

Minna Jokilehto ja Johanna Paloniemi

**TASAVERTAISTA JA LAADUKASTA SAATTOHOITOA RAAHEN ALUEEN SAATTOHOITOA
ANTAVISSA ASUMISPALVELU- JA HOIVAYKSIKÖISSÄ**

Koulutus esimiehille ja hoitohenkilöstölle

**TASAVERTAISTA JA LAADUKASTA SAATTOHOITOA RAAHEN ALUEEN SAATTOHOITOA
ANTAVISSA ASUMISPALVELU- JA HOIVAYKSIKÖISSÄ**

Koulutus esimiehille ja hoitohenkilöstölle

Minna Jokilehto
Johanna Paloniemi
Opinnäytetyö
Syksy 2017
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, sisätauti-kirurginen hoitotyö

Tekijät: Minna Jokilehto & Johanna Paloniemi

Opinnäytetyön nimi: Tasavertaista ja laadukasta saattohoitoa Raahen alueen saattohoitoa antavissa asumispalvelu- ja hoivayksiköissä – Koulutus esimiehille ja hoitohenkilöstölle

Työn ohjaaja: Irmeli Pasanen & Kati Päätalo

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2017

Sivumäärä: 50 + 3

Projektimuotoisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli kiinnittää kuolevan potilaan hoitoa toteuttavan hoitohenkilöstön huomio saattohoitoon järjestämällä heille saattohoitokoulutus. Koulutuksen tavoitteena oli, että alueemme asumispalvelu- ja hoivayksiköissä asuvat ikääntyneet saavat tasavertaista ja laadukasta saattohoitoa. Opinnäytetyön tietoperusta pohjautuu tutkittuun tietoon ja siinä hyödynnettiin Käypä hoito-suosituksia, kansallisia sekä kansainvälisiä tutkimuksia, artikkeleita ja kirjallisuutta.

Järjestimme yhteistyössä Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kanssa kaksi saman sisältöistä koulustilaisuutta saattohoidosta, johon kutsuimme Raahen kuntayhtymän alueella olevat julkisten ja yksityisten asumispalvelu- ja hoivayksiköiden esimiehet ja hoitohenkilöstön. Koulutukset järjestettiin vuorovaihteiseksi potilascasen ja apukysymysten avulla. Asiantuntijoina koulutuksessa toimivat geriatrian ylilääkäri sekä saattohoito-osaston, kipupoliklinikan ja vaativan kotisairaanhoidon sairaanhoitajat. Suosittelimme koulutukseen osallistuvia valitsemaan yksiköissään vastuuhoitajat saattohoitoon sekä suunnittelemaan ja päivittämään luentojen pohjalta yksiköidensä tarpeisiin oma saattohoitosuunnitelma.

Uutta tai erityisen hyödyllistä tietoa koulutuksesta osallistujat saivat saattohoitopotilaan lääkehoidosta, hoitotahtoon ja hoitolinjauksiin sekä kivun arviointiin liittyvistä asioista. Tärkeänä pidettiin myös keskustelun syventämistä normaalista voinnin kysymisestä syvällisempiin aiheisiin kuolevan potilaan kanssa. Hyödyllisinä aiheina tulivat esille myös kivunhoidon menetelmät, kiputyypit ja palliatiivisen sedaation toteuttaminen. Tärkeänä koettiin myös tieto siitä, mitä kuolemisen tapahtuu ja mitä merkkejä lähestyvään kuolemaan liittyy. Myös saattohoitopotilaan perushoitoon sekä omaisten kanssa toimimiseen saatiin tarpeellista tietoa. Hyödyllisenä nähtiin hoitajien antama henkinen tuki ja kiireetön läsnäolo niin kuolevalle kuin hänen läheisilleen. Kriisin vaiheet auttoivat ymmärtämään potilaan ja omaisten reaktioita saattohoidon aikana. Hyödyllisenä koettiin myös keinot tuen antamisesta omaisille potilaan kuoleman jälkeen.

Onnistuimme toteuttamaan tavoitteidemme mukaisen koulutuksen ja hoitajat saivat monipuolisesti hyödyllistä tietoa saattohoitoon. Jatkossa tällainen koulutus olisi hyvä sisällyttää lähi- ja sairaanhoitajien opinto-ohjelmaan. Tulevaisuudessa myös monikulttuuristen asukkaiden osuus kasvaa asumispalvelu- ja hoivayksiköissä, joten tulevaisuudessa olisi hyvä käsitellä saattohoitoa myös heidän näkökulmastaan.

Asiasanat: saattohoito, ikääntyneet, asumispalvelut, omainen, koulutus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care, Option of Internal disease-surgical nursing

Authors: Minna Jokilehto & Johanna Paloniemi

Title of thesis: Equal and high-quality terminal care in nursing care homes and nursing units in the Raahes area – Training for supervisors and nursing staff

Supervisors: Irmeli Pasanen, & Kati Päätaalo

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2017 Number of pages: 50 + 3

The purpose of our thesis was pay attention to terminal care by organized training of terminal care to nursing staff. The aim of the training was to ensure that older people nursing home in our area receive equal and high-quality terminal care. Knowledge of thesis is based on the knowledge being studied and make use of current care guidelines, national and international studies, articles and literature.

In co-operation with the Joint municipal Authority of Wellbeing in Raahe District, we organized two training seminars on the same subject on which we called in the supervisors and care personnel of the public and private residential and service units in the region of Raahe. The training sessions were organized in an interactive way with the case of patient and assistance issues. As experts in the training were the senior physician of geriatrics, nurses in the ward of terminal care, outpatient clinic of pain and the demanding domestic nursing service. We recommend that the participants select the responsible persons in their units to plan and update their own terminal care plan based on the lectures.

Participants got new or especially useful information about medication, living will and treatment guidelines as well as pain assessment. It was also important to discuss deeper subjects with the dying patient. Pain relief methods, types of pain and implementation of palliative sedation were also important knowledge. The information about what happens when you die and the signs of impending death were found important. Training participants got useful information also the basic care of terminal care patient. Important was seeing the nurses' mental support and the peaceful presence. The phases of the crisis helped to understand the reactions of the patient and relatives during the terminal care. Useful was also how to give support to relatives after the death of a patient.

We succeeded in carrying out training in accordance with our goals and nurses received versatile and useful information of a terminal care. In the future, that kind of training would be good to include in the nurses' study program. In the future, the proportion of multicultural residents will also increase in older people nursing home, so in the future training would be a good to deal with terminal care from their point of view.

Keywords: terminal care, elderly, older people nursing home, relatives, training

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	SAATTOHOIDON PERIAATTEET JA TOTEUTUS	9
2.1	Vanhuuskuolema ja hauraus-raihnausoireyhtymä	10
2.2	Saattohoidon porrastus	11
2.3	Saattohoitoprosessi	11
2.4	Saattohoito asumispalvelu- ja hoivayksiköissä	13
2.5	Saattohoidon asema ja opetus Suomessa	15
2.6	Saattohoitopotilaan perushoito.....	16
2.6.1	Tutkimukset ja elintoimintojen seurannat	18
2.6.2	Asentohoito, suun- ja ihonhoito.....	18
2.6.3	Neste- ja ravitsemushoito	20
2.6.4	Saattohoitoympäristö.....	21
2.6.5	Omaisten kohtaaminen ja tukeminen	22
2.7	Lääkehoito ja oireiden hallinta.....	23
2.7.1	Pahoinvointi.....	24
2.7.2	Hengenahdistus ja limaisuus	24
2.7.3	Sekavuus.....	25
2.7.4	Ummetus	26
2.8	Kivun arviointi ja hoito.....	26
2.8.1	Lääkkeetön kivun hoito.....	28
2.8.2	Kivun hoito lääkkeillä	29
2.8.3	Palliatiivinen sedaatio	30
2.9	Saattohoidon laatu	30
3	PROJEKTIN TAVOITTEET	32
4	PROJEKTIN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI.....	33
5	POHDINTA	42
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	51

1 JOHDANTO

Keväällä 2017 eduskunnan käsittelyyn mennyt kansalaisaloite eutanasian hyväksymisestä Suomessa herätti suurta keskustelua kuolevan potilaan asemasta ja hoidosta. Tällöin saattohoidon laadun parantaminen ja tasavertaisen saattohoidon toteutuminen nousivat entisestään valtakunnalliseksi puheenaiheeksi. Lisäksi nykyisin mielletään, että saattohoito ei ole vain esimerkiksi syöpäpotilaan viimevaiheen hoitoa, vaan saattohoitopotilaita ovat myös kuolemassa olevat, ikääntyneet ihmiset.

Myös ikääntyvän väestön määrän kasvu saa aikaan sen, että saattohoidon ja sen osaamisen tarve kasvaa entisestään. Vanhuusikä on pidentynyt viimeisten vuosikymmenien aikana. Kun vielä 1970-luvulla kuoltiin 70–75-vuotiaina, vuonna 2012 eniten kuolevia on ollut 85–89-vuotiaissa. Edelleen lähes joka toinen vanhus kuolee terveyskeskuksessa ja elämän viime kuukausina tapahtuvat siirrot kodin ja hoitopaikkojen välillä ovat yleisiä. Tämä rasittaa suuresti sekä kuolevaa, hänen omaisiaan, että koko yhteiskuntaa; vanhuksen tulisi saada kuolla pysyvässä hoitopaikassaan. Suuri haaste yhteiskunnalle onkin, että raihnaistuvan vanhuksen hoidon jatkuvuus sekä palliatiivinen että saattohoito ovat turvattuna. (Vanhuuskuolema 2014, 523–524, 530, viitattu 27.6.2017.)

Vuodesta 1993 saattohoitokoti Terhokodin johtajana ja ylilääkärinä toiminut Juha Hänninen toteaa toimittamassaan teoksessa, että ”vanhusten hoidossa saattaa käydä niin, että se saattohoito, mitä todellisuudessa tarjotaan, onkin ainoastaan vanhuksen mahdollisuus kuolla hoivapaikassaan”. Tällöin asianmukainen saattohoito jää usein toteutumatta ja esimerkiksi omaisten rooli kuolevan läheisensä hoitoon osallistumisessa ja tuen saamisessa saattaa jäädä vajaaksi. (2013, 15.)

Vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin kuolevien potilaiden omaisia saattohoidon laadusta perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa nousi esille kolme kehittämishaastetta. Ensimmäiseksi omaiset toivoivat enemmän tukea kuolevan läheisensä hoitoon osallistumisessa. Moni omainen olisi halunnut hoitaa läheistään, mutta ei tiennyt, kuinka voisi sitä tehdä. Toisena asiana tutkimuksessa nousi tarve selkeämmälle tiedonkululle potilaan viimeisistä hetkistä, eli siitä, mistä omainen voi päätellä lopun olevan lähellä. Kolmantena kehittämishaasteena tutkimuksessa tuli esille omaisten saattohoidon jälkeisen tuen tarve. (Bäckman & Rautio 2015, 34–35, viitattu 19.5.2017.)

Ennen sairaanhoitajakoulutustamme olemme molemmat työskennelleet lähihoitajina yleislääketieteen sekä vanhuspalveluiden yksiköissä. Kuolevan potilaan hoito sekä omaisen näkökulma ovat tulleet tutuiksi niin työ- kuin omakohtaisen kokemuksen kautta. Olemme havainneet, että osalle hoitohenkilökuntaa voi kuolevien potilaiden ja omaisten kohtaaminen sekä heidän tukemisensa olla hyvinkin haastavaa. Näimme tarpeellisena, että myös omalla alueellamme saattohoidon laatuun ja resursseihin kiinnitetään yhä enemmän huomiota ja hoitajien osaamista päivitetään ja yhdenmukaistetaan nykyisten saattohoitosuosittelujen ja Raahen kuntayhtymän alueella käytettävissä olevien resurssien mukaisiksi.

Raahen kuntoutus- ja saattohoito-osasto sekä Gellman-tiimi ovat jo vuosien ajan toteuttaneet **moniammatillista** saattohoitoa Raahen alueella. Parhaillaan heillä oli menossa saattohoidon kehittämishanke, johon mielenkiintomme kohdistui. Keskusteltuamme aiheesta kuntoutus- ja saattohoito-osaston osastonhoitajan kanssa, aloimme työstää ajatuksia saattohoidosta ja sen kehittämisestä. Emme sisällyttäneet projektiamme heidän varsinaiseen saattohoidonkehittämishankkeeseensa, vaan halusimme koulutuksen avulla jakaa sitä tietoa ja osaamista, mitä heillä jo on ja näin varmistaa tasavertaisen saattohoidon toteutumista koko kuntayhtymän alueella.

Rajasimme opinnäytetyömme teoriaosan sekä suunnittelemamme koulutuksen koskemaan ikääntyneiden ihmisten saattohoitoa alueemme asumispalvelu- ja hoivayksiköissä nimen omaa ikääntyneiden sekä heidän läheistensä näkökulmasta. Toiminnallisen opinnäytetyömme tehtävänä oli organisoida ja toteuttaa kaksi saman sisältöistä saattohoitokoulutusta yhdessä Raahen hyvinvointikuntayhtymän saattohoidon osaajien kanssa. Koulutus suunnattiin Raahen alueen asumispalvelu- ja hoivayksiköiden esimiehille ja hoitohenkilöstölle. Osallistujien kanssa koulutuksen sisältöä käytiin läpi potilasesimerkin avulla ja palautteen keräämisellä saimme arvokasta tietoa koulutuksen onnistumisesta.

Opinnäytetyömme teoriapohjassa tarkastelimme saattohoidon periaatteita ja toteutusta ikääntyneiden saattohoitopotilaiden näkökulmasta sekä saattohoidon toteutumista asumispalvelu- ja hoivayksiköissä. Saattohoidon porrastusta ja prosessia käsitellessämme kiinnitimme huomiota muun muassa hoitotahdon toteutumiseen ja yksilöllisen saattohoitosuunnitelman laatimiseen. Perehdyimme myös saattohoidon asemaan ja opetukseen Suomessa. Saattohoitopotilaan perus-, lääke- ja kivun hoitoa sekä oireiden hallintaa käsitelimme melko laajasti. Lisäksi omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen paneuduimme osana saattohoitopotilaan perushoitoa. Teoriakehyksen lopussa tarkastelimme saattohoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä.

Rakkauden saattamana

Lämmin peitto syleilee hauraasti hengittävää kehoa.

Harkiten valittu asento koskettaa pehmeää patjaa.

Läheisen hoitavat kädet

lempeästi sivelevät rintaa ja päätä.

Tutut sormet kostuttavat kuivia, kauniita huulia.

Ympärillä rauha,

lupa hengittää hiljaa ja kovaa,

vastaanottaa tuntematon

kaunis ja vieras,

molemmat samalla kertaa.

Läheinen

turvallisuutta ja tukea tuoden

uskaltaa luottaa,

saattaa ja lopulta päästää.

Suurin siunaus kuitenkin

on saada lähteä elämästä

ikuisen Rakkauden saattamana.

Sanna Siltala

Kuva 1. Talvimaisema (Paloniemi 2017); Rakkauden saattamana (Siltala 2014, viitattu 26.11.2017).

2 SAATTOHOIDON PERIAATTEET JA TOTEUTUS

Hyvä saattohoito Suomessa –julkaisussa todetaan, että jokaisen ihmisen oikeutena on saada hyvää saattohoitoa ja jokaisen on saatava tuntee olonsa turvalliseksi. Lisäksi jokaisen on saatava osallistua häntä koskevien hoitoratkaisujen tekemiseen ja kokea, että hän saa säilyttää oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Kuolevan hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, sisältäen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, hengellisen ja henkisen näkökulman. (Pihlainen 2010, 17, viitattu 20.5.2017.)

Saattohoidon arvoperiaatteina pidetään hyvää hoitoa, ihmisarvon kunnioittamista, itsemääräämisoikeutta ja oikeudenmukaisuutta. Kun kuoleva ei enää itse kykene päättämään hoidoistaan, täytyy saattohoidossa kiinnittää huomio siihen ja huolehtia, että kuolevan ihmisen omat toiveet tulevat kuulluksi ja toteutetuksi (Pihlainen 2010, 17, viitattu 20.5.2017) ja että hänen omat kokemuksensa oireista ovat lähtökohtana oireiden hoitoon. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012).

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireita lievittävää hoitoa silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole. Saattohoito sinänsä on palliatiivisessa hoidossa se viimeinen osuus, jossa hoidetaan ja tuetaan potilasta niin hänen sairautensa viimeisessä vaiheessa kuin kuolinprosessin aikana. Keskeistä saattohoidon toteutuksessa on lieventää potilaan oireita ja kärsimyksiä sekä välttää turhia hoitotoimenpiteitä. (Etene-julkaisu 36 2012, 4, viitattu 20.5.2017.) Käypä hoito –suosituksessa Kuolevan potilaan oireiden hoidosta (2012) todetaan, että palliatiivinen hoito voi olla kestoltaan vuosia ja saattohoito on yleensä kestoltaan muutamia viikkoja tai enintään kuukausia.

