



LÄHEISEN KOHTAAMINEN SAATTOHOIDOSSA

Työvälineitä hyvän saattohoidon opiskeluun ja läheisen kohtaamiseen ikääntyvän saattohoidossa

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Henna Herranen ja Hanna Toroi	
Työn nimi Läheisen kohtaaminen saattohoidossa. Työvälineitä hyvän saattohoidon opiskeluun ja läheisen kohtaamiseen ikääntyvän saattohoidossa	
Päiväys	27.4.2015
Sivumäärä/Liitteet	55/2
Ohjaaja(t) Marja Äijö	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Marjatta Pitkänen	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on tuottaa simulaatioharjoite Savonia-ammattikorkeakoulu. Simulaatioharjoite tarjoaa työvälineitä hyvän saattohoidon toteutuksen opiskeluun ja läheisen kohtaamiseen saattohoidossa. Simulaatioharjoitteen pohjalta opiskelija pystyy tuomaan esille oman teoriaosaamisensa saattohoidon keskeisestä sisällöstä. Tätä harjoitetta Savonia-ammattikorkeakoulu voi hyödyntää gerontologisen hoitotyön koulutuksessaan. Simulaatioharjoite on suunniteltu yhteistyössä simulaatio-opettajien ja gerontologisen hoitotyön opettajien kanssa. Kehittämistyön kohteena olevaa läheisen kohtaamista saattohoidossa lähestytään simulaatioharjoitteen avulla, koska tämä soveltuu gerontologisen hoitotyön opetusmenetelmäksi. Tämä innovatiivinen ajatus nousi esille saattohoidon vaihtoehtoisia opetusmenetelmiä miettiessä ja Savonian uuden simulaatiokeskuksen myötä kehitystyön viitekehys alkoi muotoutua. Teoriasisällössä nousi esille saattohoitohenkilökunnan kyky toimia yhteistyössä läheisen ja asiakkaan kanssa.</p> <p>Saattohoitoa toteutetaan parantumattomasti sairaalle. Saattohoito on hoitoa, jota annetaan kuoleville muutamasta päivästä enimmillään viikkoihin. Hoitohenkilökunnan tulisi osata toteuttaa hyvää saattohoitoa riippumatta siitä missä he työskentelevät. Läheisille tulisi antaa mahdollisuus osallistua saattohoitoon heidän voimavarojensa huomioiden. Hyvin toteutettu saattohoito mahdollistaa läheisiä ja asiakasta hyväksymään kuoleman. Heidän tulisi saada niin halutessaan tietoa ja tukea hoitohenkilökunnalta. Saattohoitoa kehitetään koko ajan ja jatkuvasti tulee uutta tietoa ja suosituksia. Tämän takia tulisi hoitohenkilökunnalla olla ajantasainen tieto ja riittävä koulutus saattohoidon toteutukseen ja sen tarjoamiseen myös läheisille ja asiakkaalle. Samasta syystä olisi erittäin tärkeää ylläpitää ja kehittää myös saattohoidon koulutusta. On tärkeää ylläpitää ajantasaista tietoa tuleville sairaanhoitajille korkeatasoisen saattohoidon toteuttamiseksi. Simulaatioharjoitteen tarkoitus on tarjota riittävä osaaminen saattohoidon perusteista ja siten turvata hyvä loppuelämän hoito vieläkin paremmin.</p>	
Avainsanat saattohoito, läheinen, asiakas, simulaatioharjoite	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Henna Herranen and Hanna Toroi			
Title of Thesis Meeting relatives in hospice care - Tools for studying good hospice care and meeting relatives in elderly hospice			
Date	27.4.2015	Pages/Appendices	55/2
Supervisor(s) Marja Äijö			
Client Organisation /Partners Marjatta Pitkänen			
<p>Abstract</p> <p>This thesis is a development work, the purpose of which is to produce a simulation exercise. The simulation exercise provides tools for studying the execution of good hospice care and meeting relatives in this area. A student can bring his theory knowledge about relevant contents of hospice care in the simulation exercise. Savonia University of Applied Sciences can use this simulation exercise in the education of gerontology nursing. The exercise has been designed in co-operation with simulation teachers and gerontological nursing teachers. Meeting relatives in hospice care is the target of this development work. The target has been approached by a simulation exercise because this method is suitable for gerontological nursing. This innovative thought appeared while considering alternative teaching methods for hospice care. In the new simulation center of Savonia the context of this development work started to take shape. The ability of hospice care staff to co-operate with a hospice care client and relatives came up from the theory base.</p> <p>Hospice care is being carried out for incorrigibly diseased people. Hospice care is a type of nursing which is given for dying from a few days to a couple of weeks at most. Nursing staff should be able to provide well hospice services in any place where they work. Relatives should have a chance to participate in hospice care noticing their resources. Well provided hospice care enables hospice care client and relatives to accept death. When necessary, they should get information and support from caregivers. Hospice care is under development all the time and continuously comes new information and recommendations. This is why nursing staff should have real-time information and enough education to execute hospice care and provide it to hospice care client and relatives. For the same reason it would be very important to maintain and develop hospice care education. It's important to maintain real-time information for future nurses to provide high-standard hospice care. The purpose of the simulation exercise is to provide enough know how of the hospice care basics and so secure a good end of life care even better.</p>			
Keywords hospice care, relative, patient, simulation exercise			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	SAATTOHOIDON TERMINOLOGIAA	8
2.1	Palliativinen hoito, saattohoito ja terminaalahoito	8
2.2	Saattohoitopäätös	10
2.3	Elvyttämättä jättämispäätös	10
2.4	Hoitotahto	13
3	HYVÄ SAATTOHOITO	15
3.1	Hyvän saattohoidon toteutuminen	15
3.2	Saattohoitoasiakkaan oireenmukainen hoito	16
3.3	Saattohoitoasiakkaan kipu	17
3.4	Läheinen mukana saattohoidossa	18
3.5	Hoitohenkilökunnan toiminta saattohoidossa	19
4	SAATTOHOIDON LAIT JA EETTISYYS	22
4.1	Saattohoitoa ohjaavat lait ja suositukset	22
4.2	Saattohoitoon liittyvät eettiset kysymykset	24
4.3	Itsemääräämisoikeus	24
4.4	Yksityisyys ja kulttuurisuus saattohoidossa	25
5	INTEGRATIIVIINEN PEDAGOGIIKKA, KONSTRUKTIVISMI JA DIALOGISUUS	27
5.1	Integratiivinen pedagogiikka	27
5.2	Konstruktivistinen oppimiskäsitys	28
5.3	Dialogisuus	29
5.4	Aikuinen oppija, ryhmäoppiminen ja simulaatio-oppiminen	29
6	KEHITTÄMISTYÖN KOHDE, ETENEMINEN JA TUOTOKSET	32
6.1	Kehittämistyön kohde	32
6.2	Suunnitteluvaihe	32
6.3	Toiminnallinen vaihe	34
6.4	Tutkimusmenetelmä	34
6.5	Kehittämistyön tuotokset	35
6.6	Tutkimusetiikka	36
7	KEHITTÄMISTYÖN PÄÄTTYMINEN JA POHDINTA	40
7.1	Päätyminen	40

7.2	Pohdinta	40
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	44
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	46
	LIITE 1: ESIMERKKI SIMULAATIOHARJOITTEESTA.....	56
	LIITE 2: KYSELYLOMAKE.....	60

1 JOHDANTO

Kuolema on asia, jonka jokainen joutuu kohtaamaan. Jokainen on oikeutettu kohtaamaan lähtönsä arvokkaasti ja kivuttomasti (Käypä hoito 2012a). Saattohoidon tarkoituksena on tukea oireista ja kuolemaan liittyvistä tunteista selviytymisessä. Saattohoidon perustana on asiakkaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (STM 2010.) Kuolema on aihe, josta puhuminen erityisesti läheisen kanssa koetaan vaikeaksi. Kun läheisen kuolema lähestyy, herättää se usein monia eri tunteita. Kuolemasta puhuminen on kuitenkin tärkeää hyvän ja arvokkaan kuoleman mahdollistamiseksi. (Laitinen 2014-03-13.)

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2013 Suomessa kuoli 51 472 ihmistä (Tilastokeskus 2014). Yleisimpiä kuolemaan johtavia sairauksia sivistysvaltioissa ovat nykyään iskeemiset sydänsairaudet, aivoverenkierron sairaudet, dementia, alahengitystieinfektiot, keuhkohtaumatauti sekä erilaiset syöväät (Käypä hoito 2012a). Joka vuosi arviolta noin 15 000 ihmistä Suomessa tarvitsee saattohoitoa. Noin puolet saattohoidosta tapahtuu sairaalassa ja saattohoitoon erikoistuneissa hoitokodeissa. Muut saattohoidettavista voidaan hoitaa kotona, tarvittaessa kotisairaanhoidon tai kotisairaalan avustuksella. (Valvira 2015c.) Arvion mukaan esimerkiksi kaksi kolmesta kuolevasta syöpäpotilaasta tarvitsee palliatiivista eli parantumattomasti sairaiden oireita lievittävää kotihoitoa elämänsä viimeisinä kuukausina ja viimeisten elinviikkojen aikana saattohoitoa tarvitsee joka kolmas (Erjanti, Anttonen, Grönlund ja Kiuru 2014, 12; Käypä hoito 2012a). Saattohoito on palliatiivisen hoidon osa-alue, mutta eroavaisuus näiden kahden välillä on siinä, että palliatiivista hoitoa annetaan pidempiaikaisesti, jopa vuosia, kun taas saattohoidon kesto on yleensä muutaman viikon, korkeintaan muutama kuukausi (Grönlund ja Huhtinen 2011, 77; Käypä hoito 2012a).

Aina ihmisten välinen yhteistyö ei suju ongelmitta. Jokaisella on oikeus kannella saadusta hoidosta sekä epäilyistä hoitovirheistä tilanteen vakavuudesta riippuen joko Valviraan eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon tai sen ohjaamiin aluehallintavirastoihin (Valvira 2015a). Saattohoitoon liittyvät kantelut ovat yleisimmin koskeneet puutteita asiakkaan kivunhoidossa, erimielisyyksiä nestehoidon toteutuksen suhteen, yhteisen hoitoneuvottelun puuttumista, potilasasiakirjojen puutteellisia merkintöjä muun muassa hoitopäätösten suhteen sekä tiedon saannin vähäisyyttä esimerkiksi tehdyistä hoidon linjauksista ja niiden tarkoituksesta (Valvira 2015b; Valvira 2015c). Informatiivinen yhteistyö kuolevan läheisten kanssa paitsi auttaa läheisiä ymmärtämään tilannetta myös vähentää tehtyjen hoitovirhekanteluiden määrää (Valvira 2015c).

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu yhteistyö läheisten ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Työryhmä koostuu muun muassa lääkäreistä ja lähihoitajista. Tässä opinnäytetyössä haluamme tutkia aihetta sen moninaisen hyödynnettävyyden vuoksi sairaanhoitajan ammatissa. Sairaanhoitaja kohtaa saattohoidettavia asiakkaita ja heidän läheisiään työpaikasta riippumatta. Läheisten saama tuki ja läheisten osallistuminen saattohoidossa on todettu nykyisellään liian niukaksi ja niiden kehittäminen on yksi palliatiivisen ja saattohoidon edistämiskohteita (Erjanti ym. 2014, 45). Pettymyksen tunteita läheisille saattohoidossa ovat aiheuttaneet esimerkiksi läheisten jaksamisen huomioimattomuus sekä toiveiden kuulemattomuus (Kontkanen 2014, 33). Palliatiivisen ja saattohoidon on todettu nykyisel-

lään tarvitsevan kehittämistä kaikilla osa-alueilla, muun muassa kivun hoidossa, kotisaattohoidossa, saattohoitoympäristöissä sekä henkilöstön koulutuksessa (Erjanti ym. 2014, 45–46).

Laadukkaan saattohoidon toteutumisen ehtona on saattohoitoa toteuttavan hoitohenkilökunnan osaaminen ja riittävä koulutus. Saattohoitotyö on vaativaa ja usein hoitohenkilöstön koulutus ei vastaa työn vaatimuksia. Saattohoitotyön painottuessa yhä enemmän osaksi normaalia hoitotyötä, tulisi turvata hoitajille riittävä koulutus. (STM 2010, 22.) Palliatiivisen hoidon tarpeen on arvioitu kasvavan 20 prosenttia seuraavina 10–15 vuotena Euroopan alueella (Käypä hoito 2012a).

Tutkimuksia saattohoidosta on runsaasti, mutta huomattavan vähän niistä on tehty omaisten näkökulmasta. Useimmiten asiasta mainitaan vain yksittäisellä lauseella omaisten mukaan ottamisena hoitoon. Esimerkiksi Sand (2003, 6) tutkimuksessaan kuvaa saattohoitoa ja pyrkii lisäämään tietoutta kuolevan potilaan hoidosta, mutta omaisten merkitys nousee esille vasta tutkimustuloksissa hoitamisen voimavarana. Olemme valinneet opinnäytetyöllemme tämän aiheen, koska pidämme tärkeänä läheisten huomioimista sekä heidän mukaan ottamistaan hoitotyöhön voimavarojensa mukaisesti. Tulevaisuudessa läheisten rooli saattohoitoon osallistumisessa korostuu tiukan taloudellisen tilanteen, hoitohenkilökunnan vähyden sekä saattohoidettavien määrän lisääntymisen myötä korkean hoidon laadun mahdollistamiseksi. Kuolema on myös rikkaampi, kun vierellä on tärkeä ja tukea antava ihminen, jolla on aikaa. Läheisen itsensä kannalta olisi hyväksi, jos surutyön prosessointi ja kuoleman käsittely mahdollistuisi jo läheisen eläessä.

Tässä opinnäytetyössä käytetään saattohoidossa olevista henkilöistä asiakas -termiä. Saattohoidettavan lähipiirin henkilöistä käytetään läheinen -termiä, sillä asiakkaan läheinen ei välttämättä ole verisukulainen. Hännisen (2012) mukaan läheisellä tarkoitetaan asiakkaan perhettä, sukulaisia, ystäviä, työtovereita tai muita asiakkaan lähimmikseen kokevia henkilöitä. Hännisen mukaan läheiset tuovat läheisyyttä, turvallisuutta ja merkityksellisyyttä kuolevalle potilaalle. (Hänninen 2012a.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään ikääntyvien saattohoitoon, vaikka saattohoitoa annetaankin kaikenikäisille. Rajaus on kuitenkin tarpeen, koska muutoin aihepiiri olisi liian laaja.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarjota työvälineitä hyvän saattohoidon toteutuksen opiskeluun ja erityisesti läheisen kohtaamiseen saattohoidossa. Opinnäytetyön pohjalta on tarkoitus kehittää simulaatioharjoite, jonka avulla aihepiiriin voi syventyä. Tätä tuotosta Savonia-ammattikorkeakoulu voi hyödyntää saattohoidon opetuksessa. Simulaatioharjoittelun tavoitteena on luoda todellisuutta jäljittelevä ja monitahoisuudessaan haastava oppimistilanne, jolla voidaan kasvat-
taa opiskelijan tietämystä kommunikaatioon vaikuttavista tekijöistä ja mahdollistaa kokemusten vaihtaminen (Hyvärinen, Vaajoki, Ruth ja Saaranen 2013).

2 SAATTOHOIDON TERMINOLOGIAA

Kuolevan potilaan hoidon yhteydessä käytetään monia eri termejä, kuten palliatiivinen hoito, terminaalahoito ja saattohoito. Seuraavassa avataan näitä termejä. Kappaleessa käsitellään myös hoitoahtoa, joka on asiakkaan tahdon ilmaisu elämän loppuvaiheen hoidon pääpiirteistä. Saattohoitoon liittyvässä kirjallisuudessa sivutaan myös termiä eutanasia, joka käsitellään tässä työssä hyvin lyhyesti.

2.1 Palliatiivinen hoito, saattohoito ja terminaalahoito

Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaalle asiakkaalle annettavaa aktiivista, pitkäaikaista ja oireita lievittävää hoitoa (Käypä hoito 2012a). WHO määrittelee palliatiivisen hoidon edesauttavan elämää uhkaavaa sairautta sairastavan asiakkaan ja hänen perheensä elämän laatua sekä ennaltaehkäisevän ja lievittävän sairauden aiheuttamia ongelmia. Tavoitteeseen pyritään aikaisen tunnistamisen sekä virheettömän arvioinnin ja hoidon keinoin. (WHO 2015.) Palliatiivisen hoidon periaatteet ja tavoitteet ovat samat saattohoidossa (Käypä hoito 2012a), joka on käytännössä palliatiivisen hoidon osa-alue (Grönlund ja Huhtinen 2011, 77). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettaman työryhmän mukaan hyvään palliatiiviseen hoitoon kuuluu asiakkaan tarpeiden mukaisesti kivun ja muiden oireiden lievitys sekä hengellinen, maailmankatsomuksellinen ja psykososiaalinen tuki (Käypä hoito 2012a). Myös WHO:n määritelmän mukaan palliatiivisen hoidon tavoite on helpottaa kipua ja muita ahdistavia fyysisiä, psykososiaalisia tai henkisiä oireita (WHO 2015). Palliatiivisessa hoidossa kuolema nähdään elämän luonnollisena osana (WHO 2015; Käypä hoito 2012a).

Asiakkaan kokemien olemassaoloon liittyvien ongelmien hoito sekä perheen tukeminen kuuluvat sekä palliatiiviseen että saattohoitoon (Grönlund ja Huhtinen 2011, 77). Idman korostaa asiakkaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen tärkeyttä palliatiivisessa ja saattohoidossa (Idman 2013, 403). Hyvä palliatiivinen hoito tarvitsee toteutuakseen laajan näkemyksen asiakkaan terveydestä, jossa terveys nähdään asiakkaan voimavarana. Terveysten katsotaan olevan kiinteästi sidoksissa asiakkaan omaan kokemukseen elämänlaadustaan ja sitä kautta hyvinvointiin kokonaisuutena. (Venäjärvi 2008, 35.) Palliatiivista hoitoa toteutettaessa täytyy siis huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti, unohtamatta mitään osa-aluetta. Tutkimuksia, jotka katsotaan tarpeellisiksi, tehdään oirekuvan ymmärtämiseksi ja sairauden aiheuttamien oireiden lievittämiseksi. Tällaiset tutkimukset ovat osa palliatiivista hoitoa, joka voidaan aloittaa jo sairauden aikaisessa vaiheessa ja yhdistää muihin hoitoihin (WHO 2015).

Palliatiivinen hoito eroaa saattohoidosta kestoltaan. Saattohoitoa toteutetaan lyhyellä ajanjaksolla lähestyvän kuoleman hetkellä, kun taas palliatiivista hoitoa voidaan antaa vuosia ennen kuolemaa. (Käypä hoito 2012a.) Palliatiivinen hoito ei pyri nopeuttamaan tai hidastamaan kuolemaa, mutta parantaessaan elämän laatua voi vaikuttaa osaltaan sairauden kulkuun (WHO 2015). Asiakkaan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu on palliatiivisen hoidon perustavoite. Asiakkaalle pyritään mahdollistamaan niin hyvä loppuelämä kuin mahdollista sekä mahdollisuus rauhalliseen

2.2 Saattohoitopäätös

Ennen saattohoidon aloittamista tehdään saattohoitopäätös, jonka perusteella siirrytään helpottamaan asiakkaan oireita ja lopetetaan parantamiseen tähtäävä hoito (Kan ja Pohjola 2012, 258). Saattohoidon aloittamisen tulee perustua kirjalliseen hoitosuunnitelmaan (STM 2010). Käypä hoito -suosituksen mukaan hoitopäätökset tulisi tehdä yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa (Käypä hoito 2012a). Grönlund ja Huhtinen korostavat asiakkaan tietoisuuden ja osallisuuden tärkeyttä saattohoitopäätöksenteossa. Heidän mukaansa on varmistettava asiakkaan tietoisuus hoitopäätökseen johtaneista syistä ja mahdollisista seuraamuksista. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 78.) Tätä vahvistaen Kan ja Pohjola sekä Lindstör tuovat esille, että saattohoitopäätöksen tekoon osallistuvat asiakas, hänen läheisensä, hoitava lääkäri ja muu hoitohenkilökunta (Kan ja Pohjola 2012, 258; Lindstör 2012). Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri käyttäen apunaan hoitotyöntekijöiden asiantuntemusta, kuunnellen asiakasta läheisineen ja kunnioittaen asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Usein saattohoitopäätökset tehdään erikoissairaanhoidossa, mutta hoitoa toteutetaan terveydenhuollon kaikilla asteilla. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 79.)

Saattohoitopäätös tarkoittaa asiakkaan hoidon linjaamista elämän viime vaiheen hoidoksi. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 78.) Saattohoitopäätös tehdään, kun asiakkaan odotetaan kuolevan lähipäivien tai -viikkojen aikana (Korhonen ja Poukka 2013, 440). Päätös saattohoidon aloittamisesta on tehtävä riittävän ajoissa, jotta voidaan turvata laadukkaan saattohoidon toteutuminen. Riittävän ajoissa tehty päätös saattohoidon aloittamisesta auttaa myös läheisiä kohtaamaan asiakkaan kuoleman. (Käypä hoito 2012a.) Myöhäinen saattohoitopäätös vaikuttaa negatiivisesti saattohoidettavan autonomiaan, oireita lievittävän ja loppuelämän laatua turvaavan hoidon tehoon sekä kuolemaan valmistautumiseen sekä asiakkaalla että hänen läheisillään (Grönlund ja Huhtinen 2011, 78).

Saattohoitopäätös tulee kirjata kokonaan ja selkeästi asiakkaan sairaskertomukseen (Käypä hoito 2012a.). Saattohoitopäätös toimii hoitohenkilökunnan ohjenuorana, jos esimerkiksi läheiset haluavat jatkaa asiakkaan aktiivista hoitoa saattohoitopäätöksestä huolimatta (Tanskanen 2004, 26). Aktiivisella hoidolla tarkoitetaan sairauden parantamiseksi tehtävää hoitoa, esimerkiksi sytostaattihoitoa syövän parantamiseksi (Käypä hoito 2012b). Aktiivinen hoito ei ole asiakkaan parhaaksi, jos sen ei voida odottaa enää tehoavan sairauteen (Hänninen 2011a.). Sen sijaan paikalliset infektiot, kuten esimerkiksi suutulehdus, hoidetaan saattohoidon aikana (Holmia, Murtonen, Myllymäki ja Valtonen 2004, 150).

