

Heli Blomqvist, Heini Immonen

Hoitajien tietoperusta palliatiivisesta hoidosta ja sen vertaaminen Käypä hoito -suositukseen tehostetussa kotihoidossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

15.4.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Heli Blomqvist 1103895, Heini Immonen 1103887 Hoitajien tietoperusta palliativisesta hoidosta ja sen vertaaminen Käypä hoito -suositukseen tehostetussa kotihoidossa 21 sivua + 6 liitettä 15.4.2014
Tutkinto	Sairaanhoidaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoidaja
Ohjaaja(t)	TtT, Yliopettaja Anneli Sarajärvi
<p>Opinnäytetyö toteutettiin osana laajempaa Osaamisen ennakointi -hanketta, joka on erään kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistyöhanke. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperustaa palliativisesta hoidosta sekä verrata niitä Käypä hoito -suositukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa palliativisen hoidon kehittämiseen ja sitä kautta edistää hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista.</p> <p>Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen. Tutkimukseen osallistui tehostetun kotihoidon työyksikön hoitajia. Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluilla (n=5) helmikuussa 2014. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten mukaan hoitajien tietoperusta kattoi fyysisten oireiden lievittämisen sekä psyykkisen, sosiaalisen, hengellisen ja omaisen tukemisen osa-alueet. Vastauksissa näkyi Käypä hoito -suositus laajasti. Hoitajat toivat lisäksi esille runsaasti erilaisia hoitotyön keinoja Käypä hoito -suosituksen ulkopuolelta. Kivun hoidon rooli ymmärrettiin suureksi ja kivunhoitomenetelmät olivat tunnettuja. Kivun arviointiin kiinnitettiin vähäisesti huomiota. Hengellisessä tukemisessa auttamiskeinona nähtiin suurimmilta osin ulkopuolisen tahon antamaan hengelliseen tukeen turvautuminen. Työnohjauksen tarve nousi esiin hoitajan jakamisen tukemiskeinona. Ajankäyttöön liittyviä resursseja kaivattiin lisää sekä potilaan psyykkiseen tukemiseen että omaisen tukemiseen.</p> <p>Jatkossa voisi laatia kehittämistyönä suunnitelman yksikössä tarvittavasta palliativisen hoitotyön koulutuksesta. Lisäksi voisi kartoittaa ja täsmentää työnohjauksen tarpeet ja keinot yksikössä. Jatkossa tarvitaan lisää suomalaista tutkimusta hoitajien valmiuksista toteuttaa kotona tapahtuvaa palliativista hoitoa.</p>	
Avainsanat	palliativinen hoito, tehostettu kotihoito, tietoperusta

Author(s) Title Number of Pages Date	Heli Blomqvist 1103895, Heini Immonen 1103887 Nurses knowledge-base of palliative care and a comparison of the Käypä hoito -recommendation in the intensive home care 21 pages + 6 appendices 15 Apr 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Anneli Sarajärvi, Principal Lecturer, PhD
<p>Thesis was part of the Osaamisen ennakointi -project which was a co-operation project of one city and Metropolia University of Applied Sciences. The purpose of the thesis was to represent the nurses' knowledge-base of palliative care in the intensive home care and compare it to Käypä hoito -recommendation. The aim of the thesis was to provide information on developing the palliative care and thereby to promote health care workers evidence based knowledge.</p> <p>The research method was qualitative. The study was participated by the nurses of intensive home care. The data collection was carried out with theme interviews (n=5) in February 2014. Data was analyzed using deductive content analysis.</p> <p>According to the results nurses' knowledge-base covered relieving the physical symptoms and psychological, social and spiritual support and also supporting the relatives. In responses Käypä hoito - recommendation was widely shown. In addition nurses brought out plenty of different kind of nursing methods outside of the Käypä hoito -recommendation. The big role of pain management was well understood and the methods of pain management were known. The assessment of pain was paid little attention. In giving spiritual support the nurses relied on outside assistance. The need of supervision of work emerged in the responses as a nurses coping method. More time was hoped for psychological support for patients and the relatives.</p> <p>A further development research could be to elaborate a special plan for palliative care training in the unit. Furthermore the needs and methods for supervision of work could be examined and specified. In the future the Finnish research on the nurses' preparedness to implement palliative care at home environment is needed.</p>	
Keywords	palliative care, intensive home care, knowledge-base

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Palliativisen hoidon käytänteet	2
2.1	Palliativisen hoidon määritelmä	2
2.2	Palliativisen hoidon historiaa ja nykypäivää	3
2.3	Tehostettu kotihoito	4
2.4	Näyttöön perustuva hoitotyö ja Käypä hoito -suositus	4
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	5
4	Opinnäytetyön toteutus	5
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat	5
4.2	Aineistonkeruu ja kohderyhmä	6
4.3	Aineiston analyysi	7
5	Opinnäytetyön tulokset	8
5.1	Tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperusta palliativisesta hoidosta	8
5.1.1	Palliativisen hoidon määritelmä	8
5.1.2	Fyysisten oireiden lievittäminen	8
5.1.3	Potilaan psyykkisen toimintakyvyn tukeminen	10
5.1.4	Potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen	12
5.1.5	Potilaan hengellinen tukeminen	13
5.1.6	Omaisien tukeminen	14
5.1.7	Hoitajan jaksamisen tukeminen palliativisessa hoidossa	15
5.2	Käypä hoito -suosituksen näkyminen hoitajien tietoperustassa	15
6	Pohdinta	17
6.1	Tulosten tarkastelu ja jatkokehitysehdotukset	17
6.2	Eettisyys	19
6.3	Luotettavuus	20
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	21
	Lähteet	22
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku	
	Liite 2. Haastattelukysymykset	

- Liite 3. Haastattelupyyntö
- Liite 4. Suostumus tietojen tallennukseen
- Liite 5. Esimerkki pelkistyksistä
- Liite 6. Sisällönanalyysi

1 Johdanto

Palliativisen hoidon tarpeen on arvioitu kasvavan Euroopassa 20 % tulevien 10–15 vuoden aikana (Käypä hoito -suositus 2012). Väestön ikääntyessä erilaisten pitkäaikaisairauksien määrä lisääntyy. Ennusteiden mukaan jopa lähes puolet Eurooppalaisista kuolee tulevaisuudessa krooniseen sairauteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 23). Potilaalla on oikeus kuolla kotonaan tai paikassa, jossa hän voi olla läheistensä läheisyydessä niin halutessaan (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003: 8–13). Myös Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2010) mukaan potilaalle on tarjottava mahdollisuus saattohoitoon kotona.

Palliativisen hoidon osaamisessa ja toteutuksessa on kehitettävää. Riittämätön tieto palliativisesta hoidosta on yksi suurimmista esteistä korkeatasoisen palliativisen hoidon tarjoamisessa. Julkisen terveydenhuollon hoitajat tarvitsevat koulutusta palliativisen hoidon peruseriaatteista ja oireiden hoidosta. Kotona tapahtuvaan palliativiseen hoitotyöhön tarvitaan tietoperustan lisäksi aikaa, tukea sekä vuorovaikutustaitoja (Al Qadire 2014; STM ja Kuntaliitto 2013: 31; Wallerstedt – Andershed 2007).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperustaa palliativisesta hoidosta sekä verrata sitä Käypä hoito -suositukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa palliativisen hoidon kehittämiseen ja sitä kautta edistää hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista. Opinnäytetyö tehdään osana laajempaa Osaamisen ennakointi -hanketta ja se on suoraan hyödynnettävissä työelämässä. Tuloksista ilmenee hoitajien tiedollinen lähtötaso yksikön palliativisen hoitotyön toiminnan ollessa alkamassa. Tuloksista voidaan päätellä, mihin suuntaan hoitotyötä kannattaa lähteä kehittämään ja henkilökunnan koulutusta kohdentaa.

2 Palliativisen hoidon käytänteet

2.1 Palliativisen hoidon määritelmä

Sana palliativinen johdetaan englannin kielen sanasta ”palliate”, joka merkitsee lievittää, vähentää tuskaa, helpottaa (Vainio – Hietanen 2004: 5). Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan palliativinen hoito eli oireita lievittävä hoito on potilaan aktiivista kokonaihoitoa tilanteessa, jossa sairaus ei enää ole parannettavissa (World Health Organization 2014).

Kaikille vakavasti sairaille kuten kuoleville syöpäpotilaille, keuhkohtaumatautia tai sydämen vajaatoimintaa sairastaville, dementia, ALS- ja MS-potilaille sekä muita eteneviä hermo-lihastauteja ja maksa- tai munuaistautia sairastaville potilaille heidän iästään riippumatta on tarjottava palliativista hoitoa, jolla turvataan laadukas loppuelämä (Grönlund – Huhtinen 2011: 76; Käypä hoito -suositus 2012.)

Lähtökohtana palliativisessa hoidossa on, että kuoleman ymmärretään olevan elämän normaali päätepiste. Palliativinen hoito on kokonaisvaltainen lähestymistapa, jonka tarkoituksena on lievittää kaikkia kuolevan potilaan fyysisiä oireita, kuten kipua, pahoinvointia, hengitystieoireita ja maha-suolikanavan oireita sekä tarjota psyykkistä ja henkis-hengellistä tukea. Palliativisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan muuhun hoitoon reagoimattoman oireen lievittämistä heikentäen tajuntaa tarkoituksellisesti. Palliativisen hoidon tavoitteena on parantaa elämänlaatua sekä auttaa potilasta elämään jäljellä oleva aika niin aktiivisesti kuin se vain on mahdollista. Lievitettäessä potilaan fyysisiä oireita myös inhimillinen kärsimys lievittyy ja sitä kautta kuolemaan kiinnittyminen vähenee, jolloin mahdollistetaan potilaalle vapaus iloita jäljellä olevasta ajasta. (Grönlund – Huhtinen 2011: 76–77; Hamunen – Heiskanen – Kalso 2007; Käypä hoito -suositus 2012; Mattila 2010: 41.)

Ihmisen kohdatessa oman kuolemansa aiheutuu tästä eksistentiaalistista kärsimystä, jonka piirteisiin kuuluvat merkityksettömyyden tunne, kokemus taakkana olemisesta sekä kuolemanpelon ja paniikin lisäksi toive kuoleman jouduttamisesta. Tutkimuksen mukaan psyykkisen ja hengellisen tuen kehittämisellä voidaan parantaa palliativisen hoidon laatua. Myös kuolevan omaisille tarjotaan tukea sekä sairauden aikana että kuoleman jälkeen. (Grönlund–Huhtinen 2011: 76–77; Heyland ym. 2010; Käypä hoito -suositus 2012.)