Hoidettavan ihmisen autonomiaa, itsemääräämistä ja koskemattomuutta korostetaan useissa säädöksissä, kuten Suomen perustuslaissa, laissa potilaan asemasta ja oikeudesta, laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä terveydenhoitolaissa. Hoidon yhdenvertaisuutta potilaan kannalta ja hänen kärsimyksiensä lievittämistä sitä tarvitessaan korostetaan erityisesti terveydenhoitolaissa. Lääkintöhallituksen antamia terminaalihoitojen ohjeita vuodelta 1982 pidetään saattohoidon perustana. Keskeistä niissä on mm. hyvän saattohoidon inhimillisuus, potilaan omien toiveiden huomioon ottaminen, hoitopäätösten teko, turhista hoidoista luopuminen, potilaan hyvä kivun hoito sekä mahdollisuus kuolla haluamassaan paikassa läheisten läsnä ollessa. (Etene-julkaisu 36 2012, 44, viitattu 20.5.2017.)

Käypä hoito –suosituksella Kuolevan potilaan oireiden hoidosta (2012) ohjataan lääketieteellistä saattohoitoa. Siinä pääpainona on oireenmukainen hoito kaikille kuoleville potilaille sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja kärsimyksen lievittämiseksi. Useasti kuolevat potilaat kärsivät viimeisinä elinviikkoinaan uupumuksesta, heikkoudesta, kivusta, hengenahdistuksesta ja masennuksesta. Onkin tärkeä selvittää edellä mainittujen oireiden esiintymistä, vaikeusastetta ja häiritsevyyttä sekä kartoittaa oireiden hoitoa ja sen vastetta. Tarpeettomien lääkitysten karsiminen tulee huomioida viimeistään tässä vaiheessa.

Vanhuksen oikeutena on saada yksilöllisen hoitotarpeensa edellyttämää, kokonaisvaltaista ja elämänarvojen huomiomaan saattohoitoa. Mikäli muistisairaana omaa mielipidettä ei ole etukäteen tiedossa, voi päätöksentekijä elämän loppuvaiheessa olla vaikeaa muistisairautta sairastavan ihmisen kohdalla. Jotta kunnioitettaisiin muistisairautta sairastavan vanhuksen hoitotahtoa, onkin hyvin tärkeä kuulla ja kirjata hänen toiveet jo siinä vaiheessa, kun hän niitä pystyy ilmaisemaan. (Pihlainen 2010, 18, viitattu 20.5.2017.) Muistisairaana hoitotahto olisi hyvä laatia sairauden ollessa lievässä vaiheessa eli kun muistisairas saa Mini-Mental State Examination eli MMSE–testistä 18–24 pistettä (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus, 2017). Halutessaan muistisairas voi myös nimetä hoitotahtonsa (tai edunvalvontavaltuutukseensa) sijaispäättäjän (Pihlainen 2010, 18, viitattu 20.5.2017).

2.1 Vanhuuskuolema ja hauraus-raihnausoireyhtymä

Vanhuuskuolema eroaa käsitteellisesti vanhuksen kuolemasta. Vanhuuskuolemalla tarkoitetaan vanhuksen kuolemaa, kun elimistön rappeutuminen on edennyt tarpeeksi pitkälle. Vanhuus ei ole sairaus, mutta elimistön biologinen vanheneminen johtaa väistämättä kuolemaan ilman varsinaista sairautta. Hauraus-raihnausoireyhtymällä (HRO) tarkoitetaan tilaa, jossa vanhus on ennen vanhuuskuolemaa. Se on biologiseen vanhenemiseen liittyvää yleistä heikkoutta, joka aiheuttaa stressin sietokyvyn heikkenemistä. Biologisessa vanhenemisessä eri elinjärjestelmien rakenteet ja toiminnot heikkenevät ja heikentynyt stressinsietokyky altistaa ikääntyneen usean eri elinjärjestelmän saman aikaiselle pettämiselle. Tällöin kuoleman aiheuttavana tekijänä voi olla esimerkiksi keuhko-kuume tai sydämen rytmihäiriö. Pitkälle edennyt kudosten rappeutuminen saattaa olla myös monien äkillisten prosessien, kuten aivoverenvuodon tai sydäninfarktin taustalla. Aina vanhus ei kohtaa vanhuuskuolemaa, vaan kuoleman syy voi olla esimerkiksi tapaturma tai jokin diagnosoitu sairaus kuten syöpä. (Vanhuuskuolema 2014, 524–525, viitattu 27.6.2017.)

2.2 Saattohoidon porrastus

Arviolta noin 15 000 potilasta vuosittain tarvitsee saattohoitoa Suomessa. Näistä suurin ryhmä ovat syöpäsairaat, mutta esimerkiksi muistisairauteen kuolevien osuuskin on yli neljännes. Palliatiivista hoitoa käsittelevä eurooppalainen järjestö (EAPC) on laatinut vähimmäiskriteerit saattohoidon saatavuudesta ja porrastanut saattohoitopaikat kolmeen luokkaan sen perusteella, kuinka vaativaa potilaiden hoito on. Terveydenhuollon laitoksissa annettava saattohoito on **A-tasoista**. Näissä laitoksissa hoidetaan vuosittain 10–20 saattohoitopotilasta ja niissä on nimitetty vastuuhoitaja saattohoitoon. Kaikkien terveydenhuollon yksiköiden tulisi kyetä tarjoamaan A-tason saattohoitoa ja perusopetuksen tulisi antaa tähän asianmukainen ja riittävä valmius. Hoidettavien saattohoitopotilaiden sairaus tulisi edetä hitaasti ja ilman vaikeita oireita. A-tason saattohoidon edellytyksenä on saada tarvittaessa lääkärikonsultaatioita ja mahdollisuus suonensisäisen lääkityksen toteuttamiseen. (Etene 36 2012, 50–51, viitattu 27.6.2017; Saarto 2013, 188–190.)

Seuraava taso on **B-taso** ja näissä laitoksissa hoidetaan 20–50 saattohoitopotilasta vuosittain. B-tasossa saattohoitoon on myös nimitetty vastuuhoitaja ja lisäksi vastuulääkäri. Erityisosaamisena heillä on saattohoidosta peruskoulutustasoa laajempi koulutus ja kokemus sekä lisäksi ympärivuorokauden tapahtuva saavutettavuus. B-tason saattohoidossa potilaan sairaus saattaa edetä nopeasti, oireita voi olla paljon ja tilanne voi olla psykososiaalisesti hyvin kuormittava. **C-tason** yksiköissä saattohoidettuja potilaita on 60–100 vuosittain ja ne ovat yliopisto- ja keskussairaalan yksiköitä tai saattohoitokoteja. Saattohoidettavat potilaat kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin sairautensa ja oireidensa perusteella. C-tason yksiköiden toimintaan kuuluu myös kotisaattohoitoa, polikliinista tai päivähoitoa, koulutusta, tutkimuksia ja konsultointia. Työntekijöinä on moniammatillinen tiimi erityistyöntekijöineen ja hoito toteutuu ympärivuorokautisesti. C-tason yksiköissä palliatiivisen hoidon/lääketieteen pätevyys on vähintään yhdellä lääkäriellä ja sairaanhoitajalla. (Etene 36 2012, 50–51, viitattu 27.6.2017; Saarto 2013, 190–191.)

2.3 Saattohoitoprosessi

Jokaisen kuolevan potilaan oikeutena diagnoosista huolimatta on mahdollisuuksien mukaan **saattohoitopäätöksen** saaminen. Tämä osaltaan tiivistää hoidon tavoitteen kuolemaa lähellä olevan ihmisen kärsimyksen lieventämiseen ja myös johdattaa hoitohenkilökuntaa saattohoitokäytäntöihin. Lähestyvään kuolemaan sopeutuminen on myös helpompaa, kun saattohoitopäätös on tehty.

Mikäli saattohoitopäätöstä ei ole ehditty tehdä, voi surutyö olla vaikeaa, sillä kuolema voi tuntua omaisista odottamattomalta. (Lehto 2015, 14.)

Saattohoitoon siirtymisessä on kyse lääketieteellisestä päätöksestä, jonka hoitava lääkäri tekee arvioidessaan potilaan kuoleman tapahtuvan lähipäivinä tai viikkoina. Päätöstä tehdessään lääkäri on keskustellut asiasta potilaan ja hänen läheistensä kanssa **hoitoneuvottelussa**. Saattohoitopäätös voi olla akuutin tilanteen edellyttämä hoitolinjapäätös tai pitemmän ajanjakson ja prosessin lopputulos. Päätös elvyttämättä jättämisestä eli DNR-päätös sisältyy saattohoitopäätökseen. Päätaivitteena saattohoidossa on mahdollistaa hyvä oirehoito ilman toimenpiteitä, jotka ovat turhia ja potilasta kohtuuttomasti rasittavia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Erityisesti vanhuksien osalta saattohoidon järjestäminen on ongelmallista, sillä usein potilasta kuljetetaan hoitopaikkojen välillä edestakaisin sen sijaan, että saattohoitoa toteutettaisiin hänen asuinpaikassaan (Poukka 2015, 577). Pysyvässä hoitopaikassa kuoleminen tulisi olla jokaisen vanhuksen oikeus. Tämän vuoksi elämän loppuvaiheessa tapahtuvia hoitopakkasiirtoja tulee välttää. (Vanhuuskuolema 2014, 530, viitattu 27.6.2017.) Hoitavien lääkäreiden olisikin tärkeä tehdä alustavat hoitolinjaukset valmiiksi, jotta ne ovat hoitohenkilöstön tiedossa, kun he hoitavat vanhusta (Ahlblad 2014, viitattu 27.6.2017). Saattohoitoon siirtymispäätös käynnistää kotisaattohoidon ja sitä tehtäessä potilas sekä joskus myös omaiset ovat mukana. Etenen Saattohoito Suomessa - julkaisun mukaan kotisaattohoidon edellytyksenä on pidetty potilaan toivomusta sekä omaisten hyväksyntää ja mahdollisuutta osallistua saattohoitoon. (36 2012, 55–56, viitattu 27.8.2017.)

Saattohoitopäätöksen myötä laaditaan **yksilöllinen saattohoitosuunnitelma**, jonka mukaan saattohoitoa toteutetaan, seurataan ja arvioidaan sekä tilanteen muuttuessa päivitetään. Yhteisymmärrys potilaan, omaisten ja hoitohenkilöstön kanssa täytyy toteutua ja kommunikation olla ymmärrettävää, jotta väärinkäsityksiltä välttyttäisiin. (Hänninen & Anttonen 2008, 26–27.) Hoidon toteutuksen vuoksi hyvään saattohoitosuunnitelmaan on tärkeä kirjata myös tahot, joita voidaan tarvittaessa konsultoida vuorokauden eri aikoina ja saada tukea sekä apua tilanteiden muuttuessa (Pihlainen 2010, 30, viitattu 27.8.2017).

Hoitotahto on henkilön oma kanta häntä itseään koskeviin tärkeisiin hoitoratkaisuihin. Siinä potilas ilmaisee kantansa kuoleman läheisyyteen liittyviin hoitotoimenpiteisiin ja se on lupa sivuuttaa vain, mikäli lääkäriillä on vahvat perusteet epäillä, ettei hoitotahto ole pätevä tai vakaa. (Etene julkaisu 36, 2012, viitattu 27.8.2017.) Hoitotahto olisi hyvä laatia hyvissä ajoin, sillä liian myöhään tehty

hoitotahto ei välttämättä toteudu. Vanhuudenheikkouden, tajuttomuuden tai muiden vastaavien syiden vuoksi henkilö ei itse kykene osallistumaan hoitoratkaisuihin, jolloin aiemmin tehty hoitotahto varmistaa henkilön oman tahdon tulevan kuulluksi. Hoitotahdossa ilmaistaan erityistoiveet hoidon suhteen tai voidaan kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Siinä hoitotahdon laatija voi myös valtuuttaa toisen henkilön päättämään tarvittavat hoitopäätökset tarvittaessa. Asiallisesti toteutettu hoitotahto vähentää hoitoratkaisuihin liittyvää omaisten epätietoisuutta ja ahdistusta sekä helpottaa myös lääkäreiden työtä. (Halila & Mustajoki 2016, viitattu 27.8.2017.)

Omaisille hoitotahdon olemassaolo voi olla helpottava asia, päätösten tekeminen ei tällöin jää pelkästään omaisten tahdon varaan, vaikka heidänkin kuuleminen on tärkeää. Mikäli vaikeasti demen-toitunut vanhus ei ole tehnyt hoitotahtoa eikä hän kykene ilmaisemaan oireitaan, on saattohoito-suunnitelman teossa kuunneltava vanhuksen laillista edustajaa tai hänen lähiomaistaan, jotta saataisiin selville millainen hoito vastaisi parhaiten vanhuksen tahtoa (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013, viitattu 20.10.2017).

2.4 Saattohoito asumispalvelu- ja hoivayksiköissä

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan Etenen julkaisussa todetaan, että terminä kotisaattohoito tarkoittaa saattohoitoa, jota toteutetaan kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa tai muissa kodinomaisissa laitoksissa. Kotisaattohoidossa on korostunut erityisesti potilaslähtöisyys, hoidon turvallisuus ja jatkuvuus sekä omaisten mukana olo hoidossa. Hoito lähtee potilaan tarpeista ja toiveista ja se on kokonaisvaltaista ottaen huomioon potilaan perus- ja oireenmukaisen hoidon sekä tarpeet ja toiveet potilaan henkisistä, hengellisistä ja sosiaalisista tarpeista. (36 2012, 55–56, viitattu 21.9.2017.)

Saattohoitoa antavissa palvelutaloissa ja vanhainkodeissa tulee olla omat **saattohoito-ohjeet**, jotka on sovellettu yleisistä saattohoitosuosituksista. Nämä ohjeet tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. Yksikön saattohoito-ohjeisiin sisällytetään toimintaohjeet saattohoidon eri tilanteisiin. Suunnitelmassa on hyvä näkyä ohjeistus esimerkiksi kuolevan ja hänen läheistensä kohtaamiseen ja tukemiseen. Huonejärjestelystä sekä käytävissä olevista henkilökunta- ja lisäresursseista on hyvä olla ohjeistus, kuten myös akuuttitilanteista, sekä siitä, ketä voidaan tarvittaessa konsultoida. Ohjeesta tulee selvitä myös mahdollinen tukiosasto tai -yksikkö, saattohoitoon osallistuvien tahojen ajan tasalla olevat yhteystiedot ja missä tilanteessa kuoleva lähetetään sairaalaan.

Käytäntöjä helpottamaan suunnitelmaan kirjataan, kuka lääkäri toteaa kuoleman ja miten ja milloin tämä mahdollistuu sekä tarvitseeko ilmoittaa poliisille kuolemantapauksesta ja keneen otetaan ensimmäisenä yhteys kuoleman tapahduttua. (Muistiliitto ry 2016, 13, viitattu 21.9.2017.)

Lisäksi saattohoito-ohjeessa tulee ilmetä vainajan käsittelyyn ja laittoon liittyvät käytännöt, miten, mihin ja milloin vainaja siirretään ja miten omaisia tuetaan ja ohjeistetaan niin saattohoidon aikana kuin sen päättyessä. Toisinaan omaiset haluavat hyvinkin seikkaperäistä tietoa esimerkiksi lähestyvän kuoleman merkeistä ja vainajan käsittelystä. Hoitajan on hyvä avoimesti keskustellen kysyä, millaista tietoa omainen kaipaa. Saattohoito-ohjeessa on hyvä näkyä myös yksikön käytännöt saattohoitopotilaan lääkehoidon toteutuksesta. Yksikössä olisi hyvä olla myös omaiselle annettava osanottolehtinen, jossa on käytännön ohjeita läheisen kuoleman jälkeiseen aikaan. (Muistiliitto ry 2016, 13, viitattu 21.9.2017.)

Kotisaattohoitoon hoiva- ja asumispalveluyksiköissä on tärkeä nimetä vastuulääkäri ja vastuusairaanhoitaja, joista edes vastuuhoidajan tulisi olla potilaan ja omaisten tavoitettavissa vuorokauden ympäri. Kotisaattohoidon tueksi voidaan sopia terveyskeskuksen vuodeosasto, jonne saattohoitopotilas voi suoraan siirtyä niin, että potilaan ei tarvitse odottaa päivystyspoliklinikalla, jos hän tarvitsee tehostetumpaa hoitoa, mitä kotisaattohoidossa pystytään toteuttamaan. Yhteistyön merkitys kotisaattohoidon ja vuodeosaston henkilökunnan välillä on suuri ja sen toteutuminen on tärkeää kaikille osapuolille. (Etene 36 2012, 55–56, viitattu 23.9.2017.)

Kotisaattohoidon toteutumista saattohoitopotilaan luona asumispalvelu- ja hoivayksiköissä voidaan toteuttaa ja tukea myös kotisairaaloiminnalla, joka voi toteuttaa lääkärijohtoista ja sairaalatasoista saattohoitoa ympäri vuorokauden potilaalle mielekkäässä ympäristössä ja tuttujen hoitohenkilöiden hoivassa. Tällä tavoin esim. lääkeannostelijan avulla toteutettavaa kipulääkeinfuusiota voidaan järjestää ja siten tukea potilaan hyvän saattohoidon toteutumista hänen omassa pitkäaikaishoitopaikkansa. Kotisairaaloiminta mahdollistaa asumispalvelu- ja hoivayksiköiden henkilökunnan tuen saamisen puhelimitse eri vuorokauden aikoina sekä karsimaan potilaan tarpeettomia siirtoja elämän loppuvaiheessa. Edellytyksenä tämän kaltaisen hoidon toteutukselle on tunnistaa riittävän ajoissa saattohoitoa tarvitsevat potilaat ja sitä myötä tarpeellisten hoitolinjauksien tekeminen. (Poukka & Manninen 2013, 92–93.)

