



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

SAATTOHOITO-OPAS OMAISILLE

Matti ja Liisa Koti Oy, Palvelukoti Pikku-Kerttula

TEKIJÄ: Tuula Kokkinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Tuula Kokkinen	
Työn nimi Saattohoito-opas omaisille. Matti ja Liisa Koti Oy, Palvelukoti Pikku-Kerttula.	
Päiväys	31.7.2018
Sivumäärä/Liitteet	41+1
Ohjaaja(t) Leena Koponen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Matti ja Liisa Koti Oy	
<p>Saattohoito on kuolevan potilaan oireenmukaista hoitoa, jossa tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämälaatu sekä potilaalle että omaisille. Saattohoito ajoittuu potilaan viimeisille elinviikoille tai kuukausille. Potilaan toiveiden huomioiminen ja hyvä perushoito ovat saattohoidon keskeisiä osa-alueita.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa saattohoitosuositusten mukainen saattohoito-opas Palvelukoti Pikku-Kerttulassa saattohoidossa olevan potilaan omaisille. Tavoitteena oli lisätä omaisten tietoa saattohoidon toteuttamisesta, edistää omaisten saamaa tukea sekä lisätä omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta. Omaisten tiedon lisäämisellä autetaan heitä ymmärtämään saattohoitovaiheen hoitoa ja rohkaistaan osallistumaan saattohoitoon. Tutkimustehtävänä opinnäytetyössä oli tuottaa omaisille asiasisällöltään selkeä ja käytännönläheinen opas saattohoidosta. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Matti ja Liisa Koti Oy.</p> <p>Opas toteutettiin toiminnallisen opinnäytetyön menetelmää käyttäen toimeksiantajan toiveet ja tarpeet huomioiden. Teoriaosuudessa käytettiin saattohoitoa käsittelevää kirjallisuutta, tutkimuksia ja verkkoaineistoa. Aiheen koskettavuuden takia omaisia ei opinnäytetyöhön haastateltu. Teoriatiedon pohjalta koottiin omaisten käyttöön soveltuva käytännönläheinen saattohoito-opas.</p> <p>Saattohoito-opas omaisille sisältää tietoa kuolevan potilaan hoitoon liittyvistä keskeisistä käsitteistä, tietoa perushoidosta, oireenmukaisesta kivunhoidosta sekä psyykkisten ja hengellisten tarpeiden huomioimisesta.</p> <p>Yksityinen palvelukoti tulee jatkossa käyttämään opasta omaisyhteistyössään. Oppaalla on suora yhteys omaiset huomioivaan laadukkaaseen saattohoitotyöhön. Saattohoito-opas omaisille tulee Pikku-Kerttulan käyttöön, mutta jatkossa sitä voisi hyödyntää toimeksiantajan muissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Sähköisessä muodossa olevaa opasta toimeksiantaja voi jatkossa kehittää ja päivittää uusinta tietoa hyödyntäen. Omaisten psyykinen tukeminen saattohoidossa olisi laaja ja tärkeä jatkotutkimusaihe.</p>	
Avainsanat	
saattohoito, omainen, opas	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Tuula Kokkinen			
Title of Thesis End-of-life care guide booklet for the family members			
Date	31.7.2018	Pages/Appendices	41+1
Supervisor(s) Leena Koponen			
Client Organisation /Partners Matti and Liisa Home Ltd			
<p>The main purpose of this thesis was to create an end-of-life guide for the relatives of patients´ at the Service Home Pikku-Kerttula. The guide was created according to the national end-of-life guidelines. The purpose of the thesis was to increase the relatives´ knowledge of end-of-life care and in this way to increase the support to the relatives and to enhance the communication between the relatives and the nursing staff. Increasing the relatives´ information about end-of-life care helps the relatives to understand the treatment in end-of-life care and encourages them to participate in it. This thesis was assigned by Matti and Liisa Home Ltd.</p> <p>End-of-life care is care of the symptoms of a dying patient. Its aim is to guarantee the best possible quality of life for both the patient and the relatives. End-of-life care is needed when the life expectancy of the patient is only a few weeks or months. The key elements are to pay attention to the patient´ s wishes and good basic care.</p> <p>This thesis was carried out as a functional study. The theory part consists of material collected by using professional end-of-life care literature, articles and research. Relatives of the patients were not interviewed for this work. As a result of the thesis there is a guide leaflet created for the relatives of an end-of-life patient. The end-of-life guide leaflet deals with the key concepts of end-of-life care and provides information on treating symptoms of a dying patient.</p> <p>In future the private Service Home Pikku-Kerttula will use the guide in their cooperation with the relatives. The guide can also be used in other service homes of Matti and Liisa Home. A topic for further study could be relatives´ emotional support during end-of-life care.</p>			
Keywords			
end-of-life care, relative, guide			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	SAATTOHOITOA OHJAAVA LAISÄÄDÄNTÖ JA SUOSITUKSET	8
2.1	Saattohoidon ajankohtaisuus	8
2.2	Väestön ikääntyminen ja saattohoito	9
3	SAATTOHOIDON KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ	11
3.1	Hoitotahto	11
3.2	Hoitoneuvottelu	11
3.3	Palliativinen hoito	12
3.4	Saattohoitopäätös	12
3.5	DNR-päätös	13
3.6	Saattohoito uudelleen suuntautuvana hoitona	13
4	SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ	15
4.1	Hyvä perushoito	15
4.1.1	Puhtaus ja ihon hoito	16
4.1.2	Ravitsemus ja pahoinvointi	16
4.1.3	Erittäminen	17
4.1.4	Suun hoito	17
4.1.5	Nukkuminen	18
4.2	Hengitystieoireet ja niiden hoito	18
4.3	Oireenmukainen kivunhoito	19
4.4	Sosiaaliset, psyykkiset ja hengelliset tarpeet	20
4.5	Muistisairautta sairastavan saattohoidon erityispiirteitä	21
5	OMAISTEN JA LÄHEISTEN TUKEMINEN	25
5.1	Tiedollinen tuki	25
5.2	Konkreettinen tuki	26
5.3	Henkinen ja hengellinen tuki	27
5.4	Kuoleman hetki	28
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	30
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	31

7.2 Hyvän oppaan kriteerit	32
7.3 Oppaan tuottaminen	33
8 POHDINTA.....	35
8.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	35
8.2 Opinnäytetyön ja oppaan arvioiminen	36
8.3 Ammatillinen kasvu ja kehittyminen	36
8.4 Oppaan hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat	37
LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	38
LIITE 1: SAATTOHOITO-OPAS OMAISILLE	40

1 JOHDANTO

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan hoitotyötä. Kuoleman läheisyys on julkilausuttu, lääketieteen keinoin ei sairauteen pystytytä parantavasti vaikuttamaan. ”Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä” on saattohoidon keskeinen ajatus. Saattohoitoon sisältyy olettamus, jonka mukaan kuolevan potilaan ja hänen perheenjäsentensä vointia voidaan helpottaa. Kuolemaa ei suljeta pois, tavoitteena on luoda kuolevalle potilaalle olosuhteet, jossa hän pystyy viettämään laadukasta elämää sekä kuolla arvokkaasti, turvallisesti ja rakastettuna. (Lipponen 2006, 13.)

Saattohoito aiheena on ajankohtainen ja tärkeä. Valviran vuosittain käsittelemissä saattohoitoon liittyvissä kanteluissa tulee keskeisesti esille omaisten tiedon puute kuolevan potilaan hoidosta ja sen tavoitteista. Puuttellinen kivunhoito ja nestehoitoon liittyvät kysymykset ovat olleet muita yleisimpiä kantelun aiheita. (Anttila 2011, 10–12.) Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti hänen haluamassaan paikassa. Sosiaali- ja terveysministeriön syyskuussa 2010 antamien saattohoitosuosituksen mukaan saattohoitoa on annettava siellä, missä potilas asuu tai on hoidettavana elämänsä viime vaiheessa, esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa. Suositukset on suunnattu sovellettaviksi kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden hoitokäytännöissä. (STM 2010, 30–31.)

Omaisten kohtaamisesta, tukemisesta ja ohjaamisesta on muodostunut keskeinen vanhusten palvelukotien gerontologisen hoitotyön osamisalue. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä omaisten tietoa oireenmukaisesta saattohoidosta, esimerkiksi kivun hoidosta ja ravitsemuksesta. Omaisten tiedonsaannilla pystytään lisäämään heidän luottamustaan ja tyytyväisyyttään saattohoitoa kohtaan sekä rohkaistaan ilmaisemaan omia toiveitaan ja tarpeitaan. Omaisille suunnattuja palvelukotien saattohoito-oppaita on viime vuosina tehty AMK-opinnäytetöinä useita. Tämäkin osaltaan kertonee aiheen tärkeydestä ja yksikkökohtaisten oppaiden tarpeesta omaisyhteistyön työkaluna sekä hoitotyön tavoitteesta taata asukkaille laadukkaat elämän viime hetket.

Olen työskennellyt sairaanhoitajana vanhusten tehostetussa palveluasumisessa usean vuoden ajan ja saattohoito on keskeinen osaamisalue työssäni. Opinnäytetyön aiheeksi valitsin vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, Palvelukoti Pikku-Kerttulassa, saattohoidossa olevien asukkaiden omaisille suunnatun saattohoito-oppaan tuottamisen. Aloite opinnäytetyön aiheesta tuli opinnäytetyön tekijältä. Pikku-Kerttulassa työskentelevät kolme hoitajaa saivat mahdollisuuden osallistua vuoden 2014 Yhteisvastuukeräyksen tuotolla järjestettyyn saattohoidon koulutukseen. Omaisille suunnattu opas toimii luontevana jatkumona yksikössä toteutettavan saattohoidon kehittämisessä. Opinnäytetyölle oli selvä tarve toimeksiantajan, Matti ja Liisa Koti Oy:n, taholta.

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa Palvelukoti Pikku-Kerttulan asukkaiden omaisille saattohoito - opas. Oppaassa on ymmärrettävässä muodossa perustietoa saattohoidosta, lähestyvän kuoleman aiheuttamista oireista ja muutoksista sekä oireenmukaisesta hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä omaisten tiedonsaantia ja rohkaista heitä osallistumaan saattohoitoon. Oppaasta omaiset voivat saada myös tukea elämäntilanteessa, jossa heille tärkeän ihmisen elämä on päättymässä. Pikku-

Kerttulan hoitohenkilökunta voi hyödyntää opasta suullisen ohjauksen rinnalla, se voi toimia omais-keskustelujen runkona ja nostaa esille asukkaan yksilölliseen saattohoitotilanteeseen liittyviä kysymyksiä. Opinnäytetyön tekeminen lisää tietouttani laadukkaan saattohoidon toteuttamisesta ja antaa valmiuksia omaisten kanssa keskustelemiseen sekä kehittää taitojani kohdata sureva omainen yksilöllisesti tulevaisuudessa.

2 SAATTOHOITOA OHJAAVA LAISÄÄDÄNTÖ JA SUOSITUKSET

Lääkintöhallitus antoi vuonna 1982 sairaanhoitolaitokselle terminaalihoidon ohjeet, joita pidetään elämän loppuvaiheen hoidon ohjauksen perustana. Jo tällöin ohjeissa nostettiin esille periaate, jonka mukaan saattohoitovaiheen potilaan tulee voida elää ilman hankalia oireita tai kipuja haluamassaan paikassa läheistensä seurassa. Käypä hoito -suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta on tehty vuonna 2008. Suositus ohjaa lääketieteellistä elämän loppuvaiheen hoitoa. (THL 2017a.)

Kansallisesti tärkeimmät elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait ovat Suomen perustuslain (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731) perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) eli potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559), kansanterveyslaki (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66) ja erikoissairaanhoitolaki (Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062). Potilaslaissa määritellään esimerkiksi potilaan tiedonsaantioikeus omasta sairaudestaan ja itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeuden lisäksi saattohoidon perustavana eettisenä arvona on ihmisarvon kunnioittaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE, on julkaissut suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta (2001), saattohoidosta (2003) ja vanhusten hoidosta (2008). Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2010 Hyvä saattohoito Suomessa -suositukset. (THL 2017a.)

Elämän loppuvaiheen suunnittelua ohjaa myös laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812). Laissa määritellään esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeudesta ja oikeudesta saada selvitys toimenpidevaihtoehdoista. Lain tavoitteena on edistää luottamuksellisuutta asiakassuhteissa ja lisätä asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi lailla turvataan sosiaalihuollon asiakkaan oikeus hyvään kohteluun ja palveluun. (Finne-Soveri 2015.)

Vuonna 2002 WHO on antanut palliatiivisen hoidon suositukset. Näissäkin suosituksissa korostetaan sekä laadukasta kivun että muiden hoitoa, elämän ja kuoleman näkemistä luonnollisina prosesseina, ihmisen psykososiaalisia ja hengellisiä tarpeita sekä omaisten tukemista. (THL 2017a.)

2.1 Saattohoidon ajankohtaisuus

Valtakunnan tasolla käydään eettistä päätöksentekoa koskevia keskusteluja sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunnattujen taloudellisten resurssien heikkenemisestä ja eutanasian laillistamismahdollisuuksista. Keskustelunaiheet nostavat esiin suomalaisen yhteiskunna arvostusriitoja kuolemaa ja saattohoitoa koskien. Valtakunnallisen terveydenhuollon neuvottelukunnan saattohoitoa koskevissa kannanotoissa yhteiskunnallisen eriarvoistumisen uhka tuodaan esille kuolevan ihmisen arvottomuutta lisäävänä ja saattohoidon oikeudenmukaista saatavuutta vaarantavana tekijänä. (Lipponen 2006, 183.)

