

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Ensihoitajakoulutus

Riikka Rouvinen ja Heta Niemeläinen

Saattohoito-opas Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveys- piirin yhden hengen liikkuvalla päivystyksikölle

Opinnäytetyö 2019

Tiivistelmä

Riikka Rouvinen, Heta Niemeläinen
Saattohoito-opas Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden yhden hengen liikkuvalla
päivystysyksikölle, 34 sivua, 2 liitettä
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Ensihoitajakoulutus
Ensihoitaja AMK
Opinnäytetyö 2019
Ohjaaja: lehtori Anne Suikkanen, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää saattohoito-opas yhden hengen liikkuvalla päivystyksikölle Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) alueelle. Opas on suunnattu ensihoidon ammattilaisten sekä sosiaali- ja terveysalojen opiskelijoiden käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää saattohoitopotilaiden hoidossa käytettäviä toimintatapoja sekä lisätä ensihoitajien tietoutta saattohoitoon liittyvistä erityispiirteistä. Tarve oppaalle tuli työelämästä, sillä vastaavia yhtenäisiä ohjeistuksia ei vielä ole Eksoten alueella ollut aiemmin käytössä.

Opinnäytetyötä varten haastateltiin puolistrukturoitujen kysymysten avulla ensihoidon ja saattohoidon parissa työskenteleviä hoitoalan ammattilaisia. Haastatteluiden avulla selvitettiin yleisimpiä hoidon kehittämiskohteita sekä saattohoitopotilaiden oireita ja tyypillisimpiä hoitotoimenpiteitä. Valmiin oppaan teemat valikoituivat haastattelujen perusteella työelämän tarpeita vastaaviksi. Aineiston teoriaosuus koottiin käyttäen tuoreimpia Käypä hoito -suosituksia kuolevan potilaan hoidosta sekä hyödyntäen terveydenhuoltoalan kirjallisuutta. Lähteinä käytettiin myös tieteellisiä tutkimusartikkeleita sekä Eksoten omia hankesuunnitelmia.

Saattohoito-oppaaseen koottiin termistöä, saattohoitopotilaiden yleisimpiä oireita ja niiden hoitoa sekä tietoa omaisten tukemisesta ja ensihoitajien omasta työssäjaksamisesta. Oppaasta tehtiin A5-kokoinen vihko, jossa käytettiin terveydenhuoltoalan ammattilaisille soveltuvaa kieltä. Opas vietiin Eksoten yhden hengen liikkuvan päivystysyksikön käyttöön ja Saimaan ammattikorkeakoululle opetusmateriaaliksi.

Asiasanat: saattohoito, yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö, kotisaattohoito

Abstract

Riikka Rouvinen, Heta Niemeläinen

A guide book of end-of-life care for new emergency care unit in South Karelia Social and Health Care District, 34 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Paramedic Nursing

Bachelor's Thesis 2019

Instructor: Anne Suikkanen, Senior Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of the study was to create a guide book of end-of-life care for new emergency care unit which is operating in South Karelia Social and Health Care District (Eksote). The need for this kind of guide book came from Eksote itself, because end-of-life care is a challenging subject in both ethical and medical way and this kind of guide book was not yet created in South Karelia district. The instructions were made to integrate the procedure of end-of-life care and to increase further knowledge of this group of patients among both paramedics and social and health care students.

The content of the theoretical base was collected by using both Finnish and foreign literature, research papers and Eksote materials. The content of the guide book was acquired by interviewing professionals of end-of-life care and employee of the new emergency care unit. Interviews were used to define different needs to develop the process and figure out most common symptoms and treatments. The themes of the complete guide book were selected by the results of these interviews to reflect the needs of field work.

As a result of this thesis a guide book of end-of-life care was developed in an A5-sized booklet. Main themes were selected to be the most common symptoms, pain treatment using available medication or Patient Controlled Analgesia (PCA) pump and methods for mental health care for both paramedics and family members of end-of-life care patients. The booklet was given to the new emergency care unit in Eksote and to Saimaa University of Applied Sciences for study material.

Keywords: hospice care, emergency care services, paramedic

Sisällys

1 Johdanto ^[OBJ]	5
2 Saattohoito ^[OBJ]	5
2.1 Saattohoitosuositukset ^[OBJ]	6
2.2 Saattohoitopäätös ^[OBJ]	7
2.3 Hoitotahto ^[OBJ]	8
2.4 Kotisaattohoito ^[OBJ]	9
3 Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ja hoito ^[OBJ]	10
3.1 Yleistä saattohoitopotilaan hoidosta ^[OBJ]	11
3.2 Kipu ^[OBJ]	11
3.3 Hengitysteiden oireet ^[OBJ]	13
3.4 Tajunnantason lasku ja kouristelu ^[OBJ]	14
3.5 Ruuansulatuskanavan oireet ^[OBJ]	15
3.6 Keskushermosto-oireet ^[OBJ]	16
3.7 Kuivuminen ja kakeksia ^[OBJ]	16
3.8 Verenvuoto ^[OBJ]	17
4 Henkinen jaksaminen ^[OBJ]	17
4.1. Kuolevan potilaan omaisten tukeminen ^[OBJ]	18
4.2. Työntekijän henkinen jaksaminen saattohoitotyössä ^[OBJ]	19
5. Sairaalan ulkopuolinen hoito ^[OBJ]	20
5.1 Ensihoidopalvelu ^[OBJ]	20
5.2 Eksoten yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö ^[OBJ]	21
6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät ^[OBJ]	23
7 Opinnäytetyön toteutus ^[OBJ]	23
7.1 Haastattelut ^[OBJ]	24
7.2 Saattohoito-oppaan kehittäminen ^[OBJ]	24
8 Pohdinta ^[OBJ]	25
8.1 Opinnäytetyöprosessi ^[OBJ]	26
8.2 Eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät näkökohdat ^[OBJ]	28
8.3 Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset ^[OBJ]	29
Lähteet ^[OBJ]	30

Liitteet

- Liite 1 Haastattelukysymykset
- Liite 2 Suostumuslomake

1 Johdanto

Opinnäytetyömme aiheena on tehdä opas saattohoidon toteuttamisesta yhden hengen liikkuvalla päivystysyksikölle Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) alueelle. Oppaalle on havaittu olevan tarvetta työelämässä, sillä yhden hengen yksikkö on vasta tullut käyttöön Etelä-Karjalan alueelle, eikä yhteistä toimintaohjetta saattohoitopotilaiden hoitamiseen ole. Yksikössä työskentelee perinteisestä ambulanssista poiketen vain yksi ensihoitaja, joka pystyy suorittamaan hoidontarpeen arviointia sekä tekemään normaalisti sairaalassa tehtäviä toimenpiteitä potilaan kotona. Yhden hengen yksiköt ovat tulevaisuudessa lisääntymässä muuallakin Suomessa, joten kyseistä opasta tullaan luultavasti tarvitsemaan myös muissa sairaanhoitopiireissä.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella noin 270 asukasta tarvitsee saattohoitoa joka vuosi, näistä 200 syöpäsairauksien hoitoon ja 70 muihin sairauksiin. Myös erikoissairaanhoidossa on selvitysten mukaan jatkuvasti noin 20 saattohoitopotilasta. (Eksote 2012, 3.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on kehittää ensihoitajille työelämään soveltuva saattohoito-opas, jonka avulla saattohoitopotilaan kohtaaminen ja hoitaminen ensihoidossa toteutuisi yhtenäisemmin kuin tähän mennessä. On tärkeää kehittää yhden hengen yksikön saattohoidon osaamista, jotta potilaiden turha kuljettaminen eri hoitolaitoksiin vältetään. Monet vaivoista voitaisiin hoitaa tehokkaasti myös saattohoitopotilaan kotona, jolloin vältetään potilaan turhaa rasittamista ja samalla voidaan käyttää terveydenhuollon resursseja tehokkaammin.

Valitsimme tämän opinnäytetyöaiheen, koska saattohoito on mielenkiintoinen ja haastava hoitotyön osa-alue ja työ toteutetaan toiminnallisesti käytännön tarpeeseen. Tulevaisuudessa väestön ikärakenne muuttuu elinajanodotteen kasvaessa, joten ensihoito tulee kohtaamaan työssään nykyistä enemmän saattohoitopotilaita. Aiheeseen perehtyminen parantaa omaa osaamistamme saattohoitopotilaita kohdatessa ja selkeyttää hoidon toimintatapoja yhden hengen yksikössä.

2 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja se ajoittuu lähelle potilaan oletettuja viimeisiä elinvuokkoja ja -päiviä. Hoitoon sisältyy laadukas potilaan oireiden lievittäminen sekä

potilaan ja tämän omaisten tukeminen. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 10–11.) Saattohoito pyrkii luomaan kuolevalle potilaalle arvokkaan loppuelämän ja antaa potilaalle ja tämän läheisille mahdollisuuden valmistautua kuolemaan (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 21).

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan henkeä uhkaavaa sairautta sairastavien potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä sekä parantaa elämänlaatua. Palliatiivisessa kivunhoidossa huomioidaan sekä fyysinen, henkinen, että psykososiaalinen puoli. (World Health Organization 2015.)

Saattohoidon perimmäinen tarkoitus on antaa potilaalle ja tämän läheisille tarvittava tuki oireista selviämiseksi ja kuolemaan liittyvien tunteiden käsittelemiseksi (Hänninen & Luomala 2013, 77). Toimintakyvyn heikkeneminen, elintoimintojen hiipuminen ja siitä seuraavat nähtävissä olevat kuoleman merkit kertovat usein potilaan kuoleman lähestymisestä. Saattohoitopotilaan kuolema voi tapahtua todetun taudin etenemisen kautta tai sairauteen liittyvien äkillisten komplikaatioiden seurauksena. (Saarto ym. 2015, 10–11.)