Hyvä palliatiivinen hoito on eriasteisten päätösten jatkumo, jossa pidättäydytään aggressiivisista tutkimuksista ja hoidoista sairauden eri vaiheissa ja toisaalta vastaavasti hoidetaan mahdollisimman hyvin oireenmukaisesti (Hänninen 2006: 23–52). Hoidon tavoitteet vaihtelevat sairauden eri vaiheissa (Grönlund ym. 2008: 27). Siirtyminen palliatiiviseen hoitoon on tärkeä hoitopäätös, jossa potilaalle ja hänen perheelleen tulee antaa mahdollisuus osallistua päätösten tekoon ja heille tulee kertoa hoitopäätösten perusteista ja seuraamuksista. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa päätöksenteossa ja kaikissa hoidon vaiheissa ottaen huomioon potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva lainsäädäntö. Muita kuolevan potilaan hoitoon liittyviä eettisiä arvoja ovat inhimillisyys ja arvokkuus. (Grönlund – Huhtinen 2011: 18; Käypä hoito -suositus 2012; Vainio – Hietanen 2004: 286, 318.)

Saattohoitopotilaiden hoitopaikka on perusterveydenhuollossa joko sairaalassa, saattohoitoyksikössä tai kotona (Grönlund – Anttonen – Lehtomäki – Agge 2008: 24; Grönlund – Huhtinen 2011: 17). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2010) mukaan saattohoitopotilaalle on tarjottava hoitoa mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän asuu ja elää.

2.2 Palliatiivisen hoidon historiaa ja nykypäivää

Moderni palliatiivisen hoidon periaate on kehittynyt hospice-liikkeestä. Hoito sai alkunsa lääkäri ja sairaanhoitaja Cicely Saundersin (1918–2005) perustaessa St. Christopherin hoivakodin saattohoitopotilaille Lontoossa vuonna 1967. Saunders saattoi alulle kokonaisvaltaisen lähestymistavan käsitellä niitä moninaisia oireita, joista eteneviä ja heikentäviä sairauksia sairastavat potilaat kärsivät. Hoivakodissa kehitettiin tehokas kivunhoito tarkkailemalla morfiinin ja muiden samankaltaisten lääkkeiden käyttöä ja vaikutuksia. Aluksi palliatiivinen hoito oli tarkoitettu potilaille, jotka sairastivat parantumatonta syöpää ja hoitoa tarjottiin vain hoivakodissa. Isosta-Britanniasta saattokotiliike levisi ensin muihin anglosaksisiin maihin ja myöhemmin muualle länsimaihin. Nykyisin palliatiivista hoitoa on mahdollista saada hoivakotien ja sairaaloiden lisäksi kotihoidossa. (Hietanen – Vainio 2004: 43; O’Neill – Fallon 1996; Stevens – Jackson – Milligan 2009: 7.)

Perustana korkeatasoiselle kuolevan hoidolle voidaan pitää vuonna 1975 YK:n julkaisemaa kuusitoistakohtaista kuolevien oikeuksien julistusta. Suomessa Lääkintöhallitus antoi vuonna 1982 ohjeet kuolevien potilaiden hoidosta. Kuolevan potilaan hoito saat-

tokotihoidon muodossa käynnistettiin Suomessa 1980-luvun loppupuolella. ETENE eli valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta julkaisi oman julistuksensa vuonna 2002. Samana vuonna julkaistiin WHO:n palliatiivisen hoidon suositus. Vuonna 2008 julkaistu ja 2012 päivitetty Käypä hoito -suositus ohjaa kuolevan potilaan lääketieteellistä hoitoa. Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Hyvä saattohoito Suomessa -nimisen saattohoidon suosituksen. (Grönlund – Huhtinen 2011:15; Hänninen – Pajunen 2006: 10; Sand 2003: 6; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

2.3 Tehostettu kotihoito

Tehostettua kotihoitoa voi luonnehtia kotisairaalatyyppiseksi toiminnaksi, jonka piirteisiin kuuluu lyhytaikaisuus, ympärivuorokautisuus, akuuttiin tarpeeseen vastaaminen, lääkärijohtoisuus ja palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisuus. Kotisairaalahoidolla tarkoitetaan määräaikaista ja tehostettua sairaalatasoisen hoidon antamista potilaan kotona. Hoito perustuu potilaan omaan haluun tulla hoidetuksi kotona. (Hägg ym. 2007: 24; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Sosiaaliportti 2010.)

2.4 Näyttöön perustuva hoitotyö ja Käypä hoito -suositus

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista palliatiivisessa hoidossa. Näyttöön perustuva hoitotyö määrittellään yleisesti parhaan, ajantasaisen tiedon hankkimiseksi ja sen järjestelmälliseksi ja kriittiseksi sekä harkituksi käytöksi yksittäisen potilaan tai potilasryhmän terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä. Hoitotyöntekijän tulee pystyä perustelemaan toimintaansa erilaisissa hoitotilanteissa. Myös hoidon saajien vaatimukset hoidolle ovat lisääntyneet ja he vaativat perusteluja hoitoaan koskevissa päätöksissä. Näyttöön perustuvaan tutkimustietoon perustuen voidaan karsia niitä hoitotyön toimintoja, joilla ei ole vaikuttavuutta hoitotyössä. Tällä on vaikutuksensa hoidon taloudellisuuteen. Näyttöön perustuvassa hoidossa yhdistyvät ehjäksi kokonaisuudeksi paras ajantasainen tieto, hoitotyöntekijän kokemukseen perustuvan tiedon käyttö, tieto potilaan toiveista ja tarpeista sekä toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö eli organisaation voimavarat. Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, jotka on suunnattu lääkäreille sekä muille terveydenhuollon työntekijöille. Suositukset laatii asiantuntijatyöryhmä. Suositusten pohjalta terveydenhuollon ammattihenkilöstö voi tehdä hoitopäätöksiä, jotka perustuvat tieteelliseen tietoon ja ovat näyttöön

perustuvia. (Erkkilä – Sarajärvi 2012: 38; Sarajärvi 2009: 10; Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperustaa palliatiivisesta hoidosta sekä verrata sitä Käypä hoito -suositukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon kehittämiseen ja sitä kautta edistää hoitoyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista.

- Millainen on tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperusta palliatiivisesta hoidosta?
- Miten kuolevan potilaan oireiden hoidon Käypä hoito -suositus näkyy hoitajien tietoperustassa?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyön lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 50). Lähestymistapa tutkittavaan asiaan on mahdollisimman kokonaisvaltainen. Menetelmää ei voi sanoa puhtaasti objektiiviseksi, sillä tutkijan arvoperusta muovaa tapaa, jolla ilmiötä ymmärretään. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 161.) Laadullisessa tutkimuksessa teoria näkyy tutkimuksen metodien, etiikan ja luotettavuuden hahmottamisessa sekä työn teoreettisessa viitekehyydessä. Tutkimustyyppiltään laadullinen tutkimus on empiiristä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 18, 22).

4.2 Aineistonkeruu ja kohderyhmä

Aineistonkeruupaikkana oli tehostetun kotihoidon toimintayksikkö, jonka toimintaan kuuluu hoidon- ja palvelun tarpeen arviointi, asiakkaan tarvitseman hoidon toteutus sekä hoidon seuranta ja arviointi. Yksikön tiimit tuottavat kotisairaalapalveluita sekä akuutin kotihoidon palveluita. Tehostettu kotihoito hoitaa myös asiakkaita, joilla on palliatiivisen hoidon tarve. Tulevaisuudessa yksikössä on tarve myös yhä vahvemmalle saattohoidon osaamiselle. Yksikkö osallistuu kaupungin saattohoitomallin kehittämiseen, joka valmistuu vuonna 2014. Haastateltavina (tiedonantajina) olivat tehostetun kotihoidon toimintayksikön sairaanhoitajat ja lähihoitajat (n = 5). Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tiedonantajat tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85).

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa haastattelua ohjataan etukäteen valittujen keskeisten teemojen mukaisesti (Tuomi – Sarajärvi 2009: 75). Haastattelut toteutettiin strukturoidusti samankaltaisina jokaiselle haastateltavalle, jotta yhdenmukaisuus toteutuu eikä luotettavuusongelmaa synny kahden haastattelijan tilanteessa. Teemahaastattelua varten luotiin haastattelurunko (Liite 2) opinnäytetyön teoreettista viitekehyksen ja Käypä hoito -suosituksen pohjalta.

Toimintayksikön työntekijöille pidettiin tiedotustilaisuus opinnäytetyöhön osallistumisesta, johon osallistui kyseisenä päivänä työvuorossa olleet kuusi (6) hoitajaa. Lopuille työntekijöille jätettiin kutsukirje työpaikalle. Yhteensä kahdellekymmenenellejälle (24) työntekijälle jaettiin kutsukirje haastatteluun osallistumiseen (Liite 3). Määräaikaan mennessä saatiin viisi (5) haastateltavaa.

Haastattelut toteutettiin tehostetun kotihoidon tiloissa yhden viikon aikana helmikuussa 2014. Haastattelut tehtiin haastateltavien työajalla ja niihin varattu aika ja haastattelun teema ilmoitettiin etukäteen haastateltaville. Haastattelut tallennettiin digitaaliseen muotoon ja jokaiselta haastateltavalta pyydettiin suostumus haastattelun tallentamiseen (Liite 4). Litterointi on tehtävä erityisen huolella ja yksityiskohtaisesti kattaen koko tutkimusaineiston (Vilka 2005: 115–116). Materiaalin litterointi tehtiin parityönä joko heti haastattelun jälkeen tai alle viikon sisällä haastattelusta.

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä, joka perustuu jo olemassa olevaan teoriaan tai käsitejärjestelmään. Sisällönanalyysillä pyritään jäsentelemään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon säilyttäen sen informatiivinen sisältö. Analysoitaessa aineistoa haastateltavien alkuperäiset ilmaukset muodostavat analyysin lähtökohdan, jonka jälkeen ne häivytetään. Deduktiivinen sisällönanalyysi etenee siten, että muodostetaan analyysirunko, jonka sisälle muodostetaan kategorioita. Analyysirungon ulkopuolelle jäävistä kategorioista muodostetaan uusia luokkia. Analyysin vaiheita ovat pelkistäminen, ryhmittely eli klusterointi ja abstrahointi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 167; Tuomi – Sarajärvi 2009: 22, 108, 113–115.)

