

Josefiina Juola & Marianne Kangas

Saattohoito-opas Attendo Kajaanin- Helmen hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyön raportti

Sairaanhoitaja

Terveys- ja hyvinvointiala

Kevät 2019



**KAMK • University
of Applied Sciences**

TIIVISTELMÄ

Tekijä(t): Juola Josefiina & Kangas Marianne

Työn nimi: Saattohoito-opas Attendo KajaaninHelmen hoitohenkilökunnalle

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK)

Asiasanat: saattohoito, kuolema, opas ja hoivakoti

Saattohoito on osa palliatiivista hoitotyötä, jota toteutetaan kuoleman välittömässä läheisyydessä. Tällöin elinaikaa on yleensä jäljellä enää joko päiviä tai viikkoja, eikä parantavaa hoitoa enää ole. Tärkeää on, että kuolema on ihmiselle arvokas ja turvallinen. Hyvässä, kokonaisvaltaisessa saattohoidossa huomioidaan asukkaan lisäksi omaiset. Tavoitteena on, että myös omaisille voidaan tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu.

Opinnäytetyömme on tuotettu Attendo KajaaninHelmelle. Attendo KajaaninHelmi on Kajaanissa sijaitseva ikääntyneiden hoivakoti. Tämä vaikutti työmme rajaamisen ikäihmisten saattohoitoon. Suurin osa yksikön saattohoidossa olevista asukkaista ovat muistisairaita, liikuntakyvyttömiä ja pitkäaikaisia vuodepotilaita.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tuotteistamisprosessia hyödyntäen saattohoito-opas Attendo KajaaninHelmen hoitohenkilökunnan työskentelyn tueksi. Tuottamamme opas antaa ohjeita erilaisiin toimintatapoihin saattohoitotyössä. Näitä ovat muun muassa lääkkeellinen tai lääkkeetön hoito. Tavoitteena on kehittää Attendo KajaaninHelmen hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja saattohoitotyön parissa. Näin taataan saattohoidossa oleville asukkaille mahdollisimman hyvä ja laadukas hoito aina kuolemaan saakka.

Opinnäytetyössämme saattohoitoa käsitellään hoitajan näkökulmasta. Perehdyimme saattohoidossa esiintyviin yleisimpiin oireisiin ja niiden hoitoon sekä erilaisiin tukimuotoihin, joita tarvitsevat niin asukas, omaiset kuin henkilökuntakin.

Jatkotutkimusehdotuksiksi esitimme oppaan omaisille läheisen kuoltua tai tutkimuksen hoitohenkilökunnan jaksamisesta saattohoitotyössä.

ABSTRACT

Authors: Juola Josefiina & Kangas Marianne

Title of the Publication: A Guidebook about end-of-life care to nursing staff at Attendo KajaaninHelmi

Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: end-of-life care, death, guide book, nursing home

End-of-life care is part of palliative care given when life expectancy is usually only days or weeks and no healing treatment is given any longer. It is important that death will be dignified and safe for the patient. In comprehensive end-of-life care patients' relatives are also taken into consideration.

The purpose of this thesis was to produce a guidebook for the staff at Attendo KajaaninHelmi to help them implement end-of-life care. Attendo KajaaninHelmi is a nursing home for elderly persons in Kajaani. Most residents at Attendo KajaaninHelmi are demented, immobilized and long-term bed patients. That is why this thesis was limited to focus on end-of-life care for elderly persons only.

The aim of this thesis was to provide the staff at Attendo KajaaninHelmi with advanced end-of-life care skills and knowledge. Thus, competent end-of-life care can be ensured to the residents. In this thesis end-of-life care is discussed from the nurses' perspective.

Various types of supportive help for the elderly, their relatives and staff are studied in this thesis. The most common symptoms and their medical and non-medical treatments in end-of-life care are also reported.

The research method was a functional study that aimed to create a product.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	1
2	IKÄIHMISEN SAATTOHOITO.....	3
2.1	Saattohoidon käsitteitä	5
2.2	Saattohoitoa ohjaavat lait ja säädökset.....	8
2.3	Yleisimmät oireet ja hoito	9
2.3.1	Kipu.....	9
2.3.2	Hengitystieoireet	12
2.3.3	Ruoansulatuskanavan oireet	13
2.3.4	Keskushermosto-oireet.....	17
2.3.5	Muut oireet	19
2.4	Kuolevan asukkaan tukeminen ja kohtaaminen	20
2.5	Omaisten tukeminen ja kohtaaminen	22
2.6	Moniammatillinen yhteistyö	24
2.7	Hoitohenkilökunnan jaksaminen.....	27
2.8	Kuolema.....	29
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
4	TUOTTEISTAMISPROSESSI OPINNÄYTETYÖSSÄMME	34
5	POHDINTA.....	39
5.1	Opinnäytetyön luotettavuus	40
5.2	Opinnäytetyön eettisyys	41
5.3	Oma ammatillinen kehittyminen	43
5.4	Työelämäyhteistyön onnistuminen ja arviointi sekä jatkotutkimusehdotukset	45
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kuoleminen on osa ihmisen elämänkaarta. Se on elämän päätepiste, joka tekee elämästä kokonaisuuden. Ikääntyneiden keskuudessa kuolemaa edeltää hyvin usein saattohoito, jonka toteuttaminen on yksi hoitajan perustaidoista. Jokaisessa hoitoyksikössä on oltava saattohoitoon perehtynyttä ammattihenkilökuntaa, sillä jokaisella on oikeus hyvään saattohoitoon. (Saattohoito n.d.; Härkönen 1989, 8-11.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä lievittää kärsimystä. Yksiköissä, joissa saattohoitoa toteutetaan, tulee olla valmiudet toteuttaa saattohoitoa valmiiksi laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Hyvät valmiudet kattavat muun muassa riittävän ammattitaidon sekä riittävät henkilöstöresurssit. Näin saattohoitoa kyetään toteuttamaan turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Hoitotyön tulee olla asiakaslähtöistä sekä eettisten arvojen ja periaatteiden mukaista, vaikka parantavaa hoitoa ei enää olisikaan. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 36-37; ETENE 2004a, 14; Hieta-nen 2015, 244-245; Saattohoito n.d.)

Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteen ja Vaasan keskussairaalan perusterveydenhuollon yksikön tutkimuksen mukaan hyvässä saattohoidossa ei hoideta vain fyysisiä oireita, vaan hoito tulee suorittaa ikäihmisen ja omaisten ehdoilla. (Ollila, S. 2015, 46.)

Opinnäytetyönämme tuotimme saattohoito-oppaan Attendo-konsernin yksikkö KajaaninHelmelle. Attendo KajaaninHelmi on Kajaanissa sijaitseva ikääntyneiden hoivakoti. Kohderyhmä vaikutti työmme rajaamiseen ikäihmisten saattohoitoon. Hoivakoti tarjoaa asukkailleen hoivapalveluiden lisäksi asumis- ja kuntoutuspalveluita. Suurin osa yksikön saattohoidossa olevista asukkaista on muistisairaita, liikuntakyvyttömiä ja pitkäaikaisia vuodepotilaita. Organisaatiossa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja mahdollisesti myös terveydenhoitajia, joten käytämme opinnäytetyössämme näistä yhteistä käsitettä ”hoitaja”. (Attendo KajaaninHelmi n.d.)

Toimeksiantajamme halusi oppaan saattohoidosta, sillä nykyisten linjausten mukaan asukkaalla tulee olla mahdollisuus asua hoivakodissa koko loppuelämänsä ajan. Attendo KajaaninHelmessä ei ole vielä aiempaa saattohoito-opasta. Työmme teoriatiedon olemme koonneet siten, että saattohoito kyetään toteuttamaan hoivakodissa, eikä se vaadi sairaalaolosuhteita.

Oppaan tavoitteena on kehittää Attendo KajaaninHelmen hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja saattohoitotyön parissa. Tämä takaa saattohoidossa oleville asukkaille mahdollisimman hyvän ja laadukkaan hoidon aina kuolemaan saakka. Opas tukee myös hoitohenkilökunnan jaksamista työssään. Tavoitteena on, että saattohoito-opas toimisi mahdollisimman hyvänä apuvälineenä hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä saattohoito-opas hoitohenkilökunnan työskentelyn tueksi. Opas antaa ohjeita erilaisiin toimintatapoihin, joita saattohoitotyössä käytetään. Näitä ovat muun muassa lääkkeellinen tai lääkkeetön hoito sekä tukemisen tarpeet.

2 IKÄIHMISEN SAATTOHOITO

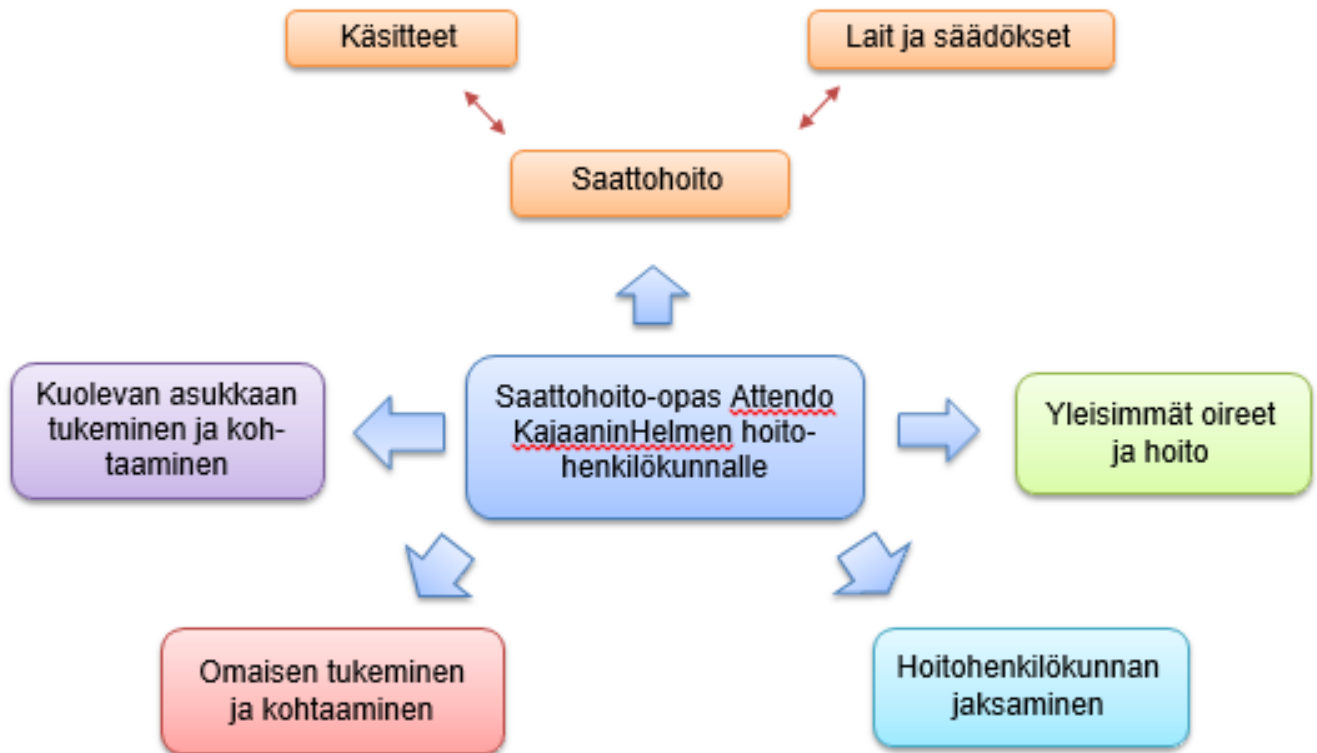
Saattohoito on saanut alkunsa hospice-liikkeestä. Se tarkoittaa latinaksi vierasta ja isäntää sekä turvapaikkaa ja vieraanvaraisuutta. Sillä on takanaan pitkä historia. Euroopassa saattohoitokoteja on perustettu 1880-luvulta lähtien. Suomessa saattohoidosta alettiin puhua vasta 1970-luvulla ja ensimmäiset saattohoitokodit perustettiin 1980- ja 1990-luvuilla. Ajatus perustaa saattohoitokoteja on tullut lääkäri Cicely Saundersilta. Hän on kehittänyt ajatuksia, korostanut emotionaalisen tuen tarvetta ja kivun hoitamista saattohoitotyössä. (Lindqvist 2000, 6-8, 15-18; Vainio 2015, 18.)

Vuonna 2015 Suomessa aloitettiin Hyvä kuolema -hanke, vuoden 2014 Yhteisvastuukeräyksen tuotoilla. Hankkeen tarkoitus on kehittää saattohoitoa etenkin perusterveydenhuollossa. Hyvä kuolema -hankkeen vetäjänä toimii Terhokodin ylilääkäri Juha Hänninen (Muistiliitto ry 2016, 3.)

Noin 50 000 ihmistä kuolee Suomessa vuosittain. Suurin osa kuolemista tapahtuu hoitolaitoksissa. Krooninen eli pitkäaikainen sairastaminen edeltää yhä useammin kuolemaa. Saattohoito yhdistetään usein syöpäpotilaiden hoitomuodoksi, sillä syövätkin ovat yleensä nopeasti eteneviä. Syöpäpotilaiden lisäksi saattohoitoa tarvitsevat myös muut potilasryhmät. Tällaisia potilasryhmiä ovat esimerkiksi kroonista etenevää sairautta, kuten keuhkohtaumatautia sairastavat. Tärkeää on laadukas ja inhimillinen hoito sekä ihmisarvon kunnioittaminen myös kuoleman lähestyessä. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä on riittävästi tietämystä ja taitoa hoitaa kuolevia potilaita. (ETENE 2004a, 3; Hänninen 2015f, 256.)

Opinnäytetyössämme näyttöön perustuvaa hoitotyötä käsitellään viitekehyyksessä (Kuvio 1.). Alkuun käsittelemme saattohoitoon liittyvää käsitteistöä sekä saattohoitoa ohjaavia lakeja ja säädöksiä. Nämä edellä mainitut johdattelevat lukijan saattohoidossa ilmenevien yleisimpien oireiden ja niiden hoidon käsittelyyn, joka sisältää kivun, hengitystieoireet, ruoansulatuskanavanoireet ja keskushermosto-oireet. Lisäksi olemme tehneet muille oireille oman kappaleen, jossa käsitellään muun muassa ihon kuntoa.

Yleisimmät oireet ja niiden hoidon käsitelyämme viitekehys etenee kuolevan henkilön ja tämän omaisten tukemiseen ja kohtaamiseen. Lopuksi käsittelemme moniammatillista yhteistyötä ja hoitohenkilökunnan jaksamista, sillä saattohoidon toteuttaminen voidaan kokea työyhteisössä raskaaksi.



Kuvio 1. Opinnäytetyön viitekehys

2.1 Saattohoidon käsitteitä

Palliativinen hoito

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan oireenmukaista hoitoa. Laadukkaan palliativisen hoidon perustana on aikaisessa vaiheessa suunnitellut hoitolinjaukset ja hoidon aloittaminen. Ajoissa tehdyt hoitosuunnitelmat vähentävät turhia ja sairauden kannalta epätarkoituksenmukaisia hoitoja sekä sairaalassa olemista elämän loppuvaiheessa. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tulisi hallita parantumattomasti sairaan potilaan hoito sekä kyetä konsultoimaan palliativiseen hoitotyöhön erikoistuneita asiantuntijoita. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018.)

Hoidon lähestymistapa on kokonaisvaltainen, aktiivinen sekä kärsimystä lievittävä. Tavoitteena on asukkaana omien voimavarojen hyödyntäminen ja mahdollisimman hyvä oireiden hallinta. Hoitomuodoilla pyritään takaamaan asukkaalle sekä hänen omaisilleen mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Palliativinen hoito käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Palliativisella hoidolla ei ole ajallista määrettä suhteessa kuolemaan eli se voi olla jopa vuosia kestävä. Sairausten edetessä ja kuoleman lähestyessä hoito muuttuu saattohoidoksi. (Saarto 2015b, 10; Tyynelä-Korhonen 2013.)

Saattohoito

Kun ihmisen toimintakyky rajoittuu merkittävästi, siirrytään saattohoitoon. Saattohoito on osa palliativista hoitotyötä, jota toteutetaan kuoleman välittömässä läheisyydessä. Yleensä elinaikaa on enää joko päiviä tai viikkoja. Tässä vaiheessa ei ole enää parantavaa hoitoa eikä sairauten etenemiseen voida vaikuttaa. Saattohoidossa keskitytään kokonaisvaltaiseen huolenpitoon. Siinä tulee huomioida kuolevan henkilön toiveet sekä hoitaa kipua ja muita ilmeneviä oireita. (Hänninen 2015f, 257; Lindqvist 2000, 15-20; Palliativinen hoito ja saattohoito 2018; Muis-tiliitto ry 2016, 6.)

