



lääkään asiakkaan palliatiivinen hoito kotihoitossa

Henna-Riikka Mattsson & Henna-Rosa Kannainen

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

lääkään asiakkaan palliativinen hoito kotihoidossa

Henna-Riikka Mattsson &

Henna-Rosa Kannainen

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyö

Lokakuu 2021

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoidaja (AMK)

Henna-Riikka Mattsson, Henna-Rosa Kanninen

lääkään asiakkaan palliatiivinen hoito kotihoidossa

Vuosi 2021 Sivumäärä 58

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kotihoidon työntekijöiden osaamista iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoidossa. Tavoitteenamme oli tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa palliatiivisen asiakkaan hoitokäytänteistä sekä tuottaa kyselyn tuloksien pohjalta tiivistetty opas kotihoidon työntekijöille palliatiivisen asiakkaan hoidosta.

Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys käsitteli kotona tapahtuvaa iäkkään asiakkaan palliatiivista hoitotyötä, lyhyesti saattohoitoa ja kotihoitoa Suomessa. Keskityimme palliatiivisen asiakkaan yleisiin oireisiin, niiden hoitoon sekä asiakkaan ja omaisen psyykkiseen tukemiseen. Opinnäytetyössämme käsitelimme myös palliatiivista hoitoa ohjaavia lakeja ja suosituksia sekä hoitolinjauksia ja hoitotahtoa. Opinnäytetyössämme keskityimme palliatiiviseen hoitotyöhön, mikä tapahtuu perustasolla.

Opinnäytetyömme toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Valitsimme tiedonkeruun toteutustavaksi kyselytutkimuksen. Tämän avulla saimme selville kotihoidon työntekijöiden osaamisen iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoidossa. Kysely tehtiin eräälle Lahden kotihoidon alueelle, josta saimme ehdotuksen opinnäytetyömme aiheeksi. Kysely toteutettiin 21.4.2021-4.5.2021 ja jatkoaika kyselyyn vastaamiselle oli 5.5.2021-18.5.2021.

Kyselyn tulosten mukaan lähes kaikki vastaajat ymmärsivät palliatiivisen hoitotyön käsitteen. Vastauksien mukaan suunhoidon osaamisessa oli eniten hajontaa. Kukaan vastaaja ei kuitenkaan maininnut suunhoitoa lisäkoulutuksen tarpeeksi tai maininnut sitä palliatiivisen hoidon haasteissa. Lääkkeellinen kivunhoito osattiin heikommin kuin lääkkeetön kivunhoito ja kivunhoidosta yleisesti toivottiin lisäkoulutusta. Suurin osa koki osaavansa melko hyvin palliatiivisen asiakkaan ja omaisen psyykkisen tukemisen. Kyselyn vastauksien perusteella selvisi, että aihe on tärkeä ja siinä halutaan kehittyä. Hoitajat kokivat tarvetta lisäkoulutukselle palliatiivisen asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Kyselyssä haasteiksi mainittiin mm. kiire, työntekijöiden suuri vaihtuvuus sekä kotisairaalan ja kotihoidon epäselvä työtehtävien jakautuminen.

Asiasanat: palliatiivinen hoitotyö, saattohoito, kotihoito

Laurea University of Applied Sciences

Abstract

Degree Programme in Nursing

Bachelor's degree

Henna-Riikka Mattsson, Henna-Rosa Kanninen

Palliative care for the elderly client in home care

Year

2021

Pages

58

The purpose of our thesis was to find out home care workers competence in the palliative care of an elderly client. Our main goal was to bring up knowledge about the care of palliative client based on research and derive an enquiry-based condensed guidebook for home care workers about the care of palliative client.

The theoretical framework of this thesis dealt with home based palliative care of an elderly client, in summary terminal care and home care in Finland. We focused on common symptoms of palliative client, their treatment and psychological support of the client and their relatives. In our thesis, we also addressed guidelines and laws that guide palliative care, as well as care alignment and living will. In this thesis, we focused on datum line-based palliative nursing.

Our thesis was carried out as a quantitative research. The data collection was decided to be executed as a survey. This way we found out the home care workers competence in the palliative care of an elderly client. The survey was conducted in one of Lahti's home care area, from which we had the idea of our thesis. The survey was carried out between 21.4.-4.5.2021 and the extended time for answering was between 5.5.-18.5.2021.

Results of our survey indicated that almost all respondents understood the concept of palliative nursing. According to the responses, there was the greatest dispersion in oral care competence. However, none of the respondents mentioned oral care as a need for additional training or a challenge in palliative nursing. Medical pain management was less well known than non-medical and additional training was generally hoped for in pain care.

The most of respondents felt they are able to support the client and their relatives psychologically well enough. Results of the survey indicated that this subject is important and people want to develop in it. The nurses felt the need of education for holistic care of a palliative client. The challenges mentioned in our survey were hurry, a high turnover of employees and unclear division of duties between home hospital and home care.

Keywords: palliative care, terminal care, home care

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Palliatiivinen hoitotyö	7
2.1	Palliatiivisen hoidon määritelmä.....	7
2.2	Palliatiivista hoitoa koskevat lait ja suositukset.....	9
	2.2.1 Hoitolinjaukset ja hoitotahto	11
2.3	lääkään palliatiivisen asiakkaan oireet.....	12
	2.3.1 Kivun hoidon menetelmiä	13
	2.3.2 Ruokahaluttomuutta aiheuttavat tekijät ja niiden hoito	15
	2.3.3 Pahoinvointi ja ummetus sekä niiden hoito.....	16
	2.3.4 Hengenahdistus ja sen hoito	17
2.4	lääkään palliatiivisen asiakkaan ja omaisen tukeminen	18
2.5	Saattohoidon määritelmä	19
3	Kotihoito Suomessa	21
3.1	Kotihoito, kotipalvelu ja kotisairaanhoido	21
3.2	Kotihoito nykypäivänä	22
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	23
5	Kvantitatiivinen tutkimus opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä	23
5.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	23
5.2	Kyselytutkimuksen käyttö opinnäytetyössä.....	24
6	Kyselyn tulokset	25
6.1	Vastaajien taustatiedot	25
6.2	lääkään palliatiivisen asiakkaan hoitotyö	25
6.3	Hoitajien kokemat haasteet palliatiivisen asiakkaan hoitotyössä	27
6.4	Oppaan tekeminen kyselyn tulosten perusteella	28
7	Opinnäytetyön pohdinta.....	29
8	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	32
	Lähteet.....	35
	Kuviot	42
	Liitteet	43

1 Johdanto

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan, kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan henkilön oireiden mukaista hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Palliatiivisen hoidon tarpeita ei tunnisteta ja ymmärretä riittävästi sekä taloudelliset resurssit ovat puutteellisia. Tämän vuoksi palliatiivisessa hoidossa on haasteita maailmanlaajuisesti. (Lehto & Sainio 2020, 42.) Palliatiivisen hoitolinjauksen viivästyminen tai puuttuminen johtaa elämän loppuvaiheen huonotasoiseen hoitoon (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019). Suomessa tehtyjä tutkimuksia palliatiivisesta kotihoidosta on vähemmän verrattuna kansainvälisiin tutkimuksiin. Kansainvälisten tutkimusten tuloksia voidaan kuitenkin soveltaa myös Suomessa. (Tervala 2014.)

Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan ja kuolevan henkilön aktiivista, oireenmukaista hoitoa elämän loppuvaiheessa. Saattohoito kuuluu oireenmukaiseen hoitoon ja se ajoittuu elämän viimeisiin hetkiin, päiviin tai viikkoihin. (Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2020a.) Saattohoito perustuu lääketieteelliseen päätökseen (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2015). Saattohoidossa asiakkaasta tulee aktiivisen hoidon kohde, ei sairaudesta (Tasmuth, Poukka & Pöyhiä 2012).

Suomessa on tarjolla kotihoitoa, kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. Halutessaan kunta voi yhdistää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun, jolloin puhutaan kotihoidosta. (Tiitola 2011.) Kotihoidon tehtäviä ovat esimerkiksi perushoiva, asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, lääkehoito, voinnin seuranta, ravitsemuksesta huolehtiminen ja turvapalvelut (Ikonen 2013, 23).

Saimme toimeksiannon opinnäytetyön aiheeseen eräältä Lahden kotihoidon alueen sairaanhoitajalta. Kotihoidon työntekijät kokevat palliatiivisen asiakkaan hoidon osaamisensa riittämättömäksi ja toivovat aiheesta lisätietoa. Opinnäytetyössämme puhumme palliatiivisesta hoidosta, jolla tarkoitamme iäkkään asiakkaan kotona tapahtuvaa palliatiivista hoitoa. Kotihoidossa on asiakkaita, eikä potilaita ja tämän vuoksi käytämme opinnäytetyössämme pelkästään asiakas -sanaa, jotta ulkoasu on yhtenevä ja selkeä. Opinnäytetyössämme keskitymme perustasolla tapahtuvaan palliatiiviseen hoitoon.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiden osaamista iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoidossa. Tavoitteenamme on tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa palliatiivisen asiakkaan hoitokäytänteistä sekä tuottaa kyselyn tuloksien pohjalta tiivistetty opas kotihoidon työntekijöille palliatiivisen asiakkaan hoidosta. Kysely tehdään eräälle Lahden kotihoidon alueelle, josta saimme ehdotuksen opinnäytetyömme aiheeksi. Kysely toteutetaan 21.4.2021-4.5.2021 ja jatkoaika kyselyyn vastaamiselle on 5.5.2021-18.5.2021.

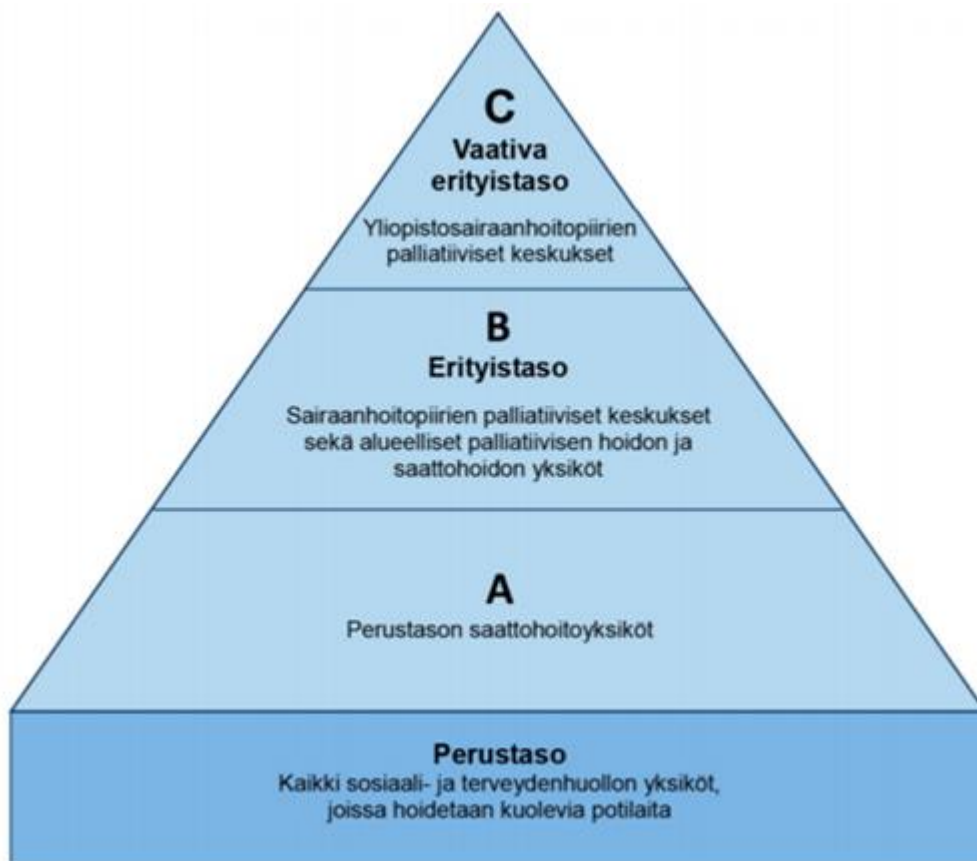
2 Palliatiivinen hoitotyö

2.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan, kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan henkilön oireiden mukaista hoitoa. Palliatiivinen hoito on asiakkaan sekä hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa, joka pitää sisällään kivun, fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen kärsimyksen lievittämisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Palliatiivisen hoidon tavoitteena on kohdata asiakkaan ja hänen läheistensä ongelmat ja tarpeet sekä parantaa asiakkaan ja omaisten elämänlaatua. Tavoitteena on tunnistaa, arvioida ja hoitaa hyvin kipua. (Lehto & Sainio 2020, 42.)

Ajallisesti palliatiivista hoitoa ei ole rajattu mihinkään sairauden vaiheeseen, mutta sen tarve kasvaa sairauden edetessä. Saattohoito sisältyy palliatiiviseen hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Kun kuratiiviseen hoitoon ei ole enää mahdollisuutta, hoitolinjana on jarruttava hoito, oireenmukainen hoito, palliatiivinen hoito tai saattohoito. Suomen sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran mukaan palliatiivinen hoitolinjaus voidaan määrittää silloin, kun hoidon päämääränä ei ole enää elämän pitkittäminen. Palliatiivisessa hoitotyössä korostuvat yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus, tarpeenmukaisuus, perhekeskeisyys sekä moniammatillisuus. (Mikkonen 2017.) Jokaisella on oikeus palliatiiviseen hoitoon ilman diagnoosia sairaudesta. On tärkeää, että mahdolliset hoitolinjaukset ja -suunnitelmat tehdään riittävän ajoissa, jotta asiakkaalle mahdollistetaan hyvä hoito elämän loppuvaiheessa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Palliatiivisen hoidon tarve on lisääntynyt. Krooniset sairaudet, esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, syöpä ja keuhkosairaudet ovat yleistyneet niin, että ne ovat yleisimpiä kuolinsyitä, kun taas akuutit ja nuorten kuolemat ovat vähentyneet. Euroopassa syöpäpotilaiden osuus on noin neljäkymmentä prosenttia ja kroonisten sairauksien osuus on noin kuusikymmentä prosenttia. WHO:n mukaan palliatiivisen hoidon tulisi olla osa julkista terveydenhuoltoa. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, Lukijalle.)



Kuvio 1: Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämismalli. (STM 2019:68)

Suomessa on käytössä kolmiportainen palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämismalli (kuvio 1). Sen tehtävänä on turvata tasa-arvoinen hoitoon pääsy ympäri Suomea. Jokaisella tulisi olla oikeus valita, toteutetaanko palliativinen hoito kotona vai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019.) Kuitenkin Suomessa tehtyjä tutkimuksia palliativisesta kotihoidosta on vähemmän verrattuna kansainvälisiin tutkimuksiin. Kansainvälisten tutkimusten tuloksia voidaan kuitenkin soveltaa myös Suomessa. (Tervala 2014.)

Järjestämismallissa perusosaamisen tason lisäksi on kolme eri tasoa. Perustasaan kuuluu kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia asiakkaita, esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastot, kotihoidon yksiköt ja vanhainkodit. Perustasolla terveydenhuollon ammattihenkilön tulee hallita palliativisen hoidon sekä saattohoidon perusteet. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan myös osaamista ennakoivan hoitosuunnitelman tekoon elämän loppuvaiheeseen. A-tasoon kuuluvat terveydenhuollon yksiköt, joissa muun toiminnan ohessa saattohoidon toteutus kuuluu perustehtäviin, esimerkiksi sairaaloiden vuodeosastot. Näitä paikkoja tulisi olla saatavilla sopivalla etäisyydellä. Erityistasoon (B) kuuluvat palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt, esimerkiksi palliativiset kotisairaalat ja palliativiset osastot.

Näissä yksiköissä pääasiallisena tehtävänä on palliatiivinen hoitotyö. Henkilökunnalla on peruskoulutuksen lisäksi erikoiskoulutus. Erityistason yksiköt eroavat A-tasosta sekä perustasosta myös laajemmalla tuella, sillä heillä on saatavilla ammattihenkilöitä, jotka antavat psykososiaalista, henkistä sekä eksistentiaalista tukea. Perustason yksiköt konsultoivat erityistason yksiköitä palliatiivisen hoidon tiimoilta. Vaativaan erityistasoon (C) kuuluvat yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset, esimerkiksi palliatiiviset poliklinikat ja saattohoitokodit. Tämän tason tehtävänä on koordinoida ja järjestää erityisvastuualueellaan palliatiivista hoitoa. Lisäksi yliopistosairaalat vastaavat tutkimuksista ja opetuksesta eri oppilaitosten kanssa. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019.)

Palliatiivisen koulutuksen kehittämishankkeen (EduPal) vuoden 2018 tutkimuksen mukaan lähihoitajat tarvitsevat osaamista vuorovaikutuksesta, kokonaisvaltaisesta oirehoidosta, yksilöllisestä hoidosta, lainsäädännöstä sekä teoreettisesta osaamisesta palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksen tulosten mukaan teoreettinen osaaminen on tärkeä osa lähihoitajien palliatiivista osaamista. (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020.)

