

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2015

Riitta Merenkukka ja Emilia Salenius

SAATTOHOIDON KULMAKIVIÄ

– opiskelumateriaalia hoitotyön asiantuntijoille ja opiskelijoille



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Hoitotyö

2015 | 44+16

Tarja Bergfors ja Irmeli Leino

Riitta Merenkukka ja Emilia Salenius

SAATTOHOIDON KULMAKIVIÄ

Suomalaisen väestörakenteen voimakas muutos on tulevaisuuden suuri haaste myös saattohoidon toteuttamiselle. Saattohoitopotilaalla on oikeus tasavertaiseen ja hyvään hoitoon hoitopaikasta riippumatta. Hoitohenkilökunta kohtaa saattohoitopotilaita jokapäiväisessä työssään. Saattohoitopotilaan tunnistamisessa ja oireiden hoidossa ilmenee kuitenkin puutteita. Lähi- ja sairaanhoitajien koulutus ja työelämän tarpeet eivät kohtaa palliatiivisen- ja saattohoidon opetuksen ollessa riittämätöntä.

Projektin tehtävä on tuottaa opiskelumateriaalia saattohoidosta hoitotyön asiantuntijoille ja opiskelijoille. Tavoitteena on parantaa hoitotyön asiantuntijoiden ja opiskelijoiden valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen sekä tehostaa saattohoidon opetusta.

Kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin saattohoitopotilaan hoitopolkua, saattohoidon nykytilaa ja opetusta, saattohoitopotilaan psyykkisiä ja fyysisiä oireita sekä emotionaalista tukemista ja vuorovaikutusta. Tietoa saattohoidosta haettiin käyttämällä tieteellisiä tietokantoja sekä hyödyntämällä suomenkielistä alan kirjallisuutta. Lisäksi perehdyttiin opetus- ja oppimismenetelmiin. Opiskelumateriaalin laatimisessa käytettiin apuna täydellisen oppimisen mallia, joka sisältää kuusi vaihetta. Opiskelumateriaalia testattiin hoitotyön asiantuntijoilla ja opiskelijoilla. Palautetta kerättiin strukturoidulla kyselyllä. Palautteen perusteella hoitotyön ammattilaiset ja opiskelijat pitivät saamiaan tehtäviä motivoivina ja opettavaisina. Hyvällä peruskoulutuksella turvataan saattohoitopotilaan oikeuksia ja saattohoidon toteutumista. Opiskelumateriaalia voidaan käyttää hoitoalan koulutuksessa opetuksen tukena.

ASIASANAT:

kuolema saattohoito saattohoitopäätös sairaanhoito opiskelumateriaali

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Nursing

2015 | 44+16

Tarja Bergfors and Irmeli Leino

Riitta Merenkukka ja Emilia Salenius

HOSPICE CARE CORNERSTONES

Hospice care implementation in Finland will face challenges in the future due to the strong demographic changes. Hospice care patients have a right to equal and good care in spite of the place of care. Health professionals face hospice care patients daily. Deficiencies have occurred in the symptomatic treatment and recognition of hospice care patient. Practical and registered nurses' education is inadequate and therefore the needs of working life are unmet.

The task of the project was to create hospice care learning material to health professionals and students. The aim of the project is to improve health professionals' and students' readiness in hospice care and to intensify hospice care teaching.

The literature review studies hospice care patients pathway, psychological and physical symptoms, emotional support, interaction and current state of hospice care and the teaching. The model of perfect learning, (which includes six phases), was used in the preparation of the learning material. Scientific databases and Finnish literature were used to collect information on hospice care. Teaching and learning methods were acquainted. Learning material was tested on health care professionals and nursing students. According to feedback they considered received tasks as motivating and teaching. This learning material can be used in healthcare education to support teaching.

KEYWORDS:

death and dying hospice care healthcare nurse education learning material

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SAATTOHOITO	7
2.1 Saattohoito ja palliatiivinen hoito	
2.2 Lainsäädäntö ja suositukset	
2.3 Saattohoitopotilaan tunnistaminen, saattohoitopäätös ja hoitotahto	
2.4 Saattohoidon järjestäminen	
2.5 Hoitohenkilökunnan saattohoidon osaaminen ja koulutus	
2.6 Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet	
2.7 Vuorovaikutus ja tukeminen	
2.8 Fyysisten oireiden hoito	
2.9 Oireiden hoidon merkitys	
3 OPPIMINEN	21
4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	27
5 EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	28
5.1 Tiedonhaku	
5.2 Opiskelumateriaalin rakentaminen	
6 POHDINTA	35
LÄHTEET	41

LIITTEET

- Liite 1. YK:n kuolevien sopimus
- Liite 2. Toimeksiantosopimus

- Liite 3. Tutkimustaulukko
- Liite 4. Tehtävälomake
- Liite 5. Kuvamateriaali
- Liite 6. Palautelomake

KUVIOT

Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suhde	8
Kuvio 2. Täydellinen oppiminen	21

TAULUKOT

Taulukko 1. Saattohoidon kolmiportainen malli	13
Taulukko 2. Nuorisoryhmältä saatu palaute opiskelumateriaalista	33

1 JOHDANTO

Jokaisella on oikeus hyvään ja yksilölliseen terveydentilan edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoidossa on huomioitava potilaan itsemääräämisoikeus, tiedonsaantioikeus sekä hoidon kiireellisyys. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Suomessa noin 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa vuosittain ja palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa saavien määrän on arvioitu olevan 200 000–300 000 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 11). Saattohoidon tarve tulee lisääntymään lähivuosina (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

Hyvään saattohoitoon kuuluu potilaan hyvä perushoito, fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, hengellisten ja eksistentiaalisten tarpeiden huomioiminen ja omaisten tukeminen (STM 2010a, 11). Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeintä, silloin voidaan huomioida potilaan toiveet ja omaiset paremmin sekä välttää hyödyttömiä toimenpiteitä. (Korhonen & Poukka 2014.) Ammattihenkilöstön koulutustarve saattohoitotyössä on tunnistettu kansallisella tasolla (STM 2010a, 34-35). Nykyisillä voimavaroilla voidaan kehittää saattohoitoa toimintaa organisoimalla ja koulutuksesta huolehtimalla (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

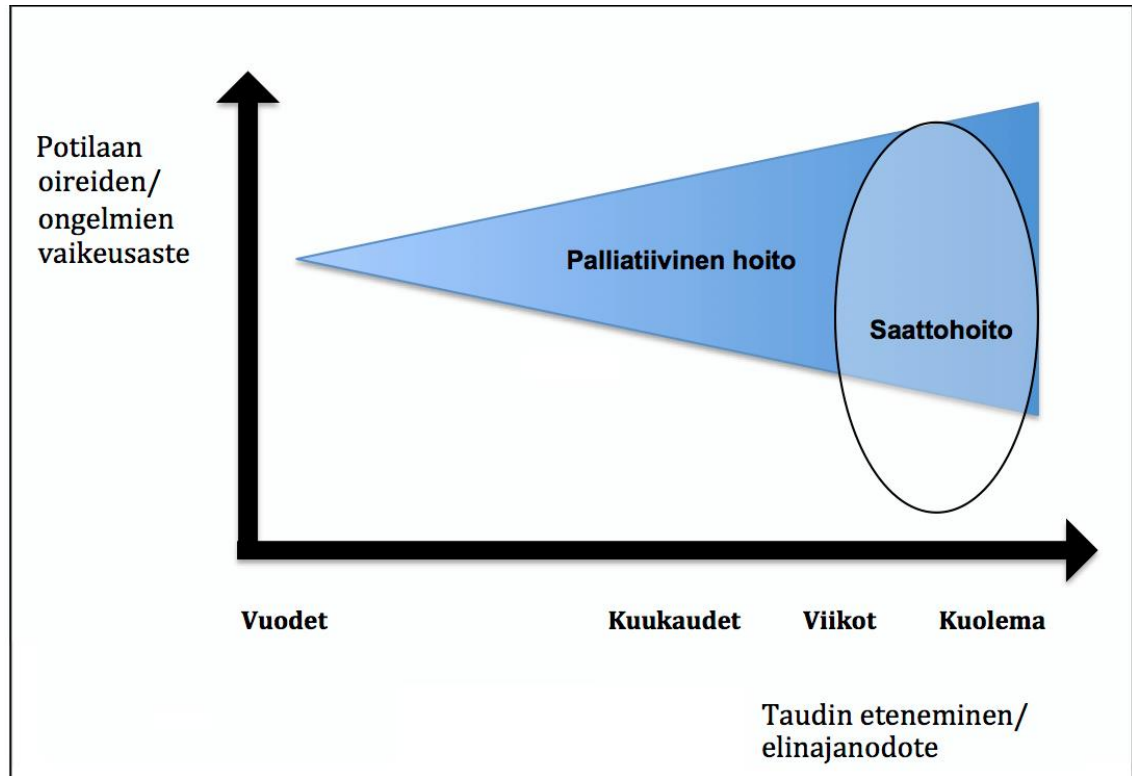
Projektin tehtävä on tuottaa hoitotyön asiantuntijoille ja opiskelijoille opiskelumateriaalia saattohoidosta. Projektin tavoitteena on parantaa hoitotyön asiantuntijoiden ja opiskelijoiden valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen sekä tehostaa saattohoidon opetusta. Toimeksiantaja on Turun ammattikorkeakoulu (TuAMK).

2 SAATTOHOITO

Suomessa noin 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa vuosittain ja palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa saavien määrän on arvioitu olevan 200 000–300 000 (STM 2010a, 11). Saattohoidon tarve tulee kasvamaan lähivuosina (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012), sillä suomalainen väestörakenne muuttuu voimakkaasti väestön vanhetessa (Kunnat.net 2014a). Suomessa oli vuoden 2013 lopussa 65-vuotiaita ja tätä vanhempia henkilöitä yli miljoona ja heidän osuutensa koko väestöstä oli lähes 20 prosenttia (Tilastokeskus 2014). Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (Tilastokeskus 2012). Väestön ikääntymisen vuoksi ja haitallisten elintapojen seurauksena syöpä- ja hengityselinsairaudet tulevat lisääntymään tulevaisuudessa (STM 2010a, 18). Kymmenen suurinta kuolemaan johtavien sairauksien ryhmää länsimaissa ovat iskeeminen sydänsairaus, aivoverenkierron sairaudet, dementia, keuhkojen alueen syövät, alahengitystieinfektiot, keuhkohtaumatauti, paksusuolisyöpä, diabetes, rintasyöpä ja mahasyöpä (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

2.1 Saattohoito ja palliatiivinen hoito

Saattohoito määritellään parantumattomasti sairaan potilaan aktiivisena hoitona ja läheisten tukemisena. Keskeistä potilaan viimeisissä vaiheissa ja kuolinprosessissa on lievittää potilaan oireita ja kärsimystä. Diagnoosista riippumatta lähtökohtana saattohoidossa on potilaan parantumaton etenevä sairaus, jonka ennusteeseen ei voida enää parantavalla hoidolla vaikuttaa ja jäljellä olevan elinajan arvioidaan jäävän lyhyeksi. Saattohoitoon voi johtaa potilaan kieltäytyminen hoidoista. (ETENE 2003, 6.) Saattohoito perustuu potilaan ihmisarvoon, itsemääräämisoikeuteen ja inhimilliseen hoitoon (STM 2010a, 7). Siihen kuuluu potilaan hyvä perushoito, fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, hengellisten ja eksistentiaalisten tarpeiden huomioiminen ja hänen omaistensa tukeminen (STM 2010a, 11).



Kuvio 1. Palliativisen- ja saattohoidon suhde (Mukaiillen: European Assosiation for Palliative care 2009, 289).

Saattohoito eroaa **palliativisesta hoidosta** siten, että palliativisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaiden pidempiaikaisempaa oireenmukaista hoitoa. (Kuvio 1.) Palliativinen hoito saattaa kestää jopa vuosia, kun taas saattohoito kestää yleensä muutamia viikkoja. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012.) World Health Organization määrittelee palliativisen hoidon tavoitteeksi parantaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua vähentämällä potilaan henkeä uhkaavan sairauden aiheuttamaa kärsimystä. Kokonaisvaltainen hoito kuuluu saattohoidon lisäksi myös palliativiseen hoitoon. Palliativista hoitoa toteutetaan jo sairauden aikaisessa vaiheessa muiden elämää pidentävien hoitojen kuten kemoterapian tai sädehoidon ohessa. Hoito sisältää tutkimuksia, joita tarvitaan ymmärtämään ja hallitsemaan kliinisiä komplikaatioita. Palliativisen hoidon näkökulmasta kuoleminen käsitetään normaalina prosessina, jossa ei edistetä tai lykätä kuolemaa, vaan tarkoituksena on parantaa elämänlaatua. (WHO 2002).

2.2 Lainsäädäntö ja suositukset

Yhdistyneet kansakunnat on julkaissut jo vuonna 1975 kuolevien oikeuksien julistuksen (Liite 1). Siinä peräänkuulutetaan muun muassa kuolevan oikeuksia arvokkaaseen, inhimilliseen kuolemaan ja myötätuntoiseen sekä osaavaan hoitoon. Saattohoidon keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus. Tärkeimmät saattohoitoa koskevat lait ovat Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). Näissä sopimuksissa ja säädöksissä on keskeistä ihmisen itsemääräämisoikeus, koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaisella potilaalla on oikeus saada laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa. (STM 2010a, 14.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) julkaisi raportin saattohoidon eettisistä ja oikeudellisista kysymyksistä. Raportti on laadittu neuvottelukunnan sisäisen seminaarin pohjalta, jossa mukana on ollut alan tutkijoita ja omaisten edustajia. Siinä ehdotetaan toimenpiteitä kuolevan potilaan aseman parantamiseksi. (ETENE 2004, 3.) Vuonna 2010 STM julkaisi Hyvän saattohoidon suositukset kansalaisaloitteen ja eduskunnan keskustelun tuloksena. Suositusten tarkoituksena on parantaa ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden toteutumista sekä tasa-arvoista ja hyvää hoitoa elämän loppuvaiheessa. Suosituksia tulisi soveltaa kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden hoitokäytäntöihin, sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten vastatessa alueellisesta saattohoitosuunnitelmista. (STM 2010a, 7.) Lääketieteellistä saattohoitoa Suomessa ohjaa Käypä hoito –suositus, joka koskee parantumattomia tautia sairastavien aikuisten oireenmukaista hoitoa tilanteessa, jossa taudin hoito on osoittautunut tehottomaksi tai potilaalle liian raskaaksi. Suositus koskee potilaita, joiden elinajanodote on lyhyt ja lähestyvä kuolema ennakoitavissa jonkinlaisella tarkkuudella. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012.)