Saattohoitoa voidaan toteuttaa niin omassa kodissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, hoivakodissa tai sairaalassa. Joissain tapauksissa oireiden hoito voi

olla haastavaa toteuttaa kotiolosuhteissa. Tällöin tulee harkita saattohoidon toteuttamista sairaalaolosuhteissa. Tärkeää on, että kuolema on ihmiselle arvokas, turvallinen ja kivuton. Jokaisella on oikeus vakaumuksensa ja kulttuurinsa mukaiseen kuolemaan. (Hänninen 2015f, 257; Lindqvist 2000, 15-20; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018; Hospice and Its Impact on Caregiving and the Family n.d; Muistiliitto ry 2016, 6.)

Hyvässä saattohoidossa huomioidaan asukkaan lisäksi myös omaiset. Tavoitteena on, että myös omaisille voidaan tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Saattohoitoa toteutetaan jo ennalta tehdyn saattohoitopäätöksen ja saattohoitosuunnitelman mukaisesti. Saattohoitosuunnitelma on henkilökohtainen hoitoa ohjaava suunnitelma, joka antaa toimintaohjeita elämän loppuvaiheen hoitoon. Saattohoitosuunnitelmalla voidaan taata onnistunut ja kokonaisvaltainen saattohoito. (Hiltunen 2015b, 223; Hänninen 2015a, 256; Saattohoito n.d.; Muistiliitto ry 2016, 10.)

Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös on lääketieteellisin perustein tehty hoitopäätös. Se valmistaa asukasta sekä hänen omaisiaan lähestyvään kuolemaan. Päätös saattohoidosta on usein vaikea tehdä, sillä se on ajallisesti sidoksissa lähestyvään kuolemaan. Lisäksi edellytetään, että lähestyvä kuolema olisi tunnistettavissa. Saattohoitopäätöstä pidetään tärkeänä, koska sen puuttuminen voi pitkittää mahdollista hoitoa, vaikka kuolema olisikin välittömässä läheisyydessä. Saattohoitovaiheessa oleva asukas ei enää hyödy esimerkiksi kuntoutuksesta tai antibioottihoidoista, joten tällöin tulee keskittyä vain oireiden mahdollisimman hyvään lievitykseen. Muita huomioitavia seikkoja ovat ihmisen elintoimintojen hiipuminen ja tajunnan lasku. (Hänninen 2015f, 257; Lehto 2015, 14.)

Saattohoitopäätöksestä tulee käydä ilmi lääketieteelliset perusteet päätökselle, päätöksen tekijä ja hoitoneuvottelu, joka asiasta on käyty asukkaan ja/tai hänen omaistensa kanssa. Päätös saattohoidosta kirjataan aina asukkaan asiakirjoihin. Lisäksi asukkaalle laaditaan hoitosuunnitelma, joka perustuu RAI-arviointiin. Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR- päätöksen eli päätöksen elvyttä-

mättä jättämisestä. Tällöin sydämen sähköistä toimintaa ei yritetä enää käynnistää. (Hänninen 2015f, 257; Lehto 2015, 14; Saattohoito 2017; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2018.)

Saattohoitopäätös rajaa hoidon tavoitteita ja toimenpiteitä, joten sen puuttuminen voi herättää ristiriitoja esimerkiksi omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Esimerkiksi mikäli ikäihmisen hiipuminen tulee omaisille yllätyksenä, eivätkä he ole valmistautuneet lähestyvään kuolemaan, voi herätä epäily hoitovirheestä. Omaisten informoiminen on tärkeää. (Hänninen 2015f, 257; Lehto 2015, 14)

Hoitotahto

Hoitotahto ilmaisee henkilön tahtoa siitä, kuinka hän toivoisi hoitonsa toteutuvan, kun hän ei ole itse sitä kykenevä ilmaisemaan. Valmiiksi laadittu hoitotahto helpottaa hoitoratkaisujen tekemistä. Hoitotahdolla kunnioitetaan henkilön itsemääräämisoikeutta, sillä laadittu hoitotahto menee myös omaisten mielipiteiden edelle. Hoitotahto sisältää ohjeistusta kuolemaa edeltävästä hoidosta. Asukkaalla on oikeus esimerkiksi kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Hoidosta kieltäytymiset sekä hoitotahto kirjataan asukkaan asiakirjoihin. Yleensä ihmiset kieltävät hoitotahdossaan keinot, jotka keinotekoisesti ylläpitävät elämää. Hoitotahdon ajankohtaisuus on aina tarkistettava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Holi, Kokkonen & Vasantola 2004, 79; Karppinen 2015, 610-611; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2018.)

Hoitotahto kirjoitetaan joko omin sanoin lomakkeelle tai henkilö voi ilmaista hoitotahtonsa suullisesti. Hoitotahdon voi myös ilmaista omin sanoin Omakantaan, josta se on myös terveydenhuollon yksiköiden nähtävillä. Kaikki nämä tavat ovat lain silmissä yhdenvertaisia. Olemassa olevan hoitotahdon mahdollisuus on selvitettävä henkilön esitiedoissa. Tarvittaessa olemassa olevaa hoitotahtoa voidaan tiedustella omaisilta. Mikäli hoitotahtoa ei ole laadittu, kuullaan yleensä asukkaan omaisia tai laillista edustajaa siitä, millaista hoitoa henkilö mahdollisesti tahtois. (Antikainen, Konttila, Strandberg & Virolainen 2013, 909-915; Karppinen 2015, 610-611.)

Hoitotahdosta on osattava erottaa ajankohtaisen hoidon suunnitelma. Ajankohtaisen hoidon suunnitelma sisältää yksittäisen hoitotapahtuman linjauksia ja mahdollisia hoito-ohjeita, kun taas hoitotahdon sisältö kuuluu pysyviin hoitolinjauksiin. Ajankohtaisen hoidon suunnitelma voi sisältää hoitotoiveita, joita ovat esimerkiksi lempimusiikki tai lempiruoka. Myös näitä toiveita tulee kunnioittaa, mutta ne on osattava erottaa hoitoratkaisuihin liittyvästä hoitotahdosta. (Karpinen 2015, 610-611.)

2.2 Saattohoitoa ohjaavat lait ja säädökset

Saattohoidon oikeudellista puolta määrittävät useat lait ja sopimukset. Ihmisen perusoikeuksista ja terveydenhuollon säädöksistä säädetään Suomen perustuslaissa (731/1999). Saattohoidon keskeiset eettiset periaatteet ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeuteen vaikuttaa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Tällöin henkilöllä on oikeus laadukkaaseen hoitoon myös elämän loppuvaiheessa. Hyvä saattohoitotyön osaaminen kuuluu jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen perustaitoihin. Tämä velvoittaa hoitohenkilökuntaa kehittämään ammattitaitoaan, jotta kaikille voitaisiin taata mahdollisimman hyvä hoito. Terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaitoa säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994). Saattohoitoon vaikuttavat myös Kansanterveyslaki (66/1972) ja Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). (ETENE 2004a, 7-8.)

Saattohoidon juridista puolta täydentävät myös erilaiset kansainväliset sopimukset. Näitä sopimuksia ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999) sekä Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (24/2010) (Pihlainen 2010, 13-14). Maailman Lääkäriliitto on antanut myös oman julistuksen liittyen saattohoitopotilaan hoitoon. Julistus potilaan oikeuksista (1991, 1995) korostaa ihmisarvon kunnioittamista. Sen mukaan jokaiselle saattohoidossa olevalle henkilölle tulisi luoda mahdollisimman arvokas kuolema vähäisillä kärsimyksillä. (ETENE 2004a, 7-8.)

2.3 Yleisimmät oireet ja hoito

Kuoleman lähestyessä ihmisen elimistö heikkenee ja elimistössä esiintyy muun muassa aineenvaihdunnallisia muutoksia. Nämä muutokset vaikuttavat oireisiin sekä annettavaan hoitoon. Saattohoitovaiheessa henkilöillä esiintyy useimmiten tokkuraisuutta, kipua, väsymystä, huonoa yleisvointia sekä ruokahaluttomuutta. Myös deliriumia eli äkillistä sekavuustilaa esiintyy sitä enemmän, mitä lähempänä kuolemaa ollaan. Siihen, mitkä oireet aiheuttavat eniten ongelmia, vaikuttavat muun muassa henkilöllä olemassa olevat perussairaudet sekä ikä. Syöpää sairastavilla oireisiin vaikuttavat lisäksi syövän levinneisyys ja syövän tyyppi. (Hänninen 2015c,d, 258, 32-33.)

Kuolemaa lähestyvällä ihmisellä esiintyy monenlaisia psyykkisiä, fyysisiä ja tunne-elämän häiriöitä. Toiset oireista ovat ohimeneviä, toiset taas pidempiaikaisempia. Ihmisen kyky tunnistaa ja ilmaista omia oireitaan vaikeuttavat oireiden arviointia. Oireet voivat myös sekoittua ja kasaantua. Henkilö ilmaisee helpommin oireitaan, joiden tunnistaminenkin on helpompaa, esimerkiksi kipu ja pahoinvointi. (Hänninen 2015e, 34-35.)

Perusajatuksena saattohoidossa on ”sallia luonnollinen kuolema”. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikista ylimääräisistä, tarpeettomista hoitotoimenpiteistä luovutaan. Mikäli kuolema on jo välittömässä läheisyydessä, voidaan elämää ylläpitävistä hoidoista, esimerkiksi nesteytyshoidosta, luopua. (Kelo 2015.)

2.3.1 Kipu

Kivulla tarkoitetaan epämiellyttävää aistimuksellista tai emotionaalista kokemusta. Yleensä kipuun liittyy mahdollinen tai selvä kudოსvaurio. Kivun syntymekanismi tulisi aina selvittää, jotta kivunhoito voitaisiin suunnitella onnistuneesti. Oireena kipu on vaikea ja voi olla henkilölle pelottavaa. Se ei kuitenkaan ole juurikaan diagnoosista riippuvainen ihmisen viimeisen elinkuukauden aikana. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47; Hänninen 2015d,e, 32, 35.)

Kipu voidaan jakaa tyypiltään neuropaattiseen eli hermovauriosta johtuvaan, nosiseptiiviseen eli kudოსvauriokipuun ja idiopaattiseen kipuun. Neuropaattinen kipu aiheutuu vauriosta tai sairaudesta neuroniketjuissa eli somatosensorisissa radoissa. Vaurio voi paikallistua joko ääreis- tai keskushermostoon tai molempiin. Nosiseptiivisellä kivulla puolestaan tarkoitetaan kudოსvauriosta aiheutuvaa kipua. Kipu johtuu luuston, ihon ja lihaksiston nosiseptoreiden aktivaatiosta. Idiopaattinen kipu eroaa kahdesta edellä mainitusta, sillä kyseisen kivun taustalle ei voida osoittaa hermo- tai kudოსvauriota. Lisäksi syöpää sairastavalla henkilöllä esiintyy syöpäkipua. Syöpäkipu on patofysiologisen mekanisminsa mukaan neuropaattista sekä nosiseptiivista. Syöpäkipun ilmentymiseen vaikuttavat primaarikasvaimen ja etäpesäkkeiden sijainti sekä syövän histologia. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47; Hänninen 2015d,e, 32, 35.)

Kipu on hyvin yleinen oire loppuvaiheen sairauksissa. Kipua aiheuttavat erilaiset syövät sekä muut krooniset sairaudet. Yli puolet palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevista henkilöistä kärsii kivuista. Kipua voidaan hoitaa lääkehoidolla, psyykkisillä kivunhallinnan keinoilla ja fysioterapeuttisilla menetelmillä. Parhain vaikutus saadaan, kun näitä kivunhallintakeinoja käytetään yhtäaikaaisesti. Kipulääkkeen valintaan vaikuttavat ikä, oheissairaudet ja muu käytössä oleva lääkitys. (Heiskanen 2015a, 53-54; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.)

Saattohoitovaiheessa olevien henkilöiden lääkehoidon tarpeellisuutta arvioidaan yksilöllisesti. Heidän kivunhoidossaan käytetään samoja lääkkeitä kuin muussakin oirehoidossa. Mikäli henkilöllä on käytössään jokin kipulääkitys ja kivut ovat hallinnassa tällä, lääkehoitoa jatketaan sellaisenaan. Tarvittaessa antoreitti voidaan vaihtaa. Antoreitti tulee valikoida henkilön voinnin mukaan. Suun tai ihon kautta annosteltava lääke on kuolevalle henkilölle käytännöllisin ja vaivattomin. Mikäli henkilö ei kuitenkaan kykene ottamaan lääkettä suun kautta, eikä ihon kautta annosteluun pystytäkään, tulee valita muu antotapa. Lääkehoito toteutetaan lääkärin ohjeistuksen mukaan. (Heiskanen 2015b, 53-54, 62-65; Korhonen & Poukka 2015c, 259-260; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

Lievän kivun lääkehoidossa voivat yksistään riittää tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Kuitenkin keskeinen osa saattohoidossa olevien henkilöiden lääkehoidoa ovat opioidit. Opioidien rinnalla voidaan käyttää myös aiemmin mainittuja parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Useimmiten hyvä ja tehoava kipulääkitys löydetään sujuvasti, sillä käytettävissä on monia antotapoja sekä markkinoilta löytyy useita lääkevalmisteita. Lisäksi huomioon tulee ottaa pitkävaikutteisten opioidien käyttö, sillä niiden vaikutus on tasaista ja annostelu on harvaa. (Heiskanen 2015b, 53-54, 62-65; Korhonen & Poukka 2015c, 259-260.)

Yleensä saattohoitovaiheessa opioidit annostellaan suonensisäisenä tai ihonalaisena opioidi-infusiona. Ensisijaisesti näistä käytetään ihonalaista infuusiota, sillä sen käyttö ei vaadi erityisosaamista ja hoitoa on helppo toteuttaa myös sairaalaolojen ulkopuolella. Saattohoidossa tilanteet kipujen osalta voivat muuttua nopeasti. Siksi henkilöllä tulee olla lääkelistallaan myös tarvittava lääke hankalimpien oireiden hoitamiseksi. (Heiskanen 2015b, 53-54, 62-65; Korhonen & Poukka 2015c, 259-260; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.)

Haasteita lääkehoitoon asettavat hiipuvat elintoiminnot, jotka aiheuttavat muutoksia lääkeainemetaboliaan. Kivunlievityksessä keskitytään silloisten oireiden lievittämiseen, sillä lääkkeiden pitkäaikaisilla haittavaikutuksilla ei enää ole merkitystä henkilön kannalta. On kuitenkin muistettava, että lääkehoidolla tulee olla oireita lievittävä vaikutus, ja lievittävän vaikutuksen tulee olla selkeästi suurempi kuin mahdolliset välittömät haittavaikutukset. Lääkitykset, jotka eivät selkeästi vaikuta henkilön oireisiin positiivisesti, tulee lopettaa saattohoitovaiheessa merkityksettöminä. Hyvää kivunlievitystä pidetään hoidon realistisena tavoitteena. (Poukka & Korhonen 2015c, 259-260.)

Kivun arvioinnissa voidaan hyödyntää erilaisia mittareita. Erityisesti muistisairailta ikäihmisillä käytössä on PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) -kipumittari (Liite 2). Kyseinen mittari on tarkoitettu käytettäväksi henkilöillä, jotka eivät enää kykene kommunikoimaan. Arviointi perustuu käyttäytymisen muutosten arviointiin. Kyseistä mittaria käytetään apuvälineenä saattohoitovaiheen kivunhoidossa. Mittarin käyttö perustuu viiden minuutin arviointiin. Tämän aikana asukkaalta arvioidaan hengityksen laatua, ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehon

kieltä ja lohdutuksen tarvetta sekä vaikutusta. Jokaista edellä mainittua kategoriaa arvioidaan asteikolla 0-2, ja pisteytetään tämän mukaisesti (0 = normaali, 1 = lievästi poikkeava ja 2 = selvästi poikkeava). Kategorioiden pisteet lasketaan yhteen, jotta saadaan kipua kuvaava kokonaispistemäärä (0 p. = kivuton ja 10 p. = voimakas kipu). Kipumittaria olisi hyvä käyttää ennen hoitotoimenpiteisiin ryhtymistä sekä niiden aikana. (Björkman, Sorva & Tilvis 2007, 4-5; Aho, Haanpää, Kalso & Vainio 2009, 474-475.)

2.3.2 Hengitystieoireet

Kuoleman läheisyydessä ilmenee myös hengitystieoireita. Yleisin oire on hengenahdistus eli dyspnea. Sillä tarkoitetaan epämiellyttävää tunnetta, joka ilmenee esimerkiksi tukehtumisen tunteena, lisääntyneenä hengitystyönä tai ilman loppumisena. Se heikentää merkittävästi muun muassa unta, ja lisää monia muita oireita, kuten ahdistuneisuutta, uupumusta tai kipua. Hengenahdistukseen voivat vaikuttaa esimerkiksi hengitystilavuuden pienentyminen, jokin keuhkokudoksen tai verenkierron ongelma, hengitysilihasten heikkous ja psyykkiset tekijät. (Lehto & Pöyhiä 2015a, 92; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.)

