

KUOLEVAN ASIAKKAAN HYVÄ HOITO

Ohjekansio Väinönkadun palvelutalon henkilökunnalle

Opinnäytetyö

Milla Arilehto
Juha Marttinen
Liisa Pitkäranta

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2012

Hoitotyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



Tekijä(t) ARILEHTO, Milla MARTTINEN, Juha PITKÄRANTA, Liisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 16.04.2012
	Sivumäärä 49	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi KUOLEVAN ASIAKKAAN HYVÄ HOITO – Ohjekansio Väinökadun palvelutalon henkilökunnalle		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli & YABAL, Anneli		
Toimeksiantaja(t) Väinökadun palvelukeskus, Jyväskylän vanhus- ja vammaispalvelut		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä laadukas saattohoito on palveluasumisessa sekä tuottaa palveluasumisen henkilökunnalle ohjekansio, jossa käsitellään hyvää hoitoa koskevia näkökohtia ikääntyneen elämän loppuvaiheessa. Tavoitteena on, että tutkimustiedon avulla yksikössä voidaan kehittää hoitotyötä tarjoamalla palvelutalon työntekijöille informaatiota ja työvälineitä kuolevan asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa, sekä mahdollistaa tutkimustiedon hyödyntäminen yksikössä.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Jyväskylän vanhus- ja vammaispalveluihin kuuluva Väinökadun palvelukeskus. Kuolevan asiakkaan hyvä hoito –ohjekansio on tarkoitettu palvelukeskuksen hoitotyöntekijöiden käyttöön. Ohjekansio on toteutettu Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetyönä. Ennen varsinaisen ohjekansion koostamista selvitettiin kirjallisuuden ja asiantuntijahaastatteluiden avulla millaista on kuolevan asiakkaan hyvä hoito sekä minkälaisia haasteita kuolemaan liittyy. Lisäksi selvitettiin mitkä lait ja suositukset ohjaavat saattohoidon toteuttamista. Tiedonkeruu tapahtui kirjallisuuden ja asiantuntijahaastatteluiden avulla. Ohjekansiossa käsiteltiin aihekokonaisuuksia, jotka nousivat esille näistä suosituksista, laeista ja asiantuntijahaastatteluilta.</p> <p>Opinnäytetyössä käsitellyt juridiset säädökset, eettiset ohjeet ja saattohoitosuositukset sisälsivät vastaavia asioita, kuin mitä asiantuntijahaastatteluista nousi esille. Saattohoitosuosituksissa korostettiin asiakkaan kanssa käytävän hoitoneuvottelun sekä saattohoitopäätöksen teon merkitystä. Niin suosituksissa kuin asiantuntijahaastatteluissakin hyvän saattohoidon edellytykseksi nousi hyvä ja aktiivinen oireenmukainen hoito. Oireenmukaisen hoidon lisäksi henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen on avainasemassa laadukasta saattohoitoa toteuttaessa. Asiakkaiden itsemääräämisoikeus nousee esille suosituksissa sekä laissa, hoitotahdon määrittäminen parantaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Omaiset tulee nähdä saattohoidossa voimavarana. Hoitohenkilökunnan osaaminen, kokemus ja hyvä työkuultuuri koetaan tärkeinä jaksamisen kannalta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Saattohoito, kuolevan hoito, ohjekansio		
Muut tiedot Liitteenä ohjekansio, 80 sivua		

Author(s) ARILEHTO, Milla MARTTINEN, Juha PITKÄRANTA, Liisa	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 16.04.2012
	Pages 49	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title The Good-Practices Instruction Manual of Dying Client		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli & YABAL, Anneli		
Assigned by Väinönkatu Service Center, Jyväskylä City Services for the Aged and Disabled		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to investigate what good-quality terminal care is in residential service housing and to produce an instruction manual dealing with issues of good care in the final life stage of the aged. The goal was to collect research data for the development of care work in the service unit by providing the service home staff with information and tools connected with dying clients and making it possible to apply the research information in the unit.</p> <p>The thesis was commissioned by the Väinönkatu Service Center which is part of the Jyväskylä City Services for the Aged and Disabled. The Good-Practices Instruction Manual of a Dying Client is intended for the care providers of the service center. The instruction manual was compiled by JAMK University of Applied Sciences students as their graduation work.</p> <p>Before the compilation of the actual instruction manual, literature and expert interviews were used to establish what is good care of a dying patient and what challenges death presents. Current legislation and recommendations directing the implementation of terminal care were also investigated. Research data was collected from literature and expert interviews. The instruction manual discussed the topics which emerged from these recommendations, laws and expert interviews.</p> <p>The juridical regulations, ethical guidelines and terminal care recommendations discussed in the thesis included largely the same topics as those that emerged during the expert interviews. The terminal care recommendations emphasized the importance of care negotiations with the client and making the terminal care decision. Both the recommendations and expert interviews stressed the necessity of good and active palliative care for good terminal care. In addition to palliative care, attentiveness to mental and spiritual needs has a key position when implementing good-quality terminal care. The self-determination of clients arises from both the recommendations and legislation, and the making of an advance care directive improves a client's self-determination rights. Family members should be seen as a positive resource in terminal care. Practical knowledge, expertise and good workplace culture are considered very important for the wellness of the care providers.</p>		
Keywords Terminal care, care of the dying, instruction manual.		
Miscellaneous Attachments: The Good-Practices Instruction Manual of Dying Client, 80 pages.		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	SAATTOHOITO OSANA LAADUKASTA PALVELUJÄRJESTELMÄÄ	4
2.1	Käsitteiden määrittely	4
2.2	Saattohoitoa ohjaavat suositukset ja lait	5
2.2.1	Saattohoitoa ohjaavat suositukset.....	6
2.2.2	Saattohoitoa ohjaavat lait	11
2.3	Laadukas saattohoito.....	13
2.3.1	Saattohoitopäätös ja hoidon rajausta	13
2.3.2	Itsemääräämisoikeus ja hoitotahto	14
2.3.3	Henkinen ja hengellinen tuki.....	15
2.3.4	Hoitohenkilökunnan jaksaminen ja jaksamisen tukeminen	16
2.3.5	Omaisten tukeminen.....	17
2.4	Kuolevan asiakkaan oireenmukainen hoito	18
2.4.1	Hengityselimistön oireet	19
2.4.2	Ruuansulatuskanavan oireet.....	20
2.4.3	Iho-oireet.....	23
2.4.4	Psyykkiset oireet.....	25
2.4.5	Väsymys.....	27
2.4.6	Kipu ja kärsimys.....	28
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	29
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	30
4.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	30
4.2	Haastatteluaineiston keruu ja analysointi.....	32
4.3	Ohjekansion toteutus	33
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	33
5.1	Saattohoidon keskeiset kysymykset ammattilaisten näkemyksen mukaan ..	36
5.2	Palaute ohjekansiosta.....	41
6	POHDINTA	43
6.1	Opinnäytetyöprosessi.....	43

6.2	Luotettavuus ja jatkokehittämisideat.....	45
LÄHTEET	46
LIITTEET	49
LIITE 1.	Asiantuntijahaastatteluiden avainkysymykset	49
LIITE 2.	Kuolevan asiakkaan hyvä hoito -ohjekansio	50

1 JOHDANTO

Ikääntyneille tarjottavien asumispalveluiden rakenne on muuttunut merkittävästi kuluneen kymmenen vuoden aikana. Vanhainkotien, vuodeosastojen ja palveluasumisen asiakasmäärien vähentyessä, tehostetun palveluasumisen osuus sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluista on jatkuvasti lisääntynyt. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 66.) Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2008 valtakunnallisen laatusuosituksen ikäihmisten palveluista, jossa yhdeksi tavoitteeksi on mainittu pitkäaikaishoivan uudistamisen. Terveyskeskuksen vuodeosastojen toimintaa tulee keskittää nopeaan ja joustavaan akuuttihoitoon ja kuntoutukseen, pitkäaikaisen laitoshoidon tarjoamisen sijasta. Pitkäaikainen hoiva onkin siis järjestettävä kotona tai kodinomaisessa ympäristössä, kuten tehostetun palveluasumisen yksikössä, huomioiden ikäihmisten omat toiveet. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tavoitteeksi, että vuonna 2012 5-6 prosenttia 75 –vuotta täyttäneistä kuuluisi tehostetun palveluasumisen piiriin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 28-29.)

Yksi arvokkaan kuoleman osa-alue on tarjota asiakkaalle mahdollisuus kuolla yksikössä, jossa hän on viettänyt viimeisen aikansa. Palvelutaloissa sekä vanhainkodeissa kuolleiden osuus Suomessa vuonna 2008 oli 13 prosenttia. Kodeissa kuolleiden osuus oli puolestaan 17 prosenttia. Suurin osa kuolleista oli ikäihmisiä, eli 65 vuotta täyttäneiden osuus kaikista kuolleista oli 77 prosenttia. (Pihlainen 2010, 23.) Opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen suurien ikäluokkien ikääntyessä. Tehostetun palveluasumisen lisääntyessä myös elämän loppuvaiheen hoitoa tulee kehittää, jotta kuoleminen kodinomaisessa ympäristössä on mahdollista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä hyvä kuolema on palveluasumisessa ja tuottaa palveluasumisen henkilökunnalle opas, jossa käsitellään hyvää hoitoa koskevia näkökohtia ikääntyneen elämän loppuvaiheessa. Oppaaseen kerätään tietoa saattohoidon toteuttamisesta ja siihen liittyvistä asioista. Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimii Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalveluihin kuuluva Väinön-

kadun palvelukeskus. Opinnäytetyön sisällöstä on käyty keskustelua Väinökadun palvelukeskuksen palvelupäällikön sekä muun henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyössä selvitetään miten mahdollistetaan hyvä kuolema, minkälaisia oireita kuolemaan liittyy, sekä mitkä lait ja suositukset ohjaavat kuolevan hoitoa. Kuolevan asiakkaan hyvä hoito -ohjekansio on tarkoitettu palvelemaan Väinökadun palvelukeskuksen yksikköä, työntekijöitä sekä opiskelijoita. Opinnäytetyöhön kerätään jo olemassa oleva tieto kuolevan asiakkaan hoidosta yhteen. Ohjekansioon kerätään yksityiskohtaista sekä ajankohtaista tietoa hoidosta ennen kuolemaa, kuoleman kohdatessa ja kuoleman jälkeen. Opinnäytetyössä käytetään termiä ”saattohoito” puhuttaessa kuolevan asiakkaan hoidosta, riippumatta siitä, onko saattohoitoon siirtymisestä tehty lääketieteellistä päätöstä.

2 SAATTOHOITO OSANA LAADUKASTA PALVELUJÄRJESTELMÄÄ

2.1 Käsitteiden määrittely

Palliativinen hoito tulkitaan Suomessa kaikeksi etenevien pahanlaatuisten sairauksien oireenmukaiseksi hoidoksi. Siihen siirrytään, kun etenevää sairautta ei voi parantaa tai parantavista hoidoista ei ole enää hyötyä. Palliativinen hoito eroaa saattohoidosta sen ajallisesta suhteesta kuolemaan. Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuolemaa, jolloin elinaikaa odotetaan olevan vain kuukausia tai viikkoja. (Hänninen 2003, 14-15.) Suomessa ei ole määritelty tiettyä elinajanennustetta, jolloin palliativinen hoito alkaa, se voi sairaudesta riippuen kestää vuosia. Palliativinen hoito sijoittuu ajallisesti asiakkaan hoidossa aktiivisen sairauden hoidon ja saattohoidon väliin. Sana palliativinen on suomenkielessä vieras, se on johdos muista kielistä. Sana pallium on latinaa ja tarkoittaa viittaa. Viitta on vertauskuva, joka antaa suojaa ja lämpöä, näitä tulisi myös asiakkaan ja hänen omaistensa saada palliativisessa hoidossa. Englannin-

kielessä on sana palliative joka tarkoittaa ”lieventää, helpottaa, vähentää tuskaa”. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 17–19.)

Saattohoito on kuolevan asiakkaan hoitoa ja se pitää sisällään samat asiat kuin palliativinen hoito. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen jakso. Sen tavoitteena on, että asiakas voi elää mahdollisimman hyvää elämää loppuun saakka. Asiakkaasta huolehditaan kokonaisvaltaisesti. Siihen kuuluvat sairauden oireiden mukainen perushoito, ihmisarvon kunnioittaminen, hengellisen hyvinvoinnin huomiointi sekä asiakkaan läheisten ihmissuhteiden tukeminen. Tärkeää on ymmärtää, että siirtyminen oireenmukaiseen hoitoon ei huononna hoidon laatua, vaan riittävä oireenmukainen hoito jatkuu. Liian aktiivinen hoito, turhat tutkimukset ja toimenpiteet voivat vain lisätä asiakkaan kärsimyksiä ja pitkittää niitä. (Heikkinen ym. 2004, 19-21.)

Saattohoitokodilla tarkoitetaan kuolevan hoitoon erikoistunutta hoitokotia, jossa hoidetaan ainoastaan saattohoitoasiakkaita. Tällä hetkellä Suomessa on neljä saattohoitokotia. Näiden lisäksi saattohoitoa annetaan saattohoidettavien henkilöiden kodeissa, sairaaloissa sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Saattohoitokodit. n.d.)

Terminaalinhoito ja terminaalipotilas termit ovat perua Lääkintähallituksen 1982 tekemästä terminaalinhoito-ohjeesta. Aikoinaan se tarkoitti samaa kuin saattohoito nykyään. Nykyisin terminaalihoidosta puhutaan hyvin lyhyen eliniänennusteen asiakkaan kohdalla. Eli ennuste on lyhyempi kuin saattohoidossa olevilla, vain tunteja tai päiviä. (Hänninen 2003, 14.)

2.2 Saattohoitoa ohjaavat suositukset ja lait

Saattohoitoa toteuttavia terveydenhuollon työntekijöitä ohjaavat kirjalliset suositukset ja periaatteet, eettiset ohjeet sekä juridiset säädökset. Nämä ohjeistukset ohjaavat kaikkia toimimaan kriteerein, jotka ovat hyvälle saattohoidolle asetettu. (Grön-

lund & Huhtinen 2011, 30.) Juridiset säädökset eli lainsäädäntö perustuvat periaatteellisille ihmisoikeuksille ja kulttuurisille arvoille, ilmentäen vallitsevia sosiaalisia normeja. Lait asettavat tarkat rajat ja puitteet hoitajan päätöksenteolle. Eettiset säädökset taas ovat hoitotyön laatuvaatimuksia, jotka ovat kuitenkin vain yleisluontoisia ja voivat toimia apuna hoitotyön päätöksenteossa. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 147-148.) Eettisten ohjeiden avulla pyritään antamaan selkeitä ohjeita käytännön työssä kohdattaviin ongelmiin (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 18).

Eettisten ohjeiden ja lakipykälien lisäksi saattohoitoa ohjaavat suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset vuonna 2010. Julkaisun: ”Hyvä saattohoito Suomessa” pohjaksi pyydettiin selvitykset kaikkien suurten kaupunkien ja sairaanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmista. (Pihlainen 2010, 27.) Osalla saattohoitosuunnitelma oli laadittu selkeästi, joissain yksiköissä taas yhtenäiset käytännöt puuttuivat. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukset on luotu täydentämään näitä jo olemassa olevia suunnitelmia. Sosiaali- ja terveysministeriö velvoittivat suosituksessaan myös loput sairaanhoitopiirit ja suuret kaupungit luomaan omat saattohoitosuunnitelmat. (Grönlund & Huhtinen 2011, 30-31.)

2.2.1 Saattohoitoa ohjaavat suositukset

Sosiaali- ja terveysministeriö: Hyvä saattohoito Suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa korostetaan saattohoitoasiakkaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittamista. Ajallisesti saattohoito katsotaan suosituksen mukaan alkavaksi, kun asiakas on jo lähellä kuolemaa. Hoitolinjoista tulee keskustella yhdessä asiakkaan kanssa ja asiakkaan näin halutessa, ottaa myös omaiset mukaan päätöksentekoon. Hoitopäätökset tulee perustua asiakkaan ja

omaisten tarpeisiin ja toiveisiin sekä lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön. Tehdyistä hoitopäätöksistä on vastuussa hoitava lääkäri. Suosituksessa nostetaan esille myös tarve hoidon jatkuvuudesta; asiakkaalla tulee olla nimettynä henkilöt, jotka vastaavat hoidosta vuorokauden eri aikoina. Saattohoitoa toteuttavilla tulee olla kykyä arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa seuraavilta osa-alueilta: kärsimyksen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamisesta, fyysisistä, henkisistä, hengellisistä, ekstentiaalisista, psykososiaalisista sekä kulttuurisista tarpeista ja toiveista, niiden ymmärtämisestä ja huomioimisesta hoitoa suunniteltaessa sekä toteutettaessa. Myös omaisten tukemiseen liittyvät tiedot sekä merkit lähestyvistä kuolemasta ja kuoleman hetkestä katsotaan tärkeiksi. (Pihlainen 2010, 30-31.)

Saattohoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä, johon lääkärin ja hoitajien lisäksi kuuluu myös muuta henkilökuntaa sekä vapaaehtoisia työntekijöitä, jotka osallistavat täydentävät työryhmää. Myös omaisten osallistuminen saattohoitoon, asiakkaan toivomalla tavalla, tulee turvata. Saattohoitoa toteuttavat hoitajat ja lääkärit tulee olla saattohoitoon koulutettuja ja työryhmälle tulee tarjota säännöllisesti työohjausta ja täydennyskoulutusta. Saattohoitoon osallistuvien työhyvinvoinnin edistäminen nähdään tärkeänä, koska se on edellytyksenä työntekijän herkkyyden ja intuition säilymiselle, joita hän työssään tarvitsee. Saattohoitotilanteista tulee olla myös mahdollisuus keskustella jälkikäteen. Saattohoitoa tarjoava yksikkö sitoutuu toiminnan hyvään laatuun sekä asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin. Saattohoidossa tulee sitoutua myös Käypä hoito –suositusten noudattamiseen. Saattohoidon organisoimisesta ja toteuttamisesta ovat vastuussa sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset, mutta saattohoitopalvelut pyritään järjestämään mahdollisuuksien mukaan siellä, missä asiakas asuu ja elää tai on hoidossa, kuten esimerkiksi palvelutaloissa. (Mts. 31.)

Käypä hoito – suositus: Kuolevan potilaan oireiden hoito

Käypä hoito – suositukset ovat näyttöön perustuvia hoitosuosituksia, joiden avulla on tarkoitus parantaa hoidon laatua sekä yhtenäistää eri hoitokäytäntöjä (Käypä hoito:

potilasversiot. n.d.). Kuolevan asiakkaan oireiden hoitoon on tehty oma käypä hoito – suosituksensa vuonna 2008. Tämä suositus on tarkoitettu käytettäväksi kaikille lääkäreille ja hoitotyöntekijöille, jotka työskentelevät kuolevien aikuisasiakkaiden kanssa, hoitopaikasta tai erikoisalasta riippumatta. Suositus koskee oireenmukaista hoitoa parantumattomasti sairaalla, jolla tautiin suunnattu hoito on osoittautunut liian rasaskaaksi tai tehottomaksi. Suositus ei rajaa mitään diagnoosia sen ulkopuolelle. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Kuolevan potilaan käypä hoito -suosituksessa korostetaan sitä, että saattohoitoa tulisi antaa kaikille kuoleville asiakkaille, riippumatta sairauden diagnoosista. Kaikilla, joilla perustaudin etenemiseen ei voida enää hoidolla vaikuttaa, tulisi olla oikeus sairauden oireiden ja kärsimyksen lievittämiseen. (Mts. 2008.) Huomiota tulee kiinnittää lähestyvän kuoleman tunnistamiseen ja tarvittavan hoitolinjauksen tekoon, jotta mahdollistettaisiin asiakkaalle paras mahdollinen hoito. Onnistunut oireenmukainen hoito katsotaan hyvän saattohoidon edellytykseksi (Grönlund & Huhtinen 2011, 76.) Käypä hoito – suosituksessa on käyty läpi kuolevan asiakkaan tyypillisimpien oireiden esiintyvyys sekä näiden oireiden hoito. Lääkkeellinen oirehoito katsotaan kuitenkin vain yhdeksi saattohoidon osa-alueeksi, tärkeää on paneutua myös asiakkaan sosiaalisiin, psykologisiin, hengellisiin ja maailmankatsomuksellisiin ongelmiin. Käypä hoito -suosituksessa ei oteta kantaa kuolevan asiakkaan lääkkeettömiin hoitomuotoihin, eikä huomioida vuorovaikutuksen merkitystä kuolevalle asiakkaalle. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa on ohjeistus, jonka tarkoitus on parantaa asiakkaan hoitoa kuoleman lähestyessä. Ohjeistuksen on laatinut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin asettama työryhmä ja se valmistui lokakuussa 2008. Ohjeistuksen tarkoituksena on antaa työntekijöille välineitä ja informaatiota, joiden avulla parannetaan elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa sekä annetaan tietoa omaisil-

le. Työryhmä on linjannut ohjeistuksessaan elämän loppuvaiheen periaatteita. Eettisenä periaatteena tärkeäksi nousevat yksilöllisyyden ja tasavertaisuuden huomioiminen, jokainen asiakas on ainutkertainen yksilö, joka on itse sairautensa paras asiantuntija. Yleisesti elämän loppuvaiheessa olevan asiakkaan sairauden parantamiseen tähtäävä hoito on lopetettu ja hoito suunnataan tällöin taudin oireiden hoitoon, eli saattohoitoon. Päätös sairauden parantamiseen pyrkivän hoidon lopettamisesta tehdään aina lääketieteellisen arvion perusteella. Saattohoidossa sekä fyysisten että psyykkisten oireiden hoitaminen ja seuraaminen on ensiarvoisen tärkeää. Asiakkaan kipua ja kärsimystä tulee aina arvioida. Psyykkisen tukemisen keinoiksi nähdään asiakkaan ja tämän omaisten kanssa keskustelut sekä lohdun ja tuen tarjoaminen heille. (Puolakka, Aukee, Eskola, Hannonen, Jokiranta, Karjalainen, Keikkala, Korhonen, Miettinen, Nyman, Repo, Vanhala 2008, 1-5.)

Ohjeistuksessa elämän loppuvaiheen hoidon periaatteena on saattohoidon tarjoaminen syöpää sairastavien asiakkaiden lisäksi, myös muita kuolemaan johtavia sairauksia sairastaville. Kuoleman lähestyessä tulee tehdä lääketieteellinen arvio, siitä minäkäläinen hoito on asiakkaan voinnin kannalta tarpeellista. Sopivan hoitomuodon valintaan vaikuttaa asiakkaan henkilökohtainen etu. Hoitolinjan valinta on lääketieteellinen päätös, jonka huolellinen kirjaaminen on tärkeää. Hoitolinja tulee valita jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti tutustuen ensin asiakkaan esitietoihin; tietoihin sairaudesta, sen hoidoista, hoitojen vaikuttavuudesta sekä sairauden etenemisnopeudesta. Omaisten kanssa keskustelu hoitopäätöksiä tehtäessä on tärkeää. Päätös tulee pyrkiä tekemään asiakkaan ja omaisten kanssa yhteisymmärryksessä, tämän vuoksi on hyvä käydä yhteinen hoitoneuvottelu hoitopäätöksiä tehtäessä. Kun asiakkaalle on tehty saattohoitopäätös, on usein aiheellista täsmentää myös asiakkaan muita hoitolinjoja, koska saattohoitopäätöksen teko ei automaattisesti tarkoita luopumista kaikista elämää ylläpitävistä hoidoista. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa – ohjeistuksessa on käyty läpi useiden eri toimenpiteiden merkitystä ja tarkoituksenmukaisuutta saattohoidossa olevalle asiakkaalle. (Mts. 5-14.)

Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) tehtävänä on käsitellä ja antaa suosituksia eettisistä kysymyksistä, jotka liittyvät potilaan ja asiakkaan asemaan tai sosiaali- ja terveysalaan. ETENE antaa asiantuntija-apua ja lausuntoja, tekee aloitteita sekä on herättelemässä yhteiskunnallista keskustelua. Lisäksi se toimii tiedonvälittäjänä kansallisissa ja kansainvälisissä eettisissä kysymyksissä sosiaali- ja terveysalalla. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2010.)

Vuonna 2001 Eettisen neuvottelukunnan pääaiheena olivat kuolema ja saattohoidon eettiset kysymykset. Vuotta myöhemmin ETENE:ltä ilmestyi muistio; ”Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa”. Muistiossa käsiteltiin laajalti kuolevan hoitoon ja kuolemaan liittyviä eettisiä asioita, kuten hoitotahtoa ja saattohoidon ohjeistuksia. Huomioon on otettuna myös erilaiset hoito- ja kuolinympäristöt sekä asiakkaiden ja omaisten tarpeet ja tilanteet. Julkaisussa tuodaan myös esiin toimenpide-ehdotuksia kuolevan asiakkaan hoitoon, jotta hoitoa voitaisiin paremmin toteuttaa. (Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2002.)

ETENE:n suosituksen mukaan hyvää saattohoitoa tulee tarjota kaikille riippumatta kuolevan asiakkaan sairauden diagnoosista. Vaikka parantavaa hoitoa sairauteen ei ole olemassa, on asiakkaalla oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon. Saattohoidossa on tärkeää kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja hoitotahtoa. Hoitotahdosta on lupa poiketa ainoastaan, mikäli perustellusti voidaan olettaa, että asiakkaan tahto on muuttunut päätöksenteon jälkeen. Siirryttäessä saattohoitoon tulee asiakkaalle tehdä saattohoitopäätös sekä saattohoitosuunnitelma, jotka tehdään yhteisymmärryksessä asiakkaan sekä häntä hoitavien henkilöiden välillä. Saattohoitosuunnitelman tulee olla selkeä, sisältäen ainoastaan terveydenhuollossa hyväksytyjä ilmaisuja. Lisäksi suunnitelman pitää olla kaikkien hoitoon osallistuen käytettävissä. Tehty suunnitelma kirjataan asiakkaan asiakirjoihin. Hoitavalla yksiköllä tulee myös

olla valmiudet toteuttaa asiakkaalle tehtyä saattohoitosuunnitelmaa. Yksiköllä tulee olla käytössä riittävät henkilöstöresurssit, ammattitaitoa sekä sopivat välineet, jotta saattohoito voidaan toteuttaa turvallisesti ja inhimillisesti. ETENE:n suosituksen mukaan asiakkaalla tulee olla oikeus kuolla joko kotonaan tai muussa paikassa jossa hänellä on mahdollisuus olla läheistensä kanssa. Asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen, tulee hoidon jatkuvuus turvata. (Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio 2004.)

2.2.2 Saattohoitoa ohjaavat lait

Vaikka kuolema on lähellä ja asiakas on heikkokuntoinen, se ei tarkoita hänen oikeuksiensa vähenemistä tai niiden menettämistä. Saattohoidossa olevalla asiakkaalla on täsmälleen samat oikeudet kuin muillakin ihmisillä. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta on tärkeä kunnioittaa. (Heikkinen ym. 2004, 22.)

Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus sellaiseen terveyden- ja sairaanhoitoon kuin hänen terveydentilansa edellyttää. Laki määrää, että hoidon on oltava ihmisarvoa, yksityisyyttä ja asiakkaan vakaumusta kunnioittavaa. Lisäksi asiakkaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. (L 785/1992, 3§.)

Asiakkaalla on oikeus saada kaikki tieto hänen terveydentilastaan, erilaisista hoitovaihtoehtoista ja niiden merkityksistä ja vaikutuksista. Tietoja ei kuitenkaan tule antaa asiakkaalle, jos hän ei niitä halua kuulla tai jos niiden kertominen aiheuttaa vakavaa vaaraa asiakkaan hengelle tai terveydelle. (L 785/1992, 5§.)

Laki määrää, että asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tilanteissa, joissa asiakas kieltäytyy jostain hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, on hän-

tä mahdollisuuksien mukaan hoidettava jollakin muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla, niin että tämä tapahtuu yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Poikkeus tässä laissa on niiden täysi-ikäisten kohdalla, joilla on mielenterveyshäiriö, kehitysvamma tai muu syy siihen, etteivät he pysty päättämään omasta hoidostaan. Tällaisissa tilanteissa on ennen tärkeitä hoitopäätöksiä kuultava asiakkaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä. Kyseisen henkilön kanssa mietitään, mikä hoito parhaiten vastaisi asiakkaan tahtoa. Mikäli asiasta ei saada selvyyttä, on asiakasta hoidettava tavalla, jonka katsotaan olevan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaista. (L 785/1992, 6§.)

Laki määrää, että kiireellisissä tilanteissa, vaikkei olisi mahdollista saada selville asiakkaan tahtoa hoidon suhteen, tulee hänelle antaa tarpeellinen hoito henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi. Poikkeuksen tekee, jos asiakas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut tahtonsa hoidon suhteen. Tällöin asiakkaalle ei saa antaa sellaista hoitoa joka on hänen tahtoaan vastaan. (L 785/1992, 8§.)

Vuonna 2010 säädettiin uusi terveydenhuoltolaki, jossa ensimmäistä kertaa mainitaan kärsimyksen lievittäminen. Laissa määrätään, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Näihin sisältyy sairauksien hoito ja ennaltaehkäisy sekä kärsimysten lievittäminen. Laissa ei erikseen mainita saattohoitoa, mutta kärsimysten lievittäminen on juuri kuolevan asiakkaan hoidossa ehdottoman olennaista. (L 1326/2010, 24§.)

2.3 Laadukas saattohoito

2.3.1 Saattohoitopäätös ja hoidon rajaus

Saattohoitopäätöksellä tarkoitetaan lääketieteellistä hoitopäätöstä, päätöstä siirtyä parantavasta hoidosta oireenmukaiseen hoitoon. Kaikkia hoitoja ei suinkaan lopeteta, vaan siirrytään käyttämään sellaisia lääketieteellisiä keinoja, joilla jäljellä olevan elinajan mukavuus voitaisiin parhaalla mahdollisella keinolla taata. (Hänninen 2010, 11.) Usein päätös saattohoitoon siirtymisestä tehdään erikoissairaanhoidossa, mutta hoito toteutetaan jossain perusterveydenhuollon yksikössä (Grönlund & Huhtinen 2011, 79). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa ottamaan asiakkaan mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Tieto hoitopäätösten perusteista ja siitä johtuvista seurauksista, tulee olla asiakkaalla tiedossa päätöksiä tehtäessä. (Mts. 76.) Mikäli asiakkaalla ei ole hoitotahtoa, eikä hän pysty enää osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon, on tärkeää keskustella omaisten kanssa valittavasta hoitolinjasta. Päätös saattohoitoon siirtymisestä tulee tehdä yhteisymmärryksessä asiakkaan ja tämän omaisten kanssa. (Lindström 2010.) Saattohoitopäätöksen teko edellyttää myös, että saattohoidon toteuttamisesta on olemassa suunnitelma ja että suunnitelman mukainen hoito on asiakkaan hoitopaikassa mahdollista toteuttaa (Hänninen 2003, 16).

Asiakkaalle ajoissa tehty saattohoitopäätös antaa aikaa kuolemaan valmistautumiselle ja läheisten hyvästelemiselle. Omaisille saattohoitopäätöksen tekeminen mahdollistaa oman luopumistyön aloittamisen, kun asiakkaan hoitolinja selkiytyy. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78-79.) Oikeaan aikaan tehty saattohoitopäätös myös säästää asiakasta turhilta hoitotoimenpiteiltä ja tutkimuksilta (Lindström 2010).

Usein saattohoitopäätöstä edeltää useita eriasteisia päätöksiä, joilla pyritään pidättymään sellaisista toimenpiteistä ja tutkimuksista, joilla asiakkaan elämänlaatua ei

pystyttäisi enää parantamaan (Järvimäki, Matila & Rahko 2011). Ongelmana on hoidonrajauspäätösten kirjavuus, jolloin niiden sisällöllinen merkitys ei ole kaikille sama. Esimerkiksi merkintä ”DNR (do not resuscitate/ei elvytetä)” voi tarkoittaa kaikesta aktiivisesta hoidosta pidättäytymistä, kun taas joissain yhteyksissä se nähdään ainoastaan päätöksenä pidättäytyä painantaelvytyksestä ja hengityskoneeseen kytkemisestä. Hoidonrajauspäätöksen tulisi sisältää ohje siitä, mitä kyseinen päätös asiakkaalle käytännössä tarkoittaa. Asiakkaan toive omasta hoidosta tulee paremmin esille, kun hoidonrajaus on tarkasti kuvattuna potilasasiakirjassa. (Hänninen 2001, 14–16.) Muita tavattavia hoidonrajauksia voivat olla mm. oireenmukainen hoito- tai vain perushoitoa – päätökset, joiden tekeminen voi usein olla lääkärille helpompaa kuin itse saattohoitopäätöksen tekeminen. Usein saattohoitopäätöksen tekoon vaikuttaa lääkärin kokeneisuus ja koulutus; nuoremmat lääkärit harkitsevat pidempään aktiivisten hoitojen lopettamista. (Hänninen 2003, 16.)