Kun saattohoitoa organisoidaan ja resursoidaan hyvin, säästää se kustannuksia merkittävästi. Tarpeettomien kustannuksien kuten erikoissairaanhoidon ja päivystyskäyntien vähentäminen tarkoittaa sitä, että palvelut järjestetään tarvelähtöisesti porrastaen, rakennetaan saumattomat hoitoketjut sekä parannetaan kotisaattohoidon mahdollisuuksia. Lisäksi konsultaatiotoimintaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä kotisaattohoidon ja perusterveydenhuollon välillä tulee vahvistaa. (Hänninen 2011, 2024, viitattu 10.10.2017; Saarto, Saarnio & Mäkitie 2017, viitattu 10.10.2017.)

2.5 Saattohoidon asema ja opetus Suomessa

Viimeisen vuosikymmenen aikana saattohoidon asema on parantunut Suomessa ja myös maailman laajuisesti. Suomen saattohoidon laatu on maailmanlaajuisesti hyvää ja eurooppalaisittain keskitasoa. Vuonna 1988 perustettiin ensimmäiset saattohoitokodit Suomeen. Ensimmäinen professori palliatiivisesta lääketieteestä perustettiin vuonna 1999 Tampereen yliopistoon ja toinen 2014 Helsingin yliopistoon. Palliatiivisen lääketieteen kaksivuotisen koulutusohjelman suorittamisesta Suomen lääkäriliitto on myöntänyt vuodesta 2007 alkaen palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyden lääkäreille. Vuonna 2008 on julkaistu ensimmäinen Käypä hoito –suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta ja sitä on päivitetty vuonna 2012. (Saarto 2015, 23–24.)

Vaikka saattohoidon toteuttaminen kuuluu lähi- ja sairaanhoitajien päivittäiseen työnkuvaan, kuolevan potilaan hoitoon kiinnitetään näissä koulutuksissa vain vähän huomiota. Vuonna 2013 uudistettuun lähihoitajien koulutukseen sisällytettiin valinnaisena tutkinnon osana kuolevan ihmisen hoitaminen. Jo työelämässä olevien hoitajien on mahdollista täydentää osaamistaan suorittamalla tämä tutkinnon osa täydennyskoulutuksena. Osaamisen kehittäminen on tarpeellista myös perusterveyden- ja sosiaalihuollon tasolla, jotta potilaan saattohoito voidaan toteuttaa jo olemassa olevassa hoitopaikassa, siirtoja välttäen. (Mårtensson 2013, 204–205.)

Tiia Saastamoisen tutkimuksessa kuolevia potilaita hoitavat sairaanhoitajat toivat esille sairaanhoitajakoulutuksen antavan riittämättömän valmiuden toteuttaa kuolevan potilaan hoitotyötä ja omaisten sekä läheisten kohtaamista ja tukemista (2012, viitattu 28.6.2017). Esimerkiksi Oulun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan koulutusohjelmassa sisältyy kliinisen hoitotyön perusteisiin saattohoito osasuorituksena 0,5 opintopisteen arvoisena (2017, viitattu 14.11.2017).

Saattohoidon osaamisessa ja resursseissa on valtakunnallisesti suurta vaihtelua. Yhteistyö terveydenhuollon yksiköiden välillä on usein puutteellista ja saattohoitopolkua ei ole riittävästi jäsennetty. Tämä johtaa herkästi siihen, että saattohoitopotilaita siirretään päivystyspoliikkliniikoiden kautta erikoissairaanhoidon piiriin. Saattohoidon kehittämisen ja käytäntöjen yhtenäistämisen vuoksi on tarpeellista järjestää saattohoidon perus- ja lisäkoulutusta myös heille, jotka toteuttavat saattohoitoa työssään esim. palvelukeskuksissa ja pienemmissä yksiköissä. Yhteistyö yksiköiden välillä sekä erikoiskoulutettu ammattitaitoinen henkilökunta ovat edellytyksiä hyvän saattohoidon toteutumiselle. (Pihlainen 2010, 17, viitattu 20.5.2017.)

Julkisuudessa on viime vuosina keskusteltu paljon saattohoidosta ja ihmisten oikeudesta saattohoitoon. Eduskunta on tehnyt lakialoitteen saattohoidosta keväällä 2017. Siinä potilaan asemasta ja oikeuksista olevaan lakiin lisättäisiin uusi kohta potilaan oikeudesta saattohoitoon, kun hänellä on todettu parantumaton sairaus ja jäljellä olevan eliniän odote on lyhyt. (Eduskunta 2017, viitattu 20.5.2017.)

2.6 Saattohoitopotilaan perushoito

Kun kuolevaa potilasta hoidetaan, tulee hänen käsittelynsä olla erityisen hellävaraista ja kokonaisvaltaista, sillä fyysisiin oireisiin liittyvät usein myös psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset seikat. Kun kuolema lähestyy, voi ihmisen mieleen muistua vanhatkin asiat, jotka aiheuttavat rauhattomuutta ja joista on tärkeää saada puhua. Ei-lääkkeelliset keinot, kuten fysioterapia, rauhoittava kosketus, toisen ihmisen turvallinen läsnäolo sekä mahdollisuus puhua mielessä olevista asioista ovat huomionarvoisia seikkoja, joita lääkehoidon rinnalla on syytä korostaa potilaan oireita hoidettaessa. (Mattila 2017, 917–918, viitattu 27.6.2017.)

Hyvään perushoitoon ja vuorovaikutukseen kuuluvat tärkeänä osana myös hoitohenkilökunnan rohkeus olla läsnä tilanteessa ilman hoitotoimenpiteitä. Tässä korostuu kyky pysähtyä tilanteeseen ja kohdata ihminen elämän loppuvaiheessa (kuva 1). Tärkeätä on kysyä niin kuolevalta kuin paikalla olevilta läheisiltä yksinkertainen kysymys: miten te voitte ja kuinka voin auttaa, osoittaen näin sopivaa arvokkuutta ja kiinnostusta. (Ahlblad 2014, viitattu 27.6.2017.) Kuolevan identiteetin ja eletyn elämän kunnioittaminen mahdollistaa osaltaan vanhuksen arvokkaan kuoleman. On muistettava, että kuolevan ruumis kuuluu vanhukselle itselleen, eikä esimerkiksi hänen omaisilleen tai

henkilökunnalle. Vanhus on toivottavasti myös ollessaan täydessä ymmärryksessä määritellyt hänelle tärkeimmät läheiset, joiden läsnäolo pyritään mahdollistamaan vanhuksen saattohoidon ja kuoleamisen aikana. (Hiltunen 2015, 223–224.)



KUVA 2. Saattohoito on muutakin kuin hoitotoimenpiteitä (Jokilehto 2014, viitattu 20.11.2017).

Hyvää saattohoitoa on myös potilaan henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. Etenkään iäkäs saattohoitopotilas ei ensisijaisesti kaipaa psykoterapiaa, vaan ennen kaikkea tukea ja vakautta, jotka selkeyttävät elämiseen, mutta myös kuolemiseen liittyviä moninaisia ajatuksia. Näihin voidaan vastata esimerkiksi kuuntelemalla potilasta, olemalla läsnä ja saatavilla, mahdollistamalla kirkollisiin toimituksiin osallistuminen tai niiden kuuleminen sekä yksinkertaisesti hiljentymisen potilaan kanssa, hänen yksilöllistä vakaumustaan huomioimalla ja kunnioittamalla. (Muurinen 2015, 307.)

Varpu Lipposen väitöskirjassa todetaan, että yhteyden löytäminen hoidettavan ja hoitajan välille johtaa läheisyyden tunteeseen, joka ohjaa kokonaisvaltaisen hoitamisen keskiöön. Tämä johtaa siihen, että saattohoidettava kokee hoitajan olevan aidosti hänen käytettävissään tarpeen mukaan. Tutkimuksessa muistutettiin myös siitä, että aina ei kaikkien potilaiden kanssa läheisyyttä ja yhteyttä muodostu. Tällöin on varottava, ettei saattohoito ajaudu pelkästään teknisten tehtävien toteuttamiseen ja hoitajan muuttumiseen vallankäyttäjäksi, joka käytöksellään nujertaa aran potilaan käyttäytymään laitospäristön tottumusten mukaan. Hoitajan ystävällisyys voi tuntua pieneltä eleeltä, mutta sen vaikutus potilaan kokemana voi olla merkitykseltään suuri. (2006, 162–163.)

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa haastateltiin hoitohenkilökuntaa ja perheenjäseniä, saatiin selville, että hoidettaessa muistisairasta ennen hänen kuolemaansa, on hyödynnettävä sitä, että pitkäaikaishoitopaikan henkilökunta tuntee potilaan hyvin. Potilasta pitkään hoitaneilta hoitajilta löytyy taitoa havainnoida muutokset potilaan tilassa ja he osaavat huomioida hänen kärsimyksensä parhaiten. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että hoidon suunnittelu yhdessä perheenjäsenten kanssa on ensisijaisen tärkeää jo hoidon alkuvaiheessa, etteivät keskustelut jäisi siihen vaiheeseen, kun muistisairas on jo lähellä kuolemaa. (Lawrence, Samsi, Murray, Harari & Banerjee 2011, viitattu 30.10.2017.)

2.6.1 Tutkimukset ja elintoimintojen seurannat

Kuolevan potilaan oireita arvioidaan löydösten perusteella ja reagoidaan niissä tapahtuviin muutoksiin. Tällöin ei useinkaan enää tarvita laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia, elleivät ne ole merkittäviä oirehoidon mittareita. Potilaan tilan heiketessä niin, että säännölliset lääkitykset on jo purettu minimiin, tarpeettomina mittauksina pidetään myöskin verenpaineen, happikyllästyneisyyden ja lämmön mittauksia sekä nestelistan seuraamista. Näiden sijaan kiinnitetään huomio kipuun, levottomuuteen, hengitysteiden eritteisiin, hengenahdistukseen, oksenteluun ja pahoinvointiin sekä virtsan erittymiseen. Näitä arvioidaan ja kirjataan säännöllisesti esimerkiksi neljän tunnin välein. (Korhonen & Poukka 2013, 441, viitattu 27.8.2017.) Verensokeria seurataan edelleen diabetesta sairastavilta saattohoitopotilailta, vaikkakin verensokerin tavoitearvoksi riittää heillä 7–15 mmol/l. Verensokerin mittaaminen voidaan lopettaa, kun tajunnantasoa madaltuu ja kuolema on jo lähellä. (Kiljunen & Marjamäki 2017, viitattu 20.10.2017.)

2.6.2 Asentohoito, suun- ja ihonhoito

Asennon vaihoilla ehkäistään iho-ongelmien syntyminen. Paineen vähentäminen säännöllisesti ihon pinnalta on tärkein ennaltaehkäisevä toimi painehaavaumien syntymiseen ja käytännössä se toteutuu riittävän tiheästi tapahtuvilla asennon vaihoilla. Lisäksi kevennyspatjojen, -kiilojen ja -tyynyjen käyttö on perusteltua, kun toteutetaan hyvää asentohoitoa. Asentoa tulisi vaihtaa noin kahden tunnin välein, mutta tässä on yksilöllistä vaihtelua. (Isoherranen 2015, 182.)

Mikroasentohoidolla jäljitellään terveen ihmisen normaalisti nukkuessaan tai maatessaan tekeviä pieniä asennonmuutoksia ja se sopii erityisesti niille vuodepotilaille, joita ei voi kerralla liikuttaa

kovin paljoo. Tällainen asentohoito toteutetaan hyvin vähäisillä liikkeillä, ehkä vain tukityynyä siirtämällä tai jopa vain vuoteen kaltevuutta muuttamalla, jolloin kehon tai raajan painopiste kuitenkin muuttuu. Näin pystytään vähentämään painetta esimerkiksi pään, olkapäiden, lantion, reisien ja jalkaterien alueelta. Samalla myös nivelten asentoa saadaan muutettua. Mikroasentohoito osaltaan ehkäisee kivun syntymistä, koska se parantaa veren- ja lymfanesteen kiertoa ja sillä estetään painehaavaumien kehittymistä, keuhkokuumetta, laskimotukoksia sekä nivelten virheasentoja. Vaikutus on sama kuin asentohoidossa. (IGAP 2007, viitattu 29.10.2017.)

Suun hoito ja oireet tulisi huomioida, jotta vältettäisiin suun kuivuminen, suun kivut ja suun infektiot. Suun kuivumisen tunteen aiheuttaa syljen tuotannon väheneminen, jonka yleisimpinä syinä ovat lääkkeet kuten opioidit, antikolinergit tai antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet kuten diureetit. Tämän vuoksi suun kostutuksesta ja hygieniasta tulee huolehtia, vaikka potilas ei suun kautta mitään nauttisikaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.) Suun kostutuksen tulisi tapahtua vähintään neljän tunnin välein (Korhonen & Poukka 2013, 442, viitattu 27.8.2017).

Katteista kieltä voidaan harjata pehmeällä hammasharjalla käyttäen apuna 1 %:sta vetyperoksidia. Huulien rasvaaminen säännöllisesti auttaa ehkäisemään tunnetta suun kuivuudesta. Suun kuivuutta voidaan hoitaa useita kertoja päivässä erilaisilla suun kostutusgeeleillä tai vedellä kostutetuilla harsotaitoksilla. Mikäli potilas tarvitsee lisähapetta, sen kostuttaminen on huomioitava suun kuivuuden ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä. Kipua suuhun voivat aiheuttaa myös sieni-infektiot ja tulehdukset, joten niiden hoitaminen on perusteltua esim. paikallisilla sienilääkkeillä tai klooriheksiidiini-purskutteluilla. Suun kipua voivat lisäksi helpottaa kylmät juomat ja jääpalojen sekä jäämurskan imeskely. Myös 2 %:sta lidokaiinigeeliä voidaan käyttää suun limakalvojen paikallispuudutukseen. (Friman 2015, viitattu 27.6.2017.)

Ihon puhtaudesta huolehtiminen on myös iho-ongelmien ennaltaehkäisyssä tärkeätä. Ihon altistuksessa lialle tai kosteudelle esim. intiimialueilla, on se alttiimpi paineen aiheuttamille ongelmille ja sitä myötä painehaavoille. Säännöllinen pesu, kuivaaminen ja rasvaus ovat ihon hoidon perusta. Potilaan mieltymykset suihkupesusta tai saunomisesta ovat yksilöllisiä ja ne on pyrittävä huomioimaan. On järkevää pohtia, rasittavatko suihkupesut potilasta kohtuuttomasti ja onko esimerkiksi vuodepesut suihkua parempi vaihtoehto. (Hänninen 2015, 45–46, viitattu 25.9.2017.)

2.6.3 Neste- ja ravitsemushoito

Saattohoidossa tuetaan potilaan omaehtoista ja -aikaista juomista ja syömistä. Saattohoitoon eivät pääsääntöisesti kuulu laskimon kautta toteutettava nestehoito ja ravitsemus. Loppuvaiheen potilaista 30–90 %:lle kehittyy loppuvaiheessa merkittävä yleinen heikkous ja haitallisimmillaan vakava näivettyminen, jota edesauttavat elimistön luonnollinen rappeutuminen kuoleman lähestyessä ja siihen liittyvät muutokset aineenvaihdunnassa. Tehoruokinnalla tai nesteityksellä ei voida näitä palautumattomia muutoksia korjata. Joissain tapauksissa voidaan potilaan, omaisten ja lääkärin yhteisellä päätöksellä kokeilla ns. nestehoitokoetta esim. 1000–2000 ml/vrk kristalloidisokeriliuosilla, jonka aikana kevyen laskimonsisäisen nesteityshoidon tavoitteeksi asetetaan oireiden helpottuminen sekä elämänlaadun koheneminen. Mikäli muutamien päivien kuluessa tavoitteisiin ei päästä tai se tuottaa lisävaikeuksia, lopetetaan nesteitys kärsimysten vähentämiseksi. (Pöyhiä 2013, 128–129,134.)

Saattohoitoisen potilaan sairaudet voivat vaikuttaa aineenvaihduntaan aiheuttaen elimistön kuivumista. Lisäksi useiden lääkkeiden sivuvaikutuksena voi olla suun kuivumista ja myös pahoinvointi saattaa aiheuttaa nestehukkaa. Tiedetään, että kuivuminen vähentää eritystoimintaa, jonka seurauksena tarve virtsaamiseen ja potilaan liikuttamiseen vähenee. Hengitysteiden liman erityis myös vähenee, mikä auttaa potilasta hengitystyössä. Mikäli saattohoidettavalla on kasvaimia, voi nestevajauksella olla kipua vähentävä vaikutus turvotusten vähentyessä kasvaimien ympäristössä. Tämän vuoksi erityisesti saattohoidon alkuvaiheessa nesteityttämisen hyödyt ovat parempia kuin loppuvaiheessa. (Hänninen 2015, 15, viitattu 25.9.2017.)

Saattohoitoisen potilaan nesteitys täytyy arvioida yksilöllisesti sen hetkisen tilanteen mukaan, sillä ainoastaan erityistapauksissa on havaittu suonensisäisen nesteityksen olevan tarpeellista. Lisänesteitys usein lisää haitallisten oireiden esiintymistä, lisäksi se laskee veren albumiinia, mikä johtaa turvotuksiin. Tietysti saattohoidettavan on suotava juoda ja nauttia nesteitä omien mieltymystensä mukaisia määriä. Loppuvaiheessa voi riittävä keino olla suun kostutus pienillä vesimäärillä ja näin poistaa epämiellyttävä tunne kuivasta suusta. (Rimpiläinen & Akural 2007, viitattu 25.9.2017; Hänninen 2015, 15–16, viitattu 25.9.2017.)