2.3 Saattohoitopotilaan tunnistaminen, saattohoitopäätös ja hoitotahto

Kuolevan potilaan hoitotilanne voi olla ongelmallinen. Potilaalla on kuolemaan johtava sairaus, mutta hoidossa korostuu muut kuin lääketieteelliset asiat ja hoitohenkilökunta kokee usein riittämättömyyttä potilaan ja omaisten kärsimysten lieventämisessä. Saattohoitopotilaan oikea-aikainen tunnistaminen on tärkeää, sillä se vähentää potilaalle raskaita ja epätarkoituksenmukaisia sekä yhteiskunnalle kalliita siirtoja ja tutkimuksia. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014, 6.) Keuhkosyöpää sairastavalla voidaan osoittaa selkeä sairauden loppuvaihe ja siten järjestää saattohoito. Potilas voi kuitenkin tuntea olonsa hyväksi, mutta hänen sanotaan olevan sairas. Sen sijaan sydämen vajaatoimintapotilaalla tilan huononeminen ei tapahdu samalla tavalla. Huononemisvaihe on hitaampi ja akuuttien pahenemisvaiheiden esiintyessä ennusteen tekeminen on vaikeaa. Potilas voi kokea voivansa huonosti, mutta hänen sanotaan olevan terve. (Hänninen & Pajunen 2006, 103.) Pitkälle edennyttä dementiaa ei myöskään yleisesti mielletä terminaalivaiheen sairauteen verrattavaksi, jolloin hoidossa saatetaan toteuttaa tarpeettomia toimenpiteitä (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2014, 21).

Lääketieteeseen perustuvan saattohoitopäätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Se voi olla hoitolinjauspäätös tai pitkän prosessin lopputulos, jossa on selvinnyt ettei sairaus ole parannettavissa. (ETENE 2003, 6.) Hoitolinjauksesta keskusteltaessa mukana ovat potilas sekä omaiset ja läheiset, mikäli potilas sen sallii. Hoitopäätökset kirjataan potilaspapereihin. (STM 2010a, 15.) Saattohoitopäätökseen sisältyy päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös) (Korhonen & Poukka 2014). Potilaalle kerrotaan hoitopäätösten perusteista ja seuraamuksista (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012). Mikäli potilas ei ole kykenevä itse kommunikoi- maan, on hänen edustajansa mukana tekemässä päätöstä lääkärin kanssa. Saattohoitopäätös on oltava tehtynä ennen potilaan siirtymistä saattohoitoon. Oikeaan aikaan tehty saattohoitopäätös auttaa potilasta ja hänen läheisiään valmistautumaan kuoleman lähestymiseen. (ETENE 2003, 5-6.) Potilaalle laadittavan saattohoitosuunnitelman perustana on potilaan ja omaisten ilmaisemat arvot, päämäärät, tarpeet ja toiveet mahdollisuuksien mukaan (STM 2010a, 15).

Laatimalla hoitotahdon henkilö varmistaa hänen tahtonsa huomioimisen ja mahdolliset erityistoiveet tulevasta hoidostaan siinä tapauksessa, ettei hän ole kykenevä ilmaisemaan kantaansa hoitoratkaisuihin ollessaan tajuton, vanhuudenheikko tai syynä muu vastaava. Hoitotahdon olemassaolo helpottaa lääkäreiden työtä ja omaisten epätietoisuus sekä ahdistus hoitoratkaisuissa vähenee. Henkilö voi myös kieltäytyä joistakin tietyistä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahtoon voi kirjata muitakin toiveita, jotka eivät ole sairaanhoidollisia tai lääketieteellisiä kysymyksiä. On myös mahdollista valtuuttaa toinen henkilö hoitotahdon laatijan sijasta tekemään tarvittavia hoitopäätöksiä. Kirjallinen hoitotahto sisältää laatijan omakätisen allekirjoituksen päiväyksellä sekä suositellaan käytettäväksi kahden lähisuvun tai perheen ulkopuolisen todistajan käyttämistä. Tarkoituksenmukaista on kirjata hoitotahto sairaskertomukseen. Mikäli se kulkee potilaan mukana, pitää sen olemassaolosta olla merkintä. (Halila & Mustajoki 2013.)

Hoitotahto voidaan ilmaista lain mukaan myös suullisesti, jolloin se kirjataan sairaskertomukseen ja mahdollisuuksien mukaan oikeellisuus todennetaan allekirjoituksella tai muulla tavalla. Hoitotahto on sisällöllisesti vapaasti valittavissa ja henkilön toiveet hoitoon liittyen on hyvä kirjoittaa omalla tyylillä. Lyhyt hoitotahto voi olla valmis, allekirjoitettu hoitotahtolomake, joka sisältää merkinnän toiveesta, jossa ilmaistaan haluttomuus elämän pidentämiseen jos paranemisen toivoa ei ole. Hoitotahdon voi myös peruuttaa tai muuttaa sisällöllisesti milloin tahansa tekijän toimesta, jolloin muutos kirjataan sairaskertomukseen kuten aiemminkin. Hoitotahto sitoo lääkäriä sekä terveydenhuollon henkilöstöä ja on omaisia ohjaava, ellei tule esille epäilyksistä että hoitotahdon laadinnan jälkeen potilaan tahto aktiivisesta hoidosta kieltäytymiseen olisi muuttunut. (Halila & Mustajoki 2013.)

2.4 Saattohoidon järjestäminen

Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveen mukaisesti kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Lasten saattohoito on eri-

koissairaanhoidon vastuulla. Sairaanhoitopiirit ja terveystakeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hoidon organisoinnista ja toteutuksesta. Saattohoitopalvelut tarjotaan mahdollisuuksien mukaan siellä, missä potilas on hoidossa tai asuu ja elää. Saattohoito alkaa usein silloin kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. (STM 2010a, 17.) Perusterveydenhuoltoon tulee kuitenkin siirtää vain sellaisia potilaita, joita on tarkoituksenmukaisinta hoitaa siellä (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012). Hoitotahojen välisen yhteistyön tulee olla sujuvaa, sillä saattohoitopäätös voi olla potilaalle hyvin vaikea (STM 2010a, 17). Potilaan tulee saada halutessaan kuolla kotona ja saada kotisaattohoitoa. Oireiden vaikeutuessa potilaan tulee päästä suoraan terveystakeskuksen vuodeosastolle tai saattohoitokotiin ilman päivystyspoliikklinikakäyntiä. (VSSHP 2014, 14.)

Taulukko 1. Saattohoidon kolmiportainen malli (Kunnat.net 2014b).

	Perustaso I	Vaativa taso II	Vaativa erityistaso III
Kuvaus	Kaikki terveydenhuollon yksiköt vastaavat perustason saattohoidosta	Alueelliset saattohoidon yksiköt toteuttavat saattohoitoa ja toimivat alueellisina konsultoina yksiköinä	Yliopisto- ja keskussairaaloiden palliativiset yksiköt ja saattohoitokodit tarjoavat vaativan tason hoitoa ja koulutusta
Yksiköt	Kaikki terveydenhuollon yksiköt	Kotisairaalat tukiosastoineen ja saattohoito-osastot/paikat	Yliopisto- ja keskussairaaloiden palliativiset yksiköt ja saattohoitokodit
Henkilökunta	Terveydenhuollon ammattihenkilöt	Moniammatillinen työryhmä (vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja), saavutettavuus 24/7	Moniammatillinen työryhmä (lääkäri, sairaanhoitaja ja erityistyöntekijöitä), saavutettavuus 24/7
Koulutus	Perustason koulutus	Perustason koulutuksen jälkeistä palliativisen hoidon/lääketieteen koulutusta	Palliativisen hoidon/lääketieteen pätevyys

STM on asettanut tavoitteeksi, että vuoteen 2020 mennessä palliativisen- ja saattohoidon työnjako olisi järjestetty asteittaisesti (Taulukko 1.) Palliativisen hoidon työnjaossa olisi käytössä kolmiportainen hoitojärjestelmä hoidon vaativuustason mukaan. Perusterveydenhuolto huolehtisi kaikista potilaista, joiden hoito ei edellytä erityisosaamista. (STM 2010b, 62.) Tason 1 mukaista hoitoa tulisi kyetä

tarjoamaan kaikissa terveydenhuollon laitoksissa ja yksiköissä tulisi olla saattohoitoa koordinoiva hoitaja. Tason 2 hoitoa toteutettaisiin keskikokoisissa terveyskeskuksissa, kotihoidossa, kotisairaalassa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla, joissa tulee olla nimetty vastuuhoitaja ja lääkäri. Tason 3 hoitoa toteuttaisivat yliopisto- ja keskussairaalat sekä osa saattohoitokodeista.

2.5 Hoitohenkilökunnan saattohoidon osaaminen

Osaamisen alueet saattohoidossa ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa (STM 2010a, 31). Potilaan ja omaisten sosiaalisia, henkisiä, hengellisiä, eksistentiaalisia ja kulttuurisia tarpeita arvioidaan ja heitä avustetaan ongelmissa sekä tuetaan tarpeen mukaan. Potilaan psyykkisiä oireita ja psykologisia tilanteita hoidetaan ja arvioidaan parhaan tietämyksen mukaisesti. Potilaiden ja omaisten surua arvioidaan ja lievitetään mahdollisuuksien mukaan. Saattohoitopotilasta hoidetaan sairauden vaiheen mukaisesti. Työntekijöiden tulee osata lievittää kipua ja muita oireita sekä hallita hoitojen sivuvaikutuksia Käypä hoito-ohjeistuksen mukaisesti ja soveltaa suositusta systemaattisesti sekä riittävällä taidolla. Työntekijöiden tulee havaita lähestyvän kuoleman merkit ja oireet sekä keskustella niistä potilaan ja omaisten kanssa. Tarpeet tulee huomioida jo hoidon suunnittelussa. (STM 2010a, 15.)

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien teoriaosaamisessa sekä asennoitumisessa saattohoitopotilaan hoitoon on ilmennyt puutteita saattohoitopotilaan tunnistamisessa, ravitsemuksen ja ummetuksen hoidossa, pelon ja ahdistuksen käsitteilyssä, kivun hoidossa, elämänhalun ylläpitämisessä, lääkehoidon teoretiedon hallinnassa, lämpöilyn hoidossa ja hallinnassa sekä sedaation toteutuksessa. (Olsen & Vaija-Kääriä 2014, 26.) Palliatiivinen- ja saattohoito nykyisellään vaatii kehittämistä myös henkilökunnan perehdyttämisessä muun muassa vastaanotto- ja poliklinikkatoiminnassa, saattohoitopäätöksen teossa, potilaan ja omaisen osallistumisessa hoitoon, potilaan ja omaisten saaman tuen osalta, palveluketjun toimivuudessa, kotisaattohoidon toimivuudessa, saattohoitoympäristön laadussa

ja saattohoitopotilaan kuoleman jälkeisessä potilaiden omaisten tukemisessa. (Erjanti ym. 2014, 5.)

STM:n tekemissä sähköpostikyselyissä kolmelta eri opetuksen järjestäjältä on kerrottu, että sairaanhoitajien ja lähihoitajien saattohoidon koulutus vaihtelee opilaitoksittain. Saattohoidon opetus on vähäistä ja yhteiset kansalliset toimintatavat sekä käytännöt puuttuvat. Esimerkiksi eräässä ammattikorkeakoulussa palliatiivisen ja saattohoidon opetus on integroituna muuhun opetukseen. Opintolaa-juutena se on muutamia tunteja ja puoli opintopistettä. Hoitohenkilökunnan saattohoidon koulutuksen puutetta pidetään huolestuttavana, koska saattohoidon toteuttaminen liittyy heidän jokapäiväiseen työhönsä. (Pihlainen 2009 ETENE lähteessä STM 2010a, 22.)

2.6 Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet

Saattohoitopotilaan elinaika on jollakin tarkkuudella ennakoitavissa (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012). Menetyksen lisäksi potilaalla on mahdollisuus valmistautua kuolemaan (ETENE 2003, 5). On luonnollista, että lähestyvistä kuolemasta saatu tieto herättää potilaassa ahdistusta. Arkipäivän toimintojen muuttuminen hankalammaksi oireiden ja vaivojen vuoksi lisää ahdistuksen tunnetta. Kuoleman lähestyessä saattohoitopotilaalla saattaa esiintyä psykologisia tai elimellisiä alkuperää olevia ajatustoiminnan ja tunne-elämän häiriöitä. Jotkut oireet voivat olla väliaikaisia kriisireaktioita ja osa taas aiheuttaa pidempiaikaista psyykkistä kärsimystä. Psyykkiset oireet saattavat olla yhteydessä potilaan aiempiin psyykkisiin ongelmiin tai tapaan reagoida muutoksiin. Ne voivat liittyä myös perheen sosiaaliseen tilanteeseen, jota potilaan etenevä sairaus muuttaa. Kuitenkin valtaosa psyykkisistä ongelmista on reaktio vakavaan sairauteen tai siihen liittyviin hoitoihin. (Hänninen & Pajunen 2006, 57-59.) Hoitajien mukaan kuolevilla esiintyy runsaasti psyykkistä oireilua. Potilaat kokevat pelkoa, joka liittyy kipuihin ja tulevaan kuolemaan, toisten varassa olemiseen ja he kokevat yksin olemisen pelkoa. (Jänikselä 2014, 24.)