2.3 Elvyttämättä jättämisspätös

Elvyttämättä jättämisspätös eli DNR (do not resuscitate = ei elvytetä)-päätös tai kansainvälisemmin DNAR (do not attempt to resuscitate = ei yritetä elvyttää)-päätös on osa saattohoitopäätöstä (Korhonen ja Poukka 2013, 440; Hänninen 2011a.; PPSHP 2010; Varpula, Skrifvars ja Varpula 2006, 3012), mutta päätökset voidaan tehdä ja kirjata potilasasiakirjoihin myös erikseen. Näiden lyhenteiden ohella ja jopa sijasta on esitetty käytettäväksi lyhennettä AND (allow natural death = salli luon-

nollinen kuolema). (Valvira 2015b; Hänninen 2011a.) Päätökselle ei ole olemassa vakiintunutta suomenkielistä termiä, joskin käytössä on muun muassa termejä ”älä elvytä”, ”elvytyskielto” ja ”ei elvytystä”. Paikoitellen potilasasiakirjakäytössä ovat symboliset merkinnät sydän tai kukka, mutta näitä ei suositella. (Varpula ym. 2006, 3013.) Pelkkä elvyttämättä jättämispäätös ei riitä saattohoitopäätökseksi (PPSHP 2010; Varpula ym. 2006, 3014). Yliääkäri Hännisen mukaan päätös elvyttämättä jättämisestä on kuolevalle turha, koska elpyminen on epätodennäköistä edes sairaalaolosuhteissa (Hänninen 2011a).

Elvyttämättä jättämispäätös on lääketieteellinen hoidonlinjaus, joka tarkoittaa paineluelvytyksestä ja sydämen sähköisestä tahdistuksesta sekä hengitystoiminnan elvyttämisestä luopumista sydämen toiminnan tai hengityksen heiketessä/pysähtyessä (Valvira 2015b; PPSHP 2010; Varpula ym. 2006, 3014). Päätös kattaa sekä perus- että tehoelvytyksen. (Valvira 2015b; PPSHP 2010.) Päätöksen tekee lääkäri, joka arvioi asiakkaan sairauden ennustetta ja jäljellä olevia voimavaroja sekä elvytystilanteen asiakkaalle tuomaa hyöty-haittasuhdetta suhteessa perussairauteen (Valvira 2015b; Varpula ym. 2006, 3010–3013). Kuolevan kohdalla lääkärin tulee havaita asiakkaan lähestyvä kuolema, vaikka tämä ei ole välttämättä aina helppoa, varsinkaan päivystystilanteissa (Hänninen 2011a; Varpula ym. 2006, 3010–3014). Potilaslain (785/1992) mukaisesti jokaiselle on tilanteesta huolimatta turvattava elämää uhkaavan vaaratilanteen torjuva hoito. Tämä tarkoittaa akuuttitilanteissa, että elvytys on aina aloitettava, ellei siitä luopumiseen ole olemassa riittävä määrä perusteita. Elvytys voidaan keskeyttää, mikäli perusteet sille löytyvät toiminnan aikana. On eettisesti ja lääketieteellisesti väärin ajatella elvytystä jokaisen ehdottomana oikeutena, mutta päätökselle elvyttämättä jättämisestä on oltava selkeät perusteet. Siihen tarvitaan riittävät tiedot asiakkaan tilanteesta sekä kokemusta ennusteen arvioinnista (Varpula ym. 2006, 3010–3012).

Asiakkaan sairaudentilan ollessa niin vaikea, ettei hän luultavimmin selviytyisi elvytystilanteesta, tehdään päätös elvyttämättä jättämisestä (Valvira 2015b). Samalla arvioidaan, onko palliatiiviseen hoitoon siirtyminen tai sen tehostaminen tarpeen (PPSHP 2010). Elvyttämättä jättämispäätös antaa mahdollisuuden hyvään oireenmukaiseen hoitoon. Päätöksenteolle on aina olemassa myös resurssi- ja kustannuspoliittisia perusteita. (Varpula ym. 2006, 3014.) Tilanteen niin suodessa hoitohenkilökunnan on keskusteltava päätöksestä asiakkaan ja edelleen hänen läheistensä kanssa joko asiakkaan luvalla tai ollessa kykenemätön päättämään asioistaan. Keskustelun tavoitteena on selvittää asiakkaan toive hoitonsa linjauksesta vallitsevassa tilanteessa. (Valvira 2015b.)

Elvyttämättä jättämispäätös ei vaikuta asiakkaan muuhun hoitoon, joka on väärinkäsitysten ja turhan ahdistuksen välttämiseksi syytä selvittää tarkoin asiakkaalle läheisineen (Valvira 2015b; Varpula ym. 2006, 3014). Päätös ei ole este esimerkiksi kirurgiselle toimenpiteelle, vaan muut mahdolliset rajaukset annettavalle hoidolle tehdään erikseen, kuten esimerkiksi päätökset teho-, ravitsemus-, dialyysi- tai hengityslaittehoidon suhteen (PPSHP 2010; Varpula ym. 2006, 3014). Tehdystä päätöksestä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin tekijän/tekijöiden nimillä varustettuna lääketieteellisine perusteluineen ja mainiten asiakkaan sekä hänen läheistensä tiedottaminen ja mielipide asiasta (Valvira 2015b; PPSHP 2010; Varpula ym. 2006, 3014). Lääketieteellisesti perusteltu ja asianmukainen elvyttämättä jättämispäätös ei ole peruttavissa asiakkaan tai hänen läheistensä vaatimuksesta,

mutta esimerkiksi asiakkaan hoitopaikan vaihtuessa tilannetta voidaan arvioida uudelleen (Valvira 2015b). Päätös elvyttämättä jättämisestä voi perustua myös asiakkaan toiveeseen asiasta, jonka hän on ilmaissut esimerkiksi hoitotahdolla (PPSHP 2010; Varpula ym. 2006, 3010).

2.4 Hoitotahto

Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu elämän loppuvaiheen hoidosta. Se ilmoittaa laattijansa tahdon sellaisen tilanteen varalle, jossa laattija ei itse jonkin syyn vuoksi pysty mielipidettään kertomaan (Kokkonen, Holi ja Vasantola 2004, 77). Hoitotahto on juridinen asiakirja, joka on tekijänsä etukäteen tekemä vakaa kannanotto hänelle annettavasta hoidosta tilanteessa, jossa hän ei itse kykene pätevästi kantaansa ilmaisemaan. Tällaisiin tilanteisiin, joissa asiakas menettää kykynsä tehdä päätöksiä hoidostaan, voivat johtaa esimerkiksi vakava sairaus, onnettomuus tai vanhuuden heikkous. (THL 2015a.) Hoitotahtoon voi olla mahdotonta ennakoida kaikkia tulevaisuudessa ehkä tarpeellisia hoitotoimenpiteitä erikseen, joten monesti asiakirja onkin yleispätevä hoitolinjatoive, jota sovelletaan käytännön tilanteisiin. Esimerkiksi saattohoidossa elintoimintoja ylläpitäviin hoitomenetelmiin voidaan hoitotahdolla ilmaista kielteinen kanta. Hoitotahdossa ei ole yleensä määriteltyä voimassaoloaikaa. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 21–22.)

Hoitotahdon avulla asiakkaan hoitolinjaa voidaan muokata sairauden edetessä. Asiakirja on hyvä lähtökohta keskustelulle hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä, sillä sen turvin asiakas saa toiveensa hoidostaan kuuluviin ja toisaalta hänen toiveistaan voidaan varmistua. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 22.) Hoitotahdon aiempi nimitys hoitotestamentti muuttui hoitotahdoksi, sillä testamentti-sanan ajateltiin liittyvän kuoleman jälkeiseen aikaan, jota hoitotahto ei koske (Hildén 2006, 29). Saattohoito- ja eutanasiakeskustelu ovat saaneet ihmiset huolestumaan siitä, miten käy jos sairastuu vakavasti eikä kykene itse ilmaisemaan tahtoaan. Tilanteeseen omakohtaisesta varautumisesta ovat olleet kiinnostuneita erityisesti saattohoidettavien asiakkaiden läheiset. Useampi ihminen tahtoo vapautua hoidosta silloin, kun se ei enää hyödytä vaan aiheuttaa pikemminkin kärsimystä, ahdistusta ja turhia kustanteita läheisille ihmisille. (Kokkonen ym. 2004, 77–78.) Hoitotahtomalleja on hyvin erilaisia: hoitolinjaan keskittyviä, elämänarvoja kartoittavia, niin sanottuja hoitovaltuutetun määräyksiä ja myös hoidon yksityiskohtaisimpiin kysymyksiin keskittyviä malleja (Laitinen 2014).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tarjoaa nettisivuillaan hoitotahtolomakkeen, joka on jokaisen vapaasti käytettävissä (THL 2015a). Siihen kirjataan tilanteet, joissa elämää lyhytkestoisesti pidentävät ja elintoimintoja keinotekoisesti ylläpitävät hoitomenetelmät voidaan lopettaa tai jättää aloittamatta, ellei ole selviä osoituksia tilanteen korjaantumisesta. Edellä mainittuja keinoja voidaan kuitenkin määritellä käytettäväksi tilapäisesti hankalien oireiden hoitoon ja lievitykseen. Tehohoitoa voidaan lomakkeella määrittää annettavaksi vain, jos on kohtuullista odottaa, että se hyödyttää enemmän kuin lyhytaikaisesti elämää pitkittäen. Tuloksettomaksi osoittautuvat hoidot voidaan määrittää lopettaviksi heti. Hoitotahtoon tulee tekijän allekirjoituksen lisäksi kahden tekijän hyvin tuntevan todistajan allekirjoitukset, joilla vahvistetaan asiakirja tehdyksi vakaalla ja vapaalla tahdolla, täydessä ymmärryksessä ja sen merkitys käsittäen. Lomakkeessa ohjataan luovuttamaan jäljennös hoitotahdosta tallennettavaksi potilasasiakirjoihin, kuljettamaan yhtä kappaletta aina mukana sekä säilyttämään alkuperäinen hoitotahto siten, että se on tarvittaessa helposti esimerkiksi läheisten löydettävissä. (THL i.a.) Vastaavia ja myös yksityiskohtaisempia hoitotahtomalleja on tarjolla muitakin. Esimerkiksi Muistiliiton internetsivulla on huomattavan paljon yksityiskohtaisempi hoitotahtolomake, jo-

ka on luotu yhteistyössä useiden lääketieteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon oikeusturvan asiantuntijoiden kanssa dementoituvien itsemääräämisoikeutta koskevan julkaisun pohjalta (Muistiliitto i.a.).

Yhteistyölle saattohoidettavan läheisten kanssa asiakkaan tekemä hoitotahto voi olla sekä helpottava että haastava tekijä. Siidorovin tutkimuksessa olemassa olevan hoitotahdon todettiin helpottavan hoidon suunnittelua ja toteutusta, selkiyttävän hoitoa ja ehkäisevän turhilta tutkimuksilta ja hoidoilta. Hoitotahdon koettiin olevan asiana myönteinen myös saattohoidettavalle itselleen, sillä siinä hänen toiveensa ovat selvillä, vaikka hän itse ei enää kykenisikään niitä ilmaisemaan. Läheisten saattohoitoon liittyvälle päätöksenteolle hoitotahdon vaikutus miellettiin kahtalaisena ja läheisillä koettiin olevan liikaa valtaa saattohoidettavan hoitoon tehdystä hoitotahdosta huolimatta. Tämä näkyi muun muassa hoitoina ja tutkimuksina vastoin saattohoidettavan toiveita. (Siidorov 2013, 16–18.)

Hoitotahtoja todettiin yleensäkin olevan vielä käytännön hoitotyössä käytössä vain vähän. Myös niiden monimuotoisuus sekä ajoittainen olemassaolon epävarmuus koettiin pulmallisena. (Siidorov 2013, 16–18.) Myös Grönlund ja Huhtinen nostavat esiin ongelmallisena seikan, että mahdollisesti tehty hoitotahto ei aina välity tiedoksi eri hoitopisteiden välillä, esimerkiksi päivystystilanteissa (Grönlund ja Huhtinen 2011, 22). Kehittämisajatuksina Siidorovin tutkimuksessa nousikin hoitotahdon kirjaamisen tehostaminen, sähköisen hoitotahtolomakkeen luominen sairauskertomusjärjestelmiin sekä yleisen tietoisuuden lisääminen hoitotahdosta niin asiakkaalle läheisineen kuin hoitohenkilökunnalle. Vaikka hoitotahdon puheeksi ottaminen koettiin vaikeana ja ahdistavana todettiin, että hoitotahdosta olisi syytä keskustella asiakkaan ja läheisten kanssa jo aikaisemmin hoitosuhteen aikana, ei vasta saattohoitovaiheessa. (Siidorov 2013, 16–18.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri suosittaa myös, että huonoennusteisen ja etenevän sairauden kohdalla asiakkaan toiveet hoidon linjauksista sairauden edetessä tulisi selvittää jo etukäteen, jotta asiakas välttyisi turhilta, kuormittavilta ja mahdollisesti kärsimyksiä lisääviltä hoitotoimenpiteiltä (PPSHP 2010). Hannikaisen mukaan saattohoitoon siirtymistilanteiden ennakointi kuuluu hyvään hoitosuhteeseen, jonka turvin asiakas läheisineen voi päätyä ajan mittaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa toteamaan tilanteen (Hannikainen 2008, 17). Myös Varpula, Skrifvars ja Varpula (2006) toteavat artikkelissaan, että parhaimmassa tilanteessa ratkaisut hoidon linjauksista elämän loppuvaiheessa on tehty kroonista sairautta potevan asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä silloin, kun hän on vielä kyennyt päättämään itse asioistaan.

3 HYVÄ SAATTOHOITO

Saattohoito-suositusten mukaan kuolevan ihmisen ihmisarvon, inhimillisyyden ja itsemääräämisoikeuden tulee korostua. Hyvä saattohoito edellyttää hoitohenkilöstön osaamista. Saattohoito tulee järjestää asiakkaan toivomuksen mukaan, joko kotona tai laitoksessa. Sairaanhoidopiirit ja paikalliset terveyskeskukset vastaavat saattohoidon järjestämisestä. Saattohoitoa tulee arvioida jatkuvasti laadullisin perustein. (STM 2010, 30–31.)

Ihminen tarvitsee kuoleman lähestyessä tukea ja toisen ihmisen läsnäoloa (Ahramo ja Yliluoma 2012, 46). Jokainen kuolema on ainutkertainen ja yksilöllinen, eikä siihen valmistautumisessa voida käyttää olemassa olevia toimintamalleja (Sand 2003, 82; Korhonen ja Poukka 2013, 445). Asiakkaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, ja hengelliset tarpeet tulee huomioida ihmisarvoa ja oikeudenmukaisuutta kunnioittaen myös elämän loppuvaiheessa. Hyvä perushoito ja oireenmukainen hoito ovat olennaisia hoitomuotoja aina kuolemaan asti. (STM 2010, 17, 11.) Perushoidolla tarkoitetaan muun muassa puhtauden ja ravitsemuksen hoitoa, oireenmukaisella hoidolla taas muun muassa kivun hoitoa ja henkistä tukemista.

3.1 Hyvän saattohoidon toteutuminen

Saattohoidossa sairauden aktiivinen, parantava hoito on loppunut, mutta asiakkaan hoito jatkuu muutoin kaikin tavoin, jotka ovat hoitoyksikölle mahdollisia. Tämä tulee tehdä selväksi saattohoidettavalle läheisineen. Lähtökohtana hoitokeinojen valinnalle on optimointi eli hoidosta koituva hyöty asiakkaalle. Saattohoidettava asiakas hyötyy eniten oireita lievittävästä hoidosta. (Grönlund ja Huh-tinen 2011, 78.) Erilaisten hoitokeinojen, kuten neste- tai ravitsemushoidon, lopetus tai aloittamatta jättäminen päätetään arvioimalla hyötysuhde asiakkaan elämänlaatuun. Jos kyseessä oleva hoitokeino pitkittää asiakkaan kärsimystä ja vaikeuttaa levollista kuolemaa, sitä ei tule tarjota tai se tulee lopettaa, vaikka hoito olisi aiemmin ollut asiakkaalle hyödyllinen. (Käypä hoito 2012a.) Jokaisen hoitoa rajaavan päätöksen tulee olla harkittu huomioiden asiakkaan tilanne ja yleinen tietämys vallitsevista olosuhteista. Toisinaan parhain hoitokeino on jättää aktiiviset, paranemista tavoittavat hoidot sekä tutkimukset ja antaa asiakkaan omia toiveita mukailevaa hyvää oireenmukaista hoitoa elämän loppumetreillä. (Varpula ym. 2006, 3013–3014).

Saattohoidon laatua on tutkittu vähän. Osittain tämä johtuu siitä, että kuolema on aiheena herkkä, eikä kuolevia ole haluttu rasittaa ylimääräisillä tutkimuksilla. (Anttonen 2007.) Anttonen, Kvist ja Nikkonen (2009) tutkivat saattohoidon laatua suomalaisessa saattohoitokodissa läheisten arvioimana. Tutkimuksessa kävi ilmi, että saattohoidon laatua tukeviksi tekijöiksi läheiset kokivat mahdollisuuden yhdessäoloon ja yksityisyyteen, ajantasaisen tiedon saannin, hyvän huolenpidon, osallistumismahdollisuudet hoitoon sekä ajan antamisen, aidon läsnäolon ja myönteisen ilmapiirin. Saattohoidon laatua heikentäviä tekijöitä olivat jaetut huoneet toisen saattohoidettavan kanssa, ajoittain riittämätön ilmanvaihto, henkilökunnan riittämättömyys, heikko kielitaito ja tiedolliset puutteet. (Anttonen, Kvist ja Nikkonen 2009, 45.)

Läheiset on huomioitu hyvän saattohoidon määritelmässä 1980-luvulta lähtien (Vainio 2004a, 19). Hoitohenkilökunnan tulee kyetä ottamaan läheiset mukaan hoitamaan asiakasta, mikäli läheiset ovat kykeneviä auttamaan. Joskus läheisten tuska ja ahdistus saattaa purkautua ajattelemattomina vaatimuksina ja epäkohteliaana sosiaalisena käyttäytymisenä hoitohenkilökuntaa kohtaan. Läheisen rooli ja osallistumisen muoto on siis aina yksilöllinen. (Laitinen 2014-03-13.) Usein asiakkaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan käsitykset eroavat toisistaan, mutta ne kaikki tulee kuitenkin ottaa huomioon saattohoidon toteutuksessa (Korhonen ja Poukka 2013, 445; Laitinen 2014-03-13). Tosiasioiden kohtaamisella oikeanlaisen tuen turvin on todettu olevan positiivinen vaikutus saattohoidettavan ja hänen läheistensä orientoitumisessa saattohoitotilanteeseen. Kuolemasta puhumisen tulisikin olla hoitotyöntekijöiden taholta avointa tarpeen tullen, vaikka joskus asioiden kertomiseen rohkeneminen on vaikeaa. Kaikki asiakkaat tai heidän läheisensä eivät välttämättä halua kuulla, ettei parantavaa hoitoa enää ole. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 79.)

Jokaisella on oikeus hyvään kuolemaan, mutta se, mitä hyväksi kuolemaksi mielletään, on yksilöllistä (Korhonen ja Poukka 2013, 445; Sand 2003, 82). Kuoleman lähestyessä asiakkaalle voi syntyä tarve keskustella hengellisistä asioista. Saattohoitotyötä tekevät hoitajat voivat asiakkaan tai hänen läheisensä toivomuksesta keskustella myös hengellisistä asioista, vaikka hoitajan ammatillisuuteen ei kuulu tuoda omia näkemyksiä esille (Sand 2003, 108). Hoitajan työnkuvaan kuuluu edesauttaa asiakasta ja läheisiä kohtaamaan odotettavissa oleva kuolema (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola ja Hietanen 2006, 363). Viimeisiä päiviä elävän asiakkaan tarpeista ja toiveista huolehtiminen sekä kulttuuristen lähtökohtien kunnioittaminen ovat tärkeä osa saattohoitotyötä (STM 2010, 17).

3.2 Saattohoitoasiakkaan oireenmukainen hoito

Oireenmukainen hoito on hoitoa, jolla pyritään lievittämään kuolevan ihmisen kaikkia oireita, parantamaan elämän laatua, tarjoamaan psyykkistä ja hengellistä tukea sekä kohentamaan jäljellä olevaa elinaikaa tukien asiakasta mahdollisimman aktiiviseen loppuelämään (Grönlund ja Huhtinen 2011, 77). Saattohoidossa merkittävänä tavoitteena on oireiden ja kipujen hallinta jo ennakkoon, jolloin oireita pystytään parhaiten lievittämään (Vainio 2004b, 56). On tärkeää aloittaa asiakkaan oireenmukainen hoito riittävän ajoissa. Tällä vähennetään asiakkaan tarpeetonta kärsimystä ja ehkäistään ennen aikaista kuolemaa. Hoitohenkilökunnalla täytyy olla tarpeeksi tietoa oireiden ja sairauden tunnistamisesta ja hoitamisesta. Näin asiakkaan hoito voi toteutua riittävän ajoissa ja oireenmukaisesti, jolloin asiakas välttyy tarpeettomalta kärsimykseltä. (Hänninen ja Rahko 2013, 433.)

Elämän loppuvaihetta elävän asiakkaan yleisimpiä loppuvaiheen oireita ovat esimerkiksi masennus, ahdistuneisuus, kipu, hengenahdistus ja ruokahaluttomuus sekä uupumus (Hänninen ja Rahko 2013, 433). Tavallinen oire on myös delirium, jota kuuluu ennaltaehkäistä ja hoitaa tehokkaasti. (Käypä hoito 2012a). Kuolemaa edeltävien vuorokausien aikana asiakas heikkenee entisestään eivätkä syöminen ja juominen onnistu (Korhonen ja Poukka 2013, 440). Nielun toiminnan heikkeneminen on yksi keuhkokuumeelle eli pneumoniale altistava tekijä. Nielemisen heikentyminen voi aiheuttaa aspi-

raation eli henkeen vetämisen erityisesti heikkokuntoisilla. Pneumonia on yleisimpiä infektioitauteja, joka johtaa kuolemaan. Erityisen vaarallinen pneumonia on ikääntyneille ja huonokuntoisille. (Holmia ym. 2004, 388–392.) Tässä vaiheessa hoidon painopiste siirtyy perussairauden hoitamisesta oireenmukaiseen hoitoon sekä asiakkaan ja hänen läheistensä tukemiseen. (Korhonen ja Poukka 2013, 440.) On tärkeää antaa asiakkaalle ja hänen läheisilleen riittävästi tietoa oireenmukaisesta hoidosta ja sen etenemisestä. Tämä edesauttaa asiakkaan ja läheisten hyvinvointia. (Hänninen ja Rahko 2013, 433.)

Saattohoito pitää sisällään asiakkaan perussairauden lääkehoidon (Lehto, Anttonen ja Sihvo 2013, 395). Toisaalta elämän loppuvaiheessa jotkin lääkitykset, kuten esimerkiksi kolesterolilääkitys, on syytä lopettaa haitallisten yhteisvaikutusten tai tarpeettomuuden vuoksi. Lääkäiden lääkehoidossa on huomioitava lisäksi vanhenemisen aiheuttamat metaboliamuutokset, jonka vuoksi huolellinen lääke- ja oirevasteseuranta on heidän kohdallaan tarpeen. (Käypä hoito 2012a.) Saattohoidossa nesteytys tai antibiootit ei ole yleensä tarpeen, kuitenkin antibiootilla voidaan lievittää oireita. Suonensisäisellä nesteytyksellä eikä antibiooteilla ole vaikutusta jäljellä olevaan elinaikaan. (Käypä hoito 2012a.)

