

Saattohoito Pihlajakalliassa

Kokemuksia hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta

Riikka Tikkala

Opinnäytetyö

Joulukuu 2020

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma (AMK)

Tekijä(t) Tikkala, Riikka	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Joulukuu 2020
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Saattohoito Pihlajakalliossa Kokemuksia hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Irmeli Matilainen, Riitta-Liisa Räsänen		
Toimeksiantaja(t) Kuusiolinnaterveys Oy		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Ikäihmisten saattohoito keskittyy nykyään entistä enemmän tehostetun asumispalvelun yksiköihin ja ylimääräisiä siirtoja sosiaalihuollon yksiköistä terveydenhuollon yksiköihin on pyritty minimoimaan mahdollisimman hyvän elämänlaadun varmistamiseksi. Ikääntyneelle pyritään mahdollistamaan arvokas loppuelämä tutussa, kodinomaisessa ympäristössä tuttujen hoitajien ja läheisten läsnä ollessa. Saattohoito tehostetun palveluasumisen yksikössä vaatii monentyyppistä osaamista hoitotyön ammattilaisilta ja saattohoitotyön kehittyminen on koko ajan jatkuva prosessi.</p> <p>Pihlajakallion tehostettu asumispalveluyksikkö on uudehko yksikkö, ja saattohoitotyöhön ei ole vielä muodostunut vakiintuneita käytäntöjä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä kokemuksia ja kehittämiskohteita Pihlajakalliossa hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta saattohoitotyön kehittämistä varten.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena internet-kyselyn avulla. Tutkimuksen aineisto kerättiin Pihlajakallion sen hetkiselältä vakituiselta henkilökunnalta kahden viikon aikana. Näin tutkimus keräsi tietoa niiltä hoitotyön ammattilaisilta, jotka ovat Pihlajakalliossa tehneet saattohoitotyötä ja saaneet erilaisia näkemyksiä aiheesta.</p> <p>Tutkimustuloksista ilmeni, että saattohoito on Pihlajakalliossa yksilölähtöistä, yhteistyökeskeistä ja yleisellä tasolla toimivaa. Kehitettäviä kohteita saattohoidon toimivuuden parantamiseksi oli säännöllinen saattohoitokoulutus yksikössä, toimintaohjeiden selkeyttäminen ja yhdenmukaistaminen saattohoidon aikana ja kuoleman koittaessa sekä erilaisten mittareiden käyttöönotto asukkaan voimien arvioinnin tukemiseksi saattohoitovaiheessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) sairaanhoidaja, saattohoito, palliatiivinen hoito, oirenmukainen hoito		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Tikkala, Riikka	Type of publication Bachelor's thesis	Date December 2020 Language of publication: Finnish
	Number of pages 48	Permission for web publication: X
Title of publication Hospice care in Pihlajakallio Experiences from the perspective of nursing professionals		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Matilainen, Irmeli & Räsänen, Riitta-Liisa		
Assigned by Kuusiolinnaterveystyö Oy		
Abstract <p>Hospice care for the elderly is now increasingly focused on nursing home and additional transfers from social care units to health care units have been minimized to ensure the best possible quality of life. The aim is to enable the elderly to have a valuable rest in a familiar, homely environment, in the presence of familiar carers and loved ones. Hospice care in nursing home requires many types of expertise from nursing professionals, and the development of nursing care work is an ongoing process.</p> <p>The Pihlajakallio's nursing home is a relatively new unit, and established practices for hospice care work have not yet been established. The purpose of the thesis was to gather experiences and development targets in Pihlajakallio from the perspective of nursing professionals for the development of nursing care.</p> <p>The thesis was carried out as a qualitative research using an internet survey. The material of the study was collected from the current permanent staff of Pihlajakallio during two weeks. In this way, the research results gathered information from those nursing professionals who have done hospice work in Pihlajakallio and gained different views on the topic.</p> <p>The research results showed that hospice care in Pihlajakallio is individual-oriented, co-operative and functional on a general level. Objectives to be developed to improve the functioning of hospice care included regular hospice care training in the unit, clarification and harmonization of operating instructions during care care and death, and the introduction of various indicators to support the assessment of a resident's well-being during the hospice care phase.</p>		
Keywords/tags (subjects) nurse, hospice care, palliative care, symptomatic care		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Saattohoito osana palliatiivista hoitoa	4
2.1	Palliatiivinen hoito	4
2.2	Saattohoito	5
3	Hoitotyö elämän loppuvaiheessa	8
3.1	Oirearvio saattohoidossa	8
3.2	Kipu- ja oirehoito ikäihmisen saattohoidossa	9
3.2.1	Hengitystieoireet	11
3.2.2	Ruuansulatuskanavan oireet ja ruokahaluttomuus	12
3.2.3	Kuivuminen ja nestehoidon toteuttaminen	14
3.2.4	Delirium	15
3.2.5	Palliatiivinen sedaatio.....	17
3.3	Omaiset mukana saattohoidossa	18
3.4	Ikäihmisen psykososiaalinen tukeminen elämän loppuvaiheessa.....	20
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	22
5	Opinnäytetyön toteutus	22
5.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	22
5.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu	23
5.3	Aineiston analyysi.....	25
6	Tulokset	27
6.1	Hoitotyön ammattilaisten yleiset käsitykset saattohoidosta	28
6.2	Hoitotyön ammattilaisten yksilölliset kokemukset saattohoidosta tehostetussa palveluasumisessa	29
6.3	Saattohoidon kehittäminen hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta.....	31
7	Pohdinta.....	34
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	34
7.2	Johtopäätökset	36
7.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	38

	2
Lähteet	40
Liitteet	44
Liite 1. Saatekirje.....	44
Liite 2. Kyselylomake.....	45
Taulukot	
Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä.....	27

1 Johdanto

Hyvään elämään sisältyy myös hyvä kuolema ja ikäihmisen viime hetkillä on tärkeää huomioida yksilölliset tarpeet. Saattohoidolla tavoitellaan jokaiselle arvokas, mahdollisimman kivuton ja rauhallinen loppuelämä sekä kuolema. Saattohoidolla ei tarkoiteta, että hoito lopetetaan, vaan tarkoituksena on jatkaa hoitoa uuden suunnitelman mukaisesti. (Muistisairaana ihmisen hyvä saattohoito 2016, 6.)

Elinajan pidentyessä monisairaiden ikäihmisten määrä kasvaa ja dementoiva sairaus kuolinsyynä on selkeästi noususuuntainen. Dementoivaa sairautta sairastavan henkilön elämän loppuvaiheen hoito on hyvin erilaista kuin esimerkiksi syöpäpotilaan hoito. Dementoituneiden ikäihmisten toimintakyky on ollut jo pitkään heikentynyt ja raja palliatiivisen ja saattohoidon välillä on melko häilyvä. Yhteensä ikäihmisen palliatiivinen hoito ja saattohoito saattavat kestää vuosia. Saattohoitoa tarvitsevat entistä enemmän myös ikäihmiset, joilla ei ole muistisairautta, mutta jokin etenevä, krooninen sairaus. Tällaisia sairauksia ovat muun muassa sydämen vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti, munuaisten vajaatoiminta sekä etenevät neurologiset sairaudet. (Hänninen 2015, 256.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Pihlajakallion tehostetussa palveluasumis-yksikössä tapahtuvan saattohoidon sujuvuutta lähihoitajien näkökulmasta sekä kerätä tietoa, miten hoitajien mielestä saattohoitoa on mahdollista kehittää tällaisessa ympäristössä. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa saattohoidon tämänhetkisistä ikäihmisten saattohoidoista ja siitä, kuinka ne Pihlajakalliossa toteutuu. Tavoitteena on saada kerättyä hoitotyön ammattilaisilta sellaista tietoa ja näkökulmia hoitotyöhön, joita voitaisiin jatkossa hyödyntää saattohoidon yksilöllisyyden parantamisessa ja hoidon toimivuuden kehittämisessä.

2 Saattohoito osana palliatiivista hoitoa

2.1 Palliatiivinen hoito

WHO:n määritelmän mukaan palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan, että hoidetaan kokonaisvaltaisesti ja aktiivisesti parantumattomasti sairasta tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavaa potilasta ja hänen läheisiään. Palliatiivisella hoidolla on tarkoituksena vaalia potilaan elämänlaatua ja ehkäistä ja lievittää kärsimyksiä. Kärsimyksellä tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä sekä eksistentiaalista kärsimystä. Palliatiivinen hoito on laaja käsite, eikä sillä ole mitään ajallista määrettä suhteessa kuolemaan. (Saarto 2015, 10.)

Perimmäinen tarkoitus lääketieteessä on vähentää ihmisten kärsimystä ja tämän perusteella palliatiivinen hoito on ihmisoikeus. Palliatiivinen hoito on kehittynyt vuosien saatossa ja sitä tarvitsevia ihmisiä on koko ajan enemmän. WHO on arvioinut, että joka kolmas maailman ihminen tarvitsee palliatiivista hoitoa loppuvaiheessa elämää ja sen vuoksi palliatiivista hoitoa on tärkeää kehittää erilaisiin tarpeisiin. Kun puhutaan palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, tulee ymmärtää, että saattohoito on paljon suppeampi kokonaisuus kuin palliatiivinen hoito. Jotta palliatiivinen hoito on hyvää ja toimivaa, on tärkeää, että hoitajalla on oirehoidon osaamista, psykososiaalisen tuen, henkisen tuen ja saattohoidon osaamista sekä hyvät vuorovaikutustaidot. (Antikainen, Hänninen, Saarto & Vainio 2015.)

Kaikilla ihmisillä on oikeus palliatiiviseen hoitoon tarvelähtöisesti. Sairauden edetessä pitkälle, sairastavan henkilön kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole lyhentää eikä pidentää potilaan elämää. (Saarto 2018, 8.) Palliatiivista hoitoa ei ole rajattu ajallisesti mitenkään minkään sairauden tiettyyn vaiheeseen. Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa sen mukaisesti, kun krooniset sairaudet etenevät ja kuolema tulee ajankohtaisemmaksi. Kun asukas kuolee palliatiivisessa hoidossa, pidetään tätä aivan normaalina tapahtumana. Tärkeää on kuitenkin edesauttaa asukaan toimintakyvyn pitämistä mahdollisimman hyvänä, mahdollisimman pitkään. Ikäihmisillä palliatiiviseen hoidon tarvetta aiheuttaa usein pitkälle edenneet sairaudet.

Tällaisia sairauksia ovat muun muassa erilaiset syövät, muistisairaudet, sydän-, keuhko- sekä munuaissairaudet. Eri terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköillä tulee olla valmiudet mahdollistaa palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa vuorokauden ajasta riippumatta. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 7.) On myös erittäin tärkeää, että muistisairaalla asiakkaalla palliatiivinen hoito toimii samoin, kuin esimerkiksi syöpää sairastavalla. On huolehdittava, että muistisairaalle asiakkaalle toteutuu myös laadukas loppuelämä, toimintakyvyn ylläpitäminen ja maksimoitu mukavuus, vaikka hän ei ehkä itse sitä kykene ilmaisemaan. (Boer, Firth, Francke, Gove, Hertogh, Hughes, Junger, Koopmans, Larkin, Radbruch, Van der Steen & Volicer 2014, 198-200.)

Palliatiivisella hoidolla tavoitellaan sitä, että asiakas voi elää mahdollisimman aktiivista elämää omien voimavarojen mukaisesti, kuitenkin mahdollisimman vähin oirein ja ilman kärsimystä kuolemaansa saakka. Palliatiivisen hoidon ajanjakso voi olla pitkäkin ja siihen voidaan lähteä vähitellen. Omaisten huomioon ottaminen on myös tärkeää, sillä palliatiivisen hoidon alkaessa tilanne ei vaikuta yksistään asiakkaaseen vaan myös koko lähipiiriin. Lisäksi palliatiivinen hoito päättyy asiakkaan kuolemaan, jolloin sosi-aali- ja terveydenhuollon henkilöstön tuki on omaisille vieläkin hyvin tärkeää. (Saarto 2015.)

2.2 Saattohoito

On todettu, että saattohoidon turvaaminen pitkän elämän päättyessä, on yhteiskunnallinen suuri haaste (Hänninen 2018, 77). Saattohoito kuuluu yhtenä osana palliatiiviseen hoitoon ja on oletetun kuoleman välittömässä läheisyydessä oleva aika, joka voi olla viimeisistä viikoista päiviin. Saattohoito on kuolevan asiakkaan hoitoa. Pääsääntöisesti kuolevaksi asiakkaaksi määritellään ihminen, joka toimintakyvyltään on merkittävästi heikentynyt ja jolla elintoimintojen hiipussa vähitellen lähestyvän kuoleman merkit ovat jo havaittavissa. (Saarto 2018, 8.) Kuolevan asiakkaan tunnistaminen hoitotyössä on erittäin tärkeää. Tämä mahdollistaa sen, että erilaiset hoitotoimet voidaan suunnitella sen mukaisesti, että asiakas saa mahdollisimman nopeasti apua tarvittaessa. Saattohoidossa olevan asiakkaan kohdalla ei ole esimerkiksi mahdollista, että lääkehoitoa pohditaan ja sovitellaan pitkään, vaan lääkemuutosten teko tulee ta-

pahtua muutamissa päivissä. (Hänninen 2015.) Hyvän saattohoidon toteutuminen tarvitsee sitä, että saattohoidossa olevalle asiakkaalle mahdollistetaan läheisyyttä ja turvallisuutta. Kuolema saattaa olla vieras tai vaikea asia ja sen vuoksi ei uskalleta pysähtyä kuolevan ihmisen äärelle. Saattohoidossa olevan asiakkaan hoitaminen mahdollistaa saattohoidettavalle läheisyyttä, läsnäoloa ja ihmisten kohtaamista. Mekaanisesti toteutetut hoidot, kuten toistetusti tehty kivun hoito tai vähäinen vuorovaikutus saattaa tehdä kuolemasta turvattomamman ja tuskallisemman niin saattohoidettavalle asiakkaalle kuin hänen omaisilleenkin. (Hänninen 2020, 28.)