Eksistentiaalista ahdistusta voidaan kuvata olemassaolon hädäksi, joka on reaktio olemassaoloa koskevaan uhkaan eli kuolemaan. Sitä ei tulisi medikaloida ja on tavallista ettei rauhoittavat lääkkeet auta siihen. Jotta hoitava henkilö voisi auttaa potilasta kestämaan ja prosessoimaan tilannettaan, pitää tällä olla valmius kohdata myös oma eksistentiaalinen ahdistuksensa. Saattohoitopotilas tarvitsee ihmistä, joka kuuntelee ja pystyy olemaan lähellä. (Mattila 2013.) Usein pelkkä tieto siitä, että apua on saatavilla lisää turvallisuudentunnetta. Myös riittävä ja totuudenmukainen tieto sekä oman tilan tiedostaminen tekee potilaan levollisemmaksi kuin epätietoisuus. (Hänninen & Pajunen 2006, 57-58.)

2.7 Vuorovaikutus ja tukeminen

Saattohoito toteutuu suurelta osin vuorovaikutuksessa kuolevan potilaan ja hoitajan välillä (Lipponen 2009, 175). Saattohoitopotilaan oireiden hallinnan ja myötätuntoisen vuorovaikutuksen lisäksi hoitajan tulee ymmärtää mikä on yksilölle tärkeää (Sherwen 2014, 51). Perheiden ja saattohoitopotilaiden tarpeet eivät aina tule kohdatuksi, joka johtuu suureksi osaksi siitä, että hoitotyön ammattilaiset ovat valmistautumattomia olemaan aitoja kohtaamisissa. Aidolla tarkoitetaan emotionaalisesti sopivaa käytöstä, määrätietoisuutta ja vastuuntuntoisuutta. (Seno 2010, 377.) Kun ihminen hyväksyy kuoleman, hän pystyy ymmärtämään kuoleman pitkäaikaisena prosessina, joka sulautuu henkilökohtaiseen olemassaoloon. Kuoleman hyväksymisellä on myös sosiaalinen tehtävä, joka mahdollistaa toisen ihmisen todellisuuden ymmärtämisen. Epäaito kuolemaan suhtautuminen esiintyy muun muassa kuoleman olemassaolon kieltämisenä, kuoleman käsittelemisen lykkäämisenä ja kieltäytymisenä kohtaamaan kuolemaa. (Seno 2010, 378.)

Saattohoitopotilaan hoitotilanteet voivat olla tai muuttua etäiseksi rutiinitehtävien suorittamiseksi tai hoitajan asiantuntijuuden korostamiseksi (Lipponen 2006, 173). Hoitajan näkökulmasta puhe potilaan sairaudesta ilmenee hoitosuhteessa sekä myötäelämisenä että asiantuntijuuteen vetoamisena. Potilaan kivut ja muut

sairaudesta aiheutuvat tuntemukset oikeuttava puhe edellyttää hoitajalta myötäelämisen taitoa. Empaattisuus auttaa oivaltamaan, millaista apua ja tukea hoitaja voi tarjota. Sen sijaan, kun hoitaja esiintyy tietäjän roolissa, se lisää potilaan hämmennystä ja turvattomuutta. Esimerkiksi tiukka päiväjärjestyksestä kiinnipitäminen esineellistää vakavasti sairaan potilaan. (Lipponen 2006, 58.) Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde voi näyttäytyä fyysiseen puoleen keskittyvänä (mechanistic), määräävänä (authoritative) tai helpottavana (facilitative). Helpottavassa hoitosuhteessa painotetaan yhteistyötä potilaan kanssa. Sitä voidaan pitää tavoiteltavana hoitosuhteen mallina, sillä yhteistyö potilaan kanssa on laadukkaan hoidon avaintekijä. (Suikkala ym. 2009, 632.) Keskusteluyhteyden luominen ja yhteistyöhön pyrkiminen potilaan kanssa on tärkeää, sillä potilaat eivät välttämättä kerro esimerkiksi kivuistaan hoitajille (Jänikselä 2014, 23). **Emotionaalisella tuella** tarkoitetaan potilaan auttamista tunteisiin liittyvissä asioissa. Potilas voi tarvita hoitajan tukea varsinkin kielteisten tunteiden käsittelyyn. Hoitajien antaman emotionaalisen tuen muotoja ovat kuuntelu, koskettaminen, myötätunnon ilmaiseminen, potilaan toiveiden toteuttaminen, lohduttaminen, rohkaiseminen ja läsnäolo. (Kuuppelomäki 2003, 124.)

Perheissä suhtaudutaan eri tavoin sairauteen ja erityisesti lähestyvään kuolemaan. Asian käsittely perheen sisällä voi olla vaikeaa. Saattohoitopotilas voi hyväksyä kuoleman tai torjua sen esimerkiksi tekemällä epärealistisia tulevaisuudensuunnitelmia. Omaisen meneminen mukaan potilaan suunnitelmiin voi vaikeuttaa hänen toipumistaan potilaan kuolemasta, kuolema on tullut ikään kuin yllätyksenä. (Lipponen 1997, 27.) Joskus potilaat eivät kerro sairautensa vakavuudesta läheisilleen, kuin vasta lähellä kuolemaa. Potilaat haluavat siten säästää omaisiaan. On myös huomioitava, että potilaat ja heidän läheisensä eivät aina halua jakaa tuntemuksiaan hoitajien kanssa. (Jänikselä 2014, 23.) Toisinaan potilas ja omaiset kapinoivat sairautta vastaan ja haluavat siirtää kuolemaa uusilla hoitotoimenpiteillä tai vaihtoehtohoidoilla. Työntekijältä saatetaan kieltää kuolemasta puhuminen ja itse kuoleman hetkellä potilaan omaiset saattavat reagoida voimakkaasti. Omaiset kokevat hätäntymistä ja luopumisen tuska saattaa näyttäytyä aggressiivisena puheena ja käytöksenä sekä epärealistisina vaatimuksina. (Jänikselä 2014, 25 - 26.)

Tiedon antaminen eli **tiedollinen tukeminen** tapahtuu usein tavanomaisen hoitotyön yhteydessä, riippuen perheen tarpeista, taustoista ja henkisestä tilasta. Vaativassa hoitotyöympäristössä tietoa annetaan elämää ylläpitävistä hoidoista, lääkityksistä sekä siitä, miten potilaan henkistä ja fyysistä tilaa hoidetaan. Tiedon tarve tulee usein ilmi perheen esiintuomista huolenaiheista. Tiedon antaminen perheelle on tehokkainta silloin, kun he pitävät sitä hienotunteisena, kunnioittavana, yksilöllisenä ja empaattisena. (Arbour & Wiegand 2014, 213.) Totuudenmukaisen tiedon antaminen saattohoidossa on hyvin tärkeää, sillä saattohoitopotilailla ja omaisilla on toisinaan epätietoisuutta saattohoitopotilaan tilanteen vakavuudesta ja tieto lähestyvistä kuolemasta on saatettu jättää kertomatta. Potilaille on voitu myös antaa väärää toivoa paranemisesta, jolloin heillä on kuvitelmia lääketieteellisesti parantavasta hoidosta omalla kohdallaan. (Jänikselä 2014, 23.) Hoitaja voi auttaa perhettä hyväksymään kuoleman ja luomaan myönteisiä muistoja potilaan kuolemaan liittyen rohkaisemalla perhettä olemaan läsnä potilaan viime hetkillä. Tällöin perheenjäsenet saavat tilaisuuden hyvästellä toisensa, joka voi helpottaa jälkeen jäävää perhettä hyväksymään potilaan kuoleman. (Sherwen 2014, 53.)

Saattohoidossa tulee kunnioittaa jokaisen ihmisen uskonnollista ja kulttuurista vakaumusta (Heikkinen ym. 2004, 91). Potilaalla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja henkisistä elämyksistään. (YK 1975, viitattu lähteessä ETENE 2004, 51). Käsitys elämästä ja kuolemasta vaihtelevat suuresti eri kulttuureissa. Hoitajan tulee tuntee omat arvonsa, sillä hänen tavallisena pitämä käytös voi olla potilaalle vierasta. Eroja ei välttämättä havaitse heti, mutta niiden korostaminen voi estää vuorovaikutusta. Monissa kulttuureissa omaisilla on erityisiä velvoitteita sairasta kohtaan, joka tulee huomioida hoitotyössä. (Soivio 1996.)

2.8 Fyysisten oireiden hoito

Laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia ei tarvita kuoleman lähestyessä vaan potilaan oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella. Nestelistä, verenpai-

neen, happisaturaation ja lämmön mittausta lopetetaan ja huomio kohdistetaan mitausarvojen sijasta potilaaseen. Tilanne rauhoitetaan ja vältetään ylimääräisiä toimenpiteitä. Myös rutiinitoimenpiteiden tarpeellisuutta tulee harkita ja kliininen hoitaminen muuttuu läsnäoloksi, keskusteluksi ja kuunteluksi. Kuolevalta potilaalta arvioidaan mitausarvojen sijaan säännöllisesti kipua, hengenahdistusta, hengitysteiden eritteitä, levottomuutta sekä oksentelua ja pahoinvointia. Oireita tarkkaillaan vähintään neljän tunnin välein. Myös suun kostutuksesta huolehditaan. (Korhonen & Poukka 2013.) Potilaan oireita tulee arvioida ja hoitaa säännöllisesti sekä kertoa läheisille voinnissa tapahtuvista muutoksista. On tärkeää selittää, mitä on tapahtumassa ja mitä lääkityksiä käytetään. (Korhonen & Poukka 2013.)

Kivun esiintyminen on yleistä useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kivun esiintyvyys on syövän loppuvaiheessa 35–96 %:lla, aids-potilailla 63–80 %:lla, sydänsairailta 41–77 %:lla, keuhkohtaumapotilailla 34–77 %:lla ja munuaissairauksia sairastavilla 47–50 %:lla. Myös muilla kuin syöpää sairastavilla loppuvaiheen potilailla läpilyöntikipu on yleistä (63 %). Kivunhoidossa voidaan käyttää parasetamolia lievään kipuun ja eri vahvuisia opioideja kivun laadun ja vaikeuden mukaan. Kuolevan potilaan kivun hoidossa käytetään ensisijaisesti vahvoja opioideja. Tarvittaessa antoreittiä vaihdetaan ja käytetään muita erikoismenetelmiä. Opioidilääkitystä titrataan potilaskohtaisesti haittavaikutusten ehkäisemiseksi ja opioideja voidaan yhdistellä keskenään. Ei-analgeettisilla lääkkeillä voidaan myös hoitaa joitakin kiputiloja. Kivunhoidossa kirjataan kivun voimakkuus, haittaavuusaste (vaikutukset toimintakykyyn), laatu ja mekanismi, sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikipun esiintyminen, käytettyjen lääkkeiden teho sekä haittavaikutukset. Peruslääkkeen riittävyttä kipuun voidaan arvioida seuraamalla kivun voimakkuutta ja läpilyöntikipulääkkeen kulutusta vuorokausittain. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Saattohoidossa kivun kokemisesta tulee keskustella, jotta sitä voidaan hoitaa riittävästi. Potilaat kuitenkin peittelevät kipujaan selvittääkseen tilanteessa. Myönteisesti potilaan kokemaan elämänlaatuun kivunhoidossa vaikuttavat päivittäinen kivunarvio, kivun hallinta, kivunhoidon hallinnan tukeminen, kivunhoidon opetus, kivun voimakkuuden arviointi sekä kivun ja unen laadun seuranta päiväkirjaa pitämällä. (Larsson & Wijk 2007, 16.)

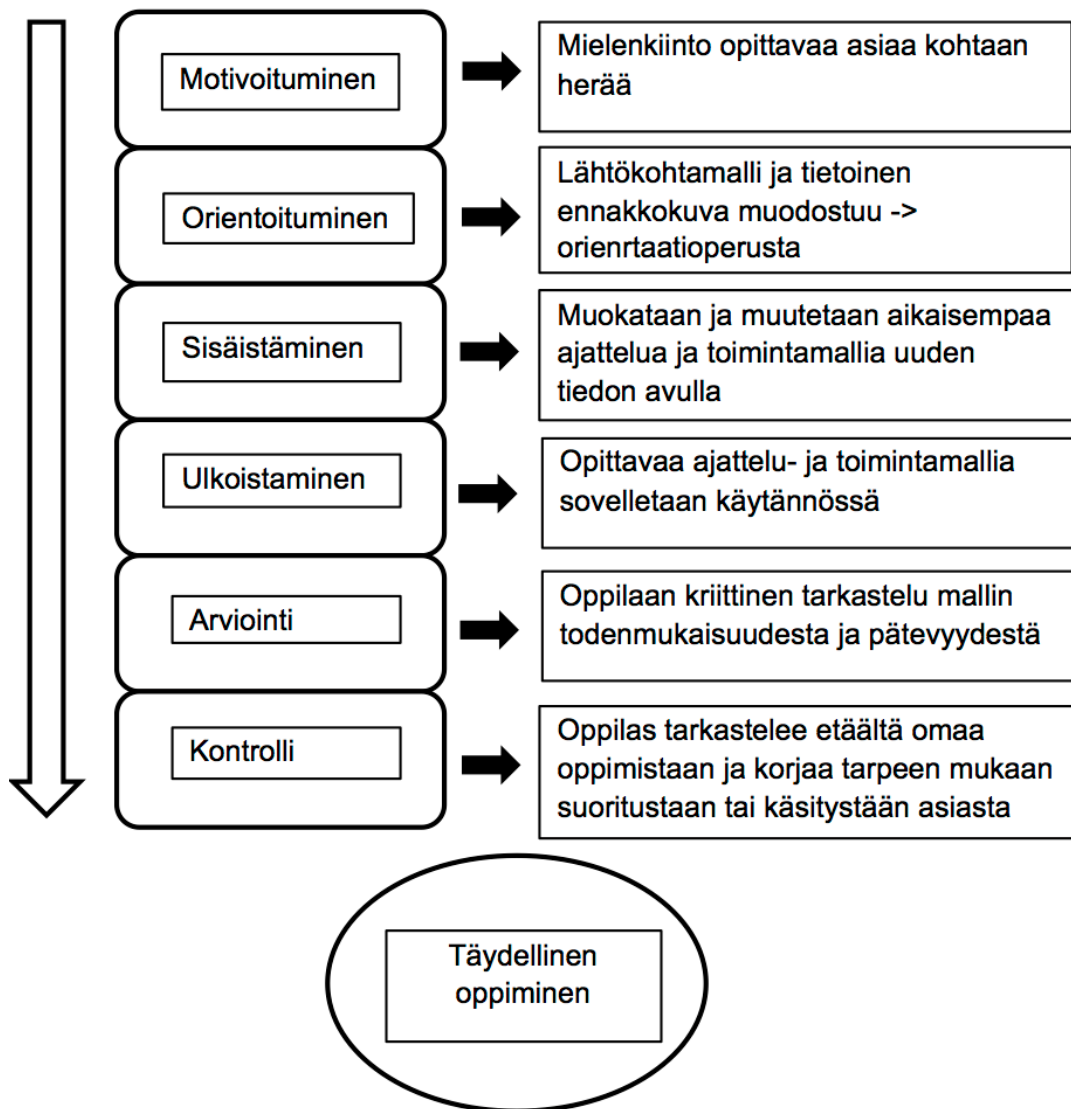
Palliativisessa sedaatioissa kuoleva potilas rauhoitetaan lääkkeiden avulla ja hänen tajuntaansa heikennetään. Toimenpiteellä tulee olla potilaan ja hänen omaistensa sekä hoitohenkilöstön hyväksyntä. Palliativista sedaatiota voidaan harkita käytettäväksi tilanteessa, jossa potilaan oireet ovat sietämättömät ja hallitsemattomat eikä oireita voida lieventää muulla tavoin. Tarkoituksena ei ole edistää potilaan kuolemaa vaan sillä hoidetaan vaikeaa kipua, hengenahdistusta, sekavuutta, levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Hoidon tavoitteista tulee olla yhteisymmärrys asianomaisten kesken ennen sedaation toteuttamista. Lisäksi tulee konsultoida kipulääkäriä tai palliativisen hoidon lääkäriä hallitsemattomien oireiden hoitamiseksi ennen kuin harkitaan palliativista sedaatiota. Syvää ja jatkuvaa sedaatiota tulee käyttää vain niille potilaille, joiden elinajan voidaan odottaa olevan tunteja tai vuorokausia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

