

Opinnäytetyö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2017

Susanna Henriksson

HYVÄ HOITOYMPÄRISTÖ SAATTOHOIDOSSA

Susanna Henriksson

HYVÄ HOITOYMPÄRISTÖ SAATTOHOIDOSSA

Pohjois-Karjalan maakunnassa toteutettiin vuosina 2013-2015 Paletti-hanke. Sen tarkoituksena oli palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä. Tuloksena syntyi opas Hyvä saattohoitoympäristö on kaikkien etu. Hankkeessa tuotettiin hyvän saattohoitoympäristön arviointi- ja parannusideatyökalu, jonka avulla saattohoitoympäristöjä voidaan kehittää.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla hyvää saattohoitoympäristöä käyttämällä apuna Paletti-hankkeessa tuotettua Hyvän saattohoitoympäristön työkalua (Väyrynen 2015). Arviointi toteutettiin havainnoimalla Karinakodin hoitoympäristöä. Hoitoympäristön havainnointi tapahtui päivittäin, kuuden viikon aikana ohjatun harjoittelun yhteydessä syksyllä 2016. Hoitoympäristöä havainnoitiin arviointityökalun mukaisesti kirjaamalla havainnointipäiväkirjaan päivittäin huomioita ja ottamalla valokuvia havainnoitavista yksityiskohdista.

Tulosten mukaan Karinakodin hoitoympäristössä toteutui hyvän saattohoitoympäristön periaatteet ja etenkin saattohoitokodin sijainti ja luontoympäristön luoma rauhallisuus tukevat kuolevan potilaan saattohoitoa. Myös omaisten tukeminen on huomioitu huonejärjestelyissä siten, että omaisia varten on kolme erillistä vierashuonetta, joista kaksi on suoraan yhteydessä potilaan huoneeseen. Kehityskohteeksi nousi pohjoiseen ja länteen päin katsovien jaettujen huoneiden ja kappelin värimaailma ja valaistus, joka voisi olla nykyistä lämpimämmän sävyinen. Myös hoitotarvikkeiden sijoittelu niille tarkoitettuihin kaappeihin pois näkyvistä kaipasi yhteistä sopimusta, sen toteutuessa nyt vain osittain.

Tällä hetkellä terveydenhuollossa keskustellaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta ja siihen oleellisesti liittyvästä potilaan valinnanvapaudesta, mikä tarkoittaa yksilön oikeutta valita hoitopaikkansa ja hoitava terveydenhuollon ammattilainen. Terveydenhuoltolain (1326/2010; § 47-49) mukainen potilaan valinnanvapaus koskee tällä hetkellä vain julkista terveydenhuoltoa. Mikäli kunnassa on käytössä palveluseteli, voi sen avulla kuitenkin valita muunkin kuin julkisen palveluntuottajan.

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta valita hoitopaikka saattohoidossa tulee siksi korostaa ja varmistaa, että potilaalla ja hänen läheisillään on tietoa erilaisista mahdollisuuksista päästä yksilölliseen saattohoitoon.

ASIASANAT:

Saattohoito, palliatiivinen hoito, hoitoympäristö, kuoleva potilas, osallistuva havainnointi, Paletti-hanke.

BACHELOR'S THESIS |

ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Registered nursing programme

2017 | 33 pages

Susanna Henriksson

GOOD NURSING ENVIRONMENT IN HOSPICE CARE

[Click here to enter text.](#) In North Karelian province was implemented Paletti-project during 2013 – 2016, which was aiming to strengthen palliative and hospice care know-how and develop structures with an expert cooperation. Project outcome was guide called "Hyvä saattohoitoympäristö on kaikkien etu" (Good terminal care environment is everybody's benefit). Project produced evaluation and improvement idea tool which can be used to develop terminal care environments.

This thesis work aimed to describe good hospice care environment using tool (Väyrynen 2015) for evaluating good terminal care environment produced by Paletti-project. Evaluation was carried out observing nursing environment. Observation occurred daily basis for six weeks along with controlled practicing during Autumn 2016. Nursing environment was observed according the evaluation tool and recording notes to evaluation diary daily and taking photos from observed details.

According the results Karinakoti nursing environment fulfilled the principles of good hospice care and especially nursing home location and peace created by the natural environment supporting the dying patients. Also, support for relatives has been considered with room arrangements by having three separate quest rooms, which two are having direct access to patient's room. As a development area was found color world and lightning could be more warmer tone than currently for rooms facing to north and west as well in chapel. Also, agreement for nursing supplies arrangements away from sight would require common agreement as it now is happening only partly.

Now in health care is under discussion about reforming the social and health care and to that substantially affiliated patient's discretion which means individuals right to choose nurture place and attending health care professional. Discretion ensured by health care law is currently only concerning public health care. In case municipality is having the voucher in use, it can be used to choose other than public health care service producers.

Patient's discretion and right to choose nurture place in hospice care has to be highlighted and ensured so that patient and his or hers relatives has knowledge of various possibilities to get personalized hospice care.

KEYWORDS:

Hospice care palliative care, nursing environment, dying patient, Paletti-project

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	7
3 KUOLEVAN POTILAAN HOIDON LINJAUKSET	8
3.1 Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	8
3.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoitopäätös	9
3.3 Saattohoidon järjestäminen	10
4 HYVÄÄ HOITOA TUKEVA FYYSSINEN HOITOYMPÄRISTÖ SAATTOHOIDOSSA	12
4.1 Fyysisen hoitoympäristön yhteys hoidon laatuun	12
4.2 Hyvä fyysinen ympäristö saattohoidossa	13
4.3 Saattohoitoympäristön arvioinnin työkalu	15
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	16
5.1 Havainnointi tiedon keruun menetelmänä	16
5.2 Havainnoinnin toteutus	17
6 TULOKSET	18
6.1 Tuoksut ja sisäilman tuntu	18
6.2 Valaisimet ja luonnonvalo	19
6.3 Värimaailma ja materiaalit yleisissä tiloissa	24
6.4 Värimaailma ja materiaalit potilashuoneissa	26
6.5 Omaisten tilat	27
6.6 Hoitotarvikkeiden sijoittelu	28
7 POHDINTA	29
7.1 Eettisyys ja luotettavuus	29
7.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	29
LÄHTEET	32

LIITTEET

Liite 1. Ympäristön arviointi ja parannusideatyökalu

KUVAT

Kuva 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ajoitus. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016)	10
Kuva 2. Sosiaali- ja terveysministeriön 3 portainen malli saattohoidon järjestämisestä Suomen Kuntaliitto 2016.)	11
Kuva 3. Käytävän pään maisemahuone (© Karinakoti 2016)	19
Kuva 4. Kuva aulasta. Katossa etualalla kartion malliset lamput, kiskot spottivaloille, takana upotettavat kattovalot ja kappelin oven edessä lattiavalaisin. (© Henriksson 2016)	20
Kuva 5. Myös tummasta väri- ja valomaailmasta pitävä löytää oman paikkansa Karinakodista. (©Henriksson 2016)	21
Kuva 6. Takkahuone. (© Karinakoti 2016).	22
Kuva 7. Muistelupöytä. Pöytä on valaistu kohdevalaisimilla ja pöydälle voi sytyttää kynttilän kuolleen omaisen muistoksi. (©Henriksson 2016)	23
Kuva 8. Tiiliseinää, jossa lahjoittajien tietoja. (©Henriksson 2016)	24
Kuva 9. Käytävän ja aulan erottava tilanjakaja. (©Henriksson 2016)	25
Kuva 10. Pienempi potilashuone. (©Henriksson 2016)	26
Kuva 11. Potilashuoneen välittömässä yhteydessä oleva pieni omaistenhuone. (©Henriksson)	27

1 JOHDANTO

Suomalaiset saattohoidon periaatteet on luotu hospice ideologian perustajan, Cicely Saundersin aatteiden mukaan. Saundersin viesti on : ”Olet tärkeä, koska olet sinä, ja olet tärkeä elämäsi viimeiseen hetkeen asti. Me puolestamme teemme kaikkemme auttaaksemme sinua paitsi kuolemaan rauhallisesti, myös elämään kuolemaasi asti.” (Vainio 2004.)