2.3.2 Itsemääräämisoikeus ja hoitotahto

Itsemääräämisoikeus on asiakkaan perusoikeus, joka säilyy hänellä kuolemaan saakka. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta suostua hoitoon tai kieltäytyä siitä. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä kaikesta hänelle tarjotuista hoidoista, myös silloin, kun kyseessä olisi välttämätön hoito hänen henkensä ylläpitämiseksi. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 18-19.) Asiakkaan tahdosta on mahdollisuus poiketa ainoastaan silloin, kun voidaan perustellusti epäillä, että asiakkaan tahto on muuttunut. Asiakkaan tulee hoidosta kieltäytyessään ymmärtää päätöksensä merkitys ja sen seuraukset. Asiakkaan kieltäytyessä hänelle tarjotusta hoidosta, tulee häntä hoitaa jollain muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä vaihtoehdolla. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 155-157.)

Hoitotahdolla tarkoitetaan joko suullisesti tai kirjallisesti laadittua tahdonilmaisua, jonka asiakas on itse laatinut. Hoitotahdosta on aiemmin käytetty myös nimitystä

hoitotestamentti. Tahdonilmaisulla asiakas voi ilmaista tahtonsa sellaisen tilanteen varalle, jolloin hän ei itse kykene tajuttomuuden tai muun syyn takia ilmaisemaan omaa tahtoaan hoitonsa suhteen. Hoitotahdon tarkoituksena on parantaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä vähentää tarpeettomia hoitotoimenpiteitä ja tehohoitoa elämän loppuvaiheessa. (Kokkonen ym. 2004, 77; Hänninen 2006, 29, 31.) Asiakkaan hoitotahto helpottaa hoitohenkilökunnan ja lääkärin päätöksentekoa asiakkaan hoidosta, myös omaisten ahdistus ja velvollisuudentunne voi vähentyä, kun asiakas on itse määritellyt miten haluaa itseään hoidettavan. (Hägg ym. 2007, 158). Jos asiakkaalla ei ole hoitotahtoa tai hänen tahtoaan ei tunneta, voidaan asiakkaan oletettava tahtoa kysyä omaisilta, jotka asiakkaan hyvin tuntevat. On kuitenkin tärkeää muistaa, että vastuu hoitopäätöksistä on aina lääkärillä. (Kaarola 2009.)

Ongelmana hoitotahdossa voi olla sen tulkinnanvaraisuus ja hoitotahdon osaluokkien määrittely yleisellä tasolla. Hoitotahdosta pitää myös aina huomioida sen tekemisen ajankohta; voidaanko olettaa, että hoitotahto vastaa asiakkaan nykyistä mielipidettä? Hoitotahdon säännöllinen päivittäminen, esimerkiksi 1-2 vuoden välein, voivat selkeyttää hoitotahdon voimassaoloa. Päivittämisellä voidaan myös minimoida mielialan vaikutukset hoitotahdossa ilmeneviin päätöksiin. (Mts. 2009.)

2.3.3 Henkinen ja hengellinen tuki

Henkisellä tuella on suuri merkitys ihmisen sisäiselle eheytykselle. Henkisellä tuella voidaan käsittää huolehtimista, kuuntelemista, arvostamista ja luottamuksen herättämistä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 35.) Asiakkaan kokema epävarmuus, ahdistus, pelko, viha ja masennus voivat jopa lisätä asiakkaalla olevia fyysisiä oireita (Vuorinen, Dufva, Helle, Kajander, Karonen, Kero, Nurmi, Olsen, Paldanius, Palmu, Seuna, Sorri, Tampio, Tani & Vaija 2009).

Saattohoitoa toteuttavan henkilökunnan tärkeänä tehtävänä on asiakkaan hengellisten ja henkisten tarpeiden tunnistaminen. Henkilökunnalla tulee olla valmiudet ja aikaa keskustella asiakkaan kanssa vanhoista muistoista, elämänhistoriasta ja hengellisistä asioista, mikäli asiakas sitä haluaa. Paikallisseurakunnat tarjoavat myös henkistä ja hengellistä tukea, joita voi tarjota asiakkaalle tai tämän omaisille. Tarjotessa hengellistä tukea, tulee asiakkaan ja omaisten vakaumus ja siihen liittyvät toiveet ottaa huomioon. (Vuorinen ym. 2009.) Hoitajilla onkin hyvä olla perustiedot erilaisiin uskontokuntiin ja kulttuureihin kuuluvien tavoista ja tottumuksista liittyen kuolevan hoitoon ja kuolemaan. Tämän vuoksi oppaaseen kootaan eri uskontokuntien erityispiirteitä, jotta hoitohenkilökunta pystyisi tiedostamaan ja kunnioittamaan eri uskontoihin kuuluvien perinteitä ja tapoja.

2.3.4 Hoitohenkilökunnan jaksaminen ja jaksamisen tukeminen

Asiakkaan kuolema herättää hoitohenkilökunnassa monenlaisia tunteita. Kuolevien kanssa työskentelyyn lisää varmuutta hoitohenkilökunnan tiedon lisääminen, sekä omien tunteiden käsittely. Tämän kautta hän oppii löytämään ja käyttämään omia vahvuuksiaan hoitotyössä. Työpaikan esimiehellä on tärkeä rooli myönteisen ja keskusteleavan ilmapiirin luomisessa työpaikalla. Hoitohenkilökunnasta voi tuntua raskaalta, etteivät he pysty antamaan riittävästi aikaa kuolevalle asiakkaalle, koska he vastaavat myös muiden asiakkaiden hoidosta. Toisaalta saattohoidossa olevan hoito voi olla hoitajille psyykkisesti hyvin raskasta tämän peloista ja ahdistuneisuudesta johtuen. Hyvä tapa käydä työn pintaan nostamia tunteita läpi, on vertaiskeskustelu työtovereiden kanssa. Tilanteesta riippuen voidaan tarvita erillistä järjestettyä esimiehen johtamaa keskustelulistuntoa. Jossain tilanteissa voi pienikin spontaani keskustelu riittää. Hoitohenkilökunnan on tärkeää käsitellä työn tuomia tunteita ja tunteuksia, koska ne ovat avain ammatilliseen kasvuun. Saattohoidon asiantuntijaksi kasvaa vain kokemuksen kautta. (Grönlund ym. 2008, 54-55.)

Työnohjauksella tarkoitetaan vuorovaikutuksellista kanssakäymistä ohjaajan ja hoitohenkilökunnan välillä, jossa yritetään tutkia, ymmärtää ja tukea hoitohenkilökunnan työtä. Kuolevan hoitotyössä yleisin ja mielekkäin ohjausmuoto on ryhmätyönohjaus. Siinä työnohjausta toteutetaan koko hoitajaryhmälle, joka asiakkaan kanssa työskentelee. Ryhmässä toteutettu ohjaus tukee hoitohenkilökunnan keskinäistä yhteistyötä ja antaa tilaisuuden yhdessä linjata kuolevan hoitoa yhdenmukaisemmaksi. (Mts. 85-86, 88.)

2.3.5 Omaisten tukeminen

Omaisista voidaan pitää tärkeänä voimavarana kuolevan hoidossa. Hoidon onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi omaisen ja hoitohenkilökunnan välinen suhde. Asiakkaan lisäksi myös omaisia on tärkeä kuulla ja tukea saattohoitoprosessissa. On tärkeää saada omaisen tuntemaan itsensä tervetulleeksi hoitoyhteisöön, myös säännöllistä yhteydenpitoa ja luotettavuutta pidetään hoitohenkilökunnan ja omaisen välillä tärkeänä. Omaisille tulee tarjota tukea sekä antaa mahdollisuus osallistua saattohoidettavan hoitoon heidän näin halutessaan. (Vainio & Hietanen 2004, 269-270, 368-369.)

Kuoleman lähestyessä on tavallista, että vanhat ristiriidat ja kaunat nousevat perheen sisällä esille. Tämä voi ilmetä esimerkiksi omaisten keskinäisenä riitelynä tai erilaisina vaatimuksina henkilökuntaa kohtaan. Hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa, ettei perheen sisäisten ristiriitojen selvittely ole heidän vastuullaan. Neutraali suhtautuminen perheen esille tuomiin asioihin, saa perheenjäsenet tuntemaan tullessa kuulluiksi. (Grönlund ym. 2008, 38, 67.) Joskus yhteisymmärryksen löytäminen omaisten kanssa osoittautuu mahdottomaksi. Tällöin lääkärin tulee tehdä hoitopää-

tökset asiakkaan etua noudattaen. (Omaisten kuuleminen ja rooli hoitopäätösten teossa – eettisiä näkökohtia 2009.)

2.4 Kuolevan asiakkaan oireenmukainen hoito

Nykyisin ei enää ajatella, että vaikeat oireet kuuluisivat automaattisesti osaksi vaikeasti sairaan kohtaloa. Suomessa on pyritty lisäämään lääkäreiden ja sairaanhoitajien valmiuksia oireenmukaisen hoidon toteuttamiseen erilaisilla koulutustapahtumilla. Lisäksi asiakkaita rohkaistaan kertomaan oireistaan. Ei kuitenkaan ole oikein väittää, että oireiden hoito onnistuisi hyvin kaikissa tapauksissa. Vaikka parantumattomasti sairaiden kipujen ja muiden oireiden hoitoon on olemassa paljon hoitokeinoja, nämä eivät aina kaikille tuo apua. On olemassa sairaita, jotka aina vain oireilevat ja oireita joihin mikään ei tunnu auttavan. On tunnustettava, että harvoin sairas ihminen kuolee onnellisena, tyytyväisenä ja täysin oireettomana. Hyvän hoidon tavoitteena tulee silti pitää kärsimyksen, vaivojen ja ahdistuksen vähentämistä ja käyttää tähän olemassa olevia keinoja. (Vainio & Hietanen 2004, 54.)

Saattohoidossa olevilla ilmenee paljon erilaisia oireita, sairaudesta ja sen kulusta riippuen. Aikaisemmin suurin osa saattohoidon piiriin tulleista sairasti syöpää. Ja syöpää sairastavien oireita on tutkittu eniten, silti monet oireet ovat yleisiä muillakin etenevää sairautta sairastavilla. Näitä oireita ovat muun muassa väsymys, kipu, unettomuus, masennus, ruoansulatuskanavan- ja suoliston oireet, hengityselimistöön oireet sekä sekavuus. (Vainio & Hietanen 2004, 55-56.)

Hyvän oireiden hoidon kannalta ei ole niin tärkeää oireiden esiintyvyys ja ilmeneminen sairailta yleensä, vaan niiden häiritsevyys. Oireita tulisi hoitaa sen mukaan, mikä niistä eniten häiritsee kyseistä asiakasta. Sama oire voi olla monella, mutta se häiritsee ja vaivaa toisia enemmän kuin toisia. Toisaalta jokin hyvin harvinainen oire voi

siitä kärsivää häiritä suuresti. Saattohoidon ja oireidenhoidon tulee olla yksilöllistä ja tärkeää on tietää kuinka asiakas itse kokee oireet. Joidenkin oireiden hoitoon käytettävät lääkkeet voivat tuoda mukanaan sivuvaikutuksia, jotka asiakas tuntee häiritsevämmiksi kuin alkuperäisen oireen. Hyvän hoidon perustana on hoidettavan kuuleminen ja kuunteleminen. (Hänninen 2003, 29-30.)

2.4.1 Hengityselimistön oireet

Saattohoidossa olevien yleisimpiin hengitystieoireisiin kuuluu **hengenahdistus**. Hengenahdistus ei ole vain hengitystiesyöpää sairastavien asiakkaiden ongelma, vaan se kuuluu lähes kaikkien kuolemaa lähestyvien oireisiin. Hengitys voi olla vaikeutunutta fyysisen tai psyykkisen syyn takia. Hengenahdistuksen fyysisistä syistä voi olla vaikea hoitaa, kun sairaus on etenevä ja pitkälle edennyt. Fyysisiä syitä voivat olla keuhkopussin tai vatsaontelon nestekertymä, kakeksiasta seurannut hengityselinheikkous sekä anemia, jolloin hapen kulku veressä on heikentynyt. (Hänninen 2003, 132.) Saattohoidettavan henkilön hengenahdistus on pelottava oire tukehtumiskuolemaan liittyvistä mielikuvista johtuen ja siksi on tärkeää tehdä kaikki mahdollinen paniikin ja pelon helpottamiseksi. Hengenahdistuksesta syntyvä hapenpuute elimistössä ja psyykinen ahdistus kasvattavat hengitystiheyttä, mikä väsyttää asiakkaan ja lisää ahdistuksen tunnetta. Tähän hoidoksi voidaan käyttää lisähapen antoa, mutta suurempi apu on keskushermostoon vaikuttavista kipulääkkeistä, jotka lamaavat hengityskeskusta, joka tällöin sietää matalampaa happimäärää eikä tihennä hengitystä. (Vainio & Hietanen 2004, 98-99.)

Muita hengityselimistön oireita ovat **yskä** ja lisääntynyt **liman erity**s. Yskä voi johtua hengitysteiden sairaudesta tai muusta ärsytyksestä, syöpäkasvaimesta tai muiden yskänrefleksiin vaikuttavien elimien ärtymisestä. Myös lisääntynyt liman erity, sen heikentynyt kuljetus ja nielemisvaikeudet sekä mahan sisällön nouseminen ärsyttävät hengitysteitä ja aiheuttavat yskää. Saattohoidettavan henkilön lääkityksessä voi olla

lääkkeitä jotka aiheuttavat yskää, niiden tarpeellisuutta tulee miettiä. (Hänninen 2003, 132, 143.)

Viimeisinä päivinä ja tunteina ennen kuolemaa voi näyttää, että asiakkaan liman ja syljen erityys olisi lisääntynyt. Tämä kuitenkin yleisimmin johtuu heikentyneestä kyvystä niellä tai yskiä. Liman kertyminen nieluun ja hengitysteihin synnyttää hengittäessä limarohinaäänen ("death rattle"). Kuolemaan liittyvä limarohina voi syntyä välittömästi ennen kuolemaan, jolloin se johtuu nielemisrefleksin heikentymisestä ja sylkeä kertyy suuhun. Limarohinaa voi esiintyä myös useamman päivän ajan ennen kuolemaa, jolloin yskänrefleksi on heikentynyt eikä se poista limaa hengitysteistä. Ääni voi olla hyvin voimakas, mutta asiakas tästä harvoin enää kärsii, koska hän on usein jo tokkurainen tai tajuton. Lima ei yleensä vaikuta asiakkaan hengittämiseen. Asiakkaan omaisille rohina voi olla järkytys ja aiheuttaa ahdistusta. (Mts. 146-147.)

2.4.2 Ruuansulatuskanavan oireet

Ruoansulatuskanavan oireet saattohoidettavilla voivat johtua sairaudesta itsestään, sen hoidosta tai psykososiaalisista tekijöistä. Ruuansulatuskanavan oireet aiheuttavat ongelmia ravinnonottoon, ruokahaluun ja suoliston toimintaan. Ne myös vaikeuttavat muiden sairauksien suunkautta otettavaa lääkehoitoa, vaikuttaen lääkkeen nielemiseen ja imeytymiseen. Usein oireet aiheuttavat kärsimystä ja niiden hoitamisella voidaan parantaa saattohoidossa olevan elämänlaatua. (Heikkinen 2004, 62-63.)

Suun oireet ovat erittäin yleisiä saattohoidettavilla ja niillä on yllättävän suuri vaikutus elämänlaatuun. Suun ongelmat vaikeuttavat ruokailua ja puhumista. Näitä oireita ovat suun kuivuminen, limakalvovauriot, kipu, infektiot sekä makumuutokset. Suun kuivuminen voi johtua erilaisten lääkkeiden sivuvaikutuksista, jotka vähentävät syljen eritystä. Syljenerityksen ollessa liian vähäistä suu kuivuu ja syntyy limakalvovaurioita. Ne aiheuttavat suuhun arkuutta ja polttavaa tunnetta, lisäksi makuaisti heikkenee ja

proteesien istuvuus huononee sekä puhe ja nieleminen voivat vaikeutua. Kuiva suu on myös alttiimpi infektioille. Suussa voi ilmetä erilaisia infektioita joihin on aiheuttajasta riippuen oma lääkehoito. Infektio aiheuttaa kipua ja vaikeuttaa syömistä sekä nielemistä. Lääkkeiden, hoitojen tai suun limakalvovaurioiden aiheuttamat maku-muutokset vähentävät saattohoidossa olevien ruokahalua. (Vainio & Hietanen 2004, 103-104.)

Nielemisvaikeus voi johtua kasvaimesta, lihasheikkoudesta, infektiosta, limakalvovaurioista tai kivusta. Jotta sitä voitaisiin hoitaa, on syy ensin selvitettävä. Nielemisen vaikeutumisen vaikuttaa suoraan asiakkaan ravinnon- ja energiansaantiin. Lisäksi se kasvattaa aspiraatoriskiä, eli ruoan tai nesteen valumista hengitysteihin. Tällöin on mietittävä vaihtoehtoisia tapoja energiansaannin turvaamiseksi. Toisaalta asiakkaat, joiden elinajanennuste on vain muutamia päiviä, eivät hyödy lisäravinnosta tai nesteytyksestä. (Vainio & Hietanen 2004, 106.)

Ruokahaluttomuus on kiusallinen oire saattohoidettavilla ja se usein vaivaa myös omaisia. Ruokahaluttomuuden syyt ovat moninaiset, se voi johtua mistä tahansa ruoansulatuskanavan oireesta tai kivusta ja ahdistuneisuudesta. (Hänninen 2003, 156.) Hännisen (2001) mukaan syöminen on sosiaalinen tilanne ja asiakas voi tuntea häpeää vapinasta tai heikkoudesta johtuvasta epäsiististä syömistavastaan. Lisäksi asiakkaan ruokavalio kapenee ruokahalun muutoksista ja nielemisongelmista johtuen. Saattohoitoasiakas saattaa kyetä syömään vaan soseutettuja ruokia ja sakeutettuja juomia. Tämä taas laskee ruoan ulkonäön houkuttelevuutta ja voi vaikuttaa ruokahuun. (Hänninen 2001, 106.)

Pahoinvointi ja oksentelu voivat saattohoitoasiakkaalla olla ohimenevä tai jatkuva oire. Usein jatkuva pahanolontunne ja kuvotus koetaan raskaammaksi, kuin satunnainen oksentaminen. Pahoinvointi ja oksentelu heikentävät saattohoitoasiakaan ruokahalua ja yleiskuntoa. Pahoinvoinnin syyt voivat olla erilaiset lääkkeet, varsinkin opioidit ja syövänhoidossa käytetyt sytostaatit tai aineenvaihdunnalliset syyt. Syyt

voivat olla myös ruoansulatuskanavaan liittyviä, mahalaukun tyhjenemisen hidastuminen, ummetus, suolitukos tai lisääntynyt limaneritys ja yskä. Muita syitä pahoinvointiin voivat olla kallonsisäisen paineen nousu, tasapainoelimen häiriöt sekä psyykkiset syyt kuten ahdistuneisuus. (Vainio & Hietanen 2004, 111-112.)

Ummetus tarkoittaa ruoansulatuskanavan vetämättömyyttä, joka aiheuttaa asiakkaalle kipua, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, närästystä ja pitkittyessään johtaa laihtumiseen. Ummetus voi olla myös syy asiakkaan yleiseen epämukavuuden tunteeseen ja sekavuuteen. Ummetuksen hoito on usein tuloksellista ja siihen on erilaisia hoitomuotoja olemassa. Ummetuksen yleisimmät syyt kuolevilla asiakkailla ovat yleinen heikkous ja liikkumattomuus, ravinnon muutokset, aineenvaihdunnalliset tekijät ja kuivuminen, neurologiset tekijät, psyykkiset syyt, suoliston toimintaan liittyvät tekijät sekä lääkkeet. Saattohoitoasiakkaiden vähäinen syöminen ja juominen kuivattavat vähentävät suolensisältöä, joka yhdessä liikkumattomuuden kanssa johtaa usein ummetukseen. Lisäksi kuolevilla asiakkailla yleisten kipulääkkeiden, opioidien yleisin haittavaikutus on ummetus. Ummetuksesta johtuvat ongelmat aiheuttavat asiakkaalle kärsimystä ja laskevat elämänlaatua, joten ummetuksen syyn selvittäminen ja hoito on tärkeää. (Hänninen 2003, 163-164.)

Suolitukos voi johtua kolmesta eri syystä. Tukos voi olla mekaaninen, jolloin suolen ontelo on tukkeutunut, neurogeeninen, jolloin suolen seinämän pareesi aiheuttaa suolen peristaltiikan eli supistelun vähenemistä tai vaskulaarinen jolloin suolilievevaltimo tai -laskimo tukkeutuu äkillisesti. Yleisin syy saattohoitoasiakkaiden suolitukokseen on mekaaninen tukos. Ummetus edesauttaa tukoksen syntyä ja vaikeuttaa tilannetta. Tukos voi syntyä mihin osaan maha-suolikanavaa tahansa. Se voi olla osittainen tai täydellinen, jolloin se tukkii koko suolen eikä ohivirtausta ole. Osittaisen tukoksen yhteydessä ohivuotoripuli on yleistä, täydellisessä tukoksessa ulosteen tulo loppuu kokonaan. Yleisimmät oireet ovat runsas oksentelu ja jatkuvat sekä kohtauksina tulevat vatsakivut. Saattohoitoasiakkailla hoito hyvin harvoin on kirurginen, vaan

usein päädytään konservatiiviseen oireita helpottavaan hoitoon. (Vainio & Hietanen 2004, 118.)

Ripuli on huomattavasti harvinaisempi oire saattohoitoasiakkailta verrattuna ummetukseen. Ripuli tarkoittaa suoliston toiminnanhäiriötä, jossa ulostamistiheys ja ulosteen vesipitoisuus lisääntyvät. Sen yleisimmät syyt saattohoitoasiakkailta ovat ummetuksen hoitoon käytettävät lääkkeet. Muita aiheuttajia voivat olla infektiot ja antibiootit. Ripulia voi aiheuttaa myös ummetus, jolloin kovan suolessa olevan ulostemassan ohi tulee ohivuotoripulia. Saattohoitoasiakkailta ei ripulin yhteydessä ole tarpeen tehdä tarkempia ulostetutkimuksia. Ne eivät useinkaan auta hoitolinjan valinnassa. (Hänninen 2003, 166-167.)

Kakeksia-anoreksialla tarkoitetaan saattohoitoasiakkaan kuihtumista ja ruokahaluttomuutta. Saattohoitoasiakkaan ravinnonsaanti on usein huonoa ja halu syödä vähentynyt, tämä johtaa laihtumiseen. Syövän aiheuttamat aineenvaihdunnan muutokset johtavat kuihtumiseen ja laihtumiseen. Laihtumisesta seuraava lihasmassan väheneminen lisää väsymyksen ja heikkouden tunnetta. Liikuntakyvyn huonontuessa saattohoitoasiakas joutuu jäämään vuoteeseen hoidettavaksi. (Hänninen 2001, 107.) Hännisen (2003) mukaan kakeksia-anoreksia on yli puolella saattohoitoasiakkaista merkittävä kuolemaa jouduttava tekijä. (Hänninen 2003, 153.)

2.4.3 Iho-oireet

Saattohoitoasiakkailta iho-oireita esiintyy, mutta niiden häiritsevyys vaihtelee paljon. Iho-oireiden syynä voi olla syöpä, mutta niitä esiintyy myös saattohoitoasiakkailta, joilla syöpää ei ole. Saattohoidettavilla esiintyviä iho-ongelmia ovat mm. kutina, hikoilu sekä painehaavat. Oireiden vakavuus vaihtelee paljon, pahimmillaan ne voivat täysin invalidisoida asiakkaan. Iho-oireet voivat aiheuttaa sosiaalista eristäytymistä ja psyykeongelmia muuttuneen ruumiinkuvan, hajun ja erityksen vuoksi. Lisäksi sairaus

on jatkuvasti läsnä näkyvien haavaumien, toistuvan hikoilun ja jatkuvan kutinan seurauksena. (Vainio & Hietanen 2004, 128.)

Painehaavauma syntyy, kun hapensaanti kudoksessa on riittämätöntä. Tätä edesauttavat monet tekijät; lihavuus, huono ääreisverenkierto, aliravitsemus, liikuntakyvyttömyys ja ihoon kohdistuva kitka. Hännisen (2003) mukaan palliatiivisessa hoidossa olevista 15-43% kärsii painehaavaumista. Saattohoitoasiakkailla yleisimpiä syitä painehaavaumiin ovat alentunut ravitsemustila yhdessä liikuntakyvyn menettämisen kanssa, jolloin asiakas hoidetaan sänkyyn ja ihoon tulee jatkuvaa painetta. Vuoteessa olo lisää ihon kuormitusta, jolloin ihoon kohdistuu kitkaa ja painetta asiakasta liikuteltaessa ja hoidettaessa. Ihoon kohdistuvan paineen lisäksi haavauman riski kasvaa kun iho altistuu eritteille. Kuolevan asiakkaan ihokudoksessa tapahtuu muutoksia ja sen paineensietokyky laskee. Ihokudoksen hapenpuutteesta johtuvat muutokset vähentävät kipuimpulssien johtumista. Se vähentää terveelle ihmiselle refleksinomaista liikkumista ihoon kohdistuessa painetta. Eli elimistö ei itse enää automaattisesti pysty säätelemään paineen jakautumista ja ehkäisemään haavaumia. Tärkeintä onkin hyvällä perushoidolla ennaltaehkäistä painehaavaumien synty, koska niiden paraneminen on hidasta ja hoito vaikeaa. (Hänninen 2003, 191.)

Hikoilu saattohoitoasiakkaan oireena voidaan jakaa ja erottaa erilaisiin taudinkuviin, hyperhidroosiin eli runsaaseen hikoiluun ja yölliseen liialliseen hikoiluun. Hikoilu voi ilmetä myös vain toisella puolella kehoa, jolloin syy voi olla toispuolinen anhidroosi, eli hikoilemattomuus. Hikoilu voi olla myös ajoittaista, jolloin sitä kutsutaan kuumiksi aalloiksi. Näitä esiintyy yleisimmin rintasyöpää sairastavilla. Hikoilu on kiusallinen oire ja kasvattaa muiden iho-ongelmien, kuten kutinan ja painehaavaumien riskiä. (Vainio & Hietanen 2004, 196.)

Kutina on häiritsevää tuntemusta, joka syntyy kehon limakalvoilla, sidekalvoilla tai ihon pintakerrostumissa. Kutinaa helpottaa raapiminen, koska tuntemukset kulkevat samoja hermoratoja pitkin ja lievät kiputuntemukset kilpailevat kutinatuntemuksen

kanssa. Raapimisen kutinaa helpottava vaikutus kestää Hännisen (2003) mukaan useita minuutteja, mutta tämä ei siis ratkaise jatkuvan kutinan hoitoa. Kutinan alkuperäisen syyn selvittämiseksi on tärkeää kuvata oireen piirteet tarkkaan. Erityyppiset kutinan oireet liittyvät eri aiheuttajiin. Syynä ihon kutinaan voi olla ihon kuivuus. Iholla voi olla myös infektio joka aiheuttaa ihottumaa ja kutinaa tai kutinan esiintyvyyteen voi vaikuttaa myös psyykkiset syyt. Muita syitä kutinaan voivat olla systeemiset sairaudet, kuten munuaisten- ja maksan vajaatoiminta sekä sapsen toiminnan häiriöt. Kutina on yleinen opioidien sivuvaikutus, varsinkin käytettäessä spinaaliliian annosteltavaa muotoa. (Hänninen 2003, 193-194.)

2.4.4 Psyykkiset oireet

Saattohoidossa oleva voi kärsiä monenlaisista ajatustoiminnan ja tunne-elämänhäiriöistä. Osa niistä on väliaikaisia ja osa pitkäaikaisia. Ne voivat johtua elimellisistä muutoksista ja sairauksista tai olla psykologista alkuperää. Psyykkiset oireet voivat syntyä yksilön omasta tavasta kohdata ongelmia tai vaikeasta etenevästä sairaudesta, sen moniulotteisine vaikutuksineen saattohoidossa olevan lähipiiriin ja omaan elämään. (Hänninen 2003, 206.)

Masennus aiheuttaa saattohoitoasiakkaille kärsimystä suoraan, sekä välillisesti vaikeuttamalla muita oireita. Masennusta on lisäksi haastavaa arvioida saattohoidossa olevilla, koska suurin osa oireista kuuluu normaaliin kuoleman lähestymiseen. Näitä oireita ovat ruokahaluttomuus, yleistilan heikkeneminen ja väsymys, sekä aloitekyvyn lasku. Terveellä ihmisellä nämä oireet liitetään masennukseen, mutta kuoleman lähestyessä näitä oireita pidetään tilaan kuuluvina. Kuolevan epäillään olevan masentunut hänen ollessaan sulkeutunut ja vetäytyessään kontakteista sekä kysyttäessä hän ilmaisee olevansa suuren osan ajasta masentunut. Saattohoitoasiakkaan ilmaus halusta kuolla, ei kuitenkaan tarkoita, että hän olisi masentunut. Kuoleman toivominen vaikeassa tilanteessa hankalien oireiden kanssa ilman parantumisen toivoa on

perusteltua, koska kuolema päättää vaikean tilanteen. Masennuksen diagnosoiminen on vaikeaa ja se on alidiagnosoitua. Masennuksen oireita itkuisuus ja vetäytyminen, pidetään helposti normaaleina saattohoidossa olevilla. Hännisen (2003) mukaan vain kolmea prosenttia saattohoitoasiakkaista hoidettiin masennuslääkkeillä, vaikka masennusta esiintyy tässä ryhmässä muihin verrattuna keskimääräistä enemmän. (Mts. 208-209.)

Ahdistuneisuuden yleisimpiä syitä saattohoidossa olevilla ovat kuoleman ja oireiden pelko. Huonossa hoitotasapainossa olevat oireet voivat myös aiheuttaa ahdistusta. Tällaisia oireita ovat hallitsemattomat kivut ja hengenahdistus, joka lisää tukehtumispelkoa. Ahdistus aiheuttaa pelkoa ja johtaa saattohoidossa olevan asiakkaan voimavarojen ehtymiseen ja pahimmillaan täydelliseen toimintakyvyttömyyteen. Lisäksi ahdistus voi aiheuttaa sydämentykytyksiä, hengenahdistusta, unettomuutta, pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta. Henkistä ahdistuneisuutta voi ilmetä myös lääkkeiden sivuvaikutuksena. Jos näiden lääkkeiden käyttö muiden oireiden hoitoon on välttämätöntä, voidaan ahdistusta helpottaa siihen sopivalla lääkehoidolla. Ahdistus voi liittyä masennukseen tai aikaisempaan psyykkiseen oireiluun sekä saattohoitoasiakkaan vieroitusoireisiin lääkkeitä tai alkoholistä. (Mts. 212-213.)

Unettomuuteen saattohoitoasiakkailla on useita erilaisia syitä. Syyt voivat olla konkreettisia oireita; kipu, pahoinvointi, hengenahdistus tai tihentynyt virtsaamisen tarve. Unettomuus voi johtua psyykkisistä syistä kuten masennuksesta ja ahdistuneisuudesta. Osa saattohoidossa olevista ei halua käyttää vähäistä aikaansa nukkumiseen ja osa ei halua olla vuoteessa pelätessään kuolevansa nukkuessaan. Vuoteessa olo ja nukahtaminen voivat tuntua vaikealta liikkumattomuudesta syntyvän lihaskivun, jäykkyyden ja painehaavaumien vuoksi. Erilaiset lääkkeet voivat häiritä unta. Nukkumista voi vaikeuttaa myös vieras ympäristö, sairaalassa muiden asiakkaiden ja hoitajien äänet voivat häiritä unta. Sairaalassa ollessa pitäisikin pystyä kuolevan vuorokausirytmiiä noudattamaan mahdollisimman hyvin. (Mts. 215.)

Delirium tarkoittaa aivojen toimintahäiriötä, joissa älylliset toiminnot heikkenevät. Tyypillistä on, että ajattelu, havaitsemiskyky, muisti ja orientaatio ovat heikentyneet. Sekavuus on saattohoidossa olevilla yleistä. (Mts. 216.) Hännisen (2003, 216-217) mukaan jopa 70-90% heistä kärsii jonkin asteisista kognitiivisista ongelmista ennen kuolemaa. Deliriumin syynä saattohoidossa olevilla on useimmiten lääkkeet, heikentynyt hapen saanti, erilaiset aineenvaihdunnalliset häiriöt, infektiot tai keskushermoston sairaudet. Yleisimmin syynä ovat saattohoitoasiakkaan lääkkeet, sekä niiden yhteisvaikutukset. Delirium jaetaan kahteen alatyyppiin, hyperaktiiviseen ja hypoaktiiviseen sekä kolmanteen saattohoitoasiakkailta yleisimpään, näiden kahden tyypin sekamuotoon. Hyperaktiivinen muoto aiheuttaa kiihtyneisyyttä, harhaluuloja ja hallusinaatioita ja tämä muoto on yleisin vieroitusoireista kärsivällä. Hypoaktiivinen delirium -asiakas taas on väsynyt, vetämätön ja sekava, tätä tilaa pidetään tyypillisenä myrkytystiloissa ja hapenpuutteessa. Saattohoidossa olevilla delirium on usein sekamuotoinen ja sen syntymekanismi monimutkainen. Heillä hoitona on lääkityksen minimoiminen, hapenpuutteen korjaaminen ja infektioiden hoito.