2.9 Oireiden hoidon merkitys

Lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden hoito ja kärsimyksen lievitys ovat keskeisiä toimia saattohoitopotilaan hoitotyössä. Terveystieteiden ja terveydenhuollon joka tasolla on vastuu huolehtia kuolevan potilaan hoidosta. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille. Oireet ja niiden vaikeusaste tulee selvittää ja oireiden arvioinnissa on tärkeää muistaa oireiden subjektiivisuus. Lähtökohta oireiden hoidossa on potilaan itsensä ilmaisemat kokemukset. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisella on vaikutusta, se edistää potilaiden hoidon tasalaatuisuutta ja yhdenvertaisuutta. Tämä edellyttää kuitenkin, että kaikille saattohoidossa työskenteleville ammattihenkilöille järjestetään perus- ja lisäkoulutusta. (STM 2010, 32). Kuolevan potilaan fyysisten ja psyykkisten oireiden heikko tuntemus saattaa johtaa vaivojen alihoitoon tai liian voimaperäisiin ja väärin ajoitettuihin hoitoihin. Liian myöhään aloitettu oireenmukainen hoito saattaa lisätä potilaan kärsimyksiä ja johtaa jopa ennenaikaiseen kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

3 OPPIMINEN

Alla on kuvaus täydellisestä oppimisesta (Kuvio 2), jossa oppilas on tutkijan roolissa, jonka tehtävänä on etsiä jollekin ilmiökokonaisuudelle toimiva ja pätevä selitysmalli, jota hän kokeilee käytännössä ja korjaa tarvittaessa. Prosessi on



Kuvio 2. Täydellinen oppiminen.

jaettu osatekijöihin ja jokainen osatekijä vaatii oppilaalta tietynlaisia oppimistehtäviä. Oppimisprosessi voidaan jakaa motivoitumiseen, orientoitumiseen, sisäistämiseen, ulkoistamiseen, arviointiin ja kontrolliin. **Motivoitumisessa** herää tietoinen sisällöllinen mielenkiinto opittavasta asiasta, joka edellyttää oppijalta uuden toiminta- ja ajattelumallin, sekä aiemman opitun tiedon välisen ristiriidan tiedostamista. **Orientoitumisessa** muodostuu tietoinen ennakkokuva ja lähtökohdamalli, joka on apuna oleellisen tiedon valikoimiseen ja yksityiskohtien kytkemisen kokonaisuuksiksi. (Engeström 1987, 45-47.) Orientaatioperustan luomisella pyritään saamaan opiskelija muodostamaan oma käsitys opittavasta asiasta sekä arvioimaan, käsittelemään ja ratkaisemaan tehtäviä (Engeström 1987, 76). **Sisäistämällä** tarkoitetaan aikaisemman toiminta- ja ajattelumallin muokkaamista ja muutosta uuden tiedon avulla. **Ulkoistaminen** käsittää opitun tiedon testauksen sekä arvioinnin. **Arvioinnissa** keskitytään opitun tiedon tai toimintamallin kriittiseen tarkasteluun, jossa tulee esiin mahdolliset heikkoudet ja puutteet. **Kontrollissa** tarkastellaan omaa oppimista ja tarvittaessa omaa suoritusta tai käsitystä korjataan, eritellään oppimistulokset ja tunnistetaan niissä mahdollisesti esiintyvät virheellisyydet ja vahvat puolet hyvän opetusmenetelmän avulla. (Engeström 1987, 45-47).

3.1 Opiskelu- ja opetusmenetelmät

Oikeiden opetusmenetelmien valinta vaikuttaa suuresti siihen, miten hyvin tavoitteet toteutuvat. Tärkeää on edistää ja tukea oppijan omaa aktiivista roolia, joka auttaa etsimään ja rakentamaan itse tietoa. Hyvällä opetusmenetelmällä oppija ymmärtää opittavan sisällön, auttaa hallitsemaan kokonaisuutta sekä edistää tietoisuutta omasta oppimisestaan. (Virta 2007, 15.) Tarkoituksenmukaista on löytää mielekkäitä oppimismenetelmiä kuten esimerkiksi verkko-opiskelua, ongelmanratkaisukeskeistä tai muuta traditionaalista menetelmää, joka sitoo opiskelijan aktiiviseen opiskeluun. (Murad ym. 2010, 1059).

Oppimistehtävää työstämällä oppija kasvattaa merkityksellisen tiedon määrää ja tarkoituksena onkin aina hänen uuden tiedon määrän lisääntyminen. Tämän

avulla kyetään edistämään oppijan ongelmanratkaisutaitoja ja oman oppimisen kriittistä tarkastelua. Oppimistehtävät ovat osana oppimisprosessia ja niiden tavoitteet voivat olla erilaisia. Tyypillisesti oppimistehtävät motivoivat ja aktivoivat, ohjaavat refleктоimaan, lähtevät ongelmanratkaisun pohjalta, pyrkivät kehittämään työskentelyotteita ja -tapoja, ohjaavat tiedon rakentamista, tuovat esille aikaisemmat käsitykset ja ohjaavat opitun tiedon tai taidon kehittymistä. (Silander & Koli 2003, 45-46.)

Itseohjautuva oppiminen on paljon käytetty menetelmä terveysalan opiskelijoilla. Tutkimuksessa itseohjautuvaa opiskelua määritellään seuraavin tavoin: Se on jokaisen omissa käsissä ja ymmärretään opiskelumuotona, jossa oppilaat ovat itse vastuussa opiskelun suunnittelusta, etenemisestä ja oman työn arvioinnista. Tutkimuksen mukaan valvontaa tarvitaan oppimisprosessin edistymiseen joka on osoittanut, että itseohjautuva opiskelu sopii parhaiten sellaisille opiskelijoille, joilla on aikaisempaa kokemusta hoitotyöstä. Aikuisopiskelijat ovat joissakin tapauksissa itseohjautuvampia, jos heillä on opiskelukokemusta. Tämä tekee heistä luottavaisempia opiskeluprosessinsa etenemiseen. Ennen kuin kouluttaja voi käyttää itseohjautuvaa menetelmää, hänen täytyy varmistaa opiskelijoiden oppimistaidot ja tyyli, sekä opiskelijan aktiivisuus. Itseohjautuvaa opiskelua on tutkittu eri näkökulmista positiivisin tuloksin ja siitä on löydetty monia etuja. Se lisää opiskelijan mahdollisuuksia, itsetuntoa, motivaatiota ja kehittää eri taitoja elinikäisessä oppimisessä. Itseohjautuvaa menetelmää voidaan edistää monilla eri koulutusratkaisuilla. (Murad ym. 2010, 1060.)

Yhtenä itseohjautuvan opiskelun menetelmänä on verkko-opiskelu, joka voi olla eri pituista, alkaen muutamasta tunnista useampaan viikkoon kestävää opiskelua. Opintojakson alkaessa opiskelija saa ohjeistuksen opintojakson suorittamisesta, aikatauluista ja tietoa siitä miten verkko-oppiminen etenee käytännössä. Opintojakson orientaatiossa opiskelijalle pitäisi selvittää jakson kokonaisuus eli johdatus aiheeseen, teema, tavoitteet ja sisältö, jossa esille tulee myös oppimistehtävä. Verkko-opetuksessa määritellään oppimisympäristö, joka voi olla verkkoalusta, käytettävissä olevat työkalut/ oppimisaihiot, joita apuna käyttäen tehtävää työstetään. Yhteinen keskustelualue verkossa muiden opiskelijoiden kanssa voi

toimia kehittävänä tekijänä, jos saadaan muilta kommentteja ja ideoita omaan tiedon rakentamiseen. Sen avulla voi myös reflektoida omaa ajattelua, toimintaa ja oman oppimisen prosessia. Arvioinnissa voidaan käyttää perinteisen arvioinnin lisäksi myös itsearviointia, joka opettaa opiskelijaa arvioimaan tekemäänsä työtä. (Silander & Koli 2003, 32-33.)

Mind map eli käsitekartta on graafinen esitys, jonka keskelle sijoitetaan pääaihe ja ympärille asetellaan siihen liittyviä asioita ja ideoita mind mapin avulla opiskelija pystyy hahmottamaan ja jäsentämään ajatuksiaan saattohoidosta ja helpottaa sen tarkastelua eri näkökulmista luoden kokonaisvaltaisen kuvan (Peda.net). Tutkimuksen mukaan käsitekartan käyttäminen kehittää kriittisen ajattelun taitoa. Siinä opiskelijan täytyy määrittää miten eri näkökohdat saattohoidon etenemisessä, siihen kuuluvat oireet ja merkit, tehdyt diagnoosit ja hoidot vaikuttavat toisiinsa. Se myös ohjaa opiskelijaa tekemään annetulle informaatiolle tarkoituksen. (Mueller ym. 2002, 24.)

Porinaryhmä on suhteellisen vapaamuotoinen menetelmä, jossa pienimuotoinen ryhmä työskentelee annetun lyhyen keskustelutehtävän parissa. Ryhmä koontuu muutaman minuutin ajan ja ryhtyy nopeasti toimeen ja tarttuu suoraan asian ytimeen. Porinaryhmällä saadaan ryhmän hiljaisimmatkin aktivoitua ja lyhyessä ajassa saadaan esille erilaisia näkökulmia saattohoitoon. (Kettunen ym. 2006.)

Kumuloituva ryhmä toimii siten, että opiskelijat saavat pareittain jonkin tehtävän saattohoidosta tai sen osa-alueesta. Parit keskustelevat saamastaan tehtävästä rajallisen ajan ja kertovat omia näkemyksiään omalle parilleen. Sen jälkeen ryhmä yhdistetään hieman isommaksi, jossa näkemykset laajenevat. Viimeiseksi koko luokka on yksi iso ryhmä jossa kaikilla opiskelijoilla on mahdollisuus oppia toisilta ryhmiltä. (Hyppönen & Linden 2009, 41.)

Tutoriaalia voidaan käyttää kokonaiskuvan hahmottamiseen saattohoidon opetuksessa. Ensimmäisessä istunnossa ryhmästä valitaan puheenjohtaja, sihteeri ja tarkkailija. Puheenjohtajan tehtävänä on vetää ryhmän toimintaa ja ohjata keskustelua ja pitää sen annetussa tehtävässä. Hän myös jakaa puheenvuorot ja

varmistaa, että kaikilla on mahdollisuus osallistua tasapuolisesti. Sihteeri kirjaa ylös ryhmän tuomat ideat ja tarkkailijan tehtäväksi jää seurata ryhmän toimintaa ja antaa siitä lopuksi palautteen, niin yksilötasolla kuin koko ryhmälle. Ryhmä hankkii itsenäisesti tietoa saattohoidosta ja palaa yhteen noin viikon kuluttua, jolloin tutoriaali puretaan. Purussa jokainen osallistuja esittelee tiivistetysti hankkimansa tiedon. Tuloksista keskustellaan ja osallistujat antavat toisilleen rakentavaa kritiikkiä. Tavoitteena on ryhmän keskustelu ja informaation muokkaaminen. (Nieminen 2013, 23.)

Case-opetuksessa on tarkoituksena antaa opiskelijoille todentuntuinen saattohoitotapaus, jota heidän on tarkoitus työstää etsimällä uutta tietoa ja hyödyntäen omaa aikaisempaa osaamistaan joko yksin tai ryhmissä. Tapauksiin voidaan liittää kysymyksiä, joihin opiskelijat etsivät vastauksia erilaisiin saattohoito tilanteisiin. Caset voivat olla esimerkiksi todentuntuisia kertomuksia tai kuvauksia saattohoidosta. Menetelmä kehittää ymmärtämään saattohoidon kokonaisuutta, soveltamaan tietoa asiasta, pohtimaan ongelmanratkaisua käytännössä ja arvioimaan eri ratkaisuvaihtoehtoja saattohoidon toteuttamisessa. (Hyppönen & Linden 2009, 50.) Tutkitusti case-oppiminen tarjoaa terveysalan opiskelijoille mahdollisuuden parantaa heidän kriittistä ajattelua ja arvostelua saadessaan analysoida ja ratkaista uskottavia tapauksia voidessaan samalla yhdistää teoreettisen tiedon ja käytännön toiminnan (Forsgren ym. 2013, 168).