Kun puhutaan saattohoidosta, puhutaan kirjaimellisesti ihmisen viimeisistä päivistä tässä maailmassa. Miten miellyttäviä niistä voidaan olosuhteiden valossa tehdä, riippuu pitkälti paikasta, jossa saattohoito toteutuu. Saattohoitoa toteutetaan Suomessa sekä kotioloissa, hoitokodeissa, saattohoitoyksiköissä että sairaaloiden palliatiivisissa tai saattohoitoyksiköissä. Erilaisissa saattohoitoa toteuttavissa paikoissa on erityyppiset hoitoympäristöt. On tärkeää kyetä vastaamaan yksilön käsitykseen miellyttävästä hoitoympäristöstä, koska sillä voidaan tutkitusti vaikuttaa yksilön kokemaan kipuun ja mielialaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on havainnoida ja kuvailla Karinakotia saattohoitoympäristönä käyttämällä Paletti-hankkeessa (Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa) tuotettua arviointityökalua hyvän saattohoitoympäristön arvioimiseksi (Väyrynen 2015).

Hoitoympäristön havainnointi tapahtuu päivittäin 6 viikon aikana syksyllä 2016 Karinakodissa ohjatun harjoittelun yhteydessä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millainen on saattohoitopotilaan hyvä hoitoympäristö. Tehtävänä oli havainnoida ja kuvailla hyvää saattohoitoympäristöä saattohoitokodissa käyttämällä apuna Paletti- hankkeessa tuotettua saattohoitoympäristön arviointityökalua. Opinnäytetyön toimeksiantaja Karinakoti voi halutessaan käyttää havainnointituloksia omassa toiminnassaan. Myös erilaisissa saattohoitoa järjestävissä yksiköissä, kuten laitoksissa, kotihoidossa tai saattohoitokodeissa voidaan tarkastella tuloksia ja verrata niitä senhetkiseen hoitoympäristöön.

Opinnäytetyötä ohjaava kysymys on:

Millainen on saattohoitopotilaan hyvä fyysinen hoitoympäristö?

3 KUOLEVAN POTILAAN HOIDON LINJAUKSET

Parantumattomasti sairaan, kuolevan potilaan hoidossa lievitetään oireita sekä kärsimyksiä lääkityksellä ja henkisellä tuella. Oireidenmukaisen hoidon tulee olla saatavilla kaikille vakavasti sairaille ja kuoleville potilaille. Noin 2/3 kuolevista syöpäpotilasta tarvitsee elämänsä 2–3 viimeisen kuukauden aikana erikoistunutta oireenmukaista kotihoitoa ja 1/3 saattohoitoa viimeisten elinviikkojensa aikana. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012.) Syöpäpotilaat ovat saattohoidon suurin ryhmä. Suomessa kuolee miltei 50 000 ihmistä vuosittain. Heistä syöpää sairastavia on lähes 11000. (Suomen Kuntaliitto 2014.)

3.1 Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Potilaan itsemääräämisoikeus on sosiaali- ja terveysalalla johtava teema. Potilaslaki määrää potilasta hoidettavan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Täten ihmisellä on oikeus päättää oman hoitonsa pääkohdista, asioista joiden ajattelee vaikuttavan häneen itseensä henkilönä ja kokemukseensa hoidosta. Hän voi valita hoitavan tahon ja määrittellä yksilölliset tarpeensa, hän voi myös kieltäytyä hoidoista, vaikka ne olisivat hänen terveydelleen ja hengelleen huonoja valintoja. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Valvira 2008.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava saattohoidossa ja hänen hoitotahdotaan voidaan poiketa vain silloin, kun voidaan perustellusti olettaa hänen muuttaneen tahtoaan hoitonsa suhteen (ETENE 2003).

Itsemääräämisoikeuden merkitystä ja toteutumista on tutkittu niin terveys- kuin sosiaali-tieteidenkin alalla erilaisissa toimintaympäristöissä etenkin asiakkaan/potilaan ja hoitohenkilöstön näkökulmasta (mm. Suhonen 2007, Lehtosalo 2011, Myllymäki 2014, Pesonen 2010) ja niiden pohjalta todetaan itsemääräämisoikeuden toteutuvan pääosin hyvin, mutta myös kehittämistarpeita nostetaan esiin. Anttosen (2016) mukaan saattohoitoa tulee kehittää huomioimalla potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan muodostama kokonaisuus, jossa yksilöllinen saattohoito voi toteutua. Hän näkee tämän suurena haasteena terveydenhuollossa, jossa parantamisen rinnalla tulisi turvata ihmisarvoinen kuolema parantumattomasti sairaalle potilaalle ja tukea hänen perheenjäseniään luopumisessa ja surussa.

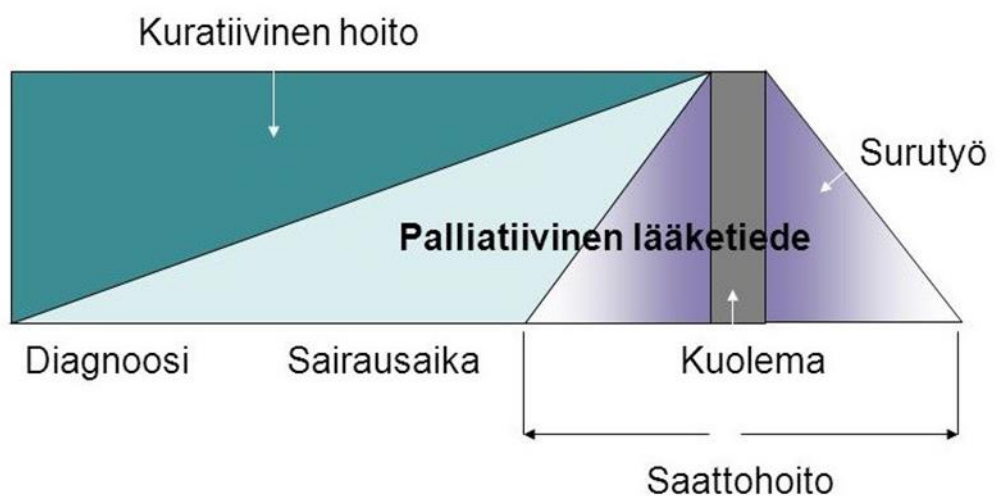
Tällä hetkellä terveydenhuollossa keskustellaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta ja siihen oleellisesti liittyvästä potilaan valinnanvapaudesta, mikä tarkoittaa yksilön oikeutta valita hoitopaikkansa ja hoitava terveydenhuollon ammattilainen. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukainen potilaan valinnanvapaus koskee tällä hetkellä vain julkista terveydenhuoltoa. Mikäli kunnassa on käytössä palveluseteli, voi sen avulla kuitenkin valita muunkin kuin julkisen palveluntuottajan. (THL 2016.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta valita hoitopaikka saattohoidossa tulee siksi korostaa ja varmistaa, että potilaalla ja hänen läheisillään on tietoa erilaisista mahdollisuuksista päästä yksilölliseen saattohoitoon.