Suomen evankelisluterilaisen kirkon piispat ovat ottaneet kantaa hyvän saattohoidon toteutumiseen maanlaajuisesti. Eutanatialain hyväksymisen sijasta olisi arvioitava, pystyykö nykyinen lainsäädäntö turvaamaan laadukkaan saattohoidon jokaiselle vai olisiko lainsäädäntöä kehitettävä. Kannanotossa suositellaan nostamaan keskusteluun, millaisin keinoin hyvä saattohoito saataisiin jokaisen tarvitsevan saataville, ja sen jälkeen tarttumaan toimenpiteisiin asian korjaamiseksi. (Suomen evankelisluterilainen kirkko 2017.)

Hallitukselle keväällä 2017 annetulla toimenpideoitteella perätään saattohoidon turvaaminen lainsäädännön keinoin. Aloitteessa tuodaan esille, että saattohoitoa koskevat tavoitteet ja suunnitelmat ovat hyviä, mutta kuitenkin ne eivät takaa kansalaisille yhdenvertaista oikeutta tarpeenmukaiseen ja kriteereiltään määriteltyyn hoitoon. Yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon kunnioittamisen tulisi säilyä läpi koko elämän. (Eduskunta 2017, 2.)

Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukset painottavat potilaan diagnoosista ja iästä riippumatonta, kuolevan ihmisen arvoihin perustuvaa saattohoidon toteuttamista. (STM 2010, 7.) Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 15 000 potilasta. Useimmiten negatiiviset kokemukset liittyvät joko kuolevan ihmisen epäonnistuneeseen kärsimyksen ja kivun helpottamiseen sekä huonoon kohteluun tai huono kohtelu on kohdentunut saattohoidon aikana omaisiin. (STM 2010, 11–12.) Valviraan kannellaan erityisesti puutteellisesta ravinnonsaannista ja nesteytyksestä (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä ja Kaunonen 2015, 50).

STM julkaisi vuonna 2017 palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen suosituksen. Ohjeistuksessa esitetään saattohoidon osaamis- ja laatuksiteerit eri tasoille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Lisäksi suositukseen sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen ja osaamisen kehittämiseen tähtäävät toimenpiteet. Suositus rakentuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä perus- ja erityistasolla sekä vaativalla erityistasolla. (STM 2017a, 2.)

2.2 Väestön ikääntyminen ja saattohoito

Suomalainen yhteiskunta on ikääntymässä, kyseessä on koko väestörakennetta koskeva muutos. Väestön ikääntymisen selittyy suurten ikäluokkien eläköitymisellä sekä syntyvyyden ja kuolevuuden alenemisella. Ennusteiden mukaan voimakkaimmin kasvaa iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäluokissa, samanaikaisesti lasten ja työikäisen väestön määrä vähentyvät. Tällä hetkellä 65 -vuotta täyttänyttä väestöä on yli miljoona henkilöä. Valtaosa, lähes miljoona henkilöä, elää arkeaan itsenäisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 150 000 henkilöä. Noin 95 000 henkilöä tarvitsee säännöllisiä kotiin annettavia palveluita, esimerkiksi kotihoitoa tai omaishoidon tukea. Muualla kuin yksityiskodissa hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokautisesti saa yli 50 000 henkilöä. Hoitoyksikköinä ovat tehostetun palveluasumisen palvelukodit, vanhainkodit tai pitkäaikaishoito terveyskeskussairaaloitten osastoilla. (STM 2017b, 10–11.)

THL:n (2017b) sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen tilastoraportista käy esille, että vuoden 2015 lopussa vanhainkodeissa oli hoidossa 9 494 asiakasta ja asiakasmäärä väheni 15 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Terveyskeskusten vuodeosastoilla toteutettu pitkäaikaishoito väheni puolestaan 33 prosenttia. Sen sijaan ikääntyneiden ympärivuorokautisen palveluasumisen eli tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä lisääntyi 7 prosentilla ja lähes puolet oli yksityissektorin palvelutuotantoa. Tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä oli vuoden 2015 lopussa yhteensä 39 867 henkilöä. THL:n (2017b) tilastoraportin tunnusluvut kertovat meneillään olevasta palvelurakennemuutoksesta ja edelleen jatkuvasta avohoidon painotuksen vahvistumisesta.

Ympärivuorokautisen hoidon laatuongelmat ovat nousseet vahvasti esille viimeisten 10 vuoden aikana. Kritiikin kohteina ovat olleet laitoksissa asuvien yksilöllisyyden vähentyminen, heidän kaventu-neet mahdollisuudet vaikuttaa omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon, rutiininomaiseen toimintapaan, lääketieteellistymiseen ja organisaatiolähtöisyyteen. (Voutilainen ja Löppönen 2016). Pitkäaikaishoidon potilaista yli 80% sairastaa etenevää muistisairautta, joka on oireiltaan vaikean demencian vaiheessa. Vuosittain kuolee noin 12.000 demenciaoireista potilasta. Heistä noin 1/3 kuolee vaikeasti dementoituneena eri hoitoyksiköissä ja noin 2/3 ennenaikaisesti muuhun sairauteen. (Sulkava 2014.)

3 SAATTOHOIDON KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ

Saattohoidon aloittaminen edellyttää päätöksentekoa hoitolinjasta. Päätös saattohoitovaiheeseen siirtymisestä voidaan tehdä yhdessä neuvottelussa, joskus saattohoitoon siirtyminen on jatkumo erilaisia päätöksiä pidättäytyä tutkimuksista ja hoidoista sairauden eri vaiheissa. Päätös saattohoidosta tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Totuudellisuus hoidossa ei merkitse ainoastaan toden puhumista ja valheen välttämistä, vaan myös kommunikoinnin ymmärrettävyyttä. Jotta potilaat ja heidän läheisensä kykenisivät ottamaan kantaa hoitopäätöksiä tehtäessä, on heidän saatava riittävästi ymmärrettävästi esitettyä tietoa. (ETENE 2003, 5.)

3.1 Hoitotahto

Hoitotahto on kirjallinen tai suullinen tahdonilmaisu, jolla sen laatija ilmoittaa oman tahtonsa sellaisen tilanteen varalle, jolloin hän on esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi kykenemätön hoitoansa koskevaan tahdonilmaisuun. Mikäli potilas on kirjallisesti ilmoittanut tahtonsa kuolemaa edeltävän hoidon varalta, on tämä huomioitava hoitolinjausta tehtäessä. Potilaan tahdosta voi poiketa vain, jos voidaan perustellusti olettaa hänen tahtonsa muuttuneen. Vaikka potilas ei olisi tehnyt kirjallista hoitotahtoa, on potilaan tahto otettava huomioon, mikäli se saadaan luotettavasti selville. Mikäli potilas on tajuton tai kyvytön omaa tahtoaan ilmaisemaan, on hoitoratkaisua tehtäessä kiinnitettävä erityistä huomiota lähiomaisen ja henkilökunnan väliseen yhteistyöhön. (Kokkonen, Holi ja Vasantola 2004, 77, 113–114.)

Hoitotahtoasiakirja voi olla vapaamuotoisesti kirjoitettu, myös sähköisessä muodossa olevia lomakkeita on saatavilla. Tärkeintä on, että asiakirjasta tulee laatijan oma tahto mahdollisimman selvästi ja yksiselitteisesti esille. Asiakirja tulee päivätä ja allekirjoittaa. Allekirjoituksen tulee olla tarvittaessa kahden todistajan oikeaksi todistama. Parhaimmillaan hoitotahto tuo turvaa potilaalle, hänen omaiselleen ja hoitavalle henkilökunnalle. (Kokkonen ym. 2004, 80.) Myös painelu-puhalluselvytyksestä pidättäytymisen eli DNR-päätöksen voi tehdä omatahtoisesti ja dokumentoida sen hoitotahtoon. (Laine 2015).

3.2 Hoitoneuvottelu

Ennen saattohoitovaiheeseen siirtymistä pidettävään hoitoneuvotteluun osallistuvat potilas, hänen toivomansa perheenjäsenet sekä moniammatillinen työryhmä, esimerkiksi potilasta hoitavat lääkärit ja hoitajat, sosiaalityöntekijä ja pappi. Laadukkaan saattohoidon edellytyksenä on eri asiantuntijoiden ammattitaidon ja kokemusten yhdistäminen. Hoitoneuvottelu on saattohoidon hyvä työväline. (Grönlund ja Leino 2008, 37–40.)

Neuvottelu tukee yhtenäisten hoitolinjojen luomista lääkärin, hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä. Sisältö rakentuu potilaan ja omaisten yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Keskeisinä tavoitteina ovat tiedon saannin varmistaminen, ahdistuneisuuden ja henkisen kivun tunnistaminen, tuen tapeen arviointi, perheen sisiäisen kommunikaation helpottaminen ja yhteisen jatkohoitosuunnitelman tekemi-

nen. Hoidon keskeisistä tavoitteista sovitaan keskustelun pohjalta. Kun hoitosuunnitelmasta on sovittu yhteisymmärryksessä, on sen toteutumista helpompi arvioida. (Grönlund ja Leino 2008, 40–42.)

3.3 Palliatiivinen hoito

Oireita lievittäväällä eli palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan hoitojaksoa, jolloin helpotetaan potilaan vaikeitakin oireita, tuetaan perhenjäseniä elämänlaadun ylläpitämisessä ja valmistautumisessa potilaan kuolemaan. Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavista hoidosta luovutaan ja hoidon ainut tavoite ei ole elämän pidentäminen. Palliatiivinen hoito saattaa olla kestoltaan useita vuosia sairaudesta riippuen. Onnistunut palliatiivinen hoito tukee potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa saakka ja auttaa läheisverkostoa jaksamaan potilaan sairauden edetessä sekä vielä läheisen kuoleman jälkeenkin. (ETENE 2012, 4.) Palliatiivisen hoidon tavoitteet asettuvat potilaan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaadun toteutumiseen. Kuolemaan suhtaudutaan normaalina, elämän päättävänä tapahtumana. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa jokaiselle kuolevalle potilaalle. Korkean iän tai dementian ei katsota poissulkevan oireita lievittävää hoitoa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

3.4 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöksellä tarkoitetaan hoidonlinjausten tekemistä. Hoidon linjaaminen ja saattohoitoon siirtymisen on tehtävä siten, että potilas on mukana päätöksenteossa ja on näin tietoinen päätösten perusteista ja sen seuraamuksista. Päätöksenteossa kunnioitetaan potilaan asemaa ja oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä. Potilaan ja perheen tulee tiedostaa hoidon jatkuminen, vaikka parantava hoito onkin päättynyt. Mikäli saattohoitopäätös tehdään liian myöhään, haittaa tämä potilaan autonomian toteutumista, potilaan ja hänen omaistensa mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan sekä myös oireiden halpottamista. (Grönlund ja Huhtinen, 2011, 78.) Hoitolinjausten tekemisessä on tavoitteena yhteisymmärrys sekä potilaan että hänen läheistensä kanssa (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilaan hoitava lääkäri. Saattohoitopäätöstä tehtäessä potilaan arvioidaan kuolevan lähipäivinä tai viikkoina. Saattohoitopäätökseen sisältyy elvyttämättä jättämisen päätös (DNR-päätös). Saattohoitopäätöksen sisältö kirjataan potilaskertomukseen yksityiskohtaisesti eritellen, kuinka toimitaan ja mitä tehdään missäkin saattohoidon tilanteessa. Päätöksessä otetaan kantaa esimerkiksi neste- ja ravitsemushoitoon, tutkimusten ja muiden hoitojen tarpeellisuuteen ja hyödyllisyyteen. Päätöksiä voidaan uudelleenarvioida tilanteen muuttuessa, tavoitteena on laadukas oirehoito turhia toimenpiteitä välttämällä. (Korhonen ja Poukka 2013, 440.) Saattohoitopäätöksellä voidaan helpottaa potilaan ja läheisten sopeutumista kuoleman läheisyyteen. Ajanjaksolla voi olla merkitystä myös omaisten ja potilaan lähentymiseen. Toisaalta ainutkertainen tilanne voi ohjata omaisia ilmaisemaan ajatuksiaan ja tunteitaan uudella tavalla. Saattohoidon linjaus antaa omaisellekin rajat elämän jatkumiselle kohti päätepistettään. (Kuitunen 2017, 81.)

3.5 DNR-päätös

Lääkäri tekee DNR-päätöksen lääketieteellisiin tosiseikkoihin perustuen. Päätöksen nojalla pidättäydään potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä sydämen pysähtyessä. DNR-päätöksellä ei oteta kantaa muun hoidon aktiivisuuteen, vaan muuta hoitoa jatketaan kuten aikaisemminkin. Valvira korostaa ohjeistuksessaan, että DNR-päätös ei rinnastu hoitosuunnitelmaan. Lyhennettä DNR (do not resuscitate) tai muuta lyhyttä merkintää elvytyskiellosta (DnaR, do not attempt to resuscitate) ei käytetä saattohoidon aloittamisesta kertovana merkintänä. DNR-päätöstä tehtäessä lääkärin on keskusteltava aina ensisijaisesti potilaan kanssa. Potilaan luvalla tai tilanteen niin vaatiessa lääkäri keskustelee omaisten kanssa. DNR-päätöksen lääketieteelliset perusteet sekä tieto potilaan ja mahdollisten omaisten kanssa käydyistä keskusteluista on kirjattava potilasasiakirjoihin. (Valvira 2015, 3.) Lyhenteiden DNR tai DNaR sijaan on esitetty käytettäväksi AND-lyhennettä (allow natural death) eli sallia luonnollinen kuolema silloin, kun potilaalla ei ole etenevää, kuolemaan johtavaa sairautta. ADN-lyhenne viittaa iän puolesta väistämättä lähestyvään kuolemaan. (Surakka 2015, 20.)