2.6.4 Saattohoitoympäristö

Hoidettaessa vanhusta hänen elämänsä loppuvaiheessa on hyvä kiinnittää huomiota hoitoympäristöön ja sen viihtyvyyteen. Pienillä muutoksilla esim. valaistuksen, kalustuksen ja sisustuksen avulla luodaan rauhallinen ympäristö, joka on tärkeä hyvinvoinnin ja jaksamisen lähde niin kuolevalle itselleen kuin myös läheisille ja henkilöstölle. (Vanhuuskuolema 2014, 530, viitattu 27.6.2017.) Viihtyisyyttä voidaan lisätä valitsemalla hoitoympäristön värit, taideteokset ja kasvit niiden tarjoaman esteettisen kokemuksen vuoksi. On tärkeä tiedostaa, että omaisten mieliin jää ikuisesti kuva siitä, millaisessa ympäristössä heidän läheisensä kuoli ja missä jäähyväiset jätettiin. (Anttonen 2008, 53.)

Yksityisyyden turvaaminen saattohoitotilanteessa on tärkeää, sillä potilas tarvitsee omaa kuolemistaan varten rauhaa. Järjestämällä yhden hengen huoneen potilaalle vältetään potilaan joutuminen katseiden alle tilanteessa, jossa hänen heikkoutensa, kärsimyksensä ja haavoittuvuutensa ovat esillä. Oma huone mahdollistaa rajoittamattomat vierailuajat ja potilaan toiveiden mukaan omaisten läsnäolon myös yöaikana. Toisaalta kuoleva voi haluta olla myös yksin, ilman läheisiä. Tällöin vierailuja on syytä rajoittaa. Joskus vanhus ei halua siirtoa yksityishuoneeseen, vaikka vointi heikkenee. Toisen asukkaan läsnäolo tuo turvaa ja poistaa yksinäisyyden tunnetta. Tällöin on huomioitava myös huonetoverin mielipide. (Anttonen 2008, 54.)

Aistihavainnot elämän loppuvaiheessa voivat vanhuksella korostua, sillä kuuloaisti tuottaa havaintoja elämän loppuun asti ja myös tuoksumuisti säilyy pitkään. Osalle potilaista hengittämisen raskeus on tyypillistä loppuvaiheessa. Näiden asioiden vuoksi on arvokasta kiinnittää huomio melutomaan ympäristöön ja raikkaaseen huoneilmaan. (Kotilainen 2014, 123, viitattu 27.6.2017.)

Huomion arvoista on myös psyykkisen hoitoympäristön eli hoitoyksikön ilmapiirin vaikutus potilaaseen sekä omaiseen. Hoitohenkilökunnan on tärkeä kohdata potilaat ja omaiset ammattitaitoisesti ja käyttäytyä asiallisesti, ystävällisesti sekä kärsivällisesti. Tiedon tarjoaminen hoitohenkilökunnan aloitteesta potilaalle sekä omaiselle on omiaan edistämään myönteisen ilmapiirin muodostumista. Saattohoitotilanne on sekä kuolevalle että omaisille sellainen tilanne, että he ovat henkisesti hyvin herkästi virittäytyneitä. Tämän johdosta hoitohenkilökunnan käytös on erityisen tarkkailun ja tulkinnan kohteena. Sanat, ilmeet ja eleet voivat saada useita eri merkityksiä saattohoitotilanteessa ja niihin saatetaan reagoida odottamattomasti. (Anttonen 2008, 53–54.)

2.6.5 Omaisten kohtaaminen ja tukeminen

Hoitohenkilökunnalta kaivataan herkkyyttä vaistota myös kuolevan potilaan läheisten stressi ja ahdistus. Kuolevan potilaan omaisen elää usein hyvin vaativaa vaihetta elämässään – tutkimusten mukaan omaisen tuntee masennusta ja ahdistusta yhtä paljon kuin kuoleva itse. Omaiset voivat olla esimerkiksi myös hyvin väsyneitä saattohoitotilanteessa ja reagoiminen ja käyttäytyminen saattavat olla voimakasta, jopa hyökkäävää tai aggressiivista. Hoitohenkilökunnalta odotetaan tällöin neutraalia suhtautumista, ymmärtämystä ja riittävää ajan antamista keskusteluille. Kuolevan potilaan lisäksi saattohoitoon kuuluu kiinteästi omaisten huomioiminen, tukeminen, arvostaminen sekä kiittäminen mahdollisesta läsnäolosta kuolevan vierellä. (Hietanen 2015, 247.)

Kuolevan omaisia on mahdollisuus tukea tilanteessa myös selittämällä, mitä on tapahtumassa ja odotettavissa sekä millaisia keinoja hoidossa voidaan käyttää. Tärkeätä on myös vuorovaikutuksen keinoin selvittää miten omaiset itse jaksavat ja haluavatko he osallistua kuolevan läheisensä hoitamiseen konkreettisesti. Omaisten täytyy kokea ja tuntea, että he saavat rehellistä tietoa ja että heitä kuullaan aidosti saattohoitotilanteessa. Omaisten ottaminen mukaan hoitotoimenpiteisiin antaa läheiselle tunteen, että on saanut olla kuolevaa eri tavalla lähellä ja että on voinut tehdä vielä jotain kuolevan hyväksi. (Korhonen & Poukka 2013, 440–441, viitattu 27.8. 2017.)

Hoitajan on hyvä muistaa, että ei ole oikeaa tai väärää tapaa hyvästellä kuolevaa omaistaan ja osoittaa suruaan. Hyvää kuolemaa edeltää tärkeiden ihmissuhteiden säilyminen ja mahdollisten ristiriitojen selvittäminen. Käytännön ohjeiden lisäksi hoitaja voi inhimillisesti ja lämpimästi rohkaista kuolevaa ja hänen läheisiään yhdessä olemiseen, eletyn elämän läpikäymiseen ja sosiaalisten sidosten katkeamisen hyväksymiseen kuoleman kohdatessa. Kuoleman jälkeisen tuen saamiseksi läheisiä voi rohkaista esimerkiksi potilas- tai vapaaehtoisjärjestöjen piiriin, joiden henkilöt ovat sitoutuneet tehtäviinsä. (Hiltunen 2015, 225–226.)

Tiina Surakan mukaan yksi tärkeä tekijä saattohoitopotilaan hoidossa on potilaan omahoitaja. Omahoitajalla on paras kokonaiskuva potilaan ja hänen läheistensä tilanteesta ja tarpeista. Näin ollen omahoitaja pystyy parhaiten tukemaan niin kuolevaa kuin hänen läheisiään ja vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Omahoitajalle tulisi järjestää mahdollisuus käyttää aikaansa saattohoitoon työvuoronsa aikana. Kun saattohoitopotilaan omahoitaja ei ole työvuorossa, tulisi jonkin toisen työvuorossa olevan hoitajan ottaa kokonaisvastuu saattohoidon toteutuksesta. (2013, 95.)

Kokemusten mukaan vertaistuella on suuri merkitys läheisensä menettäneille, joten mahdollisuudesta esimerkiksi sururyhmään tulee informoida vainajan omaisia. Asumispalvelu- ja hoivayksikössä pitkään asuneen vanhuksen kuoleman jälkeen kunnioituksesta vainajaa kohtaan kertoo henkilöstön lähettämä adressi hautajaisiin. Lisäksi muutaman kuukauden jälkeen tapahtuva puhelinsoitto vainajan lähiomaiselle sekä perheen kuulumisten kysyminen on hyvää huolenpitoa suruajana. (Surakka 2013, 102.)

2.7 Lääkehoito ja oireiden hallinta

Saattohoitovaiheessa hoidon painopisteenä on oireiden tehokas hallinta ja ennakointi sekä toimintakyvyn ja elämän laadun ylläpitäminen. Viimeistään tässä vaiheessa on aika päivittää vanhuksen lääkelista. Lääkehoitoa tulee arvioida kokonaisvaltaisesti ja lopettaa turhat lääkkeet. Turhia lääkkeitä tässä vaiheessa voivat olla esimerkiksi vitamiinit, kolesteroli- ja osteoporoosilääkkeet. Asteittain, harkinnanvaraisesti lopetettavia lääkkeitä ovat mm. verenpaine-, mikrobi-, psyyken- ja antitromboottiset lääkkeet. Mitä enemmän lääkkeestä on haittoja, sen nopeammin se tulee purkaa. Toisaalta pitkään jatkunut esim. psyykenlääke tai vatsansuojalääke tulisi vieroitusoireiden välttämiseksi lopettaa asteittain, pitkän ajan kuluessa. (Kiljunen & Marjamäki 2017, viitattu 20.10.2017.)

Tablettilääkkeille on paljon vaihtoehtoisia antomuotoja potilaan nielemisen ja ruokahalun heikentyessä. Palliatiivisessa ja saattohoitovaiheessa voidaan käyttää esimerkiksi liuoksia tai bukkalaisia lääkemuotoja. Jos potilas ei pysty nauttimaan lääkkeitä ollenkaan suun kautta esimerkiksi alentuneen tajunnan tason vuoksi, voidaan käyttää lääkelaastareita, sumutteita tai lääkeannostelijoita, jotka annostelevat esimerkiksi kipulääkkeen joko laskimoon (i.v.) tai ihon alle (s.c.). Ihon alle annostelu on potilaalle miellyttävämpää kuin laskimon sisäisesti ja sen toteutus onnistuu ilman i.v.-luvan suorittanutta henkilökuntaa. (Forsell 2015, 312.)

Kuoleman lähestyessä siirrytään ainoastaan oireenmukaiseen lääkehoitoon. Kun nieleminen loppuu, kaikesta säännöllisestä lääkityksestä luovutaan. Ainoastaan opioidin antoa jatketaan loppuun asti sopivaa lääkemuotoa ja antoreittiä käyttäen. Lääkehoidon tarkoituksena on helpottaa olemassa olevia ja saattohoitovaiheessa ilmaantuvia tai lisääntyviä oireita ja kipuja. Tarvittaviksi määrättyillä lisälääkkeillä hoidetaan mm. läpilyöntikipuja, kuumetta, limaisuutta, pahoinvointia, ahdistuneisuutta ja kouristuksia. (Kiljunen & Marjamäki 2017, viitattu 20.10.2017.)

2.7.1 Pahoinvointi

Käypä hoito –suosituksessa Kuolevan potilaan oireiden hoidosta (2012) todetaan, että pahoinvointia esiintyy 30 %:lla saattohoitopotilaista ja oksentelua jopa 60 %:lla elämän loppuvaiheessa. Saattohoitoisilla potilailla pahoinvointia aiheuttaa usein mahan tyhjentyminen hidastuminen. Lisäksi aivojen pahoinvointikeskuksen aktivoitumisesta voi seurata pahoinvointia. Pahoinvointia aiheuttavat myös asennon vaihdot pitkän vuodelevon aikana sekä liikkuminen. Muita syitä pahoinvointiin voivat olla annetut lääkkeet, aineenvaihdunnalliset syyt, tulehdukset, ummetus tai suolistotukos. On tärkeä selvittää, mikä aiheuttaa pahoinvointia, jotta voidaan valita oikea hoito siihen. Osaan pahoinvoinnin syistä voidaan vaikuttaa hoitamalla syy, mutta mikäli sitä ei voi poistaa, vähennetään pahoinvointia lääkityksen avulla. (Hänninen 2015, 32–33, viitattu 25.9.2017.) Pahoinvointilääkityksen antaminen toteutetaan potilaan vointi huomioiden. Mikäli nieleminen on jo hankalaa, voidaan lääkettä antaa valmisteesta riippuen esimerkiksi peräpuikkona tai ruiskeena ihon alle (Korhonen & Poukka 2013, viitattu 25.9.2017).

2.7.2 Hengenahdistus ja limaisuus

Elämän loppuvaiheessa hengenahdistusta esiintyy pitkälle edenneissä sairauksissa paljonkin, esimerkiksi keuhkohtaumatautia sairastavilla 90–95 %:lla ja sydämen vajaatoimintaa sairastavilla noin 60 %:lla. Iäkkään saattohoitopotilaan hengenahdistusta aiheuttavat usein esimerkiksi kakeksia eli kuihtuminen ja hengityselinten heikkous. Hengenahdistuksen syynä saattaa olla myös anemia, sydämen vajaatoiminta, astma, keuhkohtaumatauti, keuhko- tai jokin muu syöpä tai muu keuhkosairaus kuten pneumonia. (Rimpiläinen & Akural 2007, 325–326; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Hengenahdistusta voidaan lievittää kohottamalla vuoteen päätyä ja farmakologisesti esim. pienellä annoksella vahvaa opioidia, joista paras tutkimusnäyttö on morfiinilla. Joskus myös opioidin yhdistäminen bentsodiatsepiiniin voi tuoda helpotusta hengenahdistukseen. Jos hengenahdistuksen syynä on hypoksia eli hapen niukkuus, saattaa lisähappihoidosta olla hyötyä. Useimmat saattohoitoisista kokevat kuitenkin hyötyvänsä samassa määrin myös ikkunan avaamisesta tai tuulettimen käytöstä, jotka lisäävät ilmavirtausta heidän lähellään. Mikäli saattohoitoinen hyperventiloii psyyk-

kisen ahdistuksen myötä, aiheuttaa se hengenahdistuksen tunteen lisääntymistä. Tällöin rauhallinen läsnäolo on ensisijainen ja paras vasteen tuoja. (Rimpiläinen & Akural 2007, 325–326; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Astmalääkityksellä voidaan hoitaa hengenahdistuksen syynä olevaa keuhkoputkien supistumista (Hänninen 2015, 35, viitattu 25.9.2017). Limaisuus ja irtonainen sylki voivat aiheuttaa hengityssään-ten rohinaa. Tämä ei kuitenkaan vaivaa kuolevaa itseään, sillä tajunnan taso on tässä vaiheessa jo alentunut. Omaiset sitä vastoin voivat kokea limarohinan häiritseväksi, joten heille on tärkeä kertoa oireiden laatu. Tarvittaessa limaa voidaan imeä imulaitteella suusta ja ylänielusta, mutta alemmista hengitysteistä sitä ei kyetä saamaan pois, joten limarohinaa ei kokonaan saada poistettua imun avulla. Liman kertymistä hengitysteihin voidaan hillitä elämän loppuvaiheessa lääkkeiden avulla, esimerkiksi glykopyrrolaatilla tai skopolamiinilla. (Korhonen & Poukka 2013, viitattu 27.8.2017.)

2.7.3 Sekavuus

Deliriumia eli akuuttia sekavuutta voi esiintyä pitkälle edennyttä syöpää sairastavilla jopa 88 %:lla (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012). Saattohoitopotilailla sekavuutta voi ilmetä esimerkiksi muutamia viikkoja tai päiviä ennen kuolemaa. Sekavuuden voivat aiheuttaa lääkkeet, hapenpuute, häiriöt aineenvaihdunnassa kuten venytynyt rakko, infektio tai keskushermoston sairaus. (Hänninen 2015, 38–39, viitattu 25.9.2017.)

Sekavuudessa aivojen orgaaninen toiminta häiriintyy, jolloin yhtäaikaaisesti esiintyy heikentynyttä tietoisuutta, tarkkaavaisuushäiriöitä, häiriöitä ajattelussa ja muistissa, muutokset toiminnassa ja tunteissa sekä uni-valvetrytmisissä. Tällaisissa tilanteissa on tärkeä järjestää potilaalle rauhallinen ja valvottu ympäristö sekä vahvistaa tunnetta turvallisuudesta omaisten tai hoitajien läsnäololla. Erittäin muistisairaiden vanhusten kohdalla alihoidettu kipu voi aiheuttaa levottomuutta ja jopa lievästi aggressiivisuutta. Tällöin kivun hoitoa täytyy tehostaa. Mikäli potilas kärsii sekavuudestaan ja sen aiheuttamista oireista, niiden lievitykseen voidaan käyttää lääkkeitä kuten esimerkiksi haloperidolia, risperidonia, olantsapiinia tai bentsodiatsepiinia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.) Sekavuutta aikaansaavat lääkkeet tulee joko vaihtaa tai lopettaa mahdollisuuksien mukaan (Korhonen & Poukka 2013, viitattu 27.10.2017).

2.7.4 Ummetus

Vatsan toiminnan ollessa harvempaa kuin kolme kertaa viikossa, käytetään termiä ummetus. Tällöin ulostemassa on kovaa ja sen läpimenoaika maha-suolikanavassa on yli viisi vuorokautta. Palliatiivisessa hoitovaiheessa olevista noin puolella esiintyy ummetusta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.) Saattohoitopotilailla suolen toimintaa hidastavia tekijöitä ovat vahvat kipulääkkeet, ravitsemuksen niukkuus, vähäiset nestemäärät ja liikkumisen vähentyminen (Hänninen 2015, 36, viitattu 29.10.2017). Saattohoitopotilaiden ummetuksen hoidossa voidaan käyttää suolensisältöä pehmentävän ja suolen toimintaa vilkastuttavan laksatiivin yhdistelmiä. Jos laksatiiveilla ei ole saatu opioidi-valmisteiden käytöstä johtuvaa ummetusta hoidettua, voidaan ihon alle antaa metyyliinaltreksonibromidi-injektio. Oksikodoni ja naloksoni yhdistelmävalmisteena kivun hoidossa ehkäisee opioidin aiheuttamaa ummetusta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.)

