



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hyvä kuolema

Opas hyvään kuolemaan saattamisesta hoitohenkilöstölle

Anu Koivunen, Marja Lankinen

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Hyvä kuolema
Opas hyvään kuolemaan saattamisesta
hoitohenkilöstölle**

Anu Koivunen, Marja Lankinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2018

Anu Koivunen, Marja Lankinen

Hyvä kuolema. Opas hyvään kuolemaan saattamisesta hoitohenkilöstölle

Vuosi 2018 Sivumäärä 40

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas avuksi saattohoitoprosessiin yhteistyökumppanin hoitohenkilöstön käyttöön. Oppaan tarkoituksena on antaa menetelmiä henkilöstölle potilaan hyvään kuolemaan saattamisessa. Työn kirjallinen osuus perustuu uusimpiin suosituksiin ja tutkittuun tietoon. Saattohoito on yhteiskunnallisesti tarkasteltuna ajankohtainen aihe ja siitä on runsaasti materiaalia saatavilla. Työn sisältö on rajattu tarkastelemaan hyvän kuoleman ja siihen saattamisen käsitteitä. Teoriaosuus on rajattu koskemaan lääkkeitömiä hoitotyönkeinoja, kun tavoitteena on potilaan hyvä kuolema ja hyvään kuolemaan saattaminen. Opas on rakennettu selkeäksi ja nopealukuiseksi, ja se julkaistaan sähköisessä muodossa. Oppaan tueksi hoitohenkilöstö saa käyttöön taskukokoiset minioppaat, joihin on koottu saattohoitoprosessin sekä oireenmukaisen hoidon keskeisimmät käsitteet ja asiat.

Opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa etsittiin vastauksia kysymyksiin, millainen on hyvä kuolema ja miten hoitohenkilöstö voi auttaa saattohoitopotilasta kuoleman lähestyessä. Tutkitun tiedon perusteella korostuu hyvän kuoleman olevan ihmisen itsensä näköinen. Vain tietämällä, mikä on kuolevan potilaan oma tahto hänen viimeisten elinpäiviensä sisällöstä, voidaan taata hänen itsensä näköinen kuolema. Potilaan itselleen laatima hoitotahto toimii koko saattohoitoprosessin punaisena lankana. Hyvä kuolema on jokaisella henkilöllä erilainen ja siihen vaikuttaa kulttuuri sekä aika. Hyvä hoito ja kärsimyksen kokeminen kuuluvat kuitenkin hyvän kuoleman käsitteeseen jokaisen ihmisen kohdalla. Saattohoitopotilaan auttaminen, mahdollisimman hyvän elämänlaadun turvaaminen ja läheisten tukeminen tapahtuvat hoitohenkilöstön toteuttamalla oireenmukaisella hoidolla. Hoitohenkilöstön on kuitenkin pystyttävä tunnistamaan oireet ja oireiden vaikutukset toisiinsa. Kaikki potilaan näkyvät oireet eivät ole häntä itseään häiritseviä ja hoitolinjaukset täytyy aina tehdä potilaan parasta ajatellen. Kuolevan potilaan omat toiveet ja tarpeet ovat keskiössä ja ne menevät omaisten tarpeiden edelle.

Asiasanat: Hyvä kuolema, Saattohoito, Palliatiivinen hoito

Anu Koivunen, Marja Lankinen

Good death. Hospice care guide for the use of nursing staff.

Year	2018	Pages	40
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to produce a hospice care guide for the use of our working life partner's staff members. The purpose of the guide is to provide care staff with methods for providing good care in the terminal phase of a patient. The written portion of the thesis work is based on the newest recommendations and studies. Terminal care is a current societal topic and there is plenty of material regarding it readily available. The content of the thesis has been limited to examining the term good death and how to care for patients before death. The theoretical portion focuses on nonmedicinal care methods, with the aim being guiding towards a good death. The guide is clearly constructed and easy to read, it will be published electronically. In conjunction with the electronic guide, the staff will be issued pocket sized mini versions of the guide, which has the key components of terminal care process and symptomatic care.

In the functional portion of the thesis we looked for answers to the questions, what is a good death like and how can care staff help terminal patients as death draws closer. Studies suggest that a good death is a death that resembles the patient. Only by knowing what is the will of the person about the content of their final days can we try to guarantee them a good death. The patient's living will provides the key elements for hospice care. A good death is different for everyone and it is influenced by culture and time. Good care and experiencing suffering are in the definition of a good death for all people. Helping the hospice care patients, ensuring good quality of life and supporting the familiars are all carried out by the care staff providing symptomatic care. Nursing staff must be able to recognize symptoms and their effects on other symptoms. Not all symptoms are such that they bother the patient themselves. All care decisions must be made with the patient's best interest in mind. The wishes and needs of the terminal patient are in the centre of everything and supersede those of the relatives.

Keywords: Good death, Hospice care, Palliative care

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Työn tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	7
3	Keskeiset käsitteet kuoleman lähestyessä	7
3.1	Hyvä kuolema	8
3.2	Hoitotahto	9
3.3	Hoitolinjaus	9
3.4	Palliatiivinen hoito	10
3.5	Saattohoito	11
4	Potilaan oireet kuoleman lähestyessä	12
5	Kuolevan potilaan fyysisten oireiden ilmeneminen ja lääkkeettömät hoitokeinot	13
5.1	Kipu	13
5.2	Hengitystieoireet	15
5.3	Maha-suolikanavan oireet	16
5.4	Kuivuminen, kuihtuminen ja ruokahaluttomuus	18
5.5	Unettomuus ja väsymysoireyhtymä	20
5.6	Ihon oireet	20
5.7	Nestetasapainon ongelmat	21
6	Kuoleman lähestyminen	21
6.1	Kuolevan potilaan psyykkisten oireiden ilmeneminen ja lääkkeettömät hoitokeinot	22
6.2	Kuolevan potilaan sosiaalisen kärsimyksen ilmeneminen ja auttamisen keinot ...	24
6.3	Kuolevan potilaan hengellisten tarpeiden ja kärsimyksen ilmeneminen ja auttamisen keinot	24
7	Kuolema	25
8	Pohdinta	26
	Lähteet	29
	Liitteet	33

1 Johdanto

Pirkanmaan hoitokoti kiteyttää toteuttamansa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon ideologian lausahdukseen: ”Kun ei enää ole mitään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä”. (Pirkanmaan hoitokoti.) Tämä ajatus on alun perin englantilaisen Cicley Saundersin, joka teki elämäntyönsä parantumattomasti sairaiden ihmisten parissa. Hän koki sairaalassa tarjotun kuoleman hoitamisen riittämättömänä ja hänet tultiin tuntemaan johdonmukaisesta ajatuksestaan “there is so much more to be done”, vielä on paljon tehtävissä. (St. Christopher’s, 2017.) Tämä lause kuvaa hyvin palliatiivisen- ja saattohoidon monia oireita, joihin hoitotyön keinoilla voidaan vaikuttaa. Vaikka lääketieteen keinoin ei voida enää tarjota parantavia hoitoja, on ihmisen hyväksi vielä paljon tehtävissä. Parantumattomasti sairaan ihmisen yksilöllisyys ja lukuisat toistensa lomassa esiintyvät oireet tulee tunnistaa ja niihin täytyy reagoida oireenmukaisella hoidolla.

Saattohoito on ajankohtainen aihe yhteiskunnallisesti tarkasteltuna. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on ehdottanut eduskunnalle huomattavaa määrärahojen korotusta ministeriön hallinnonalan toimintoihin saattohoidon kehittämiseen. Rahaa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kehittämiseen arvioidaan tarvittavan miljoona euroa. Tavoitteena on yhtenäistää saattohoidon hoidon perusteet potilaan asuinpaikasta riippumattomaksi. (Keränen 2017.) Saattohoidon kehittämistyössä Suomi on mukana Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe (PACE) tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Tutkimukseen osallistuu seitsemän Euroopan maata. Se on alkanut vuonna 2014 ja jatkuu aina vuoden 2019 tammikuun loppuun asti. PACE on ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoitoa vertaileva tutkimus- ja kehittämishanke, jonka yhtenä tavoitteena on kehittää pitkäaikaishoidossa asuvien iäkkäiden elämän loppuvaiheen hoitoa ja hoitojärjestelmiä Euroopassa. Myös hoitoa koskevat asenteet ja henkilöstön osaaminen ovat painopisteessä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2017.)

STM:n hyvän saattohoidon suosituksissa todetaan jokaisella saattohoitoa järjestävällä hoitolaitoksella olevan velvollisuus sitoutua ministeriön antamiin ohjeistuksiin. Se tarkoittaa potilaan tarpeiden ja toiveiden huomioimista sekä toiminnan hyvää laatua. Lisäksi jokaisen toimintayksikön tulee noudattaa Käypä hoito -suositusten sisältöä kuolevan potilaan hoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Joulukuussa 2017 julkaistussa STM:n Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen suosituksessa annetaan sosiaalihuollon yksiköiden saattohoitoon liittyvien palvelujen laadun varmistamiseksi ohjeistus. Omavalvontasuunnitelmassa on kuvattava yksikön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelma sekä palvelut. Muistisairaana iäkkään ihmisen elämän loppuvaiheessa ympäristö ja henkilökunta ovat merkityksellisiä tekijöitä. Heidän kohdallaan on erityisen tarpeellista välttää aiheettomia siirtoja päivystykseen tai sairaalaan ja siksi tulee laatia ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma voinnin heikkenemisen varalle. Käypä

hoito -suositus opastaa oireita lievittäviä hoitokeinoja sekä hoitolinjauksen tekemistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Tämä vahvistaa hyvän kuoleman oppaan laatimisen tarvetta. Lisäksi tämän opinnäytetyön tekeminen ja asiaan perehtyminen vahvistaa ja syventää myös omaa osaamistamme tulevana sairaanhoitajina saattohoidon toteuttamisessa sekä saattohoidossa olevien potilaiden kohtaamisessa.

2 Työn tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uusiin suosituksiin ja tutkittuun tietoon pohjautuva hyvään kuolemaan saattamisen opas yhteistyökumppanimme hoitohenkilöstön käyttöön. Yhteistyökumppanina on Helsingissä oleva yksityinen ikääntyneille tarkoitettu palvelutalo, jossa on kaksi muistisairauksiin profiloitunutta ryhmäkotia sekä tehostetun palveluasumisen yksikkö. Palvelutalo on useimmille asukkailleen loppuelämän koti, jossa myös kuolemaan valmistaudutaan ja se kohdataan. Tämä loppuelämän vaihe tuo tarpeen saattohoidon ohjeistukselle, jotta hyvään kuolemaan saattaminen toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla.

Palvelutalon henkilökunta koostuu pääasiassa lähihoitajista ja yksiköiden tiimivastaavana toimii sairaanhoitaja. Henkilökunnan toiminta perustuu palvelutalon arvoihin, jotka pohjautuvat yleisiin sosiaali- ja terveyspalveluja koskeviin arvoihin sekä eettisiin periaatteisiin. Koko toiminnan lähtökohtana on kuitenkin ihmisarvon kunnioittaminen ja jokaisen yhdenvertainen oikeus arvokkaaseen elämään. Asukkaan yksilöllisten tarpeiden ymmärtäminen ja jäljellä olevien voimavarojen tunnistaminen mahdollistavat sydämellisen hoivan ja kanssakäymisen.

Tämän opinnäytetyön tuottamaa opasta voi käyttää tukena asukkaiden palliatiivisen hoidon sekä saattohoitovaiheen toteutuksessa. Työn tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää palvelutalon saattohoitoon liittyvää ohjeistusta ja tuoda uusia näkökulmia jo olemassa oleviin ohjeisiin. Henkilökunnan saatavilla olevat selkeät ohjeet tukevat heidän rohkeuttaan kohdata saattohoidossa oleva ihminen ja tämän omainen. Työn tekemisen ja ohjeistuksen laatimisen taustalla on myös tieto siitä, että kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille. (Kuolevan potilaan hoito 2012.)

Opinnäytetyön tavoitteena on saada vastauksia kysymyksiin, millainen on hyvä kuolema, ja miten auttaa saattohoitopotilasta kuoleman lähestyessä. Työssä hyödynnetään uusinta tutkittua tietoa ja keinoja hyvän kuoleman toteuttamiseen. Painopisteenä tässä työssä hyvän kuoleman saavuttamisessa ovat lääkkeettömät keinot oireiden hoidossa. Teoriaosuuden laadinnassa on hyödynnetty Käypä hoito- suositusta.

3 Keskeiset käsitteet kuoleman lähestyessä

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee asetuksessaan tarkasti, milloin ihminen voidaan todeta kuolleeksi. Asetuksen mukaan ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa on

pysyvästi loppunut. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta.) Ihmisen kuollessa hänen elintoimintonsa lakkaavat: aivotoiminta loppuu, tajunta sammuu, sydämen toiminta lakkaa ja kipuun reagointi loppuu. Myös silmien valolle reagointi ja hengitys loppuvat. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala ja Vuorinen 2015, 452.) Kuolema voidaan määritellä myös filosofisesta näkökulmasta, kuitenkin erottaen se lääketieteellisestä kuoleman toteamisesta. Antiikin ajan filosofisia ajattelijoita Epikurosta ja Lucretiusta mukaillen voi kuolemaa määritellä seuraavasti: Kun olemme olemassa, emme ole kuolleita, ja kun olemme kuolleita, emme ole olemassa. Kuolema merkitsee paluuta syntymäämme edeltäneeseen tilaan. (Rantanen & Räikkä 2014.)