2.4.5 Väsymys

Väsymys on subjektiivinen tunne ja oire, jonka arvioiminen on mahdollista vain, jos saattohoidossa oleva siitä kertoo. On yleistä, että asiakas ja joskus lääkärikin, pitää väsymystä luonnollisina pitkälle edenneen sairauden ja lähestyvän kuoleman takia. Tästä syystä voi saattohoidossa oleva jättää kertomatta väsymyksestä, vaikka se Hännisen (2003, 60) mukaan on yksi yleisimmistä ja heitä eniten häiritsevimmistä oireista.

Väsymystä on myös vaikea hoitaa, ellei siihen löydy selvää syytä. Tällaisia somaattisia syitä voivat olla infektiot, anemia, hyperkalsemia, hypokalemia, elimistön kuivuminen, sairaudesta tai sen hoidosta syntyvä lihasheikkous sekä liiallinen rauhoittavien lääkkeiden käyttö. Väsymys voi olla seurausta myös unettomuudesta ja masennuk-

sesta. Nämä syyt ovat hoidettavissa ja niiden huolellinen tutkiminen ja hoito voi vähentää väsymystä. Aina ei väsymykseen löydy selvää syytä ja aiheuttajaa. Tällöin tehokkain tapa hoitaa väsymystä, on sopeuttaa oma elämänrytmi omien voimien mukaan, antaa itselleen lupa levätä. (Vainio & Hietanen 2004, 124-125.)

2.4.6 Kipu ja kärsimys

Kipu on yksi saattohoidossa olevan eniten pelkäämistä oireista. Kipu, kuoleman pelko, ahdistus ja muut somaattiset oireet ovat usein liitoksissa toisiinsa ja niitä on vaikea hoitaa toisistaan erillään. Jokainen kokee kivun yksilöllisesti ja kivun kokemukseen vaikuttaa sairauden tuomat fysiologiset muutokset, tunteet, yksilön ajatukset ja toiminta sekä sosiaaliset suhteet. Hyvällä kivun hoidolla vähennetään kärsimystä ja lisätään kuolevan elämänlaatua ja -halua. Hyvän kivunhoidon edellytyksenä on hyvä kivun arviointi. Saattohoidossa olevan kivuntuntemukset otetaan todesta ja niitä hoidetaan aktiivisesti. Kivun arviointiin on olemassa erilaisia mittareita, joiden avulla kivun arviointi pysyy tasalaatuisena ja pystytään arvioimaan hoidon tehokkuutta. Fyysinen kipu on suurimmaksi osaksi hallittavissa lääkehoidolla, mutta on olemassa myös lääkkeettömiä tapoja hoitaa kipua. Kokemus omasta hyvinvoinnista ja saattohoidossa olevan mieliala vaikuttaa kivun kokemiseen. Kipukynnystä alentavia tekijöitä ovat pelko, masennus, ahdistus, väsymys, kyllästymisen ja unettomuus. Näitä tekijöitä hoitamalla pystytään vaikuttamaan myös koettuun kipuun ja lievittämään kärsimystä. (Heikkinen 2004, 56-57.)

Kivun hoidossa suurin ongelma on sen alihoito. Sekä saattohoidettavalla, että hoitohenkilökunnalla voi olla pelkoja kipulääkkeiden riippuvuuden ja sivuvaikutusten suhteen. Tähän voi olla osasyynä puutteellinen ja katkonainen vuorovaikutus saattohoidettavan, hoitohenkilökunnan ja lääkärin välillä. Kivunhoidon osaamisessa ja tasalaatuisuudessa on myös puutteita. Kuolevaa lähestyvän riittävässä kivun hoidossa ei saisi olla esteenä riippuvuuden tai väärinkäytön pelko. (Mts. 58.)

Fyysinen kärsimys yhdistetään usein kipuun ja sen hoitoon on olemassa monia keinoja. Psykkinen ja henkinen kärsimys on vaikeammin kohdattavaa ja hoidettavaa. Se syntyy läheisistä luopumisen surusta ja tarkoituksettomuuden ja turhautuneisuuden tunteista. Kuolevan kärsimys on aina henkilökohtaista ja nivoutuu koettuun sairauteen ja sen hoitoon. Saattohoidettava voi kärsiä läheisten puolesta ja siitä kuinka he selviytyvät myöhemmin. Tärkeä keino lievittää kärsimystä on siitä puhuminen, tämä edellyttää luottamuksellista suhdetta hoitajan ja saattohoidettavan välillä. Kärsimyksen kokemiseen ja kuoleman kohtaamiseen vaikuttaa olennaisesti kuolevan elämäntähtämys sekä kulttuuri. Hoitohenkilökunnan onkin tärkeää tutustua vieraan uskonnon tai kulttuurin tapoihin, jotta niitä ymmärretään ja osataan kunnioittaa. (Heikkinen 2004, 59.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä hyvä kuolema on palveluasumisessa ja tuottaa palveluasumisen henkilökunnalle ohjekansio, jossa käsitellään hyvää hoitoa koskevia seikkoja ikääntyneen elämän loppuvaiheessa. Ohjekansio rakennettiin kirjallisuuden ja asiantuntijahaastattelujen avulla.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että tutkimustiedon avulla yksikössä voidaan kehittää hoitotyötä, antamalla palvelutalon työntekijöille informaatiota ja työvälineitä kuolevan asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa sekä mahdollistaa tutkimustiedon hyödyntäminen yksikössä.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Ennen varsinaisen ohjekansion koostamista selvitettiin kirjallisuuden ja asiantuntija-haastatteluiden avulla millaista on kuolevan asiakkaan hyvä hoito sekä minkälaisia oireita kuolemaan liittyy. Lisäksi selvitettiin millaiset lait ja suositukset ohjaavat saattohoidon toteuttamista ja minkälaisiin asioihin on niiden mukaan saattohoidossa kiinnitettävä huomiota. Asiantuntijahaastattelujen avulla tarkennettiin suositusten ja lakien antamaa tietoa ja saatiin ajankohtaista, käytännönläheistä tietoa aiheesta sekä rakennettiin ohjekansion sisältöä. Suositusten, lakien ja asiantuntijahaastattelujen tuoman tiedon pohjalta määriteltiin teoreettinen viitekehys, jonka pohjalta lopullinen ohjekansio luotiin. Viitekehyksessä esille tulleet osa-alueet on esitetty ”laadukas saattohoito” –otsikon alla.

Teoriatietoa saattohoitoa ohjaavista suosituksista ja laeista viitekehystä varten alettiin etsiä jo suunnitelman ollessa alkutekijöissään. Ohjekansion alustavan sisällysluettelon muodostamisen jälkeen alkoi tiedonkeruu ohjekansioon sisällytetyistä aihealueista. Tavoitteena oli saada teoriatietoa mahdollisimman monipuolisista lähteistä ja eri näkökulmista. Jo opinnäytetyöprosessin alussa selvisi, että kuolevan hoidosta on kirjoitettu laajalti erilaisissa lähteissä. Kuitenkaan saattohoitoa käsitteleviä kotimaisia tutkimuksia kohdalle sattui harvoin tai tutkimus ei soveltunut täysin käsiteltävään aiheeseen. Vaikka tutkimuksia ei ole opinnäytetyössä käytetty alkuperäislähteinä, opinnäytetyössä käsitellyt suositukset perustuvat tieteelliseen näyttöön.

Opinnäytetyön aineistona käytettiin monipuolisesti suomalaista ja kansainvälistä kirjallisuutta sekä internet -lähteitä koskien saattohoitoa. Kirjallisen aineiston haun teki hankalaksi se, ettei tarkkaa tutkimusongelmaa opinnäytetyössä ollut määriteltynä. Opinnäytetyön aineiston haussa käytettiin kirjallisuushaun tekniikkaa, joka alkoi

valitsemalla aiheeseen sopivat haku- ja avainsanat. Huolellisesti valittujen hakusanojen avulla, aineistoa pystyttiin rajaamaan. (Hirsjärvi, Remes, Liikanen & Sajavaara 1995, 35.) Sopivia hakusanoja etsittiin YSA:n (yleinen suomalainen asiasanasto) verkkohauilla, josta muodostui suurin osa käytetyistä hakusanoista. Hakusanasto täydentyi kirjallisuudesta löydetyillä hakusanoilla. Hakusanoja hyödynnettiin aineistohaussa kirjastossa sekä internetissä. Hakusanoille pyrittiin löytämään vaihtoehtoisia ilmauksia, koska kuolevan hoidosta on kirjoitettu myös useissa hoitotyön yleisteoksessa. Hakusanoja myös yhdistettiin internet -haussa tarkemman hakutuloksen saamiseksi.

Tiedonhaussa käytetyt hakusanat:

1. Saattohoito
2. Kuolevan hoito
3. Terminaalihoito
4. Palliatiivinen hoito (Palliative care)
5. Oireenmukainen hoito
6. Geriatria, gerontologia
7. Hoitotyö

Saattohoidosta löytyi runsaasti kotimaista materiaalia, lisäksi hyödynsimme yleisesti hoitotyötä käsittelevää kirjallisuutta. Lähdemateriaalin runsauden vuoksi pyrimme suhtautumaan lähteisiin hyvinkin kriittisesti ja valitsemaan niistä uusinta tietoa sisältävät. Myös lähteiden luotettavuuteen kiinnitimme erityistä huomiota. Vanhemmista lähteistä löytyneitä tietoja verrattiin uudempaan tietoon, jolloin lähettä voitiin pitää luotettavana. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (1997, 105–106) mukaan lähteiden luotettavuutta voidaan pohtia lähteen iän, kirjoittajan arvovallan ja tunnettavuuden sekä lähteen uskottavuuden pohjalta. Kirjoittajaa voidaan pitää todennäköisesti luotettavana ja ainakin tutustua hänen teksteihinsä lähemmin, jos hänellä on aiheesta useita eri julkaisuja tai muut kirjoittajat ovat hyödyntäneet hänen tekstejään lähteiviiteinään. Lähdemateriaalin käytössä tulee hyödyntää tuoreita lähteitä.

4.2 Haastatteluaineiston keruu ja analysointi

Haastattelujen avulla selvitettiin millaisia tekijöitä haastateltavat pitivät tärkeinä hyvän saattohoidon toteutumiseksi, sekä millaisia haasteita he näkivät saattohoidossa olevan. Asiantuntijahaastatteluihin pyrittiin saamaan työntekijöitä, jotka kohtaavat säännöllisesti työssään saattohoidettavia ja osallistuvat heidän hoitoonsa. Haastateltaviksi valikoituivat sairaanhoitajat Keski-Suomen Syöpäyhdistyksestä, Kyllön terveyskeskussairaalan osastolta 5 sekä Kuhmoisten terveyskeskuksesta. Haastatteluilla pyrittiin saamaan näkökulmaa siitä, miten saattohoitoa käytännössä toteutetaan ja millaisia asioita saattohoitoa säännöllisesti työkseen toteuttavat näkevät tärkeinä. Asiantuntijahaastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumuoto, jolloin käytetään muutamia avainkysymyksiä ja -aihepiirejä, jonka pohjalle haastattelu luodaan (Kylmä & Juvakka 2007, 78). Opinnäytetyössä käytetyt avainkysymykset on esitetty liitteessä (LIITE 1).

Aineistosta muodostettiin sisällönanalyysin avulla tiivistetty kuvaus, jonka tarkoituksena oli liittää tulokset laajempiin asiayhteyksiin ja muihin tutkimustuloksiin. Tavoitteena analyysissa oli etsiä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä sekä luoda kattava kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Koska haastatteluilla kerätty aineisto oli pieni, haastattelut on liitetty kokonaisuudessaan opinnäytetyöhön. Aineistosta pyrittiin löytämään avainasiat, jotka haastateltavat kokevat työssään tärkeiksi. Haastattelujen aineistosta esille nousseita asioita verrattiin suosituksissa ja laeissa mainittuihin.

4.3 Ohjekansion toteutus

Teoriatiedon ja haastattelujen pohjalta rakennettiin ohjekansion sisältöalueet. Opin- näytetyö toteutettiin yhteistyössä Jyväskylän vanhus- ja vammaispalveluihin kuulu- van Väinönkadun palvelukeskuksen kanssa. Yhteyshenkilöinä Väinönkadun palvelu- keskukselta toimi kaksi siellä työskentelevää hoitajaa. Heidän kanssaan käytiin kes- kustelua ohjekansion sisällöstä sekä tarkasteltiin sopivatko käsitellyt hoitokäytännöt juuri Väinönkadun palvelukeskuksen käytettäviksi. Tavoitteeksi asetettiin, että kan- siota voidaan hyödyntää jokapäiväisessä hoitotyössä.

Ohjekansiossa painotettiin sen helppolukuisuutta ja selkeyttä. Eri asiasisällöt jaotel- tiin sisällysluetteloon, jotta kansiota voi tarvittaessa käyttää myös nopeaan tiedon- hakuun. Kansioon kerättiin teoriatiedon lisäksi myös tarpeellisia lomakkeita, opasleh- tisiä sekä yhteystietoja. Ohjekansion materiaali on tallennettu sähköisenä muistitiku- lle, joka liitettiin ohjekansioon. Tämä mahdollistaa aineiston päivittämisen myöhem- min.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyössä käsitellyt juridiset säädökset, eettiset ohjeet ja saattohoitosuositu- set sisälsivät hyvin pitkälle samoja asioita, kuin mitä asiantuntijahaastatteluista nousi esille. Saattohoitosuosituksissa korostettiin asiakkaan kanssa käytävän hoitoneuvot- telun sekä saattohoitopäätöksen teon merkitystä. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, ettei saattohoitopäätöstä käytännön hoitotyössä tehty systemaattisesti. Ongelmana olivat erilaisten hoidonrajauspäätösten kirjavuus sekä niiden erilaiset merkitykset eri hoitopaikoissa. Haastatteluissa kuitenkin myönnettiin, että hyvän saattohoidon to- teutus vaatii selkeät hoitolinjaukset. Aikaisemmin saattohoitoa on toteutettu lähinnä

syöpää sairastavien viimeisenä hoitona. Nykyisin tulisi kuitenkin kaikkien elämänloppuvaiheessa olevien parantumattomasti sairaiden kuulua saattohoidon piiriin.

Niin suosituksissa kuin asiantuntijahaastatteluissakin hyvän saattohoidon edellytykseksi nousi hyvä ja aktiivinen oireenmukainen hoito, erityisesti riittävän tehokas kivunlievitys katsottiin tärkeäksi. Oireenmukaisen hoidon lisäksi henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen oli avainasemassa laadukasta saattohoitoa toteutettaessa. Haastatteluiden mukaan saattohoidossa olevilla ei useinkaan ole hoitotahtoa määriteltynä. Hoitotahdon määrittelyn uskotaan kuitenkin jatkossa lisääntyvän. Asiakkaiden itsemääräämisoikeus nousi esille suosituksissa sekä laissa. Haastateltavien mukaan sitä pyrittiin kunnioittamaan antamalla mahdollisimman hyvää hoitoa niillä resursseilla mitä oli käytössä. Kehittämiskohtia haastateltavat löysivät lääkäreiden saatavuudesta ja vaihtuvuudesta. Usein lääkärit vaihtuivat, eivätkä he olleet selvillä saattohoidettavan kokonaistilanteesta. Näissä tilanteissa hoitolinjausten tekeminen kuolevan kanssa keskustellen voi jäädä vaillinaiseksi lääkärin aina vaihtuessa.

Haastateltavat näkivät sairaan omaiset voimavarana ja heidät pyrittiin ottamaan hoitoon mukaan. Työhön kuului omaisille tiedottaminen sekä tarvittaessa heidän tukeminen. Kaikki haastateltavat nostivat esille työssä jaksamisen helpottamiseksi keskustelun työtovereiden kesken. Lisäksi voimavaroja lisääviksi tekijöiksi mainittiin riittävä koulutus sekä kokemus. Työnohjausta oli kaikissa paikoissa saatavilla ja sen katsottiin auttavan jaksamista.

Haastatteluissa nousi esille paljon tärkeitä aiheita, niiden sekä teorian tiedon ja suositusten pohjalta alkoi muodostua kuva mitä aihealueita on tärkeää käsitellä ohjekansiossa. Ohjekansion tavoitteena oli, että se käsitelisi kuolevan hoidon tärkeitä ja olennaisia aihealueita. Esille nousseita aihealueita olivat hoitotahto ja hoidonraja-

minen, hyvä oireiden hoito, hengellinen ja henkinen tuki sekä omaiset ja hoitohenkilökunnan jaksaminen. Yksi ohjekansion tavoitteista oli, että se olisi helppokäyttöinen ja antaisi käytännön ohjeita työhön. Kuolevan asiakkaan hyvä hoito -ohjekansio oli luontevaa aloittaa saattohoidon olennaisten käsitteiden määrittelyillä ja hoitotahtoa esittelemällä. Koska tämä oli noussut useaan kertaan esille haastatteluissa sekä alan kirjallisuudessa.

Oireenmukainen hoito ja erityisesti kivun hoito koettiin todella tärkeäksi hyvän saattohoidon ehdoksi. Ohjekansiosta varattiin suuri osa kuolevan oireiden ja niiden erilaisten hoitovaihtoehtojen esittelyyn. Tavoitteena oli koota kansioon käytännölläheisiä ohjeita, joita olisi hoitajan mahdollista toteuttaa palveluasumisessa. Vaikka yksittäisistä oireista vain kivunhoito nousi haastatteluissa tärkeäksi, korostettiin kokonaisvaltaista oireidenhoitoa. Kirjallisen materiaalin pohjalta keräsimme saattohoidettavien yleisimmät hengitys- ja ruoansulatuselimistön, iho- sekä psyykkiset oireet.

Haastatteluissa ja etenkin eettisissä ohjeissa korostettiin kuolevan hengellistä ja henkistä tukea. Näiden tarpeiden auttaminen voi olla myös hoitohenkilökunnalle haastavaa ja vaikeaa. Niinpä ohjekansioon pyrittiin löytämään tietoa henkisen ja hengellisen tukemisen keinoista, joista on apua työntekijöille. Hengellisen tuen antamiseksi on tärkeää tuntea asiakkaan uskontoa ja kulttuurista taustaa. Kansiossa käsiteltiin Suomen yleisimpiä uskontoja sekä esiteltiin tapoja ja sääntöjä jotka vaikuttavat hoitotoimenpiteisiin ja -päätöksiin. Henkisen tuen antaminen vaatii työntekijältä ymmärrystä ja kärsivällisyyttä. Ohjekansiossa henkisen tuen käsitteleminen nähtiin tärkeänä. Asiakkaan tukemisen lisäksi haastateltavat nostivat omaisten roolin esille. Myös suosituksissa mainittiin omaisten mukanaolon tärkeydestä. Toisaalta omaiset olivat voimavarana, mutta toisaalta he myös tarvitsivat hoitohenkilökunnan tukea, ajoittain runsaastikin. Aina hoitohenkilökunnan ja omaisten suhde ei ole ongelmaton. Siksi ohjekansiossa nähtiin tärkeäksi varata oma osa kuolevan asiakkaan omaisten kohtaamiseen. Hoitohenkilökunnan jaksamisesta huolehdittiin kaikkien haastateltavien

työpaikoilla ja keskustelu oli tässä tärkeässä roolissa. Hyvää saattohoitoa on mahdoton antaa, jos hoitohenkilökunta voi huonosti eikä jaksaa työssä, näin ollen aihe katsottiin tärkeäksi ohjekansioon.

5.1 Saattohoidon keskeiset kysymykset ammattilaisten näkemyksen mukaan

Syöpäyhdistys kotisaattohoidossa

Keski-Suomen syöpäyhdistys on vuonna 1956 perustettu kansanterveysjärjestö, jonka tehtävänä on muun muassa syöpään sairastuneiden sekä heidän läheistensä elämänolosuhteiden parantaminen. (Keski-Suomen Syöpäyhdistys 2012). Syöpäyhdistys osallistuu kunnallisen kotihoidon kanssa syöpäsairaahan kotihoitoon ja sen hoitajat tekevät kotikäyntejä tarjoten hoitoapua asiakkaille ja tämän omaisille. Keski-Suomen Syöpäyhdistyksen toiminta on Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) tukemaa ja se on sairastuneille maksutonta. Syöpäyhdistyksen hoitajaan voi ottaa yhteyttä itse sairastunut, hänen omaisensa tai kotihoidon työntekijä. Syöpäyhdistyksen sairaanhoitaja voi osallistua oman ammattitaitonsa puitteissa myös hoidollisiin toimenpiteisiin, sen sijaan tukihenkilöt antavat enemmän henkistä tukea ja voivat olla arjessa apuna.

Laadukkaaseen saattohoitoon kuuluvat tärkeänä osana hyvä ja aktiivinen oireenmukainen hoito sekä riittävän tehokas kivun lievitys. Myös henkinen tuki saattohoidettavalle ja omaisille on avainasemassa laadukasta saattohoitoa toteutettaessa. Saattohoito alkaa kuoleman lähestyessä, mutta tarkkaa ajallista kestoa saattohoidolle on vaikea määrittellä. Keski-Suomen syöpäyhdistyksen haastateltava sairaanhoitaja koki tärkeänä, että kuolevalla voisi olla mahdollisuus valita hoitopaikkansa kuolemaa lähestyessä ja että hän voisi oman vointinsa rajoissa osallistua myös omaan hoitoonsa. Asiakkaan ja omaisten kanssa työskennellessä tulee vuorovaikutus pyrkiä pitämään avoimena ja vaikeistakin asioista on tärkeää pystyä puhumaan. Avoin keskustelu kuolemasta auttaa myös omaisia valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Syöpäyhdis-

tyksen hoitaja kannustaakin hoitotyöntekijöitä rohkeasti keskustelemaan asiakkaan ja omaisten kanssa kuolemaan liittyvissä asioissa, hienotunteisuus muistaen.

Kotona saattohoidettavan asiakkaan tullessa syöpäyhdistyksen asiakkaaksi on useimmille saattohoitopäätös jo lääkärin toimesta tehtynä. Vaikka saattohoitopäätös on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös, voivat myös hoitotyön ammattilaiset ottaa asian puheeksi lääkärin kanssa. Päätöksen teosta ja sen sisällöstä tulee aina kertoa myös omaisille sekä selkiyttää asiakkaalle ja omaisille päätöksen merkitys. Usein saattohoitopäätöksen teko on helpotus niin asiakkaalle kuin omaisillekin, koska silloin valmistautuminen kuolemaan voi kunnolla alkaa. Hoitotahdosta puhuminen kuuluu myös hoitajien ammatillisuuteen. Hoitotahdon voi tehdä joko valmiilla kaavakkeella tai vapaasti kirjoitettuna.

Työntekijälle kuolevan hoito on henkisesti raskasta ja kuormittavaa. Hoitajan henkilökohtaisten asioiden ollessa tasapainossa on myös kuolevan kanssa työskenteleminen helpompaa. Saattohoidon toteuttaminen edellyttää riittäviä henkilöstöresursseja sekä koulutettua henkilökuntaa. On tärkeä huolehtia, ettei kukaan työntekijöistä jää yksin asioiden äärelle ja kuormitu liiallisesti. Avoin keskustelu työyhteisössä ja hoitajan hyvä ammattitaito tukevat myös hoitajan jaksamista työssään. Raskaassa työssä myös säännöllisellä työnohjauksella on suuri merkitys hoitajan jaksamiselle. Vaikka saattohoidettavia kohtaisikin säännöllisesti omassa työssään; kuolema koskettaa aina.

Saattohoito Kuhmoisten terveyskeskuksessa

Haastattelu tehtiin Kuhmoisten vuodeosaston osastonhoitajalle. Kuhmoinen on noin 2500 asukkaan kunta eteläisessä Keski-Suomessa. Vuodeosasto toimii kunnan terveyskeskuksen yhteydessä ja tarjoaa laitoshoidoa niille kuntalaisille, jotka eivät enää pärjää kotona kotihoidon turvin tai tuetussa palveluasumisessa. Vuodeosasto on kiis-

tatta suurin saattohoidon tarjoaja Kuhmoisissa. Osastolle on keskitetty kunnan laitoshoido ja eniten apua tarvitsevat, joten monelle osasto on viimeinen koti. Suurin osa kuolemista on normaaleja elämän päättymiseen liittyviä kuolemia. Mutta myös hyvin usein syöpää sairastavat siirretään terveyskeskusvuodeosastolle loppuvaiheen hoitoon.

Osastonhoitajan mielestä saattohoito toteutuu osastolla kaiken kaikkiaan hyvin. Tapaukset, tilanteet ja olosuhteet vaihtelevat, mutta henkilökunnalla on osaamista ja kokemusta. Usein kokeneemmat hoitajat ottavat vastuun asiasta ja opastavat kokemattomampia. Olosuhteet ja puitteet pyritään järjestämään parhaalla mahdollisella tavalla ja omaiset ottamaan mukaan. Osaston puitteet, tilat ja resurssit ovat kunnossa.

Osastonhoitajan mukaan hyvän saattohoidon edellytyksenä on, että suunnitelma hoidon suhteen on kaikilla selvillä. Tavoitteena on, että ihmisellä ja hänen läheisillään on hyvä ja turvallinen olla, vaikka elämä on loppumassa. Haasteena osastolla nähdään henkilökunnan minimimitoitus. Aikaa saattohoitoasiakkaan ja muiden asiakkaiden vierellä olemiseen pitäisi olla enemmän. Jokainen tapaus on yksilöllinen ja harkittava toiminta sen mukaan. Osastolla ei ole omaa saattohoitosuunnitelmaa.

Osastolla saattohoitopäätöksen tekeminen ja ”hoidoista luopuminen” koetaan vaikeimpana asiana, jonka tekeminen joskus pitkittyy syystä tai toisesta. Tällöin hyvän saattohoidon antaminen hankaloituu, kipulääkityksen aloittaminen pitkittyy, aiheutuu sekä henkistä että fyysistä vaivaa ja kipua. Kun asiakas ja omaiset kokevat päätöksenteon hankalaksi, tilanne aiheuttaa haasteita myös lääkärille ja hoitohenkilökunnalle, joiden tehtävänä on tukea päätöksentekoa. Ajoissa tehdyt päätökset hoidon suhteen, sekä asiakkaan ja omaisten tietoisuus tilanteesta, kuitenkin helpottaisivat keskittymistä oireiden hoitoon. Osastonhoitoja arvioi että syövän tai vastaavan sairauden kohdalla saattohoidon aloittaminen on selkeämpää kuin muita kuolemaan johtavia sairauksia sairastavien kohdalla.

Osastonhoitajan mukaan hoitohenkilökunta toivoisi lääkärin keskustelevan enemmän asiakkaan ja omaisten kanssa, jotta asiakas tulisi kuulluksi ja asioista sopiminen helpottuisi. Lääkärin vuorovaikutustaidot ovat ensiarvoisen tärkeitä erityisesti saattohoitoasiakkaan hoitosuhteessa.

Osastolla koettiin, että saattohoito ei sinällään tuota ongelmia hoitajien jaksamiseen. Työ on hoitajille henkisesti raskaampaa, jos hoidettavana on nuorehko asiakas. Osaaminen, kokemus ja hyvä työkuulttuuri koetaan tärkeinä. Keskustelut kollegojen kanssa ovat paras tapa helpottaa jaksamista. Työnohjausta on saatavilla tarpeen mukaan.

Saattohoito syöpäsairauksiin erikoistuneella osastolla

Jyväskylän Kyllön terveystieteiden sairaalan osasto 5 on 30 -paikkainen osasto, joka on pääasiallisesti profiloitunut syöpäpotilaiden hoitoon. Osastolla hoidetaan myös saattohoitovaiheessa olevia potilaita, joista suurin osa on syöpäpotilaita, mutta lisääntyvässä määrin hoidetaan myös mm. sydämen vajaatoimintaa sairastavien viimeisen vaiheen hoito. Osastolla vieraillee säännöllisesti vapaaehtoistyöntekijöitä, jotka ovat koulutettu osaston toimesta. Vapaaehtoistyöntekijöiden työtehtävät koostuvat pääasiassa potilaiden kanssa keskusteluista.

Hoitolinjaukset asiakkaille on yleensä tehnyt lääkäri erikoissairaanhoidon puolella. Virallista lääketieteellistä saattohoitopäätöstä on hyvin harvalla tehtynä. Suurella osalla on saattohoitoon siirtymisestä merkintänä esimerkiksi ER –päätös (ei elvytetä –päätös). Tämän lisäksi lääkäri on saattanut ottaa erikseen puheeksi potilaan ja tämän omaisen kanssa mielipiteet esimerkiksi nesteytyksestä ja antibioottien annosta. Kaikki hoitolinjaukset ovat tarkasti kirjattuna potilaan potilaspapereihin. Potilaan hoitolinjan valinta nähdään prosessina, johon osallistuu potilaan ja omaisten lisäksi

myös hoitohenkilökunta. Lopullisen päätöksen hoitolinjauksesta tekee kuitenkin hoitava lääkäri.

Hyvällä saattohoidolla pyritään turvaamaan potilaan mahdollisimman hyvä olo. Merkittävä hyvän olon mahdollistaja on kivunhoito. Onnistunutta kivunhoitoa pidetäänkin yhtenä merkittävänä tavoitteena kuolevan potilaan hoidossa. Kivunhoidon jälkeen merkittävään osaan nousee potilaan henkiset tarpeet. Potilaan ja tämän omaisten kanssa tulee puhua kuolemasta mahdollisimman avoimesti. Omaiset nähdään merkittävänä voimavarana saattohoitopotilaan hoidossa ja heitä pyritään aktiivisesti ohjaamaan kuolevan vierelle. Vierailuajat ovat osastolla vapaat ja tarvittaessa omaisten yöpyminen osastolla mahdollistetaan. Omaisille ilmoitetaan myös heti potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset, toiveiden mukaisesti myös yöaikaan. Hengellisten tarpeiden kysyminen suoraan potilaalta on tärkeää. Potilaan omat toiveet otetaan huomioon ja mahdollisuutta sairaalapapin vierailulle tarjotaan kaikille. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen katsotaan hoidossa hyvin tärkeäksi. Kuitenkin vielä vain harvalla potilaista on määriteltynä hoitotahto. Haastateltava näkee kuitenkin, että potilaiden hoitotahdot ovat lisääntymään päin. Myös potilaan pienempiäkin toiveita, esimerkiksi mieliruuista pyritään toteuttamaan mahdollisimman hyvin.

Osastolla on käynnissä säännöllinen työnohjaus ja myös hoitajien keskinäiset keskustelut auttavat vaikeiden asioiden läpikäymistä. Myös osastokokouksissa on varattu aikaa asioista keskusteluun. Haastateltava kokee, että osastolla vallitsee rento ja vapaa ilmapiiri, jossa raskaan työn tekeminen on helpompaa. Osaston työntekijät ovat itse aktiivisesti hakeutuneet saattohoitoa koskeviin koulutuksiin ja kehittämistoimintoihin. Vaikka osaston hoitajat ovat itse hakeutuneet ja päässeet koulutuksiin, kokevat he, että koulutusta tulisi saattohoidosta tarjota vielä lisää. Haasteena osastolla on ajoittain noussut esiin kipulääkityksen muutokset päivystysaikana. Koska osasto 5:n hoitajat osaavat vaatia potilaalle riittävää kipulääkitystä, haastateltava näkee tämän kuitenkin suurempana ongelmana valtakunnallisesti. Päivystysaikana hoitajat ottavat yhteyttä potilaan asioista päivystävälle lääkärille, jolla ei useinkaan ole riittävää asi-

antuntemusta saattohoitopotilaiden kipulääkityksen osalta. Tällöin voi olla ongelmana se, että saattohoidettava jää vaille riittävää kivunlievitystä. Työn tekemiselle hoitajat toivoisivat rauhaa ja aikaa, muun muassa sijaisten puute koetaan osastolla ongelmana. Fyysiset tilat auttavat osaltaan hoidon toteuttamista ja osastolle toivottaisiin oma muistihuone, joka nykyisellään on toisen osaston tiloissa.

5.2 Palaute ohjekansioista

Ohjekansioista ja sen etenemisestä käytiin säännöllisesti keskusteluja Väinönkadun palvelukeskuksen yhteyshenkilön sekä muun henkilökunnan kanssa, joten myös he pääsivät vaikuttamaan ohjekansion sisältöön prosessin eri vaiheissa. Säännöllisellä palautteen pyytämällä haluttiin varmistaa, että ohjekansion sisältö vastaa toimeksiantajan tarpeisiin. Myös opinnäytetyön ohjaajilta kysyttiin säännöllisesti palautetta työstä ja ohjeita. Ohjekansion sisältöä muokattiin toimeksiantajan ja ohjaajien toiveiden mukaisesti.