Samainen hanke selvitti myös tutkimuksellaan, mitä asiakkaat ja läheiset odottavat sairaanhoitajan osaavan palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksesta selviää, että sairaanhoitajalta vaaditaan laaja-alaista ja kokonaisvaltaista osaamista palliatiivisessa hoidossa. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävästi perusosaamista palliatiivisesta hoidosta sekä oirehoidosta. He myös pitävät tärkeänä taitona ohjata asiakasta ja läheistä hoidon eri vaiheissa. (Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020.)

2.2 Palliatiivista hoitoa koskevat lait ja suositukset

Vuonna 2002 WHO ja Euroopan Neuvosto ovat laatineet palliatiivisen hoidon suositukset. Suositus käsittelee asiakkaiden oireiden hallintaa, perhekeskeisyyden huomioimista, asiakkaan hengellisten ja psykososiaalisten tarpeiden tukemista sekä hoidon, koulutuksen ja tutkimuksen järjestämistä koskevia suosituksia. Nämä suositukset pohjautuvat kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin, joita ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus sekä Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999). (Tervala 2014.)

Kansallisia suosituksia koskien palliatiivista hoitoa ovat Palliatiivinen hoito ja saattohoito, Käypä hoito -suositus (2018), Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen: Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle (STM 2017) sekä suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijatyöryhmän loppuraportti (STM 2019). Olennaisia kansainvälisiä suosituksia, jotka ohjaavat palliatiivista hoitoa ovat Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999, WHO:n suositus palliatiivisesta hoidosta (2014), YK:n kuolevan oikeuksien julistus (1975) sekä yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (2010). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

lääkäiden sosiaalihuollon palveluille on laadittu palliatiivisen hoidon laatuksiteerit (Kuvio 2). Nämä koskevat siis kotihoitoa, laitoshoidoa ja ympärivuorokautista palveluasumista. Laatuksiteerit tulisi ottaa huomioon kotihoidon asiakkaan palliatiivisen hoidon toteuttamisessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020b.)

<p><u>Asiakkaan hoitotahto ja vuorovaikutus henkilöstön kanssa, laatuksiteerit 1-3</u></p> <p>Hoitotahdon tulee olla ajan tasalla ja hoitohenkilöstön tiedossa. Hoitokertomukseen tulee kirjata asiakkaan ilmaiset kirjalliset ja suulliset hoidon rajauksat. Asiakkaan tulee kokea saavansa apua fyysisiin, psyykkisiin, psykososiaalisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiinsa.</p>
<p><u>Omaisten ja läheisten roolit ja vuorovaikutus henkilöstön kanssa, laatuksiteeri 4</u></p> <p>Asiakkaan omainen tai läheinen on tietoinen asiakkaan voinnista, ja tilanteen ennusteesta sekä on ollut mukana hoitosuunnitelman teossa, jos asiakas on tämän halunnut tai sallinut.</p>
<p><u>Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma ja hoitolupaus, laatuksiteerit 5-8</u></p> <p>Asiakkaalla tulee olla elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Tämä perustuu hoitotahtoon, tervydelliseen tilaan sekä lääketieteelliseen ennusteeseen. Suunnitelma tulee päivittää, jos asiakkaan vointi muuttuu oleellisesti. Päivittämisspäivämäärät tulee kirjata hoitosuunnitelmaan ylös. Suunnitelma tulee käsitellä hoitoneuvotteluissa. Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tulee olla nähtävissä kaikissa asiakkaan käyttämissä tervyden- ja sosiaalihuollon palveluissa, jos asiakas tämän sallii. Asiakkaalle tehdään palliatiivinen hoitolinjaus (ICD-koodi Z51.5) viimeistään silloin, kun toimintakyky on menetetty.</p>
<p><u>Osaamisen turvaaminen, laatuksiteerit 9-12</u></p> <p>Yksikössä hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa lähestyvä kuolema, siihen viittaavat oireet ja niiden hoito. Hoitajat osaavat tunnistaa sekä hoitaa kuolemaan liittyvät psykososiaaliset oireet. Lääkeluvat tulee olla kunnossa hoitohenkilökunnalla.</p>
<p><u>Asiantuntijoiden saatavuus ja hoitoketjun varmistaminen, laatuksiteerit 13-18</u></p> <p>Yksikön lääkärin konsultaatiot tulee olla saatavilla joka päivä virka-aikaan sekä lääkärin tulisi päästä käymään paikan päällä samana päivänä virka-aikaan. Puhelimitse lääkäriin tulee saada yhteys virka-ajan ulkopuolella yllättävissä saattohoidon tilanteissa. Palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon nimetään aiheeseen perehtynyt hoitaja, jonka on oltava saatavilla joka päivä virka-aikaan. Hoitajan tulisi päästä käymään paikan päällä vuorokauden aikana. Kotisairaalan hoitajan tulee olla konsultoitavissa omien asiakkaidensa asioissa virka-aikaan sekä käynnin on oltava mahdollista myös virka-ajan ulkopuolella. Asiakkaan tulisi saada psykososiaalista ja eksistentiaalista tukea oman vakaumuksensa mukaan. Hoitohenkilöstön tulee saada työnohjausta.</p>
<p><u>Rakenteelliset tekijät ja apuvälineet, laatuksiteerit 19-21</u></p> <p>Asiakkaalle on mahdollistettava yksityisyys niin halutessaan. Läheiselle tulee antaa mahdollisuus yöpyä asiakkaan luona viimeistään saattohoitovaiheessa. Hoidossa käytettävät hoito- ja apuvälineet tulee olla saatavilla.</p>

Kuvio 2: Laatuksiteerit iäkkäiden sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon palveluille. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020b)

Yllä olevaan kuvioon (kuvio 2) olemme tiivistäneet iäkkäiden sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon laatuksiteerit. Alkuperäiset laatuksiteerit löytyvät kokonaisuudessaan terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivuilta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020b.)

2.2.1 Hoitolinjaukset ja hoitotahto

Henkilölle tulisi tehdä oireenmukainen hoitolinjaus tilanteessa, jossa sairauden ennusteeseen ei voida enää vaikuttaa hoidolla tai henkilö ei itse enää hoitoa halua. Hoitolinjauksessa asiakkaalle annetaan hyvää oireenmukaista hoitoa ja rajataan lääketieteellisesti hyödyttömät hoidot pois tai vain lopetetaan kärsimystä lisäävät hoidot. Hoitolinjauksista päättää lääkäri yhdessä asiakkaan kanssa keskustellen. Keskusteluun tulee ottaa omaiset mukaan, jos asiakas näin haluaa. (Valvira sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto 2020a.) Palliatiivisen hoitolinjauksen viivästyminen tai puuttuminen johtaa elämän loppuvaiheen huonotasoiseen hoitoon (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).

Hoitotahdossa henkilö ilmaisee tahtonsa ja toiveensa tulevasta hoidostaan. Hoitotahto tehdään siltä varalta, jos henkilö on tajuton tai ei pysty tekemään hoitoratkaisuja sairaudesta johtuen, esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus. Hoitotahdossa henkilö voi ilmaista toiveensa tulevasta hoidosta tai kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Henkilö voi halutessaan myös valtuuttaa toisen henkilön tekemään hoitopäätökset puolestaan. Hoitotahdon voi tehdä kirjallisesti tai suullisesti. Kirjalliseen hoitotahtoon tulee laittaa oma allekirjoitus ja päivämäärä. Lisäksi siihen tulisi pyytää kahden perheeseen kuulumattoman todistajan allekirjoitus, mutta hoitotahto on voimassa myös ilman todistajien allekirjoitusta. Kirjallinen hoitotahto voidaan tallentaa potilastietoihin tai henkilö voi kuljettaa sitä mukanaan. Potilastiedoissa olisi hyvä olla ainakin maininta hoitotahdon olemassaolosta. Hoitotahdon voi kirjoittaa myös omakantaan. Hoitotahdon voi ilmaista myös suullisesti, jolloin se kirjataan potilastietoihin. Suositeltavaa olisi vielä pyytää tähän allekirjoitus. (Halila & Mustajoki 2016.)

Palliatiivisen koulutuksen kehittämishankkeen (EduPal) vuoden 2018 tutkimuksessa yhtenä osa-alueena oli lähihoitajien kokemukset hoitosuunnitelma- ja hoitolinjausosaamisesta. Tutkimuksesta selviää, että tämä osa-alue on tärkeä palliatiivisessa hoidossa lähihoitajan osaamisessa. (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020.)

ACP (advance care planning) eli ennakoiva hoitosuunnitelma tarkoittaa asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa käytyä keskustelua, jossa pohditaan asiakkaan toiveita ja tavoitteita tulevan hoidon suhteen. Nämä keskustelut kirjataan potilastietoihin ylös, jotta kaikille on selvää asiakkaan toiveet hoitonsa suhteen ja mahdolliset hoidonrajaukset. Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa käytetään asiakkailta, joilla on pitkälle edennyt sairaus, joka pahenee toistuvasti ja on mahdollisuus, että asiakas menettää jossakin vaiheessa kommunikaatiokykynsä.

Nykypäivänä ennakoiva hoitosuunnitelma sisältää toistuvia keskusteluja asiakkaan kanssa, asiakkaan toiveiden tarkentamista sekä hoitosuunnitelman aktiivista päivittämistä. Ennakoiva hoitosuunnitelma on todettu hyödylliseksi ja se vähentää omaisten ahdistuneisuutta sekä lisää asiakkaan hoitotyytyväisyyttä. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).

2.3 läkkään palliatiivisen asiakkaan oireet

Oirekuva vaihtelee eri diagnooseissa, mutta palliatiivisen asiakkaan oireissa on myös paljon yhtäläisyyksiä. Oireen olemassaolon lisäksi tulee huomioda, kuinka häiritsevästi asiakas tuntee oireen ja paljonko hän tuntee tarvitsevansa apua. Oire voi aiheuttaa fyysistä tai psyykkistä vaivaa, kuten ahdistusta tai kärsimystä. Asiakas voi kokea oireiden häiritsevyyden eri tavalla kuin hoitajat, minkä vuoksi eniten häiritsevät oireet ei välttämättä tule hoidetuksi. Tällöin hoito voi kohdistua vain näkyviin oireisiin. Oireet, joihin palliatiivisessa hoidossa olevat asiakkaat hakevat apua ovat kipu, pahoinvointi ja oksentelu, hengenahdistus, uupumus tai agitoituneisuus. Tämän vuoksi oireiden suunnitelmallinen hoito olisi tärkeää, jotta asiakas välttyisi sairaalan päivystyskäynneiltä. Palliatiivisilla asiakkailla yleisimmät oireet ovat uupumus, toimintakyvyn heikkeneminen, univaikeudet sekä kipu. Kipua esiintyy diagnoosista riippumatta kuoleman lähestyessä. (Hänninen 2015, Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa.) Fyysisten oireiden lisäksi tulee tarjota psykososiaalista, henkistä ja hengellistä tukea niin asiakkaalle kuin hänen omaisilleen (Jänikselä 2014).

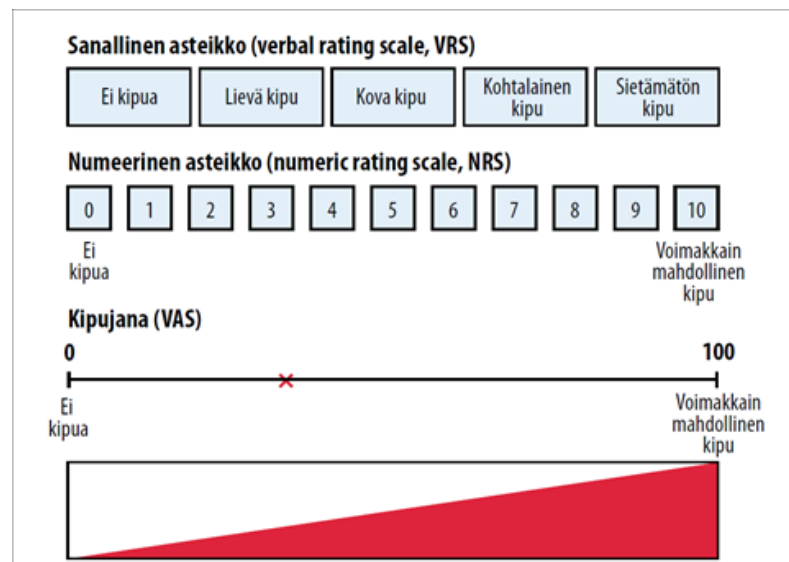
Asiakkaan oireiden tunnistaminen ja niistä kertominen voi olla vaikeaa. Tämän vuoksi tarvitaan apuvälineitä, joiden avulla oireita ja niiden vaikeusastetta voidaan selvittää. Palliatiivisen asiakkaan oireita voidaan arvioida ESAS, Edmonton symptom assessment scale - oirekyselyllä. Kyselyssä on monia oireita, joita pyydetään arvioimaan numeerisesti asteikolla 0-10 esimerkiksi hengenahdistus, kipu, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja ummetus. ESAS-mittarilla voidaan myös arvioida, millaiseksi asiakas kokee elämänlaatunsa sekä hyvinvointinsa. Kyselyn tarkoituksena on seurata oirehoidon tuloksellisuutta. Vaikka asiakas ei kykenisi vuorovaikutukseen, tulee oireita silti arvioida esimerkiksi ilmeiden ja eleiden perusteella. (Hänninen 2015, oiremittarit ja toimintakykyasteikot palliatiivisessa hoidossa.) Oirehoidon tehoa tulisi ensisijaisesti arvioida oirevasteella eikä tulisi käyttää esimerkiksi kuvantamisen menetelmiä (Lehto, Toikkanen & Saarto 2011).

Virallisia hoitosuosituksia palliatiivisen ja saattohoidon lääkehoidosta ei ole. Palliatiivisen asiakkaan lääkitykseen vaikuttavat hänen toimintakykynsä ja sairauden ennuste. Moni aiemmin tarpeellinen lääke voi käydä sairauden edetessä tarpeettomaksi tai jopa haitalliseksi asiakkaalle. Verenpaine- ja diabeteslääkkeiden tarve vähenee tai poistuu asiakkaan laihtuessa. Munuaisten ja maksan vajaatoiminta kehittyy usein sairauden loppuvaiheessa, joka voimistaa lääkevasteita ja lääkehaitan riskiä. läkkäät asiakkaat ovat muutenkin alttiimpia lääkehaitoille, joten lääkitystä tulee arvioida säännöllisesti.

Lääkitystä jatketaan, jos se on tarpeellista ja siitä ei ole haittaa asiakkaalle. Lääke lopetetaan nopeasti, jos siitä uskotaan olevan merkittävää haittaa. Jos haitta on lievä ja lääke on ollut pitkään käytössä, lopettaminen tapahtuu asteittain. Lääkitysmuutoksista tulee keskustella, koska lääkkeen vähennyksen voidaan ajatella edistävän kuolemaa. Asiakkaan lääkevastetta ja lääkityksen haittoja on yhtä tärkeää seurata, jotta vältytään turhien lääkkeiden käytöltä. (Kiljunen & Marjamäki 2017.)

2.3.1 Kivun hoidon menetelmiä

Kivun hoito alkaa tunnistamalla kipua ja arvioimalla kivun voimakkuus, luonne ja sijainti (Kuvio 3). Toisinaan iäkkäät kestävät kipua paremmin kuin nuoremmat. Monet sairaudet, esimerkiksi Alzheimerin tauti voivat muuttaa kipukynnystä ja kivun tunnistamista. Kivun hoidon periaatteet ovat samat iäkkäillä kuin nuoremmillakin, mutta iäkkäillä lääkitys aloitetaan pienemmillä annoksilla. Kipua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, esimerkiksi NRS- ja VRS -mittarilla tai VAS -kipujanalla. Kipumittareita voidaan käyttää kognitiivisesti hyväkuntoisen iäkkään kivun arviointiin. (Tasmuth 2019.) NRS-mittari, numeral rating scale, tarkoittaa numeerista kipumittaria, jolloin asiakasta pyydetään arvioimaan kipuaan asteikolla 0-10. VRS-mittari, verbal rating scale, kipua mitataan sanallisesti; ei kipua - lievä kipu - kohtalainen kipu - voimakas kipu - sietämätön kipu. VAS-kipujana, visual analog scale, asiakasta pyydetään näyttämään kipujanalta kipua kuvastava kohta. Lisäksi asiakas voi näyttää kiputuntemustaan kasvokuvien avulla. (Kipu 2017.)



Kuvio 3: Kivun arviointi. (Kontinen & Hamunen 2015;131)

Useimmiten täydellinen kivunlievitys on epärealistinen tavoite. Sen sijaan hyvä kivunlievitys, jolloin kipua ei ole keskeisin asia elämässä on mahdollista. (Heiskanen 2015, kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito.)