3.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoitopäätös

Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivinen hoitovaihe voi sairaudesta riippuen kestää jopa monia vuosia. Hyvä palliatiivinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti loppuun asti sekä tukee omaisten selviytymistä potilaan sairauden aikana ja kuoleman jälkeen. Palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe on saattohoito. (ETENE 2012). (kuva 1)

Palliatiivinen hoito sairauden aikana



Kuva 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ajoitus. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016)

Saattohoitopäätös tehdään yhdessä hoitavan lääkärin kanssa, kun on aika siirtyä saattohoitoon. Lääkäri arvioi potilaan tilaa ja kuulee päätöksessään omaisia ja potilasta. Lääkäri keskustelee heidän kanssaan, selvittäen minkälaiset tiedot heillä on tämänhetkisestä tilanteesta ja millaiset odotukset. Hän kertoo tämänhetkisen tilanteen ja käy läpi ennusteen ja käytettävissä olevat, kärsimystä lievittävät hoitovaihtoehdot. Saattohoitopäätös kirjataan sairauskertomukseen tarkasti. Se merkitsee oireiden lievitykseen siirtymistä ja tarpeettomista hoidoista sekä toimenpiteistä luopumista kunnes elämä saavuttaa loppupisteensä, kuoleman. DNR-päätös sisältyy aina saattohoitopäätökseen. (PHSOTEY, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2014.)

DNR-lyhenne tulee englanninkielisistä sanoista ”do not resuscitate” tai ”do not attempt resuscitation”, jolloin lyhenne on DNaR. Lause tarkoittaa suoraan suomennettuna ”älä elvytä”. Päätöksestä käytetään joskus myös lyhennettä AND, joka muodostuu sanoista ”allow natural death”, suomennettuna ”salli luonnollinen kuolema”. Kyseessä on lääkärin tekemä päätös olla käyttämättä elvytystoimenpiteitä, kuten paineluelvytystä tai sydämen sähköistä rytminsiirtoa, elottoman potilaan elvyttämiseksi. (Valvira 2008.)

3.3 Saattohoidon järjestäminen

Saattohoidon järjestämisen eettisinä arvoina on hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Arkkiatri Pelkonen on todennut, että kuolevan potilaan kohtelu on lääkintätaidon humanisuuden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari. (STM 2010.)

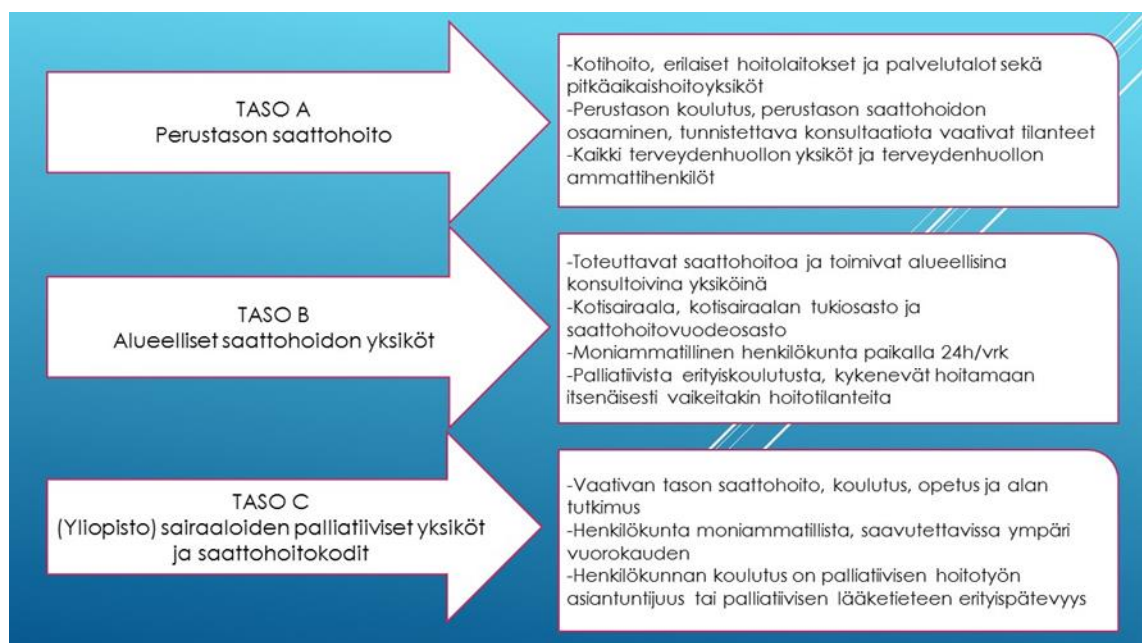
Saattohoito antaa hoitoa ja tukea sairauden loppuvaiheessa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoidossa keskeistä on potilaan oireiden sekä kärsimysten helpotus. Saattohoidon lähtökohtana on parantumattomasti sairas potilas, jolla ei ole tarjolla parantavaa hoitoa tai hän on kieltäytynyt siitä, ja hänen jäljellä olevan elinikänsä arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoidon kulmakivenä pidetään itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittamista. (ETENE 2003, 2012.)

Suomessa saattohoitoa järjestetään erikoissairaanhoidossa, saattohoitokodeissa ja perusterveydenhuollossa. Ei ole siis itsestään selvää eikä suoraviivaista, miten saattohoito

etenee ja yksiköiden välillä voi olla suuriakin eroja riippuen potilaan omasta tahdosta. (Suomen Kuntaliitto 2016.)

Tavoitteena on, että palliatiivinen tai saattohoito jatkuu koko sairauden keston ajan koko terveydenhuoltojärjestelmän sisällä. Suurin osa potilaista haluaisi elää ja tulla hoidetuksi omassa kodissaan kuolemaansa asti, mutta suurin osa heistä kuolee silti sairaalassa tai hoitokodissa. Tästä syystä potilaan toivoma hoito- tai kuolinpaikka pitäisi olla tiedossa ja kirjattuna ylös ja siitä tulisi olla keskusteltu potilaan ja omaisten kanssa. (EAPC 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt saattohoidosta kolmiportaisen mallin, joka muodostuu perustason saattohoidosta, alueellisista saattohoidon yksiköistä sekä sairaaloiden palliatiivisista yksiköistä ja saattohoitokodeista. (kuva 2)



Kuva 2. Sosiaali- ja terveysministeriön 3 portainen malli saattohoidon järjestämisestä Suomen Kuntaliitto 2016.)

4 HYVÄÄ HOITOA TUKEVA FYYSINEN HOITOYMPÄRISTÖ SAATTOHOIDOSSA

4.1 Fyysisen hoitoympäristön yhteys hoidon laatuun

Fyysisen hoitoympäristön merkitystä potilaalle on kuvattu useissa tutkimuksissa ja opin- näytetöissä. Florence Nightingale toi esiin jo 1800-luvulla hoitoympäristön merkityksen potilaiden hoidossa. Hän kiinnitti huomiota muun muassa tuuletukseen, valoon, läm- pöön, puhtauteen ja meluun, jotka olivat hänen mielestään tärkeitä tekijöitä potilaan hoi- dossa (McDonald 2006). Lasten hoitotyössä fyysinen ympäristö voi ehkäistä pelkoja (Kokko & Kyllönen 2013.) ja hoitoympäristön on todettu edistävän myös potilaan kuntou- tumista (Vainio 2014). Potilaslähtöiseen fyysiseen hoitoympäristöön liittyvän yksityisyy- den ja vierashuoneen tarpeellisuuden toivat esiin monet kyselytutkimukseen vastanneet potilaat ja omaiset. He myös korostivat kodinomaisuutta, mahdollisuutta valmistaa jotain syötävää tai juotavaa itse. (Douglas & Douglas 2004.) Viihtyisä ja hyvin suunniteltu ym- päristö edistää hyvinvointia ja ennalta ehkäisee myös fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. (Hyypä & Liikanen 2005.)

Fyysisen hoitoympäristön visuaalinen puoli on tuotu korostetusti esille useissa hoitolai- toksissa ja -yksiköissä. Ihminen kuitenkin havainnoi ympäristöään myös tiedostamatto- masti ja muilla aisteilla kuin näköaistilla. Esteettiset kokemukset luovat mielihyvää, joka lisää elämänlaatua. (Kronström-Johansson 2008.)