Opinnäytetyöstä pyydettiin laajemmin palautetta ohjekansion valmistuttua. Ohjekansion materiaalia lähetettiin sähköpostitse Väinönkadun palvelukeskuksen palvelupäällikölle sekä henkilökunnalle. Henkilökunnalle toimitettu versio tulostettiin palvelukeskuksen yhteyshenkilön toimesta, joten palautteen pystyi antamaan kirjallisena, anonyymisti. Vaikka palautetta pyydettiin henkilökunnalta kirjallisena, palaute annettiin yhteyshenkilölle pääsääntöisesti suullisesti. Yhteyshenkilö toimitti palautteen ryhmällemme tiivistetysti kirjallisena. Annetussa palautteessa kiiteltiin etenkin ohjekansiossa käsitellyjä aihealueita, joiden katsottiin kattavan saattohoidon oleellimmat asiat, joita hoitohenkilökunta työssään kohtaa. Vaikka materiaalia oli ohjekansiossa runsaasti, koettiin ohjekansion sisältävän vain oleelliset asiat tiiviissä paketissa kuolevan hoidosta. Materiaali koettiin käytännönläheiseksi ja selkeäksi, lisäksi sisällysluettelo helpotti halutun tiedon löytämistä. Ohjekansio katsottiin tarpeelliseksi.

si ja toimivaksi Väinönkadun palvelukeskukseen. Kuolemaa oli ohjekansiossa käsitelty asiallisesti luonnollisena osana ikääntyneen asiakkaan elämää. Asiakas ja omaiset olivat myös huomioitu ohjekansiossa kokonaisuutena. Eri aihealueista erityisesti henkinen ja hengellinen tuki katsottiin tärkeäksi. Kiitosta saatiin myös hoitajan näkökulman ja hoitohenkilökunnan jaksamisen huomioimisesta.

Opinnäytetyö esitettiin 4.4.2012 palveluasumisen hoitotyön kehittämistyöryhmässä. Kehittämistyöryhmän yhtenä tarkoituksena oli laatia yhteinen suositus saattohoidosta Jyväskylän kaupungin palveluasumisen yksiköille. Työryhmän kokoukseen pyydettiin opinnäytetyöstä esitystä, koska tarkoituksena oli selvittää, voisiko ohjekansiota hyödyntää suosituksen laatimisessa. Ohjekansion esityksen lisäksi työryhmän kokouksessa arvioitiin kansion sisältöä ja käytettävyyttä kyseisissä yksiköissä. Kehittämistyöryhmän sisältä valittiin kokouksessa vastuuhenkilöt eri palveluasumisen yksiköistä, jotka käyvät kansion sisällön tarkemmin läpi, ja pohtivat missä muodossa sitä mahdollisesti hyödynnetään. Kansiota saatu palaute kokouksessa oli positiivista. Erityisesti ohjekansiossa käsitellyt aihealueet koettiin hyviksi ja kattaviksi. Ohjekansion materiaalin katsottiin vastaavan palveluasumisen tarpeisiin ja ottavan huomioon sen erityispiirteitä. Erityisesti osiot kivunhoidosta ja hengellisten tarpeiden huomioimisesta katsottiin tärkeiksi. Materiaalin katsottiin sisältävän myös sellaista tietoa, jonka ei voida olettaa muuttuvan, jolloin päivittämistarve koskee vain osaa materiaalia, kuten yhteystietoja. Materiaalin ajattomuuden katsottiin lisäävän ohjekansion käyttökelpoisuutta.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyöprosessi

Aihe opinnäytetyöstämme syntyi ryhmän kiinnostuksesta aiheeseen. Ehdotimme aihetta Väinönkadun palvelukeskuksen palvelupäällikölle, joka kiinnostui aiheestamme. Kuolevan asiakkaan hoito on ajankohtainen aihe ja sen kehittäminen katsottiin palveluasumisessa ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Yhteistyökumppaniksi valikoitui juuri tämä palvelukeskus, koska yksin ryhmän jäsen on työskennellyt siellä useamman vuoden ajan. Muita yhteistyötahoja opinnäytetyössä olivat hoitotyön ammattilaiset, joita kävimme viitekehystä varten haastattelemassa.

Opinnäytetyön teolla on ollut suuri merkitys omalle ammatilliselle kasvulle. Opinnäytetyö lisäsi myös merkittävästi omaa tietämystämme saattohoidosta. Tämä oli tärkeää myös siksi, että koulutuksemme aikana saattohoitoa ja kuolevan hoitoa on käsitelty hyvin vähän. Mielestämme olisi tärkeää, että sairaanhoitajien koulutukseen liitetäisiin enemmän koulutusta palliatiivisesta hoidosta sekä saattohoidosta. Kaikilla ryhmän jäsenillä oli ennestään kokemusta hoitotyöstä ja aiempi hoitoalan koulutus käytynä. Tämä motivoi ja antoi näkökulmia työn tekemiseen. Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, koska jokaisella ryhmän jäsenellä oli opinnäytetyön teon lisäksi työharjoitteluita, töitä opintojen ohella sekä koulutehtäviä. Tämän vuoksi opinnäytetyön aihealueita jaettiin ryhmän jäsenten kesken kiinnostuksen mukaan, koska tapaamisia oli ajoittain haastavaa järjestää. Työn teosta tuli entistä haastavampaa yhden ryhmän jäsenen jäätyä pois kesken opinnäytetyöprosessin. Ryhmän tapaamiset sovittiin säännöllisesti, muuten yhteyttä pidettiin sähköpostitse. Teimme yhdessä aikataulua opinnäytetyön etenemisen varmistamiseksi. Aikataulua myös tarkistettiin ja päivitettiin säännöllisesti.

Opinnäytetyön tekoprosessin aikana huomasimme, että saattohoito kiinnostaa useita eri tahoja. Saimme useasta yksiköstä pyyntöjä esitellä opinnäytetyötämme. Palveluasumisen kehittämistyöryhmän lisäksi saattohoidosta pyydettiin ryhmältämme esitystä Jyväskylän terveyskeskuksen osastonhoitajien kokoukseen sekä laajempaa luentoa Väinökadun palvelukeskukseen. Näitä esityksiä ei ollut suunniteltu kuuluvaksi opinnäytetyöprosessiin. Koska pyynnöt tilaisuuksiin tulivat opinnäytetyön yhteistyökumppaneilta, koimme tärkeiksi niihin osallistumisen. Näistä tilaisuuksista sopiminen ja aikataulujen järjestäminen vaati ryhmältä kuitenkin paljon ylimääräistä aikaa ja vaivaa. Väinökadun palvelukeskukseen järjestimme ulkopuolisen luennoitsijan, koska koimme, että opinnäytetyölle varatut resurssit eivät riittäneet oman luenton suunnitteluun järjestämiseen. Osallistuimme luentotilaisuuteen esittelemällä opinnäytetyömme vaihetta. Jyväskylän terveyskeskuksen osastonhoitajien kokoukseen osallistumme myöhemmässä vaiheessa kevättä ja esittelemme valmiin ohjekansiomme sisällön ja tekoprosessin vaiheet.

Ohjekansiosta pyrimme saamaan mahdollisimman kattavan sekä saamaan näkyville saattohoidon koko prosessin saattohoitoon siirtymisestä asiakkaan kuolemaan asti. Saattohoidon kokonaisvaltaisuuden vuoksi koimme haastavaksi aiheen rajaamisen, sekä oikean näkökulman valinnan. Materiaalin halusimme luoda asiakaslähtöisesti, jolloin asiakas huomioidaan kokonaisvaltaisesti koko työssämme. Ohjekansioon valitsimme sellaisia hoitotyön auttamiskeinoja, joita on mahdollista myös palveluasumisessa toteuttaa. Ohjekansion sisällöstä kävimme säännöllisesti keskustelua Väinökadun palvelukeskuksen yhteyshenkilön kanssa, jotta sisältö varmasti vastaa työelämän tarpeita. Mielestämme koostamamme saattohoidon ohjekansio vastasi sille asetettuja tavoitteita ja uskomme, että ohjekansio palvelee työelämän tarpeita.

Opinnäytetyöprosessin alussa suunnittelimme huolella ohjekansion sisältöä ja rakennetta. Sisällön huolellisen suunnittelun näemme erityisen tärkeäksi jälkeenkäin, koska saimme paljon positiivista palautetta nimenomaan käsitellyistä aihealueista. Ohjekansion rakenne vastasi muutenkin sille alussa asetettuja tavoitteita. Ohjekansiosta

saamamme palaute oli pääsääntöisesti myönteistä. Väinönkadun palvelukeskuksen henkilökunnalta saadut kehittämissuositukset ja palaute helpottivat ohjekansion koostamista heidän tarpeitaan vastaavaksi.

6.2 Luotettavuus ja jatkokehittämissuositukset

Käytimme opinnäytetyössä runsaasti kirjallista materiaalia, josta suurin osa oli iältään alle kymmenen vuotta vanhoja. Eri tietolähteistä ja etenkin vanhemmista tietolähteistä saatua tietoa verrattiin toisiinsa, joka lisäsi luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi myös se, että kävimme haastattelemassa hoitotyön asiantuntijoita, jolloin pystyimme vertaamaan teoretista tietoa ja käytäntöä toisiinsa. Kirjallisuudessa ja asiantuntijahaastattelussa esiin nousseet aiheet vastasivat hyvin toisiaan. Luotettavuutta vähentää haastateltavien pieni määrä. Pääpaino opinnäytetyössä oli kuitenkin teoretisella, jota asiantuntijahaastattelut tukivat.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia laajemmin millä tavalla saattohoitoa toteutetaan palveluasumisessa, esimerkiksi juuri Väinönkadun palvelukeskuksessa. Omasta työstä rajasimme tämän osion pois, koska muuten aihealueesta olisi tullut liian laaja, eikä ohjekansiosta pystytty rakentamaan niin kattavaa. Koimme, että ohjekansio olisi voinut palvella vielä paremmin palveluasumisen tarpeita, mikäli aiheesta olisi tehty aiempaa tutkimusta.

Mielenkiintoista olisi myös tietää miten koostamamme ohjekansio tulee palvelemaan Väinönkadun palvelukeskuksen henkilökuntaa ja onko siitä muodostunut toimiva työväline saattohoitoa toteutettaessa. Uuden tutkimustiedon lisääntyessä myös ohjekansion päivittäminen on tärkeää, jotta siitä löytyisi jatkossakin ajankohtaista tietoa.

LÄHTEET

Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.

Heikkinen H., Kannel V. & Latvala E. 2004. Saattohoito - Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell.

Hirjärvi, S., Remes, P., Liikanen, P. & Sajavaara, P. 1995. Tutkimus ja sen raportointi. 4.-6. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. p. WSOY.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. WSOY.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku – Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Hänninen, J. 2010. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 10. uud.p. Sahalan kirjapaino.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Järvimäki, V., Matila, A. & Rahko, E. 2011. Saattohoito – parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoito. Terveysportti. Hoitoketjut 23.6.2011. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.12.2011. www.terveysportti.fi

Kaarlola, A. 2009. Hoitotahto. Teho- ja valvontatyön opas. 20.3.2009. Duodecim. Viitattu 13.12.2011. www.terveysportti.fi

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino.

Kristoffersen, N., Nortvedt, E. & Skaug, E. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press.

Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2002. ETENE –julkaisuja 4. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 28.1. 2008. Käypä hoito-suositus. Viitattu 2.10.2011. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Käypä hoito: potilasversiot. n.d. Viitattu: 2.10.2011.
www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=khp

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 6.9.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

L 1326/2010 Terveydenhuoltolaki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 13.2.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lindström, R-L. 2010. Saattohoito. Sairaanhoidajan käsikirja. 11.3.2011. Duodecim. Viitattu 13.12.2011.
www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01690&p_haku=saattohoito

Omaisten kuuleminen ja rooli hoitopäätösten teossa – eettisiä näkökohtia. 2009. Eettisten näkökohtien työryhmä. Duodecim: Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.1.2012. www.terveysportti.fi

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisiin perustuvat saattohoitosuosituksset. 3.6.2010. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Puolakka, J., Aukee, M., Eskola, K., Hannonen, P., Jokiranta, P., Karjalainen, K., Keikkala, S., Korhonen, H., Miettinen, M., Nyman, K., Repo, P. & Vanhala, M. 2008. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Lokakuu 2008.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Viitattu 6.4.2012. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. 2004. ETENE –julkaisuja 8. Vantaa: Kirjapaino Keili.

Saattohoitokodit. n.d. Syöpäjärjestöt. Viitattu 22.9.11.
<http://www.cancer.fi/syopajarjestot/toiminta/saattohoitokodit/>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2. uud. p. Porvoo: WSOY.

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. 2., uud. p. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2010. 28.09.2010. Viitattu: 9.12.2011. www.etene.fi/fi

Vuorinen, E., Dufva, S., Helle, L., Kajander, A., Karonen, E., Kero, S., Nurmi, M., Olsen, J., Paldanius, T., Palmu, M., Seuna, L., Sorri, E., Tampio, R., Tani, M. & Vaija, S. 2009. Ohjeet saattohoidosta. Hoitoketjut 21.4.2009. Duodecim. www.terveysportti.fi

LIITTEET

LIITE 1. Asiantuntijahaastatteluiden avainkysymykset

- Minkälaisia saattohoitopalveluita tarjoatte yksikössänne?
- Miten saattohoito yksikössänne toteutuu?
- Onko yksikössänne käytössä saattohoitosuunnitelma?
- Missä vaiheessa saattohoitoa aletaan toteuttaa? Saattohoitopäätös?
- Millaista mielestänne on hyvä saattohoito? Määritelkää käsite ”laadukas saattohoito”.
- Millaisia ongelmia/kehitettävää näette saattohoidossa?
- Millaisiin asioihin olisi saattohoidossa mielestänne erityisesti kiinnitettävä huomiota?
- Miten yksikössänne on huolehdittu hoitajien työssä jaksamisesta?

LIITE 2. Kuolevan asiakkaan hyvä hoito -ohjekansio

SISÄLTÖ

SAATTEEKSI.....	52
KÄSITTEET	54
SAATTOHOITO	55
ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS.....	60
HOITOTAHTO	62
OIREENMUKAINEN HOITO.....	64
KIPU	66
HENGENAHDISTUS	74
LIMASUUS JA YSKÄ	76
PAHOINVOINTI JA OKSENTELU.....	77
UMMETUS	79
SUOLITUKOS	82
RIPULI	83
RUOKAHALUTTOMUUS	84
NIELEMISVAIKEUDET	86
KUIVUMINEN.....	87
PAINENHAAVAT	90
HIKOILU	94
KUTINA	94
VÄSYMYS	96
MASENNUS.....	97
AHDISTUNEISUUS.....	99
DELIRIUM.....	101
UNETTOMUUS.....	103
HENGELLISTEN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN	105
HENKINEN TUKE.....	112
OMAISET.....	118

LÄHESTYVÄ KUOLEMA	124
HOITOHENKILÖKUNNAN JAKSAMINEN	126
LÄHTEET.....	131

SAATTEEKSI

Kuolema koskettaa asiakasta fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti ja hengellisesti. Se vaikuttaa asiakkaan sekä hänen läheistensä lisäksi hoitohenkilökuntaan, joka asiakasta hoitaa. Saattohoito on asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa, mikä vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa sekä osaamista. Yksi arvokkaan kuoleman osa-alue on tarjota asiakkaalle mahdollisuus kuolla yksikössä, jossa hän on viimeiset elinvuotensa viettänyt. Elämän loppuvaiheen hoidon laatua on tärkeä kehittää palveluasumisessa, jotta arvokas kuoleminen kodinomaisessa ympäristössä on mahdollista.

Saattohoito on perinteisesti liitetty syöpäsairauksien loppuvaiheen hoitoon. Kuitenkin nykysuositusten mukaisesti saattohoitoa tulee tarjota riippumatta sairauden diagnoosista. Kaikilla tulee olla oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon elämän loppuvaiheessa. Useinkaan ei ole kuitenkaan helppoa tehdä rajaa siihen, milloin saattohoito alkaa. Usein pitkäaikaishoitopaikassa asuva vanhus sairastaa kuolemaan johtavaa sairautta, jonka ennuste on vaikeasti määriteltävissä. Näissä tilanteissa voi olla vaikea määritellä myös oikeaa aikaa saattohoitovaiheen alkamiselle. Usein vanhuksen hoidossa pidättäytyään hoitosuunnitelman mukaisesti asteittain tietyistä hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista, vaikkei päätöstä saattohoidon aloittamisesta olisi tehty.

Tämä ohjekansio on koostettu Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetyönä. Kuolevan asiakkaan hyvä hoito -ohjekansio on tarkoitettu palvelemaan Väinönkadun palvelukeskuksen työyksikköä, työntekijöitä sekä opiskelijoita. Ohjekansion materiaali on rajattu koskemaan saattohoitovaiheessa olevia vanhusasiakkaita tehostetun palveluasumisen yksikössä. Ohjeissa on otettu huomioon palveluasumisen erikoispiirteitä.

Ohjekansiossa esitetyt hoitovaihtoehdot eivät korvaa terveydenhuollon ammattilaisen yksilöllistä arvioita asiakkaalle parhaiten sopivasta hoitomuodosta. Ohjekansiossa tarjotaan erilaisia hoitovaihtoehtoja oireiden lievitykseen. Niiden toteuttaminen vaatii kokonaisvaltaista asiakkaan tilanteen tuntemista ja arviota hoitojen sopivuudesta asiakkaalle.

Ohjekansion materiaali löytyy ohjekansiosta löytyvältä muistitikulta, joten materiaalia on tarvittaessa mahdollista päivittää. Käytetyt lähteet löytyvät ohjekansion viimeisiltä sivuilta lähdeluettelosta.

Huhtikuu 2012

Milla Arilehto

Juha Marttinen

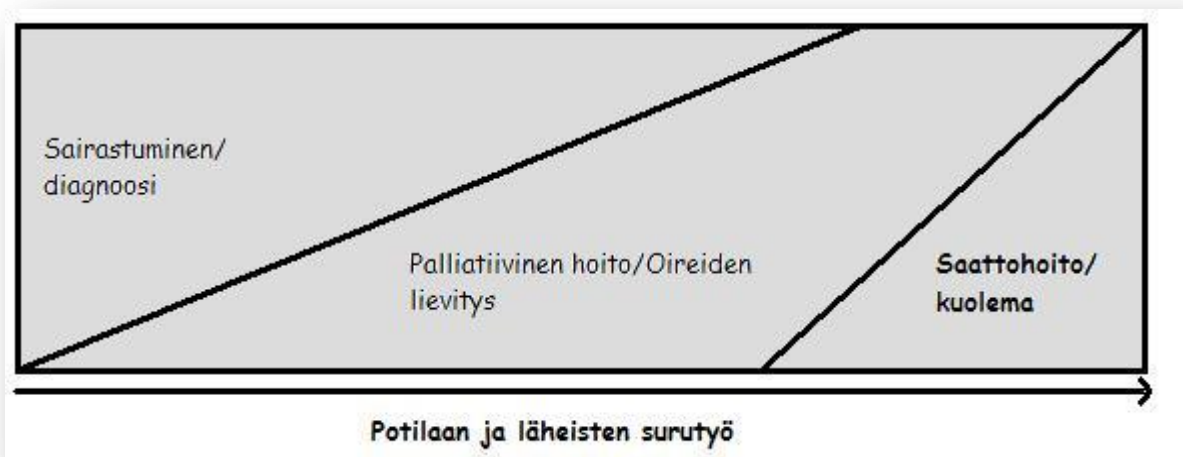
Liisa Pitkäranta

KÄSITTEET

Kuratiivisella hoidolla tarkoitetaan parantavaa hoitoa. Kuratiivisesta hoidosta puhutaan, kun hoidon tavoitteena on sairauden pysyvä parantaminen. Esimerkkejä kuratiivisesta hoidosta voivat olla mm. infektioiden antibioottihoidot tai paikallisten syöpien kirurginen hoito.

Palliatiivinen hoito tulkitaan Suomessa kaikeksi etenevien pahanlaatuisten sairauksien oireenmukaiseksi hoidoksi. Siihen siirrytään, kun etenevää sairautta ei voi parantaa tai parantavista hoidoista ei ole enää hyötyä. Palliatiivinen hoito eroaa saattohoidosta sen ajallisesta suhteesta kuolemaan. Palliatiivinen hoito sijoittuu ajallisesti asiakkaan hoidossa aktiivisen sairauden hoidon ja saattohoidon väliin. Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuolemaa, jolloin elinaikaa odotetaan olevan vain kuukausia tai viikkoja. Suomessa ei ole määritelty tiettyä elinajanennustetta, jolloin palliatiivinen hoito alkaa, se voi riippuen sairaudesta kestää jopa vuosia.

Terminaalihoido ja terminaalipotilas termit ovat perua Lääkintähallituksen 1982 tekemästä terminaalihoido-ohjeesta. Aikoinaan se tarkoitti samaa kuin saattohoito nykyään. Nykyään terminaalihoidosta puhutaan hyvin lyhyen eliniänennusteen asiakkaan kohdalla. Eli ennuste on lyhyempi kuin saattohoidossa olevalla, vain tunteja tai päiviä.



SAATTOHOITO

Saattohoito on kokonaisvaltaista hoitoa vaiheessa, jossa asiakkaan ennustetta ei voida enää käytettävillä hoitomenetelmillä parantaa. Saattohoito on hoitoa kuoleman lähestyessä, kuolinhetkellä sekä kuoleman jälkeen. Tärkeää on ymmärtää, että siirtyminen parantavasta hoidosta oireenmukaiseen hoitoon, ei huononna hoidon laatua, vaan tavoitteena on pitää asiakkaan olo mahdollisimman miellyttävänä ja kivuttomana.

Saattohoitoon kuuluu kokonaisvaltainen huolehtiminen asiakkaasta; sairauden oireiden mukainen perushoito, ihmisarvon kunnioittaminen, miellyttävä ympäristö, hengellisen hyvinvoinnin huomiointi, asiakkaan ja läheisten tukeminen sekä arvokas ja inhimillinen kohtelu.

Asiakkaan hoitaminen saattohoidossa on läsnä olevaa ja kuuntelevaa, kun turhat tutkimukset ja hoitotoimet karsiutuvat pois. Liian aktiivinen hoito, turhat tutkimukset ja toimenpiteet voivat vain lisätä asiakkaan kärsimyksiä tai pitkittää niitä.

Asiakkaan elinajanennuste voi saattohoidossa vaihdella. Saattohoidon aloitusta ei useinkaan voi määritellä asiakkaan oireiden tai yleistilan perusteella. Vaikka asiakas olisi fyysisesti vähäoireinen, voi hän hyötyä saattohoidon tarjoamasta turvasta.

SAATTOHOIDON PERIAATTEET

- Yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus
- Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja vahvistaminen
- Taataan asiakkaan mukavuus ja oireettomuus
- Hoitosuhde, joka on jatkuva ja turvallinen
- Aktiivisuuden ja omatoimisuuden maksimointi
- Psykologinen ja hengellinen tuki

SAATTOHOITOPÄÄTÖS

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jolla linjataan asiakkaan hoitoa. Kaikkia hoitoja ei suinkaan lopeteta, vaan siirrytään käyttämään sellaisia lääketieteellisiä keinoja, joilla asiakkaan jäljellä olevan elinajan mukavuus voitaisiin parhaalla mahdollisella keinolla taata. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua hoitolinjan valintaan ja myös omaiset on hyvä ottaa mukaan tähän päätöksentekoon. Jotta asiakas ja omaiset kykenevät ottamaan osaa hoitopäätösten tekoon, he tarvitsevat totuudenmukaista ja ymmärrettävää tietoa asiakkaan tilanteesta. Asiakkaan hoidon tavoitteet asetetaan saattohoidossa yksilöllisesti ja ne kirjataan tarkasti asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Saattohoitopäätöksen teko edellyttää suunnitelman lisäksi sen, että tehdyn suunnitelman mukainen hoito on asiakkaan hoitopaikassa mahdollista toteuttaa. Saattohoitopäätöksen teko voi olla vaikeaa. Usein päätös saattohoitoon siirtymisestä tehdään asiakkaan kannalta liian myöhään, jolloin hoidoilla ja hoitotoimenpiteillä aiheutetaan asiakkaalle turhaa kipua ja kärsimystä. Kun päätös saattohoitoon siirtymisestä on tehty ajoissa, voi asiakas ja omaiset alkaa valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Ajoissa tehdyllä saattohoitopäätöksellä voidaan saavuttaa myös tilanne, jossa asiakasta ei siirretä äkillisesti toiseen hoitopaikkaan akuuttihoitoon, vaan asiakas saa viettää loppuaikansa tutussa ympäristössä. Asiakkaalle tulee turvata mahdollisuus valmistautua ja kuolla paikassa, jonka hän kokee olonsa turvalliseksi.

HOITONEUVOTTELU

Hyvään saattohoitoon kuuluu olennaisena osana myös käytävä hoitoneuvottelu, johon osallistuvat mahdollisuuksien mukaan asiakas, hoitohenkilökuntaa, hoitava lääkäri sekä omainen, mikäli asiakas tähän suostuu. Tapauksissa, joissa esimerkiksi muistisairauden vuoksi asiakas kykene osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, tulee hänen omaistaan tai laillista edustajaansa kuulla.

Hoitoneuvottelussa asiakkaan ja tämän omaisen kanssa sovitaan saattohoitoon siirtymisestä, sekä sen merkityksestä. Hoitoneuvottelussa käydään läpi asiakkaan tilanne, tarjolla olevat hoitovaihtoehdot sekä neuvotellaan valittavista hoitolinjoista ja -ratkaisuista. Tärkeää on keskustella asiakkaan tahdosta sekä asettaa tavoitteet asiakkaan toiveiden mukaisesti. Hoitoneuvottelussa asiakas voi myös esittää toiveensa koskien hoitoaan sekä hoitopaikkaa. Lisäksi asiakkaan kanssa on hyvä keskustella kuolemaan liittyvistä ajatuksista ja peloista.

Hoitoneuvottelussa päätetyt asiat ja hoidon tavoitteet kirjataan asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Tehdyt päätökset perusteluineen, asiakkaan ja omaisten kannat sekä hoitoneuvotteluun osallistujat tulee kirjata selkeästi. Kaikilla, jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon, tulee olla ajankohtaista tietoa tehdyistä hoitopäätöksistä. Päätösten huolellisella kirjaamisella pyritään myös varmistamaan hoidon jatkuvuus.


HOITOLINJAUKSET

Usein saattohoitopäätöstä edeltää useita eriasteisia päätöksiä, joilla pyritään pidättäytymään sellaisista toimenpiteistä ja tutkimuksista, joilla ei asiakkaan elämänlaatua pystyittäisi enää parantamaan. Elämänlaatu on jokaisen subjektiivinen käsitys, joten vain asiakas voi tietää millainen elämänlaatu tekee hänen elämästään elämisen arvoista. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää kuunnella asiakasta tai tämän laillista edustajaa hoitolinjauksia tehtäessä.

Potilasasiakirjoissa käytettävät termit hoidon linjauksista voivat vaihdella hyvinkin paljon. Ongelmana on päätösten kirjavuus, jolloin niiden sisällöllinen merkitys ei ole kaikille sama. Esimerkiksi merkintä ”DNR (do not resuscitate)” voi tarkoittaa kaikesta aktiivisesta hoidosta pidättäytymistä, kun taas joissain yhteyksissä se nähdään ainoastaan päätöksenä pidättäytyä painantaelvytyksestä ja hengityskoneeseen kytkemisestä.

Hoitolinjauksia tehtäessä on muistettava yksilöllisyys, koska sama merkintä ei välttämättä tarkoita jokaisen asiakkaan kohdalla samaa. Kaikkien asiakkaalle tehtyjen hoitopäätösten sisältö tulee merkitä potilasasiakirjoihin riittävän tarkasti ja asianmukaisesti; minkälaisesta aktiivihoidosta tai elvytystoimesta päätöksen teon myötä luovutaan? Päätökset ja niiden sisältö tulee tehdä tiettäväksi asiakasta hoitavalle henkilökunnalle. Päätökset ja niiden sisältö tulee tehdä selväksi myös asiakkaalle ja tämän omaiselle.

Esimerkkejä erilaisista hoitolinjauksista:

PÄÄTÖS	SELITE
<ul style="list-style-type: none"> • Ei elvytetä –päätös • ER –päätös (Ei reskitoida) • DNR –päätös (Do not resuscitate) • DNAR -päätös (Do not attempt resuscitation) = elvytystä ei aloiteta 	<p>VALVIRA (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto): ”Päätös elvyttämättä jättämisestä (do not resuscitate, DNR –päätös) tarkoittaa, että vaikeasti sairasta potilasta ei elvytetä mahdollisen sydän- tai hengityspysähdyksen sattuessa.”</p> <p>”Silti potilas saa muun tarvitsemansa hoidon, esimerkiksi suonensisäisen nestehoidon, antibiootihoidon tai oireitaan helpottavan hoidon ja häntä hoidetaan hänen tilansa edellyttämässä sairaalassa, esimerkiksi keskussairaalassa”.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • SLK (sallitaan luonnollinen kuolema) – päätös <p>ETENE (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008) tarkoittaa sallitaan luonnollinen kuolema ilmaisulla sitä, että muistisairaana tai monisairaana vanhuksen hoidon loppuvaiheessa erik-</p>

seen sovitaan hoitolinjauksesta. Esimerkiksi hoitolinjaus perustuu potilaan kirjalliseen tai suulliseen hoitotahtoon tai hänen ajatuksiinsa parhaasta hoitolinjasta. Ellei tätä ole asiasta keskustellaan potilaan omaisten ja läheisten tai edunvalvojan kanssa. Hoitolinjausta päätettäessä selvitetään hoitotoimien riskit ja hyödyt potilaalle. Päätöstä tehtäessä esille tulevia ratkaistavia asioita ovat mm. antibioottihoito, nesteytys, ravinnonsaanti, erikois- tai tehohoitoon lähettäminen, potilaan tukeminen ja kivun hoito. Neuvottelun tulokset kirjataan potilaan hoitokertomukseen. Tarvittaessa hoitolinjausta tarkistetaan uudelleen.”

- **Elämää ylläpitävistä hoidoista luopuminen**

Linjaus tarkoittaa nimensä mukaisesti, että luovutaan kaikista elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimista. Tällaisia hoitotoimenpiteitä ovat mm. antibioottihoidot, suonensisäisesti annettava ravinto ja neste, hengityslaite- ja dialyysihoito sekä sydämen tahdistaminen. Kun näitä hoitotoimia ei enää asiakkaalle tehdä, ei enää ole tarpeellista pitää asiakasta monitoriseurannassa tai ottaa verikokeita. Kun tehdään päätös, että luovutaan elämää ylläpitävistä hoidoista, on tarpeen yksilöllisen tilanteen mukaan käydä läpi, mistä kaikista hoidoista luovutaan ja mitä mahdollisesti annetaan tarpeen vaatiessa. (Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa 2008)

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

6 § Potilaan itsemääräämisoikeus

”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.”

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 6§ 785/1992)

Itsemääräämisoikeus on asiakkaan perusoikeus, jota tulisi kunnioittaa niin pitkälle kun se on mahdollista. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta suostua hoitoon tai kieltäytyä siitä. Itsemääräämisoikeus säilyy asiakkaalla hänen kuolemaansa saakka. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä kaikesta hänelle tarjotuista hoidoista, myös silloin, kun kyseessä olisi välttämätön hoito hänen henkensä ylläpitämiseksi. Asiakkaan tahdosta on mahdollisuus poiketa ainoastaan silloin, kun voidaan perustellusti epäillä, että asiakkaan tahto on muuttunut. Asiakkaan tulee hoidosta kieltäytyessään ymmärtää päätöksensä merkitys ja sen seuraukset. Asiakkaan kieltäytyessä hänelle tarjotusta hoidosta, tulee häntä hoitaa jollain muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä vaihtoehdolla. Itsemääräämisoikeudella ei tarkoiteta, asiakkaan oikeutta itse yksin määritellä hoitonsa tai vaatia sellaista hoitoa, johon ei ole lääketieteellisiä perusteita. Tilanteessa, jossa asiakas ei itse pysty ilmaisemaan mielipidettään, tulee asiakkaan omaista, laillista edustajaa tai muuta läheistä kuulla.

OIKEUS TIEDONSAANTIIN

5§ 1 ja 2 mom. Potilaan tiedonsaantioikeus

”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamistaan. Selvitystä ei kuitenkaan anneta vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveyden-

huollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.”

Asiakkaan tiedottaminen on keskeisessä osassa hoitoa. Tiedonannolla edistetään asiakkaan sitoutumista omaan hoitoonsa, sekä mahdollistetaan asiakkaalle ja tämän omaisille valmistautuminen lähestyvään kuolemaan. Hoitohenkilökunnan tulee pyrkiä keskustelemaan kuolemasta asiakkaan ja tämän omaisen kanssa avoimesti. Ennen asiakkaan tiedottamista, tulee kuitenkin selvittää kuinka paljon tietoa hän on valmis vastaanottamaan. Jos asiakas ei halua vastaanottaa tietoa, hänelle kerrotaan vain se, mikä on välttämätöntä. Jokaisella tulee olla oikeus omaan kuolemaan valmistautumiseen, mikäli se on etukäteen mahdollista. Kuolemaan valmistautumisessa asiakas muodostaa omasta elämästään ehyen kokonaisuuden ja jotta tämä valmistautuminen voi alkaa, asiakas tarvitsee tietoa omasta tilanteestaan.