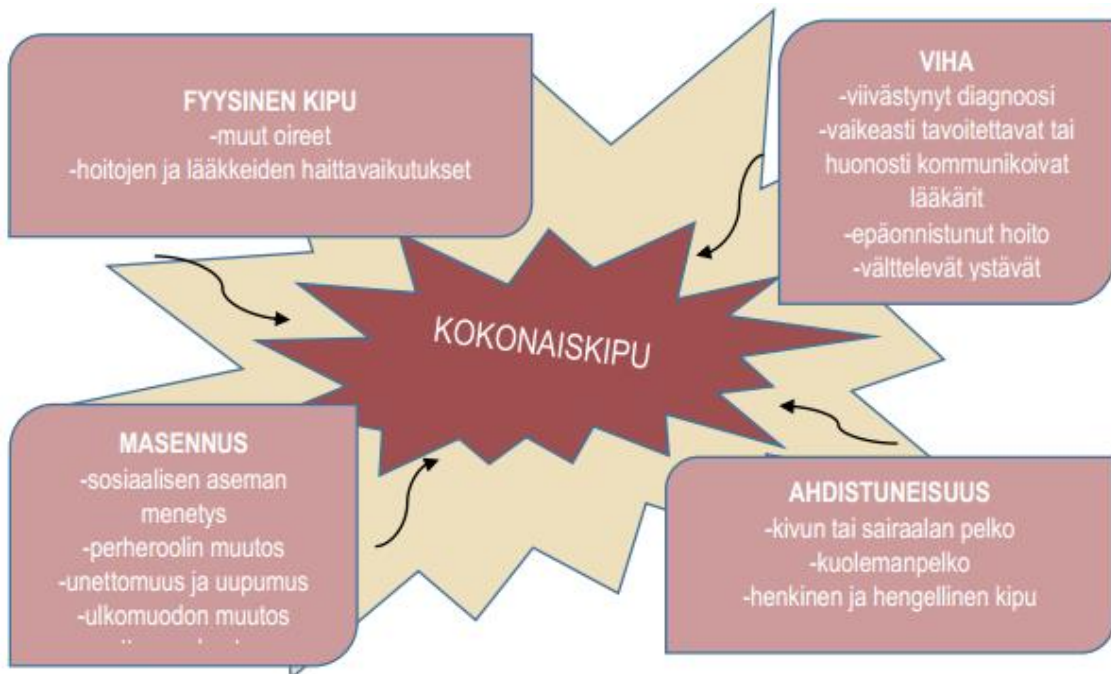
2.8 Kivun arviointi ja hoito

Myös iäkkäiden saattohoitopotilaiden kipu tulee tunnistaa ja hoitaa asianmukaisesti ja riittävästi. Kipu on yleinen oire saattohoitopotilaalla, esimerkiksi sydänsairauksissa sitä esiintyy 41–77 %:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77 %:lla ja munuaissairauksissa 47–50 %:lla. Niin sanottu läpilyöntikipu on yleistä myös muilla, kuin syöpää sairastavilla saattohoitopotilailla. Sitä esiintyy jopa 63 %:lla saattohoitopotilaista. Oireiden ja kivun arviointi voi olla haastavaa kuolevan vanhuksen kohdalla, erityisesti, mikäli hän ei kykene sanallisesti ilmaisemaan ja kommunikoidaan esim. muistisairauden vuoksi. Tällöin vanhuksen tunteminen omaisten ja hoitohenkilökunnan toimesta on merkittävässä osassa. Oireiden havainnointi ja dokumentointi tulee tehdä johdonmukaisesti, sillä tilanne voi muuttua nopeastikin kuoleman lähestyessä. (Vanhuuskuolema 2014, 526–527, viitattu 27.6.2017; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Käypähoitosuosituksessa Kuolevan potilaan oireista todetaan, että kuolevan vanhuspotilaan kipu on usein alihoidettua. Etenkin krooninen syöpäkipu ja dementoituneiden akuutti kipu jäävät vaille riittävää lievitystä. Muistisairaana potilaan kiihtyneisyys ja levottomuus saattavat johtua kivusta ja asianmukaisella kivunhoidolla vanhus saadaan rauhoittumaan. Tutkimusten mukaan pitkävaikutteisten opioidien käyttö on turvallista laitoksessa asuvan, ikääntyneen saattohoitopotilaan kivun

hoidossa, eikä riippuvuuden kehittymistä tarvitse hoidon tässä vaiheessa ajatella. Ikääntyneillä opioidin annostelu on suositeltavinta toteuttaa suun kautta ja pienemmillä aloitusannoksilla, vastetta seuraten. (2012.)

Kuolevan potilaan hoidossa hoitavan henkilöstön on hyvä tiedostaa myös niin sanottu kokonaiskipu, joka käsitteenä tarkoittaa, että kipukokemukseen liittyy fyysisen kivun lisäksi myös psyykinen, sosiaalinen, hengellinen ja eksistentiaalinen (olemassa oloon liittyvä) ulottuvuus (kuva 3). (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.) Kivun lisäksi tarpeiden mukaan hoidetaan oireita ja lääkitystä kohdennetaan oireiden lievitykseen. Mikäli tulee esille hoitotoimenpiteitä, joilla ei ole parantavaa vaikutusta potilaan vointiin, tulee niitä välttää. (Vanhuuskuolema 2014, 527, viitattu 27.6.2017.)



KUVA 3. Kokonaiskipu käsitteenä kuvastaa tekijöitä, jotka vaikuttavat kivun kokemiseen (Mukailen: Poukka & Korhonen 2013, viitattu 21.11.2017).

Kivun havainnoinnin apuna osalla ikääntyneistä voi toimia perinteinen kivunarviointi- eli **VAS-as-teikko**, jossa potilas ilmaisee kivun kipujan avulla tai numeraalisesti yhdestä kymmeneen. Jos kuoleva ei kykene esimerkiksi muistisairauden vuoksi asianmukaiseen kommunikointiin, voidaan käyttää **PAINAD**- eli Pain Assessment in Advanced Dementia Scale -mittaria. (Taulukko 1.) PAI-NAD-kipumittarin avulla havainnoidaan viittä eri kategorialla: hengitystä, ääntelyä, kasvojen ilmettä,

kehonkieltä ja lohduttamisen vaikutusta. Kutakin kategoriaa arvioidaan pisteyttämällä kivun aiheuttamia käyttäytymisen muutoksia 0-2 pisteillä niin, että yhteispistemääräksi tulee 0-10 pistettä. Pistemäärissä 0 on kivuton tila ja 10 kuvastaa kaikista voimakkainta kipua. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007, viitattu 9.7.2017.)

TAULUKKO 1. PAINAD-mittari kivun arviointiin henkilöllä, joka ei kykene kommunikoimaan sanallisesti. (Mukaillen: Tilvis, Björkman & Sorva 2007, 3, viitattu 12.7.2017.)

	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaihalloista - Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista - Pitkiä hyperventilaatiojaksoja - Cheyne-Sotkes -tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä - tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikeointia tai voihketta - Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua - Äänekästä vaikeointia tai voihketta - Itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen - Pelokas - Tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä - Ahdistunutta kävelyä - Levotonta liikehdintää	Jäykkä - Kädet nyrkissä - Polvet koukussa - Pois vetämistä tai työntämistä - Riuhtomista
Lohdutettavuus	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu

2.8.1 Lääkkeetön kivun hoito

Hyvän perushoidon, turvallisuuden tunteen luomisen ja erilaisten oireiden lievittämisen ohella muut lääkkeettömät kivunhoitokeinot ovat yhtä tärkeitä kuin lääkkeelliset hoidot. Lääkkeettöminä hoitoina voidaan edellä mainittujen lisäksi käyttää mm. kylmä- ja kuumahoitoja toteutettuina esimerkiksi jyväpusseilla tai kostutetuilla taitoksilla. Kiinnittämällä kuolevan huomio hänen mielimusiikkiinsa tai kosketuksella, kuten kädestä pitämisellä, sivelemisellä tai hieromisella hellästi, voidaan saada kivun lievittymistä aikaan. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 270.)

2.8.2 Kivun hoito lääkkeillä

Aina lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät eivät riitä, vaan on turvauduttava lääkehoitoon. Saattohoitovaiheeseen mielletään herkästi opioidilääkkeet, mutta kuitenkin kaikenlainen kipu ei ole parhaiten hoidettavissa opioideilla. Parasetamoli on peruslääke lievään kipuun ja esimerkiksi luustokipujen osalta NSAID- eli tulehduskipulääkitys saattaa olla hyödyllinen. Jos potilaalla on saattohoitoon siirtyessään käytössään säännöllinen kipulääkitys ja kivut ovat hallinnassa, jatketaan lääkitystä entisellä annoksella. Lääkemuotoa ja antoreittiä vaihdetaan, jos potilaan tajunta on heikentynyt tai entinen antoreitti ei jostakin muusta syystä ole asianmukainen. Esimerkiksi potilaan ollessa vielä tajuissaan, mutta nieleminen ei onnistu, voidaan opioidi imeyttää liuksena suun limakalvoilta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012; Haanpää 2013, 111–112.)

Opioideilla hoidetaan syöpäkipuja, mutta myös muista syistä aiheutuvia kroonisia kiputiloja. Neuropaattisessa kivussa opioidien rinnalla käytetään usein trisyklisiä masennuslääkkeitä, gabapentiiniä ja pregabaliinia sekä niin sanottuja SNRI-lääkkeitä kuten duloksetiinia ja venlafaksiinia. Erityisen hyvin vanhuksille sopivat iholle paikallisesti annosteltavat valmisteet, kuten puuduttavat lidokaiini ja kapsaisiini. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012; Haanpää 2013, 111–112.)

Myös neljän tunnin välein annosteltavat ihonalaiset ruiskeet tarvittavine lisäannoksineen tarjoavat helpon ja tehokkaan vaihtoehdon kipulääkkeen annosteluun. Ihonalaisella lääkeannostelijalla (ns. kipupumppu) voidaan antaa myös koko vuorokauden kipulääkitys jatkuvana infuusiona. Lääkeannosta suunniteltaessa huomioidaan potilaan koko edellisen vuorokauden aikana tarvitsema opioidimäärä. (Korhonen & Poukka 2013, 442, viitattu 13.11.2017.)

On myös kivuliaita tiloja, joita voidaan hoitaa lääkkeillä, jotka eivät ole varsinaisia kipulääkkeitä: Lihaskrelaksanteilla (baklofeeni, bentsodiatsepiinit) saatetaan saada helpotusta kivuliaisiin lihasspasmeihin. Steroideilla taas voidaan vähentää kudosturvotusta, mikä helpottaa kallonsisäisen paineen noususta ja hermopinteestä johtuvaa kipua. Lisäksi steroidit lievittävät viskeraalista eli sisäelinperäistä kipua. Kalsiumkanavan salpaajat (nifedipiini) saattavat helpottaa esimerkiksi ruokatorven spasmeja. Antikolinergeilla (hyoskiinibutyylibromidi) voidaan lievittää sileän lihaksen kuten rakon ja suoliston spasmeja. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.)

2.8.3 Palliatiivinen sedaatio

Sedaatio tarkoittaa lääkkeiden avulla tapahtuvaa tajunnantason alentamista ja sitä voidaan käyttää saattohoitotilanteissa, joissa potilaan oireet ovat poikkeuksellisen voimakkaita, eikä muulla lääkityksellä saada oireita hoidettua. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi hallitsematon kipu, hengenahdistus, sekavuus, levottomuus ja voimakas ahdistuneisuus. Palliatiivinen sedaatio ei millään tavalla jouduta potilaan kuolemaa eikä sillä korvata saattohoitopotilaan kipulääkitystä. Sedaation voimakkuutta voidaan säätää esimerkiksi potilaan vuorokausirytmien mukaiseksi ja jatkuvaa, syvää sedaatiota käytetään ainoastaan siinä tapauksessa, kun potilaan oireet ovat erityisen voimakkaita tai kun elinaikaa odotetaan olevan jäljellä korkeintaan tunteja tai vuorokausia. Yleisimmin sedaatiossa käytetty lääkeaine on midatsolaami. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012; Pöyhä 2015, 265–266.)

2.9 Saattohoidon laatu

Yleisesti hoidon laatua arvioitaessa tarkastelun kohteena ovat hoito-organisaatiot ja niiden arvot sekä työyhteisöt ja henkilöstön henkilökohtaiset voimavarat. Kuitenkin tärkeimpiä konkreettisen hoidon laadun mittaamisessa ovat potilaiden ja omaisten kokemukset, hoitohenkilökunnan koulutus ja toimintatavat. Kun hoitoyhteisössä toteutetaan saattohoidon toimintaperiaatteita, viittaa se potilaslähtöiseen toimintaan, jossa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet sekä kuunnellaan hänen omia toiveitaan ja sallitaan myös omaisten läsnäolo saattohoidon aikana. (Anttonen 2008, 56.)

Lipposen ja Kervisen (2015, 162) palliatiivista ja saattohoitoa koskevista koulutustarpeista käsittelevässä artikkelissa mainittiin, että onnistuneen saattohoidon taustalla ovat hoitohenkilöstön vahvat organisointi- ja hoitotaidot. Toisaalta saattohoitoa heikentävät tekijät löytyvät jäsentymättömistä saattohoitopoluista, puuttuvista konsultaatiomahdollisuuksista ja tekemättä jääneistä hoitolinjauksista.

Anttosen (2016, 137–138) tekemässä tutkimuksessa saattohoidon kokemuksista potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan kokemana todetaan, että hoitohenkilökunta tarvitsee vuorovai-
kutustaitoja ja hoitamisen taitoja kyetäkseen vastaamaan haasteisiin saattohoitopotilaan ja perheenjäsenten hoitamisessa. Siksi saattohoitoa antavissa yksiköissä täytyykin kiinnittää huomio sii-

hen, että hoitohenkilöiden osaamista tuetaan asianmukaisesti. Saattohoitohenkilöstön itsetunte-
muksen kasvu sekä tietoisuus ammatillisen kasvuprosessin merkityksestä laajenee sen myötä, kun
hoidollista osaamista saattohoidosta kehitetään. Saattohoidon kehittämisen keskiössä tulee olla
saattohoitopotilaan tunnistaminen ja hänen yksilöllisten tarpeiden mukainen hoidon toteuttaminen
selkeästi ja joustavasti.

3 PROJEKTIN TAVOITTEET

Tavoitteenamme oli organisoida ja toteuttaa saattohoitokoulutus Raahen alueen asumispalvelu- ja hoivayksiköiden esimiehille ja hoitohenkilöstölle yhteistyössä Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän saattohoidon ammattilaisten kanssa. Näin asumispalvelu- ja hoivayksiköissä asuvilla ja sinne kuolevilla olisi mahdollisuus parhaaseen mahdolliseen saattohoitoon hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen myötä.

Projektimme **välittömänä tavoitteena** oli kiinnittää hoitohenkilökunnan huomio saattohoitoon sekä ohjeistaa valitsemaan saattohoitovastaavat yksiköissään. Lisäksi tarkoituksena oli antaa koulutuksen myötä valmiuksia ja käytännön ohjeistuksia laadukkaan saattohoidon toteuttamiseksi yksiköissään hyödyntämällä olemassa olevia resursseja ja toimintamalleja.

Pitkänajan kehitystavoitteena voidaan pitää saattohoidon laadun ja Raahen alueella toimivien eri yksiköiden välillä tapahtuvan yhteistyön paranemista, käytäntöjen yhtenäistymistä sekä moniammatillisten resurssien hyödyntämistä. Tavoitteenamme oli myös saattohoidon prosessin selkiytyminen niin, että saattohoitopotilaan aiheettomat laitossiirrot vähenevät ja kuoleva voidaan hoitaa lopullisessa hoitopaikassaan.

Projektimme **laatutavoitteena** oli toteuttaa mahdollisimman laadukas ja käytännön läheinen koulutus, joka on osallistujien mukaan onnistunut sisällöllisesti. Tavoitteenamme oli myös antaa eväitä Bäckman & Raution tekemässä tutkimuksessa nousseisiin tarpeisiin kuolevan potilaan hoidosta ja omaisten tukemisesta (2015, 34–35, viitattu 15.11.2017). Laatutavoitteena voidaan pitää myös pyrkimystä poistaa hoitajien epävarmuuden ja taitamattomuuden tunnetta saattohoito- ja omaisten kohtaamistilanteissa sekä sitä kautta parantaa hoitajien työssäjaksamista.

Omina oppimistavoitteinamme voidaan pitää perehtymistä projektityön toteuttamiseen ja sen eri vaiheisiin. Tavoitteenamme oli myös kehittää ryhmätyö- ja vuorovaikutustaitojamme moniammatillisessa tiimissä. Lisäksi tavoitteenamme oli tuottaa onnistunut koulutuspäivä, joka saa asumispalvelu- ja hoivayksiköiden henkilökunnan huomioimaan saattohoidon laadun merkityksen ja kehittämään sitä heidän omissa yksiköissään. Koulutuspäivän myötä tavoitteenamme oli kehittää esiintymistaitojamme kouluttajina yleisön edessä. Yhtenä oppimistavoitteena oli myös ajantasaisen tiedon löytäminen ja hyödyntäminen opinnäytetyömme teoriaosiossa.