Ensisijainen lääke lievän kivun hoitoon iäkkäällä on parasetamoli, jos hän pystyy nielemään lääkkeitä. Suurilla annoksilla voi esiintyä maksatoksisuutta. Korkeintaan kaksi grammaa vuorokaudessa on turvallisin annos. Iäkkäällä tulisi välttää tulehduskipulääkkeitä, koska niillä on haittavaikutuksia munuaisten ja verihiutaleiden toimintaan sekä vatsan limakalvoon. Heikkoja ja keskivahvoja opioideja ei juurikaan käytetä palliativisessa hoidossa niiden kattovaikutuksen vuoksi. (Tasmuth 2019.) Heikon opioidin käyttäminen voi pahimmillaan viivästyttää vahvan opioidin aloittamista ja näin tehokas kivunlievitys viivästyy. Kohtalaisessa ja voimakkaassa kivussa käytetään vahvaa opioidia. Tämän lisäksi parasetamoli on hyvä pitää opioidin rinnalla, sillä se tehostaa opioidianalgesiaa ja on myös turvallinen kipulääke iäkkäälle. Vahvaa pitkävaikutteista opioidia käytetään pienellä annoksella ja tämän rinnalla on syytä olla lyhytvaikutteista opioidia läpilyöntikipuun, esimerkiksi oksikodoni. Ikä ei ole este opioidien käytölle, mutta annokset tulisi olla 30-50 prosenttia pienempiä kuin nuoremmilla. Annosmääritys tulee tehdä riittävän hitaasti. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.) Iäkkäälle asiakkaalle ei tulisi antaa suun limakalvoille opioidia, koska tämä vaatisi lumekontrolloidun tutkimuksen eikä sellaista ole tehty (Tasmuth 2019). Stabiilissa kivussa voidaan käyttää myös fentanyyliä sisältävää kipulaastaria, esimerkiksi Matrifen®. Lääkelaastarin vaikutus alkaa 12-17 tunnin kuluttua sen laittamisesta iholle ja laastari vaihdetaan yleensä 72 tunnin välein, osalla asiakkaista voidaan vaihtaa myös 48 tunnin välein. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Neuroopaattisen kivun hoidossa voidaan käyttää heikkoa opioidia tramadolia, mutta sama vaikutus on mahdollista saada myös yhdistämällä pieni annos vahvaa opioidia masennuskipulääkkeeseen. Myös epilepsialäkkeet pregabaliini sekä gabapentiini ovat hyvin siedettyjä ja ne lievittävät myös ahdistusta. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.) Toisinaan kivunhoidossa kipulääkityksen lisäämisen sijaan tulisi harkita ahdistusta lievittävää lääkettä (Tasmuth 2019).

Kivunlievitykseen voidaan käyttää myös lääkkeettömiä menetelmiä, esimerkiksi liikunta, kylmä- ja lämpöhoidot, TNS-hoito eli ihon kautta tapahtuva sähköinen hermoärsytys (Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2020b). Kylmähoito vähentää turvotusta sekä nostaa kipukynnystä. Kylmähoitoa ei tule käyttää alueilla, jossa on heikko verenkierto tai ihoalueen tunto on huono. Kylmähoitona voidaan käyttää kylmäpakkauksia, -pyyhkeitä sekä kylmägeeliä 20-30 minuuttia kerrallaan. Lämpöhoito vilkastuttaa verenkiertoa sekä rentouttaa lihaksia. Lämpöhoitoa ei saa käyttää ihottuma- tai tulehdusalueilla ja varovasti alueilla, jossa on huono valtimoverenkierto. Lämpöhoitoa tulisi käyttää kerrallaan 20-30 minuuttia. Asentohoito on myös hyvä kivunhoidonmenetelmä ja se helpottaa lihasjännitystä, parantaa verenkiertoa sekä ehkäisee painehaavojen syntyä. Asentohoidossa voidaan käyttää tyynyjä ja erilaisia tukia asennon tukemiseen. Musiikin kuuntelu voi viedä ajatuksia pois kivusta. (Hoikka 2013.)

Jänikselän (2014, 18) tutkimuksessa todetaan hoitajilla olevan ammattitaidon riittämättömyyttä kivunhoidossa. Hoitajat kokivat, ettei asiakkaat saaneet ajoissa riittävästi kipulääkettä eikä kipulääkettä määrätty tarpeeksi. Ammattitaidon puutetta esiintyi myös suonensisäisen lääkityksen antamisessa sekä kipupumpun käytössä.

2.3.2 Ruokahaluttomuutta aiheuttavat tekijät ja niiden hoito

Ruokahaluttomuuden syitä voivat olla suun kuivuminen, ummetus, pahoinvointi ja oksentelu, kipu sekä kipulääkkeet, masentuneisuus ja liian suuret ruoka-annokset. Asiakkaalle tarjotaan hänelle mieluista ruokaa, olisi hyvä syödä useita välipaloja päivässä, pieniä annoksia kerralla. Ruuan esillepano vaikuttaa ruokahuuun. Liikunta ja raitis ilma ennen ruokailua voivat lisätä ruokahalua. Ruokailun tulisi tapahtua pöydän ääressä ja esimerkiksi musiikin kuuntelu lisää ruokahalua. (Friman 2017.) Ruokahalua kohentavista lääkkeistä sekä lisäravinteista voi olla hyötyä, jos palliatiivinen hoito kestää kuukausia. Pahoinvointia ja oksentelua estävillä lääkkeillä voidaan myös tukea ravitsemusta melko pitkään. Useimmiten ruokahaluttomuus on suurempi ongelma omaisille kuin asiakkaalle itselleen. On tärkeää painottaa, ettei asiakkaan ole pakko syödä ja kannustaa syömään sen verran mitä jaksaa. Tämä auttaa myös omaisia ymmärtämään ruokahalun muutoksia paremmin. Asiakkaalle ja omaisille on hyvä kertoa, että ruokahalukin vähenee luonnollisen kuoleman lähestyessä ja tämä on täysin normaalia. On hyvä muistaa, ettei kuitenkaan pitkälle edenneessä sairaudessa kuolema johdu ravinnon tai nesteen puutteesta, vaan itse sairaudesta. (Pöyhiä 2012.)

Nielemisvaikeudet voivat johtua useista eri asioista, kuten esimerkiksi perussairaudesta ja suun kuivumisesta. Myös korkea ikä voi hankaloittaa nielemistä. Ikääntyessä motoriset taidot hidastuvat ja nieleminen muuttuu tehottomammaksi. Ravitsemusterapeutteja voidaan hyödyntää, mikäli asiakkaalla on vajaaravitsemuksen riski nielemisvaikeuden lisäksi. (Ilmarinen ym. 2019.) Nielemisvaikeudet tulee ottaa huomioon asiakkaan ruokailuasennolla ja rauhallisella ruokailuympäristöllä. Ruokailuasennossa tulisi istua selkä suorana ja ruokaa niellessä leuka painetaan kevyesti rintaa vasten. Jokaisen suupalan jälkeen tulisi juoda nestettä, sillä tämä helpottaa nielemistä. Ruuan tulisi olla koostumukseltaan pehmeää ja sosemaista. Kovat palaset ruuasta on syytä poistaa. Liian nestemäinen ruoka ei ole hyväksi, sillä se voi aiheuttaa aspiraatiovaaran. Ruoka on helpompi niellä huoneenlämpöisenä kuin liian kuumana tai kylmänä. (Friman 2017.) Palliatiivisen asiakkaan kohdalla voidaan tapauskohtaisesti ja asiakkaan elinajanennuste huomioiden harkita gastrostomia eli peg-letkuravitsemusta, jos muut keinot eivät auta nielemisvaikeuksiin (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

lääkällä ihmisillä suun kuivuminen on hyvin yleistä, joka kolmas iäkäs kärsii kuivasta suusta. Tämä heikentää elämänlaatua ja siksi onkin tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaan suun hoitoon. Syljen vähäisyys vaikeuttaa puhumista, syömistä sekä hammasproteesien käyttöä.

Kuiva suu oireilee limakalvojen arkuutena, kuivuutena ja kirvelynä, suupieliin halkeilulla sekä huulet voivat olla kuivat ja rohtuneet. Sieni-infektion ja hampaiden reikiintymisen riski kasvaa ikääntyneellä sekä iensairaudet saattavat pahentua. Parantavaa hoitoa kuivalle suulle ei ole, joten on keskityttävä oireenmukaiseen hoitoon ja oireiden ehkäisyyn. Riittävä nesteiden saanti on tärkeää, koska sylkeä ei erity riittävästi kuivuneessa kehossa. Iäkkään asiakkaan tulisi juoda nesteitä 1.5-2 litraa vuorokaudessa. Ruuan tulisi olla pureskeltavaa, jotta se aktivoi sylkirauhasten toimintaa. (Siukosaari & Nihtilä 2015.)

Suun hoitaminen on tärkeää asiakkaan yleisen hyvinvoinnin kannalta sekä tulehdusten ennaltaehkäisemiseksi. Hammasharjan tulee olla pehmeä, eikä asiakkaan tulisi käyttää voimakkaita suuvesiä tai hammastahnoja. Xylitolivalmisteet lisäävät syljen eritystä, joten niitä olisi hyvä käyttää ruokailujen jälkeen. Hammasproteesien tulee olla sopivan kokoiset suuhun ja ne tulisi pestä kaksi kertaa vuorokaudessa. Yöksi hammasproteesit olisi hyvä ottaa pois. Suuta tulisi huuhdella vedellä useita kertoja vuorokaudessa. Asiakkaan kärsiessä kuivasta suusta, tulisi harkita suuta kuivattavien lääkkeiden lopettamista mahdollisuuksien mukaan. Apteekista on saatavilla suuta kostuttavia geelejä. Myös esimerkiksi ananasmurskasta, jäämurskasta, ruokaöljystä tai sitruunapuikeista voi olla apua suun kuivuuteen. (Janes 2018.)

2.3.3 Pahoinvointi ja ummetus sekä niiden hoito

Pahoinvoinnissa esiintyy epämiellyttävää tai kuvottavaa tunnetta. Pahoinvointi on yksilöllinen tuntemus, mutta siihen voi usein liittyä esimerkiksi kylmänhikisyyttä, huimausta, syljen erityksen lisääntymistä tai päänsärkyä. Pahoinvointia voi seurata oksentaminen. Palliatiivisen asiakkaan elämänlaatu saattaa kärsiä pahoinvoinnista. (Rahko & Koskela 2015, pahoinvointi ja oksentelu.) Moniin kroonisiin sairauksiin voi yleisoireena liittyä pahoinvointia, mutta myös monet lääkkeet aiheuttavat haittavaikutuksenaan pahoinvointia. Palliatiivisella asiakkaalla on useimmiten kipulääkkeenä käytössään opioidi, joka aiheuttaa pahoinvointia ja ummetusta. (Rahko & Koskela 2015, pahoinvoinnin etiologia.) Yleisimmin käytetty lääke krooniseen pahoinvointiin on metoklopramidi, esimerkiksi Primperan®. Opioideista johtuvaan pahoinvointiin voi olla apua haloperidolista, esimerkiksi Serenase®. Vaikeahoitoisessa pahoinvoinnissa voidaan käyttää 5-HT₃-reseptorinsalpaajaa, esimerkiksi Ondansetron®, yhdessä haloperidolin ja deksametasonin kanssa. Suolitukospotilaan pahoinvointia voidaan helpottaa myös deksametasonilla. (Hänninen & Rahko 2013.)

Ummetuksesta puhutaan, jos ulostamista tapahtuu alle kolme kertaa viikossa. Ummetuksessa ulostaminen on vaikeutunut ja ulostemassa on kovaa. Noin puolet palliatiivisista asiakkaista kärsii ummetuksesta. Asiakkaalla voi esiintyä ummetusta, vaikka ruokailu olisi vähäistä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Palliatiivisen asiakkaan ummetuksen hoidossa käytetään suolen sisältöä pehmittäviä tai suolen supistustoimintaa vilkastuttavia lääkkeitä.

Kuituvalmisteita, jotka lisäävät suolen sisältöä ei suositella, koska nesteiden saanti tulisi olla runsasta näiden kanssa. Tämä harvoin toteutuu palliatiivisella asiakkaalla. Suolen tulisi toimia vähintään kolmen päivän välein, tähän asti ummetuslääkkeen annostusta lisätään asteittain. Opioidien haittavaikutuksena useimmiten on ummetus, joten säännöllinen ummetuslääke opioidien rinnalla on suotavaa. Ummetusta voi itse helpottaa liikkumalla omien voimavarojen mukaan sekä syömällä monipuolisesti. (Terveyskylä 2018b.) Lääkäri voi määrätä opioideista johtuvaan ummetukseen naloksegolia, esimerkiksi Moventig®, jos muista ummetuslääkkeistä ei ole riittävä apua. Lääke vähentää nesteen imeytymistä ja lisää liikkuvuutta maha-suolikanavassa. (Lääketietokeskus 2015.) Opioidien muille haittavaikutuksille kehittyy toleranssi, mutta ummetukselle ei (Hamunen 2018).

2.3.4 Hengenahdistus ja sen hoito

Hengenahdistus lisää hengitystyötä, aiheuttaa tunnetta ilman loppumisesta ja tukehtumisesta. Asiakas kokee yleensä tämän lisäksi kipua, masennusta ja ahdistuneisuutta. Hengenahdistus heikentää asiakkaan elämänlaatua etenkin viimeisinä elinkuukausina. (Lehto 2013.) Hengenahdistus on yleinen oire, joka johtuu kakeksiasta ja hengityselinten heikkoudesta. Psykkinen ahdistus aiheuttaa hyperventilaatiota, joka pahentaa hengenahdistusta. Tämän vuoksi hoitajan olisi tärkeää osata rauhoitella asiakasta. Osa kokee hyötyvänsä lisähappihoidosta, mutta useimmiten pelkkä lisääntynyt ilmavirtaus esimerkiksi ikkunan avaaminen helpottaa hengenahdistusta. (Rimpiläinen & Akural 2007.)

Palliatiivisen hoidon yksi osa on asiakkaan perussairauden lääkehoito. Mikäli kuitenkin asiakas kärsii hengenahdistuksesta perussairauden lääkehoidosta huolimatta, voidaan aloittaa oireenmukainen lääkitys. Hengenahdistuksen ensisijainen lääkehoito on opioidi. Lyhytvaikutteista opioidia voi tarvittaessa ottaa kahden-neljän tunnin välein, mutta jos hengenahdistus on jatkuvaa ja opioidia joutuu ottamaan usein, tulisi miettiä siirtymistä pitkävaikutteiseen opioidiin. Hengenahdistuksen ollessa vaikeaa tai jos asiakas ei pysty nielemään lääkkeitä voidaan lääkettä antaa kerta-annoksena ihon alle, suoneen tai jatkuvana infuusiona. Opioidien haittavaikutus on ummetus, joka myös heikentää palleahengitystä ja tämä lisää hengenahdistusta. Tämän vuoksi ummetuksen ehkäisy on tärkeää. Bentsodiatsepiinia käytetään hengenahdistuksesta aiheutuvaan ahdistuneisuuteen, mutta niiden teho varsinaiseen hengenahdistukseen on vähäinen. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013.)

Pulloon puhaltamisesta voi olla apua, jos asiakkaalla esiintyy limaisuutta (Lehto, Toikkanen & Saarto 2011). Menetelmä lisää uloshengityksen vastapainetta. Asentohoidolla voidaan helpottaa hengenahdistusta esimerkiksi ohjaamalla asiakas puoli-istuvaan asentoon tai kylkimakuulle huonommin hengittävä keuhko alaspäin. (Lehto, Toikkanen & Saarto 2011.)

2.4 Läkään palliatiivisen asiakkaan ja omaisen tukeminen

Palliatiivisen asiakkaan fyysisten oireiden lisäksi tulee ottaa huomioon psyykkiset oireet, sillä se on myös osa kokonaisuhoitoa. Tavallisimpia psyykkisiä oireita voivat olla masennus, ahdistus ja unihäiriöt. Vuorovaikutus, kuuntelun taito sekä ohjauksen merkitys korostuvat palliatiivisessa hoidossa. Asiakas tarvitsee hoitajan ohjausta ja perehdytystä hoidossaan sekä oireiden hallinnassa, jotta hänellä säilyy psyykinen tasapaino. Hoitaja voi aktiivisesti kuunnella asiakasta, jolla voidaan ehkäistä psyykkistä oireilua. Masennus tulee erottaa itse sairaudesta johtuvasta väsymyksestä ja huonovointisuudesta. Psyykkisten oireiden hoito perustuu lääkehoitoon ja keskusteluun asiakkaan kanssa. (Idman 2013.)

Hoitajan vartalon asennot ja etäisyys kertovat asiakkaalle hoitajan emotionaalisesta osallistumisesta. Asiakkaalle välittyy eri tunnelma, jos hoitava henkilö pysyy kauempana kuin, että hän olisi asiakkaan lähellä puhumassa. Tasavertaisuuden ja rauhallisuuden luomiseksi hoitaja voi ottaa tuolin ja istua asiakkaan lähelle keskustelemaan. Hoitajan tulee muistaa asiakkaan henkilökohtainen tila, millainen kosketus sopii asiakkaalle. Pidempiaikainen hoitosuhde voi sallia erilaisen läheisyyden. Palliatiivisessa hoidossa oleva asiakas kokee usein uupumusta sekä psyykkistä kuormitusta. Tällaisissa tilanteissa tunnelma ja kosketus jää paremmin mieleen kuin sanat. (Hietanen 2015, sanallinen ja sanaton viestintä.)