HOITOTAHTO

Hoitotahdon **tarkoituksena on parantaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta** sekä vähentää tarpeettomia hoitotoimenpiteitä ja tehohoitoa elämän loppuvaiheessa. Tahdonilmaisulla asiakas voi ilmaista tahtonsa sellaisen tilanteen varalle, jolloin hän ei itse kykene tajuttomuuden tai muun syyn takia ilmaisemaan omaa tahtoaan hoitonsa suhteen. Hoitotahdon avulla asiakas voi:

- ilmaista kieltäytymisensä johonkin hoitotoimenpiteeseen
- ilmaista erityistoiveita hoitonsa suhteen. Nämä erityistoiveet voivat liittyä myös muuhun kuin sairaanhoidollisiin tai lääketieteellisiin kysymyksiin
- valtuuttaa toisen henkilön, esimerkiksi omaisen tekemään hoitopäätökset hänen puolestaan

Hoitotahdolla tarkoitetaan joko **suullisesti tai kirjallisesti laadittua tahdonilmaisua**, jonka asiakas on itse laatinut. Hoitotahto on virallinen asiakirja. Hoitotahdosta tulee tehdä selkeät merkinnät potilasasiakirjoihin tai liitettävä asiakkaan tekemä hoitotahto -asiakirja hänen omiin potilaspapereihinsa. Asiakirjassa ilmenevät asiat tulee olla kirjoitettuna mahdollisimman selkeästi ja yksiselitteisesti, lisäksi merkinnöistä tulisi löytyä hoitotahdon **määrittämisen päivämäärä sekä määrittäjän allekirjoitus**. Hoitotahto on juridisesti pätevä silloin kun se on päivätty ja siinä on **kahden todistajan allekirjoitukset**.

Mikäli hoitotahto on ilmaistu suullisesti, tulee se kirjata potilastietoihin terveydenhuollon viranomaisen toimesta. Hoitotahto sitoo lääkäriä toimimaan sen mukaisesti. Koska lääkäri ei saa kysenalaistaa hoitotahtoa lääketieteellisin perustein, tulee huolehtia, että tahdon ilmaisija on ymmärtänyt, mitä hoitotahdon noudattamisesta voi seurata. Hoitotahdon noudattamisen seurauksien selventämisestä asiakkaalle tulee tehdä myös merkinnät potilasasiakirjoihin. **Asiakkaalla on oikeus myöhemmin muuttaa tai peruuttaa tekemänsä hoitotahto, jolloin asia on myös kirjattava potilaspapereihin**. Hoitotahdon korjaaminen tulee toteuttaa niin, että sekä alkuperäinen että muutettu merkintä ovat luettavissa myöhemmin. Potilasasiakirjoista tulee löytyä myös merkinnät korjauksen tekijästä, hänen virka-asemastaan, korjauksentekopäivästä sekä korjauksen perusteesta.

Hoitotahto on hyvä aika-ajoin päivittää ja selvittää vastaako hoitotahto asiakkaan tämänhetkisiä toiveita omasta hoidostaan. Hoitotahdon päivittämisellä voidaan myös minimoida mielialan vaikutuksen hoitotahdossa ilmeneviin päätöksiin.

Hoitotahto voidaan luoda valmiilla hoitotahto –lomakkeella tai vapaamuotoisesti, jolloin asiiasältö voi olla esimerkiksi seuraavanlainen:

- Hoitotahdon laatijan nimi ja henkilötunnus
- Tilanteen määrittely, jossa hoitotahtoaan haluaa noudatettavan
- Täsmennykset, rajaukset ja kannanotot (liittyen esimerkiksi hoito- ja tutkimusvaihtoehtoihin tai lääkitykseen)
- Mahdolliset lisätoiveet (esimerkiksi ravinnon ja nesteiden anto)
- Päiväys ja allekirjoitus
- Todistajien allekirjoitukset

Lisätietoja hoitotahdosta ja sen laatimisesta saa Valviran internet –sivuilta:

www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Ohessa esimerkkejä valmiista hoitotahto/-testamentti –lomakkeesta sekä elämänlaatutestamentti. Asiakas voi laatia ns. elämänlaatutestamentin, jos hän haluaa tarkemmin kuvata omat toiveensa koskien hoitoaan.

Hoitotahto –lomakkeita voi tilata osoitteesta: Exitus ry, PL 130, 00141 Helsinki. Tai tulostaa osoitteesta: www.stakes.fi/FI/Palvelut/lomakkeet/htestamentti.htm. Elämänlaatutestamentteja voi tulostaa Suomen muistiasiantuntijoiden dokumenttipankista:

www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page_id=34

OIREENMUKAINEN HOITO

Saattohoidossa olevat asiakkaat kärsivät useasti monista samanaikaisista fyysisistä ja psyykkisistä oireista. Aikaisemmin suurin osa saattohoidon piiriin tulleista sairasti syöpää. Ja syöpää sairastavien oireita on tutkittu eniten, silti monet oireet ovat yleisiä muillakin etenevää sairautta sairastavilla. Näiden oireiden hyvä hoito vaikuttaa oleellisesti asiakkaan elämänlaatuun. **Riittävän tehokas oireenmukainen hoito voidaan katsoa yhdeksi hyvän saattohoidon edellytykseksi.**

Oireiden hoidon kannalta on merkityksellistä kuinka häiritsevä oire asiakkaalle ja tämän omaisille on. Oireiden häiritsevyydellä tarkoitetaan asiakkaan kokemaa fyysistä ja psyykkistä kärsimystä sekä vaivaa ja ahdistavuutta. Saattohoidon ja oireiden hoidon tulee olla yksilöllistä ja tärkeää on tietää kuinka asiakas itse kokee oireet. Joidenkin oireiden hoitoon käytettävät lääkkeet voivat tuoda mukanaan sivuvaikutuksia, jotka asiakas tuntee häiritsevämmiksi kuin alkuperäisen oireen. Asiakkaan oireita kartoitettaessa tulee muistaa, että asiakas on itse omien oireidensa asiantuntija. Asiakkaalta tulee siis kysyä, minkälaisia oireita hänellä on ja kuinka paljon nämä oireet häntä häiritsevät. **Saattohoidossa tulee keskittyä niiden oireiden hoitoon, jotka asiakas kokee eniten häiritseviltä.**

Oireenmukaisen hoidon lisäksi saattohoidossa korostuu asiakkaan hyvä perushoito. Asiakkaan hyvällä perushoidolla tulee pyrkiä ennaltaehkäisemään ja vähentämään fyysisiä ja psyykkisiä oireita, joita usein kuoleman lähestymiseen liittyy. Asiakkaan hyvään perushoitoon kuuluu:

- Hygieniasta huolehtiminen
- Hyvä ihon ja suun hoito
- Asentohoito ja vuodeliikunta
- Ravinnon- ja nesteentarpeesta huolehtiminen
- Eritystoiminnasta huolehtiminen

- **KIPU**
- **HENGITYSTIEOIREET**
 - **HENGENAHDISTUS**
 - **LIMAIUUUS JA YSKÄ**
- **RUUANSULATUSKANAVAN OIREET**
 - **PAHOINVOINTI JA OKSENTELU**
 - **UMMETUS JA SUOLITUKOS**
 - **RIPULI**
 - **RUOKAHALUTTOMUUS JA NIELEMISVAIKEUDET**
- **KUIVUMINEN JA KUIVA SUU**
- **IHO-OIREET**
 - **PAINEHAAVAUMAT**
 - **HIKOILU JA KUTINA**
- **VÄSYMYS**
- **PSYKKISET OIREET**
 - **MASENNUS**
 - **AHDISTUNEISUUS**
 - **DELIRIUM**
 - **UNETTOMUUS**

KIPU

Kipu on kuoleman lähestyessä yleinen oire ja usein kipu myös koetaan yhdeksi vaikeimmista oireista. Iäkkään kipu on usein alihoidettua, eikä kivun tunnistaminen ole aina helppoa.

On tärkeää muistaa, että kivun kokeminen on yksilöllistä; **asiakas on itse oman kipunsa asiantuntija ja hänellä on oikeus päättää millaista kipua hän on valmis sietämään.** Asiakkaalle tulee tarjota tietoa erilaisista kivunlievitysmenetelmistä sekä niiden vaikutuksista. Tehokkaan kivunhoidon varmistamiseksi on tärkeää, että asiakkaan kipua on seurattu ja arvioitu säännöllisesti sekä että nämä tiedot ovat kirjattuna.

MUISTA!

Riittävä kivunlievitys on hyvän saattohoidon kulmakivi.

Asiakas on omien kipujensa ensisijainen asiantuntija.

KIVUN JAOTTELU

Kipua voidaan jaotella eri tavoin; kipu voidaan jakaa mekanismin perusteella esimerkiksi seuraavasti:

- **Neuropaattinen eli hermovauriokipu:** Kipualue on tällöin terve, mutta kipua viestivässä järjestelmässä on vikaa
- **Nosiseptiivinen eli kudოსvauriokipu:** Liittyy kudოსvaurioon, joka voi aiheutua esimerkiksi syöpäkasvaimen painaessa lähielimiä tai tulehduksesta
- **Idiopaattinen eli mekanismiltaan tuntematon kipu:** Tällöin kipualueella ei havaita kudოსvaurioita tai merkkejä hermovauriosta, kipu on kuitenkin todellista ja voi olla voimakkuudeltaan samanlaista kuin näkyvään vaurioon liittyvä kipu
- **Psykogeeninen eli psyykkisin mekanismein selittyvä kipu**

KIVUN ARVIOINTI

Kivun arvioimiseksi käytetään asiakkaan tarkkailua, tutkimuksia ja haastattelua.

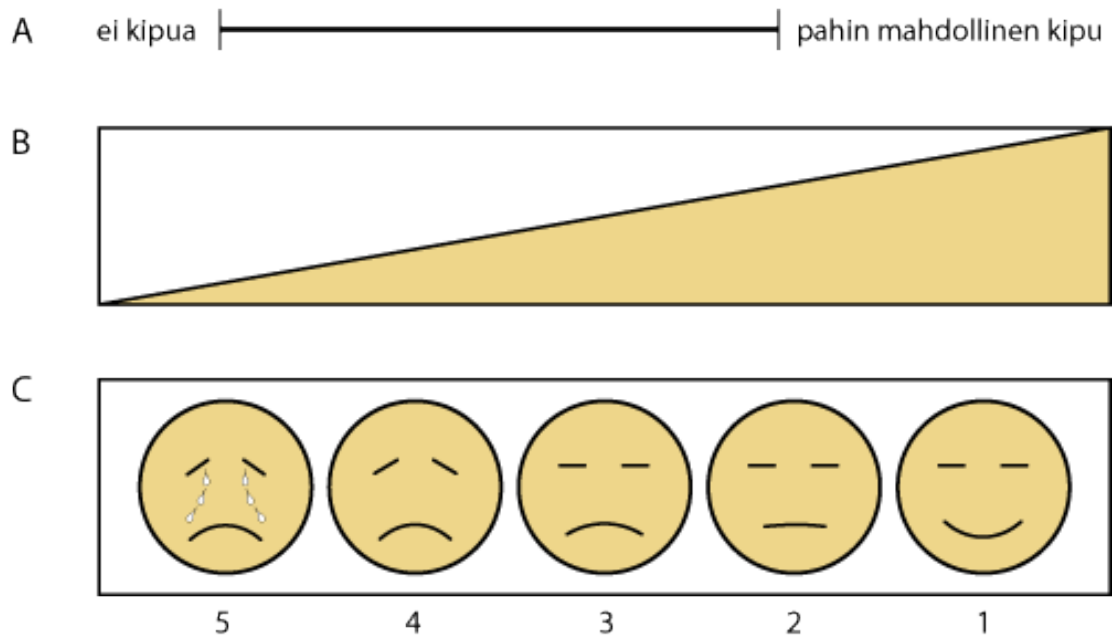
Kivun havainnointikohteita:

- Kasvojen ilmeet, erityisesti otsan rypistäminen
- Liikehdintä, motorinen levottomuus, vaeltelu
- Ääntely, huokailu, valitus, huuto, hampaiden narskut
- Ärtynisyys, agitaatio (ahdistuneisuus johon liittyy voimakas liikkeiden levottomuus), fyysinen tai sanallinen uhkaavuus
- Huonounisuus, nukahtamisvaikeudet, heräily
- Johonkin tiettyyn asentoon hakeutuminen toistuvasti, jonkin asennon välttäminen toistuvasti
- Jonkun kehon osan suojeleminen kosketukselta
- Vähentynyt syöminen ja huono ruokahalu
- Akuutti sekavuus
- Pulssitason tai verenpaineen nousu
- Hikoileminen, hengityksen kiihtyminen
- Lohduttamisen tai huomion kiinnittämisen vaikutus henkilöön

(Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria. Helsinki: Edita.)

Arvioimisen helpottamiseksi on mahdollista käyttää myös apuvälineitä, joiden avulla asiakasta pyydetään itse näyttämään kipunsa voimakkuuden mittarin avulla. Asiakkaan arvioidessa omaa kipuaan jatkuvasti samalla mittarilla, saadaan arvokasta tietoa kivun hoidon vaikuttavuudesta sekä asiakkaan kivun vaihtelusta. Asiakasta pyydetään itse näyttämään asteikolta omaa kipuaan kuvaava arvo. Saatu arvo kirjataan asiakkaan potilaspapereihin. Kirjaamisessa voidaan käyttää myös asiakkaan sanallista kuvausta kivusta.

KIPUMITTAREITA



Esimerkkejä kipumittareista. A: Kipujana, B: Kipukiila, C: Ilmeasteikko. (Kuva: Terveysportti.)

Lisäksi voidaan käyttää numeerista tai sanallista arviointiasteikkoa:

Numeerinen asteikko:

0 -----3-----5-----7-----10

→ 0 tarkoittaa "ei kipua" – 10 "pahinta mahdollista kipua")

Sanallinen asteikko:

Ei kipua – Lievää kipua – Kohtalainen kipu – Kova kipu – Äärimmäinen kipu – Pahin mahdollinen kipu

KIVUN LÄÄKEHOITO

- Kipulääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaisesti. Tämän vuoksi on tärkeää mitata ja kirjata asiakkaan kipua säännöllisesti!
- Kivun ollessa pitkäaikainen myös kipulääkitystä annetaan säännöllisesti
- Kivun lääkehoidossa tulee varautua myös läpilyöntikipuihin. Läpilyöntikipulla tarkoitetaan kivun lyhytaikaista lisääntymistä, vaikka säännöllisellä kipulääkityksellä olisikin saatu kivut jo hetkellisesti rauhoittumaan. Läpilyöntikipuja voi esiintyä useamman kerran päivässä ja tyypillisesti ne kestävät vain 30–60 minuuttia. Läpilyöntikiput eivät liity asiakkaan liikkumiseen tai asennon vaihtamiseen. Läpilyöntikipujen hoidoksi käytetään lyhytvaikutteisia lisäkipulääkkeitä (esimerkiksi Oxynorm® tabletti tai liuos). Mikäli kipuja esiintyy jatkuvasti pitkän päivää, tulisi säännöllisesti otettavan pitkävaikutteisen kipulääkkeen annostusta muuttaa
- Usein kivunhoidossa on käytössä ns. porrastettu kivunhoitomalli. Kipua lähdetään ensin hoitamaan tulehduskipulääkkeillä, suurimman annoksen saavuttamisen jälkeen lääkitykseen lisätään tai siirrytään asteittain ensin heikkoihin ja tämän jälkeen vahvempiin opioideihin. Usein kuitenkin kuolevan hoidossa on aiheellista siirtyä käyttämään suoraan vahvoja opioideja.

PORRASTETTU KIVUNHOITOMALLI

TULEHDUSKIPULÄÄKKEET	HEIKOT OPIOIDIT	KESKIVAHVAT OPIOIDIT	VAHVAT OPIOIDIT
PARACETAMOLI			
-Paracetamoli	-Tramadoli	-Buprenorfiini	-Oksikodoni
-Ibuprofeeni	-Kodeiini		-Morfiini
-Diklofenaakki			-Metadoni
-Naprokseeni			-Fentanyyli
-Nabumetoni			-Hydromorfon

- Ketoprofeeni
- Meloksikaami
- Selokoksibi

TUKILÄÄKKEET

- Depressiolääkkeet
- Neuroleptit
- Bentsodiatsepiinit
- Epilepsialääkkeet
- Lihasjännitystä vähentävät lääkkeet
- Kortikosteroidit
- Puudutteet

Tulehduskipulääkkeet

- * Soveltuvat lieviin ja kohtalaisiin kiputiloihin, lievittävät myös tulehdusreaktiota ja kuumetta
- * Vaikutus alkaa 30-60 min kuluttua, vaikutuksen kesto 6h-1vrk (riippuen lääkeaineesta ja – muodosta).
- * Tulehduskipulääkkeitä tulee käyttää varoen yli 65 –vuotiaille. (annos on hyvä puolittaa)
- * Voidaan annostella laskimoon, lihakseen, suun kautta tai peräsuoleen
- * Haittavaikutukset: veren hyytymisen hidastuminen, verenvuorot, maha-suolikanavat ärsytys, munuaisten verenkierron huononeminen, voivat aiheuttaa astmaatikolle/allergiselle keuhkoputkien supistumista tai ihottumareaktion

Parasetamoli

- * Lievittävät kipua ja alentavat kuumetta, mutta eivät vähennä tulehdusta
- * Sopii kun tulehduskipulääkkeiden käytölle on esteitä
- * Vaikutus alkaa 30-60min kuluttua, vaikutuksen kesto 4-6h.
- * 1g on tehokas kerta-annos suun kautta. HUOM! Yli 4g annos on maksatoksinen

HUOM! Tulehduskipulääkkeillä, paracetamolilla ja heikoilla opioideilla on ns. kattovaikutus, jolloin annoksen nosto ei tuota riittävää kipulääketehoa, ainoastaan lääkkeiden sivuvaikutukset lisääntyvät.

Opioidit

- * Ensisijaisesti annostelu suun kautta, jos lääkkeenotto ei onnistu suun kautta voidaan siirtyä vaihtoehtoiseen annostelureittiin (esim. laastari, injektio)
- * Oikea annostus löytyy yksilöllisesti titraamalla
- * Opioidit ovat oikeinkäytettyinä turvallisia myös vanhuksilla, lääkityksen tarve ja haittavaikutukset voivat olla kuitenkin erilaisia kuin nuoremmilla
- * Opioidien mahdollisia haittavaikutuksia:
 - **Ummetus:** Lähes aina opioideja käytettäessä. Laksatiivi tulisi aloittaa jo opioidilääkitystä aloittaessa. Saattohoitoasiakkaille suositellaan suolta stimuloivaa laksatiivia (esim. senna, bisakodyyli). Lisäksi voidaan käyttää osmoottisia laksatiivejä (laktuloosi).
 - **Pahoinvointi:** Yksi opioidien yleisimmistä haittavaikutuksista. Liittyy useimmiten hoidon aloitukseen ja menee ohi noin kolmessa vuorokaudessa. Pahoinvoinnin jatkua tai ollessa vaikeaa sitä voidaan joutua hoitamaan lääkkeellisesti. Opioidin tai sen annostelureitin vaihto voivat myös auttaa pahoinvointiin.
 - **Uneliaisuus ja väsymys:** Pahimmillaan hoidon alussa. Liittyy usein annoksen nostoon tai lyhytvaikutteisten opioidien käytön lisääntymiseen. Jos asiakas kokee väsymyksen häiritseväksi tai oire ei mene muutamassa päivässä ohitse, voidaan harkita opioidiannoksen tai annostelureitin muuttamista.
 - **Suun kuivuminen:** Hoitona suun kostuttaminen tai kostuttavien geelien käyttö.
 - **Kutina:** Sivuvaikutuksena harvinainen.
 - **Lihaskrämpät:** Liittyvät usein suuriin opioidiannoksiin ja munuaisten tai maksan vajaatoimintaan. Hoitona annoksen muutos tai lisälääkitys.
 - **Sekavuus:** Sivuvaikutuksena useimmiten harvinainen. Usein lievöireinen sekavuus on ohimenevä oire, johon useimmiten auttaa annoksen pienentäminen.

KIVUN MUUT HOITOMUODOT

Muut kivun hoitomuodot ovat ei-lääketieteellisiä hoitoja, joiden tehoa kivunhoidossa ei saa kuitenkaan väheksyä. Esimerkiksi lihasjäykkyydestä ja -kouristuksista johtuvan kivun hoidossa näiden hoitomuotojen teho voi olla jopa parempi kuin voimakkaiden kipulääkkeiden.

Kylmä- ja lämpöhoidot

Kylmä- ja lämpöhoitoja käytetään lähinnä lihas- ja nivelkipujen hoidossa. Parhaan tuloksen saamiseksi kannattaa kylmä- ja lämpöhoitoja vuorotella.

Paikallista kylmähoitoa voidaan käyttää turvotuksen aiheuttamaan pistävään ja kiristävään kipuun. Kylmä supistaa verisuonia ja puuduttaa tuntohermoja, jolloin kipu lievittyy. Kylmästä voi olla apua myös paikallisen kutinan hoidossa. Kylmähoidossa voidaan käyttää mm. kylmägeeliä, kylmäpusseja tai viileitä pyyhkeitä. Viileiden pyyhkeiden käyttö on hellävarainen kivunlievityskeino. Pyyhkeen tulee olla pehmeä ja imukykyinen, jotta viileyys säilyy mahdollisimman pitkään. Pyyhkeen voi viilentää pakastimessa tai kastella kylmällä vedellä.

Paikallinen lämpöhoito parantaa ihon verenkiertoa ja rentouttaa lihaksia. Lämpöhoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi lämpöpakkauksen tai lämmitettävän kauratyynyn avulla.

HUOM! Näiden hoitojen riskit ovat vanhuksilla suuremmat kuin nuoremmilla. Syitä tähän ovat mm. vanhusten lämmönsäätelyjärjestelmän sekä lämpö- ja kipuaistimusten heikentyminen. Liian tehokas kylmä- tai lämpöhoito voi aiheuttaa iholle paleltuma- tai palovamman etenkin vanhuksilla, joiden ääreisverenkierto on heikentynyt ja iho ohentunut.

Hieronta

Hieronta lievittää kipuja useamman eri mekanismin kautta. Hieronta mm.

- ..estää kipuviestin kulkua ärsyttämällä hermosäikeitä.
- ..tehostaa verenkiertoa.
- ..vähentää lihasjännitystä.
- ..stimuloi elimistön endorfiinin eritystä. (endorfiini on hormoni, joka vaikuttaa kipua vähentävästi)

Hieronta voidaan toteuttaa tavalla ja voimakkuudella, jonka asiakas kokee miellyttävänä, esimerkiksi sivelynä, täristelynä, kosketuksena tai taputteluna. Hieronnalla voi olla vaikutusta myös asiakkaan mielialaan, koska se mahdollistaa hyväksyvän kosketuksen tuntemisen ja toisen ihmisen lämmön.

HUOM! Hierontaa ei saa käyttää luunmurtumien tai tuoreiden vammojen kivunhoidossa, eikä tulehtuneilla alueilla.

Asentohoito

Asentohoito voidaan katsoa yhtenä tärkeimpänä kivunlievityskeinona asiakkailla, jotka viettävät pitkiä aikoja vuoteessa. Asennon vaihtaminen muutaman tunnin välein ehkäisee kipua ja kivuliaiden painehaavojen syntyä. Asentohoito edistää myös elimistön nestekiertoa ja vähentää kivuliaiden turvotusten esiintymistä. Toisaalta asiakas voi kokea jatkuvat asennonvaihdot kivuliaiksi ja raskaiksi.

KÄRSIMYS

On muistettava, että kipu ei aina lieydy ainoastaan lääkkeillä. Kivun hoidossa on tärkeää huolehtia myös asiakkaan sosiaalisista, hengellisistä ja henkisistä tarpeista; alakuloisuus ja masentuneisuus alentavat kipukynnystä.

Fyysinen kärsimys yhdistetään usein kipuun, jolloin sen hoitoon on olemassa monia keinoja. Psykkinen ja henkinen kärsimys on vaikeammin kohdattavaa ja hoidettavaa. Se syntyy läheisistä luopumisen surusta ja tarkoituksettomuuden ja turhautuneisuuden tunteista. Kuolevan kärsimys on aina henkilökohtaista ja nivoutuu koettuun sairauteen ja sen hoitoon. Saattohoidettava voi kärsiä läheisten puolesta ja siitä kuinka he selviytyvät myöhemmin. Tärkeä keino lievittää kärsimystä on siitä puhuminen, tämä edellyttää luottamuksellista suhdetta hoitajan ja saattohoidettavan välillä. Kärsimyksen kokemiseen ja kuoleman kohtaamiseen vaikuttaa olennaisesti kuolevan elämäkatsomus sekä kulttuuri.

HENGENAHDISTUS

Hengenahdistus on kuolevilla asiakkailla yleinen hengitystieoire, joka ei kosketa ainoastaan hengitystiesyövästä kärsiviä. **Hengenahdistus on subjektiivinen oire hengityksen vaikeutumisesta.** Asiakkaalla voi olla hengitysvaikeuksia, vaikkei hoitaja huomaisikaan niistä fyysisiä merkkejä. Hengenahdistus voi tuntua asiakkaasta hyvinkin pelottavalta; vaikeutunut hengitys voi kertoa taudin etenemisestä ja jäljellä olevan elinajan lyhentymisestä.

Asiakkaan hengitystä voivat vaikeuttaa itse sairauden lisäksi myös:

- Nestekertymät
- Rintakehän kipu
- Anemia
- Ahdistuneisuus tai pelko
- Kakeksia eli vaikea aliravitsemustila
- Tai monet aineenvaihdunnalliset tekijät

Hengitysnopeutta lisää entisestään asiakkaan ahdistuneisuus ja pelot sekä mahdolliset aiemmat kokemukset hengenahdistuksesta. Hengenahdistuksesta syntyvä hapenpuute elimistössä ja psyykinen ahdistus kasvattavat hengitystiheyttä, mikä väsyttää asiakkaan ja lisää ahdistuksen tunnetta. On tärkeää tehdä kaikki mahdollinen paniikin ja pelon helpottamiseksi. Pelko tukehtumiskuolemasta voi asiakkaasta alkaa tuntumaan todelliselta.

HENGENAHDISTUKSEN HOITO

- ❖ Hengenahdistuksen hoito on useimmiten oireenmukaista; esimerkiksi keuhkokuume → antibiootti
- ❖ Avusta asiakas hengitystä helpottavaan asentoon. Hengitysasento tulee olla sellainen, jossa rintakehä säilyy mahdollisimman laajana ja liikkuvana. Valittavaan asentoon voi vaikuttaa myös hengenahdistuksen syy:

- **Ahtauttava keuhkosairaus:** Tyynyillä tuettu etunoja-asento tai puoli-istuva asento
 - **Sydämen vajaatoiminta tai keuhkopöhö:** Puoli-istuva asento niin, että alaraajat ovat muuta vartaloa alempana.
 - **Nestettä keuhkopussissa:** Kohokylkiasento sairaalle puolelle, jolloin neste painaa keuhkoa vähemmän kasaan.
- ❖ Varaa hoitotoimiin riittävästi aikaa, jotta asiakas voi hengähtää välillä. Liikkumista vaativia toimia voidaan joutua myös vähentämään.
 - ❖ Opeta asiakkaalle oikeanlainen hengitystekniikka, johon tarvittava lihastyö ei kuluta tarpeettomasti asiakkaan energiaa ja happea.
 - ❖ Huolehdi huoneilman raikkaudesta, viileää ilmavirta voi toimia oireiden helpottamisessa yhtä hyvin kuin hapen anto.

Hapen merkitys kuolevan hengenahdistuksen hoidoksi on epäselvä. Happihoidon käyttö tulee suunnitella asiakkaan kanssa yhdessä. Päämääränä tulee olla asiakkaan hyvinvoinnin lisääminen ja hoidon tuloksellisuus voidaan arvioida asiakkaan kokemalla oirehelpotuksella. Happisaturaatioarvojen parantuminen ei välttämättä kerro hoidon tuloksellisuudesta saattohoidettavilla. Saattohoidossa oleville hapen anto suositellaan happiviiksien avulla, maskin sijasta. Happimaskin käyttö voi aiheuttaa suun kuivumista sekä vaikeuttaa syömistä ja puhumista. Keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä voidaan saada happea suurempi apu hengenahdistuksen hoitoon, koska ne lamaavat hengityskeskusta, joka tällöin sietää matalampaa happimäärää eikä tihennä asiakkaan hengitystä.

LIMAISUUS JA YSKÄ

Elämän loppuvaiheessa usein limaneritys lisääntyy ja sen kuljetus hidastuu. Asiakkaan voi olla myös vaikeutta niellä erityyvää sylkeä. Nämä johtavat liman kertymiseen hengitysteihin, yskään sekä äänekkääseen korisevaan hengitykseen. Limanerityksen lisääntymisen lisäksi yskää voivat aiheuttaa myös hengityselimistön sairaudet ja infektiot, jotka voivat vaatia hoitoa. Yskä voi olla myös ensioireena pleuranesteen kertymisestä asiakkaan elimistöön tai pallean, sydän- ja/tai keuhkopussin ärsytyksestä.

HOITO

Yskän hoidon tavoitteena on yskänärsytystä aiheuttavien tekijöiden poistaminen. Myös mahdollisimman oireettoman asennon löytäminen on tärkeää.

- Asiakkaan lääkityksen tarkistaminen; esimerkiksi ACE –estäjät voivat aiheuttaa yskää, inhaloitavana käytetyt lääkkeet voivat ärsyttää
- Kylkiasento auttaa pitämään hengitystiet auki. Asiakas voidaan avustaa yskimistä helpottavaan asentoon, selällään maaten yskiminen on mahdotonta.
- Opiaatit (kodeiini ja morfiini) lamaavat yskänärsytystä
- Antibiootit vähentävät infektiota ja limantuloa. Antibioottien käyttö voi olla aiheellista yskän hillitsemiseksi myös saattohoitovaiheessa.
- Antikolinergiset lääkeaineet (esim. skopolamiini) voivat vähentää hengitysteiden limaneritystä
- Inhaloitava keittosuolaliuos voi helpottaa liman irtoamista. Myös ilman kostutus ja höyryhengitys voivat helpottaa etenkin kuivaa yskää.
- Limaa irrottavista yskänlääkkeistä ei ole hyötyä saattohoitoasiakkaille. Kodeiinia sisältävien lääkkeiden on havaittu vähentävän yskänärsytystä.
- Liman imeminen hengitysteistä ei ole suositeltavaa tajuissaan olevalta asiakkaalta. Liman imeminen voi olla asiakkaalle kivuliaampaa ja epämiellyttävämpää kuin itse limaisuus.

PAHOINVOINTI JA OKSENTELU

Pahoinvointi ja oksentelu voivat saattohoidossa olevalla olla ohimenevä tai jatkuva oire. Usein jatkuva pahanolontunne ja kuvotus koetaan raskaammaksi, kuin satunnainen oksentaminen. Pahoinvointi ja oksentelu heikentävät asiakkaan ruokahalua ja yleiskuntoa. Pahoinvoinnin asteen ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin voidaan käyttää samaa VAS –asteikkoa, jota myös kivun arvioinnissa käytetään.

PAHOIVOINNIN HOITO

Pahoinvointia hoidetaan syynmukaisesti ja/tai pahoinvointilääkkeillä.

Syy	Hoito
Infektio	Antibiootit
Kohonnut kallonsisäinen paine	Kortikosteroidi, syklitsiini
Mahaärsytys tai –haavauma	Omepratsoli, tulehduskipulääkkeen käytön lopetus
Ummetus	Laksatiivi, suolen tyhjennys
Hyperkalsemia	Bifosfonaatit, nesteytys
Lääkitys	Lääkityksen lopetus tai vaihto tai annoksen pienentäminen (huom! opioidipahoinvointi lievittyy usein 3-4 päivän kuluttua lääkityksen aloittamisesta)
Solunsalpaaja- tai sädehoito	Pahoinvointilääkitys
Runsas askites	Askiteksen poisto
Ahdistuneisuus	Informointi, rauhoittaminen
Yskä ja limaisuus	Yskänärsytyksen lievittäminen lääkityksin
Vaikea kipu	Kivun lievitys

KUVIO: Kuolevan potilaan oireiden hoito –käypä hoito –suositus.

Pahoinvointilääkkeenä voidaan käyttää mm.

- Metoklopramidia (Primperan®); vaikuttaa ruuansulatuskanavaan sekä pahoinvointikeskukseen. Voidaan annostella suun kautta, ihonalaiskerrokseen tai peräsuoleen.
- Haloperidolia, joka vaikuttaa pahoinvointikeskusta hillitsevästi
- Muita lääkkeitä käytetään silloin, jos pahoinvointi aiheutuu ahdistuneisuudesta tai jos pahoinvointi liittyy tiettyyn asentoon tai liikkeeseen.