Saattohoitopotilaalla on oikeus saada laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaan kohtelun on oltava ihmisarvoa ja tämän yksityisyyttä kunnioittavaa. Hoidossa on huomioitava potilaan yksilölliset tarpeet, oma äidinkieli ja kulttuuri sekä henkilökohtainen vakaumus. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

2.1 Saattohoitosuosituks

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut päivitettyt saattohoitosuosituks

Suosituks

tarjoavilta ympärivuorokautisesti toimivilta yksiköiltä uudelleenarviointia välineiden, hoitotilojen, hoitavan henkilöstön osaamisen sekä eri toimintakäytäntöjen osalta. Tämä siksi, että saattohoitopotilas tarvitsee henkilöstöltä enemmän aikaa saattohoitovaiheessa. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Saattohoitosuosituksissa hyvän saattohoidon edellytetään olevan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa. Kuolevalla potilaalla tulee olla oma hoitopäätöksistä vastaava lääkäri ja potilasta hoitaa saattohoitoon koulutettu moniammatillinen työryhmä. Lääkäri keskustelee hoitolinjauksista yhdessä potilaan sekä potilaan niin halutessa myös omaisten kanssa. Omaisten mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon saattohoitovaiheessa turvataan potilaan toivomalla tavalla. Suositusten mukaan saattohoitoon osallistuville ammattilaisille tulee tarjota saattohoitoon liittyvää täydennyskoulutusta sekä mahdollisuutta käsitellä saattohoitoon liittyviä asioita työnohjauksen ja keskustelun avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30-31.)

Saattohoitoa järjestävän laitoksen tulee sitoutua laadukkaaseen toimintaan, Käypä hoito –suositusten noudattamiseen ja potilaan tarpeisiin ja toiveisiin. Potilaan niin halutessa saattohoito pyritään mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan kotona tai tarpeen vaatiessa palvelutalossa tai hoitolaitoksessa. On sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten vastuulla suunnitella ja toteuttaa saattohoitopotilaille yhdenvertaista, hyvää hoitoa. Saattohoitosuositukset huomioivat myös hoitajien työssäjaksamisen: heidän herkkyyttään ja intuitiotaan tulee kehittää ja tukea. Näiden suositusten toteutumista pyritään edistämään avaamalla keskustelua hyvästä saattohoidosta ja sen merkityksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30-31.)

2.2 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään, kun kuolema on lähellä ja se on pääasiassa hoidon linjasta ja jostain aiemmasta linjauksesta luopumista. Päätös pystytään tekemään potilaalle, jota voidaan kuvailla seuraavasti: hän sairastaa pahanlaatuista, levinnyttä ja etenevää tautia, oireilee vakavasti, on suhteellisen huonokuntoinen ja hänellä on lyhyt elinajanodote sekä hän on kokeneen ja lisäkoulutusta saaneen lääkärin hoidossa. Päätös palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon siirtymiseen on hankalasti määriteltävissä, sillä silloin vastaan tulee muun muassa kysymykset siitä, kuinka lähellä kuolemaa ihmisen tulee olla ja mitkä kriteerit pitää täyttyä, että potilas voidaan laskea

kuuluvaksi saattohoidon piiriin. Aiemmin saattohoidon on ajateltu voivan alkaa, kun potilaalla on jäljellä alle kolme viikkoa elinaikaa, mutta koska elinajanennuste saattaa vielä tässäkin vaiheessa muuttua, on saattohoitopäätös vaikeaa ajoittaa oikein elämän pituuden perusteella. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 23, 28.)

Saattohoitopäätöksen tekee hoitava lääkäri yhteistyössä potilaan ja tämän läheisten kanssa. Päätöksentekoon voi osallistua myös muita potilasta hoitaneita työntekijöitä, yleensä ainakin sairaanhoitaja. Heillä pitää olla myös mahdollisuus konsultoida tarpeen mukaan pappia, psykologia ja sosiaalityöntekijää. Saattohoitopäätös ei ole välttämättä lopullinen, vaan tilanteen muuttuessa sitä voidaan muuttaa. Elinajanennuste vaikuttaa olennaisesti päätöksen tekemiseen ja koska se voi muuttua, sitä tulee seurata ja arvioida ajan kuluessa. Tällöin vältetään ennusteen poiketessa potilaalle ja omaisille aiheutuva murhe. (Grönlund ym. 2008, 26–30.)

Saattohoitopäätöksen lisäksi kuolevalle potilaalle tehdään päätös elvyttämättä jättämisestä, eli DNR- tai DNAR-päätös (do not resuscitate, do not attempt resuscitation). Tällä päätöksellä tarkoitetaan kaikista elvytystoiminnoista pidättäytymistä ja se voidaan tehdä tilanteessa, jossa potilaan nykytila johtaa kuolemaan päivien tai kuukausien kuluessa ja kun parantavaa hoitoa ei ole. Jokainen DNR-päätös tehdään potilas-kohtaisesti, eikä ole olemassa suoria kriteereitä joiden mukaan se tehtäisiin. Päätöksen tekee aina lääkäri ja se perustuu potilaan nykytilan ja aiemman sairaushistorian arviointiin. DNR-päätös voidaan tehdä myös potilaalle, joka ei ole saatto- tai palliativisessa hoidossa. DNR-päätös tehdään yhdessä potilaan tai omaisten kanssa ja se tulee aina kirjata huolellisesti potilaan tietoihin. (Lund 2015.)

2.3 Hoitotahto

Hoitotahto on joko suullisesti kerrottu tai kirjallinen dokumentti, josta käy ilmi, miten ihminen haluaa itseään hoidettavan, jos ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi pysty enää omaa tahtoaan ilmaisemaan. Hoitotahdon voi tehdä valmiille lomakkeelle tai kirjoittaa itse vapaamuotoisemman asiakirjan. Tärkeintä on, että potilaan tahto omien hoitolinjausten suhteen tulee asiakirjasta selväksi, ja että asiakirja on ajantasainen, allekirjoitettu ja allekirjoitus tarvittaessa kahden todistajan oikeasti todistama. Lapsella on aikuiseen nähden yhtäläinen oikeus laatia hoitotahto, sillä lainsäädännössä

lapsella on ikäänsä ja kehitystasoonsa suhteutettu päätösvalta häntä itseään koskevissa terveydellisissä asioissa. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 77–81.)

Dementiapotilaan kohdalla tulee ottaa erityisesti huomioon mahdollinen aikaisemmin tehty hoitotahto sekä potilaan itsemääräämisoikeus. Jos potilas ymmärtää hoidon kannalta eri vaihtoehdot, osaa arvioida niiden mahdolliset seuraukset ja pystyy näiden perusteella tekemään tarvittavan päätöksen, katsotaan hänen olevan itsemääräävä. Joissain tilanteissa potilaan omaiset saattavat esittää omia toiveitaan hoidosta dementoituneen potilaan puolesta, ja potilaalta itseltään jää kysymättä, mitä hän haluaisi tehtävän. Vaikka potilas ei enää kykenisi huolehtimaan esimerkiksi raha-asioista, saattaa hän olla täysin kykenevä ilmaisemaan hoitotahtonsa. Tällöin tulee muistaa kysyä potilaalta itseltään, miten hän haluaa itseään hoidettavan, eikä automaattisesti olettaa, ettei dementoitunut potilas kykene päättämään omasta hoidostaan. (Kokkonen ym. 2004, 82.)

Yleisimpiä hoitotahdossa mainittuja asioita ovat lääkehoidon rajoittaminen tietyissä tilanteissa ja elämää pitkittävän lääkehoidon estäminen. Usein hoitotahdossa toivotaan myös tehokasta kivunhoitoa, jotta henkilöllä olisi hyvä olla elämän loppuvaiheessa. Tutkimuksen mukaan nämä toiveet myös toteutuvat, jos hoitotahto on laadittu. (Deegenholtz, YoungJoo & Arnold 2004, 115.)

2.4 Kotisaattohoito

Potilaan oma toivomus on lähtökohtana kotona toteutettavalle saattohoidolle ja näin hänellä on mahdollisuus osallistua perheen arkeen luonnollisella tavalla. Kotisaattohoidon vastuushenkilöiden tulee olla tarkasti määriteltynä ja yhteys potilasta hoitaviin tahoihin on oltava tarvittaessa mihin vuorokaudenaikaan tahansa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 24–25.) Brumley ym. (2007) toteavat, että kotona hoidettavat saattohoitopotilaat ovat tyytyväisempiä hoitoon ja he käyttävätkin terveydenhuollon palveluita vähemmän - tämä pienentää myös potilaiden hoitokustannuksia (Candy, Holman, Leurent, Davis & Jones 2010, 131).