Saattohoitovaiheessa hengitystieoireiden aiheuttajaa ei enää välttämättä kyetä hoitamaan, joten hoito kohdistuu hengenahdistuksen lievittämiseen ja sen aiheuttamaan pelkoon ja ahdistukseen. Lääkkeellisistä hoitokeinoista bentsodiatsepiineilla ja opioideilla on hyödyllisiä vaikutuksia hengitystieoireisiin. Akuuttiin vaikeaan hengenahdistukseen voidaan käyttää myös morfiinia. Lääkehoito ei kuitenkaan yksistään riitä. Sen lisäksi hengitystieoireiden hoitona käytetään asentohoitoa, rentoutushoitoa, tarvittaessa lisähappea, viileän ilmavirtauksen/tuulettimen järjestämistä tilaan sekä inhaloitavaa keittosuolaa. (Poukka & Korhonen 2015a, 261-262.)

Elintoimintojen hiipuessa myös hengitysteiden elinten toiminta hidastuu. Tästä syystä hengitysteihin voi kertyä runsaasti limaa ja sylkeä, jotka saavat aikaan rohisevan äänen (=kuolinrohina). Mikäli lima on pääosin suun ja ylänielun alueella, tulee henkilölle toteuttaa limanimuja imukatetrilla. Omaisilla on hyvä informoida myös mahdollisista rohina-äänistä ja oireen luonne selittää, sillä osa omaisista

voi kokea rohinan häiritsevästä tai huolestuttavana. Liman ja syljen eritykseen voidaan tarvittaessa aloittaa lääkitys. Kuolinrohinaan lääkityksenä voidaan käyttää esimerkiksi atropiinia tai glykopyrronia. (Poukka & Korhonen 2015a, 261-262.)

Saattohoidossa olevan, kommunikointiin kykenemättömän henkilön hengitysongelmia ja hoitojen vaikutusta tulee havainnoida ja dokumentoida. Dokumentoinnin tulee pitää sisällään hengitystaajuus, ihonväri, hengityslihasten käyttö ja keuhkoista kuuluvat hengityssäänet. Hengitystieoireiden arvioinnin apuvälineenä voidaan käyttää erilaisia mittareita. Mittareita on yksi- ja moniulotteisia. Moniulotteisessa mittarissa on kysymyksiä esimerkiksi puhekyvystä ja rasituksen sekä hengenahdistuksen suhteesta. Tällaisia mittareita ovat muun muassa Borgin modifioitu asteikko, joka sopii lähinnä hengenahdistuksen arvioimiseen asteikolla 0-10. Toinen samantyyppinen on mMRC (modified Medical Research Council dyspnea scale), jolla mitataan myös hengenahdistusta. Oireiden voimakkuuden ja tyyppien arviointi on keskeistä hoidossa. (Lehto & Pöyhiä 2015b, 94-95.)

Kuolemaa lähestyvän henkilön hengityksen eri tyyppejä ovat Cheyne-Stokes, Agonaalinen, nopea ja pinnallinen sekä opioidien yliannostus. Cheyne-Stokesin tyyppisessä hengityksessä hengitysten välillä on pitkiä taukoja ja kerta-sisäänhengitystilavuudet vaihtelevat tasaisesti. Sisäänhengitystilavuus on pienentynyt, kun hengittäminen on nopeaa ja pinnallista. Tällöin käytössä ovat yleensä myös hengitysapulihakset. Yleensä hengitystaajuus kuitenkin pienenee, mutta sisäänhengitys voi olla syvääkin. Kuolemaa edeltävä hengitys ei sisällä varsinaista hengitystoimintaa, vaikka mahdollisia hengitysliikkeitä on havaittavissa. (Lehto & Pöyhiä 2015b, 95.)

2.3.3 Ruoansulatuskanavan oireet

Ruoansulatuskanavan oireet ovat tyypillisiä saattohoidossa olevilla henkilöillä. Tyypillisimpiä oireita ovat pahoinvointi, ummetus, ripuli ja suunoireet. Lisäksi voi ilmetä ruokahaluttomuutta. Ruokahaluttomuus johtuu yleensä suolentoiminnan häiriöistä. (Hänninen 2015d, 33; Korhonen & Poukka 2015d, 263.)

Pahoinvointi ja oksentelu

Pahoinvointi ja oksentelu ovat hyvin tyypillisiä oireita saattohoidossa olevilla henkilöillä, sillä noin puolet heistä kärsii näistä oireista. Näistä kahdesta pahoinvointi on hieman yleisempi oire saattohoitovaiheessa. Pahoinvointi käsitetään epämiellyttävänä tunteena, johon liittyy usein oksettava olo. Yleensä pahoinvointiin liittyy myös muita oireita, esimerkiksi kylmänhikisyyttä tai lisääntyntä syljeneritystä. (Hänninen 2015d, 33; Poukka & Korhonen 2015d, 263.)

Pahoinvoinnin syytä selvittäessä henkilöä on hyvä havainnoida, sillä pahoinvoinnin aiheuttajamekanismin selvittäminen voi olla hankalaa ja pahoinvointi on yleensä monen tekijän summa. Pahoinvointiin voidaan vaikuttaa hoitamalla pahoinvoinnin syytä sekä tarvittaessa lääkehoidolla. Pahoinvoinnin estämiseksi lääkettä annostellaan säännöllisin väliajoin. Mikäli riittävää vastetta ei saada esiin yhdellä lääkkeellä, voidaan jo olemassa olevan pahoinvointilääkityksen rinnalle ottaa käyttöön toinen pahoinvointilääke. Lääkkeitä voidaan annostella esimerkiksi suun kautta tabletteina, liuoksena suuhun, injektiona tai lääkeannostelijan kautta yhdistettynä opioideihin. Lääkkeen antotapa valitaan henkilön voinnin mukaan. Pahoinvoinnin hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa dekсамetasoni, granisetroni, haloperidoli, olantsapiini ja antihistamiinit. (Hänninen 2015d, 33; Koskela & Rahko 2015a, 133, 138; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018; Poukka & Korhonen 2015d, 263.)

Mikäli pahoinvointi on ruokailuun liittyvää, voidaan pienemmillä viileillä aterioilla ehkäistä pahoinvoinnin syntymistä. Muita lääkkeettömiä pahoinvoinnin hoitokeinoja ovat esimerkiksi raikas ilma huoneessa sekä suun hoito, mikäli pahoinvointi on suun tulehduksista johtuvaa. (Pahoinvointi, n.d.)

On hyvä muistaa, että jatkuva oksentelu vaikuttaa negatiivisesti elimistön happo-emästasapainoon. Suolahappojen menetys on korvattavissa suonensisäisellä nesteytyksellä, sillä saattohoitovaiheessa oraalinen nesteytys harvoin onnistuu. Huomioon tulee kuitenkin ottaa, ettei henkilöä nesteytetä liikaa ja näin aiheuteta hänelle lisää kurjaa tunnetta. (Hänninen & Pöyhiä 2015, 161-162; Koskela & Rahko 2015b, 142.)

Ummetus ja ripuli

Yksi tavallisimmista saattohoidossa olevan henkilön oireista on ummetus. Ummetuksessa suoli toimii harvemmin kuin kolme kertaa viikossa. Uloste on kovaa ja kuivaa. Ummetus johtuu yleensä monista tekijöistä, kuten heikentyneistä nesteiden saannista, liikkumattomuudesta, lääkityksistä ja mahdollisista metaboli-
sista syistä. Hoitamattomana se lisää kärsimystä, sillä se voi aiheuttaa henkilölle pahoinvointia, vatsakipua, vatsan turvotusta ja peräsuolen nekroosia. (Hillilä 2015, 143-144, 146.)

Ummetuksen lääkehoitona käytetään laksatiivilääkitystä. Hyvä valinta ummetuksen hoitoon on yhdistelmä ulostetta pehmittävistä laksatiiveista sekä suolta stimuloivista laksatiiveista. Suolta stimuloivia laksatiiveja ei kuitenkaan tule käyttää jatkuvasti, sillä pitkäaikaisessa käytössä ne aiheuttavat ummetusta. Saattohoitovaiheen henkilöillä nesteiden saanti vähenee, joten myöskään makrogolien käyttö ei ole suotavin vaihtoehto, sillä niiden kanssa tulisi nauttia riittävästi nesteitä. Lisäksi bulkkilaksatiivien käyttöä tulisi välttää saattohoidossa, koska niiden käyttö vaatii riittävää nesteiden saantia ja liikuntaa. (Korhonen & Poukka 2015d, 263.)

Mikäli laksatiiveilla ei saada toivottua vastetta, voidaan käyttöön ottaa säännöllisesti aamuisin otettava tabletti naloksegoli. Opioidien aiheuttaman ummetuksen hoitoon voidaan käyttää ihonalaisena injektiona annettavaa metyyli-
naltreksonibromidia. Yleensä tämän vaikutus ilmenee jo puolessa tunnissa, mikäli ummetus on opioideista johtuvaa. Myös suun kautta annettava naloksonin ja oksikodonin yhdistelmävalmiste on vaihtoehto opioidiummetuksen hoitoon. (Korhonen & Poukka 2015d, 263.)

Ummetuksen hoidossa tulisi pyrkiä siihen, että suoli tyhjenisi vähintään kolmen päivän välein. Tavoitteena voidaan pitää suolentoiminnan normalisoitumista sekä kivun ja epämiellyttävän tunteen lievittymistä. Suun kautta otettavan lääkityksen rinnalla markkinoilla on myös suolentyhjennykseen käytettäviä suppoja ja pienoisperäruiskeita. Kuoleman välittömässä läheisyydessä suolen toimimattomuus ei yleensä aiheuta enää ongelmia, joten vatsantoimitukseen ei tule ryhtyä. Tällöin

laksatiivien anto lopetetaan. (Hillilä 2015, 143-144, 146; Korhonen & Poukka 2015d, 263.)

Ripulia saattohoidossa olevilla henkilöillä esiintyy selkeästi vähemmän kuin ummetusta. Yleensä ripulia aiheuttavat liiallinen laksatiivien käyttö, jolloin hoitona voidaan käyttää annoksen pienentämistä tai tauottamista. Muita mahdollisia ripulin aiheuttajia ovat antibiootihoidosta johtuva *Clostridium difficile*n aiheuttama vesiripuli ja sappihapporipuli. Ummetuksen oireina voi ilmetä myös ohivuotoripulia. Mikäli uloste on vetistä, voidaan ripulioireiden hoitoon käyttää loperamidivalmistetta. Myös opioidilääkityksen aloitus lievittää ripulioireita. Ripulin seurauksena nestetasapaino järkkyy, eli myös ripulin hoidossa tulee huomioida henkilön nesteiden saanti. (Korhonen & Poukka 2015d, 264; Saarto 2015a, 146.)

Suun oireet

Suun ongelmat ovat saattohoitovaiheen henkilöillä hyvin yleisiä. Suun ongelmat vaativat hyvää ja aktiivista hoitoa, sillä suunterveydellä on suuri vaikutus henkilön elämänlaatuun kokonaisvaltaisesti. Saattohoitovaiheessa voi esiintyä suun kuivumista, kipua, infektiota sekä lisääntynyttä syljeneritystä. (Korhonen & Poukka 2015d, 264; Nivala-Huhtaniska & Nousiainen 2015, 132.)

Suun kuivuminen johtuu syljenerityksen vähenemisestä. Siihen johtavia tekijöitä ovat useat lääkkeet, suun sieni-infektiot, nesteiden vähäinen saanti, hengittäminen suu auki ja lisähapen käyttö. Suun kuivuminen voi aiheuttaa henkilölle kivun lisäksi pureskelun ja puhumisen vaikeutta. Jotta suun kuivuudelta ja sen aiheuttamilta oireilta voitaisiin välttyä, tulisi suuta kostuttaa tasaisin väliajoin. Suu tulisi puhdistaa aamuin illoin. (Korhonen & Poukka 2015d, 264; Nivala-Huhtaniska & Nousiainen 2015, 132.)

Suun kostutukseen voidaan käyttää veden lisäksi esimerkiksi ruokaöljyä, erilaisia kostutukseen tarkoitettuja geelejä ja keinosylkivalmisteita. Saattohoitovaiheessa suun kostutuksesta tulee huolehtia vähintään 1-2 tunnin välein. Suuta voidaan kostuttaa edellä mainituilla tavoilla tai tarjoamalla henkilölle pieniä määriä mieluista nestettä, mikäli nielemiskyky on edelleen tallella. Nestettä voidaan tarjota esimerkiksi lusikalla, mehupillillä tai injektioruiskulla. Mikäli henkilö ei enää kykene nielemään, suoritetaan suun kostutus pumpulitikulla tai harsotaitoksella,

joka on kostutettu vedellä tai ruokaöljyllä. Myös huulet ja suupielet tulee rasvata. (Korhonen & Poukka 2015d, 264; Nivala-Huhtaniska & Nousiainen 2015, 132.)

Suun kipua voivat helpottaa kylmät juomat ja jääpalojen imeskely tai lääkehoitona esimerkiksi lidokaiinigeeli. Lisäksi lisääntyntä syljeneritystä voidaan hoitaa antikolinergisillä lääkkeillä tai lääkkeillä, joilla on todettu olevan antikolinergisiä haittavaikutuksia. Tavallista saattohoidossa olevilla henkilöillä huonon vastustuskyvyn vuoksi ovat myös suun sieni-infektiot, jotka voivat hoitamattomina aiheuttaa hyvin kivuliaan suun alueen herpesinfektion. (Korhonen & Poukka 2015d, 264; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.)

2.3.4 Keskushermosto-oireet

Delirium

Deliriumilla tarkoitetaan elimellistä aivotoiminnan häiriötä, sekavuustilaa. Riskiä deliriumiin lisäävät muun muassa yleiskunnon heikkous, aiemmin sairastettu delirium, lääkkeet ja korkea ikä. Henkilön viimeisinä elinpäivinä esiintyvää sekavuutta ei enää välttämättä saada korjattua. Tämä johtuu siitä, että kuoleman läheisyydessä esiintyy monielinvaurioita sekä elinaikaennuste on lyhyt. Oireita on kuitenkin pyrittävä lievittämään. (Janes 2015a, 170.)

Tutkimusten mukaan jopa 80 %:lla iäkkäistä saattohoitovaiheen henkilöistä esiintyy sekavuutta. Deliriumin oirekuvaan kuuluvat muun muassa tajunnan tason, tarkkaavaisuuden, muistin, havainnoinnin ja uni-valverytmin vaihtelut ja häiriöt. Kuoleman lähestyessä kyseinen oirekuva alkaa useimmiten hitaammin kuin yleensä. Lisäksi oirekuva voi vaihdella hyvinkin äkillisesti saman vuorokauden aikana. Sekavuus ilmenee suurimmillaan henkilön viimeisimpinä elinvuorokausina. Mahdollista syytä/aiheuttajaa sekavuudelle voi olla vaikea löytää, sillä kuolemaa lähestyvän henkilön sekavuus on yleensä monisyistä. (Janes 2015b, 170-171; Korhonen & Poukka 2015d, 264; Laurila 2015a, 172-173.)

Hoidon lähtökohtana on rauhoittaa tilannetta. Tavallisia sekavuuden aiheuttajia ovat lääkkeet, esimerkiksi opioidit. Sekavuuden aiheuttajia voivat olla myös fyysiset ja metaboliset syyt. Tyypillisiä fyysisiä syitä ovat muun muassa kipu, infektiot ja tärkeiden elintoimintojen pettäminen. Metabolisia syitä ovat esimerkiksi uremia, hyponatremia ja hypoglykemia. Yleisimpiä syitä kuoleman läheisyydessä esiintyvälle deliriumille ovat lääkkeiden lisäksi kuivumistila ja sen mukanaan tuomat elektrolyyttihäiriöt sekä ravinnon puute. (Janes 2015b, 170-171; Korhonen & Poukka 2015d, 264; Laurila 2015a, 172-173.)

Deliriumin hoidossa tärkeää on selvittää mahdollinen altistava tekijä. Lisäksi rauhallisen, turvallisen ja valvotun hoitoilmapiirin luominen on tärkeää. Oireita voidaan lievittää lääkehoidolla. Mikäli sekavuuden laukaiseva tekijä on lääkkeet, tulisi oirekuvaavaa provosoivia lääkkeitä karsia mahdollisuuksien mukaisesti. Myös opioidin vaihtaminen toiseen opioidiin voi lievittää oireita. Jos kyseessä on mahdollisesti opioiditoksisuudesta johtuva sekavuus/levottomuus, voidaan haloperidolilla lievittää sekavuuden oireita. Lisäksi sekavuuteen voidaan käyttää lääkkeitä diatsepaamia ja loratsepaamia. (Janes 2015a, 171; Korhonen & Poukka 2015a,b, 261, 264; Laurila 2015b, 174.)

Oireenmukaista hoitoa vaativat negatiiviset oireet, kuten uni-valverytmin häiriöt, levottomuus, harhat ja ahdistuneisuus. Hyviä, ensisijaisia vaihtoehtoja näiden oireiden hoitoon ovat haloperidolin lisäksi muun muassa risperidoni ja ketiapiini. Näistä haloperidolia voidaan annostella myös lihaksensisäisesti, joten sen käyttö loppuvaiheen hoidossa on suotavaa. (Janes 2015a, 171; Korhonen & Poukka 2015a,b, 261, 264; Laurila 2015b, 174.)

