Viitattu 21.9.2019. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WHO. 2018b. Palliative Care. Viitattu 22.9.2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

WHO. 2018a. The top 10 causes of death. Viitattu 8.10.2019. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Kuviot

Kuvio 1: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2017a)	12
Kuvio 2 Palliatiivisen ja syöpäkivun hoidon kolmiportaisen mallin edellyttämät kivunhoidon menetelmät (STM 2017b).....	20

Liitteet

Liite 1: Tilaisuuden sisältö ja aikataulu.....	52
Liite 2: Haastattelukysymykset.....	53
Liite 3: Palautelomake.....	54
Liite 4: Kutsu.....	55
Liite 5: Esityksen aikataulu	57
Liite 5: Ala- ja yläluokat	59
Liite 6 : E-lomake	60
Liite 7: Saattohoitoinfotilaisuuden PowerPoint-diat.....	61
Liite 8: Palaute	70

Liite 1: Tilaisuuden sisältö ja aikataulu

Klo	Puhuja	Aihe
18.00	Hannele Patjas, Hanna Alanko, Päivi Teljä-Siltanen	Tilaisuuden avaus
18.05	Hanna Alanko, Päivi Teljä-Siltanen	Kotisaattohoidon toteuttaminen Lohjalla
18.25-19.15	Laura Patinen	Mitä on palliatiivinen hoito ja saattohoito
19.15-19.35	Anna-Maija Lakomaa, Tanja Mäkelä	Vapaaehtoisen kokemuksia tukihenkilötoiminnasta
19.35-19.45		Omaisien puheenvuoro
19.45-19.55	Anna-Maija Lakomaa, Tanja Mäkelä	Keskustelua, ajankohtaiset asiat ja tilaisuuden päätös
19.55		Valokuvaesitys

Hyvä kuolema- tietoa ja kokemuksia saattohoidosta 26.3.2020 klo 18-20

Liite 2: Haastattelukysymykset

Teema- kysymykset:

Palliativinen hoito:

- Asiakkaan oman tahdon ja mielipiteen huomioiminen
- Hengellisten asioiden huomioiminen
 - Miten asiakkaan kysymyksiin elämän tarkoituksesta huomioidaan/vastataan?

Kotisaattohoito

- Hoitoneuvottelun toteutuminen
- Asiakkaan arjen tukeminen
 - Miten vuorovaikutus kotisaattohoitoasiakkaan kanssa eroaa vuorovaikutuksesta normaalin kotihoidon asiakkaan kanssa?

Kuolema:

- Yleisin kuolinsyy
- Hoitajien läsnäolon toteutuminen kuolevan potilaan kanssa
 - Miten asiakkaan läsnäoloon on varattu aikaa?
 - Mitä kysymyksiä kuolema herättää hoitohenkilökunnalle omaisissa?

Kuolevan asiakkaan hoitotyö:

- Oireenmukaisen hoidon toteutuminen
 - Millaiset mahdollisuudet oireenmukaista hoitoa on kotona toteuttaa?

Fyysiset oireet

- Haasteet fyysisten oireiden hoidossa (hengenahdistus, yskä, pahoinvointi, ummetus, nielemisvaikeus, kuivuminen, suun kuivuminen)
- Kivunhoidon toteutuminen
- Kivunhoidon haasteet kotisaattohoidossa

Psyykkiset oireet

- Oireiden tunnistaminen (poikkeava uupuminen, masennus, ahdistus, delirium)
- Haasteet psyykkisten oireiden hoidossa
- Psykososiaalisen tuen tarpeen toteutuminen
 - Millaisilla tekijöillä voidaan vähentää asiakkaan psyykkistä kuormaa?