Kotisaattohoidolle on tiettyjä edellytyksiä. Ensinnäkin kotona on oltava vähintään yksi potilaan omainen, joka on valmis sitoutumaan hoitoon. Lisäksi lääketieteellisestä hoidosta sekä hoidon kokonaisuudesta kotona on vastattava potilaan oman sairaalan lääkäri. Hoidon suunnittelussa on tavoitteena, että saattohoitopotilas on kotonaan

kuolemaansa saakka, ja tätä varten potilaalle on järjestettävä säännöllisiä kotisairaanhoidon käyntejä sekä tarvittavia apuvälineitä potilaan kotiin. (Tervala 2014, 9.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella kotisaattohoitopotilaista vastaa Tehostettu kotisairaanhoido (TeHoSa). Tehostettu kotisairaanhoido tekee töitä yhteistyössä vuodeosastojen, kotihoitokeskusten ja yksityisten kotisairaanhoidajien kanssa. TeHoSan kotiutushoitajaan ollaan yhteydessä heti, kun potilaan kotisaattohoitopäätös tehdään. Päätöksen jälkeen hoitaja tekee arviointikäynnin potilaan luona sekä tekee yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa henkilökohtaisen saattohoidon palvelu- ja hoitosuunnitelman. Jatkohoidot järjestetään Eksoten alueella SAS (selvitys, arviointi ja sijoitus) -toimiston kautta. Jos potilaan hoitaminen kotioloissa ei onnistukaan, määrätään saattohoitopotilaalle oma taustaosasto. Taustaosasto voi olla esimerkiksi oman alueen terveysasema tai Armilan sairaalan osasto 4. Tieto taustaosastosta löytyy potilaan omista potilasasiakirjoista. (Eksote 2012, 8.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella toimivat kotihoitokeskukset, joissa työskentelevät moniammatilliset tiimit. Kotihoitokeskusten tehtävänä on järjestää kotihoito ja tukipalvelut, maksaa omaishoidon tukia sekä ohjata potilasta käyttämään muita palveluita. Lappeenrannan alueella kotihoitokeskuksia ovat eteläinen, läntinen, itäinen ja pohjoinen alue sekä Joutsenon alue. Kotihoidon on tarkoitus tehdä yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa hoitosuunnitelma sekä selvittää potilaan toiveet saattohoidon suhteen. Potilaan voimien heikentyessä kotihoito ottaa myös yhteyttä tehostettuun kotisairaanhoidoon. (Eksote 2012, 8-9.)

3 Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ja hoito

Saattohoitopotilaan hyvään hoitoon kuulu perus- ja oireenmukaisen hoidon lisäksi keskustelu potilaan kanssa tulevasta sekä potilaan toiveista ja peloista, omaisten tukeminen sekä turvallisuudentunteen luominen. Saattohoitovaiheessa on tärkeää, että potilasta kuunnellaan ja ettei hän koe jäävänsä yksin. Hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, jolloin fyysisen voimien lisäksi potilaan voimissa kiinnitetään huomiota myös henkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen hyvinvointiin. Hoitohenkilökunnan on hyvä perehtyä potilaan koko elämänhistoriaan ja tutustua tähän ihmisenä, jotta potilas saa yksilöllistä ja itselleen parasta mahdollista saattohoitoa. Kuoleman lähestyessä on erityisen tärkeää huomioida hoidossa myös potilaan perhe ja muut lähiomaiset. Hyvä

vuorovaikutus läheisiin auttaa potilasta jaksamaan ja kohtaamaan pelottavaltakin tun-
tuvan tulevaisuuden. (Heikkinen ym. 2004, 41–42.)

3.1 Yleistä saattohoitopotilaan hoidosta

Palliativisessa hoidossa yleisimmät potilaiden oireet ovat kipu (30 %), pahoinvointi ja oksentelu (12 %), agitoituneisuus (6 %), hengenahdistus (6 %) ja uupumus (6 %). Näiden lisääntyneiden oireiden takia potilaat hakeutuvat saamaan apua myös virka-
ajan ulkopuolella. (Saarto ym. 2015, 32.)

Saattohoitopotilaan lääkehoito pyritään hoitamaan suun kautta annettavilla lääkkeillä. Jos nielemisvaikeutta esiintyy, vaihtoehtoina ovat myös erilaiset liuokset, bukkaaliset lääkkeet, kipulaastarit ja sumutteet. Näiden lisäksi potilailla voi olla kotonaan oma lää-
keannostelija. Injektioita voidaan antaa ihon alle (s.c.) ja suonensisäisesti (i.v.). Joita-
kin lääkkeitä voidaan antaa myös lihakseen (i.m.) (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018). (Saarto ym. 2015, 312.)

3.2 Kipu

Saattohoitopotilaalla yksi eniten hoidettava fyysinen oire on kipu, jonka jokainen poti-
las kokee omalla tavallaan. Tällöin myös kivun hoidon tulee olla yksilöllistä ja sen vai-
kutusta on arvioitava säännöllisesti. Kipua on myös oire, jota moni saattohoitopotilas
pelkää, ja kun kivun pelko yhdistyy kuolemanpelkoon, voi niitä olla vaikea lievittää
erikseen. (Heikkinen ym. 2004, 56–62.)

Kipu määritellään henkilön epämiellyttäväksi kokemukseksi johon liittyvät kudonvaurio
tai mahdollinen uhka kudonvauriosta. Kipu voi olla myös tunne, jota kuvataan samoilla
käsitteillä kuin kudonvauriosta johtuvaa kipua. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)
Saattohoidossa olevan potilaan syöpäsairauksiin liittyvä kipu voi olla syöpäkas-
vaimesta tai sen etäpesäkkeistä johtuvaa kipua. Lisäksi itse syövän hoito, kuten so-
lunsalpaajahoido, saattaa aiheuttaa potilaalle kipua. Psykologiset tekijät vaikuttavat
potilaan kivuntuntemuksiin, sillä esimerkiksi masentuneisuus ja huolestuneisuus voi-
vat vahvistaa myös kivuntunnetta. Tämän vuoksi on tärkeää hoitaa fyysisten oireiden
kanssa samanaikaisesti myös henkisiä oireita. (Saarto ym. 2015, 47.)

Saattohoitopotilas ei välttämättä pysty itse kertomaan kivustaan ja tällöin sitä tulee
arvioida havainnoimalla potilaan ilmeitä, eleitä, ääntelyä ja asentoa. Lääkehoidon

lisäksi tulisi käyttää lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja. Niihin kuuluvat asento- ja liikehoidot sekä erilaiset rentoutusmenetelmät. Kivun aiheuttajan selvittäminen helpottaa käytettävän hoitomuodon valintaa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Kivun lääkehoito

Saattohoitopotilailla kivun hoitamista suositellaan aloitettavaksi suoraan vahvoja opioideja käyttäen. Näiden rinnalla voidaan opioidien tehosteena ja lievissä kivuissa käyttää myös tulehduskipulääkkeitä ja neuropaattisen kivun lääkkeitä, kuten gabapentiinia tai trisyklisiä masennuslääkkeitä. Ibuprofeini tuo paremman kivunlievityksen akuuteissa kiputiloissa parasetamoliin verrattuna, mutta tällöin on huomioitava tulehduskipulääkkeiden yleiset haittavaikutukset. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Vahvana opioidina voidaan käyttää morfiinia, oksikodonia tai fentanyyliä. Olennaisia eroja eri valmisteiden välillä ei ole havaittu ja lääkkeiden vaikutus riippuu potilaiden yksilöllisistä eroista. Opioideja annostellaan aluksi pieni annos pitkävaikutteista lääkettä ja sen lisäksi annetaan pahimpaan kipuun lyhytvaikutteista opioidia (morfiinia, oksikodonia tai fentanyyliä, voi olla eri opioidi kuin pitkävaikutteinen). Mikäli potilaalla on hyvin suuret oksikodoni- tai morfiiniannokset tai potilaalla on käytössä limakalvojen kautta imeytyviä fentanyylivalmisteita, tulee lyhytvaikutteisen lääkkeen määrä arvioida tapauskohtaisesti. Muissa tapauksessa lyhytvaikutteisen lääkkeen määrä on noin kuudesosa pitkävaikutteisen lääkeannoksen vahvuudesta. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 386.)

Ikääntyminen, monet perussairaudet, monilääkitykset, elimistön kuivuminen ja ravitsemushäiriöt lisäävät lääkkeiden käyttöön liittyviä haittavaikutuksia ja mahdollisia lääkkeiden yhteisvaikutusten riskiä. Yleisimpiä haittavaikutuksia opioidien käytössä ovatkin ummetus, pahoinvointi ja suun kuivuminen, joihin löytyy oma lääkehoitonsa. Kipulääkitysten muita haittoja saadaan vähennettyä huolehtimilla annostitruuksesta, käyttämällä opioidien rinnalla muita kipulääkkeitä tai muilla keinoin vähentäen opioidilääkityksen määrää. Lääkeainetta voidaan myös vaihtaa tai antoreittiä muuttaa haittavaikutusten ilmetessä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

PCA-pumppuja (Patient-controlled analgesia) käytetään usein postoperatiivisen kivun ja syöpäpotilaiden kroonisen kivun hoidossa. PCA-pumppu mahdollistaa potilaan antaa itselleen valmiiksi asetettu lääkeannos tarpeen vaatiessa ja näin laite antaa potilaille mahdollisuuden hallita omaa hoitoaan. (Dev, Fabbro & Bruera 2011, 296.)

3.3 Hengitysteiden oireet

Hengenahdistus on yleinen pitkälle edenneiden sairauksien loppuvaiheen oire. Potilaan hengitystyö on lisääntynyt ja potilas kokee tukehtumisen tunnetta, ilman loppumista kesken ja rintakehän kiristävää tunnetta. (Saarto ym. 2015, 92.) Potilaan tajunnantason laskiessa usein syntyy myös rohisevat hengityssäänet, mikä usein huolestuttaa erityisesti potilaan omaisia. Potilas itse sen sijaan ei yleensä häiriinny tästä oireilusta. (Korhonen & Poukka 2013, 443.)

Syitä hengenahdistukselle on useita. Sitä voi aiheuttaa erilaiset hengitystien ahtaumat esimerkiksi keuhkohtaumatauti tai obstruktiivat tuumorit, keuhkokudoksen ongelmat esimerkiksi keuhkoödeema tai verenkierron ongelmat (vaikeat sydänsairaudet tai keuhkoveritulpat). Hengitystilavuus voi myös pienentyä muun muassa pleuranesteen tai askiteksen vuoksi. Saattohoitopotilaalla voi olla myös lihasheikkoutta hengityslihaksissa tai asidoosia, joiden takia hengenahdistusta ilmenee. Huomioitavaa on myös psyykkisten syiden aiheuttama henkinen ahdistuneisuus mikä voi ilmetä fyysisenä oireiluna. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Hengitystieoireiden hoito

Hengitystieoireiden hoito on pääasiassa potilaan ahdistuksen ja pelon lievittämistä. Hengenahdistusta voidaan lievittää lääkkeettömästi esimerkiksi hengittämällä rai-kasta, viileää ilmaa, laittamalla potilas lievään kohoasentoon tai tekemällä rentoutus-harjoituksia. Lisäksi voidaan kokeilla lisähapen antamista tai nebulisaattorimaskilla höyrystetyn keittosuolan hengittämistä. Limaa voidaan imeä ylimmistä hengitysteistä, välttämällä alempiin hengitysteihin kajoamista. (Korhonen & Poukka 2013, 443.) Hengitysfysioterapian avulla pulloon puhalluksia tekemällä voidaan myös saada lima irtoamaan uloshengityksen vastapaineen avulla (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018).