Kanssakäyminen saattohoitovaiheessa olevan henkilön kanssa tulee suorittaa rauhallisesti hoitotoimien kulkua selittäen. Hoitoilmapiiriin tulee olla rauhallinen ja turvallinen ikääntyneelle. Elämän loppuvaiheessa esiintyvän deliriumin yleisyyden vuoksi omaisten informoiminen ajoissa sen mahdollisesta ilmaantuvuudesta ja oireiden luonteesta on tärkeää. (Janes 2015a, 170-171; Laurila 2015b, 175.)

Psyykkiset oireet

Suurimmalla osalla saattohoitovaiheen henkilöistä esiintyy vähintäänkin lievää masennusta tai lieviä ahdistusoireita. Oireita lisäävät henkilön kokemat muut oireet, kuten hengenahdistukset, pahoinvoinnit ja muut somaattiset oireet. Psyykkiset oireet, kuten ahdistus voi ilmetä myös hyvin samankaltaisina oireina kuin fyysiset oireet. Oireita ovat muun muassa ahdistuneisuudesta johtuva unettomuus ja levottomuus. Noin 3 %:lla saattohoidossa olevista henkilöistä on jokin masennuslääkitys käytössään, vaikka masennusta esiintyy saattohoidossa keskimääräistä yleisemmin. (Hänninen 2015d, 33; Poukka & Korhonen 2015b, 265.)

Ahdistuneisuutta aiheuttavat kuolema sekä kuolemaa edeltävien oireiden pelkääminen. Ahdistunut henkilö vaatii rauhoittelua, läsnäoloa sekä hyvää somaattista hoitoa. Lisäksi lääkehoidosta voi olla apua ahdistuneisuuteen. Lääkehoitona voidaan käyttää bentsodiatsepiineja ja ahdistusta lieventäviä masennuslääkkeitä. Nämä lääkkeet käyvät myös masennuksesta aiheutuvan ahdistuksen hoitoon. Kivun aiheuttamaan ahdistukseen käytetään kipulääkkeitä. Syyt ahdistuneisuudelle pyritään aina selvittämään. (Hiltunen 2015a, 226-227; Poukka & Korhonen 2015a, 261.)

Joskus psyykkiset oireet voivat olla liitoksissa henkilön aikaisemmin sairastettuun psykiatriseen sairauteen. Myös tapa käsitellä elämässä vastaantulevia muutoksia voi vaikuttaa psyykkisiin oireisiin. Osa voi myös hävetä tai pelätä psyykkisiä oireitaan, jolloin he eivät myöskään kerro oireistaan. (Hänninen 2015e, 34-35.)

2.3.5 Muut oireet

Kutinaa esiintyy noin 5-12 %:lla saattohoitovaiheen henkilöillä. Kutinan aiheuttaja tulisi aina selvittää. Saattohoitovaiheessa se ei kuitenkaan ole aina mahdollista, sillä kutina on yleensä monisyistä. Jotkut lääkeaineet, esimerkiksi opioidit, voivat olla kutinan aiheuttajia. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018.)

Ihon kutinaa voidaan helpottaa rasvaamalla ihoa ja harventamalla sen pesua. Lisäksi paikallishoitona voidaan käyttää esimerkiksi kortisonivoidetta, lidokaiinigeeliä tai -liuosta sekä mentolirisiiniöljyä. Nämä tuotteet saattavat helpottaa kutinaa hetkellisesti. Lisäksi myös lääkehoidosta voi olla apua. Esimerkiksi neuroopaattisista syistä aiheutuvaa kutinaa voidaan mahdollisesti helpottaa gabapentiinilla tai pregabaliinilla. On hyvä kuitenkin muistaa, että antihistamiineista ei juuri-kaan ole hyötyä edennyttä sairautta sairastavilla henkilöillä, sillä heillä esiintyvä kutina on harvoin histamiinivälitteistä. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018.)

Kutinan lisäksi saattohoitovaiheessa henkilöillä voi esiintyä myös haavaumia. Haavaumia aiheuttavat muun muassa syövän etäpesäkkeet ja jatkuva paine iholla (= painehaava). Syövästä aiheutuvat haavaumat eivät yleensä parane saattohoitovaiheen henkilöillä. Ihon haavaumiin voi liittyä esimerkiksi kutinaa, pahaa hajua tai kipua. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018.)

2.4 Kuolevan asukkaan tukeminen ja kohtaaminen

Kuolema ja sen pelkääminen tuovat mukanaan myös ahdistuksen. Kuolemanpelkoakin pelottavampi asia on kuolla yksin. Ihmisellä on oikeus surra elämänsä päättymistä ja käsitellä kuolemasta aiheutuvaa ahdistusta hänelle turvallisessa ympäristössä. Kuolevalle henkilölle on tarjottava tukea, mikäli hän sitä haluaa. (Hiltunen 2015b, 223-226.)

Jotta tukeminen onnistuisi mahdollisimman hyvin, vaatii se eri ammattihenkilöiltä ammattitaidon lisäksi perehtymistä kuolevan henkilön hoitoon ja hänen omaistensa tukemiseen. Hyvä saattohoidon toteutuminen ja laatu voivat vaikuttaa omaisten elämässä myöhemmin tulevien mahdollisten kriisien käsittelyyn ja niistä selviytymiseen. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 12; Kontkanen 2014, 33.)

Fyysinen ympäristö ja saattohoidon ilmapiiri ovat tärkeä osa saattohoidon laadun toteutumista. Tärkeää on, että saattohoitoa voidaan toteuttaa rauhallisessa ympäristössä. Mielekäästä olisi saattohoidon toteuttaminen yhden hengen huoneissa. Lisäksi kuolevan henkilön ja tämän omaisten toiveita tulee kuunnella ja

omaisten jaksamista tukea. Kiireettömän ilmapiirin luominen ja hoitohenkilökunnan välittäminen kuolevasta ja hänen omaisistaan ovat myös tärkeitä asioita laadun kannalta. Tukea kyetään tarjoamaan parhaimmillaan, kun se toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 12; Kontkanen 2014, 33.)

Psykkisen tuen tarve kuoleman lähestyessä on suuri ja sitä voivat omaisten lisäksi tarjota terveydenhuollon ammattihenkilöt. Ammattihenkilön kanssa kuoleva voi käydä luottamuksellisesti läpi elämänsä onnistumiset sekä epäonnistumiset. Tämä puolestaan auttaa kuolevaa hyväksymään asiat niin kuin ne nyt ovat. Hyväksyminen vie kuitenkin aikansa ja vaatii luottamuksellista hoitosuhdetta. Ilmapiirin tulee olla rauhallinen ja hiljainen. (Hietanen 2015, 245; Hiltunen 2015b, 223-226.)

Saattohoitoa suunniteltaessa on hyvä kirjata ylös kuolevan henkilön mielenkiinnon kohteita, arvoja ja elämänhistoriaa. Näiden asioiden tunteminen tukee kuolevan henkilön kohtaamista ja kanssakäymistä. (Muistiliitto ry 2016, 14.)

Tukea tarvitsevat kuolevan henkilön lisäksi myös hänen omaisensa. Kuuntelu, empatian ja välittämisen osoitus kuolevaa henkilöä ja hänen omaisiaan kohtaan tarjoavat emotionaalista tukea. Ymmärryksen, läsnäolon ja myötätunnon osoitus ovat myös erittäin tärkeässä asemassa. Kuoleva tulee kohdata ihmisenä eikä sairautena. Hoito tulee toteuttaa arvokkaasti yksilöllisesti laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitohenkilökunnan täytyy kunnioittaa kuolevan identiteettiä ja elettyä elämää. (Hietanen 2015, 244-245; Hiltunen 2015b, 223-225.)

Arvokkaan kuoleman saavuttamiseksi, hoitosuhteen tulee olla turvallinen ja jatkuva. Kiireettömän ilmapiirin luominen ja välittämisen osoittaminen kuolevaa ja hänen omaisiaan kohtaan ovat tärkeitä hyvin onnistuneen saattohoidon kannalta. Kuolevan sanattomiakin viestejä on kyettävä lukemaan. Sanattoman vuorovaikutuksen merkitys korostuu erityisesti tilanteissa, joissa sairaus on aiheuttanut uupumusta ja psyykkistä kuormitusta. Tällöin yleensä ilmapiiri, tunnelma ja kosketus jäävät kuolevan henkilön ja hänen omaistensa mieleen paremmin kuin sanat. Tärkeää siis hoitajan osalta on kiinnittää huomiota siihen, miten henkilöä koskettaa tai kuinka häntä katsoo. (Hietanen 2015, 244-245; Hiltunen 2015b, 223-225.)

Kuolevan ihmisen kohdalla tulee huomioida kulttuurilliset taustat. Nämä taustat huomioon ottaen tulisi huomioida myös uskonto. Joillekin ihmisille uskonto tuo voimaa elämään sekä voimaa hyväksyä oma lähestyvä kuolema. Siksi jokaisella tulee olla mahdollisuus käsitellä uskonnollista ja hengellistä puoltaan sekä arvo-maailmaansa omaisten lisäksi myös seurakunnan työntekijöiden ja sairaala-sielunhoitajien kanssa. Kuolevalla tulee olla luottamus siitä, että hän saa kuolla haluamissaan olosuhteissa. Yleensä tällainen paikka on viihtyisä ja kodinomai-nen ympäristö. Myös omaiset ja heidän läsnäolonsa kuuluvat tähän ympäristöön. Siksi omaisia tulisikin kannustaa ja tukea viettämään aikaa kuolevan kanssa. (Hiltunen 2015b, 223-225.)

2.5 Omaisten tukeminen ja kohtaaminen

Omaisten tukeminen ja kohtaaminen koetaan yleensä vaikeammaksi kuin kuole-van henkilön tukeminen (Partanen 2014, 31). Omaisilla on oikeus hyvästellä ja saatella läheisensä kuolemaan. Heillä tulee olla mahdollisuus osallistua kuolevan läheisensä hoitoon kuolemaan asti. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että kaikki omaiset eivät välttämättä halua osallistua kuolevan läheisensä hoitoon. (Hiltunen 2015b, 223-224; Muistiliitto ry 2016, 16.)

Kuolemasta aiheutuu omaisille surua. Suru aiheuttaa kipua, mutta samalla se valmistaa elämässä eteenpäin menemiseen. Lisäksi se koetaan tarpeellisena ja osittain myös myönteisenä kokemuksena. Surutyö voidaan saatella loppuun vain tosiasiat hyväksymällä. Läheisen kuoleman lähestyminen nostattaa esiin voimak-kaita tunteita. Siksi omaisten kanssa keskustelu kiireettömässä ja rauhallisissa olosuhteissa on merkityksellistä saattohoitotyössä. Omaisen kanssa olisi hyvä päästä sopimukseen siitä, missä omat tunnereaktiot tuodaan esille – voimakkai-den tunnereaktioiden esille tuominen ei ole suotavaa kuolevan vieressä. (Hiltu-nen 2015b, 223-224; Juhela 2015, 289.)

Kuolevan henkilön omaiset tarvitsevat tiedollista, sosiaalista, emotionaalista sekä hengellistä ja henkistä tukea. Tiedollista tukea tulisi antaa jo varhaisessa vai-heessa heti, kun kuolevan henkilön tilan huononeminen huomataan. Tiedollinen tuki on realistista tietoa kuolevan henkilön tilanteesta ja hoidosta. Mahdollisista

muuttuvista hoitolinjoista tulee tiedottaa omaisia niin, että he asian ymmärtävät. Omaiset kokevat, että hyvä tiedollinen tuki on ymmärrettävää ja rehellistä. Omaisten tiedonsaanti tulee aina varmistaa. Tiedollinen tukeminen on lisäksi tiedon jakamista ja aktiivista kuuntelua. Omaisen tulee olla tietoinen siitä, että hänen läheisensä perustarpeet huomioidaan kokonaisvaltaisesti sekä hoitotyötä toteutetaan eettisesti henkilön omaa tahtoa ja ihmisarvoa kunnioittaen. Tuen tarpeeseen täytyy vastata aktiivisesti koko hoitajakson ajan. Omaisia on hyvä informoida siitä, että heillä on mahdollisuus antaa läheisensä hoitoon liittyvää palautetta kirjallisesti tai suullisesti. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 10; Kontkanen 2014, 32; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

Emotionaalisella tuella tarkoitetaan omaisen ja kuolevan henkilön tunteiden ja kokemusten jakamista. Se on läsnäoloa kuolevan henkilön omaisten surussa ja hädässä. Läsnäololla ja tietoa antamalla hoitohenkilökunta auttaa omaisia hyväksymään läheisensä lähestyvän kuoleman. Tukea tarjottaessa tulisi antaa riittävästi keskusteluaikaa sekä osoittaa hyväksyntää. Osa kuolevan henkilön omaisista haluaa käsitellä tunteitaan hoitohenkilökunnan kanssa, osa taas ei. Tähän omaisille on tarjottava mahdollisuus. Lisäksi omaiset kokevat myötätunnon osoittamisen, ja tarpeen tullen hengellisten asioiden käsittelemisen tärkeänä. Tyytyväisyys kuolevan läheisen saattohoitoa kohtaan koostuu hyvästä kommunikaatiosta, ammatillisista asenteista, kuuntelusta ja hyvästä tiedottamisesta. Tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarjoaminen voi olla yksi omaisten selviytymiskeinoista. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 10-11; Kontkanen 2014, 32.)

Sosiaalisia suhteita tulee hyödyntää saattohoitotyössä. Tällöin puhutaan sosiaalisesta tuesta, jossa hyödynnetään sosiaalisten suhteiden olemassaoloa. Hoitohenkilökunnan tulee tarjota omaisille mahdollisuutta tukitoimintaan, jossa mukana voivat olla esimerkiksi sosiaalityöntekijät, psykoterapeutit ja sairaanhoitajat. Lisäksi voidaan hyödyntää saattohoitoon koulutettuja vapaaehtoistyöntekijöitä. Sureva omainen voi saada tukea myös epävirallisilta tukijoilta, esimerkiksi perheenjäseniltä tai ystäviltä, jotka ovat jollain tapaa sidoksissa omaiseen. Omaisella on oltava mahdollisuus olla kuolevan läheisensä läheisyydessä ja nähdä tätä säännöllisin väliajoin. Empaattisesta, läsnäolevasta ja surevasta omaisesta

välittävä terveydenhuollon ammattihenkilö auttaa omaista lähestyvän kuoleman käsittelyssä. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 11.)

Henkinen tuki on arvostamista, välittämistä sekä yhteistyöhalua kuolevan henkilöä ja hänen omaisiaan kohtaan. Hengellisen ja henkisen tuen tarjoaminen on tärkeä osa saattohoidossa olevan henkilön hoitoa. Tukea voivat tarjota esimerkiksi sairaalapapit tai diakonissat. Kyseisen tuen tarkoituksena on auttaa apua tarvitsevaa hänen omia lähtökohtiaan hyödyntäen. Esimerkiksi ohjaaminen, lohdutus ja keskustelu ovat hengellisen tuen tehtäviä. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 12.)

Hengellistä tukemista ovat myös rukoileminen kuolevan ja tämän omaisten kanssa sekä hiljentymistilan mahdollistaminen tarvittaessa. Omaiselle ja kuolevalle henkilölle tulee tarjota mahdollisuus osallistua hengellisiin tilaisuuksiin esimerkiksi ehtoolliseen. Kirjallisuuden tarjoaminen tai sen ääneen lukeminen ovat myös osa hengellistä tukea. Myös papin tai jonkin muun uskonnollisen yhteisön jäsenen vierailu tulee tarvittaessa mahdollistaa ja järjestää. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 12.)