3.1 Hyvä kuolema

Hyvä kuolema on käsitteenä laaja ja sen sisältö on vastaajasta riippuvainen. Hyvän kuoleman käsite on kulttuurisidonnainen ja se muuttuu ajan kuluessa. Kaikille hyvän kuoleman käsite sisältää kuitenkin kärsimyksen ja hyvän hoidon. (Pälve 2016.)

Saattohoitokoti Terhokodin ylilääkäri Juha Hänninen sanoo haastattelussaan hyvän kuoleman olevan ihmisen näköinen. Hoito on onnistunutta, kun se herättää luottamusta ja hoidolla saadaan lievitettyä ihmisen kärsimystä. Hyvän määrittelemisen riippuu siitä, millaisia asioita ihminen viimeisiin hetkiinsä haluaa. Kuolemaa ja sitä edeltävää hoitoa voidaan Hännisen mukaan pitää hyvänä, kun hoidettava kertoo oireidensa helpottuneen ja tämä pystyy kohtaamaan kuoleman levollisesti ilman kohtuutonta kärsimystä. (Saarela 2008.)

Vuonna 2014 San Diegossa tutkimukseen hyvän kuoleman osatekijöistä osallistui 21 henkilöä. Tutkimuksessa hyvä kuolema rinnastettiin rauhalliseksi kuolemaksi. Nukkuessa kuoleminen ilman kipuja täytti hyvän kuoleman kriteerit. Rauhallisuuden lisäksi kuoleman luonnollisuus ilman lääketieteellisiä toimenpiteitä koettiin hyväksi kuolemaksi. Kärsimyksen ja kivun puuttuminen sekä hengellisen yhteyden kokeminen nousivat tutkimukseen osallistujien joukossa hyvän kuoleman tunnuspiirteiksi. (Ko, Kwak & Nelson-Becker 2014.)

Hyvä kuolema sisältää tutkimustulosten mukaan lähestyvän kuoleman hyväksymisen. Kuolevan ihmisen kyky ilmaista rakkautta ja saavuttaa sovinto perheensä ja läheistensä kanssa liitettiin hyvään kuolemaan. Kuoleman näyttäytyminen hyvänä oli jokaiselle tutkimukseen osallistuneelle omanlaisensa. Jollekin perheen ympäröimänä oleminen ja toiselle yksin kuoleminen täyttivät hyvän kuoleman kriteerit. (Ko ym. 2014.) Myös psykologi Pirkko Lahti (2016) painottaa ihmisten erilaisuutta ja yksilöllisyyttä hyvän kuoleman määrittelyssä. Hyvyys, arvokkuus ja lempeys riippuvat hänen mukaansa potilaan tunnelmista. Lahti muistuttaa, että kuoleva potilas itse, omainen ja hoitohenkilöstö arvottavat hyvää kuolemaa kukin omalla persoonallisella tavallaan.

3.2 Hoitotahto

Hoitotahdolla tarkoitetaan hoitoa koskevan tahdon ilmaisemista tulevaisuuden varalta. Sen laatija ilmoittaa, miten hän itse haluaa tulla hoidetuksi. Hoitotahto on hyvä tehdä kirjallisesti. Silloin se on hoitavan henkilöstön tiedossa ja saatavilla. Tahdonilmaisu voi olla vapaamuotoinen tai valmiille lomakepohjalle laadittu. Hoitotahtoa voi muuttaa elämäntilanteiden muuttuessa ja siihen on laitettava päiväys, jotta potilaan viimeisin tahto on selvitetävissä. Jokainen hoitotahto on yksilöllinen ja se voi sisältää hyvinkin yksityiskohtaisia ohjeita erilaisien tilanteiden varalle. (Hoitotahto 2008.)

Hoitotahdon laatimisessa on tarkoituksena turvata potilaan oma tahto vakavan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden tuomissa tilanteissa, jolloin henkilön ei enää katsota olevan oikeustoimikelpoinen. Oman mielipiteensä voi ilmaista elämää lyhytaikaisesti pidentävistä sekä keinotekoisista elintoimintoja ylläpitävistä toimenpiteistä. (Hoitotahto 2017.)

Ihmisillä on tapana suunnitella omaa elämäänsä. Samalla tavalla oman tahdon ilmaiseminen kuoleman suhteen on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen pääjohtaja Erholan mukaan jokaisen ihmisen oikeus. Harva kuitenkaan suunnittelee omaa kuolemaansa tai ilmaisee etukäteen toiveitaan ajasta, jolloin kuolema lähestyy. Terveidenhuollon ammattilaiset ja omaiset voivat käyttää kuolevan ihmisen kohtaamisessa sekä hoitotyössä potilaan oman tahdon ilmaisua hyväkseen tavoitellessaan tämän hyvän elämänlaadun toteutumista. Hoitotahto auttaa pääsemään arvokkaan kuoleman toteutumisen tavoitteeseen. Hoitotahtoa kunnioitettaessa ei vastoin potilaan tahtoa päädytä epäluonnollisiin kuoleman estämisyrittämyksiin. (Erhola 2016.)

3.3 Hoitolinjaus

Palliativiseen hoitoon siirryttäessä ja saattohoitovaiheen alkaessa tulee hoidon periaatteista eli hoitolinjauksista pyrkiä keskustelemaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Keskustelu on ajankohtainen, kun potilaan sairauteen ei ole parantavaa hoitoa. Keskusteluun tulee osallistua lääkärin lisäksi parantumattomasti sairas potilas itse sekä hänen läheisensä potilaan toivomuksen mukaisesti. Hoitolinjaukset tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja hänen tulee ymmärtää hoitolinjausten merkitys ja vaikutus hänen omaan tilanteeseensa nähdessä. Tehdyt päätökset ja keskustelun sisältö esimerkiksi käytettävästä lääkityksestä on kirjattava huolellisesti. (Riikola & Hänninen 2012.) Hännisen (2015) mukaan tehtävään hoitosuunnitelmaan on välttämätöntä kirjata potilaan oma arvio omasta tilastaan ja tarpeistaan. Parantumattomasti sairaan potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa päätöksiä tehdessä. Tähän velvoittaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös. Sen tekemisestä vastaa potilaan hoidosta vastaava lääkäri yhteistyössä potilaan kanssa. Omaiset ovat päätöstä tehtäessä mukana,

jos se sopii potilaalle. Omaisten rooli kasvaa, jos potilas ei enää itse pysty osallistumaan päätöksentekoon. (Saattohoitopäätös on osa inhimillistä hoitoa, 2012.) Aina hoitolinjauksia tehtäessä arvioidaan päätöksiä tehtäessä hyöty potilaan elämänlaadun näkökulmasta. Tämä voi tarkoittaa hoitojen lopettamista tai niiden aloittamatta jättämistä. Kyse voi olla esimerkiksi tehohoidosta, nesteytyksestä tai ravitsemukseen liittyvistä kysymyksistä. Vaikka hoito, kuten nesteyttäminen, olisi aiemmin arvioitu hyödylliseksi, on se kuitenkin lopetettava, jos se pitkittää potilaan kärsimystä ja vaikeuttaa tämän rauhallista kuolemista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus, 2012.) Vaikka esimerkiksi kirurgisilla toimenpiteillä voidaan lievittää oireita, ei sellaisia toimenpiteitä pidä tehdä, jotka rasittavat potilasta eivätkä kuitenkaan anna toipumisen ennustetta. Potilaalle tehtäviä tutkimuksiakin on harkittava tarkoin. Niitä tehdään vain, jos saatujen tulosten perusteella voidaan lievittää oireita. (Niemi-Murola & Pöyhä, 2016.)

Oleellinen ero hoitolinjauksessa hoidettavissa olevan sairauden ja parantumattoman sairauden välillä on oireisiin keskittyminen. Kuolevan potilaan hoidossa tavoitellaan parasta mahdollista elämänlaatua potilaan oireita helpottamalla. Sairauden parantaminen ja parantuminen eivät enää ole tavoitteena. (Hänninen 2013, 18.) Potilaan hoitolinjauksena voi olla AND-päätös. Tämä tarkoittaa, että elämää ei yritetä pitkittää keinotekoisesti, vaan sallitaan potilaalle luonnollinen kuolema. AND-päätös tulee sanoista Allow Natural Death.

Kun potilas lähestyy kuolemaa, hänelle tehdään aktiivinen saattohoitosuunnitelma, johon hänen hoitolinjauksensa määritellään. Saattohoitosuunnitelmassa potilaan tarpeet tulee huomioida kokonaisvaltaisesti ja hänen lääkityksensä arvioidaan. Kuoleman lähestyessä hoitolinjauksia voidaan muuttaa tiheään tahtiin potilaan elämän viimeisinä päivinä. Monasti keskitytään potilaan näkyviin, fyysisiin oireisiin. Henkisten oireiden hoitaminen potilasta kunnioittaen on kuitenkin yhtä tärkeässä roolissa, jotta hyvään kuolemaan saattaminen toteutuu. (Hänninen 2015.)

3.4 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan ihmisen kokonaisvaltaista, aktiivista oireita lievittävää hoitoa. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on kuolevan ihmisen mahdollisimman hyvän elämänlaadun turvaaminen ja olemassa olevien oireiden lievittäminen ja hoito. Myös kuolevan läheisten huomiointi ja tukeminen ovat osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito voi kestää jopa vuosia. (Riikola & Hänninen 2012.) Hänninen (2013) laajentaa käsitystä palliatiivisesta hoidosta lisäämällä parantumattoman sairauden pariksi sairauden etenevän luonteen.

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito on lähestymistapa, joka parantaa hengenvaarallisen sairauden aiheuttamien ongelmien kanssa kamppailevien potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua. WHO tarkentaa määritelmäänsä listaamalla

palliativisen hoidon estävän ja lievittävän fyysistä, psykososiaalista ja henkistä kärsimystä ja kipua sekä muita ongelmia. Keinoja onnistumiseen ovat varhainen tunnistaminen, oikea arviointi sekä hoito. (World Health Organisation 2017.)

Palliativisen hoidon tarkoituksena ei ole pidentää eikä myöskään lyhentää ihmisen elämää. Tarkoituksena on mahdollisimman hyvin hallita potilaan oireita turvaamalla hyvä fyysinen, psyykkinen sekä sosiaalinen hyvinvointi. Jokainen ihminen on oikeutettu saamaan asiantuntevaa ja kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa riippumatta sairaudestaan. (Vuorinen 2016.) Pirkko Lahti (2016) kiteyttää palliativisen hoidon ajaksi, jolloin tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämää ennen kuolemaa. Potilaan sairauden edetessä palliativisen hoidon tarve usein lisääntyy. Kun esimerkiksi syöpää sairastavan ihmisen sairautta jarruttava hoito esimerkiksi haittavaikutusten vuoksi ei enää ole mahdollista, siirrytään palliativiseen hoitoon. Tämä tarkoittaa sairauden hoitamisen sijaan keskittymistä oireiden lievittämiseen ja elämänlaadun vaalimiseen. (Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.) Palliativiseen hoitoon siirtyminen ei tarkoita potilaan kaikkien hoitojen lopettamista. Päätös oireenmukaiseen hoitoon siirtymisestä tehdään, kun mahdollisuudet parantaviin hoitoihin on käyty läpi ja lääketieteellisin keinoin voidaan taata parantumisen sijaan potilaan jäljellä olevan elämän mukavuus mahdollisimman hyvin. (Hänninen 2015.)

3.5 Saattohoito

Saattohoito on osa palliativista hoitoa (Niemi-Murola & Pöyhiä 2016). Se tapahtuu potilaan elämän viimeisinä päivinä tai viikkoina. Saattohoito on kuolevan potilaan hoitoa. Saattohoitovaiheessa ihmisen elämän rajallisuus on tiedostettu ja hyväksytty. (Helsingin- ja uudenmaan sairaanhoitopiiri.) Saattohoitopäätökseen kuuluu automaattisesti DNR-päätös. Se tarkoittaa elvyttämättäjäättämisspätöstä ja tulee sanoista Do Not Resuscitate. (Niemi-Murola & Pöyhiä 2016). Joskus käytetään myös muotoa DNAR, mikä tulee sanoista Do Not attempt Resuscitation eli älkää yrittäkö elvytystä (Laine 2015). Päätöksistä on aina keskusteltava läheisten kanssa, sillä osa potilaiden omaisista voi pitää loukkaavana, jos heille ei ole kerrottu elvytyskiellosta. Omaisia helpottaa tieto, ettei elvytyskielto rajoita muuta potilaalle annettavaa hoitoa. (Saavalainen 2107.)

Potilaan eliniän voidaan saattohoitoon siirryttäessä arvioida olevan muutamasta viikosta enintään kuukausiin. Tavoitteena saattohoidossa on lievittää sairaudesta ja lähestyvistä kuolemasta aiheutuvia oireita ja niihin liittyvää kärsimystä. (Kuparinen 2014.) Saattohoidon perustana on kuolevan ihmisen itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Kuolevan ihmisen psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen tuki ovat olennainen osa kokonaisvaltaista ja laadukasta saattohoitoa (Riikola & Hänninen 2012). Hänninen (2013) painottaa saattohoitoa määritellään aikaa suhteessa kuolemaan. Hänen mukaansa saattohoito on oireiden hoitamisen lisäksi turvallisuuden tuomista ja tukemista sekä lähestyvän kuoleman helpottamista aikana, jolloin kuolema jo lähestyy. Suomessa ei kuiten-

kaan ole määritelty virallista aikasuhdetta, jolloin palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon. Epävirallisesti ajanjakso on kolmesta viikosta muutamaan kuukauteen ennen potilaan kuolemaa. (Hänninen 2003,15.)