Heikki Laine (2015) toteaa lääketieteellisen DNR-päätöksen perustuvan potilaan tilanteen yksilölliseen arviointiin eikä esimerkiksi kuulumisella johonkin potilasryhmään. Elvyttämisestä pidättäytyminen liittyy kuolemanvaaraan ja voimakkaatkin tunnereaktiot ovat mahdollisia asian yhteydessä. Josakin vaiheessa me kaikki tulemme taitekohtaan, jolloin nykylääketieteen keinoilla ei yllätä sairauden parantamiseen. Tämän sekä elvytyshoidon taustan ymmärtämisellä voi DNR -päätöksiin suhtautuminen muuttua rauhallisemmaksi. DNR-päätöksellä voidaan vaikuttaa vaikeaa perussairautta sairastavan potilaan elämän päättymiseen liittyvää tarpeetonta kärsimystä vähentävästi.

3.6 Saattohoito uudelleen suuntautuvana hoitona

Saattohoito on parantumattomasti sairaan, kuolevan potilaan hoitoa, palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Lähtökohtana ovat potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja eksistentiaaliset tarpeet. Kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseen ja kärsimyksen lievittämiseen tarvitaan ajoittain eri alojen asiantuntemusta. Anttonen ja Kiuru (2014, 21) toteavat saattohoidon ajoittuvan potilaan elämän viimeisiin viikkoihin tai enintään kuukausiin. Saattohoitotodellisuudessa elävä perhe ja potilaan läheiset ovat keskeinen osa saattohoidon kokonaisuutta ja heidän tukeminen on keskeinen osa saattohoitoa. Kuolemanhetkeen valmistautuminen on tärkeä hoitotyön alue, jolla vaikutetaan perheen kokemukseen saattohoidon laadusta. Saattohoidon erityispiirteenä on perheen tukeminen potilaan kuoleman jälkeen. (Anttonen ja Kiuru 2014, 21–22.)

Saattohoito on uudelleen suuntautuvaa hoitoa, jossa vältetään hylkäämisen tunteen syntymistä (Grönlund ja Huhtinen 2011, 78). Saattohoitovaiheessa toimenpiteiden sijaan hoito painottuu läsnäoloon, keskusteluun ja ennen kaikkea kuuntelemiseen. Tavoitteena on tilanteen rauhoittaminen. Potilaan voinnin henkentyessä huomion painopiste kohdistuu yhä enemmän omaisten tarpeisiin ja heidän jaksamisen tukemiseen. Kuolevan potilaan laadukkaaseen oirehoitoon sisältyy myös omaisten ahdistuksen huomiointi ja keskusteluihin tuleekin varata riittävästi aikaa. (Korhonen ja Poukka 2013,

440.) Saattohoidon kulmakiviksi ovat muodostuneet kokonaisvaltaisen kärsimyksen lievittäminen, ihmisarvon kunnioittaminen sekä itsemääräämisoikeus (ETENE 2012).

Potilaille voidaan jättää kertomatta, että parantavaa hoitoa ei enää ole. Syynä tähän voi olla esimerkiksi se, että omaiset kieltävät puhumasta tai potilas ei halua kuulla asiasta. Joskus voi olla myös niin, ettei potilaalle rohjeta kertoa. Realiteettien on kuitenkin todettu auttavan saattohoidossa olevaa potilasta ja hänen läheisiään, jolloin uudelleenorientoituminen on vähitellen mahdollista oikeanlaisen tuen avulla. Tiedon saannilla on myönteinen merkitys. Hoitotyöntekijöiden olisikin pyrittävä keskustelemaan avoimesti kuolemasta silloin, kun puhuminen on tarpeellista. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 79.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 julkaisemassa suosituksessa Hyvä saattohoito Suomessa todetaan saattohoidon olevan jokaisen ihmisen oikeus. Hyvän saattohoidon kriteerit kestävät eettisen tarkastelun ja ne perustuvat säädöksiin. Saattohoitopäätös on tehtävä ennen saattohoidon aloittamista. Saattohoito alkaa usein tilanteessa, jossa potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Hoidon keskiössä ovat kipujen ja muiden oireiden lievittäminen sekä sivuvaikutusten hallitseminen. Suosituksen tärkeänä näkökulmana on, että potilas saa kuolla haluamassaan paikassa tai siellä, missä viime vaiheessa asuu.

4 SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISSALTAISEN HOITOTYÖ

Palliatiivisen ja saattohoitotyön tavoite on päästä sairaus- ja lääkekeskeisestä tarkastelusta kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. Kuolevan potilaan kohtaamisessa ovat läsnä koko olemassaolo ja myös hengellinen elämä. Vaikka oirekuva näkyy ulospäin fyysisinä tai psyykkisinä tunteen tai kognition tiloina, muita inhimillisen elämän ulottuvuuksia ei voida sivuuttaa. Johonkin yhteisöön kuuluminen (sosiaalisuus), olemassaolon kysymykset (hengellisyys) sekä itsensä ilmaisemisen tarve (kulttuuri) tulevat hyvässä oireenmukaisessa hoidossa huomioiduiksi. Kuolevan potilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä on tärkeää hallita hoitotyön ja hoitamisen keinot, esimerkiksi lääkkeettömät hoitomuodot, mahdollisimman laajasti ja arvioida niiden sopivuutta ennen lääkehoidon tarpeen arviointia tai lääkehoidon rinnalla. (Surakka ym. 2015, 36.) ”Kuolevan hoito” -käsite kertoo ”saattohoito” -käsitettä paremmin, mistä hoidossa perimmältään on kysymys. Ei vain saattamisesta kuoleman rajalle, vaan tuesta elämän viimevaiheessa siten, että elämisen laatu on paras mahdollinen. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 10.)

Saattohoidon yksilöllisyydessä ovat läsnä potilaan nykyhetki ja eletyn elämän kirjo. Siltala (2017,96) toteaa kuoleminen ja kuoleman olevan niin potilaan kuin hoitajienkin opettajia. Kuolevan kokonaisvaltainen hoito edellyttää pysähtymistä, tarkkaavaisuutta, eläytymistä, kykyä kestää ahdistusta ja olla aito oma itsensä. Kiireettömyys, keskustelujen intiimiys ja myötätunto ovat tärkeimpiä osatekijöitä. Hoitoa eivät ohjaa valmiit vastaukset, vaan kokonaisuus, joka avautuu työtä tehtäessä. Potilaan vierellä hänen kamppailuaan, rohkeuttaan ja kärsimystään seuratessa voivat omaiset ja hoitohenkilöstö tavoittaa joskus sellaista eheyttä ja sankaruutta, joka on häviämässä elämästämme. (Siltala 2017, 96.)

Sand (2003, 112) tuo saattohoitoon kuntouttavan saattohoidon ulottuvuuden. Kuntoututava saattohoito määrittelee hoidon työtettä: potilasta voidaan auttaa hoidollisin toimenpitein elämän viime vaiheessa, vaikka parantavista hoidoista onkin luovuttu. Tavoitteena on kivuttomuus ja kuoleminen mahdollisimman hyväkuntoisena. Sandin väitöskirjatutkimuksessa saattohoitoon osallistuneet hoitajat näkivät kuntouttava saattohoito -työotteen arvoperusteisena lähestymistapana. Omatoimisuuden huomioiminen, istumaan nouseminen, askeleiden ottaminen ja itsensä toteuttaminen jollakin tavalla tuo elämään sisältöä. Potilaiden motivaatio kuntouttavan saattohoidon toteuttamiseen oli usein yllättänyt hoitohenkilökunnan. Kokonaisvaltaisen hoidon lähtökohtana ovat potilaan omat toiveet ja hänen arvostamisensa yksilönä. Tätä taustaa vasten on huomioitava myös se, että potilas on jo luovuttanut ja esimerkiksi liikkumisella ei ole hänelle enää merkitystä. Keskustelussa voidaan joka tapauksessa kysyä: ”Mitä jos sittenkin?” (Sand 2003, 112.)

4.1 Hyvä perushoito

Hyvä perushoito on erottamaton osa hyvää saattohoitoa. Potilaan perustarpeista huolehditaan yksilöllisyyttä kunnioittaen, toiveisiin ja juuri sillä hetkellä oleviin tarpeisiin vastaten. Päivittäin useita kertoja toistuvissa perushoitotilanteissa pystytään havainnoimaan potilaan fyysistä vointia ja samalla pystytään vastaamaan psyykkisen tuen tarpeisiin.

4.1.1 Puhtaus ja ihon hoito

Vuoteessa pitkiä aikoja olevalla potilaalla on aina suuri riski painehaavaumiin, joiden ennaltaehkäisyssä tulee koko hoitohenkilökunnan toimia yhdenmukaisesti ja tavoitteellisesti. Lonkat, ristiselän seutu, pakaroiden alueet, kantapäät, kehräsluut ja korvanlehdet ovat painehaavauman kehittymisen riskialueita. Mikäli potilas on liikkumaton, tulee hänen asentonsa vaihtaa noin kahden tunnin välein. Jos potilas pystyy istumaan, ei yhtäjaksoisen istumisen aika saa ylittää kahta tuntia. Eritteet tulee poistaa iholta välittömästi ja ihon venyttäminen tulee estää. Ihon rasvaamisella ei ole todettu merkitystä painehaavan ennaltaehkäisyssä, vaikkakin ihon kosteustasapainosta tulee huolehtia. Tämä ennaltaehkäisee myös ihon kutinaa. (Surakka ym. 2015, 40.) Hoitotyön tutkimussäätiön vuonna 2015 julkaisemassa ”Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä” todetaan näyttöön perustuvassa hoitosuosituksessa palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan osalta keskeiseksi tekijöiksi säännöllisen asentohoidon toteuttaminen potilaan toiveita kuunnellen, sietokyvyn, kiputilanteen ja hyvinvoinnin mukaisesti. Kipua lievittävä lääkitys tulee antaa ennen asennonmuutosta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 25.)

Iho-ongelmia saatta syntyä, jos hyvästä perushoidosta tingitään ja jos ei ymmärretä toimintakyvyn ylläpitämisen tärkeyttä. Ihon hoidossa keskeisiä tekijöitä ovat myös potilaan kannustaminen vähäiseenkin omatoimisuuteen ja liikkumiseen. Makuuasento kuuluu päivä- ja yönien aikaan, vaikkakin saattohoidon viimeisinä aikoina potilas voinnin heikentyessä voi joutua vuoteeseen kokoaikaisesti. Saattohoidon loppuvaiheessa tulee edelleen kuunnella potilaan toiveita. Mikäli asennon vaihtaminen on hyvin kivuliasta, tulee asentonsa vaihtaa kivuttomuuden tavoitteella tai pidättäytyä vain vähäisessä ja varovaisessa asennon muuttamisessa. Saunahoito ja kokosuihku ovat hyviä keinoja ihon hoidossa. Tällöin ihon kunnon arviointi ja hoitaminen onnistuvat vaivattomasti. Painehaavan syntyyn ovat vaikuttamassa myös useat sisäiset tekijät, kuten laihuus, ylipainoisuus, perussairaus ja siihen liittyvä anemia tai heikentynyt kudoksen nestetasapaino. Hyvä ravitsemus- ja nestetasapaino ja liikeratojen ylläpitäminen tukevat ihon kunnon ylläpitoa. Erilaiset apuvälineet, kuten painepatjat, pehmusteet ja asentotyynyt ovat hyviä apuvälineitä, mutta eivät koskaan poista luonnollisten liikerojen ylläpitämisen tärkeyttä. Rengastyyntyjen käyttöä ei suositella, koska ne saattavat aiheuttaa pakaroiden tai kantapään painumisen renkaan keskiosaan. (Surakka ym. 2015, 38–40.)

4.1.2 Ravitsemus ja pahoinvointi

Kuoleman lähestyessä valtaosa saattohoidossa olevista kärsii kakeksia-anoreksiasta, jolla tarkoitetaan tahatonta, etenevää laihtumista. Kuoleman lähestyessä elimistö tuottaa hormoninkaltaista ainetta, joka johtaa rasvan ja lihasten hajoamiseen ja nopeaan laihtumiseen. Elimistö ei enää pysty hyödyntämään ravintoa. Ruokahalu, nälän- ja janontunne heikkenevät, kuoleva lakkaa syömästä. Myös makuaisti voi muuttua ja nielemisvaikeutta voi esiintyä. Ruokaa ja nesteitä voidaan antaa suun kautta niin kauan kuin kuoleva itse pystyy ja haluaa näitä nauttia. Kuolevan ruokavalio yksinkertaistuu ja koostuu miedoista ruoista. Tärkeää on tarjota pieninä annoksina lempiruokia ja -juomia. Esimerkiksi vellit ja viili saattavat maistua. Parenteraalinen ravitsemuksella ei saattohoitovaiheessa saa-

vuteta toivottua vastetta. (Hänninen 2001, 107–113.) Ravitsemushoidon aktiivisuus ei paranna elämänlaatua eikä lisää potilaan elinaikaa elämän loppuvaiheessa (Surakka ym. 2015, 48). Ravitsemukseen liittyvistä asioista tulee keskustella sekä potilaan että omaisten kanssa ennakoivasti. Ravitsemushoidon lopettamisen eettinen ulottuvuus tulee ymmärtää samoin suuntaviivoin kuin lääketieteellisen hoidon päättäminen: hoidon ei tule pidentää potilaan kärsimyksiä tarpeettoman pitkään. (Orrell-Kotikangas 2015.)