2.6 Moniammatillinen yhteistyö

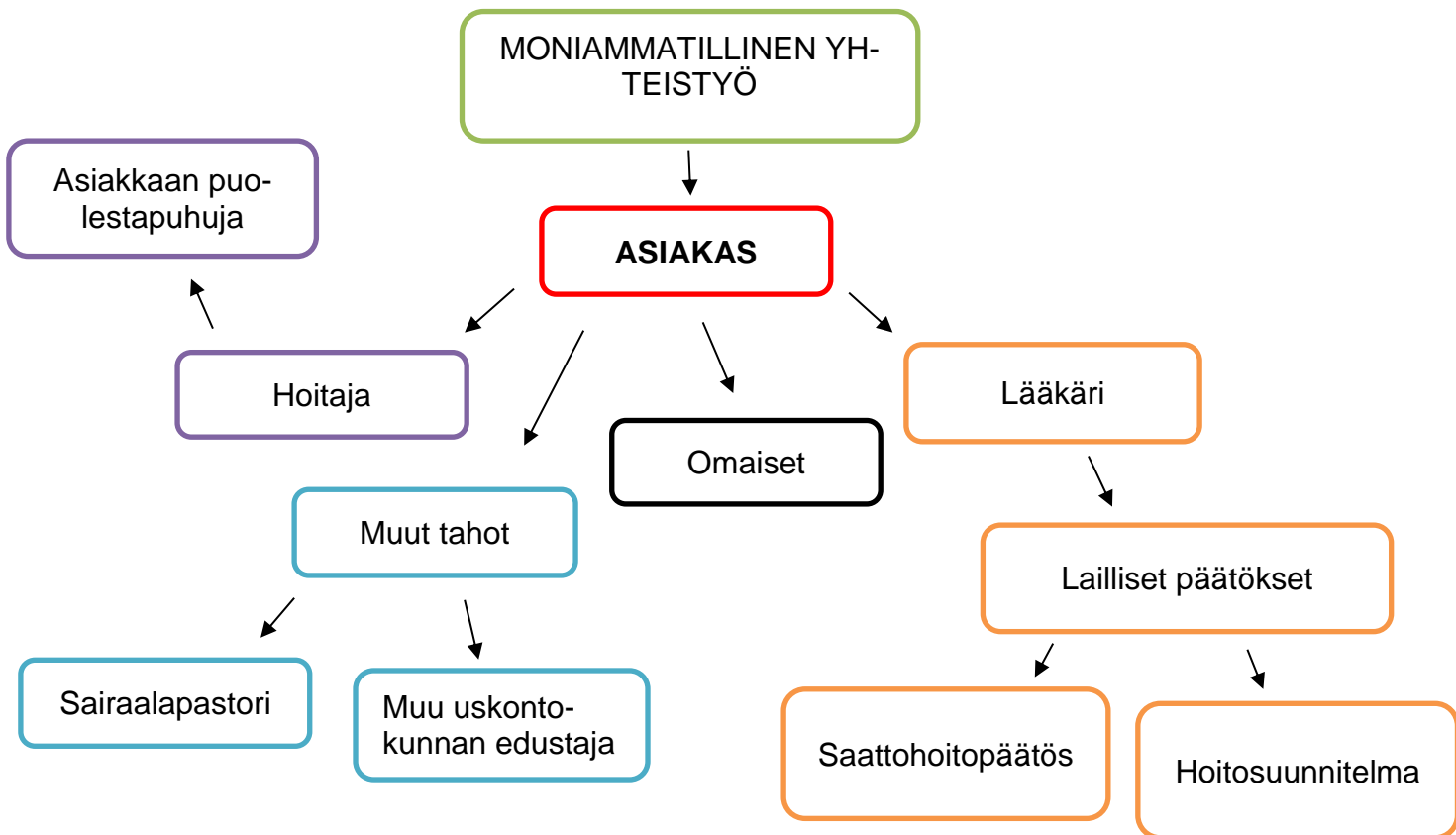
Saattohoitoon osallistuu usein eri tahoja ja ammattilaisia, joita ovat esimerkiksi seurakunnan diakoniatyö ja vapaaehtoistyötä tekevät henkilöt. Moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana toimii asiakas, joka otetaan huomioon kokonaisuutena. Työskentelemällä moniammatillisesti hoitoon saadaan uusia ja erilaisia näkökulmia eri alan asiantuntijoilta. Jokainen asiantuntija tuo hoitoon tasavertaisesti oman tietämyksensä ja samalla kunnioittaa muiden mielipiteitä. Moniammatillisessa työskentelyssä keskeisintä on asiakaslähtöisyys, tietotaito, vuorovaikutustaidot sekä rajojen ylitykset. Asiantuntijoiden sujuva yhteistyö takaa asiakkaalle hyvän hoidon. Hoitotyössä moniammatilliseen työryhmään voi kuulua useita asiantuntijoita, esimerkiksi hoitajat, lääkäri ja sairaalapastori. Erityisesti hoitajalla on tärkeä rooli moniammatillisessa yhteistyössä, sillä hän toimii asiakkaan puolesta puhujana mahdollisimman hyvän lopputuloksen takaamiseksi. (Grönlund &

Huhtinen 2011, 121; Isoherranen 2005, 13-15, 21; Markkola 2013, 60–61; Muis-tiliitto ry 2016, 18.)

Hoitotyössä hoitajan tulee osata perustella omaa toimintaansa ja arvioida sitä. Hyvän tietopohjan omaava hoitaja luo asiakkaalle turvallisen ja luottavaisen tunteen. Lääkäri puolestaan tekee lailliset päätökset saattohoidossa olevalle henkilölle yhteistyössä hänen kanssaan, jos hän siihen kykenee. Tarpeen mukaan päätöksentekoon otetaan mukaan henkilön omaiset. Lailliset päätökset kattavat muun muassa saattohoitopäätöksen ja hoitosuunnitelman. (Murtonen 2002, 129; Pihlainen 2010, 21.)

Saattohoidossa oleva henkilö voi tarvita myös hengellistä hoitoa. Jos hoitaja ei kykene hoitamaan henkilön hengellisiä tarpeita, voi paikalle kutsua esimerkiksi sairaalapastorin. Sairaalapastori voi tukea ja rauhoitella kuolevaa henkilöä keskustelemalla hänen kanssaan. (Pinomaa 2000a, 39.)

Alla olevassa kuviossa (Kuvio 2.) on esitetty esimerkki moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvista henkilöistä. Lisäksi osallistujina voivat olla esimerkiksi fysioterapeutti ja diakonityöntekijä. Kuten ylempänä on mainittukin, moniammatillisen yhteistyön keskiössä on asiakas, jonka puolestapuhujana toimii hoitaja. Yhteistyöhön osallistuva lääkäri tekee lailliset päätökset saattohoidossa olevan henkilön hoitoon liittyen. Lisäksi muita osallistuvia tahoja ovat omaiset ja sekä mahdolliset muut tahot.



Kuvio 2. Moniammatillinen yhteistyö

Hoitoneuvottelu

Saattohoitotyössä moniammatillista yhteistyötä tarvitaan hoitoneuvotteluissa, jotka edeltävät saattohoitopäätöstä. Hoitoneuvotteluihin osallistuvat saattohoidossa oleva henkilö, jos hän siihen kykenee, omaishoitaja, lääkäri ja tarvittaessa omaiset. Hoitoneuvotteluissa käsitellään henkilön hoitoon liittyviä keskeisiä asioita muun muassa taudin kulkua ja saattohoitovaiheeseen siirtymistä. (ETENE 2004a, 10; Hoitoneuvottelu 2017.)

Hoitoneuvotteluissa on tärkeää ottaa huomioon henkilön omat tarpeet ja toiveet. Näiden perusteella tehdään hoitolinjaukset, joiden tarkoituksena on elämää pitkittävien hoitojen päättäminen sairauden ennusteen, kulun ja hoidon mukaisesti. Hoitoneuvotteluissa lääkäri tekee päätökset yhdessä saattohoidossa olevan henkilön ja/tai hänen omaistensa kanssa. Hyvä hoitoneuvottelu kertoo saattohoi-

dossa olevalle henkilölle ja hänen omaisilleen, missä ollaan menossa, vaikka taudin etenemistä ei voisikaan hyvin ennustaa. Yhdessä keskustellen tehty hoitopäätös valmistaa asiakasta ja hänen omaisiaan lähestyvään kuolemaan. Tämä luo asiakkaalle turvallisuuden tunnetta elämän loppuvaiheessa tuttujen ihmisten ympäröimänä, tutussa ympäristössä. (ETENE 2004a, 10; Hoitoneuvottelu 2017.)

2.7 Hoitohenkilökunnan jaksaminen

Hoitohenkilökunnan osaaminen luo saattohoidolle turvallisen rakenteen. Työhyvinvointi on käsite, joka kuvaa työkyvyn laatua ja se käsittää työntekijän kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin. Työhyvinvointiin vaikuttavaan kokonaisuuteen kuuluvat muun muassa työ, työympäristö ja ammatillinen osaaminen. Työntekijöiden ammattitaito ja kyky hallita työtä edistävät työhyvinvointia. Työssä jaksamista puolestaan tukevat esimerkiksi ergonomia, työaikojen säätely ja myönteinen työilmapiiri. Työilmapiirin tulisi olla avoin sekä luottamusta ja arvostusta herättävä. Työssä jaksamiseen vaikuttaa vahvasti se, miten työntekijä itse kokee oman hyvinvointinsa. (Kalliola 2012, 5-8; Lepistö 2006, 4,12; Anttonen 2016, 5; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

Hyvinvoiva henkilökunta edistää laadukasta saattohoitoa. Heillä tulee olla tiedossa selkeät, kirjatut ohjeet ja linjaukset saattohoitoa koskien. Työyksikön riittävät resurssit auttavat onnistuneen saattohoidon toteutumisesta. Oman hyvinvoinnin kannalta merkityksellistä on säilyttää ammatillisuus saattohoidon loppuun saakka. (Muistiliitto ry 2016, 19.)

Huono työilmapiiri, liialliset työajat ja psyykkinen ylikuormitus ovat työhyvinvointia heikentäviä tekijöitä. Työntekijöiden jaksamattomuus aiheuttaa moninaisia ongelmia, minkä vuoksi se koetaan kielteisenä kokemuksena. Sen voi tunnistaa stressistä sekä työkyvyn ja tunne-elämän heikkenemisestä. Jaksamattomuuden aiheuttama pitkäaikainen stressi voi aiheuttaa työuupumuksen, mikä puolestaan voi johtaa fyysisen hyvinvoinnin heikkenemiseen ja ylikuormitukseen. (Kalliola 2012, 5-8; Lepistö 2006, 4,12.)

Saattohoitotyö ei ole helpoimmasta päästä, sillä siinä ollaan vaativien ja jopa ahdistavien tilanteiden äärellä. Saattohoidossa olevan henkilön ja hänen omaistensa lisäksi tukea tarvitsee myös hoitohenkilökunta. Tuen tarpeeseen on vaikutusta usealla tekijällä, esimerkiksi aikaisemmillä kokemuksilla kuolemasta. Hoitajan asenteella kuolevan hoitoa kohtaan on vaikutusta omiin voimavaroihin, sillä hoitajan persoonallisuus on saattohoitotyössä tärkeä työkalu. Hoitotyössä jokainen tulee joskus kohtaamaan kuoleman. Se saattaa olla vaikea tilanne, jos ei ole aikaisemmin elämässään kohdannut kuolemaa. Varsinkin kokemattomalle hoitajalle kuolema voi olla täysin uusi ja jopa järkyttävä tapahtuma. (Härkönen 1989, 216-219.)

Saattohoidossa olevan henkilön omaiset voivat asettaa omia vaatimuksia ja odotuksia hoitajalle heidän läheisensä hoitoon liittyen. Tämä voi aiheuttaa hoitohenkilökunnalle ristiriitaisuutta hoitoon liittyen. Saattohoidossa olleen henkilön menehdyttyä hoitaja tuntee näissä tilanteissa moni eri tunnetiloja, esimerkiksi surua ja syyllisyyden tunnetta. Saattohoitotyössä on hyvä muistaa pitää sopivaa etäisyyttä hoitoon liittyen, sillä hoitajan voimavarat voivat olla riittämättömät kuolevan läheisyyden- ja tuen tarpeeseen verrattuna. (Härkönen 1989, 221-222.)

Hoitohenkilökunnan on mahdollista saada tukea liittyen omaan jaksamiseen. Sosiaalinen tuki on vuorovaikutussuhteista saatavilla oleva voimavara. Sosiaalista tukea on esimerkiksi empaattisuus, kuunteleminen ja käytännön apu. Sosiaalista tukea saadaan työyhteisöltä, perheeltä ja läheisiltä. Hoitohenkilökunnan antama henkinen tuki tarkoittaa saatavilla olevaa arvostusta ja henkistä tukea. Se vaikuttaa vahvasti työyhteisön jaksamiseen ja työilmapiiriin. (Härkönen 1989, 223-224; Lepistö 2006, 7-12.)

Työyhteisössä voidaan toteuttaa myös toiminnallista tukea. Toiminnallinen tuki näkyy työnjaossa. Hoitajan työ helpottuu paljon, kun käytössä on esimerkiksi omahoitajajärjestelmä tai hoitotiimi. Tällöin hoitaja saa enemmän aikaa saattohoidossa olevan henkilön kanssa. Omahoitajajärjestelmä luo työyhteisölle myös rytmin, jonka avulla on helpompi työskennellä ja työnjako toimii paremmin. Vaikka työskennellään vakavien asioiden parissa, ei pidä unohtaa huumoria. Se antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden purkaa omia tunteita, lievittää stressiä ja se luo myönteistä ilmapiiriä. (Härkönen 1989, 223-224; Lepistö 2006, 7-12.)

Emotionaalinen tuki näkyy hoitohenkilökunnan tunteiden käsittelyssä. Työyhteisössä on hyvä olla paikka, missä voi vapaasti purkaa tunteitaan. Tunteita ja reaktioita olisi hyvä käsitellä yhdessä muiden työntekijöiden kanssa esimerkiksi Debriefing-purkutilanteessa. (Härkönen 1989, 223-224; Lepistö 2006, 7-12.)

Tiedollinen tuki taas käsittää viestinnän, hyvän perehdytyksen ja työntekijöiden koulutuksen kuolevien henkilöiden hoidossa. Lisäksi hoitajat tarvitsevat selkeät ohjeet saattohoidosta organisaatiolta sekä lääkäriltä. (Härkönen 1989, 223-224; Lepistö 2006, 7-12; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

Työyhteisön jaksamisen kannalta pelkkä työyhteisön antama tuki ei välttämättä riitä. On tärkeää, että työntekijät saavat tukea myös työpaikan ulkopuoliselta ammattihenkilöltä, esimerkiksi psykologilta. Usein hoitohenkilökunnan jaksamiseen vaikuttavat tekijät ovat psyykkisiä. Jos työ käy liian raskaaksi ja hoitaja kokee uupuneensa, hän voi saada apua esimerkiksi työnohjaajalta tai terapiasta. Aikaisessa vaiheessa huomattu väsymys on hyvä tunnistaa, jotta työ ei ala tuntua liian raskaalta. Saattohoitotyö on sujuvaa, kun työyhteisössä vallitsee avoin ja turvallinen ilmapiiri. (Hietanen 2000, 94; Pinomaa 2000, 42-43.)

Attendo KajaaninHelmessä keskustellaan paljon hoitajien kesken ja tarvittaessa myös esimies on tukena. Hoitohenkilökunnalle järjestetään saattohoitokoulutusta, ja lisäksi työyhteisössä on tarkat työohjeet kuolemantapauksien varalle. Tällä helpotetaan työssä jaksamista. Tarvittaessa hoitohenkilökunnalla on käytössä työterveyshuolto.

2.8 Kuolema

Kuolema on elämän päätepiste, joka luo elämästä kokonaisuuden. Siihen, miten ihmiset kokevat kuoleman, vaikuttavat vahvasti ihmisen oma kulttuuritausta ja uskonto. Kuolevaa henkilöä hoitavalla henkilökunnalla olisi hyvä olla tietoa kuolemisprosessiin liittyvistä ilmiöistä sekä kyky soveltaa tietämystään hoitotyössä ammattieettisten periaatteiden mukaisesti. (Härkönen 1989, 8-11, 14-15, 34-35.)

Kuolinhetkeä on vaikea ennustaa ja se on aina erilainen. Ihminen voi elää vielä useita viikkoja, vaikka näkyvillä olisi paljon kuolemaan viittaavia merkkejä. Kuoleman lähestyessä henkilön vointi ja tajunnantaso heikkenevät sekä elintoiminnot hiipuvat. (Hänninen 2015c, 258; Korhonen & Poukka 2015a, 262.)

Nielemiskyky usein heikkenee, jolloin hän kykenee ottamaan suun kautta vain pieniä nestemääriä. Hengittäminen tapahtuu yleensä suun kautta, jolloin suu kuivuu. Hengitys heikkenee ja muuttuu äänekkääksi, sillä limaa kertyy hengitysteihin, eikä sitä jakseta yskiä pois. Hengitys voi muuttua pinnalliseksi, nopeaksi tai todella hitaaksi. Verenkierron heikkenemisen seurauksena periferia on viileä ja lämpörajat katoavat hiljalleen. Iho muuttuu kalpeaksi ja se voi sinertää. Kuoleva henkilö saattaa hikoilla sekä iho muuttua kylmänhikiseksi. Lihakset menettävät jänteytensä, jolloin liikuntakyky ja tuntoaisti katoavat. Kasvoissa tapahtuu muutoksia kasvolihasten rentoutuessa. Silmissä on lasittunut katse ja ne saattavat olla puoliksi tai kokonaan auki. Kuolevalla henkilöllä voidaan nähdä nykiviä liikkeitä ja levottomuutta. (Hänninen 2015c, 258; Härkönen 1989, 166-167; Korhonen & Poukka 2015a, 262.)