Saattohoitopäätöksen tekee aina hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä joko potilaan tai omaisten kanssa. Siirtyminen saattohoitoon on aina lääketieteellinen päätös, joka tulee kirjata selvästi potilaskertomukseen. (Tanskanen 2014, 23.) Saattohoito-päätökseen sisältyy aina päätös pidättäytyä elvytyksestä eli DNR. DNR-päätöksellä tarkoitetaan sitä, että ihmisen sydäntä ja hengitystä ei yritetä enää saada käyntiin elvyttämällä, kun niiden toiminta hiipuu ja loppuu jossain vaiheessa itsestään. (Muistisairaanhoidon hyvä saattohoito 2016, 9.) DNR-päätös voidaan tehdä myös muiden syiden takia, eli elvytyskielto ei automaattisesti tarkoita sitä, että potilas on palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Saattohoitopäätös on mahdollista tehdä myös liian myöhään tai jättää kokonaan tekemättä. Tällöin saattohoidossa olevalla asiakkaalla sekä omaisilla saattaa olla epärealistisia odotuksia ja ristiriitoja hoidon tavoitteiden sekä toteutuneiden hoitotoimien ja toimenpiteiden välillä. Tämä myös haittaa sitä, että asiakas ja hänen omaisensa eivät voi valmistautua lähestyvään kuolemaan ajoissa ja sen kautta eivät mahdollisesti asian käsittely saattaa vaikeutua. (Hänninen 2015.)

Suuri osa ikäihmisistä kuolee jossakin pitkäaikaishoitolaitoksessa, kuten tehostetun palveluasumisen yksiköissä, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai hoivakodeissa. Näin ollen saattohoitokin toteutetaan pääosin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköissä ja harvoin kuolema on yllättävä tapahtuma tällaisissa paikoissa. Osa ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista saattaa tehdä kuolemaa pitkänkin aikaa, jopa useita vuosia. Tähän kuitenkin sekoittuu helposti se asia, että pitkälle edenneen muistisairaanhoidon asiakkaan vointi heikkenee vähitellen ja asiakas joutuu vuoteeseen päin hoidettavaksi ja tämä vaihe saattaa kestää pitkään. Tätä vaihetta ei kuitenkaan tule sekoittaa

saattohoitoon. Muistisairaasi asiakkaan kohdalla saatto-hoitopäätöksen asettamisen kanssa tulee olla varovainen, sillä vaikeasti muistisairaalla voi olla myös esimerkiksi jokin infektio, joka heikentää yleiskuntoa, mutta josta on vielä aivan todennäköistä toipua oikeanlaisella hoidolla. (Hänninen ym. 2016.)

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä, joissa on ympärivuorokautinen hoito, suurin ryhmä yksikön asukkaista on muistisairaita. Usein näillä muistisairailta asukkailla on muitakin perussairauksia. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä tavoitteena on se, että asukkaat saavat viettää koko loppuelämänsä samassa yksikössä tutussa hoitoympäristössä, tuttujen hoitajien hoitamana. Lisäksi kaikki turhat siirrot esimerkiksi päivystykseen tai sairaalaan on minimoitava asukkaan elämänlaadun turvaamiseksi. Kun ikäihmisten saattohoito toteutetaan tehostetun palveluasumisen piirissä, tulee yksiköissä olla tarvittavat lääkkeet hyvän hoidon toteuttamiseksi. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 19.)

Nykyään myös korostetaan kotisaattohoidon mahdollisuutta, jolloin saattohoidossa oleva asiakas saa olla tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään ja jatkaa arkea tuttuun tapaan omien voimavarojensa mukaisesti (Hänninen 2015). Kansallisena tavoitteena on, että ikäihmiset kykenisivät asumaan kotona elämänsä loppuun saakka erilaisten palveluiden ja hoidon turvin (Finne-Soveri & Saarto 2019). Jotta saattohoidon voi mahdollistaa kotona järjestettäväksi, on edellytyksenä, että saattohoidossa olevalla asiakkaalla on kotona omainen, joka osallistuu hänen hoitoonsa. Jos saattohoito toteutetaan kotona, on huolehdittava, että saattohoidossa olevalla asiakkaalla ja hänen omaisillaan on yhteystiedot, joiden kautta he saavat tarvittaessa hoitohenkilöstön apua vuorokauden ympäri. Saattohoidettavalla tulee olla myös mahdollisuus siirtyä laitospaikalle saattohoitoon koska tahansa, sillä tilanteet vaihtuvat nopeasti ja kotisaattohoito saattaa muuttua mahdottomaksi. Aina kuitenkin kotisaattohoito ei ole mahdollista, esimerkiksi yksinasuville ikäihmisille turvallista kotisaattohoitoa ei voida toteuttaa. (Hänninen 2015.)

Jokaisessa sosiaalihuollon yksikössä tulee olla kerrottuna omavalvontasuunnitelmassa kyseisen yksikön palliatiivisen ja saattohoidon suunnitelma sekä ne palvelut, joita täl-

laisessa yksikössä A-tasolla on mahdollista saada. Lisäksi kyseisessä omavalvonta suunnitelmassa tulee olla kerrottuna, kuinka erityistason (B- ja C-tason) palvelut tullaan takamaan esimerkiksi ympärivuorokautisessa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tällaisia erityistason palveluita saattohoitovaiheessa yleisesti ovat muun muassa kotisairaalan antamat palvelut. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 19.) Kaikki sairaanhoitopiirit Suomessa muodostavat viisi erityisvastuualuetta, joiden keskuksena on aina yliopistollinen sairaala. Joitakin palveluita, joita järjestetään erikoissairaanhoidon piirissä, toteutetaan yli sairaanhoitopiirien rajojen erityisvastuualueiden pohjalta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen. C-tason palvelut järjestetään Tampereen yliopistollisen sairaalan toimesta, vaikka kaikki A- ja B- tason palvelut pystytäänkin toteuttamaan Etelä-Pohjanmaan alueella. (Finne-Soveri & Saarto 2019.)

3 Hoitotyö elämän loppuvaiheessa

3.1 Oirearvio saattohoidossa

Saattohoidon oirearvio on tärkeää ja poikkeaa palliatiivisen vaiheen oirearviosta jonkin verran. Saattohoidossa ollessaan potilaat ovat lähempänä kuolemaa ja yleisvointi on heikompi. Elimistön heikkeneminen, kakeksia, autonominen neuropatia ja aineenvaihdunnalliset muutokset ovat kaikki kuolemaa edeltäviä tapahtumia. Edellä mainitut muutokset vaikuttavat kokonaisvaltaisesti sekä potilaan oirekuvaan sekä annettavaan hoitoon. Lähestyvistä kuolemasta kertovia merkkejä ovat potilaan voimattomuus ja väsymys, nielemisvaikeudet, tajunnantason lasku sekä periferian viileys. Kyseiset merkit voimistuvat, mitä lähempänä kuolema on. (Hänninen 2015, 258.)

Kuolevien potilaiden oireiden ja voinnin seuranta varten on kehitetty erilaisia menetelmiä, joilla voidaan arvioida potilasta haittaavia oireita. Oireiden selvittäminen on usein hyvinkin hankalaa ikäihmisten parissa, sillä varsin usein potilaalla on muistisairautta ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä. Tällöin oireiden arviointi perustuu oireiden havainnointiin, jonka tueksi onkin kehitetty erilaisia mittareita, joita

käytetään usein varsinkin muistisairaiden oireiden seurannassa. Havainnointi perustuu käytännössä potilaan ilmeiden, eleiden, liikehännän ja ääntelyn tarkkailuun. (Hänninen 2015, 259.) Oireet voivat myös muuttua saattohoidon aikana. Saattohoidon aikana voi tulla kokonaan uusia oireita tai vanhat oireet voivat muuttua muotoaan ja vaikeutua. Erittäin tärkeää on seurata oireita ja ennakoida niitä. (Blankley & Faull 2015, 86.)

Suurin syy ikäihmisten palveluiden tarpeen lisääntymiseen on erilaiset muistisairaudet. Noin 80% ikäihmisistä, jotka asuvat ympärivuorokautisessa hoidossa on jonkinasteinen muistisairaus ja se vaikuttaa heikentävästi ikäihmisten toimintakykyyn ja terveyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2020.) Muistisairaudet ovatkin yksi yleisimmistä ikäihmisten kuolemaan johtavista syistä. Muistisairaiden asiakkaiden saattohoito voi olla heikkoa ja parannuksia tarvittaisiinkin usealla osa-alueella. Usein pitkälle edenneessä muistisairaudessa oireet saattavat olla hyvinkin samankaltaisia kuin pitkälle edenneessä syöpäsairaudessa. Haasteita tuottaa se, että suurin osa muistisairaista asiakkaista ei kykene ilmaisemaan oireitaan ja siten vaikuttamaan hoitoonsa. Tällä on suuri merkitys elämänlaatuun muistisairaana loppuelämän vaiheessa. (Amador, Goodman, Robinson & Sampson 2019, 416.) Jos oire seuranta ei ole jatkuvaa ja tarkasti seurattua, moni oire jää sen vuoksi havaitsematta ja siten myös hoitamatta (Hänninen 2015). Saattohoidosta olisikin tärkeää ymmärtää sen ydin. Saattohoidossa ei ole kyse pelkästään siitä, että saattohoidettavalle asiakkaalle on järjestetty paikka terveyskeskuksen vuodeosastolta tai tehostetussa palveluasumisessa mahdollistettu kipulääkitys. Saattohoidossa kyse on erilaisesta hoitokulttuurista ja siitä, kuinka hoitamiseen ja saattohoidettavaan asiakkaaseen ihmisenä suhtaudutaan kuoleman lähestyessä. (Hänninen 2018, 78.)

3.2 Kipu- ja oirehoito ikäihmisen saattohoidossa

Kipu usein pelottaa sekä kuolevaa ihmistä itseään sekä omaisia. Usein kipu ja kuolema yhdistetäänkin helposti toisiinsa: mitä lähempänä kuolema on, sitä kipeämpi myös ihminen on. Osittain asia meneekin näin, mutta ei aina. Kuolevan potilaan kuolemaan liittyvää kipua osataan nykyään arvioida ja hoitaa paremmin. Tiedetään myös, että usein omaiset kokevat kivun voimakkaammaksi kuin potilas itse. (Vainio & Vuorinen

2015, 45.) Saattohoidossa olevan asiakkaan oireiden tulkitseminen voi olla hyvinkin haastavaa, joten lähtökohtana kärsimyksen lievittämiseen on kivunlievitys. Kivunlievitys mahdollistaa asiakkaan ahdistuksen vähenemisen sekä auttaa kokemaan turvallisuuden tunnetta. (Hänninen 2020, 89.)

lökkään, muistisairaahan potilaan kivun arviointi ja hoito on usein haastavaa monista erisyistä. Koska kipua on vaikea tunnistaa, kipusairauksien alidiagnosointi ja -hoito voivat olla mahdollisia. Jos kipu pääsee pitkäaikaiseksi, eikä sitä hoideta oikealla tavalla, kipu alkaa vaikuttaa ikäihmisen ruokahuluun, masennukseen sekä liikuntakykyyn. (Finne-Soveri & Hagelberg 2015, 79.) Ikääntyneen ja muistisairaahan asiakkaan kivun arviointiin vaikuttavat useasti asiakkaan omat kyvyt hahmottaa omia tuntemuksiaan ja miten hän kykenee ilmaisemaan itseään verbaalisesti. Asiakkaan kivun tunnistamiseen vaikuttaa myös ympäristön eli hoitohenkilöstön kyky tulkita ja arvioida asiakkaan mahdollisia kipuja ilmeistä, eleistä ja käyttäytymisestä. Myös omaisten näkemykset tulee ottaa aina huomioon. (Finne-Soveri & Hagelberg 2015.)

Kipu on aina sekä fyysinen että emotionaalinen kokemus ja kipuun vaikuttavia tekijöitä on paljon (Blankley & Faull 2015, 88). On tärkeää tunnistaa kipu ja siihen vaikuttavat tekijät, sillä se vaikuttaa oleellisesti hoitokeinojen valintaan. Asiakkaan vaikuttaessa ahdistuneelta, tulee selvittää, että onko oireiden syytä mahdollista poistaa tai ainakin lievittää. Kipuja ei tule koskaan aliarvioida, sillä niillä on suuri vaikutus loppuelämän elämänlaatuun. (Blankley & Faull 2015, 83-84.) Ensisijaisesti yritetään selvittää, onko asiakkaalla kipuja vai johtuuko hänen oireensa jostain muusta syystä. Jos oireiden syynä ajatellaan olevan kipu, on tärkeää samalla selvittää esimerkiksi, että mikä kivun aiheuttaa, onko se kuinka voimakasta ja säteileekö se johonkin. Muistisairaahan asiakkaan kivun seuranta perustuu pitkälti havainnointiin ja kipuun viittaavia oireita ovat muun muassa otsan rypistäminen, vihaisuus, kiihtynyt höpötys, huokailu, ähkiminen, kiljuminen ja huutaminen, itkeskely ja univaikeudet. (Finne-Soveri & Hagelberg 2015.)

Saattohoidossa olevalla ikäihmisellä saattaa olla kroonisia, että läpilyöntikipuja, joita täytyy molempia osata hoitaa oikeanlaisilla keinoilla. Ikäihmisten kipua on opittu seu-

raamaan, arvioimaan ja sitä myötä hoitamaan paremmin, mutta toisaalta osa kipuasiakkaista ovat edelleen alihoidettuja. Kivun hoitoon käytettävät lääkkeettömät keinot ovat myös alikäytettyjä. Kivun arviointiin voidaan käyttää useita erilaisia mittareita, jotka helpottavat kivun seuraamista ja arviointia. Esimerkiksi VAS-jana on hyödyllinen asiakkaan kanssa, joka kykenee itsenäisesti arvioimaan kipua. (Hänninen, Laakkonen & Pitkälä 2016.) PAINAD-mittari on hyvä apuväline taas asiakkaan kanssa, jolla on esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus, eikä kykene enää itse vastaamaan ja kertomaan kokemuksiaan kivusta (Finne-Soveri & Hagelberg 2015).

Kipua hoidetaan portaikkomallin mukaisesti, jossa ajatuksena on, että kivun hoito aloitetaan miedoimmista lääkkeistä ja tarpeen mukaan lisätään vahvempia lääkkeitä mukaan hoitoon. Kivun hoito aloitetaan parasetamolilla, jonka jälkeen voidaan lisätä lääkitykseen heikko tai keskivahva opioidi. Tulehduskipulääkkeitä ei tavata käyttää ikäihmisten kivun hoitoon niiden aiheuttamien haittavaikutusten vuoksi. Heikoilla ja keskivahvoilla opioideilla on kuitenkin kattovaikutus, jonka tullessa täyteen, siirrytään usein vahvoihin opioideihin. Lisäksi peruslääkityksen ohessa voidaan käyttää oheislääkitystä, jotka kulkevat tarvittaessa peruskipulääkityksen rinnalla. Ensisijaisesti pyritään siihen, että lääkitys olisi suun kautta annosteltavissa. (Hänninen ym. 2016.)