Saattohoidon opetuksessa voidaan käyttää **simulaatiota** helpottamaan opiskelijaa ymmärtämään saattohoidon prosessia tai jotakin sen osa-aluetta. Tavoitteena on jäljitellä todellista tilannetta, jota voidaan tarkastella tilanteeseen eläytymisellä, samaistumisella ja osallistumisella. Opiskelija on aktiivinen oppija, joka osallistuu taitoja harjoittelemalla, tietoa ja kokemuksia vaihtamalla, omaa ajattelua aktivoimalla sekä arvioimalla omaa ja toisten toimintaa. (Silander & Koli 2003, 179.) Simulaatioiden avulla opiskelijat kykenevät syventämään omaa oppimistaan, sekä yhdistämään valmiiksi opittua tietoa ja tietämystään potilaan saattohoidosta. Simulaation mahdollisuutena on kyky luoda erilaisia tilanteita potilaan hoidossa ja antaa näin opiskelijoille mahdollisuuden oppia toimimaan myös odottamattomissa hätätilanteissa sekä yhteistyössä muun terveydenhuollon henkilöstön

kanssa, joka johtaa hoitotyössä parempiin tuloksiin potilaan hoitotyöstä. (Ying 2011, 30.)

Demonstraatio on ennalta valmisteltu esitys, jonka tavoitteena on havainnollistaa tässä tapauksessa saattohoitoon tai sen osa-alueeseen liittyvää asiaa. Sen voi toteuttaa yksin tai ryhmässä. Loput luokasta toimii yleisönä ja voi lopuksi kysyä asiaan liittyviä kysymyksiä. Opiskelijat pitävät demonstraatioita viihdyttävinä sekä motivoivina menetelminä ja sitä kautta myös opettavaisina. (Hendolin 2009, 57.)

4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Projektin tehtävä on tuottaa hoitotyön asiantuntijoille ja opiskelijoille opiskelumateriaalia saattohoidosta. Projektin tavoitteena on parantaa hoitotyön asiantuntijoiden ja opiskelijoiden valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen sekä tehostaa saattohoidon opetusta.

5 EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin syksyllä 2014 projektityönä (Liite 2), jossa luotiin opiskelumateriaalia hoitotyön asiantuntijoille ja opiskelijoille. Toimeksiantaja on Turun ammattikorkeakoulu.

5.1 Tiedonhaku

Tieteellisiä tutkimuksia (Liite 3) haettiin Medic- ja Ebscohost- tietokannoista, joista jälkimmäinen pitää sisällään tietokannat Cinahl ja Academic Search Elite. Hakuja tehtiin myös Google Scholarilla ja tutkimustietoa haettiin yliopistojen sähköisistä arkistoista: Doria (Turun yliopisto), UEF Electronic Publications (Itä-Suomen yliopisto) ja TamPub (Tampereen yliopisto). Tiedonhaussa käytettiin hakusanoja 'end of life care' 'terminal care' 'family perspective' 'nurses' experiences' 'death and dying' 'emotional support' 'social support' 'dying patient' 'saattohoito' 'case based learning' 'opiskelumenetelmät'.

Henkisestä tukemisesta haettiin tutkimuksia Ebscohostista muutaman yrityksen jälkeen hakusanoilla 'emotional support' AND 'patients', joka tuotti 3138 tulosta. Hakuun lisättiin AND 'dying' ja se rajasi tulokset 180:een. Hakua rajattiin valitsemalla vertaisarvioitua lehdet ja kokoteksti. Tulokset selattiin käsin ja ne olivat 'relevance' järjestyksessä. Suomalainen tutkimus (englanninkielinen) valikoitui tässä haussa mukaan. Kivunhoidosta haettiin tutkimuksia Ebscohostista. Haun rajaukset oli vuodet 2004-2014, kokoteksti saatavilla, tutkimus ja vertaisarvioitu lehti. Hakusanoina käytettiin 'end of life care' AND 'pain management' AND 'quality'. Haku tuotti 244 tulosta, joita selattiin siihen asti kunnes relevanttius väheni huomattavasti. Tässä haussa valikoitui lopulta kaksi tutkimusta. Tutkimuksista pois suljettiin muun muassa amerikkalaisia kivun lääkehoidon käytäntöjä käsittelevä tutkimus, koska Suomessa Käypä hoito- suositus ohjaa saattohoitopotilaan lääkehoitoa.

Tutkimusten valinnassa yleiskriteereinä olivat tutkimusten tulosten sovellettavuus Suomen oloihin. Tutkimukset olivat vuosilta 2002-2014. Mukaan otettiin kokotekstinä saatavilla olevat tutkimukset. Valinnassa pois suljettiin kulttuurisesti erilaisissa maissa kuten Intiassa, Iranissa, Kiinassa ja ulkomaisilla vähemmistöryhmillä tehdyt tutkimukset. Lapsen saattohoito rajattiin myös projektista pois erityispiirteidensä vuoksi. Työn pohjana ja punaisena lankana päädyttiin käyttämään STM:n Hyvä saattohoito Suomessa –julkaisua ja Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito- suositusta, jotka ohjaavat suomalaista saattohoitoa ja lääketieteellistä oireiden hoitoa. Julkaisut ovat asiantuntijatyöryhmien tekemiä ja ne perustuvat tutkittuun tietoon sekä asiantuntijakuulemisiin. Suomessa on kirjoitettu paljon erilaisia kirjoja saattohoidosta ja niitä haettiin Turun AMK:n Salon yksikön kirjastosta ja Turun pääkirjastosta. Lisäksi käytettiin Duodecimin lähteitä ja Sairaanhoidajaliiton, Fioca Oy:n ja Suomen Palliatiivisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisua, joka löydettiin Sairaanhoidajaliiton uutisen kautta. Julkaisu, joka tilattiin kustantajalta, sisältää ajankohtaista (julkaistu opinnäytetyön tekemisen aikana 2014 syksyllä) tutkittua tietoa palliatiivisen- ja saattohoidon nykytilasta ja siinä ilmenevistä puutteista (Erjanti ym. 2014).

5.2 Opiskelumateriaalin rakentaminen

Projektin ensimmäinen vaihe on tarpeen tunnistaminen, jossa määritellään ja hahmotellaan projektin kokonaisuus (Paasivaara ym. 2008, 122). Projektityön olemassaolon oikeutus perustuu sen tarpeellisuuteen. Projektin olemassaolon tarkoitus määrittää tavoitteet, jotka sille asetetaan. Niiden tulee tukea yhteisön ja organisaation toimintaa. (Paasivaara ym. 2008, 29.) Tarpeen tunnistaminen voi olla omaehtoinen tai ulkoapäin ohjattu (Paasivaara ym. 2008, 105). Ajatus projektin aiheesta syntyi tekijöiden omasta kokemuksesta saattohoidon opetuksen riittämättömyydestä ja saattohoidon nykytilan ollessa huolenaiheena myös valtakunnallisessa keskustelussa. Tekijät kokivat tarpeelliseksi lisätä ja tukea saattohoidon opetusta yhteisössä (hoitotyön opiskelijat) ja organisaatiossa (Turun AMK).

Projektin toisessa, suunnittelu- ja aloitusvaiheessa määritellään tavoiteltava lopputulos ja keskitytään projektin toteuttamisen suunnitteluun sekä organisointiin. Ryhmä kootaan ja pidetään tapaaminen, luodaan käsitys ongelmasta, jota projektissa yritetään ratkaista, muodostetaan yhteisymmärrys tavoiteltavasta lopputuloksesta, suunnitellaan lopputuloksen hyödynnettävyyttä ja jalkauttamista käytäntöön sekä aikataulutetaan projekti. (Paasivaara ym. 2008, 122-123.) Opinnäytetyöryhmä muodostettiin keväällä 2014 ja projektin lopputuotokseksi päätettiin tehdä kirjallista opiskelumateriaalia (Liite 4). Ryhmän tapaamisissa keskusteltiin ja sovittiin käytettävistä tietolähteistä ja projektin tavoitteista. Ratkaistavana oli opiskelumateriaalin rakenne ja se, miten saattohoidon opetusta saataisiin lisättyä materiaalin avulla. Tehtäviä antava opetus sopii usein parhaiten uuden opetusaiheen motivoimiseen, opitun harjoitteluun ja soveltamiseen sekä sen kontrolloimiseen ja arvioimiseen (Engeström 1987, 124). Alustava opiskelumateriaali muotoutui kysymyksiksi saattohoidosta, joihin opiskelija etsii vastauksia osittain määritellystä lähdemateriaalista. Materiaalin hyödynnettävyys oli avainasia. Sen tuli olla joustava, jotta sitä voitaisiin toteuttaa yksin, parin kanssa tai ryhmässä johtuen toistaiseksi vähäisestä saattohoidon opetuksen tuntimäärästä.

Kommunikaatiota sekä tiedonsaantia ja -jakoa helpottamaan luotiin sosiaaliseen mediaan oma ryhmä sekä Google Driveen dokumentteja, joita ryhmän jäsenet pystyivät muokkaamaan ja lukemaan. Tehtäviä jaettiin ryhmän sisällä muun muassa kiinnostuksen mukaan. Projektin aikataulu tuli pääpiirteissään oppilaitoksen puolesta seminaarien kautta. Projektisuunnitelma esiteltiin syyskuussa 2014 suunnitelmaseminaarissa. Suunnitelmassa esiteltiin projektin tehtävä, tavoite ja toteuttamistapa sekä projektin alkuvaiheen tutkimus- sekä muuta haettua tietoa.

Tuloksellinen syvätason oppiminen edellyttää, että oppilaalla on selkeä kokonaiskuva ja käsitys opittavan asian ydinperiaatteesta. Jos yleisperiaate käsitellään vasta viimeiseksi yksityiskohtien jälkeen, suuri osa yksityiskohdista todennäköisesti unohtuu ja jää suhteuttamatta opittavan asian yleiseen periaatteeseen. Opittavan asian yleisperiaate tulee muodostaa oppimistyöskentelyn alkuvaiheessa, sillä opiskelija tarvitsee orientaatioperustan opiskelunsa tueksi. Aiheessa

tulee edetä yksinkertaisesta monimutkaiseen, tutusta tuntemattomaan, käsitteellisestä havainnolliseen ja yleistyksistä ja periaatteista yksityistapauksiin. (Engeström 1987, 115.) Oppisisällön järjestystä lähdettiin rakentamaan oppisisällön käsittelyjärjestysohjeen mukaisesti. Tehtäviä jaettiin ryhmiin oppimisprosessiteorian sekä opetusmenetelmien avulla. Tehtiin viisi tehtäväryhmää: **A) Saattohoidon periaatteet, B) Saattohoidon aloitus, lainsäädäntö, saattohoidon järjestäminen C) Saattohoitopotilaan oireiden hoito D) Psykkiset, sosiaaliset, henkiset, hengelliset tarpeet saattohoitotyössä sekä E) Case-tehtävät.** Tarkoituksena on, että opettaja voi valita ryhmistä tehtäviä ja toteutustapoja. Opettaja tukee opetusprosessissaan toiminnan avulla opiskelijan oppimisprosessia (Engeström 1984, 62).

Ryhmän A tehtäviin laitettiin kysymyksiä saattohoidon periaatteista sekä videomateriaalia ja kysymyksiä omista kokemuksista saattohoitoon liittyen. Kysymysten tarkoituksena on johdattaa saattohoitoon ja sen periaatteisiin (orientoituminen). **Ryhmän B** tehtävät käsittelevät saattohoidon aloitusta, lainsäädäntöä ja saattohoidon järjestämistä. Tehtävät soveltuvat itseohjautuvana opiskeluna toteutettaviksi. **Tehtäväryhmä C** käsittelee saattohoitopotilaan oireiden hoitoa mm. Käypä hoito -suositusten mukaan. **Tehtävät ryhmässä D** keskittyvät potilaan psyykkisiin, sosiaalisiin, henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin. **Tehtäväryhmä E** koostuu case-tehtävistä, joita voidaan toteuttaa monipuolisesti itsenäisenä työskentelynä (kirjallinen tuotos), parityöskentelynä, simulaationa, demonstraationa tai tutoriaalina. Opiskelumateriaalin tekemisen yhteydessä syntyi lisäksi idea valokuvien hyödyntämisestä. Omista arkistoista on liitetty (Liite 5) valokuvia, jotka sopivat käytettäväksi esimerkiksi tutoriaalissa.

Kolmas vaihe oli kokeilu- ja toteuttamisvaihe (Paasivaara ym. 2008, 103). Tehtävät annettiin erään kotisairaanhoidon sairaanhoitajille arvioitaviksi, jotka antoivat niistä palautetta täyttämällä palautelomakkeen (Liite 6). Lisäksi opiskelumateriaalia testattiin hoitotyön koulutusohjelman nuorisoryhmän opiskelijoilla Turun AMK:n opettaja Henna Lehtolan kautta testattavaksi, joka valitsi osan tehtävistä lähiopetuksessa käsiteltäviksi. Tehtävistä oli keskusteltu ja niitä oli tehty pienryhmissä. Tekijät olivat mukana case-tehtävien annossa, ohjeistuksessa ja

purkutilanteessa. Palautetta hankittiin palautelomakkeella, joka jaettiin viimeisten tehtävien testauksen jälkeen. Kun lomake täytetään koulutuksen yhteydessä, saadaan palautetta varmimmin. Kyselyt ovat hyvä menetelmä, kun halutaan paljon tietoa lyhyessä ajassa. (OK-opintokeskus.) Palautetta pyydettiin antamaan rehellisesti, jotta opiskelumateriaalia voidaan kehittää. Vastaaajia muistutettiin siitä, että palaute opiskelumateriaalista annetaan anonyymisti. Kyselylomakkeessa voidaan käyttää kyllä/ei –kysymyksiä, joilla kerätään määrällistä tietoa siitä, (OK-opintokeskus). Kysymysten avulla haluttiin kerätä tietoa, siitä millaisiksi tehtävät oli koettu. Lomakkeeseen laadittiin seuraavat kysymykset: ‘Olivatko tehtävät mielestäsi: motivoivia, opettavaisia, mielenkiintoisia, liian helppoja, liian vaikeita’, ‘tuliko uutta asiaa’ ja ‘saitko valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen’. Laadullisen tiedon keräämiseksi määrällisten kysymysten yhteydessä pyydettiin tarkentavana kysymyksenä perustelemaan vastauksen ollessa ‘ei’, jotta saataisiin syy-seuraussuhteita selittävää laadullista tietoa (OK-opintokeskus). Laadullista tietoa kerättiin lisäksi avoimella kysymyksellä ‘Miten tehtäviä voisi mielestäsi parantaa’.