Analyysirunkona käytettiin teemahaastattelurunkoa, joka tehtiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen ja Käypä hoito -suositusten pohjalta. Analyysiyksikkönä toimi lauseen osa, lause tai virke. Aineistosta analysoitiin vain sen ilmis sisältö, ei piilomerkityksiä. Sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla aineisto läpi. Aineistosta poimittiin alkuperäiset ilmaisut. Ilmauksista tehtiin pelkistykset (Liite 5). Pelkistykset koottiin yhteen ja klusteroitiin eli ryhmiteltiin (Liite 6) alaluokkiin yhdistämällä samaan aihepiiriin liittyvät pelkistykset. Alaluokista abstrahointiin yläluokkia yhdistämällä samaan aihepiiriin kuuluvat luokat analyysirungon mukaisesti. Analyysirungossa oli valmiina pääluokat, joihin yläluokat yhdistettiin.

Tutkittavan anonymiteetti turvattiin välttämällä suoria lainauksia tutkimustuloksia esittäessä. Johtuen suppeasta haasteltavien määrästä, haastateltavien tunnistettavuuden häivyttämiseen kiinnitettiin erityisesti huomiota. Tuloksista kirjoitettiin raportti, jossa tuloksia verrattiin Käypä hoito -suositukseen. Vertailun tuloksena luotiin näkemys tietoperustan näyttöön perustuvuudesta. Opinnäytetyön julkaisumuotona on sähköinen julkaisu ja tulokset esitellään työelämässä.

5 Opinnäytetyön tulokset

5.1 Tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperusta palliatiivisesta hoidosta

Haastateltavana oli viisi tehostetun kotihoidon hoitajaa, joista neljä oli sairaanhoitajia ja yksi perushoitaja.

5.1.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Palliatiivisen hoidon määritelmä jakaantui kahteen alaluokkaan (Taulukko 1), jotka olivat *oireenmukainen hoito* ja *kuolemaa edeltävä hoito*. Haastatteluvastauksissa palliatiivinen hoito määriteltiin oireenmukaiseksi hoidoksi, jolla helpotetaan ihmisen vointia, kun parantavaa hoitoa tai keinoa ei enää ole. Lääkäri, omaiset ja asiakas/potilas tekevät yhdessä päätöksen, ettei aktiivisia hoitoja enää anneta. Palliatiivinen hoito on kuolemaa edeltävää hoitoa eli saattohoitoa, jolla taataan mahdollisimman hyvä loppu. Palliatiivinen hoito määriteltiin kokonaisvaltaiseksi hoidoksi ja se miellettiin myös kivunhoidoksi. Sen sanottiin myös olevan saattohoidosta seuraava aste eli viimeinen aste.

Taulukko 1. Palliatiivisen hoidon määritelmä

Yläluokka	Päälouokka
Oireenmukainen hoito	Palliatiivisen hoidon määritelmä
Kuolemaa edeltävä hoito	

5.1.2 Fyysisten oireiden lievittäminen

Tulosten mukaan fyysisten oireiden lievittäminen jakaantui kolmeen yläluokkaan (Taulukko 2), jotka olivat *kivunhoito*, *peruselintoiminnoista huolehtiminen* ja *perushoidosta huolehtiminen*. Näistä kivunhoito jaettiin neljään alaluokkaan, jotka ovat *lääkkeellinen kivunhoito*, *lääkkeetön kivunhoito*, *palliatiivinen sedaatio* ja *kivunhoidon merkitys ja hallinta*. Peruselintoiminnoista huolehtimisen alaluokiksi muodostuivat *hengityksen helpottaminen*, *erittämistoiminnoista huolehtiminen*, *kuivumisen ehkäisy* ja *turvotuksen lievittäminen*. Perushoidosta huolehtiminen jakaantui kuuteen alaluokkaan, jotka olivat *pahoinvoinnin hoito ja ehkäisy*, *ravitsemuksen turvaaminen*, *suun hoidosta huolehtimi-*

nen, väsymyksen ja sekavuuden ehkäisy, asentohoidon toteuttaminen sekä puhtaudesta ja ihon hoidosta huolehtiminen.

Lääkkeellisestä kivunhoidosta mainittiin kipulääkkeiden käyttö, eri lääkemuodot kipulääkityksessä, nopeasti vaikuttavat kipulääkkeet sekä parenteraalinen kipulääkitys, johon kuuluu myös kipupumpun käyttö ja nesteytys. Lääkkeetöntä kivunhoitoa olivat asentohoito ja apuvälineiden käyttö kivunhoidossa ja kivun arviointi. Palliatiivinen sedaatio esiintyi vastauksissa puuduttamisena, nukuttamisena ja rauhoittamisena, lähellä eutanasiaa olevana, muttei kuitenkaan samaa tarkoittavana asiana. Suuret lääkemäärät olivat myös osa palliatiivista sedaatiota. Monelle haastateltavista palliatiivinen sedaatio ei ollut ennestään tuttu asia. Kivunhoidon merkitystä korostettiin ensisijaisena ja hoidon tavoitteena todettiin olevan kivuton loppuvaihe. Kaiken kivun todettiin olevan hoidettavissa.

Taulukko 2. Fyysisten oireiden lievittäminen palliatiivisessa hoidossa

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Lääkkeellinen kivunhoito Lääkkeetön kivunhoito Palliatiivinen sedaatio Kivunhoidon merkitys ja hallinta	Kivunhoito	Fyysisten oireiden lievittäminen palliatiivisessa hoidossa
Hengityksen helpottaminen Erittämistoiminnoista huolehtiminen Kuivumisen ehkäisy Turvotuksen lievittäminen	Peruselintoiminnoista huolehtiminen	
Pahoinvoinnin hoito ja ehkäisy Ravitsemuksen turvaaminen Suun hoidosta huolehtiminen Väsymyksen ja sekavuuden ehkäisy Asentohoidon toteuttaminen Puhtaudesta ja ihon hoidosta huolehtiminen	Perushoidosta huolehtiminen	

Hengityksen helpottamiseen katsottiin kuuluvaksi happihoidot ja muu lääkkeellinen hoito, CPAP-hoito eli jatkuva ylipainehoito, liman imeminen, pulloon puhallukset ja

hengitysänten seuranta. Asentohoitoina esiin tulivat puoli-istuva asento sekä jumpat. Hoitajan rauhallisuudella oli vastausten mukaan myös vaikutusta. Erittämistoimintojen huolehtimiseen liittyvä lääkkeellinen ummetuksen hoito, pienoisperäruiskeet ja ulostetta pehmentävät lääkkeet (myös injektioimuotoiset), mainittiin vastauksissa monesti. Kipulääkkeiden ummetusta aiheuttava vaikutus tuli esille vastauksista. Mobilisaatio mainittiin myös hoitokeinona ummetukseen. Kuivumisen ehkäisystä esiin nousivat nesteytys suun kautta ja suonensisäisesti, nestemäärän seuranta ja nesteen menetysten huomiointi. Nesteytyksen todettiin toteutuvan lääkärin määräyksen mukaisesti. Turvotuksen lievittämisen keinoina mainittiin nesteenpoistolääkitys, mobilisaatio, tukisidokset ja -sukat, jalkojen kohoasennot sekä punktiot ja dreneeraukset. Turvotusten tarkkailu ja niistä lääkärille raportointi mainittiin myös.

Pahoinvoinnin ehkäisyyn kuuluivat pahoinvointilääkitys eri lääkemuodoissa ja oikea-aikaisesti. Pahoinvoinnin syyn selvittäminen ja tarvittaessa kipulääkkeen vaihtaminen mainittiin myös, samoin ravitsemuksen huomiointi pahoinvoivan potilaan hoidossa. Ravitsemuksen turvaamisesta esiin nousivat ruoan koostumuksen huomiointi, soseutus tai nesteiden sakeutus tarvittaessa. Ravitsemus voitiin vastausten mukaan turvata myös parenteraalisella ravitsemuksella, nenämahaletkun käytöllä tai PEG-napilla eli gastroomalla. Ruokavalion huomiointi, mieliruokien tarjoaminen ja pienet annokset tulivat vastauksissa esiin. Ruokailuasennon huomiointi ja syömisen apuvälineet mainittiin myös, samoin kuin omaisten ohjaus aspiraatoriskiiin liittyen.

Suun hoidosta huolehtimisesta mainittiin keinosylki, jääpalat, sitruunatikut, öljy ja pienet määrät nesteitä suun kostutuskeinoina. Suunhoidon tärkeyttä korostettiin. Väsymyksen ja sekavuuden ehkäisykeinoiksi nousivat rauhoittavien lääkkeiden käyttö, lääkeannosten keventäminen ja sekavuuden syyn selvittäminen ja hoito. Päivä- ja unirytmistä huolehtiminen mainittiin. Asentohoitojen katsottiin kuuluvan fyysisten oireiden lievittämiseen, samoin apuvälineiden käyttö asentohoitojen toteuttamisessa. Puhtaudesta ja ihonhoidosta huolehtimisesta muodostui vastausten perusteella oma alaluokka, johon liitettiin lakanoiden puhtaus, vuodepesujen toteuttaminen sekä ihon hoidon huomiointi ripuloivalla potilaalla ja painehaavojen ehkäisemiseksi.

5.1.3 Potilaan psyykkisen toimintakyvyn tukeminen

Potilaan psyykkisen toimintakyvyn tukeminen jaettiin yläluokkiin (Taulukko 3), jotka olivat *turvallisuuden varmistaminen* ja *sosiaalinen vuorovaikutus*. Lisäksi *lääkehoito*

psykyen tukena muodosti oman yksittäisen luokkansa. Nämä yläluokat jaettiin seitsemään alaluokkaan, jotka olivat *fyysisestä ympäristöstä huolehtiminen, turvallisuuden tunteen luominen, lääkehoito psykyen tukena, kommunikointi, realistinen tiedonanto, potilaan kunnioittava kohtaaminen sekä empatia ja intuitiivisuus.*

Fyysisestä ympäristöstä huolehtimiseen kuuluivat kotona olemisen mahdollistaminen loppuun asti, kodin viihtyisyys, kotilojen optimointi, olosuhteet hoitoympäristönä ja tarvittaessa pääsy laitoshoitoon. Turvallisuuden tunteen luomiseen katsottiin kuuluviksi tieto mihin tai kehen ottaa yhteyttä sekä lupa ottaa yhteys tarvittaessa ympäri vuorokauden. Myös omainen hoitajana luo turvallisuuden tunnetta. Kommunikoinnissa esiin nousivat puhuminen kuoleman lähestyessä, keskustelu, kuuntelu, rankka huumori ja omaisten mukaan ottaminen keskusteluun. Pelkoa koettiin voivan lievittää keskustelemalla.