Pöyhiän (2012, 457) mukaan viileät nesteet kuten mehujäät voivat tuntua miellyttäviltä nauttia. Hän korostaa potilaan omatahtoisuutta ruokailemisessa; kun potilas ei halua tai jaksa omaehtoisesti ruokailla, tulee hänen tahtoaan kunnioittaa. Tämän hyväksyminen on usein omaisille vaikeampaa kuin potilaalle itselleen. Pöyhiä toteaa käytännön kokemuksen kuitenkin osoittaneen, että omaisia ja potilaita lohduttaa lääkärin yksiselitteinen viesti: ”ei tarvitse syödä tai juoda yhtään enempää kuin jaksaa!” Tietoisuus siitä, ettei pakkoruokinta tai -nesteytys pidennä elämää, auttaa myös omaisia.

Pahoinvointi ja oksentelu ovat yleisiä oireita saattohoitopotilaalla. Pahoinvoinnin syytausta voi olla monitahoinen: yskä ja limaisuus, lääkehoito, infektio, kohonnut kallonsisäinen paine, hyperkalsemia eli liiallinen kalsiumpitoisuus verinesteessä, ummetus, kipu tai ahdistuneisuuskin voivat olla aiheuttajina. Usea syytekijä voi olla vaikuttamassa yhtäaikaisesti. Pahoinvoinnin ja oksentelun hoidossa syytaustalla on hoidon ja ennaltaehkäisyn kannalta tärkeä merkitys. Pahoinvointilääkitystä voidaan antaa potilaalle suun kautta, peräpuikkoina, laastarina, ihon alle ja lihakseen tai suonensisäisesti. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Jos potilas on tarvinnut aiemmin pahoinvointilääkitystä, sen käyttöä ei ole syytä lopettaa. Myös useampia eri syihin kohdistuvia pahoinvointilääkkeitä voidaan tarvita oireen lievittämisessä. (Korhonen ja Poukka 2013, 445.)

4.1.3 Erittäminen

Nautitun ravinnon niukkuus, vähäinen nesteiden nauttiminen, liikkumisen vähäisyys ja lääkehoito hidastavat suolen toimintaa. Ummetus voi oireilla myös ohivuotoripulina. Potilaan vatsan toiminnan seuraaminen auttaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan tarvittavat hoitotoimenpiteet, kuten ulostetta pehmentävien tai suolta vilkastuttavien ummetuslääkkeiden antamisen potilaalle. Potilaan omakohmainen kokemus sopivasta valmisteesta tai niiden yhdistelmästä on lääkärille hyvä lääkitystä ohjaava tekijä. Myös wc-järjestelyjen helppoutteen tulee kiinnittää huomiota. Saattohoitopotilaalla ripuli on ummetusta tai pahoinvointia harvemmin esiintyvä oire. Ripuliakin voidaan helpottaa lääkityksellä. (Hänninen ja Rahko 2013.)

4.1.4 Suun hoito

Kuolevan potilaan laadukkaseen hoitoon kuuluu säännöllisesti ja huolellisesti toteutettu suun hoitaminen. Hoitajan tehtävänä on tarkistaa suun puhtaus ja kunto useita kertoja päivittäin. Fluorihammastahna ja tavallinen harja, kolmitasoharja tai sähköhammasharja ovat tutut perustarvikkeet. Sormisuoja tai suunavaajaa käytetään apuna tarvittaessa ja hammastahnan tulee olla mietoa. Hampaattoman suun limakalvot puhdistetaan sideharsotaitoksella tai superlonkärkisellä puhdistustikulla.

Puhdistusaineena käytetään vettä tai fysiologista suolaliuosta. Myös saattohoitopotilaalle suositellaan ksylitolia heti ruokailun jälkeen. Proteesi puhdistetaan käsinpesuun tarkoitettulla tiskiaineella. Omille hampaille tarkoitettut tahnat ovat harjaamiseen liian karkeita. Kerran viikossa on hyvä käyttää desinfiointiin tarkoitettua poretablettia. Puhdistuksen jälkeen proteesi huuhdellaan hyvin. (Mäkinen 2017.)

Suu kuivuminen johtuu syljen erityksen vähentymisestä tai syljen koostumuksen muuttumisesta. Lääkkeistä esimerkiksi opioidit, useat verenpaine- ja tulehduskipulääkkeet, nesteenoisto- ja pahoinvoinnin estoon käytetyt lääkkeet sekä neuroleptit aiheuttavat suun kuivumista. Kuivan suun hoitamiseen ei nesteen suonensisäinen antaminen tuo helpotusta. Janontunnetta voi parhaiten lievittää kostuttamalla suuta tekosyljellä tai ruokaöljyllä. Suukivun hoidossa kylmät juomat ja jääpalojen imeskely voivat helpottaa. Suun limakalvon puuduttaminen suuhun sveltävällä 2-prosenttisellä lidokaiinigeelillä tai morfiinigeelillä voivat vähentää kipua. Paikalisantisepteillä, esimerkiksi limakalvo- ja suojaavalla geelillä, voidaan hoitaa aftoja sekä limakalvojen rikkoutumia. Suun kostuttamisen lisäksi huulien rasvaamisesta tulee huolehtia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Hännisen (2001, 113) mukaan jokainen kuoleva potilas kokee saattohoidon jossain vaiheessa suun kuivumisen ongelmaksi. Kyseessä ei siis ole vähäinen ongelma-alue. Suun hoitamisen tavoitteena on kivun vähentäminen ja ruokailun helpottaminen, samalla vaikutetaan ennaltaehkäisevästi suun infektoitumiseen.

4.1.5 Nukkuminen

Yleiskunnon laskiessa myös vireystila laskee. Osaltaan myös oirelääkitys, ravitsemustilan heikkeneminen ja energiavaje lisäävät väsymystä. Vähitellen elimistön toiminta siirtyy rakentavasta peruuttamattomaan hajottavaan tilaan. Potilaan paino laskee ja lihasvoima vähenee. Lopulta jo puhumisenkin on liiallinen rasitus. Hoitona ovat lepo ja aktiivisuus, esimerkiksi ruokaileminen, siinä määrin kuin potilas omaehtoisesti jaksaa ja haluaa. Pieni liikunta, esimerkiksi istumaan nouseminen, hidastaa turvotusten syntymistä sekä vähentää täydellisestä liikkumattomuudesta aiheutuvaa nivel- ja lihaskipua. (Hänninen 2015b, 41.)

Saattohoitopotilaalla sairauteen ja kuoleman läheisyyteen liittyvät asiat saattavat pyöriä mielessä hankaloittaen unen saantia ja nukkumista. Näitä hankaluuksia voidaan hoitaa lääkkein, mutta ne eivät kuitenkaan ratkaise unettomuuden ja levottomuuden ongelmaa. Psykologisten tekijöiden rinnalla nukkumista saattavat häiritä fyysisistä oireista kivuliaisuus: yöllä esiintyvän kivun hoitamiseen tulee kiinnittää huomioita. Hyvän yön turvaamiseen kannattaa tarkastella myös päiväaikaisen unen määrää sekä arvioida häiritseekö jokin lääke nukkumista. (Hänninen 2015b, 40.)

4.2 Hengitystieoireet ja niiden hoito

Saattohoitopotilaan yleisimpiä hengitystieoireita ovat yskä, hengenahdistus ja hikka. Oireenmukaisen hoidon ajoissa aloittaminen on elämänlaadullisesti tärkeää, samalla pystytään vaikuttamaan kärsimyksen syntymiseen ennaltaehkäisevästi. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Joskus toivottua tulosta ei saavuteta aiemmin hengenahdistuksen syyhyn kohdistuneella hoi-

dolla. Hengenahdistuksen lievittämisellä helpotetaan myös siihen läheisesti liittyvää pelokkuutta. Lääkehoidon ohella asentohoito ja rentoutumisen tukeminen tai lisähappi voivat helpottaa hengenahdistusta. Puoli-istuva asento helpottaa hengittämistä, tuulettimesta tai viileästä ilmapvirtauksesta saattaa olla apua. Opioideilla ja bentsodiatsepiineilla on yleensä hyvä vaste. Pienellä annostuksella aloitettua lääkitystä voidaan lisätä lääkärin määräyksellä ja vastetta tarkasti seuraten pieniä annoksia. (Korhonen ja Poukka 2013.) Hyvällä kivunhoidolla on merkitystä myös hengityksen helpottamiseen; kivuttomuus helpottaa hengittämistä. Oirelievitys tehostuu kiinnittämällä huomioita potilaan tuntemuksiin ja toiveisiin. (Hänninen 2001, 119.)

Lähellä kuolemaa hengitysteihin kertyvä irtonainen lima yhdessä syljen kanssa saavat aikaan hengityssänen rohinaa. Usein läheiset kokevat tämän hyvin huolestuttavana ja heille on tärkeää selittää oireen luonne. Potilaan tajunta on tavallisesti tässä vaiheessa jo heikentynyt, joten häntä itseään rohina ei yleensä häiritse. Pääosin suun ja ylänielun alueella oleva lima pystytään poistamaan imukattetrillä. Huomattava osa potilaista eli kaksi kolmasosaa hyötyy syljen ja liman erittymiseen tarkoitettua lääkityksestä. Kuolinrohinan lääkehoitona voidaan käyttää esimerkiksi skopolamiinilaastareita, hyoskiinibutyylibromidiaa tai glykopyrrolaattia. (Korhonen ja Poukka 2013.)

Satunnaisesti esiintyvänä oireena hikka ei yleensä vaadi toimenpiteitä, mutta pitkittyneenä se on hoitoa vaativa oire. Pitkittyneeseen hikkaan voidaan kokeilla lääkehoitoa, vaikkakin luotettava näyttö lääkehoidon hyödyllisyydestä puuttuu. Saattohoitopotilailla yleisimmät hikan syyt löytyvät pallean ärsytystä (esimerkiksi mahan venyntyminen, askites), metabolisista taustoista (esimerkiksi hypokalemia tai hyponatremia), tulehduksista tai keskushermostoperäisistä syistä (esimerkiksi kasvaimet). Lääkkeistä esimerkiksi metyyliidopa, barbituraatit tai deksametasoni voivat altistaa hikalle. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

4.3 Oireenmukainen kivunhoito

”Pääasia ettei ole kipua” on kenties yleisin saattohoidossa esille tuleva kommentti, toteaa Juha Hänninen (2015b) ”Kuolevan kipu” -artikkelissa. Useimmiten kuolevan kivun hoitoon löydetään helpotus lääkehoidon keinoilla, fyysinen kipu on vain harvoin suuri ongelma. Kipuoire on helposti tunnistettavissa ja kivunhoitoon lääkärit myös herkästi tarttuvat. Mikäli saattohoidon lähestymistapana on ainoastaan oireisiin keskittyminen ja ongelmakeskeisyys, saatetaan päätyä hoitokäytäntöön, jossa lääketieteellisen hoidon ajatellaan olevan kuolevalle potilaalle ensisijaisen tärkeää. Asian laita ei useinkaan ole näin. Vaikka kivuttomuuden tavoitteella toteutettava hyvä kivunhoito ja muu oirelievitys ovat potilaan elämänlaadulle erittäin merkityksellisiä, ovat monet muut omaisiin ja perheenjäseniin liittyvät sekä kuolemaan ja sen jälkeiseen elämään liittyvät ajatukset vieläkin tärkeämpiä.

Kun potilaan on todettu lähestyvän kuolemaa, tekee lääkäri lääkityksen uudelleenarvioinnin, joka sisältää tarpeettomien lääkitysten lopettamisen ja tarvittavan oirelääkityksen määräämisen. Kuoleman lähestyessä tapahtuu potiladen oirekuvassa muutoksia. Merkittävin näistä on kipuoireen siirtyminen sivummalle sekavuuden lisääntyessä. Kuolemaa edeltävinä päivinä nesteiden ja ravinnon nauttiminen on usein vähäistä ja sekavuuden lisääntyminen selittyy tästä syystä. Potilaan oma käsitys mie-

lialastaan ja hyvinvoinnistaan ovat vaikuttamassa kivun kokemiseen. Kipukynnystä voivat alentaa mielialan mataluus, ahdistuneisuus, pelko, väsymys ja unen vähäisyys. Potilalle kipuoireella on joku merkitys. Mikäli potilas tulkitsee kivun kuoleman lähestymiseksi tai taudin etenemiseksi, muodostuu kivusta pelottava ja hankalammin siedettävä. Potilas saattaa vaieta kivuistaan ja tällöin lääkäri ei pysty lääkehoidoin tätä helpottamaan. Potilas saattaa suhtautua varauksellisesti kipulääkitykseen ja kipua tehokkaasti helpottavan opioidilääkityksen aloittaminen voi siirtyä tästäkin syystä. Potilas saattaa ajatella, että opioidilääkitys on viimeinen kivun hoidon keino ja ettei sen aloittamisen jälkeen ole enää olemassa muita hoitokeinoja. (Hänninen 2015b.)