4 PROJEKTIN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI

Usein projektin taustalla on jokin ongelma, jonka yli halutaan päästä. Kun nykyinen tilanne ei vastaa toivottua tilannetta, on se aihe uuden projektin synnylle. Projektin aloittamisen syynä voi olla esimerkiksi markkinoiden vaatimus, jonkin toiminnan muutoksia vaativat uudet edellytykset, asiakkaiden toiveet tai uusi lainsäädäntö. Kun tarve tiedostetaan, keksitään siihen ehkä ratkaisuidea ja markkinoidaan se muille organisaation jäsenille, voidaan puhua projektin toteuttamisesta. (Karls-son & Marttala 2001, 14–15.)

Oma koulutusohjamme, työkokemuksemme ja aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että saattohoitoon kaivataan enemmän osaamista. Myös kokemus saattohoitopotilaan omaisena on osoittanut saman tarpeen. Tutustuimme Raahen alueella kuntoutus- ja saattohoito-osaston toimintaan ja heidän moniammatilliseen saattohoidon kehittämishankkeeseensa. Osastolla hoidetaan pääasiassa kuntayhtymän alueella asuvia syöpää sairastavia saattohoitopotilaita. Kuitenkin on suuri ja yhä kasvava joukko ihmisiä, jotka eivät koskaan pääse saattohoito-osastolle kuolemaan, vaan meidän ikääntyvä väestömme kuolee pääasiallisesti kotona sekä asumispalvelu- ja hoivayksiköissä.

Kuten Vilka ja Airaksinen ovat todenneet, voi toiminnallisen opinnäytetyön päämääränä olla toiminnan järjestäminen, kuten tapahtuman toteuttaminen koulutuksen keinoin. Opinnäytetyön aiheen ja toteutustavan valintojen tulisi olla työelämälähtöisiä ja käytännönläheisiä, jotta ammatillisuus ei jäisi huomiotta. Tämän lisäksi toiminnallisen opinnäytetyön prosessiin kuuluu niin käytännön toteutus kuin sen esittely kirjallisesti. (2004, 9–10.) Tutustuttuamme Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kuntoutus- ja saattohoito-osaston saattohoidon kehittämishankkeeseen, halusimme jakaa heidän moniammatillista kokemustaan ja osaamistaan saattohoidosta koko Raahen alueen saattohoitoa antaville asumispalvelu- ja hoivayksiköille.

Koulutuspäivää suunniteltaessa on miettivä koulutuksen tarve ja kohdeyleisö, jotta sisältö vastaa koulutukselle annettuja tavoitteita. Koulutukseen osallistujien on tärkeä kokea koulutus omakohtaiseksi ja työtään hyödyttäväksi. Koulutuksen tarkoituksena on kehittää sekä lisätä koulutukseen osallistujien ammatillista osaamista koulutuksessa käsiteltävien asioiden kautta. Koulutuksen aikana koulutukseen osallistujien omat ajattelumallit sekä työyhteisön toimintatavat peilautuvat koulutuksen sisällön kanssa ja saavat aikaan asian sisäistämisen pohdintoineen. Kun motivoitunut op-

pija saapuu koulutukseen, hänen oma mielipiteensä asian tärkeydestä lisää koulutuksessa saatujen asioiden soveltamista työhön ja tuo työhön sitä kautta iloa. Itsensä kehittäminen koulutuksen kautta motivoi pohtimaan ja sisäistämään asiaa. (Kupias & Koski 2012, 12, 20–21, 29.)

Aiheenvalinnan selkiytyttyä opinnäytetyöprojektimme alkoi teoriatiedon keräämisellä ja aikaisempiin tutkimuksiin tutustumisella. Näiden pohjalta suunnittelimme **koulutuspäivän**, jossa ennalta suunniteltuja puheenvuoroja saattohoitoteemaan liittyen käyttivät geriatrian ylilääkäri, kipupoliklinikan hoitajat, saattohoito-osaston hoitajat sekä vaativaa kotisairaanhoidoa antavan Gellman-tiimin hoitajat. Valitsimme puheenvuorojen pitäjät heidän monipuolisen ammattiosaamisensa perusteella.

Raahen alueella on kymmenen asumispalvelu- ja hoivayksikköä, joista seitsemän kuuluu Raahen hyvinvointikuntayhtymän alaisuuteen ja kolmen yksikön toiminnasta vastaavat yksityiset toimijat. Koulutukseen kutsuttiin näiden kaikkien yksiköiden esimiehet ja hoitohenkilöstö, koska tavoitteenamme oli kiinnittää huomiota juuri asumispalvelu- ja hoivayksiköiden ikääntyneiden asukkaiden saattohoitoon.

Projektioorganisaatiossamme päällikköinä toimivat tasavertaisesti sairaanhoitajaopiskelijat Minna Jokilehto ja Johanna Paloniemi. Ohjausryhmään kuuluivat Oulun ammattikorkeakoulusta tuntiopettaja Kati Päätalo ja sisällön ohjaaja lehtori Irmeli Pasanen. Yhteistyökumppaneina meillä oli koulutuksessa luennoivat asiantuntijat Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymästä: geriatrian ylilääkäri Marja-Liisa Karjula, kipupoliklinikan sairaanhoitajat, vaativan kotisairaanhoidon eli Gellman-tiimin sairaanhoitajat ja saattohoito-osaston sairaanhoitajat. Sidosryhminä ja hyödynsaajina olivat koulutukseen osallistuvat Raahen alueen asumispalvelu- ja hoivayksiköiden esimiehet ja hoitohenkilöstö sekä luonnollisesti näissä yksiköissä asuvat saattohoitopotilaat ja heidän omaisensa.



KUVIO 1. Projektioorganisaatio

Koulutuspäivän suunnittelu

Osallistuimme kesäkuussa 2017 pidettyyn sairaalan sisäiseen saattohoidon yhteistyöpalaveriin, jossa **esittelimme opinnäytetyömme aiheen:** ”Tasavertaista ja laadukasta saattohoitoa Raahan alueen saattohoitoa antavissa asumispalvelu- ja hoivayksiköissä - koulutus esimiehille ja hoitohenkilöstölle”. Kerroimme alustavasti aiheista, joita pidimme tärkeänä sisällyttää koulutukseen, jotta asumispalvelu- ja hoivayksiköiden esimiehet ja hoitohenkilökunta saisivat monipuolisen kuvan saattohoidon eri osa-alueista ja sen toteuttamisesta. Tässä palaverissa esitimme toiveemme, että saisimme asiantuntijoiksi juuri geriatrian ylilääkärin, kipupoliklinikan hoitajan, saattohoito-osaston hoitajan ja vaativan kotisairaanhoidon hoitajan. Koska tulevan SoTe-uudistuksen myötä yksityisten palveluntuottajien osuus tulee kasvamaan, päätimme myös, että koulutukseen kutsutaan julkisen lisäksi yksityisen puolen asumispalvelu- ja hoivayksiköiden esimiehet ja hoitohenkilöstö. Tällä varmistamme, että kaikissa alueemme yksiköissä on tasavertainen mahdollisuus laadukkaan saattohoidon toteuttamiseen.

Palaverissa **sovimme koulutuksen ajankohdaksi 19.10.2017**. Sovimme myös, että koulutus järjestetään saman sisältöisinä sekä aamu- että iltapäivänä, jotta mahdollisimman moni asumispalvelu- ja hoivayksiköiden henkilökunnasta pystyisi osallistumaan siihen. Paikaksi sovimme Raahan Fregatti-salin, joka sijaitsee Raahan kauppaporvarin tiloissa.

Koulutusprojektimme lähti kesäkuussa olleen palaverin myötä nopeasti etenemään. **Lähetimme alustavan kirjeen** (liite 1) koulutukseen osallistuvien yksiköiden esimiehille kesäkuun 2017 lopussa. Kirjeessä kerroimme koulutuksen sisällöstä, ajankohdasta ja tavoitteista. Lupasimme lähettää myöhemmin tarkan ohjelmasisällön ja aikataulun koulutuspäivälle sekä ilmoittautumisohjeen (liite 2).

Koulutuksen suunnittelussa käytetyt menetelmät voivat pohjautua muun muassa osallistujien aikaisempaan tietoon aiheesta. Tällöin osallistuja voi kytkeä uutta asiaa aiemmin opittuun ja koettuun. Ajatuksena on, että tieto ei siirry, vaan oppija rakentaa sen itse uudelleen. Aikaisemmat tiedot ja kokemukset vaikuttavat siihen, mitä hän havaitsee ja miten hän havaintonsa tulkitsee. Oppijan oma aktiivisuus oppimistilanteessa edistää asian ymmärtämistä ja oppiminen tapahtuu hänen oman toimintansa tuloksena. Sosiaalinen vuorovaikutus on keskeisessä asemassa. Opetuksessa pyritään aikaansaamaan pohdintaa, mikä lisää tiedon prosessointia. Tavoitteita ei aseteta liian vaativiksi, vaan pyritään opetuskokonaisuuksiin. (Pylkkä, viitattu 22.11.2017.)

Sovimme heinäkuussa sähköpostitse luennoitsijoiden kanssa, että pitäisimme **suunnittelupalaverin** koulutussisällöistä elokuun 2017 loppupuolella. Valmistelimme palaveria niin, että rajasimme aihealueet, joita halusimme koulutuksessa käsiteltävän. Huomioimme aihealueiden valinnassa myös, että koulutukseen osallistuu todennäköisesti niin vasta valmistuneita kuin jo pitkään työelämässä olleita hoitajia. Näin ollen heillä saattoi olla hyvin erilainen kokemus saattohoidon toteuttamisesta. Jaoimme aiheita alustavasti kunkin puheenvuoroja pitävän tahon ammattiprofiliin sopiviksi. Kerroimme osallistujille tavoitteestamme, että kuulijat saisivat ohjeita myös Bäckman & Raution tutkimuksen pohjalta nousseisiin kehittämistarpeisiin. Jokainen osallistuja sai muuten suunnitella puheenvuoronsa vapaasti annettujen aihealueiden puitteissa. Sovimme myös, että kaikki tekevät luennoistaan diat, joita he näyttävät koulutuksessa.

Tietokoneen avulla näytettävät koulutusdiat havainnollistavat koulutuksen sisältöä sekä ovat runkona sille ja tukevat esitystä. Ne voidaan tarvittaessa jakaa koulutuksen jälkeen esim. sähköisesti koulutukseen osallistujille. (Kupias & Koski 2012, 53.) Olimme selvittäneet, että Fregatti-salista löytyi tarvittavat tekniset laitteet diojen näyttämistä varten. Kehotimme luennoitsijoita tuomaan koulutusmateriaalinsa koulutukseen muistitikuilla, jotta ne olivat helposti löydettävissä ja käytettävissä.

Koulutuksessa voidaan tapausopetuksen eli casen avulla haastaa osallistujat soveltamaan koulutuksessa opittua materiaalia ja etsimään sen avulla ratkaisuja ongelmaan. Tapauksen eli casen purku kuuluu järjestää koulutuksen aikana, jolloin osallistujien ajattelu ja ymmärrys koulutusasiasta syventyvät. (Kupias & Koski 2012, 53, 76.) Suunnittelimme saattohoitokoulutuksestamme ns. **vuorovaikutuksellisen**, että se olisi osallistujille mahdollisimman antoisa. Laadimme potilascasen, joka oli tarkoitus esitellä koulutuksen alussa ja jonka avulla koulutukseen osallistujilla oli mahdollisuus pohdiskella oman yksikkönsä saattohoitomahdollisuuksia puheenvuorojen sisältöjä apuna käyttäen.

Teimme kirjallisen projektisuunnitelman saattohoitokoulutuksesta ja lähetimme sen syyskuussa Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän ylihoitaja Minna Alatalolle. Hän allekirjoitti kanssamme myös yhteistyösopimuksen. Syyskuussa laadimme myös **lopullisen kutsukirjeen** ilmoittautumisohjeineen ja lähetimme sen sähköpostilla Raahen alueen asumispalvelu- ja hoivayksiköiden esimiehille sekä muille kutsutuille. Halusimme varmistaa, että koulutuskutsu oli varmasti huomioitu kaikissa yksiköissä, joten veimme tulostetun koulutuskutsun viiden asumispalvelu- ja hoivayksikön esimiehelle, joilta emme olleet vielä saaneet ilmoitusta koulutukseen osallistumisesta. Tässä yhteydessä selvisi, että emme olleet sähköpostilla tavoittaneet yhden yksikön esimiestä, vaan hän sai tiedon koulutuksesta vasta itsevietyä kutsun ansiosta.

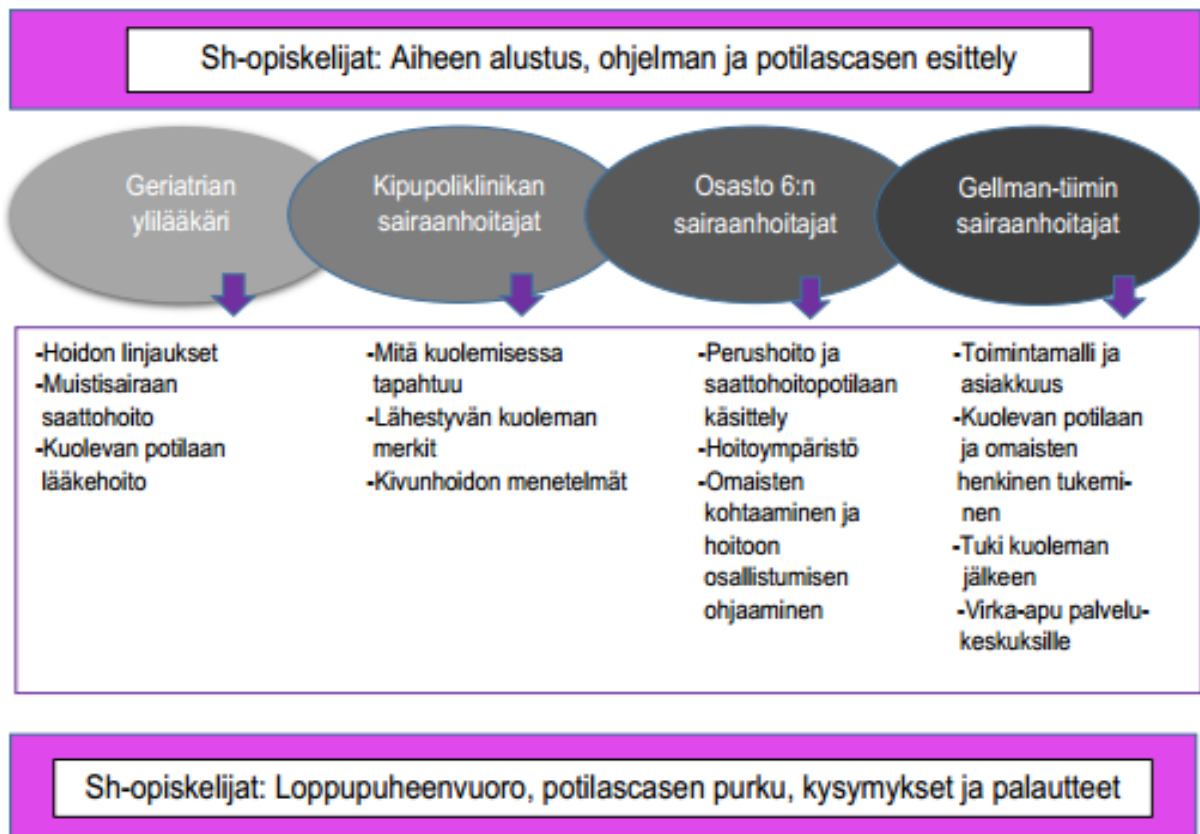
TAULUKKO 2. Projektin etenemisen aikataulu

Aikataulu	Työvaihe
05/2017	Päätös projektityön toteuttamisesta
06/2017	Aiheen valinta Päätös koulutuksen ajankohdasta ja kohderyhmästä Tietoperustan kerääminen alkaa Alustava koulutuskutsu yksiköihin
07/2017	Luennoitsijoiden varmistaminen Potilascasen suunnittelu Arviointi- ja palautelomakkeen tekeminen
08/2017	Koulutuspäivän suunnittelupalaveri luennoitsijoiden kanssa
09/2017	Projektsuunnitelman esittäminen yhteistyötaholle Lopullinen koulutuskutsu yksiköihin Yhteydenottoja luennoitsijoiden kanssa
10/2017	Koulutuspäivän toteutuminen 19.10.2017
10–11/2017	Koulutuspäivän arviointi ja opinnäytetyön kirjallisen osuuden työstäminen ja viimeistely
11/2017	Opinnäytetyön palauttaminen ja opponointi
12/2017	Maturiteetin kirjoittaminen

Saattohoitokoulutuksen toteutus ja arviointi

Koulutuspäivän aamuna menimme koulutuspaikalle Fregatti-saliin tunti ennen koulutuksen alkamista. Tiloista vastaava henkilö varmisti kanssamme tietoteknisten laitteiden toiminnan ja lataimme kaikkien diaesitykset muistitikuilta koneelle. Aamupäivän koulutus alkoi klo 9 ja paikalle saapui 41 henkilöä 47 ilmoittautuneesta. Toivotimme osallistujat tervetulleiksi saattohoitokoulutukseen ja alustimme aiheitamme diaesityksen avulla. Kävimme läpi koulutuksen ohjelman, potilascasen ja siihen liittyvän tehtävänannon sekä palautelomakkeen täyttämisen.