Taulukko 3. Potilaan psyykkisen toiminta-kyvyn tukeminen palliatiivisessa hoidossa

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Fyysisestä ympäristöstä huolehtiminen Turvallisuuden tunteen luominen	Turvallisuuden varmistaminen	Potilaan psyykkisen toiminta-kyvyn tukeminen palliatiivisessa hoidossa
Kommunikointi Realistinen tiedonanto Potilaan kunnioittava kohtaaminen Empatia ja intuitiivisuus	Sosiaalinen vuorovaikutus	
Lääkehoito psykyen tukena		

Realistiseen tiedonantoon kuuluivat tilanteesta kertominen ja tukeminen niin, ettei asiaa peitellä. Myös turhan toivon antamista oli vältettävä. Potilaan kunnioittavaa kohtamista olivat asiakkaan kohtaamisen taito, hetkessä oleminen, itsensä esittely ja kertoa mitä on tekemässä, asiakkaan ehdoilla meneminen ja läsnäolo. Riittävään ajankäyttöön ja ajan antamiseen kiinnitettiin huomiota. Huomioitiin myös ettei puhuta ihmisen yli. Empatia ja intuitiivisuus hoitajan ominaisuuksina olivat yksi potilaan psyykkisen toimintakyvyn tukemisen osa-alue. Vastauksissa mainittiin hoitajan empaattisuus ja tunteiden hallinta, herkkyyys potilaan viesteille, rohkeus olla läsnä, itkeminen potilaan kanssa ja kodin ilmapiirin tunnistaminen. Esiin nousi myös maalaisjärki, jolla pääsee

pitkälle ja säälimisen, kauhistelun ja voivottelun hyödyttömyys. Omana luokkanaan esiin nousi lääkehoito psyyken tukena, josta mainittiin psyykenlääkkeet ja masennus- ja mielialalääkitys.

5.1.4 Potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen

Potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen jaettiin kahteen yläluokkaan (Taulukko 4), jotka olivat *kodin ulkopuolisen toiminnan tukeminen ja sosiaalisten suhteiden ylläpidon tukeminen*. Nämä yläluokat jaettiin viiteen alaluokkaan, jotka olivat *aktiivisuuteen tukeminen, mielenkiinnon kohteiden selvittäminen, ihmissuhteiden ylläpidon tukeminen, kolmannen sektorin antama tuki ja taloudellinen tuki*.

Taulukko 4. Potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen palliatiivisessa hoidossa

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Aktiivisuuteen tukeminen Mielenkiinnon kohteiden selvittäminen	Kodin ulkopuolisen toiminnan tukeminen	Potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen palliatiivisessa hoidossa
Ihmissuhteiden ylläpidon tukeminen Kolmannen sektorin antama tuki	Sosiaalisten suhteiden ylläpidon tukeminen	
Taloudellinen tuki		

Aktiivisuuteen tukemiseen kuuluivat ulkoilu ja mobilisaatio, kuljetusten organisointi ja käyttö liikkumisessa ja virkistäytymisessä sekä kotoa lähdön mahdollistaminen. Mielenkiinnon kohteiden selvittämisessä esiin nousivat asiakkaan harrastuksista kysyminen ja niissä tukeminen sekä asiakkaan toiveiden kunnioittaminen.

Ihmissuhteiden ylläpidon tukemisen alaluokassa mainittiin sosiaalinen aktivointi, välien korjaaminen tai jäähyväiset lähimmäisten kanssa, muiden ihmisten tapaamisen mahdollistaminen sekä tiivis yhteistyö omaisten kanssa. Kolmannen sektorin antamaan tukeen katsottiin kuuluvaksi tieto kolmannen sektorin palveluista, seurakunnalta tai SPR:ltä saatu tuki, vertaistuki, syöpäsäätiön tukihenkilötoiminta ja vapaaehtoisten käyttö yksinäisyyden ehkäisyssä potilaan halutessa. Taloudellisen tuen alle saatiin sosiaa-

listen etuisuuksien hakeminen, eläkkeensaajan hoitotuet ja sosiaalityöntekijän käynnin tarpeen arviointi.

5.1.5 Potilaan hengellinen tukeminen

Potilaan hengellinen tukeminen jaettiin kahteen yläluokkaan (Taulukko 5), jotka olivat *hoitajan antama hengellinen tuki ja ulkopuolisen antama hengellinen tuki*. Nämä yläluokat jaettiin neljään alaluokkaan, jotka olivat *potilaan vakaumuksen kunnioitus, kyvyttömyys antaa tukea, tieto tukea antavasta tahosta ja tuen delegointi seurakunnalle tai muulle taholle*.

Taulukko 5. Potilaan hengellinen tukeminen palliatiivisessa hoidossa

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Potilaan vakaumuksen kunnioitus Kyvyttömyys antaa tukea	Hoitajan antama hengellinen tuki	Potilaan hengellinen tukeminen palliatiivisessa hoidossa
Tieto tukea antavasta tahosta Tuen delegointi seurakunnalle tai muulle taholle	Ulkopuolisen antama hengellinen tuki	

Potilaan vakaumuksen kunnioitukseen kuuluivat potilaan toiveiden kunnioitus, raamatun lukeminen ja virren laulaminen. Vastauksissa esiin nousivat kuuntelu ja keskustelu hengellisyydestä tuomatta esiin omia näkemyksiään. Mainittiin myös, että hoitajan ei tarvitse muuttua uskonnolliseksi. Kyvyttömyys antaa tukea nousi esiin yhtenä alaluokkana ja tässä todettiin, että hoitajalla ei ole kykyä antaa kaikkea tukea tai hoitajalla ei ole mitään annettavaa.

Tieto tukea antavasta tahosta -alaluokkaan nousivat hoitajan tieto, kehen voidaan olla yhteydessä, jos tarvetta hengelliseen tukeen tai hengellisistä asioista keskusteluun ilmenee hoitajan omien resurssien ollessa riittämättömät. Tuen delegointi seurakunnalle tai muulle taholle -alaluokassa nousivat esiin muidenkin apuun turvautuminen, yhteistyökumppanit ja yhteydenotto omaan seurakuntaan, josta saa järjestettyä vapaaehtoisen henkilön, papin, sairaalapastorin tai muun henkilön kotikäynnille tai papin kotiin antamaan ehtoollista. Vastauksissa miellettiin, että on joku muu, joka osaa hengellisen tuen antamisen paremmin, kuin hoitaja.

5.1.6 Omaisen tukeminen

Omaisen tukeminen jakaantui kahteen yläluokkaan (Taulukko 6), jotka olivat *omaisen voimavarojen tukeminen* ja *avunsaannin varmistaminen*. Näistä ensimmäinen jaettiin alaluokkiin *ajan antaminen, tiedonanto ja ohjaaminen* sekä *omaiselle annettava emotionaalinen tuki*. Avunsaannin varmistaminen jaettiin alaluokkiin *lisäavun tarpeen kartoitus ja järjestäminen, ohjaaminen ulkopuolisen tuen piiriin ja käytännön järjestelyissä avustaminen*.

Taulukko 6. Omaisen tukeminen palliativisessa hoidossa

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Ajan antaminen Tiedonanto ja ohjaaminen Omaiselle annettava emotionaalinen tuki	Omaisen voimavarojen tukeminen	Omaisen tukeminen palliativisessa hoidossa
Lisäavun tarpeen kartoitus ja järjestäminen Ohjaaminen ulkopuolisen tuen piiriin Käytännön järjestelyissä avustaminen	Avunsaannin varmistaminen	

Ajan antaminen nousi esiin vastauksissa. Kuoleman tullessa sanaton läsnäolo ja kiireettömyys mainittiin olennaisina tukimuotoina. Tiedonannosta ja ohjaamisesta esiin nousivat avoimuus, realistisen ja ajankohtaisen tiedon antaminen, omaisten ohjaaminen lääkityksen toteuttamisessa ja päätöksenteossa tukeminen. Omaiselle annettavaa emotionaalista tukea oli vastausten perusteella omaisten huomiointi, huumori, tiivis yhteistyö omaisen kanssa, kuuntelu ja keskustelu, yksilökohtainen huomioiminen, hoidon toteuttaminen omaisten toiveiden mukaan, tilanteen läpikäyminen ja selviytymiskeinojen kartoittaminen, osanottokortin lähettäminen, voinnin tiedustelu puhelimitse ja kotikäynti. Omaisen surutyön yksilöllisyyden huomioiminen mainittiin myös. Vastauksissa korostettiin sitä, ettei omaista jätetä kuoleman jälkeen yksin. Mahdollisuus puhua tutun hoitajan kanssa mainittiin myös tärkeänä.

Ulkopuolisen tuen piiriin ohjaamisesta mainittiin vertaistuki, sosiaalityöntekijä, seurakunnat ja niiden tarjoama informaatio sekä sururyhmät avunantajina, kun hoitajan omat

resurssit eivät riitä. Käytännön järjestelyissä avustamisen keinoina tuotiin esiin omaisen lepotaukojen mahdollistaminen, vainajan laitossa avustaminen, lääkärin tai hautausurakoitsijan kutsuminen paikalle sekä kuolemaan liittyvien kirjallisten ohjeiden jakaminen potilaan kuoleman jälkeen.

5.1.7 Hoitajan jaksamisen tukeminen palliatiivisessa hoidossa

Vastauksista nousi esille teemahaastattelurungon ulkopuolelta osa-alue *hoitajan jaksamisen tukeminen*, joka voitiin vastausten perusteella jakaa alaluokiksi (Taulukko 7) *työnohjaus* ja *ammattillisuus*.

Taulukko 7. Hoitajan jaksamisen tukeminen palliatiivisessa hoidossa

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Työnohjaus	Hoitajan jaksamisen tukeminen	Muut esiin tulleet asiat
Ammattillisuus		

Työnohjauksesta mainittiin jälkipuinti hoitajille, ryhmätyönohjaus ja hoitajan jaksamisen huomioiminen. Alaluokka ammatillisuus käsitti ammatillisuuden säilyttämisen sekä omien tunteiden tunnistamisen ja hallinnan.