Ihminen on kuollut, kun hänen sydämensä tai aivojensa toiminta on täysin loppunut. Kuolleelle henkilölle alkaa syntyä lautumia, ruumis jäähtyy ja kuolonkankeutta ilmenee. Kuolemantoteamisen suorittaa lääkäri. Lääkäri ei kuitenkaan ole aina saatavilla, joten hoitohenkilökunnan tulee huomioida tarkat kirjaukset vainajasta (kuolinhetki ja tapahtumat kuolinhetkellä). (Härkönen 1989, 171-172; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

Henkilön menehdyttyä, tulee omaisille ilmoittaa sekä vainaja laittaa mahdollisimman pian kuoleman jälkeen. Asukkaan muuttaessa Attendo KajaaninHelmeen, omaisten kanssa sovitaan, milloin kuolemasta ilmoitetaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että mikäli asukas menehtyy yöaikaan, sovitaan omaisten kanssa, että ilmoitetaanko kuolemasta heti vai seuraavana päivänä. (Ridanpää 2006, 63-66; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

Vainajan laitto suoritetaan yleensä hoitoyksikössä. Vainajan laitossa vainajalta riisutaan vaatteet. Mahdolliset haavat puhdistetaan ja niihin vaihdetaan uudet si-

dokset. Vainajalta kammataan hiukset ja tarvittaessa miehiltä ajetaan parta. Mahdolliset hammasproteesit laitetaan suuhun paikoilleen. Silmät voidaan sulkea si-deharsotaitoksilla tai kostutetuilla pumpulitupoilla. Jotta suu saataisiin kauniisti kiinni, kierretään leuan ja korvien takaa päälle napakka harsosidos. Vainaja tulee jättää selälleen. Nilkkoihin kiinnitetään tunnustuslappu. Yleensä vainajan päälle puetaan kertakäyttöpaita ja alle laitetaan kertakäyttölakana. Vainaja voidaan pukea myös omiin vaatteisiinsa. On tärkeää tietää hänen uskonnollinen vakaumuksensa, jotta vainajan uskonnon tapoja osataan kunnioittaa laitton yhteydessä. Vainajan päälle voidaan esimerkiksi muotoilla lakanasta risti. Lisäksi päälle voidaan asetella kukkia. Halutessaan myös omaiset voivat osallistua vainajan laittoon. Osallistuminen voi olla myös läsnäoloa ja koskettamista. Tällä tavoin omaiset voivat tehdä surutyötä. Vainajan laitossa hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli oikean tunnelman luomisessa laittotilanteeseen ja sen jälkeiseen hetkeen. (Ridanpää 2006, 63-66.)

Sopivan tunnelman luomiseksi, ympäristöön voidaan mahdollisuuksien mukaan syyttää kynttilöitä tai käyttää paristoilla toimivia kynttilöitä sekä laittaa esille kukkia. Kaunis tunnelma on omaisille tärkeää, ja näin heille jää hyviä muistoja hetkestä. Vainajaa tulee säilyttää hoitoyksikössä vähintään kaksi tuntia kuoleman jälkeen. Tämän jälkeen hoitohenkilökunta sopii vainajan siirrosta yhteistyössä omaisten ja hautaustoimiston kanssa. Hautaustoimisto huolehtii vainajan siirtämisestä vainajien säilytystiloihin. Attendo KajaaninHelmestä vainaja siirretään joko Kajaanin pääterveysaseman tai Kainuun keskussairaalan vainajien säilytystiloihin. Kuljetus on maksuton. Omaiset voivat valita haluamansa hautaustoimiston kuljettamaan menehtyneen läheisensä sairaaloiden vainajien säilytystiloista hautausmaan kappeliin. (Ridanpää 2006, 63-66; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

Kun ihminen kuolee, voidaan surua ilmaista suruliputuksella. Suruliputuksessa käytetään maamme kansallislippua, joka aluksi nostetaan ylös ja sen jälkeen 1/3 osaa tangon mittaa alas. Lipun alareuna asettuu salon puoliväliin asti. Suruliputus aloitetaan heti kun on todettu kuolemantapaus tai seuraavana päivänä, jos suruliputusaika jäisi lyhyeksi. Mikäli suruliputus sattuu samanaikaisesti virallisen liputuspäivän kanssa, suoritetaan liputus seuraavana päivänä. Suruliputus voidaan

suorittaa vainajan kotona, syntymäkodissa ja työpaikalla. Kun lippu lasketaan, se vedetään ensin salon huippuun asti ja sen jälkeen normaalisti alas. Hautauspäivänä suruliputus suoritetaan edellä mainituin tavoin, mutta siunaus- ja hautauslaisuuden jälkeen lippu nostetaan täyssalkoon loppupäivän ajaksi. Tämä osoittaa kunnioitusta vainajaa kohtaan. (Suruliputuksella kunnioitetaan vainajaa n.d.)

Ennen vainajan hautaamista tarvitaan hautauslupa, jonka kirjoittaa lääkäri. Jotta hautauslupa voidaan antaa, täytyy tiedossa olla vainajan henkilöllisyys. Lisäksi lääkäri laatii kuolintodistuksen. (Hautauslupa 2017; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2017.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä saattohoito-opas hoitohenkilökunnan työskentelyn tueksi.

Oppaan tavoitteena on kehittää Attendo KajaaninHelmen hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja saattohoitotyön parissa.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on hyvä saattohoito hoivakodissa?
2. Millainen on hyvä ja selkeä opas hoitohenkilökunnalle hoivakodissa?
3. Kuinka kohdata saattohoidossa oleva henkilö ja hänen omaisensa hoivakodissa?

4 TUOTTEISTAMISPROSESSI OPINNÄYTETYÖSSÄMME

Opinnäytetyömme tuloksena on opas, joka on tuotteistamisprosessin avuin tuotettu. Tuotteistamisella tarkoitetaan uuden palvelun tai tuotteen kehittämistä ja sen markkinoimista. Sosiaali- ja terveysalalla tuotteiden tarkoituksena on edistää hyvinvointia, terveyttä ja elämänhallintaa. (Jämsä & Manninen 2000, 9,14.)

Sosiaali- ja terveysalalle on asetettu laatuvaatimuksia, joita tulee noudattaa. Palveluiden laadun kehittämiseksi hyödynnetään erilaisia menetelmiä, joista esimerkkinä tiedon kerääminen asiakaspalautteiden ja potilaskyselyiden avulla. Tavoitteena on jo olemassa olevan palvelun parantaminen, eli tuotteen edelleen kehittäminen. Kehitetyn tuotteen tulee olla markkinoilla kilpailuun kykenevä ja asiakkaiden tarpeita tyydyttävä. Kehittämistarpeen täsmentämisessä on tärkeää huomioida esimerkiksi asiakasryhmä. Sosiaali- ja terveysalalla kehittämistarpeiden syntyyn vaikuttavat uusi tieto ja asiakkaiden terveystarpeet. Tuotteistamisen avulla näitä laatuvaatimuksia pyritään edistämään. (Jämsä & Manninen 2000, 29-32.)

Jämsän ja Mannisen teoksen mukaan sosiaali- ja terveysalalla tuotteistamisprosessi jaetaan viiteen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on ongelman ja kehittämistarpeen tunnistaminen, jonka jälkeen edetään ideointiin. Tuotteistamisprosessin kolmas vaihe on tuotteen luonnostelu, jota seuraa kehittelyvaihe ja lopuksi viimeistely. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

Opinnäytetyömme kohdalla tuotteistamisprosessi käynnistyi, kun Kajaanissa sijaitseva hoivakoti Attendo KajaaninHelmi huomioi yksikössään kehittämistarpeen. Heillä ilmeni tarve saattohoito-oppaalle, sillä aiempaa opasta ei ollut. Kehittämistarpeen huomattuaan hoivakodin johtaja otti meihin yhteyttä. Attendo KajaaninHelmessä on 42 asukapaikkaa ikäihmisille. Hoivakoti tarjoaa hoivapalveluiden lisäksi asukkailleen myös asumis- ja kuntoutuspalveluita. Avainasemassa on vanhustyön kehittäminen. Asukkaan palvelut räätälöidään yksilölliset tarpeet huomioiden. (Attendo KajaaninHelmi n.d.)

Kun ongelma- ja kehittämistarpeet ovat tunnistettu, edetään ideointivaiheeseen. Ideointiprosessi käynnistyy eri ratkaisukeinojen löytämiseksi. Vaihtoehdoilla etsitään ratkaisua ajankohtaisiin ongelmiin organisaatiossa. Tarkoituksena on ideoida tuotetta, joka auttaa parhaiten ongelmien ratkaisussa. Ideointivaiheen tarkoituksena on synnyttää tuotekonsepti. Tuotekonsepti on esitys siitä, millainen tuote tai palvelu tulee suunnitella ja valmistaa. (Jämsä & Manninen 2000, 35, 38, 40.)

Opinnäytetyömme ideointivaiheessa ideoimme tuotetta yhteistyössä hoivakodin johtajan kanssa tapaamisen ja sähköpostiviestien avulla. Attendo KajaaninHelmen johtaja esitti meille toiveita siitä, mitä toivoisi oppaan sisältävän. Toiveita esitettiin teoreettisen viitekehyksen sisällöstä sekä oppaan visuaalisesta ilmeestä. Tuotteen visuaaliseen ilmeeseen saimme vaikuttaa lähes vapaasti. Toimeksiantajan toiveena oli, että työ on selkeä ja kuvat toimivat myös mustavalkoisina. Teoreettinen viitekehys on tuotettu näyttöön perustuvaa tietoa hyödyntäen hoivakodin johtajan toiveiden mukaisesti. Näin opas saatiin vastaamaan mahdollisimman hyvin heidän yksikkönsä tarpeita. Hoitohenkilökunnalla on ollut mahdollisuus läpi opinnäytetyöprosessin analysoida oppaan toimivuutta käytännön työssä. Jotta olemme pysyneet ajan tasalla tuotteen toimivuudesta, olemme toimittaneet keskeneräisen työmme useampaan otteeseen hoivakodin johtajalle.

Kun on saatu aikaan päätös tuotteen suunnittelusta ja valmistamisesta, siirrytään luonnosteluun. Luonnostelu sisältää analyysin, joka puolestaan sisältää tuotteen suunnittelua ja valmistamista ohjaavat näkökohdat ja tekijät. Laadukas tuote saadaan, kun hyödynnetään olemassa oleva asiantuntijatieto ja huomioidaan eri osa-alueet. Näitä osa-alueita ovat esimerkiksi asiakasprofiili, palveluiden tuottaja ja tuotteen asiasisältö. (Jämsä & Manninen 2000, 43-44,47, 51.)

Asiakasanalyysin ja -profiilin laadinta ovat luonnostelun perusta. Tässä selvitetään odotukset ja tarpeet liittyen terveyteen ja hyvinvointiin. Tuotteen asiasisällön selvittämiseksi ja rajaamiseksi on hyvä tutustua ajankohtaisimpaan tutkimustietoon sekä näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Tuotekonseptista syntyy tuotekuvaus. Tuotekuvaus vastaa esimerkiksi seuraaviin kysymyksiin: Ketkä käyttävät ja hyödyntävät tuotetta sekä millainen on kohderyhmä, johon tuotetta käytetään.

(Jämsä & Manninen 2000, 43-44,47, 51.)

Attendo KajaaninHelmeen tutustuaksemme kävimme paikan päällä tutustumassa hoivakotiin ja sen tiloihin. Lisäksi toimeksiantaja kertoi kohderyhmästä, tarpeista ja käytännöstä, jotta osaisimme tuottaa työmme mahdollisimman hyvin heidän tarpeitaan vastaavaksi. Asiasisältö, jota opinnäytetyössämme käsittelemme, on tuotettu näyttöön perustuvaa tietoa hyödyntäen. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa esitimme kohderyhmää koskevia tarkentavia kysymyksiä hoivakodin johtajalle sähköpostiviestien välityksellä. Aihe opinnäytetyössämme on rajattu ikäihmisten saattohoitoa koskevaksi, sillä kyseessä on ikäihmisten hoivakoti.

Tuotteen kehittäminen alkaa luonnosteluvaiheessa esille nousseiden rajausten, ratkaisuvaihtoehtojen ja asiantuntijayhteistyön myötä. Sisältö pyritään kertomaan mahdollisimman ymmärrettävästi, täsmällisesti ja vastaanottajan tarpeet huomioiden. Yleensä informaatiota välittävissä tuotteissa ongelmana on asiasisällön valinta sekä tiedon vanhentumisen mahdollisuus. Lisäksi informaatiota voivat häiritä eri osapuolten tarpeiden ja taitojen kohtaamattomuus. Opinnäytetyössämme ongelmana on, että lääke- ja hoitotiede kehittyy jatkuvasti, ja myös tieto päivittyy sen mukaisesti. Toimeksiantaja pyysi oppaan sähköisenä, jotta oppaan muokkaaminen onnistuisi sujuvammin. Lisäksi sähköisenä olevaa versiota voi tulostaa useamman kappaleen, sillä itse toimitimme oppaasta vain yhden paperisen version hoivakodille. (Jämsä & Manninen 2000, 54-57.)

Valitsimme oppaaseen fontiksi Century Gothic:n ja fonttikooksi 12, sillä fontti on selkeä ja kirjaimet erottuvat toisistaan. Fontti on mielestämme myös hieman tyylikkäämpi kuin perinteiset fontit. Ennen fontin valintaa testasimme, että jokainen kirjain on selkeä sekä isolla että pienellä kirjoitettuna. Koska kyseessä on asiakirja, tulee fontin olla selkeä, sillä tekstin luettavuus on yksi tärkeimmistä kriteereistä. (Fontti n.d.)

Oppaan kuvien suhteen saimme neuvoja koulumme informaattikolta. Hän antoi meille linkkejä nettisivuille, joista saa kopioida kuvia vapaasti. Valitsimme kuvat oppaan aiheeseen sopiviksi ja testasimme, että kuvat toimivat myös mustavalkoisena. Koska toimeksiantajalla ei ollut toiveita oppaan värimaailman suhteen,

valitsimme värimaailmaksi oranssin. Oranssi toimii myös mustavalkoisena ja kävi hyvin yhteen mustavalkoisten kuvien kanssa.

Palautetta ja arviointia tuotteesta kerättiin läpi tuotteistamisprosessin. Palautteen antamisesta tekee helpompaa, mikäli on olemassa jo tuote, johon verrata tehtyä työtä. Vertailussa korostuvat uuden tuotteen kehittämis- ja korjaamistarve sekä puutteet ja edut. Parhain tapa testata tuotteen toimivuus on esitestaaminen tuotteen valmisteluvaiheessa. Koekäyttäjät voivat olla esimerkiksi tuotteen tilannut organisaatio tai sen asiakkaat. (Jämsä & Manninen 2000, 80-81.)

Läpi opinnäytetyösuunnitelmaprosessin toimeksiantaja, vertaisarvioijat sekä ohjaava opettaja antoivat palautetta ja korjausehdotuksia tuotteesta. Alkuun keskustelimme toimeksiantajamme kanssa esitestaamisen mahdollisuudesta. Esitestausvaiheessa Attendo KajaaninHelmessä ei kuitenkaan ollut ketään saattohoidossa, joten toimeksiantajamme katsoi, että he voivat arvioida oppaan toimivuutta aiempien saattohoitokokemusten pohjalta. Esitestaus muuttui siis ikään kuin ”palautteen keruuksi”.

Tuotteen toimivuudesta saimme palautetta käytännön saattohoitotyössä. Palautetta antoivat kokenut hoitohenkilökunta. Lähetimme oppaamme arvioon sekä paperisena että sähköisenä versiona. Palautteiden myötä saimme oppaaseen lähinnä pieniä korjausehdotuksia. Korjausehdotukset liittyivät sanavalintojen muokkauksiin, sanojen lisäykseen sekä suruliputuksen osalta myös tietoa tuli lisätä. Hoitohenkilökunta ja hoivakodin johtaja olivat tyytyväisiä oppaan visuaaliseen ilmeeseen sekä kokonaisuuteen. Saadun palautteen pohjalta teimme oppaaseen heidän toivomat korjaukset. Palautteiden keruu ja sen pohjalta tehdyt korjaukset tehtiin aikataulussa. Palautteen oppaan toimivuudesta toimeksiantaja antoi meille sähköisesti sähköpostin välityksellä.

Tuotteen viimeistely käynnistyy saatujen palautteiden ja esitestauskokemusten pohjalta. Viimeistelyvaiheessa hiotaan yksityiskohtia ja laaditaan käyttöohjeita. Viimeistelyyn kuuluu myös tuotteen jakelun suunnittelu. (Jämsä & Manninen 2000, 81.) Saattohoito-oppaamme jaetaan Attendo KajaaninHelmen käyttöön sekä paperisena että sähköisenä versiona. Lisäksi opinnäytetyöraporttimme ja saattohoito-opas julkaistaan Theseuksessa, jossa se on kaikkien luettavissa.

Alla olevassa kuviossa (Kuvio 3.) olemme avanneet tuotteistamisprosessin etenemisen opinnäytetyössämme.

Ongelma ja kehittämistarpeen tunnistaminen

- Attendo KajaaninHelmi huomasi kehittämistarpeen -> saattohoito-opas

Ideointivaihe

- Attendo KajaaninHelmen johtaja esitti toiveita oppaan teoreettiseen sisältöön ja visuaaliseen ilmeeseen liittyen.