Fyysinen hoitoympäristö parhaimmillaan auttaa ihmistä toipumaan sairaudestaan lieven- täen tuskaa, mutta huonoimmillaan se voi hidastaa paranemista aiheuttaen turhaa kär- simystä potilaalle. Fyysisestä ympäristöstä tärkeäksi nousevat sisätilojen tilavuus, es- teettömyys, lähiympäristön esteettisyys ja näkymät ikkunasta. (Lehtinen & Voutilainen 2013.)

Tutkimusten avulla on etsitty sellaisia ympäristön ominaisuuksia ja piirteitä, jotka ovat hyväksi ihmisen terveydelle ja paranemiselle laitospolosuhteissa. Näyttöön perustuvassa suunnittelussa (EBD eli evidence-based design) kaikki suositukset on tutkimuksellisin keinoin todettu toimiviksi, jossa tarkoituksena on hoidon tulosten paraneminen. Roger S. Ulrich tutki vuonna 1984 sappikivileikkauksesta toipuvien potilaiden toipumisaikoja. Hän

vertaili huoneen ikkunasta avautuvan näkymän vaikutusta potilaan toipumisaikaan. Näkymä aukesi joko vihreään puistoon tai vastapäisen rakennuksen tiliseinään. Vihreää puistonäkymää katselevat potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Heillä oli myös vähemmän pahoinvointia, komplikaatioita ja kipulääkitystä. (Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A. & Choudhary, R. 2004.)

Potilailla on sairaalaan tullessaan hoitoympäristöihin kohdistuvia henkilökohtaisia odotuksia, ja ne vaikuttavat heidän toipumiseensa ja kokemukseensa hoidon laadusta. Yksityisyyttä tukeva tilaratkaisu potilashuoneissa antaa mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa arkaluonteisimmistakin asioista, luoda ympärilleen yksilöllisyyttä tukevan pienympäristön omilla tavaroilla ja äänimaailmalla. Se sallii oman vuorokausirytmien, paremman yöunen ja rauhallisen ilmapiirin. (Kivelä 2012.)

4.2 Hyvä fyysinen ympäristö saattohoidossa

Paletti-hanke (Palliativisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa) tutki vuosina 2013-2015 saattohoitoympäristöjä. Tietoa koottiin kirjallisuudesta, eri tutkimuksista, Tanskan ja Iso-Britannian malleista sekä Pohjois-Karjalan kunnista ja hoivakodeista. Tiedonkeruu tapahtui valokuvaamalla hoitoympäristöjä ja toteuttamalla niissä tiloja koskeva webropol-kysely. (PKSSK 2015.)

Hankkeessa tuotettiin ja julkaistiin suunnittelutyön opas (Väyrynen 2015), jossa tuodaan esiin saattohoitoympäristön suunnittelussa huomioitavia ominaispiirteitä potilaan, omaisten ja hoitohenkilöstön tarpeet huomioiden. Siinä kuvataan ja havainnollistetaan suomalaiseseen hoitotyön kulttuuriin sopivat suunnittelun periaatteet hyvän hoitoympäristön luomiseksi.

Saattohoito Suomessa tapahtuu pääasiallisesti sairaalassa, jossa haasteena on yksityisyyden puute, sisäilmaongelmat, epäsoviva valaistus, rauhattomuus ja melu sekä sisustuselementtien puuttuminen tai niukkuus. Myöskään ikkunasta näkyvää maisemaa ei ole huomioitu, vaan se on unohdettu kokonaan. Uusia saattohoitotiloja suunniteltaessa pitäisi yhden hengen huoneen pinta-alan olla vähintään 20m² ja 25m², jos se sisältää wc:n ja suihkutilat, potilaan ja omaisen tilan ja minikeittiön. Monissa kansainvälisissä projekteissa ja artikkeleissa on huomattu, että hyvä hoitoympäristö vaikuttaa sekä potilaan että hoitohenkilökunnan hyvinvointiin. Hyvin toteutettu hoitoympäristö vähentää kivun ja

stressin tuntua, parantaa turvallisuudentuntua ja hoitotyön laatua, vaikuttaen myös työntekijöiden työhyvinvointiin. (Väyrynen 2015.)

Hyvän hoitoympäristön tavoitteena on ympäristö, jossa potilaat ja heidän perheensä, sekä hoitotyöntekijät tuntevat itsensä tervetulleiksi ja osallisiksi. On tärkeää että hoitoympäristössä pystytään korkeatasoiseen hoitotyöhön ja edistetään potilaan turvallista oloa ja hyvinvointia. Tärkeimmäksi asiaksi nousee, että potilaat pystyvät hallitsemaan omaa elämäänsä ja tekemään itseään koskevia päätöksiä mahdollisimman paljon hoitoympäristössään. (Ulrich, Quan, Zimring, Joseph & Choudhary 2004.; Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008.)

Fyysisen hoitoympäristön vaikutus voi olla suoraa tai epäsuoraa. Ympäristön hygieenisuus ja turvallisuus ovat suoraan ihmiseen vaikuttavia ja suoraan kytköksissä ihmisen perustarpeisiin. Hallinnan tunteen ja yksityisyyden menetys tai fyysisestä ympäristöstä lähtöisin olevat negatiiviset tunteet ovat epäsuoria vaikutuksia ja voivat vaikuttaa psyykkisesti. Fyysinen hoitoympäristö voi parhaimmillaan viivyttää parantumattoman sairauden etenemistä tai saada sen tuntumaan siedettävämmältä. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008.)

Valon merkitys ihmisen hyvinvoinnille on suuri. Ihmisen näköaisti on pitkälti valon varassa ja useimmat aktiviteetit onnistuvat vain valon avulla. Luonnonvalo helpottaa oikeassa vuorokausirytmissä pysymistä säätelemällä kortisolin ja melatoniini hormonien erittymistä. Se myös vähentää masennusta ja auttaa orientoitumaan aikaan ja paikkaan. Keinotekoiselle valolle on myös tarvetta, sen vähentäessä työtapaturmia, lääkepoikkeamia ja toimiessa sisustuksellisenä elementtinä. Päivänvalolamput ja kohdevalaisimet ovat suositeltavia lisävalaisimia yleisvalaisimien lisäksi. (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2008.; Väyrynen 2015.)

Stressillä on selvä yhteys paranemiseen ja hyvinvoinnin kokemukseen. Sen määrää voidaan mitata sekä fysiologisilla että määrällisillä mittareilla. Päivänvalon puute, melu ja vaikeasti hahmotettava ympäristö ovat tekijöitä jotka lisäävät stressin määrää. (Kotilainen 2010.)

4.3 Saattohoitoympäristön arvioinnin työkalu

Paletti - hankkeessa julkaistussa saattohoitoympäristön suunnittelutyön oppaassa (Väyrynen 2015) tuodaan esiin useita tutkimuksia ja kehittämistyön tuloksia erilaisista hoitoympäristöistä. Lisäksi suunnittelua ja mallinnusta varten valokuvattiin hoivakoteja ja tehtiin kysely hoitohenkilökunnalle, potilaille ja lähihoitajaopiskelijoille. Tuotoksena laadittiin ympäristön arviointi- ja parannusideatyökalu (liite 1), jossa on ympäristön 23 kohdan tarkistus- ja arviointilista. Arvioitavia asioita ovat tuoksut, huoneen koko, näkymä potilaspaikasta, potilaspaikan sijainti huoneessa, seinäpinnat, oven ja ikkunan ilmasuunta, luontoelementit ja luontomateriaalien käyttö, näkyvissä olevat elementit, valaistus ja ilmastointi, tilan hahmotettavuus, esteettömyys, yksilöllisyys ja arvokkuus, omaisten tilat, turvallisuus ja mukavuus, pinnat ja tekstiilit, taide- ja käsityöelementit, muut tilaratkaisut, kuten hoitotarvikkeiden sijoittelu, wc- ja pesutilat, kalusteet sekä muunneltavuus.