Asiakkaan kärsiessä pahoinvoinnissa tulee ruokailuun kiinnittää erityistä huomiota:

- Ruokailuun liittyvät äänet ja hajut voivat aiheuttaa pahoinvointia.
 - Huolehditaan huoneilman raikkaudesta sekä rauhoitetaan ruokailutilanne ylimääräiseltä toiminnalta.
- Liian suuret ruoka-annokset voivat tuntua ylivoimaisilta pahoinvoinnin vuoksi
 - Tarjotaan pieniä ruoka-annoksia useammin
 - Ruokailutilanteeseen varataan riittävästi aikaa
 - Jos asiakas ei kykene syömään, huolehditaan riittävästä nesteensaannista
- Makuaistin muutosten vuoksi aiemmat mieliruuat voivat tuntua vastenmielisiltä
 - Asiakkaalle tulee tarjota erilaisia vaihtoehtoja
 - Kylmät ruuat ja juomat voivat maistua paremmin niiden miedomman hajun vuoksi

Ruokailun jälkeen asiakkaan olisi hyvä levätä hetki puoli-istuvassa asennossa.

UMMETUS

Ummetus on saattohoidossa olevilla yleinen ja joskus myös hyvin vaikea ongelma. Ummetuksella tarkoitetaan ruoansulatuskanavan vetämättömyyttä eli erilaisia ongelmia ruoan ja ulosteen kuljetamisessa koko ruoansulatuskanavan matkalla. Ummetus aiheuttaa kipua, pahoinvointia, ruokahallittomuutta, närästystä ja pitkittyessään se voi johtaa asiakkaan laihtumiseen. Ummetus voi olla syynä asiakkaan yleiseen epämukavuuden tunteeseen ja jopa sekavuuteen.

Ummetuksen syyt saattohoidossa olevilla:

- ❖ **Liikkumattomuus, kuivuminen ja ravitsemus** → Saattohoidettavien vähäinen syöminen ja juominen kuivattavat ja vähentävät suolensisältöä, joka yhdessä liikkumattomuuden kanssa johtaa usein ummetukseen. Myös wc:hen pääsyn viivästyminen aiheuttaa ulostamisrefleksin heikkenemisen ja mahdollisen ummetuksen.
- ❖ **Lääkkeet**
 - **Opioidit** → Ummetus on opioidien yleisin haittavaikutus. Tärkeää huolehtia laksatiivien aloitus opioideja käytettäessä.
 - **Myös muut lääkkeet voivat aiheuttaa ummetusta**
- ❖ **Psyykkiset syyt** → Asiakkaat voivat esimerkiksi yrittää hillitä ulostamisrefleksiä, koska pelkäävät ripulia.
- ❖ **Ummetus voi johtua myös aineenvaihdunnallista, neurologisista tai suoliston toimintaan liittyvistä tekijöistä.**

Tärkeää on pyrkiä ennaltaehkäisemään ummetus! Ummetuksesta johtuvat ongelmat aiheuttavat asiakkaalle kärsimystä ja laskevat elämänlaatua, joten ummetuksen syyn selvittäminen ja hoito on tärkeää.

UMMETUKSEN HOITO

Yleisesti ummetuksen hoitona käytetään kuitupitoista ruokavaliota, liikuntaa sekä riittävää nesteiden nauttimista. Yleensä nämä hoitokeinot eivät ole enää mahdollisia saattohoidossa olevilla. Tällöin ummetuksen hoitona on keskeisenä osana suun kautta annetut laksatiivit eli ulostuslääkkeet. Laksatiivit jaetaan:

1. Suolen sisältöä lisääviin laksatiiveihin

Suolensisältöä lisäävät laksatiivit eli bulkkilaksatiivit toimivat samalla tavalla kuin ravinnon kuidut. Lisäämällä ulosteen kuitupitoisuutta ja sitomalla vettä, jolloin ulosteen määrä lisääntyy. Bulkkilaksatiivien käyttöä **EI** suositella saattohoidossa olevien ummetuksen hoidossa, koska usein heillä on suolenvetovaikeuksia, jolloin suolen sisällön kulku on hidastunut. Bulkkilaksatiivien kanssa tulee myös nauttia runsaasti nesteitä, mikä ei usein ole saattohoidossa olevilla mahdollista. Bulkkilaksatiiveihin yhdistetty riittämätön nesteensaanti voi jopa pahentaa ummetusta tai aiheuttaa suolitukoksen.

Suolen sisältöä lisääviin laksatiiveihin kuuluvat: selluloosa, synteettiset polysakkaridit ja luonnonkuidut.

2. Suolta stimuloiviin laksatiiveihin

Suolta stimuloivat laksatiivit stimuloivat paksusuolta, jolloin ne lisäävät suolen liikkuvuutta ja ulostemassan eteneminen suolessa nopeutuu. Yleensä suolta stimuloivia laksatiiveja suositellaan ainoastaan lyhytaikaiseen käyttöön, mutta saattohoitoasiakkailla niitä voidaan käyttää myös pitkäaikaisessa hoidossa. Sivuvaikutuksena voi esiintyä koliikkimaista vatsakipua.

Suolta stimuloiva laksatiivi kannattaa valita, jos asiakkaalla on peräsuolessa pehmeää ulostetta. Suolta stimuloivia laksatiiveja ovat mm. senna ja natriumpikosulfaatti. Peräruiskeina käytettäviä ovat bisakodyyli, natriumsitraatti ja natriumdokusaattia ja sorbitolia sisältävät valmisteet.

3. Osmoottisiin laksatiiveihin

Osmoottiset laksatiivit lisäävät veden määrää ulosteessa, sekä osin myös stimuloivat suolta. Sivuvaikutuksina voi esiintyä ilmavaivoja, vatsan turvotusta ja pahoinvointia. Yleensä osmoottiset laksatiivit ovat kuitenkin hyvin siedettyjä ja pitkäaikaiskäytössäkin turvallisia.

Osmoottinen laksatiivi kannattaa valita, jos asiakkaan peräsuoli on tyhjä ulosteesta. Osmoottisiin laksatiiveihin kuuluvat mm. makrogoli, laktuloosi, laktiloli ja polyetyleeniglykoli.

Saattohoitoasiakkaille suositeltavia laksatiiveja

- ❖ Makrogoli (esim. Movicol/Pegorion) 1-3 pussia/vrk
- ❖ Laktuloosi (esim. Levolac) 10-40ml annosteltuna iltaisin
- ❖ Senna 25-50mg annosteltuna iltaisin
- ❖ Natriumpikosulfaatti (esim. Laxoberon) 6-40 tippaa annosteltuna iltaisin

Lähde: Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito.

- Hankala ummetus tulee toimittaa peräruiskein ennen säännöllisen laksatiivin aloittamista. Jos asiakkaalla on kovaa ulostemassaa, voivat suolta stimuloivien laksatiivien aloittaminen suoraan aiheuttaa asiakkaalle kovaa kipua. Peräruiskeiden käyttöä ensisijaisen laksatiivina ei kuitenkaan suositella!
- Usein joudutaan käyttämään useampaa laksatiivia tyydyttävän lopputuloksen saamiseksi.

SUOLITUKOS

Ummetuksen johdosta asiakkaalle voi kehittyä myös suolitukos. Suolitukos voi syntyä mihin osaan maha-suolikanavaa tahansa. Se voi olla osittainen tai täydellinen, jolloin se tukkii koko suolen eikä ohivirtausta ole. Osittaisen tukoksen yhteydessä ohivuotoripuli on yleistä, täydellisessä tukoksessa ulosteen tulo loppuu kokonaan. Yleisin syy saattohoidossa olevien suolitukokseen on mekaaninen tukos; ummetus edesauttaa tukoksen syntyä ja vaikeuttaa tilannetta.

Suolitukoksen yleisimpiä oireita ovat runsas oksentelu sekä koliikkimaiset vatsakivut. Yleensä suolitukoksen hoito on kirurginen, mutta saattohoidossa tämä tulee harvoin kysymykseen. Usein päädytään oireita helpottavaan hoitoon, jolla pyritään myös tukoksen koon hillitsemiseen. Lääkehoitona käytetään lääkkeitä, jotka helpottavat kipua, auttavat pahoinvointiin sekä hillitsevät maha-suolikanavan eritystoimintaa. Jos oksentelu on runsasta ja jatkuu lääkityksestä huolimatta, voidaan nenä-mahaletkun käyttöä harkita.

HUOM! Suolta stimuloivia laksatiiveja ei tule käyttää epäiltäessä suolitukosta. Suolen sisältöä pehmentäviä laksatiiveja voidaan käyttää, mikäli suolitukoksesta ei ole varmuutta.

RIPULI

Ripulin yleisimmät syyt saattohoidossa olevilla ovat ummetuksen hoitoon käytettävät lääkkeet. Muita aiheuttajia voivat olla esimerkiksi infektiot ja antibiootit. Ripulia voi aiheuttaa myös ummetus, jolloin kovan suolessa olevan ulostemassan ohi tulee ohivuotoripulia. Saattohoidossa oleville ei ripulin yhteydessä ole yleensä tarpeen tehdä tarkempia ulostetutkimuksia, ne eivät useinkaan auta hoitolinjan valinnassa.

Ripulin hoito on oireenmukaista. Pyrkimyksenä on asiakkaan elämän helpottaminen.

- Riittävä nesteytyminen pyritään turvaamaan suun kautta. Voidaan käyttää esimerkiksi ripulijuomavalmistetta (Osmosal[®]), joka estää veden ja suolojen menetystä elimistöstä.
- Lääkkeistä ripulin hoitoon voidaan käyttää opioideja, jotka vähentävät suolen supistuskättä ja eritystä. Opiodeista loperamidi (esim. Imodium[®]) ja oktreotidi ovat useimmiten käytettyjä lääkkeitä ripulin hoidossa.
- Suolen rauhoittamiseksi voi olla aiheellista pitää paastoa, etenkin rasvoista ja proteiineista. Nesteiden ja hiilihydraattipitoisten ruokien nauttimista voi yleensä jatkaa. Kuituvalmisteiden (esim. Visiblin[®]) käyttö voidaan aloittaa varovaisesti kun ripuli on rauhoittunut

Jatkuva ripuli voi ärsyttää asiakkaan peräaukon seutua ja sen ympärysihoa. Ärtynän ihon rauhoittamiseksi hoitona voidaan käyttää ilmakylpyjä ja 1 % hydrokortisonivoidetta. Ärtyneen ihon hygieniasta tulee pitää erityistä huomiota sekä välttää ulosteen ja ihon pitkäaikaista kontaktia.

RUOKAHALUTTOMUUS

Saattohoidossa olevan asiakkaan ravinnonsaanti on usein huonoa ja halu syödä vähentynyt, joka johtaa asiakkaan laihtumiseen. Laihtumisesta seuraava lihasmassan väheneminen lisää väsymyksen ja heikkouden tunnetta. Liikuntakyvyn huonontuessa asiakas voi joutua jäämään vuoteeseen hoidettavaksi.

Ravinnolla on suuri sosiaalinen merkitys. Kuoleman lähestyessä ruokailu voi tuntua asiakkaasta monella tapaa hankalalta. Asiakkaalla voi olla nielemisvaikeuksia, muutoksia makuaistissa tai pahoinvointia. Lisäksi syöminen voi aiheuttaa asiakkaalle kipua ja täyteläisyyden tunnetta. Tällöin syömisestä voi muodostua asiakkaalle taakka.

Asiakkaan ruokahaluttomuuden taustalla voivat olla myös:

- ❖ Suun infektiot ja suun kuivuus (yleisiä)
- ❖ Masennus
- ❖ Ummetus, pahoinvointi tai oksentelu
- ❖ Ympäristön hajut
- ❖ Liian suuret ruoka-annokset

RUOKAHALUTTOMUUDEN HOITO

Ruokahaluttomuuden hoito on yksilöllistä. On tärkeää keskustella ruokahaluttomuudesta asiakkaan, mutta myös tämän omaisten kanssa, koska omaiset voivat kokea ruokahaluttomuuden asiakasta häiritsevämmäksi.

- Tyydytetään ravinnontarve asiakkaalle parhaiten soveltuvalla tavalla; ruuan tulisi tarjota mielihyvää, ei lisätä asiakkaan kipuja tai pahoinvointia

- Ruokaan liittyvät mieliteot on tärkeää huomioida, tarjotaan mahdollisuuksien mukaan asiakkaan toiveita vastaavaa ruokaa
- Kiinnitetään huomiota ruokailuhetkeen: pyritään järjestämään ruokailu pöydän ääressä, kauniisti katettu ateria
- Joustetaan ateria-ajoista; asiakkaalle tarjotaan ruokaa silloin kun se hänelle maistuu, tarvittaessa myös yöllä
- Tehostetulla ravinnonannolla (lisäravinteet, energiapi-
toinen ruoka) ei useinkaan pystytä vaikuttamaan asiakkaan elämänlaatuun. Elimistön aineenvaihdunnan muutosten vuoksi laihtumista voi tapahtua vaikka asiakkaan ruokavalio olisikin runsasenerginen ja säännöllinen.
 - Kaloririkkaiden lisäravinteiden käytöllä ei saattohoitovaiheessa ole juuri merkitystä. Lisäravinteita voidaan käyttää asiakkaan painon laskun hidastamiseksi, jos oletettu elinikä on suhteellisen pitkä.

Lääkehoito:

Kortikosteroidit ovat Suomessa eniten käytetty ja usein myös ensisijainen lääke saattohoidettavan ruokahaluttomuuden hoidossa. Niillä on ruokahalua lisäävä vaikutus. Vaikutus on useimmiten kuitenkin ohimenevää.

KAKEKSIA-ANOREKSIA

Kakeksia-anoreksia tarkoittaa monimutkaista aineenvaihdunnallista oireyhtymää, joka näkyy selviten saattohoidettavan tahattomana ruokahaluttomuutena ja kuihtumisena. Laihtumisesta seuraava lihasmassan väheneminen lisää väsymyksen ja heikkouden tunnetta. Kakeksia-anoreksia liitetään usein syöpää sairastavan loppuvaiheen oireeksi, koska kuihtuminen johtuu etenkin syövästä aiheutuvista aineenvaihdunnallisista muutoksista. Useinkaan ravitsemushoidolla ei ole hyötyä, vaan kakeksinen asiakas laihtuu lisääntyneestä energiansaannista huolimatta. Aineenvaihdunnalliset ongelmat, painon lasku sekä kuihtuminen lyhentävät usein asiakkaan elinaikaa.

NIELEMISVAIKEUDET

Asiakkaan voinnin huonontuessa voi myös nieleminen vaikeutua, jolloin on riskinä ruuan tai juoman joutuminen hengitysteihin. Nielemisvaikeus voi johtua esimerkiksi kasvaimesta, lihasheikkoudesta, infektiosta, limakalvovaurioista tai kivusta. Jotta sitä voitaisiin hoitaa, on syy ensin selvitettävä. Nielemisen vaikeutuminen vaikuttaa suoraan asiakkaan ravinnon- ja energiansaantiin. Lisäksi se kasvattaa aspiraatoriskiä, eli ruoan tai nesteen valumista hengitysteihin. Tällöin on mietittävä vaihtoehtoisia tapoja energiansaannin turvaamiseksi.

KEINOJA NIELEMISEN HELPOTTAMISEKSI

- **Huolehditaan asiakkaan hyvästä yleishoidosta;** suun hoito, limanerityksen vähentäminen
- **Ruokailuhetki rauhoitetaan ja keskitytään nielemiseen**
 - Ohjataan asiakas istumaan selkä suorana, leukaa voidaan painaa rintaa vasten kevyesti aina niellessä
 - Juominen suupalojen jälkeen voi helpottaa nielemistä
 - Tarjotaan ruokaa pieniä määriä kerrallaan, esim. teelusikallinen kerrallaan
- **Asiakkaalle voidaan kokeilla ensimmäiseksi sosemaista ruokaa, myöhäisemmässä vaiheessa ravitsemus voidaan toteuttaa paksulla nestemäisellä ruualla.** Ohut nestemäinen ruoka menee helpommin väärään kurkkuun ja yskittää asiakasta
 - Marjakeitot ja -kiisselit, jäätelö, piimä, jogurtti, soseutetut ruuat, vellit sekä löysät puurot voivat olla helpompia syödä
 - Nesteitä voidaan saostaa sakeuttamisaineilla helpommin nieltäviksi
- **Ruuasta poistetaan kovat ja karkeat palat**
- **Tarjotaan ruoka huoneenlämpöisenä** (helpompaa niellä kuin kuuma tai kylmä ruoka)
- **Nielemisrefleksin tästä vielä alentuessa ei useinkaan ole syytä toteuttaa ravitsemustanä-mahaletkun tai suonensisäisesti. Nenämahaletkun käyttö altistaa asiakkaan keuhkokuumeelle, sekä aiheuttaa kärsimystä ja usein myös lisää levottomuutta. Myöskään suun kautta ravinnon anto ei ole enää suotavaa, jos asiakas ei pysty nielemään kunnolla. Janon tunnetta voidaan vähentää jääpalojen imeskelyllä ja huulten kostutuksella.**

KUIVUMINEN

Kuivumisen syitä voivat olla nesteiden menetys tai nesteiden riittämätön saanti. Asiakas voi menettää nesteitä esimerkiksi kuumeilun, ripulin tai oksentelun kautta. Saattohoidossa olevilla kuoleman lähestyessä kuivumisen syynä voi usein myös olla elimistön nesteiden siirtyminen solujen väliseen tilaan. Tällöin suonensisäinen nestehoito ei auta.

Kuivuminen voi aiheuttaa lääkeaineiden kerääntymistä elimistöön, jolloin esimerkiksi opioidien kerääntyminen elimistöön voi aiheuttaa sekavuutta. Tällaisissa tilanteissa nesteytys voi vähentää asiakkaan sekavuutta.

Asiakkaan kuivumisesta kertovat kuiva suu, pienet virtsamäärät sekä jano. Sairas vanhus kuivuu erityisen herkästi. Laboratoriotutkimuksista voidaan havaita kohonneet hemoglobiini- ja hematokriitti –arvot, näillä arvoilla ei kuitenkaan välttämättä ole yhteyttä asiakkaan kokemaan janontunteeseen.

Suonensisäinen nestehoito

Mielipiteet suonensisäisen nestehoidon merkityksestä kuolevan hoidossa vaihtelevat hyvin paljon. Käypä hoito –suosituksessa: Kuolevan potilaan oireiden hoito todetaan, ettei suonensisäinen nestehoito paranna kuolevan elämänlaatua eikä lievitä janontunnetta. Annettu nestehoito voi lisätä kipua tai pahentaa sydämen vajaatoimintaa nesteen kertyessä kudoksiin.

Näin ollen suonensisäinen nesteytys ei ole yleensä saattohoidossa olevilla asianmukaista.

KUIVA SUU

Suun kuivuutta aiheuttaa syljen koostumuksen muuttuminen tai sen erityksen väheneminen.

Muun muassa infektiot sekä monet lääkkeet aiheuttavan suun kuivumista: opioidit, diureetit, pahoinvointi-, masennus-, tulehduskipu-, epilepsia sekä monet verenpainelääkkeet. Kuiva suu voi aiheuttaa puhe- ja nielemisvaikeuksia, kipua tai makumuutoksia. Tavoitteena kuivan suun hoidossa on asiakkaan syömisen helpottaminen sekä kivun vähentäminen.

Kuivan suun aiheuttamia oireita voidaan lievittää mm. seuraavin keinoin:

Suun puhtaudesta huolehtiminen

- Puhdistukseen käytetään pehmeää hammasharjaa, hammastahnaa säästeliäästi
- Suuta purskutellaan toistuvasti esimerkiksi vedellä tai suolaliuksella (2dl vettä + 1 tl suolaa). Voimakkaita suuvesiä ei suositella
- Proteesien tulee olla hyvin istuvat; ne puhdistetaan säännöllisesti. Proteeseja ei käytetä öisin.

Syljen erityksen lisääminen

- Ruoka tulee pureskella hyvin
- Purukumin pureskelu tai pastillien imeskely lisäävät syljen eritystä

Suun kostuttaminen

- Mikä tahansa asiakkaalle mieluinen neste käy, sokeripitoisia nesteitä tulee kuitenkin välttää.
- Jääpalojen tai –murskan imeskely
- Ikenille voi levittää piparmintulla maustettua ruokaöljyä tai oliiviöljyä, myös proteeseille voi levittää ruokaöljyä ennen paikalleen laittoa
- Tekosylki ja -geelit, kostutustikut sekä alkoholiton suuvesi voivat auttaa
- Huulien rasvaaminen, esimerkiksi vaseliinilla

Ruokailu

- Tarjoa aterioilla runsaasti nestettä
- Sokeria ja suolaa tulee välttää
- Tarjoa asiakkaalle muhennoksia ja öljyisiä salaatteja

Suun sieni-infektiot

Useimmiten suussa olevat tulehdukset ovat sienten aiheuttamia. Vastustuskyvyn heikkous, syljen koostumuksen muutokset, aliravitsemus, hammasproteesit, huono suuhygienia sekä diabetes edesauttavat sieni-infektion syntyä. Kuiva suu voi tuntua kipeältä ja nieleminen vaikeutua. Sieni-infektion vuoksi suun limakalvot ja kieli usein punottavat ja ovat kuivan, kellanvalkean katteen peitossa. Hoitona sieni-infektioon käytetään joko systeemistä tai paikallista sienilääkitystä.

PAINEEHAAVAT

Painehaavaumia esiintyy n. 15-43 % prosentilla palliatiivisessa hoidossa olevilla. Painehaavalla **ta****koitetaan paikallista vauriota iholla tai sen alla sijaitsevissa kudoksissa.** Painehaavauma syntyy, kun hapensaanti kudoksessa on riittämätöntä. Vaurion ovat voineet aiheuttaa paine, hankaus, ihon venyntyminen tai kaikki nämä tekijät yhdessä. Tyypillisesti haava kehittyy luisien ulokkeiden, kuten istuinkyhmyjen kohdalle. Saattohoitoasiakkailla yleisimpiä syitä painehaavaumiin ovat alennut ravitsemustila yhdessä liikuntakyvyn menettämisen kanssa, jolloin asiakas hoidetaan sänkyyn ja ihoon tulee jatkuvaa painetta. Vuoteessa olo lisää ihon kuormitusta, siihen kohdistuu kitkaa ja painetta asiakasta liikutellessa ja hoidettaessa. Ihoon kohdistuvan paineen lisäksi haavauman riski kasvaa kun iho altistuu eritteille. Kuolevan asiakkaan ihokudoksessa tapahtuu muutoksia ja sen paineensietokyky laskee. Ihokudoksen hapenpuutteesta johtuvat muutokset vähentävät kipuiimpulssien johtumista, jolloin elimistö ei itse enää automaattisesti pysty säätämään paineen jakautumista ja ehkäisemään haavaumia.

Tärkeintä on hyvällä perushoidolla ennaltaehkäistä painehaavaumien synty, koska niiden paraneminen on hidasta ja hoito vaikeaa.

PAINEEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY:

- Riittävän tiheä asentohoito, vuoteessa pitkään olevien asentoa vaihdetaan vähintään 1-2 tunnin välein.
 - Apuna painetta poistavat apuvälineet ja tyyntyt
 - Ei kohtisuoraan kyljelle
 - Vuoteen päädyn pitkäaikaista kohottamista tulee välttää
- Painehaavoille riskialttiiden alueiden tarkkailu päivittäin.
- Hyvä hygienia
 - Liiallisen peseytymisen välttäminen
 - Happamien pesuaineiden käyttö

- Ihon huolellinen kuivaus, vältetään ihon hankaamista
- Ihon rasvaus perusvoiteella on välttämätöntä (rasvatessa myös pintaverenkierto vilkastuu)
- Virtsan pääsy iholle estetään mm. vaippaa käyttämällä
- Muovisuojan käyttöä poikkilakanan alla tulee välttää korkean painehaavariskin asiakkailla

PAIHEHAAVARISKIN ARVIOINTI

Painehaavan riskin arviointiin voidaan käyttää erilaisia riskiluokitusmittareita. Riskiluokitusmittareiden avulla pyritään tunnistamaan painehaavaumille alttiit asiakkaat, jotka tarvitsevat erityistä huomiota painehaavaumien ennaltaehkäisemiseksi.

Esimerkki: Nortonin riskiluokitusasteikko: Pisteytys vaihtelee 5-20. Alle 14 pistettä → kohonnut riski saada painehaava.

Pisteet	Fyysinen kunto	Henkinen tila	Toimintakyky	Liikuntakyky	Inkontinenssi
4	Hyvä	Vireä	Täysin omatoiminen	Liikkuu päivittäin itsenäisesti useita kertoja	Ei inkontinenssia tai kestokatetri/cystofix
3	Kohtalainen	Apaattinen, masentunut	Hieman rajoittunut. Syö ja juo itse autettuna. Puudutteet (epiduraali- tai pleksuspuudute)	Liikkuu talutetuna tai apuvälineiden avulla. Pystyy siirtymään vuoteesta. Tilapäisesti vuodepotilas.	Satunnaisesti. Kertakatetrointi. Vatsan toimituspäivä.
2	Heikko	Sekava. Deliriumissa.	Hyvin rajoittunut. Syötettävä ja juotettava	Istumakykyinen, tarvitsee apua istumaan siirtymisessä, tuettava istumaan	Vaipat, urinaalikondomi. Uloste saattaa valua ajoittain.
1	Hyvin heikko	Tylsistynyt, ei saa kontaktia, tajuton hengityskoneessa	Täysin autettava – ei noudata kehotuksia	Liikuntakyvytön, ei kykene muuttamaan asentoa. Vuodepotilas	Virtsan tai ulosteen inkontinenssi

Lähde: Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: WSOY

APUVÄLINEET

- **Lampaannahka:** Usein käytettynä makuualustana; vähentää kitkavaurioita, mutta ei vaikuta painetta poistavasti
- **Erikoispatjat:** Ilma- ja geelipatjat ym. Patjan valintaan vaikuttaa mm. asiakkaan painehaavan riskiluokka.
- **Tyynyt:** Painetta alentavat istuintyyny, rengastyyny
- **Lastat:** Esimerkiksi jalkalastojen avulla pyritään paine poistamaan kantapään alueelta.
- **Siirron apuvälineet:** Pyritään vähentämään käännoissä ja siirroissa tapahtuvaa ihon venytymistä ja hankautumista

PAINEHAAVOJEN LUOKITTELU JA HOITO

Painehaavauman hoidon tavoitteena on haavauman umpeutuminen. Riittävästä kipulääkityksestä ennen haavanhoitoa tulee huolehtia, mikäli haavaumaan liittyy kipua. Kipuun voidaan käyttää kipulääkettä tai paikallispuudutusta.

I aste – vaalenematon punoitus

- Iho on ehjä, mutta iholla on vaalenematonta punoitusta. Punoitus ei häviä 30 min kuluessa asennon vaihdosta
- Hoitona kuormituksen poistaminen alueelta, ilmakylvyt, iholle suojaava kalvo (esim. Opsite), varovainen ihon rasvaus (liian kova hierominen voi rikkoa ihon!)

II aste – ihon pinnallinen vaurio

- Haava tai rakkula on pinnallinen ja avoin, katetta ei ole.
- Haavan päälle hydrokolloidilevy; asetetaan vähintään 3 cm haavanreunojen yli. Voidaan pitää useita päiviä, haavasidoksen vaihto vähintään kerran viikossa.

III aste – koko ihon vaurio

- Vaurio ulottuu ihonalaiskudokseen. Rasvakudos voi olla näkyvässä, mutta lihas, jänne ja luu eivät näy. Vauriossa voi olla onkaloita ja taskumaisia kohtia.
- Haavaan, joka läpäisee ihokerrokset hydrokolloidigeeli, päälle hydrokolloidilevy

IV aste – kudostuho, ihopuutos tai kuolio

- Vaurio ulottuu lihakseen, niveleen, luuhun tai tukirakenteisiin. Nekroosia ja haavakatetta voi esiintyä.

HIKOILU

Liiallinen hikoilu on usein asiakkaasta häiritsevää. Hikoilua voi esiintyä vain yöaikaan, olla jatkuvana tai se voi esiintyä aaltomaisena. Rungas hikoilu kastelee vaatteet ja vuodevaatteet sekä altistaa erilaisille iho-ongelmille, kuten kutinalle ja painehaavaumille.

HIKOILUN HOITO

- Tärkeintä on huolehtia asiakkaan hygieniasta:
 - Puhtaiden, kuivien vaatteiden ja vuodevaatteiden vaihto
 - Ihon hoito, puhdistus ja kosteutus
 - Riittävän ilmavat ja hengittävät tekstiilit
- Hikoilun hoitoon on myös käytetty lääkkeitä, joiden valinta riippuu mm. hikoilun syistä
- Hikoilu voi johtua myös kuumeesta, jolloin hoitona ovat tulehduskipulääkkeet.

KUTINA

Vanhuksilla yleisin kutinan aiheuttaja on ihon kuivuus, mutta kuolevilla asiakkailla kutinan syyt ovat moninaiset ja harvoin ihosta peräisin olevia.

Kutinaa voivat aiheuttaa:

- Infektiot ja ihottumat
- Munuaisten- ja maksan vajaatoiminta
- Sapen toiminnan häiriöt
- Psyykkiset syyt (mm. ahdistus ja kyllästyneisyys voivat pahentaa kutinaa)
- Opioidi -kipulääkkeet (sivuvaikutuksena n. 1 % lääkkeitä käyttävistä)

KUTINAN HOITO

Kutinan hoidon tulisi kohdistua kutinan aiheuttajaan. Usein tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, joten on pyrittävä kutinan oireenmukaiseen hoitoon. Kutinaan voidaan käyttää lääkehoitoa, paikallishoitoa sekä muita asiakkaan oloa helpottavia keinoja.

- Paikallishoito kuivuudesta aiheutuvaan kutinaan
 - Kutisevalle iholle ovat parhaita kevyet puuvillavaatteet
 - Viileä kompressi, kylpy tai kutiavan alueen suihkuttelu voivat auttaa
 - Ihon rasvauksesta perusvoiteella huolehditaan säännöllisesti
 - Alkoholipitoisia ihonhoitotuotteita tulee välttää
 - Kutisevalle iholle voidaan levittää kevyesti 2 % lidokaiinigeelia
 - Vältetään saippuapesua, iho voidaan voidella perusvoiteella tai öljyllä ennen suihkuun menoa tai pestä iho kokonaan perusvoiteella, iho kuivataan taputellen
 - Kuuma ja kostea huoneilma kuivattaa ihoa entisestään
 - Raapimista tulee välttää! Yöllä voi olla hyvä käyttää puuvillakäsineitä ja pitää kynnet lyhyinä
- Lääkehoito
 - Voidaan antaa antihistamiinia, mutta useinkaan siitä ei ole apua itse kutinaan. Useilla antihistamiineilla on väsyttävä vaikutus, jolloin kutina voi tuntua asiakkaasta vähemmän häiritsevältä.
 - Unilääke yölliseen kutinaan

VÄSYMYS

Väsymys on usein yksi yleisimmistä ja asiakkaita eniten häiritsevimmistä oireista. Saattohoidossa olevilla puhutaan usein väsymysoireyhtymästä eli fatiguesta. Fatigueen liittyvät asiakkaan suorituskyvyn heikkeneminen, heikkous, väsyneisyys, energian vähyys, motivaation puute sekä uneliaisuus ja apatia. Väsymys on subjektiivinen tunne ja oire, jonka arvioiminen on usein mahdollista vain, jos saattohoidossa oleva siitä itse kertoo. On yleistä, että väsymystä pidetään luonnollisena oireena pitkälle edenneen sairauden ja lähestyvän kuoleman takia, mutta oire voi olla hyvin häiritsevä asiakkaalle.

Väsymyksen syitä voivat olla muun muassa:

- ❖ Unettomuus
- ❖ Masennus
- ❖ Infektiot
- ❖ Anemia
- ❖ Elimistön kuivuminen
- ❖ Liiallinen rauhoittavien lääkkeiden käyttö

VÄSYMYSKSEN HOITO

- Väsymyksen syyn korjaaminen voi tulla kysymykseen, jos niiden korjaaminen on mahdollista sekä asiakkaan edun mukaista. Usein väsymyksen taustalla on kuitenkin useita erillisiä tekijöitä, jolloin esimerkiksi infektion hoito antibiootilla ei riitä yksistään väsymyksen helpottamiseksi.
- Huolehdi asiakkaan säännöllisesti vuorokausirytmistä; KTS. UNETTOMUUS. Kevyt fyysinen aktiivisuus voi vähentää väsymystä. Liikarastitusta tulee kuitenkin välttää ja antaa asiakkaalle lupa levätä.
- Tarkista asiakkaan lääkitys; väsymystä aiheuttavien lääkkeiden vähentäminen tai lopettaminen, mikäli se on mahdollista
- Tarvittaessa voidaan kokeilla oireenmukaista lääkehoitoa, esim. steroideja. Mikäli väsymystä esiintyy masennuksen kanssa yhtäaikaisesti, voidaan kokeilla masennuslääkitystä

MASENNUS

Masennusta voi olla vaikea tunnistaa saattohoidossa olevilla asiakkailla, koska suuri osa masennuksen oireista kuuluu normaaliin kuoleman lähestymiseen. Masennuksen oireita ovat ruokahaluttomuus, yleistilan heikkeneminen, väsymys sekä aloitekyvyn lasku. Terveellä ihmisellä nämä oireet liitetään masennukseen, mutta kuoleman lähestyessä näitä oireita pidetään usein tilanteeseen kuuluvina.