3.2.1 Hengitystieoireet

Saattohoitovaiheessa ikäihmisellä monesti haittana on hengenahdistus sekä runsaat hengitystie-eritteet. Hengenahdistus on epämiellyttävä tunne, joka heikentää huomattavasti saattohoidossa olevan ikäihmisen loppuelämänlaatua, toimintakykyä ja unta. Lisäksi hengenahdistus saattaa lisätä muiden oireiden tuntemuksia, kuten ahdistuneisuutta, uupumusta, kipua ja masennusta. Lisäksi myös edellä mainitut oireet, kuten ahdistus, saattaa lisätä hengenahdistusta entisestään. Hengenahdistusta ja sen voimakkuutta on mahdollista arvioida esimerkiksi erilaisin mittarein, mutta mittareitakin tärkeämpää on tarkkailla asiakkaan hengitystä silmämääräisesti. Hengitykseen liittyviä tärkeitä asioita, joita hoitajan tulee huomioida ovat hengitysfrekvenssi, hengitysilihasten käyttö sekä ihonväri. (Lehto & Pöyhiä 2015, 92-94.)

Tavoitteena saattohoidossa on, että asiakkaan hengenahdistusta pystyttäisiin lievittämään (Korhonen & Poukka 2015). Usein saattohoidossa olevan ikäihmisen hengitystyön helpottaminen vaatii sekä lääkkeellisten että lääkkeettömien hoitokeinojen yhdistelmiä (Lehto & Pöyhiä 2015, 96-98). Näillä keinoilla voidaan myös vaikuttaa asiakkaan pelkoihin ja ahdistukseen, jotka johtuvat nimenomaan hengenahdistuksesta. Lääkehoitoa voidaan käyttää hengitystä helpottamaan, mutta pelkästään lääkehoito ei ole riittävä keino ja sen vuoksi tuleekin muistaa lääkkeettömät hoitokeinot, kuten esimerkiksi asentohoito tai viileä ilmavirta. (Korhonen & Poukka 2015.) Joskus hengenahdistusta helpottaa olemassa olevat, toisen sairauden hoidossa käytettävät lääkkeet, kuten sydämen vajaatoimintapotilaalla nesteenpoistolääkitys. On kuitenkin tärkeää, että palliatiivisessa- ja saattohoitovaiheessa huomioidaan sairauden hoitoon tarkoitettu lääkitys ja sen merkitys, sillä on tärkeää pohtia, että millä lääkityksellä on oikeasti merkitystä oireenhallinnan kannalta. (Lehto & Pöyhiä 2015, 96-98.)

Kun kuoleman hetki lähestyy, saattaa hengitysteissä oleva irtonainen lima ja sylki aiheuttaa saattohoidossa olevalle asiakkaalle rohisevan hengitysäänen. On tutkittu, että tämä ei häiritse saattohoidossa olevaa enää ollenkaan, koska tajunnantaso on jo huomattavasti alentunut tässä vaiheessa. On kuitenkin huomioitava, että omaiset saattavat tästä rohinasta huolestua kovastikin ja onkin tärkeää, että omaisille osataan selittää, mistä rohina johtuu ja kuinka se vaikuttaa saattohoidossa olevan asiakkaan vointiin. Joskus hoitokeinoksi voidaan käyttää imua, jolla imetään limaa suusta ja ylänie-lusta. Alahengitysteitä imulla ei kuitenkaan lähdetä limaa imemään ja muutenkin on tärkeää muistaa, että imun käyttöä kannattaa harkita tarkkaan sen epämiellyttävän luonteen vuoksi. Tarvittaessa hengitysteiden rohinan voidaan käyttää myös lääkkeellisiä hoitokeinoja, kuten skopolamiinilaastareita. Näistä on todettu olevan hyötyä noin kahdelle kolmasosalle käyttäjistä. (Korhonen & Poukka 2015.)

3.2.2 Ruuansulatuskanavan oireet ja ruokahaluttomuus

Ruuansulatuskanavan oireiden hoito korostuu saattohoidossa olevan asiakkaan hoidossa, kun usein asiakkaalla on käytössä vahvoja kipulääkkeitä (Blankley & Faull 2015, 98). Ummetus on hyvin tyypillinen oire saattohoidossa, ripuli harvinaisempi. Umme-

tukseen johtavia syitä on useampia, muun muassa opioidit, vähentynyt ruokailu, asiakkaan liikkumattomuus, kuivuminen ja uudenlaiset järjestelyt wc-asiointien kanssa. (Hänninen ym. 2016.) Ummetuksesta voi tulla useita vaivoja, jotka heikentävät saattohoidossa olevan asiakkaan elämänlaatua ja aiheuttaa turhaa kärsimystä. Tällaisia vaivoja ovat esimerkiksi vatsakivut, vatsanturvotus, pahoinvointi ja peräaukon kipu. Joskus ummetukseen saattaa liittyä esimerkiksi virtsaumpea ja sekavuuttakin. Edellä mainittujen ikävien vaivojen vuoksi on tärkeää hoitaa ummetusta, mutta samalla pyritään myös ehkäisemään liitännäiskomplikaatioita, kuten suolentukkeumaa. (Hillilä 2015.) Tärkeintä olisi hoitaa syytä, joka johtaa ummetukseen. Suolen toiminnasta on tärkeää olla ajan tasalla ja siitä kannattaakin pitää kirjaa. Tarvittaessa suolen toimintaa tulee auttaa lääkkeellisin hoitokeinoin. (Hänninen ym. 2016.) Ongelmana voi olla, että hoitajat eivät ymmärrä kysyä esimerkiksi asiakkaan vatsan toiminnasta tai mahdollisesti seurata sen toimintaa, jos asiakas vielä kykenee hoitamaan wc-asiat yksinään (Blankley & Faull 2015, 98).

Pahoinvointi on myös oire, joka haittaa satunnaisesti saattohoidossa olevaa asiakasta. Pahoinvointiin aiheuttavia syitä voi olla monia, kuten aiemmin mainittu ummetus, lääkkeet, ahdistus tai infektiot. Pahoinvointia voidaan hoitaa lääkkeellisin keinoin, esimerkiksi vaikuttamalla pahoinvointikeskukseen haloperidolilla. (Hänninen ym. 2016.)

Suun hoidon merkitys tulee esille myös saattohoitovaiheessa eikä sitä tule yhtään väheskyä. Kuiva suu on tyypillinen oire kuolevalle ihmiselle ja hyvään hoitoon myös saattohoidossa kuuluu suun tehokas hoitaminen (Hänninen ym. 2016). Saattohoidossa olevan asiakkaan suuta tulee kostuttaa 1-2 tunnin välein niillä keinoilla, jotka yksilöllisesti juuri kyseisen asiakkaan kanssa ovat hyväksi todettuja. Ei ole väliä, käytetäänkö suun kostutukseen vettä, mehua tai jotain muuta nestettä, vaan toimitaan niiden toiveiden mukaan, jota saattohoidossa oleva asiakas toivoo. Kun saattohoidossa olevan asiakkaan toimintakyky ja tajunnantaso ovat alentuneet, eikä hän kykene enää kertomaan millä haluaa suutaan kostutettavan, voidaan kostuttamisessa käyttää esimerkiksi öljyä tai vettä. Myös huulet ja suupielet kuivuvat helposti ja niitä onkin hyvä hoitaa esimerkiksi voitelemalla Bepanthenilla. Huulien hoidossa tulee kuitenkin muistaa, että esimerkiksi Vaselinia ei kannata käyttää, sillä se saattaa olla hyvä kasvualusta bakteereille. Vaikka asiakas on jo lähellä kuolemaa, tulee hänen suunsa puhdistuksesta pitää

loppuun saakka huolta. Kuolevan asiakkaan suuta voidaan puhdistaa esimerkiksi keittosuolaliuoksella kostutetulla harsotaitoksella kahdesti vuorokaudessa.

Saattohoidossa ruokahaluttomuus lisääntyy ja aliravitsemus on yleinen oire. Ruokahaluttomuuteen vaikuttaa monet eri tekijät, joita ovat esimerkiksi kakeksia, maun muutokset, pahoinvointi, ummetus, kuiva tai kipeä suu tai yleinen kipu. Ruokahaluttomuuteen liittyviä syitä on yritettävä vähentää, jos se vain on mahdollista. Usein saattohoidossa olevan asiakkaan vähäinen ravinnon saanti häiritsee enemmän omaisia kuin asiakasta itseään, ja omaiset ovatkin useasti huolissaan nimenomaan vähäisestä ravinnon saannista eivätkä niinkään ruokahaluttomuudesta. Monesti saattohoidossa olevan asiakkaan omaisilla saattaa olla myös käsitys siitä, että ruokahaluttomuus ja siitä johtuva vähäinen ravinnonsaanti ovat asiakkaan heikentyneeseen tilaan vaikuttavia tekijöitä ja riittävällä ravitsemuksella asiakkaan vointia voitaisiin parantaa. Tällaiset virheelliset odotukset ja mielikuvat tulee oikaista heti ja asiakkaalle ja omaisille tuleekin kertoa, että saattohoidossa vähäinenkin ruuan määrä on riittävä ja tärkeintä on huomioida elämänlaatu.

Saattohoidossa olevan asiakkaan ruuan ei tarvitse enää olla ravitsemussuosittelun mukaisia, vaan tärkeintä on, että ruoka on asiakkaalle mieluista ja ruuasta saa kaloreita. Jos ruokahalu on huonontunut, voidaan asiakkaalle koittaa tarjota esimerkiksi kylmiä ja miedosti tuoksuvia ruokia, sillä ne saattavat maistua paremmin kuin lämpöiset ja voimakkaan tuoksuiset ruuat. Jos makuaisti on heikentynyt, eikä ruoka maistu asiakkaan mielestä miltään, voidaan ruosta tehdä mausteista, jolloin se voisi herättää asiakkaan makuaistia ja sitä kautta parantaa ruokahalua. Ruokahaluttomuuden hoidosta lääkkeellisin keinoin saattohoidossa ei ole tutkimusnäyttöä. (Hänninen, Pöyhiä & Saarto 2015.)

3.2.3 Kuivuminen ja nestehoidon toteuttaminen

Usealla monisairaalla ikäihmisellä kuivumistilanne on hyvin tavallinen asia palliatiivisessa hoidossa sekä saattohoidossa. Kuivumisella tarkoitetaan sitä, että elimistössä on nestehukkaa. Kuivumisen ensimmäinen oire on virtsantulon väheneminen tai jopa sen

loppuminen, toinen oire on janon tunne. Kuivumiseen liittyy kuitenkin muitakin oireita, muun muassa limakalvojen kuivuminen ja huimaus. (Hänninen & Pöyhiä 2015.)

Palliatiivisessa hoidossa asiakkaalle voidaan vielä tehdä laboratoriotutkimuksia, jos todetaan, että ne ovat tarpeellisia hoidon kannalta. Kun asiakas siirtyy saattohoitoon, laboratoriotutkimuksia ei enää tehdä, koska niillä ei ole enää saattohoidossa merkitystä. Saattohoidossa tärkeintä on asiakkaan oireiden lievittäminen ja yleisvoinnin seuranta. Nesteenottaminen heikkenee saattohoidossa ja tämä saattaa tuottaa ongelmallista suhtautumista nestehoittoon ja aiheuttaa usein eettisiä kysymyksiä. Usein omaiset suhtautuvat myönteisesti nestehoidon aloittamiseen ja toivovat asiakkaalle nesteytystä, ymmärtämättä nestehoidosta aiheutuvia haittoja. Liialliseen nesteytykseen liittyy useita tekijöitä, jotka eivät helpota asiakkaan oloa vaan päinvastoin tekevät asiakkaan olon entistä kurjemmaksi. Tällaisia haittoja ovat muun muassa turvotukset, askiteksen ja pleuranesteen lisääntyminen, virtsan erityksen lisääntyminen ja siitä johtuva mahdollinen katetroinnin tarve saattaa lisääntyä.

Saattohoidossa olevan asiakkaan omaisille tulee kertoa selkeästi riskit, jotka liittyvät parenteraalisen nesteytykseen sekä mahdolliset vaikutukset asiakkaan vointiin. Lisäksi omaisten kanssa tulisi keskustella, miksi he toivovat ja kokevat nestehoitoa saattohoidossa olevalle asiakkaalle tarpeelliseksi. Pelkästään nestehoito parenteraalisesti itsessään aiheuttaa asiakkaalle huonoa oloa, mutta myös nestehoittoon liittyvät toimenpiteet aiheuttavan asiakkaalle turhaa epämukavuutta. Tällaisia epämukavia tekijöitä ovat muun muassa kanylointi ja sen haasteellisuus, mahdolliset infektiot ja käden sitominen kanyylin kohdasta hikoilevaksi ”paketiksi”. Suun kostuttaminen saattohoitovaiheessa on tärkeää, sillä siten saadaan janon tunnetta lievitettyä, vaikka nesteytystä se ei olekaan. (Hänninen & Pöyhiä 2015.)

3.2.4 Delirium

Delirium on sekavuusoireyhtymä, joka liittyy somaattiseen sairauteen tai kemiallisen aineen käyttöön liittyvään aivotoiminnan häiriöön (Janes 2015). Delirium saattaa oireilla esimerkiksi ahdistuneisuudella, levottomuudella ja erilaisilla harhoilla (Laurila

2015). Saattohoidossa viimeisiä elinpäiviään elävän asiakkaan sekavuustila ei välttämättä korjaannu enää laisinkaan ja tämä saattaa aiheuttaa omaisissa hätäännystä. Sekavuustilaa voidaan kuitenkin lievittää lääkkeellisin keinoin. (Janes 2015.)