Hoidon alkuvaiheessa hoitohenkilökunnan tulisi tutustua asiakkaaseen yksilönä. Asiakasta hoidettaessa kotiympäristössä, tulee ottaa huomioon myös asiakkaan omaiset, heidän ajatuksensa ja toiveensa ja etenkin saattohoidon lähestyessä sen herättämät tunteet ja mahdolliset kysymykset. Omaisilta vaaditaan rohkeutta ja halua auttaa sekä jaksamista, mutta tulee muistaa, että he auttavat asiakkaan hoidossa maallikkoina. Hoitajan saavutettavuus, läsnäolo, joustavuus ja tilanneherkkyys ovat arvokkaita piirteitä. Palliatiivisen hoidon lähtökohdat ovat paremmat kotona kuin sairaalassa ja asiakkaan oma koti antaa toivoa. (Saarelma 2005.)

Palliatiivisessa hoidossa asiakkaan omaisten epätietoisuus heikentää heidän tunnettansa omaan elämänhallintaansa ja aiheuttaa epäluottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Palliatiivisen koulutuksen kehittämishankkeen (EduPal) vuoden 2018 tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan osaaminen ihmislähtöiseen toimintaan näkyi psykososiaalisena tukena omaisille. (Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020.) Hyvä luottamus rakennetaan kysymällä myös läheisten vointia, kuinka he kokevat tilanteen sekä miten arki sujuu. Kannattaa myös kysyä, mitä läheisille on kerrottu aiemmin hoidosta. Omaisten toivomukset tulee myös huomioida. Läheistä voi myös kiittää hänen jaksamisestaan ja asiakkaan hoidosta. (Hietanen 2015, vuorovaikutus omaisten kanssa.)

Saukkosen, Viitalan, Lehdon & Åstedt-Kurjen mukaan (2017, 199, 203-204) asiakkaan ja hänen omaistensa selviytymistä edistävät voiman ja rohkeuden löytyminen, perheen välisten suhteiden hyvä tasapaino, mielenrauha ja vakaa olotila, omassa kodissa asuminen, erilaisista hoitovaihtoehdoista keskusteleminen sekä ammattitaitoinen palliatiivinen hoito. Myös avointa ja rehellistä keskustelua pidettiin tärkeänä. Huonot uutiset ovat useimmiten läsnä palliatiivisen asiakkaan elämässä, joten näistä asioista keskusteleminen asiakkaan kanssa vaatii hoitajalta aikaa. Asiakkaan ja hänen omaistensa osallistaminen hoitopäätöksiin lisää heidän selviytymistään.

Jänikselän (2014, 17-18) tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kokivat, ettei ammattitaitoa ole riittävästi hoitamaan ja kohtaamaan kuolevaa asiakasta ja tämän omaisia. Ongelmaksi koettiin myös vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen.

2.5 Saattohoidon määritelmä

Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan ja kuolevan henkilön aktiivista, oireenmukaista hoitoa elämän loppuvaiheessa. Hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu elämän loppuvaiheessa sekä arvokas kuolema. Yhtä tärkeää on asiakkaan omaisten tukeminen ja huomioiminen. Saattohoitoa voidaan toteuttaa sairaaloissa, hoitokodeissa tai kotona. Saattohoito kuuluu oireenmukaiseen hoitoon ja se ajoittuu elämän viimeisiin hetkiin, päiviin tai viikkoihin. Saattohoidossa olevalla ihmisellä ja hänen läheisillään on mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2020a.) Saattohoidossa tulee huomioida kivunhoidon lisäksi muiden oireiden lievitys, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten kysymysten käsittely. Saattohoito perustuu lääketieteelliseen päätökseen ja loppukädessä päätöksen saattohoitoon siirtymisestä tekee lääkäri. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2015.) Saattohoidossa asiakkaasta tulee aktiivisen hoidon kohde, ei sairaudesta (Tasmuth, Poukka & Pöyhiä 2012).

Asiakkaalle annetaan mahdollisuus elää elämänsä loppuvaihe ilman vaikeita kipuja tai oireita haluamassaan ympäristössä läheistensä seurassa. Asiakkaan toivomusten huomioon ottamista painotetaan. Asiakkaalla on oikeus valita hoitopaikka koti- ja sairaalahoidon väliltä. (Suomen Lääkäriliitto 2021.) Kotona tapahtuvassa saattohoidossa hoitohenkilökunta ei ole koko ajan paikalla, jonka vuoksi omaisten läsnäolo olisi suositeltavaa. Saattohoitovaiheessa asiakkaalla tulisi olla mietittynä tukiosasto, johon hän voi halutessaan tai tarvittaessa siirtyä. (Terveyskylä 2018a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on tehnyt kansallisen suosituksen osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille. Oireita lievittävää hoitoa ja saattohoitoa on suosituksen mukaan saatava hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen perustaitoihin tulee kuulua oireita lievittävä hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Saattohoitoon siirtyminen on useimmiten hoidon hankalimmin määriteltävä vaihe. Ajatellaan, että saattohoitoon siirrytään, kun asiakkaan elinajan ennuste on enintään muutaman viikon. (Suomen lääkäriliitto 2021.) Saattohoitoon siirtyminen pohjautuu lääketieteelliseen päätökseen ja päätöksestä tulee keskustella asiakkaan kanssa. Saattohoitopäätös perustuu tarkkaan lääketieteelliseen arvioon ja tämä taas perustuu tietouteen asiakkaan sairaudesta ja sen kulusta sekä tilanteen hoidosta ja sen ennusteesta. Usein linjauksen tekemiseen tarvitaan erikoislääkärin arvio hoitomahdollisuuksista. Tämän lisäksi linjaukseen vaikuttaa asiakasta hoitavan oman lääkärin arvio asiakkaan tilanteesta sekä asiakkaan hoitotahto. (Puolakka ym. 2008.)

Vähäoireinenkin asiakas saattaa tarvita saattohoitoa. Kuoleman ajattelu aiheuttaa menetyksestä johtuvaa surua ja jotkut asiakkaat voivat itsekin masentua ja ahdistua lähestyvistä kuolemasta. Suhtautuminen elämää pitkittäviin hoitoihin tai toimenpiteisiin vaihtelee yksilöllisesti. Yleistä on, että omaiset haluaisivat läheisensä elävän mahdollisimman pitkään, mutta useimmiten omaistenkin jaksaminen on koetuksella hoidon aikana. Arviolta yksi kolmasosa kuolemaan johtavaa tautia sairastavista tarvitsee erikoistunutta saattohoitoa. (Suomen lääkäriliitto 2021.) Saattohoitopäätös sisältää DNR päätöksen, mutta se ei tarkoita, että asiakasta ei hoidettaisi tai kuolemaa nopeutettaisiin. DNR päätöksellä rajataan pois vain elvytys. (Valvira sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2020a.) Saattohoitopäätöksen lisäksi tulisi keskustella asiakkaan kanssa ja täsmentää mahdollisia muita hoitolinjauksia, sillä saattohoitopäätös ei automaattisesti sulje pois kaikkia elämää ylläpitäviä hoitoja. Esimerkiksi kuoleman ollessa jo lähellä, on syytä linjata pois elintoimintoja ylläpitävät hoidot, esimerkiksi antibioottihoito, hengityslaitehoito ja nesteytys. Näistä luovuttaessa ei myöskään tarvita elintoimintojen monitorointia tai verikokeiden ottoa. (Puolakka ym. 2008.)

Elämän loppuvaiheen hoidosta on olemassa kansallisia ja kansainvälisiä lakeja, jotka ohjaavat ja säätelevät saattohoitoa. Nämä perustuvat perusoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen sekä yksilön koskemattomuuteen ja ihmisarvon kunnioitukseen. Keskeisimpiä lakeja ja asetuksia ovat terveydenhuoltolaki 1326/2010, sosiaalihuoltolaki 1301/2014, laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992, Suomen perustuslaki 731/1999, erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 sekä valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

3 Kotihoito Suomessa

3.1 Kotihoito, kotipalvelu ja kotisairaanhoido

Suomessa on tarjolla kotihoitoa, kotipalvelua ja kotisairaanhoido. Halutessaan kunta voi yhdistää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun, jolloin puhutaan kotihoidosta. (Tiitola 2011.) Kotihoidon tehtäviä ovat esimerkiksi perushoiva, asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, lääkehoito, voinnin seuranta, ravitsemuksesta huolehtiminen ja turvapalvelut. Kotihoidon sisällöstä vastaa sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki sekä sosiaalihuoltoasetus. Kotihoidon asiakas tarvitsee sosiaali- ja terveysalan palveluiden myöntämiseen palvelutarpeen arvioinnin. Palvelutarpeen arviointipyynnön voi tehdä sairaalasta kotiutuksen yhteydessä sairaaloiden henkilökunta tai sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöryhmän edustaja (SAS-työryhmä). Henkilö tai hänen omaisensa voi myös pyytää palvelutarpeen arviointia asuinkuntansa kotihoidosta. Kunnalla on velvollisuus kotihoidon palvelujen järjestämiseen. Palvelut voivat kuitenkin olla myös yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta hankittuja ostopalveluita. Myös palveluseteli on yksi vaihtoehto kotihoidon palveluiden järjestämiseen. Palvelusetelin käyttäjä voi valita itse kunnan hyväksymän yksityisen palveluntuottajan. Näiden lisäksi asiakas voi itse omakustanteisesti hankkia kotihoidon palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta. (Ikonen 2013, 16, 18, 21, 23, 69.) Palveluita ovat esimerkiksi kuljetus-, siivous-, ateriat-, turva- sekä saunapalvelut. Tepposen kehittämän hyvän kotihoidon mallin mukaan vanhusta tulisi kohdella omassa ympäristössään elävänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena. Vanhuksen kotona selviytymistä tuetaan ylläpitämällä elämänlaatua ja vahvistamalla voimavaroja, joita vielä on jäljellä. (Tepponen 2009.)

Kotihoidon asiakkaina voivat olla ikääntyneet, vammaisasiakkaat, päihdeasiakkaat sekä mielenterveyskuntoutujat. Kotihoidon palveluihin oikeuttaa sairaus, vammaisuus tai heikentynyt toimintakyky. Kotihoito voi olla säännöllistä, tilapäistä tai satunnaista kotihoitoa. Säännöllisessä kotihoidossa vähintään kerran viikossa asiakas saa kotihoidon palvelua, josta peritään kuukausimaksu. Tilapäisessä kotihoidossa palvelu on harvemmin kuin kerran viikossa, käynneistä peritään käyntimaksu. Satunnainen kotihoito tarkoittaa kertaluonteista kotihoidon palvelua, josta peritään käyntimaksu. Säännöllisessä ja tilapäisessä kotihoidon palvelussa asiakkaalla on oltava voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Ikonen 2013, 16,19.) Kotihoidon asiakkaalla on mahdollisuus saada myös hoitoa öisin ja viikonloppuisin. Kotihoidon tavoitteena on, että henkilö pystyisi asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jopa kuolemaansa saakka. Kotona hoidettavien määrä kasvaa, hoidettavat ovat yhä vanhempia ja huonokuntoisempia sekä monisairaita iäkkäitä, jotka tarvitsevat runsaasti ja monipuolisesti apua kotona selviämiseen. Tämän vuoksi kotihoidon resursseja tulisi lisätä. Kuntien vanhuspalveluista vastaavat tahot ovatkin huolissaan kotihoidon resursseista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020a.)

Kotipalvelu perustuu sosiaalihuoltolakiin. Kotipalvelun tehtävä on huolehtia yksilöiden ja perheiden sosiaalisesta turvallisuudesta sekä ylläpitää heidän hyvinvointiaan yhdessä sosiaalihuollon ja muiden sektoreiden kanssa. Palveluiden tulee olla saatavilla omalta asuinalueelta. Kotipalvelu keskittyy henkilökohtaiseen huolenpitoon ja hoivaan. Kotipalveluun on oikeus henkilöillä, joilla on alentunut toimintakyky, perhetilanteen, sairauden tai vamman vuoksi. (Tiitola 2011.)

Kotisairaanhoidon toiminta perustuu terveydenhuoltolakiin. Kotisairaanhoidon tehtävänä on kotona tehtävät sairaanhoidolliset toimet, esimerkiksi näyttöjen otto, asiakkaan lääkityksestä huolehtiminen sekä voimien seuranta. Kotona voidaan toteuttaa myös vaativaa sairaanhoitoa. Pääosin kotisairaanhoidossa työskentelee sairaanhoitajia. Kotona tapahtuvassa saattohoidossa on mukana kotisairaala. (Tiitola 2011.) Tavallisesti kotisairaalan asiakas on myös kotihoitoon asiakas. Näissä tilanteissa vastuu ja lääketieteellinen tuki on kotisairaalan lääkärillä. Tämä mahdollistaa palliativisen hoidon toteutumisen kotona, jopa kuolemaan asti. (Saarelma 2005.)

3.2 Kotihoito nykypäivänä

Nordcare2-tutkimushankkeen (2015) tuloksista selviää, että viime tutkimuksen jälkeen (vuoden 2005) henkilökunnan ikärakenne on muuttunut. Suuri ikäluokka hoitoalalta on jäänyt eläkkeelle ja tilalle on tullut nuoria työntekijöitä, joka on nostanut henkilökunnan koulutustasoa. Yksittäisiä positiivisia muutoksia on havaittavissa, mutta yleiskuva suomalaisesta vanhustyöstä ja sen kehityksestä on negatiivinen. Vuosien 2005 ja 2015 välillä kotihoitossa on tapahtunut enemmän muutoksia kuin laitoshoidossa. Kotihoitossa asiakasmäärät ovat kasvaneet runsaasti. Tämä puolestaan on lisännyt kotihoitoon työntekijöiden työpainetta Suomessa, joka onkin korkeimmalla tasolla Pohjoismaista. Kotihoitoon työntekijöiden tehtäviin kuuluu asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, pukeutumisessa avustaminen, ruuan lämmitys, asiakkaan avustaminen liikkumisessa tai siirtäminen ja nostaminen sekä lääkehoito. Nordcare2-tutkimuksesta selviää, että vuoteen 2005 verrattuna päivittäinen kirjaaminen ja hallinnolliset tehtävät ovat lisääntyneet 40 prosenttiyksikköä vuoteen 2015 mennessä. Kotihoitossa etenkin yöaikana apua tarvitsevien asiakkaiden määrä on kasvanut. Vuonna 2015 näitä asiakkaita oli keskimäärin 11 enemmän kuin vuonna 2005. Vuonna 2015 alle puolet kotihoitoon työntekijöistä koki, että asiakkaita on liikaa työvuoron aikana, kun taas vuonna 2005 näin koki vielä vähemmän työntekijöistä. Tutkimuksen perusteella hoitajat kokevat kotihoitossa työskentelyssä myönteiseksi sen, että asiakkaiden raskaat nostot ovat vähentyneet, sillä apuvälineitä on nykyään paremmin saatavilla. (Kröger, Aerschot & Puthenparambil 2018.)

Teknologian käyttö kotihoidossa lisää asiakkaan sekä omaisten turvallisuuden tunnetta sekä turvallisuutta. Vuonna 2014 tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että Päijät-Hämeessä ja Etelä-Karjalassa hyödynnetään eniten GPS-paikantimia sekä sähköistä ovenavaajaa. Turvallisuuden lisäksi teknologia mahdollistaa asiakkaan asumisen kotona, tukee itsenäistä suoriutumista sekä lisää asiakkaan hyvinvointia. Yllä mainitun teknologian lisäksi voidaan hyödyntää etäyhteyttä, esimerkiksi videopuheluyhteys tai jumppatuokio. Tällainen etäyhteys voi olla hyödyllinen etenkin syrjäseuduilla, jossa välimatkat ovat pitkät palveluiden piiriin. Etäkotihoito eli videopuheluyhteys lisää siis palveluiden saatavuutta. On oletettavissa, että teknologian hyödyntäminen vahvistuu entisestään tulevaisuudessa. Teknologia mahdollistaa myös kotihoidon työntekijöiden vapauttamista välittömään asiakastyöhön. Kuinka paljon lopulta voimmekaan seurata tai valvoa asiakkaan kotona pärjäämistä ja toimintaa? Lainsäädäntö kuitenkin takaa jokaiselle henkilökohtaisen vapauden ja oikeuden elämään. Tämän vuoksi asiakkaan täytyy itse antaa suostumus esimerkiksi paikantavaan GPS-laitteeseen. (Nordlund, Stenberg, Forsberg, Nykänen, Ranta & Virkkunen 2014.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiden osaamista iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoidossa. Tavoitteenamme on tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa palliatiivisen asiakkaan hoitokäytänteistä sekä tuottaa kyselyn tuloksien pohjalta tiivistetty opas kotihoidon työntekijöille palliatiivisen asiakkaan hoidosta.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- Millaista osaamista kotihoidon työntekijöillä on iäkkään asiakkaan palliatiivisesta hoitotyöstä?
- Mitä haasteita kotihoidon työntekijät kokevat iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoitotyössä?

5 Kvantitatiivinen tutkimus opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä

5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmiä käytetään aineistojen hankintaan ja analysointiin. Tutkimusmenetelmä vaihtoehtoja on kaksi, kvantitatiivinen tutkimus eli määrällinen tutkimus sekä kvalitatiivinen tutkimus eli laadullinen tutkimus. (Jyväskylän yliopisto 2020.) Teemme opinnäytetyömme kvantitatiivisena tutkimuksena, koska tarkoituksenamme on selvittää kotihoidon työntekijöiden osaamista iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoidossa.