Kipuoiretta tulee sekä mitata että kirjata tulokset potilasasiakirjaan säännöllisesti. Lääkkeen valintaan vaikuttavat oireen mekanismi sekä sen voimakkuus ja lääkäri määrittää kipulääkeannoksen vastearvion mukaan. Pitkäaikaisessa kivunhoidossa lääkehoito on säännöllistä. Läpilyöntikipu tarkoittaa kipua, joka ylittää lyhytaikaisesti hoidolla lievitetyn kivun voimakkuuden. Läpilyöntikipun hoidossa käytetään nopeavaikutteisen opioidin lisäännosta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Kivun hoidossa tulee kokeilla myös lääkkeettömiä hoitomuotoja, esimerkiksi rentoutus, asento- ja liikehoidot voivat tuoda helpotusta. Tehokkaan oirelääkityksen valitsemiseen on hermokivun tunnistaminen keskeistä. Kipulääkityksen säännöllisen vastearvion lisäksi tulee mahdollisten haittavaikutusten esiintymistä seurata. Kivun voimakkuuden seuraaminen ja mittaaminen sekä läpilyöntikipulääkkeen vuorokautinen tarve ovat tärkeitä tietoja, kun lääkäri arvioi peruslääkkeen riittävyttä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Kivunhoidon keinoista yhtenä tärkeimmistä on onnistunut kommunikaatio, jolla on todettu olevan suora korrelaatio kivun hallintaan. Potilas tarvitsee tietoa kivun syistä, hoidon vaihtoehtoista, niiden hyödyistä ja haitoista. Hoitotyöntekijä on tärkeässä asemassa potilaan kuuntelijana. Tarvitaan toistuvia, ymmärtäviä ja empaattisia keskusteluja, joiden avulla autetaan sekä potilasta että omia ymmärtämään sairauden luonnetta ja kivun merkitystä, avata kärsimystä aiheuttavia solmukohtia ja vaikuttaa vapauttavasti hyvän olon saavuttamisessa. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 58–59.)

4.4 Sosiaaliset, psyykkiset ja hengelliset tarpeet

Mielialan ongelmat kuuluvat väistämättä parantumattomasti sairaan ihmisen elämään. Kun elinajan rajallisuus todentuu, mielialan muutokset voivat johtaa ahdistuneisuuteen, unettomuuteen ja jopa sekavuuteen. Mielialan vaihtelut tulee nähdä ihmisen oikeutena. Oikeutena olla väsynyt, voipunut ja ajoittain jopa synkkä. Inhimillisyyteen sisältyvät tunteet vaihtelevat kiukun, vihan, surun, epätoivon, hämmentyneisyyden, mutta myös ilon, toivon ja rauhan välillä. (Surakka ym. 2015, 58.)

Kuolevan potilaan Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että tieto kuoleman lähestymisestä saattaa aiheuttaa potilaalle syvänkin masennuksen. Keskustelu, eläytyvä ja tukea antava kuunteleminen auttavat. Masennuksen hoidossa voidaan käyttää tukea antavaa psykoterapiaa, ongelmanratkaisua, rentoutusta ja masennuslääkitystä, mikäli elinaikaennuste on useita viikkoja tai pidempi. Turvalli-

suutta ja hoitosuhteen jatkuvuuden merkityksestä ei voida väheksyä. Hyvään uneen ja nukkumisolosuhteisiin tulee kiinnittää huomiota. Myös mielialaan vaikuttavasta lääkehoidosta voidaan saada, etenkin ahdistuksen hoidossa, myönteistä vastetta. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla myös kipu tai joku muu hoidon tehostamista vaativa oire. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Hoitoyksikössä tulisi vallita ilmapiiri, jossa potilas pystyy turvallisesti kokemaan ja näyttämään kaikki tunteensa ja suostuu ottamaan apua vastaan ja sallimaan avunannon. Jokainen käsittelee lähestyvää kuolemaa omassa tahdissaan, näin myös omaisten kohdalla. Kuolevaa helpottaa, jos hänen ei tarvitse pelätä omaistensa puolesta. Myös tästä syystä saattohoidon tulee ulottua vahvasti myös omaisiin ja heidän tunteidensa vastaanottamiseen. Kun omaiset tulevat huomioiduksi, he jaksavat paremmin olla kuolevan läheisensä tukena ja vierellä. Omaisten suru, ahdistus ja kielteiset tunteet voivat kuormittaa kuolevaa tarpeettomasti. (Surakka ym. 2015, 58.)

Työyhteisöjen tulisi arvioida yksikköjen saattohoityön työtettä. Mikäli työote on sairauskeskeinen, voi olla vaikeaa kohdata potilas muuna kuin sairaana potilaana, jota hoidetaan hyvin ja vaikuttavasti. Ihmislähtöisessä työotteessa ei hoideta sairautta, vaan ihmistä, joka kohdataan oman elämänsä parhaimpana asiantuntijana ja annetaan ammattitaito hänen käyttöönsä. Tässä työotteessa toteutuu myös moniammatillisuus kuolevan hyväksi. Esimerkiksi kampaaja, jalkahoitaja tai psykiatrinen sairaanhoitaja voivat yhteistyökumppaneina viestiä aktiivisesta elämästä ja psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta. (Surakka ym. 2015, 58–59.)

4.5 Muistisairautta sairastavan saattohoidon erityispiirteitä

Opinnäytetyön kohdeyhteisönä on vanhusten tehostetun palveluasumisen yksikkö Palvelukoti Pikku-Kerttula. Palvelukodissa asuu vanhuksia, joista useat sairastavat muistisairauksia. Tästä syystä muistisairautta sairastavan saattohoitoa koskevaa tietoa on sisällytetty teoriaosuuteen yhteistyökumppanin tarpeisiin vastaamaan.

Yleisimpiä muistisairauksia Alzheimerin taudin lisäksi ovat verisuoniperäinen muistisairaus, frontotemporaalinen dementia ja Parkinsonin tauti. Myös aivotraumat ja -halvaukset sekä psykoosit voivat aiheuttaa muistioireita ja kognition vaihtelevaa vajausta. Muistisairaudet ovat usein hitaasti eteneviä kuolemaan johtavia sairauksia. (Finne-Soveri 2015.) Palliatiivista ja saattohoitotyötä tekevän hoitajan tulee perehtyä näihin sairauksiin osatakseen keskustella läheisten kanssa sairauden etenemisestä, elämästä luopumisesta, kuolemasta ja surusta (Surakka ym. 2015, 33).

Sonja Miittisen (2006, 78) väistöskirjassa tarkasteltiin tyttärien kertomuksia iäkkään äidin tai isän elämän loppuvaiheista ja kuolemasta. Kertomuksista tulee esille luopumisen kysymykset muistisairauden edetessä. Dementiaoireisesta vanhemmasta kertominen psyykkisesti ja sosiaalisesti kuollena jo ennen kuin hän oli fyysisesti kuollut, edusti yhtä tapaa jäsentää dementoitumiseen liittyvää muutosta ja menetystä. Sairauden seuraukset nähtiin tuhoisina, vanhemman persoonallisuuden kertaikkisena pirstaloitumisena. Muistisairautta sairastava ihminen ei ollut enää sama kuin ennen, jäljel-

lä oli pelkkä "seinäsekava" ja "höpö" ruumis. Miettinen käyttää tilanteen kuvaamiseen käsitettä "psykososiaalinen kuolema", jossa psyykinen perusolemus, yksilöllinen persoona tai minuus nähtiin menetettyinä, vaikka henkilö on fyysisesti elossa. Tässä näkökulmassa muistisairautta sairastavalta henkilöltä häviää yksilöstatus.

Pitkälle edenneen muistisairautta sairastavan potilaan hoito on periaatteessa kokonaan palliatiivista hoitoa diagnoosista kuolemaan: parantavaa tai sairauden etenemistä pysäyttävää hoitoa ei ole. Näin on esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavien kohdalla. Muistisairaana sekä palliatiivinen että saattohoito vaativat eettisesti kestäviä ratkaisuja. Potilas on kykenemätön ilmaisemaan mielipidettä omasta hoidostaan ja potilaan ilmaisema hoitotahto on myös erittäin harvoin käytössä. On aiheellista kysyä: "Voidaanko muistisairaana hoidon järjestämisessä luottaa omaisten kannanottoihin?" Toisaalta myös lääkäreiden ja hoitajien käsitykset hoidosta saattavat olla eriävät. (Sulkava 2014.)

Harriet Finne-Soveri (2015) nostaa verkkoluennossaan esille samansuuntaisia muistisairaana hoidon pulmatilanteita kuin Sulkavakin. Muistisairauden edetessä olisi huolehdittava hoitotahdon laatimisesta riittävän ajoissa, jotta kyky ymmärtää syitä ja seurauksia sekä ilmaista tahtoa ovat vielä tallella. Muistisairaanaakin on oikeus muuttaa mieltään oman hoitonsa kulusta. Pulmalliseksi voi nousta omaisen tai valitun sijaispäättäjän vaikeus erottaa omia käsityksiään muistisairaana käsityksistä sekä omaisten erimielisyys. Huomioitava on myös väärinkäytösten mahdollisuus ja esimerkiksi sijaispäättäjän oman edun tavoittelu.

Kysymykseen tarvitaanko dementiaoireisille vanhuksille erityistä saattohoitoa Sulkava (2014) vastaa yksiselitteisesti: "Kyllä, koska usein loppuvaiheen hoito muodostuu sattumanvaraisista hoitopäätöksistä, joita tekevät kuolevaa tuntemattomat päivystäjät ja koska hoitajilla ei ole läheskään aina selkeitä hoitolinjoja". Lopputulemana päädytään omaisten katkeruuteen ja heidän tekemiin valituksiin sekä hoitajien ja lääkäreiden turhautuneisuuteen.

Muistisairautta sairastavan saattohoidossa toteuttamisen erityspiirteiksi lukeutuvat myös jäljellä olevan elinajan ja kuoleman lähestymisen vaikea ennustettavuus, eri muistisairauksien erilainen taudinkulku, kannanotot eettisiin kysymyksiin hoitoratkaisuja tehtäessä ja muistisairaana omaa tahtoa on mahdotonta selvittää hoidon järjestämisessä. Joka tapauksessa saattohoidon tulee totetua siinä yksikössä, missä potilas on pitkäaikaisella hoitopaikalla, ei erityisillä saattohoidon paikoilla. Kunhan hoitolinja on päätetty, on saattohoidon toteuttaminen useimmiten selkeää. (Sulkava 2014.)

Saattohoitopäätösten tekemisestä Sulkavan (2014) huolena on niiden tekeminen vajavaisin "näyttää huonolta" perustein. Esimerkiksi infektiot saattavat viedä iäkkään muistisairaana huonokuntoiseksi, nielemään kykenemättömäksi, jopa tajuttomaksi, mutta toipuminen on mahdollista tulehdussairauden asiaan kuuluvan hoidon jälkeen. Ennen akuuttia sarastumista olevan voinnin tulee olla hoitopäätösten tekemisen perustana. Yksinomaan muistisairaana diagnoosi ei ole syy luopua asiaankuuluvasta hoidosta. Olisi luontevaa, että geriatreilla on huomattava osa muistisairaana saattohoidon vastuusta. Grönlund ja Huhtinen (2011, 117) esittävät Sulkavaa (2014) lainaten, että saattohoito voi myös jouduttaa muistisairaana kuolemaa, mikäli morfiinia käytetään ilman selviä indikaatioita.

Muistisairaahan ihmisen lähestyvän kuoleman kriteeristönä voidaan pitää seuraavia: matala MMSE - pisteytys lähestyy nollaa, toimintakyky ja etenkin liikuntakyky on kokonaan menetetty, kommunikatio muodostuu yksittäisistä sanoista tai henkilö on kokonaan puhumaton, erilaisiin infektioihin sairastuminen lisääntyy immuuniteetin heikentyessä, painehaavat ja aspiraatiopneumoniitit yleistyvät (Finne-Soveri 2015). Jos dementoitunut vanhus on muistisairauden loppuvaiheessa täysin puhumaton, tällöin on tärkeintä ymmärtää hänen sanattomia viestejään, tunteitaan ja tarpeitaan. Hoitajalta tämä edellyttää kykyä ymmärtää muistisairaahan ikääntyneen sisäistä kokemuksellista maailmaa. Vaikka muisti on hiipumassa, tunteet säilyvät. (Räsänen 2011, 86.) Vaikka potilas on vaikeasti dementoitunut, häntä kohtaan on silti osoitettava kunnioitusta ja arvostusta. Potilaan tuntoaisti säilyy, mikä on pidettävä muistissa potilasta koskettaessa. Hän tuntee niin hellän kuin kovakouraisenkin kosketuksen. Dementoituneita potilaita hoitaessa on käytettävä rauhallisia ja lempeitä otteita, puhuttava tyyneellä ja rauhoittavalla äänellä ja ylläpidettävä katsekontaktia. Lääkäri vastaa lääketieteellisestä hoidosta ja Sulkavan mukaan on syytä pysytellä vain välttämättömissä lääkkeissä välttäen neuroleptejä. Pienet annokset bentsodiatsepiinejä voivat lievittää epämukavaa oloa. Kivun hoidossa voidaan käyttää myös vahvoja opioideja. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 118–119.)

Kipu on yleinen ja hankalasti hoidettava ilmiö ympärivuorokautisen hoidon potilailla, näin myös muistisairaiden kohdalla. Useiden eri tutkimusten mukaan saattohoidossa olleilla muistisairailta kipu oli yleisin (52 %) kärsimystä aiheuttava oire, seuraavaksi levottomuus eli agitaatio (35 %) ja kolmantena hengenahdistus (35 %). Kipua hoidettiin opiaateilla ja agitaatiota rauhoittavilla lääkkeillä. Hollannissa vuonna 2014 tehdyssä tutkimuksessa vanhainkotien asukkaista kuolinpäivänään 77 % sai opiaatteja ja 21 % sai palliatiivisen sedaation. Useiden tutkimusten mukaan hengitystieinfektioon kuolemiseen liittyi suurinta kärsimyksen kuormaa. Hengitystieinfektio-oireisiin saattaa antibioottiloidolla olla myönteistä vaikutusta oireiston lievittämisessä, vaikka tavoitteena ei olisikaan lisäelintajan ”ostaminen”. Tämä on pohdinnan arvoinen asia kärsimyksen lievittämiseen pyrittäessä. (Finne-Soveri 2015.)