Luonnosteluvaihe

- Rajasimme aiheen, tutustuimme kohderyhmään, tarpeisiin ja Attendo KajaaninHelmeen -> tuotekuvaus.

Tuotteen kehittäminen

- Oppaan kehittäminen luonnosteluvaiheessa ilmenneiden toiveiden, tarpeiden yms. pohjalta.

Viimeistelyvaihe

- Palautteen pohjalta tehtäviä korjauksia sekä oppaaseen että raporttiin.

Kuvio 3. Tuotteistamisprosessin eteneminen opinnäytetyössämme

5 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä saattohoito-opas Attendo Kajaanin-Helmen hoitohenkilökunnan työskentelyn tueksi. Opas sisältää ohjeita saattohoidossa ilmenevien yleisimpien oireiden lääkkeelliseen ja lääkkeettömään hoitoon. Lisäksi oppaassa esitetään saattohoitoa koskevia käsitteitä sekä kuolevan henkilön, hänen omaistensa ja hoitohenkilökunnan tukemista.

Tuotimme oppaan yhteistyössä toimeksiantajamme Attendo KajaaninHelmen kanssa. Saattohoito-oppaan sisältö on toteutettu toimeksiantajamme toiveiden mukaisesti näyttöön perustuvaa tietoa hyödyntäen. Attendo KajaaninHelmi on ikäihmisten hoivakoti, joten aiheemme rajautui ikäihmisen saattohoitoon. Oppaassa käsiteltävät asiat ovat esitelty hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tällä tarkoitamme sitä, että asiat on esitetty näkökulmasta ”kuinka hoitaa kokonaisvaltaisesti saattohoidossa olevaa henkilöä”.

Teoreettisen viitekehyksen tekemiseen panostimme muun muassa lähteiden tuoreudella. Tavoitteenamme oli, että opinnäytetyön viitekehys etenisi loogisesti. Jokaisesta kappaleesta löytyy käytettyjen lähteiden lähdeviitteet sekä lähdeluettelosta lähdemerkinnät.

Oppaan tavoitteena on kehittää Attendo KajaaninHelmen hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja saattohoitotyön parissa. Tällä taataan saattohoidossa oleville asukkaille mahdollisimman hyvä ja laadukas hoito aina kuolemaan saakka.

Hyvä kirjallinen ohjausmateriaali on selkeää ja ymmärrettävää. Siitä tulee käydä ilmi, mikä on ohjausmateriaalin tarkoitus ja kenelle se on suunnattu. Sisällön tulee olla ajantasainen ja helposti luettavissa. Ohjausmateriaali on kirjoitettu selkeällä ja riittävän suurella fontilla. Ohjeessa käytettävän asettelun ja kielen tulee olla selkeää sekä käytettävien termien tulee olla tuttuja ja yksiselitteisiä. Kirjallisen ohjeen sisällön ymmärrettävyyttä voidaan lisätä erilaisia kuvioilla ja taulukoilla. Tärkeää on myös huomioida ohjausmateriaalin koko ja värimaailma. Opasta tehdessämme olemme esimerkiksi tehneet erilaisia taulukoita, kuvioita sekä huomioineet oppaan värimaailman ja fonttityylin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 126-127.)

Tavoitteenamme oli, että opas vastaisi mahdollisimman hyvin Attendo Kajaanin-Helmen tarpeita saattohoitotyössä. Oppaan toteuttamisessa noudatimme yllä mainittuja ”hyvän ohjausmateriaalin kriteerejä”. Teimme oppaasta mahdollisimman selkeän ja helppolukuisen taulukoiden avulla. Lisäksi oppaan ulkonäkö muotoiltiin miellyttäväksi yhteistyössä toimeksiantajamme kanssa.

Työn sisältöä arvioivat Attendo Kajaanin-Helmen johtajan ja henkilökunnan lisäksi myös vertaisarvioijat sekä opettajat. Heiltä saadun palautteen pohjalta olemme muokanneet työtämme. Virallista palautekyselyä emme tehneet, palaute työstä kerättiin sähköisesti, avoimena. Sana oli niin sanotusti ”vapaa”.

Työmme vahvuuksia on teoriatieto, joka on etsitty kriittisesti. Teoriatieto on näyttöön perustuvaa tietoa. Lisäksi työ vastaa Attendo Kajaanin-Helmen tarpeita. Heikkouksia on, että teoriatieto hoitoalalla päivittyy kokoajan. Saattohoito-opas ei pysy ajan tasalla ilman päivittämistä. Oppaan päivittäminen näin ollen työllistää myös henkilökuntaa.

5.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyötä arvioidessa voidaan hyödyntää laadullisen tutkimuksen arviointiin ikäihmisten saattohoidon sovellettavaa kriteeristöä. Se sisältää käyttövarmuuden, uskottavuuden, siirrettävyyden ja vahvistettavuuden kriteerit. Työn käyttövarmuutta lisää se, että työtä tehdessä huomioidaan työn tulokseen mahdollisesti ennalta arvaamatta vaikuttavat ulkopuoliset tekijät. (Vilka & Airaksinen 2003, 72-73; Tuomi & Sarajärvi 2018, 161-162.)

Uskottavuutta voidaan lisätä kerätyn aineiston totuudenmukaisuudella, joten huomioimme tiedon hankinnassa lähdekritiikin. Valittaessa lähdemateriaalia on hyvä arvioida teoksen kirjoittajan tunnettavuutta ja arvovaltaa sekä lähteen uskottavuutta, laatua ja ikää. Kirjoittajan tunnettavuudesta ja arvovallasta kertoo yleensä se, että saman tekijän nimi toistuu useissa alan lähteissä. Tällöin hänen teosensa hyödyntäminen lähteissä, on kannattavaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 72-73;.) Yksi Suomen tunnetuimmista ikäihmisten saattohoitoon perehtyneistä hen-

kilöistä on Juha Hänninen. Hän on saattohoitokotina tunnetun Terhokodin entinen ylilääkäri. Lisäksi Hänninen on mukana erilaisissa hankkeissa, muun muassa Hyvä kuolema –hankkeessa (2015). Hän on kirjoittanut useita artikkeleita ja teoksista saattohoitoon liittyen. Olemme hyödyntäneet näitä julkaisuja meidän opinnäytetyössämme.

Myös lähteen tuoreutta tulee arvioida, sillä tutkimustieto muuttuu nopeasti. Uusimmat tutkimukset sisältävät yleensä aiempien tutkimusten jo olemassa olevat tiedot. Lähteiden laatuun voidaan panostaa valitsemalla alkuperäiset lähteet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72-73.)

Siirrettävyyttä voidaan arvioida selvittämällä, voidaanko tuotosta tai tuloksia hyödyntää jossain toisessa vastaavanlaisessa kontekstissa. Oppaamme on suunniteltu pääasiassa Attendo KajaaninHelmen käyttöön. Teoreettinen viitekehys on kuitenkin muotoiltu niin, että se kuvaa yleisesti ikäihmisen saattohoitoa ja yleisimpiä oireita. Käytännössä opasta voidaan hyödyntää myös muissakin hoivakodeissa, joissa asukasmateriaali on sama. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 161-162.)

Vahvistuvuutta puolestaan lisää, jos työlle tukea toisista tutkimuksista tai töistä. Hyvä keino lisätä tutkimuksen vahvistuvuutta on ulkopuolisen henkilön arvio tuotoksesta. Tämä lisää myös työn uskottavuutta. Työmme ulkopuoliset arvioijat ovat toimeksiantajan ja Attendo KajaaninHelmen henkilökunnan lisäksi vertaisarvioijat sekä opettajat. Kaikilta edellä mainituilta olemme keränneet palautetta säännöllisesti läpi opinnäytetyöprosessin. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa arvioida luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 161-163).

5.2 Opinnäytetyön eettisyys

Oikeaa ja väärää sekä hyvää ja pahaa koskevat kysymykset ovat etiikan peruskysymyksiä. Eettiset kysymykset herättävät yleensä keskusteluja sekä eriäviä mielipiteitä ihmisten keskuudessa arkielämässäänkin. (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2015, 23-26.)

Saattohoito sisältää paljon eettisyyteen liittyviä kysymyksiä ja ristiriitoja. Vaikka terveydenhuollon ammattihenkilöiden tärkeimpinä tehtävinä pidetään sairauksien hoitamista ja ehkäisemistä sekä kärsimyksen lievittämistä, kuuluu heidän tehtäviinsä myös kuolemaan saattaminen sekä sen helpottaminen mahdollisimman turvallisella, arvokkaalla ja inhimillisellä tavalla. Saattohoitoa ohjaavissa säädöksissä tuodaan esille inhimillisen saattohoidon tärkeys sekä tarpeettomien hoitokeinojen välttäminen. On tärkeää, että hoito toteutuu asukkaan hoitotahtoa, eettisiä ohjeita ja näyttöön perustuvaa tietoa noudattaen. (ETENE 2004b, 7.)

Saattohoidossa hoidon tavoitteita rajataan jo sillä, ettei asukasta pyritä parantamaan, vaan hänen voinnistaan pyritään tekemään mahdollisimman kivuton, oireeton ja ihmisarvoa tukeva. Ikäihmisten osuus väestöstä kasvaa ja täten myös hoitoa rajaavista ratkaisuista puhuminen on ajankohtaista. Lisäksi ikäihmisten hoito on ollut paljon otsikoissa kuluvan vuoden aikana. Otsikoissa on nostettu esille vanhustyössä ilmeneviä epäkohtia, laiminlyöntejä sekä vähäiset hoitajaresurssit. Joissain otsikoissa vanhushoitotyön on kuvailtu olevan jopa "retuperällä". (ETENE 2004b, 11.)

Saattohoidon laatuun merkittävästi vaikuttavia tekijöitä ovat laaditut saattohoito-ohjeet. Yksi opinnäytetyömme tarkoituksista on kehittää Attendo KajaaninHelmen hoitohenkilökunnan tietoa ja taitoja saattohoitotyön parissa. Saattohoito-oppaaseen olemme etsineet ajankohtaista, näyttöön perustuvaa tietoa. Tätä tietoa hyödyntämällä hoitohenkilökunta kykenee toteuttamaan hyvää, kokonaisvaltaista saattohoitoa näyttöön perustuvasti aina asukkaan loppuelämään asti. (ETENE 2004b, 12.)

ETENE on pohtinut kuolemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä seminaarin muodossa. Esille nousseita asioita olivat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tuen tarjoaminen sekä tiedottamisen tärkeys hoitotyössä. Opinnäytetyössämme olemme huomioineet kaikkia edellä mainittuja asioita mahdollisimman kattavasti. Tuen tarpeen olemme esittäneet selkeästi omissa kappaleissaan. Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyy myös työmme viitekehityksessä. Olemme tuoneet esille tiedollisen tuen eli keskustelemisen tar-

peen, sillä saattohoitovaiheessa keskustelu on ensiarvoisen tärkeää hoitohenkilökunnan ja kuolevan henkilön sekä hänen omaistensa välillä. (ETENE 2004b, 12.)

Pitkäikäisyyden ei tulisi olla hoitotyön tavoitteena vaan sitäkin tärkeämpää olisi tavoitella sitä, että ihminen eläisi mahdollisimman hyvän, toimintakykyisen ja itsenäisen elämän. (ETENE 2004b, 11.)

5.3 Oma ammatillinen kehittyminen

Väestön ikääntyminen ja aiheen ajankohtaisuus sai meidät valitsemaan opinnäytetyömme aiheeksi saattohoidon. Lisäksi saattohoito on aiheena meille mielenkiintoinen ja tärkeä, sillä molemmat olemme työskennelleet ikäihmisten palvelukodeissa opintojen ohella. Halusimme kehittää omaa tietämystämme aihetta kohtaan, jotta pystyisimme toteuttamaan saattohoitoa työskentely-yksiköissämme mahdollisimman hyvin.

Sairaanhoitajan osaamiskompetensseissa esitetään, että hoitotyön tulisi olla asiakaslähtöistä sekä eettisten arvojen ja periaatteiden mukaista. Molemmat ovat suuressa osassa saattohoidon toteutuksessa. Hoidon tulee olla inhimillistä ja hyvää silloinkin, vaikka parantavaa hoitoa ei enää olisikaan. Sairaanhoitajan kuuluu edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä lievittää kärsimystä. Perustaitoihin kuuluu kyky toteuttaa mahdollisimman hyvää saattohoitoa. Lisäksi asukkaan kohtaaminen on tärkeässä osassa saattohoitotyössä. (Saattohoito n.d.; ETENE 2004a, 14; Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 36-37.) Opinnäytetyömme avulla olemme kehittäneet tietämystämme siitä, kuinka tukea ja kohdata saattohoidossa oleva henkilö.

Yhä useammassa yksikössä saattohoitoa toteutetaan, sillä henkilön tulee voida asua kotonaan elämänsä loppuun asti riippumatta siitä, millainen koti on kyseessä. Yksiköissä, joissa saattohoitoa toteutetaan, tulee olla valmiudet toteuttaa ikäihmisten ja/tai omaisten kanssa yhteistyössä laadittuja hoitosuunnitelmia saattohoidossa oleville potilaille. Hyvät valmiudet kattavat riittävän ammattitaidon, so-

pivat välineet ja riittävät henkilöstöresurssit. Näin myös saattohoito kyetään toteuttamaan turvallisesti ja inhimillisesti ihmisarvoa kunnioittaen. Sairaanhoidajan kliinisen osaamisen kompetenssiin kuuluu kyky hallita keskeisimpiä hoitotoimenpiteitä, niihin kuuluvaa välineistöä sekä huomioida myös turvallisuutta niiden käytössä. Myös saattohoitovaiheen lääkehoitoa toteutetaan joissain yksiköissä. Tällöin hoitajan tulisi hallita myös turvallinen lääkehoito lääkärin ohjeiden mukaisesti. (Saattohoito n.d.; Kompetenssit n.d.; ETENE 2004a, 14.)

Emme ole päässeet toteuttamaan saattohoitoa käytännössä opinnäytetyöprosessin aikana, mutta jo pelkän teorian kehittäminen pohjalta valmiutemme toimia saattohoitotilanteissa ovat parantuneet. Teoreettisella tiedolla tarkoitamme esimerkiksi millaista on mahdollisimman hyvä ja kokonaisvaltainen saattohoito tai mitkä ovat lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.

Lähestyvän kuoleman hyväksyminen voi olla vaikeaa niin asukkaalle kuin omaisillekin. Hoitajan tulee tukea ja osoittaa empatiaa sekä asukkaalle että hänen omaisilleen. Yleensä kuuntelu, keskustelu ja läsnäolo riittävät. Asukkaan ja omaisten voimavarojen huomioiminen on tärkeää. Hoitajalla tulee olla tieto ja rohkeus tarjota kuolevalle asukkaalle ja omaisille mahdollisia muita palveluita. Esimerkiksi papin vierailu on mahdollinen. Terveystiedon edistämisen sekä ohjaus- ja opetusosaamisen kompetensseissa määritetään, että tehtävänä on tukea, tuntea ja ylläpitää hoitoketjuja ja palvelujärjestelmiä. Tavoitteena on, että sairaanhoitajakoulutusta opiskeleva osaa käyttää erilaisiin tilanteisiin sopivia opetus- ja ohjausmenetelmiä asiakaslähtöisesti. (Hietanen 2015, 244-245; Kompetenssit n.d.; Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 43.)

Oman kokemattomuuden vuoksi saattohoitotilanteet sekä omaisten kohtaaminen voivat olla vielä hankalia tilanteita. Kuitenkin opinnäytetyötämme tehdessämme olemme saaneet ohjeita esimerkiksi siitä, kuinka kohdata saattohoitotilanteessa oleva henkilö sekä hänen omaisensa. Olemme kehittäneet tietämystämme myös muista eri alojen toimijoista, joita voimme hyödyntää saattohoitotyössä.

Osaksi sairaanhoitajakoulutuksen kompetensseja kuuluu myös näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko. Tämä kompetenssi sisältää tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-osaamisen. Tällä tarkoitetaan sitä, että sairaanhoitajakoulutusta

opiskeleva kykenee etsimään tietoa yleisimmistä terveystieteiden tietokannoista, hän osaa arvioida kriittisesti käyttämiään tieteellisiä lähteitä sekä kykenee osallistumaan erilaisiin prosesseihin, joita ovat esimerkiksi kehittämis- ja tutkimusprosessit. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 42.)

Opinnäytetyömme tiedonhaussa olemme hyödyntäneet erilaisia terveystieteiden tietokantoja, kuten esimerkiksi Käypä hoito, Duodecim ja Medic. Tietoa etsiessämme olemme arvioineet lähteiden sisältöä kriittisesti. Opinnäytetyöprosessi on opettanut ja kehittänyt etenkin tutkimusprosessitoimintaa. Teoriatietoa etsiessämme olemme tutkineet useita eri lähteitä ja huomioineet samanaikaisesti muun muassa niiden luotettavuutta. Koska työmme tuotoksena on tuote, olemme hyödyntäneet työssämme tuotteistamisprosessi-mallia. Näin ollen olemme kehittäneet osaamistamme tuotteistamisesta tuotteistamisprosessia hyödyntäen. Vertaisarvioinnin avulla olemme saaneet työhömmme uusia kehittämisideoita palautteiden pohjalta.