Ensimmäisenä luennoi geriatrian ylilääkäri monipuolisesti ja havainnollisesti muun muassa hoidon linjauksista, muistisairaahan saattohoidosta ja kuolevan potilaan lääkehoidosta 45 minuutin ajan. Tämän jälkeen pidimme varttitunnin mittaisen tauon. Seuraavaksi kaksi kipupoliklinikan sairaanhoitajaa kertoivat asiantuntevasti puolen tunnin puheenvuorossaan mitä kuolemisen tapahtuu, lähestyvän kuoleman merkeistä ja kivunhoidon menetelmistä. Kolmantena oli vuorossa kolme kuntoutus- ja saattohoito-osaston sairaanhoitajaa. He kertoivat kokemustensa pohjalta saattohoitopotilaan perushoidosta ja käsittelystä, oikeanlaisen hoitoympäristön luomisesta, omaisten kohtaamisesta ja hoitoon osallistumisen ohjaamisesta. Heidän puheenvuoronsa kesti 20 minuuttia. Noin 25 minuutin mittaisessa puheenvuorossaan vaativan kotisairaanhoidon kaksi sairaanhoitajaa kertoivat runsain käytännön esimerkein vaativan kotisairaanhoidon toimintamallista, asiakkuudesta ja antamastaan erittäin tärkeästä virka-avusta asumispalvelu- ja hoivayksiköihin. Lisäksi he avasivat kriisiteorian kautta kuolevan potilaan ja heidän omaistensa henkistä tukemista ja omaisten tukemista myös saattohoidon päättymisen jälkeen.



Kuvio 2. Koulutuspäivän ohjelma

Puheenvuorojen jälkeen annoimme aiemmin sovitusti osallistujille noin 10 minuuttia aikaa täyttää potilascase- ja palautelomakkeita. Sen jälkeen kokosimme päivän antia potilascasen ja siihen laatiemme apukysymysten avulla. Koulutuksen alussa olimme kertoneet osallistujille, että potilascasetehtävässä ei ole missään nimessä kyse tenttitilanteesta, vaan sen on tarkoitus ylläpitää mielenkiintoa luentojen aikana, edistää teorian yhdistymistä käytäntöön ja herättää keskustelua. Osallistujat saivatkin luentojen jälkeen vapaasti kertoa, miten heidän yksikössään olisi toimittu esimerkkipotilaan tapauksessa. Lopetimme koulutuksen ajatuksia herättävään, kuolevan potilaan ja hänen omaisensa luopumisprosessista kertovaan runoon. Iltapäivän koulutus alkoi klo 13 ja toteutui saman sisältöisenä kolmen tunnin ajan, klo 16 saakka. Osallistujia iltapäivän koulutukseen saapui 69, mikä oli viisi henkilöä enemmän kuin ilmoittautuneita.

Päivän molemmat koulutukset sujuivat teknisesti hyvin. Ennen koulutuksen alkua käyttämämme tunti riitti hyvin alkuvalmisteluihin. Saimme palautetta aamupäivän osallistujaryhmältä, että kuulumus oli ajoittain huono, joten ohjeistimme luennoitsijoita mikrofonien käytöstä. Iltapäivän koulutuksessa puheenvuorot kuuluivat hyvin koko saliin. Muutamien luennoitsijoiden puheenvuorot venyivät aikataulullisesti hieman sovitusta, mutta lyhensimme loppuun varattua omaa osuuttamme. Tämä ei haitannut, koska olimme suunnitelleet purkukeskustelun aikataulun melko väljäksi ja vapaamuotoiseksi. Luentojen sisällöt olivat monipuolisia ja niissä kuvastui vahva ammattitaito.

Kupias & Kosken mukaan ryhmän vaikutus oppimisessa vaihtelee erilaisissa koulutustilanteissa. Esimerkiksi ryhmän turvallisuuteen ja ilmapiiriin voi vaikuttaa, tuntevatko ryhmän jäsenet toisensa entuudestaan. Kun ryhmän jäsenet eivät tunne toisiaan, on tunnelma usein tunnusteleva ja varovainen. Tällöin osallistuminen saattaa jäädä pinnalliseksi, mikä on melko tyyppillistä lyhytkestoiselle koulutukselle. Kouluttajan tehtävänä on edistää oppimista. Hän voi omalla esimerkillään rohkaista kuuliijoita omiin kannanottoihin. Ryhmän jäsenet saattavat olla myös tuttuja entuudestaan toisilleen. Tällöin luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri syntyy todennäköisesti nopeammin. (2012, 82–83.)

Olimme laatineet potilascaceen melko tyyppillisen asumispalveluyksikössä asuvan vanhuksen, jonka vointi alkaa hiipua ja sairastuvuus lisääntyä. Potilascasen purkukeskustelussa ilmeni, että hoitajat olivat onnistuneet poimimaan luennoista monipuolisesti oleellisia asioita tapausesimerkkiin. Lisäksi he olivat pohtineet konkreettisesti omaa, henkilökohtaista sekä yksikkönsä toimintaa saattohoitotilanteissa. Keskustelun aikana eri yksiköiden osallistujat saivat vinkkejä myös toistensa käytänteistä ja toimintamalleista. Vaikka purkukeskusteluun osallistuivat lähes kaikkien yksiköiden hoitajat, olisi osallistuminen keskusteluun voinut olla vielä vilkkaampaa. Osallistujaryhmä sisälsi

useita pienempiä ryhmiä, joiden henkilöt tunsivat toisensa. Tämä varmasti rohkaisi yksittäisiä henkilöitä kommentoimaan tilanteessa. Jotkut uskaltautuivat keskustelemaan hyvinkin avoimesti tuoden esille myös epävarmoja ajatuksiaan. Luomastamme rennosta ilmapiiristä huolimatta kuitenkin ihan jokaisen yksikön porukka ei rohkaistunut ajatuksiensa kertomiseen julkisesti.

Palautteiden käsitteleminen ja arviointi

Ihminen tarvitsee palautetta kehittyäkseen. Palautetta voidaan kerätä esimerkiksi avoimin kysymyksiin ja kysymyksiä laadittaessa kannattaa huomioida koulutukselle asetetut tavoitteet. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen edistää osallistujien sitoutumista tavoitteisiin ja niiden toteutumiseen käytännössä. (Kupias & Koski 2012, 105,114.) Häyrinen ja Vallo toteavat, että palautelomake tulisi olla tiettyä tapahtumaa varten rakennettu ja sen kysymykset laadittu niin, että vastauksista ilmeni mahdollisimman kattavasti, miten tapahtuma onnistui (2012,185). Laadimme koulutukseen osallistujille palautelomakkeen (liite 3), jossa kysyimme, mitä uutta tai erityisen hyödyllistä tietoa he saivat kunkin luennoitsijan puheenvuorosta. Kysyimme myös, mitä asioita he olisivat halunneet lisäksi käsiteltävän koulutuksessa. Käytimme avoimia kysymyksiä, jotta saisimme mahdollisimman monipuolisia vastauksia. Emme halunneet kysymyksillämme johdatella koulutukseen osallistujia tietynlaisiin vastauksiin. Lopuksi pyysimme heitä arvioimaan koulutuspäivän onnistumista kokonaisuutena arvosanalla 1–5.

Saimme palautteita yhteensä 92 kpl, eli osallistujista 18 jätti tyhjän lomakkeen. Kolmessatoista lomakkeessa oli arvioitu vain päivän onnistuminen numeroarvosanalla. Palautteista ilmeni, että geriatrian ylilääkärin puheenvuorosta osallistujien mielestä ylivoimaisesti tärkeimpänä nousi lääkehoidon osuus. Lisäksi uutta tai erityisen hyödyllistä tietoa he saivat myös hoitotahtoon ja hoitolinjauksiin sekä kivun arviointiin liittyvistä asioista. Tärkeänä pidettiin myös keskustelun syventämistä normaalista voinnin kysymisestä syvällisempiin aiheisiin kuolevan potilaan kanssa. Varsinaiseen muis-tisairaahan saattohoitoon saatiin myös eväitä.

Kipupoliklinikan sairaanhoitajien puheenvuorosta tärkeimpinä aiheina tulivat esille kivunhoidon menetelmät, kiputyypit ja palliatiivisen sedaation toteuttaminen. Hyödyllisenä oli koettu myös tieto siitä, mitä kuolemisessa tapahtuu ja mitä merkkejä lähestyvään kuolemaan liittyy.

Kuntoutus- ja saattohoito-osaston sairaanhoitajien pitämästä osuudesta osallistujat olivat nostaneet hyödyllisimmäksi tiedoksi kuolemasta puhumisen saattohoitopotilaan kanssa. Myös saattohoitopotilaan perushoittoon sekä omaisten kanssa toimimiseen oli saatu tarpeellista tietoa. Uutta

tietoa oli saatu kirjaamiseen muun muassa kipufraasien osalta. Lisäksi hoitoympäristön merkitys koettiin hyödylliseksi.

Vaativaa kotisairaanhoidon antavan Gellman-tiimin sairaanhoitajien puheenvuorossa ylivoimaisesti tärkeimpänä osuutena oli nostettu hoitajien antama henkinen tuki ja kiireetön läsnäolo niin kuolevalle kuin hänen läheisilleen. Puheenvuorossa läpikäytyt kriisin vaiheet auttoivat ymmärtämään potilaan ja omaisten reaktioita saattohoidon aikana ja kuoleman kohdatessa. Tiimin toiminta, esimerkiksi sen antama virka- ja konsultaatioapu saattohoidossa palvelukeskuksille oli osalle kuuloista ihan uutta. Hyödyllistä tietoa oli myös Gellman-tiimin toteuttama tuki omaisille potilaan kuoleman jälkeen.

Viimeisenä palautelomakkeessa kysyimme, mitä aiheita osallistujat olisivat lisäksi halunnut koulutuksessa käsiteltävän. Näitä asioita olivat sielunhoito, eri uskontojen ja kulttuurien huomioiminen saattohoidossa, työnohjaus, mitä tietoja saattohoitolehtiseen laitetaan, saattohoidon tulevaisuusnäkömiä. Jotkut vastaajista olisivat toivoneet enemmän asumispalvelu- ja hoivayksiköille kohdennettua tietoa sekä esimerkkejä tosielämän saattohoitotilanteista. Kokonaisarvosanaksi päivän onnistumisesta saimme 4.4.

Olimme tyytyväisiä koulutuspäivästä saamaamme kehittävään palautteeseen. Osallistujat olivat vastanneet monipuolisesti ja nostaneet heille itselleen uusia tai erityisen hyödyllisiä asioita esille. Uskomme, että laatimiemme avoimien kysymysten avulla saimme hoitajat seuraamaan tarkemmin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Saamistamme palautteista ilmeni, että myös Bäckman & Raution tekemän tutkimuksen kehittämisaiheet oli nähty hyödyllisinä ja niitä oli poimittu eri puheenvuoroista. Käyttämämme koulutusajan puitteissa saattohoitoon liittyviä aiheita täytyi rajata. Esimerkiksi vastaajien toivomia aiheita kuten sielunhoitoa, hoitajien työnohjausta tai monikulttuurillisuutta ei ollut edes tarkoitus käsitellä puheenvuoroissa, vaan keskityimme asumispalvelu- ja hoivayksiköissä annettavaan saattohoitoon ikääntyneiden ja heidän omaistensa näkökulmasta.

5 POHDINTA

Mielestämme tasavertaista ja laadukasta saattohoitoa tulee toteuttaa kaikille iästä tai hoitopaikasta riippumatta. Opinnäytetyömme aiheenvalinta oli onnistunut, koska löysimme työelämästä asiakaslähtöisen ja ajankohtaisen kehittämistarpeen. Toteuttamassamme koulutuksessa hoitajat saivat saattohoidon ammattilaisilta monipuolista tietoa käytännön työhönsä. Uskomme, että tämä osaltaan auttaa selkiyttämään saattohoidon prosessia ja linjauksia niin, että esimerkiksi saattohoitopöytätilaisten tarpeettomat siirrot hoitopaikkojen välillä vähenevät. Tämä taas vähentää inhimillistä kärsimystä, parantaa asiakastyytyväisyyttä ja pienentää myös taloudellisia kustannuksia. Uskomme myös, että koulutuksesta poimittu tieto auttaa poistamaan hoitajien epävarmuuden ja taitamattomuuden tunnetta saattohoito- ja omaistenkohtaamistilanteissa, mikä vaikuttaa edistävästi myös työssäjaksamiseen.

Projektityöskentelyssä yhdistyvät teoreettinen tieto ja käytännön toiminta. Opinnäytetyöprojektissa teorian tietoa joudutaan hakemaan ja muokkaamaan projektin teemaan liittyen. Projektille valitaan päällikkö, joka ohjaa toimintaa. Myös muita rooleja voi olla ja niitä voidaan vaihdella projektin edetessä. Projektissa työskentely vaatii siihen osallistuvilta aikaa, aktiivisuutta ja sitoutumista. Opettaja ja tukee ja ohjaa työskentelyä, mutta ei anna valmiita vastauksia. Opiskelijoiden tulee etsiä ratkaisut itse. Projektityöskentelyn tiivyydestä johtuen opiskelijalla voi herätä syvälinen kiinnostus aiheeseen. Aihe ja käsiteltävä tieto myös alkavat elää eri tavoin, kun niille etsitään toiminnallista yhteyttä. Toisaalta projektin läpivieminen voi vaatia opiskelijoilta taitoja, joita heillä ei ole. Tärkeätä on oppia myös itse prosessista, ei vain lopputuloksesta. (Hyppönen & Lindén 2009, 50.)

Opinnäytetyömme oli opettavainen projekti kaiken kaikkiaan. Sen myötä opimme, miten projektityötä tehdään ja mitä vaiheita siihen voi sisältyä. Teoriaperustassa tarkastelimme saattohoidon eri osa-alueita, joiden pohjalta suunnittelimme koulutuksemme. Koottu teorian tieto ja aikaisemmat tutkimukset aiheesta auttoivat rakentamaan hyvän koulutuskokonaisuuden. Saimme hyvää kertausta hakusanojen ja –lausekkeiden muodostamiseen sekä eri tietokantojen monipuoliseen käyttämiseen.

Halusimme toteuttaa yhtenä päivänä kaksi saman sisältöistä koulutusta, että mahdollisimman moni työyksiköistä pääsisi paikalle. Tämä oli onnistunut ratkaisu, sillä koulutukseen ilmoittautui ja osallistui enemmän hoitajia, mitä osasimme odottaa. Koulutukseen osallistuvien määrä (110 henkilöä) todella yllätti meidät positiivisesti. Huomioitavaa oli myös, että kaikista kutsutuista yksiköistä oli

osallistujia. Koulutusaihe oli nähty tärkeänä työyksiköissä ja koimme, että olimme onnistuneet kutsuissamme herättämään mielenkiintoa saattohoidon kehittämisen tärkeydestä. Myös sillä, että varmensimme tiedonkulun viemällä tulostettuja kutsuja henkilökohtaisesti, oli merkitystä.

Koimme, että sekä ryhmätyö- että vuorovaikutustaitomme kehittyivät koulutusta suunniteltaessa. Meidän tuli huomioida kunkin asiantuntijan osaamisalueita ja sovittaa koulutuksen aiheita heille sopiviksi. Lisäksi meidän tuli osata esittää asiamme niin, että saimme vakuutettua asiantuntijat siitä, miksi valitsimme juuri ko. aiheet puheenvuorojen aiheiksi. Tässä meitä auttoi keräämämme teoria-tieto ja aiemmista tutkimuksista nousseet kehittämistarpeet. Myös oma kokemus työelämästä ja omaisena auttoi aiheiden rajaamisessa.

Oli hienoa toteuttaa projektiamme moniammatillisen tiimin kanssa. Saimme heiltä paljon näyttöön perustuvaa, kokemusperäistä tietoa ja he arvostivat meidän tuoretta, päivitettyä tietämystämme aiheesta. Jo se, että saimme heidät heti kitkattomasti mukaan projektiimme, oli suuri ilon aihe ja antoi uskoa projektin onnistumiselle. Yhteistyö onnistui hyvin, vaikka projektin aikataulu oli melko tiivis. Ainoastaan kaikkien asianosaisten kiireet niin opiskelun kuin työn suhteen asettivat haasteen yhteisen suunnitteluajan löytymiselle. Tämän vuoksi toteutimme vain yhden palaverin kasvotusten ja muu yhteydenpito hoitui sähköpostitse. Nykypäivänä tällainen verkossa tapahtuva yhteydenpito on useinkin ihan toimiva ratkaisu ja näin me myös koimme.

Keräämästämme palautteesta ilmeni, että koulutuksemme kokonaisuudessaan oli osallistujien mielestä erittäin onnistunut. Numeraalisessa arvioinnissa yhdestä viiteen vastausten yhteenlaskettu keskiarvo oli 4.4. Useassa palautteessa ilmaistiin koulutuksen menneen kohdaltamme hyvin ja esiintymisemme oli ollut luontevaa. Koulutuksen sisältö nähtiin tarpeellisena ja asiat olivat yhdistettävissä työelämään. Vastaavanlaisia koulutuksia toivottiin myös lisää. Näin ollen päättelimme, että olemme kehittyneet koulutuksemme aikana myös esiintyjinä ja kouluttajina.