Työkalun avulla voidaan arvioida hoitoympäristön soveltuvuutta saattohoitoon. Sen pohjalta voidaan käynnistää rakentavaa ja tuloksellista keskustelua esiin tulevista kehittämistarpeista tai asioista, joita ei olla osattu huomioida vielä. Arviointityökalua käytetään tässä opinnäytetyössä apuna hyvän saattohoitoympäristön havainnoimiseen. Työkalun käyttöön on saatu lupa sen kehittäjältä Katja Väyryseltä.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Havainnointi tiedon keruun menetelmänä

Hirsjärven mukaan tieteellinen havainnointi on tarkkailua. Sen avulla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa siitä, mitä todella tapahtuu. Havainnointi on joko systemaattista tai vapaata. Hän erottelee osallistumisen havainnointiin joko täydelliseksi osallistumiseksi tai osallistuvaksi havainnoijaksi. (Hirsjärvi 2004.)

Havainnointiin kuuluu näköhavaintojen lisäksi muun muassa tunteminen, haistaminen ja maistaminen. Sekä havainnointikohde, että tutkimusongelma määrittävät, mitä aisteja käyttäen havainnointi parhaiten toteutuu. Kun tutkimusaineisto perustuu pääosin havainnointiin, havainnoija ei koskaan havainnoi ilman omia tunteitaan ja tuntemuksiaan. (Vilka 2006.) Havaintoja voidaan dokumentoida monin tavoin, esimerkiksi tekemällä muistiinpanoja, valokuvaamalla, äänittämällä tai videoimalla (Jyväskylän yliopisto 2015).

Havainnointitapoja voidaan käyttää eri tavoin ja havainnoijan rooli voi vaihdella riippuen tutkimuksen tarkoituksesta. Havainnointia voidaan tehdä tutkimuskohteen ulkopuolisesta tai sisäpuolisesta näkökulmasta ja havainnointitekniikka voi olla strukturoitua tai strukturoimatonta. Sisäpuolisen näkökulmasta tehty havainnointi voi muodostua osallistuvaksi havainnoinniksi, jossa tutkija toimii osana havainnoitavaa tilannetta ja yhteisöä. (Jyväskylän yliopisto 2015)

Osallistuvassa havainnoinnissa on tärkeää, että tutkija merkitsee muistiin havaintonsa, ilman että hän muuttaa niitä omien tai muiden arvoasetelmien kautta. Havainnointivirheitä voi myös tulla jos muistiinpanoja merkitään väärin tai havainnointi tapahtuu arvaamalla. (Anttila n.d) Arviointityökalun käyttö mahdollistaa objektiivisen havainnoinnin, jolla pyritään poissulkemaan omat ja henkilökunnan mieltymykset ja mielipiteet. Sen avulla pystyy myös käymään yksityiskohtaisesti ja järjestelmällisesti läpi havainnoitavat kohteet. Tämä vähentää muistiinpanojen merkintävirheitä ja arvaamiseen johtavaa järjestäytymätöntä havainnointia.

Tämän opinnäytetyön menetelmänä käytetään osallistuvaa havainnointia, jossa opinnäytetyön tekijä osallistuu ryhmän toimintaan täysivaltaisena jäsenenä opiskelijan roo-

lissa. Opinnäytetyön tekijä käyttää havainnoinnin apuna ympäristön arviointi- ja parannusideatyökälyä ja tekee havainnoistaan muistiinpanoja päiväkirjamerkintöjen muodossa sekä ottaa muistinsa tueksi valokuvia havainnoitavista kohteista.

5.2 Havainnoinnin toteutus

Havainnointia varten tutustuin Väyrysen (2015) hankeraporttiin Hyvä saattohoitoympäristö on kaikkien etu ja sen liitteenä olevaan Ympäristön arviointi- ja parannusideatyökälyyn. Havainnointiympäristönä tässä opinnäytetyössä oli Karinakoti Turun Hirvensalossa, joka on ainoa saattohoitokoti Turun seudulla. Karinakodin hoitoympäristöä havainnoitiin kuuden viikon ajan 24.10-4.12.2016. Tiedonkeruuta tehtiin valokuvaten ja päiväkirjaa kirjoittaen ja sen jälkeen nämä tiedot koottiin ja kirjoitettiin raportiksi. Luvat kaikilta osapuolilta pyydettiin jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa.

6 TULOKSET

Karinakoti on suunniteltu saattohoitoon ja joitakin muutostöitä on tehty hoitoympäristön parantamiseksi jo aiemmin. Kolmannen siiven kahden hengen huoneet on aiemmin remontoitu puolittamalla ne yhden hengen huoneiksi, minkä johdosta huoneiden koko on pienentynyt ja huonekoosta on siten jouduttu joustamaan. Pienemmät huoneet ovat n.15m² kokoisia ja kahdella huoneella on yhteinen wc- ja kylpyhuone, kooltaan n. 5 m². Isommat huoneet ovat kooltaan n. 25m² sisältäen oman wc/suihkutilan.

Havainnointi tapahtui huone kerrallaan, joista jokaisesta huomioitiin arviointityökalussa olevat kohdat. Tulosten kuvailua varten nostettiin esiin viisi pääkohdetta, jotka nousivat havainnoinnin aikana eniten esiin. Näitä olivat tuoksut ja sisäilman tuntu, valaisimet ja luonnonvalo, värimaailma ja materiaalit yleisissä tiloissa sekä potilashuoneissa ja omaisten tilat. Näiden yhteydessä huomioitiin myös yksilöllisyys, omien tavaroiden käyttömahdollisuus, turvallisuus, esteettömyys, muunneltavuus ja taiteen sijoittelu. Tulosten kuvailua havainnollistetaan valokuvilla.

6.1 Tuoksut ja sisäilman tuntu

Tuoksut Karinakodissa vaikuttivat yleisesti melko neutraaleilta ja siistijän mukaan pesuaineissa on pyritty valitsemaan tehokkuuden lisäksi myös miellyttävä tuoksu. WC-pesuaineet tuoksuvat, jotta tulee kodikas siivouksen jälkeinen tuoksu. Siivouksen jälkeen tiloissa tuoksuu miedosti pihlajanmarja ja eukalyptus. Huoneissa käytetään miedompia aineita ja kuunnellaan potilaan mielipidettä myös tuoksujen suhteen.

Henkilökunnan käyttämät puhdistusaineet ovat sairaalahygieniatuotteita, joten tuoksua ei niissä ole. Muutenkin henkilökunta pyrkii mietoihin tuoksuihin myös omassa henkilöhygieniassaan.

Hajujen esiintymistä vähennetään huoneissa tehokkaalla, säädettävällä ilmastoinnilla, tuulettamalla suoraan ulos avautuvilla pation ovilla ja ikkunoilla, ilmanraikastajilla ja luonnollisilla hajunsyöjillä, kuten tervatuotteet ja aktiivihiili. Ympäröivä luonto ja meri tuovat omanlaisensa tuoksun raittiiseen ulkoilmaan. Pakokaasuja ei ympäristössä haittaavasti ole ohikulkevan liikenteen vähyyden vuoksi.

Yleisissä tiloissa on isoja viherkasveja puhdistamassa ilmaa ja tuomassa viihtyisyyttä ja luontoaihetta. Ruoka-aikaan ruoan tuoksu ei jää kauaksi aikaa leijumaan, koska ilmastointi on tehokas, toisaalta kahvin tuoksu tuntuu välillä miellyttävänä, koska kahvi on aina pannussa valmiina.