Saattohoito on elämän loppuvaiheessa olevan potilaan ja tämän läheisten auttamista ja potilaan hoitamista. Se ei ole riippuvaista potilaan taudista tai diagnoosista (Hänninen 2015). Saattohoidon keinoja ei voi yksiselitteisesti määritellä luettelemalla, mitä siihen kuuluu. Kaikilla hoitotyön toimenpiteillä tavoitellaan potilaana olevan kuolevan ihmisen hyvinvoinnin lisäämistä. Kun päätös saattohoidosta tehdään, liittyy siihen kuoleman läheisyys. Saattohoitopotilaaksi voidaan määritellä ihminen, joka sairastaa pahanlaatuista, etenevää ja levinnyttä sairautta, jota ei voida parantaa. Hoidolliset toimenpiteet eivät juuri pidennä potilaan elin-aikaa. Saattohoitopotilaan hoitamisessa tavoitteet ovat samat diagnoosista riippumatta. (Hänninen 2003.) Saattohoitopäätös ei sulje pois mitään sellaisia hoitoja, joilla potilaan hyvinvointia voidaan lisätä (Hänninen 2015).

Saattohoitoa voidaan määritellä sen vaativuuden mukaan. Perustason saattohoidossa potilaiden kokonaisvaltainen hoitaminen ei vaadi erityisiä toimia. Potilaan elämänlaadun turvaaminen ei tuolloin vaadi lääkärin jatkuvaa valvontaa. (Aalto 2013, 27.) Vuorisen (2016) mukaan tärkeintä on turvallinen ilmapiiri ja avun saaminen ympäri vuorokauden. Perustason saattohoitoa tulee pystyä toteuttamaan kaikissa terveydenhuollon laitoksissa. Saattohoidon toteuttamisen vaativuutta arvioidaan usein potilaan kokeman kivun kautta. Kun kipu ei lieivity peruskivulääkityksellä, puhutaan keskitason saattohoidosta. Vaativan tason saattohoitoa tarvitsevat sellaiset potilaat, joilla on erittäin hankalia kipuja tai monimutkaisia psykologisia tai eksistentiaalisia ongelmia. (Aalto 2013, 27-29.) Eksistentiaaliset kysymykset tarkoittavat ihmisen olemassaoloon liittyviä kysymyksiä. Nämä kysymykset kuolevalla voivat liittyä siihen, millaisen elämän hän on elänyt, mikä on ollut hyvää ja mikä merkityksellistä. Kuoleva ihminen voi pohtia, mitä kuolema on, ja mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. (Aalto 2013, 45.)

4 Potilaan oireet kuoleman lähestyessä

Parantumattomasti sairaalla voi olla useita hoitoa vaativia oireita samanaikaisesti. Oireiden merkitystä tulee arvioida sitä kautta, miten koettu oire vaikuttaa potilaan hyvinvointiin, ja millaisen merkityksen hän itse oireilleen antaa. Oireiden häiritsevyydellä tarkoitetaan sitä, millaista fyysistä ja psyykkistä vaivaa sekä ahdistusta ja kärsimystä ne potilaalle tuottavat. Saattohoitopotilaan oireiden hoitaminen voi kohdistua sellaisiin oireisiin, jotka näkyvät selkeästi, mutta eivät sinänsä häiritse potilasta. Potilaat ja omaiset ovat arvioineet eniten häiritseväksi oireeksi väsymyksen. Molemmat ovat listanneet ummetuksen, hengitysvaikeudet sekä unettomuuden häiritsevyyden kärkipäähän. Sen sijaan hyvinkin näkyvää oiretta, pahoinvointia, ei ole pidetty erityisen häiritsevänä. Täytyy myös huomioida, että sellaiset oireet, jotka potilas on kokenut häiritseviksi sairautensa diagnoosivaiheessa, eivät välttämättä enää häiritse kuolevaa potilasta. Usein omaisen vahva myötäeläminen läheisensä sairauden aikana aihe-

uttaa sen, että omainen kokee oireet hankalammiksi ja häiritsevämmiksi kuin potilas itse. Kipu, masennus, sosiaalisen tuen puute sekä kognitiiviset häiriöt ovat saattohoidossa olevan potilaan eniten elämänhalua pois vieviä oireita. (Hänninen 2015 ja Jenkins, Taube, Turner, Hanson & Bruera 1998.) Kuoleman lähestyessä potilaan oirekuvan merkittävin muutos on Hännisen (2015) mukaan kivun väheneminen ja sekavuuden lisääntyminen.

Tässä opinnäytetyössä on palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon tyypillisimmistä oireista rajattu saattohoidon akuuttitilanteet pois. Opinnäytetyö on lisäksi rajattu koskemaan kuolevan potilaan oireita lievittäviä lääkkeettömiä hoitokeinoja.

Potilaan oireita on tarkasteltu sekä palliatiivisen hoidon että saattohoidon näkökulmasta. Kuolemaa lähestyvän potilaan oireet ovat monet ja ne esiintyvät yksilöllisesti sekä palliatiivisen hoidon että juuri kuolemaa edeltävän saattohoidon aikana. Saattohoitopotilaan oireet ja kärsimys ilmenevät usein kaikilla elämän osa-alueilla. Kuolevan potilaan oireet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä. Nämä oireet ilmenevät usein yhtä aikaa ja vaikuttavat toinen toisiinsa. Sen vuoksi oireiden tunnistaminen ja niiden lievittäminen voi olla monimutkaista. (Hänninen 2003, 206-208.) Oireiden tunnistamisen ja huomioimisen apuvälineenä voi käyttää valmiita apuvälineitä. Esas oirekysely potilaan oireenmukaiseen arviointiin toimii apuna ja muistilistana kartoitettaessa kokonaisvaltaisesti potilaan kokemia oireita. (Esas-oirekysely.

5 Kuolevan potilaan fyysisten oireiden ilmeneminen ja lääkkeettömät hoitokeinot

Kuolevan potilaan fyysisten oireiden heikko tuntemus ja tunnistaminen sekä laiminlyönti diagnoosin tekemisessä johtavat helposti potilaan alihoitamiseen. On mahdollista, että päädytään myös liian voimaperäisten hoitokeinojen käyttämiseen tai potilasta hyödyttäviä hoitajia annetaan väärään aikaan. Jos oireenmukainen hoitaminen aloitetaan liian myöhään, voi se johtaa potilaan kärsimyksen lisääntymiseen ja jopa ennaikaiseen kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

5.1 Kipu

Kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on hyvin yleinen oire. Syöpäpotilaista jopa 96 % kärsii kipuoireesta. Munuaissairaudet aiheuttavat elämän loppuvaiheessa kipua noin puolelle potilaista ja sydän- ja verisuonitauteja sekä keuhkohtaumatautia sairastavista lähes 80 % kokee kipua elämänsä loppuvaiheessa. Kivun seurannassa täytyy kirjata kivun voimakkuus ja sen potilaalle tuottama haitta. Voimakkuutta kuvataan sanallisesti tai numeerisen asteikon avulla. Haittaa kuvataan kivun vaikutuksena potilaan nukkumiseen, liikkumiseen, mielialaan ja toimintakykyyn sen eri ulottuvuuksineen. Kivun esiintymisestä kirjataan kellonaika sekä kuvailaan, missä kohtaa kehoa kiputuntemus esiintyy. Jos potilaalla esiintyy läpilyöntikipua, täytyy myös se kirjata. Lääkkeiden antaminen ja niiden tuoma vaste on dokumentoitava. Kipua voi

arvioida myös kipulääkityksen kulutusta seuraamalla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Rentoutuminen ja tietoinen läsnäolo ovat Terveyskylän Kivunhallintatalon lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kulmakivet. Kun potilas saa kehonsa jännityksen vähenemään, ja hän tulee tietoisemmaksi kehonsa kivuttomista alueista, on kivun kanssa helpompi olla. Lihasten rentoutumisen avulla ihmisen on helpompi rauhoittaa mielensä. Tietoisella läsnäololla tavoitellaan kykyä olla läsnä juuri tässä hetkessä. Silloin ikävät muistot tai tulevaisuuden murheet eivät ota valtaa ja lisää mahdollista kipua. (Terveyskylä.fi, Kivunhallintatalo 2017.)

Positiivisten virikkeiden käyttäminen kivun hoidossa on potilaan huomion suuntaamista pois kivusta. Lukeminen tai musiikin kuunteleminen voi viedä mukanaan, jolloin potilas ei keskity kipuunsa. Jollekin television katseleminen voi suunnata ajatukset pois kiputuntemuksesta. Sellaiset virikkeet, joihin on helppo uppoutua lievittävät kipua tehokkaimmin. (Terveyskylä.fi, Kivunhallintatalo 2017.)

Parantumattomasti sairaan potilaan kokemaan kipuun vaikuttaa hänen oma käsityksensä omasta hyvinvoinnistaan. Myös potilaan mieliala vaikuttaa siihen, miten kipu koetaan. Masentuneen, ahdistuneen ja pelokkaan potilaan kipukynnys on usein alentunut. Yleinen epämyönteisyys, unettomuus ja väsymys, alakuloisuus, turvattomuus ja hylätyksi tulon kokeminen voivat myös alentaa parantumattomasti sairaan potilaan kipukynnystä. Kivun lisääntyminen voi merkitä potilaalle sairauden etenemistä ja kuoleman lähestymistä. Kipu koskettaa kuolevaa ihmistä kokonaisvaltaisesti. Se ei ole vain fyysinen oire. (Hänninen 2015.)

Aktiivisuuden väheneminen ja muutokset vuorovaikutuksessa voivat olla kivun aiheuttamia. Kun ihminen ei päästä ketään lähelleen eikä siedä kosketusta, voi hän olla kivulias. Kipu voi muuttaa unirytmää. Se voi estää nukahtamisen tai herättää jo lyhyen unen jälkeen. (Finne-Soveri 2015.) Kipua voi arvioida käyttämällä erilaisia mittareita. Kipujana, numeerinen arviointi, sanallinen arvioiminen sekä kasvokuvien avulla tehty arviointi helpottavat potilaan kivun tunnistamista ja sen voimakkuuden arvioimista. (Kipu: Käypä hoito-suositus 2015.) Kivun johdonmukainen arviointi on hyvän hoidon perusedellytys (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012). Kipua voidaan arvioida havainnoimalla hoidettavaa ihmistä. Hänen ilmeensä ja ääntelynsä voivat viestiä kivusta. Otsan, nenän ja huulien kireys ja rypyssä oleminen sekä irvistely, huokailu, valitus ja itku ovat kivun merkkejä. Hoidettavan ihmisen kehon liikkeet kuten väistely, keinutteleminen ja hitaat liikkeet ja tietyn asennon välttäminen kertovat usein kivusta. (Finne-Soveri 2015.)

Kivun hoitaminen on oleellinen osa kuolevan potilaan hoitoa. Kuolevan vanhuspotilaan kipu on usein alihoidettua. (Finne-Soveri 2015.) Käypä hoito -suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta painottuu vahvasti kivun lääkkeelliseen hoitoon. Itse kipuun keskittyvästä Käypä hoito -suosituksesta löytyy lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä kuten liikunta, fysikaaliset hoidot

sekä kylmä- ja lämpöhoidot. Lääkkeettömät hoitomuodot ovat kivun hoidon perusta ja lääkehoito tukee muita hoitomenetelmiä. Kuolevan potilaan hoidossa kivun hoitaminen perustuu kuitenkin suosituksen mukaisesti lääkitykseen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012 ja Kipu: Käypä hoito-suositus 2015.)

Vuonna 2012 Euroopassa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyneiden ja etenkin elämän loppuvaiheessa olevien vanhusten lääkehoitoa. Tutkimuksen mukaan kivun hoidossa potilaan tilaa on syytä tarkastella kokonaisvaltaisesti. Lohduttomuus, masentuneisuus ja kommunikoinnin vaikeudet pahentavat usein kipua. Siksi näiden oireiden huomioiminen kuolevan kipupotilaan hoidossa saattavat helpottaa myös itse kipuoiretta. (Cruz-Jentoft, Boland & Rexadr 2012.)

5.2 Hengitystieoireet

Kuolevan potilaan tyypillisimmät hengitysteihin liittyvät oireet ovat hengenahdistus eli dyspnea, yskä ja veriyskä sekä hikka. Kun potilaan tauti on edennyt pitkälle, on hyvin todennäköistä, että hengenahdistusoireita esiintyy. Keuhkohtaumatautia sairastavilla kuolevilla potilailla lähes kaikilla esiintyy hengenahdistusta. Sydämen vajaatoiminnan kohdalla oire esiintyy yli puolella potilaista ja muuta kuin keuhkosityöpää sairastavista potilaista jopa 70 % tunnistaa hengenahdistusoireen. Lähes kaikilla kuolevilla keuhkosityöpäpotilailla esiintyy dyspnea-oireita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Potilaan kokemalle hengenahdistukselle on monia syitä. Hengitysteiden tukkeutuminen tai ahtautuminen esimerkiksi tuumorin tai keuhkohtaumataudin vuoksi sekä hengitystilavuuden pienentyminen esimerkiksi keuhkopussiin kertyvän nesteenvuoksi voivat olla hengenahdistuksen syynä. Toisaalta hengenahdistusta voi aiheuttaa itse keuhkokudoksen muutokset tai verenkierrosta johtuvat syyt kuten keuhkoveritulppa tai sydämen vajaatoiminta. Myös hengityselinlihasheikkous tai potilaan kuihtuminen ja väsymysoireyhtymä voivat aiheuttaa hengenahdistusta. Psykkisten syiden merkitys hengenahdistuksen aiheuttajana on myös aina otettava huomioon. Kuolevan potilaan ahdistuneisuus voi ilmetä hengenahdistuksena. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Hengenahdistusta helpotetaan pitämällä potilasta kohoasennossa vuodelevossa ollessa. Jos potilaalla on pleuranestettä, avustetaan hänet kylkiasentoon nesteen puoleiselle kyljelle. Nesteen voi myös punktoida, mutta on huomioitava, että se helpottaa oloa vain tilapäisesti. Ilmavirtaus voi lievittää hengenahdistusta. Apuna voi käyttää tuuletinta. Hengenahdistuksesta kärsivä potilas hyötyy usein hapen antamisesta. Hänelle hyvä asento on istuva lepoasento.