Lisäksi haluamme käyttää kyselytutkimuksessa valmiita vastausvaihtoehtoja. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin mikä, paljonko, missä, miksi ja kuinka usein.

Tavanomaisia tiedonkeruumenetelmiä ovat esimerkiksi internetkyselyt, lomakekyselyt ja puhelinhaastattelut. Tutkimuslomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot vastaajille. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa saadaan usein selvitettyä olemassa oleva tilanne, mutta asioiden syitä ei pystytä selvittämään riittävästi. (Heikkilä 2014.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, vertailla, selittää, kartoittaa tai ennustaa ihmisiin liittyviä asioita (Vilkkä 2007). Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta voidaan käyttää kvantitatiivisen tutkimuksen rinnalla. Näitä molempia voidaan käyttää samassa tutkimuksessa, vaikka usein korostetaan näiden tutkimuksien välistä eroa. Molemmat tavat selittävät samoja tutkimuskohteita, mutta eri tavoin. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Kyselyn toteutamme eräälle Lahden kotihoidon alueelle. Asiakaskunta koostuu pääosin ikäihmisistä, jotka tarvitsevat apua ja tukea kotona asumisessa. Kotihoidon tarjoama apu kohdistuu aina yksilölliseen hoivaan ja huolenpitoon, tarvittaessa apua voidaan antaa myös yöaikaan. Palvelu voi olla tilapäistä tai säännöllistä. Tarvittaessa asiakas saa kotiinsa myös tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon palvelut. Ennen kotihoidon asiakkaaksi pääsemistä, vaaditaan palvelutarpeen arviointi Asiakasohjaus Siiristä. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä voi järjestää kotihoitoa omana tuotantona, ostopalveluna tai palvelusetelin turvin. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2020.) Alueella, johon kysely toteutetaan, työskentelee 28 lähihoitajaa, neljä sairaanhoitajaa, yksi fysioterapeutti sekä alueen esimies. Lähetimme tutkimussuunnitelman (liite 1) Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän kotiin vietävien palveluiden tulosaluejohtajalle. Tämän jälkeen haimme tutkimuslupaa (liite 2), joka myönnettiin meille 15.4.2021.

5.2 Kyselytutkimuksen käyttö opinnäytetyössä

Valitsimme tiedonkeruun toteutustavaksi kyselytutkimuksen. Tämän avulla saamme selville mikä on tämänhetkinen osaaminen kotihoidon työntekijöillä palliatiivisen asiakkaan hoidossa. Kyselylomakkeen avulla tutkija esittää kysymykset vastaajalle. Kyselylomakkeen tulee olla selkeä, koska vastaajan on kyettävä vastaamaan ilman tutkijan apua kysymyksiin. Kysymysten vaihtoehdot ilmaistaan numeerisesti, mutta vastauksia voidaan täydentää sanallisesti. (Vehkalahti 2019.)

Toteutamme opinnäytetyön kvantitatiivisella menetelmällä. Tiedonhankinnan toteutamme internetissä Google forms -kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen avulla selvitämme, mikä on kotihoidon työntekijöiden tämänhetkinen osaaminen iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoidossa. Google forms -ohjelma taulukoi automaattisesti vastaukset ja näyttää vastausten määrät prosentteina sekä lukuna. Aiomme hyödyntää tätä ominaisuutta opinnäytetyössämme havainnollistamaan tuloksia.

Kyselylomakkeessa otamme huomioon asiat, mitä käsittelemme opinnäytetyössämme. Jokaisesta palliatiivisen asiakkaan oireesta laadimme kysymyksen. Jokaista kysymystä mietimme tutkimuskysymystemme avulla, vastaako kysymys tutkimuskysymykseemme.

Kun olimme laatineet kysymykset, pääsimme esitestausvaiheeseen. Kyselylomake tulee esitestata ennen käyttöönottoa. Esitestauksen tarkoituksena on mm. selvittää, onko kyselylomake ymmärrettävä sekä mahdollistaa parannusehdotusten antamisen. (Heikkilä 2014.)

Esitestauksen suoritti kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa ryhmästämmme. He antoivat parannusehdotuksena, että voisimme lisätä vielä kyselyyn mahdollisuuden kertoa omin sanoin, missä hoitaja kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta sekä yksi avoin kysymys, missä hoitaja voi vapaasti kertoa tai kommentoida aihetta. Tämän jälkeen esitetasimme kyselyn vielä opinnäytetyömme ohjaajalla sekä kotihoidon esimiehellä. Kysely koostuu neljästä (4) taustakysymyksestä, kymmenestä (10) vaihtoehtoväittämästä sekä neljästä (4) avoimesta kysymyksestä (liite 3). Esimies lähetti kyselyn saatekirjeineen (liite 4) työntekijöille sähköpostiin. Kysely oli avoinna kaksi viikkoa 21.4.2021-4.5.2021. Tämän jälkeen jatkoimme vastausaikaa vielä kahdella viikolla eteenpäin eli 5.5.2021-18.5.2021. Kyselyn vastaukset ja koko kysely poistetaan, kun opinnäytetyö on valmis.

6 Kyselyn tulokset

6.1 Vastajien taustatiedot

Kotihoidon työntekijöitä on 32, joille kysely lähetettiin. Vastauksia kyselyyn tuli yhteensä yhdeksän. Kyselyyn vastanneista yksi oli 26-33-vuotias, kaksi oli 34-41-vuotiaita, neljä oli 42-49-vuotiaita ja kaksi vastaajista oli 50-57-vuotiaita. Vastaajista kuusi oli lähihoitajia ja kolme oli sairaanhoitajia. Jatkossa emme erittele vastaajien ammattinimikettä, vaan puhumme hoitajista, joka kattaa kaikki kyselyyn vastanneet. Vastaajista kolme oli työskennellyt 4-7 vuotta kotihoidossa, kaksi 8-10 vuotta ja neljä oli työskennellyt kotihoidossa yli kymmenen vuotta. Muusta hoitotyöstä viidellä vastaajalla oli 0-3 vuotta kokemusta, kahdella 4-7 vuotta, yhdellä 8-10 vuotta ja yhdellä oli yli kymmenen vuotta kokemusta muusta hoitotyöstä.

6.2 läkkään palliatiivisen asiakkaan hoitotyö

Kysyttäessä miten hoitajat ymmärtävät palliatiivisen hoidon, kahdeksan vastaajaa totesi sen tarkoittavan parantumattomasti sairaan asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Yksi vastaajista kirjoitti palliatiivisen hoidon tarkoittavan kuolevan ihmisen kohtaamista. Hoitajat kuvasivat palliatiivista hoitoa mm. seuraavasti:

”Parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Vaalien elämänlaatua ja vähentää kipua. Myös omaiset otetaan huomioon.”

”Kuolemaan johtavan sairauden hoitoa asiakkaan vointia mahdollisimman paljon helpottaen.”

”Oireita lievittävää ei parantavaa mutta hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa”

Seuraavissa kysymyksissä käsitteimme palliatiivisen asiakkaan oireita ja niiden hoitoa. Olemme kirjoittaneet auki jokaisen kysymyksen vastauksen, koska vastauksia tuli niin vähän, ettemme voineet käyttää alun perin suunniteltua taulukointia.

Kysyttäessä palliatiivisen asiakkaan lääkkeellisestä kivunhoidosta viisi vastaajaa koki osaavansa lääkkeellisen kivunhoidon hyvin ja neljä vastaajaa koki osaavansa kohtalaisesti. Lääkkeellisen kivun hoidon osaamisen keskiarvo oli 2,6.

Kysyttäessä lääkkeettömästä kivunhoidosta yksi koki osaavansa lääkkeettömän kivunhoidon erittäin hyvin, seitsemän hyvin ja yksi kohtalaisesti. Lääkkeettömän kivun hoidon osaamisen keskiarvo oli 3.

Kysyttäessä ruokahaluttomuuden hoidosta neljä vastaajaa koki osaavansa ruokahaluttomuuden hoidon hyvin ja viisi vastaajaa koki osaavansa kohtalaisesti. Osaamisen keskiarvo oli 2,4.

Kysyttäessä suun hoidosta yksi koki osaavansa suun hoidon erittäin hyvin, neljä hyvin, kolme kohtalaisesti ja yksi heikosti. Osaamisen keskiarvo oli 2,6.

Kysyttäessä hengenahdistuksen helpottamisesta viisi vastaajaa koki osaavansa hengenahdistuksen helpottamisen hyvin, kolme kohtalaisesti ja yksi heikosti. Osaamisen keskiarvo oli 2,4.

Kysyttäessä ummetuksen hoidosta viisi vastasi osaavansa ummetuksen hoidon hyvin ja neljä kohtalaisesti. Osaamisen keskiarvo oli 2,6.

Kysyttäessä pahoinvoinnin hoidosta viisi vastasi osaavansa pahoinvoinnin hoidon hyvin, kolme kohtalaisesti ja yksi heikosti. Osaamisen keskiarvo oli 2,4.

Kahdessa viimeisessä kysymyksessä tarkastelimme psyykkisen tukemisen osaamista. Erittelimme kysymykset asiakkaan psyykkiseen tukemiseen ja omaisen psyykkiseen tukemiseen. Kysyttäessä asiakkaan psyykkisestä tukemisestä kaksi vastaajaa koki osaavansa asiakkaan psyykkisen tukemisen erittäin hyvin, viisi hyvin ja kaksi kohtalaisesti. Asiakkaan psyykkisen tukemisen osaamisen keskiarvo oli 3.

Kysyttäessä omaisen psyykkisestä tukemisesta yksi vastaaja koki osaavansa omaisen psyykkisen tukemisen erittäin hyvin, kuusi hyvin ja kaksi kohtalaisesti. Omaisen psyykkisen tukemisen osaamisen keskiarvo oli 2,9.

6.3 Hoitajien kokemat haasteet palliatiivisen asiakkaan hoitotyössä

Kysyttäessä haasteista palliatiivisessa hoitotyössä kolme vastaajaa yhdeksästä koki ajanpuutteen haastavaksi ja yksi vastasi omaisen tukemisen haastavaksi. Yksi mainitsi työntekijöiden suuren vaihtuvuuden haastavaksi ja yksi koki haastavaksi miten saada omaiset ymmärtämään mitä palliatiivinen hoitolinja tarkoittaa.

Kaksi vastasi, ettei koe palliatiivisen asiakkaan hoidossa haastavuutta. Palliatiivisen asiakkaan hoitotyössä koettuja haasteita vastaajat kuvasivat mm. seuraavasti:

” Omaisten saaminen ymmärtämään, että kyseessä on palliatiivinen hoitolinja, ja että potilasta hoidetaan, mutta sairautta ei pystytä parantamaan ja täten esim. tietyt tutkimukset usein lopetetaan.”

” En koe asiaa haastavaksi mutta jokainen potilas ja omainen on omanlainen ja yksilönsä”

” Työntekijöiden suuren vaihtuvuuden minkä vuoksi asiakkaan tilasta tieto kulkee monen henkilön kautta. Asiakkaalle ja omaiselle olisi parempaa mitä vähemmän vaihtuvuutta olisi, että hoito pysyisi turvallisempana ja laadukkaampana sen pienen hetken.”

”Kokonaisuuden hallinta. Ei aina aikaa tarpeeksi (kotihoidon asiakkaat)”

Kysyimme hoitajien tarvetta lisäkoulutukselle palliatiivisesta hoitotyöstä, johon seitsemän yhdeksästä vastaajasta vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tämän jälkeen pyysimme tarkentamaan, millaista lisäkoulutusta hoitajat kaipaaisivat. Hoitajat kokivat lisäkoulutuksen tarvetta useasta eri aiheesta, alla osa hoitajien vastauksista:

” Lääkehoito, ummetuksen hoito, pahoinvoinnin hoito.”

” Kivunhoito, kohtaaminen. Kotihoiton vastuut vs. kotisairaalan vastuut.”

” Toivoisin koulutusta kaikista yllä mainituista asioista. Lääkehoidon koen enemmän sh asiaksi mm injektio lääkkeet, mutta muuten lähihoitajallakin voi olla iso rooli palliatiivisen asiakkaan hoidossa.”

” Asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyvät koulutukset.”

” Parhaat uudet vinkit ja toimet, joilla saisi asiakkaan oloa helpotettua.”

Kyselyn lopussa oli vielä avoin kysymys, johon oli mahdollista kirjoittaa ajatuksia aiheesta. Vastaajat kommentoivat mm. seuraavasti:

”Asia on tärkeä, koen tämän aihealueeksi, johon haluaisin perehtyä ja siinä kehittyä. ”Kun mitään ei ole tehtävissä, paljon on tehtävissä” on hyvä lähtökohta”

” NIIIIIIIN tärkeä aihe!”

6.4 Oppaan tekeminen kyselyn tulosten perusteella

Oppaan teossa ymmärrettävyyteen vaikuttaa asioiden esittämisjärjestys. Asiat voidaan kertoa aikajärjestyksessä, tärkeysjärjestyksessä tai aihepiireittäin. Esittämisjärjestystä valittaessa tulee miettiä missä tilanteessa tekstiä luetaan ja mitä sillä halutaan saada aikaan. Oppaassa käsiteltävät asiat ja ohjeet tulee perustella. Lukija noudattaa mieluummin perusteltua ohjetta kuin perustelematonta. (Hyvärinen 2005.) Esimerkiksi xylitolivalmisteet lisäävät syljen eritystä, joten niitä olisi hyvä käyttää ruokailujen jälkeen (Janes 2018).

Otsikoilla saadaan opasta selkeämmäksi ja keveämmäksi. Pääotsikosta selviää mitä opas käsittelee. Väliotsikot taas helpottavat lukijaa löytämään haluamansa tiedon. Niistä on apua jo opasta tehdessä, ne auttavat hahmottamaan, jos jokin tärkeä asia saattaa unohtua oppaasta. Väliotsikon jälkeen tulisi olla vähintään kaksi kappaletta. Kaikki väliotsikot on mainittava luettelossa. Yhdessä kappaleessa tulisi aina käsitellä yhteenkuuluvia asioita. (Hyvärinen 2005.) Oppaan tekemisessä tulee tunnistaa erikoissanasto ja selittää termit ja lyhenteet, jotta lukijat ne ymmärtävät. Kuvat havainnollistavat ja elävöittävät tekstiä. (Kotimaisten kielten keskus 2021.)

Oppaassa voidaan käyttää luettelmia, mutta ne tulee erotella esimerkiksi luettelmaviivoilla tai tähdellä. Luettelmiin avulla pitkiä lauseita saa lyhennettyä ja samalla tärkeät asiat tulee paremmin esiin. Luettelmiin ei kuitenkaan tulisi olla pitkiä, koska silloin teksti muuttuu raskaaksi. Oppaassa tulisi käyttää lyhyitä lauseita. Oikeinkirjoitus on tärkeää, sillä kirjoitusvirheitä sisältävää tekstiä on vaikea ymmärtää. Välimerkkien huolimaton käyttö saattaa aiheuttaa turhia merkityseroja sekä tulkinta ongelmia. Huolellisesti kirjoitettu teksti luo ammattitaitoisen kuvan kirjoittajasta. Opas on hyvä antaa jollekin luettavaksi ennen sen julkaisemista. Kaikkea tietoa ei oppaaseen kannata kirjoittaa, vaan oppaan loppuun kannattaa koota lisätietoja kohta. (Hyvärinen 2005.)

Opinnäytetyömme kyselyssä osa-alueita ei ollut montaa, joten kaikista osa-alueista halusimme kirjoittaa lyhyesti. Hoitajat kokivat haastavaksi ja kaipasivat lisäkoulutusta asiakkaiden ja omaisten psyykkisestä tukemisesta, lääkehoidosta, ummetuksen hoidosta, pahoinvoinnin hoidosta, kivunhoidosta sekä asiakkaan ja omaisen kohtaamisesta.

Aiempien tutkimusten (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020; Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020) sekä kyselyn hoitajien mukaan kokonaisuuden hallinta on haastavaa. Oppaassa käytetään opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen lähteitä. Teimme oppaan Piktochart -ohjelmalla. Valmiin oppaan lähetimme opinnäytetyömme ohjaajalle luettavaksi. Palaute oli positiivista, mutta saimme kuitenkin muutaman pienen korjaus- ja lisäysehdotuksen. Nämä olivat lähinnä ulkoasuun ja kielioppiin liittyviä huomioita. Lähetimme myös oppaan kotihoidon esimiehelle, joka kommentoi oppaan ulkonäön olevan miellyttävä ja sisällön olevan hyvä. Opas tulee Lahden sisäiseen jakoon internetiin pdf-tiedostona, josta sen voi halutessaan ladata työtietokoneelle. Lisäksi tulostimme muutaman paperiversion oppaasta työpaikalle. Lähetimme oppaan (liite 5) myös kotihoidon esimiehelle, joka lähettää sen sähköpostitse työntekijöilleen.