3.3 Saattohoitoasiakkaan kipu

Kivun hoito on yksi tärkeä osa saattohoidettavan asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista (Heiskanen, Hamunen ja Hirvonen 2013, 385). Jokainen kokee kivun yksilöllisesti. Kivun säätelyyn osallistuvat useat fysiologiset osa-alueet (Laakkonen, Hänninen ja Pitkälä 2010, 470) - muun muassa limbinen järjestelmä, joka on tunnekokemuksia välittävä aivojen osa. (Vainio 2009). Kivun voimakkuuden ja vakavuuden kokemiseen vaikuttavat muun muassa aikaisemmat kipukokemukset, sukupuoli ja kivun välittymismekanismi. Asiakkaan tuntema ja ilmaisema kipu tulee aina ottaa vakavasti. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola ja Siltanen 2013, 4-5.)

Kivun hoitaminen aloitetaan asiakkaan kivun arvioimisella. On tärkeää merkitä ylös myös se, jos asiakkaalla ei ole kipuja. Saattohoidossa olevan asiakkaan kivunhoitoa suunniteltaessa tulee kiinnittää huomiota asiakkaan kokemukseen kivusta. Täytyy ottaa huomioon myös se, kuinka paljon kipu vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn. Kuoleman lähestyessä lääkehoidon tavoitteena on löytää oikea lääke ja annostus, josta saadaan riittävä hyöty ilman liian suuria haittavaikutuksia. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että asiakkaan vointia ja kipua seurataan ja arvioidaan riittävästi. Kivun arvioiminen on yksi hyvän lääkehoidon perusedellytys ja edesauttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. On tärkeää antaa asiakkaalle riittävästi tietoa kivun syistä ja lääkehoidosta. (Heiskanen ym. 2013, 385.)

Saattohoidon viime vaiheilla olevilla asiakkailla ja dementoituneilla kognitio on merkittävästi alentunut, mikä vaikuttaa saadun hoidon laadukkuuden kokemukseen (Käypä hoito 2012b). Kognitiolla tarkoitetaan muun muassa päätöksentekokykyä, ymmärretyksi tulemistä ja lähimuistin toimintaa (Noro 2009). Kipua sekä kivun hoidon vaikutusta tulee tuolloin mitata muillakin mittareilla kuin asiakkaan kertoman perusteella. On kyseenalaista, osataanko kipua mitata riittävin menetelmin ja

kuinka tarkasti kivunhoidon vaikutusta seurataan sekä käytetäänkö saattohoidossa esimerkiksi palliatiivista sedaatiota hoitokeinona riittävässä määrin. Palliatiivinen sedaatio on sietämättömän olon lievittämistä rauhoittamalla lääkkein tai heikentämällä tajuntaa muulla hoidolla. Palliatiivisen sedaation tarkoitus ei ole edistää kuolemaa ja sitä käytetään, kun muut keinot eivät auta riittävästi. (Käypä hoito 2012b.)

3.4 Läheinen mukana saattohoidossa

Saattohoitoa toteutettaessa yhteistyö asiakkaan läheisten kanssa on tärkeää (Väätäinen, Niiranen, Blom, Luukkonen ja Hirvonen 2014, 14–15). Läheisellä tarkoitetaan potilaan perhettä, sukulaisia, ystäviä, työtovereita tai muita potilaan lähimmikseen kokevia henkilöitä. Läheiset tuovat läheisyyttä, turvallisuutta ja merkityksellisyyttä elämän viimeisiä päiviä elävälle asiakkaalle. (Hänninen 2012a, 50.) Sukulaisia merkityksellisempiä saattavat olla läheiset ystävät joillekin asiakkaille. Sekä asiakkaan että läheisen asemaa helpottaa selkeä määritelmä siitä, kuka asiakkaan ensisijainen läheinen on. (ETENE 2004.) Myös Kan ja Pohjola (2012) toteavat, että asiakkaan perheen ja läheisten määrittely voi olla ongelmallista. Se, mitä käsitetään perheeksi, on kokenut muutoksen yhteiskunnan muuttuessa. Perhe voi koostua asiakkaasta ja hänen puolisoistaan, lapsista, lapsenlapsista, muista sukulaisista tai ystävästä. Parhaimmillaan lähipiiri tuo asiakkaalle turvaa ja lohtua, mutta on tilanteita, joissa asiakas jää ilman lähipiirin tukea. (Kan ja Pohjola 2012, 22.) Saattohoitoon siirtyminen voi itsessään muuttaa perheen sisäisiä suhteita, koska asiakkaan perhekäsitys on ajalta ennen saattohoitoa (Sand 2003, 93).

Kokonaisvaltaiseen saattohoidon toteuttamiseen kuuluu osana myös asiakkaan läheisten tukeminen (Heikkinen, Kannel ja Latvala 2004, 41). Läheisten ensisijainen rooli saattohoidossa on olla asiakkaan tukena, mutta he voivat osallistua myös asiakkaan hoitamiseen omien voimavarojensa mukaisesti (Hänninen 2012a, 50). Hoitohenkilökunnan on pyrittävä luomaan sellainen ympäristö, jossa asiakkaan ja läheisten on mahdollista avoimesti näyttää tunteitaan. (Kärpäniemi ja Hänninen 2004, 270.)

Asiakkaan ja läheisten kanssa tulee hyvissä ajoin ja yhteisymmärryksessä sopia kuolevan hoidon periaatteista ja linjauksista. Näiden hoitokeskustelujen sisältö ja päätökset tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Jos saattohoitopäätös tehdään liian myöhään, haittaa se läheisten mahdollisuutta valmistautua asiakkaan kuolemaan. (Käypä hoito 2012a.) Läheisen kokema ristiriita oman elämän ja saattohoidettavan arjen välillä voi tuntua ahdistavalta. Läheinen voi pelätä, että oma riittämättömyyden tunne tulkitaan välinpitämättömyytenä saattohoidettavaa kohtaan. Kokonaisuudessaan saattohoitoaika koetaan monesti hyvänä ja yhteisiä hetkiä ilman arjen huolia muistellaan jälkikäteen positiivisesti. (Sand 2003, 96.)

Angelo, Egan ja Reid (2013) totesivat tutkimustuloksissaan, että läheisen huolehtiminen omasta jaksamisestaan on vähintään yhtä tärkeää, kuin saattohoidettavan tarpeista huolehtiminen. Heidän tutkimuksessaan nousi esille läheisten riittävän tiedonsaannin tärkeys päivittäisissä toiminnoissa selviy-

tymiseksi. Hyvin informoidut läheiset pärjäsivät saattohoidettavan kanssa paremmin ja tunnistivat omia ja asiakkaan tarpeita sekä lähestyvän kuoleman tunnusmerkkejä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että läheiset kokivat kuoleman lähestymisen musertavana. Tiedonsaanti auttoi heitä käsittelemään tulevaa kuolemaa ja suunnittelemaan viime vaiheen hoitoa. (Angelo, Egan ja Reid 2013, 385–386.)

Epiphanioun, Hamiltonin, Bridgerin, Robinsonin, Robin, Beynonin, Higginsonin ja Hardingin (2012) tutkimuksessa nousi esille kaksi pääteemaa läheisen selviytymisessä elämän loppuvaiheen hoidossa. Teemat olivat selviytymisstrategiat ja perheen jäsenten tuki. Selviytymisstrategioina tuli esille positiivisten asioiden löytäminen elämän loppuvaiheen hoidossa ja ajatusten johdattaminen toisaalle. Perheen jäsenten tuki auttoi jaksamaan saattohoidon edetessä. Myös tuki, jota saatiin sairaalan henkilökunnalta, koettiin tärkeänä saattohoitoprosessissa. (Epiphaniou, Hamilton, Bridger, Robinson, Rob, Beynon, Higginson ja Harding 2012, 541–545) Sand (2003) toteaa tutkimuksessaan saattohoidon keskiöksi muodostuvan asiakkaan läheisineen. Saattohoitoon siirtyminen on aina iso askel koko perheelle, jota läheiset työstävät yhdessä. Tämän vuoksi asiakkaat toivovat läheisten osallistuvan saattohoitoon. (Sand 2003, 80–82.)

3.5 Hoitohenkilökunnan toiminta saattohoidossa

Henkilökunnan toiminta läheisen kuoleman hetkellä jää läheisten mieleen. Hoitohenkilökunnan rauhallinen ja empaattinen suhtautuminen tilanteeseen edesauttaa läheisiä kohtaamaan asiakkaan poismenon. (Korhonen ja Poukka 2013, 445.) Tätä tukee myös Hautsalon (2013) tutkimus, jossa hän toteaa läheisen tarvitsevan hoitajan tukea ja asiallista tietoa sekä aikaa surutyössään (Hautsalo 2013, 34–35). Saattohoitoon voi liittyä ennakkokäsityksiä, pelkoja ja tunteita sekä ammattihenkilöstöllä että asiakkailla ja hänen läheisillään. Terveystieteiden ammattihenkilöstön avuksi on laadittu eettisiä ohjeita. Tämän lisäksi Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta antaa suosituksia saattohoidon toteuttamisesta. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa kerrotaan sairaanhoidajan tehtäväksi terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. Tehtäviin kuuluu kaikenikäisten ihmisten auttaminen väestön keskuudessa sekä sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksien lievittäminen niin asiakas- kuin perhetasolla. Sairaanhoidajan työhön kuuluu elämän laadun parantaminen yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaanhoidajan kuuluu osallistua ja antaa tietoa ihmisen terveyttä koskevaan päätöksentekoon. (Sairaanhoidaja-liitto 1996.)

Lees, Mayland, West ja Germaine (2014) tutkivat läheisten näkemyksiä saattohoidon laadusta. Tärkeimpinä saattohoidon laatua tukevin tekijöinä läheiset kokivat hoitohenkilökunnan myötätuntisuuden, ammattitaidon ja saattohoidettavan arvokkuudesta huolehtimisen. Saadun hoidon laatu koettiin pääosin hyväksi, mutta puutteitakin esiintyi esimerkiksi oireseurannassa, kivunhoidossa, ohjauksessa ja moniammatillisen yhteistyön sujumisessa. Tutkimuksessa todettiin emotionaalisten kuolemaan liittyvien seikkojen asettavan haasteita saattohoidon työvälineille, joiden tulisi olla samanlaisesti sekä hienovaraisia että tehokkaita. (Lees, Mayland, West ja Germaine 2014, 63–67.)

Hoitohenkilökunnalta täytyy löytyä tietotaitoa tunnistaa lähestyvän poismenon merkit, jotta voidaan tukea asiakasta ja hänen läheisiään kohtaamaan kuolema. Kuoleman lähestyessä läheisten tukemisen merkitys korostuu. On tärkeää kertoa läheisille ja asiakkaalle itselleen, että mitä, miten ja miksi hoidetaan. Saattohoidettavan oireita on syytä arvioida säännöllisesti ja tiedottaa läheisiä mahdollisista muutoksista. Kuolevan läheisille kerrotaan, kuinka he voivat olla saattohoidettavan tukena ja mistä he voivat saada apua kuoleman keskellä itselleen. (Korhonen ja Poukka 2013, 440.)

Sand (2003) huomasi tutkimuksessaan, että mahdollisuus tutustua saattohoitopaikkaan ennen varsinaista sinne siirtymistä auttaa asiakasta läheisineen valmistautumaan tulevaan saattohoitovaiheeseen. Saattohoitovaiheessa läheisten ja henkilökunnan välille tavoitteena on luoda *yhdessä tekemisen tunne ja tasavertaisuuden ilmapiiri*. Henkilökunnan yhteydenotto saattohoitoasioissa on aina laantunut tilanne. Saattohoitohenkilökunnalla mielletään olevan aikaa kuunnella asiakasta ja hänen läheistään. Molemmilla on usein tarve kertoa sairaudesta ja huoli selviytymisestä. Hoitohenkilökunnalta odotetaan hienovaraisuutta ja empatiaa. (Sand 2003, 80–85.)

Niemen (2008) tutkimuksessa kävi ilmi saattohoitohenkilökunnan kokevan, ettei heillä ole riittävästi aikaa asiakkaan ja läheisen tukemiseen. Läheisten osallistuminen saattohoitoon oli tervetullutta, samoin heiltä päin tuleva palaute sen luonteesta riippumatta. Hoitohenkilökunta koki vaikeaksi kuolemasta ilmoittamisen läheisille, läheisten surun kohtaamisen ja epäselvät hoitolinjat. Myönteisenä hoitohenkilökunta koki kanssakäymisen läheisten kanssa, läheisen hyvät välit saattohoidettavaan ja henkisen tuen antamisen saattohoidettavalle läheisineen. (Niemi 2008, 22–28, 32–33.) Saattohoidettavan ja hänen läheistensä kesken vallitseva kuolemaan liittyvien asioiden käsittelyn tila vaikuttaa hoitajiin ja heidän työkykyynsä sekä siihen, ovatko läheiset hoitajalle enemmän voimavara vai taakka työskennellessä. Huumori, toimiva arki ja hyvät perheen sisäiset ihmissuhteet ovat kuolemaa kohdatessa kantavia voimavaroja kaikille osapuolille ja edistävät saattohoidon laadulle välttämätöntä yhteistyön onnistumista. (Rantanen 2008, 19–22.)

Holst, Lundgren, Olsen ja Ishoy (2009) tutkivat, mikä saattohoidon laatuun vaikuttaa haastavissa perheolosuhteissa. Avaintekijänä saattohoidon laadussa ovat hoitohenkilökunnan koulutustausta, jatkokoulutukseen osallistuminen, kokemukset, arvot, moraali ja eettiset näkökohdat. Hoitajalle on välttämättömän tärkeää vaikeiden tilanteiden hoitamisessa huomioida omat tunteensa, vahvuutensa ja heikkoutensa. Muita yksilöllisesti vaikuttavia tekijöitä ovat emotionaalinen sietokyky, persoonallisten ja ihmisten välisten rajojen selkeys ja kyky sietää kuolevan potilaan ja hänen perheensä sisäisten kriisien luomaa emotionaalista painetta. Tutkimuksessa tuotiin esille käsite ”saattohoidon kolminaisuus”, jonka muodostavat saattohoidettava, hänen läheisensä ja hoitohenkilökunta. Jokaiseen osaan voi vaikuttaa positiivisesti tai negatiivisesti monet saattohoidon sisäiset tai ulkoiset tekijät, kuten yhteiskunnalliset normit, saattohoidon työolosuhteet, perheen sisäiset toimintahäiriöt tai terveydenhuoltojärjestelmän toiminta. Kolmikön välinen tasapaino ja yhteisymmärrys perustuu luottamukseen. Ammattimainen lähestymistapa haastavien perheiden kanssa edellyttää moniammatillista yhteistyötä, hyviä kommunikaatiotaitoja ja tavoitteen selkeyttä, koska muutoin vaikeuksia ja väärintähtäyksiä voi ilmetä. Ensiarvoisen tärkeää on tiedon jatkuva päivittäminen työntekijöiden kesken. Tärke-

ää on myös se, että työntekijät ovat lojaaleja yhteisesti sovituille päätöksille ja suunnitelmille, vaikka henkilökohtaisesti olisivatkin eri mieltä. (Holst, Lundgren, Olsen ja Ishoy 2009, 34–41.)

4 SAATTOHOIDON LAIT JA EETTISYYS

Asiakkaan ja hänen läheisensä kohtaaminen on keskeisimpiä asioita saattohoidon eettisissä kysymyksissä. Eettinen toiminta on hoitajan ammattitaidon hyödyntämistä asiakkaan ja hänen läheisensä hyväksi. Hoitajan hyvät käytöstavat osoittavat asiakkaalle ja hänen läheisilleen toisen ihmisen kunnioittamisesta ja edesauttavat keskinäistä vuorovaikutusta myös hankalissa tilanteissa. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 19–20.)

4.1 Saattohoitoa ohjaavat lait ja suositukset

Suomen perustuslaissa (1999, 19§) veloitetaan julkista valtaa takaamaan kaikille kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perustuslaki korostaa kaikkien ihmisten yhdenvertaisuutta sekä ihmisoikeuksien kunnioittamista (Suomen perustuslaki 1999, 1§). Kunnan pitää järjestää sekä perusterveydenhuolto (Kansanterveyslaki 1972, 5§) että erikoissairaanhoidon palvelut kuntalaisille (Erikoissairaanhoidonlaki 1989, 3§). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusten mukaan terveydenhuoltopalveluiden täytyy vastata alueen asukkaiden palveluntarvetta ja olla kaikkien saatavilla yhdenvertaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö valvoo hoidon toteutumista yhdessä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. (Terveystieteidenhuoltolaki 2010, 4§, 2§, 7§.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, 3§) takaa kaikille Suomessa pysyvästi asuville oikeuden hyvään hoitoon sekä velvoittaa kunnioittamaan ihmisoikeuksia ja potilaan itsemääräämisoikeutta. Laki ohjaa muun muassa saattohoitopäätöksentekoa ja saattohoidon aloittamista (Grönlund ja Huhtinen 2011, 78). Potilaan oikeuksista on kirjoitettu paitsi edellä mainittuun ja perustuslakiin myös esimerkiksi Suomea koskeviin kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (Kokkonen, Holi ja Vasantola 2004, 30; Grönlund ja Huhtinen 2011, 19).

Saattohoito on osa terveydenhuoltopalveluita ja asiakkaalla sekä hänen läheisillään on oikeus ihmisarvoa kunnioittavaan kohteluun sekä hyvään hoitoon. Saattohoitoa ohjaavia lakeja ja säädöksiä ovat edellä mainittujen lisäksi myös Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus, Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus vuodelta 2009, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta ja laki kuoleman hetken jälkeisestä toimista ja vainajaksi toteamisesta (Grönlund ja Huhtinen 2011, 32). Suomen lainsäädäntö ei erikseen määritä juridisia perusteita kuolevan hoidon rajoituksille tai hoidoista luopumiselle, vaan nämä on jätetty ratkaistavaksi hyvän ammattietiikan periaattein (Varpula ym. 2006, 3012).

Hyvän saattohoidon toteutumista varten Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut valtakunnalliset saattohoitosuositukset 2010. Julkaisulla on tarkoitus yhtenäistää saattohoitokäytäntöjä eri kuntien välillä. Saattohoidon laatu sekä vanhusten hoito ja sen puutteet ovat saaneet medianäkyvyyttä ja nousseet puheenaiheeksi. Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa saattohoitosuosituksissaan sen, mihin laadukasta saattohoitoa tarvitaan, miten se tulisi toteuttaa ja organisoida terveydenhuollossa. Saat-

tohoitosuosituksessa korostuvat eettiset periaatteet. Suosituksen mukaan saattohoitoon on oikeus jokaisella ja sen kriteereillä tulee olla luja eettinen sekä juridinen pohja. Suositus ottaa kantaa saattohoitohenkilökunnan riittävään mitoittamiseen ja muistuttaa sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten yhdenvertaisesta vastuusta saattohoidettavan hyvään hoitoon. Suosituksen mukaan saattohoidon osaamista tulee hoitohenkilökunnalla kattavasti läpi Suomen vahvistaa täydennyskoulutuksin sekä työnohjauksella ja myös erikoistumiskoulutusta olisi järjestettävä. Saattohoitosuositukset on tiivistetty kymmeneksi kohdaksi, joiden toteutuminen on edellytys hyvälle saattohoidolle. Keskeisinä esille nousevat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, hoitolinjaus, hoitopäätökset, hoidon jatkuvuus, arviointi, sekä yhteistyö. Saattohoitopäätös on tehtävä ennen asiakkaan siirtymistä saattohoitoon ja saattohoidossa on tärkeää huomioida hänen psyko-sosiaaliset, fyysiset, henkiset, hengelliset, eksistentiaaliset sekä kulttuuriset tarpeensa ja toiveensa, esimerkiksi toive kuolinpaikan suhteen. Hoidon tulee olla jatkuvaa ja säännöllisesti arvioitua. Lisäksi hyvään saattohoitoon kuuluu keskeisenä kärsimyksen hoitaminen, oireiden lievitys sekä ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen, lähestyvän kuoleman huomioiminen (merkkien tunnistaminen) ja asiakkaan hoitaminen sekä läheisten tukeminen. Heidän mukaan ottamisensa saattohoitoon tulisi turvata. (STM 2010.)

Käypä hoito- suositus saattohoitoon liittyen on nimeltään Kuolevan potilaan oireiden hoito. Tämän suosituksen keskeinen sanoma on sosiaali- ja terveysministeriön suositusta vahvistaen, että saattohoito kuuluu kaikille kuoleville sairaudesta tai asuinpaikasta riippumatta ja hoitovastuu kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille yhdessä. Oireenmukainen lääkehoito nähdään suosituksessa osana kuolevan hoitoa, samoin saattohoidettavan moninaisten tarpeiden huomioiminen. Perusarvoja saattohoidossa ovat ihmisarvo ja oikeudenmukaisuus. Iäkkyys tai muistisairaus eivät ole esteitä oireenmukaiselle hoidolle. (Käypä hoito 2012a.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut raportin iäkkäiden hoidon etiikasta. Sen mukaan keskeinen eettisesti lujan hoidon periaate on iäkkään huomioiminen yksilönä. Hoidon lähtökohdanna ovat iäkkään tarpeet ja toiveet, ja hänen arvojaan sekä näkemyksiään tulee kunnioittaa. Hoidon suunnittelussa tulee huomioida hoidettavan terveydentila, toimintakyky sekä läheisverkosto. Hoitovastuu jakautuu sosiaali- ja terveydenhuollon yhdessä kannettavaksi, ja siihen on varattava riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa ja aikaa. Iäkkäällä on oikeus lääkehoidonsa turvallisuuteen sekä hoitoaan ja hoitopaikkaansa koskevaan päätöksentekoon. Hänen tulee voida luottaa asianmukaisen hoidon saamiseen kohtuullisten tarpeidensa tyydyttämiseksi. Itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettava. Ikä ei ole peruste kieltää jotain hoitoa, mutta iän tuomat muutokset voivat vaikuttaa erinäisten hoitokeinojen mahdollisiin haittavaikutuksiin, jotka on hoitolinjauksissa syytä harkita. Läheisten osallisuutta iäkkään hoitoon tulee tukea varsinkin, kun hoidettava itse ei enää kykene päättämään asioistaan, toki mahdollisesti aiemmin tehtyä hoitotahtoa tulee kunnioittaa. Iäkkäällä on oikeus arvokkaaseen kuolemaan ja hyvin toteutettuun oireenmukaiseen hoitoon ennen sitä. Hoitolinjauspäätökset tulisi tehdä riittävän ajoissa yhdessä hoidettavan ja hänen läheistensä kanssa. Selkeä dokumentointi tekee saattohoitotyötä helpommaksi, nostaa hoidettavan hyvinvointia ja helpottaa läheisten ahdistusta. (ETENE 2008.)