Marraskuun lopussa kerättiin palautteet kotisairaanhoidosta. Kotisairaanhoidon sairaanhoitajien palautteissa (6 kpl), 5 vastaajaa piti tehtäviä motivoivina, 6 opettavaisina, 6 haastavina, 6:n mielestä tehtävät eivät olleet liian helppoja, 3:lle tuli uutta asiaa. Joulukuun alussa tehtävistä kerättiin palaute hoitotyön opiskelijoiden nuorisoryhmältä (taulukko 3). Vastaaajia oli 26 kappaletta. Vastaaajista 24 piti tehtäviä motivoivina, 24 opettavaisina, 8 haastavina, 11 liian helppoina, 22 koki saaneensa uutta asiaa ja 19 koki saaneensa valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen.

Taulukko 2. Nuorisoryhmältä saatu palaute opiskelumateriaalista.

Olivatko tehtävät mielestäsi:	Kyllä	Ei
motivoivia	24	2
opettavaisia	24	-
haastavia	8	16
liian helppoja	11	12
Tuliko uutta asiaa?	22	4
Saitko valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen?	19	3

Palautteista kahdeksassa tehtäviä pidettiin samoja asioita toistavina. Yksittäisiä kommentteja olivat *kokemusten muistelu ja jakaminen elävöitti tunteja* ja tiedon löytämisen helppous. Lisäksi toivottiin luentoa, enemmän videoita, haastavampia tehtäviä, pienempää ryhmäkokoja, enemmän aikaa tehtävien läpikäymiseksi, konkreettista materiaalia, saattohoitotyötä tehneen ammattilaisen jakamaa tietoa, lisää lähteitä ja syventävää tietoa. Yhdessä palautteessa toivottiin case-tehtävien liittämistä opetuksen alkuun. Tehtäviä korjattiin palautteen perusteella. Samankaltaisia vastauksia tuottavia kysymyksiä yhdisteltiin ja poistettiin. Materiaaliin lisättiin kokonaan uusia kysymyksiä ja perehdyttiin lisää kysymysten asetteluuun. Opiskelumateriaalia täydennettiin myös yksittäisten kehitysehdotusten perusteella ja orientoiviin tehtäviin liitettiin toinen video. Tehtäviä yritettiin palautteen

mukaisesti tehdä haastavammiksi. Case-tehtävien purussa lähiopetustunnilla havaittiin, että opiskelijoiden vastauksista puuttui yksityiskohtaista tietoa.

6 POHDINTA

Eettistä ongelmaa yritetään yleensä ratkaista terveydenhuollossa ja se merkitsee parhaimman mahdollisen toimintamuodon löytämistä. Ratkaisuvaihtoehtojen selvittäminen perustuu tutkittuun tietoon, kokemustietoon ja ongelmatilanteessa toimivien asioille antamiin merkityksiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 69-70.) Aiheen valinta on eettinen ratkaisu, jossa mietitään kenen ehdoilla aihe on valittu ja miksi asiaa on ryhdytty selvittämään (Hirsjärvi ym. 1997, 27). Projektin aihe valikoitui opinnäytetyön tekijöiden yhteisestä kiinnostuksesta saattohoitoon. Hoitajina työskennellessään tekijät ovat olleet hoitamassa saattohoitopotilaita. Hoitotyön koulutusohjelman anti saattohoidon osalta oli mielenkiintoinen, mutta pintapuolinen ja tämä kokemus ohjasi tekijät aiheen pariin. Työn avulla on haluttu edistää saattohoitopotilaan asemaa tuottamalla Turun AMK:lle opiskelumateriaalia, jota voidaan hyödyntää saattohoitopotilaan hoitotyön opetuksessa.

Opinnäytetyön eettisenä pohjana käytettiin ETENE:n ja STM:n suosituksia. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta käsittelee sosiaali- ja terveysalan eettisiä kysymyksiä nimenomaan potilaan kannalta ja sen toiminta perustuu muun muassa potilaslakiin ja tarkoituksena on edistää potilaan perusoikeuksia sekä hyvää hoitoa ja kohtelua (ETENE 2015). Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen valittiin suomalaisia saattohoitoon liittyviä väitöskirjoja sekä suomalaista kirjatieta Suomessa saattohoidossa olevan potilaan huolenaiheiden ymmärtämiseksi. Käypä hoito -suositus on keskeinen saattohoitopotilaan lääketieteellisen hoidon suositus Suomessa. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia hoitosuosituksia ja ne perustuvat tutkimusnäyttöön. Suosituksia laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim erikoislääkäriyhdistysten kanssa ja ne tuotetaan julkisella rahoituksella. Suosituksen tekoon on osallistunut myös useita saattohoidon kirjoja kirjoittanut saattohoitokoti Terhokodin ylilääkäri Juha Hänninen. Uusinta tutkimustietoa suomalaisen saattohoitotyön kompastuskivistä antoi Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n ja Suomen Palliatiivisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisu syksyltä 2014. Opiskelumateriaalin laatimisessa käytettiin apuna täydellisen oppimisen teoriaa. Teorian kehittäjä Yrjö Engeström toimii tällä hetkellä

Helsingin yliopiston aikuiskoulutuksen professorina. Engeströmillä on 302 tieteellistä julkaisua ja hän työskentelee lisäksi CRADLE –keskuksen (Center for Research on Activity, Development and Learning) johtajana.

Yhdistyneiden kansakuntien Kuolevan julistuksessa sanotaan: Minulla on oikeus huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi (YK 1975, viitattu lähteessä ETENE 2004, 51). Saattohoitopotilaita tavataan terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa kaikilla tasoilla ja tämän vuoksi terveydenhuollon ammattilaisen ja opiskelijan tulee ymmärtää palliativisen ja saattohoidon periaatteet, saattohoitopotilaan tarpeet sekä ennen kaikkea tunnistaa saattohoitopotilas. Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeintä, silloin voidaan huomioida potilaan toiveet ja omaiset paremmin sekä välttää hyödyttömiä toimenpiteitä (Korhonen & Poukka 2014). Saattohoito toteutuu suurelta osin vuorovaikutuksessa kuolevan potilaan ja hoitajan välillä (Lipponen 2009, 175). Kuoleman lähestymistä ei aina uskalleta ottaa puheeksi tai kommunikaatiotaitojen puute saattaa olla esteenä saattohoitoon siirtymiselle. (Korhonen & Poukka 2014). Opiskelumateriaalin **tehtäväryhmässä A** käsitellään saattohoidon periaatteita, kuolevan potilaan oikeuksia, saattohoitopotilaan tunnistamista sekä johdatellaan saattohoidossa korostuvaan myötätuntoiseen suhtautumiseen. Tehtävien tarkoituksena on lisäksi antaa tilaa keskustelulle kuolemasta ja kokemuksista kuolevan potilaan hoidosta.

Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (STM 2010a, 30). Potilaalle laadittavan saattohoitosuunnitelman perustana on potilaan ja omaisten ilmaisemat arvot, päämäärät, tarpeet ja toiveet mahdollisuuksien mukaan (STM 2010a, 15). Hoitotahto sitoo lääkäriä sekä terveydenhuollon henkilöstöä ja on omaisia ohjaava, ellei tule esille epäily että hoitotahdon laadinnan jälkeen potilaan tahto aktiivisesta hoidosta kieltäytymiseen olisi muuttunut. (Halila & Mustajoki 2013.) **Ryhmän B** tehtävät käsittelevät saattohoidon aloitusta, lainsäädäntöä ja saattohoidon järjestämistä.

STM:n hyvän saattohoidon suositusten mukaan työntekijöiden tulee osata lievittää kipua ja muita oireita sekä hallita hoitojen sivuvaikutuksia Käypä hoito-ohjeistuksen mukaisesti ja soveltaa suositusta systemaattisesti sekä riittävällä taidolla. Työntekijöiden tulee havaita lähestyvän kuoleman merkit ja oireet sekä keskustella niistä potilaan ja omaisten kanssa. Tarpeet tulee huomioida jo hoidon suunnittelussa. (STM 2010a, 15.) **Tehtäväryhmän C** tehtävät käsittelevät saattohoitopotilaan oireiden hoitoa muun muassa Käypä hoito -suositusten mukaan. Saattohoitopotilaat kokevat pelkoa, joka liittyy kipuihin ja tulevaan kuolemaan, toisten varassa olemiseen ja he kokevat yksin olemisen pelkoa. (Jänikselä 2014, 24.) Saattohoitopotilaan eksistentiaalista ahdistusta ei tulisi medikalisoita ja on tavallista ettei rauhoittavat lääkkeet auta siihen. Jotta hoitava henkilö voisi auttaa potilasta kestäämään ja prosessoimaan tilannettaan, pitää tällä olla valmius kohdata myös oma eksistentiaalinen ahdistuksensa. Saattohoitopotilas tarvitsee ihmistä, joka kuuntelee ja pystyy olemaan lähellä. (Mattila 2013.) Saattohoidossa tulee kunnioittaa jokaisen ihmisen uskonnollista ja kulttuurista vakaumusta (Heikkinen ym. 2004, 91). Potilaalla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja henkistä elämyksistään (YK 1975, viitattu lähteessä ETENE 2004, 51). **Tehtävät ryhmässä D** keskittyvät potilaan psyykkisiin, sosiaalisiin, henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin.

Lääketieteeseen perustuvan saattohoitopäätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Se voi olla hoitolinjauspäätös tai pitkän prosessin lopputulos, jossa on selvinnyt ettei sairaus ole parannettavissa. (ETENE 2003, 6.) Pitkälle edennyttä dementiaa ei mielletä terminaalivaiheen sairauten verrattavaksi, jolloin hoidossa saatetaan toteuttaa tarpeettomia toimenpiteitä. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2014, 21.) **Tehtäväryhmän E** ensimmäinen case-tehtävä käsittelee elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelua ja kommunikaatiota potilaan, omaisten ja hoitavan tahon kesken. Pitkälle edenneissä taudeissa, kuten keuhkohtaumataudissa hengenahdistuksesta kärsii 90-95 % potilaista, lisäksi psyykkiset tekijät voivat aiheuttaa hengenahdistusta (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012). **Tehtäväryhmän E** toisessa case-tehtävässä käsitellään saattohoitopotilaan tunnistamista, oireita lievittävää hoitoa ja hoidon suunnittelua. Laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia

ei tarvita kuoleman lähestyessä vaan potilaan oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella. Huomio kohdistetaan mittausarvojen sijasta potilaaseen. Tilanne rauhoitetaan ja vältetään ylimääräisiä toimenpiteitä. Kuolevalta potilaalta arvioidaan mittausarvojen sijaan säännöllisesti kipua, hengenahdistusta, hengitysteiden eritteitä, levottomuutta sekä oksentelua ja pahoinvointia. (Korhonen & Poukka 2013.) Kuolevalla potilaalla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan sekä oikeus olla kärsimättä kipua (YK 1975, viitattu lähteessä ETENE 2004, 51). Saattohoidossa kivun kokemisesta tulee keskustella, jotta sitä voidaan hoitaa riittävästi. Potilaat peittelevät kipujaan selvitäkseen tilanteessa. Myönteisesti potilaan kokemaan elämänlaatuun kivunhoidossa vaikuttavat muun muassa päivittäinen kivunarvio ja kivunhoidon hallinnan tukeminen. (Larsson & Wijk 2007, 16.) **Kolmannessa case-tehtävässä** käsitellään tilannetta, jossa potilas on kuolemassa ja **neljännessä case-tehtävässä** käsitellään saattohoidossa kotona olevan potilaan kivunhoitoa ja perheen tukemista.

Projektin luotettavuutta lisää tuotoksen testaaminen ja palautteen kerääminen anonymisti (Hirsjärvi ym. 1997, 28-29). Opiskelumateriaalia testattiin kahdella erilaisella ryhmällä ja samassa yhteydessä kerättiin palautetta strukturoidulla palautekyselyllä. Palautekyselyn tulokset kerättiin ilman nimiä tai muita tietoja eikä tuloksia ole muutettu tekijöiden toimesta. Kyselylomakkeen ollessa strukturoitu ja osallistujien vastatessa samoihin kysymyksiin, se on objektiivinen keino hankkia tietoa (OK-opintokeskus). Kyselylomakkeita analysoitaessa yksilön ääni hukkuu helposti ja luotettavuutta voi vähentää se, että syy-seuraussuhteet eivät aina käy kyselyaineistosta selväksi (OK-opintokeskus). Tämän vuoksi vapaassa kommenttikentässä oleviin palautteisiin kiinnitettiin huomiota ja ne haluttiin tuoda esille tuloksissa. Tuotetun opiskelumateriaalin luotettavuutta voi myös vähentää tekijöiden kokemattomuus opiskelumateriaalin laatimisessa ja siinä käytetyn oppimisteorian laadukkaasta hallinnasta. Opiskelumateriaalin arvioinnissa ja korjaamisen yhteydessä kaikenlainen, myös kriittinen palaute on otettu huomioon. Ei myöskään voida olla varmoja siitä, antoivatko opiskelijat palautetta tehtävien lisäksi käytetyistä opetusmenetelmistä.

Hoitotyön ammattilaiset ja opiskelijat pitivät palautteen perusteella tehtäviä opettavaisina ja motivoivina. Tämän voisi tulkita kiinnostukseksi aihetta kohtaan ja nuorisoryhmän orientaatio- ja motivoitumisvaiheen onnistumista opiskelumateriaalin avulla. Palautteessa toivottiin luento-opetusta ja saattohoitotyötä tekevän ammattilaisen antamaa tietoa. Opiskelumateriaali itsessään ei sisältänyt luentotyypistä esitystä. Luennon lisäämistä saattohoidon opetuksessa tulisi harkita. Engeströmin mukaan luento voidaan pitää passiivisena opetusmenetelmänä, koska opiskelijassa ei näy ulkoista aktiivisuutta. Ihmisen henkisellä ja sisäisellä aktiivisuudella on kuitenkin ratkaiseva merkitys oppimisessa. Hyvin suunniteltu luento edellyttää kuulijoilta kuitenkin monipuolista ja intensiivistä henkistä toimintaa. Luento sopii myös usein parhaiten uuden opetusaiheen orientoimiseen, uuden tiedon välittämiseen, käsiteltyjen asioiden kertaamiseen ja systematisointiin. (Engeström 1987, 123.) Kahdessa palautteessa toivottiin pienempiä opetusryhmiä. Opiskelijoita voidaan jakaa isossa luokkahuoneessa sermin avulla ensin puoliksi ja sitten vielä pienempiin ryhmiin ja käyttää kumuloituvaa ryhmäopetusta.