Rauhallisen hengittämisen ohjaaminen ja rentoutusharjoitukset voivat helpottaa oireita. Potilasta ohjataan fyysiseen aktiviteettiin vain voimien sallimissa rajoissa. (Friman 2015.)

Pitkälle edenneissä keuhkosairauksissa yli puolet kuolevista potilaista kärsii yskästä. Ahtauttavan keuhkosairauden lisäksi syynä voi olla esimerkiksi hengitystieinfektio, tuumori, aspiratio tai refluksi. Kuolevan potilaan yskän parasta oireenmukaista hoitamista on selvittää aiheuttaja ja pyrkiä vaikuttamaan siihen (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012). Potilaan yskää ja limaisuutta voidaan helpottaa kostuttamalla huoneilmaa. Höyryhengitys voi helpottaa oloa. Yskää voidaan helpottaa tehostamalla suun hoitamista. Liman imemistä tulee toteuttaa harkiten. Se on harvoin välttämätöntä ja tuntuu tajuissaan olevasta potilaasta epämiellyttävältä. Hengitysteihin kohdistuvasta fysioterapiasta voi olla apua potilaan oireeseen. On muistettava, että loppuvaiheen limainen hengitysäni häiritsee usein enemmän omaisia kuin potilasta. (Friman 2015.)

Saattohoitopotilaan yleisin hikan syy on palleaan kohdistuva ärsytys. Hikka on tahdosta riippumatonta ja hikoteltaessa potilaan pallea kouristaa. Mahan venyntyminen, infektio tai kasvaimet ovat kuolevan potilaan tyypillisimmät hikan aiheuttajat. Myös potilaalla oleva lääkehoito voi olla hikalle altistava tekijä. Kun hikka oireena on ohimenevä, ei se vaadi mitään toimenpiteitä. Pitkittyessään se voi kuitenkin olla hyvinkin häiritsevää ja kiusallinen oire. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

5.3 Maha-suolikanavan oireet

Yli puolella parantumattomasti sairaista ihmisistä esiintyy pahoinvointia ja monella myös oksentelua. Pahoinvoinnin mahdollisia syitä on useita. Mahaärsytys tai -haavauma, ummetus, yskä ja limaisuus, ahdistuneisuus, vaikea kipu sekä nesteiden kertyminen vatsaonteloon ovat esimerkkejä saattohoitopotilaan pahoinvointioireita aiheuttavista tekijöistä. Pahoinvoinnin parasta hoitamista on kartoittaa oireen syy ja hoitaa aiheuttajaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Kun potilas pystyy syömään, on ruokailutilanne järjestettävä rauhalliseksi ja tarjottava hänelle mielellään useita pieniä aterioita. Kylmät kirkkaat liemet, pikkusuolaiset naposteltavat, laimennettu sitruunamehu, sokeroitu jäätee ja mineraalivesi ovat esimerkkejä hyvin siedettyistä ruoista. Potilaan asentoon täytyy kiinnittää huomiota, sillä ruokailun jälkeinen puoliksi asento vähentää pahoinvointia. (Friman 2015.)

Yleinen kuolevan potilaan oire on nielemisvaikeus. Se voi johtua esimerkiksi neurologisesta häiriöstä, kuihtumisesta ja aliravitsemuksesta tai vaurioista limakalvoilla. Nielemishäiriö voi vaikeuttaa sekä kiinteän ruoan että nesteiden nielemistä. Ruoan koostumusta muuttamalla voidaan helpottaa potilaan nielemisen vaikeutta. On huomioitava, että saattohoidossa olevat potilaat eivät pääsääntöisesti hyödy lisäravinteista eivätkä nesteytyksestä. Nielemisvaikeuksista kärsivän potilaan syljeneritykseen on syytä kiinnittää huomiota. Janon tunnetta voi vähentää tarjoamalla jääpaloja imeskeltäväksi ja kostuttamalla huulia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Nielemisvaikeutta voidaan auttaa lisäksi keskitty-

mällä nielemiseen rauhallisessa ympäristössä. Potilas tulee avustaa asentoon, missä selkä on suorana ja leuan voi painaa nieltäessä kevyesti rintaa vasten. Jokaisen suupalan jälkeen pieni kulaus juomista voi helpottaa nielemisen vaikeutta. (Friman 2015.)

Ummetuksella tarkoitetaan tilannetta, missä potilaan suoli tyhjenee harvemmin kuin kolme kertaa viikossa. Myös tilanne, missä ulostaminen on vaikeutunut ulosteen kiinteyden vuoksi, täyttää ummetuksen määritelmän. (Mustajoki 2016.) On arvioitu, että puolet palliatiivisen hoidon piirissä olevista potilaista kärsii ummetuksesta. Vaikka potilas söisi hyvin niukasti, voi hän silti kärsiä ummetuksesta. Tämä johtuu siitä, että ulostetta muodostuu niukkaruokaisella-kin ihmisellä maha-suolikanavan eritteistä, suolessa olevista soluista sekä bakteerimassasta. Myös voimakkaat kipulääkkeet voivat olla ummetuksen aiheuttajana. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012 ja Riikola & Hänninen 2012).

Ummetusta ehkäistään siihen sopivalla ruokavaliolla. Tämä tarkoittaa kuitupitoisten ruokien nauttimista, riittävästä nesteiden saannista huolehtimista sekä hedelmien syömistä. Luumut ehkäisevät ummetusta tehokkaasti. Liikkumattomuus aiheuttaa ummetusta, joten liikunnalla on hyvä ummetusta ehkäisevä vaikutus. (Tiusanen 2014.) Ulostamisrauha, intimizeettisuojusta huolehtiminen ja säännölliset ulostamismahdollisuudet ovat ummetuksen ehkäisemisen keinoja (Friman 2015).

Saattohoitopotilaat kärsivät ripuloinnista huomattavasti harvemmin kuin ummetuksesta. Tyyppisimmät ripulia aiheuttavat syyt ovat osittainen suolitukos, ummetuslääkkeet, imeytymishäiriöt sekä infektiot. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Ripuloivan potilaan hoidossa on selvitettävä oireen taustalla oleva syy. Usein ummetus on ripulin aiheuttajana. Tällöin on kyse ohivuotoripulista. Sen hoitokeino on ummetuksen hoitaminen. Urheilujuomista tai ripulijuomista voi olla apua. Potilaan yksityisyyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä ripuloinnista johtuva haju voi alentaa potilaan itsetuntoa. Ripuloivan potilaan intiimialueen pesua ja rasvausta täytyy tehostaa. (Friman 2015.)

Suolitukoksessa suoli tukkeutuu osittain tai täydellisesti. Sen voi aiheuttaa myös suolen seinämän toiminnan heikkeneminen, jolloin suolen tyhjennysliike puuttuu. Tukoksen oireita ovat jatkuva koliikkia muistuttava kipu sekä suurimmalla osalla potilaista oksentelu. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Suolitukoksen hoitotapa riippuu siitä, mikä potilaan yleistila on. Yleensä joudutaan konsultoimaan kirurgia arvion tekemiseksi. Kirurgista toimenpidettä ei tehdä, jos potilas ehdottomasti kieltäytyy leikkauksesta, hän ei ole leikkauskelpoinen tai ennen suolitukoksen kehittymistä on arvioitu, ettei potilas elä enää pitkään. Aliravitsemus tai erittäin runsas nesteen kertyminen vatsaonteloon voivat olla vasta-aiheita leikkaushoidolle. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Kun potilasta ei voida hoitaa kirurgisella toimenpiteel-

lä, voi asentohoito olla apuna suolitukoksen aiheuttamaan kipuun. Kylkiasentoon avustaminen voi helpottaa potilaan oloa. (Friman 2015.)

Parantumattomasti sairaan potilaan närästystä voidaan helpottaa nukkumaan menon välttämällä heti ruokailun jälkeen. Puoli-istuva asento aterian jälkeen helpottaa närästystä. Käristetyt rasvaiset ruoat, suklaa, voimakkaat mausteet sekä sitrushedelmät voivat lisätä närästykseen tunnetta. Myös kahvia, tupakkaa ja alkoholijuomia ohjataan välttämään, sillä ne lisäävät närästystaipumusta. Potilaan vaateetukseen on myös syytä kiinnittää huomiota, sillä kiristävät vaatteet voivat lisätä tätä oiretta. (Friman 2015.)

5.4 Kuivuminen, kuihtuminen ja ruokahaluttomuus

Nesteiden menettäminen esimerkiksi oksentamisen, ripuloinnin, kuumeilun ja nesteenpoistolääkityksen johdosta ovat yleisimpiä kuolevan potilaan kuivumisen eli dehydraation syitä. Myös nesteiden liian vähäinen saaminen voi johtaa kuivumiseen. Saattohoitopotilaan kohdalla kuivuminen voi johtua myös elimistössä kiertävän nesteen siirtymisestä interstitilaan. Interstitilalla tarkoitetaan solujen välistä tilaa (Lääketieteen sanasto). Kun on tutkittu potilaiden kokeman janon tunteen liittymistä dehydraatioon, ei näiden välillä ole juurikaan havaittu yhteyttä. Kuivuneen potilaan nesteyttämisestä ei ole tutkimuksissa havaittu olevan hyötyä kuolevan potilaan deliriumin eli sekavuustilan lievittämisessä, potilaan yleistilan kohenemisessä tai janon tunteeseen vaikuttamisessa. Ainoa osoitettu hyöty on limakalvojen kosteuden paraneminen. Kuolevan potilaan hoidossa nesteen kertyminen elimistöön on suurempi haitta kuin nesteytyksellä mahdollisesti saavutettu hyöty. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Kuivuneen kuolevan potilaan hyvää hoitoa on helpottaa mahdollista janon tunnetta kostuttamalla suuta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) On suositeltavaa, että potilas juo itse niin kauan kuin se on mahdollista eli niin kauan kuin hän jaksaa ottaa nestettä suun kautta. Hännisen (2015) mukaan tilanteet, joissa saattohoidossa oleva potilas hyötyy suonensisäisestä nesteytyksestä, ovat poikkeuksia. Hän painottaa, että lisänesteiden elimistölle aiheuttama rasitus on siitä saatua hyötyä huomattavasti suurempi. Pääsääntöisesti nesteytys lisää potilaan oireita.

Kuihtuminen ja ruokahaluttomuus ovat hyvin yleisiä saattohoitopotilaan oireita. Tätä oiretta, kakeksia-anoreksiaa, kuvaa tahaton etenevä laihtuminen. Yli 80 % potilaista kärsii kuihtumisesta elämänsä loppuvaiheessa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Kakeksiaa voidaan pitää lihavuuden vastakohtana. Se tarkoittaa krooniseen sairauteen ja yleistyneeseen tulehdusprosessiin liittyvää lihaskudoksen lisääntyvää katoa. Kreikan kielen sanat kakos (´huono´) ja hexis (´tila´) ovat kuvaavia kertomaan, millainen oire kakeksia on. Kuihtuminen, näivettyminen, riutuminen ja vaikea aliravitsemustila sekä huono yleisvointi, laihtuminen ja väsymys voivat kertoa kakeksiasta. Kun potilaan lihaskato on jatkunut pitkään,

heikentää se liikuntakykyä, hengitystoimintaa, immuniteettia sekä yleistä toimintakykyä. Lääkkeettömiä hoitomuotoja kakeksian hoitoon on niukasti. Liikunta lisää lihasmassaa ja se myös parantaa potilaan ruokahalua ja hengitystoimintaa. Potilaan ravitsemuksen kulmakivenä on oltava riittävä proteiinien saannin turvaaminen. Pelkän energian lisääminen ei kasvata lihasmassaa. (Ukkola 2005.)

Hänninen (2015) erottelee ruokailun ja ravitsemuksen eri asioiksi. Kun vaikeasti sairaan potilaan nieleminen on vaikeutunut eikä ruoan sisältämät ravintoaineet enää sairauden vuoksi imeydy parhaalla mahdollisella tavalla, ei Hänninen (2015) puhu ruokailusta vaan lääketieteellisestä toimenpiteestä elintoimintojen ylläpitämiseksi. Jos ruokaa annetaan nenä-mahaletkun kautta tai suonensisäisesti, ei tähän sisälly ruokailuun liittyvää sosiaalista merkitystä. Potilaan syöttämiseen liittyy myös huomattava riski ruoan joutumisesta hengitysteihin. Suun kautta syöttäminen ei ole suotavaa, kun potilaan tajunnantaso ja nielemisrefleksi ovat alentuneet. Hoitoperiaate tulisi olla sellainen, että potilas saa ruokaa sellaisen määrän kuin hän itse haluaa. Ruoka valitaan potilaan mieltymysten mukaan ja tarjotaan sellaisessa muodossa, että hän pystyy sen nauttimaan. (Hänninen 2015.)