Koulutuspäivän organisointiin olimme erittäin tyytyväisiä. Meille tällainen projekti oli kokemuksena ihan uusi ja olemmekin kiitollisia yhteistyökumppaneillemme saamastamme suunnitteluavusta esimerkiksi aikataulutuksen ja tilojen suhteen. Itse emme olisi osanneet odottaa näin suurta osallistujamäärää, joten olisimme todennäköisesti varanneet tilan, johon emme lopulta olisi sopineet. Tai ainakin ilmoittautumisten jälkeen meillä olisi tullut kiire hankkia isompi tila. Nyt tilaa ja istumapaikkoja oli riittävästi, tosin lisätuoleja täytyi iltapäivän koulutukseen hakea viereisistä tiloista. Tiivis ajankäyttö ja suhteellisen lyhyet puheenvuorot auttoivat pitämään mielenkiintoa yllä ja mahdollisti asioiden monipuolisen tarkastelun.

Koska lähi- ja sairaanhoitajaopinnoissa saattohoitoon kiinnitetään niin vähän huomiota, voisi tällaisen koulutuksen järjestää esimerkiksi vuosittain perusopintojaan suorittaville opiskelijoille. Se antaisi tuleville hoitajille valmiuksia kohdata ja tukea kuolevaa potilasta ja hänen läheisiään inhimillisesti ja lämpimästi. Meistä jokainen voi omassa työskentelyssämme hyvinkin pienillä asioilla vaikuttaa, millaisen kokemuksen kuoleva ja hänen läheisensä hoidostamme saavat. Jo tämä määrittää pitkälti, millaista on toteuttamamme saattohoidon laatu.

Tulevaisuudessa myös monikulttuuristen asukkaiden osuus kasvaa asumispalvelu- ja hoivayksiköissä, joten tulevaisuudessa olisi hyvä käsitellä saattohoitoa myös heidän näkökulmastaan. Eri kulttuureissa esimerkiksi uskonto ja uskomukset sekä käytännöt kuolemasta voivat poiketa suuresti toisistaan. Näiden huomioiminen saattohoitotilanteissa mahdollistaa tasavertaisen ja yksilöllisen saattohoidon toteutumisen potilaan etnisestä taustasta riippumatta.

Pääsääntöisesti meiltä kummaltakin on löytynyt motivaatiota opinnäytetyöprojektiamme kohtaan, koska olemme kokeneet aiheen tärkeänä ja mielenkiintoisena. Keskinäinen työskentelymme on ollut sujuvaa ja olemme tsempanneet toinen toisiamme. Pitkäjänteisen työskentelymme myötä olemme oppineet edellä mainittujen asioiden lisäksi myös kärsivällisyyttä ja paineensietokykyä. Onnistuneesti toteutunut projektimme vastaa mielestämme tavoitettamme: tasavertaisen ja laadukkaan saattohoidon toteutumista alueemme asumispalvelu- ja hoivayksiköissä hoitohenkilöstön lisäkoulutuksen myötä.

LÄHTEET

Ahlblad, J. 2014. Kahdeksan katsetta kuolemaan. *Lääkärilehti* 69 (39), 2432–2436. Viitattu 27.6.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/ajassa/ajankohtaista/kahdeksan-katsetta-kuolemaan-11736/>.

Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. *Lääkärilehti* 68 (12), 909–915. Viitattu 20.10.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/vaikeasti-dementoituneen-vanhuksen-elaman-loppuvaiheen-hoito/>.

Anttonen, M. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtonen, S. & Agge, E. (toim.) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito 2008*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 53–54, 56.

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohitavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto: Väitöskirja.

Björkman, M., Palviainen, Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi, kahden kipumittarin vertailu. *Lääkärilehti* 62 (26), 2547–2553. Viitattu 9.7.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/tieteessa/alkuperäistutkimukset/iakkaiden-dementiapotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/>.

Bäckman, Niina & Rautio, Heli. 2015. Saattohoito terveyskeskuksessa omaisen kokemana. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 19.5.2017, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/90592/Backman_Niina_Rautio_Heli.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Eduskunta. 2017. Lakialoite LA 13/2017 vp. Viitattu 20.5.2017, https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA_13+2017.aspx.

Etene-julkaisu 36. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Viitattu 20.5.2017, <http://etene.fi/docu-ments/1429646/1559054/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+to-teutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>.

Forsell, M. 2015. Lääkemuodot palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 312.

Friman, P. 2015. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 27.6.2017. <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti>.

Haanpää, M. 2013. Syöpäpotilaan neuropaattinen kipu ja sen hoito. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava, 111–112.

Hallila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.8.2017, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809.

Hietanen, P. 2015. Vuorovaikutus omaisten kanssa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 247.

Hiltunen, P. 2015. Psykososiaalinen tuki vanhuspotilailla. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 223–226.

Hyppönen, O. & Lindén, S. 2009. Opettajan käsikirja – opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo: Teknillinen korkeakoulu.

Hänninen, J. 2011. Saattohoitopolku kulkee läpi koko terveydenhuoltojärjestelmän. Lääkärilehti 66(24), 2024. Viitattu 10.10.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/arkisto/muu-kirjoitus/saattohoitopolku-kulkee-lapi-koko-terveydenhuoltojarjestelman/>.

Hänninen, J. 2013. Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava.

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas – potilaan ja omaisen opas. 14. uudistettu painos. Etelä-Suomen syöpäyhdistys. Viitattu 25.9.2017, <https://www.ensemble.fi/julkaisut/ssy-saattohoito.pdf>.

Hänninen, J. & Anttonen, M. 2008. Hoidon linjaaminen. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtonen, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 26–27.

Häyrynen, E. & Vallo, H. 2012. Tapahtuma on tilaisuus – tapahtumamarkkinointi ja tapahtuman järjestäminen. Helsinki: Tietosanoma.

IGAP. 2007. Micro-positioning –A supportive measure for the prevention of secondary diseases. Viitattu 29.10.2017, http://www.thevo.info/index.php/ca/component/doman/doc_view/29-nursing-info-6.

Isoherranen, K. 2015. Haavat teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, J. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 182.

Jokilehto, M. 2014. Saattohoito on muutakin kuin hoitotoimenpiteitä. Kuva 2. Viitattu 20.11.2017.

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. Projektkirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Talentum Media Oy.

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

Kiljunen M. & Marjamäki, E. 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. Lääkärilehti. 72 (19) 1231–1235. Viitattu 20.10.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/tieteessa/katsaus-artikkeli/laakehoidon-arviointi-elaman-loppuvaiheessa/>.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 129 (4), 440–445. Viitattu 27.8.2017, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/xmedia/duo/duo10821.pdf>.

Kotilainen, Helinä. 2014. Tilaa lähtemiselle. Lääkärilehti 69 (3), 123–124. Viitattu 27.6.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/ajassa/nakokulmat/tilaa-lahtemiselle/>.

Kuolevan potilaan oireiden hoito (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012. (viitattu 27.6.2017) Saatavilla Internetissä: www.kaypa-hoito.fi.

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro.

Lawrence, V., Samsi, K., Murray, J., Harari, D. & Banerjee, S. 2011. Dying well with dementia: qualitative examination of end-of-life care. The British Journal of Psychiatry 199(10), 417–422. Viitattu 30.10.2017, <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprpsych/199/5/417.full.pdf>.

Lehto, J. 2015. Hoitolinjaukset. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 14.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.8.2017, <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67617/951-44-6672-1.pdf?sequence=1>.

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. Gerontologia 29 (3), 162.

Mattila, Kati-Pupita. 2017. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. Lääkärilehti 72 (14), 917–918. Viitattu 27.6.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/ajassa/nakokulmat/hyva-saattohoito-ja-karsimyksen-kohtaaminen/>.

Muistiliitto ry. 2016. Saattohoito-ohje. Muistisairaana ihmisen hyvä saattohoito – Opas saattohoitoon osallistuville. Viitattu 21.9.2017, http://www.muistiliitto.fi/files/3715/0389/9492/Muistisairaana_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf.

Muistisairaudet (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri- ja Gerontologian Yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. (viitattu 29.10.2017). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.

Muurinen, S. 2015. Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 307.

Mårtensson, A. 2013. Tutkinon uudistamisella parempaa hoito-osaamista. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu – Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava, 204–205.

Oulun ammattikorkeakoulu. 2017. Sisäinen lähde. Opetussuunnitelmat 2017–2018. Sairaanhoidotyön perusosaaminen. Kliininen hoitotyö. Viitattu 14.11.2017, http://www.oamk.fi/opinto-opas/opintojen-sisalto/opetussuunnitelmat?koulutus=ohs2017sm&lk=s2017&alasivu=opintojakso&oj=O4004HO_fi.

Paloniemi, J. 2017. Talvimaisema. Kuva 1. Viitattu 20.11.2017.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.5.2017, <http://www.jul-kari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>.

Poukka, Paula. 2015. Kotisaattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 577.

Poukka, P. & Korhonen, T. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Kuva 3. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 129(4):440-445. Viitattu 21.11.2017, <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>.

Poukka, P. & Manninen, P. 2013. Kotisairaala vie hoidon potilaan luokse. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu – Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava, 92–93.

Pylkkä, O. Oppimiskäsitykset. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.11.2017, <http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskasitykset/>.

Pöyhiä, R. 2013. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu – Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava, 128–129,134,265–266.

Rimpiläinen, R. & Akural, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheissa. Finnanest 40(4). Viitattu 25.9.2017, http://www.finnanest.fi/files/rimpilainen_palliatiivinen.pdf.

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon asema Suomessa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim,23–24.

Saarto, T. 2013. Palliatiivisen hoidon opetus Suomessa. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu – Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava.

Saarto, T., Saarnio, J. & Mäkitie, A. 2017. Tavoitteena laadukas palliatiivinen hoito oikeassa paikassa oikea-aikaisesti. Lääkärilehti. 19/27. Viitattu 10.10.2017, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/ajassa/paakirjoitukset-tiede/tavoitteena-laadukas-palliatiivinen-hoito-oikeassa-paikassa-oikea-aikaisesti/>.

Saastamoinen, Tiia. 2012. Sairaanhoidajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 28.6.2017, http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120110/urn_nbn_fi_uef-20120110.pdf.

Siltala, S. 2014. Rakkauden saattamana. Kuva 1. Teoksessa N. Rauhala (toim.) Kuljetaan yhdessä tämä lyhyt matka. Runoja aiheesta hyvä kuolema. Oulu: Oulun tuomiokirkkoseurakunta, 54.

Surakka, T. 2013. Terveysthuollon henkilöstön ja potilaan omaisten yhteistyö. Teoksessa K. Aalto (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 95, 102.

Tilvis, R., Björkman, M. & Sorva, A. 2007. Taulukko 1. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. Tabu 15(3). Viitattu 12.7.2017. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134276/tabu32007.pdf?sequence=1>.

Vanhuuskuolema. 2014. Konsensuslausuma. Duodecim 130(4), 523–531. Viitattu 27.6.2017, <http://duodecimlehti.fi/duo11523>.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuorinen, E., Zinhu, D. & Turppo, A. 2012. Hyvä saattohoito jää liian usein toteutumatta. Suomen Lääkärilehti 67 (23). Viitattu 20.5.2017, <http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cl/laakari-lehti/pdf/2012/SLL232012-1838.pdf>.

Arvoisa vastaanottaja,

olemme kaksi sisätauti-kirurgisen hoitotyön syventävässä vaiheessa olevaa sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta. Teemme projektiluonteista opinnäytetyötä, jonka aiheena/työnimenä on "Tasavertaista ja laadukasta saattohoitoa Raahen alueen saattohoitoa antavissa asumispalvelu- ja hoivayksiköissä".

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kuntoutus- ja saattohoito-osasto 6 tarjoaa laadukasta saattohoitoa Raahen alueella. Osastolla on parhaillaankin menossa moniammatillinen kehittämisprojekti saattohoidon kehittämiseksi. Nykysuositusten mukaisesti ikääntyneet hoidetaan mahdollisuuksien mukaisesti omissa hoitopaikoissaan loppuun asti, mikä tarkoittaa sitä, että myös Raahen alueen asumispalvelu- ja hoivayksiköissä toteutetaan saattohoitoa ikääntyville yhä enenevässä määrin. Tämän vuoksi saattohoidon laatua ja käytänteitä tulee kehittää ja yhdenmukaistaa taataksemme ikääntyneille asukkaillemme arvokas saattohoito ja kuolema.

Kutsumme Teidät ystävällisesti koulutustilaisuuteen, jonka järjestämme yhteistyössä osasto 6:n saattohoidon kehittäjien kanssa. Alustavan suunnitelman mukaan asiantuntijoina tilaisuudessa käyttävät puheenvuoroja muun muassa geriatrian ylilääkäri Marja-Liisa Karjula, kipupoliklinikan anestesiahoitaja, vaativan kotisairaanhoidon (Gellman-tiimi) sairaanhoitaja ja osasto 6:n saattohoitaja. Koulutus on mielenkiintoinen, monipuolinen ja ajantasaistettu tietopaketti saattohoidosta, joka lisää hoitohenkilöstön saattohoidon osaamista ja jonka pohjalta voitte päivittää oman yksikkönne saattohoitosuunnitelmaa.

Koulutus järjestetään torstaina 19.10.2017 klo 9-12 ja 13-16 Raahen kauppaporvarin Fregattisalissa. Koulutus on sisällöltään sama aamu- ja iltapäivällä, jotta mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan. Kutsuttuja ovat yksiköiden osastonhoitajat ja kaikki hoitotyöntekijät.

Työvuorojen suunnittelun vuoksi lähestyimme Teitä jo nyt, mutta tarkemman ohjelmasisällön ja ilmoittautumisohjeen lähetämme Teille syyskuun aikana.

Lämpimästi tervetuloa!

Terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Minna Jokilehto ja Johanna Paloniemi

Jakelu:

Puistola
Mäkelänrinne
Ukonmäki
Salonkartano
Jokikartano
Maininki
Kotiranta
Ankkuri
Hopeatauri
Pajuniitty

**Laadukasta ja
tasavertaista
saattohoitoa
Raahen alueen
saattohoitoa
antavissa
asumispalvelu-
ja
hoivayksiköissä**

Koulutus esimiehille ja
hoitohenkilöstölle

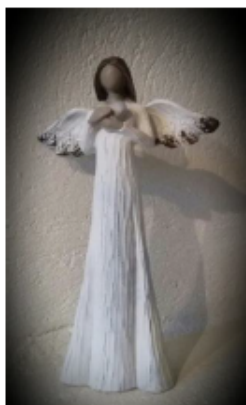
**Torstaina
19.10.2017**

Klo 9-12

ja

Klo 13-16

**Raahen
kauppaporvari,
Fregatti-sali**



HEI,

Lähetimme kesän alussa Teille kutsun *saattohoitokoulutukseen* ja lupasimme toimittaa vielä syyskuun aikana koulutuspäivän lopullisen ohjelman sekä ilmoittautumisohjeen.

Koulutuksen sisältö on sama sekä aamu- että iltapäivällä, jotta mahdollisimman moni yksiköstänne voisi osallistua. Pyydämme ystävällisesti Teitä ilmoittamaan yksiköstänne osallistuvien henkilöiden määrän ja sen, osallistuvatko he aamu- vai iltapäivän koulutukseen. *Ilmoittautumiset sähköpostilla pe 6.10.2017 mennessä osoitteeseen: xxxxxxxxxx*

KOULUTUKSEN SISÄLTÖ PÄÄPIIRTEITTÄIN:

Klo 9 Sh-opiskelijat Minna Jokilehto ja Johanna Paloniemi

- Tervetuloa ja alustus aiheeseen

Klo 9.15 Geriatrian ylilääkäri Marja-Liisa Karjula

- hoidon linjaukset, muistisairaahan saattohoito, kuolevan potilaan lääkehoito, ym.

Klo 10.00 Tauko

Klo 10.15 Kipupoliklinikan hoitajat

- mitä kuolemisessa tapahtuu, lähestyvän kuoleman merkkejä, kivunhoidon menetelmät

Klo 10.35 Os. 6 hoitajat

- perushoito ja saattohoitopotilaan käsittely, hoitoympäristö, omaisten kohtaaminen ja hoitoon osallistumisen ohjaaminen

Klo 10.55 Gellman-tiimin hoitajat

- vaativan kotisairaanhoidon toimintamalli ja asiakkuus (virka-apu), kuolevan potilaan ja omaisten henkinen tukeminen, omaisten tukeminen saattohoidon päättymisen jälkeen

Klo 11.15-12 Purkukeskustelu ja kysymykset luennoitsijoille

ILTAPÄIVÄN KOULUTUS SAMAN SISÄLTÖISENÄ KLO 13-16.

LÄMPIMÄSTI TERVETULOA AJANKOHTAISEEN KOULUTUSKOKONAISUUTEEN!

TERVEISIN

Sairaanhoidajaopiskelijat, Oamk:

Minna Jokilehto ja Johanna Paloniemi

SAATTOHOITOKOULUTUS 19.10.2017

PALAUTE- JA KYSELYLOMAKE

Mitä uutta/erityisen hyödyllistä tietoa sait

a) Lääkärin puheenvuorosta?

-
-
-
-
-

b) Kipupoliklinikan hoitajien puheenvuorosta?

-
-
-
-
-

c) Saattohoito-osaston hoitajien puheenvuorosta?

-
-
-
-
-

d) Gellman-tiimin hoitajien puheenvuorosta?

-
-
-
-
-

Mitä asioita olisit halunnut lisäksi käsiteltävän koulutuksessa?

-
-
-

Arvioi koulutuspäivän onnistumista kokonaisuutena (ympyröi arvosana):

1 2 3 4 5

Palautteesi on meille tärkeää, kiitos vaivannäöstä!

Terveisin Minna ja Johanna