4.2 Saattohoitoon liittyvät eettiset kysymykset

Käytännön hoitotyön tilanteet ovat monesti ristiriitaisia, niin myös saattohoidossa. Asiakkaan paras on tuolloin pohdinnan lähtökohta. Lisäksi on tärkeää miettiä, miten tehtävät ja vastuu milloinkin jakautuisivat järkevästi ja eettisesti. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 22.) Kun kuolema on lähellä, tarvitsee ihminen tukea ja kivun sekä tuskan lievitystä. Kärsimys voi tarkoittaa fyysistä, mutta myös henkistä ja hengellistä hätää. Elämänlaadun parantaminen ja tuskan lievittäminen tulee olla tavoitteena aina kuolemaan saakka. Sairaanhoidajan olennaisimpia tehtäviä on kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoidaja mahdollistaa myös asiakkaan osallistumisen oman hoitonsa päätöksentekoon. Joskus tämä voi tarkoittaa ikäänkuin asiakkaan asianajajan roolin ottamista hoitopäätöksiä tehdessä. (Sairaanhoidajaliitto 2014.)

Asiakkaan hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Asiakkaan suostumus on perusvaatimus hoidon luvallisuudelle. Tämä korostaa vuorovaikutuksen merkitystä hoitosuhteessa, koska avoimella keskustelulla päästään helpoiten yhteisymmärrykseen. (Kokkonen ym. 2004, 49.) Vuorovaikutus onnistuu, kun asiakkaaseen suhtaudutaan kunnioittavasti ja avuliaasti. Ilmapiiirin vapaus ja luontevuus edistävät asiakkaan ja hänen läheistensä toiveiden kuulemistä. (Grönlund ja Huhtinen 2011.) Tämä on olennaista esimerkiksi asiakkaan hoitoa rajaavien päätösten teossa, jotka muutoin saattavat olla hyvin ongelmallisia perustuen ainoastaan elämän laadukkuuteen, jonka määrittäminen yksilöllisesti on vaikea kysymys ja jonka vastauksen tietää parhaiten asiakas itse (Varpula ym. 2006, 3013–3014).

4.3 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on hoidon ylivoimaisimpia periaatteita (Varpula ym. 2006, 3012). Se tarkoittaa yksilön kykenevyyttä tehdä päätöksiä ja valmiutta toimia tehtyjen valintojen mukaisesti. Sairastuminen ei poista itsemääräämisoikeutta, vaan terveydenhuollon asiakkaan omaa tahtoa tulee kunnioittaa. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 19–21.) Kun asiakas ymmärtää kohtaamansa asian eri vaihtoehdot ja niiden mahdolliset seuraukset sekä pystyy päättelemään tilanteessa tarvittavan ratkaisun, hän on itsemääräävä (Kokkonen ym. 2004, 31). Itsemääräämisoikeuden perustukset ovat lakiin kirjattuja ja nousevat ihmis- ja perusoikeuksista, kuten muutkin potilaan oikeudet (Grönlund ja Huhtinen 2011, 19; Kokkonen ym. 2004, 30).

Käytännössä asiakkaan oikeus määrätä omaan hoitoonsa liittyvistä asioista voidaan katsoa hänen myöntymisenään ehdotettuun hoitoon tai kieltäytymisenään hoidosta, vaikka se olisi lääketieteellisesti perusteltua (Grönlund ja Huhtinen 2011, 19; PPSHP 2010; Varpula ym. 2006, 3012). Itsemääräämisoikeus on asiakkaan oikeus päättää henkilökohtaisesta koskemattomuudestaan (Kokkonen ym. 2004, 30). Asiakkaalla on oltava riittävä määrä informaatiota, jotta hän voi tehdä tietoon perustuviksi kutsuttuja päätöksiä omaa hoitoonsa liittyen. Huomionarvoista on, että asiakkaan päätökseen voi vaikuttaa myös jokin tiedostamaton tekijä ulkoa päin. Ihmisarvon kunnioittaminen on osa itsemääräämisoikeutta, samoin turvallisuuden huomioiminen siten, ettei tehty päätökset vaaranna asi-

akkaan hyvinvointia. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 19.) Asiakkaan hoito pyritään aina toteuttamaan lääketieteellisesti perustellusti, mutta samaan aikaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa (PPSHP 2010). Tähän velvoittaa muun muassa potilaslaki. Lääkärin roolia lääketieteellisten hoitolinjausten tekijänä laki ei kuitenkaan kumoaa. (Varpula ym. 2006, 3012.)

Asiakkaan oikeuksien ääripäitä voidaan ajatella olevan itsemääräämisen periaate ja suojaamisen periaate. Suojaamisen periaate tarkoittaa heikomman osapuolen suojaamista muulta taholta tulevia oikeudenloukkauksia vastaan. Sen rinnalle ja jopa ohitse on kirinyt itsemääräämisen periaate, jonka mukaisesti on vähintään yhtä tärkeää turvata ihmisen päätösvalta omiin asioihinsa niin kauan kuin hän siihen kykenee. (Kokkonen ym. 2004, 30, 49.) Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan merkitse, että asiakas voi itse määrittellä hoitonsa tai vaatia hoitoa ilman lääketieteellistä perustetta. (Kokkonen ym. 2004, 30, 49; PPSHP 2010; Varpula ym. 2006, 3012). Eutanasia-sana tulee kreikan kielen sanasta, joka tarkoittaa hyvää kuolemaa. Suomessa termiä käytetään armokuoleman tai avustetun itsemurhan synonyyminä. (Hänninen 2011b; Hänninen 2012b, 17.) Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä eutanasiaa.

4.4 Yksityisyys ja kulttuurisuus saattohoidossa

Asiakkaan kokiessa tulewansa kuulluksi hänelle tulee tunne osallistuvuudesta omaan hoitoonsa ja sosiaaliseen kokonaisuuteen yhteisön täysivaltaisena jäsenenä, vaikka olisikin vakavasti sairas. Tämä antaa kokemuksen oman itsen arvokkuudesta ja tärkeydestä. Asiakkaan ravinnon saannin turvaamiseen liittyvät asiat ovat myös osa itsemääräämisoikeutta. Saattohoitoon liittyy olennaisena se, että asiakasta ei painosteta tai muutoin manipuloida ruokailemaan vastoin tahtoaan, ja toisaalta hänen toiveestaan voidaan hänelle hankkia tarjolle mieluisia ruokia. Paitsi asiakasta, myös hänen läheisiään on hyvä riittävästi informoida asiasta, sillä kulttuurissa, jossa hyvää ruokahalua nähdään hyvinvoinnin merkinä asiakkaan ruokahaluttomuus voi herättää omaisissa huolta. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 19.)

Asiakkaan henkilökohtaisten vakaumusten kunnioittaminen tarkoittaa, että hoitotyössä ja asiakkaan kohtelussa huomioidaan resurssien mukaan asiakkaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet sekä uskonnolliset, yhteiskunnalliset ja muut vakaumukselliset kannanotot. Huomionarvoista on, että tämä tarkoittaa hyviä käytöstapoja ja kohteliaisuussääntöjä, ei välttämättä toisen kulttuurin perinteiden hyväksymistä. Yksityisyyden suojaaminen on käytännössä usein – esimerkiksi lääkärikierroilla – vaikeaa. Tilannetta vaikeuttavat vanhat rakennukset ja niukka henkilökunnan määrä. Toisaalta edellytykset nykykäsitteille yksityisyys ja ihmisarvo ovat tiukentuneet ajoista, jolloin pääosa nykysairaaloista on rakennettu. Tämä on hyvä huomioida mietittäessä uusia toimintatapoja ja esimerkiksi toimiltojen saneerausta. (Kokkonen ym. 2004.)

Arvokas kuolema on ihmisten universaali toive. Länsimaiden medikalisoituneessa kulttuurissa kuolema kohdataan monesti sairaalassa tai sitä vastaavissa olosuhteissa, jolloin tapahtumasta tulee helposti tekninen ja lääketieteellinen. Yhteisöllisemmissä kulttuureissa kuolevaa voidaan tulla tapaa-

maan hyvinkin kaukaa ja esimerkiksi romanikulttuuriin kuuluu koko suvun osallistuminen saattohoitoon, jolloin läheiset pysyvät kuolevan luona koko ajan, myös yöllä. Kulttuuriset erot näkyvät myös esimerkiksi surun osoittamistavoissa. Yksilöllisyyttä painottavissa kulttuureissa suru mielletään yksityisasiaksi, kun taas yhteisöllisissä kulttuureissa korostuu julkinen kuoleman sureminen. Kullakin kulttuurilla on omia symboleita, sääntöjä ja rituaaleja, jotka antavat tukea kuoleman hyväksymiseen ja siihen liittyvän surun käsittelyyn. Kaikki ei kuitenkaan ole säännönmukaista ja käytännön elämässä erilaiset kansanomaiset perinteet ja uskomukset voivat sekoittua keskenään sekä yhdistyä viralliseen näkemykseen. (Juntunen 2010, 189–190.) Erilaiset hoitokulttuurit eri maissa ja jopa mahdollisesti eri osastoilla saman hoitoyksikön sisällä luovat eroja muun muassa hoitosuosituksiin ja hoitoa rajoittavien päätösten tekemiseen (Varpula ym. 2006, 3014).

Hiruy ja Mwanri (2014) nostavat artikkelissaan esille kulttuuristen tekijöiden huomioimisen saattohoidossa. Heidän mukaansa hoitotyön kannalta on tärkeää oppia ymmärtämään asiakkaan uskonnollisten käsityksien vaikutus kuolemiseen. Hoitotyössä on tärkeää huomioida joitakin kulttuurisia, hengellisiä ja kokemuksellisia eroja, kun kertoo asiakkaalle ja hänen läheisilleen mahdollisista loppuvaiheen hoitovaihtoehdoista. Hoitotyöntekijöiden tulee osata huomioida eri kulttuureista tulevien tarpeet, ymmärtää ennakkoluulonsa ja tarjota yksilöllistä hoitoa hienotunteisesti. Huolimatta eri yhteisöjen omista käytännöistä on myös olemassa tiettyjä eettisiä periaatteita, jotka koskevat kaikkia kulttuurista riippumatta. (Hiruy ja Mwanri 2014, 195.)

5 INTEGRATIIVIINEN PEDAGOGIIKKA, KONSTRUKTIVISMI JA DIALOGISUUS

Integratiivinen pedagogiikka on oppimiskäsitys, jossa käytännön tieto yhdistyy teoretietoon ja jossa vuorovaikutuksella on keskeinen rooli oppimisen edistymisessä (Tynjälä ja Virtanen 2013, 90; Heikkinen, Tynjälä ja Jokinen 2012, 67–68). Tätä tukee konstruktivistinen näkökulma, jonka mukaan vastavuoroinen ajatustenvaihto ja tiedon rakentaminen yhdessä johtavat kaikkien osapuolten oppimiseen. Dialogisuus on osa integratiivista pedagogiikkaa ja sen peruseräite on, että uusi, yhdessä rakennettu tieto syntyy vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa (Heikkinen ym. 2012, 48–49, 67–68.) Tämän opinnäytetyön tuotoksen tarkoituksena on kehittää terveydenhuoltoalan opiskelijoiden asiantuntijuutta integratiivista pedagogiikkaa hyödyntäen.

5.1 Integratiivinen pedagogiikka

Integratiivinen pedagogiikka yhdistää asiantuntijuuden osa-alueita, joita ovat teoreettinen tieto, käytännön osaaminen ja oman toiminnan ohjaaminen. Oppimismalli yhdistää yleistä tietoa ammatilliseen osaamiseen, tieteellistä tietoa konkreettiseen tekemiseen, yksilöllistä oppimista yhteisölliseen oppimiseen sekä syntetisoi ajattelun eri osa-alueita, muun muassa loogisen, teoreettisen, emotionaalisen ja dialogisen osa-alueen. (Tynjälä 2009, 4, 13; Heikkinen ym. 2012, 68.) Integratiivisen ajattelun katsotaan olevan tasoltaan kaikista korkeinta kriittisen ajattelun muoto ja sen kehittyminen opiskelijalla on keskeinen tavoite akateemisessa koulutuksessa. Integratiivisessa ajattelussa opiskelijan täytyy mielessään osata yhdistää teoretietoa ja käytännön tieto sekä tehdä johtopäätöksiä lukuisien rinnakkaisten, osittain jopa ristiriitaisten näkökulmien pohjalta. (Tynjälä ja Virtanen 2013, 92–93.)

Integratiivisen pedagogiikan ydin koostuu neljästä toisiinsa yhdistyneistä tiedon osa-alueista, jotka ovat

- teoreettinen ja käsitteellinen tieto
- käytännöllinen ja kokemuksellinen tieto
- itsesäätelyä eli oman/työyhteisön toiminnan säätelyä koskeva tieto
- sosiokulttuurinen tieto eli sosiaaliset normit, toimintatavat ja käyttäytymissäännöt. Tämän osa-alueen olemassaolon käsittää vasta osallistumalla ryhmätoimintaan. (Heikkinen ym. 2012, 68–70, 71; Tynjälä 2009, 13).

Teoriassa nämä neljä tiedon osa-alueita voidaan erottaa toisistaan, mutta käytännössä ne sulautuvat toisiinsa. Asiantuntijuutta kehitettäessä onkin paras ratkaisu käyttää opetusmenetelmiä, joissa pyritään hyödyntämään näitä kaikkia tiedon osa-alueita oppimistilanteita ja –ympäristöjä luodessa. Pyrkimyksenä on saada aikaan oppimistilanteeseen integratiivisen pedagogiikan ydin eli ongelmanratkaisu. Tarkoituksena prosessissa on uuden tiedon luominen. (Heikkinen ym. 2012, 71; Tynjälä ja Virtanen 2013, 91.)

Perinteiset opetusmenetelmät mahdollistavat heikosti työelämätaitoja kuten viestintä, kriittisen ajattelun ja yhteistyön taitoja (Tynjälä 2007, 19). Ongelmanratkaisua voidaan harjoittaa integratiivisesti esimerkiksi simuloimalla työelämän tilanteita. Sovellettaessa integratiivista pedagogiikkaa vuorovaikutteisuus on väistämätöntä ja harjoitteiden toteutuksessa yhdistyvät usein vuorovaikutteinen ja itsenäinen työskentely. Keskeisenä integratiivisen pedagogiikan välineenä nousee varsinkin kasvokkain tapahtuva vuorovaikutteinen toiminta, jolloin opiskelijat voivat luoda yhdessä uusia ideoita, joita ei yksinään olisi tullut mieleen. Eriävien näkökulmien esiin tuleminen ja niiden pohtiminen yhdessä kehittää opiskelijoiden integratiivista ajattelua. Vuorovaikutteisuuden etuja opetuksessa on myös mahdollisuus välittömään palautteeseen. (Heikkinen ym. 2012, 71; Tynjälä ja Virtanen 2013, 91, 97.) Tämän oppinnäytetyön tuotoksena syntyvä simulaatioharjoite (Liite 1) edustaa integratiivista pedagogiikkaa.

5.2 Konstruktivistinen oppimiskäsitys

Konstruktivistinen oppimiskäsitys tarkoittaa sitä, että uutta tietoa rakennetaan tarkentamalla vanhoja sisäisiä malleja. Sisäinen malli eli skeema on yksilön mieleen jäsentynyt tietopaketti jostain asiasta. Konstruktivismiin mukaan vanha tietoperusta ohjaa uuden omaksumista. Jokaisen opiskelijan reitti oppimiseen on yksilöllinen johtuen jokaisen henkilökohtaisesta tavasta hahmottaa ympäröivää todellisuutta ilmiöineen sekä terminologiaa siihen liittyen. Oppimisen päävastuu on opiskelijalla itsellään ja oppimista tehostaa uuden opittavan asian liittyminen aiempaan kokemuspohjaan. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén ja Välimäki 2009, 13–14.)

Yleensä oppimisen ongelmana on opitun soveltamisvaikeus uusissa tilanteissa. Olennaista konstruktivismissa onkin opiskelijan hallitsevat taidot ja uuden opittavan asian ymmärtäminen, jonka myötä opiskelija sisäistää tiedon mielekkäästi ja oppii soveltamaan sitä. Kun uudella asialla on kosketuspinta opiskelijan omaan elämään ja asia opetetaan monipuolisesti soveltaen käytännön tilanteisiin, jää se paremmin mieleen. Muiden opiskelijoiden kanssa keskustelu auttaa refleктоimaan eli tarkastelemaan omaa ajattelua ja suhtautumaan kriittisesti mahdollisesti itsestään selvinä pitämiinsä asioihin. (Laine ym. 2009. 13–14.)

Konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen perustuu esimerkiksi vertaisryhmämentorointi (verme), jossa tietoa ei siirretä perinteisen mentoroinnin metodeilla suoraan opettajalta opiskelijalle vaan uutta tietoa muodostetaan yhdessä keskustelun ja reflektion kautta (Heikkinen ym. 2012, 78–79). Mentoroinnissa asiantunteva henkilö tukee ja kannustaa oppimishaluista henkilöä ammatillisesti ja mentorointi tähtää ammatilliseen kehittymiseen tarpeiden mukaan. Prosessin edellytyksenä on ihmisten välinen kontakti ja siinä välittyvät kokemukset, näkemykset ja osaaminen. (Opetushallitus i.a; Suomen Ekonomiliitto i.a.) Kaikkien osapuolten oppimiseen johtava vastavuoroinen ajatustenvaihto ja tiedon rakennus yhdessä ovat konstruktivistisen oppimiskäsityksen kulmakiviä ja tukevat integratiivista pedagogiikkaa (Heikkinen ym. 2012, 67–68). Tämän kehittämistyön tuotoksena syntyvässä simulaatioharjoitteessa yksi oppimiseen tukea antava tekijä on vertaismentorointi. Opiskelijat refleктоivat harjoitteen aikana ja sen jälkeen omaa ja toistensa toimintaa. Tilannetta arvioidaan keskustel-

len yhdessä harjoitteen suorittamisen jälkeen. Opettajajohtoisesti mietitään toteutettuja toimintatapoja suhteessa muihin mahdollisuuksiin.

5.3 Dialogisuus

Dialogisella keskustelulla tarkoitetaan kuuntelevaa keskustelua, jossa olemassa olevaa tilannetta tarkastellaan yhdessä keskustelijoiden kesken. Avoimen ja suoran keskustelun avulla tavoitellaan yhteisymmärrystä tilanteesta. Osapuolten väliset näkemyserot hyväksytään, eikä kenenkään käsitys voi olla koko totuus. (THL 2015b.) Yhdenvertainen kohtaaminen ja toisen kunnioittaminen kuuluvat dialogisuuteen. Keskenäisyys kuuluu keskustelun luonteeseen. (Heikkinen ym. 2012, 51.)

Kuulluksi tuleminen itsessään on ihmiselle voimaannuttava kokemus vähentäen kaikenikäisten stressiä, hätää ja huolta. Kuunteleva keskustelu parhaimmillaan voi auttaa ihmistä löytämään itsestään piileviä voimavaroja. Ihminen havaitsee luontaisesti tullessa kuulluksi pienistä eleistä ja ilmeistä. Lähimmäisen antama arvostus antaa ihmiselle voimaa. (THL 2015b.) Dialoginen keskustelu mahdollistaa jokaiselle tilaisuuden kokea olevansa arvokas juuri sellaisena kuin on (Heikkinen ym. 2012, 51).

Ihminen tarvitsee tunteen ammattilaisen arvostuksesta hoitosuhteessa. Ammattilaisen tulee ymmärtää, ettei hän voi tietää asiakkaan tarpeita häntä kuulematta, vaan tarpeet tulee selvittää dialogin kautta. Läheisten kanssa työskentelevän ammattilaisen tulee asennoitua kunnioittavasti, kiinnostuneesti ja empaattisesti, koska siten voidaan saavuttaa kuunteleva keskusteluyhteys. Jokaisen ihmisen kautta voi oppia uutta ja ihmisten parissa työskentelevät saavat toistuvia mahdollisuuksia peilata itseään toisiin ihmisiin ja kasvaa ammatillisesti sen myötä. Ihmisten kanssa työskennellessä jokainen kuormittuu, mutta kärsimykseensä ei voi, eikä kuulu tottua. (THL 2015b.)

Dialogisen hoitotyön edellytys on hoitajan suhtautuminen asiakkaaseen. Hoitajan tapa suhtautua ja tehdä ratkaisuja hoitosuhteessa asiakkaaseen pohjautuu hänen ihmis-, elämän- ja maailmaan katsumukseensa. Nämä muotoutuvat ammatillisen koulutuksen, työyhteisöön osallistumisen ja oman harkinnan kautta. Saattohoitotyön alkaessa hoitajalla on tietoisia sekä tiedostamattomia ennakkokäsityksiä kuolevan potilaan hoitoon ja sen hyviin käytäntöihin liittyen. Omahoitajan ihmiskäsitys ohjaa hänen käytännön toimintaansa ja eettisiä valintoja. Hoitajan valinnat pyrkivät mahdollistamaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja hyvän loppuvaiheen elämän. (Lipponen 2006, 22–23.)

5.4 Aikuinen oppija, ryhmäoppiminen ja simulaatio-oppiminen

Aikuisella oppijalla on jo runsaasti kokemusta elämästä. Hänellä on jo yleensä mielipide oppimisesta ja sen edellyttämistä asioista. Aikaisemmin opitun kriittinen arviointi on merkittävä haaste, jolla pyritään valottamaan totuttujen toimintatapojen perustaa sekä kehittämään parempia toimintatapoja. Maailman hahmottaminen sekä arvojen asenteiden ja tulkinta tapojen omaksuminen tapahtuu tie-

dostamatta jo lapsena. Aikuisena oppiminen vaatii omien näkemysten kriittistä tarkastelua, joka voi olla vaikeaa, koska itsetarkastelu voi johtaa minäkuvan muutostarpeeseen. Vapauttava koulutus eli emansipatorinen on vanhoista näkemyksistä ja tavoista vapauttava ohjaten opiskelijaa kriittiseen itsetarkasteluun. (Laine ym. 2009, 17.)

Yksilön kehitykselle tärkeitä asioita ovat hyväksytyksi tuleminen, johonkin kuuluminen, osallistuminen ja vaikuttaminen sekä vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa. Ryhmän jäsenille tunne kuuluvuudesta ryhmään on merkittävä. Jokainen tuo ryhmään omat aikaisemmat kokemukset, arvot ja asenteensa. Ryhmä toimii itsetuntemusta kehittävänä välineenä, koska itsetietoisuus lisääntyy jatkuvan ryhmässä saatavan palautteen myötä. Ryhmätoiminta vireyttää parhaimmillaan ajatustenvaihtoa ja ideointia. Ryhmän jokainen jäsen toimii omalla tavallaan, jonka takia on tärkeää sopia yhteisistä päämääristä. Sovitut päämäärät ja selkeä työnjako ovat edellytyksiä ryhmän toimivuuden turvaamiseksi ja työskentelyn heikkouksien ehkäisemiseksi. Yhteiseen päämäärään pyrkiessä jokaisen tulee ottaa vastuuta. Ryhmätyö ei toimi joka tilanteessa. Suuret ryhmät ja ääneen keskustelu voivat heikentää yksilön omien ideoiden luomista. Haastavan päämäärän edessä ryhmä voi heikentää yksilön toimintakykyä. Vuorovaikutuksen onnistumiseksi ryhmäkoon olisi hyvä olla pieni eli korkeintaan 12 henkilöä. Pieni ryhmäkoko turvaa myös työelämän tiimityötä, jonka toimivuus perustuu onnistuneeseen vuorovaikutukseen. (Laine ym. 2009, 58.)