Potilaan ruokahalua voidaan lisätä tarjoamalla pientä naposteltavaa varsinaisten aterioiden välillä. Pienet annokset pienellä lautasella voivat lisätä ruokahalua. Kaunis kattaus ja mieli-ruokien tarjoaminen voivat houkuttaa syömään. Käveleminen tai hetki avoimen ikkunan äärellä ennen ruokailua voivat herättää ruokahalua. Aterian nauttiminen yhteisissä tiloissa päivävaatteet päällä tukee ruokahalua enemmän kuin vuoteessa oleminen pyjamaan puettuna. Myös niukka juomien tarjoaminen ruokailun yhteydessä voi olla apuna. Tällöin juomista tulee kuitenkin tehostaa aterioiden välillä. Tarjottavaan ruokaan kiinnitetään huomiota myös suun tulehdusta lääkkeettömästi hoidettaessa. Jäätelö, jäädykkeet ja vellit, puurot sekä kiisselit ovat hyviä vaihtoehtoja. Happamien ja suoloisten ruokien sekä alkoholin ja tupakan välttäminen vähentävät suun kirvelyä. Pehmeän hammasharjan käyttäminen sekä hygieniasta huolehtiminen hoitavat tulehtunutta suuta. (Friman 2015.)

Suussa esiintyvän sieni-infektion ainoana oireena voi olla kuivuuden tunne. Myös virukset ja bakteerit voivat infektoida potilaan suuontelon. Suun alueella esiintyviä oireita ovat kuivuminen, kipu sekä infektiot. Kuivuminen johtuu yleisimmin lääkkeitä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Suun kuivuminen on usein suurempi ongelma kuin potilaan nestehukka (Hänninen 2015). Suuontelon hyvä hygienian hoitaminen korostuu kuolevan potilaan hoitotyössä. Näin mahdolliset infektiot havaitaan ajoissa. Kun syljen erityös on vähentynyt, on suun kostutuksesta huolehdittava. Jääpalojen imeskely ja kylmät juomat helpottavat myös suun kipua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Suun kuivumista hoidettaessa potilas voi ottaa nesteitä suun kautta sellaisia määriä, jotka hänestä tuntuvat hyviltä. Suun kostuttaminen on yleensä riittävä apukeino saattohoitopotilasta hoidettaessa. (Hänninen 2015.) Veden lisäksi suuta voi puhdistaa keittosuolaliuksella.

Suun kuivuutta voi ehkäistä välttämällä voimakkaita mausteita ja hapanta ruokaa ja juomia. Potilaan huulia tulee rasvata säännöllisesti. Jos potilas voi syödä purukumia, saattaa se auttaa suun kuivumiseen. Öljyt, kuten oliiviöljy tai kaupalliset kuivan suun hoitotuotteet ovat hyvä apu kuivan suun hoitamiseen. (Friman 2015.)

5.5 Unettomuus ja väsymysoireyhtymä

Väsymysoireyhtymään eli fatigueen liittyy potilaan suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähäisyys ja väsyneisyys, heikkouden tunne, uneliaisuus sekä motivaation puute, kyllästyneisyys ja apatia. Syöpää sairastavista potilaista jopa 90 % kärsii väsymysoireyhtymästä. Syöpään liittyen väsymysoireyhtymä eroaa muusta väsymyksestä siten, että oire ei helpotu, vaikka potilas lepäisi. On tärkeää huomioida, että väsymyksen taustalla voi olla myös hoidettavissa olevia syitä kuten anemia, metaboliset häiriöt, kilpirauhasen vajaatoiminta tai infektio. Väsymysoireyhtymä voi muiden oireiden lisäksi aiheuttaa potilaalle masennusta sekä ahdistuneisuutta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Unettomuus voi olla yksi väsymysoireyhtymän aiheuttaja. Väsymysoireyhtymän lisäksi unettomuus aiheuttaa merkittävää päivällä tapahtuvan toimintakyvyn heikkenemistä ja mielialan laskua. Se aiheuttaa myös ärtyvyyttä ja keskittymiskyvyn puutetta sekä päiväaikaista uneliaisuutta. Unettomuus on potilaan subjektiivinen tunne huonosta nukkumisesta. Tämän vuoksi unettomuutta voidaan käsitellä myös psyykkisenä oireena. Häiriö nukkumisessa voi ilmetä nukahtamisen tai unen ylläpidon vaikeutena. Joskus potilas kokee ongelmia kummassakin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Unettomuuden lääkkeettömän hoidon tärkeimpänä tekijänä on huolehtia potilaan unihygienista eli hänen nukkumisoloistaan (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012). Unihygienia tarkoittaa kaikkia niitä toimenpiteitä, jotka edistävät hyvään uneen pääsemistä. Rasvapitoisen ruoan ja kahvin välttäminen iltaisin, säännöllinen liikunta ja ulkoilu, viileä makuuhuone, hyvä ilma ja hyvä vuode ovat esimerkkejä hyvää unta tukevista asioista. Lisäksi turvallinen ympäristö ja iltatoimien säännöllinen rytmi ja rauhallisuus edistävät laadullisesti ja määrällisesti parempaa unta. (Rintahaka 2016.)

5.6 Ihon oireet

Potilaan ihoon voi muodostua haavoja. Niihin liittyy suurimmalla osalla potilaista kipua, jota täytyy hoitaa. Kivun lisäksi haavat ovat kosmeettinen haitta. Ne voivat kutista ja vuotaa verta tai muita eritteitä ja tuottaa pahaa hajua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Painehaavoja syntyy usein potilaille, jotka makaavat vuoteessa pitkiä aikoja eivätkä itse pysty vaihtamaan asentoaan. Niiden syntymistä voi estää vaihtamalla potilaan asentoa riittävän usein tai käyttämällä paineistettua ilmapatjaa potilaan vuoteessa. (Lumio, 2016.)

Noin joka kymmenes kuoleva potilas kärsii kutinasta. Kutinalla on monta syytä. Se voi johtua ihon ominaisuuksista, olla hermoperäistä tai psyykkisten tekijöiden aiheuttamaa. Kutinaa ja myös hikoilua hoidettaessa tulisi sen aiheuttaja pystyä tunnistamaan. Tämä on kuitenkin vaikeaa. Silloin, kun kuiva iho aiheuttaa kutina-oireen, on hoitona ihon rasvaaminen sekä vesi-pesujen harventaminen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Kuiva huoneilma ja kuumuus altistavat kutinalle, joten niitä tulee välttää. Ihon viilentäminen suihkulla tai kostealla kompressilla voi helpottaa oloa. Pesun jälkeen iho kuivataan taputtelemalla. Potilaan kynnet on leikattava lyhyiksi, jotta hän ei raavi ihoaan. Puuvillakäsineiden käyttäminen yöllä estää raapimista. Kutisevan ja hikoilevan potilaan paras vaatetus on kevyt puuvillamateriaali. (Friman 2015.)

5.7 Nestetasapainon ongelmat

Askites tarkoittaa nesteen kertymistä vatsaonteloon. Silloin vatsa venyy, se on kipeä ja potilasta närästä. Hänelle ei maistu ruoka, hänen liikuntakykynsä heikkenee ja tyypillisesti esiintyy hengenahdistusta. Askites voi aiheuttaa myös oksentelua ja pahoinvointia sekä täyttymisen tunnetta ja suolen vetovaikeuksia. Oire on yleisin kuolevalla maksakirroosipotilaalla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.) Nesteen valuttaminen eli dreenaus tai punkointi helpottavat askitespotilaan oloa ja hengenahdistusta. (Riikola & Hänninen 2012.) Askitespotilaan oloa voidaan helpottaa lääkkeettömästi myös suolan käytön tiukalla rajoittamisella 1-3 grammaan päivässä. (Friman 2015.)

Raajaturvotus eli lymfödeema johtuu useimmiten lymfavirtauksen estymisestä tai proteiinien niukasta määrästä veressä. Sitä voidaan helpottaa lymfahieronnalla. Siinä imunestettä siirretään hieronnan avulla pois turvonneelta alueelta. Tukisidos tai hoitosukka tai -hiha helpottavat potilaan oloa. Kohoasennon on todettu tuovan vain vähän apua. Lymfödeemaa ei saa hoitaa painepuristushoidolla. (Friman 2015.) Lymfödeemapotilailla ihon rasvaaminen on tärkeää. Näin voidaan estää infektioiden syntyminen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

6 Kuoleman lähestyminen

Kuolevan potilaan psyykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistus, sekä sosiaaliset ja hengelliset tarpeet ja mahdolliset kärsimykset vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa, toimintakykyynsä ja voimavaroihinsa alentavasti. Usein oireet liittyvät toisiinsa. Esimerkiksi masennus alentaa kipukynnystä, jolloin kivun tuntemukset lisääntyvät. On tärkeää hoitaa kuolevaa ihmistä kokonaisuutena, ei vain ilmenevää oiretta. Tämä edellyttää kuolevan potilaan yksilöllisten oireiden ja kärsimyksen tunnistamista ja moniammatillista osaamista. (Aalto 2013, 11-13 ja Hänninen 2003, 205-215.)

Parantumattomasti sairaan ja kuolevan potilaan oireiden hoito ja kärsimyksen lievittäminen koostuu lääkkeellisestä hoidosta ja henkisestä tuesta. Lääkkeellinen hoito on vain osa oireiden

ja kärsimyksen lievittämistä. Kuolevan potilaan psykososiaalinen ja hengellinen tuki korostuvat, kun kuolema lähestyy. Kuolevan potilaan omaisten ja läheisten tukeminen potilaan rinnalla ovat osa kokonaisvaltaista hoitoa. (Riikola ym. 2012.)

Hoitohenkilöstö välttelee usein kärsimyksestä puhumista potilaiden kanssa. Kärsimyksen puheeksiotto nostaa potilaalle pintaan uhkan omasta kuolemattomuudesta ja mieleen tulvii ajatuksia omasta kuolemasta. Elämän tarkoitukseen liittyvät kysymykset sekä oma haavoittuvuus voivat tuntua vaikeilta asioilta käsitellä. Hoitajat saattavat tiedostamattaan vältellä kärsimyksestä puhumista, jotta voivat vältellä näiden asioiden käsittelemistä. Joskus potilaat kertovat suurimman osan kärsimyksestään johtuvan tavasta, jolla henkilöstö on heidät kohdannut. Fyysinen hoito on koettu hyväksi, mutta emotionaalinen hoiva ja tuki voi jäädä kokonaan tai suurelta osin puutteelliseksi. Tuolloin hoito kohdistuu vain potilaan kehoon eikä ihmiseen kokonaisvaltaisesti. (Kristoffersen ja Breievne 2006, 377-378.) Omaisilla on erilaisia toiveita läheisensä hoitoon osallistumisen tavoista. Myös kuolevalla potilaalla itsellään on toiveita siitä, miten hän toivoo läheisensä osallistuvan omaan hoitoonsa. Näiden toiveiden selvittäminen on hoitajan tehtävä. Vain uskaltamalla puhua lähestyvistä kuolemasta, voi hoitaja saada tietoonsa kuolevan potilaan ja tämän omaisen toiveet. (Peltomäki 2017.)

Työnohjauksella tuetaan hoitajien työssä jaksamista. Sen avulla hoitajat saavat mahdollisuuden pysähtyä ja reflektoida omaa työtään. Työnohjauksen avulla mahdollistetaan työn herättämien tunteiden ja ajatusten käsittely vuorovaikutuksessa toisten hoitajien ja työnohjaajan kesken. Kuolevan hoitotyössä hoitajat kokevat erilaisia tunteita avuttomuudesta kaikkivoipaisuuteen ja häpeästä hellyyteen. Näiden tunteiden lisäksi kuolevan hoitotyö sisältää luopumiseen liittyvää surua. Näiden tunteiden tunnistaminen ja käsittely lisäävät ymmärrystä ja eläytymistä hoidossa olevaa potilasta kohtaan, sekä tukevat hoitajan omaa työssä jaksamista. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki ja Agge 2008, 86-91.)

6.1 Kuolevan potilaan psyykkisten oireiden ilmeneminen ja lääkkeettömät hoitokeinot

Kuoleman lähestyminen voi synnyttää ihmisessä voimakkaan tunnereaktion. Se voi alkaa, kun sairaus todetaan, palliatiivisen hoidon alkaessa tai vasta, kun ihminen huomaa omien voimiensa hiipuvan ja kuoleman olevan lähellä. (Aalto 2013, 15.) Kuoleman kieltäminen liittyy yhtenä osana saattohoidon moniin vaiheisiin. Tosiasioiden kieltäminen liittyy usein vaikeiden asioiden kuulemiseen, sillä tulevaisuuden ollessa synkkä ja lyhyt, herättää se hyväksymisen vaikeutta ja epäuskoa. Kuoleman kieltämistä ilmenee niin kuolevalla potilaalla kuin omaisillakin. Joskus omaiset voivat tuntea epäuskoa voimakkaammin kuin kuoleva potilas, jolloin potilaan kokema kieltämisen tunne voi vahvistua. (Aalto 2013, 17.)

Kuoleman lähestyminen ja elämän päättymisen aiheuttavat herkästi masennuksen ja ahdistuksen tunteita. Nämä tunteet syntyvät, kun ihminen kohtaa tilanteen, jota ei ymmärrä tai kykene mitenkään hallitsemaan. Ihminen kohtaa kuollessaan jotakin, mistä hänellä ei ole tietoa tai aiempaa kokemusta. Tämä epämääräisyys, mystisyys ja vieraus usein ahdistaa ja pelottaa. Myös kuolemaan liittyvät kivut, oma kyvyttömyys, vajavaisuus ja kontrollin menettäminen pelottavat usein kuolevaa potilasta. Voimakkaita tunteita kuoleman lähestyessä herättävät myös elettyyn elämään liittyvät teot, kokemukset ja asiat. Kuoleva potilas saattaa tuntea syyllisyyttä ja häpeää. Syyllisyyden ja häpeän tunne voi herättää ajatuksia omista valinnoista ja tehdyistä asioista, tai siitä miksi ei jotakin asiaa tehnyt toisin. Syyllisyyden tunteeseen voi liittyä myös vihan ja katkeruuden tunteita, jotka voivat kohdistua potilaaseen itseensä tai toiseen ihmiseen. (Aalto 2013, 15-16.) Kuolevan potilaan tuntemaa pelkoa ja ahdistusta ja niiden aiheuttamaa kärsimystä voidaan lievittää hyvällä hoivalla ja keskusteluilla, sekä vertaistuen ja tukihenkilön avulla. Oireita voidaan lievittää myös lääkehoidolla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2012.)