6.2 Valaisimet ja luonnonvalo

Karinakodin ikkunat ovat suuria, noin polven korkeudella maasta ja pation ovet ovat myös ikkunalliset. Kaikissa potilashuoneissa on maisemaikkuna, josta on näkyvyys joko metsään, puutarhaan tai merelle. Käytävien päissä sijaitsevat niin sanotut maisemahuoneet, joissa on lasiset seinät ja näkymät ympärille luontoon. (kuva 3)



Kuva 3. Käytävän pään maisemahuone (© Karinakoti 2016)

Katoissa olevat yleisvalaisimet ovat erilaiset eri osissa yleisiä tiloja. Niiden ja kohdevalojen kanssa on luotu erilaisia tunnelmia ja vyöhykkeitä. Käytävissä on kirkkaammat, kattoon upotetut valot, mutta niitä käytetään vain pimeänä aikana ja valaistuksessa pyritään pehmeämpiin valaistusvaihtoehtoihin, kuten pöytä- ja jalkalamppuihin. Ruokasalissa on kartion malliset, alaspäin suuntautuvat valaisimet, jotka luovat pehmeää, mutta tarvittaessa hyvin valaisevaa valoa. Niiden teho on säädettävissä ja osa on erikseen sammu-tettavissa pois. (kuva 4)



Kuva 4. Kuva aulasta. Katossa etualalla kartion malliset lamput, kiskot spottivaloille, takana upotettavat kattovalot ja kappelin oven edessä lattiavalaisin. (© Henriksson 2016)

Käytävien valaistus on pääosin valaisimien varassa, koska huoneet sijoittuvat käytäville tasaisesti, eikä ikkunoita ole kuin kolmannen käytävän lopussa. Käytävien päissä sijaitsevat maisemahuoneet päästävät sisään jonkin verran luonnonvaloa. Käytävän keskikohdalle on pyritty luomaan tunnelmallinen istahduspaikka, joka on tummempi sävyiltään ja valaistukseltaan. Kontrasti käytävän päästä ja huoneista tulevaan runsaaseen luonnonvaloon on suuri. Katon valaisimet antavat tarvittaessa kirkasta työskentelyvaloa. (kuva 5).



Kuva 5. Myös tummasta väri- ja valomaailmasta pitävä löytää oman paikkansa Karinakodista. (©Henriksson 2016)

Myös ensimmäisellä käytävällä sijaitseva takkahuone edustaa tummempaa, tunnelmalista valaistusta. Takkahuoneessa ei ole ikkunaa, vaan luonnonvalo tulee luonnon elementistä tulesta ja tarvittaessa keinovalosta. Huonekalut ovat värikkäitä, vapaa-ajalle tyypillisiä korikalusteita. Takkahuone on säännöllisesti käytössä viikoittain saunapäivinä ja virkistystapahtumissa, kuten hemmottelu- ja herkutteluilloissa. (kuva 6).



Kuva 6. Takkahuone. (© Karinakoti 2016).

Aulassa pianon vieressä on muistelupöytä, jossa pyritään pitämään aina eläviä kukkia ja raamattu. Seinällä on erityinen, tilanteeseen sopiva taulu ja kokonaisuus on valaistu katoista suunnatuin kohdevalaisimin. Pöydälle omaiset saavat kuoleman jälkeen sytyttää aidon kynttilän palamaan ja hiljentyä vielä ennen pois lähtöään. Myös muut potilaat saavat tällöin tiedon tapahtuneesta nähdessään kynttilän. Pöydälle tehdään myös erilaisia kuvaelmia tai asetelmia juhlapäivien kunniaksi, esimerkiksi jouluna seimi. (kuva 7).



Kuva 7. Muistelupöytä. Pöytä on valaistu kohdevalaisimilla ja pöydälle voi sytyttää kynttilän kuolleen omaisen muistoksi. (©Henriksson 2016)

6.3 Värimaailma ja materiaalit yleisissä tiloissa

Värimaailma on monipuolinen. Seinistä löytyy punaista tiiltä, maalattua murrettua valkoista ja muita murrettuja sävyjä, jotka ovat pääosin vaaleita. (kuva 8). Lattia on laattaa tai helppohoitoista linoleumia. Sisäkatto on rapattua ja yleisissä tiloissa paneelia tai akustiikkalevyä, värityksenä kattopinnoissa on valkoinen. Seinillä on väriläikkinä tauluja ja yksi ryijy löytyy kolmannelta käytävältä. Mattoja on vain muutama. Ne on sijoitettu oleskelutilojen yhteyteen ja ne on valittu suhteellisen neutraaleiksi sopimaan huonekalujen materiaaleihin.



Kuva 8. Tiiliseinää, jossa lahjoittajien tietoja. (©Henriksson 2016)

Myös erilaisia tilanjakajia on käytetty, jotta avara ja ilmava tunnelma saataisiin säilymään. Käytävien alkupäissä aulasta katsottuna on puiset, valkoiset sermit seinän tilalla. Ne auttavat hahmottamaan tilan muuttumista aulasta käytäväksi. (kuva 9.)



Kuva 9. Käytävän ja aulan erottava tilanjakaja. (©Henriksson 2016)

6.4 Värimaailma ja materiaalit potilashuoneissa

Potilashuoneissa pääsävy on vaalea, joskin jokaisessa huoneessa on yksilölliset verhot tuomassa vaihtelua ja persoonallista tuntua. Jokaisessa potilashuoneessa on iso ikkuna, joka mahdollistaa luonnonvalon ja luontoyhteyden. Verhojen vaihto kauden tai potilaan mieltymysten mukaan on mahdollista ja suotavaa. Keinovaloina on kirkas, työskentelyvalona toimiva kattovalaisin, seinällä kattoon päin suuntautuva seinävalaisin ja lattiavalaisin, jossa ylöspäin suuntautuva valo ja pieni kohdelamppu. Sänky ja kalusteet ovat puunvärisiä ja tekstiilit ovat joko potilaan kotoaan tuomia tai talon tekstiilejä. Tauluja on seinillä jo valmiiksi.

Huoneet voi sisustaa haluamallaan tavalla ja talolta saa tarvittaessa ylimääräisen sängyn omaisen yöpymistä varten. Saatavilla on myös säädettävä lepotuoli ja sohva, jotka voidaan siirtää huoneeseen niiden ollessa vapaana. (kuva 10.)



Kuva 10. Pienempi potilashuone. (©Henriksson 2016)

6.5 Omaisten tilat

Omaisille on varattu kolme erillistä vierashuonetta, joista kaksi on suorassa yhteydessä potilashuoneisiin. Kolmas huone on isompi perhehuone, joka sijaitsee sivummalla omassa rauhassaan. Sinne mahtuu esimerkiksi matkasänky tai kolme ihmistä yöpymään ja siinä on oma wc- ja suihkutila. Lisäksi isompiin potilashuoneisiin on mahdollista sijoittaa kevyt runkopatja, jos omainen haluaa yöpyä samassa tilassa. Potilashuoneiden jääkaapit ovat myös omaisten käytössä, samoin wc:t. Lisäksi läheiset voivat käyttää muitakin yleisiä tiloja, tilata ruoan ruokailuihin tai ostaa välipalaa ruokasalin jääkaapista. (kuva 11.)