5.2 Käypä hoito -suosituksen näkyminen hoitajien tietoperustassa

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että suurimmalle osalle haastatteluun vastaajista palliatiivisen hoidon määritelmä oli tuttu, joskin käsitteenä palliatiivinen hoito ja saattohoito menivät joissain vastauksissa joko toistensa synonyymeiksi tai ajallisesti eri järjestykseen. Vastaajien näkemys palliatiivisesta hoidosta oli jokseenkin yhdenmukainen Käypä hoito -suosituksen kanssa.

Vastaajista kaikki toivat fyysisten oireiden hoidon yhteydessä ensimmäisenä esiin kivunhoidon. Kivunhoidossa vastauksissa esiin nousi kivun lääkkeellinen hoito yleisellä tasolla. Lääkeaineryhmiä ei noussut opioideja ja tulehduskipulääkkeitä lukuun ottamatta esille. Käypä hoito -suositus keskittyy vahvasti kivun lääkkeelliseen hoitamiseen. Vastauksissa esiin nousi myös kivun lääkkeetön hoito, jota ei Käypä hoito -suosituksessa mainita lainkaan onkologisia hoitoja lukuun ottamatta. Väsymyksen ja sekavuus-

den ehkäisykeinoina vastauksissa esiin tulivat lääkehoito sekä sekavuuden syyn selvittäminen, jotka olivat Käypä hoito - suosituksen mukaisia. Suosituksessa olevia unihygieniaa ja ympäristön rauhoittamista ei mainittu. Palliatiivinen sedaatio nousi vastauksissa vähiten tunnetuksi alueeksi. Palliatiivisen sedaation rauhoittava ja nukuttava luonne tiedettiin, samoin siihen liittyvät suuret lääkemäärät.

Hengityksen helpottamisen hoidossa Käypä hoito - suosituksessa happihoitoa ei pidetä ilmavirtaa parempana hoitokeinona, mikäli potilas ei ole hypoksinen. Muilta osin suositus keskittyy lääkehoitoon. Suosituksessa mainitut hikka ja yskä jäivät vastauksissa vailla mainintoja. Vastauksissa tuli esiin lukuisia hoitotyön keinoja, joita ei suosituksessa mainittu. Erittämistoiminnoista tietoperusta oli Käypä hoito - suosituksen mukainen ummetuksen osalta. Pehmentävät ja injektiomuotoiset lääkkeet sekä opioidien vaikutus ummetukseen olivat kattavasti mainittu. Suosituksessa olevia ripulilääkkeitä ei mainittu. Vastauksissa tiedettiin Käypä hoito -suosituksen mukaisesti, että kuivumisen hoidossa on oleellista nesteytyksestä huolehtiminen harkiten. On huomioitava, että iv-nesteytys ei tutkimusten mukaan ehkäise janon tunnetta vaan sitä hoidetaan suuta kostuttamalla (Käypä hoito -suositus 2012).

Turvotukseen liittyen Käypä hoito - suosituksessa mainitut fysioterapeuttiset keinot voidaan rinnastaa vastauksissa mainittuihin tukisukkiin ja sidoksiin sekä mobilisaatioon ja kohoasentohoitoon. Myös tieto diureettien käytöstä sekä punktioista ja dreneerauksista olivat Käypä hoito - suosituksen mukaisia. Pahoinvoinnin hoidossa esiinnousseet asiat pahoinvoinnin syyn selvittäminen ja pahoinvointilääkitys olivat Käypä hoito - suosituksen mukaisia. Tietämys nielemisvaikeuksista oli Käypä hoito -suosituksen mukainen, lukuun ottamatta syljen erityksen vähentämistä, jota ei mainittu vastauksissa. Lisäksi esiin nousi parenteraalinen ravitseminen ja nenämahaletku, jotka eivät ole Käypä hoito - suosituksen mukaisia. Ravitsemuksen turvaamiseen esitettiin Käypä hoito -suositusta laajemmin hoitotyön keinoja, kuten ruokailuasennon huomiointi ja mieliruokien tarjoaminen. Suun hoito painottui suun kostutukseen, suun kivun ja infektioiden lääkkeellisen hoidon osa-alueen jäädessä kokonaan pois. Tämä voi johtua siitä, että haastattelukysymys koski suun kuivumista.

Käypä hoito -suosituksen mukaan kuoleman lähestyessä hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan psykologiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Hoitajat käsittelivät vastauksissa näitä kaikkia ulottuvuuksia. Vastaajat toivat laajasti esiin psyykkisen tukemisen keinoja. Käypä hoito - suosituksen mainitsemien psyykkisten oireiden lääkkeellisten ja

muiden hoitokeinojen lisäksi esiin tuotiin fyysisen ympäristön merkitykseen ja hoitajan ominaisuuksiin liittyviä näkökulmia. Suosituksessa esiintyvä muistelu hoitotyön keinona ei tullut erikseen esille vastauksissa.

Käypä hoito -suosituksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tarjota psykososiaalista, henkistä ja hengellistä tukea potilaalle. Myös vertaistukea ja tukihenkilöitä suositellaan käytettäväksi. Vastauksissa näkyy Käypä hoito -suositus hoitajan ja ulkopuolisen tahon antamana hengellisenä ja sosiaalisena tukena.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu ja jatkokehitysehdotukset

Kaikista kysytyistä palliatiivisen hoidon osa-alueista oli tietoa. Käypä hoito -suositus näkyi vastauksissa kattavasti. Vastauksissa tuotiin esille myös runsaasti erilaisia hoitotyön keinoja, jotka eivät näy Käypä hoito -suosituksessa. Suosituksen rajauksessa on jätetty pois lääkkeitömät hoidot ja vuorovaikutus (Käypä hoito -suositus 2012). Tulosten perusteella työntekijöiden ammattitaitoa kannattaa hyödyntää monipuolisesti kotona tapahtuvassa palliatiivisessa hoitotyössä. Haastatteluissa kävi ilmi, että työntekijät ovat motivoituneita saamaan lisäkoulutusta palliatiivisesta hoitotyöstä. Jatkossa yksikössä ei ole välttämättä tarvetta koulutukseen, joka alkaa palliatiivisen hoidon perusasioista, vaan palliatiivisen hoidon eri osa-alueita voidaan suoraan lähteä syventämään.

Palliatiivisessa hoidossa kivun hoidon rooli ymmärrettiin suureksi. Vastausten perusteella kivun hoitoon kiinnitetään huomiota ja hoitomenetelmät olivat tunnettuja. Kivun arviointi jäi vähälle huomiolle eikä kirjaamista mainittu lainkaan. Kivun arviointi on osa kivunhoitoa ja siihen on hyvä kiinnittää jatkossa huomiota (Grönlund – Huhtinen 2011: 57). Palliatiivinen sedaatio tunnettiin käsitetasolla. Vastausten perusteella sitä ei ole ollut käytössä kotona tapahtuvassa hoidossa. Palliatiivisesta sedaatiosta tarvitaan jatkossa koulutusta, mikäli sitä aiotaan toteuttaa.

Lisää ajankäyttöön liittyviä resursseja kaivattiin psyykkisen tukemisen ja omaisen tukemisen saralla. Vastausten perusteella ajan antaminen ja kiireettömyys luovat hyvän

pohjan laadukkaalle palliatiiviselle hoitotyölle. Tulos on samansuuntainen, kuin Andershedin ja Wallerstedtin (2007) tutkimuksessa, jonka mukaan laadukkaan palliatiivisen hoitotyön toteuttamiseen tarvitaan aikaa. Sosiaalisen tukemisen auttamiskeinoina tuotiin esille aktiivisuuteen tukeminen. Myös Grönlund ja Huhtinen (2011) toteavat aktiivisuuden tukemisen olevan yksi palliatiivisen hoidon tavoite ja se mainitaan myös WHO:n määritelmässä palliatiivisesta hoidosta (World Health Organization 2014).

Tuloksista ilmeni, ettei omaisia saa jättää yksin potilaan kuoleman jälkeen. Auttamiskeinoksi esitettiin yhtä tai kahta käyntiä omaisen luona potilaan kuoleman jälkeen. Käynneillä hoitaja voisi kartoittaa omaisen tilannetta ja tukea omaisen selviytymistä elämässä eteenpäin. Tieto kuoleman jälkeisistä käynneistä voisi rauhoittaa myös potilasta, sillä huoli omaisen selviytymisestä on usein osa kuolemaan liittyvää ahdistusta (Grönlund – Huhtinen 2011: 81).

Hengellisen tukemisen keinona nähtiin suurimmilta osin ulkopuolisen tahon antamaan hengelliseen tukeen turvautuminen. Huomioitavaa on, että hengelliset kysymykset jopa korostuvat kuolevan potilaan hoidossa verrattuna muuhun hoitotyöhön (Grönlund – Huhtinen 2011: 124). Hoitajalla tulisi olla valmiudet tukea potilasta hengellisesti (Käypä hoito -suositus 2012). Jatkossa voisi lisätä hoitajien tietoisuutta auttamiskeinoista, jotka eivät ole ulkopuolisen tahon antamia. Tällaisia keinoja ovat vastauksissa mainittujen kuuntelun, keskustelun ja potilaan toiveiden kunnioituksen lisäksi läsnäolo ja uskonnollisten rituaalien toteuttamisen mahdollistaminen. Eri uskontojen kuolemaa koskevista traditioista olisi hyvä saada lisäkoulutusta monikulttuurisen hoitotyön yleistyessä tulevaisuudessa.

Vastausten perusteella palliatiivisessa hoidossa omahoitajuuden merkitys voi korostua. Vastaajien käsityksen mukaan sekä potilaalle että omaiselle on tärkeää, että heidän tilanteensa tunnetaan ja että on mahdollisuus jutella tutun hoitajan kanssa. Palliatiivisessa hoitotyössä kannattaisi panostaa omahoitajuuden toteutumiseen. On kuitenkin huomioitava, ettei yksi hoitaja kuormitu liikaa, vaan taakkaa jaetaan tasaisesti.