Omaiset ja osallisuus

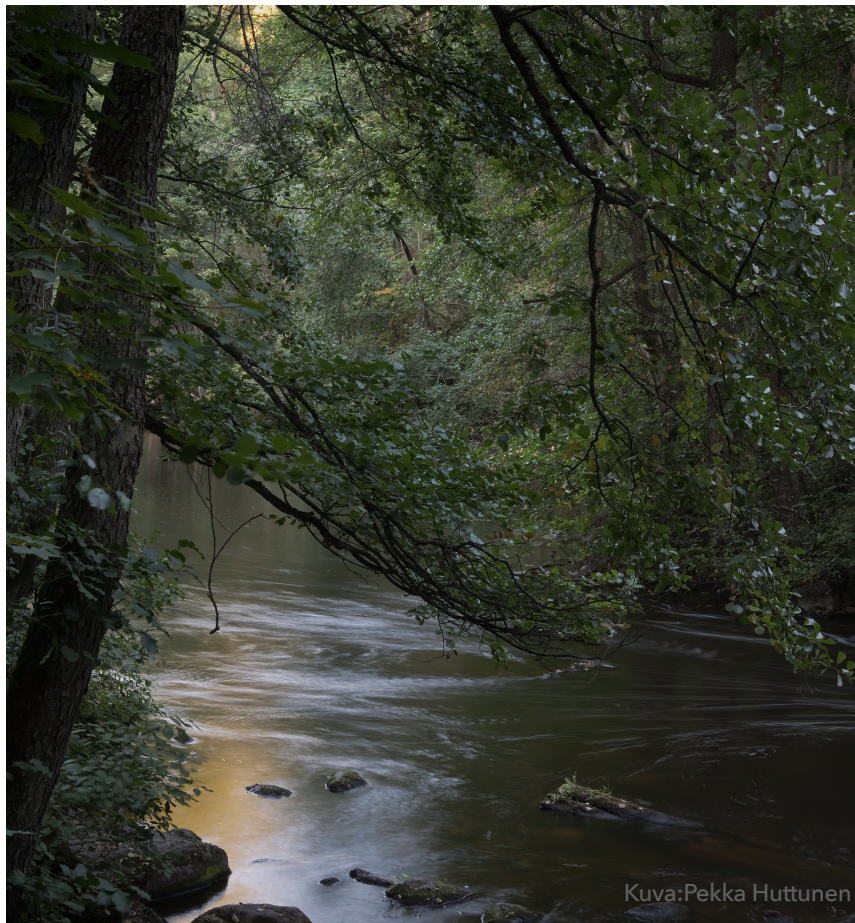
- Omaisten rooli kuolevan asiakkaan hoitotyössä
- Omaisten osallistuminen kuolevan asiakkaan hoitoon
 - Miten omaisia huomioidaan saattohoidossa?
 - Miten omaiset kohdataan, kun potilas on kuollut?
 - Miten omaisia tuetaan ennen kuolemaa ja surussa kuoleman jälkeen?

Liite 3: Palautelomake

Valitse jokaisella väittämälle mielestäsi paras vaihtoehto:
 1 = täysin samaa mieltä 2 = osittain samaa mieltä 3 = osittain eri mieltä 4 = täysin eri mieltä

Saattohoitoinfotilaisuus auttoi minua ymmärtämään, miten kotisaattohoitoa toteutetaan Lohjalle	1	2	3	4
Pidän saattohoitoinfotilaisuutta tärkeänä	1	2	3	4
Saattohoitoinfotilaisuudesta oli minulle hyötyä	1	2	3	4
Esiintyjät olivat asiantuntevia	1	2	3	4
Tilaisuuden sisältö vastasi mielikuviani	1	2	3	4
Kehitysehdotuksia saattohoitoinfotilaisuudesta, mitä aiheita haluaisit käsiteltävän, jos tilaisuus järjestetään uudelleen?				

Liite 4: Kutsu



Kuva: Pekka Huttunen

HYVÄ KUOLEMA

- TIETOA JA KOKEMUKSIA SAATTOHOIDOSTA

26. maaliskuuta 2020

Pääkirjasto, Järnefelt-sali

klo. 18-20

Karstuntie 3, Lohja

Mikä on hyvä kuolema?

Miten kotisaattohoitoa toteutetaan Lohjalla?

Tule mukaan kuuntelemaan ja keskustelemaan aiheesta!

Puhujana mm. erikoislääkäri
Laura Patinen

TILAISUUS ON MAKSUTON JA
AVOIN KAIKILLE!