Muistisairaahan kivun tunnistamisessa pätevät samat yleiset ohjeet kuin muillekin: kysy henkilöltä itseltään, käytä moniulotteisia kivun arviointimittareita, havainnoi ja seuraa. Kivun arviointi on muistisairaahan kohdalla kuitenkin haasteellista: sairauden loppuvaiheessa puhekyky on usein menetetty, kipu ei välttämättä ilmene levossa, vaan voi liittyä tiettyihin liikkumista edellyttäviin toimintoihin, henkilön oma kivun tunnistaminen voi olla vajavaista. Englanninkielisessä kirjallisuudessa on otettu käyttöön ”discomfort” -termi, suomeksi epämukavuus, kipu-termin sijasta kuvaamaan muistisairaiden kipua ja ahdistuneisuutta. Epämukavuus-termillä halutaan ilmaista, että ihmisellä ei ole hyvä olla, mutta ei tiedetä, mistä ongelma johtuu. (Finne-Soveri 2015.)

Mikäli potilas on kykenemätön kertomaan itse kivustaan, ei arviointia tule kuitenkaan jättää tekemättä. Esimerkiksi potilaan asentoa, ilmeitä, ääntelyä ja eleitä havainnoimalla pystytään riittävään kivun ja hoidontarpeen arviointiin. Muistisairautta sairastavilla voidaan käyttää esimerkiksi PAINAD-mittaristoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Kivusta voivat kertoa myös muutokset vuorovaikutuksessa ja aktiivisuuden vähenemisessä sekä rutiinien muutokset.

Psyykkisen statuksen muutokset, esimerkiksi käytösoireiden lisääntyminen, kertovat hyvin usein kipuoireesta. Kipua on hyvä arvioida kipuna, mutta myös epämukavuuden ulottuvuudella. (Finne-Soveri 2015.)

5 OMAISTEN JA LÄHEISTEN TUKEMINEN

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry julkaisi vuonna 2011 palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit, joissa osaaminen jaetaan kymmeneen osa-alueeseen. Omaisia ja läheisiä koskevia hoitotyön osaamisalueita sisältyy useaan kriteeriin. Palliatiivisen hoitotyön osaamisen kriteeriin sisältyvät muun muassa valmiudet avata keskustelu potilaan läheisten kanssa taudin etenemisestä, kuolemasta ja kuolemassa olevasta läheisestä luopumisesta sekä surusta. Saattohoidon osaamiseen sisältyvät kuolemaan liittyvän luopumisen tunteen tunnistaminen niin itsessään, potilaassa kuin läheisissä. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuutta osoittavat kuolemaan liittyvän pelon tunteen tunnistaminen myös läheisissä ja läheisen tukeminen kuunnellen, keskustellen ja myötäeläen. Hoitajan tulee tunnistaa läheisten eksistentiaaliset tarpeet, sietää kuolemaan liittyvää kärsimystä potilaan läheisissä ja hoitaa kuoleman hetki potilaan läheisten osallistumista tukien. Ohjaus- ja opetusosaamisen kriteeri määrittelee tiedon antamista läheisille. Vuorovaikutus- ja kohtaamisosaaminen kattaa turvallisen yhteistyösuhteen luomisen niin potilaaseen kuin hänen läheisiinsä. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2011.) Näissä saattohoitotyön asiantuntijuuden kriteereissä tulevat kattavasti ja haasteellisesti kuvatuiksi elämän loppuvaiheen todellisuudessa toimivien osapuolten yhteistyön odotukset, tarpeet ja valmiusvaatimukset.

Hyvän hoitotyön periaatteena on perhekeskeisyys, vaikka hoitotyössä korostetaankin yksilöä. Yleisesti perhe määritellään biologisten tekijöiden perusteella, mutta perheenjäsenyys voi yksilön omaan kokemukseen perustuen määrittyä yksinomaan emotionaalisten siteiden perusteella. Perhe voi muodostua esimerkiksi yhdessä asumiseen tai huolenpitovastuuseen nojautuen. Hoitajien mielestä aloitteen perhekeskeiselle hoidolle tulisi lähteä potilaasta tai läheisestä itsestään. (Surakka ym. 2015, 30–32.)

5.1 Tiedollinen tuki

Omaisten tukemisessa olennaista on avoimen, ymmärrettävän lääketieteellisen tiedon välittäminen jo varhaisessa vaiheessa. Palliatiivisen hoidon ennakoiva luonne parhaimmillaan antaa omaisille käsitystä voinnin hiipumiseen liittyvistä psyykkisistä ja fyysisistä muutoksista. Mikäli omaiskeskustelut aloitetaan saattohoitopäätöstä tehtäessä tai pahimmillaan vasta potilaan kuoleman jälkeen voi lopputuloksena olla väärinkäsityksiä ja omaisten ahdistuneisuutta. Avoin tiedotus ja omaisten tukeminen koko palliatiivisen hoidon ajan estää väärinkäsityksiä ja tulkintoja esimerkiksi hoidon lopettamisesta ennen kuolemaa tai kuoleman jouduttamisesta lääkehoidolla. (Kuitunen 2017, 75–76.) Tiedollisen tuen puuttumisen syinä on mainittu omaisten arkuus lähestyvä henkilökuntaa tai omaisen rooli potilaan lähellä. Tiedollinen tuki voi toimia läheisten selviytymisen keinona. (Kontkanen 2014, 32.)

Onnistuneen saattohoidon edellytyksenä on ennakointi ja omaisille tiedottaminen tarpeen mukaisesti mahdollisesti eteen tulevista oireista. Oikea-aikaista ja yksilöllistä tukea tulee tarjota hoidon muuttuessa ja sen eri vaiheissa. Saattohoidossa potilaan vointia koskevaa tietoa ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa mahdollista antaa tarkasti, koska potilaan vointi voi muuttua nopeastikin ja kuoleman ajankohtaa ei tiedetä. Muistisairaiden omaishoitajille tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että tietä-

mättömyys hoitotoimenpiteistä ja kuolinprosessista on ollut yhteydessä siihen, että saattohoidosta muodostui käsitys luovuttamisena tai että hoito arvioitiin heikkolaatuiseksi. (Kuitunen 2017, 44–51.) Omaisten kanssa tulee keskustella kaikesta hoitoon ja potilaan vointiin sisältyvistä asioista: lääkähoidosta, mikä on potilaan vointi nyt ja mitä on odotettavissa. On myös huomioitava omaisten tiedontarve siitä, mistä

he voivat itse saada tukea ja apua kuoleman ja suruprosessin käsittelyyn. (Korhonen ja Poukka 2013, 440.)

Outi Kuitunen (2017, 44–46) tuo pro gradu -tutkielmassaan esille saattohoidon kehittämiskohteina omaisille tiedottamisen ja kommunikaation lisäämisen. Omaisten kokemukset liian vähäisestä tiedon saannista ja kommunikaation vähäisyydestä hoitohenkilökunnan kanssa tulisivatkin huomioida jokaisessa saattohoitotilanteessa. Kansainväliset monitieteelliset tutkimukset ovat antaneet samansuuntaisia tuloksia kuin Kuitusen tutkielma. Suosituksissa tilanteen korjaamiseksi esitetään perheen riittävän yksityisyyden takaamista ja omaisten keskusteluntarpeen huomioimista hoitotyössä. Omaiskeskustelujen sisältöjen tulisi koskea kuolemista, kuolemaa ja omaisten tunteita. Lisäksi tutkimustuloksista tulee esille potilaan kivuttomaan kuolemaan saattamisen tärkeys. Omaisten havainnot potilaan ki-
vuista, joita ei pystytty helpottamaan elämän loppuvaiheessa, aiheuttivat omaisille henkilökohtaista lisätaakkaa surun rinnalla.

5.2 Konkreettinen tuki

Saattohoitotilanteissa hoitajat kokevat epävarmuutta kuinka läheisten kanssa tulee toimia. Työn kiireisyyttä ja rauhallisen keskustelupaikan puuttumista pidetään kohtaamista estävinä tekijöinä. Myös hoitoyksikön yksilökeskeinen hoitokulttuuri on koettu esteeksi perheen huomioon ottamiselle. Omaiset luottavat, että hoitohenkilökunta on tietoinen potilaan sairauden perustiedoista, elämäntarinasta sekä läheisverkostosta. (Surakka ym. 2015, 31–32.)

Perheenjäsenten huomioiminen rakentuu pienten asioiden muodostamasta kokonaisuudesta. Omaisille ja läheisille on merkityksellistä saada kokea itsensä tervetulleiksi potilaan luo. Jo yksinomaan saapumisen huomioiminen, ystävällinen tervehtiminen ja kuulumisista keskusteleminen koetaan voimia antavaksi. Hoitohenkilökunnan tulee huolehtia, ettei perheenjäsenille synny kokemusta, että he ovat jopa toimintojen esteenä tai että heitä ei huomioida lainkaan. Usein omaiset joutuvat etsimään hoitajia voidakseen keskustella potilaan hoitoa koskevista asioista. Parhaimmillaan potilas, läheiset ja hoitohenkilökunta toimivat yhteistyökumppaneina potilaan hyväksi. (Surakka ym. 2015, 31–32.)

Olennaista on tarjota omaisille mahdollisuus hoivatoimijuuteen kykyjensä ja jaksamisensa mukaan. Omaiset voivat olla mukana perushoidon toteuttamisessa, auttaa ruokailussa ja hygieniaan liittyvissä toimissa. Kuoleman jälkeen he voivat olla mukana vainajan pesemisessä, asennon asettelemisessa, vainajan pukemisessa ja siirrossa. Kuitusen mukaan omaisten hoivatoimijuus vainajan laittamisessa kuvastuu rituaalinomaisena toimintana, jolloin on mahdollisuus viimeisiin hyvästeihin, konkreettiseen läheisen kuoleman ymmärtämiseen ja surun ilmaisemiseen. Omaisten tiedon ja ohjauksen tarve se-

kä hoitohenkilökunnan tuki eivät ole riippuvaisia omaisten roolista ja hoivatoimijuuden määrästä. Hoitohenkilökunta on omaisia varten heidän itse valitsemallaan tavalla. (Kuitunen 2017, 51, 58.) Oman maininnan ansaitsevat myös läheiset, joille hoitotyöhön osallistuminen tuntuu vieraalta. Saattohoitotilanne voi olla tuskallinen kohdattavaksi ja on täysin sallittua, mikäli he haluavat esimerkiksi muistaa kuolevan potilaan terveenä ja hyväkuntoisena. Läheiset saattavat kuitenkin hyötyä rohkaisusta kuolevan lähellä viipymiseen, omalla esimerkillään hoitajat pystyvät tukemaan epävarmuutta kokevia läheisiä läsnäolossa. Oman tahtonsa mukaan myös esimerkiksi muistisairaana isovanhemman hyvästelyyn voivat lapsetkin osallistua. (Muistiliitto ry 2016, 16.)

5.3 Henkinen ja hengellinen tuki

Hoitohenkilökunnan ja omaisten välisellä vuorovaikutuksella on erittäin suuri merkitys omaisten empaattisessa tukemisessa. Hoitajien tehtävänä on auttaa omaisia sanoittamaan tunteitaan ja ajatuksiaan. Puhumisen tärkeyttä ei voi korostaa saattohoidossa liikaa. Potilaan kuoleman jälkeen käsittelemättömät, puhumattomat asiat saattavat jäädä painamaan omaisten mieltä ja muodostua ongelmaksi. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 141.)

Emotionaalisen tuen antamisessa on omaisia lähestyttävä myötätuntoa osoittaen ja keskusteluun on varattava riittävästi aikaa. Saattohoitotilanne voi olla läheisille monin tavoin raskas ja musertava. Omaisten huolenpidon ja tuen tarve voi olla jopa suurempi kuin kuolevan potilaan. Hengellisten asioiden ja tunteiden käsittely muokkautuu omaisten osoittaman tarpeen mukaisesti. Fyysisen ympäristön osalta omaiset arvostavat mahdollisuutta omaan huoneeseen. Omaiset ovat osoittaneet tyytymättömyyttä, mikäli heille syntyi mielikuva, ettei kuolevalle potilaalle tärkeitä pieniä asioita huomioitu ja mikäli omaisen oman jaksamisen kysymykset sivuutettiin. (Kontkanen 2014, 32–33.)

Maija Järvisen (2014, 33–34) tekemässä palliatiivisen hoitotyön asiantuntijakoulutuksen kehittämistehtävässä ”Henkilökunnan antama tuki saattohoitopotilaalle” tutkittiin yhden terveyskeskussairaalan saattohoitotiimin hoitajien (n=8) käsitystä hyvästä läheisen tukemisesta ja tukemista vaikeuttavista tekijöistä. Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat pystyvänsä tukemaan omaisia heihin tutustumalla, aidolla läsnäololla, hyvällä potilaan oirehoidolla ja herkkyydellä sekä potilaan että omaisten toiveiden toteuttamiseen. Omaisten tukemisessa myös ilman sanoja vierellä oleminen tai halaaminen koettiin hyvän tuen osoitukseksi. Tässä tarvitaan rohkeutta niin kohdata ihmisen ihmisenä kuin kulkea rinnalla kohti elämän päätepistettä. Turvallisuuden tunteen luomisen tärkeys tuli esille hoitajien vastauksissa. Rehellisen tiedon antamisella potilaan voinnista pystyttiin lisäämään luottamusta hoitoon. Hoitajat toivat esille hengellisen tuen merkityksen kuuluvan olennaisesti saattohoitoon ja tämä toteutui esimerkiksi tarjoamalla keskustelumahdollisuutta seurakunnan työntekijän kanssa. Keskeistä oli myös toimiva hoitotiimi, joka paransi tiedonkulkua.