Vastauksissa teemahaastattelurungon ulkopuolelta esiin nousi työnohjauksen tarve hoitajan jaksamisen tukena. Palliatiivinen hoito on haastavaa muun muassa sen holistisen luonteen takia. Se on stressaavampaa, kuin muu hoitotyö (Devlin – McIlpatrick 2010). Tutkimusten mukaan palliatiivista hoitoa tekevällä hoitohenkilökunnalla on korkea riski työuupumukseen (Palliative care in the European Union 2007). Liialliset työn

vaatimukset yhdistettynä käytettävissä oleviin niukkiin voimavaroihin työssä altistavat työuupumukselle (Ahola – Tuisku – Rossi 2012). Riittävä koulutus ja työnohjaus ovat edellytys hyvälle hoidolle ja hoitajan jaksamiselle. Säännöllistä työnohjausta suositellaan järjestettäväksi palliatiivisessa hoitotyössä toimiville työntekijöille.

Haastatteluissa käytettyä teemahaastattelurunkoa voisi jatkossa kehittää kysymällä tarkemmin suun hoidosta, hengityksen tukemisen keinoista ja ihon hoidosta. Lisäksi mukaan kannattaa ottaa osa-alue hoitajan jaksamisen tukemisen keinoista.

6.2 Eettisyys

Hyvän tieteen käytännön mukaisesti opinnäytetyössä tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tiedon keruussa sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Eettisiä lähtökohtia tutkimuksessa ovat tutkittavien itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, oikeudenmukaisuus ja anonymiteetti. Aineistonkeruun tulee kestää eettistä tarkastelua. Tutkimusraportin laatimisessa eettisiä ongelmia aiheuttavat plagiointi, tulosten sepittäminen ja raportin puutteellisuus. Tutkittavalla (tiedonantaja) on oikeus tietää opinnäytetyön tavoitteista, menetelmistä ja riskeistä. Helsingin julistuksen mukaan tutkittavan hyvinvointi on aina tärkeämpi, kuin tieteen ja yhteiskunnan etu. Eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyy, että aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset ja niiden tulokset huomioidaan opinnäytetyössä. Tutkimuksen johdonmukaisuus on yksi hyvän tutkimuksen kriteeri. (Kankkunen ym. 2013: 223–224; Tuomi – Sarajärvi 2009: 127; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Aiheen valintaa voidaan eettisesti perustella siten, että kerätyn tiedon perusteella voidaan edistää näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä ja sitä kautta palliatiivisen hoidon laatua. Opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupa tutkimussuunnitelman ollessa valmis.

Itsemääräämisoikeus toteutui haastattelujen vapaaehtoisuudella. Tiedonantajille tehtiin selväksi, että heillä on mahdollisuus kieltäytyä opinnäytetyöhön osallistumisesta missä tahansa vaiheessa, myös jälkikäteen. Tiedonantajien ajankäyttö pidettiin kohtuullisena ja haastattelut toteutettiin työajalla.

Oikeudenmukaisuudesta ja tasavertaisuudesta huolehdittiin siten, että tiedonantajiksi hyväksyttiin tehostetun kotihoidon sairaanhoitaja tai lähihoitaja, muita kriteerejä ei ase-

tettu. Tutkijan ja tiedonantajan välinen asetelma pyrittiin tekemään mahdollisimman miellyttäväksi ja tasa-arvoiseksi haastattelutilanteessa. Tiedonantajien anonymiteetistä huolehdittiin häivyttämällä alkuperäiset ilmaukset sisällönanalyysivaiheessa raportista. Tiedonantajien nimiä ei käytetty missään vaiheessa opinnäytetyössä. Tietoa kerättiin vain tutkimusaiheesta. Aineiston mahdollisesta säilyttämisestä ja julkaisusta informoitiin tutkittavia. Jokaiselta tutkittavalta pyydettiin kirjallisesti lupa (Liite 5) tietojen käyttämiseen opinnäytetyössä. Lupalomakkeita ei luovutettu missään vaiheessa ulkopuoliselle taholle.

Läpi tutkimuksen pyrittiin toteuttamaan avoimuuden periaatetta ja opinnäytetyö esiteltiin aikataulun mukaan seminaareissa. Opinnäytetyö on tutkijoiden ensimmäinen tutkimusluonteinen työ, joka on ollut oppimisprosessi myös tekijöille. Ohjausta hyödynnettiin työn eri vaiheissa mahdollisuuksien mukaan. Tutkimusraportti laadittiin mahdollisimman huolellisesti ja tulokset pyrittiin raportoimaan tarkasti jättämättä mitään julkaisematta.

6.3 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaavia kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää aineiston analyysin esittämistä sekä tulosten selkeää raportointia. Aineiston analyysin kuvaaminen on tärkeää, jotta voidaan nähdä aineiston ja tulosten suhde sekä polku, jota pitkin tutkijat ovat analyysissä edenneet. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, miten hyvin tutkimustulokset ovat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Riippuvuuteen liittyvät mm. mahdolliset tutkimuksen ulkopuoliset rahoittajat sekä tutkijoiden oma suhde tutkittavaan asiaan ja organisaatioon. Vahvistettavuutta kuvaa se, miten tutkimuksen eri vaiheet on kirjattu ylös, jolloin tutkimusprosessia on mahdollista seurata. Luotettavuutta voidaan tarkastella myös validiteetin (tutkittu asia on se, mitä on alun perin luvattu tutkia) ja reliabiliteetin (toistettavuus) kautta. Nämä termit ovat kuitenkin alkujaan kvantitatiivisen tutkimuksen tarkasteluun kehitettyjä, eivätkä siksi kaikilta osin soveltuvia laadullisen tutkimuksen arviointiin. Opinnäytetyön luotettavuutta tulee arvioida koko prosessin ajalta, alkaen tutkimuksen aiheen valinnasta ja tutkimuskysymysten asettelusta, aineiston keruun, aineiston analysoinnin sekä tulosten raportointiin asti. Luotettavuutta tarkastellaan myös tutkimuksen tekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen laadukkuuteen liittyy siinä käytetyn teoreettisen tiedon laatu. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197–198; Tuomi – Sarajärvi 2009: 20, 136–141.)

Opinnäytetyön aihe tarkentui suunnitelmavaiheessa, jolloin opinnäytetyön tekijät olivat jo orientoituneet aiheeseen ja aiheen jäsenitys sekä teoreettinen viitekehys tehty. Tulosten tarkasteluvaiheessa huomattiin, että teoreettisessa viitekehyksessä oli puutteita koskien teoretietoa hoitajien tietoperustasta. Tämä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Aineiston keruu toteutettiin aiheen tarkentumisen jälkeen. Englanninkielisten lähteiden mahdolliset tulkintavirheet voivat heikentää opinnäytetyön luotettavuutta, sillä englanti ei ole kummankaan tutkijan äidinkieli. Tutkimusprosessin kulku on kuvattu tarkasti raportissa.

Luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava luotettavuutta heikentävänä tekijänä opiskelijoiden haastattelukokemuksen puute. Aihetta pohdittiin ja haastatteluihin valmistautttiin huolellisesti laatimalla haastattelurunko, sopimalla haastattelujen työnjaosta ja haastattelutyylisiä etukäteen sekä testaamalla nauhuries toimivuus. Etukäteen sovittiin vältettävien johdattelevia haastattelukysymyksiä pitäytymällä haastattelurungon kysymyksissä. Näillä toimilla pyrittiin lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön tiukasta aikataulusta johtuen haastattelut jouduttiin tekemään lyhyessä ajassa, jotta opinnäytetyö saatiin valmiiksi ajoissa. Tästä johtuen opinnäytetyö on tehty suunniteltua pienemmällä haastateltavien ryhmällä (n=5).

Opinnäytetyössä kartoitettiin tietyn hoitotyön yksikön hoitajien tietoperustaa. Tiedonantajilta ei kysytty taustatietoja, kriteerinä oli ainoastaan työskentely kyseisessä yksikössä. Voi olla mahdollista, että hoitajien tietoperusta vastaavanlaisessa yksikössä olisi samankaltainen. Tietoperusta koostuu koulutuksesta ja työkokemuksesta. Hoitajien työkokemuksen kartoituksella olisi mahdollisesti voitu lisätä tulosten siirrettävyyttä.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa voisi laatia kehittämistyönä suunnitelman yksikössä tarvittavasta palliatiivisen hoitotyön koulutuksesta. Lisäksi voisi kartoittaa ja täsmentää työnohjauksen tarpeet ja keinot yksikössä. Jatkossa tarvitaan lisää suomalaista tutkimusta hoitajien valmiuksista toteuttaa kotona tapahtuvaa palliatiivista hoitoa.

Lähteet

Ahola, Kirsi – Tuisku, Katinka – Rossi, Helena 2012. Työuupumus (burnout). Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681> Luettu 31.3.2014.

Al Qadire, Mohammad 2014. Nurses' knowledge about palliative care. *Journal of hospice & palliative nursing* 16 (1). 23–30.

Andershed, Birgitta – Wallerstedt, Birgitta 2007. Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21 (1). 32–40.

Devlin, Margaret – McIlpatrick, Sonja 2010. Providing palliative and end-of-life care in the community: The role of the home-care worker. *International Journal of Palliative Nursing* 16 (4). 195–203.

Erkkilä, Tuovi – Sarajärvi, Anneli 2012. Asiakaslähtöisyys näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. *Pro Terveys* 40 (4) 38–40.

Fallon, Marie – O'Neill, Bill 1996. Clinical Review: ABC of palliative care: Principles of palliative care and pain control. *British Medical Journal*. Verkkodokumentti. <<http://www.bmj.com/content/315/7111/801>> Luettu 21.10.2013.

Grönlund, Elina – Anttonen Mirja Sisko – Lehtomäki, Susanna – Agge, Eva (toim.) 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Grönlund, Elina – Huhtinen, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.

Hamunen, Katri – Heiskanen, Tarja – Kalso, Eija 2007. Miten palliatiivinen sedaatio toteutetaan. *Suomen Lääkärilehti* 62 (44). 4105–4109.

Heyland, DK – Cook, DJ – Rocker, GM – Dodek, PM – Kutsogiannis, DJ – Skrobik, Y – Jiang X – Day, AG – Cohen, SR 2010. Defining priorities for improving end-of-life care in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 182 (16). E747–E752.

Hietanen, Päivi – Vainio, Anneli (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hägg, Tina – Rantio, Merja – Suikki, Päivi – Vuori, Anne – Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

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

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suositus saatavilla osoitteessa: www.kaypahoito.fi.

Mattila, Kati-Pupita 2010. Asiakkaana ihminen. Työnä huolenpito ja auttaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Palliative care in the European Union 2007. Policy Department Economic and Scientific Policy. Euroopan parlamentin julkaisuja 2007: 22.

Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Sarajärvi, Anneli 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö - kuvaus toimintamallin kehittämisestä. Pro Terveys 37 (6). 10–14.