KAHVITARJOILU

JÄRJESTÄJINÄ: LOHJAN KAUPUNKI JA SEURAKUNTA, LAUREA AMMATTIKORKEAKOULU

LOHJA
Järvikaupunki



**LAU
REA**

AMMATTIKORKEAKOULU
University of Applied Sciences

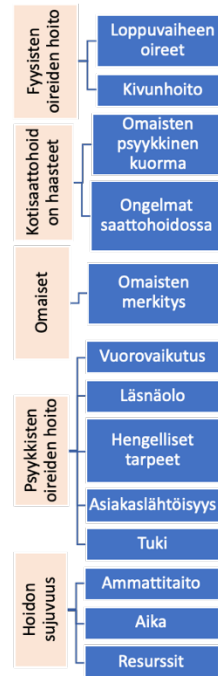
Liite 5: Esityksen aikataulu

aikataulu	kesto	sisältö	oppimismenetelmä	tavoite	materiaalit	suunnitelma b
26.3.2020, klo 18-20						
1.	3 minuuttia	tilaisuuden avaus	luento	saada vieraat ymmärtämään illan aikataulusta ja tilaisuuden sisällöstä	Powerpoint ja suullinen esitys	suullinen esitys
2.	2 minuuttia	oma esittely, opinnäytetyön aiheen esittely, palautelomakkeen esittely	luento	saada vieraat ymmärtämään opinnäytetyön sisällöstä	Powerpoint ja suullinen esitys	suullinen esitys
3.	2 minuuttia	keskeisten käsitteiden esittely	luento	saada yleisö ymmärtämään aiheen keskeiset käsitteet	Powerpoint ja suullinen esitys	suullinen esitys
4.	9 minuuttia	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys, ja	luento	Saada yleisölle tietoa kotisaattohoidosta	Powerpoint ja suullinen esitys	suullinen esitys

		saattohoi- don tila Lohjalla				
5.	2 minuut- tia	Lohjan ko- tisaatto- hoitoon kehityseh- dotuksia	luento	Tarjota Lohjan kaupun- gille kehi- tysehdo- tuksia	Power- point ja suullinen esitys	suullinen esitys
6.	2 minuut- tia	Yleisö saa kysyä	aktivointi	yleisön mahdolti- suus omak- sua tieto	vapaa kes- kustelu	jätetään yleisön ky- symykset pois

Taulukko 1

Liite 5: Ala- ja yläluokat



Liite 6 : E-lomake

Kotisaattohoidon toteutuminen

Valitse jokaisella väittämälle mielestäsi paras vaihtoehto:

1 = täysin samaa mieltä 2 = osittain samaa mieltä 3 = osittain eri mieltä 4 = täysin eri mieltä

Esitys auttoi minua ymmärtämään, miten kotisaattohoitoa toteutetaan Lohjalle

- 1
- 2
- 3
- 4

2. Esitys sopii mielestäni osaksi saattohoitoinfotilaisuutta

- 1
- 2
- 3
- 4

3. Esiintyjät olivat asiantuntevia

- 1
- 2
- 3
- 4

4. Kehittämisehdotuksia esitykseen

--

Liite 7: Saattohoitoinfotilaisuuden PowerPoint-diat



16.3.2020

Kotisaattohoidon toteutuminen

Hanna Alanko, Päivi Teljä-Siltanen



1



- Käsitteet
- Fyysiset oireet ja niiden hoito
- Psykkiset oireet
- Omaisten rooli
- Kotisaattohoidon haasteet
- Mitä on sujuva kotisaattohoito lohjalla
- kehittämisehdotuksia

2



Käsitteet

- Kotihoito
- Palliativinen hoito
- Saattohoito
- Hoitosuunnitelma

3



Fyysiset oireet

- Yleisimmät fyysiset oireet
- Mitä kipu on?
- Kivun tunnistaminen
- Kivunhoidon toteuttaminen kotisaattohoidossa

4



“Oikeastaan kaikki mitä osastolla voidaan antaa, poislukien ehkä joku epiduraalinen kivunhoito, järjestyy kyllä kotona. Ei tuu heti mieleen, mitä ei voisi kotona toteuttaa.”