Hyvää harjoitusta työelämässä tarvittaviin ryhmätyötaitoihin antaa strukturoitu pienryhmätyöskentely. Se on tehtävä keskeinen opetusmenetelmä, jossa jäsenten roolijako on selkeä alusta lähtien ja toiminta on suunnitelmallista ja itsenäistä. Menetelmän avulla keskustelu vapautuu, tehtävien suorittaminen tehostuu ja oppimisen edistyminen nousee esille. Oppimistilanteessa ryhmä jakautuu suoritettavien tehtävien mukaan pienryhmiin. Jokaisesta pienryhmästä valitaan asiantuntija, jonka tehtävä on tuoda esille perustellusti asian keskeinen sisältö ja ohjata muita ryhmän jäseniä. Tilanteen edetessä ryhmän muut jäsenet osallistuvat keskusteluun ratkaisua myötäväinä tai arvioivina henkilöinä. Oppiminen on yhteistoiminnallista, sillä yhteinen tavoite saavutetaan yhdessä osallistuen. Harjittu roolijako tilanteessa turvaa tasavertaista toimintaa. Oppiminen syntyy vuorovaikutuksen kautta hyödyttäen kaikkia ryhmän jäseniä. Vastuu oppimisesta on opiskelijalla itsellään. Menetelmän vahvuutena on välittömän palautteen antamismahdollisuus. Oppimismenetelmän avulla ajattelu syvenyy ja teorian sovelluskyky käytäntöön paranee. (Tuovinen ja Koskinen 2013, 46–47.) Täten strukturoitu ryhmätoiminta edustaa integratiivista pedagogiikkaa parhaimmillaan. Tämän kehittämistyön tuotoksena syntyvä simulaatioharjoite (Liite 1) sopii strukturoidun pienryhmätoimintamallin käyttöön.

Simulaatioharjoitteeseen on luotu valmis todellisuutta jäljittelevä oppimistilanne, jonka harjoittelemiseen valitaan tarvittava määrä opiskelijoita. Muut ryhmän opiskelijat seuraavat harjoitusta reaaliaikaisesti kameran kautta toisessa huoneessa huomioiden erityisesti heille jaettu tarkkailtavia osaluueitaan. Harjoite ei saa olla liian vaikea tai lähtökohdiltaan harhaanjohtava opiskeltavaan asiiasältöön tai opiskelijoiden tasoon nähden (Silen-Lipponen 2015-04-01). Harjoitetta ohjaavat opettajat näyttävät tilanteessa tarvittaessa asiakasta tai muita harjoitteen henkilöitä. Tarvittaessa harjoitteen asiakasta esittää nukke, jolle voidaan tuottaa erilaisia elintoimintoja ja mittausarvoja. Harjoitus tal-

lennetaan, jotta siihen voidaan jälkikäteen palata. Harjoitteen jälkeen tilanteesta keskustellaan yhdessä opettajajohtoisesti. Opiskelijat voivat reflektoida omaa ja toistensa toimintaa, antaa palautetta ja pohtia, millaisia vaihtoehtoisia toimintatapoja olisi voinut käyttää. Tämä niin sanottu jälkipuinti ja positiivisen palautteen antaminen on todettu erityisen tärkeäksi osaksi simulointiprosessia, vaikka kaikki prosessin vaiheet ovatkin oppimiselle merkityksellisiä (Kettunen 2014, 33; Kellomäki 2013, 41). Opettajan tuki ja ohjaus jälkipuinnissa on koettu merkittävän tärkeäksi reflektoinnin, tunteiden käsittelyn ja roolien purkamisen onnistumiseksi (Kellomäki 2013, 41).

Simulaatio-opetuksen eduksi on todettu teorian ja käytännön yhdistyminen sekä oppimisympäristön turvallisuus, joka mahdollistaa harvinaisempienkin taitojen harjoittelun (Kettunen 2014, 34-35). Oppimista tapahtuu sekä harjoitteessa toimivalla että sitä tarkkailevalla (Kellomäki 2013, 41). Simuloinnin on lisäksi todettu esimerkiksi tiimitoimintaa, itsenäistä toimintaa ja päätöksentekoa kehittävänä menetelmänä olevan edistävä ja varmuutta tekijä opiskelijoiden valmiukselle mennä käytännön hoitotyön harjoitteluun sekä aikanaan tulevaan ammattitoimintaan (Kettunen 2014, 34-35; Silen-Lipponen 2015-04-01). Simulaatio-opetuksella on todettu olevan laaja-alaisia käyttötarkoituksia, koska harjoitteita voi soveltaa käytettäväksi tarkoituksen mukaan (Kettunen 2014, 34-35). Menetelmä so- pii hyvin terveysalan koulutukseen ja vuorovaikutuksen opiskeluun (Kettunen 2014, 29; Kellomäki 2013, 41). Opiskelumenetelmänä simuloinnin on todettu olevan hauskaa, monipuolista, mielenkiintoista ja hyödyllistä, mutta myös osin stressaavaa ja ahdistavaa liittyen esiintymiseen ja sen arviointiin (Kellomäki 2013, 41). Ideana simuloinnissa kuitenkin on, että virheitä saa tehdä (Silen-Lipponen 2015-04-01). Virheistä oppii, ja simuloidessa tämä tapahtuu turvallisesti. Opiskelijaryhmän kommunikaatio sekä kunkin henkilökohtaiset tunteet ja kokemukset ovat merkittäviä tekijöitä oppimiskokemuksessa (Kellomäki 2013, 41).

6 KEHITTÄMISTYÖN KOHDE, ETENEMINEN JA TUOTOKSET

Opinnäytetyö toteutetaan Savonia-ammattikorkeakoulussa. Kyseessä on kehittämistyö, johon liittyen tuotetaan toiminnallista opetusmateriaalia Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön. Tutkimuksen tarkoituksena on tarjota työvälineitä hyvän saattohoidon toteutuksen opiskeluun ja läheisen kohtaamiseen saattohoidossa. Tämän kehittämistyön pohjalta on tavoitteena luoda simulaatioharjoite, jonka avulla aihepiiriin voi syventyä. Tätä tuotosta Savonia-ammattikorkeakoulu voi hyödyntää saattohoidon opetuksessa.

6.1 Kehittämistyön kohde

Kehittämistyön tarkoitus on luoda simulaatioharjoite Savonia-ammattikorkeakoulun gerontologisen hoitotyön opetuksen tarpeisiin. Kehittämistyön toimeksiantaja on Savonia-ammattikorkeakoulu, joka kuuluu Suomen suurimpiin ammattikorkeakouluihin. Toimeksiantaja tarjoaa monialaista opetusta jopa 6000 opiskelijalle kolmessa koulutusyksikössään. (Savonia-ammattikorkeakoulu i.a.a.) Opetusta järjestetään kuudella eri alalla, esimerkiksi kulttuuri-, tekniikka- ja luonnonvara-alalla. Mahdollisia suoritettavia tutkintoja on 40, joista yksi on sosiaali- ja terveysalaa edustava sairaanhoitajan tutkinto. (Savonia-ammattikorkeakoulu i.a.b.) Savonian aktiivinen tutkimus- ja kehittämistoiminta pyrkii tarjoamaan työelämälahtöisiä palveluita (Savonia-ammattikorkeakoulu i.a.a).

Gerontologisella hoitotyöllä tarkoitetaan ikääntyneiden hoitotyötä (Tilvis 2010, 12). Olennaisina osina gerontologista hoitotyötä ovat saattohoito ja kuoleman kohtaaminen (Kekäläinen 2014-10-14; Väättäinen ym. 2014, 14–15). Gerontologisen hoitotyön opetussuunnitelman mukaan opetuksen tavoitteina on muun muassa perehdyttää opiskelijoita iäkkäiden läheisverkoston tuen merkitykseen sekä saattohoidon kehittämiseen. Keskeisenä sisältönä opetuskokonaisuudessa ovat esimerkiksi gerontologisen hoitotyön eettinen perusta, voimavara- ja palvelusuunnitelma sekä merkittävimmät geriatriset sairaudet. Lisäksi opetuksessa nähdään tärkeänä läheisverkostotyö, monikulttuurisuus, erityisryhmät gerontologisessa hoitotyössä ja saattohoito hoitotyön eri kentillä. (Savonia-ammattikorkeakoulu i.a.c.)

Kehittämistyön kohteena olevaa läheisen kohtaamista saattohoidossa lähestytään simulaatioharjoitteen avulla. Integratiivista ja konstruktivistista oppimiskäsitystä edustava simulointi sopii hyvin gerontologisen hoitotyön innovatiiviseksi opetusmenetelmäksi. Savonia-ammattikorkeakoulun gerontologisen hoitotyön opetuksessa ei ole aiemmin juuri käytetty simulaatioharjoitteita. Simulaatioharjoitukseen soveltuvat tilat valmistuivat vuonna 2014.

6.2 Suunnitteluvaihe

Tämän opinnäytetyön ideointi lähti liikkeelle marraskuussa 2014 ajatuksesta tehdä opinnäytetyö saattohoitoon ja läheisiin liittyen. Toiminnallisen opinnäytetyön tilaajaksi tuli Savonia-

ammattikorkeakoulu. Tutustuimme aiheeseen kirjallisuus katsauksen avulla ja tarkastelimme aiheeseen liittyviä tutkimuksia kansainvälisesti. Hakukoneina käytettiin medic- ja chinalia. Hakusanoina oli englanniksi "relative" ja "hospice care" sekä suomeksi "omaiset" ja "saattohoito". Yhteensä näillä hakutermeillä löytyi noin 80 tieteellistä artikkelia ja tutkimusta, joista valikoitui 40 aiheeseen parhaiten soveltuvaa lähdettä. Lähteistä kansainvälisiä oli yli puolet. Hyödynsimme teoreettisen lähdemateriaalin laajentamiseksi Savonian informaation asiantuntemusta. Aihe oli ajankohtainen mediassa ja asiasta käytiin keskustelua muun muassa siksi, että saattohoitoon liittyi vuonna 2014 Yhteisvastuukeräys ja sitä kampanjoitiin kohua herättäneillä katumainoksilla. Aiheeseen tutustuaksemme osallistuimme myös valtakunnallisen saattohoitoseminaarin paikalliseen tilaisuuteen ja haastattelimme alan erikoislääkärinä.

SWOT –analyysi on kehittämisen työväline. SWOT –analyysi kuvaa sisäisiä vahvuuksia (strengths), sisäisiä heikkouksia (weaknesses) sekä ulkoisia mahdollisuuksia (opportunities) ja ulkoisia uhkia (threats). Analyysin avulla voidaan nostaa tarkasteluun sekä kehittämistyön sisäisiä tekijöitä että ulkoisia tekijöitä, jotka vaikuttavat kehittämistyön toteutukseen. (Viitala ja Jylhä 2013, 43.)

Vahvuudet	Heikkoudet
-Toimiva ja saumaton yhteistyö ryhmässä	-Kokonaisuuden hahmottamisvaikeudet
-Tasapuolinen osallistuminen työn tekemiseen	-Tutkimus jää puhtaasti teoreettiseksi
-Työn jouheva eteneminen	-Kielenhuollolliset vaikeudet
-Ryhmän jäsenten keskinäinen tuki	-Ajoittainen motivaation puute
-Ryhmän jäsenten kyky joustaa	-Elämän ruuhka-aika/kiire
Mahdollisuudet	Uhat
-Luova toiminta	-Sairastuminen
-Kiinnostava aihe	-Aiheen rajaus/ hajanaisuus
-Kokemuspohja hoitotyön opiskelusta (samastuminen)	-Haastavat työolosuhteet
-Mahdollisuus kehittää hoitotyön opetusta	-Tallenteiden katoaminen

KUVIO 1. SWOT-analyysi

Kehittämistyön vahvuutena on ollut toimiva ja saumaton yhteistyö ryhmässä tehdessä. Kehittämistyön viitekehyksen muotoutuminen ja osa-alueiden toteutukseen osallistuminen on ollut tasapuolista. Tämä on näkynyt työn rytmikkäänä ja jouhevana etenemisenä sekä haluna tukea ryhmän toista jäsentä. Aikatauluja on saatu joustavasti kummankin ryhmänjäsenen mukaan sovittua. Opinnäytetyö on antanut mahdollisuuden toteuttaa luovasti ja innovatiivisesti opetuksen tulevaisuutta sellaiseen suuntaan, jonka olemme kokeneet olevan myös käytännön työelämän tarpeita paremmin vastaavaa.

Uhkana tässä kehittämistyössä näimme ryhmän jäsenen sairastumisen, joka olisi todennäköisimmin kaatanut myös työn etenemisen ja samalla hidastanut työn etenemistä. Vaikka toinen pystyykin jatkamaan teorian tuottamista myös erikseen, koimme sen yhdessä tuottamisen mielekkäämmäksi. Aiheen runsas muotoisuus ja sen myötä aiheen rajaus on mielestämme ollut sekä uhka että mahdollisuus. Kun asiaa lähdettiin tutkimaan tuli lisää asioita, joita itse ja työelämän edustaja toivoi tulevan

kehittämistyöhön mukaan. Aluksi oli vaikeaa luoda rajausta mitä otetaan tähän mukaan ja mitä joku muu saa lähteä tutkimaan. Uhkana työn etenemiselle oli ehdottomasti joidenkin tallenteiden mystinen katoaminen ja haastavat työolosuhteet elämäntilanteesta johtuen. Heikkous tältä näkökulmalta oli, että aiheesta ei saada välttämättä kokonaisuutta ja erityisesti läheisten ja asiakkaiden näkökulma jää teorian varaan. Myös aiheen kokonaisuuden hahmottaminen olisi voinut jäädä puolitiehen. Punaisen langan löytäminen ja se, ettei lähtisi liikaa aiheena rönsyilemään, vaan pysyy raamissa, on aiheuttanut omat haasteensa. Näiden muovautuminen on vaatinut työstöä ja teorioiden pyörittelyä sekä kirjojen kanttaamista. Myös sähköinen maailma omine nettikeskustelupalstoineen ovat osaltaan imaisseet syövereihinsä, koska sieltä nousi hyvin mielenkiintoisia keskusteluja erityisesti saaduista kohteluista niin läheisen kuin asiakkaan rooleissa. Heikkoutena työn etenemiselle oli myös ajoittainen motivaation puute ja kiire.

6.3 Toiminnallinen vaihe

Opinnäytetyölle oli tarvetta ja aihe muotoutui sen ympärille. Teoreettisen viitekehyksen pohja laadittiin toiminnallista sisältöä läheisten näkökulmasta saattohoidon opetukseen. Lisäksi loimme mittarin (Liite 2) läheisten saattohoitoon osallistumisen selvittämiseen. Aiheen rajaaminen sen moninaisuuden takia tuli yhteistyössä työn tilaajan ja sen toiveiden pohjalta. Projektin edetessä opinnäytetyöstä muotoutui kehittämistyö Savonia-ammattikorkeakoulun tarpeeseen. Ajatukseksi rakentui opetussisällön luominen sosiaali-, terveys- ja liikunta alan opiskelijoille. Ajatusta muovattiin yhdessä Savonian edustajan kanssa ja sen pohjalta rakentui idea tehdä simulaatioharjoite liittyen geriatriseen hoitotyöhön.

Tämän pohjalta rakentui simulaatioharjoite, johon hyödynnettiin Savonian simulaatio vastaavien asiantuntemusta. Simulaatiotilanteeksi valikoitui omaisen kohtaaminen hoitopalaverissa, jossa lähtökohtina on omaisten vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, saattohoidon teorian hallitsemisen osoittaminen ja oman ammatillisuuden kehittäminen ja kriittinen arvioiminen. Näin saatiin hiottua opiskelijan oppimista edistävä vuorovaikutustilanne läheisen kanssa. Työsuunnitelma työstettiin valmiiksi 2014 joulukuussa.

6.4 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö on toiminnallinen kehitystyö, jonka tarkoituksena on luoda simulaatioharjoite käytännön oppitunnille. Kehittämistyön perusta nousi teoriasta, jonka kautta luotiin uutta materiaalia opetukseen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi. Toiminnallista osuutta rajatakseen, täsmentääkseen ja luodakseen paremmin palvelevaksi tulee teorian olla perusteltua. (Vilkkä 2010.) Teoreettisen viitekehyksen valintaan täytyy toiminnallisessa opinnäytetyössä käyttää harkintaa. Tutkimuksellisten menetelmien käyttäminen ei ole välttämätöntä toiminnallisessa opinnäytetyössä. Toiminnallisen opinnäytetyön peruskysymyksenä on, millainen tieto on tarpeen opinnäytetyön tukena ja miksi, sekä mistä ja miten tämän tiedon saa.

Opinnäytetyön toteutustapana ovat oppilaitoksen toiveet, opetukselliset tarpeet ja tutkijoiden resurssit huomioiva kompromissi. Tätä selvitystapaa käytetään, kun halutaan toteuttaa esimerkiksi tapahtuma kohderyhmälähtöisesti. (Vilka ja Airaksinen 2003, 56–58.)

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen eli lähtökohtana on toimeksiantajan tavoite saada käytännön hyöty ammatilliseen käyttöön (Vilka 2005, 44). Tavoitteena kehittämistyössä on tutkimustulosten perusteella olemassa olevien menetelmien kehittäminen paremmaksi tai kokonaan uusien luominen. Kehittymisellä tähdätään yksilöiden tai toimintojen uudistumiseen yleensä parempaan suuntaan. Tutkimus- ja kehittämistyö uuden luomiseksi toimivat parhaiten yhdessä, mutta kehittämistyö on mahdollista tehdä myös ilman tutkimusta. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 21.)

Tämän kehittämistyön toimeksiantajana on Savonia-ammattikorkeakoulu, jonka tavoitteena on kouluttaa työelämään päteviä terveydenhuollon ammattilaisia. Ammattikorkeakoulutetun sairaanhoitajan pätevyys koostuu yleisistä ja ammatillisista erityisosaamisalueista eli kompetensseista. Yleisiä kompetensseja ovat esimerkiksi eettinen osaaminen sekä innovatiivinen osaaminen eli kehittämistoimintaan harjaantuminen. (Savonia-ammattikorkeakoulu i.a.d.) Ammatillisia erityisosaamisalueita taas ovat esimerkiksi käytännön hoitotyön osaaminen ja päätöksenteon osaaminen (Tiikkainen 2009, 317–318).

Innovatiivisen kompetenssin tarve ei pääty hoitotyön koulutuksen päättymiseen, vaan sitä tarvitaan myös työelämässä, kuten muitakin kompetensseja. Ilvosen (2009) mukaan hoitotyöhön on jo olemassa runsaasti hyviä käytäntöjä ja tutkittua tietoa. Hoitotyöntekijöiden sitoutuminen vaikuttaa uusien toimintatapojen ja kehittävän toiminnan mahdollistumiseen. Kehittämistoiminta voi hankaloitua runsaan henkilökunnan vaihtuvuuden takia. Vaihtuvuus ei ole kuitenkaan este kehittämiselle, jonka kirjaaminen ja suunnittelu yksikkökohtaisesti sitouttaa työyhteisöä. Kehittymisen pysymiseksi ajantasalla työyhteisö puhuu omista toimintamalleistaan ja niiden kehittämistarpeista ja näin pyrkii tuottamaan keinoja mahdollisten ongelmien ratkomiseksi. (Ilvonen 2009, 339–340.)

Opinnäytetyössä konsultaatiohaastattelu tarkoittaa tietoa asiantuntijoilta. Asiantuntijahaastattelut kasvattavat luotettavuutta huolellisesti toteutetun lähdeluettelon tavoin. Haastattelu tulee aina tuoda ilmi työn raportointiosuudessa. (Vilka ja Airaksinen 2003, 57.) Opinnäytetyötä varten konsultoitiiin Kuopion kaupungin geriatria saattohoidon erityisasiantuntijana sekä Savonia-ammattikorkeakoulun simulaatio-opetuksen vastaavia opettajia. Konsultaatiohaastatteluiden avulla kartoitettiin sitä, millaisia asioita opetuksessa tulisi nostaa esille.

6.5 Kehittämistyön tuokset

Tämän opinäytetyön pohjalta luotua simulaatioharjoitetta ja kyselylomaketta työn tilaaja voi hyödyntää gerontologisen hoitotyön opetuksessaan. Kehittämistyö, simulaatioharjoite ja kysely/ haastattelulomake esitellään keväällä vuonna 2015. Kustannuksista vastaa Savonia-ammattikorkeakoulu. Tähän sisältyy esimerkiksi tulostamiskustannukset. Opinnäytetyö jätetään arvioitavaksi ja hyväksyttäväksi.

väksi Savonia-ammattikorkeakoululle keväällä 2015. Valmis opinnäytetyö esitetään 2015 keväällä. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Savonian edellyttämällä tavalla Theseus –tietokannassa sekä kansitetaan koululle.

Kehittämistyön pohjalta luotua simulaatioharjoitetta käsitellään enemmän osiossa integratiivinen pedagogiikka. Tässä avataan kyselylomakkeen teoriaa. Kyselylomake on laajan aineiston keruun väline, jossa kysymykset on vakioitu. Vakioidussa kyselyssä kysymyksen asettelu on jokaiselle sama, samassa järjestyksessä ja samalla tavoin (Vilka 2007, 27–28, 178). Tämän opinnäytetyön pohjalta on muodostunut kyselylomake läheisten haastattelun tueksi (Liite 2). Kyselylomake syntyi määrällistä tutkimusmenetelmää mukaillen. Kyselylomakkeen avulla opiskelija voi haastatella läheistä simulaatioharjoituksen aikana. Opiskelijan tulee osata avata kyselylomakkeen termit läheiselle.

Ennen kyselylomakkeen laatimista tapahtuu saattohoitoa ja omaishoitoa käsittelevään teoria-aineistoon tutustuminen. Kyselylomakkeen kysymykset täsmentyvät teorian kautta eivätkä ne saa olla johdattelevia tai monitulkintaisia. Kysymysten muotoileminen vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen (Valli 2007, 102). Kysely on sopiva aineistonkeruumenetelmä, kun halutaan selvittää henkilökohtaisia asioita kuten mielipiteitä. (Vilka 2007, 27–28, 178.)