Kuva 11. Potilashuoneen välittömässä yhteydessä oleva pieni omaistenhuone. (©Henriksson)

6.6 Hoitotarvikkeiden sijoittelu

Hoitotarvikkeet on pääsääntöisesti sijoitettu helposti saataville, mutta pois silmistä. Usein käytettäviä tarvikkeita saattaa olla pöydillä, mutta pyrkimys on, että tarvikkeet olisivat poissa omaisten ja potilaiden silmistä. Käsidesipullot ovat metallisissa telineissään huoneiden kaapinovissa roikkumassa tai pöydällä esillä. Riskijäteastiat joko sivupöydällä tai joka huoneessa sijaitsevassa hoitotarvikekaapissa. Näkyvillä olevat riskijäteastiat ovat pääsääntöisesti niissä huoneissa, joissa pistoksia annetaan monia kertoja päivän aikana. Pyörätuolit ja rollaattorit mahtuvat huoneisiin hyvin, mutta pienemmissä huoneissa saattaa tulla tarvetta siirtää ne tieltä pois.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Koko opinnäytetyö prosessin ajan kiinnitettiin huomiota luotettavuuteen. Luotettavuuden arviointi kohdistui metodin valintaan, teoreettiseen viitekehukseen, valokuvuihin, havaintoihin, tulosten kuvailuun, johtopäätöksiin sekä pohdintaan. Opinnäytetyössä sovellettiin tutkimuksellista lähestymistapaa ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyössä toteutettiin tutkimukselliseen lähestymistapaan kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista viestintää havainnoinnin tuloksia julkaistaessa. (TENK 2012)

Aineiston keruun menetelmänä käytettiin osallistuvaa havainnointia, jonka toteutuksessa oli tutkimuksen pidemmälle edetessä haasteita. Karinakodin henkilökunta oli tietoinen havainnoinnista ja toi mielellään omia havaintojaan ja mielipiteitään esille keskusteluissa. Henkilökohtaisten mieltymysten eroavaisuus oli kuitenkin suurta ja haasteena olikin pysyminen pelkästään arviointityökalun esittämissä havainnointikohteissa.

Havainnoinneissa keskityttiin yhteen tilaan ja potilashuoneeseen kerralla. Päätin jo alussa, että käyn kaikki tilat läpi arviointityökalun avulla ja kuvailen huoneista tekemiäni havaintoja. Tämä oli tarpeen, koska huoneet olivat pohjaratkaisultaan erilaisia, sisustuksellisesti yksilöllisiä ja eri ilmansuuntiin katsovia.

7.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen on saattohoitopotilaan hyvä fyysinen hoitoympäristö. Karinakoti on suunniteltu saattohoitoon ja joitakin muutostöitä on tehty hoitoympäristön parantamiseksi jo aiemmin. Kolmannen siiven kahden hengen huoneet on aiemmin remontoitu puolittamalla ne yhden hengen huoneiksi, minkä johdosta huoneiden koko on pienentynyt ja huonekoosta on siten jouduttu joustamaan. Pienemmät huoneet ovat n. 15m² kokoisia ja kahdella huoneella on yhteinen wc- ja kylpyhuone, kooltaan n. 5 m². Isommat huoneet ovat kooltaan n. 25m² sisältäen oman wc/suihkutilan.

Väyrösen (2015) mukaan saattohoituhuoneen suunnittelun sisustuksen periaatteita ovat luontoelementit ja luonnollisten materiaalien käyttö, valaistuksen ja ilmanvaihdon säättä-

misen mahdollisuus, ilmansuuntien vaikutuksen arviointi ja värien valitseminen sen mukaan, tilan hahmotettavuus, yksilöllisyys ja arvokkuus, perhettä tukevien ratkaisujen huomioon ottaminen, turvallisuuden ja viihtyvyyden luominen toimivien, tuttujen tilojen avulla, kulttuuristen asioiden kuten taiteen, musiikin ja käsitöiden hyödyntäminen sekä ajanmukaisuus, kestävyys, taloudellisuus ja muunneltavuus.

Havainnointien perusteella hyvän saattohoitoympäristön periaatteet toteutuvat Karinakodissa hyvin, mutta muutamia parannusehdotuksia nousi esiin. Ilmansuuntiin ei oltu aktiivisesti kiinnitetty huomiota esimerkiksi värimaailmaa suunniteltaessa. Kolmannen siiven huoneet olivat hämärämpiä ja kylmemmän oloisia kuin muiden siipien huoneet johtuen ilmansuunnasta. Väyrysen (2015) mukaan länteen päin suuntautuissa, hämärämmissä huoneissa olisi hyvä käyttää lämpimämpiä värisävyjä, jopa keltaista, mikä potilaiden mukaan olisi suositeltavampi kuin valkoinen. Samoin valaistuksen lämpimät sävyt olisivat hyviä.

Taiteen mahdollisuudet toteutuivat pääosin potilaiden omissa tiloissa tapahtuvana musiikinkuunteluna, vaikka mahdollisuudet esimerkiksi pianolla soittamiseen oli päivälissa. Tauluja oli runsaasti joka puolella ja potilaille tarjottiin erilaista ohjelmaa aikajoin, muun muassa sirkustaiteilijoiden vierailuja ja trubaduurien illanviettoja. Osa tauluista on tullut talolle lahjoituksena. Henkilökunta toi esille niiden esteettisen asettelun haasteellisuuden, niiden ollessa erilaisia sekä aiheiltaan että tyyliiltään. Potilaita kannustettiin ottamaan omia tärkeitä tavaroita mukaan, jokaisella oli mahdollisuus luoda haluamansa tunnelma huoneeseen myös omien taulujen avulla.

Rakennuksen kunto alkaa paikka paikoin olla kunnostuksen tarpeessa. Esimerkiksi henkilökunnan tilojen seinissä on halkeamia ja maalipinnat olisi hyvä päivittää joka puolella niin kunnan, kuin sävyjenkin suhteen. Tilojen muunneltavuus on säilytetty suosimalla siirreltäviä kalusteita ja tilojen pinnat käsitelty kulutusta ja pyyhkimistä kestäviksi. Hoitotarvikkeiden sijoittaminen pois näkyviltä omille paikoilleen kaapissa voisi olla kohentamisen arvoinen kohde. Osa henkilökunnasta sijoittaa hoitotarvikkeet pois näkyviltä, mutta osa ei koe hoitotarvikkeiden näkyvillä oloa ongelmana. Ongelmana sitä ei pidä nähdäkään vaan kehityskohteena potilaan hyvän ja esteettisen hoitoympäristön luomiseksi.

Karinakodin vahvimmin toteutuva hyvän saattohoitoympäristön periaate on luontoyhteys. Rakennus sijaitsee meren rannalla ja jokaisesta asukashuoneesta avautuu näkymä joko merelle tai puutarhaan. Suurimmasta osasta huoneista on suora käynti ulos patiolle ja niissä, joissa tätä mahdollisuutta ei ole, on ranskalainen parveke. Ympäristössä kulkee

päivittäin alueen eläimistöä, peuroja, jäniksiä, oravia, siilejä ja lintuja. Ne ovat yleinen kiinnostuksen- ja puheenaihe potilaiden keskuudessa. Talon aulassa on myös vihersaareke isoine viherkasveineen ja siinä lintuhäkki, jossa asustavat talon maskottiundulaatit.

Karinakodin ilmapiiri on lämmin ja viihtyisä. Hyvän saattohoitoympäristön periaatteet vaativat vain pieniä korjauksia ja suurin osa ympäristölle asetetuista hyvän saattohoidon periaatteista toteutuu. Karinakodissa vahvuuksina ovat etenkin sijainti ja näkymät.

Suuri osa saattohoitopotilaista hoidetaan sairaalassa tai sairaalanomaisissa ympäristöissä, joissa hoitoympäristöä ei ole aina mahdollista suunnitella ja järjestää kuolevan potilaan hoitoa ajatellen. Tästä syystä potilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta valita hoitopaikka tulee kunnioittaa ja järjestää mahdollisuus kuolla potilaan ja hänen läheistensä toivomassa ympäristössä.

LÄHTEET

Anttila, P.(n.d). Observointiin perustuvan tutkimuksen suorittaminen. Viitattu 18.3.2017.Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu.

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto.

Douglas, C. & Douglas, M. 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations* (7). 61-73. Viitattu 6.11.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x/epdf>

ETENE 2003, 2012. ETENE-julkaisuja 36: Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - suunnitelmat ja toteutus, 4. Viitattu 16.10.2016.

ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. ETENE- saattohoitotyöryhmä. Viitattu 16.10.2016.

EAPC 2010. European Association for Palliative Care 2010 Update. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. 2010. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European journal of palliative care*, 2010: 17(1). Viitattu 19.10.2016. http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC_white_paper/EAPC_White_Paper_2009_og_2010.sflb.ashx .

Helakorpi, S. 1999. Opinnäytetyö ja tutkimustoiminta ammattikorkeakoulussa. Julkaisija: Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.10.2016.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Hyyppä, M. & Liikanen, H. 2005. Kulttuuri ja terveys. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 16.10.2016.

Iso-Markku, R. & Kallio, T. 2012. Millainen on hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaalle lapselle? Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Jyväskylän yliopisto. Koppa. 2015. Havainnointi eli observointi. Viitattu 16.3.2017. <https://koppa.jyu.fi>

Kivelä, K. 2012. Hoitoympäristöjen suunnittelu – potilaan näkökulma. Tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kokko, S. & Kyllönen, S. 2013. Lasten pelkoja ehkäisevä fyysinen hoitoympäristö. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Kotilainen H. 2010. Näyttöön perustuva suunnittelu ja parantavat hoitoympäristöt; luentoja ja julkaisuja ympäristön vaikutuksesta terveyteen ja mieleen. Viitattu 6.11.2016. http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/HK_N%C3%A4ytt%C3%B6n_perustuva%20suunnittelu%20ja%20parantavat%20ymp.pdf

Kronström-Johansson, R. 2008. Pitkäaikaispotilaan esteettinen ympäristö. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Viitattu 6.11.2016.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2012. Viitattu 16.10.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehtinen, T. ja Voutilainen, I. 2013. Hyvä ja turvallinen hoitotyön fyysinen ympäristö. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Lehtosalo, T. 2011. Itsemääräämisoikeus vanhusten palveluasumisessa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys, Karinakoti. Viitattu: 16.10.2016 www.lssy.fi/potilaille-laheisille/palliativinen-ja-saattohoito/karinakoti/

McDonald, L. 2006. Florence Nightingale on Public Health Care. Wilfrid Laurier University Press. Viitattu 16.10.2016.

Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Netherlands Board for Healthcare Institutions. 2008. Quality of the physical health care environment. Status of research on environmental variables and the effects on (sick) people. Netherlands Board for Healthcare Institutions 617. Viitattu 17.10.2016.

Pesonen, E. 2010. Potilaiden ja sosiaalityöntekijöiden käsityksiä potilaan itsemääräämisoikeudesta vanhuspsykiatriassa. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016. Palliativisen potilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa. Viitattu 25.10.2016. <http://www.terveysportti.fi>

PHSOTEY. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2014. Saattohoidon periaatteet, pdf-julkaisu s.2. Viitattu 6.11.2016. www.dila.fi/files/1160/Saattohoidon_periaatteet_PHSOTEY.pdf

PKSSK, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2015. Hyvä saattohoitoympäristö. Viitattu 20.10.2016. <http://www.pkssk.fi> > sairaalapalvelut > saattohoito > hyvä saattohoitoympäristö.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Julkaisu, Hyvä saattohoito Suomessa. 17.10.2016.

Suhonen, J.2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana-haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Suomen Kuntaliitto 2016. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Viitattu 17.10.2016. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tkvastaanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx> .

TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 6.11.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

THL 2016. Potilaan valinnanvapaus. Viitattu 17.3.2017. <https://www.thl.fi>

THL 2016. Valinnanvapauden eri muodot. www.thl.fi >aiheet>sote-uudistus>valinnanvapaus>valinnanvapauden nykytilanne suomessa>valinnanvapauden eri muodot. Viitattu 17.3.2017.

Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A. & Choudhary, R. 2004. The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. Viitattu 17.10.2016.Center for Health Systems and Design, Texas A&M University. Texas.

Vainio, A. 2004. Palliativinen hoito, Palliativisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. 2. uudistettu painos. Toimittaneet Vainio,A & Hietanen,P. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Valvira 2008. Päivitetty 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 6.11.2016. www.valvira.fi > Terveystieteiden laitos > Potilaan asema ja oikeudet >

Valvira 2008. Päivitetty 2015. Päätös elvyttämättä jättämisestä. Viitattu 6.11.2016. www.valvira.fi
> Terveysthuolto > Hyvä ammatinharjoittaminen > Elämän loppuvaiheen hoito >

Valvira 2008. Päivitetty 2015. Saattohoito. Viitattu 6.11.2016. www.valvira.fi > Terveysthuolto
> Hyvä ammatinharjoittaminen > Elämän loppuvaiheen hoito >

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Nettijulkaisu. Viitattu 12.2.2017. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-havainnoi.pdf>

Väyrynen, K. 2015. Hyvä saattohoitoympäristö on kaikkien etu. Julkaisussa Myller, H. (toim.) Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa. Inhimillisesti potilaan parhaaksi. Karelia ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.11.2016. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87121/B35.pdf?sequence=1>

Väyrynen, K. 2015. Hyvä saattohoitoympäristö on kaikkien etu- Opas suunnittelutyöhön. Viitattu 8.11.2016. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/Saattohoitoymp%C3%A4rist%C3%B6n+suunnittelu-opas.pdf/b39b57ee-bb30-489b-94de-20be0ebcfeab>

Liite 1. Ympäristön arviointi- ja parannusideatyökalu

Seuraava luettelo on suunniteltu saattohoitoympäristön arviointityökaluksi sisustajan ja henkilöstön yhteiseen/erilliseen arviointiin sekä keskustelujen pohjaksi.

Arvioi ympäristön nykytilaa seuraavien näkökulmien kautta, kirjaa nuolen osoittamaan kohtaan parannusehdotus



Tuoksut välittömästi tilaan tultaessa

» _____

Huoneen koko: noin _____m²

Tilan rauhallisuus ja harmonia- tunne tilassa oleskeltaessa, mistä vaikutelma syntyy?

» _____

Näkymä nykyisestä potilaspaikasta

» _____

Potilas paikan sijainti suhteessa oveen ja ikkunaan, ei saisi olla suoraan ovi-ikkunalinjalla (levoton sijainti, väliin seinäke, verho, hylly tms.)

» _____

Ilman suunnat, johon ovi osoittaa _____ ja johon ikkuna avautuu _____

Luontoelementit ja luonnonmateriaalien käyttö:

Erilaiset elementit: näkyvät muodot, nykyiset värit, erilaiset materiaalit, joita näkyvissä tai käytetty

»

Valaistus: päivänvalo, himmennys, epäsuoravalaistus, valaisinten sijoittelu jne.

»

Ilmastointi - vedottomuus? säädeltävyys?

»

Tilan hahmotettavuus- yksityisyys- julkisuus, hyvät opasteet

»

Esteettömyys ja tila liikkumisväylillä/työskentelyalueilla

»

Yksilöllisyys ja arvokkuus: hoitotahdon ja ihmisen oma vaikutusmahdollisuus, omat tavat, niiden sijoitus

»

Omaisten leposijat, minikeittiö ja yöpymismahdollisuus

»

Turvallisuus ja mukavuus/viihtyvyytekijät: tv/radio/video, omaisten ja lasten huomioon ottamisen tavat tilassa

Seinäpinnat

»

Kattopinta ja katon väri

»

Käytetyt tekstiilit ja niiden väri sekä kuvio

»

Taide- ja käsityöelementit: sisustustekstiilit taulut, taide-esineet ja näiden mahdollinen merkitys/tulkinnat potilaan kannalta

»

Perhettä tukevat tilaratkaisut ja muut tila-illuusiot kuten peilien käyttö, ikkunat, patterien kätkeminen, hoitotarvikkeiden sijoittelu

»

Wc ja pesutilat

»

Kalusteet

»

Muunneltavuus