Noin 80% saattohoidossa olevista ikäihmisistä kokee deliriumin. Deliriumille altistavia tekijöitä ikäihmisillä on korkean iän lisäksi etenevät muistisairaudet, nestevajaus, huono ravitsemustila, lihaskato, vieras ympäristö sekä keskushermostoon vaikuttava lääkitys. Kun asiakas on kuolemassa, on deliriumin hoito haasteellista lääkehoidon kannalta ja siihen liittyy merkittäviä ristiriitoja tavoitteiden ja käytettävissä olevien keinojen välille. Saattohoidossa olevan asiakkaan deliriumin hoitoon kuuluu deliriumin syyn selvittäminen ja sen hoito, oireiden hallitseminen sekä sekavuustilasta johtuvien komplikaatioiden estäminen. Delirium esiintyy usein eri tavoin motorisen toimintakyvyn muutoksina. Usein saattohoidossa olevalla asiakkaalla delirium esiintyy uneliaana hidastumisena, mutta joskus se saattaa ilmetä myös agitoituneena levottomuutena. Monesti deliriumin oireet, varsinkin agitaatiossa, koetaan johtuvan kivusta. Jos oireita lähdetään hoitamaan kipulääkityksellä, esimerkiksi opioideilla, saatetaan aiheuttaa asiakkaalle vielä suurempi deliriumtila ja samalla agitaation piteneminen. (Laurila 2015.) Lääkkeitä, joilla deliriumia yleensä hoidetaan, ovat haloperidoli, risperidoni, ketiapiini ja olantsapiini. Kyseiset lääkkeet saattavat helpottaa myös pahoinvointia, jota saattohoidossa saattaa esiintyä suurien opioidiannostuksien vuoksi. Loppuvaiheen hoidossa, kun asiakas ei enää kykene ottamaan lääkkeitä suun kautta, haloperidoli on oikeastaan ainoa vaihtoehto lääkitykseen, sillä sitä voidaan antaa turvallisesti myös lihaksensisäisesti. (Laurila 2015.) Viimeisenä hoitokeinona deliriumin hoitoon voidaan tarvita palliativista sedaatiota, jos ei muilla hoidoilla saada vastetta (Janes 2015).

Saattohoidossa olevan asiakkaan omaiset saattavat järkyttyä deliriumista, eivätkä he ole siihen varautuneita. Sen vuoksi deliriumin mahdollisuudesta olisi hyvä kertoa omaisille jo saattohoidon alkuvaiheessa. Informaatio omaisille siitä, että psyykkiset oireet johtuvat ainoastaan vaikean somaattisen sairauden aiheuttamina, helpottavat omaisten asioiden käsittelyä. (Laurila 2015.)

3.2.5 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivinen sedaatio on käsitteenä monella eri tavalla ymmärretty ja se saattaakin aiheuttaa väärinkäsityksiä. Osa ihmisistä näkee sedaation vain eutanasian eräänä muotona, jota se ei kuitenkaan ole. Sedaatiolla kuolevan ihmisen hoidossa tarkoitetaan sitä, että potilaan tietoisuutta alennetaan tarkoituksellisesti lääkkeellisin keinoin. Kun palliatiivinen sedaatio otetaan käyttöön, hoidetaan sillä silloin asiakkaan sietämättömiä ja tavanomaisiin hoitokeinoihin reagoimattomia kipuja ja kärsimyksiä. Sedaation tarkoituksena onkin siis saada potilaan oireet hallintaa mahdollisimman pienellä lääkeannoksella, eli tarkoitus ei ole tuottaa potilaan kuolemaa tai aiheuttaa yhtään syvempää tiedottomuuden tilaa, kuin on tarpeen. (Hänninen 2006, 92-94.) Käytännössä Suomessa palliatiivista sedaatiota toteutetaan hyvin vähän. Lisäksi palliatiivisen sedaation käsite on melko epäselvä ja sedaation toteutustavatkin ovat hyvin vaihtelevia. Tutkimusten mukaan vain saattohoitokodeissa on enemmän kokemusta palliatiivisesta sedaatiosta ja sen toteuttamisesta. (Hänninen 2020, 112).

Palliatiivisen sedaatio voidaan ottaa käytettäväksi silloin, jos ei ole enää muita keinoja hoitaa ja hallita saattohoidossa olevan potilaan oireita. Tätä käytetään esimerkiksi sietämättömän kivun tai hengenahdistuksen hoitoon. Ennen sedaation aloittamista on tärkeää varmistaa, että kaikki muut hoitokeinot oireiden lievittämiseksi on käytetty. Lisäksi on myös erittäin tärkeää keskustella asukkaallaan sekä omaisten kanssa palliatiivisesta sedaatiosta sekä siitä, että he tosiaan ymmärtävät kyseisen hoidon tavoitteet ja tarkoitukset. Palliatiivinen sedaatio on myös tärkeä käydä läpi hoitohenkilökunnan kanssa, sillä hoidon tavoitteet tulee olla selkeitä myös heille hoidon edetessä. (Laukkala, Saarto & Tarnanen 2019.)

Ennen kuin sedaatio aloitetaan, on tärkeää tietää saattohoidossa olevan asiakkaan mielipide sedaatioon. Jos hän ei enää kykene kertomaan mielipidettään, tulisi kuulla omaisten mielipide ja ajatuksia siitä, mitä kuolevan asiakas olisi mahdollisesti toivonut sedaation suhteen. Vaikka omaisten toiveet otetaan huomioon, tulee vastuu sedaatiosta olemaan kuitenkin lääkäriillä, eivätkä omaiset tee koskaan lopullista päätöstä sedaation aloittamisesta tai aloittamatta jättämisestä. Palliatiivinen sedaatio saattaa olla

hyvin ahdistava kokemus omaisille, joten koko hoidon ajan tulee omaisten kanssa keskustella ja varmistaa, että heillä on riittävästi keinoja käsitellä asiaa. Palliatiivisen sedaation kesto voi vaihdella, mutta usein kesto on vain muutamia päiviä. Saattohoidossa oleva asiakas voi olla sedatoituna kuolemaan saakka tai sedaatio voidaan myös lopettaa koska tahansa, jos oireet, joita sedaatiolla on hoidettu, ovat vähentyneet ja saadaan hoidettua jollain muulla keinolla. Sedaatiota on mahdollista myös keventää vuorokauden eri aikoina, esimerkiksi päivällä vierailijoiden aikana. (Pöyhiä 2015.)

Lääkkeitä, joita palliatiiviseen sedaatioon voidaan käyttää, ovat muun muassa midatsoolaami, loratsepaami tai propofoli. Näiden lisäksi käytetään esimerkiksi morfiinia, lievittämään kipua ja hengenahdistusta, pelkkä sedatoiva lääke ei vie kipuja yksinään pois. Lääkkeen annostukset määritellään yksilöllisesti jokaisen asiakkaan kohdalla ja lääkitystä suurennetaan asteittain ja oireiden lieventymistä seuraten. Palliatiivisessa sedaatiossa ei käytetä monitorointia vitaalielintoimintojen seuraamiseksi. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Saattohoitosedaatioon saattaa liittyä myös komplikaatioita, jotka ovat tärkeä tunnistaa ja siten myös ennaltaehkäistä. Tällaisia komplikaatioita voivat olla muun muassa mahan eritteiden aspiraatio keuhkoihin, liian varhainen sedatointi, kun oireiden hoitoa voitaisiin tehostaa muilla keinoilla, väärin lääkkeiden käyttö sedaatioon (esimerkiksi pelkkien opioidien käyttö), liian suuresta sedaatiosta johtuva hengityspysähdys ja kuolema tai omaisten sekä henkilökunnan tunteiden ja ahdistuneisuuden käsittelemättömyys. Palliatiivista sedaatiota on tutkittu ja se on koettu toimivan erinomaisesti oireiden lievityksessä 80% sedatoiduista asiakkaista. Palliatiivinen sedaatio ei myöskään ole pelkästään hoitolaitoksissa tapahtuva asia, vaan nykyään sedaatio voidaan toteuttaa jopa kotisaattohoidossa valvotusti. (Pöyhiä 2015.)

3.3 Omaiset mukana saattohoidossa

Saattohoidossa olevan asiakkaan hoidossa on merkittävää omaisten ja hoitopaikan yhteistyö. Hoitohenkilökunnan ja omaisten yhteistyön onnistuminen vaikuttaa paljon siihen, miten hoito onnistuu ja kuinka sekä saattohoidossa oleva asiakas ja hänen omaisensa saattohoidon kokevat. (Hänninen & Kärpäniemi 2004, 269.) Omaisilla on suuri

merkitys asiakkaan tukemisessa, sillä he ovat suurena osana asiakkaan eletyssä, nykyisessä ja jäljellä olevassa elämässä (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 71). Joidenkin asiakkaiden omaisilla on hyvä ja vahva tukiverkosto, joka koostuu sekä perheestä että ystävistä. Jos tukiverkosto on hyvä, ei aina tarvita ulkopuolista apua. Oman läheisen kuoleman kohtaaminen on kuitenkin asia, joka vaatii sellaisia voimavaroja, joita monilla ei ole. Tuesta ja sen tarpeesta on hyvä kysyä omaisilta aina suoraan, sillä useinkaan apua ei osata pyytää läheisen ollessa saattohoidossa. Aina apua ei aluksi haluta ottaa vastaan ja siitä saatetaan kieltäytyä, joten sen vuoksi olisikin järkevää kartoittaa omaisten tuen tarvetta vielä myöhäisemmässäkin vaiheessa. (Penttinen 2020, 68.) Kuolevan asiakkaan läheiset ihmiset tarvitsevat tuekseen vahvaa ja lämmintä ammatti-ihmistä, joten on tärkeää osata vetää raja ja pitää omaisiin tietynlaista etäisyyttä, sillä pitämällä pientä etäisyyttä omaisista on auttaminen ja tunteiden vastaanottaminen mahdollista. Tärkeintä hoitajalle on olla oma itsensä ja kuunnella läheisiä, jolloin asetetaan pohja omaisten rinnalla olemiselle. (Hänninen & Kärpänniemi 2004, 269.)

On hoitohenkilöstön tehtävä pitää huoli siitä, että omaiset pysyvät ajan tasalla hoitolinjauksista. On kuitenkin myös muistettava, että jokainen omainen on erilainen ja jokainen kohtaa kuolevan läheisensä eri tavalla. Tästä syystä täytyy pitää mielessä, että saattohoidossa olevan asiakkaan hoidosta ja tilanteesta kerrotaan hienovaraisesti, jolloin omaiset pystyvät käsittelemään asioita omaan tahtiinsa. Monesti asioita jää ymmärtämättä tai niitä ei kyetä painamaan mieleen kaiken tiedon keskellä, jota omaiset saavat. Usein omaiset miettivät saattohoidossa olevan kipua ja kärsimystä ja näitä asioita onkin avattava omaisille reilusti. (Hänninen & Kärpänniemi 2004, 271.) On myös muistettava, että jokaisella asiakkaalla ja hänen omaisillaan voi olla takana pitkäkin historia, joka saattaa aiheuttaa haasteita asiakkaan ja omaisten välille sekä sitä kautta haasteita myös hoitajille. On mahdollista, että omainen voi yrittää tehdä päätöksiä asiakkaan puolesta ja päättää, että esimerkiksi diagnoosista ei kerrota laisinkaan asiakkaalle itselleen. Tarkoitus on pystyä tukemaan sekä asiakasta että omaisia, mutta kaikista tärkeintä on kuitenkin ottaa asiakkaan toiveet ja tarpeet huomioon erilaisissa riskitilanteissa. Ammatillinen käytös tulee muistaa koko ajan hoitotyössä, vaikka välillä omaiset voivatkin suhtautua tyytymättömästi esimerkiksi hoitoon tai hoitajiin. On tärkeää muistaa ja ymmärtää tässä kohtaa, että syytökset ja tyytymätön käytös on harvoin henkilökohtaista. (Hänninen ym. 2016.)

Vaikka saattohoito olisi odotettavissa ja potilaan voinnin heikkeneminen olisi omaisten tiedossa, on omaisten silti useasti vaikea hyväksyä ja ymmärtää tilannetta ja sen etenemistä. (Hänninen 2004, 272). Saattohoidossa olevan asiakkaan ja hänen läheistensä toiveet, tarpeet ja tavat ovat tärkeitä ja niiden toteuttamista täytyy tukea mahdollisuuksien mukaan. Omaisia rohkaistaan olemaan yhteydessä hoitohenkilökuntaan aina silloin, kun he kokevat, että he haluavat jutella tai kysellä saattohoidossa olevan läheistensä kuulumisia. Osa omaisista myös tahtoo osallistua potilaan hoitoon ja siihen täytyy kannustaa ja antaa mahdollisuus, omaisia tukien ja ohjaten, vaikka tämä veisi enemmän aikaa ja vaatisi hoitajalta enemmän työtä. On myös ehdottoman tärkeää, että saattohoidossa ollessa asiakkaan hoitajina pysyisivät tutut hoitajat, eikä hoitohenkilökunta vaihtuisi jatkuvasti, sillä tutut hoitajat tuovat turvallisuuden tunnetta sekä saattohoidossa olevalle asiakkaalle sekä omaisille. (Hänninen & Kärpäniemi 2004, 270.) Saattohoidossa olevan asiakkaan läheisten ihmisten osallistuminen hoitoon on merkityksellistä ja tärkeää, mutta siihen ei veloiteta ketään eikä sitä pidetä itsestään selvänä asiana (Heikkinen ym. 2004, 72).

Kun asiakas kuolee, on tiedon kertominen omaisille raskasta ja vaikeaa. Suru-uutiset tulee kuitenkin kertoa omaisille rauhallisesti, empaattisesti ja selkeästi, kuitenkin kiertelemättä asiaa. On parempi puhua kuolemasta kuin esimerkiksi pois nukkumisesta selkeyden vuoksi. Hoitajien tulee olla omaisten tukena koko saattohoidon aikana ja onkin tärkeää kannustaa omaisia olemaan läsnä saattohoidossa. Aina omaiset eivät ehdi mukaan siihen hetkeen, kun saattohoidossa oleva asiakas kuolee. Toisaalta joskus saattohoito saattaa venyä pitkäänkin ja omaiset alkavat väsyä tilanteeseen. Oli tilanne kumminpäin tahansa, on tärkeää löytää ne asiat, eleet ja sanat, jotka lohduttavat, kannustavat ja tukevat omaisia juuri siinä vaikeassa hetkessä. Omaisia on tärkeä muistuttaa myös muun elämän jatkamisesta. Vaikka saattohoidossa olevan asiakkaan vieressä on tärkeä olla, tulee omaisten muistaa myös huolehtia riittävästä levosta ja omasta hyvinvoinnista. (Heikkilä 2009.)

3.4 Ikäihmisen psykososiaalinen tukeminen elämän loppuvaiheessa

Ikäihmisen psykososiaalisesta tukemisesta saattohoidossa kuuluu psyykkisen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen tarjoaminen sekä myös käytännöllinen tuki. Kuoleman pelko

ja ahdistus kuolemasta ovat läsnä myös ikäihmisten elämässä. Kuolemaan liittyvien asioiden käsittely on kuitenkin jokaisella erilainen, jonkun on helpompi käsitellä asioita, kun taas jollakin asioiden käsittely saattaa olla hyvin haastavaa. Vaikka ikäihmiset kokevatkin kuolemanpelkoa ja ahdistusta, silti läsnä on vielä enemmän pelko yksin kuolemasta. Jokaisella ikäihmisellä on oikeus kokea näitä tunteita ja niitä tulee käsitellä turvallisessa ympäristössä esimerkiksi hoitajien tai läheisten ihmisten kanssa. Kun palliatiivinen hoito aloitetaan, on tärkeää, että asiakas kohdataan ja hoidetaan kokonaisuutena, eikä hoideta vain sairautta. Mitä vanhempi ja hauraampi asiakas on, mitä enemmän hänellä on sairauksia tai mitä enemmän hän on dementoitunut, niin sitä haastavampi on tehdä päätöstä siitä, koska on oikea aika siirtyä saattohoitoon. Kaikille ikäihmisille kuitenkin kuuluu diagnooseista, hauraudesta ja yleisvoinnista riippumatta hyvä hoito, huolenpito sekä kunnioitus. (Hiltunen 2015.)