Miesten ja naisten tavassa reagoida suruun on löydettävissä eroja. Miesten kokemusmaailmassa viha ja huumorilla näyttäisi olevan naisia suurempi rooli. Tekeminen ja päämääräsuuntautuneisuus ovat miehille tunteiden näyttämistä tavallisempia tapoja surun läpikäymisessä. Voimakkaiden tunteiden näyttäminen on miehille vieraampaa. Perinteisissä käytösnoormeissa miehen tulee pidättäytyä it-

kemisestä. Naiset kokevat surua tunteikkaammin ja heillä nähdään olevan voimakkaampi emotionaaliseen tuen tarve. Luonnollisestikaan surun ilmaisemista ei voida lokeroida näin jyrkästi. Jokainen yksilö käsittelee läheisestä luopumista omista lähtökohdistaan ja elämänhistoriastaan käsin. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 152.)

5.4 Kuoleman hetki

Mitä huonommaksi potilaan vointi muuttuu, sitä enemmän huomio tulee kiinnittää omaisiin. Hoitajat valmistelevat omaisia heille läheisen ihmisen elämän päättymiseen. (Finne-Soveri 2015.) Omaisten pelkoja pystytyvään lieventämään keskustelemalla etukäteen, miten toimitaan hengityksen pysähtyessä ja mitä tapahtuu kuoleman hetkellä. Elämän loppuvaiheessa tavoitteena on karsia turhat toimenpiteen ja tähän pystytään vaikuttamaan käymällä asia lävitse omaisten kanssa. Jos hoitaja ja omaiset ovat kuolinhetkellä potilaan huoneessa, tulee hoitajan pysytellä tilanteessa taka-alalla. Hoitohenkilökunnan toiminta jää omaisten mieliin. Kyseessä on perheen ainutkertainen luopumisen hetki. Surevat perheenjäsenet tarvitsevat tilaa ja aikaa hyvästeille ja omille tavoilleen. Kuoleman virallista toteamista ei tule kiirehtiä. Hoitajan empaattisuus ja rauhallisuus tuovat omaisille turvallisuutta läheisen kuolinhetkestä selviytymiseen. (Korhonen ja Poukka 2013, 445.)

Kun aikaa on jäljellä enää päivä tai tunteja, tapahtuu potilaan voinnissa muutoksia. Tajunnantaso ja yhteydenpito alkavat heikkenemään, hengittäminen muuttuu pinnalliseksi ja katkonaiseksi, ihon väri kalpenee tai harmaantuu, nieleminen ei enää onnistu, sekavuutta ja harhaisuuttakin voi esiintyä, turvotusta saattaa esiintyä lisääntyvästi. Kipu usein vähenee kuolemaa edeltävästi. Kuolemaa ennakkoivat kuumepiikit eivät aiheudu tulehduksesta, vaan syynä on lämmönsäätelyn häiriintyminen, jalkaterät ja kädet saattavat muuttua viileämmiksi. Käsien harominen ja ääntely eivät välttämättä kerro lääkehoitoa vaativista oireista tai toimi viestinä lähellä olevan omaisen väärästä toiminnasta. Kuoleminen tarkoittaa luopumista ja siihen voi sisältyä yksilöllinen määrä ahdistuneisuutta. Lähes aina kuolema tapahtuu rauhallisesti, hengitys loppuu ja sydämen lyönnit päättyvät. (Hänninen 2015b, 52–53.)

Lähestyvän kuoleman oireet tulee käydä lävitse omaisten kanssa. Usein nielemisen heikkeneminen on lähestyvän kuoleman ennusmerkinä. Tässä vaiheessa on ajankohtaista lääkityksen uudelleenarviointi sekä antotavan tarkistaminen. Omaisten kanssa on aiheellista keskustella, mikäli saattohoidossa käytettävien lääkkeiden käyttöaiheet ja annokset poikkeavat myyntiluvissa mainituista. Tiedottamisella voidaan estää mahdollisia väärintulkintoja, että kuolemaan olisi ollut vaikuttamassa säännöllisen lääkityksen lopettaminen tai esim. kipulääkkeen antaminen injektiona. Omaisten hoitovirheepäilyjä voidaan vähentää jatkuvalla, tilannekohtaisella informoinnilla. (Valvira 2017.)

Läheisen ihmisen kuollessa voimakkaat tunnekokemukset ovat hyväksyttäviä, luonnollisia ja normaaleja. Jokainen kokee surun omalla tavallaan, vain yhtä oikeaa tapaa menetyksen läpikäymiseen ei ole olemassa. Hoitohenkilökunnan tärkeänä tehtävänä on surevien lohduttaminen. Omaiset voivat kokea kuoleman raskaana iskuna, ehkä myös lempeänä kosketuksena tai vastaansanomattomana muistutuksena siitä, että elämän täytyy päättyä silloin, kun on oikea aika. Uudessa surukäsityksessä

kuolema ei päättä läheistä kiintymyssuhdetta. Surutyössä se muuttuu muistoissa ja mielikuvissa elämänsä jatkavaksi. Surevaa lohduttaa hoitotyöntekijän aito läsnäolo, välittämisen ilmaiseminen ja avun tarjoaminen. Tällaisen tuen antaminen vaatii aitoa ihmisenä ihmisen rinnalle pysähtymistä ja korkeatasoista, empaattisen hoitotyön taitamista. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 140–144.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa Palvelukoti Pikku-Kerttulan asukkaiden omaisille saattohoito - opas. Oppaassa on ymmärrettävässä muodossa perustietoa saattohoidosta, lähestyvän kuoleman aiheuttamista oireista ja muutoksista sekä oireenmukaisesta hoidosta. Aloite saattohoito-opaan käsittelyyn tuli yksikössä sairaanhoitajana toimivalta opinnäytetyön tekijältä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä omaisten tiedonsaantia ja rohkaista heitä osallistumaan saattohoitoon. Oppaasta omaiset voivat saada myös tukea elämäntilanteessa, jossa heille tärkeän ihmisen elämä on päättymässä. Pikku-Kerttulan hoitohenkilökunta voi hyödyntää opasta suullisen ohjauksen rinnalla, se voi toimia omaiskeskustelujen runkona ja nostaa esille asukkaan yksilölliseen saattohoitotilanteeseen liittyviä kysymyksiä. Opinnäytetyön tekeminen lisää tietouttani laadukkaan saattohoidon toteuttamisesta ja antaa valmiuksia omaisten kanssa keskustelemiseen sekä kehittää taitojani kohdata sureva omainen yksilöllisesti tulevaisuudessa.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Ammattikorkeakouluissa käytetyille tutkimuksellisille opinnäytetöille voi toiminnallinen, työelämälähtöinen opinnäytetyö olla vaihtoehtona. Opinnäytetyön tulee osoittaa tekijänsä riittävää alan taitojen ja tietojen hallintaa. (Vilkka ja Airaksinen 2003, 9–10.) Airaksisen (2009) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön keskeisimmät ulottuvuudet ovat toiminnan järjestämisen tai järjeistämisen tavoitteet ammatillisessa kentässä teoreettisen tiedon kautta tai käytännön ohjeistaminen tai opastaminen. Toteutustapana voi olla esimerkiksi opas, kansio tai tapahtuma kohderyhmän mukaan.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyö rakentuu kahdesta eri kokonaisuudesta: toiminnallisesta osuudesta ja prosessin dokumentoinnista sekä tutkimusviestinnän keinoin toteutetusta arvioinnista eli opinnäytetyöraportista. Valmiin tuotoksen tulee pohjautua teoretietoon. Teoreettinen viitekehys sisältyy tästä syystä toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Toiminnallien opinnäytetyö pohjautuu teoreettisuuteen, tutkimuksellisuuteen, toiminnallisuuteen ja raportointiin. (Airaksinen 2009.) Laadukkaat lähteet, asiiasältö ja lähteistä viitatus teoriam soveltaminen tekstiin ovat keskeisiä osa-alueita toiminnallisessa opinnäytetyössä. Raportista tulee käydä esille mitä, miksi ja miten opinnäytetyö on tehty. Raportin tulee sisältää opiskelijan oma arviointi opinnäytetyöprosessin vaiheista, valmiista tuotoksesta ja ammatillisesta kehitymisestä. (Vilkka ja Airaksinen 2003, 65, 76.)

Opinnäytetyöprosessi alkaa aiheen valinnalla. Työelämälähtöisyyden lisäksi aiheen ajankohtaisuus, ja tulevaisuuteen suuntautuminen olisi suositeltavaa. Aihevalinnassa kannattaa huomioida opinnäytetyöntekijän kiinnostuneisuus ja motivaatio aihetta kohtaan sekä ammatillisen kehityksen ulottuvuus opinnäytetyöprosessin aikana. (Vilkka & Airaksinen 2004, 23.) Opinnäytetyön aihe-ehdotuksen esitin toimeksiantajalle syyskuussa 2017 ja idea perustui kohdeyksikössä toteuttavan saattohoidon omaisyhteistyön jatkuvan kehittämisen työtoteeseen. Opinnäytetyön aihe oli ollut aihiona mielessäni jo pitkään ennen sen toimeksiantajalle esittämistä. Toimeksiantajalla oli yhteneväinen näkemys oppaan tarpeesta. Yksikössä ei ole ollut vastaavaa opasta käytössä.

Aloitin opinnäytetyön tekemisen aihekuvauksen työstämisellä ja tietoperustaan perehtymisellä toimeksiantajalta saadun aiheen hyväksymisen jälkeen. Aihetyöpajoissa aihekuvauksen työstäminen tapahtui opettajan ohjauksessa syys-lokakuussa ja aihekuvaus hyväksyttiin marraskuussa 2017. Kävin lävitse saattohoitoa käsitteleviä tutkimuksia, ohjeita ja suosituksia. Tiedonhaun edetessä tiedon määrä osoittautui laajaksi ja aiheen rajausta tuli pitää koko ajan mielessä.

Aihekuvauksen hyväksymisen jälkeen aloin tehdä työsuunnitelmaa, joka hyväksyttiin tammikuussa 2018. Työsuunnitelma jäsentää mitä ollaan tekemässä (Airaksinen 2009). Työsuunnitelmaseminaarissa sain rakentavana palautteena tarkistaa lähdeviitteiden merkitsemisen ja kohderyhmän paremman huomioimisen työn edetessä. Eri osapuolten hyväksymä ohjaus- ja hankkeistamis sopimus tehtiin helmikuussa 2018. Sopimuksessa on kirjattuina kunkin osapuolen vastuut, työn tavoite ja aika-

taulu. Sopimuksen allekirjoittivat työn ohjaava opettaja, työn tilaaja ja opiskelija. Helmikuussa aloitin oppaan kokoamisen ja lopullisen raportin kirjoittamisen.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan olen tehnyt yhteistyötä ohjaavan opettajan, toimeksiantajan ja yksikön hoitajien kanssa. Työn eri vaiheiden luonnosversiot ovat olleet useita kertoja toimeksiantajan ja Pikku-Kerttulan henkilökunnan luettavana ja kommenttikierroksella. Kohdeyhteisössä pidetyissä opinnäytetyöpalavereissa olen saanut hoitajien kokemukseen ja havaintoihin perustuvaa käytännön tietoa sekä korjausehdotuksia. Esille tuli myös hoitajien epävarmuutta omaiskeskusteluja kohtaan. Tämä tieto todentaa opinnäytetyön tarpeellisuutta hoitajien työkaluna. Opinnäytetyöprosessi rakentui vahvasti työelämälähtöiseksi ja työelämää palvelevaksi. Koska saattohoito aiheena saattaa olla koskettava ja musertavakin ilman saattohoitotodellisuutta, en hakenut oppaan sisältöalueisiin omaisten näkemyksiä, jotta heille ei aiheettomasti kerry huolta läheisensä voinnista.

Helmi-kesäkuun aikana tarkensin vielä teoriaosuutta, kirjoitin raporttia eteenpäin ja muokkasin oppaan tekstiä sekä ulkoasua ohjaavalta opettajalta saadun palautteen mukaisesti. Opettajalta saatu palaute ja ohjaus on ollut ensiarvoista etenkin tiedon loogisesti etenevän, tutkimusviestinnällisen kirjoittamisen oppimisessa. ABC- ja TVT-työpajoihin osallistuin marraskuussa 2017. TVT-pajassa saadut ohjeet ja neuvot olivat tärkeitä, koska minulla ei ollut aiempaa tietoa sähköisessä muodossa olevan oppaan tekemisestä. ABC-pajassa saatu opetus lähteiden merkitsemiseen teoriaosuuteen ja lähde-luetteloon säästi aikaa teoriaosuuden kirjoittamisvaiheessa.

7.2 Hyvän oppaan kriteerit

Vaikka oppaiden tekoon ei voida antaa yksiselitteisiä ohjeita, voidaan hyvän oppaan tekemiseen löytää suuntaviivoja. Potilasohjeet antavat lukijalleen tietoja, ohjeita tai neuvoja. Näiden ohella ohjeet viestivät myös laatijastaan, organisaation hoitoperiaatteista ja johtamistavoista. Kaikkien ohjeita tekevän tahon onkin kehitettävä omat ohjeidentekotapansa. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 34–60.)