5



Psyykkiset oireet

- Poikkeava uupumus
- Ahdistus
- masennus
- Mitkä asiat nostavat saattohoidettavan psyykkistä kuormaa?
- Mitkä asiat vähentävät psyykkisen tuen tarvetta?

6



Psyykkiset oireet ja Henkinen tuki

- Lohjan kotisaattohoidon henkinen tuki:
 - Läsnäolo
 - Hyvä vuorovaikutus
 - Keskusteluapu
 - Ulkopuolinen tuki
 - Omaisten huomioiminen
 - Kokonaisvaltaisuus

7



“Sellainen hyvä läsnäolo ja hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa, että on semmoinen luottamuksellinen hoitosuhde, että kaikesta voidaan keskustella. Se on varmasti kaiken A ja O.”

8



Omaisten kohtaaminen ja osallisuus

- Henkinen ja fyysinen tuki
- Lähtökohtana asiakkaan toiveet ja omaisen halu osallistua

9



” No se rooli on semmoinen minkä hän siinä oikeastaan ottaa ja ihan mikä on sitten tietysti sen asiakkaan toive, mutta sanotaan, että me tuetaan siinä että he ottaa sitä aktiivista ja isoakin roolia, että ollaan siinä sitten tukemassa.”

10



Kotisaattohoidon haasteet

- Omaisten uupuminen
- Omaisten puuttuminen

11



"Eli he halua olla, he tekee sen ihan siitä sydämestään. Haluaa tehdä, ovatkin ajatelleet että, tämä on nyt tätä. Että siihen panostetaan kaikki omat voimavarat. Niinku yksi herra sanoi kerran, että hän on nyt ajatellut, että hän keskittyy vaan tähän asiakkaaseen ja sitten, kun se aika on ohi, nii sit hän keskittyy itteensä. "

12



Mitä on sujuva kotisaattohoito Lohjalla?

- Ammattitaitoista
- Resursseja voidaan lisätä
- Ei kiirettä
- Omaisten osallistuminen hoitoon
- Hoidon onnistuminen loppuun saakka
- Terveyskeskuksen vuodeosasto 3

13



“Mä pystyn käyttämään siihen aikaa. Meillä on semmonen, että jos vaikka joku saattohoitoasiakas menis viikonloppuna huonoksi ja pitäisi olla enemmän siellä hänen luonaan, niin me voidaan tarvittaessa olla tai lyhyitä aikoja palkata henkilökuntaa.”

14



Kehittämisehdotuksia

- Omaisten uupumisen ennaltaehkäisy
- Syrjäseutujen lääkäripalveluiden kehittäminen kotisaattohoidossa
- Omaisten ohjaaminen kuoleman lähestyessä
- Tasapuolinen mahdollisuus kotisaattohoitoon

15



“Saattohoitoasiakkaan kanssa ei tarvita mitään ihmeellisiä poppaskonsteja, kunhan on läsnä ja kuuntelee heitä, niin se antaa jo niille tosi paljon”.

16

17



KIITOS!

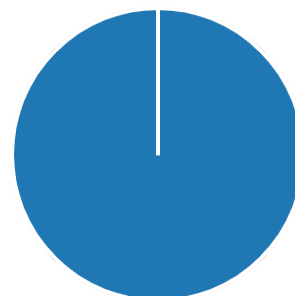
17

Liite 8: Palaute

1 = täysin samaa mieltä 2= osittain samaa mieltä 3 = osittain samaa mieltä 4 = täysin eri mieltä

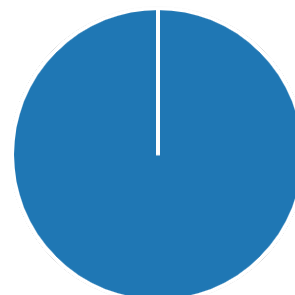
1. Esitys auttoi minua ymmärtämään, miten kotisaattohoitoa toteutetaan Lohjalle

• 1	3
• 2	0
• 3	0
• 4	0



2. Esitys sopii mielestäni osaksi saattohoitoinfotilaisuutta

• 1	3
• 2	0
• 3	0
• 4	0



3. Esiintyjät olivat asiantuntevia

• 1	3
• 2	0
• 3	0
• 4	0