Asiakkaan psyykinen tukeminen on ehdottoman tärkeää, mutta psyykkisessä tuessa tulee muistaa myös aina asiakkaan omaisten tukeminen. Kuunteleminen, välittäminen ja empatia ovat tärkeitä asioita emotionaalisessa tuessa ja saattohoidossa oleva ikäihminen tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa myötätuntoa, läsnäoloa ja ymmärrystä. Asiakasta tulee kuunnella ja tukea hänen päätöksiään ja toivomuksiaan erilaisissa asioissa, joita hän käsittelee elämän loppuvaiheessa. Elämän loppuvaiheen hoidon tulee olla asiakasta kunnioittavaa ja arvostavaa. Tällaista kunnioitusta voidaan korostaa esimerkiksi sillä, että käytetään saattohoidossa olevan asiakkaan nimeä ja kunnioitetaan asiakkaan yksityisyyttä. Erilaisissa hoitoyksiköissä hoitohenkilöstön tulee ajaa asiakkaan etua ja huolehtia siitä, että asiakasta ei turhaan siirretä yksiköstä toiseen, vaan huolehditaan siitä, että asiakas saa olla rauhassa kuolemaansa saakka yhdessä, mielusti kodinomaisessa, viihtyisässä paikassa. Omaisten rooli asiakkaan psyykkisessä tukemisessa on suuressa asemassa, mutta aina tulee muistaa, että kaikilla ikäihmisillä ei ole omaisia, jotka voisivat olla saattohoidossa olevan asiakkaan psyykkisenä tukena. Jos asiakkaalla ei ole omaisia tai muita läheisiä ihmisiä, tulee hoitohenkilöstön ottaa suurempi vastuu asiakkaan psyykkisestä tukemisesta ja hyvinvoinnista. Myös saattohoitoon siirtyessä ikäihmisellä on mahdollisuus jutella myös ulkopuolisen henkilön kanssa, kuten psykiatrian ammattilaisen kanssa, jos asiakas kokee sen tarpeelliseksi eikä halua jutella esimerkiksi omaisten tai asuinpaikan hoitohenkilöstön kanssa. (Hiltunen 2015.)

Saattohoidossa olevalla asiakkaalla saattaa olla hyvinkin tarkat toiveet kuoleman suhteen kulttuurillisesti sekä uskonnollisesti. Saattohoidossa tulee kunnioittaa ja mahdollistaa erilaiset uskonnolliset toiveet, kuten mahdollisuus tavata seurakunnan työntekijöitä. Hengelliset, uskonnolliset ja arvomaailmaan liittyvät asiat tulee huomioida asiakkaan päivittäisessä tukemisessa. Käytännöllinen tuki on tärkeä osa psykososiaalista tukemista. Saattohoidossa olevalle asiakkaalle annetaan tietoa erilaisista asioista, kuten mahdollisista palveluista, hoitotahdon laatimisesta tai raha-asoiden järjestelyistä. (Hiltunen 2015.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää laadullisen tutkimuksen avulla, miten hoitotyön ammattilaiset kokevat tehostetun palveluasumisen yksikössä saattohoidon toteutuksen sekä miten saattohoitoa ja sen laatua tulee kehittää eri näkökulmista. Opinnäytetyöstä saatuja tietoja on tarkoitus käyttää jatkossa Pihlajakallion saattohoidon yksilöllisyyden parantamisessa sekä saattohoidon kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitotyön ammattilaiset kokevat saattohoidon Pihlajakallion tehostetussa asu-
mispalveluyksikössä?
2. Millaisia näkemyksiä hoitotyön ammattilaisilla on yksikön saattohoidon kehittä-
miseksi?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata todellista elämää ja tähän sisältyykin ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luoteeseen kuuluu, että tutkittavaa kohdetta

tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti ottaen on todettu, että laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena etsiä, löytää ja paljastaa tosiasioita kuin todistaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 161.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin, vaan siinä on tarkoituksena esimerkiksi kuvata jotain ilmiötä tai tapahtumaa tai ymmärtämään tiettyä toimintaa. Tämän vuoksi on tärkeää, että laadullisessa tutkimuksessa tietoa kerätään henkilöiltä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on asiasta kokemusta. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 98.)

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyöni on tehty yhteistyössä Kuusiolinnalla Terveystyö Oy:n kanssa. Tutkimus on tehty tehostetun palveluasumisen yksikössä Pihlajakalliossa, jonka henkilökuntaan kuuluu noin 40 vakituista hoitajaa. Tähän tutkimukseen valittiin hoitajat, jotka työskentelevät pääsääntöisesti Pihlajakalliossa ja joiden työkuvaan kuuluu pitkälti asukkaiden perushoito. Tutkimuksesta rajattiin pois sairaanhoitajat heidän erilaisen työkuvaansa vuoksi sekä satunnaisesti työvuoroja tekevät hoitajat.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselylomaketta pidetään yhtenä tavantomaisena aineiston keruumenetelmänä. Tällainen kysely aineiston keruumenetelmänä tunnetaan usein nimeltä survey-tutkimus, jonka tarkoituksena on kerätä sellaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joilla tutkimusaineistoa on mahdollista kerätä standardoidusti ja jossa tutkimukseen osallistuvat kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. (Hirsjärvi ym. 2015, 193.) Hirsjärven ym. (2015, 195) mukaan kyselytutkimuksen etuna on, että tällä aineistonkeruumenetelmällä voidaan tutkimukseen saada paljon osallistuvia henkilöitä ja voidaan kysyä monia asioita. Tällä keinolla mahdollistetaan laajan tutkimusaineiston kerääminen. Kyselymenetelmä on myös tehokas, koska se säästää runsaasti tutkijan aikaa ja tutkimuksesta on mahdollista lähettää usealle tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä samanaikaisesti. Toisaalta kyselyssä on haasteitakin, joita on esimerkiksi: kuinka vakavissaan vastaaja vastaa kysymyksiin ja vastaavatko hoitajat kysymyksiin riittävästi. Hyvän kyselylomakkeen laatiminen vie myös paljon aikaa ja vaatii paljon tietoa.

Kyselyssä tärkeää on muistaa, että kysymykset ovat selkeitä ja spesifisiä. Avoimia kysymyksiä asettaessa on lyhyet kysymykset ehdottomasti parempia, kuin pitkät kysymykset. Monivalintakysymyksissä on hyvä muistaa vaihtoehto 'ei mielipidettä', sillä on havaittu, että ihmiset vastaavat vaan jotain, vaikka heillä ei asiaan olisikaan kantaa. Kysymysten määrää ja niiden haasteellisuutta täytyy miettiä myös sen kannalta, että miten kysymyksiä lomakkeelle asettaa. On hyvä muistaa, että yleiset kysymykset sijoitetaan alkuun ja spesifiset loppuun sekä kokonaan lomakkeelta jätetään johdattelevat kysymykset pois. Lomakkeen tulisi myös olla helposti täytettävä ja tilaa tulee varata riittävästi avoimien kysymyksien vastauksille. (Hirsjärvi ym. 2015, 202-204.)

Oman tutkimukseni toteutan internetkyselynä, jolloin kaikkien tutkimukseen osallistuvien on helppo vastata kyselyyn oman aikataulunsa mukaisesti ja anonyymisti. Kyselylomakkeen lähetin saatekirjeen kera sähköpostilla kaikille yksikön työntekijöille, joilla on konsernin sähköpostiosoite. Tällä tavalla vain vakituiset työntekijät saivat kyselyn. Kyselylomake oli vastattavissa kahden viikon ajan, jolloin kaikilla hoitajilla oli mahdollisuus kyselyyn vastata. Päädyin käyttämään tutkimuksessani kyselylomaketta sen vuoksi, että haastattelut veisivät hyvin paljon aikaa ja halusin saada tutkimukseeni mahdollisimman laajasti tietoa mahdollisimman monen hoitajan näkökulmasta. Toteutin kyselyn informoituna kyselynä Google Forms -lomakkeella tehtävään kyselyyn. Kysely rakentui siten, että siinä oli sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä. Kysymysten sisällön tulee kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä (Hirsjärvi ym. 2015, 197). Internetkyselyn kysymykset ovat teemoitettu kolmeen eri osa-alueeseen: yleisiin käsityksiin saattohoidosta, saattohoidon tämänhetkiseen toteutumiseen Pihlajakalliossa sekä saattohoidon kehittämiseen Pihlajakalliossa.

Yhteistyöstä Kuusiolinnalla Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa sovittiin joulukuussa 2019. Kyselylomaketta valmistelin keväällä 2020 ja muokkasinkin useaan otteeseen kysymyksiä siten, ettei ne ole johdattelevia tai ettei avoimiin kysymyksiin ole mahdollista vastata yksisanaisesti. Tein harjoituskyselyitä, jonka perusteella kysymyksistä näki, olivatko ne oikein aseteltu. Varsinaisen kyselylomakkeen laitoin jakoon kesäkuussa 2020. Kyselylomak-

keen lähetin 40 henkilölle, joista 22 vastasi kyselyyn. Kaikki kyselylomakkeet olivat asianmukaisesti täytettyjä, jolloin yhtään lomaketta ei tarvinnut hylätä. Tutkimuksen analyysi tehtiin syys-lokakuussa 2020. Opinnäytetyö valmistui marraskuussa 2020.

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysissä tavoitellaan sitä, että aineistosta saadaan luotua mielekäs kokonaisuus, jonka avulla voidaan tuottaa erilaisia tulkintoja ja sen kautta tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta asiasta (Juuti & Puusa 2011, 116). Kun käytetään ymmärtämiseen pyrkivää lähestymistapaa, käytetään silloin tavallisesti laadullista analyysia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 224). Analyysin tekeminen on hyvä aloittaa sitten vasta, kun tutkimukseen tarvittavat tiedot ovat kerätty strukturoidulla lomakkeella. Aineiston analyysin tekemistä ei kannata odotella, vaan aloittaa mahdollisimman pian, sillä näin ollen aineistoa on vielä mahdollista täydentää tarvittaessa sekä aihe inspiroi vielä tutkijaa. (Hirsjärvi ym. 2013, 221-223).

Opinnäytetyöni tutkimusta varten tehtyyn lomakkeeseen on käytetty strukturoituja kysymyksiä, jotka oli jo mietitty aihealueittain ja teemojen mukaisesti kyselylomakkeeseen valmiiksi. Kyselyyn oli mahdollista vastata kahden viikon ajan ja sinä aikana seurasin tarkasti, minkä verran aineistoa kerääntyy. Jos aineisto olisi ollut hyvin vähäistä, olisi täytyntä miettiä muita mahdollisia keinoja täydentää tutkimusta, jotta se olisi luotettava. Vastauksia kuitenkin näytti tulevan riittävästi ja aineiston analysoiminen oli mahdollista aloittaa heti vastausajan päätyttyä. Opinnäytetyötä tehdessäni huomioin, että kyselyyn vastanneita hoitotyön ammattilaisia ei tarvitse numeroida, koska se ei ole oleellista tutkimustulosten kannalta. Myöskään tutkimuksen luotettavuuden kannalta ei ole tärkeää tutkia yksittäisen vastaajan vastauksia, koska vastauksia ei vertailtu keskenään.

Sisällönanalyysia voidaan käyttää monien erilaisten laadullisten tutkimusten analyysitapana. Sen tavoitteena on, että tutkimusaineisto saadaan järjestettyä selkeään ja tiiviiseen muotoon siten, että sen sisältämää tietoa ei kuitenkaan kadoteta. Aineiston pelkistämisen tavoitteena onkin, että aineistolle saadaan lisää informaatioarvoa. Tutkimusaineiston pelkistäminen ja tiivistäminen on välttämätöntä tehdä, koska muuten

laaja tutkimusaineisto on melko hajanaista. (Juuti & Puusa 2011, 117.) Sisällönanalyysissä on tärkeää järjestää aineisto mahdollisimman pian, sillä tässä vaiheessa tutkitaan, puuttuuko aineistosta jotakin tai onko siinä selviä virheellisyyksiä. Näillä perusteilla on selvitettävä, että on tutkimuksesta esimerkiksi hylättävä jokin vastauslomake kokonaan puutteellisuuden vuoksi. (Hirsjärvi ym. 2015, 221-222.)

Opinnäytetyöni aineiston analyysiin käytettiin sisällönanalyysia. Tutkimukseen tarvittavat vastauslomakkeet olivat kaikki täytetty asianmukaisesti ja kysymyksiin oli vastattu selkeästi. Näin ollen yhtään vastauslomaketta ei tarvinnut hylätä tutkimuksesta. Kyselylomake tehtiin Google Forms -palvelulla, joka luokittelee vastaukset automaattisesti allekkain kysymyskohtaisesti. Tämä kysymyskohtainen luokittelu helpotti sisällönanalyysin toteutuksen aloittamista.

Koko tutkimusaineisto tulee käsitellä siten, että aineistosta tulee erottaa asiat, joista juuri tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Aineiston käsittelyyn voidaan käyttää luokittelua, teemoittelua sekä tyypittelyä. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 104.) Sisällönanalyysin yksi etenemismuoto on, että tutkimusaihetta koskevat lauseet pelkistetään yksittäisiksi sanoiksi ja nämä ryhmitellään samankaltaisten ilmaisujen joukoksi, teemoitellen (Juuti & Puusa 2011, 117). Teemat voivat muodostua etukäteen suunnitellusti, aineiston keruuvaiheessa muodostettujen teemojen mukaisesti tai aineen analyysivaiheessa voi tulla täysin uusia teemakokonaisuuksia. Teemat tulee käydä useamman kerran läpi sen vuoksi, että tutkija pystyy varmistumaan niiden tärkeydestä. Käytännössä teemoittelu muodostuu siitä, että samankaltaiset ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan, jonka jälkeen kyseinen luokka nimetään. Tämä vaihe on analyysin kriittisin vaihe, sillä se perustuu pitkälti tutkijan omaan tulkintaan. Analyysia jatketaan edelleen luokkien muodostamisella, niin pitkään, kuin se on sisällön puolesta mahdollista. Kaikki analyysin vaiheet auttavat tutkimuskysymyksiin vastaamiseen. (Juuti & Puusa 2011, 121-122.)