Sosiaaliportti 2010. Hoitotyö tehostetussa kotihoidossa. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.12.2010. <<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kuvaus/?Practicelid=3d3de4c7-5c62-4891-b16d-90d9bca68dc9>> Luettu 22.10.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010: 6.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/kotisairaanhoido> Luettu: 14.4.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013: 11.

Stevens, Elaine – Jackson, Susan – Milligan, Stuart (toim.) 2009. Palliative nursing: Across the spectrum of care. Iso-Britannia: Wiley-Blackwell.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012. Käypä hoito -suositukset. Verkkosivut. Päivitetty 16.4.2012. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/esittely>> Luettu: 22.11.2013.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (HTK-ohje 2012). Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>> Luettu: 22.10.2013.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Verkkodokumentti. <http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf> Luettu 6.11.2013.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

World Health Organization 2014. Definition of Palliative Care. Verkkodokumentti. Päivitetty < <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> Luettu 10.4.2014.

Tiedonhaku

Taulukko 8. Hakutulokset tietokannoista

Tietokanta	Rajaukset	Hakusana	Tulos	Tarkem- paan tar- kasteluun valitut	Mu- kaan valitut
Medic	2009–2013	Kuole* AND hoito*	105	4	1
CINAHL	2009–2014 peer reviewed	palliative care AND home care	121	7	2
CINAHL	2013–2014 peer re- viewed	palliative care knowledge	132	1	1
CINAHL	2009–2014 full text available peer re- viewed	palliative care knowledge Fin- land	XXX	2	0
Cochrane	2009–2014 reviewed	palliative care	51	3	0
Manuaalinen haku					14
Haku lähdelu- teloista					1
Google-haku					14

Haastattelukysymykset

Hoitajien tietoperusta palliatiivisesta hoidosta tehostetussa kotihoidossa

- 1 Miten määrittelette palliatiivisen hoidon?
- 2 Miten tiedätte palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan fyysisten oireiden lievittämisestä?
 - kipu
 - pahoinvointi
 - nielemisvaikeudet
 - suun kuivuminen
 - hengenahdistus ja yskä
 - askites, turvotus
 - dehydraatio (kuivuminen)
 - GI-kanavan oireet (ummetus, ripuli)
 - väsymys
 - sekavuus
 - palliatiivinen sedaatio hoitomuotona
- 3 Miten huomioisitte potilaan psyykkisen tukemisen palliatiivisessa hoitotyössä?
 - ahdistus
 - masennus
 - kuolemanpelko
 - toiveikkuus
- 4 Miten huomioisitte potilaan hengellisen tuen tarpeen hoitotyössä?
- 5 Miten huomioisitte potilaan sosiaalisen tuen tarpeen hoitotyössä?
- 6 Miten tukisitte potilaan omaisia hoidon eri vaiheissa?
 - hoidon aikana, potilaan kuollessa, kuoleman jälkeen

Heli Blomqvist
Heini Immonen
Metropolia Ammattikorkeakoulu

SAATE

14.2.2014

HAASTATTELUPYYNTÖ

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoidon opiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä osana XXXX kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun Osamisen ennakointi -hanketta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperustaa palliatiivisesta hoidosta sekä verrata niitä Käypä hoito -suosituksiin. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon kehittämiseen ja sitä kautta edistää hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista.

Opinnäytetyön lähestymistapa on laadullinen. Aineistonkeruumenetelmänä käytetään teema-haastattelua. Haastattelut tehdään XXXX kaupungin tehostetun kotihoidon yksiköissä, jossa haastattelempa sairaanhoitajia ja lähihoitajia.

Pyydämme kohteliaimmin Teitä osallistumaan haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut toteutetaan työajalla ja ne nauhoitetaan. Tallenteiden käsittelystä ja hävittämisestä sovitaan työnantajan kanssa. Haastateltavan anonymiteetti turvataan, eikä yksittäistä vastaajaa ole tunnistettavissa opinnäytetyön tuloksista. Haastatteluissamme kerättyä tietoa käytetään ainoastaan opinnäytetyössä. Haastattelut toteutetaan helmikuussa 2014 viikolla 9 ja haastatteluajasta sovitaan henkilökohtaisesti viikolla 8.

Pyydämme Teitä kohteliaimmin ilmoittautumaan haastatteluun _____ mennessä sähköpostitse osoitteeseen heini.immonen@metropolia.fi tai puhelimitse p. _____ /Heli Blomqvist.

Ystävällisin terveisin,

Heli Blomqvist
Metropolia Ammattikorkeakoulu

Heini Immonen

Lisätietoja

Heli Blomqvist p. _____, heli.blomqvist@metropolia.fi

Heini Immonen p. _____, heini.immonen@metropolia.fi

Suostumus haastattelun tallennukseen

Haastattelu toteutetaan osana opinnäytetyötä, joka kuuluu XXXX kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun Osaamisen ennakointi -hankkeeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehostetun kotihoidon hoitajien tietoperustaa palliatiivisesta hoidosta sekä verrata niitä Käypä hoito -suositukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon kehittämiseen ja sitä kautta edistää hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista.

Opinnäytetyön lähestymistapa on laadullinen. Aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Haastattelut tehdään XXXX kaupungin tehostetun kotihoidon yksiköissä, jossa haastattelemme sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut toteutetaan työajalla ja ne nauhoitetaan. Haastateltavan anonymiteetti turvataan, eikä yksittäistä vastaajaa ole tunnistettavissa opinnäytetyön tuloksista. Tallenteiden käsittelystä ja hävittämisestä sovitaan työnantajan kanssa. Haastatteluissamme kerättyjä tietoja käytetään ainoastaan opinnäytetyössä.

Suostun tämän kaavakkeen allekirjoittamalla haastatteluni tallentamiseen ja tietojen käyttämiseen Metropolia Ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä koskien palliatiivisen hoitotyön tietoperustaa tehostetussa kotihoidossa.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Esimerkki pelkistyksistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa.	Kokonaisvaltaista hoitoa
Kivunhoito on se juttu joka vaikuttaa kokonaisvaltaisesti siihen ihmiseen.	Kivunhoito vaikuttaa kokonaisvaltaisesti
Kipulääkitys on aika isossa roolissa.	Kipulääkitys
Loppuvaiheen täytyy olla mahdollisimman kivuton.	Kivuton loppuvaihe
Voidaan antaa iv:sti nesteitä, et ei tuu kauheeta janon tunnetta.	I.v.-nesteytys ehkäisee janon tunnetta
Saatetaan käyttää imua.	Imun käyttö
Asentohoidetaan siten, että turhaa siirtelyä esimerkiksi sängystä vessaan vältetään, voidaan tehdä vuodepesuja.	Asentohoito Vuodepesut tarvittaessa
Hoitajana kuuntelen, juttelen, tykkään koskee ihmistä ja olla siinä lähellä. Nekin sillä tavalla voi sitä kipua rauhoittaa ja sitä mieltä.	Ei-lääkkeellinen kivunhoito
Erilaisia apuvälineitä on, mm. painehaavaumapatjoja ja sairaalasänkyjä, mitä saa kotiin. Sitten saa sen asennon mahdollisimman hyväksi.	Apuvälineet asentohoidon toteuttamiseen
Koittaa järjestää ne olosuhteet niin että pärjätään siellä kotona.	Kodin olosuhteet hoitoympäristönä
Kivunhoito on ensisijainen asia. Lainatakseni Hännistä: ”Semmosta kipua ei ole, jota ei voi hoitaa”.	Kivunhoito ensisijaista Kaikki kipu hoidettavissa
Kipulääkityksenä opioidit ja siihen lisäksi tulehduskipulääke rinnalle. Nää on aika hyvä satsi.	Opioidit ja rinnalle tulehduskipulääke
Asentohoidoilla pystytään helpottamaan fyysisiä kipuja, jos joku paikka painaa. Decubituspatjalla paino tasaantuu joka puolelle tasaisesti, sillä pystytään lievittämään jos on joku tällainen kipukohta esim. syöpäpotilaalla tai muulla potilaalla.	Asentohoito ja apuvälineet kivunhoidossa
Hengenahdistukseen voidaan miettiä happihoitoa, laittaa happiviikset.	Happihoito
Turvotukseen Furesis, minkä verran se sitten auttaa. Taudin loppuvaiheessa turvotusta menee kudokseen.	Nesteenpoistolääkitys
Mielialaan, pahoinvointiin ja kaikkeen näihin on lääkkeitä olemassa.	Mielialalääkitys Pahoinvointilääkitys
Suun kuivuminen, konsteja on sylki ja jääpalat.	Keinosylki ja jääpalat

Sisällönanalyysi

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>Kun ei parantavaa hoitoa ole, siirrytään palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon</p> <p>Se on oireenmukaista hoitoa</p> <p>Oireenmukaista hoitoa, jolla helpotetaan ihmisen vointia, kun parantavaa hoitoa ei ole tarjolla</p> <p>Se on kivunhoitoa</p> <p>Lääkäri, omaiset ja asiakas/potilas yhdessä tekevät päätöksen, että mitään aktiivisia hoitoja ei enää anneta</p> <p>Parantavaa keinoa enää ole</p>	<p>Oireenmukainen hoito</p>	<p>Palliatiivisen hoidon määritelmä</p>
<p>Saattohoidosta seuraava aste eli viimeinen aste</p> <p>Saattohoitoa</p> <p>Mahdollisimman hyvä loppu</p> <p>Kokonaisvaltaista hoitoa</p>	<p>Kuolemaa edeltävä hoito</p>	