Projektin sisällöksi tulee löytää tehokkain tapa olemassa olevia resursseja käyttäen ongelmien ja niiden syiden ratkaisemiseen (Silfverberg 2001, 37). Materiaalia laadittaessa ajateltiin laajempaa viitekehystä eli resurssien nykytilaa saattohoidon opetuksessa. Ne suunniteltiin toimimaan joustavina työkaluina saattohoidon opetuksen nykytilanteessa opettajalle, joka voisi käyttää valitsemiaan pedagogisia menetelmiä niiden toteuttamiseen. Engeströmin mukaan pelkän tehtäviä antavan opetuksen heikkoutena voidaan pitää tiedon löytämisen helppoutta, joka voi johtaa ulkoisiin havaintoihin ja kopiointiin. Tehtävät soveltuvat motivoiviksi ongelmatehtäviksi ja itseneuvovaksi oppimateriaaliksi ohjelmoidun opetuksen yhteyteen. Tehtäviin vaaditaan myös riittävä ohjeistus. (Engeström 1987, 124.) Monipuolisten ja tehokkaiden oppimismuotojen sisällyttäminen opetukseen vaatii organisaation taholta lisäystä saattohoidon laadukkaaseen perusopetukseen, muutoin on vaarana että opiskelijoiden oppiminen jää pinnalliseksi. Monimuoto-opiskeluna toteutettuna syvällisen oppimisen mahdollisuudet ovat paremmat verrattuna esimerkiksi täysin itsenäiseen työskentelyyn, josta puuttuvat arviointi- ja kontrollivaiheet. Voidaan myös kysyä, onko eettisesti oikein jättää opiskelija poh-

timaan kuolemaan liittyviä kysymyksiä täysin itsenäisesti. Hyvällä peruskoulutuksella turvataan saattohoitopotilaan oikeuksia ja saattohoidon toteutumista. Saattohoidon opetusta voisi järjestää hoitotyön koulutusohjelmassa erillisenä tai integroituna opintojaksona yhdistäen siihen esimerkiksi sisätautipotilaan hoitotyötä ja etiikan sekä kivunhoidon opintoja. Jatkoaiheina voisi olla ohjeistuksen laatiminen saattohoitopotilaan tunnistamiseen, jotta oikea-aikainen hoito tavoittaisi potilaan.

LÄHTEET

Arbour, R.B. & Wiegand, D.L. 2014. Self-described nursing roles experienced during care of dying patient and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 30.

EAPC 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care* 16, 7 278-289. Viitattu 9.9.2014 <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY=&tabid=735>.

Engeström, Y. 1987. Perustietoa opetuksesta. Valtiovarainministeriö. 2.-3. painos. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Erjanti, H.; Anttonen M-S.; Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n & Suomen Palliativisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisu. Helsinki: Fioca Oy.

ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Vantaa: Kirjapaino Keili. Viitattu 17.10.2014 http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf.

ETENE 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Korjattu 2. painos Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 17.10.2014 http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf.

ETENE 2015. Etenen tehtävät. Etene.fi > ETENEn toiminta > Tehtävät ja jäsenet. Viitattu 20.11.2015 <http://etene.fi/tehtavatjajasenet>.

Forsgren, S.; Christensen, T. & Hedemalm, A. 2013. Evaluation of the case method in nursing education. *Nurse Education in Practice* 14 (2) 164-9.

Halila, R. & Mustajoki, P. Lääkärikirja Duodecim. Hoitotahto-käytännön ohjeita. Viitattu 9.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809.

Hänninen J. & Pajunen T. 2006. Kuoleman kaari. Kirjapaja Oy. Hämeenlinna: Karisto.

Heikkilä, P. & Rönkkö, M. 2006. Oulun ammatillinen opettajakorkeakoulu. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajina. Viitattu 3.11.2014 <http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmät/>.

Heikkinen, H.; Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Hendolin, I. 2009. Demonstraatioiden merkitys fysiikan yliopisto-opetuksessa. Viitattu 3.11.2014 http://per.physics.helsinki.fi/kirjasto/ont/ihendolin_lis/Lisensiaatintyö_Ilkka_H.pdf.

Hirsjärvi S.; Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hyppönen, O. & Linden, S. 2009. Opettajan käsikirja - opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo. Viitattu 3.11.2014 <http://www.jokihelmenopisto.fi/files/Opettajan-kasikirja.pdf>.

Jänikselä, T. 2014. Työntekijän kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa ilmenneistä ongelmista. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Katja, 35-v –Hyvä elämä loppuun asti (videotallenne). youtube.com: Yhteisvastuukeräys. Viitattu 10.10.2014 https://www.youtube.com/watch?v=rAU_80S5HwE.

Käypä hoito 2015. Etusivu > Käypä hoito. Viitattu 26.9.2015 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>.

Kettunen, J.; Kiviniemi, K.; Kurkela, L.; Laitila, R.; Lehtelä, P.-L.; Nissilä, S.-P.; Pietilä, M.; Remes, P. & Viitala, T. 2006. Oppimisenäkemykset. Viitattu 30.10.2014 <http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Oppimisenakemys>.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4) 440-5. Viitattu 20.2.2015 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnu-mero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10821.

Kunnat.net 2014a. Väestön ikärakenne 1990-2013. Etusivu > Tietopankit ja tuotteet > Tilastot > Kuntakuvaajat > Tilastoindikaattorit. Viitattu 17.10.2014 <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/indikaattorit/Sivut/ind.aspx?ind=8001&th=800>.

Kunnat.net b. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Etusivu > Asiantuntijapalvelut > sosiaali ja terveys > Terveyspalvelut > Terveyskeskukset > Sairaanhoido: avosairaanhoido ja sairaala/vuodeosastotoiminta > Saattohoito b. Viitattu 17.11. 2014 <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vastaanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx>.

Kuolevan potilaan oireiden hoito (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012. Viitattu 14.9.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>.

Kuuppelomäki, M. 2003. Emotional support for dying patients – the nurses' perspective. European Journal of Oncology Nursing 7 (12) 120-129.

Larsson, A. & Wijk, H. 2007. Patient Experiences of Pain and Pain Management at the End of Life: A Pilot Study. American Society for Pain Management Nursing 8, (1) 12–16.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Lähestymistapoja eettiseen ongelmanratkaisuun. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lipponen, V. 1997. Saattohoitopotilaan tahdon toteutuminen potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta tarkasteltuna. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 10.9. 2014 <https://tampub.uta.fi/handle/10024/81338>.

Lipponen, V. 2009. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä -Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67617>.

Mattila, K-P. 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen vahvistaminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (7) 778-9. Viitattu 6.12. 2014 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10916.

Mueller, A.; Johnston, M. & Bligh, D. 2002. Joining mind mapping and care planning to enhance student critical thinking and achieve holistic nursing care. Nursing Diagnosis 13 (1) 24-7.

Murad, M.; Coto-Yglesias, F.; Varkey, P.; Prokop, L. & Murad, A. 2010. The effectiveness of self-directed learning in health. Medical Education 44 1057–1068. Viitattu 30.11.2014 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=0a50dfc1-3a32-4fb3-a8aa-781cbeed81c8%40sessionmgr4004&hid=4101>.

Nieminen, H. 2013. Oppiminen ja kuormittavuus –Lähihoitajaopiskelijoiden kokemuksia ongelma-perustaisesta opiskelusta. Viitattu 3.11.2014. <http://doria32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/88960/Nieminen.Henna.pdf?sequence=2>.

OK-opintokeskus. Kyselylomake. Julkaisut > Verkkomateriaalit > Järjestöarvioinnin ilmansuuntia > Arioinnin menetelmät ja työkalut > Kyselylomake. Viitattu 6.12 <http://ok-opintokeskus.fi/kyselylomake>.

Olsen, J. & Vaija-Kääriä, S. 2014. Teoksessa Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n & Suomen Palliatiivisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisu. Helsinki: Fioca Oy.

Paasivaara L.; Suhonen M. & Nikkilä J. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Peda.net. Opetusmenetelmät- opetuksesta ohjaamiseen. Viitattu 30.11.2014 <http://www.peda.net/veraja/amisto/popeda/opetuksestaohjaamiseen>.

Saattohoito 9.9.2011 (videotallenne). youtube.com: KarjalainenK5 2011. Laakkonen yhtiöt. Joensuu. Viitattu 15.11.2014 <http://www.youtube.com/watch?v=xriWfNKLsNM>.

Seno, V.L. 2010. Being-With Dying: Authenticity in End-of-Life Encounters. American Journal of Hospice & Palliative Medicine 27 (6) 377-385.

Sherwen, E. 2014. Improving end of life care for adults. Nursing Standard 28 (32) 55-57.

Silander, P. & Koli, H. 2003. Verkko-opetuksen työkalupakki- oppimisaihiosta oppimisprosessiin. Saarijärvi: Oy Finn Lectura Ab.

Soivio, J. 1996. Suomen ev.lut.seurakunta. Kirkkohallitus. Kirkon sairaalasielunhoidon keskus. Viitattu 6.12.2014 <http://www.espoonseurakunnat.fi/documents/55984/55993/Vakaumuksen.pdf/c6439bf8-0b81-401c-8baf-ef9645bfc9bc>.

STM 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosittukset 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 14.9.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf.

STM 2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020 Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. Helsinki. Viitattu 6.12.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf.

STM 2011. Hyvän saattohoidon suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 11:3. Viitattu 17.10. 2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2842823&name=DLFE-14939.pdf.

Suikkala, A.; Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2009. Factors related to the nursing student–patient relationship: the patients' perspective. Scandinavian Journal of Caring 23 (4) 625-34.

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, Suomen Akatemia 2014. Vanhuuskuolema. Konsensuskokous 2014. Helsinki: Painotalo Kyriiri Oy. Viitattu 6.12.2014 <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1148809580/artikkelikirjakons-kevyt-netti.pdf>.

TK 2012. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Etusivu > Tilastot > Väestö > Väestöennuste > 2012 > Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Viitattu 17.10. 2014 http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012-09-28_tie_001_fi.html.

TK 2014. Lähes joka viides suomalainen 65 vuotta täyttänyt. Etusivu > Tilastot > Väestö > Väestörakenne > 2013 > Vuosikatsaus > Lähes joka viides suomalainen 65 vuotta täyttänyt. Viitattu 17.10.2014 http://www.stat.fi/til/vaerak/2013/01/vaerak_2013_01_2014-09-26_tie_001_fi.html.

VSSHP 2014. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri Saattohoitosuunnitelma 2014. Varsinais-Suomen alueelliset hoito- ja kuntoutusketjut > Ajankohtaista > Saattohoitosuunnitelma. Viitattu 17.10. 2014 <http://hoitoreitit.vsshp.fi/iisstart.htm?userid=ohjepankki&passwd=vsshp>.

Ying, L. 2011. Integration of simulation-based learning in the nursing programme: a reflection. Singapore Nursing Journal 38 (4) 28-31.

YK:n kuolevien oikeuksien julistus

- Minulla on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti.
 - Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä muuttuuko sen tavoite.
 - Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä vaikka toivo muuttuisi.
 - Minun on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni.
 - Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin.
 - Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo.
 - Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.
 - Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
 - Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
 - Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
 - Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
 - Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
 - Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
 - Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
 - Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
 - Minulla on oikeus huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi.
- (YK 1975, viitattu lähteessä ETENE 2004, 51.)

Toimeksiantosopimus

Turun ammattikorkeakoulu
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 Salo



1 (1)

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS

Toimeksiantajan nimi: Turun ammattikorkeakoulu

Toimeksiantajan osoite: Ylhäistentie 2, Salo

Yhteyshenkilö/asema: Ulla Wiirilinna; koulutuspäällikkö

ulla.wiirilinna@turkuamk.fi

Hanke	Aihe	Tekijät	Ryhmä
Hoitotyön menetelmät	Ensiavun opetuspaketti sairaanhoitajille	Jenni Seppänen Elina Mäenpää	AHSHSK13
Hoitotyön menetelmät	Saattohoidon opetuspaketti sairaanhoitajille	Emilia Salenius Riitta Merenkukka Tiina Lehtikainen	AHSHSK13
Hoitotyön menetelmät	Vanhuksen sepsin hoidon opetuspaketti sairaanhoitajille	Sari Lalli Kirsi Nurmi	AHSHSK13
Hoitotyön menetelmät	VG-injektion anto-opetuspaketti sairaanhoitajille	Annastina Kovanen Tuomas Tenno Saija Arvisto	AHSHSK13

Päiväys ja allekirjoitukset:

8.9.2014
Päiväys

Jenni Salenius
AMK:n edustaja/opinnäytetyön ohjaaja

Tutkimustaulukko

TEKIJÄ(T), VUOSI, MAA	TARKOITUS	MENETELMÄ, OTOS	KESKEISIMMÄT TULOKSET
Arbour & Wiegand 2013. Yhdysvallat	Kuvailee akuuttihoi- don sairaanhoitajien käsityksiä toimin- nastaan ja rooleis- taan potilaan ja hä- nen perheensä hoi- totyössä potilaan siirtyessä aggressii- visesta hoidosta pal- liatiiviseen- ja saat- tohoitoon.	Kuvaileva fenomenologi- nen tutkimus, yksilöhaas- tattelu. n=9	Aineistosta tuli esiin kategoriat: Perheen opettaminen, potilaan asioiden ajajana toimiminen, perheen läsnäolon rohkaiseminen ja tukeminen, oireiden hal- linta, perheiden suojeleminen, myönteisten kokemusten luomi- nen ja perheen tukeminen.