Luokittelun olen toteuttanut esimerkkikaavion mukaisesti kaikista kyselyyn saamistani vastauksista. Pelkistin vastauslomakkeista yksittäisiä sanoja, joiden avulla sain muodostettua alaluokat ja sen jälkeen yläluokat. Yläluokkien jälkeen oli mahdollista nimetä pääluokkaa kuvaavat kategoriat, jotka olivat samat, kuin kyselylomakkeessa olevat

teemat. Opinnäytetyön tutkimustulokset ovat teemoiteltu kolmeen eri osa-alueeseen: yleisiin käsityksiin saattohoidosta, kokemuksiin saattohoidon tämänhetkisestä toteutumisesta Pihlajakalliossa sekä saattohoidon kehittämiseen Pihlajakalliossa.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä

Ilmiöt	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Kivun hoito	Kliininen hoitotyö	Eettisten periaatteiden kunnioittaminen	Yleiset käsitykset saattohoidosta
Oireenmukainen hoito			
Läsnäolo	Yksilöllinen saattohoidon toteuttaminen	Näyttöön perustuva tieto	Kokemukset saattohoidon toteutumisesta tällä hetkellä Pihlajakalliossa
Yhteistyön toteuttaminen omaisten kanssa			
Saattohoitokoulutus	Hoitotyön jatkuvuus	Ammatillinen osaaminen	Saattohoidon kehittäminen Pihlajakalliossa
Selkeät yhtenäiset ohjeistukset			

6 Tulokset

Kyselylomakkeen täyttäneet ja palauttaneet henkilöt olivat kaikki ammattinimikkeeltään lähihoitajia, perushoitajia tai jokin muu näitä nimikkeitä vastaava työntekijä. Suurin osa vastaajista oli lääkeluvallisia hoitajia Pihlajakalliossa, vain yhdellä vastaajalla ei

ollut voimassa olevia lääkelupia. Lähes kaikki vastaajat (95,5%) olivat olleet saattohoitotilanteessa hoitajana Pihlajakalliossa ja suuri osa vastaajista (86,4%) oli myös hoitanut aiemmin jossain toisessa yksikössä saattohoidossa olevaa asukasta.

Opinnäytetyöni aineiston analyysistä muodostuneita pääluokkia ovat hoitotyön ammattilaisten yleiset käsitykset saattohoidosta, hoitotyön ammattilaisten yksilölliset kokemukset saattohoidosta tehostetussa palveluasumisessa sekä saattohoidon kehittäminen hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta. Yläluokkia ovat eettisten periaatteiden kunnioittaminen, näyttöön perustuva tieto, ammatillinen osaaminen ja kokonaisvaltainen hoitotyö. Näiden yläluokkien alle muodostui alaluokkia, jotka ovat eroteltu tuloksista lihavoidulla tekstillä. Tutkimustuloksista nousi esille useita ilmiöitä ja alaluokkia, joten lihavoidulla tekstillä on nostettu esiin vain muutamia esimerkkejä.

6.1 Hoitotyön ammattilaisten yleiset käsitykset saattohoidosta

Kyselylomakkeen alussa esitettiin kysymykset siitä, mitä hoitotyön ammattilaisten mielestä kuuluu **laadukkaaseen saattohoitoon** ja mitkä heidän mielestään on kolme tärkeintä asiaa laadukkaassa saattohoidossa. Kyselylomakkeen vastauksista kävi ilmi, että lähes kaikki kyselyyn vastanneista hoitotyön ammattilaisista kokivat, että kaikista tärkeintä laadukkaassa saattohoidon toteutumisessa on asukkaan hyvä kivun hoito ja asukkaan kivuttomuus elämän loppuun saakka. Suurin osa vastaajista koki myös, että muut tärkeät asiat laadukkaassa saattohoidossa ovat läsnäolo ja ajan antaminen saattohoidossa olevalle asukkaalle mahdollisuuksien mukaan, läheisyyden tunteen tukeminen ja saattohoidettavan asukkaan toiveiden ja tarpeiden huomioiminen ja toteuttaminen. Muutama vastaajista koki myös, että laadukkaaseen saattohoitoon vaikuttaa positiivisesti myös omaisten hyvä kohtaaminen, turvallisuuden tunteen luominen sekä arvokkaan elämän mahdollistaminen loppuun saakka.

6.2 Hoitotyön ammattilaisten yksilölliset kokemukset saattohoidosta tehostetussa palveluasumisessa

Kyselylomakkeen vastauksista nousi esiin hoitajien kokemuksia tämänhetkisestä saattohoitotilanteesta Pihlajakalliossa. Saattohoitotilanteet koettiin kokonaisuudessaan pääosin sujuviksi, mutta suurin osa vastaajista koki kuitenkin, että kaikki työntekijät eivät ota tasapuolisesti vastuuta saattohoidossa olevasta asukkaasta, joka hankaloittaa saattohoitotyön sujuvuutta sekä lisää vastuuta vuorossa oleville muille hoitajille. Edellä mainittu vastuun jakaminen on yksi tutkimustuloksissa nähdystä ilmiöstä, joka muiden ohella muodosti alaluokan **hoitotyön haasteet**.

Saattohoitotilanteet ovat toteutuneet lähes moitteettomasti meillä Pihlajakalliossa. Jokainen saattohoidossa oleva asukas otetaan yksilöllisesti huomioon. Pihlajakalliossa on kaikkien luettavissa saattohoitokansiot/oppaat, joista voi tarvittaessa lukea infoa. Jokaisen omalla vastuulla, että perehtyy kansioon. Toki mielestäni hoitajien määrään voisi panostaa silloin, kun on saattohoitotapauksia. Tarkoitin siis, että silloin ei ainaakaan tulisi mennä vajaalla mitoituksella.

En koe yksilöllisen saattohoidon täysin toteutuvan Pihlajakalliossa, koska saattohoitoasukas hoidetaan muiden töiden ohessa.

Kyselylomakkeessa kysyttiin hoitajien mielipidettä yksilöllisestä saattohoidon toteutumisesta Pihlajakalliossa. Hoitajat kokivat hyvin eri tavoilla **yksilöllisen saattohoidon** toteutumisen. Suurin osa hoitajista ei osannut sanoa, onko saattohoito yksilöllistä (45,5%). Reilu kolmasosa vastaajista (36,4%) oli sitä mieltä, että saattohoito on yksilöllistä ja loput vastaajista (18,2%) olivat sitä mieltä, että saattohoito ei ole millään tavalla yksilöllistä. Tämä jakauma näkyi myös kyselylomakkeen avoimessa kysymyksessä, jossa pyydettiin kuvailemaan yksilöllistä saattohoitoa vielä tarkemmin. Suuri osa hoitajista koki, että yksilöllistä saattohoitoa pyritään mahdollistamaan sekä saattohoidossa olevan asukkaan sekä hänen läheisten ihmisten toiveiden mukaisesti, niillä resursseilla, joita on käytössä. Hoitajien vähäinen määrä ja kiire, nousee esiin yksilöllisen saattohoidon estävinä tekijöinä.

Lääkehoito on selkeää ja hyvin ohjeistettua.

Perushoito toteutuu mielestäni hyvin ja jos ongelmia, niitä pohditaan yhdessä.

Kliininen hoitotyö ilmenee saattohoidossa esimerkiksi kivun hoitona. Saattohoidossa olevan asukkaan kivunhoito koetaan riittäväksi sekä lääkehoidon, että perushoidon kannalta. Lääkehoidon koetaan olevan selkeää ja hyvin ohjeistettua. On koettu hyväksi, että lääkärin saa puhelimitse kiinni mihin aikaan vuorokaudesta tahansa, jolloin lääkäri ottaa kantaa kivun hoitoon ja siten hoitajan vastuu ei ole niin suuri kivun hoidossa esimerkiksi yöaikaan. Kivunhoidossa on huomattu parannusta yksikön alkuaikoihin verrattuna, sillä koetaan, että kivunhoito on parantunut huomattavasti ja lääkehoito on sujuvaa. **Yhteistyön toteutuminen** kotisairaalan kanssa on koettu hyväksi, sillä myös se on kehittänyt kivun lääkehoidon sujuvuutta niin asukkaan kuin hoitajienkin kannalta. Kivunhoidossa vaikeiksi asioiksi on koettu, että kaikilla hoitajilla ei ole lääkelupia ja kaikki hoitajat eivät ole yhtä rohkeita antamaan vahvoja kipulääkkeitä saattohoidossa olevalle asukkaalle. Perushoidon toteutuminen on koettu pääsääntöisesti toimivaksi. Hoitajien hyvä keskinäinen yhteistyö nousee esille vastauksissa, hoitajien kokemukset yhteistyöstä ja ongelmien ratkaisemisesta ovat vain positiivisia.

Toteutetaan myös nyt poikkeusaikana tapaamisia omaisten kanssa, tarjotaan kahvia, keskustellaan omaisten kanssa huolista yms., mutta annetaan myös rauhaa ja omaa tilaa.

Tämän koronatilanteenkin aikana on saattohoidossa olevan asukkaan omaiset saaneet tulla asukkaan luokse ja olla niin kauan kuin haluavat. Huomioidaan myös heidän toiveet ja tarpeet.

Saattohoidossa olevan asukkaan läheisten kanssa tehtävä yhteistyö koetaan toimivaksi. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet ovat maininneet, että omaisille annetaan laajat mahdollisuudet osallistua saattohoidossa oman läheisensä hoitoon ja heitä kannustetaan siihen. Läheisille mahdollistetaan rajaton läsnäolo asukkaan luona ja järjestetään esimerkiksi yöpymispaikka sitä tarvitsevalle ja tarjotaan samat ateriat omaisille, mitä yksikön asukkaillekin. Vastauksista korostui esille hoitajien positiiviset käsitykset omaisten kohtaamisesta myös poikkeusaikana. Koettiin, että omaiset ovat saaneet rajattomat mahdollisuudet tavata saattohoidossa olevaa läheistään silloin, kun omaisille sopii, poikkeuksellisesta ajasta huolimatta. On koettu, että yhteydenpito läheisiin on

aktiivista saattohoidossa ja omaisille annetaan aina aikaa, heitä tuetaan, kuunnellaan ja ohjataan erilaisten asioiden parissa.

6.3 Saattohoidon kehittäminen hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta

Kyselylomakkeen vastausten perusteella lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, mitkä ovat asioita, jotka ovat tällä hetkellä toimivia Pihlajakallion saattohoidossa. Kivunhoito koetaan hyväksi sekä lääkkeellisin että oireenmukaisin hoitokeinoin. Toimivaksi asiaksi nostettiin myös lääkäripalvelu, jonka avulla lääkäri on tavoitettavissa ympärivuorokauden. Lääkäripalvelun lääkärit reagoivat nopeasti hoitajien esille tuomiin asioihin, kuten kipulääkkeen riittämättömyyteen, jonka perusteella saattohoidossa olevan asukkaan kivun hoitoon ei tule taukoja. Hoitajien kokemukset jokaisen asukkaan omasta huoneesta ja sen rauhasta olivat positiivisia.

Lääkäreiden nopea reagointi kipulääkkeiden nostoon, kun tarvis.

Jokainen henkilökunnasta tekee parhaansa, mihin taidot ja kokemus piisaa.

Kyselylomakkeessa esiteltiin kaksi erilaista mittaria, joilla on mahdollista arvioida saattohoidossa olevan asukkaan oireita (ESAS ja PAINAD). Yli puolet kyselyyn vastanneista hoitajista (63,6%) koki, että kyseisistä mittareista olisi jatkossa hyötyä asukkaan oireita arvioidessa. Yksi vastaajista ei kokenut näistä mittareista olevan jatkossa minkäänlaista hyötyä asukkaan oireiden arvioinnissa ja loput vastaajat eivät osanneet sanoa, kokevatko he nämä mittarit hyödyllisinä oireiden arvioinnissa.

Pihlajakalliossa toteutettavan saattohoidon kehittämiskohteiksi suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista oli maininnut saattohoitokoulutuksen puutteen ja että saattohoidosta puhutaan yleisesti liian vähän. Lisäksi hoitajat kokivat, että saattohoidossa olisi kehitettävää hoitajien määrässä ja työn organisoinnissa, että hoitajat ehtisivät olla saattohoidossa olevan asukkaan kanssa enemmän läsnä ja varsinkin niissä tapauksissa, jos saattohoidossa olevalla asukkaalla ei ole omaisia. Vastauksista kävi myös ilmi, että kehitettävää olisi myös saattohoidon yksilöllisyydessä, arvokkuudessa ja kunnioittamisessa. Kehitettäväksi kohteiksi ilmenivät vastauksista myös parityöskentely ja töiden

järjestäminen siten, että kokenut hoitaja saisi työskennellä kokeneen hoitajan rinnalla. Koettiin myös, että selkeät ohjeet puuttuvat saattohoitoon ja kuolemaan liittyvistä käytännöistä ja ohjeistuksista. Lisäksi vastauksista kävi ilmi, että vainajan kunnioitukseen pitäisi kiinnittää vielä enemmän huomioita ja siihen, että annetaan arvokas lähtö asukkaalle. Tällä tarkoitettiin sitä, että kun vainaja haetaan hautaustoimiston toimesta pois yksiköstä, olisi tilanne kiireetön ja kaikki hoitajat jollain keinolla kunnioittaisi vainajaa. Saattohoitokoulutuksen puute sekä saattohoitoon ja kuolemaan liittyvät epäselvät käytännöt ja ohjeistukset ovat ilmiöitä, joiden molempien alaluokkana toimii **hoitotyön jatkuvuus**.

Ajankäytön haastavuus, mikäli yössä jotain muutakin tapahtuu ja omaisten kohtaaminen. Vaikea pidättää itkua vaikei tarvitsisikaan pidättää, ei se koskaan tunnu helpolta.

Minulle saattohoitotilanteissa työskentely on hyvin luontevaa, mutta ehkä omaisten kohtaaminen siinä vaiheessa, kun asukas on menehtynyt, tuntuu hieman haasteelliselta. Joskus koen, että en niissä tilanteissa välttämättä osaa sanoa oikeita asioita, vaikka tiedän, että ei sitä välttämättä tarvitse sanoa sen kummempaa, tärkeintä on läsnäolo ja kuunteleminen.