Kyselylomake on rakennettu teoriasta nousevista komponenteista. Aluksi ”Taustatiedot” -osiossa selvitetään esitiedoilla yleistietoja (Vilka 2007, 70–71, 80). Taustatiedot -osio koostuu yhdeksästä kysymyksestä, esimerkiksi vastaajan ikä. (Liite 1) Kyselyn toinen osio, ”Läheisenne saattohoidon toteutuminen” selvittää läheisten ajatuksia toteutuvasta saattohoidosta 16:lla kysymyksellä, esimerkiksi perushoidon toteutuminen. Kolmas osio, ”Osallistumisenne omaisenne hoitoon” selvittää läheisten osallistumista hoitoon. Kolmas osio koostuu viidestä kysymyksestä, esimerkiksi halua osallistua läheisen perushoitoon. Lopuksi omaisilla on mahdollisuus tuoda vapaasti esille ajatuksiaan.

Kyselylomake on suunniteltu puolistrukturoiduksi. Puolistrukturoidussa kyselylomakkeessa on strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä. Puolistrukturoidussa kyselylomakkeessa on myös täysin avoimia kysymyksiä tai kysymyksiä, jossa voi avata tai selventää strukturoidun kysymyksen vastausta. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 41; Kananen 2008, 10). Kyselylomakkeen avulla pyritään vuorovaikutukseen vastaajan kanssa. Kysely koostuu teorian eri osioista, jotka pyrkivät luomaan keskeisen sisällön ja jatkumon. Molempien osapuolien tulisi ymmärtää jatkumo samoin. (Vilka 2007, 70–71, 80.) Kyselylomake on pilotoitu usealla tutkijoiden läheisellä. Pilotoinnilla on saatu kyselylomakkeesta esille mahdolliset epäjohtonmukaisuudet ja lomaketta on muokattu selkeämmäksi. Valmiit kyselylomakkeet voi ottaa mukaan simulaatio- opetukseen.

6.6 Tutkimusetiikka

Kehittämistyön eettisenä ohjenuorana toimii Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisema Hyvä tieteellinen käytäntö-ohje. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen parantaa kehittämistyön luotettavuutta ja takaa sen eettisyyden. Kirjallisessa raportoinnissa kunnioitetaan toisten tekemiä tut-

kimuksia ja viitataan toisten tuottamiin teksteihin asianmukaisesti. Asiakirjat tuhotaan tutkimusetiikan edellyttämällä tavalla, kun opinnäytetyö on valmis. Tutkimuksen toteuttamisesta tehdään erillinen kirjallinen sopimus jokaisen osapuolen kanssa, jossa näkyvät kunkin osapuolen vastuut ja velvollisuudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.) Huolimatta siitä, että tutkimusetiikan periaatteet ovat samat kaikille, voi niiden käytännön sovellus olla toisinaan haastavaa työelämän tutkimuksissa (Vilka 2005, 30). Tästä kehittämistyöstä solmittiin tilaavan tahon kanssa kirjallinen hankkeistamissopimus, josta jokaisella osapuolella on hallussaan oma kappale. Siitä käyvät ilmi työhön liittyvät olennaiset tiedot. Työn teoreettista viitekehystä on kirjoitettu varsin lähdekriittisesti ja alkuperäisiä lähteitä kunnioittaen. Yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä on käytetty vain erittäin harkiten eikä kertaakaan ole käytetty ”toisen käden tietoa” eli alkuperäislähteet on etsitty jokaisen kerran nähtäville.

Tutkimus voi olla luotettava useilla eri tavoilla (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 152). Luotettavuus on keskeinen tunnusmerkki tieteelliselle tiedolle ja sitä tulee arvioida suhteessa tutkimusmenetelmään, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Kehittämistoiminnallisissa projekteissa luotettavuus merkitsee erityisesti käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan yhteydessä luotavan tiedon on oltava paitsi todenmukaista, myös hyödyllistä. (Toikko ja Rantanen 2009, 121-123.) Työn luotettavuutta arvioidaan siis sillä, miten hyvin teoria sopii käytännön tarkoitukseen eli tämän työn kohdalla simulaatioharjoitukseen. Mielestämme tämän kehittämistyön teoreettinen viitekehys sopii hyvin ja kattavasti käytännön tarkoitukseen selvittäen aihepiirin keskeisen terminologian ja asiat liittyen hyvän saattohoidon toteutukseen. Nämä seikat on hyvä hallita toteutettaessa tuotoksena syntynyttä simulaatioharjoitetta ja myös aikanaan käytännön työelämässä.

Luotettavuuteen kehittämistoiminnassa liittyy joitakin ongelmia, esimerkiksi edellytys sosiaalisten prosessien toistettavuudesta. Luotettavuuden keskeisimpiä osia on toistettavuus, mutta samanlaisen ryhmätilanteen luominen eri ryhmillä on melkoinen haaste, vaikka ryhmäolosuhteet ja tehtävänanto olisivatkin täsmälleen samat. Lisäksi osapuolten sitoutumisella kehittämistyöhön on merkitystä työn ja tuotosten luotettavuuteen. (Toikko ja Rantanen 2009, 121-123.) Tähän kehittämistyöhön on sitouduttu huolella, vaikka välillä motivaatio meinasikin loppua useamman kerran. Olemme kuitenkin nähneet tavoitteemme tärkeänä, jota kohti on pitänyt pinnistellä. Kehittämistyön kohde on paitsi tärkeä myös mielenkiintoinen. Lisäksi kehittämistyö liittyy vahvasti omaan henkilökohtaiseen elämään sijoittuen tuotoksineen terveydenhuollon opiskelijan maailmaan. Siksi varsinkin tuotoksen luominen oli erittäin mukavaa ja virikkeitä antavaa, koska siihen oli helppo samastua oman kokemuksen pohjalta.

Oman opinnäytetyön arviointi kuuluu oppimisprosessiin (Vilka ja Airaksinen 2003, 154). Prosessin aikana arvioidaan työn toteutusta, luotettavuutta, eettisyyttä ja prosessia kokonaisuutena. Muita arvioitavia kohtia ovat muun muassa työn idea tavoitteineen, joiden täytyminen on arvioinnin tärkein osa (Vilka ja Airaksinen 2003, 155). Tämän kehittämistyön tavoitteena oli luoda käytännön opetusmateriaalia geriatrisen hoitotyön opetukseen Savonia Ammattikorkeakoululle. Tavoite täyttyi hyvin, sillä tuotoksia syntyi jopa kaksi. Toisiaan tukevat harjoitteet vastaavat mielestämme tarkoitustaan eli antavat mahdollisuuden kehittää niitä oppimisen osa-alueita, joita on tarkoituskin, hyvää

saattohoitoa ja vuorovaikutustaitoja. Käytännön toteutus vaikuttaa toki lopputulokseen erittäin paljon ja siihen emme enää pääse vaikuttamaan, mutta uskomme harjoitteiden olevan opettavaisia ja helppoja käyttää. Lisäksi kehittämistyön tavoitteena oli oman tietopohjamme laajentaminen saattohoitoon liittyen, joka tuli moninaisia lähteitä läpikäyden toteutetuksi mielestämme oikein hyvin.

Tavoitteiden suhteen on myös hyvä arvioida, jäikö jotain saavuttamatta pohtien samalla syitä, miksi näin mahdollisesti kävi. Tavoitteiden saavuttamisen arviointia tukee kohderyhmältä saatu palaute, jonka kerääminen olisikin monesti perusteltua objektiivisuuden nimissä. Kohderyhmässä opinnäytetyön tulisi herättää kiinnostusta ammatillisesti ja olla jollain tapaa merkittävä (Vilka ja Airaksinen 2003, 155). Tämän kehittämistyön tuotoksille kerättiin palautetta. Simulaatioharjoitteeseen antoivat palautetta simulaatio-opetuksesta vastaavat Savonia-ammattikorkeakoulun opettajat. Läheisen haastattelulomaketta esiteltiin tutkijoiden läheisillä, joiden ikä ja muut ominaisuudet olivat soveltuvia kohderyhmään verraten. Tuotokset herättivät kiinnostusta, ajatuksia ja erittäin hyviä huomioita. Saimme hyvää, kriittistä palautetta ja teimme tuotoksiin sen mukaisesti korjauksia, jotta ne vastaisivat vielä paremmin tarkoitustaan.

Tavoitteiden ja tarkoituksen lisäksi opinnäytetyön arvioinnissa on hyvä pohtia työn toteutustapaa eli tavoitteiden saavuttamiskeinoja sekä aineistonkeruuta. Työn pätevyyttä arvioidaan sillä, vastaako selvitetty aineisto työn kohdetta. (Vilka ja Airaksinen 2003, 158.) Tämän kehittämistyön yhteydessä ei tehty varsinaisesti tutkimusta, joten sen kaltaista aineistoa ei ole olemassa. Voimme kuitenkin arvioida teoreettisen viitekehysten vastaavuutta käyttötarkoitukseen nähden, josta jo edellä onkin mainintaa. Mielestämme työn teoreettinen viitekehys sisältää keskeiset asiat liittyen hyvän saattohoidon toteutukseen ja erityisnäkökulmana läheisen kohtaamiseen saattohoidossa. Hiukan ongelmalliseksi muodostui, ettei tuosta näkökulmasta ollut kovinkaan viljalti lähdemateriaalia nimenomaan lähdekriittisesti hyväksyttävien tutkimusten muodossa, jonka vuoksi teoreettinen viitekehys muodostuu pitkälti kirjatiedolle ja satunnaisiin mainintoihin läheisistä yleisesti saattohoitoon liittyvissä tutkimuksissa.

Opinnäytetyön arviointiin kuuluu myös työn raportoinnin ja kieliasun arviointi (Vilka ja Airaksinen 2003, 159). Tässä kehittämistyössä muokkasimme työn runkoa monta kertaa tavoitteenamme saada siitä mahdollisimman johdonmukainen. Olemme lopputulokseen melko tyytyväisiä. Sisältörunko on mielestämme looginen ja kappalejako toimiva. Kieliasussa löytyy korjattavaa, vaikka sitä siistimme parhaamme mukaan. Kirjoitusvirheitä jää lopulliseen versioonkin varmasti vielä useampi ja voi olla, että paikoitellen tieteellinen asia teksti on turhan elävää. Tätä on hankala arvioida itse, koska omalle työlleen "sokeutuu" äkkiä. Uskomme kuitenkin, että pääpiirteittäin työ on johdonmukainen ja helposti luettavaa tekstiä.

Opinnäytetyön tarkoitus on osoittaa tekijänsä pystyvyyttä yhdistää käytännön ammattitaitoa ja teoriatieta niin, että loppujen lopuksi syntyy jotain hyödyllistä alan ihmisten käyttöön. Opinnäytetyö kehittää myös laajana opintokokonaisuutena ammatilliseen kasvuun kuuluvina ajanhallintaa, kokonaisuudenhallintaa, yhteistyötä ja ilmaisutaitoja. (Vilka ja Airaksinen 2003, 159-160.) Tämän kehittämistyön tuotoksena syntyneitä harjoitteita voi hyödyntää Savonia-ammattikorkeakoulun geronto-

logisen hoitotyön opetuksessa ja uskomme, että niistä on apua sen kuvaamisessa ja opiskelussa, millaista on kohdata luopumistyötä tekevä ihminen. Prosessina kehittämistyö opetti meille paljon muun muassa ajan käytöstä, miten tärkeää tällaisen työn tekemisessä on suunnitelmallinen, organisoitu ja oikea-aikainen työskentely. Yhteistyötaitomme kasvoivat prosessin aikana. Opimme toistemme tavoista tehdä työtä ja toinen toistamme tukien kannoimme korsia kekoon, joka kieltämättä herätti ajoittain epätoivoa tuntuessaan loputtomalta tehtävältä.

7 KEHITTÄMISTYÖN PÄÄTTYMINEN JA POHDINTA

7.1 Päättyminen

Kehittämistyö päättyy, kun valmis simulaatioharjoite ja sille tukea antava kyselylomake ja teoreettinen viitekehys ovat valmiita käyttöön. Työ luovutetaan esitarkistukseen ohjaavalle opettajalle ja ulkopuoliselle arvioivalle opettajalle maaliskuussa 2015. Kehittämistyön tarkistaa Urkund-sovellus plagioinnin varalta. Valmis työ on tarkoitus esittää huhtikuussa 2015. Jatkossa työn tuotokset ovat Savonia-ammattikorkeakoulun vapaassa opetuskäytössä. Kehittämistyön tarkoitus on kehittää Savonian gerontologisen hoitotyön opetusta ajantasaiseksi tulevaisuuden haasteet huomioiden. Kehittämistyön pohjalta on tehty simulaatioharjoite, joka antaa valmiuksia kohdata ikääntyvän asiakkaan läheiset saattohoidossa turvallisesti ja samalla käytännön lähtökohdat huomioiden. Simuloidun tilanteen jälkeen käydään lävitse mikä meni hyvin ja missä lähti menemään pieleen, jota työelämässä ei pysty. Lähtökohtana on vertaismentorointiin ja itsereflektioon perustava oppimis- ja opetustilanne, jossa harjoitellaan teoriassa opittuja taitoja käyttämään käytännön läheisemmin.

Tämä opinnäytetyö on kehittänyt matkan varrellaan kriittistä arviointia. Opinnäytetyön prosessia arvioitaessa käytännön tarpeeseen olemme saaneet hyviä ohjeistuksia simulaatioharjoitteeseen liittyen simulaation vastaavilta opettajilta. Tämä on auttanut simulaatioharjoitteen luomisessa siten, että se olisi mahdollisimman tarkoituksen mukainen läheisen kohtaamiseen ikääntyneen asiakkaan saattohoitoon liittyen. Motivoiva aihe on auttanut työn eteenpäin saattamisessa ja sen jouhevassa valmistumisessa. Koemme simulaatioharjoitteen olevan käyttökelpoinen ja vastaavan työntilaajan tarpeeseen. Opinnäytetyön aihe on antanut hyvät valmiudet itsellemme työelämään siirtyessä hoitaa saattohoidossa olevia asiakkaita riippumatta siitä missä sitten työskentelemme. Koemme kehittämistyön tuotoksena tulevan simulaatioharjoitteen antavan runsaasti valmiuksia toimia työelämässä kohdaten asiakkaiden läheisiä saattohoidossa.

7.2 Pohdinta

Jokainen syntyy, elää ja kuolee. Varmasti jokainen elämänsä aikana miettii, millaisen kuoleman toivoisi kohdalleen. Yhteiskunnallisesti kuolema on nykyisin siirtynyt lähiyhteisöistä laitoksiin ja medikalisoitunut voimakkaasti. Kuolemasta on tullut vaimennettu aihe, joka näkyi muun muassa viimeisimmän Yhteisvastuukeräyksen saattohoitoteeman herättämän kohun myötä. Valitessamme opinnäytetyömme aihetta koimme tarpeelliseksi saada itsellemme ja työmme kautta toivottavasti myös muille saattohoidosta kiinnostuneille ajanmukaista tietotaitoa ja käytännön osaamista aiheesta. Teoreettista viitekehystä luodessamme tuli yhä selvemmin esille, että saattohoidon opetus on vielä nykyisin vähäistä suhteessa työelämän tarpeisiin ja saattohoidon erikoisosaamiselle olisi tarvetta. Tulevina sairaanhoitajina tulemme kohtaamaan kuoleman riippumatta siitä, missä tulemme työskentelemään. Sen vuoksi mielestämme olisikin tärkeää sisällyttää saattohoito selkeästi sairaanhoitajan osaamistavoitteisiin jo koulutuksen aikana.

Opetusministeriön asettama työryhmä on luonut tutkintojen ja muun osaamisen kansallisen viitekehysten eurooppalaisen tutkintojen viitekehysten pohjalta (European Qualifications Frameworks) (Opetusministeriö 2009, 27–28, 46, 58–59). Savonia-ammattikorkeakoulun luomat opintosuunnitelman mukaiset sairaanhoitajan osaamistavoitteet vastaavat näiden viitekehysten osaamisen tasokuvauksia (Savonia-ammattikorkeakoulu i.a.d.). Jokaisella valmistuvalla sairaanhoitajalla on erilaiset valmiudet hoitotyön toteuttamiseksi. Koulutuksen kautta opiskelija on saanut perustason valmiudet työhön, mutta varsinainen ammattitaito kehittyy ja hioutuu työn kautta. Tämän opinnäytetyön kautta saatu teoriatieto on täydentänyt ja laajentanut entisestään ammattitaitoaamme, jota on hiottu jo koulutuksen aikana olleissa harjoitteluissa. Sairaanhoitajaopiskelija voi kohdata kuoleman jo ensimmäisellä käytännön hoitotyön harjoittelujaksolla, joka sijoittuu ensimmäiselle opiskeluvuodelle. Suurin osa opiskelijoista suorittaa harjoittelun esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastoilla, joissa saattohoito on arkipäivää. Kuitenkin gerontologisen hoitotyön opetus tapahtuu sairaanhoitajan opinnoissa yleensä vasta kolmannen opintovuoden aikana. Mielestämme tässä on ristiriita. Olemme huomanneet opetuksen teorian ja käytännön harjoittelun gerontologisen sijoittelun ja niiden käytäntöön yhdistämisen vaikuttavan positiivisesti teorian oppimiseen ja kokonaisuuden ymmärtämiseen.

Sairaanhoitajan osaamistavoitteet koulutuksen jälkeen ovat monipuolinen käytännön työn osaaminen, tiedon hyödyntäminen käytännössä luovasti, edistäminen ja reflektointi osaamisessa sekä halu itsensä edelleen kehittämiseen. Työelämässä sairaanhoitajalle tulee vastaan ennalta arvaamattomia tilanteita. Hänen kykynsä ennakoimattomien tilanteiden ongelmien ratkaisuun alkaa kehittyä jo koulutuksen aikana ja se monipuolistuu ammattiin valmistumisen myötä ja sitä harjoittaessa. (Opetusministeriö 2009, 27–28, 46, 58–59; Savonia-ammattikorkeakoulu i.a.d.) Sairaanhoitaja opintojen aikana käydään monipuolisesti teemoitettuja teoria ja harjoittelu jaksoja. Kuolevan hoitotyötä ja vainajan laittoa käsitellään lyhyesti alkuopintoihin kuuluvan hoitotyön toimintojen opintojakson yhteydessä. Saattohoitoa opetetaan varsinaisesti kuitenkin vasta gerontologisen hoitotyön yhteydessä vaikka opiskelija kohtaa saattohoitoa huomattavasti aiemmin käytännön hoitotyön harjoitteluissa. Gerontologian opetus on linkitetty avoterveydenhuollon harjoittelun yhteyteen, jossa saattohoitoa on ainakin nykyisin vielä harvoin.

Opinnäytetyön lopulliseksi tuotokseksi muotoutui saattohoitoon pohjautuva simulaatioharjoite ja sen tueksi läheisen haastattelulomake. Simulaatio-opetus on havaittu hyväksi menetelmäksi valmistaa opiskelijoita käytännön työelämään. Käytännön hoitotyö edellyttää tekijältään erityisesti vuorovaikutustaitoja. Kyseessä on ihmissuhdetyö, jonka ilmapiiri on monesti asiakkaalle hyvin intiimi. Saattohoitotyössä vuorovaikutuksen merkitys asiakkaan ja hänen läheistensä korostuu. Tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa on asiakkaan kohtaaminen. Kaikilla ei ole samanlaista luontaista tarvetta pitää huolta asiakkaasta tai pyrkiä tasavertaiseen dialogiin (Lipponen 2006, 30). Sairaanhoitajan tulee osata toimia alansa itsenäisenä asiantuntijana ja viestinnän tulee olla johdonmukaista. Tarvittaessa hänen on osattava puhua selkeästi siten, että myös alan ulkopuolinen ymmärtää käsiteltävän asian. (Opetusministeriö 2009, 27–28, 46, 58–59.) Avoimen dialogin syntymiseksi ei riitä pelkkä selkeästi puhuminen. Dialoginen vuorovaikutus asiakkaan kanssa ei vähennä hoitajan tarvetta ammatil-

liseen itsekriittisyyteen ja oman toiminnan reflektioon. Dialogisuus vaatii sairaanhoitajalta kykyä nähdä ja kohdata asiakas yksilönä, ihmisenä. (Lipponen 2006, 31, 34.)

Yksityisyyden huomiointi on erityisen tärkeää saattohoitotyössä. Tähän liittyvät puutteet nousivat lähdeaineistosta ja ihmisten käymissä keskusteluissa sosiaalisessa mediassa voimakkaasti esille. Saattohoitohuoneita on tarpeeseen nähden liian vähän ja monesti saattohoito tapahtuu kahden tai useamman vuodepaikan huoneissa, joissa yksityisyyden suoja on lähinnä kevyt näköeste. Tämän ovat ihmiset, kuten me itsekkin, kokeneet monesti hyvin kiusallisena, koska läheisten keskinen hyvästijättö on henkilökohtainen prosessi jos jokin on. Voisiko tässä toisaalta nähdä mahdollisuuden vertaistukeen ja sen voimaannuttavaan vaikutukseen hyväksyä tuleva kuolema?

Sandin mukaan saattohoidon toteutuksessa painottuu yksilökeskeisyyden lisäksi myös läheisten rooli (Sand 2003, 80–85). Läheisten mukaan ottaminen saattohoitoon on tärkeää. Heille on hyvä kertoa suullisesti niin oireista kuin mahdollisuuksista osallistua hoitoon. Mielestämme suullisen ohjauksen ohella on hyvä tarjota myös kirjallista opastusmateriaalia, sillä jokaisen kyky omaksua tietoa on yksilöllinen ja lisäksi siihen voivat vaikuttaa heikentävästi tunnepitoiset tilanteet, kuten esimerkiksi läheisen kuolema. Kirjallinen materiaali mahdollistaa asioiden kertauksen myöhemmin, kun emotionaalinen tila sen sallii. Sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa kunkin henkilön pystyvyys tiedon omaksumiseen ja muokata oma tiedottamisensa sekä kulloinkin käsiteltävä asiasisältö sen mukaiseksi. Pystyvyys omaksua tietoa on paitsi tunne-, myös tilannesidonnaista, johon liittyy vahvasti esimerkiksi ympäristö. Sairaalaympäristö on monelle uusi ja hermostuttava, jonka vuoksi tietoa voi mennä hukkaan. Saattohoidettavan ja hänen läheistensä kanssa olisikin hyvä puhua elämän loppuvaiheen asioista jo hyvissä ajoin ennen varsinaiseen saattohoitoon ja pitkäaikaisosastolle hoidettavaksi siirtymistä.

Opinnäytetyötä tehdessä on tullut niin teorian kuin median kautta selväksi, ettei saattohoitoa tehdä enää pelkästään pitkäaikaisosastoilla vaan myös poikkeavissa työympäristöissä. Saattohoitoa toteutetaan kotona sekä niin perusterveyden- kuin erikoissairaanhoidonkin puolella. Kehitystyössämme keskitymme ikääntyneeseen väestöön vaikka saattohoidossa asiakkaina on kaikenikäisiä. Ikääntyneen saattohoidon erityispiirteitä ovat vanhenemisen mukanaan tuomien fysiologisten muutosten huomioiminen ja eletystä elämästä luopuminen. Suremaan jäävät kuolevan jälkipolvet sekä muut läheiset, jotka eivät valttämättä ole verisukulaisia. Jokaisen tapa surra on erilainen. Siihen vaikuttavat persoonallisuuden lisäksi esimerkiksi eletty elämä, ympäristö, yhteisö ja kulttuuri.