Pelkistetyt ilmaiset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Kipulääkkeet Kipulääkitys Eri lääke muodot kipulääkityksessä Nopeasti vaikuttavat kipulääkkeet Kipupumppu Parenteraalinen kipulääkitys Opioidit ja rinnalle tulehduskipulääke Kipupumppu Nesteytys	Lääkkeellinen kivunhoito	Kivunhoito	Fyysisten oireiden lievittäminen
Ei-lääkkeellinen kivunhoito Asentohoito ja apuvälineet kivunhoidossa Apuvälineet kotiin Kivun arviointi	Lääkkeetön kivunhoito		
Nukuttaminen Rauhoittaminen Lähellä eutanasiaa, muttei sama asia Suuret lääkemäärät Puudutus En oo kuullu Ei ole tuttu En osaa sanoa En tiedä, ei ole kokemusta vielä	Palliativinen se-daatio		
Kivunhoito ensisijaista Kaikki kipu hoidettavissa Tavoitteena kivuton loppuvaihe	Kivunhoidon merkitys ja hallinta		
Happihoito Lääkkeellinen hoito hengityksen helpottamiseksi Happirikastin Happilaitteet ja C-PAP -hoito jos mahdollista Liman imeminen Pulloon puhallukset Jumpat ja asentojen huomioiminen Puoli-istuva asento Hoitajan rauhallisuus Imun käyttö Seurataan hengitysäniä ja -katkoja	Hengityksen helpottaminen	Peruselin-toiminnoista huolehtiminen	
Ummetuslääkkeet Pehmennyslääkkeet Vatsantoimintalääkitys vahvojen kipulääkkeiden rinnalla Pienoisperäruiskeet ja Klyx-tyhjennys Vatsan toimitus Vatsaa pehmentävät lääkkeet Huomioidaan kipulääkkeiden ummetusta aiheuttava vaikutus Injektiomuotoiset ummetuslääkkeet Relistore-injektio Mobilisaatio	Erittämistoiminnoista huolehtiminen		
Nesteytys I.v. -nesteytys I.v.-nesteytys ehkäisee janon tunnetta Nestehoito Hyväkuntoisen potilaan nesteytys Nesteytys lääkärin määräyksen mukaan	Kuivumisen ehkäisy		

Nestemäärän seuranta Nestelista Nesteen menetysten huomioiminen			
Nesteenpoistolääkitys Jalkojen kohoasennot Lääkehoito Tukisidokset ja -sukat Mobilisaatio Punktiot ja dreneeraukset Potilaan turvotusten tarkkailu ja raportointi lääkärille	Turvotuksen lievittäminen		
Pahoinvointilääkitys Eri lääke muodot Pahoinvointilääkityksen oikea ajoitus Pahoinvoinnin syyn selvittäminen Kipulääkkeen vaihtaminen Huomio ravitsemukseen	Pahoinvoinnin hoito ja ehkäisy		
Ruoan koostumuksen huomiointi Parenteraalinen ravitsemus Soseutettu ruoka Nenämahaletku tai PEG-nappi Sakeutus nesteisiin Enteraalisen ravitsemuksen lopettaminen Ruokavalion huomioiminen Mieliruokien tarjoaminen Ruokailuasennon huomiointi Huomio syöttämisen apuvälineisiin Mieliruokien tarjoaminen Pieni annoskoko Tiedonanto omaiselle aspiraatoriskistä	Ravitsemuksen turvaaminen	Perushoidos- ta huolehti- minen	
Keinosylki ja jääpalat Kostutustikut Sitruunatikut Öljy Pieniä määriä nesteitä Jääpalat ja pienet määrät nesteitä Suun hoito Suun kostutus	Suun hoidosta huolehtiminen		
Rauhoittavien lääkkeiden käyttö Rauhoittava suonensisäinen lääkitys nestehoidon yhteydessä Lääkeannosten keventäminen Päivärytmin huomioiminen Unirytmien huomioiminen Sekavuuden syyn selvittäminen ja hoito	Väsymyksen ja sekavuuden ehkäisy		
Asentohoito Asentohoidot Apuvälineet asentohoidon toteuttamiseen	Asentohoidon toteuttaminen		
Lakanoiden puhtaus Tarvittaessa vuodepesut Ripuloivan potilaan ihonhoidon huomioiminen Painehaavaumien ehkäisy ihon hoidon huomioimisella	Puhtaudesta ja ihon hoidosta huolehtiminen		

Pelkistetyt ilmaiset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Raamatun lukeminen asiakkaalle</p> <p>Virren laulaminen ja raamatun lukeminen</p> <p>Keskustelu ja kuuntelu</p> <p>Ei tarvitse muuttua uskonnolliseksi</p> <p>Potilaan toiveiden kunnioitus</p> <p>Keskustelu hengellisyydestä tuomatta omia näkemyksiä esiin</p>	<p>Potilaan va- kaumuksen kunnioi- tus</p>	<p>Hoitajan antama hengellinen tuki</p>	<p>Potilaan hengellinen tukeminen</p>
<p>Hoitajalla ei kykyä antaa kaikkea tukea</p> <p>Ei ole mitään annettavaa</p>	<p>Kyvyttömyys antaa tukea</p>		
<p>Hoitajan tieto, kehen ottaa yhteyttä, kun omat resurssit ei riitä</p> <p>Tieto, mihin olla yhteydessä, jos joku asiakas haluaa puhua hengellisistä asioista</p> <p>Tieto, kehen voidaan olla yhteydessä jos tarvetta hengelliseen tukeen</p>	<p>Tieto tukea antavasta tahosta</p>	<p>Ulkopuolisen antama hengellinen tuki</p>	
<p>Seurakunnasta pappi tai muu paikalle</p> <p>Yhteys seurakuntaan ja vapaaehtoinen henkilö käynnille</p> <p>Papin tai muun järjestäminen kotikäynnille</p> <p>Hengellisen tukemisen delegointi asiantuntijalle</p> <p>Pappi kotiin antamaan ehtoollista</p> <p>Yhteistyökumppanit apuna</p> <p>Muidenkin apuun turvautuminen</p> <p>On joku muu, joka osaa sen asian paremmin</p> <p>Järjestetään sairaalapastorit kotiin</p> <p>Järjestetään kotikäynnille joku muu tai soitetaan omalle seurakunnalle</p>	<p>Tuen delegointi seurakunnalle tai muulle taholle</p>		

Pelkistetyt ilmaiset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Kuljetuspalvelun käyttö liikkumisessa ja virkistytymisessä</p> <p>Kotoa lähtemisen mahdollistaminen</p> <p>Kuljetusten organisointi</p> <p>Kuljetuspalvelu syöpäpotilaalle</p> <p>Ulkoilu, mobilisaatio</p>	Aktiivisuuteen tukeminen	Kodin ulkopuolisen toiminnan tukeminen	Potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen
<p>Kysytään, mikä kiinnostaa</p> <p>Asiakkaan harrastuksista kysyminen ja niiden tukeminen</p> <p>Asiakkaan toiveiden kunnioittaminen</p>	Mielenkiinnon kohteiden selvittäminen		
<p>Välien korjaaminen tai jäähyväiset lähimmäisten kanssa</p> <p>Sosiaalinen aktivointi</p> <p>Mahdollistetaan muiden ihmisten tapaaminen</p> <p>Tiivis yhteistyö omaisten kanssa</p>	Ihmissuhteiden ylläpidon tukeminen	Ihmissuhteiden ylläpidon tukeminen	
<p>Vapaaehtoinen seurakunnalta, SPR:ltä tai muualta</p> <p>Vapaaehtoisten käyttö yksinäisyyden ehkäisyssä potilaan halutessa</p> <p>Vertaistuki</p> <p>Syöpäsäätiön tukihenkilötoiminta</p> <p>Tieto kolmannen sektorin palveluista</p>	Kolmannen sektorin antama tuki		
<p>Sosiaalisten etuuksien hakeminen</p> <p>Eläkkeensaajan hoitotuet</p> <p>Arvioidaan sosiaalityöntekijän käynnin tarve</p>	Taloudellinen tuki		

Pelkistetyt ilmaiset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
Ajan antaminen Kuoleman tullessa ei ole kiire pois Kiireettömyys Potilaan kuollessa sanaton läsnäolo	Ajan antaminen		
Realistinen kertominen tapahtumien kulusta Omaisten tukeminen päätöksenteossa Avoimuus ja ajankohtaisen tiedon antaminen Omaisten ohjaus lääkityksen toteuttamisessa Omaisen ohjaaminen	Tiedonanto ja ohjaaminen		
Omaisen tukeminen tärkeää Omaisten huomiointi Huumori omaisen selviytymiskeinona Psyykinen tuki kohdistuu enemmän omaisiin, kuin potilaiseen Kuoleman jälkeen osanottokortin lähettäminen Tiivis yhteistyö omaisen kanssa Tilanteen läpikäyminen ja selviytymiskeinojen kartoittaminen Omaisen kuuntelu ja keskustelu Omaisen yksilökohtainen huomiointi Kuunteleminen ja yhdessä eläminen Mahdollistetaan puhuminen tutun hoitajan kanssa Hoito omaisten toiveiden mukaan Osanottokortin vieminen omaiselle Ahdistuksen purkukeinojen selvittely Omaisen surutyön yksilöllisyyden kunnioittaminen Omaisten psyykinen tukeminen Omaisten tukeminen ja kannustaminen läsnäoloon Voinnan tiedustelu puhelimitse Varmistetaan, ettei omainen jää yksin kuoleman jälkeen Kuoleman jälkeen omaisia ei jätetä yksin Ei unohdeta omaisia Kotikäynti tai puhelimessa juttelu omaisten niin halutessa	Omaisen voimavarojen tukeminen	Omaisen tukeminen	
Lisäavun järjestäminen tarvittaessa Ylimääräisen kotikäynnin järjestäminen tarvittaessa Kotiin tuotetaan palveluja omaisen tueksi Kotikäynnit myös kuoleman jälkeen Kotikäynnit 1-2 kertaa kuoleman jälkeen	Lisäavun tarpeen kartoitus ja järjestäminen		
Ohjaaminen vertaistukeen jo hoidon aikana Omaisten lyhytaikainen tukeminen kuoleman jälkeen sekä ohjaus eteenpäin Tarvittaessa ohjataan sosiaalityöntekijälle tai seurakuntaan Osaa ohjata avun piiriin, kun omat resurssit eivät riitä Sururyhmiin ohjaus Seurakunnan tarjoama informaatio	Ohjaaminen ulkopuolisen tuen piiriin	Avunsaannin varmistaminen	
Mahdollistetaan omaisen lepotausi Vainajan laittamisessa avustaminen Vainajan laitossa auttaminen Lääkärin ja hautausurakoitsijan kutsuminen paikalle Kirjallisten ohjeiden jakaminen kuoleman jälkeen Ei mitään tietoa mitä tehdä kuoleman jälkeen	Käytännön järjestelyissä avustaminen		

Muut esiin tulleet asiat

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Jälkipuinti myös hoitajille Hoitajien työnohjaus Hoitajan jaksamisen huomioiminen Ryhmätyönohjaus	Työnohjaus	Hoitajan jaksamisen tu- keminen
Ammatillisuuden säilyttäminen Omien tunteiden tunnistaminen ja hallinta	Ammatillisuus	