Lääkehoitona hengenahdistukseen käytetään yleisesti opioideja. Kaikki vahvat opioidit ovat käyttökelpoisia, joista kuitenkin morfiini on tutkituin. Mikäli potilaalla on jo käytössä jokin vahva opioidi, annosta suurennetaan noin 25% kerrallaan tai kunnes oireet lievittyvät. Annostelu on yksilöllinen ja riippuu muun muassa potilaan iästä ja munuaisten ja maksan toiminnasta. Bentsodiatsepiineja voi myös kokeilla hoitokeinona, jos muut keinot eivät näytä tuovan apua. Happihoito voi tuoda helpotusta potilaille, jotka ovat hypoksisia ja äkillisessä hengitysvajaudessa non-invasiivinen ventilaatio (NIV) voi lievittää oireita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3.4 Tajunnantason lasku ja kouristelu

Kuoleman lähestyessä ihmisen tajunnantaso laskee, potilas ei enää pysty nielemään tai puhumaan, eikä välttämättä avaa enää silmiään. Tällainen tajunnantason lasku on luonnollista saattohoitopotilaalle. (Hänninen & Pajunen 2006, 116.)

Tajunnantason laskun muut saattohoidosta riippumattomat syyt voidaan ryhmitellä paikallisiin ja yleisiin tai kallon sisäisiin ja systeemisiin häiriöihin. Yleisimpiä tajuttomuuden syitä ovat aivoverenkiertohäiriöt, vammat, myrkytykset, kouristelu, pyörtyminen ja hypoglykemia. Tajunnantason arviointiin voidaan käyttää Glasgow'n kooma-asteikkoa, jonka käyttö on yleistynyt sen helppouden ja nopeuden ansiosta. Ensihoitotilanteessa kannattaa käyttää muistisääntöjä, joiden avulla pystytään systemaattisesti etsimään alentuneen tajunnan aiheuttajaa. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2017, 152, 406.)

Saattohoitopotilaalle voidaan tehdä palliatiivinen sedaatio, jossa potilas saa rauhoittavia lääkkeitä, jotka alentavat tajuntaa oireiden lievittämiseksi. Sedaatiota käytetään vasta kun kaikki muut keinot oireiden hallitsemiseksi on kokeiltu ja koettu tehottomiksi ja se toteutetaan aina yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Jos elinajanodote on vain tunteja tai vuorokausia, voidaan käyttää jatkuvaa, syvää sedaatiota. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Kouristelulle altistavia tekijöitä voivat olla mm. epilepsia, hypoglykemia, myrkytys, hapenpuute, aivovamma, kuume ja kuumuus, unen puute tai tietyt lääkkeet (Kuisma ym. 2017, 447). Saattohoitopotilaan kouristelua voidaan hoitaa diatsepaamilla ja midatso-laamilla (Korhonen & Poukka 2013, 444).

3.5 Ruuansulatuskanavan oireet

Nielemisvaikeus on yleinen oire loppuvaiheen dementiassa, aivoinfarktin jälkeen, pään ja kaulan alueen syövissä, ruokatorvisyövissä sekä neurologisissa sairauksissa. Lisäksi ALS-potilailla, noin puolella MS-potilaista sekä muun muassa Parkinsonin tautia sairastavilla potilailla esiintyy usein nielemisvaikeuksia. Hoidossa on huomioitava potilaan aspiraatoriski sekä arvioitava tarve ravitsemus- ja nestehoidolle. (Saarto ym. 2015, 115.)

Palliatiiviset potilaat ovat erityisen alttiita myös suun alueen ongelmille. Näitä ovat esimerkiksi suun kuivuminen, sieni-infektiot, ientulehdukset sekä yleinen kipu suun alueella. Ongelmat voidaan tutkia katsomalla suuhun hyvässä valaistuksessa ja näin tarkistetaan mahdolliset suun alueen ongelmat ja merkit tulehduksista. Suun tutkimiseen voidaan tarvittaessa hyödyntää hammaslääkärin konsultaatioapua. (Saarto ym. 2015, 116, 118.)

Parantumattomasti sairailta jopa 60 %:lla on elämän loppuvaiheessa pahoinvointia ja 30 %:lla oksentelua. Pahoinvointia voivat saattohoitopotilaille aiheuttaa esimerkiksi infektiot, mahaärsytys tai –haavauma, ummetus, lääkkeet, solunsalpaaja- tai sädehoito ja vaikea kipu. Pahoinvoivan potilaan oireita lievitetään joko lääkkeellisesti tai hoitamalla pahoinvointia aiheuttava syy. Krooniseen ja pitkäaikaiseen pahoinvointiin voidaan käyttää muun muassa metoklopramidia tai serotoniiniantagonisteja kuten ondansetronia. Kohtalaisessa tai vaikeassa munuaisten vajaatoiminnassa tulee metoklopramidiansos vähentää puoleen tavallisesta suositusannoksesta. Eri tavoin vaikuttavia pahoinvointilääkkeitä voidaan tarvittaessa myös käyttää samanaikaisesti. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Ummetuksesta kärsii 70–100 % syöpäpotilaista. Se heikentää potilaan elämänlaatua ja oireina voi olla lisäksi vatsan turvotusta, vatsakipua, pahoinvointia ja peräaukon kipua. Ummetus voi johtua syöpäkasvaimen leviämisestä tai olla haittavaikutus potilaan lääkityksestä johtuen - esimerkiksi opioidilääkitys aiheuttaa ummetusta. Dehydraatio, elektrolyyttihäiriöt sekä potilaan muut sairaudet saattavat vaikuttaa ummetukseen pahentamalla tilaa. Ummetuksen hoito on oireidenmukaista, lisäksi on huolehdittava riittävästä nesteytyksestä, kuitujen saannista sekä liikkumisesta, jos vointi sen sallii. Lääkehoitona ummetukseen ovat erilaiset ulostuslääkkeet, peräpuikot ja -ruiskeet,

opioidiantagonistit sekä uudet ummetuslääkkeet kuten prukalopridit (serotoniini 4 -reptorin antagonisti). Tajunnan ja yleistilan heikentyessä elämän viimeisinä päivinä lopetetaan suun kautta annettavat laksatiivit, eikä yleensä ole enää tarvetta peräsuoleen annettaville lääkkeillekään. (Saarto ym. 2015, 143–146.)

3.6 Keskushermosto-oireet

Delirium eli sekavuustila on yleisin neuropsykiatrinen häiriö levinnyttä syöpää sairastavilla henkilöillä, jopa 80 % heistä kärsii deliriumista viimeisinä elinpäivinä. (Saarto ym. 2015, 170.) Sekavuustilan oireita ovat alentunut tajunnantaso, tarkkaavaisuus- ja huomiokyvyn häiriöt sekä harhaileva puhe. Lisäksi potilaalla esiintyy harha-aistimuksia ja harhaluuloja, uni-valverytmi on sekaisin sekä ajan- ja paikantaju ovat häiriintyneet. Oireiden voimakkuus voi vaihdella suuresti jo vuorokaudenkin aikana. (Huttunen 2015.)

Hoitona deliriumissa on ensisijaisesti ympäristön rauhoittaminen ja oireenmukainen hoito, lievät oireet eivät tarvitse lääkettä. Vakavimmissa oireiluissa käytetään lääkkeitä haloperidolia tai muuta antipsykoottia ja bentsodiatsepiineja. (Saarto ym. 2015, 171, 174.)

Jos saattohoitopotilaalla on sietämätöntä ja hallitsematonta hengenahdistusta, kipua, deliriumia, agitaatiota (ahdistuneisuutta, johon liittyy voimakasta kehon liikkeiden levottomuutta) tai ahdistusta, voidaan harkita palliatiivista sedaatiota. (Hänninen & Rahko 2013, 438.)

3.7 Kuivuminen ja kakeksia

Kuivumisen ensisijaiset oireet ovat virtsantulon väheneminen tai loppuminen ja janontunne. Nestehoidossa tärkeää on korvata nestevaje ja huolehtia energiansaannista sekä elektrolyyttitasapainosta. Potilaan kuivumiseen ensisijainen nesteenantoreitti on suun kautta. Saattohoitopotilailla parenteraalinen nestehoito laskimon kautta vaatii harkintaa, sillä monien tutkimusten mukaan liiallinen nesteyttäminen lisää pleuranestettä, turvotusta, nesteen kertymistä vatsaonteloon ja katetroinnin tarvetta. Laskimokanyylit saattavat tuntua potilaasta myös epämiellyttäviltä ja aiheuttavat pinnallisia tulehduksia ja tarpeetonta haittaa. (Saarto ym. 2015, 160–162.) Tutkimustulosten mukaan suonensisäinen nesteyttäminen ei myöskään hidasta kuivumiseen liittyvien oireiden

kehittymistä, ei paranna potilaan elämänlaatua eikä potilaan selviytymistä. Näin ollen rutiininomaista nesteyttämistä parenteraalisesti ei suositella. (Bruera, Hui, Dalal, Torres-Vigil, Trumble, Roosth, Krauter, Strickland, Unger, Palmer, Allo, Frisbee-Hume & Tarleton 2013, 117.)