7 Opinnäytetyön pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon työntekijöiden osaamista iäkkään asiakkaan palliatiivisessa hoidossa. Tavoitteenamme oli tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa palliatiivisen asiakkaan hoitokäytänteistä sekä tuottaa kyselyn tuloksien pohjalta tiivistetty opas kotihoidon työntekijöille palliatiivisen asiakkaan hoidosta.

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan, kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan henkilön oireiden mukaista hoitoa. Palliatiivinen hoito on asiakkaan sekä hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa, joka pitää sisällään kivun, fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen kärsimyksen lievittämisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Kyselystä selviää, että lähes kaikki vastaajat ymmärtävät palliatiivisen hoitotyön käsitteen.

Jänikselän (2014, 18) tutkimuksessa todettiin hoitajilla olevan ammattitaidon riittämättömyyttä kivunhoidossa. Ammattitaidon puutetta esiintyi myös suonensisäisen lääkityksen antamisessa sekä kipupumpun käytössä. Opinnäytetyössämme selvisi, että hoitajilla oli puutteita erityisesti lääkkeellisessä kivunhoidossa. Virallisia hoitosuosituksia palliatiivisen ja saattohoidon lääkehoidosta ei kuitenkaan ole (Kiljunen & Marjamäki 2017). Opinnäytetyössämme hoitajat kokivat osaavan paremmin lääkkeettömän kuin lääkkeellisen kivunhoidon.

Ruokahaluttomuuden taustalla voi olla monia eri syitä, mm. kuiva suu, ummetus, pahoinvointi ja oksentelu tai kipu sekä kipulääkkeet (Friman 2017). Opinnäytetyössämme jäi epäselväksi, osaavatko hoitajat huomioida edellä mainitut mahdolliset ruokahaluttomuuden syyt. Ruokahaluttomuuden hoito osattiin keskiarvoltaan melko hyvin, vaikka kyseisessä osa-alueessa oli eniten ”osaan kohtalaisesti” -vastauksia.

Suunhoidon osaaminen on tärkeää. Suun hoitaminen ennaltaehkäisee tulehduksia ja on tärkeää asiakkaan yleisen hyvinvoinnin kannalta. (Janes 2018.) Vastauksien mukaan suunhoidon osaamisessa oli eniten hajontaa. Kukaan vastaaja ei kuitenkaan maininnut suunhoitoa lisäkoulutuksen tarpeeksi tai maininnut sitä palliatiivisen hoidon haasteissa. Emme pysty otoksen pienuuden vuoksi päättelemään, mistä suuri hajonta johtuu.

Palliatiivisen asiakkaan elämänlaatu saattaa kärsiä pahoinvoinnista (Rahko & Koskela 2015, pahoinvointi ja oksentelu). Tämän takia pahoinvoinnin hoito tulisi osata hyvin. Opinnäytetyössämme vastaajat osasivat pahoinvoinnin hoidon keskiarvoltaan kohtalaisesti eli osaamisessa olisi kehitettävää. Yksi vastaaja myös mainitsi lisäkoulutuksen tarvetta pahoinvoinnin hoidosta.

Noin puolet palliatiivisista asiakkaista kärsii ummetuksesta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Opioidien haittavaikutuksena on useimmiten ummetus (Terveyskylä 2018b). Opinnäytetyössämme vastaajat osasivat ummetuksen hoidon keskiarvoltaan kohtalaisesti. Yksi vastaaja myös mainitsi lisäkoulutuksen tarvetta ummetuksen hoidosta.

Hengenahdistus on yleinen oire, jota voi pahentaa psyykinen ahdistus. Tämän vuoksi hoitajan olisi tärkeää osata rauhoitella asiakasta. (Rimpiläinen & Akural 2007.) Opinnäytetyömme kyselyssä kysimme hengenahdistuksen helpottamisesta, joka koettiin osaavan keskiarvoltaan kohtalaisesti. Tästä emme kuitenkaan voi päätellä, missä asioissa hoitajat kaipaaisivat lisää tietoa.

Jänikselän (2014, 17-18) tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kokivat, ettei ammattitaitoa ole riittävästi hoitamaan ja kohtaamaan kuolevaa asiakasta ja tämän omaisia. Ongelmaksi koettiin myös vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen. Opinnäytetyössämme tulokset poikkesivat tästä, sillä suurin osa hoitajista koki osaavansa melko hyvin palliatiivisen asiakkaan ja omaisen psyykkisen tukemisen. Palliatiiviset asiakkaat ovat yleensä pitkään kotihoidon asiakkaina, joten pohdimme voisiko tämä vaikuttaa tulokseen. Hoitajat ehtivät tässä ajassa tutustua asiakkaaseen ja tällöin vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen voi olla helpompaa.

Palliatiivisen koulutuksen kehittämishankkeen (EduPal) vuoden 2018 tutkimuksen mukaan lähihoitajat tarvitsevat osaamista mm. kokonaisvaltaisesta oirehoidosta. Myös teoreettinen osaaminen on tärkeä osa lähihoitajien palliatiivista osaamista. (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020.) Samainen hanke selvitti myös tutkimuksellaan, mitä asiakkaat ja läheiset odottavat sairaanhoitajan osaavan palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksesta selviää, että sairaanhoitajalta vaaditaan laaja-alaista ja kokonaisvaltaista osaamista palliatiivisessa hoidossa.

Sairaanhoitajalla tulee olla riittävästi perusosaamista palliatiivisesta hoidosta sekä oirehoidosta. He myös pitävät tärkeänä taitona ohjata asiakasta ja läheistä hoidon eri vaiheissa. (Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020.)

Opinnäytetyömme kyselyn mukaan hoitajat kaipaavat edelleen lisäkoulutusta palliatiivisen asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Seitsemän yhdeksästä vastaajasta vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta. Yksi vastaaja kertoi mm. haluavansa lisäkoulutusta kotihoidon ja kotisairaalan vastuista, jotta olisi selkeämpää toimia.

Kaksi vastaajaa vastasi, ettei koe tarvitsevansa lisäkoulutusta palliatiivisen asiakkaan hoidosta. Pohdimme, johtuuko tämä kotihoidon kiireestä ja riittämättömistä resursseista. Kyseisten hoitajien vastauksista kuitenkin näkyy osaamisen puutetta joissakin osa-alueissa. Yleisesti aihe todettiin tärkeäksi ja siinä halutaan kehittyä.

Nuorempien hoitajien vastaukset erosivat muista vastauksista. He kokivat osaavansa useimmat osa-alueet kohtalaisesti, kun taas vanhemmat hoitajat kokivat osaavansa hyvin tai erittäin hyvin. Tästä voimme päätellä, että hoitajan työkokemuksella on merkitystä palliatiivisen asiakkaan hoidon osaamisessa. Olisimme toivoneet nuoremmilta hoitajilta vielä enemmän vastauksia, mutta niitä emme valitettavasti saaneet.

Nordcare2-tutkimuksesta selvisi, että kotihoidon asiakasmäärät ovat lisääntyneet vuodesta 2005 ja useat hoitajat kokevat asiakkaita olevan liikaa edelleen vuonna 2015. (Kröger, Aerschot & Puthenparambil 2018). Vastaavia tuloksia ilmeni myös opinnäytetyömme kyselystä, jossa kolme vastaajaa mainitsi kiireen lisäävän haastavuutta palliatiivisen asiakkaan hoidossa. Vastauksista ei kuitenkaan selvinnyt, johtuiko kiire asiakasmääristä. Kyselyssä eräs vastaaja nosti esille hoitajien vaihtuvuuden ja tästä johtuvan huonon tiedon kulun.

Pohdimme, miten kotihoidossa tiedonkulun saisi järjestymään paremmin hoitajalta toiselle. Voisiko joka aamuisesta lyhyestä raportista olla tähän asiaan apua? Lisäksi kyselyssä mainittiin kotihoidon ja kotisairaalan vastuut epäselviksi. Kehittämisehdotuksena voisi olla selkeämpi rajaus, mitkä tehtävät kuuluvat kotihoidolle ja kotisairaalle, koska palliatiivisen asiakkaan hoidossa on mukana myös palliatiivinen kotisairaala. Lisäksi kotihoidon työntekijät hyötyisivät heille suunnatusta palliatiivisen hoidon koulutuksesta. Koulutuksen voisi toteuttaa palliatiivisen kotisairaalan sairaanhoitajat ja lääkäri. Koulutuksessa voisi palliatiivisen hoidon lisäksi käydä läpi kotihoidon ja kotisairaalan työnjakoa.

Kyselyn vastauksia analysoidessamme pohdimme, olivatko kysymyksemme liian laajoja. Esimerkiksi kysyimme hoitajien lääkkeettömän kivunhoidon osaamista, jonka jälkeen olisi voinut olla avoin kysymys, johon hoitaja olisi kirjoittanut miten kipua voi lääkkeettömästi hoitaa.

Vastaavanlaiset avoimet kysymykset jokaisessa osa-alueessa olisivat kertoneet meille tarkemmin hoitajien osaamisesta. Jälkeenpäin myös pohdimme, että kyselymme oli melko suppea ja koski vain palliatiivisen asiakkaan oirehoitoa. Vaikka suunnittelimme kysymykset opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta, huomasimme, että paljon tärkeää kysyttävää jäi kyselystä puuttumaan. Esimerkiksi olisimme voineet kysyä asiakkaan hoitosuunnitelmasta sekä lainsäädännöstä. Vuoden 2018 palliatiivisen koulutuksen kehittämishankkeen (EduPal) tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelma- ja hoitolinjausosaaminen sekä lainsäädännön osaaminen lähihoitajilla on tärkeää palliatiivisessa hoidossa (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020).

Meidän olisi pitänyt perehtyä vielä tarkemmin teoreettiseen viitekehykseen kyselyn kannalta. Jos olisimme lisänneet kysymyksiä kyselyyn ja tehneet useamman avoimen kysymyksen uskomme, että tämä olisi voinut myös karsia vastaajia hoitajien mainitseman kiireen vuoksi. Mietimme myös olisiko useampi hoitaja motivoitunut vastaamaan, jos vastaajien kesken olisi arvottu esimerkiksi jokin lahjakortti. Tätä käytäntöä näkee monissa kyselyissä, että arvonnalla kannustetaan ja motivoidaan vastaamaan.

Haastattelu olisi voinut olla yksi vaihtoehtoinen tapa selvittää hoitajien osaamista, mutta koronatilanteen vuoksi emme tähän päätyneet. Lisäksi kyseinen kotihoidon alue on toiselle opinnäytetyön tekijälle tuttu, joten työntekijät eivät välttämättä olisi niin avoimesti haastattelussa puhuneet osaamisestaan.

Opas tulee Lahden sisäiseen jakoon internetiin pdf-tiedostona, josta sen voi halutessaan ladata työtietokoneelle. Lisäksi tulostimme muutaman paperiversion oppaasta työpaikalle. Pdf-tiedostoa voi päivittää tarpeen vaatiessa. Esimerkiksi, jos kotihoidon työntekijät saavat lisäkoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja he kokevat oppaasta puuttuvan tärkeää tietoa, voivat he itse päivittää opasta.

8 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Käytimme opinnäytetyössämme ainoastaan suomenkielisiä sähköisiä lähteitä. Osittain tähän vaikutti vallitseva koronatilanne, sillä kirjastot olivat osan aikaa myös suljettuna. Lähteitä etsiessämme huomasimme, että useissa lähteissä olivat samat kirjoittajat. Tämä asia on varmasti yksi, joka vaikuttaa luotettavuuteen. Aiherajauksemme keskittyi ainoastaan kotihoidossa tapahtuvaan iäkkään asiakkaan palliatiiviseen hoitoon, joten tämä rajasi monia lähteitä työmme ulkopuolelle. Tämän vuoksi emme myöskään kyselyssä kysyneet saattohoidosta mitään. Useat lähteet keskittyivät pelkästään osastoilla tapahtuvaan palliatiiviseen hoitoon. Näin oli myös useassa englanninkielisessä lähteessä. Pohdimme myös, että ulkomailla kotihoito eroaa Suomessa tapahtuvasta kotihoidosta.

Suomessa tehtyjä tutkimuksia palliatiivisesta kotihoidosta on vähemmän verrattuna kansainvälisiin tutkimuksiin. Kansainvälisten tutkimusten tuloksia voidaan kuitenkin soveltaa myös Suomessa. (Tervala 2014.)

Kyselyn ajankohta osui huonoon hetkeen, sillä kotihoidon työtilat muuttivat uuteen paikkaan juuri samaan aikaan. Tämän vuoksi uskomme vastauksia tulleen kyselyyn niin vähän. Lisäksi osa kyselyyn vastanneista mainitsi haasteeksi kiireen kotihoidossa, joka voisi olla myös yksi syy pieneen vastausmäärään. Kyselyn olisi voinut lähettää useammalle kotihoidon alueelle, jolloin vastauksia olisi voinut tulla enemmän. Silloin olisimme voineet nähdä, onko eri kotihoidon alueilla Lahdessa eroja palliatiivisen asiakkaan hoidon osaamisessa.

Vaikka jatkoimme vastausaikaa kahdella viikolla sekä olimme viikoittain yhteydessä kotihoidon esimieheen, joka muistutteli työntekijöitään vastaamaan kyselyyn, tuli vastauksia silti vähän. Vastausajan olisi pitänyt olla paljon pidempi, mutta emme voineet odottaa kauempaa vastauksia, sillä tarkoituksemme on valmistua syksyn 2021 aikana. Pohdimme myös, vaikka olisimme jatkaneet vastausaikaa, ei vastauksia välttämättä olisi siltikään tullut riittävästi, sillä kesälomakausi oli jo alkanut. Tämän vuoksi syksyllä tehty kysely olisi saattanut olla tuloksetkaampi.

Uskoimme vastauksia tulevan enemmän, koska saimme opinnäytetyömme aiheen kyseisen kotihoidon alueen sairaanhoitajalta. Kyseinen sairaanhoitaja kertoi kuulleensa tiiminsä lähihoitajilta, että he kaipaivat lisätietoa palliatiivisen asiakkaan hoidosta ja tämän vuoksi koimme opinnäytetyön aiheen tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Toivomme, että laatimastamme oppaasta olisi hoitajille apua ja opas tulisi aktiiviseen käyttöön kotihoitoon.

Koimme itse kyselyn selkeäksi ja riittävän lyhyeksi ja tämän vuoksi uskoimme saavamme enemmän vastauksia. Myös esitestaaajilta saatu palaute oli samanlaista. Olisimme toivoneet enemmän vastauksia, jotta olisimme pystyneet tekemään oppaan juuri kyseisen kotihoidon hoitajille heidän tarpeitaan vastaaviksi. Tarkoituksenamme oli hyödyntää Google formsin analysointia ja taulukoita havainnollistamaan vastauksia. Otoksen pienuuden takia emme voineet taulukoida vastauksia opinnäytetyöhön, jotta vastaajien anonymius säilyisi. Olimme kuitenkin itsellemme taulukoineet vastaukset helpottamaan niiden tarkastelua. Kun analysointi ja opinnäytetyö on valmis, koko kysely poistetaan ja vastaukset hävitetään.

Jäimme pohtimaan, ymmärsikö vastaajat kysymykset oikein, esimerkiksi kohdan ”kokemus muusta hoitotyöstä”. Kysymyksellä tarkoitimme hoitajien kokemusta hoitotyöstä muualta kuin kotihoidosta.

Opimme kyselytutkimuksen teosta, että kysymyksiä pitäisi suunnitella tarkemmin ja monivalintakysymyksiä pitäisi vastaajan päästä avaamaan.

Teoreettiseen viitekehukseen olisimme voineet vielä enemmän paneutua ja pohtia myös aiempien tutkimuksien kannalta kysymyksiä kyselyyn. Aiheemme oli erittäin laaja ja tietoa löytyi todella paljon. Oli vaikeaa rajata tietoa pois ja päättää, mitä haluamme käsitellä opinnäytetyössämme. Aluksi saimmekin opettajilta palautetta, että aihetta tulee rajata selkeästi. Koska kyseessä on ammattikorkeakoulun opinnäytetyö ei tarkoitus ole käsitellä aihetta niin laajasti kuin yliopistotasoisessa työssä. Yllätyimme kuinka aikaa vievää opinnäytetyön tekeminen voi olla, jotta siitä voisi saada selkeitä tuloksia.

Oppaan teosta opimme, kuinka paljon asioita tulee ottaa huomioon sitä tehdessä. Visuaalisen ilmeen lisäksi oppaan kieliasun tulee olla selkeää ja kieliopillisesti oikein, jotta lukijan on helppo sitä lukea. Oli vaikeaa tiivistää ja rajata mitä haluamme oppaaseen kirjoittaa, sillä lyhyt opas houkuttelee lukijaa enemmän kuin pitkä opas.

Oma tietämyksemme ja osaamisemme palliatiivisesta hoidosta vahvistui entisestään opinnäytetyötä tehdessä ja saimme tästä hyvää oppia tulevaan työelämään. Palliatiivisessa hoidossa moni asia vaikuttaa toisiinsa ja yhtä oiretta hoidettaessa voi toinen oire ilmaantua. Esimerkiksi kipua hoidetaan opioideilla. Opioidit taas voivat aiheuttaa ummetusta, jolloin myös ummetusta tulee hoitaa.