Kuolevan voidaan epäillä olevan masentunut, jos:

- Asiakas on sulkeutunut ja vetäytyy kontakteista
- Kysyttäessä asiakkaalta, hän ilmaisee olevansa suuren osan ajasta masentunut.

Saattohoitoasiakkaan ilmaus halusta kuolla, ei kuitenkaan tarkoita, että hän olisi masentunut.

Kuoleman toivominen vaikeassa tilanteessa hankalien oireiden kanssa ilman parantumisen toivoa on perusteltua, koska kuolema päättää vaikean tilanteen.

Saattohoidettavan masennus on usein alidiagnostoitua. Masennukset diagnosointia helpottavat testit ja mittarit ovat saattohoidettaville usein liian työläitä tai asiakkaan yleistilan kannalta sopimattomia käyttöön. Asiakkaan masennusta voi olla yksinkertaisinta mitata VAS-asteikolla (KTS. kivun hoito), jolloin asteikon ääripäät ovat ”huonoin mahdollinen mieliala” ja ”pahin mahdollinen mieliala”.

MASENNUKSEN HOITO

- **Lääkehoito**

Masennuslääkitys voi tulla kyseeseen, jos asiakkaan elinajanennuste on useita viikkoja tai pidempi. Useiden masennuslääkkeiden teho alkaa vasta 2-3 viikon kuluttua lääkkeen aloituksesta. Asiakkaan elinajanennusteen ollessa lyhyempi, voidaan vaike-

asti masentuneen asiakkaan vointia pyrkiä helpottamaan muulla lääkityksellä (esimerkiksi bentsodiatsepiinillä tai opioidilla).

- **Ongelmanratkaisu**

Ongelmanratkaisussa asiakasta pyydetään kertomaan kokemistaan ongelmista, jonka jälkeen asiakkaan kanssa yhdessä mietitään ratkaisua näihin ongelmiin.

- **Psykoterapia**

Asiakkaan elinajanennuste asettaa usein rajoitteita psykoterapian käytölle masennuksen hoidossa. Usein varsinaisen psykoterapian sijasta voidaan keskittyä asiakkaan tukemiseen ja eläytyvään kuunteluun. Asiakkaan omia psyykkisiä voimavaroja tuetaan sekä autetaan asiakasta selviytymään vaikeassa elämäntilanteessa. Eläytyvässä kuuntelussa asiakasta kohtaan osoitetaan empatiaa ja kunnioitusta sekä keskitytään siihen, mitä asiakkaalla on sanottavana. Eläytyvä kuuntelu edellyttää aikaa pysähtyä asiakkaan vierelle. Asiakkaan kanssa on hyvä keskustella muistakin asioista kuin yksinomaan lähestyvistä kuolemasta.

- **Rentoutus**

Myös asiakkaan riittävästä unensaannista tulee huolehtia.

AHDISTUNEISUUS

Kuoleman lähestyessä on luonnollista että asiakas tuntee eriasteista psyykkistä ahdistusta. Pelko kuolemasta sekä mahdollisista oireista, kuten kivuista, voivat aiheuttaa levottomuutta sekä ahdistuneisuutta. Lisäksi hengenahdistus saattaa lisätä osalla asiakkaita tukehtumisen pelkoa ja sitä kautta lisätä myös ahdistuneisuutta. Kaikilla asiakkailla ei psyykkistä ahdistuneisuutta kuitenkaan esiinny missään vaiheessa. Psyykkisen ahdistuksen sekä ahdistusoireiden taustalla voi olla myös seuraavia syitä:

- Hapenpuute
- Kipu
- Alkava delirium, masennus
- Erilaiset lääkkeet
- Lääkkeen käytön lopettamisen yhteydessä esiintyvät vieroitusoireet

AHDISTUNEISUUDEN HOITO

Anksiolyyttien eli ahdistuneisuuden hoitoon käytettävien lääkkeiden tutkimusnäyttö kuolevan asiakkaan kohdalla on vähäistä. Erilaiset depressiolääkkeet, neuroleptit sekä bentsodiatsepiinit saattavat olla hyödyllisiä kuolevan asiakkaan ahdistusta hoidettaessa. Luotettavaa näyttöä näiden lääkkeiden tehosta ei kuitenkaan ole.

Ahdistuneisuuden hoito riippuu asiakkaan yleisilasta sekä ahdistuneisuuden vaikeusasteesta. Tärkeää olisi kohdata asiakas aidosti, avoimesti sekä kuunnella ja keskustella asiakkaan kanssa. Keskusteluissa tulisi muistaa, ettei kuoleva asiakas useinkaan jaksaa pitkiä ja raskaita keskusteluja. Myös asiakkaan kognitiivisissa taidoissa on saattanut tapahtua muutoksia, ja näin ollen asioiden pohtiminen saattaa olla rajallista. Välienselvittely omaisten kanssa sekä omaisten realistinen suhtautuminen tilanteeseen voivat jo sinällään helpottaa asiakkaan ahdistusta. Lisäksi hengellinen tuki saattaa olla hyödyksi ahdistuksen lievitykseen.

Lääkehoito

- Asiakkaan muiden fyysisten ja psyykkisten oireiden tunnistaminen ja niiden hoito
- Rauhoittavien lääkkeiden käyttöön siirryttäessä on tärkeää perustella asiakkaalle lääkkeen käytön hyödyt, sillä useasti asiakkaat ajattelevat rauhoittavien lääkkeiden käytön olevan ”väärinkäyttöä.”
- Ahdistuksen hoidossa lääkehoidon pohjana toimivat neuroleptit sekä bentsodiatsepiinit
- Asiakkaan tarkkailu on tärkeää lääkevastetta arvioidessa, sillä tarkoituksena ei ole sedatoida eli lääkkein rauhoittaa asiakasta liiallisesti. Liian alhainen annos ei puolestaan poista asiakkaan ahdistusta.

DELIRIUM

Suurella osalla saattohoidossa olevista asiakkaista esiintyy jonkinasteista sekavuutta, joka ilmenee useimmiten muutamia viikkoja ennen kuolemaa. Deliriumilla tarkoitetaan yleisimmin suhteellisen nopeasti alkavaa aivojen toimintahäiriötä, jossa älylliset toiminnot heikkenevät. Toimintahäiriön yhteydessä ajattelu, muisti sekä havaitsemiskyky heikentyvät. Myös asiakkaan uni-valverytmi voi muuttua. Saattohoidossa olevilla sekavuutta aiheuttavat useimmiten hapenpuute, lääkkeet, aineenvaihdunnalliset häiriöt, tulehdukset sekä keskushermoston sairaudet. Delirium voidaan jakaa kahteen alatyyppiin sekä kolmanteen saattohoitoasiakkailta yleisimpään, näiden kahden sekamuotoon.

HYPOAKTIIVINEN DELIRIUM	HYPERAKTIIVINEN DELIRIUM
<ul style="list-style-type: none"> • Väsymys • Vetämättömyys • Sekavuus • Tyypillinen hapenpuutteessa sekä myrkytystiloissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiihtyneisyys • Harhaluulot/hallusinaatiot • Esiintyy yleisimmin vieroitusoireisella
<p>HYPO- JA HYPERAKTIIVISEN DELIRIUMIN SEKAMUOTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saattohoidossa olevilla delirium on useimmiten sekamuotoinen ja syntymekanismiltaan monimutkainen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Syynmukainen hoito voi tästä syystä olla vaikeaa • Deliriumin hoidon tavoitteena ovat levottomuuden ja sekavuuden vähentäminen sekä asiakkaan kommunikointikyvyn palauttaminen • Hoitona <ul style="list-style-type: none"> ○ Lääkityksen minimoiminen. Karsitaan etenkin sekavuutta aiheuttavia lääkkeitä. ○ Hapenpuutteen korjaaminen 	

- Infektioiden hoito
- Turvallisen, rauhallisen ja valvotun ympäristön järjestäminen. Tuttu ympäristö ja ihmiset usein rauhoittavat asiakasta sekä lisäävät orientaatiota. Myös omaisille tilanne tulee selventää, jolloin omaisten ahdistus asiakkaan tilanteesta lievenee.
- Lääkehoitoa käytetään tarvittaessa. Lääkehoitoon vaikuttaa se, onko asiakkaalla hyper- vai hypoaktiivinen delirium.

UNETTOMUUS

Unettomuus ilmenee vaikeutena nukahtaa iltaisin, pysyä unessa tai liian aikaisena heräämisenä.

Normaalisti ihminen nukahtaa n. puolessa tunnissa ja on hereillä yön aikana vajaan puolituntia.

Unettomuus voi aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn heikentymistä päiväsaikaan sekä mielialan laskua. Lisäksi unettomuuden vuoksi asiakas voi olla tavallista ärtyneempi.

Asiakkaan unettomuus on subjektiivinen tunne huonosta nukkumisesta. Unettomuutta voivat vaikeuttaa monet tekijät. Asiakkaan unettomuuden taustalla voivat olla ahdistus tai masennus, ja myös useat fyysiset oireet voivat vaikeuttaa uneen pääsyä. Asiakkaan unettomuuden taustalla olevia oireita voivat olla mm. kivut, pahoinvointi, hengenahdistus tai yskä. Myös ympäristön äänet tai lääkkeet voivat vaikeuttaa unensaantia.

LÄÄKKEETÖN HOITO

- Hiilihydraattipitoinen ruoka ennen nukkumaanmenoa voi auttaa nukahtamista
- Fyysinen aktiviteetti
- Säännöllinen vuorokausirytmä ja päiväunien välttäminen
 - Toisaalta asiakkaalle tulee mahdollistaa riittävät lepoaikat myös päivällä, asiakkaalla tulee antaa mahdollisuus itse määrittää omaa uni-valverytmiä
- Viileä, pimeä, hiljainen ympäristö
- Tarvittaessa korvatulpat, silmälaput
- Sukat voivat auttaa nukahtamista pintaverenkierron lisääntyessä
- Alkoholin, kahvin, tupakoinnin välttäminen ennen nukkumaanmenoa
- Erilaiset rentoutusmenetelmät
- Asiakkaan voi olla helpompi nukahtaa, kun hän tietää saavansa apua. Huolehditaan soitto-kello asiakkaan ulottuville

LÄÄKKEELLINEN HOITO

- Yleensä ensivaiheen lääkkeenä käytetään nukahtamisläkettä (tsolpideemi ja tsopikloni). Etenkin silloin kun asiakkaalla on vaikeuksia unensaannissa.
- Saattohoidossa olevan unilääkkeeksi soveltuvat myös lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit (oksatsepaami ja tematsepaami). Ne ovat hyviä varsinkin silloin, kun ongelmana on herääminen muutaman tunnin unen jälkeen.
- Pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja tulee saattohoitoasiakkaan unettomuuden hoidossa välttää → voivat lisätä kaatumisriskiä ja aiheuttaa tokkuraisuutta
- Melatoniini voi myös helpottaa nukahtamista. Melatoniini helpottaa nukahtamista sekä rytmittää elimistön uni-valverytmiä
- Myös masennus- ja psykelääkkeitä saatetaan käyttää unettomuuden hoidossa
- Unettomuuden johtuessa fyysisistä oireista pyritään puuttumaan unta häiritsevään oireeseen, esimerkiksi huolehtimalla yöllisestä kivunlievityksestä

HENGELLISTEN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN

Hengellisyys, elämänkatsomus ja arvot ovat tärkeitä tietoja asiakkaan kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Hoitoon tulee liittää asiakkaan toivomia uskonnollisia toimia ja tapoja, näin asiakas voi saada uskonnosta turvaa ja lohdutusta. Asiakkaiden hengellisyyden ammatillinen kohtaaminen kuuluu hoitajille riippumatta heidän omasta vakaumuksestaan. Ei voida kuitenkaan edellyttää, että hoitaja pystyisi vastaamaan kaikista hengellistä tarpeista joita asiakkaalla on.

Tärkeää on tunnistaa asiakkaan hengelliset tarpeet; **kuolevan asiakkaan sielunhoidollisten tarpeiden ja toiveiden kysyminen tulee olla luonnollisena osana suunniteltaessa asiakkaan kokonaisuhoitoa.** Uskonnollisista ja kulttuurisista tavoista kannattaa asiakkaalta kysyä suoraan itseltään, vaikka asiakas kuuluisi tiettyyn uskontokuntaan tai kulttuuriin, ei voida olettaa, että hän noudattaa kaikkia siihen kuuluvia tapoja. Kenenkään ei ole myöskään pakollista osallistua hengellisiin tilaisuuksiin.

Hengellisiä hoitotyön menetelmiä ovat esimerkiksi

- Läsnäolo ja kuuntelu
- Pyhien toimitusten tai hengelliseen tilaisuuteen osallistumisen mahdollistaminen
- Hengellisen kirjallisuuden lukeminen tai tarjoaminen asiakkaalle
- Uskonnollisen yhteisön jäsenen vierailun järjestely tai mahdollistaminen; on tärkeää huomata, että pastorin tai seurakunnan työntekijän kutsuminen edellyttää asiakkaan luvan

Hoitajan tarjotessa hengellistä tukea, tulee asiakkaan ja omaisten vakaumus, kulttuuri ja niihin liittyvät toiveet ottaa huomioon. Jotta asiakkaan tarpeet voidaan ottaa riittävän kattavasti huomioon, hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa asiakkaan vakaumuksesta. Ohessa perustietoa yleisimpien uskontokuntien ja etnisiin ryhmiin kuuluvien periaatteista ja tavoista:

EVANKELIS-LUTERILAINEN KIRKKO

Evankelis-luterilaisuuden mukaan ihmisen elämän ei pääty kuolemaan, vaan ihmiselle on annettu toivo kuoleman jälkeisestä elämästä. Evankelis-luterilaisuudessa korostuu suvun sijasta ydinperhe, jolloin kuolemakin koskettaa silloin varsin pientä perheyhteisöä. Asiakkaan oman tahdon kunnioittamista pidetään tärkeänä ja asiakkaalle tulee mahdollistaa **elämän loppuvaihe mahdollisimman kivuttomana ja oireettomana.**

Ehtoollinen: Ehtoollisvälineet asetetaan puhtaalle, valkoisella liinalla peitetyle pöydälle kuolevan näkyville. Pöydälle tuodaan lisäksi risti ja kynttilä. Kirkkolain (KL 52 §) mukaan, jos ihminen on kuoleman vaarassa, eikä pappia ole tavoitettavissa, **voi kuka tahansa kristitty antaa kuolevalle ehtoollisen** hänen näin halutessaan.

Saattohartaus: Saattohartaus voidaan viettää joko ennen tai jälkeen asiakkaan kuoleman. Saattohartautta voivat johtaa pappi, seurakunnan työntekijä, omainen tai joku henkilökuntaan kuuluva. Hartaus voidaan järjestää myös kuolevan kotona.

Rippi: Rippi sisältää aina synnintunnustuksen ja synninpäästön. Ripillä asiakas voi kertoa mieltään painavista asioista ja saada vakuutuksen anteeksiannosta. **Ripin voi ottaa vastaan kuka tahansa luterilaisen seurakunnan jäsen ja ripin vastaanottajaa sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus.**

Ruoka: Evankelis-luterilaisella kirkolla **ei ole erityissäännöksiä ruokailua kohtaan.** Joillain jäsenillä on kuitenkin tapana paastota ennen ehtoollista.

Suomen evankelisluterilaisen kirkon ohjeet rukoushetken viettämisestä.

Ohje tulostettavissa osoitteessa: www.evl.fi → Kuoleman lähellä

ORTODOKSINEN KIRKKO

Ortodoksiseen seurakuntaan kuuluvan asiakkaan luokse voidaan asiakkaan pyynnöstä kutsua oman ortodoksisen kirkon pappi. Papin voi kutsua soittamalla oman seurakunnan kansliaan. Ortodoksien hengellisessä elämässä ovat tärkeitä ikonit, joiden avulla ortodoksit voivat kokea yhteyden niiden esittämiin pyhimyksiin. **Ikonit tulee sijoittaa siten, että asiakas voi nähdä ne vuoteeltaan.** **Sakramentit:** Sakramenteista sairasta koskettavia ovat kaste, mirhalla voitelu, katumus, sairaan voitelu ja ehtoollinen. **Näihin sakramentteihin voi osallistua ainoastaan ortodoksisen kirkon jäsen ja ne voi suorittaa ainoastaan ortodoksipappi.**

Hoitotoimet: Lääketieteelliset toimenpiteet, joilla pyritään edistämään elämää ja jotka perustuvat elämän kunnioittamiseen ovat ortodoksisessa kirkossa sallittuja.

Ruokailu: Paastoaminen on ortodokseille tärkeää. Vaikka ortodoksisella kirkolla on hyvin selkeät paastosäännöt, on niiden säntillinen noudattaminen viime kädessä vapaaehtoisuuteen perustuva asia ja **sairaat onkin yleensä vapautettu paastoamisen rajoituksista.**

Kuoleva asiakas: Omaisten läsnäolo kuolinhetkellä koetaan sielunhoidon kannalta tärkeäksi. Asiakkaan kuolinhetken lähestyessä luetaan ääneen Raamatun psalmeja tai toimitetaan rukouspalvelus. Vanhan perinteen mukaan vainaja tulisi haudata kolmen päivän kuluttua kuolemasta, mutta useiden käytännön esteiden vuoksi perinteen noudattaminen on hankalaa.

KATOLINEN KIRKKO

Katolinen kirkko on kristillisistä kirkkokunnista suurin maailmassa. Jyväskylän katolinen seurakunta on Pyhän Olavin seurakunta. **Katolisen kuolevan pyytäessä pappia, tulee kirkkoon ottaa yhteyttä ja välittää papille tieto asiakkaan ja omaisten toivomuksista.**

Sakramentit: Katolilaisilla on neljä sakramenttia sairaille: kaste, eukaristia, parannus ja sairaiden voitelu. Katolinen pappi suorittaa nämä sakramentit. Yleensä myös kasteen toimittaa pappi tai diakoni, mutta hätäkasteen voi suorittaa kuka tahansa kristitty. Kaste toimitetaan valelemalla vet-

tä kastettavan päähän vapauttaen kastetun perisyntyä ja uudestisyntymistä. Eukaristian eli ehtoollisen voi suorittaa myös valtuutettu henkilö.

Ruoka: Asiakkaan toivomukset on otettava huomioon; paasto ja pidättäytyminen eivät tavallisesti koske sairaista.

Kuoleva asiakas: Katolilaisilla tärkeää saattotehtävää hoitavat pääasiassa kuolevan läheiset ja omaiset. Kuolevan luona ollaan, luetaan sairaalle tuttuja Raamatun kohtia ja rukouksia. Näiden avulla tuetaan kuolevan matkaa tästä maailmasta toiseen todellisuuteen.

ISLAM

Islamin usko on yksi suurista maailmanuskonnoista. **Islam ajatellaan usein uskonnon sijasta kokonaisvaltaiseksi elämäntavaksi.** Islaminuskoisten mukaan kuolema ei ole elämän loppu, vaan alku uudelle elämälle. Islaminuskoisille Koraani on Pyhä Kirja, jota luetaan päivittäin. Toinen ns. uskonnollinen auktoriteetti on Sunna eli perimätieto, jota luetaan Koraanin rinnalla.

Pyhät toimitukset: Ei sakramenteja. **Islaminuskoisen tulee rukoilla useasti päivän aikana kasvot käännettyinä Mekkaan päin.** Jokaisen rukouksen suorittamiseen on tarkka aikataulu.

Hoitotoimet: Asiakkaan perheen kanssa tulee keskustella kaikista lääketieteellisistä toimenpiteistä. **Lääkintäeettisesti hyväksytyt hoitotoimet ovat yleensä sallittuja.** Elämän keinotekoinen ylläpitäminen on islamilaisten periaatteiden vastaista. Verensiirto hyväksytään, jos se katsotaan tarpeelliseksi. Toivomuksena olisi, että tulkit, lääkäri ja hoitohenkilökunta olisivat samaa sukupuolta kuin asiakas.

Ruoka: **Islamilaiset ruokasäännöt kieltävät sianlihan ja sianlihaa sisältävät ruoka-aineet. Veriruokia ei saa syödä missään muodossa.** Kaikenlaiset päihdyttävät aineet ovat kiellettyjä. Islamilaisiin perinteisiin kuuluu paastota Ramadan kuukausi, jolloin kieltäydytään auringon noususta auringon

gon laskuun ruuasta, juomasta sekä kaikista ruumiillisista nautinnoista. Vanhusten ja sairaiden ei kuitenkaan ole välttämätöntä paastota.

Kuoleva asiakas: Asiakkaan omat toiveet tulee ottaa huomioon. Yleensä toiveena olisi oma rauhallinen huone ilman uskonnollisia symboleita. Omaisilla on usein toive, että he voivat olla kuolevan luona. Kuoleva asiakas voi myös toivoa että imaami tulee keskustelemaan uskonnollisista asioista. Mikäli asiakkaalla ei ole lähiomaisia, asiakkaan voinnin huononemisesta voidaan ottaa yhteyttä Suomessa toimiviin islamilaisiin yhteisöihin, mikäli asiakas on antanut tähän luvan. **Islaminuskoiden kuoltua hänen pöydälleen ei sytytetä kynttilää.**

HELLUNTAIHERÄTYS

Helluntaiseurakuntalaiset uskovat kolmiyhteiseen Jumalaan. Helluntailaisille Raamattu on keskeisessä osassa ja he pitävät henkilökohtaista uskon ratkaisua perustana pelastumiselle. **Moni helluntalainen kuuluu evankelis-luterilaiseen kirkkoon, mutta pitää helluntaiseurakuntaa omana hengellisenä kotinaan.**

Ruoka: Asiakkaan omat toiveet on otettava huomioon. Helluntalaiset pitävät tärkeinä terveitä elämäntapoja.

Hoitotoimenpiteet: Elämää ylläpitävät hoitotoimenpiteet hyväksytään. Asiakkaalla voi olla hoitotahto.

Kuoleva asiakas: Omaisten ja läheisten läsnäolo on tärkeää. Myös uskonystävät voivat käydä katsomassa sairastunutta jäsentä. Asiakas voi pitää hyvin tärkeänä yhteydenpitoa omaan seurakuntaansa. Asiakkaan näin halutessa voi seurakunnan jäsen antaa asiakkaalle ehtoollisen, rukoilla hänen puolestaan tai voidella hänet öljyllä. Omaiset voivat toivoa mahdollisuutta viipyä vainajan luona.

ROMANIT

Suomen romaneista suurin osa kuuluu evankelis-luterilaiseen kirkkoon, joten sakramentit ovat samanlaiset kuin evankelis-luterilaisella kirkolla. Romaneilla yksikön hyvinvointi on vahvasti sidoksissa perheen ja yhteisön kulttuuriin sekä fyysiseen ja henkiseen hyvinvointiin. Omaiset tekevät usein yhdessä heitä koskevat tärkeät ratkaisut. Romanikulttuurissa omaisista huolehtiminen on kunnia-asia ja perinteisesti saattohoitoon osallistuu koko romanisuku.

Hoitotoimenpiteet: Hoidossa romanit toivovat, että heidän kulttuurinsa otetaan huomioon. Eri-ikäisiä romaneita ei saisi sijoittaa samalla osastolle. Toivomuksena on, että romaninaista hoitaisi ainoastaan naislääkäri tai –hoitaja, etenkin mikäli joutuu riisuutumaan. Ehdottomasti kiellettyjä hoitotoimenpiteitä ei ole. Usein romanit haluavat osallistua potilaan hoitoon; mm. syöttämiseen, pesemiseen ja pukemiseen.

Ruoka: Ei erityisiä sääntöjä.

Kuoleva asiakas: Kuolevalle toivotaan usein yhden hengen huonetta ja mahdollisuutta, että **hänen luonaan olisi aina yksi perheen edustaja luomassa turvallisuuden tunnetta.**

JEHOVAN TODISTAJAT

Jehovan todistajat pitävät Raamattua Jumalan sanana ja omana ohjekirjanaan. Uskontoverit ja omaiset auttavat ja tukevat kuolevaa. Asiakkaan luona voi myös vieraila myös Jehovan todistajien potilasvierailuryhmä.

Pyhät toimitukset: Jehovan todistajilla ei ole uskonnollisia symboleita, **eivätkä he vietä syntymäpäiviä, pääsiäistä tai joulua (eikä muitakaan ns. pakanallisia juhlapyhiä).**

Ruoka: Veren ja sellaisen eläimen lihan, jonka verta ei ole vuodatettu asianmukaisesti, syönti on kiellettyä.

Hoitotoimenpiteet: Jehovan todistajat kieltäytyvät verestä kaikissa olosuhteissa, usein heillä on mukanaan ohje lääkärinhoidosta. Kaikki verensiirrottomat hoitomuodot Jehovan todistajien uskonto hyväksyy.

Kuoleva asiakas: Kuolevalla Jehovan todistajalla tulisi olla yksityishuone, jossa todistajaveljet ja sisaret voivat vieraila. Tapaamisista äänitettyjen kasettien sekä lehtisten ja raamatun luku ovat tärkeitä tapoja.

HENKINEN TUKI

Jokainen ihminen kokee lähestyvän kuoleman yksilöllisesti. Asiakas voi tuntea epäuskoa, syyllisyyttä ja turvattomuuden tunnetta, etenkin kun kyse on parantumattomasta sairaudesta, jonka kaikkia tulevia vaikutuksia ja oireita ei tiedetä tarkasti.

Kuolevan ihmisen mieltä askarruttaa moni vaikea asia. Kuoleva asiakas tarvitsee tukea muun muassa:

- Omasta elämästä ja läheisistä luopumisessa
- Oman elämän hyväksymisessä
- Erialaisten pelkojen ja turvattomuuden voittamisessa
- Kuolemaan sopeutumisessa ja sen kohtaamisessa

Myös asiakkaan läheiset tarvitsevat tukea luopumisprosessissa. Kaikilla saattohoidossa olevilla ei ole omaisia tai sukulaisia. Asiakkaan läheisinä voivat olla perhe, sukulaiset, ystävät, työtoverit tai muut henkilöt, jotka hän kokee lähimmikseen.

Saattohoidossa olevat usein tarvitsevat **oman ihmisarvon ja inhimillisyyden selkeää tukemista** ja turvallisuudentunteen vahvistamista. Sairaus kalvaa minäkuvaa, koska se on tuonut mukanaan valtavia muutoksia. Vakavasti sairas on myös joutunut luopumaan itsenäisyydestään sairaalaoi-
sa.

Turvattomuuden tunteeseen voi auttaa jo toisen henkilön läsnäolo ja asiakkaan vierellä oleminen. Ihanne olisi, että asiakas saisi valmistautua kuolemaan läheisten ihmisten keskellä, tutussa ympäristössä. Tuttu ympäristö sekä läheisten ihmisten läsnäolo voivat helpottaa asiakkaan oloa, tuoda turvallisuuden ja merkityksellisyyden tunnetta, sekä helpottaa fyysisiä oireita.

Sekavan tai puhumattoman asiakkaan kanssa tärkeintä on pysähtyminen, istuminen vierellä, käden silittäminen, ehkä tutun laulun tai virren hyräily.

MIKSI-kysymykset

Tieto lähestyvistä kuolemista synnyttää monenlaisia kysymyksiä:

- Miksi tämä tapahtui juuri minulle?
- Kuinka kohtalo voi olla näin julma?
- Kuinka Jumala voi sallia tämän?

Yleistä vastausta miksi-kysymyksiin ei ole. Asiakas joutuu etsimään omaa henkilökohtaista vastaustaan kysymykseen tai tyytymään lopulta siihen, ettei löydä mitään syytä sairauteensa.

Miksi -kysymykset aiheuttavat usein avuttomuutta myös kuulijassa. Tärkeintä ei kuitenkaan ole vastausten saaminen, vaan **kiireetön läsnäolo, kuuntelu, empaattisuus** sekä **tilan antaminen asiakkaan tunteiden ilmaisuun**. Tunteista kertominen lieventää niiden voimaa ja auttaa asiakasta selventämään, mistä todella on kysymys hänen sairaudessaan. Kun asiakkaalle annetaan aikaa miksi -kysymyksen käsittelyyn, voi kysymys muuttua ajan kuluessa uuteen muotoon: Mitä tämä sairaus minulle merkitsee? Usein tämä pohdiskelu johtaa myös kysymään oman elämän merkitystä ja tarkoitusta.

MUISTELEMINEN

Kuoleman läheisyys voi aktivoida asiakkaan muistelemaan elettyä elämää. Hän miettii mikä on ollut tärkeää elämässä, mikä on satuttanut ja mikä auttanut selviytymään vaikeista asioista ja ajoista eteenpäin?

Muisteleminen on asiakkaan elämänvaiheiden läpikäymistä; asiakas voi muistella niin rakkaita ja hyviä, kuin kipeitä ja vaikeitakin asioita. **Kuuntelemalla tarkasti ja arvostamalla asiakkaan elä-**

mänkokemusta ja sen myötä tullutta elämänviisautta voi hoitaja antaa asiakkaalle arvokkaan kokemuksen siitä, että myös asiakas voi olla antavana osapuolena keskustelussa.

Muisteleminen:

- Edistää eletyn elämän hyväksymistä
- Auttaa kokemaan oman elämän arvokkaana
- Edistää ehyen elämän rakentamisessa
- Voi auttaa omasta syyllisyydestä vapautumisessa
- Voi myös laukaista ahdistavia muistoja

KIELTÄMINEN, VIHA, SURU JA HYVÄKSYMINEEN

Asiakkaan kuulleessa parantumattomasta sairaudestaan, hän alkaa käydä läpi prosessia johon kuuluu kieltäminen, viha, suru sekä suostuminen ja alistuminen. Usein asiakkaan ja tämän omaisen hyvinvointia edistää se, että he hyväksyvät ja ymmärtävät näiden vaiheiden merkityksen.

Kieltäminen

- Kieltämisellä ahdistus painetaan taka-alalle. Kieltäminen voi auttaa asiakasta myös elämään kuoleman läheisyydessä. Tilanne voi tuntua vaikealta uskoa, etenkin jos oireita on vähän. Hoitohenkilökunta ja omaiset voivat myös vältellä kuolemasta puhumista, jolloin asiakas ei ole tietoinen omasta tilanteestaan.
- **Kuolemasta puhuminen** vaatii hoitajalta ammattitaitoa. Asiakkaalla ja omaisille tulee kuitenkin olla aikaa ja tilaisuus valmistautua kuolemaan, silloin kun se on etukäteen mahdollista. Tärkeää olisi puhua kuolemasta asiakkaalle ja tämän omaisille, sekä tukea ja kulkea heidän rinnalla, jotta he saavat mahdollisuuden sopeutua lähestyvään kuolemaan. Asiakas voi välillä vaikuttaa siltä, että hyväksyy lähestyvän kuoleman, mutta palaa taas uudelleen

vahvan kieltämisen vaiheeseen. Asiakkaalle tulee antaa aikaa oman kuoleman käsittelyyn ja siihen valmistautumiseen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa tähän emotionaalista tukea.

Viha

- Kun todellisuuden kieltäminen ei enää onnistu, ovat tavallisia reaktioita viha, katkeruus ja raivo. Tässä vaiheessa herää myös monenlaisia miksi–kysymyksiä. **Viha ei aina suuntaudu ulospäin.** Sitä voi estää esimerkiksi koetuista aggressioista tunnettu syyllisyys.
- Tukahdutettu viha voi ilmetä fyysisinä oireina tai vihan kääntymisenä itseen. Tämä voi näkyä itsemurhan hautomisena tai hoidoista ja ravinnosta kieltäytymisenä. Kun sairauden taakia ilmenevälle vihalle on löydettävä jokin kohde, voi tämä alitajuinen **viha kohdistua Jumalaan, lääkäreihin ja hoitohenkilökuntaan.**
- Viha voi ilmetä monin tavoin, se voi esiintyä kiukutteluna, jopa tavaroiden paiskomisena tai raivoamisena silloin, kun asiakkaan toivomuksia ei noudateta. Vihanpurkaus voi tulla terveiden ihmisten näkemisestä, jopa omaisten vierailuista. **Viha kohdistuu usein läheisimpiin ja turvallisimpiin ihmisiin, heihin, joiden seurassa vihaa uskalletaan ilmaista.** Vihan kohteena olevien tulisi ymmärtää, että vihaan kätkeytyy tuskaa ja ahdistusta.
- **Kuolevan ja omaisten pitäisi voida saada ilmaista vihantunteensa pelkäämättä, että se vaikuttaa hoitajien asenteisiin.**
- Hoitajan voi olla hyvä yrittää asettua asiakkaan asemaan ja miettiä miten itse käyttäytyisi ja miltä hänestä tuntuisi samassa tilanteessa. **Erytisen tärkeää on maltin säilyttäminen** ja suhtautuminen vakavasti asiakkaan tunteisiin ja toiveisiin. On hyvä kysyä, kuinka asiakas toivoisi itseään autettavan.