Kakeksia eli elimistön näivettyminen on hyperkatatoninen tila, jossa potilaan paino laskee tahattomasti, luurankolihaksissa tapahtuu lisääntyvää katoa, rasvakudos vähenee, ruokahalu vähenee sekä aineenvaihdunnassa tapahtuu muutoksia. Kakeksian arvioidaan olevan 20 %:lla syöpäpotilaista merkittävin kuoleman mekanismi. Tehokasta hoitoa ei ole, potilasta ravitaan mahdollisuuksien mukaan ja näin pyritään hidastamaan kakeksian etenemistä. Tehokasta lääkehoitoa ei ole löydetty. (Saarto ym. 2015, 163–164.)

3.8 Verenvuoto

Saattohoitopotilaiden yleisimmät vuotavat haavat johtuvat useimmiten painehaavaumista, arteriaperäisistä haavaumista, etäpesäkkeisiin liittyvistä haavoista sekä traumaperäisesti syntyneistä haavoista (esimerkiksi kaatumisen tai ihon repeytymisen seurauksena). Pahanlaatuiset haavat paranevat huonosti kuolevilla potilailla. Virtsaan erittyvä verenvuoto taas on usein merkki eturauhasen tai virtsarakon syövästä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Hengitysteistä tuleva verenvuoto on useimmiten seurausta voimakkaasta yskimisestä, mikä taas voi olla oireena muun muassa ahtauttavassa keuhkosairaudessa, hengitystieinfektioissa, hengitysteiden kasvaimissa, aspiraatiossa tai keuhkopöhdössä. Veriyskä on yleinen (n.10-40 %) erityisesti keuhkosyöpäpotilailla. Yskän lievittäminen toteutetaan hoitamalla oireen syytä tai kokeilemalla opioidilääkitystä. Suuri verenvuoto hengitysteihin, niin kutsuttu verensyöksy, on vakava ja myös mahdollinen oire ja vaatii hoidoksi palliativista sedaatiota. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

4 Henkinen jaksaminen

Oireiden lievityksen lisäksi palliativisessa hoidossa olevalle herää usein kysymyksiä elämän päättämiseen, läheisiin ihmisiin ja kuolemanjälkeiseen tilaan liittyen. Vaikean sairauden edetessä fyysiset oireet eivät välttämättä enää ole niitä, jotka kuoleman

lähestyessä eniten ahdistavat potilasta. (Huttunen 2013.) Myös hoitohenkilökunta kokee usein, ettei potilaan ja omaisten kärsimysten lieventämiseksi pystytä tekemään tarpeeksi. Saattohoitotyö vaatii työntekijältäkin paljon, jolloin työnohjauksen merkitys kasvaa uupumuksen välttämiseksi. (Korhonen & Poukka, 2013.)

4.1. Kuolevan potilaan omaisten tukeminen

Kotisaattohoidon järjestämisen esteenä tai keskeytymisen syynä on usein omaisten fyysisten ja henkisten voimavarojen loppuminen. Näin ollen on tärkeää, että hoidossa huomioidaan myös läheisten jaksaminen ja opastetaan ja rohkaistaan heitä saattohoitopotilaiden hoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25.)

Työntekijän tulee kohdata saattohoitopotilas ja tämän läheiset rauhallisesti, tasavertaisesti ja sallivasti. Kotona käytäviin keskusteluihin on hyvä varata aikaa ja tällöinkin on huomioitava se, että jokainen osapuoli on mukana tasavertaisina. Keskustelussa on hyvä suosia avoimia kysymyksiä, jolloin saadaan esille potilaan ja omaisten henkilökohtaisia näkemyksiä. Työntekijänä on suotavaa pyrkiä asettumaan potilaan ja omaisten asemaan, jotta auttava side pääsee syntymään osapuolten välille. (Saarto ym. 2015, 282-283.)

Saattohoidossa olevan potilaan omaisille on hyvä kertoa lähestyvän kuoleman merkeistä. Näitä ovat vähenevä tietoisuus ympäröivästä maailmasta, hengityksen muuttuminen pinnalliseksi ja hengityskatkokset, nielun limaisuus ja nielemisen vaikeutuminen sekä levottomuus ja lämpöily. Omaisten informointiin kuuluu myös lääkitysmuutoksista kertominen, sillä lääkehoidon onnistumisen kannalta saattohoitopotilaiden lääkkeiden antoreittiä voidaan joutua muuttamaan. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2015.)

Kuolevan potilaan ja hänen omaistensa tuen tarve on yksilöllistä ja sairauden eri vaiheissa myös tarvittavan tuen muoto vaihtelee tiedollisen, konkreettisen, hengellisen ja henkisen tuen kesken. Tiedollisella tuella tarkoitetaan esimerkiksi hoitajalta saatua tietoa sosiaalietuuksien hakemisesta tai hautajaisjärjestelyistä. Konkreettinen tuki voi olla vaikkapa apuvälineiden hankintaa tai sairaanhoidollisten toimenpiteiden suorittamista. Hengellisen tuen tarpeeseen pystyy vastaamaan hoitajan välityksellä seurakunta. Tutkimuksessa suomalaisesta kotisaattohoidosta tärkeimmäksi tukemisen muodoksi sairaanhoitajat kokivat henkisen tukemisen. Henkinen tuki tarkoittaa läsnä

olemista, aikaa keskustella ja kuunnella sekä luottamuksellista ja turvallista hoitosuhdetta, jossa potilas tai omainen uskaltaa puhua mieltään vaivaavista asioista. Erityisesti kuolemasta puhuminen ja sen sisällyttäminen luonnolliseksi osaksi hoitosuhdetta koettiin tärkeäksi. Sairaanhoitajat kokivat kiusallisiksi tilanteet, joissa sanaa kuolema välteltiin, vaikka jokainen osapuoli tiesi kuoleman olevan lähellä. (Knuutinen 2008, 30-31.)

4.2. Työntekijän henkinen jaksaminen saattohoitotyössä

Palliativisten potilaiden parissa työskentelevät hoitajat kohtaavat usein työssään stressiä aiheuttavia tilanteita käsitellessään paljon kuolemaan liittyviä asioita. Kuitenkin stressiä ja sen muita vaikutuksia voi oppia hallitsemaan henkilökohtaisten selviytymismenetelmien sekä sosiaalisen tuen avulla. (Peters, Cant, Sellick, O'Connor, Lee, Burney 2012, 561.)

Iso osa saattohoitotyötä on käsitellä kuolevien potilaiden tarpeiden lisäksi myös omaisten tarpeita, mikä voi usein edistää potentiaalisten stressitilanteiden syntymistä. Usein hankalaksi nämä tilanteet tekevät se, etteivät perheet joko ymmärrä täysin kuoleman välitöntä lähestymistä, tai heidän fyysiset ja henkiset voimavaransa ovat loppumassa. (Peters ym. 2012, 566.)

Burn out eli loppuun palaminen on seurausta pitkittyneestä stressistä ja sitä havaitaan usein palliativista työtä tekevillä työntekijöillä. Maslach ym. (2001) toteavat tutkimuksessaan, että ilmiö aiheuttaa henkistä uupumista, kynnistymistä, välinpitämättömyyttä ja aikaansaamattomuutta. Tämä ilmiö tunnetaan myös niin kutsuttuna myötätuntoväsymyksenä. Siinä stressireaktion ja tunnepitoisen huolehtimisen myötä ihminen alkaa eristäytyä ja tuntea avuttomuutta, ja näin ollen voi tämän seurauksena jopa jättää työnsä. (Koh, M., Chong, P., Neo, P., Ong, Y., Yong, W., Ong, W., Shen, M. & Hum, A. 2015, 634.)

Hoitajien henkilökohtaisia selviytymismetodeja on useita. Changin ym. (2007) mukaan itse ongelmiin ja ongelmanratkaisuun keskittyvä menetelmä poistaa tai vähentää stressitekijöitä. Toinen keino vähentää stressiä on lisätä työvoimaa, jotta yksittäisillä työntekijöillä olisi vähemmän työkuormaa. Kolmas keino on niin kutsuttu tunteisiin pohjautuva keino, jonka avulla stressitekijöitä suljetaan tietoisesti pois mielestä. Tämä kuitenkin enemmän viivyttaa stressistä aiheutuvia sivuvaikutuksia kuin ratkaisee

stressiin johtavia syitä. Medland ym. (2004) ja Edwards ym. (2006) toteavat tutkimuksissaan, että työorganisaation järjestämät debriefing- eli selvityskeskustelut, ohjaus ja mentorointi sekä työntekijöiden voinnin valvonta ovat yleisesti tunnettuja tukimenetelmiä, joilla on nähty olevan positiivinen vaikutus työntekijöihin. (Peters ym. 2012, 565-566.)

Omien tuntemusten ja henkilökohtaisten piirteiden tunnistaminen parantaa yksilön stressinhallintaa. Osana tätä hallintaa on syntyneiden tuntemusten tietoinen nimeäminen ja omien rajojen tunnistaminen ajoissa. Osa stressin käsittelyä on myös hyvä palautuminen työpäivän jälkeen, mikä sisältää riittävästi lepoa, työaikojen noudattamista, terveelliset elämäntavat sekä aikaa vapaa-ajan aktiviteeteille. Työssä syntyvät stressitekijät tulee ottaa puheeksi esimiehen kanssa avoimesti ja ratkaista ongelmakohdat yhdessä. Työn mielekkyyden lisäämiseksi työtä tulisi ajatella kokonaisuutena. Työolot pitäisi järjestää niin, että työntekijä tietää tavoitteet ja päämäärät ja huolehtii myös siitä, ettei työmäärä pääse laajenemaan liikaa. Kokonaisuuden hallitsemisen tunne parantaa luottamusta omiin kykyihin sekä muuttaa toimintaa oma-aloitteisemmaksi. (Kritz 2014, 45-46, 50.)