<p>Forsgren, Christensen & Hedemalm. 2013.</p> <p>Ruotsi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia CBL:n toimivuudesta opetusvälineenä, tukeeko se heidän oppimistaan</p>	<p>Kvalitatiivinen sisälönanalyysi hoitotyön opiskelijoiden kurssipalautteista.</p> <p>n=100</p>	<p>Case-menetelmä tarjoaa opiskelijoille mahdollisuuden parantaa heidän arvostelukykyyään ja kriittistä ajattelutaitoa osallistumalla todennukaisiin tilanteiden analyysihin ja ratkaisukeinoihin, joka saavutetaan yhdistämällä teoreettiset tiedot ja käytännön taidot.</p>
<p>Hendolin 2009.</p> <p>Suomi.</p>	<p>Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään minkälainen rooli demonstraatiolla on opetusmenetelmänä fysiikan yliopisto-opetuksessa.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa järjestettiin koeluentoja ja tulokset analysoitiin palautteista.</p> <p>n=100</p>	<p>Demonstraatiot olivat opiskelijoiden mielestä motivoivia, viihdyttäviä ja kiinnostusta ylläpitävinä. Hyvänä motivaation luojana demonstraatiolla on yhteys tehtävään paneutumiseen ja sitä kautta oppimiseen, joten niiden arvioidaan vaikuttavan fysiikan oppimiseen sitä kautta.</p>

<p>Jänikselä 2014.</p> <p>Suomi.</p>	<p>Kuvata kuolevan potilaan onnistuneen hoidon edellytyksiä kotona kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta pienillä paikkakunnilla ja kotihoidon työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista.</p>	<p>Induktiivinen sisällönanalyysi.</p> <p>n=9 (haastattelu)</p> <p>n=1 (essee)</p>	<p>Kotihoidon työntekijät kokivat hoidon järjestämisessä ongelmia, jotka liittyivät avuntarpeeseen vastaamisen vaikeuksiin ja resurssipulaan. Ammattilaisten yhteistyön, hoitamisen suunnitelmallisuuden ja ammattitaidon puutteista oli kokemuksia. Kotiympäristössä hoitamiseen liittyi epävarmuutta. Vuorovaikutus ei aina toiminut potilaiden ja läheisten kanssa. Hoitajat kokivat ongelmia potilaiden oireisiin, läheisten väsymiseen ja kuoleman hyväksymiseen liittyen.</p>
<p>Kuuppelomäki 2003.</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvailee ja selittää hoitajan näkökulmasta kuolevan potilaan emotionaalista tukemista</p>	<p>Sisällönanalyysi.</p> <p>n=328</p>	<p>Kuunteleminen, koskettaminen, empatian ilmaiseminen, potilaan toiveiden toteuttaminen, lohduttaminen, rohkaiseminen ja läsnäolo olivat yleisiä emotionaalisen tuen muotoja, joita toteutettiin pääosin perushoidon yhteydessä. Lisäkoulutus ja alan kirjallisuuden lukeminen olivat yhteydessä tuen antamiseen.</p>

<p>Lipponen 2006.</p> <p>Suomi.</p>	<p>Selvittää miten-kuolevat potilaat ja omahoitajat konstruoivat hoitosuhteitaan vuorovaikutuksessa.</p>	<p>Diskurssianalyysi.</p> <p>Hoitotilanteiden havainnointi ja haastattelut</p> <p>n=20 (10 potilasta, 10 hoitajaa)</p>	<p>Kun hoitosuhteessa syntyy dialoginen yhteys, hoitopaikka menettää merkityksensä ja saattohoito toteutuu silloin monimerkityksellisenä ja tilannesidonnaisena yksilön arvon ja vapauden kunnioittamisena.</p>
<p>Murad, Coto-Yglesias, Varkey, Prokop & Murad 2010.</p> <p>Yhdysvallat.</p>	<p>Artikkelissa tarkastellaan itseohjautuvan oppimismenetelmän tehokkuutta elinikäisessä oppimisessa terveydenhoitoalalla.</p>	<p>Systemaattinen katsaus, menetelmänä meta-analyysi.</p> <p>Sisältää 30 tutkimusta, joista 9 koski sairaanhoitajaopiskelijoita.</p>	<p>Itseohjautuvan menetelmän todettiin olevan ihmistyyppistä ja koulutuksesta riippuen tehokkaampaa, kuin perinteinen malli.</p>
<p>Nieminen 2013.</p> <p>Suomi.</p>	<p>Vaikuttaako pedagogiset ratkaisut siihen miten oppilaan kokevat työmäärän.</p>	<p>Fenomenografinen tapaustutkimus.</p> <p>n=7 (haastattelu)</p> <p>n=24 (lomakekysely)</p>	<p>Kuormittavuuden kokemuksia aiheutti opiskelijan omat taidot, opetusjärjestelyt, kaavamaisuus tutoriaali-istunnoissa sekä joissain tapauksissa oma ryhmä.</p>

Seno 2010. Yhdysvallat.	Miten ja miksi hoitajat onnistuvat tai epäonnistuvat kommunikoimaan laadukkaasti saattohoitotyössä.	Tulkitseva fenomenologinen tutkimus. Osittain strukturoitu haastattelu. Valikoitu otos. n=6	Hoitajilla oli aito asenne kuolemaa kohtaan, he hyväksyivät kuoleman, heillä oli henkilökohtaisia kokemuksia kuolemasta jotka mahdollistivat yhteyden luomiseen potilaisiin ja perheisiin, he pystyivät tuomaan esiin toisen tunteita, he säätelivät ihmissuhteita ja järjestelmällisiä olosuhteita perheen ja kuolevan potilaan puolesta.
---------------------------------------	---	---	--

Tehtävälomake

Tehtäväryhmä A. Saattohoidon periaatteet. Voidaan keskustella porina-/kumuloituvassa ryhmässä ja tehdä mind map.

1. Millaista on mielestäsi hyvä saattohoito? **Orientoituminen**
2. Mikä on saattohoidon tavoite? **Orientoituminen**
3. Kenelle saattohoito on tarkoitettu? **Orientoituminen**
4. Mieti kokemuksiasi saattohoidosta ja sen toteuttamisesta.
Orientoituminen Motivoituminen
5. Katso video "Katja 35 v. Hyvä elämä loppuun asti"
https://www.youtube.com/watch?v=rAU_80S5HwE
6. Katso video "Saattohoito 9.9.2011"
<https://www.youtube.com/watch?v=xriWfNKLsNM>
Orientoituminen Motivoituminen
7. Mitä tunteita ja ajatuksia saattohoito sinussa herättää?
Orientoituminen Motivoituminen
8. Tutustu YK:n kuolevien oikeuksien julistukseen. Toteutuvatko kuolevan oikeudet kokemustesi perusteella?
Orientoituminen Motivoituminen

Tehtäväryhmä B. Saattohoidon aloitus, lainsäädäntö, saattohoidon järjestäminen. Voidaan toteuttaa itseohjautuvana opiskeluna. Käytä lähteinä esim. Finlex, Terveyskirjasto, STM: Hyvä saattohoito Suomessa- julkaisu, VSSHP:n saattohoitosuunnitelma 2014, Duodecim Vanhuuskuolema.

1. Mitä tarkoitetaan palliatiivisella hoidolla? Mikä on palliatiivisen ja saattohoidon ero? **Motivoituminen Sisäistäminen**
2. Miten potilaan itsemääräämisoikeus ja oma tahto näkyy saattohoidossa? **Sisäistäminen**
3. Tutustu hoitotahtoon. Minkälainen on suomalainen hoitotahto?
Sisäistäminen

4. Miksi ja milloin saattohoitopäätös tehdään? Kuka siitä päättää?
Sisäistäminen
5. Mitä potilaslaissa sanotaan saattohoitopäätökseen liittyen?
Sisäistäminen
6. Voiko saattohoitopäätöksen tekemiselle olla esteitä? Sisäistäminen
7. Mitä tarkoittavat lyhenteet: DNR, SLK, ER, AND, DNAR ja "ei elämää ylläpitävää hoitoa" ja mitä eroa niillä on? Sisäistäminen
8. Mitkä lait ja asetukset koskevat saattohoitopotilaan hoitoa?
Sisäistäminen
9. Missä saattohoitoa annetaan? Kuka vastaa saattohoidon järjestämisestä? Sisäistäminen
10. Milloin potilas kuuluu I, II tai III tason hoitoon saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaan? Sisäistäminen

Tehtäväryhmä C. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Lähteet esim. Käypä hoito: Kuolevan potilaan oireiden hoito, VSSHHP saattohoitosuunnitelma 2014.

11. Mitä potilasryhmiä on mainittu Käypä hoito-suosituksessa ja miksi?
Sisäistäminen
12. Mitä oireita tarkkailet kuolevan potilaan hoidossa ja miten hoidat niitä? Sisäistäminen
13. Mitä sanotaan suonensisäisestä nesteytyksestä, ravitsemuksesta, antibiootihoidosta sekä happihoidosta saattohoitopotilaalla?
Sisäistäminen **Motivoituminen**
14. Mitä sanotaan kivun arvioinnista ja seurannasta? Sisäistäminen
15. Mitä kivunhoitomenetelmiä voidaan käyttää saattohoitopotilaalla?
Sisäistäminen
16. Miten selvität kipuja potilaalla, joka ei kykene kommunikoimaan itse? Sisäistäminen

17. Mitä ongelmia opioidilääkityksessä voi ilmetä? [Sisäistäminen](#)
18. Mistä hankit konsultaatioapua kivun hoidossa? [Sisäistäminen](#)
19. Miksi käytetään palliativista sedaatiota? [Sisäistäminen](#)

Tehtäväryhmä D. Psyykkiset, sosiaaliset, henkiset, hengelliset tarpeet saattohoitotyössä.

20. Mitä potilaan eksistentiaalinen ahdistus vaatii hoitajalta?
[Sisäistäminen](#) [Arviointi](#)
21. Millä tavoin autat potilasta pelon ja ahdistuksen käsittelyssä?
[Sisäistäminen](#) [Arviointi](#)
22. Miten autat saattohoitopotilasta ja omaisia emotionaalisen tuen keinoin? [Sisäistäminen](#) [Ulkoistaminen](#) [Arviointi](#)
23. Miten otat käytännössä huomioon potilaan hengelliset tarpeet?
[Ulkoistaminen](#) [Arviointi](#)
24. Miten voit tukea potilasta kuolinhetkellä? Miten tuet omaisia olemaan läsnä kuolinhetkellä? [Ulkoistaminen](#) [Arviointi](#)

Tehtäväryhmä E. Case-tehtävät. Voidaan toteuttaa esim. itsenäisenä työskentelynä, parityöskentelynä, simulaationa, demonstraationa tai tutoriaalina.

1. palvelutalon tehostetussa asumisyksikössä kaksi vuotta asuneen Sulon tila on huonontunut pitkän ajan kuluessa pikkuhiljaa. Nyt hänellä on CRP koholla ja lämpöä. Perustautina hänellä on pitkälle edennyt Alzheimerin tauti sekä munuaisten vajaatoiminta. Mistä asioista lääkärin ja hoitajien tulisi keskustella kanssa Sulon omaisten kanssa? [Ulkoistaminen](#) [Arviointi](#) [Kontrolli](#)

2. Anja on tullut hoitoon yksikköosi keuhkohtauman pahenemisen vuoksi. Hän on saa useasti päivässä Atrovent- inhalaatioita, joista on hieman apua. Miten keuhkohtaumapotilaan loppuvaihe voidaan tunnistaa ja miten sitä hoidetaan? Laadi Anjalle hoitosuunnitelma.

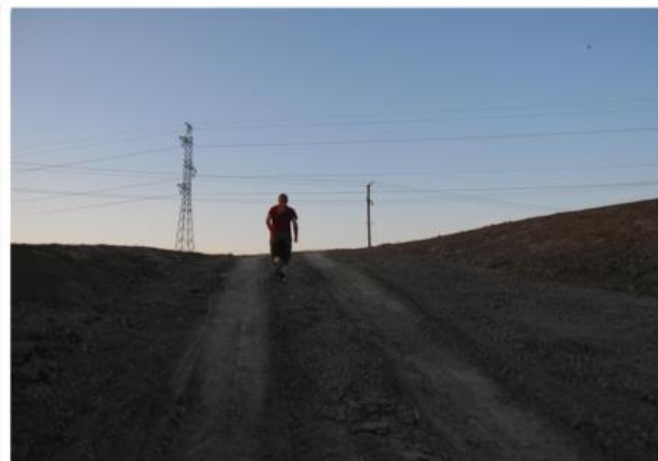
Ulkoistaminen [Arviointi](#) [Kontrolli](#)

3. Olet työvuorossa sairaalassa sisätautien vuodeosastolla. Eräässä huoneessa on potilaana nainen, jolla on saattohoitopäätös. Hänen vointinsa on romahtanut äkillisesti. Hänen miehensä ei ole käynyt sairaalassa katsomassa häntä tänään. Tullessasi huoneeseen, huomaat hänen hengittävän nopeammin. Miten toimit?

Ulkoistaminen [Arviointi](#) [Kontrolli](#)

4. Työskentelet kotisairaanhoidossa ja menet kotikäynnille perheeseen, jossa äiti on yksinhuoltaja ja hänellä on teini-ikäinen tytär. Perheen äiti on sairastunut munasarjasyöpään, joka on levinnyt sisäelimiin. Syöpä ei ole parannettavissa. Äidin fyysiset voimat alkavat hiipua. Hän haluaa olla loppuajan kotonaan tyttärensä kanssa ja näin ollen apu järjestetään moniammatillisen tiimin turvin kotiin. Mihin asioihin kiinnität huomiota mennessäsi kotikäynnille? Mitä vaihtoehtoja on kivunhoidon toteutuksessa? [Ulkoistaminen](#) [Arviointi](#) [Kontrolli](#)

Kuvamateriaali







Palautelomake

Palautelomake saattohoidon opiskelumateriaalista

1. Olivatko tehtävät mielestäsi

Jos vastasit ei, niin perustele

motivoivia	kyllä	ei
opettavaisia	kyllä	ei
haastavia	kyllä	ei
liian helppoja	kyllä	ei

Tuliko uutta asiaa? kyllä ei

Saitko valmiuksia
saattohoidon
toteutukseen?

kyllä ei

2. Kerro vapaasti ehdotuksia tehtävien parantamiseksi

☐