Suru

- Suru on **reaktiota menetykseen ja luopumiseen**. Kuoleva asiakas on joutunut ja joutuu luopumaan monista tärkeistä elämään kuuluvista asioista. Toteutumattomat toiveet jäävät saavuttamattomiksi, ihmissuhteet katkeavat ja lopulta kuoleva menettää myös oman ruumiinsa ja minuutensa.
- Suru voi olla:
 - **Kaipaavaa**, jolloin siihen liittyy asioiden ihannoitua ja oman elämän kaihoisaa muistelua.
 - **Katkeraa**, jolloin asiakas kokee aggressiivisuutta ja tyytymättömyyttä. Hän ei halua tavata ketään ja moittii elämäänsä ylipäätään. Tämä voi olla yritystä irrottautua tärkeistä siteistä, asioista ja ihmisistä.
- Suruun voi kuulua vetäytyminen omaan maailmaan. Asiakas ei halua puhua eikä kaipaakaan piiristystä tilanteeseensa. Onkin tärkeää, että **kuolevalle turvataan rauhalliset olosuhteet**. Usein on merkittävää, että omaiset ovat vain hiljaa läsnä.

Alistuminen

- Mikäli kuoleva saa omien voimiensa ja aikataulunsa mukaan purkaa sairautensa ja kuolemaansa liittyviä tunteita, ahdistus voi vähentyä ja hän voi saavuttaa mielenrauhan.
- Kuoleman hyväksymisessä voi olla erilaisia sävyjä:
 - ”Elämäni on ollut rikas ja olen valmis luopumaan”
 - ”Minun on alistuttava kohtalooni”

- Ihmisen elämä ja voimavarat vaikeiden asioiden käsittelyyn loppuvat usein kesken. Osa asiakkaista ei halua puhua ja jakaa kenenkään kanssa ajatuksia omasta kuolemastaan. Osa ihmisistä kuolee ”itseltään salaa”. Tällöin elämä ei pääty vaan se katkeaa.
- Jos kuolema on hyväksytty ja jonkinlainen mielenrauha asian kanssa saavutettu, voidaan katsoa eteenpäin ja suunnitella hautajaisia ja selvittää muitakin asioita, joita omaisten olisi hyvä tietää ja mikä auttaa läheisiä myöhemmin.

OMAISET

Omaisten merkitys ja rooli ovat saattohoidossa olevan asiakkaan hoidossa suuri. Kuoleman läheisyys merkitsee asiakkaalle ja omaisille luopumista yhdestä perheenjäsenestä. **Asiakkaan hoidossa on merkittävässä osassa omaisilta saatu tuki ja lohdutus.** Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea kuolevan asiakkaan sosiaalista hyvinvointia kannustamalla omaisia vierailemaan asiakkaan luona sekä asiakasta pitämään omaisiinsa yhteyttä.

Asiakkaan kuoleman lähestyminen asettaa omat vaatimuksensa myös omaisten ja hoitohenkilökunnan väliselle hoitosuhteelle. Tärkeää on pyrkiä ylläpitämään hyvä yhteistyö ja yhteisymmärrys asiakkaan ja tämän omaisten kanssa. Omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnalta henkistä, tiedollista sekä konkreettista tukea.

Henkinen tuki

- Henkinen tuki omaisille ilmenee hoitohenkilökunnan mm. ystävällisyytenä. Hoitohenkilökunnan osoittama myötätunto ja lohduttavat sanat ovat myös tärkeitä omaisille. Joskus pelkkä läsnäolo ja koskettaminen voivat auttaa.

Tiedollinen tuki

- Tiedon välittäminen asiakkaan omaisille on tärkeää. Asiakkaan sairaudesta, sen etenemistä ja saattohoitoon siirtymisestä kertominen vaatii hoitohenkilökunnalta taitoa.
- Henkilökunnan tulee selvittää asiakkaan tilanne kuoleman lähestyessä myös asiakkaan omaisille, ellei asiakas ole tätä kieltänyt. Myös asiakkaan hoidon tavoitteista on hyvä kertoa omaisille.
- Vaikka omaisille olisi kerrottu asiakkaan tilanteesta, voi olla, että omaiset eivät ole pystyneet sisäistämään tietoa tai he eivät ole sitä ymmärtäneet. Omaisten kanssa tulee tilanne käydä selkeästi uudelleen läpi asiakkaan tilanne ja hoitoon liittyvät asiat. Huomaa, että tietämättömyys voi olla myös omaisen puolustusmekanismi!

Konkreettinen tuki

- Usein omainen tarvitsee hoitohenkilökunnalta ohjausta ja rohkaisua asiakkaan hoitoon osallistumiseen. Omaisille voi olla tärkeää, että he voivat tehdä jotain konkreettista läheisensä hyväksi, mutta heillä voi olla tunne, että he omalla toiminnallaan haitata asiakkaan hoitoa.
- Hoitajat voivat tukea omaisten osallistumista asiakkaan hoitoon, mutta tämä tulee tehdä hienovaraisesti sekä kuolevan asiakkaan ja omaisen ehdoilla.
- Omaiselle ei saa tulla tunnetta, että hän on veloitettu hoitamaan asiakasta.
- Omaisiet voivat osallistua mm. asiakkaan ruokailussa avustamiseen, asennon vaihtoon, suun kostuttamiseen tai ihon hoitoon. Omaisista voi myös rohkaista juttelemaan asiakkaalle tai koskettamaan häntä. Vaikka asiakas olisi tajuton, häntä voi rauhoittaa tutun ihmisen puhe ja kosketus.
- Tärkeää on myös huomioida omaisten voimavarat, etteivät he väsy läheisensä hoitoon

**On tärkeää tarkistaa, että asiakkaan tiedoissa on omaisten päivitetty yhteistiedot sekä so-
vittuna, kenelle asiakkaan voinnin muutoksista ensisijaisesti ilmoitetaan. On myös varmis-
tettava, haluavatko omaiset tiedon asiakkaan voinnista myös yöaikaan.**

HAASTAVAT TILANTEET

Asiakkaan sairaus ja voinnin huononeminen voivat aiheuttaa omaisille suurta ahdistusta ja surua. Omaisiet ovat usein henkisesti hyvin virittyneessä tilassa asiakkaan voinnin huonontuessa. He voi-
vat tällöin tarkkailla ja tulkita hoitohenkilökunnan käytöstä tavallista tarkemmin. Hoitohenkilökun-
nan sanat, ilmeet ja eleet voivat saada vääriä merkityksiä, jolloin omaisten ja henkilökunnan välille
voi muodostua ristiriitoja. Omaisiet voivat tällöin purkaa omaa ahdistuneisuuttaan asiakasta tai
hoitohenkilökuntaa kohtaan.

Asiakkaan luona säännöllisesti vierailevat omaiset ovat usein paremmin perillä asiakkaan tilanteesta ja ymmärtävät myös kuoleman lähestymisen. **Harvemmin vierailevat omaiset voivat sen sijaan järkyttyä kuoleman lähestymisestä.** Tämä järkytys voi ilmentyä kohtuuttomina vaatimuksina hoitohenkilökuntaa kohtaan. Vaatimuksia voi lisätä myös omaisten huono omatunto siitä, ettei yhteyttä ole pidetty enempää. Hoitohenkilökunnalta edellytetään myös näissä tilanteissa rauhallista ja tukevaa suhtautumista. Asiakasta ei pitäisi alkaa ”ylihoitamaan” eli aloittamaan tarpeettomia hoitoja tai ottamaan lisäkokeita ainoastaan omaisten ahdistuksen lievittämiseksi.

Kuoleman lähestyessä on tavallista myös, että **vanhat ristiriidat ja kaunat nousevat perheen sisälle esille.** Tämä voi ilmetä esimerkiksi omaisten keskinäisenä riitelynä tai erilaisina vaatimuksilla henkilökuntaa kohtaan. **Hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa, ettei perheen sisäisten ristiriitojen selvittely ole heidän vastuullaan.** Paras tapa on suhtautua neutraalisti perheen esille tuomiin asioihin ja saada perheenjäsenet kuitenkin tuntemaan tullessa kuulluiksi.

Jos yhteisymmärryksen löytäminen asiakkaan hoitopäätöksiin omaisten kanssa osoittautuu mahdottomaksi, lääkärin tulee tehdä hoitopäätökset asiakkaan etua noudattaen.

ASIAKKAAN KUOLEMAN JÄLKEEN

Omaiset ja läheiset tarvitsevat tukea ja lohdutusta surussaan myös asiakkaan kuoleman jälkeen. Jokainen suree omalla tavallaan, mutta on tärkeää keskustella omaisen kanssa kuolemaan liittyvistä tunteista. Tilanteissa, joissa kuoleman läheisyys on kielletty loppuun asti, on surutyön teko myös usein vaikeampaa.

Hoitohenkilökunnalla on hyvä olla tietoa normaaleista surun vaiheista. Surun avulla ihminen oppii hyväksymään sekä sopeutumaan menetykseen. **Normaalissa surutyössä voidaan nähdä kolme vaihetta:**

Sokkivaihe

- Kuolemaa voi olla hyvin vaikea ymmärtää. Omainen voi olla sokissa, eikä hän pysty vastaanottamaan tietoa. Hän voi olla itkuinen, sekava tai raivostunut. Sokkivaiheessa **ihminen tarvitsee tukemista ja rauhallista läsnäoloa**. Omainen tarvitsee kuuntelijaksi sellaisen henkilön, joka ei sure samalla tavalla kuin hän.
- Tärkeintä sokkivaiheessa on antaa tunteiden tulla ulos. Jos tunteet ja suru tukahdutetaan, se pitkittää suruprosessia ja tekee siitä hankalamman. **Sureminen on aina yksilöllistä ja jokainen suree tavallaan.**

Vetäytyminen

- Tämä vaihe seuraa sokkivaihetta ja kestää **muutamasta viikosta pariin kuukauteen**.
- Huokaileminen, hajamielisyys, itkeminen, ylensyöminen tai ruokahalun puute ja unihäiriöt ovat tyypillisiä monelle kuollutta surevalle. Omaisen tietoisuus omasta kuolemasta lisääntyy, joka lisää tuskaisuutta.
- **Omainen saattaa tuntea myös vihaa**, jonka taustalla on ajatuksia siitä, että ei ole pystynyt ehkäisemään läheisen kuolemaa. **Joskus viha voi kohdistua terveydenhuollon henkilökuntaa tai muita ihmisiä kohtaan.**

Menetyksen hyväksyminen

- **Omainen hyväksyy vähitellen, että on menettänyt läheisensä**. Tässä vaiheessa hän pohtii suhdettaan asiakkaaseen ja muodostaa uudenlaisen suhteen menetettyyn läheiseensä.

- Surun voimakkaat tunteet häviävät tavallisesti **kuuden tai viimeistään 12 kk kuluessa**. Mielenkiinnon kohdistuminen eläviin henkilöihin ja elämään ovat piirteitä, jotka viittaavat surutyön loppumiseen.
- Omainen suuntaa mielenkiintoaan aikaisempiin ihmissuhteisiinsa ja harrastuksiinsa, **monet etsivät uusia harrastuksia ja ihmissuhteita**.

Hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa ne omaiset, jotka tarvitsevat erityisen paljon tukea läheisensä kuoltua. Omaiset voidaan ohjata tarvittaessa paikallisen kriisikeskuksen avun piiriin. Jyväskylässä toimii kriisikeskus Mobile, joka tarjoaa apua ympärivuorokautisesti. Kriisikeskus Mobileen voidaan olla yhteydessä esimerkiksi puhelimitse (014-266 7150).

Asiakkaan kuolema tuo myös monia konkreettisia käytännön asioita, joiden hoidossa omaiset voivat tarvita hoitohenkilökunnan ohjausta ja apua. Ohessa Kansaneläkelaitoksen muistilista sekä Suomen hautaustoimistojen liitto ry:n opas ”Ensiohjeita hautausta järjestävälle”.

MUISTIN TUEKSI OMAISEN KUOLTUA (KELA)

- Sairaala tai hoitolaitos välittää tiedon potilaansa kuolemasta Väestörekisterikeskukseen, joka välittää tiedon mm. Kelaan ja eläkelaitoksiin. Jos kuolema sattuu äkillisesti muualla, ilmoita asiasta poliisille, joka huolehtii tarvittaessa kuolinsyyn selvittämisestä ja tiedon välittämisestä eteenpäin (Väestörekisterikeskus).
- Ilmoita omaisesi kuolemasta Kelaan, jos hän on saanut Kelan eläkettä. Kelan eläke maksetaan sen kuukauden loppuun, jonka aikana eläkkeensaaja on kuollut. Lisätietoja saat Kelasta.
- Tee ilmoitus postiin, jotta posti voidaan ohjata kuolinpesän hoitajalle (yleensä leskelle).
- Tee ilmoitus pankkiin, jotta edunjättäjän tiliä ja tallelokeroa ei voi käyttää väärin ja jotta kuoleman jälkeen mahdollisesti liikaa maksetut eläkkeet voidaan palauttaa.
- Tee ilmoitus vakuutusyhtiölle, jos edunjättäjällä oli voimassa oleva henkivakuutus tai muu vakuutus.
- Ilmoita kuolemasta edunjättäjän työnantajalle, jotta palkanmaksu voidaan lopettaa ja työnantaja voi hakea sinulle korvausta ryhmähenkivakuutuksesta.
- Täytä perhe-eläkehakemus ja toimita se joko Kelan tai työeläkelaitoksen palvelupisteeseen. Sekä Kelan että työeläkelakien mukaiset perhe-eläkkeet voit hakea samalla hakemuslomakkeella yhdestä paikasta. Lomakkeita saat mm. Kelan internetsivuilta tai toimistoista.
- Jos sinulla on alle 17-vuotiaita lapsia, hae lapsilisään yksinhuoltajakorotus. Voit saada sen, jos et puolisosi kuoltua ole uudessa parisuhteessa.
- Anna mahdollinen testamentti tiedoksi kaikille perillisille.
- Perunkirjoitus on pidettävä kolmen kuukauden kuluessa kuolemasta. Sitä varten tarvitaan aukoton sukuselvitys vainajasta sekä virkatodistukset kuolinpesän osakkaista.
- Jätä perukirja verotoimistoon perintöverojen määrittämistä varten kuukauden kuluessa perunkirjoitustilaisuudesta.
- Siirrä asunnon ja muun omaisuuden vakuutukset sekä sähkö-, vesi- ja jätehuoltosopimukset omiin tai muun perinnönsaajan nimiin.
- Muista irtisanoa kuolleen omaisen vuokra-asunto, jos se jää tyhjilleen.

Palvelunumero omaisen kuoltua ma-pe klo. 8-18 020 692 208

Lähde: www.kela.fi → Omaisen kuolema → Muistin tueksi

LÄHESTYVÄ KUOLEMA



Pyrkimyksenä on, että kuoleman hetki olisi mahdollisimman turvallinen ja oireeton.

Usein kuoleva on viimeiset elinpäivänsä syvässä unessa. Myös omaiselle tulee tällöin selventää mitä on seuraavaksi edessä ja miten näissä tilanteissa voi toimia asiakkaan eduksi. Lähestyvät oireet tulee kertoa omaiselle realistisesti, mutta pelottelematta. Kun omainen on tietoinen kuolemaa edeltävistä merkeistä, hän pystyy suhtautumaan niihin asiaan kuuluvina, luonnollisina oireina.

Ihon viileys: Kädet, käsivarret, jalat ja jalkaterät alkavat viiletä. Myös ihon väri saattaa muuttua; vartalon alapuoli tulee yleensä muuta ihoa tummemmaksi ja iho väri muuttuu laikukkaaksi. Tämä on normaali reaktio, kehon pyrkiessä turvaamaan verenkierto elintärkeille elimille. Asiakas on tärkeää pyrkiä pitämään lämpimänä.

Kuume: Asiakkaalla voi olla korkeitakin kuumepiikkejä. Nämä eivät kuitenkaan ole merkki tulehduksesta, vaan asiakkaan lämmönsäätelyjärjestelmän häiriintymisestä. Kuumetta alentavia lääkkeitä voidaan käyttää kuumeen alentamiseksi.

Ruokahalun ja janon tunteen vähentyminen: Näiden tarpeiden vähentyminen on luonnollista; keho alkaa säästää energiaa, joka muuten kuluisi näihin tehtäviin. Älä pakota asiakasta syömään tai juomaan, suun kostutus voi olla riittävää. Jos asiakas pystyy nielemään, voidaan juomaa antaa esimerkiksi ruiskun avulla pieninä määrinä tai suuta kostuttaa esimerkiksi sitruunatikkujen avulla.

Inkontinenssi: Asiakas saattaa virtsata tai ulostaa alleen, kun tähän alueen lihakset alkavat rentoutua. Vuode on hyvä suojata ja pyrkiä turvaamaan asiakkaalle puhtaus ja mukavuus.

Nukkuminen, uneliaisuus: Asiakas saattaa nukkua yhä pidempiä aikoja. Hän voi olla reagoimaton ja vaikeasti heräteltävissä. Asiakkaalle tulee puhua kuin ennenkin, vaikkei hän välttämättä reagoisikaan. Tärkeää on muistaa, että kuulo on viimeinen aisti, joka kuolevalta häviää.

Hengitys: Asiakkaan hengityksessä tapahtuu muutoksia kuoleman lähestyessä; hengitys voi muuttua pinnalliseksi, epäsäännölliseksi tai katkonaiseksi. Hengityskatkoksen voivat kestää jopa minuuttia. Asiakas voi myös hengittää ajoittain nopeasti ja pinnallisesti. Asiakkaan päänpuolen kohottaminen tai kyljelle kääntäminen voivat auttaa häntä hengittämään. Asiakkaan rauhoittaminen kosketuksella ja puhumisella on tärkeää. Lääkityksellä on myös mahdollista helpottaa hengitystä.

Rohina: Asiakkaalla voi kuulua rohiseva ääni rintakehästä, ääni voi kuulua hyvinkin voimakkaana. Ääni syntyy nesteiden kerääntymisestä elimistöön. Liman imeminen yleensä lisää liman eritystä, joten sitä pitää tässä vaiheessa välttää. Tarvittaessa limaa voi imeä, mutta ainoastaan suusta ja ylänielun alueelta. Oire häiritsee yleensä enemmän omaisia kuin asiakasta.

Levottomuus, sekavuus: Asiakas saattaa olla aikaan ja paikkaan orientoitumaton, eikä hän välttämättä tunnista enää läheisiään. Häntä tulisi pyrkiä orientoimaan mahdollisuuksien mukaan, selkeä puhe voi auttaa asiakasta ymmärtämään. Asiakkaalla voi olla myös nykivää tai kouristavaa liikehdintää, jotka usein ovat kuitenkin vähäisiä. Asiakkaan saama lääkitys voi olla osasyynä tähän liikehdintään. Häntä voi yrittää rauhoitella kosketuksella ja keskustelulla, liikkeiden estämistä tulee välttää.

Asiakkaan kuollessa hengitys lakkaa ja sydän lopettaa sykkimisensä. Joskus kuolemaan voi liittyä harhaisuutta, käsien liikkeitä tai ääntelyitä, mutta nämä eivät välttämättä ole merkkejä kiuvuista tai muista oireista. Useimmiten kuolema on rauhallinen tapahtuma.

Asiakkaan kuoleman jälkeen asiakirjoihin merkitään:

- Tarkka kuolinaika
- Kuvaus kuolevan viimeisistä hetkistä
- Kuvaus kuolintavasta
- Henkilöt, jotka olivat kuoleman hetkellä läsnä

Kuvauksen tulee olla mahdollisimman tarkka, näin kuolinhetkestä pystytään raportoimaan niille omaisille, jotka eivät olleet kuoleman hetkellä läsnä.

HOITOHENKILÖKUNNAN JAKSAMINEN

Saattohoito on henkisesti ja fyysisesti raskasta työtä, joka vaatii hoitajalta paljon voimavaroja. Hoitaja joutuu käyttämään koko persoonallisuuttaan kuolevan asiakkaan hoidossa. Oman persoonan hyödyntäminen hoitotyössä tekee hoitajan haavoittuvaksi, jolloin kuoleman läsnäoloon ja kuolevan hoitoon voi uupua. Kuolevia hoidettaessa hoitaja joutuu kohtaamaan myös omaan elämään liittyviä peruskysymyksiä. Vaikka hoitotyöntekijä kohtaakin työssään säännöllisesti kuolemaa, ei kuolemaan voi suhtautua teknisesti tai neutraalisti. Kuoleman läheisyys edellyttää hoitajalta ammatillisuutta ja objektiivisuutta, mutta toisaalta hoitajalta edellytetään myös herkkyyttä ja eläytymiskykyä. Saattohoidon kanssa työskentelevä henkilöstö vaatii omaan jaksamiseensa paljon tukea ja ohjausta. Erityisesti nuoret ja kokemattomat hoitajat voivat kokea avuttomuutta ja ahdistusta kuolevaa asiakasta hoidettaessa. Myös omaisten surun ja ahdistuksen kohtaaminen voi tuntua haastavalta. Tällöin työyhteisön tuki on ensiarvoisen tärkeää; hoitajaa tulee tukea ja ohjata kuolevan ja omaisten kohtaamisessa.

Työ voi tuntua myös kokeneista hoitajista ajoittain liian raskaalta. Etenkin, jos omassa elämässä on kokenut läheisten ihmisten menetyksiä tai asiakkaan tilanne muistuttaa omassa elämässä koettua tilannetta. Asiakkaan ja omaisen surun lisäksi saattohoitoon kuuluu myös hoitajan suru. Asiakkaan kuolemaan liittyvät tunteet voivat vaihdella hoitohenkilökunnalla hyvinkin paljon. Tavallista voimakkaampia tunteita voi aiheuttaa sellaisen asiakkaan kuolema, joka on pitkässä hoitosuhteessa tullut tutuksi. Varmistaakseen oman työssä jaksamisensa hoitaja voi pitää etäisyyttä asiakkaaseen ja tämän omaiseen tai keskittyä asiakkaan konkreettiseen hoitamiseen, uskaltamatta kuitenkaan täysin kohdata kuolevaa. Liiallisen etäisyyden pitäminen ja tekninen hoitaminen voivat olla esteenä hyvän ja auttavan hoitosuhteen muodostumiselle. Hoitohenkilökunnan jaksamisen turvaaminen onkin ensiarvoisen tärkeää, jotta he jaksavat kohdata ja vastata kuolevan asiakkaan tarpeisiin. Hoitotyössä voidaan nähdä edistäviä ja heikentäviä tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitohenkilökunnan työssä jaksamiseen:

EDISTÄVÄT TEKIJÄT**HEIKENTÄVÄT TEKIJÄT****Hoitotyön luonteesta johtuvat:**

- yhteinen päämäärä
- ihmissuhdetyön palkitsevuus
- emotionaalinen palaute
- mahdollisuus saada aikaan jotain arvokasta
- positiivinen palaute potilailta, omaisilta ja työtovereilta
- työn merkityksellisyys, antoisuus ja mielenkiintoisuus
- ammatin taitava osaaminen
- mahdollisuus kasvaa ihmisenä
- mahdollisuus toteuttaa itseään
- mahdollisuus itsenäiseen ajatteluun ja toimintaan
- työn käytännönläheisyys
- mahdollisuus valita työtehtävänsä

Hoitotyön luonteesta johtuvat:

- kärsimyksen kohtaaminen
- potilaiden hoidon ongelmat
- odottamattomat komplikaatiot
- kyvyttömyys vastata potilaiden tarpeisiin
- negatiivinen ja epämääräinen palaute

Työyhteisöstä johtuvat:

- hyvät henkilöstösuhteet
- yhteistyön sujuminen
- taitava johtajuus
- sitoutuneisuus työyhteisöön
- toimiva tiedonsaanti ja ohjaus
- yhteiset toimintatavat
- ilo ja huumori
- myönteinen ajattelu
- suvaitsevaisuus ja avoimuus
- työtovereiden ja läheisten tuki
- työn haastavuus ja vaihtelevuus
- erikoistumisen ja jatkokoulutuksen mahdollisuus
- miellyttävä fyysinen ympäristö
- vastuun jakaminen
- työnohjaus
- kriittisyys
- selkeät ja johdonmukaiset roolit työssä

Työyhteisöstä johtuvat:

- työyhteisön ihmissuhderistiriidat
- tunne riittämättömyydestä oman työn kehittämiseen
- taitamaton johtaminen
- kielteinen asennoituminen uudistuksiin
- huhut ja huono tiedonkulku
- tunne työn huonosta arvostuksesta
- ylityöt ja epäsäännölliset työajat
- tuen puute
- roolikonfliktit
- huono palkka
- huonot mahdollisuudet kehittyä ammatillisesti

- muutoksensietokyky ja kehittämistaito
- tyytyväisyys työhön

Elämäntilanteesta johtuvat:

- henkilökohtaisen elämän tasapaino
- riittävät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat
- perhe ja muu sosiaalinen verkosto
- mahdollisuus ilmaista tunteita
- harrastukset
- työpaikan sijainti lähellä kotia
- hyvä palkka
- hyvä terveys

Elämäntilanteesta johtuvat:

- uupuminen ja ahdistuneisuus
- työn fyysinen ja henkinen raskaus
- työntekijöiden vähyys ja kiire
- ikäjakauman painottuminen iäkkäisiin
- välillisten tehtävien lisääntyminen
- puutteet työturvallisuudessa
- henkilösuhteiden huonontuminen
- pelko hoitovirheiden tekemisestä
- tunne hoidon laadun heikkenemisestä
- voimattomuuden tunne

Lähde: Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. WSOY.

Kuolevien kanssa työskentelyyn lisää varmuutta:

- Hoitohenkilökunnan hyvä ammattitaito ja koulutus
 - Kuolevan asiakkaan hoito vaatii hoitohenkilökunnalta riittävät tiedot ja taidot. **Hoitohenkilökunnan säännöllinen kouluttaminen tukee henkilöä saattohoidon toteuttamisessa.** Koko henkilöstön kouluttamisen vaihtoehtona on muutaman vastuhenkilön kouluttaminen, jotka huolehtivat muun henkilöstön opastamisesta.
- Omien tunteiden käsittely
 - Hoitajan on **tärkeää käsitellä työn tuomia tunteita ja tuntemuksia**, koska ne ovat avain ammatilliseen kasvuun. **Saattohoidon asiantuntijaksi kasvaa vain kokemuksen kautta.** Tilanteesta riippuen voidaan tarvita erillistä järjestettyä esimiehen joh-

tamaa keskustelulistuntoa. Jossain tilanteissa voi pienikin spontaani keskustelu riittää.

TYÖYHTEISÖN MERKITYS

Hoitajan jaksamisen kannalta työyhteisöllä on keskeinen merkitys. Jaksamista auttaa työyhteisön avoin ilmapiiri, joka mahdollistaa työntekijöiden puhumisen ja vapaan tunteiden ilmaisun. Hyvä tapa käydä työn pintaan nostamia tunteita läpi, on vertaiskeskustelu työtovereiden kanssa.

Keinoja jaksamisen parantamiseen työpaikalla

- Työolosuhteita arvioidaan säännöllisesti ja kehitetään.
- Syntyneet ristiriidat selvitetään osapuolten kesken, tarvittaessa esimiehen johdolla
- Omasta palautumisesta huolehtiminen
 - Työajan noudattaminen ja riittävä lepo. Työajat tulisi suunnitella myös niin, että ne tukisivat mahdollisimman hyvin hoitohenkilökunnan jaksamista.
 - Terveelliset elämäntavat
 - Virkistävä vapaa-ajan tekeminen vastapainona työlle
- Jos työssä havaitaan epäkohtia, niistä ilmoitetaan esimiehelle ja yhdessä mietitään ratkaisu
- Turvallisten työtapojen noudattaminen ja apuvälineiden käyttö tarvittaessa

TYÖNOHJAUS

Työnohjaus on vuorovaikutuksellista kanssakäymistä ohjaajan ja hoitajan tai ryhmän välillä, jossa yritetään tutkia, ymmärtää ja tukea hoitajan työtä. Työohjauksessa käsitellään työhön, työyhteisöön sekä työtilanteisiin ja –tapoihin liittyä kokemuksia ja tunteita. Työohjauksen tavoitteena on mm. ehkäistä työssä uupumista, vähentää työn kuormittavuutta ja stressin tunnetta.

Kuolevan hoitotyössä yleisin ja mielekkäin ohjausmuoto on ryhmätyönohjaus, koska se tukee hoitohenkilökunnan keskinäistä yhteistyötä. Siinä työnohjausta toteutetaan koko hoitajaryhmälle, joka asiakkaan kanssa työskentelee. Ryhmätyönohjauksesta voidaan puhua kun ohjaukseen osallistuu vähintään kaksi työntekijää. Työnohjaus rakentuu siihen osallistuvien **vapaaehtoisesta vuorovaikutuksesta** ja toinen toistensa täydentämisestä. Tavoitteena on neuvotteleva keskustelu, jossa jokaisella on yhtäläinen oikeus puhua.

Ryhmässä toteutettu ohjaus:

- ..tukee hoitajien keskinäistä yhteistyötä
- ..auttaa tunnistamaan omat rajat sekä voi auttaa ehkäisemään työuupumusta
- ..antaa tilaisuuden yhdessä linjata kuolevan hoitoa yhdenmukaisemmaksi
- ..antaa mahdollisuuden hoitajalle kehittää vuorovaikutustaan kuolevan kanssa
- ..antaa mahdollisuuden käsitellä omia hoitosuhteen herättämiä tunteita

Työnohjaus ei anna valmiita vastauksia, vaan **jokainen hoitaja itse soveltaa ohjauksessa yhdessä löydettyjä näkemyksiä, ajatuksia ja oivalluksia omaan työhönsä.**

LÄHTEET

Elvytys. 2011. Käypä hoito –suositus 21.2.2011. Viitattu 12.3.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi17010#s20>

European Pressure Ulcer Advisory Panel ja National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.

Halila, R. & Mustajoki, P. 2011. Hoitotahto –käytännön ohjeita . 10.1.2011. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.3.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=hoitotahto&p_artikkeli=dlk00809

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria. Helsinki: Edita.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: Bookwell oy.

Hoitotahto. Valvira: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 12.3.2012.

www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Hållfast, M., Kivinen, M., Sipola, V., Hammari, V-M., Wright, V. & Staines, A. 2009. Minä kuolen, apua. Miten kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa. 10/2009.

[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/\\$FILE/Mina_kuolen_apua-opas.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/$FILE/Mina_kuolen_apua-opas.pdf)

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. WSOY.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Hänninen J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hänninen, J. & Riikola, T. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito –suositus 4.2.2008.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50063#s12>

Hänninen, J. 2010. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 10. uud. p. Sahalan kirjapaino.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002. Hoitamisen taito. 1.-2. p. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Järvimäki, V., Matila, A. & Rahko, E. 2011. Saattohoito – parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoito. Terveysportti. Hoitoketjut 23.6.2011. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.12.2011. www.terveysportti.fi

Kaarlola, A. 2009. Hoitotahto. Teho- ja valvontatyön opas. 20.3.2009. Duodecim. Viitattu 13.12.2011. www.terveysportti.fi

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. WSOY.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino. Kroonisen kivun ensitieto-opas. 2010. Suomen kipu ry. 2.p. Painotalo Redfina.

Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2004. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki: Edita Prima.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 28.1. 2008. Käypä hoito-suositus. Viitattu 29.2.2012. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50063

Laukkanen, M. 2001. Monikulttuurinen kuolema. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.

Lintunen, T., Kuusela, M. & Klemola, U. 2010. Eläytyvä kuuntelu. 7.5.2010. Viitattu 5.3.2012. Opetushallitus.

http://www.edu.fi/teemat/laatuoliikuntakasvatukseen/tunne_ ja_vuorovaikutustaidot/elaytyva_kuuntelu

Matzo, M. & Sherman, D. 2004. Gerontologic palliative care nursing.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2007. Vanhustenhoito. 1.-3. p. WSOY.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. 5.-7. p. Porvoo: Bookwell.

Porrastettu kivunhoitomalli. 2010. Terveysportti: Kuvatietokanta. 6.10.2010.

Puolakka, J., Aukee, M., Eskola, K., Hannonen, P., Jokiranta, P., Karjalainen, K., Keikkala, S., Korhonen, H., Miettinen, M., Nyman, K., Repo, P. & Vanhala, M. 2008. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Lokakuu 2008.

Päätös elvyttämättä jättämisestä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvira. Viitattu 26.2.12.

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

Saattohoito. n.d. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvira. Viitattu 26.2.12.

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

Sailo, E. & Varttu, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino.

Soivio, J. 2007. Vakaumuksen kunnioittaminen. Suomen ev.lut.kirkko. 5 p. Helsinki: TyyliPaino.

Suomen evankelis-luterilainen kirkko n.d.. www.evl.fi

Suomen haavanhoitoyhdistys ry. www.suomenhaavanhoitoyhdistys.fi

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. 2., uud. p. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

Viljanen, A., Hagert, T. & Blomerus, S. 2007. Romanit suomalaisessa terveydenhuollossa: tasa-arvon ansat. Lääketieteen Aikakauskirja Duodecim. 2007; 123(4); 458-66.