5. Sairaalan ulkopuolinen hoito

Viime vuosina päivystyspalvelut ovat keskittyneet, avohoito lisääntynyt ja hoitoajat lyhentyneet, jolloin ensihoidon tehtävämäärät ja tehtävien luonne ovat muuttuneet. Väestö on myös ikääntynyt nopeasti, syrjäytyminen kasvanut ja päihteiden käyttö yleistynyt, mikä osaltaan on lisännyt ensihoidon tehtävämääriä. Laitetekniikka nykypäivänä mahdollistaa tehostetun hoidon tarjoamisen sairaalan ulkopuolella. (Kuisma ym. 2017, 15.)

5.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelun järjestäminen on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuulla ja se tulee ohjata ja toteuttaa muiden päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa yhteistyössä niin, että kotona annettavista päivystyksellisistä lähipalveluista muodostuu alueellisesti toiminnallinen kokonaisuus. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää alueensa ensihoitopalvelun joko itse, yhteistyössä toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tai alueen pelastuslaitoksen kanssa, tai hankkimalla palvelun muulta tuottajalta. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee tehdä ensihoidon palvelutasopäätös,

mistä käy ilmi ensihoitopalvelun järjestämistapa ja sen sisältö, siihen osallistuvilta edellytetty koulutus, erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelemat väestön tavoittamisajat sekä muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta oleelliset asiat. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Ensihoitopalvelu on jatkuvassa muutoksessa, johon vaikuttaa pääosin kansallisesti, mutta myös kansainvälisesti yhteiskunnassa ja terveyspalvelujärjestelmissä tapahtuvat muutokset. Vuosien 2010–2014 aikana ensihoitotehtävien määrä oli lisääntynyt eri sairaanhoitopiireissä 1,3–8,5 %, ja yhtä ensihoitoyksikköä kohden tehtävien määrä oli kasvanut 2,0–12,5 %. Eniten kasvua tehtävämäärissä oli tapahtunut pienissä sairaanhoitopiireissä, joista syrjäisien alueiden tehtävien kestot saattoivat olla kaksinkertaiset verrattuna maan keskiarvoon. Tehtävämäärien kasvuun on arvioitu vaikuttavan ainakin pitkäaikaishoitopaikkojen väheneminen, hätäkeskuksen organisaatiomuutos sekä yleisesti pyrkimys kuljettamisen sijaan hoitaa potilas kotona. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 18.)

5.2 Eksoten yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella on alkanut maaliskuussa 2016 yhden hengen liikkuvan päivystysyksikön toiminta. Yhden hengen liikkuvat päivystysyksiköt lisäävät kustannustehokkuutta ja mahdollistavat pitkälle vietyä tutkimista ja vieridiagnostiikkaa. Tällä pyritään välttämään turhia päivystyskäyntejä ja osastohoitoon joutumista hoitamalla potilaita kotona. Yksiköt sijoitetaan tehtävämäärien ja tehtävien keskittymisen mukaan Lappeenrannan ja Imatran taajama-alueille. (Eksote 2016a, 13, Eksote 2016b.)

Päivystysyksikön tehtävämääräksi on arvioitu 3000-3500 tehtävää vuodessa. Nämä tehtävät ovat sellaisia, joihin ei kustannussyistä tai muuten ole tarpeenmukaista lähettää nykymallista ambulanssia. Sen sijaan potilaan hoidontarpeen arviointi, tietyt hoitotoimenpiteet sekä osa lääkitykseen ja ajanvaraukseen liittyvistä asioista voidaan toteuttaa yhden ensihoitajan ja liikkuvan päivystysyksikön resursseilla. Tällä tavoin nykymallisten ambulanssien aikaa säästyy vastaamaan alueen kiireellisistä tehtävistä. Yhden hengen päivystysyksiköstä tehdään vaikuttavuustutkimuksia ja mittareiden seuranta, joiden avulla toimintaa voidaan jatkossa kehittää. (Eksote 2016a, 13.)

Päivystysyksikön tehtävät

Äkilliset tai pitkällä aikavälillä syntyneet yleistilan laskut muodostavat ison osan ensihoidolle välittyvistä kiireettömistä tehtävistä. Yhden hengen liikkuvalla päivystysyksikölle on mahdollista välittää näitä tehtäviä joko hätäkeskuksen, TeHoSa:n, kotihoidon, kenttäjohtajan tai koordinaattorin kautta. Tilanteen mukaan yksikkö voi hoitaa myös muita tehtäviä, jotka eivät alkutietojen perusteella useinkaan vaadi kuljetusta. Päivystysyksikkö sekä vähentää ensihoidolle tulevaa ruuhkaa D774-tehtävillä (kiireetön yleistilan lasku) että kykenee laajempaan palvelutarpeen arviointiin ja lääkäriajanvarausten tekemiseen. Jos ensihoitoyksikkö tarvitsee yhden hengen liikkuvaa päivystysyksikköä esimerkiksi lisätutkimusten tekemiseksi, tulee heidän ensin soittaa päivystysyksikön työntekijälle ja varmistaa viive saapua. (Eksote 2016b.)

Tehtävällä potilaat tutkitaan perusteellisesti, selvitetään esitiedot ja kirjataan saadut tiedot sähköisenä potilastietojärjestelmään. Yksikkö voi konsultoida päivystävää lääkärinä hoidoista ja toteuttaa määräykset. Yksikkö myös huolehtii jatkohoito-ohjeista ja tarvittaessa järjestää muuta apua TeHoSa:n tai kotihoidon kautta. Jos liikkuva päivystysyksikkö tarvitsee paikalle ensihoitoyksikön kuljettamaan potilasta, tulee tämän soittaa hätäkeskukseen ja pyytää sitä kautta kuljetusyksikköä. (Eksote 2016b.)

Päivystysyksikön käytössä olevat välineet ja tehtävät hoitotoimenpiteet

Päivystysyksiköllä on käytössään nykymallista ambulanssia laajempi vieridiagnostiikka sekä toimiva konsultaatiopiste, johon on saatavilla myös videoyhteys. Vieridiagnostiikasta käytössä voi olla esimerkiksi CRP-mittari, virtsan stixaus, iStat-verikaa-suanalysaattori, pikanielunäyte ja ultraääni. Yksiköt tullaan varustamaan siten, että jokaiseen yksikköön ei tule kaikkia laitteita, vaan ne valitaan kustannustehokkaasti ja kohdennetusti. (Eksote 2016b.)

Yhden hengen yksikkö pystyy tekemään joitakin sellaisia hoitotoimenpiteitä, joita nykymallinen ambulanssi ei tällä hetkellä pysty tekemään. Tällaisia toimenpiteitä ovat muun muassa suonensisäisten ja suun kautta otettavien antibioottien antaminen sekä jatkohoidon suunnittelu, kertakatetrointi, pienten haavojen ompelu ja raajan lastoitus. Lisäksi yksikkö pystyy hoitamaan kipua, antamaan muuta tarvittavaa lääkehoitoa sekä hoitamaan muuten pieniä haavoja. (Eksote 2016b.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia selkeä ja kattava opas saattohoidosta ensihoitajille työssä käytettäväksi. Opas suunnattiin erityisesti Eksoten liikkuvan yhden hengen päivystysyksikön työntekijöiden käyttöön, mutta sitä voidaan hyödyntää myös opetustarkoituksessa sekä tavanomaisten ambulanssien ensihoitajien työn tukena. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää ensihoitajien saattohoito-osaamista sekä yhteinäistää saattohoitopotilaiden parissa käytettäviä hoitoon liittyviä toimintatapoja.

Tutkimustehtävät:

1. Haastatella saattohoidon parissa työskenteleviä hoitoalan ammattilaisia ja selvittää oppaan sisältöön liittyviä toiveita
2. Laatia tiivis saattohoito-opas Eksoten ensihoitajille
3. Antaa valmis opas ensihoitoyksiköiden ja Saimaan ammattikorkeakoulun käyttöön

7 Opinnäytetyön toteutus

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistetään käytännön toteutus ja kirjallinen raportointi opinnäytetyön aiheesta. Toteutus voi tapahtua esimerkiksi ohjeistuksen, oppaan tai jonkin tapahtuman järjestämisen muodossa. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

Tämän opinnäytetyön toteutus on toiminnallinen ja tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen. Kirjallisen raportin lisäksi opinnäytetyössä kehitettiin erillisen opasvihon, johon koottiin tiivistetyksi ohjeita yhden hengen yksikön ensihoitajille kotisaattohoitoon liittyen. Tarkoituksena ei ollut luoda uutta tietoa aiheesta vaan hyödyntää jo olemassa olevaa tietoa.

Raporttia ja opasta varten tarvittiin laadullista tietoa, jotta voitiin käsitellä aihetta tarpeeksi monipuolisesti ja saatiin mahdollisimman kattava opas saattohoitoon liittyen. Teoriaosion kokoamista varten käytettiin saattohoitoon liittyvää kirjallisuutta, oppimateriaaleja ja ajankohtaisia tutkimusartikkeleita sekä työelämän asiantuntijoiden haastatteluja.

7.1 Haastattelut

Opinnäytetyötä varten haastattelimme kolmea hoitoalan ammattilaista, jotka olivat työskennelleet saattohoitopotilaiden parissa. Yksi haastatelluista työskentelee Armilan sairaalan palliatiivisen hoidon osastolla Lappeenrannassa, toinen yhden hengen liikuvassa päivystyksyksikössä ja kolmas tehostetun sairaanhoidon eli TeHoSan työntekijänä. Haastateltavien valintaan vaikutti heidän työkokemuksensa saattohoidon ja ensihoidon parissa. Tällä pyrimme saamaan tietoa mahdollisimman kokeneilta työntekijöiltä. Haastatteluiden tarkoituksena oli saada niin sanottua hiljaista tietoa saattohoidon ammattilaisilta sekä selvittää työntekijöiden toiveita oppaan suhteen. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina yksilöhaastatteluina ja nauhoitettiin. Valmiit haastattelut koottiin kirjallisena yhdeksi.

Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset on laadittu etukäteen ja ne ovat kaikille vastaajille samat. Strukturoituun haastatteluun verrattuna ero on siinä, että vastaaja saa vastata omin sanoin sen sijaan että valitsisi vastauksensa valmiista vaihtoehdoista. Teemahaastattelussa taas ei ole lainkaan valmiita kysymyksiä, vaan haastattelua varten on määritetty vain haastattelun aihepiirit. (Aaltola & Valli 2010, 28.) Päädyimme puolistrukturoituun malliin, sillä oppaan kirjoittamista varten tarvitsimme vastauksia tiettyihin kysymyksiin, mikä sulkee pois teemahaastattelun mahdollisuuden. Toisaalta haluamme uutta tietoa, minkä vuoksi emme voi asettaa haastattelukysymyksille valmiita vastausvaihtoehtoja.

Haastattelupyynnöt lähetettiin sähköpostitse ja itse haastattelut toteutettiin kasvotusten joulukuuhun 2017 mennessä. Haastattelut nauhoitettiin ja tähän pyydetään etukäteen lupa haastateltavilta. Haastattelukysymykset (Liite 1) ovat avoimia kysymyksiä ja pyrimme tekemään niistä mahdollisimman selkeitä ja rajaamaan kysymykset huolellisesti.

7.2 Saattohoito-oppaan kehittäminen

Saattohoito-oppaaseen koottiin tietoa saattohoitopotilaan hoidosta ensihoidon näkökulmasta. Oppaan laatiminen aloitettiin saattohoitoon liittyvien termistöjen ja hoitojen käsittelystä ja päätettiin kuolevan potilaan omaisten kohtaamiseen ja työntekijöiden henkiseen jaksamiseen keskittyvillä osioilla. Oppaan laatimisessa olimme yhteydessä työelämän yhteyshenkilöömme, jotta saisimme selville mitä tietoa erityisesti ensihoidoyksikössä tarvitaan saattohoitoon liittyen. Sisältöön toivottiin erityisesti kipupumpun

tiivistetyt käyttöohjeet sekä neuvoja työhyvinvoinnin ylläpitoon. Vähemmän tarvetta oli kuvata oireita ja hoitoja yksityiskohtaisesti, joten tiivistimme nämä osiot korkeintaan yhden sivun mittaisiksi kappaleiksi.

Käytännössä oppaasta valmistui A5-kokoinen tiiviisti koottu vihkonen, joka jaettiin Eksoten alueen yhden hengen liikkuvan yksikön ensihoitajille ja Saimaan ammattikorkeakoululle. Sisällössä käytettiin terveydenhuollon ammattilaisille soveltuvaa kieltä ja termistöä ja sen lähtökohtana on oletus siitä, ettei lukija tunne Eksoten hoitoprosessin kulkua saattohoitopotilaiden kohdalla.

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli laatia saattohoito-opas Eksoten yhden hengen liikkuvan päivystysyksikön työntekijöille. Prosessin edetessä huomasimme tarpeen levittää opasta myös koulutuskäyttöön ensihoitajaopiskelijoille sekä perinteisille ensihoitoyksiköille, sillä ensihoitajille ei aiheesta ollut vielä yhteistä ohjeistusta. Koulun puolelta esitettiin toive saada käyttöön opas kipupumpun käytöstä. Koemme, että saimme koottua oppaaseen hyödyllistä tietoa tiiviisti, sekä saimme rajattua aiheen mielestämme työelämän tarpeita vastaavaksi.

Alun perin suunnitelmamme oli käyttää opasta arvioitavana ensihoitajilla ja ensihoitajaopiskelijoilla, mutta päädyimme yhdessä ohjaavan opettajamme kanssa oppaan valmistuessa siihen tulokseen, että tätä palautekyselyä ei tarvita. Koska haastatteluja tehdessämme olimme kysyneet työelämän edustajilta aihepiireistä, joista oppaaseen tarvitaan tai halutaan lisää tietoa, koimme oppaan edetessä, että olimme saaneet oppaaseen toivotut aiheet. Suunnittelemaamme palautelomaketta lukiessamme totesimme, että kyselystä saatavat tulokset eivät muuttaisi tai edistäisi oppaan sisältöä.

Aiheemme oli mielestämme mielenkiintoinen ja ajankohtainen, sillä kotisaattohoito on lisääntymässä Etelä-Karjalankin alueella koko ajan. Koska ensihoito tulee olemaan jatkuvasti yhä enemmän tekemisissä kotisaattohoitopotilaiden kanssa, eikä varsinaista yhteistä ohjeistusta tämän potilasryhmän hoitamisesta vielä ollut, koimme oppaan tulevan tarpeeseen.

Saattohoito aiheena on laaja, minkä vuoksi aiheen tarkalla aiheen rajauksella oli suuri merkitys opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa. Oppaaseen tulevat aiheet valitsimme

pääasiassa haastatteluissa ilmenneiden toiveiden perusteella. Niiden perusteella muun muassa tarkka lääkehoito jäi oppaasta pois ja siihen lisättiin kipupumpun käyttöohjeet. Yllättävän isoon rooliin nousi henkilökunnan työssäjaksaminen ja sen edistäminen. Myös omaisten kohtaamiseen toivottiin kiinnitettävän huomiota, joten sisällytimme myös sen osaksi opasta. Työelämässä ei haastatteluiden perusteella ollut tarvetta saada niinkään tietoa potilaiden oireenmukaisesta hoidosta vaan enemmänkin hoitoprotokollasta ja saattohoitopotilaisiin liittyvistä poikkeavista toimintamalleista, joten jätimme oppaasta pois ensihoitajien perustyötehtävien kertaamisen ensihoitotehtävillä. Oppaaseen valikoituivat vain yleisimmät saattohoitopotilaiden oireet ja työdiagnoosit.

Opinnäytetyömme ansioista saimme sellaista tietoa saattohoidosta, mitä koulutusohjelmamme ei sisältänyt. Opimme saattohoitopotilaan hoidon erityispiirteet ja hoitopolun Eksoten alueella, mitä emme olisi välttämättä ilman opinnäytetyötämme saaneet tietää. Opettelimme myös kipupumpun käytön ja jatkossa osaamme tätä työelämässäkin hyödyntää. Opasmateriaalin kokoaminen itsessään oli mielenkiintoista ja sai ajattelemaan eri ammatti- ja opiskelijaryhmien tarpeita ja kehityskohtia aihealueeseen liittyen.

8.1 Opinnäytetyöprosessi

Käytimme lähteinä asiantuntijoiden haastatteluja ja teoriapohjaan ajantasaista tieteellistä tietoa. Lähteiden löytäminen osaan aiheista oli helppoa ja niitä löytyi paljon, kun taas joihinkin osa-alueisiin tiedon löytäminen osoittautui melko haastavaksi. Saattohoidosta itsestään ja saattohoitopotilaiden yleisimmistä oireista löytyi paljon hyviä lähteitä, jolloin ongelmana oli ennemminkin oleellisten asioiden valitseminen kuin itse materiaalin saatavuus. Asiaa helpotti 2018 alkuvuodesta julkaistut uudet Käypä hoito -suositukset kuolevan potilaan oireiden hoitamisesta, ja näin saimme käyttöömmme ajankohtaisinta mahdollista tutkittua tietoa. Käytimme sekä suomenkielistä että englanninkielistä aineistoa.

Yhden hengen liikkuvasta päivystyksyköstä, sen toimintamalleista ja mahdollisista toimenpiteistä taas oli vaikeaa löytää tietoa. Lopulta saimme käsiimme Eksoten hankesuunnitelman ”Päivystys olohuoneessa” sekä esityksen yhden hengen yksikön toimintamalleista, varustelusta, henkilöstön osaamisen hallinnasta ja toiminnan käynnistämisestä, joiden pohjalta saimme täydennettyä oppaaseen ja raporttiin tärkeitä

asioita juuri yhden hengen yksikön toiminnan kannalta. Vaikka opas onkin suunnattu ensisijaisesti yhden hengen yksikölle, on siitä varmasti hyötyä myös muille ensihoitajille saattohoitopotilaan kohtaamisessa.

Oppaan kirjoittamista helpotti hyvän rungon tekeminen ja aiheen rajaaminen. Laajan teoriapohjan avulla oli mahdollista siirtää tietoa lähes suoraan opinnäytetyön raportista itse oppaaseen. Haastavaa oli saada ajantasaista tietoa yhden hengen yksikön toiminnasta, sillä tarkkoja ohjeistuksia ei ollut saatavilla. Loppuvaiheessa oppaan ollessa lähes valmis olimme uudelleen yhteydessä yhden hengen liikkuvan päivystysyksikön työntekijään ja varmistimme näin tietojen paikkansapitävyyden. Viimeistelyvaiheessa muokkasimme vielä hieman ulkoasua selkeämmäksi ja tarkistimme että aiheet esitellään luontevassa järjestyksessä.

Saatuun haastatteluaineistoon vaikutti jonkun verran haastateltavan työpaikka ja -kokemus. Lisäksi vaikka haastattelukysymyksemme olivat identtiset vastaajille, vaihteli vastausten pituus ja sisältö huomattavasti haastateltavien välillä. Saimme kouluttamme nauhurin haastatteluiden tallentamista varten ja tallenteiden laatu oli hyvä. Haastatteluiden avulla saimme vastaukset tarvitsemiimme kysymyksiin ja opinnäytetyön kannalta oli hyödyllistä, että kaikki haastateltavat työskentelivät erilaisissa yksiköissä ja näin toivat oman vastuualueensa näkökulmat esille.