Kyselylomakkeessa selvitettiin myös hoitajien kokemuksia haastavista ja vaikeista tilanteista saattohoidossa. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat olivat maininneet vaikeaksi asiaksi omaisten kohtaamisen saattohoidon loppuvaiheessa tai kuoleman koittaessa. Hoitajat kokivat, että vaikeinta omaisten kohtaamisessa oli heidän lohduttamisensa, ”oikeiden” sanojen löytäminen ja surun kohtaaminen yleisellä tasolla. Vastauksista kävi myös ilmi, että saattohoidossa olevan asukkaan ahdistuksen kohtaaminen on vaikeaa sekä se, että välillä on haastava arvioida asukkaan kipuja ja ahdistusta. Myös hoitajien omien tunteiden pintaan nouseminen koettiin vaikeana. Tällä tarkoitettiin sitä, että omat tunteet tulisi pitää sisällään omaisten ja vainajan aikana. Haasteena pidettiin myös ajan käyttöä, kokemusten mukaan aina ei ole riittävästi aikaa saattohoidossa olevalle asukkaalle, varsinkaan yövuorossa, jossa hoitajia on vähemmän.

Kaikki koulutukset ovat tervetulleita, jotka käsittelevät saattohoitoa.

Koulutusta ollut hyvin, mutta lisäpäivitykset aina tarpeen määrätyn väliajoin.

Vainajan laitto vieras asia. Tästä vähän kokemusta.

Lisäkoulutuksen ja lisätiedon tarpeesta hoitajien näkökulmasta saattohoitoon liittyen kokemukset olivat suurimmalla osalla melko samankaltaisia. Hieman alle puolet vastaajista koki tarvitsevansa yleistä koulutusta saattohoidosta tai kertausta saattohoidosta säännöllisin väliajoin. Muutama kyselyyn vastanneista hoitajista kokivat tarvitsevansa lisää tietoa erityisesti lääkitykseen liittyvistä asioista ja kivunhoidosta yleisesti sekä saattohoidossa olevan asukkaan ravitsemuksen hoitamisesta. Muutama hoitaja koki myös tarvitsevansa lisää tietoa omaisten kohtaamisesta surun hetkellä sekä asukkaan arvokkaasta kohtaamisesta. Vainajan laitto koettiin myös olevan sellainen asia, johon tarvittaisiin kertausta ja lisäkoulutusta. Tällä tarkoitettiin sitä, että voi mennä pitkiäkin aikoja siitä, kun viimeksi on vainajan laittanut tai uudet hoitajat voivat olla, että eivät ole vainajaa koskaan vielä nähneet ja sitä myötä myöskään laittaneet. Lisäksi vastauksista ilmeni myös, että lisäkoulutusta tarvittaisiin myös siihen, mitkä ovat Pihlajakallion käytännöt ja tavat toimia, kun saattohoidossa oleva asukas kuolee.

Saattohoito vie voimavaroja eri tavalla, mutta työkavereiden kanssa asioita käsitellään yhdessä, se auttaa jaksamaan. Hoitotyössä kuoleman kohtaaminen on aina yksilöllinen ja eri lailla pysähdyttävä muuhun hoitotyöhön verrattuna, vaikka olisi tehnyt työtä pitkään ja kohdannut useita kuolema/saattohoitotilanteita. Jokainen tilanne on omanlainen, erityinen ja arvokas.

Asia on aina vaan helpompi kohdata ja siitä osaa jo puhua, mitä enemmän tulee itselle ikää. Kun muistaa, että asiasta saa ja pitää puhua. Myös kuolevan kanssa voi asiasta puhua, jos tämä niin haluaa, eikä asiaa tarvitse kieltää tai sivuuttaa.

Onhan se omalla tavallaan raskasta ja raskaampaa kuin perushoitotyö. Asukkaista tulee kuitenkin tietyllä tavalla läheisiä ja suru on läsnä. Kuitenkin ne asiat on tiedostanut, kun alalle on lähtenyt.

Hoitajat kokivat hyvin paljon samankaltaisia tunteita, joita saattohoito prosessina heissä herättää. Lähes kaikkien kyselyyn vastanneiden vastauksista ilmeni, että saattohoito ja asukkaan kuolema aiheuttaa suuria tunteita, vie voimavaroja ja vaikuttaa

työssä jaksamiseen hetkellisesti. Toisaalta kuitenkin lähes kaikki kokivat tärkeänä, että saattohoitoon liittyvistä asioista voi keskustella ja omia ajatuksia purkaa työyhteisössä työkavereiden kanssa. Moni hoitaja koki saattohoidon ja kuoleman aiheuttavan myös ristiriitaisia tunteita, surua tutun asukkaan kuoleman vuoksi ja helpotusta, että asukkaalla ei ole enää minkäänlaisia kipuja. **Työssä jaksamiseen** asukkaan saattohoito ja kuolema vaikuttaa hetkellisesti kokemuksen mukaan, mutta toisaalta taas suurin osa vastaajista kokee, että pystyy käsittelemään asian ammatillisesti, eli saattohoitoon ja asukkaan kuolemaan liittyviä ajatuksia harvoin viedään kotiin saakka. Monesta vastauksesta kävi myös ilmi, että hoitajat ymmärtävät saattohoidon ja kuoleman kuuluvan ammattiin, jolloin myös on luonnollista kokea erilaisia tunteita.

7 Pohdinta

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kun tehdään laadukasta tutkimusta eettisesti, edellytetään siltä, että tutkimuksen tekemisessä käytetään hyvää tieteellistä käytäntöä. Ensimmäinen asia, joka eettisyyteen jo vaikuttaa, on tutkimusaiheen valinta. Tutkimuskohteen valinnassa täytyy miettiä, että miksi tutkimukseen ryhdytään. On pohdittava, valitaanko aihe, joka on helppo toteuttaa, mutta sillä ei ole merkitystä vai valitaanko aihe, joka vaatii enemmän työtä, mutta sillä on jokin merkitys. Jokaisessa tutkimukseen liittyvässä vaiheessa tulee aina välttää yleistä epärehellisyyttä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23-25.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus muodostuu yleensä kokonaisuudessaan sinä aikana, kun tutkimusta tehdään ja se ilmenee eri tavoin tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimusprosessin alkaessa tutkijalla on usein valmiiksi jo jokin käsitys valitsemastansa aiheesta, joka voi perustua esimerkiksi omakohtaiseen tietoon tai kokemukseen. Oma-kohtainen tieto vaikuttaa tutkijaan siten, että hänellä on jo olemassa jonkinlainen ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä. Toisaalta laadullinen tutkimus edellyttää, että tutkija sitoutuu tekemäänsä tutkimukseen hyvin läheisesti, joten myös henkilökohtaisten kokemusten vaikutus hyväksytään. On myös tavallista, että raporttiin liitetään paljon

lainauksia aineistosta, sillä myös tätä kautta lukija pystyy ymmärtämään päättelyketjun etenemistä. (Juuti & Puusa 2011, 159-161.)

Reliaabelius ja validius ovat useasti kvantitatiivisissa tutkimuksissa käytettäviä menetelmiä, joilla arvioidaan tulosten luotettavuutta erilaisin mittarein ja näin ollen niiden käyttöä pyritään välttämään kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen sekä tapahtumien kuvaukset. Laadulliseen tutkimukseen liittyy myös olennaisesti luotettavuutta kohentavasti tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tällainen tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita ja esimerkiksi aineiston tuottamiseen liittyvät olosuhteet tulee kertoa tarkasti ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231-233.)

Opinnäytetyön aiheen valitsin sen vuoksi, että aihe on itseäni kiinnostava ja ikäihmisten saattohoito on tärkeä kokonaisuus omassa työyhteisössäni. Tässä tutkimuksessa huolehdittiin siitä, että Kuusiolinna Terveys Oy:n kanssa oli tehty yhteistyösopimus ja tutkimuslupa oli myönnetty, ennen kuin tutkimusta aloitettiin. Kyselylomake lähetettiin kaikille Pihlajakallion sen hetkisille vakituisille työntekijöille sähköpostilla ja sähköpostissa oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja mihin kyselyn vastauksia tullaan käyttämään. Sama saatekirje löytyi myös vielä kyselylomakkeen alusta, että varmasti tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä oli tieto siitä, mihin he ovat osallistumassa.

Tutkimus tehtiin anonymisti ja sillä varmistettiin, ettei osallistujia ole mahdollista tunnistaa missään vaiheessa. Kyselyyn vastaaminen oli koko ajan vapaaehtoista, eikä työntekijöitä painostettu osallistumaan tutkimukseen. Kysely oli myös mahdollista lopettaa koska tahansa, eikä vastauksia ollut pakko tallentaa. Tutkimuksen tekemiseen käytettiin Google Forms -palvelua, jonka avulla kysely tehtiin ja johon vastaukset tallentuivat. Tutkimuksen kyselylomakkeen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä ja vastaukset teemoiteltiin eri osa-alueisiin, joiden perusteella saatiin vastaukset tutkimusongelmiin. Tutkimustuloksia voi heikentää vastaajien määrä, sillä hieman yli puolet yksikön työntekijöistä vastasi tutkimuskyselyyn, joten vielä useiden työntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia saattohoidosta ei tiedetä.

Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei ilmene raportissa. Raportista ei myöskään ilmene, että kuka tutkimukseen osallistuneista on vastannut mitään. Raportissa käytetään suoria lainauksia kyselyyn vastanneiden vastauksista, mutta siinä on myös huolehdittu siitä, ettei vastauksista voi tunnistaa vastaajaa. Suorien lainausten avulla lukija voi kuitenkin itse seurata tutkimuksen etenemistä. Tutkimukseen liittyvät kyselylomakkeet säilytettiin vain internetissä Google Forms -palvelussa, josta kyselylomake ja vastaukset hävitettiin kokonaan aineiston analysoinnin päätteeksi.

7.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka hoitotyön ammattilaiset Pihlajakalliossa kokevat saattohoidon merkityksen sekä kuinka saattohoitoa olisi hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta mahdollista kehittää. Tutkimustuloksista ilmenee, kuinka hoitotyön ammattilaiset kokevat saattohoidon toteutumisen Pihlajakalliossa sekä mitä osa-alueita saattohoidossa he kehittäisivät.

Aineiston analyysin perusteella voidaan todeta, että saattohoito Pihlajakalliossa toimii pääsääntöisesti hyvin. Hoitotyön ammattilaiset kokivat kuitenkin, että saattohoidon yksilöllisyyteen ja laatuun negatiivisesti vaikuttaa hoitohenkilöstön kiire, hoitajien vähäinen määrä sekä epätasa-arvoinen vastuunottaminen työtehtävistä.

Hoitotyön ammattilaisten kanta kivun lääkehoitoon oli positiivinen ja lääkehoidon todettiin olevan riittävää ja hyvin järjestettyä ympäri vuorokauden. Ymmärrettiin, että Doctagonin lääkepalvelu ja kotisairaalan tuki saattohoidossa ja kivun hoidossa ovat merkittäviä tekijöitä saattohoidettavan asukkaan loppuelämän laadun takaamiseksi. Näiden palveluiden avulla saattohoidossa olevan asukkaan kipu- ja oirehoito saadaan hoidettua mahdollisimman hyvin ilman yksiköiden välisiä siirtoja ja asukas saa mahdollisimman tehokkaasti ja nopeasti tarvitsemansa lääkityksen. Kipu- ja oirehoitoon liittyvistä asioista todettiin, että on hyvä, kun erilaisista ongelmista pystytään työyhteisössä puhumaan ja ongelmia ratkomaan yhdessä.

Omaisille annetaan Pihlajakalliossa saattohoidon aikana rajattomat mahdollisuudet käydä oman läheisensä luona, olla mukana hoidossa ja heitä kannustetaan myös siihen. Omaisille mahdollistetaan esimerkiksi yöpyminen Pihlajakalliossa, jos omaiset sitä toivovat. Yhteydenpito omaisiin on myös hyvin aktiivista ja heille annetaan aikaa. Myös poikkeusajan saattohoito on toteutunut hoitotyön ammattilaisten kokemuksen mukaan laadukkaasti ja saattohoidettava asukas sekä hänen omaisensa ovat saaneet samanlaiset mahdollisuudet olla yhdessä, kuin normaalinkin aikana.

Hoitotyön ammattilaisten vastauksista kävi ilmi, että asukkaiden omat huoneet ovat yksi tekijä, joka mahdollistaa saattohoidon toimivuutta. Omat huoneet toimivat perustana saattohoidon yksilöllisyydelle ja mahdollistavat omaisille jatkuvan läsnäolon saattohoidettavan asukkaan luona vuorokauden ympäri heidän niin tahtoessaan. Myös poikkeustilanteessa omaisten läsnäolo on helppo toteuttaa ilman, että muut asukkaat saavat vierailijoihin kontaktia.

Tulevaisuudessa, kun Pihlajakallion saattohoitoa lähdetään kehittämään, on hyvä ottaa käyttöön erilaisia mittareita tukemaan saattohoitotyötä ja asukkaan voinnin arviointia. Yli puolet Pihlajakallion hoitotyön ammattilaisista koki, että erilaiset mittarit helpottavat saattohoidossa olevan asiakkaan hoitotyötä. Osa hoitotyön ammattilaisista ei tiennyt, olisiko mittareista hyötyä. Kyselyn vastauksista ei käynyt ilmi, oliko kyselyssä esitellyt mittarit tuttuja entuudestaan hoitotyön ammattilaisille. Tällaisia mittareita, joita saattohoidossa voidaan käyttää ovat muun muassa ESAS ja PAINAD -mittarit.

Suurimmaksi yhteiseksi kehittämiskohteeksi Pihlajakallion saattohoidossa kuitenkin todettiin saattohoitokoulutuksen puute sekä se, että saattohoidosta puhutaan liian vähän yksikössä silloin, kun saattohoidettavaa asukasta ei juuri ole. Lähes puolet hoitotyön ammattilaisista toivoi pääsevänsä jonkinlaiseen yleiseen saattohoitokoulutukseen säännöllisesti ja muutama hoitotyön ammattilainen toivoi erityisiä aiheita, joita koulutuksissa voidaan käydä läpi, kuten kivunhoito tai ravitsemukseen liittyvät asiat. Useampi hoitotyön ammattilainen toivoi myös saavansa säännöllistä kertausta vainajan laittoon liittyviin asioihin.