Huomasimme opinnäytetyötä tehdessämme, että sairaanhoitajakoulutuksessa ei juurikaan opiskella palliatiivista hoitoa ja moni asia tuli meille uutena tietona.

Lähteet

Sähköiset

Friman, P. 2017. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 22.3.2021. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Halila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto- käytännön ohjeita. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 8.3.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809

Hamunen, K. 2018. Kipulääkkeiden tavallisia haittavaikutuksia saattohoidossa. Duodecim Käypä hoito. Viitattu 20.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix01904>

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Edita Publishing Oy. Viitattu 2.9.2021. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Heiskanen, T. 2015. Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00026/do>

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129. Viitattu 27.8.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>

Hietanen, P. 2015. Sanallinen ja sanaton viestintä. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00064/do>

Hietanen, P. 2015. Vuorovaikutus omaisten kanssa. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00066/do>

Hoikka, A. 2013. Lääkkeetön kivunhoito. Anestesiahoitotyön käsikirja, sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 16.3.2021. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on hyvä potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2005;121. Viitattu 20.8.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>

Hänninen, J. 2015. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00015/do>

Hänninen, J. 2015. Oiremittarit ja toimintakykyasteikot palliatiivisessa hoidossa. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja.

<https://www.oppiportti.fi/op/pli00017/do>

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129. Viitattu 19.3.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>

Idman, I. 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa.

Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129. Viitattu 23.3.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10809>

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. E-kirja. Helsinki: Edita.

Ilmarinen, T., Rousselle, R., Apajalahti, M., Nikander, P., Arkkila, P., Atula, S. & Järvenpää, P. 2019. Nielemisvaikeuden arviointi. Lääkärilehti 34/2019. Viitattu 22.3.2021.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/320101/SLL342019_1811.pdf?sequence=1

Janes, R. 2018. Palliatiivinen hoito. Lääkärin tietokannat. Duodecim terveystietoportti. Viitattu 22.3.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00397/search/palliatiivinen%20hoito>

Jyväskylän yliopisto. 2015. Määrällinen tutkimus. Koppa. Viitattu 26.2.2021.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Jyväskylän yliopisto. 2020. Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineistot. Koppa. Viitattu

26.2.2021. [https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/aihehaku-](https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/aihehaku-tutkimusprosessissa/menetelmatietoa-ja-palveluja)

[tutkimusprosessissa/menetelmatietoa-ja-palveluja](https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/aihehaku-tutkimusprosessissa/menetelmatietoa-ja-palveluja)

Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoitossa esiintyneistä ongelmista. Pro gradu -tutkielman lisäosa. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö.

Tampere. Viitattu 10.8.2021. [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[1402997182b.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kiljunen, M. & Marjamäki, E. Palliatiivinen hoito, lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. Lääkärilehti 19/2017. Viitattu 5.4.2021.

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/13/92/270/sll192017-1231.pdf>

Kipu 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen

Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Viitattu 14.3.2021. https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s8_2

Kotimaisten kielten keskus. 2021. Ohjeita ohjeiden tekijöille. Viitattu 20.8.2021.

https://www.kotus.fi/ohjeet/hyvan_virkakielen_ohjeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille

Kröger, T., Aerschot, L. & Puthenparambil, J. 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.8.2021.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57183/978-951-39-7372-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lehto, B. & Sainio, T. 2020. Palliatiivisen hoidon asiakkaat. Gerontologia 1/2020. Viitattu 1.4.2021. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/82710/48407>

Lehto, J. 2013. Kuolevan potilaan hengenahdistusta voidaan lievittää. Lääkärpäivät. Viitattu 20.3.2021. <http://www.laakaripaivat.fi/2013/media/tiedotteet/ennakkoinfon-tiedotteet/kuolevan-potilaan-hengenahdistusta-voidaan-lievittaa/index.html>

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129. Viitattu 20.3.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10828>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 2019; 135. Viitattu 5.4.2021. <https://tepatampere.fi/wp-content/uploads/2019/02/Ela--ma--n-loppuvaiheen-ennakoiva-hoitosuunnitelma.pdf>

Lehto, J., Toikkanen, V. & Saarto, T. 2011. Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. Suomen Lääkärilehti 13/2011. Viitattu 20.3.2021. <https://docplayer.fi/7697773-Hengenahdistuksen-palliatiivinen-hoito.html>

Lääketietokeskus. 2015. Moventig. Lääkeopas Terveyskirjasto. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 5.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/far00222>

Mikkonen, H. 2017. Pääkaupunkiseudun palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitoketju, toimintatutkimus käytäntöjen kehittämiseksi. Opinnäytetyö, YAMK. Laurea-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan johtaminen. Viitattu 24.3.2021. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/134373/Mikkonen_Heli.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nordlund, M., Stenberg, L., Forsberg, K., Nykänen, J., Ranta, P. & Virkkunen, A. 2014. Ikätekniikan monimuotoinen maailma - KÄKÄTE-projektin loppuraportti. KÄKÄTE-raportteja 4/2014. Helsinki. Viitattu 2.3.2021.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 15.8.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s10>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. 2015. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 2.3.2021.

<https://www.pppshp.fi/dokumentit/Hoitoohje%20sisltytyppi/Saattohoito-ohjeistus.pdf>

Puolakka, J., Aukee, M., Eskola, K., Hannonen, P., Jokiranta, P., Karjalainen, K., Keikkala, S., Korhonen, H., Miettinen, M., Nyman, K., Repo, P. & Vanhala, M. 2008. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 121/2008. Viitattu 9.3.2021.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2020. Kotihoito. Viitattu 22.2.2021.

<https://www.phhyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/kotihoito-ja-tukipalvelut/>

Pöyhä, R. 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Finnanest 2012;45. Viitattu 22.3.2021. http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf

Rahko, E. & Koskela, R. 2015. Pahoinvoinnin etiologia. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja.

<https://www.oppiportti.fi/op/pli00105/do>

Rahko, E. & Koskela, R. 2015. Pahoinvointi ja oksentelu. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja.

<https://www.oppiportti.fi/op/pli00104/do>

Rimpiläinen, R. & Akural, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheissa. Finnanest 2007,40. Viitattu 20.3.2021. http://www.finnanest.fi/files/rimpilainen_palliatiivinen.pdf

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2005;121. Viitattu 24.8.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/2/duo94746?keyword=palliatiivinen%20hoito>

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Viitattu 8.2.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Lukijalle. Palliatiivinen hoito. Duodecim. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00263/do>

Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana -systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 2017, 29.

https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118376/Syopapotilaan_ ja_hanen_laheisensa_2017.pdf?sequence=2

Siukosaari, P. & Nihtilä, A. 2015. Vanhusten suun terveys. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2015;131. Viitattu 22.3.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/1/duo12035>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 2.3.2021.

<https://stm.fi/saattohoito>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 22.2.2021.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>

Suomen lääkäriliitto. 2021. Saattohoito. Viitattu 2.3.2021.

<https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/elaman-loppu/saattohoito/>

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Potilaan lääkirilehti*. Viitattu 27.8.2021. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? *Finnanest* 2012;45.

Viitattu 10.3.2021. http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopio. Viitattu 4.3.2021.

<https://core.ac.uk/download/pdf/15167319.pdf>

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos. Oulu. Viitattu 17.8.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Kotihoito. Ikääntyminen. Viitattu 22.2.2021.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Laatuksiteerit iäkkäiden sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon palveluille. Ikääntyminen. Viitattu 9.3.2021.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen/laatuksiteerit-iakkaiden-sosiaalihuollon-palliatiivisen-hoidon-palveluille>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. Viitattu 8.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Terveyskylä. 2018a. Kotisaattohoito. Viitattu 12.3.2021.

<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito>

Terveyskylä. 2018b. Ummetus. Viitattu 19.3.2021.

<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/ummetus>

Tiitola, N. 2011. Ikäihmisten kotihoito ja asumispalvelut, kunnan ja yksilön vastuun jakautuminen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, johtamiskorkeakoulu. Tampere. Viitattu 4.3.2021.

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82967/gradu05412.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2020a. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 31.5.2021. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito

Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2020b. Kivun hoito. Viitattu 16.3.2021. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoidon-erityistilanteita/kivun-hoito>

Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede 2020, 32; 122-133.

<https://search-proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/2417379763/7034F61C531F42A3PQ/2?accountid=12003>

Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsingin yliopisto. Viitattu 26.2.2021. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 2020, 32; 275-284. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/2471816680/7034F61C531F42A3PQ/1?accountid=12003>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 26.2.2021. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf

Kuviot

Kuvio 1: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämismalli. (STM 2019:68)8

Kuvio 2: Laatuksiteerit iäkkäiden sosiaaliuollon palliatiivisen hoidon palveluille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020b) 10

Kuvio 3: Kivun arviointi. (Kontinen & Hamunen 2015;131) 13

Liitteet

Liite 1: Tutkimussuunnitelma	44
Liite 2: Tutkimusluvan myöntäminen	45
Liite 3: Kysely	49
Liite 4: Saatekirje	52
Liite 5: Opas	53

Liite 1:Tutkimussuunnitelma



Henna-Riikka Mattsson & Henna-Rosa Kanninen

Opinnäytetyön suunnitelma

30.3.2021

Iäkkään asiakkaan palliatiivinen hoito kotihoidossa

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiden osaaminen palliatiivisen asiakkaan hoidossa. Tavoitteenamme on tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa palliatiivisen asiakkaan hoitokäytänteistä sekä tuottaa kyselyn tuloksien pohjalta tiivistetty opas kotihoidon työntekijöille palliatiivisen asiakkaan hoitotyöstä kotihoidossa.

Saimme toimeksiannon opinnäytetyön aiheeseen Jalkarannan kotihoidon sairaanhoitajalta. Työntekijät kokevat palliatiivisen asiakkaan hoidon osaamisensa riittämättömäksi ja toivovat aiheesta lisätietoa. Opinnäytetyössämme puhumme palliatiivisesta hoitotyöstä, jolla tarkoitamme iäkkään asiakkaan palliatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyössämme keskitymme palliatiiviseen hoitotyöhön, mikä tapahtuu perustasolla.

Toteutamme opinnäytetyön kvantitatiivisella menetelmällä. Tiedonhankinnan toteutamme internetissä täytettävän kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen avulla selvitämme, mitkä ovat kotihoidon työntekijöiden kokemat haasteet palliatiivisen asiakkaan hoidossa kotona. Tulosten pohjalta laadimme tiivistetyn oppaan Jalkarannan kotihoitoon. Tutkimuskysymykset, joihin haemme vastauksia ovat:

- Mikä osaaminen kotihoidon työntekijöillä on palliatiivisen asiakkaan hoitotyössä?
- Mitä haasteita kotihoidon työntekijät kokevat palliatiivisen asiakkaan hoitotyössä?

Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat palliatiivinen hoitotyö ja kotihoito.

Tarkoituksenamme on tehdä kysely toukokuun aikana ja kesän aikana analysoida tulokset. Opinnäytetyömme sekä kotihoitoon tarkoitettun oppaan teemme syksyn aikana.

Liite 2:Tutkimusluvan myöntäminen

Asianumero	D/870/13.00.00.01/2021
Päätöslaji	Opinnäytetyö
Otsikko	0008/2021 Tutkimusluvan myöntäminen Mattsson Henna- Riikka ja Kanninen Henna-Rosa, läkkään asiakkaan palliatiivinen hoito kotihoidossa
Päätösperustelut	Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiden osaaminen palliatiivisen asiakkaan hoidossa. Tavoitteena on tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa palliatiivisen asiakkaan hoitokäynneistä sekä tuottaa kyselyn tuloksien pohjalta tiivistetty opas kotihoidon työntekijöille palliatiivisen asiakkaan hoitotyöstä kotihoidossa.
Päätös	<p>Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle 30.11.2021 saakka seuraavin ehdoin ja edellytyksin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - saadut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa käyttää vain suunnitelmassa määriteltyyn aiheeseen - tekijän on huolehdittava siitä, että työssä muodostuvat yksittäisen henkilön identifiointiin mahdollistavat aineistot säilytetään omina asiakirjoista erillisinä aineistoina ja suojataan asiattomilta pääsyiltä sekä manuaalisten että atk-tiedostojen osalta - jos suunnitelmassa tulee muutoksia, tulee niistä ilmoittaa lupaviranomaisille ja tarvittaessa hakea uusi lupa - tietosuojasyistä tulokset tulee julkistaa siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on noudatettava tieteen eettisiä ohjeita - lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan - lupapäätöksen saajan tulee antaa päätös tiedoksi kaikille osallisille ja valvoa ehtojen täyttymistä - henkilötietojen käsittely tapahtuu EU:N yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukaisesti <p>Luvan saaneet ovat velvollisia toimittamaan tulosten sähköisen version Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän tutkimuskoordinaattorille.</p> <p>Tämän luvan myöntämiseen liittyvät lupahakemusasiakirja on tallennettu asianhallintajärjestelmään Twebiin.</p>
Lisätietojen antaja	tulosaluejohtaja Piritta Mattila, p. 044 440 6560
Toimivallan peruste	Ohje Opinnäytetyön tekeminen Päijät-Hämeen

	hyvinvointikuntayhtymässä. 2018
Nähtävänäoloaika	16.04.2021
Nähtävänäolopaikka	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä / kirjaamo, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus
Saaja	Henna-Riikka Mattsson, Henna-Rosa Kanninen,
Tiedoksi	Outi Kukkola, Laurea, Marjo Soini, Raija Hippi
Liitteet	Lupahakemus, opinnäytesuunnitelma
Allekirjoitus	Piritta Mattila Tulosaluejohtaja

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Liitetään viranhaltijan päätökseen

**Päijät-Hämeen
hyvinvointikuntayhtymä**

Kunnallisasiat

Viranomainen:
TulosaluejohtajaPäivämäärä:
15.04.2021Pykälä:
8**Oikaisuvaatimusoikeus**

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Muutoksenhakukielto

Oikaisuvaatimusta ei saa tehdä päätöksistä, jotka koskevat virka- tai työehtosopimuksen tulkintaa tai soveltamista (KvesL 26 §).

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään ja sen yhteystiedot:

Toimielin: Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän hallitus
Postiosoite: Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Käyntiosoite: Keskussairaalankatu 7
Puh.: (03) 819 11
Faksi: (03) 819 2308
Sähköpostiosoite: kirjaamo@pohhyky.fi
Aukioloaika: 9-15

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista ennen viraston aukioloajan päättymistä. Jäsenkunnan ja sen jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän päivän kuluttua siitä, kun pöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, sähköistä tiedoksiantoa käytettäessä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä ja muussa tapauksessa seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimusaika taloudellisin ja tuotannollisin perustein tehdystä irtisanomista koskevasta päätöksestä alkaa kuluu vasta irtisanomisaajan päättymisestä.

Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen

Pvm: 16.04.2021

Kuntalain 95 §:n 1 momentin mukainen erityistiedoksianto asianosaiselle

Asianosainen: Henna-Riikka Mattsson, Henna-Rosa Kanninen

 Annettu tiedoksi sähköisesti, pvm: Lähetetty tiedoksi kirjeellä, joka on annettu postin kuljettavaksi, pvm:
(kuntalaki 95 §) Tiedoksiantaja: Luovutettu asianosaiselle
Paikka ja pvm: Muulla tavoin, miten Tweb_____
Vastaanottajan allekirjoitus**Oikaisuvaatimuksen sisältö**

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen sekä sen tekijä ja yhteystiedot.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle oikaisuvaatimusajan kuluessa ennen sen viimeisen päivän virka-ajan päättymistä riippumatta tavasta, jolla se toimitetaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen toimittaa ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä.

4 (4)

Omallalla vastuulla oikaisuvaatimuksen voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin oikaisuvaatimus on jätettävä niin ajoissa, että se ehtii perille oikaisuvaatimusajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä.

Liite 3: Kysely

Taustatiedot
Kuvaus (valinnainen)
Ikäsi *
<input type="radio"/> 18-25
<input type="radio"/> 26-33
<input type="radio"/> 34-41
<input type="radio"/> 42-49
<input type="radio"/> 50-57
<input type="radio"/> 58 tai yli
Ammattiryhmäsi *
<input type="radio"/> Lähihoitaja
<input type="radio"/> Sairaanhoitaja
<input type="radio"/> Muu...
Työkokemus kotihoidossa *
<input type="radio"/> 0-3 vuotta
<input type="radio"/> 4-7 vuotta
<input type="radio"/> 8-10 vuotta
<input type="radio"/> Yli 10 vuotta
Työkokemus muusta hoitotyöstä *
<input type="radio"/> 0-3 vuotta
<input type="radio"/> 4-7 vuotta
<input type="radio"/> 8-10 vuotta
<input type="radio"/> Yli 10 vuotta

Kerro omin sanoin, mitä palliativinen hoitotyö tarkoittaa. *

Pitkä vastausteksti

Miten koet osaavasi lääkkeellisen kivunhoidon palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalla numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1

2

3

4

Miten koet osaavasi lääkkeettömän kivunhoidon palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalla numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1

2

3

4

Miten koet osaavasi ruokahaluttomuuden hoidon palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalla numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1

2

3

4

Miten koet osaavasi suun hoidon palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalla numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1

2

3

4

Miten koet osaavasi hengenahdistuksen helpottamisen palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalla numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1

2

3

4

Miten koet osaavasi ummetuksen hoidon palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalta numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miten koet osaavasi pehoinvoinnin hoidon palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalta numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miten koet osaavasi psyykkisen tukemisen palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalta numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miten koet osaavasi omaisen psyykkisen tukemisen palliativisessa hoidossa? *

Valitse kysymyksen kohdalta numero, joka kuvaa osaamistasi parhaiten. 1= osaan heikosti, 2= osaan kohtalaisesti, 3= osaan hyvin, 4= osaan erittäin hyvin

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kerro tähän, minkälämitkä asiat koet haastavaksi palliativisen asiakkaan hoidossa? *

Pitkä vastausteksti

Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta palliativisen asiakkaan hoitotyöstä? *

- Kyllä
- En

Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, voit kirjoittaa tähän alle, minkälaista lisäkoulutusta kaipaisit palliativisen asiakkaan hoitotyöstä.