Toivo on merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä myös kuolevan potilaan hoidossa. Saattohoidossa olevan potilaan toivo on moniulotteista ja koostuu potilaan omista toiveista. Kuoleva tarvitsee toiveita ja haluaa suunnata ajatukset tulevaan. Nämä toiveet antavat voimaa ja auttavat jaksamaan, vaikka kuoleva tietäisi niiden jäävän toteutumatta. Hävölän, Kylmän ja Rantasen (2014) saattohoitopotilaan toivosta tekemän tutkimuksen mukaan näiden toiveiden ajattelu lisää potilaan toivon tunnetta.

Kuoleman lähestyessä toivo voi auttaa kuolevaa jaksamaan paremmin ja auttaa kiinnittymään vielä olemassa olevaan elämään. Tähän toivon avulla elämään kiinnittymiseen kuoleva potilas tarvitsee kuitenkin aikaa ja tukea. Toivon tulisi olla realistista, eikä toivoa sairauden paranemisesta tulisi turhaan ylläpitää. Hoitohenkilöstö voi ylläpitää toivoa arvokkaan ja merkityksellisen elämän jatkumisesta, hyvästä hoidosta ja huolenpidosta, sekä hyvästä oireiden lievityksestä elämän loppuun saakka. Tämä realistisesta toivosta kiinni saaminen voi auttaa kuolevaa potilasta jäsentämään ahdistuksen ja kaaoksen tunteita, joita lähestyvä kuolema ja elämän päättymisen hänessä aiheuttavat. (Hänninen 2006, 45-46.) Hävölän ym. (2014) tutkimuksen mukaan kuolevan potilaan toivoa vahvistavia tekijöitä ovat eletyn elämän muisteleminen ja elämän normaaliuden tukeminen. Myös läheisyys ja huumori koettiin toivon tunnetta lisäävinä tekijöinä. Näihin tarpeisiin vastaaminen edellytti kuitenkin Johnston ja Smith (2006) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalta aitoa halukkuutta kuunnella ja oppia tuntemaan potilas.

6.2 Kuolevan potilaan sosiaalisen kärsimyksen ilmeneminen ja auttamisen keinot

Sosiaalisten suhteiden merkitys kuolevalle potilaalle saattohoidossa on yksilöllistä. Toisilla on tarve yksinäisyyteen ja vain lähimmäisten läsnäolo on tarpeen. Toiset taas kokevat kaikki ihmissuhteet merkityksellisiksi ja haluavat jatkuvaa toisen ihmisen läsnäoloa ja yhteydenpitoa. (Aalto 2013, 17.)

Kuoleman lähestyminen muuttaa elämän suunnan. Tulevaisuuden merkitys on muuttunut. Nykyisyys on läsnä ja menneisyys nostaa erilaisia tunteita pintaan. Elämästä ja tulevaisuudesta luopuminen herättää kuolevassa tuskaa ja ahdistusta, jonka käsittäminen on vaikeaa. Tämä luopumisen tuska koskettaa myös omaisia ja läheisiä, sillä he menettävät läheisen ja tärkeän ihmisen. Mutta ennen kaikkea kuoleva itse joutuu valmistautumaan luopumaan kaikista itselleen tärkeistä ihmisistä ja menettämään kaiken itselle tärkeän ja merkityksellisen elämässä. (Aalto 2013, 17.)

Sosiaalinen kärsimys syntyy usein perheeseen ja läheisiin liittyvästä huolesta ja surusta. Potilas saattaa pohtia, kuinka nämä pärjäävät kuoleman jälkeen ilman häntä. Erityisesti lapset, mutta myös aikuiset herättävät kuolevassa huolta. Oma vanhemmuus päättyy ja väistämätön kuolema ja luopuminen ovat edessä. Myös ihmissuhteisiin liittyvä vaikea menneisyys ja toiveet, jotka jäävät toteutumatta voivat synnyttää voimakasta kärsimystä ja tuskaa kuolevassa. Kuolevaa potilasta lohduttaa ja hänen hyvinvointiaan lisää tieto siitä, että hänen läheisensä ja perheensä saavat tarvitsemaansa tietoa ja tukea saattohoidon eri vaiheissa. (Aalto 2013, 18-19.)

Läheiset voivat olla turvallisuuden tunteen, läheisyyden ja merkityksellisyyden tunnetta lisäävänä tekijänä kuolevalle potilaalle. He voivat halutessaan osallistua hoitamiseen tai keskittyä olemaan läsnä ja saatavilla. Tämä läsnäolo tulisi mahdollistaa ympäri vuorokauden. (Hänninen 2015.)

6.3 Kuolevan potilaan hengellisten tarpeiden ja kärsimyksen ilmeneminen ja auttamisen keinot

Kuolevaa hoidettaessa kohdataan asioita ja kysymyksiä, joita ei voi nähdä tai todentaa. Se aiheuttaa kuolevassa ja hänen läheisissään monenlaisia hengellisiä kysymyksiä, joista uskonnollisuuteen liittyvät kysymykset ovat vain yksi osa. Hengellinen kärsimys voi syntyä kuolevan syyllisyyden tunteista ja aiheuttaa kysymyksiä oman elämän tarkoituksesta ja merkityksellisyydestä. Kuoleva voi pohtia kuoleman jälkeistä elämää ja sen olemassa oloa. Näitä kysymyksiä voi herätä vaikka kuoleva ei olisi aiemmin ollut uskonnollinen. (Aalto 2013, 19-20).

Kuolevan ihmisen hoitoon kuuluu hengellisten ja uskonnollisten tarpeiden tunnistaminen ja kärsimyksen helpottaminen. Avuksi tähän kärsimyksen lievittämiseen tulisi hyödyntää sairaalateologin tai muiden uskonnon ammattilaisten osaamista. Myös hoitohenkilökunta voi kuole-

van ehdoilla lievittää kärsimystä kohtaamalla potilaan keskustelemalla mieltä askarruttavista asioista. Myös virret ja rukouksen lukeminen voivat tuoda lohtua. Tähän kuolevan ehdoilla tapahtuvaan uskonnollisiin ja hengellisiin tarpeisiin ja kärsimykseen vastaamiseen ei saisi olla esteenä hoitajan oma uskonnollinen vakaumus. (Aalto 2013, 20-21 ja 50.)

7 Kuolema

Kuoleman lähestyessä elintoiminnot hidastuvat. Kuoleva ikään kuin hiipuu vähitellen pois. Hengitys muuttuu pinnalliseksi ja siihen voi tulla taukoja, hengityskatkoksia. Myös hengitystäni voi muuttua korisevaksi. Tämä johtuu hengitysteissä olevasta limasta. Koriseva ääni voi huolestuttaa läheisiä, mutta oire ei useinkaan kuolevaa itseään häiritse. Kuolevan iho muuttuu kalpeaksi ja laikukkaaksi, ja se voi tuntua viileältä ja kostealta. Kuoleman lähestyessä potilas voi muuttua levottomaksi, olla harhainen tai hän voi äännellä eri tavoin. Tämä ei kuitenkaan välttämättä tarkoita, että potilaalla olisi kipua tai muita lääkkeellisin keinoin autettavia oireita. Kuolevan levottomuus ja sekavuus voi tuntua läheisistä pahalta. Lääkehoidosta ei ole merkittävää apua tähän sekavuuteen, mutta tehokkain hoitokeino on toisen ihmisen läheisyys. Sekavuus on ikään kuin kuoleva ihmisen irtaantumista tästä todellisuudesta ja siten luonnollinen osa kuolemista. Odotettu kuolema on lähes aina rauhallinen tapahtuma, jossa ihminen ikään kuin nukahtaa. Kuolevan ihmisen sydän lakkaa lyömästä ja hengitys pysähtyy. (Hänninen 2015.)

Kuoleman jälkeen yhteistyökumppanina toimivassa palvelutalossa toimitaan Helsingin kaupungin toimintaohjeet kuoleman toteamiseen ja vainajan käsittelyyn pysyväsohjeen 130 mukaisesti. Tässä ohjeessa kerrotaan, kuinka vainaja todetaan kuolleeksi, ja missä ja mihin vainaja voidaan sen jälkeen siirtää säilytykseen. Ennen vainajan siirtoa tapahtuu vainajan laitto. Pysyväsohje antaa yksityiskohtaisia ohjeita vainajan valmisteluun ja hyvästelyyn liittyen. Läheisten osallistuminen on ohjeistuksessa huomioitu myös omaisten tukemisen kautta. Pysyväsohje 130 sisältää tietoa myös hautaamisesta sekä vainajalta jääneen omaisuuden käsittelystä. (Toimintaohjeet kuoleman toteamiseen ja vainajan käsittelyyn, 2016.)

Läheisille voi herätä paljon kysymyksiä ja vaikeita tunteita vasta viikkojen jälkeen kuolemasta. Näihin kysymyksiin ja tunteiden käsittelyyn tulisi hyvässä saattohoidossa pyrkiä vastaamaan. Saattohoito jatkuu potilaan kuoleman jälkeen huolehtimalla läheisten tarvitsemasta tuesta ja avusta surun käsittelyssä. (Aalto 2013, 20.) Jos omainen ei ole ollut läsnä, on hänen kanssaan hyvä käydä kuolintapahtuma läpi. Pysyväsohjeen mukaan evankelisluteriliseen kirkkoon kuuluneen vainajan omaiselle tulee annetaan ”Kun läheinen on poissa. Ohjeita omaiselle” -ohjekirjanen, jonka Helsingin seurakuntayhtymä on julkaissut. Tarvittaessa ohjeistetaan saamaan ammattiauttajan apua, jotta omaisen tuki voidaan taata. (Toimintaohjeet kuoleman toteamiseen ja vainajan käsittelyyn, 2016.)

Kuolevan potilaan kohtaaminen tulisi tapahtua yksilöllisesti hänen kulttuuristaustan, uskonnon ja elämänkatsomuksen huomioiden. Nämä tekijät vaikuttavat hoitoon, vainajan käsittelyyn ja hautaamiseen liittyviin käytänteisiin, tapoihin ja perinteisiin. Hyvän saattohoidon toteutumisen edellytyksenä on kuolevan potilaan yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen. Tämän tunnistamisen edellytyksenä on riittävä perehtyminen kyseessä olevaan kulttuuriin, uskontoon ja elämänkatsomukseen, jotta hyvään kuolemaan saattaminen ja vakaumuksen kunnioittaminen onnistuvat. (Abdelhamid, Juntunen ja Koskinen 2010,187-197.) Tietoa kuoleman kohtaamisesta eri kulttuureissa on runsaasti saatavilla. Kivimäen (2016) oppaasta saa kattavan informaation eri uskontokuntiin kuuluvien vainajien kohtaamisesta ja toimintatavoista kulttuuriset tekijät huomioiden.

8 Pohdinta

Osallistuimme Sairaanhoidajaliiton ja Hyvä kuolema -hankkeen yhteistyössä järjestämään saattohoidon koulutukseen Porissa. Osallistumisen tarkoituksena oli tarkastella työmme sisältöä kriittisesti ja peilata sitä asiantuntijoiden luentoihin saattohoidosta ja hyvän kuoleman käsitteestä. Näin saimme mahdollisuuden kuulla, mitkä ovat asiantuntijoiden näkemykset keskeisimmistä tekijöistä puhuttaessa hyvästä ja laadukkaasta saattohoidosta ja kuolemasta. Kuulemamme perusteella saimme hyvin selkeän käsityksen oman työmme ajankohtaisuudesta ja merkityksellisyydestä osana saattohoidon kehittämistä.

Olemme työssämme käsitelleet keskeisimpiä koulutuspäivässä esiin nostettuja aihealueita ja tämä lisää työmme luotettavuutta. Luotettavuutta tämän koulutuspäivän lisäksi lisää laaja ja uusimpaan tutkittuun tietoon pohjautuva lähdeluettelo, sekä aktiivinen opettajan ohjaukseen hakeutuminen ja reflektointi opinnäytetyön tekijöiden kesken työn eri vaiheissa. Olemme pyrkineet tarkastelemaan hyvän kuoleman käsitettä ja saattohoitopotilaan auttamisen keinoja laajasti, unohtamatta yksilöllisen ja silti kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmaa. Tämä kokonaisvaltainen ja yksilöllisyyttä painottava näkökulma kulkee mukana läpi koko työn. Työ on toteutettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvien tieteellisten käytäntöjen kriteerien mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Asiantuntijoiden luentoja kuunnellessa saimme vahvistuksen siitä, että olemme käsitelleet juuri keskeisimpiä asioita työssämme. Koulutuksessa nostettiin esiin potilaan kohtaamisen merkitys hyvän ja laadukkaan saattohoidon toteuttamisessa. Kohtaamisen merkitys korostuu erityisesti luottamussuhteen synnyssä hoitajien ja potilaan ja tämän läheisten kesken. Tätä kohtaamisen ja luottamuksen merkitystä olisimme voineet työssämme nostaa esiin. Myös kuolevan potilaan sosiaalisesta kärsimyksestä puhuttaessa, olisimme voineet käsitellä myös yksinäisyyden tunnetta. Kuolevan potilaan läheisten tunteet ja suru tulevasta erosta ja menetyksistä, lisäsivät kuolevan potilaan yksinäisyyden tunnetta. Tähän tunteeseen vastaaminen kuuluu hoitohenkilöstölle. Kuoleva potilas tarvitsee psykososiaalista tukea oman surun ja tulevien menetysten käsittelyssä. Työssämme käsittelemme kuolevan potilaan surun ja tulevien mene-

tysten aiheuttamaa kärsimystä, mutta sen aiheuttama yksinäisyyden tunne oli jäänyt käsittelemättä.