E erityiseksi kehittämiskohteeksi nousi myös kuolevan asukkaan arvostus ja kunnioittaminen, jonka pitäisi olla läsnä siihen saakka, kuin yksiköstä vainaja siirretään terveyskeskukseen. Läsnäolon lisäämistä saattohoidettavan kanssa toivottiin lisää, mutta samalla hoitotyön ammattilaiset kuitenkin ymmärsivät, että hoitajien vähäisen määrän vuoksi ei ole saattohoidossa olevalle asukkaalle antaa aikaa ja jatkuvaa läsnäoloa, vaan myös kaikki muut asukkaat tulee hoitaa tavalliseen tapaan saattohoidosta huolimatta. Lisäksi parityöskentelyn tärkeys nousi esiin asioissa, joita voitaisiin suunnitella paremmin saattohoitovaiheessa. Ohjeistukset saattohoidettavan asukkaan kuolemasta ja siihen liittyvistä seikoista olivat epäselkeitä ja ohjeistuksista toivottiinkin selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita, joita on helppo noudattaa mihin vuorokauden aikaan tahansa.

Hoitotyön ammattilaisten vastauksista nousi esiin myös hoitajien omat kokemukset ja tunteet käsitellä haastavia ja vaikeita tilanteita. Vaikeiksi tilanteiksi saattohoidossa nousi erityisesti omaisten kohtaaminen saattohoidon loppuvaiheessa kuoleman lähestyessä sekä kuoleman koittaessa. Hoitotyön ammattilaisten haasteina esiintyi vaikeus siitä, mitkä ovat oikeat sanat lohduttamaan omaisia surun voimakkaasti läsnä ollessa sekä voiko omia tunteita ja omaa surua näyttää asukkaalle kuoleman vuoksi.

Saattohoito prosessina herätti lähes kaikissa hoitotyön ammattilaisissa suuria tunteita, vaikutti voimavaroihin ja työssä jaksamiseen hetkellisesti. Tutun asukkaan kuolema aiheutti myös ristiriitaisia tunteita, toisaalta surua kuoleman vuoksi, mutta toisaalta helpotusta, että enää ei tarvitse olla kivulias. Vaikka saattohoito ja kuolema herättävätkin monenlaisia tunteita hoitotyön ammattilaisissa, he silti ymmärsivät, että saattohoito ja erilaiset tunteet kuuluvat ammatin ominaisuuksiin. Tärkeänä keinona omien tunteiden käsittelyssä ja työssä jaksamisessa koettiin asioista keskustelu ja omien tunteiden jakaminen työkavereiden kanssa, jotka ovat käyneet läpi saman tilanteen.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Saattohoito on tulevaisuudessakin tärkeä kehittämisen kohde ja saattohoidettavia ikäihmisiä hoidetaan entistä enemmän erilaisissa asumispalveluyksiköissä sekä kotona ja siirtoja terveyskeskukseen ja erikoissairaanhoidon yritetään välttää mahdollisimman pitkään. Tämän takia sujuva yhteistyö omaisten kanssa on tärkeää ja omaisten

näkökulmat saattohoitoon liittyvissä asioissa ovat ehdottomasti tärkeitä huomioitavia asioita. Tulevaisuudessa voisi toteuttaa tutkimuksen omaisten kokemuksista ja näkemyksistä saattohoidosta tehostetussa palveluasumisyksikössä, sillä sen tutkimuksen tulosten sekä tutkimukseni tulosten perusteella voitaisiin saattohoitoa kehittää vielä laajemman näkemyksen avulla.

Lähteet

Amador, S., Goodman, C., Robinson, L. & Sampson, E. 2019. A systematic review and critical appraisal of quality indicators to assess optimal palliative care for older people with dementia. *Palliative Medicine*. Viitattu 17.7.2020. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.jamk.fi:2443/doi/pdf/10.1177/0269216319834227>

Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. *Duodecim*. Viitattu 10.10.2020. <https://www.oppoportti.fi/op/pli00263/do>

Blankley, K. & Faull, C. 2015. *Palliative care*. 2. p. Oxford University Press. Viitattu 4.10.2020. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/lib/jypoly-ebooks/detail.action?docID=1978014>

Boer, M., Firth, P., Francke, A., Gove, D., Hertogh, C., Hughes, J., Jünger, S., Koopmans, R., Larkin, P., Radbruch, L., Van der Steen, J. & Volicer, L. 2014. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*. Viitattu 24.8.2020. <https://www.oppoportti.fi/xmedia/dvk/dvk00061/dementiawp.pdf>

Finne-Soveri, H. & Hagelberg, N. 2015. Kipu iäkkäillä ja muistisairailta potilailla. Julkaisussa *Palliatiivinen hoito, Duodecim*. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Finne-Soveri, H. & Hagelberg, N. 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. *Palliatiivinen hoito, Duodecim*. Viitattu 24.8.2020. <https://www.oppoportti.fi/op/pli00042/do>

Finne-Soveri, H. & Saarto, T. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. *Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti, STM*. Viitattu 1.11.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Heikkilä, T. 2009. Läheisesi on kuollut. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto, *Duodecim*. Viitattu 4.10.2020. <https://www.oppoportti.fi/op/ppp00105/do>

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

Hillilä, M. 2015. Ummetus. *Palliatiivinen hoito, Duodecim*. Viitattu 24.8.2020. <https://www.oppoportti.fi/op/pli00110/do>

Hiltunen, P. 2015. Psykososiaalinen tuki vanhuspotilailla. *Palliatiivinen hoito, Duodecim*. Viitattu 28.10.2020. https://www.oppoportti.fi/op/pli00133/do?p_haku=saattohoito#s3

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. *Tutki ja kirjoita*. 20. p. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15-17. p. Helsinki: Tammi.

Hänninen, J. 2020. Työnä kuolema. Kirjoituksia saattohoidosta ja sen liepeiltä 1993-2020. 1. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2018. Kuolemme vain kerran. 1. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman läheisyydessä. 1. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2015. Saattohoitoa. Julkaisussa Palliatiivinen hoito, Duodecim. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 10.10.2020. <https://www.oppiporssi.fi/op/pli00345/do>

Hänninen, J. 2015. Milloin saattohoitoa?. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 24.8.2020. https://www.oppiporssi.fi/op/pli00146/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Hänninen, J. 2015. Missä saattohoitoa?. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 24.8.2020. https://www.oppiporssi.fi/op/pli00147/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Hänninen, J. 2015. Oireiden arviointi saattohoidossa. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 7.9.2020. https://www.oppiporssi.fi/op/pli00148/do?p_haku=saattohoito#T2

Hänninen, J., Laakkonen, M. & Pitkälä, K. 2016. Eräitä saattohoitoon liittyviä ratkaisuja. Geriatria, Duodecim. Viitattu 24.9.2020. https://www.oppiporssi.fi/op/ger04404/do?p_haku=palliatiivinen%20hoito#q=palliatiivinen%20hoito

Hänninen, J., Laakkonen, M. & Pitkälä, K. 2016. Kuolevan oireiden hoito. Geriatria, Duodecim. Viitattu 24.9.2020. <https://www.oppiporssi.fi/op/ger04402/do>

Hänninen, J., Laakkonen, M. & Pitkälä, K. 2016. Milloin saattohoito alkaa? Geriatria, Duodecim. Viitattu 28.8.2020. https://www.oppiporssi.fi/op/ger04403/do?p_haku=palliatiivinen%20hoito#q=palliatiivinen%20hoito

Hänninen, J. & Pöyhä, R. 2015. Kuivumisen oireet ja mekanismit. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 30.10.2020. <https://www.oppiporssi.fi/op/pli00090/do>

Hänninen, J. & Pöyhä, R. 2015. Kuivumistilan tutkiminen ja hoito. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 30.10.2020. <https://www.oppiporssi.fi/op/pli00091/do>

Hänninen, J., Pöyhä, R. & Saarto, T. 2015. Ruokahaluttomuus. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 30.10.2020. <https://www.oppiporssi.fi/op/pli00093/do>

Hänninen, P. 2004. Surevien omaisten avun tarve. Julkaisussa Palliatiivinen hoito, Duodecim. 2. p. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, P. & Kärpäniemi, R. 2004. Omaisten tukeminen. Julkaisussa Palliatiivinen hoito, Duodecim. 2. p. Kustannus Oy Duodecim.

Janes, R. 2015. Deliriumin etiologia ja oireet. Palliatiivinen hoito, Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00046/do>

Juuti, P. & Puusa, A. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansabook.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2015. Hengitystieoireiden lääkehoito saattohoidossa. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 24.8.2020. https://www.oppiportti.fi/op/pli00151/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Laurila, J. 2015. Vanhuksen deliriumin aiheuttajat ja oireet. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 30.10.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00048/do>

Laukkala, T., Saarto, T. & Tarnanen, K. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käypä hoito -suositus. Viitattu 5.7.2020. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072#s4>

Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito. Opas saattohoitoon osallistuville. 2016. Muistiliitto. Viitattu 23.11.2019. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Viitattu 27.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#readmore>

Penttinen, H. 2020. Kuolevan suru. Julkaisussa Suru, Duodecim. 1. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pöyhiä, R. 2015. Palliatiivinen sedaatio. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 7.9.2020. https://www.oppiportti.fi/op/pli00154/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Julkaisussa Palliatiivinen hoito, Duodecim. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. & Asiantuntijaryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>

Saarto, T. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Julkaisussa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt, Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. Palliatiivinen hoito, Duodecim. Viitattu 10.10.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00002/do>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2.p. Helsinki: Tammi.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. 2020. Laatusuositus hyvän ikään-
tymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena
ikäystävällinen Suomi. Viitattu 28.10.2020. [https://julkaisut.valtioneu-
vosto.fi/bitstream/han-
dle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tanskanen, J. 2004. Saattohoitopäätöksen tekeminen. Julkaisussa Saattohoito, haas-
te moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.

Vaino, A. & Vuorinen, E. 2015. Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Julkaisussa
Palliatiivinen hoito, Duodecim. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Hei,

Teen opinnäytetyötä Pihlajakallion saattohoidosta ja sen kehityskohteista. Olisi erittäin tärkeää opinnäytetyöhöni liittyvän tutkimuksen vuoksi, että vastaisit ohessa olevaan kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen täyttäminen vie aikaa noin 15 minuuttia.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kysymyksiin vastataan nimettömästi, eikä kyselyyn vastanneiden yksittäisten henkilöiden vastauksia voida tunnistaa. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käytetään vain opinnäytetyön tekemiseen. Kyselylomakkeet hävitetään, kun tutkimus on saatu tehtyä valmiiksi.

Vastaathan kyselyyn 19.7.2020 mennessä.

Kiitos vastauksestasi!

Liite 2. Kyselylomake

Onko tutkintonimikkeesi lähihoitaja, perushoitaja tai jokin muu näitä vastaava? *

Kyllä
Ei

Oletko lääkeluvallinen hoitaja Pihlajakalliossa? *

Kyllä
En

Kuinka kauan olet työskennellyt ikäihmisten parissa? *

0-3 vuotta
4-10 vuotta
10-15
Kauemmin kuin 15 vuotta

Oletko ollut saattohoitovaiheessa hoitajana Pihlajakalliossa? (Saattohoitovaiheella tarkoitetaan tässä viimeisiä viikkoja tai päiviä ennen kuolemaa.) *

Kyllä
En

Oletko koskaan hoitanut saattohoidossa olevaa asukasta muualla kuin Pihlajakalliossa? *

Kyllä
En

Yleiset kysymykset saattohoidosta

Mitä sinun mielestäsi kuuluu laadukkaaseen saattohoitoon? *

Oma vastauksesi

Mitkä ovat mielestäsi kolme tärkeintä asiaa laadukkaan saattohoidon toteutamisessa? *

Oma vastauksesi

Saattohoidon toteutuminen Pihlajakalliossa

Miten kuvailisit saattohoitoa Pihlajakalliossa? Voit valita useita vaihtoehtoja. *

Saattohoitotilanteet ovat sujuvia.

Saattohoitotilanteet ovat haastavia.

Saattohoidon laadukkaaseen toteutumiseen on saatu riittävästi tietoa ja koulutusta.

Kaikki työntekijät ottavat tasapuolisesti vastuuta saattohoidossa olevasta asukkaasta.

Saattohoidossa olevan asukkaan toiveet huomioidaan yksilöllisesti.

Omaisille annetaan mahdollisuus osallistua asukkaan saattohoitoon.

Yhteistyö kotisairaalan kanssa on sujuvaa.

Muu:

Toteutuuko Pihlajakalliossa mielestäsi yksilöllinen saattohoito? *

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Miten kuvailisit yksilöllisen saattohoidon toteutumista Pihlajakalliossa? *

Oma vastauksesi

Toteutuuko riittävä kivunhoito saattohoidossa? *

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Miten kuvailisit lääkehoidon toteutumista? *

Oma vastauksesi

Toteutuuko mielestäsi muiden oireiden arviointi ja hoito riittävän hyvin? *

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Miten kuvailisit perushoidon toteutumista saattohoitotilanteessa? *

Oma vastauksesi

Miten yhteistyö omaisten kanssa toteutuu mielestäsi? *

Melko hyvin
Hyvin
Melko huonosti
Huonosti
En osaa sanoa

Millä keinoin omaisia huomioidaan läheisen ollessa saattohoidossa? *

Saattohoidon kehittäminen

Mikä saattohoidossa on mielestäsi toimivaa tällä hetkellä? *

Oma vastauksesi

Erilaisia mittareita potilaan oireiden arviointiin

PAINAD: <http://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari.pdf>

ESAS: https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/palliativ-verksamhetsmodell/finska-bilagor/9_esas_oirekysely-potilaan-oirenmukaiseen-arviointiin.pdf

Koetko, että erilaisista mittareista olisi jatkossa hyötyä saattohoidossa potilaan oireiden arvioinnin apuvälineenä? (Esim. PAINAD tai ESAS.) *

Kyllä
Ei
En osaa sanoa

Miten kehittäisit saattohoitoa? *

Oma vastauksesi

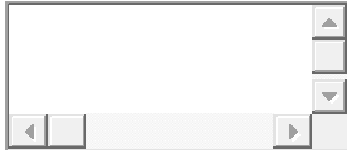
Mitkä asiat saattohoidossa koet helppoina? *

Oma vastauksesi



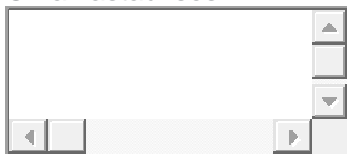
Mitkä asiat saattohoidossa koet vaikeina? *

Oma vastauksesi



Minkälaista lisäkoulutusta-/tietoa tarvitsisit saattohoitoon liittyen? *

Oma vastauksesi



Millaisia tunteita saattohoito prosessina sinussa herättää? (Vaikutukset työssä jaksamiseen, asioiden käsittely, kuoleman kohtaaminen jne.) *

Oma vastauksesi