Aikataulut

Aloitimme opinnäytetyömme suunnittelun ja toteutuksen hyvissä ajoin, joten olemme saaneet rauhassa koota materiaaleja kasaan. Idea saattohoitoaiheesta syntyi 2016 syksyllä ja suunnitelmamme valmistui kesällä 2017. Haastattelut toteutimme syksyllä 2017 ja itse raporttia ja opasta kirjoitimme pääasiassa vuoden 2018 aikana. Aikataulujen kanssa ei ollut ongelmia, koska suunnitelimme toteutuksen alun perinkin joustavaksi eikä työelämän edustajilta tullut varsinaista aikarajaa oppaan valmistumiselle. Haastatteluiden ajankohdat saimme sovittua ja toteutettua työelämän edustajien kanssa ongelmitta. Haimme tutkimuslupia jo hyvissä ajoin, mutta päätöksen saaminen viivästytti hieman haastatteluiden aloitusta. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut lopullisen raportin ja oppaan valmistumiseen.

8.2 Eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät näkökohdat

Hankimme haastatteluja varten Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusluvut ja pyysimme haastateltavia allekirjoittamaan suostumuslomakkeen. Käytimme opinnäytetyössämme laadukkaita lähteitä, joiden sisältämä tieto on edelleen paikkaansa pitävää. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista, haastateltavat henkilöt pysyivät anonymoineina ja saadut tutkimustulokset hävitettiin niiden käsittelyn jälkeen asianmukaisesti. Haastatteluihin pyrimme tekemään mahdollisimman selkeitä kysymyksiä, jotta väärinymmärrysten määrä jäisi mahdollisimman pieneksi.

Saattohoitotyö aiheena on eettisesti haastava. Otimme tämän huomioon opinnäytetyötä tehdessä siten, että esimerkiksi haastatteluja tehdessä kysymykset on suunniteltu aiheen vakavuus huomioiden. Tarkoituksena oli tuottaa opas, josta ensihoitajat saavat yleispäteviä ohjeita saattohoitopotilaan hoitoon liittyen. Pyrimme käsittelemään eettisesti vaikeat asiat hienotunteisesti oppaassa.

Haastatteluista saatu tieto perustuu vain yksittäishenkilöiden vastauksiin, joten tulosten luotettavuuteen liittyen on riski siitä, että vastaukset ovat virheellisiä tai puutteellisia. Syynä tähän voi olla se, että kysymys on joko epäselvästi muotoiltu tai vastaaja ei halua kertoa rehellistä mielipidettään. Vastaajalla voi olla myös vanhentunutta tietoa saattohoidosta. Pyrimme välttämään riskejä muotoilemalla kysymykset mahdollisimman selkeästi ja pitämällä kysymykset avoimina.

Riskinä avoimissa haastatteluissa on vastausten väärin ymmärtäminen. Tämän ehkäisimme nauhoittamalla haastattelut ja kuuntelemalla ne uudelleen. Kirjoitimme nauhoitusten pääkohdat myös erilliselle paperille, mikä auttoi jäsentelemään kokonaisuuksia ja varmistamaan oikein ymmärtämisen.

Käytössämme oli rajallisesti tietoa yhden hengen liikkuvasta päivystysyksiköstä, jolloin tietojen ajantasaisuus ei ole varmaa. Kyseessä on uusi toimintamalli myös Eksotelle, jolloin on oletettavissa, että alkuperäisiinkin suunnitelmiin on tullut toiminnan kehittyessä muutoksia. Tämän vuoksi varmistimme tietojen paikkansapitävyyden uudelleen yhden hengen yksikön työntekijältä oppaan ollessa omasta mielestämme valmis.

8.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä saada lisätietoa ensihoitajien kokemuksia saattohoito-osaamisestaan ja lisäkoulutuksen tarpeesta, sillä kotisaattohoito tulee yleistymään ja tehtävämäärät saattohoitoon liittyen sitä myöten lisääntymään. Olisi hyvä myös tietää millaiset aihealueet erityisesti aiheuttavat vaikeuksia ja tarvitaanko saattohoitoon liittyen lisää tietoa jo opiskeluvaiheessa. Kehittämisehdotuksena voisi olla myös opettaa kipupumpun käyttöä jo ensihoitajaopintojen aikana, sillä sitä ei ole tällä hetkellä juurikaan sisällytetty opetussuunnitelmaan.

Mielenkiintoista olisi saada myös tietää ensihoidon toiminnasta saattohoitopotilaiden näkökulmasta ja selvittää, mitkä aihepiirit asiakkaiden mielestä vaativat kehittämistä. Kotisaattohoitopotilailta voisi myös jatkossa selvittää, miten hyvin erilaiset Eksoten alueen hoitopolut ovat heillä tiedossa ja miten hyvin saattohoitopotilaat tietävät saata-
villa olevista palveluista ja esimerkiksi saattohoito-osaston toiminnasta.

Lähteet

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy.

Bruera, E., Hui, D., Dalal, S., Torres-Vigil, I., Trumble, J., Roosth, J., Krauter, S., Strickland, C., Unger, K., Palmer, J.L., Allo, J., Frisbee-Hume, S. & Tarleton, K. 2013. Parenteral Hydration in Patients with Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial. *Journal of Clinical Oncology* 31(1), 111-118.

Candy, B., Holman, A., Leurent, B., Davis, S. & Jones, L. 2010. Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies* 48(1), 121-133.

Degenholtz, H., YongJoo, R. & Arnold, R. 2004. Brief Communication: The Relationship between Having a Living Will and Dying in Place. *Ann Intern Med.* 141(2), 113-117.

Dev, R., Fabbro, E. & Bruera, E. 2011. Patient-Controlled Analgesia in Patients with Advanced Cancer. Should Patients Be in Control? *Journal of Pain and Symptom Management.* 42(2), 296–300.

Eksote 2012. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueen saattohoitosuunnitelma. http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/sairaanhoito-a-o/hoitoketjut/Documents/Eksoten_alueen_saattohoitosuunnitelma.pdf. Luettu 30.3.2018

Eksote 2016a. Hankesuunnitelma ”Päivystys olohuoneessa”. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Eksote 2016b. Liikkuva yhden hengen päivystysyksikkö- esitys yksikön toimintamalleista, varustelusta, henkilöstön osaamisen hallinnasta ja toiminnan käynnistämisestä. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

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

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129(4), 385-392. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>. Luettu 15.4.2018.

Huttunen, J. 2013. Hyvä hoito kuoleman lähestyessä. Kolumni. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00220&p_listatyyppi=kol. Luettu 15.4.2018.

Huttunen, M. 2015. Sekavuustila (delirium). *Terveyskirjasto*. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357. Luettu 3.4.2017.

Hyvä ympärivuorokautinen hoito. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01676>. Luettu 30.3.2017.

- Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu – kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: Otava.
- Hänninen, J. & Pajunen T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Terveystieteen aikakauskirja Duodecim 129(4), 433-439. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10798>. Luettu 3.4.2017.
- Kipu. 2017. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 3.10.2017.
- Knuutinen, E. 2008. Suomalainen kotisaattohoito – hoitotyön näkökulma. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Koh, M., Chong, P., Neo, P., Ong, Y., Yong, W., Ong, W., Shen, M. & Hum, A. 2015. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. Palliative Medicine 2015, 29(7), 633–642.
- Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto – Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Jyväskylä: Gummerus.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129(4), 440–445.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 17.9.2018.
- Kritz, R. 2014. Työperäinen stressi ja sen hallinta. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto. Materiaalitekniikan tiedekunta.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.
- Legacy PCA 2016. Käyttäjän käsikirja. Smiths Medical ASD, Inc.
- Lund, V. 2015. DNR-päätös ja toiminta sen jälkeen. Akuuttihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim.
- Palliativinen hoito ja saattohoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 3.4.2018
- Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S. & Burney S. 2012. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. International Journal of Palliative Nursing 2012, 18(11), 561-567.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2015. Saattohoito. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito. Luettu 19.3.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Loppuraportti. Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:67.

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro gradu. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

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

World Health Organization. 2015. Palliative Care. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Luettu 19.3.2017.

Liite 1

Haastattelukysymykset

Yhden hengen yksikölle: Mitä hoitovälineitä yhden hengen yksikössä on, joita voi käyttää saattohoitopotilaiden hoidossa? Kuinka paljon E-K-alueella on saattohoitopotilaita kotona (arviolta)? Mitä eroa on saattohoitopotilailla, jotka ovat kotona vs. laitoksessa?

1. Mitkä ovat yleisimmät hoitotoimenpiteet saattohoidossa olevilla potilailla?
2. Missä hoitotoimenpiteissä koette tarvitsevanne lisää tietoa/koulutusta? Miksi?
3. Mitä kehitettävää saattohoidossa mielestänne on yleisesti/yksikössänne?
4. Miten saattohoitopotilaan omaiset kohdataan?
5. Mitä eettisiä ongelmia olette työssänne kohdannut ja miten tilanne on ratkaistu?
6. Millaisiin asioihin toivoisitte saattohoito-oppaamme erityisesti keskittyvän?

Liite 2

Saattohoito-opas Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden yhden hengen liikkuvalla päivystyksyksiköllä

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun haastatteluun, jossa selvitetään saattohoitopotilaan hoitoon liittyviä kokemuksia ja työntekijöiden toiveita saattohoito-oppaan sisältöön liittyen. Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta ja suostun siihen, että haastattelut nauhoitetaan.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja päiväys

Jos Teille tulee jotain kysyttävää koskien opinnäytetyötä ja sen toteutusta, vastaamme mielellämme.

Riikka Rouvinen

Saimaan ammattikorkeakoulu

riikka.rouvinen@student.saimia.fi

Heta Niemeläinen

Saimaan ammattikorkeakoulu

heta.niemelainen@student.saimia.fi