Kulttuurinen tietotaito on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Maailmankatsomuksen tulee olla kansainvälinen ja kielitaitokaan ei ole pahasta. (Opetusministeriö 2009, 27–28, 46, 58–59.) Nyky maailmassa ihmiset ovat yhä liikkuvampia ja erilaisia ihmissuhteita muodostetaan yli sosiaalisten, kulttuuristen ja maantieteellisten rajojen. Sairaanhoitajan on, myös saattohoidossa, tarpeen osata kohdata ihmisiä, joilla voi olla hyvin erilaiset lähtökohdat sekä näkemykset esimerkiksi arvojen ja totuttujen käytöstopojen suhteen. Opinnäytetyöprosessin myötä olemme kohdanneet erilaisuutta myös ryhmässämme. Kuitenkin olemme hyvässä yhteisymmärryksessä erilaisine taustoinemme antaneet tilaa ja sopeutuneet työskentelemään ryhmässä. Erilaiset elämäntilanteet tai kasvuympäristö

mahdollistavat kulttuurisesti rikastuttavan ja monipuolisen työskentelyn. Huolimatta ryhmämme jäsenten erilaisista elämän olosuhteista meillä kummallakin on sama päämäärä valmistua sairaanhoitajan tutkintoon.

Tutkintojen ja muun osaamisen kansallisen viitekehyksen mukaan ammattikorkeakoulutetun henkilön tulee ymmärtää ammatillisen tieteenalansa rajat (Opetusministeriö 2009, 27–28, 46, 58–59). Sairaanhoitajan työssä ensisijainen tieteen ala on hoitotiede, mutta myös lääketiede linkittyy kiinteästi sairaanhoitajan ammattiin. Sairaanhoitaja joutuu toistuvasti työskentelemään myös oman tieteenalansa ja siihen liittyvien tieteenalojen rajapinnoilla. Saattohoidettaessa lääkäri määrää lääkityksen, sairaanhoitaja toteuttaa lääkehoidon ja seuraa sen vastetta. Oireenmukaiseen hoitoon sairaanhoitaja voi osastokohtaisten sopimusten mukaisesti antaa asiakkaalle esimerkiksi kipulääkettä ilman lääkärin määräystä. Tällöin sairaanhoitaja toimii oman tieteenalansa rajapinnalla itsenäisenä hoitotieteen asiantuntijana. Huolimatta mahdollisista lisäoikeuksista sairaanhoitajan tulee kuitenkin tunnistaa omat ammatilliset rajansa sekä tilanteet, joissa ne ovat vaarassa ylittyä. Opinnäytetyöprosessin aikana pohdimme, miten paljon sairaanhoitajan työnkuva on muuttunut jo meidän opintojemme alusta ja kuinka paljon se vielä tulee muuttumaan.

Jokaisella sairaanhoitajalla on oikeus ja velvollisuus ylläpitää omaa erityisosaamistaan. Oman tietotaitonsa arvioinnin ja kehittämisen lisäksi sairaanhoitajan tulee kyetä vastaamaan myös muiden henkilöiden tai ryhmien kehittymisestä tarpeen mukaan (Opetusministeriö 2009, 27–28, 46, 58–59). Työyhteisöissä sairaanhoitajilla on omia vastuualueitaan, joihin heillä on mahdollisuus perehtyä ja saada lisäkoulutusta. Saadusta erityisosaamisesta tarjotaan tietoa muulle henkilökunnalle esimerkiksi osastotuntien muodossa. Sairaanhoitaja jakaa omaa tietotaitoaan myös jokapäiväisessä työssään asiakkaita ja hänen läheisiään kohdatessa. Saattohoidossa asiakkaat läheisineen ovat emotionaalisesti hyvin herkässä tilassa, mikä sairaanhoitajan tulee osata ottaa huomioon. Kyky huomioida asiakkaan ja läheisen vointi sekä tarjota se, mitä he juuri sillä hetkellä tarvitsevat, ei ole mielestämme helppoa. Tämä vaatii herkkiä tuntosarvia, hyviä kommunikointitaitoja ja tunneälyä, mitä täytyy harjoitella ja ylläpitää koko työuran ajan. Ihmisten viestintätavat ovat, kuten ihmiset itsekin, hyvin persoonallisia ja suurin osa viestinnästä on nonverbaalista. Vuorovaikutuksellisen osaamisen kehittäminen on yksi tämän kehittämistyön tavoitteita ja jokainen kohtaaminen toisen yksilön kanssa antaa mahdollisuuden monipuolistaa ammatillista tietotaitoaan.

Kehitystyön edetessä tietomme saattohoidosta ovat syventyneet ja muuttuneet moniulotteisemmiksi. Meillä on jo jonkin verran kokemusta saattohoidosta niin oman työhistorian kuin henkilökohtaisen elämäntien kautta. Tämä on mahdollistanut teorian peilaamisen omiin kokemuksiimme. Teoriasta on noussut yhtymäkohtia käytäntöön, kuten riittävä yksityisyyden huomioiminen ja hoitajan läsnäolon tärkeys. Teoria on nostanut esiin myös ristiriitoja, kuten henkilöstömitoituksen riittämättömyys suhteessa saattohoidon ihanteeseen kiireettömyydestä. Koulutuksella ja hoitotoiminnan organisoinnilla voidaan nykyisilläänkin voimavaroilla kehittää merkittävästi palliatiivista hoitoa (Käypä hoito 2012a). Määrärahoja on vuotuisesti kiristetty julkisesta terveydenhuollosta, joka näkyy koulutusten vähentämisenä ja henkilöstömitoituksen pienenemisenä. Juuri henkilökunnan vähentäminen näkyy läheisten tyytymättömyytenä ja valitusten lisääntymisenä. Kiireettömän ilmapiirin luominen ja keskustelun

mahdollistaminen ovat perusedellytys toimivan hoitosuhteessa niin läheisen kuin asiakkaan kanssa. Tuleeko tässä olemaan yksi hoitotyön suurimpia haasteita, kun nykyresurseilla joudutaan jo nipistämään perushoidoista? Kuinka mahdollistetaan riittävästi aikaa kuolevan asiakkaan ja läheisen tukemiseen?

Uutena asiana kehitystyö toi meille pedagogisen näkökulman. Tähän astisessa opiskelussa olemme moninaiset kerrat saaneet reflektoida, millaisia oppijoita olemme. Nyt meidän oli laajennettava näkökulmaa myös siihen, millaista opetusmenetelmää käytettäisiin, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin erilaisia oppimistyyliä ja uudistaisi samalla gerontologisen hoitotyön opetusta. Simulointi on käytännöllinen metodi niin teoriataustan kuin käytännön osaamisen esille tuomiseen. Olemme huomanneet, että ryhmäoppimisen hyötynä on vertaistuki ja uusien näkökulmien löytyminen sekä tiedon jakaminen. Palautetta olemme pyytäneet useilta tahoilta, kuten esimerkiksi läheisiltämme kehittämistyöhömmä liittyen. Näiden pohjalta olemme kriittisesti suhtautuen muokanneet työtämme paremmin vastaamaan tarkoitustaan.

Opinnäytetyöprosessi ei sujunut ongelmitta. Haasteita matkaan toivat niin ryhmätyöskentely kuin opinnäytetyönaihekin, jotka molemmat muovautuivat prosessin edetessä. Aiheen uudelleen rajautuessa ja ryhmän saadessa lopullisen kokoonpanon, muuttui opinnäytetyön tekeminen toimivammaksi ja tasapuoliseksi työskentelyksi. Haastavuutta prosessiin ovat tuoneet vaihtelevat elämäntilanteet ja aikataulujen yhteensovittaminen. Työelämässä odotetaan hyviä yhteistyötaitoja ja erilaisten ihmisten odotetaan tulevan toimeen keskenään. Paineita kasataan varsinkin uusille työntekijöille, jotta he sopeutuisivat joukkoon. Oletuksena on, että läheisten, asiakkaiden ja työkavereiden kanssa tullaan toimeen. Sopeutuminen vaatii aikaa sekä uskallusta tarkastella tilannetta ennakkoluulottomasti. Näin on mahdollista huomata, jos jotain voisi itse tehdä toisin. Ryhmätyön perustana on saumaton yhteistyö, vaikka ollaankin välillä erimieltä asioista. Ryhmän toimivuuden, työn etenemisen ja keskinäisen luottamuksen ylläpitäminen vaatii avoimuutta. Avoimuutta on kertoa hyvissä ajoin, jos ei pysty tiettyä asiaa tekemään tai elämäntilanne on muuttunut. Jokaisella on oikeus yksityisyytensä, eikä tarvitse muille tarkentaa syitä. Ryhmätyö on kompromissien summa.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä tehdessä nousi esille teoriasta kuin mediastakin eutanasia-aihe, joka on aiheena varsin herkkä. Jatkotutkimuksena voisi tutkia suhtautumista eutanasiaan. Monikulttuurisuus olisi myös erittäin mielenkiintoinen aihe saattohoidossa olevilla. Hyvä tutkimus aihe olisi myös ensikäden tieto siitä, mitä mieltä läheiset ovat nykymuodossa toteutettavasta saattohoidosta. Kuinka he haluavat osallistua hoitoon ja millaisia valmiuksia heillä on olla mukana saattohoidossa. Hoitotahdon malleja on runsaasti, mutta kuitenkin se ei vielä ole yleisesti käytössä. Voisi olla hyvä tutkia, missä määrin ja kuinka hoitotahtoa käytetään. Lisäksi olisi hyvä selvittää millainen hoitotahto olisi toimiva nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä.

Itsemääräämisoikeus on keskeisimpiä arvoja hoidossa yleisesti ja sen toteutumista saattohoidossa olisi syytä tutkia. Opinnäytetyöprosessin aikana jäimme pohtimaan itsemääräämisoikeuden toteutumista saattohoidossa, kun itse ei pysty omaa mielipidettään ilmaisemaan. Saattohoito on siirtymässä muun hoidon tavoin kotihoitoon ja kotisairaaloihin. Olisi mielenkiintoista selvittää ihmisten ajatuksia ja suhtautumista asiaan. Hoitajien yleistä osaamista saattohoitoon liittyen olisi hyvä selvittää samoin halukkuutta ja tietoisuutta saattohoidon erityispätevyyteen kouluttautumisesta.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AHRAMO, Tarja ja YLILUOMA, Laura. 2012. Hengellisyys saattohoidossa: Karinakodin potilaiden ja omaisten ajatuksia [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2013-11-25].

sa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50014/Hengellisyys%20saattohoidossa%20Ahramo%20Tarja%20ja%20Yliluoma%20Laura%202012.pdf?sequence=1>

ANGELO, Jennifer K; EGAN, Richard ja REID, Kate. 2013. Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study. International Journal of Palliative Nursing [digilehti] Vol 19, No 8, 383-388. [Viitattu 2013-07-29]. Saatavissa: [http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia-](http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=21f52177-f9fb-4045-bea3-586688259543%40sessionmgr112&vid=2&hid=125)

[amk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=21f52177-f9fb-4045-bea3-586688259543%40sessionmgr112&vid=2&hid=125](http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=21f52177-f9fb-4045-bea3-586688259543%40sessionmgr112&vid=2&hid=125)

ANTTONEN, Mirja Sisko. 2007. Saattohoidon laatu on mahdoton määritelmä [verkkajulkaisu]. [Viitattu: 2013-11-28].

sa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2008/muut_artikkelit/saattohoidon_laatu_on_mahdoton_m/

ANTTONEN, Mirja Sisko, KVIST, Tarja ja NIKKONEN, Merja 2009. Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. Tutkimusartikkeli lehdessä Hoitotiede 2009. Vol 21, no 1, ss.45-53.

BAUSEWEIN, C, DAVESON, B, BENALIA, H, SIMON, ST ja HIGGINSON, IJ. 2011. Outcome measurements in palliative care. The essentials. Opas. PRISMA hanke (Reflecting the Positive Diversities of European Priorities for Research and Measurement in End-of-Life Care). European Association of Palliative Care [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-02-02].

sa: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=-T62WTgTHtU%3d&tabid=1577>

EPIPHANIOU, Eleni; HAMILTON, David; BRIDGER, Susanne; ROBINSON, Vicky; ROB, George; BEYNON, Teresa; HIGGINSON, Irene ja HARDING, Richard. 2012. Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support. International journal of Palliative Nursing [digilehti] Vol 18, No 11,541-545. [Viitattu 2013-07-29] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ad2bdb19-6366-4719-8914-e54e879385ba%40sessionmgr198&vid=2&hid=125>

ERIKOISSAIRAANHOITOLAKI. L 1989/1062. Finlex [verkkajulkaisu]. [viitattu 2014-04-29]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

ERJANTI, Helena, ANTTONEN, Mirja Sisko, GRÖNLUND Arja ja KIURU Susanna (toim.) 2014. Palliativisen ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n ja Suomen Palliativisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisu. Fioca Oy, Helsinki.

ETENE 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa [verkkajulkaisu]. ETENE-julkaisuja 4. korjattu 2. painos. [Viitattu 2013-11-07]

sa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf

ETENE 2008. Vanhus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. 2. painos [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-04-01].

sa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

GRÖNLUND, Elina ja HUHTINEN, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

HANNIKAINEN, Petri 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Julkaisussa: GRÖNLUND, Elina, ANTONEN, Mirja Sisko, LEHTOMÄKI, Susanna ja AGGE, Eva (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

HAUTSALO, Paula 2013. Sairaanhoidajien kokemuksia työskentelystä ja hoitotyön kehittämisestä saattohoito-osastolla. "Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä". Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-09-04]

sa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65132/Hautsalo_Paula.pdf?sequence=1

HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

HEIKKINEN, Hannu L.T., TYNJÄLÄ, Päivi ja JOKINEN, Hannu 2012. Vermen teoreettiset perusteet ja toimintaperiaatteet. Julkaisussa: HEIKKINEN, Hannu L.T., JOKINEN, Hannu, MARKKANEN, Ilona ja TYNJÄLÄ, Päivi (toim.) Osaaminen jakoon. Vertaisryhmämentorointi opetuslalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

HEISKANEN, Tarja; HAMUNEN, Katri ja HIRVONEN, Outi 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Duodecim [digilehti] 129, 385–92. [Viitattu 2014-05-13]

sa: <http://www.digipaper.fi/duodecim/107312/>

HILDÉN, Hanna-Mari 2006. Hoitotahto. Julkaisussa: HÄNNINEN, Juha (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

HIRUY, Kirus ja MWANRI, Lillian 2014. End-of-life experiences and expectations of Africans in Australia: Cultural implications for palliative and hospice care. Nursing Ethics [digilehti] Vol 21 No2, 187–197. [Viitattu 2014-09-04] Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e73bb8db-8bf7-4d7e-af7e-8d3a9a320505%40sessionmgr4005&vid=6&hid=4204>

HOLMIA, Silja; MURTONEN, Irja; MYLLYMÄKI, Hannele ja VALTONEN, Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. Uudistettu painos. Helsinki: WSOY

HOLST, Lone, LUNDGREN, Maren, OLSEN, Lutte ja ISHOY, Torben 2009. Dire deadlines – coping with dysfunctional family dynamics in an end-of-life care setting. Tutkimusartikkeli lehdessä International Journal of Palliative Nursing 2009, Vol 15, No 1. ss. 34-41.

HYVÄRINEN, Marja-Leena, VAAJOKI, Anne, RUTH, Katri ja SAARANEN, Terhi 2013. Simulaatio oppimismenetelmänä hoitotieteen vuorovaikutuskoulutuksessa – kokemuksia Itä-Suomen yliopistosta. Yliopistopedagogiikka 2/2013, vuosikerta 20, nro 2. Peda-forum. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-03-17] Saatavissa: <http://lehti.yliopistopedagogiikka.fi/2013/10/02/simulaatio-oppimismenetelmana-hoitotieteen-vuorovaikutuskoulutuksessa-kokemuksia-ita-suomen-yliopistosta/>

HÄNNINEN, Juha 2011a. DNR vai AND? Pääkirjoitus. Lääkärilehti 41/2011. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-04-23].

sa: http://www.laakarilehti.fi/kommentti/?type=7/news_id=11102/DNR+vai+AND?

HÄNNINEN, Juha. 2011b. Eutanasia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkojulkaisu]. [viitattu 2012-11-29].

sa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99474&p_haku=eutanasia

HÄNNINEN, Juha 2012a. Saattohoito-opas - potilaan ja omaisen opas [verkkojulkaisu]. Etelä-Suomen syöpäyhdistys. 13. uudistettu painos. [Viitattu 2013-11-07] Saatavissa: <http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/160bee3c4c762eb9a016bdf074335dc/1383825685/application/pdf/78548733/Saattohoito-opas%202012%20.pdf>

HÄNNINEN, Juha ja RAHKO, Eeva 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim [digilehti] 129, 433–9. [viitattu 13.5.2014] Saatavissa: <http://www.digipaper.fi/duodecim/107312/>

HÄNNINEN, Juha. 2012b. Eutanasia - hyvä kuolema. Helsinki: Duodecim.

IDMAN, Irja 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. Duodecim [digilehti] 129, 403–9. [viitattu 13.5.2014] Saatavissa: <http://www.digipaper.fi/duodecim/107312/>

ILVONEN, Katja 2009. Kehittäminen. Onnistuneen kehittämistyön edellytykset. Julkaisussa: VOUTILAINEN, Päivi ja TIIKKAINEN, Pirjo (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

JUNTUNEN, Anitta 2010. Kuolevan kohtaaminen. Julkaisussa: ABDELHAMID, Pirkko, JUNTUNEN, Anitta ja KOSKINEN, Liisa. Monikulttuurinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOYPro Oy.

KAN, Suvi ja POHJOLA, Leena. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KANANEN, Jorma 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkea koulu.

KANKKUNEN, Päivä ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYPro Oy.

KANSANTERVEYSLAKI. L 1972/66. Finlex [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-04-29].
sa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

KASSARA, Heidi; PALOPOSKI, Sanna; HOLMIA, Silja; MURTONEN, Irja; LIPPONEN, Varpu; KETOLA, Marja-Liisa ja HIETANEN, Helvi 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

KELLOMÄKI, Marjaana 2013. Simulaatio hoitotieteen asiantuntijan vuorovaikutuskoulutuksessa – opiskelijoiden kokemuksia. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-04-20].
sa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130530/urn_nbn_fi_uef-20130530.pdf

KETTUNEN, Noora 2014. Simulaatio-opetus terveysalan koulutuksessa. Ammattikorkeakouluopettajien kokemuksia. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Metropolia Ammattikorkeakoulu [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-04-20].
sa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/83093/simulaatio.pdf?sequence=1>

KOKKONEN, Paula; HOLI, Tarja ja VASANTOLA, Satu. 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum.

KONTKANEN, Eeva 2014. Kuolevan potilaan läheisen tukeminen. Julkaisussa: ERJANTI, Helena, ANTONEN, Mirja Sisko, GRÖNLUND Arja ja KIURU Susanna (toim.) 2014. Palliatiivisen ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n ja Suomen Palliatiivisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisu. Helsinki: Fioca Oy.

KORHONEN, Tarja ja POUKKA, Paula 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim [digilehti] 129, 440–5. [viitattu 2014-05-14] Saatavissa: <http://www.digipaper.fi/duodecim/107312/>

KÄRPÄNNIEMI, Raija ja HÄNNINEN, Päivi 2004. Omaisten tukeminen. Julkaisussa: VAINIO, Anneli ja HIETANEN, Päivi (toim.) Palliatiivinen hoito. Tukihoito, saattohoito ja oireenmukainen hoito. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 269–271.

KÄYPÄ HOITO 2012a. Kuolevan potilaan oireiden hoito. [verkkojulkaisu] Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-11-07]
sa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063>

KÄYPÄ HOITO 2012b. Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito. [verkkajulkaisu] Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim[verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-13-07]

sa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak07811>

LAACKONEN, Marja-Liisa, HÄNNINEN, Juha ja PITKÄLÄ, Kaisu 2010. Kuolevan oireiden hoito. Julkaisussa: TILVIS, Reijo, PITKÄLÄ, Kaisu; STRANDBERG, Timo; SULKAVA, Raimo ja VIITANEN, Matti (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 469–474.

LAINNE, Anne, RUISSHALME, Outi, SALERVO, Pirjo, SIVÉN, Tuula ja VÄLIMÄKI, Päivi. 2009. Opi ja ohjaa. Sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LAITINEN, Marja-Liisa 2014-03-13. Geriatri. [Haastattelu] Kuopio: Kuopion kaupunki, Harjulan sairaala.

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA 17.8.1992/785. Finlex [verkkajulkaisu]. [viitattu 2014-04-29]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>

LEES, Carolyn, MAYLAND, Catriona, WEST, Angela ja GERMAINE, Alison 2014. Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers. Tutkimusartikkeli lehdessä International Journal of Palliative Nursing 2014. Vol.20, no 2, ss. 63-67.

LEHTO, Juhon; ANTTONEN, Anu ja SIHVO, Eero 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. Duodecim [digilehti] 129, 395–402. [viitattu 13.5.2014]

sa: <http://www.digipaper.fi/duodecim/107312/>

LINDSTÖR, Ritva-Liisa. 2012. Saattohoito. Kustannus Oy Duodecim [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2012-11-15].

sa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01690&p_haku=saattohoito

LIPPONEN, Varpu. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitaja hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

MUISTILIITTO i.a. Hoitotahtoni [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-03-31].

sa: <http://www.muistiliitto.fi/files/4914/1898/2659/MUISTILIITTO-Hoitotahto-paivitetty-FIN-12-2014-WEB.pdf>

NIEMI, Sara 2008. Hoitajien kokemuksia saattohoidosta. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu[verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-02-02].

sa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/13396/2009_samk_niemi_sara.pdf?sequence=1

NORO, Anja 2009. Palvelutarve- ja asiakasrakenneluokitus – Tarkempaa tietoa asiakkaista?. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-11-21].

sa: http://www.thl.fi/attachments/rai/2009/Palvelutarve_ja_asiakasrakenneluokitus_tarkempaa_tietoa_asiakkaista_18032009.pdf

OPETUSHALLITUS i.a. Mentorointi [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-01-14].

sa: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/mentorointi

OPETUSMINISTERIÖ 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:24. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-02-09].

sa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIIRIN KUNTAYHTYMÄ (PPSHP) 2010. Ohje elvyttämättä jättämisestä (DNAR) koskevan päätöksen toteutuksesta PPSHP:n alueella. Oulun yliopistollinen sairaala [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-04-23].

sa: https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/19224_ohje_elvyttamatta_jattamisesta.pdf

RANTANEN, Sanna 2008. Hoitajien kokemuksia saattohoidosta Lahden kotisairaalassa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu/ Lahti [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-02-02].

sa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lahti2008/239fb1_Lahti_Rantanen_2008.pdf

SAIRAANHOITAJALIITTO 2014. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-04-09].

sa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

SALANTERÄ, Sanna, HEIKKINEN, Katja, KAUPPILA, Marja, MURTOLA, Laura-Maria ja SILTANEN, Hannele 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeinen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-10-23]. Saatavissa:

http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

SAND, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU i.a.a. Tutustu Savoniaan [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-03-18].

Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/tutustu-savoniaan>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU i.a.b. Koulutukset ja valintaperusteet [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-03-20]. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/hakijalle/koulutusohjelmat>

SAVONIA AMMATTIKORKEAKOULU i.a.c. Opetussuunnitelmat. TN14SA Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. Opintojaksokuvaus. Gerontologinen hoitotyö ja kotihoito [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-11-21].

sa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=771&tab=6&krtid2=55181>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU i.a.d. Opetussuunnitelmat. THA13S Hoitotyön koulutusohjelma (aikuskoulutus). Osaamistavoitteet [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-02-09].

sa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=370&tab=2>

SIIDOROV, Noora 2013. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotahdosta potilaan hoidossa. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-03-27].

sa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65334/Noora_Siidorov_hoitotahto_.pdf?sequence=1

SILEN-LIPPONEN, Marja 2015-04-01. Simulaatio opettaja. [Haastattelu] Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. [Viitattu 2013-11-07].

sa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf

SUOMEN EKONOMILIITTO i.a. Mentoroinnissa kokenut ekonomi sparraa ja tukee ammatillisesti [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-01-14]. Saatavissa: <http://www.sefe.fi/mentorointi>

SUOMEN PERUSTUSLAKI. L 1999/731. Finlex [verkkajulkaisu]. [viitattu 2014-04-29].

sa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>

TANSKANEN, Jaana 2004. Saattohoitopäätöksen tekeminen. Julkaisussa: HEIKKINEN, Helena, KANNEL, Virpi ja LATVALA, Eila (toim.) Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy, 23–31.

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2015a. Hoitotahto [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-03-31].

Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotestamentti>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2015b. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-01-21]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS i.a. Hoitotahto [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-03-31]. Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/10531/1722924/Hoitotahto_2015_korjattu.pdf/b369e631-cd12-4b17-ad81-4ad8a671d9bc

TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 2010/1026. Finlex [verkkajulkaisu]. [viitattu 2014-04-29].
sa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P4>

TIKKAINEN, Pirjo 2009. Koulutuksen rooli gerontologisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä. Julkaisussa VOUTILAINEN, Päivi ja TIKKAINEN, Pirjo (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYPro Oy, 313–332.

TILASTOKESKUS 2014. Liitetaulukko 1. Kuolleet kuukausittain 2003-2013 [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-10-02]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/kuol/2013/kuol_2013_2014-04-08_tau_001_fi.html

TILVIS, Reijo 2010. Vanhenemisen tutkimuksesta. Julkaisussa: TILVIS, Reijo, PITKÄLÄ, Kaisu; STRANDBERG, Timo; SULKAVA, Raimo ja VIITANEN, Matti (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–18.

TOIKKO, Timo ja RANTANEN, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

TUOVINEN, Riku ja KOSKINEN, Pekka. 2013. Strukturoitu pienryhmätyöskentely vapauttaa keskusteluun. Pienryhmässä uskaltaa enemmän. Kehittämis hankkeen kuvaus. Julkaisussa: JÄÄSKELÄ, Päivikki, KLEMOLA, Ulla, LERKKANEN, Marja-Kristiina, POIKKEUS, Anna-Maija, RAUSKU-PUTTONEN, Helena ja ETELÄPELTO, Anneli (toim.) Yhdessä parempaa pedagogiikkaa. Interaktiivisuus opetuksessa ja oppimisessä. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimislaitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2012-11-10]
sa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

TYNJÄLÄ, Päivi ja VIRTANEN, Anne. 2013. Vuorovaikutteinen opetus osana integratiivista pedagogiikkaa. Julkaisussa: JÄÄSKELÄ, Päivikki, KLEMOLA, Ulla, LERKKANEN, Marja-Kristiina, POIKKEUS, Anna-Maija, RAUSKU-PUTTONEN, Helena ja ETELÄPELTO, Anneli (toim.) Yhdessä parempaa pedagogiikkaa. Interaktiivisuus opetuksessa ja oppimisessä. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimislaitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 89–99.

TYNJÄLÄ, Päivi. 2007. Integratiivinen pedagogiikka osaamisen kehittämisessä. KOTILA, Hannu; MUTANEN, Arto ja VOLANEN, Matti Vesa (toim.) Teoksessa: Taidon tieto. Edita Prima Oy, Helsinki: Edita Prima Oy, 11–36.

TYNJÄLÄ, Päivi. 2009. Integratiivinen pedagogiikka ja opetusharjoittelu. Luentosarja [verkkojulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. [Viitattu 2015-01-12].

sa: <http://www.helsinki.fi/okl/opetusharjoittelu/Integrative%20pedagogy-opetusharjoittelusymposiumi.pdf>

VAINIO, Anneli 2004a. Lääketieteen kehitys ja kuolevan potilaan hoito. Julkaisussa: VAINIO, Anneli ja HIETANEN, Päivi (toim.) Palliatiivinen hoito. Tukihoito, saattohoito ja oireenmukainen hoito. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 16–19.

VAINIO, Anneli 2004b. Oireiden esiintyvyys. Julkaisussa: VAINIO, Anneli ja HIETANEN, Päivi (toim.) Palliatiivinen hoito. Tukihoito, saattohoito ja oireenmukainen hoito. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 54–57.

VAINIO, Anneli 2009. Kivun säätely [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. Duodecim. [Viitattu 2014-10-22] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00016

VALLI, Raine 2007. Kyselylomaketutkimus. Julkaisussa: VALLI, Raine, AALTONEN, Juhani (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-Kustannus, 102–125.

VALVIRA 2015a. Muistutus tai kantelu. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-03-17].

sa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/muistutus_tai_kantelu

VALVIRA 2015b. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-04-14].

sa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta

VALVIRA 2015c. Saattohoito. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-03-17].

sa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

VARPULA, Marjut, SKRIFVARIS, Markus ja VARPULA, Tero 2006. Milloin en yritä elvyttää? Näin hoidan. Duodecim vol. 122. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-03-17]. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96143.pdf>

VENEJÄRVI, Riitta 2008. Koulutus- ja tutkimusyhteistyö palliatiivisessa hoidossa. Julkaisussa: MYLLER, Henna (toim.) Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Pohjois-

Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita, 25. 2. painos. Joensuu: Yliopistopaino, 34–41.

VIITALA, Riitta ja JYLHÄ, Eila 2013. Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta. [e-kirja] Helsinki: Edita Publishing Oy. [Viitattu 2015-03-30] Saatavissa: www.ellibs.com.

VILKKA, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VILKKA, Hanna 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-11-26]. Saatavissa: http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VÄÄTÄINEN, Eija, NIIRANEN, Hanna, BLOM, Erja, LUUKKONEN, Raili ja HIRVONEN, Pirkko 2014. Asumispalvelut. Perehdytysuunnitelma. Kuopion kaupunki.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2015. Cancer. WHO Definition of Palliative Care [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-04-14]. Saatavissa: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

LIITE 1: ESIMERKKI SIMULAATIOHARJOITTEESTA

<p>Simulaatioharjoituksen aihe: Läheisen kohtaaminen saattohoidossa - hoitopalaveri</p>
<p>Opiskelijan valmistautuminen harjoitukseen:</p> <p>Opiskelija on perehtynyt saattohoidon perusteisiin ja oireenmukaisen hoidon toteutukseen. Pitkäaikaissairaana potilaan hoitotyön perusteet tulee olla hallussa sekä tulee tuntea lääkehoidon perusteet, keskeiset geriatriset sairaudet ja niiden hoito, kuntouttava hoitotyö ja lisäksi käsitteet saattohoitopäätös, DNR/DNAR.</p>
<p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Opiskelija saa selvitettyä saattohoidon keskeisen sisällön ja asiakkaan tilanteen hienovaraisesti, asiallisesti ja informatiivisesti läheiselle -Opiskelija osaa selittää mitä saattohoito on ja avata terminologian -Opiskelija osaa kohdata ja kommunikoida saattohoidossa olevan asiakkaan ja läheisten kanssa luontevasti -Opiskelija kykenee toimimaan kunnioittavasti ja eettisesti läheisten voimavarat huomioiden sekä niitä tukien. -Opiskelija tuntee ammatilliset rajansa ja osaa tarvittaessa konsultoida lääkäriä.
<p>Ohjaajien roolit: Seuraa tilannetta ja tarvittaessa ohjaa tilannetta eteenpäin. Antaa palautetta keskustelusta, sen tasosta ja huomioi asiasisällön. Tarvittaessa ohjaaja katkaisee tilanteen.</p> <p>Simulaatiossa toimivien roolit:</p> <p>Läheisiä 1-2 seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> o 52-vuotias poika Tauno on ammatiltaan sähköasentaja. Hän on esikoinen ja isä on hänelle hyvin rakas. Tauno asuu vanhempien kanssa yrityksensä tehtyä konkurssin ja vaimon otettua eron muutama vuosi sitten. Taunolla on suurta epävarmuutta tilanteeseen, jonka takia hän suhtautuu hoitohenkilökuntaan aggressiivis-sävytteisesti. o 43-vuotias tytär Anneli on perheen kuopus. Tytär ei ole nähnyt vanhempiaan vuosiin asuttuaan Tukholmassa ja työskentelee myymäläpäällikkönä alkoholin sisäänostajana. Yhteyttä hän on pitänyt puhelimitse lähinnä äitinsä kanssa. Tyttären perhe asuu Tukholman lähiössä. Tytär on ylisuojeleva isäänsä kohtaan ja kieltää itseltään isänsä kuoleman lähestymisen. o 68-vuotias vaimo Kerttu on elänyt riitasan avioliiton ja elämä alkoholistin vaimona on väritänyt hänen uransa kaupan kassana. Vaimo asuu pariskunnan rintamamiestalossa poikansa kanssa miehen jouduttua sairaalaan. Kerttu on helpottunut kun miehensä ei ole enää kotona, muttei ilmaise sitä lastensa vuoksi. Kerttu suhtautuu tilanteeseen kylmän viileästi. <p>Tarkkailija voi tulla paikalle tai hänelle voi soittaa kun halutaan erityisosaamista paikalle</p> <ul style="list-style-type: none"> o osaston hoitava lääkäri Tuovi Penttinen 47 vuotias työskennellyt osastolla 7vuotta

Lähtötilanne ja siihen liittyvät ongelmat.

Taustaa Antero on 77 vuotias aikanaan sairaseläkkeelle jäänyt maalari. Hän sairastaa metabolista oireyhtymää, hyperkolesterolemia, hypertensiota ja kakkostyyppin diabetes mellitusta. Hän on saanut massiivisen subaraknoidaalivuodon kolme kuukautta sitten kaaduttuaan humalassa jäisellä tiellä. Perheeseen kuuluu vaimo ja kaksi aikuista lasta. Hän on asunut vaimonsa kanssa maaseudulla rintamamies talossa. Vaimon mukaan Antero käyttää alkoholia runsaasti, vaimon arvion mukaan noin 2-3 litraa kirkasta viikossa ja joitakin oluita päälle.

Anterolle on tehty useita aivoleikkauksia sekä magneettikerroskuvaksia, joissa on todettu, ettei leikkauksista tai muista hoidoista ole enää lääketieteellistä hyötyä. On myös todettu, että Antero jää todennäköisesti vegetatiiviseen tilaan, jonka takia hänet on siirretty terveyskeskuksen vuodeosastolle. Aktiivinen kuntoutus on lopetettu tuloksettomana. Antero on edelleen vuodepotilaana hoidettava neliraajahalvauksen takia. Anteroon ei saada spontaania kontaktia. Ajoittain hän aukoo silmiään, kohdistamatta niitä selkeästi mihinkään. Myös raajoissa on ajoittaista spastista nykinää. Nieleminen ei onnistu nielupareesin takia vaan ravitsemus tapahtuu enteraalisesti. Ajoittain ravitsemusliuosta nousee ylös ruokatorveen, jonka seurauksena hän on aspiroinut ruokaa. Anterolle on tullut aspiraatio pneumonia, jonka seurauksena Anteron yleis-tila laskee ja kuolema on korkeintaan viikkojen päässä. Anterolla on DNAR päätös tehtynä ja saattohoitopäätös aiotaan tehdä, josta läheisille lääkärin toimesta ilmoitettu. Tällä hetkellä hänellä on lääkkeenä iv antibiootti pneumonian hoitoon ja tarvittaessa kipulääke. Ravitsemuksena hänellä menee Nutrison multifibre 2000ml/vrk enteraalisesti.

Läheiset ovat käyneet säännöllisesti Anteron luona ja heillä on mielikuva, että spastiset nykinät ovat merkkejä kuntoutumisesta ja silmät aukeaa heidän mielestään spontaanisti ja tällätavalla Antero ottaa kontaktia heihin. Läheisten mielestä kuntoutusta ei toteuteta tarpeeksi ja lisäksi heidän mielestään pneumoniaa ei hoideta riittävän tehokkaasti.

Toimintaympäristön lavastaminen ja varattava välineistö:

Tuolit kaikille osallistujille. Nukke tuettuna tynyillä/tuilla, sänkyyn. Nukella iv. nesteytys ja nenämahaletku. Läheisillä on omat vatteet. Hoitajalla kynätasku, jossa toimivia kyniä, potilastietolomake ja mittari. Hoitajan uniformut työparille+ lääkärin takki (tarkailijalle). Työkengät ja nimikyltti hoitajilla. Potilas pöydällä on hammashoito välineet kaarimalja, pumpulipuikkoja suun kostutukseen, nenämahaletkun huuhtomis ruisku ja infusomat. DINIT saatavilla. Läheiset ovat tuoneet isälle suklaata ja halusivat antaa siitä isälle.

Ohjeistus simulaatiossa toimiville:

Taustaa Antero on 77 vuotias aikanaan sairaseläkkeelle jäänyt maalari. Hän sairastaa metabolista oireyhtymää, hyperkolesterolemia, hypertensiota ja kakkostyyppin diabetes mellitusta. Hän on saanut massiivisen subaraknoidaalivuodon kolme kuukautta sitten kaaduttuaan humalassa jäisellä tiellä. Perheeseen kuuluu vaimo ja kaksi aikuista lasta. Hän on asunut vaimonsa kanssa maaseudulla rintamamies talossa. Vaimon mukaan Antero käyttää alkoholia runsaasti, vaimon arvion mukaan noin 2-3 litraa kirkasta viikossa ja joitakin oluita päälle.

Anterolle on tehty useita aivoleikkauksia sekä magneettikerroskuvaksia, joissa on todettu, ettei leikkauksista tai muista hoidoista ole enää lääketieteellistä hyötyä. On myös todettu, että Antero jää todennäköisesti vegetatiiviseen tilaan, jonka takia hänet on siirretty terveyskeskuksen vuodeosastolle. Aktiivinen kuntoutus on lopetettu tuloksettomana. Antero on edelleen vuodepotilaana hoidettava neliraajahalvauksen takia. Anteroon ei saada spontaania kontaktia. Ajoittain hän aukoo silmiään, kohdistamatta niitä selkeästi mihinkään. Myös raajoissa on ajoittaista spastista nykinää. Nieleminen ei onnistu nielupareesin takia vaan ravitsemus tapahtuu enteraalisesti. Ajoittain ravitsemusliuosta nousee ylös ruokatorveen, jonka seurauksena hän on aspiroinut ruokaa. Anterolle on tullut aspiraatio pneumonia, jonka seurauksena Anteron yleis-tila laskee ja kuolema on korkeintaan viikkojen päässä. Anterolla on DNAR päätös tehtynä ja saattohoitopäätös aiotaan tehdä, josta läheisille lääkärin toimesta ilmoitettu. Tällä hetkellä hänellä on lääkkeenä iv antibiootti pneumonian hoitoon ja tarvittaessa kipulääke. Ravitsemuksena hänellä menee Nutrison multifibre 2000ml/vrk enteraalisesti.

Tulette työparina huoneeseen vuoron vaihduttua ja tiedätte Anterolla olevan läheisiä käymässä. Poika on ollut yleensä hyökkäävä isänsä asioihin liittyen. Heidän kanssaan ei ole vielä keskusteltu saattohoito asioista. Tauno on usein ollut pitämässä isäänsä kädestä kiinni ja juttelemassa hänelle. Tarvittaessa voi pyytää konsultaatio apua lääkäriltä.

Ohjeistus tarkkailijoille:

- Vuorovaikutus läheisen kanssa
- Saattohoidon teoreettisen tiedon esille tuleminen
- Terminologian avaaminen läheisille ymmärrettävästi
- Läheisen voimavarat huomioiva suhtautuminen
- Asiakkaan huomioiminen
- Lähtekö mukaan läheisen oireiluun - johdonmukaisuus tilanteessa
- Tuntee omat ammatilliset rajansa ja osaa konsultoida lääkäriä tarvittaessa.

Simulaatioharjoituksen eteneminen ja hyväksytyt hoitokäytännöt:

Simulaatioharjoituksen keskeinen sisältö:

- Saattohoito asioiden läpikäyminen ymmärrettävästi: siirtyminen saattohoitoon, saattohoitopäätös, pneumonian hoito, DNR/DNAR-päätös, kivunhoito, perushoito, hoitotestamentti
- Läheisten huomioiminen ja heidän tukeminen
- Läheisten kyky ottaa vastaan ja hyväksyä tilanne, sekä halu osallistua hoitoon (voi kartoittaa esim.tähän opinnäytetyöhön luodulla mittarilla)
- Omien ammatillisten rajojen tunteminen ja tarvittaessa taito konsultoida lääkäriä

Varasuunnitelma, (jos simulaatioharjoitus ei etene suunnitelman mukaan, mitä tehdään)

Tarvittaessa keskeytetään harjoitus, kerrataan asiat nopeasti ja aloitetaan alusta. Simulaatiossa toimivat voivat ohjata keskustelua oikeaan suuntaan.

Jos ei löydy (oikeita) faktoja asiasta, niitä voidaan kerrata yhdessä ryhmän kanssa.

Jos simulaatio jumittaa, ohjaaja voi antaa tarvittaessa lisätietoja tilanteesta, esim. labratuloksia.

Harjoituksen päättämiskriteerit

Keskustelussa läheisen kanssa keskeiset asia sisällöt on käyty lävitse.

Kuvailevan vaiheen kysymykset (Esim.) - miltä tuntui? - mitä tilanteessa tapahtui? - mikä meni hyvin (vain yksi asia/opiskelija)?	Avainsanat palautetta varten
Analyysivaiheen kysymykset (Esim.) - miten tavoitteiden mukainen toiminta onnistui? - mitkä tekijät vaikuttivat siihen, että toimittiin onnistuneesti? - mitä olisi voinut tehdä toisin? Miksi? - jäikö jotain huomioimatta? Oliko sillä vaikutusta tilanteen etenemiseen?	
Soveltavan vaiheen kysymykset (Esim.) - mitä opittiin ja kuinka voidaan hyödyntää opittu tulevaisuudessa?	

2. LÄHEISENNE SAATTOHOIDON TOTEUTUMINEN

11. Tiedätkö mitä saattohoito on ja mitä se tarkoittaa?

- 1) Kyllä 2) Ei 3) En tiedä

12. Tiedätkö onko läheisellenne tehty saattohoitopäätös ja mitä se tarkoittaa?

- 1) Kyllä 2) Ei 3) En tiedä

13. Tiedätkö onko läheisellenne tehty DNR- tai DNAR –päätös ja mitä se tarkoittaa?

- 1) Kyllä 2) Ei 3) En tiedä

14. Onko läheisenne tehty hoitotestamentti?

- 1) Kyllä 2) Ei 3) En tiedä

15. Onko kanssanne käyty hoitoneuvotteluja hoidon linjauksista ja periaatteista?

- 1) Kyllä 2) Ei 3) En tiedä

16. Kuunnellaanko teidän ja läheisenne ajatuksia hoitoyksikössä?

- 1) Kyllä 2) Ei 3) En tiedä

17. Miten koette läheisenne itsemääräämisoikeuden toteutuvan hoitoyksikössä?

- 1) Hyvin
2) Melko hyvin
3) Melko huonosti
4) Huonosti

18. Kuinka monen hengen huoneessa läheisenne on? _____

19. Miten koette huonejärjestelyn toimivan?

- 1) Hyvin
2) Melko hyvin
3) Melko huonosti
4) Huonosti

20. Miten koette läheisenne "yksilöllisyyden" otettavan huomioon hoidossa?

- 1) Hyvin
2) Melko hyvin
3) Melko huonosti
4) Huonosti

21. Miten koette läheisenne perushoidon toteutuvan / toteutuneen?

- 1) Hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) Melko huonosti
- 4) Huonosti

22. Miten koette oireiden mukaisen hoidon toteutuvan/toteutuneen

- 1) Hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) Melko huonosti
- 4) Huonosti

23. Miten koette lääkehoidon toteutuvan/toteutuneen?

- 1) Hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) Melko huonosti
- 4) Huonosti

24. Miten koette kivun hoidon toteutuvan/toteutuneen?

- 1) Hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) Melko huonosti
- 4) Huonosti

3. OSALLISTUMISENNE LÄHEISENNE HOITOO

25. Miten hyvin koette saavanne tietoa läheisenne voinnista?

- 1) Hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) Melko huonosti
- 4) Huonosti

26. Miten osallistutte läheisenne hoitoon/saattohoitoon tällä hetkellä?

Voitte valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

Osallistun läheiseni hoidossa tällä hetkellä:

- 1) Ruokailussa avustamiseen
- 2) Puhtaudesta huolehtimiseen
- 3) Asennon vaihtamiseen ja korjaamiseen
- 4) Osastolla liikkumisessa avustamiseen/ ulkoiluun
- 5) Suun puhtaudesta huolehtimiseen/ kostutteluun

6) Olemalla läsnä

7) Muulla tavoin, miten?

27. Mitkä asiat vaikuttavat teidän osallistumiseenne läheisenne hoitoon? (esimerkiksi etäisyys, oma terveydentila)

28. Miten haluaisitte osallistua läheisenne hoitoon ja saattohoitoon?

Voitte valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

Haluaisin osallistua läheiseni hoidossa:

- 1) Ruokailussa avustamiseen
- 2) Puhtaudesta huolehtimiseen
- 3) Asennon vaihtamiseen ja korjaamiseen
- 4) Osastolla liikkumisessa avustamiseen/ ulkoiluun
- 5) Suun puhtaudesta huolehtimiseen/ kostutteluun
- 6) Olemalla läsnä
- 7) Muulla tavoin, miten?

29. Onko teille tai läheisenne tarjottu psyykkistä tukea hoitoyksikössä?

- 1) Kyllä 2) Ei 3) En tiedä

4. VAPAA OSIO

30. Mitä hyvä saattohoito mielestänne on? Tähän voitte kertoa, jos kyselyn pohjalta on noussut mieleenne läheisenne hoitoon liittyviä asioita.

KIITOS VASTAUKSISTANNE!