Pitkä vastausteksti

Onko sinulla vielä jotain muuta, mitä haluaisit sanoa tästä aiheesta?

Pitkä vastausteksti

Liite 4: Saatekirje

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Porvoon Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyömme iäkkään asiakkaan palliatiivisesta hoidosta kotihoidossa. Tarkoituksenamme on selvittää kotihoidon työntekijöiden osaamista palliatiivisen asiakkaan hoidossa. Tämän kyselytutkimuksen avulla selvitämme tämänhetkisen osaamisen, jonka pohjalta laadimme tiivistetyn oppaan kotihoitoon palliatiivisen asiakkaan hoitotyöstä. Tutkimusluvan olemme saaneet PHHYKY:ltä 15.4.2021.

Aikaa kyselyn vastaamiseen on 21.4.2021 – 4.5.2021.

Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonyymisti ja perustuu täysin vapaaehtoisuuteen. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset hävitetään heti analysoinnin jälkeen. Kysely koostuu kolmesta (3) taustakysymyksestä, kymmenestä (10) vaihtoehtoväittämästä sekä kahdesta (2) avoimesta kysymyksestä. Kyselyyn vastaaminen kestää 10 minuuttia.

Olisi tärkeää, että vastaat jokaiseen kysymykseen, jotta saisimme mahdollisimman laajan kuvan tämänhetkisestä osaamisesta kotihoidossa.

Alla olevasta linkistä pääset vastaamaan kyselyyn.

<https://forms.gle/fGVXrBHuVBbiJxA48>

Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin,

Henna-Riikka Mattsson & Henna-Rosa Kanninen

Sairanhoitajaopiskelijat, Laurea-ammattikorkeakoulu, Porvoo

Mikäli sinulla tulee mieleen jotakin kysyttävää, meihin voi olla yhteydessä sähköpostitse.

henna-riikka.mattsson@student.laurea.fi

henna-rosa.kanninen@student.laurea.fi

Liite 5: Opas



Iäkkään asiakkaan
palliatiivinen hoito

Opas kotihoidon työntekijöille

"Asiakkaan hyvää hoitoa tilanteessa, jossa ei ole enää paranemisen mahdollisuuksia."

"Parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Vaalien elämänlaatua ja vähentää kipua. Myös omaiset otetaan huomioon."

Henna-Rosa Kanniainen & Henna-Riikka Mattsson 2021

Sisällysluettelo

Oireet.....	3
Kivun arviointi.....	4
Lääkkeellinen kivunhoito.....	5
Lääkkeetön kivunhoito.....	6
Ruokahaluttomuuden hoito.....	7
Suun hoito.....	8
Pahoinvoinnin ja ummetuksen hoito.....	9
Hengenahdistuksen hoito.....	10
Asiakkaan ja omaisen tukeminen.....	11
Lähteet.....	12

Tämä opas on osa ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetyötä. Opas on tarkoitettu kotihoidossa työskentelevien hoitajien tueksi iäkkään palliatiivisen asiakkaan hoidossa.

Oireet

Oire voi aiheuttaa fyysistä tai psyykkistä vaivaa esim. ahdistusta.

Asiakas voi kokea oireiden häiritsevyyden eri tavalla kuin hoitajat, minkä vuoksi eniten häiritsevät oireet ei välttämättä tule hoidetuksi. Tällöin hoito voi kohdistua vain näkyviin oireisiin.

Asiakkaat hakevat yleisimmin apua kipuun, pahoinvointiin ja oksenteluun, hengenahdistukseen sekä uupumukseen ja levottomuuteen.

Ota huomioon!

- Tavallisimmat psyykkiset oireet; masennus, ahdistus ja unihäiriöt.
- Asiakas tarvitsee hoitajan ohjausta hoidossaan ja oireiden hallinnassa, jotta psyykinen tasapaino säilyisi.
- Voit hyödyntää oireiden arvioinnissa Esas-oirekyselyä. Kyselyssä on erilaisia oireita, joita arvioidaan numeerisesti asteikolla 0-10.



Oirekysely	
Päivämäärä: _____/____/20____	Syntymäaika: _____
Nimi: _____	
<p>Oikesta on huolehtina ryöpäpotilaiden 10 tavallisin esiintyvää oireita. Asiakka kutsuttavien oireiden voimakkuus asteikolla 0-10 (0 tarkoittaa, että ei esiinny kyselyä oireita lainkaan, ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista tilaa). Jos listasta puuttuu jokin tällä luettavista oire, voitte lisätä sen listaan ja arvioida myös sen luokituksen asteikolla 0-10.</p>	
	ei lainkaan pahin mahdollinen
kipu leuossa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kipu liikkeessä	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
väsymys	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pahoinvointi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
masennus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ahdistuneisuus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
uneliaisuus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ruokahaluttomuus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hengenahdistus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
uupumus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
muu oire, mikä?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
muu oire, mikä?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Milläseksi koette voivanne kokonaisuudessaan?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = heikoin mahdollinen
0 = paras mahdollinen	10 = heikoin mahdollinen

Esimerkki Esas-oirekyselystä, Googlesta löytyy monia erilaisia.

Kivun arviointi

- Tunnista kipu.

- Arvioi kivun voimakkuus, luonne ja sijainti.

Kipua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla (VRS-, NRS-mittari tai VAS-kipujana).

Monet sairaudet voivat muuttaa kipukynnystä ja kivun tunnistamista esim. Alzheimerin tauti.

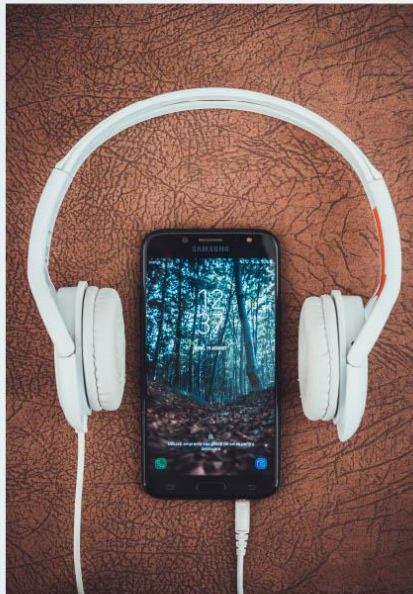
Täydellinen kivunlievitys on epärealistinen tavoite. Hyvä kivunlievitys, jolloin kipu ei ole keskeisin asia elämässä on mahdollista.

Lääkkeellinen kivunhoito

- Lievään kipuun parasetamoli. Tulehduskipulääkkeitä tulisi välttää, koska niillä on haittavaikutuksia munuaisten ja verihiutaleiden toimintaan sekä vatsan limakalvoon.
- Heikkoja ja keskivahvoja opioideja ei yleensä käytetä, koska tietyn annoksen jälkeen teho ei lisäänty.
- Kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun vahva opioidi.
- Lisäksi parasetamoli opioidin rinnalla, koska se tehostaa opioidianalgesiaa.
- Stabiilissa kivussa fentanyyliä sisältävä kipulaastaria, esim. Matrifen®.
- Yleensä neuropaattista kipua hoidetaan epilepsia- ja masennuslääkkeillä.
- Neuropaattisessa kivun hoidossa tarvittaessa heikko opioidi tramadoli, mutta sama vaikutus voidaan saada myös yhdistämällä pieni annos vahvaa opioidia ja masennuskipulääkettä.
- Joskus tulisi harkita kipulääkityksen lisäämisen sijaan ahdistusta lievittävää lääkettä.



Lääkkeetön kivunhoito



- Liikunta.
- Kylmähoidot, vähentää turvotusta ja nostaa kipukynnystä. Ei tule käyttää alueilla, joissa on heikko verenkierto tai ihoalueen tunto on huono.
- Lämpöhoidot, vilkastuttaa verenkiertoa ja rentouttaa lihaksia. Ei saa käyttää ihottuma- tai tulehdusalueilla ja varovasti alueilla, joissa on huono valtimoverenkierto.
- TNS-hoito eli ihon kautta tapahtuva sähköinen hermoärsytys.
- Asentohoito, helpottaa lihasjännitystä, parantaa verenkiertoa ja ehkäisee painehaavoja.
- Musiikin kuuntelu voi viedä ajatuksia pois kivusta.

Ruokahaluttomuuden hoito

Ruokahaluttomuuden syitä voivat olla nielemisvaikeudet, suun kuivuminen, ummetus, pahoinvointi ja oksentelu, kipu sekä kipulääkkeet, masentuneisuus ja liian suuret ruoka-annokset.

Huomioi ruokailutilanteissa!

- Istuminen selkä suorana pöydän ääressä.
- Jokaisen suupalan jälkeen tulisi juoda nestettä, sillä tämä helpottaa nielemistä.
- Ruoka on helpompi niellä huoneenlämpöisenä kuin liian kuumana tai kylmänä.
- Tarjoa mieluista ruokaa, useita välipaloja päivässä, pieniä annoksia kerralla.
- Ruuan tulisi olla koostumukseltaan pehmeää ja sosemaista.
- Liian nestemäinen ruoka voi aiheuttaa aspiraatiovaaran.



Suun hoito

Joka kolmas iäkäs kärsii kuivasta suusta. Syljen vähäisyys vaikeuttaa puhumista, syömistä sekä hammasproteesien käyttöä. Kuiva suu oireilee limakalvojen arkuutena, kuivuutena ja kirvelynä, suupieliä halkeilulla sekä huulet voivat olla kuivat ja rohtuneet. Riittävä nesteiden saanti on tärkeää, koska sylkeä ei erity riittävästi kuivuneessa kehossa. Ruuan tulisi olla pureskeltavaa, jotta se aktivoi sylkirauhasten toimintaa. (Huomioi nielemisvaikeudet!)

Huomioi suun hoidossa!

- Suun hoitaminen on tärkeää asiakkaan yleisen hyvinvoinnin kannalta sekä tulehdusten ennaltaehkäisemiseksi.
- Hammasharjan tulee olla pehmeä, ei voimakkaita suuvesiä tai hammastahnoja.
- Hammasproteesien tulee olla sopivan kokoiset suuhun. Pesu 2 x vuorokaudessa. Hammasproteesit yöksi pois.
- Suuta tulisi huuhdella vedellä useita kertoja vuorokaudessa.
- Suuta kuivattavien lääkkeiden lopettamista tulisi miettiä.
- Apteekista saa suuta kostuttavia geelejä. Myös esim. ananasmurska, jäämurska, ruokaöljy tai sitruunapuikot voivat auttaa suun kuivuuteen.
- Xylitolivalmisteet lisäävät syljen eritystä. Käytetään ruokailujen jälkeen.



Pahoinvoinnin ja ummetuksen hoito

Ummetuksesta puhutaan, jos ulostamista tapahtuu alle kolme kertaa viikossa. Noin puolet palliatiivisista asiakkaista kärsii ummetuksesta. Ummetus on myös opioidien haittavaikutus. Asiakkaalla voi esiintyä ummetusta, vaikka ruokailu olisi vähäistä.

Pahoinvointi on yksilöllinen tuntemus, mutta siihen voi usein liittyä esimerkiksi kylmänhikisyyttä, huimausta, syljen erityksen lisääntymistä tai päänsärkyä. Moniin kroonisiin sairauksiin voi liittyä pahoinvointia, mutta myös monet lääkkeet voivat aiheuttaa pahoinvointia.

Yleisimmin käytettyjä lääkkeitä pahoinvoinnin hoidossa:

- Krooniseen pahoinvointiin
Primperan ®

- Opioidista johtuvaan
pahoinvointiin Serenase ®

- Vaikeahoitoisessa
pahoinvoinnissa
Ondansetron ®

- Ummetuksen hoidossa käytetään suolen sisältöä pehmittäviä tai suolen supistustoimintaa vilkastuttavia lääkkeitä. (Esim. Pegorion ®)

- Suolen sisältöä lisääviä kuituvalmisteita ei suositella, koska nesteiden saanti tulisi olla runsasta näiden kanssa. (Esim. Vi-Siblin ®)

- Suolen tulisi toimia vähintään kolmen päivän välein, tähän asti ummetuslääkkeen annostusta lisätään asteittain.

- Opioidista johtuvaan ummetukseen lääkärin määräyksellä Moventig ®, jos muista ummetuslääkkeistä ei ole apua.

- Opioidien muille haittavaikutuksille kehittyy toleranssi, mutta ummetukselle ei.

Hengenahdistuksen hoito

- Ummetus heikentää palleahengitystä ja tämä voi lisätä hengenahdistusta.

- Psykkinen ahdistus aiheuttaa hyperventilaatiota, joka pahentaa hengenahdistusta. Asiakkaan rauhoittelu on tärkeää.

- Ikkunan avaaminen voi helpottaa hengenahdistusta.

- Pulloon puhaltamisesta voi olla apua, jos asiakkaalla esiintyy limaisuutta.

- Asentohoidolla voidaan helpottaa hengenahdistusta; puoli-istuva asento tai kylkimakuulle huonommin hengittävä keuhko alaspäin.

- Hengenahdistuksen ensisijainen lääkehoito on opioidi.

- Bentsodiatsepiinia käytetään hengenahdistuksesta aiheutuvaan ahdistuneisuuteen, mutta sen vaikutus hengenahdistukseen on vähäinen.

Asiakkaan ja omaisen tukeminen

Fyysisten oireiden lisäksi tulee tarjota psykososiaalista, henkistä ja hengellistä tukea niin asiakkaalle kuin hänen omaisilleenkin. Arvokkaita piirteitä kohtaamisessa ovat läsnäolo, joustavuus ja tilanneherkkyys. Vuorovaikutus, kuuntelun taito sekä ohjauksen merkitys korostuvat palliatiivisessa hoidossa.

- Tutustu asiakkaaseen yksilönä.
- Ota huomioon myös omaisten ajatukset ja toiveet.
- Ole asiakkaan lähellä, istu tasavertaisuuden luomiseksi keskustellessa.
- Muista asiakkaan henkilökohtainen tila, millainen kosketus sopii asiakkaalle.
- Hoitotilanteissa mieleen jää paremmin tunnelma ja kosketus kuin sanat.



- Asiakkaan ja omaisten epätietoisuus aiheuttaa epäluottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan.

- Hyvä luottamus rakennetaan kysymällä myös omaisten vointia ja kuulumisia. Kannattaa myös kysyä, mitä omaisille on kerrottu aiemmin hoidosta. Asiakkaan ja hänen omaistensa osallistaminen hoitopäätöksiin lisää heidän selviytymistään.

- Muista kiittää omaista jaksamisesta ja asiakkaan hoidosta.

- Keskustele avoimesti ja rehellisesti asiakkaan ja omaisen kanssa, varaa keskusteluun riittävästi aikaa!

Lähteet

- <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10809>
<https://www.oppiportti.fi/op/pii00015/do>
<https://www.oppiportti.fi/op/pii00017/do>
<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhusten-saattohoidossa/>
<https://www.oppiportti.fi/op/pii00026/do>
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s10>
<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-eritystilanteita/kivun-hoito>
<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/320101/SL1342019_1811.pdf?sequence=1
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/1/duo12035>
<https://www.terveysportti.fi/apps/tlk/article/ykt00397/search/palliatiivinen%20hoito>
<https://www.duodecimlehti.fi/duo10828>
<https://www.oppiportti.fi/op/pii00104/do>
<https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>
<https://www.terveyskirjasto.fi/far01025>
https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=3896&i=PFIZER_VI-SIBLIN%2C+VI-SIBLIN+5
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/ummetus>
<https://www.terveyskirjasto.fi/far00222>
<https://www.kaypahoito.fi/nix01904>
<https://www.duodecimlehti.fi/duo10828>
http://www.finnanest.fi/files/impilainen_palliatiivinen.pdf
<https://docplayer.fi/7697773-Hengenahdistuksen-palliatiivinen-hoito.html>
<https://www.duodecimlehti.fi/duo10828>
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/2/duo94746?keyword=palliatiivinen%20hoito>
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://www.oppiportti.fi/op/pii00064/do>
<https://www.oppiportti.fi/op/pii00066/do>
 Esas-oirekyselyn kuva: <https://www.oppiportti.fi/op/pii00017/do>
 Osoassa käytetyt muut kuvat on otettu Piktochart ohjelmasta.