Kävimme yhteistyökumppanimme luona ja esittelimme työmme sisältöä. Pyrimme keskustelun keinoin saamaan näkemyksiä ja toiveita oppaaseen nostettavista asioista sekä oppaan muodosta. Saimme kannatusta siitä, että opas olisi sähköisessä muodossa. Näin se olisi nopealuokainen ja siten käytettävämpi. Myös taskukortin muoto sai positiivisen vastaanoton. Sen selkeys ja helppolukuisuus lisäävät käytettävyyttä päivittäisessä hoitotyössä. Kuolemista ja saattohoidon toteuttamisesta oli sitä vastoin hyvin haastavaa virittää vilkasta keskustelua. Jos käytössämme olisi ollut enemmän aikaa, olisimme voineet pitää kattavamman alustuksen tästä tunteisiin vetoavasta aiheesta. Se olisi varmasti kannustanut osallistujia aktiivisempaan keskusteluun. Hoitajana olemisen riittämättömyys nousi kuitenkin vahvasti esiin. Tämä nosti esiin tarpeen käydä työyhteisössä yhdessä läpi päättyneeseen saattohoitoprosessiin liittyviä asioita. Onnistumiset ja kehittämisen tarpeet voi tuolloin nostaa esiin eikä kenenkään tarvitse jäädä niitä yksin pohtimaan. Tällä keinolla voidaan lisätä hoitajan jaksamista työssään. Saattohoitopäätöksen merkitys saattohoidon aloittajana sekä hoitolinjauksen ja järjestelmällisen kirjaamisen nousivat keskustelussa esiin. Diakonialaitoksen Saattohoitokodin osastonlääkäri Kristiina Halminen (2017) totesi Porissa järjestetyssä saattohoitokoulutuksessa pitämässään luennossa: “ Saattohoitoon ei ajauduta, siihen siirtymisestä täytyy olla päätös”. Hoitolinjauksen merkityksestä hän puhui sen tärkeydestä hoitohenkilöstön työvälineenä mutta korosti sen tiedossa olon tärkeyttä myös potilaan sekä omaisen näkökulmasta.

Yhteistyökumppanimme on aloittanut saattohoidon kehittämisen omassa organisaatiossaan tilatessaan tämän opinnäytetyönä tehtävän oppaan. Työstämämme opas on erinomainen apuväline tässä kehitystyössä. Yhtenäiset käytännöt parantavat saattohoitotyön laatua, jolloin kaikki potilaat saavat tasalaatua hoitoa jokaisessa työvuorossa. Tämä yhteistyökumppanin tapaaminen ja työn avoin esittely ja läpinäkyvyys lisäävät työmme luotettavuutta.

Työ vastaa hyvin tutkimuskysymykseen, millainen on hyvä kuolema. Hyvä kuolema on mahdollista saavuttaa toteuttamalla potilaan yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden mukaista hoitoa. Tämä kuitenkin edellyttää hoitotahdon laatimista ja hoitolinjauksen tekemistä lääkärin kanssa yhteistyössä. Hoitotahto toimii koko hoidon punaisena lankana ja näin työvälineenä hoitohenkilöstölle. Hoitolinjauksen antaa suuntaviivat kuolevan potilaan hoidolle ja hoitotahto kertoo potilaan oman tahdon hoidon toteutuksesta. Työn tavoitteena oli saada vastaus myös kysymykseen, miten autan saattohoitopotilasta kuoleman lähestyessä. Tähän kysymykseen työn sisältö vastaa hyvin. Kuolevaa potilasta voidaan auttaa parhaiten tunnistamalla hänen yksilölliset oireensa ja tarpeensa. Työssä on esitelty varsin yksityiskohtaisia keinoja esimerkiksi kivun tunnistamiseen. On kuvattu, kuinka kipua voidaan tunnistaa kehonkielestä tai erilaisia mittareita apuna käyttäen. Tämä tunnistaminen on hoidon suunnittelun perustana jokaisen potilaalla esiintyvän oireen kohdalla, ja sen tulisi tapahtua moniammatillisessa yhteistyössä

kuolevan potilaan kanssa. Kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti suunniteltu ja toteutettu kuolevan potilaan hoito helpottaa olemassa olevia oireita ja lievittää kärsimystä ja näin mahdollistaa hyvän kuoleman.

Yhteistyökumppanin olemassa olevaan saattohoidon ohjeistukseen on tavoitteen mukaisesti saatu uusia näkökulmia. Kun tavoitteena on saavuttaa hyvä kuolema, hoitotahdon merkitys koko saattohoitoprosessin punaisena lankana sekä huolellisesti kirjattu hoitolinjaus auttavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kokonaisuuden ymmärtämistä. Oppaan helppolukuinen sisältö ei vastaa kaikkiin saattohoitoprosessissa eteen tuleviin kysymyksiin. Se antaa kuitenkin näkökulmia ja pohtimisen aihetta. Opas huomioi ja nostaa esiin saattohoitoprosessiin sekä oireenmukaiseen hoitamiseen liittyviä asioita. Oireenmukaisen hoidon toteuttamisen avuksi on luotu lisäksi nopealukuinen taskuopas, mitä henkilökunta voi päivittäisessä työssä käyttää tarkistuslistana. Se auttaa jäsentämään saattohoitopotilaan oireiden moninaisuuden ja ymmärtämään, ettei mikään oire esiinny puhtaasti yksin, sillä ihminen on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen kokonaisuus.

Lähteet

Painetut

Aalto, K. (toim) 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Kirjapaja. Helsinki
Abdelhamid, P., Juntunen, A., Koskinen, L., 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOY. Helsinki

Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtonen, S., Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint Oy. Sipoo.

Hänninen, J. 2003. Saattohoito. Saattopotilaan oireiden hoito. Duodecim. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hänninen, J. 2013. Saattohoito tänään. Teoksessa Saattohoito kuolevan tukena. Toimittanut Kirsti Aalto. Kirjapaja. Helsinki.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Duodecim. Otavan kirjapaino oy. Keuruu.

Hävölä, H., Kylmä, J., Rantanen, A. 2014. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede 2015, 27(2), 132-147.

Kristoffersen, N. J., Breivne, G. 2006. Kärsimys, toivo ja elämänrohkeus. Teoksessa Hoitotyön perusteet. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (toim.) 2006 Edita Tanska

Lahti, P. 2016. Saattohoito ja kuolema. Vanhustyö-lehti. 6/2016.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 452. Sanoma Pro Oy. Helsinki

Saavalainen, H. 2017. Elvytyskieltoon liittyy paljon väärinkäsityksiä. Helsingin Sanomat 30.10.2017.

Toimintaohjeet kuoleman toteamiseen ja vainajan käsittelyyn, 2016. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Pysyväisohje. PYSY 130.

Vuorinen, E. Saattohoidossa elämän pitkittäminen ei ole päämäärä. Vanhustyö-lehti. 6/2016.

Sähköiset

Cruz-Jentoft, A., Boland, B., & Rexadr, L. 2012. Drug Therapy Optimization at the End of Life. *Drugs Aging* 2012;29(6):511-521. Viitattu 11.8.2017
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=47469590-b4c0-4d02-8143-5541124f1382%40sessionmgr102>

Erhola, M. 2016. Luonnollinen ja arvokas kuolema. Potilaan lääkäri-lehti. Viitattu 22.6.2017
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakarin-aani/luonnollinen-ja-arvokas-kuolema/>

Esas oirekysely. Viitattu 14.11.2017
https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/palliativ-verksamhetsmodell/finska-bilagor/9_esas_oirekysely-potilaan-oireenmukaiseen-arviointiin.pdf

Finne-Soveri, H. 2015. Rain hyödyntäminen kuolevan arjessa. Slide Share. Viitattu 19.5.2017
https://www.slideshare.net/THLfi/harriet-finesoveri-rain-hydyntminen-kuolevan-ar-jessa?qid=4c958d45-dc4d-45b9-8ab9-637daf6b7c4c&v=&b=&from_search=1

- Friman 2015. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Terveysportti. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 26.8.2017
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=saattohoito
- Helsingin- ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 16.8.2017
http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syovan_hoito/Sivut/Palliatiivinen-hoito.aspx
- Hoitotahto 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Valvira. Viitattu 19.5.2017
http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto
- Hoitotahto 2017. Terveystieteiden tutkimuskeskus. THL. Viitattu 19.5.2017
<https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto>
- Hoitotahto ja elämän tärkeät asiat 2013. Opas potilaalle ja läheiselle. Kuopion kaupunki. Viitattu 26.8.2017
<https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7453095/HOITOTAHTO+ja+el%C3%A4m%C3%A4n+t%C3%A4rke%C3%A4t+asiat+7.4.2014.pdf/d6b541f4-e6c0-4040-8542-1d791eb03cc6>
- Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. Duodecim lääketietokanta. Sic! - Lääketietoa Fimeasta. Viitattu 22.6.2017
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=kuolema&p_valmiste_id=sla00239&p_laakeryhma=
- Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Viitattu 17.8.2017
<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopaaalueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>
- Jenkins, C., Taube, A., Turner, K., Hanson, J., Bruera, E. 1998. Initial Demographic, Symptom, and Medication Profiles in Patients Admitted to Continuing Palliative Care Units. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 16 No. 3 September 1998. Viitattu 22.6.2017
[http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(98\)00068-2/pdf](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(98)00068-2/pdf)
- Johnston, B., Smith, L. 2016. Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. Viitattu 6.11.2017
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x/abstract>
- Keränen, T. Miljoonien eurojen korotukset STM:n budjettiin. *Lääkärilehti*. Ajassa-Ajankohtaista. 11.8.2017. Viitattu 13.8.2017
<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/miljoonien-eurojen-korotukset-stm-n-budjettiin/>
- Kipu (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 11.8.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50103#K1>
- Kivimäki, P. 2016. Monikulttuurinen kuolema. Tietoa kuoleman kohtaamisesta eri kulttuureissa sairaaloiden henkilökunnalle. Viitattu 14.11.2017
<http://kapy.fi/wp-content/uploads/2016/12/Monikulttuurinen-kuolema.pdf>
- Ko, E., Kwak, J., Nelson-Becker, H. 2014. What Constitutes a Good and Bad Death?: Perspectives of Homeless Older Adults. *Death Studies*, 39: 422-432, 2015. Viitattu 21.6.2017
<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8a6975aa-a2aa-4ab0-b558-efba718ebeat%40sessionmgr4009&vid=12&hid=4112>

- Kuparinen, M. 2014. Saattohoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 19.5.2017
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01690&p_haku=saattohoito
- Kuolevan potilaan oireiden hoito (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2012. Viitattu 19.5.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#K1>
- Laine, H., 2015. DNR-päätös. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.8.2017
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex-valtion säädöstietopankki. Viitattu 19.5.2017
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lumio, J. 2016. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.11.2017
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313
- Lääketieteen sanasto. Terve.fi. Viitattu 10.8.2017
<http://www.terve.fi/laaketieteen-sanasto/?search=interstitiaalinen>
- Mustajoki, P. 2016. Ummetus. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 31.5.2017
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092
- Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R. 2016. Hoidon rajaukset. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Duodecim oppiportti. Viitattu 26.8.2017
http://www.oppiportti.fi/op/atd00079/do?p_haku=kuolema#q=kuolema
- Pirkanmaan hoitokoti. Esite. Viitattu 13.8.2017
https://pirkanmaanhoitokoti-fi-bin.directo.fi/@Bin/b69060ee0c6011c75bbdf3c26b974cf6/1502656968/application/pdf/200008/PirHo_esite-web.pdf
- Pälve, H. 2016. Millainen on hyvä kuolema? Potilaanlääkärilehti 41/2016. Viitattu 31.5.2017
<http://www.potilaan-laakarilehti.fi/laakarit-ottavat-kantaa/hyva-kuolema/>
- Rantanen, R., Räikkä, J. 2014. (Julkaistu 13.10.2011, muokattu 22.9.2014). Kuoleman filosofia. Viitattu 1.12.2017
<http://filosofia.fi/node/5948>
- Riikola, T., Hänninen, J. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 19.05.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072>
- Rintahaka, J. 2016. Unihygienia. Rinnekoti-Säätiö. KV-Tietopankki. Viitattu 10.8.2017
<http://www.kvtietopankki.fi/terveyden-edistaminen/uni-ja-unihairiot/unihygienia>
- Saarela, L. 2008. Viikon kollega. Juha Hänninen: "Hyvä kuolema on ihmisen näköinen" Duodecim 2008;124:568-9. Viitattu 19.5.2017
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97096.pdf>
- Saattohoitopäätös on osa inhimillistä hoitoa. Turun Sanomat 2012. Viitattu 26.8.2017
<http://proet.net/artikkelit/saattohoitopaatos-osa-inhimillista-hoitoa>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Hyvän saattohoidon suositukset. Esitteitä 2011:3. Viitattu 11.8.2017
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111889/URN%3aNB%3afi-fe201504227202.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017. Timo Saarto ja asiantuntijatyöryhmä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksikriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Viitattu 20.12.2017

http://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asetus kuoleman toteamisesta. 9.1.2004/27 Finlex-valtion säädöstietopankki. Viitattu 1.11.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027#Pidp450739328>

St. Christopher's 2017. More than just a hospice. Viitattu 26.8.2017

<https://translate.google.fi/translate?hl=fi&sl=en&tl=fi&u=http%3A%2F%2Fwww.stchristophers.org.uk%2Fabout%2Fdamecicelysaunders&anno=2>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017. Elämän loppuvaiheen hoidon tutkimus- ja kehittämishanke PACE. Viitattu 16.8.2017

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/elaman-loppuvaiheen-tutkimus-ja-kehittamishanke>

Terveyskylä.fi, Kivunhallintatalo 2017. Lääkkeetön kivunhoito. Viitattu 13.8.2017

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/sy%C3%B6p%C3%A4kivun-hoito/l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n-kivunhoito>

Tiusanen, T. 2014. Ummetuksen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 26.8.2017

http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk00818

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Viitattu 19.12.2017

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Ukkola, O. 2005. Kakeksia. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim; 2005, numero 9. Artikkelin tunnus: duo94965 (094.965). Viitattu 10.8.2017

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/9/duo94965>

World Health Organisation. 2017. Palliative care. Viitattu 11.8.2017

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

Julkaisemattomat

Halminen, K. 2017. Saattohoitokoulutus, Pori. 14.12.2017. Matka potilaan rinnalla. Luento.