5.4 Työelämäyhteistyön onnistuminen ja arviointi sekä jatkotutkimusehdotukset

Koemme, että yhteistyömme toimeksiantajamme kanssa sujui vaivattomasti. Saimme vastaukset kysymyksiimme aina nopeasti ja kattavasti. Uskalsimme kysyä, jos jokin asia askarrutti. Toimeksiantaja oli osana opinnäytetyöprosessiamme vahvasti, sillä esimerkiksi opinnäytetyösuunnitelmaa ja keskeneräistä saattohoito-opasta käytimme hänen luettavanaan. Näin pysyimme itse myös ajan tasalla siitä, sisältääkö tuotteemme kaiken tarvittavan, mitä he oppaaseen halusivat. Toimeksiantajamme myös toimitti meille käytettäväksi hyviä lähteitä työhömmme. Hän osallistui myös oppaan visuaalisen ilmeen suunnitteluun sekä opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen suunnitteluun. Kokonaisuutena yhteistyö toimeksiantajan kanssa onnistui mielestämme hyvin.

Jotta opinnäytetyöstämme olisi mahdollisimman suuri hyöty myös tulevaisuudessa, olemme sopineet Attendo KajaaninHelmen kanssa, että he voivat päivittää oppaan sähköistä versiota vapaasti. Tällöin tieto pysyy ajan tasalla. Toimek-

siantajamme kanssa sovimme myös, että opasta saa käyttää myös muissa Kainuun Attendojen yksiköissä, joissa asukasmateriaali on samankaltainen kuin Attendo KajaaninHelmessä.

Oma työmme on saattohoito-opas hoitohenkilökunnan työskentelyn tueksi. Olemme koettaneet poimia teorian tietoon tärkeimmät asiat saattohoidosta. Jatko-tutkimusehdotuksiamme on esimerkiksi opas omaisille läheisen kuoltua tai tutkimus hoitohenkilökunnan jaksamisesta saattohoitotyössä. Omaisille suunnattu opas voisi sisältää tiivistetysti tietoa siitä, kuinka toimia läheisen kuoleman jälkeen, mitä tukea saatavilla ja niin edelleen. Tutkimus hoitohenkilökunnan jaksamisesta saattohoitotyössä voisi olla esimerkiksi kyselytyyppinen, johon hoitajat voisivat vapaasti kertoa omasta jaksamisestaan työssään.

LÄHTEET

- Aho, H., Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. (2009). *Kipu*. Helsinki: Duodecim.
- Antikainen R., Konttila T., Strandberg T. & Virolainen J. (2013). Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. *Suomen lääkirilehti*, 68(12), 909-915. Saatavilla 27.9.2018 <https://docplayer.fi/651234-Vaikeasti-dementoituneen-vanhuksen-elaman-loppuvaiheen-hoito.html>
- Anttonen M. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. 5. Väitöskirja. Saatavilla 1.10.2018 <http://pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Attendo KajaaninHelmi. (N.d.). Saatavilla 10.4.2018 <https://www.attendo.fi/kajaaninhelmi>
- Fontti (N.d.). Saatavilla 20.3.2019 <https://peda.net/sievi/sievin-lukio/oppiaineet2/tietotekniikka/att2/bitti1/bitti1-170415/tp/merkkimuotoilut/fontti>
- Björkman M., Sorva A., & Tilvis R. (2007). *Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia*. Tabu 15(3), 4-5. Saatavilla 27.9.2018 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134276/tabu32007.pdf?sequence=1>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015) *Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen*. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf> Saatavilla 17.2.2019.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2000) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. (2011). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hagelberg, N. & Heiskanen, T. (2015). Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisen mekanismin mukaan. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (47). Helsinki: Duodecim.

Hautauslupa (2017). Saatavilla 6.7.2018 <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/oikeuslaakinta/omaiselle-ja-laheiselle>

Heiskanen, T. (2015a). Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (53-54). Helsinki: Duodecim.

Heiskanen, T. (2015b). Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (62-65). Helsinki: Duodecim.

Hietanen, P. (2015). Sanallinen ja sanaton viestintä. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (244-245). Helsinki: Duodecim.

Hillilä, M. (2015). Ummetuksen hoito. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (143-146). Helsinki: Duodecim.

Hiltunen, P. (2015a). Psykiatristen oireiden hoito vanhuspotilailla. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (226-227). Helsinki: Duodecim.

Hiltunen, P. (2015b). Psykososiaalinen tuki vanhuspotilailla. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (223-225). Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2015) *Tutki ja kirjoita*. Porvoo: Bookwell Oy

Hoitoneuvottelu. (2017). Saatavilla 18.4.2018 http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvai-heen_hoito/hoitoneuvottelu

Hoitotahto. (2017). Saatavilla 12.4.2018 https://thl.fi/documents/10531/1722924/Hoitotahto_2015_04_17.pdf/4c29f218-558e-41ad-85d3-a94ccef1c480

Holi, T., Kokkonen, P. & Vasantola, S. (2004). *Hoitotahto*. (79). Helsinki: Talentum.

Hänninen, J. (2015a). Milloin saattohoitoa? Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (256). Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. (2015b). Oireiden arviointi palliativisessa hoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (34). Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. (2015c). Oireiden arviointi saattohoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (258). Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. (2015d). Oireiden esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (32-33). Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. (2015e). Oiremittarit ja toimintakykyasteikot palliativisessa hoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (34-35). Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. (2015f). Saattohoitoa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (257). Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. & Pöyhiä, R. (2015). Kuivumistilan tutkiminen ja hoito. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (142). Helsinki: Duodecim.

Härkönen, L. (1989). *Lähestyvä kuolema*. Porvoo: WSOY.

Isoherranen, K. (2005). *Moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. (2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. Saatavilla 12.4.2018 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequ

Janes, R. (2015a). Deliriumin etiologia ja oireet. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (170-171). Helsinki: Duodecim.

Janes, R. (2015b). Deliriumin hoidon periaatteet. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (171). Helsinki: Duodecim.

Juhela, P. (2015). Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (289). Helsinki: Duodecim.

Jämsä, M. & Manninen, E. (2000). *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2018). *Hoitoa rajaavat päätökset ja kirjaaminen*. (1-3).

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2017). *Saattohoito ympäri-vuorokautisissa hoivapalveluissa*. (1-4).

Kalliola, N. (2012). Työhön sitoutuminen avaimena työssä jaksamiseen. Pro gradu, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos. Saatavilla 22.4.2018 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/38083/URN:NBN:fi:ju-201206221940.pdf?sequence=1>

Karjalainen, T. & Ponkilainen, S. (2008). *Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille – kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle*. Pro gradu, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Karppinen, H. (2015). Mikä hoitotahto on? Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (610-611). Helsinki: Duodecim.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., & Tiittanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kompetenssit. (2013). Saatavilla 11.4.2018 <https://www.kamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opetustarjonta/Sairaanhoitaja-ja-terveydenhoitaja/OPS2013/Sairaanhoitaja>

Kontkanen, E. (2014). Kuolevan potilaan läheisen tukeminen. Teoksessa M. Anttonen, H. Erjanti, A. Grönlund & S. Kiuru (toim.) *Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet*. (32-33). Helsinki: Fioca.

Korhonen, T. & Poukka, P. (2015a). Hengitystieoireiden lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (261-262). Helsinki: Duodecim.

Korhonen, T. & Poukka, P. (2015b). Keskushermosto-oireiden lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (264-265). Helsinki: Duodecim.

Korhonen, T. & Poukka, P. (2015c). Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (259-260). Helsinki: Duodecim.

Korhonen, T. & Poukka, P. (2015d). Ruoansulatuskanavan oireiden lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (263-264). Helsinki: Duodecim.

Koskela, R. & Rahko, E. (2015a). Oksentelevan potilaan oireenmukainen hoito. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (161-162). Helsinki: Duodecim.

Koskela, R. & Rahko, E. (2015b). Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (133). Helsinki: Duodecim.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (1992). Saatavilla 12.4.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>

Laurila, J. (2015a). Vanhuksen deliriumin aiheuttajat ja oireet. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (172-173). Helsinki: Duodecim.

Laurila, J. (2015b). Vanhuksen deliriumin hoito. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (174-175). Helsinki: Duodecim.

Lehto, J. & Pöyhiä, R. (2015a). Hengenahdistus. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (92). Helsinki: Duodecim.

Lehto, J. & Pöyhiä, R. (2015b). Hengenahdistusoireen arviointi. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (94-95). Helsinki: Duodecim.

Lehto, J. (2015). Saattohoitopäätös. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (14). Helsinki: Duodecim.

Lepistö, S. (2006). Hoitotyön johtajan työssä jaksamiseensa saama tuki. Pro gradu, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Saatavilla 22.4.2018 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93410/gradu01064.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lindqvist M. (2000). Johdanto saattohoitoon. Teoksessa Aalto K. (toim.) *Saattohoito: Lähimmäisenä kuolevalle*. (15-18). Helsinki: Kirjapaja.

Markkola, K. (2013). Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Pro gradu, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Saatavilla 12.4.2018 <http://docplayer.fi/15243428-Moniammatillinen-ammattiryhmien-valinen-ja-ammattirajat-ylittava-yhteistyö-erikoissairaanhoidossa.html>

Muistiliitto ry (2016). Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito. Saatavilla 16.4.2019 https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf

Murtonen, I. (2002). Näkökulmani yksilövastuisen hoitotyön opettamiseen. Teoksessa Munnukka T. & Aalto P. (toim.). *Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen.* (129). Helsinki: Tammi.

Nivala-Huhtaniska, N. & Nousiainen, A. (2015). *Kuolevan potilaan suunhoito.* Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito.* (132). Helsinki: Duodecim.

Ollila, Seija. (2015). Näkemyksiä hyvästä saattohoidosta. Teoksessa Raisio H & Wadén P. (toim.) Saatavilla 4.5.2018 https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-591-6.pdf

Palliativinen hoito ja saattohoito. (2018). Saatavilla 22.4.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus:jsessio-nid=7D351FCE5DC2515C99789A88104DCC87?id=hoi50063>

Partanen, T. (2014). Saattohoitopotilaan tukeminen. Teoksessa M. Anttonen, H. Erjanti, A. Grönlund & S. Kiuru (toim.) *Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet.* (31). Helsinki: Fioca.p

Pihlainen, A. (2010). *Hyvä saattohoito Suomessa.* Saatavilla 11.4.2018 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pinomaa, A-L. (2000). *Rakastava hoito.* Teoksessa Aalto, K (toim.) *Saattohoito.* (39, 42-43). Helsinki: Kirjapaja.

Ridanpää, S. (2006). *Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet*. Pro gradu, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Saatavilla 17.4.2019 <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarto, T. (2015a). Kroonisen ripulin hoito. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (146). Helsinki: Duodecim.

Saarto, T. (2015b). Palliativisen hoidon määritelmä. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (10). Helsinki: Duodecim.

Saattohoito. (N.d.). Saatavilla 10.4.2018 <http://stm.fi/saattohoito>

Saattohoito. (2017). Saatavilla 11.4.2018 http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Suruliputuksella kunnioitetaan vainajaa. (N.d.). Saatavilla 6.7.2018 <https://intermin.fi/suomen-lippu/suruliputus>

Terveyskylä (n.d.) *Pahoinvointi*. Saatavilla 24.4.2018 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/pahoinvointi>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Saatavilla 20.8.2018 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2004b). *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. Saatavilla 17.4.2019 <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2004a). *Saattohoito – valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio*. Saatavilla 18.4.2018 <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Tyynelä-Korhonen, K. (2013). *Palliativisen hoidon opetus*. Duodecim-lehti 129, 379-380. Saatavilla 10.4.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10819>

Hospice and Its Impact on Caregiving and the Family. (n.d.) Saatavilla 20.3.2019 <https://gerontology.usc.edu/resources/articles/hospice-and-care-giving/>

Vainio, A. (2015). Kansainvälinen Hospice-liike. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (18). Helsinki: Duodecim.

Vainio, A. & Vuorinen, E. (2015). Kivun esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa M. Aaltonen, R. Antikainen, J. Hänninen, T. Saarto & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (45). Helsinki: Duodecim

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003) *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Hyödynnämme työssämme tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa. Käyttämämme teorian tieto on internetistä ja kirjallisuudesta. Nettilähteitä käyttäessämme olemme käyttäneet luotettavia tietokantoja, esimerkiksi Duodecim, Medic ja KAMK- Finna.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Opinnäytetyöraporttimme sekä oppaamme on dokumentoitu Word-tiedostoille. Oppaamme asettelussa olemme hyödyntäneet Wordin valmista mallipohjaa. Aineiston ja dokumenttimme laatu varmistetaan teorian tiedon luotettavuudella. Luotettavuuteen olemme panostaneet kiinnittämällä huomioita lähteen ikään, laatuun, uskottavuuteen sekä teoksen kirjoittajan tunnettavuuteen. Samanaikaisesti olemme huomioineet lähdekritiikin. Lisäksi palautteen keruu toimeksiantajalta sekä ulkopuolisilta arvioijilta parantaa työmme laatua.

4. Säilytys ja varmuuskopiointi

Tiedostot (opinnäytetyöraportti sekä opas) löytyvät molempien salasanoilla suojatuilta tietokoneilta. Lisäksi molemmilla on sähköpostissaan tuorein versio molemmista tiedostoista siltä varalta, jos esimerkiksi tietokone rikkoontuu. Sähköpostimme ovat salasanoilla suojattuja. Näin ollen tiedostoihin eivät pääse käsi ulkopuoliset henkilöt. Opettajille sekä toimeksiantajalle toimitamme tiedostot sähköpostitse sekä paperisena versiona.

Paperisena versiona toimittaessamme palautamme työmme suoraan joko opettajalle tai hänen lukolliseen postilaatikkoonsa. Toimeksiantajalle toimitamme työn henkilökohtaisesti.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskyseymykset

Opinnäytetyömme ei sisällä henkilöihin liittyvää arkaluontoista tietoa, joka tulisi pitää salassa. Jokainen voi löytää samaista tietoa esimerkiksi internetistä. Opinnäytetyömme (oppaan sekä raportin) käyttöoikeudet saa Attendo Kajaanin-Helmi. Lisäksi olemme sopineet toimeksiantajamme kanssa, että opasta saa vapaasti käyttää myös muissa Kainuun Attendojen yksiköissä, joissa asukasmateriaali on samankaltaista kuin Attendo KajaaninHelmessä.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Opinnäytetyöraporttimme sekä –oppaamme on luettavissa sähköisenä versiona Theseuksessa. Olemme antaneet Attendo KajaaninHelmelle luvan oppaan päivittämiseen, josta he huolehtivat tulevaisuudessa itse.

Pisteluuokka

Havaintokategoria	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista	Hengitys äänekästä ja vaivalloista
		Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys.
Ääntely	Ei ääntelyä	Satunnaista vaikerointia tai voihketta	Rauhatonta huutelua
	Tyytyväinen ääntely	Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa
		Levotonta liikehdintää	Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu.

(PAINAD-mittari, Duodecim 2015)



HOITOTAHTO

Täten minä

nimi	syntymäaika

määrään, että jos minä vakavan sairauden tai onnettomuuden seurauksena en pysty päättämään omasta hoidostani esimerkiksi tajuttomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi, ei minua hoidettaessa saa käyttää keinotekoisesti elintoimintoja ylläpitäviä hoitomuotoja /ellei tilani korjautumiseen ole selkeitä perusteita/. Vaikeiden oireiden poistamiseksi tai lievittämiseksi voidaan kuitenkin edellä mainittuja keinojakin tilapäisesti käyttää.

Tehohoitoa voidaan minulle antaa vain, jos voidaan kohtuudella arvioida, että sen antaminen johtaa parempaan tulokseen kuin pelkästään lyhytaikaiseen elämän pitkittymiseen.

Jos toivorikkaana aloitettu hoito osoittautuu tuloksettomaksi, siitä on välittömästi luovuttava.

Paikka ja aika

Allekirjoitus (nimi, ammatti ja kotipaikka)

Varta vasten kutsuttuina ja samanaikaisesti saapuvilla olevina todistajina vakuutamme täten, että

Hoitotahdon tekijän nimi

jonka hyvin tunnemme, on omakätisesti allekirjoittanut edellä olevan hoitotahdon selittäen sen vakaaksi tahdokseen. Hän on tehnyt tämän hoitotahdon terveellä ja täydellä ymmärryksellä, vapaasta tahdostaan ja käsittäen täysin sen merkityksen.

Paikka ja aika

Kaksi esteetöntä todistajaa

Allekirjoitus	
Ammatti	
Kotipaikka	
Nimenselvennys	

Allekirjoitus	
Ammatti	
Kotipaikka	
Nimenselvennys	

(Hoitotahtolomake, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017)