Peltomäki, A. 2017. Saattohoitokoulutus, Pori. 14.12.2017. Saattohoitopotilaan ja läheisen kohtaaminen, kokemuksia. Luento.

Liitteet

Liite 1: Opas hyvään kuolemaan saattamisesta hoitohenkilöstölle	34
-----------------------------------------------------------------------	----

Liite 1: Opas hyvään kuolemaan saattamisesta hoitohenkilöstölle

Opas hyvään kuolemaan saattamisesta hoitohenkilöstölle

Anu Koivunen ja Marja Lankinen / Laurea AMK

“Kun ei enää ole mitään tehtävissä,
on vielä paljon tekemistä”

Oppaan sisältö

- Uusimpiin suosituksiin ja tutkittuun tietoon pohjautuva hyvään kuolemaan saattamisen ohjeistus hoitohenkilöstölle
- Työvälineeksi saattohoitoprosessiin
- Lääkkeettömät keinot oireiden hoidossa / huomioitava lääkehoidon haittavaikutukset oireiden aiheuttajina
- Lähteitä ja linkkejä lisätiedon saamiseksi
- Mittarit oireiden tunnistamiseen

<p>Palliatiivinen hoito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parantumattomasti sairaan ihmisen kokonaisvaltainen, aktiivinen oireita lievittävä hoito - Voi kestää vuosia, ei pidennä eikä lyhennä elämää - Mahdollisimman hyvä elämä ennen kuolemaa - Tavoite: parhaan mahdollisen elämänlaadun turvaaminen, oireiden lievittäminen ja hoito. Estää fyysistä, psykososiaalista ja henkistä kärsimystä ja kipua, sekä muita ongelmia - Läheisten huomiointi ja tukeminen 	<p>Saattohoito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuolevan potilaan hoitoa - Elämän viimeiset päivät / viikot - On osa palliatiivista hoitoa - Sisältää dnr- päätöksen - Tavoite: Lievittää sairaudesta ja lähestyvää kuolemasta aiheutuvia oireita ja niihin liittyvää kärsimystä. Turvallisuuden tunteen luominen. - Perusta: Kuolevan ihmisen itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen - Potilaiden ja omaisten auttamista ja tukemista - Moniammatillista työtä - Yksilöllisyyden, uskonnon ja kulttuuritekijät huomioivaa
<p>Hyvä kuolema</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vastaajasta riippuvainen, ihmisen näköinen - mitä haluaa elämänsä viimeisiin hetkiin - Kärsimyksen lievittäminen ja hyvä hoito - Kulttuurisidonnaisuus, uskonto - Kuoleman kohtaaminen levollisesti - Lähestyvän kuoleman hyväksyminen - Potilas/hoitaja/omainen - jokaisella on oma käsityksensä hyvästä. Tavoitteena on pyrkimys potilaan hyvään! 	<p>Hoitotahto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toimii hoidon “punaisena lankana” - Potilaan kirjallisesti tekemä tahdonilmaisu kuolemaa edeltävästä ajasta - ilmaisee toiveita ajasta, jolloin kuolema lähestyy - Tavoite: Arvokkaan kuoleman toteutuminen, itsensä näköisen elämän loppuajan toteutuminen - Tarkoitus: Turvata oma tahto vakavan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden tuomissa tilanteissa

<p style="text-align: center;">Hoitolinjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoidon periaatteista on pidettävä keskustelu silloin, kun sairauteen ei ole parantavaa hoitoa. Keskusteluun osallistuvat lääkäri, potilas ja läheinen - päätökset kirjataan. Ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma. - Aktiivisen saattohoidon suunnitelma - huomioitava henkiset ja fyysiset oireet - Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen - Hyötyä tavoitellaan potilaan elämänlaadun näkökulmasta. Hoitojen aloittaminen/aloittamatta jättäminen/ lopettaminen - Kaikki toimet, jotka pitkittävät tai vaikeuttavat rauhallista kuolemista, tulee lopettaa 	<p style="text-align: center;">Kuoleman lähestyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oireiden tunnistaminen - ESAS - oirekysely - Kaikki oireet liittyvät toisiinsa, on tärkeää hoitaa ihmistä kokonaisuutena, ei vain ilmenevää oiretta - Vaikuttaa elämänlaatuun, toimintakykyyn ja voimavaroihin alentavasti - Yksilöllinen kokonaisvaltainen tarpeiden ja kärsimyksen tunnistaminen ja hoito - Huomioitava kulttuuri ja uskonto - Omaisten ja läheisten tukeminen ja läsnäolon salliminen - Moniammatillisuus - Hengellinen ja psykososiaalinen tuki
<p style="text-align: center;">Psyykinen kärsimys</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tunteiden huomiointi ja puheeksi ottaminen - Ahdistuksen ja masennuksen tunnistaminen - Kulttuurin ja uskonnon huomioiminen - Toivon merkitys / ylläpitäminen, toivon moniulotteisuus, potilaan omista toiveista lähtevää. Hoitajan tulisi muistaa realistinen toivo. Keinot: hyvä hoiva, vertaistuki, keskustelu, tukihenkilö - Eletyn elämän muisteleminen, elämän normaaliuden tukeminen - Läheisyys ja huumori - Edellyttää hoitajalta aitoa halua oppia tuntemaan potilas ja kuunnella häntä 	<p style="text-align: center;">Sosiaaliset tarpeet ja kärsimys</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulttuurin ja uskonnon huomioiminen - Yksilöllisyyden huomioiminen, yksilölliset tarpeet ja toiveet <p style="text-align: center;">“Toiset haluavat olla yksin, toiset kaipaavat jatkuvaa yhteydenpitoa ja läsnäoloa”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Läheisten läsnäolon salliminen, läheisten tuki - Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja siinä tukeminen/avustaminen - Tunteiden huomioiminen ja puheeksi ottaminen

<p>Hengelliset tarpeet ja kärsimys</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hengellisiä tarpeita on, vaikka ei olisi uskonnollinen - Kärsimyksen synnyn taustalla olevat tunteet: syyllisyyden tunteet, elämän tarkoituksen ja merkityksellisyyden pohdinta, kuoleman jälkeisen elämän kysymykset - Tarpeiden ja tunteiden tunnistaminen - Keskustelu ja kohtaaminen - Kulttuuri ja uskonto - Virret ja rukous - Moniammatillisuus, sairaalateologi - Hoitajan oma vakaumus ei saa olla esteenä 	<p>Fyysiset oireet Kipu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tunnistaminen / seuranta ja arviointi - kirjaaminen - Keinoja tunnistamiseen: havainnointi, kasvon ilmeet, kehon liikkeet, ääntely, aktiivisuuden väheneminen, muutokset vuorovaikutuksessa, unirytmien muutokset - Kipu on subjektiivinen kokemus, usein alihoidettua - Lääkkeettömiä keinoja: liikunta, fysikaaliset hoidot, asentohoito, kylmä- ja lämpöhoidot, rentoutuminen, tietoinen läsnäolo, positiiviset virikkeet - Mielialan ja tunteiden huomioiminen kivun synnyssä ja hoidossa: masentuneisuus, lohduttomuus ja pelokkuus - Aiheuttaa mm. hengenahdistusta - Lääkehoidon haittavaikutusten huomiointi - Kipumittarit
<p>Hengitystieoireet: hengenahdistus, yskä, hikka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subjektiivinen kokemus - Psykkisten syiden ja oireiden huomiointi esim. ahdistus voi ilmetä / pahentaa hengenahdistusta - Kivun huomiointi ja hyvä hoito Lääkkeettömät hoitotyön keinot: asentohoito, kohoasento, ilmavirtauksen lisääminen - esim. tuuletin, huoneilman raikkaus - avoin ikkuna, hengitysharjoitukset, rentoutusharjoitukset, ilman kostuttaminen - höyryhengitys, suun hoitaminen - Lääkehoidon haittavaikutusten huomiointi 	<p>Maha-suolikanavan oireet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pahoinvointi, oksentelu, närästys, ripuli ja ummetus - Psykkisten oireiden kuten ahdistuksen vaikutusten huomiointi oireiden synnyssä ja hoidossa - Kivun huomiointi ja hoito - Ummetuksen / suolitukoksen huomiointi ripulin ja pahoinvoinnin aiheuttajana - Lääkehoidon haittavaikutusten huomiointi - Pienet annoskoot, ruuan ja juoman koostumuksen huomiointi - Riittävä nesteiden saanti p.o. - Toiveet ja mieltymykset - Asentohoito - Suunhoito

<p>Kuivuminen, kuihtuminen, ja ruokahaluttomuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psykkisten oireiden tunnistaminen ja hoitaminen <p>Liikunta parantaa ruokahalua</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sosiaalisuus ruokaillessa - Kaunis kattaus - Pieniä naposteltavia ja mieliruoat - Limakalvojen kostuttaminen on riittävä nesteyttäminen ja janon tunteen sammuttaja saattohoitovaiheessa. Suonensisäinen nesteytys voi pahentaa ja lisätä potilaan oireita. 	<p>Suun ja limakalvojen kuivuminen</p> <p>Huomioidaan kipu ja tulehdukset</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hygienia, pehmeä hammasharja - Kostutus, geelit, öljyt - Pehmeä ja kylmä ruoka, jääpalat - Huulien rasvaaminen <p>Vältetään voimakkaita mausteita ja hapanta ruokaa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suun kuivuminen on nestehukkaa suurempi ongelma
<p>Unettomuus ja väsymysoireyhtymä</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilaan subjektiivinen tunne huonosta nukkumisesta - Säännöllinen liikunta ja ulkoilu - Säännöllinen päivärytmi - Rasvaisen ruoan ja kahvin välttäminen illalla - Nukkumisolosuhteet / unihygienia : hyvä vuode, raitis ilma, viileä makuuhuone - Turvallinen ympäristö ja rauhallisuus - Kivun huomioiminen <p>Masennuksen ja ahdistuksen huomioiminen</p>	<p>Iho-oireet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asentohoito - Rasvaaminen - Paineistettu ilmapatja - Huoneilman kosteus ja lämpötila - Vaatteiden ja vuodevaatteiden materiaali

<p style="text-align: center;">Nestetasapainon häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nesteen kertyminen vatsaonteloon ja raa- jaturvotukset - Lymfahieronta - ihon rasvaaminen - Tukisidokset / hoitosukat - Suolan käytön rajoittaminen - Asentohoito - kohoasento 	<p style="text-align: center;">Monikulttuurisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uskonto ja kulttuurista huomioitava koko saattohoitoprosessin ajan - Moniammatillisuuden hyödyntäminen, sai- raalateologi /pastori - Hoitajan oma vakaumus ei saa olla esteenä yksilöllisen hoidon toteutumisessa
<p style="text-align: center;">Kuolema</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lähestyvän kuoleman merkit: muutokset hengityksessä ja ihossa, levottomuus, har- haisuus, ääntely - Oireiden häiritsevyyden huomiointi - Läsnäolo ja kosketus - Rauha, kiireettömyys - Omaisten tukeminen 	<p style="text-align: center;">Kuoleman jälkeen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsingin kaupungin pysyväisohje 130 (Saatavilla yksiköistä paperiversiona) - Vainajan toteaminen kuolleeksi - Vainajan laitto kuoleman jälkeen - Huomioidaan eri uskontokuntien ohjeet - Vainajan kuljetus ja säilytys - Omaisten tukeminen

<p style="text-align: center;">Hoitajana</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aito halu kuunnella - Läsnäolo ja kohtaaminen - Työssä jaksaminen - Omien tunteiden reflektointi ja purku - Hoitajan oma uskonnollinen vakaumus - Työnohjaus - Moniammatillisuus

Lisätietoa

Esas oirekysely ja kipukartta:

https://www.vaasan keskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/palliativ-verksamhetsmodell/finska-bilagor/9_esas_oirekysely-potilaan-oireenmukaiseen-arviointiin.pdf

Kivun arvioiminen, kipumittarit:

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivunhoito/Documents/Kivunhoito%20HUS-sairaaloissa%202015_ILMAN%20LEIKKAUSMERKKEJ%C3%84.pdf

Terveyskylän kivunhallintatalo:

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/sy%C3%B6p%C3%A4kivun-hoito/l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n-kivunhoito>

Monikulttuurisuus:

<http://kapy.fi/wp-content/uploads/2016/12/Monikulttuurinen-kuolema.pdf>

Hoitotahto:

http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto
<https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto>

Potilaan ja omaisen opas:

<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>

Käypä hoito- Kuolevan potilaan oireiden hoito:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#K1>

STM-palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen:

http://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0