Potilasohjeille ei ole olemassa vähimmäis- tai enimmäispituutta, yleisneuvona voidaan pitää lyhyen oppaan laatimisen tavoitetta. Ohjetta laatiessa on tärkeää pitää mielessä missä muodossa se julkaistaan. Esimerkiksi tulostettuun paperiversioon asettelu kannattaa tehdä paperin ehdoilla. Lukukokemukseen vaikuttavat myös sivujen taitto ja ulkoasu. Mikäli kuvat tukevat tekstin selkeyttä, niiden käyttöä kannattaa harkita. (Hyvärinen 2005, 4.)

Hyvärisen (2005,1–4) mukaan hyvän potilasohjeen teksti on huoliteltua, ymmärrettävää ja se on sisällöltään kattava. Tekstin ymmärrettävyyteen keskeisesti vaikuttava tekijä on asioiden esittämisjärjestys. Esittämisjärjestykseen vaikuttaa se, missä tilanteessa ohjeistusta luetaan tai mitä sillä halutaan aikaansaada. Kirjallisissa ohjeissa on tulee noudattaa yleisiä oikeinkirjoitussääntöjä, viimeistelemätön teksti kirjoitusvirheineen vaikeuttaa ymmärtämistä. Huolimattomasti tehty teksti aiheuttaa usein myös ärtymystä. Tulkintavaikeuksia ja tahatonta tekstin merkitysten muuttumista voitava lisätä välimerkkien omaperäinen käyttäminen.

Otsikot antavat tietoa, keventävät ja tuovat oheisiin selkeyttä. Pääotsikko kertoo, mitä ohje käsittelee ja väliotsikot auttavat hahmottamaan sisältöä. Väliotsikoiden määrä kannattaa pitää maltillisena, jokaisen otsikon välissä tulisi olla vähintään kaksi kappaletta. Selkeän tekstin tunnusmerkkinä on lyhyehkököt kappaleet, jotka eivät ole pelkkiä luetteloita. Virke tai lause tulisi pystyä ymmärtämään jo ensimmäisellä lukemiskerralla. Tästä syystä virkkeiden rakenne tulee pitää helposti hahmottuvia. Tarpeettomien termien ja turhien termimäisten lyhenteiden käyttäminen tekee tutustakin asiasta vierasta ja vieraannuttaa lukijaa asiasta. Mahdollisuuksien mukaan yleiskielisten sanojen valinta on hyvä ratkaisu ja hankalat ilmaukset tulee avata lukijalle ymmärrettäviksi sekaannuksen välttämiseksi. Liian yksityiskohtainen tieto saattaa vain hämmentää ja ahdistaa lukijaa. Kannattaa muistaa, kuka on ohjeen ensisijainen lukija ja kirjoittaa juuri hänelle. (Hyvärinen 2005, 2– 4.)

7.3 Oppaan tuottaminen

Ennen oppaan kirjoittamiseen ryhtymistä on määritettävä oppaan ensisijainen kohderyhmä. Onko tarkoitus tavoittaa alan ammattihenkilöitä vai kirjoitetaanko laajemmalle niin kutsutulle suurelle yleisölle. Kohderyhmän selkeä määrittely edesauttaa kirjoitustavan valintaa. Opas tulee kirjoittaa kohderyhmää puhuttelevasti ja sisällön kannalta tarkoituksenmukaista kieltä ja tyyliä käyttäen. Produktion erityisluonne ja käyttötarkoitus, kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta tulee huomioida. (Aira-Raksinen 2009.)

Oppaassa käsitellyt asiat on valittu saattohoidon keskeisistä osa-alueista niin, että aineisto vastaa kohderyhmän tiedon- ja tuentarpeisiin. Oppaan tieto pohjautuu opinnäytetyön teoriosuudessa esitettyyn tutkittuun tietoon ja suosituksiin. Haasteellisena olen kokenut tiedon valitsemisen laajasta viitekehystä. Oppaassa on tietoa saattohoitoon liittyvistä käsitteistä, potilaan perushoidosta ja oikeen mukaisesta kivun hoidosta, psyykkisten ja hengellisten tarpeiden huomioimisesta ja kuolemaa ennakoivista oireista. Saattohoidon oleellinen osa on hyvä perushoito, johon myös omaiset voivat osallistua. Oppaan työstämisvaiheessa ohjaavalta opettajalta saatu palaute tiedon tiivistämisestä auttoi liiallisen tiedon karsimisessa. Oppaan sisällön valinnassa olen huomionnut STM:n raporteissa esille tulleet saattohoidon negatiivisten kokemusten kulminaatiopisteet, joita olivat kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen riittämättömän lievitys ja omaisten kokema huono kohtelu. Oppaassa olen pyrkinyt välittämään luottamusta omaiset huomioivan laadukkaan, moniammatillisen oirelähtöisen saattohoidon toteuttamisesta, matalan kynnyksen keskusteluyhteyttä hoitohenkilökuntaan ja henkilökunnan valmiutta omaisten tunteiden vastaanottamiseen. Kohdeyksikössä työskentelevältä sairaanhoitajalta olen saanut oppaan tekstin yhdenmukaistamiseen arvokasta palautetta ja hengellisten tarpeiden huomioimiseen arvokkaita kommentteja.

Opinnäytetyön tekeminen omaan työorganisaatioon oli avoimen vuorovaikutuksellista ja luontevaa. Aiheesta sopiminen ja toimeksianto, etenemisen raportointi työn tilaajalle, aikatauluttaminen ja palaverit prosessin aikana sisältyivät työpäiviin. Työelämän realiteetit tulivat kuitenkin ajan resurssoinnin kannalta usein vastaan. Yhteistä aikaa hoitotyön ohessa tapahtuvaan opinnäytetyön käsittelyyn oli haasteellista löytää, akuutit tilanteet vaativat ennakoimattomasti hoitajien huomion. Toimeksian-

tajan tavoitettavuus ja työskentely kohdeyhteisössä loivat kuitenkin hyvät puitteet opinnäytetyöprosessin etenemiselle.

Oppaan ulkoasun olen pyrkinyt pitämään asiallisena ja rauhallisena. Opas on tehty Word-tekstinkäsittelyohjelmalla A4-kokoisena. Oppaassa on kolme valokuvaa Pixabay kuvapankista, joka sisältää vain CC0 -lisensoituja kuvia, joten niiden käyttö on tekijänoikeusmielessä turvallista. Otin myös itse valokuvia, mutta niiden asettelu, valotus ja rajaus ei vastannut oppaaseen vaadittavaa laatua. Oppaan kannessa olevan ”Rukous” runon on kirjoittanut Mari Tamminen ja se on julkaistu vuonna 2017 Pieksämäen Kirjoittajat ry:n julkaisemassa ”Näetkö saman?” antologiassa.

Opinnäytetyön toimeksiantajana ja yhteistyökumppanina on Matti ja Liisa Koti Oy. Palvelukoti Pikku-Kerttula on yrityksen tehostetun palveluasumisen yksikkö, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa vanhuksille. Asukaspaikkoja Pikku-Kerttulassa on kolmekymmentä ja asukkaat asuvat vuokraamissan yksiöissä tai kaksioissa, omissa kodeissaan. Iäkkäimmät asukkaat ovat yli 90-vuotiaita, suurin osa sairastaa etenevää muistisairautta. Opas luovutetaan täysin käyttöoikeuksin Matti ja Liisa Koti Oy:n Palvelukoti Pikku-Kerttulan käyttöön sähköisenä A4-versiona. Jatkossa sähköistä versiota on helppo päivittää ja se on tulostettavissa suoraan käyttöön A4-kokoisena. Pikku-Kerttulassa saattohoidossa olevien vanhusten omaisissa on niin ikään iäkkäitä omaisia, joilla on näkökyvyn heikkenemisestä johtuen hankaluutta kirjallisen materiaalin lukemisessa. A4-kokoinen opaslehtinen helpottaa heidän kohdallaan oppaan käyttämistä. Sähköisessä muodossa olevan oppaan saa työn tilaaja muokattua A5-kokoiseksi.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen sairaanhoitajan työn rinnalla on ollut haasteellista, ajankäytön ennakoimattomat muutokset ovat aiheuttaneet aikataulutuksen venymistä. Saattohoito ja omaisten tukeminen aiheena ovat olleet motivoivia Pikku-Kerttulan hoitotyön kehittämisen ja omaisten tiedontarpeen näkökulmista. Opinnäytetyön tekeminen yksin on tuntunut työmäärältään laajalta ja tästä syystä olen hakenut aktiivisesti palautetta yksikön hoitajilta sekä työn tilaajalta.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hoitotyön ammattihenkilöiltä vaaditaan taitoa luotettavan, perustellun tutkimustiedon etsimiseen sekä sen käyttämiseen. Tutkimustulosten pohjalta on osattava valita uusin ja kaikkein varmin tieto sekä pystyttävä arvioimaan, onko tulos totuudenmukainen. Tutkitun tiedon avulla etsitään perusteluja tiedottamiselle tai toiminnalle. (Leino, Kilpi ja Välimäki 2009, 360.)

Eettisesti hyväksytty ja luotettava tutkimus edellyttää, että se on tehty noudattaen tieteen teon hyvää käytäntöä, sovellettu ja noudatettu tunnustettuja toimintatapoja. Tutkimusetiikan näkökulmasta keskeisiä lähtökohtia ovat tarkkuuden ja huolellisuuden sekä rehellisyyden vaateet tutkimusta tehdessä, tutkimustuloksia tarkasteltaessa ja niitä arvioidessa. Tutkija huomioi muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla: muiden tutkijoiden työn kunnioittamista tulee noudattaa ja heidän julkaisuihinsa tulee viitata asianmukaisella tavalla. Muiden tutkijoiden työn merkitys ja niille kuuluva arvo tulee tunnustaa omassa tutkimuksessa ja sen tulosten julkistamisessa. Tiedeyhteisön hyväksymien hyvien toimintatapojen noudattamisesta vastaa jokainen tutkija ensisijaisesti henkilökohtaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Opinnäytetyötä tehdessä olen toiminut eettisten ohjeiden mukaan ja vastaan ensisijaisesti itse tiedon luotettavuudesta ja oikeellisuudesta. Olen arvioinut kriitisesti käyttämiäni lähteitä ja valitsin työn tarkoitusta parhaiten palvelevia laadukkaita lähteitä. Olen käynyt lähdeaineistoa lävitse useaan kertaan ja kirjoittanut teoriaosuuden lähdeaineiston pohjalta. Kaikki käytetty lähdeaineisto löytyy sekä viittauksista että lähdeluettelosta. Internetissä olevista sähköisistä lähteistä olen käyttänyt yleisesti luotettavana pidettyjä sivustoja. Lähteistä olen valinnut mukaan 2000-luvulla tuotettua tietoa, ainostaan lait ovat tätä vanhempia. Ammattikorkeakoulun informaattikolta olen saanut neuvoja tiedonhakuun, josta olen opinnäytetyötä tehdessäni oppinut paljon ja pystynyt löytämään aiheeseen liittyvää teoretietoa.

Opinnäytetyön tekemisessä olen käyttänyt lähdeaineistoa laajasti ja mielestäni sain koottua luotettavan teoreettisen viitekehysten. Tämän ansiosta olen yltänyt opinnäytetyölle asetettuihin tavoitteisiin ja oppaasta tuli hyvä tietolähde omaisten käyttöön ja tämän lisäksi uusi työväline hoitajille. Valmis opas vastaa yhteistyökumppanilta saadun palautteen mukaan organisaation tarpeisiin ja toiveisiin.

8.2 Opinnäytetyön ja oppaan arvioiminen

Oman opinnäytetyön arviointi on olennainen osa oppimisprosessia (Vilka & Airaksinen 2003, 154). Tavoitteena oli lisätä omaisten tiedonsaantia, heidät paremmin huomioivaa ja tukevaa saattohoitoa toimintaympäristössä. Opinnäytetyön työstäminen suunnitteluvaiheesta tuotoksen viimeistelyvaiheeseen on ollut vaativa niin teoretiedon laajuuden kuin aiheen koskettavuuden takia. Kuolevan potilaan hoitotyö ja omaisten kohtaaminen herättää kaikissa asianosaisissa tunteita, joita ei voi ohittaa.

Opinnäytetyöprosessi on vaatinut paljon aikaa ja aiheeseen paneutumista. Työsuunnitelmaa tehdessä koin prosessin heikkoudeksi työn yksin tekemisen. Näkökulmien ja ajatusten vaihtaminen sekä työmäärän jakaminen toisen tekijän kanssa olisi vienyt työtä joustavammin eteenpäin ja olisi tarjonnut laajempaa näkemystä. Selviydyin opinnäytetyöprosessin vaiheesta toiseen kuitenkin ohjaavan opettajan ja kohdeyhteisön hoitajien tuella. Palautteen saaminen eri tahoilta oli mielestäni tärkeää, jotta työn muokkamisen mahdollisimman hyvin kohderyhmää palvelevaksi onnistui. Teoriaosuuden kasaaminen ja raportin kirjoittaminen olivat prosessissa oppaan työstämistä vaativampia.

Opas on koottu kokonaisuudeksi, jota hoitajat voivat hyödyntää omaiskeskusteluissa ohjeellisena runkona. Tärkeintä on, että oppaasta omaiset saavat tarvitsemaansa tietoa riittävästi. Teksti on muokattu yksiselitteiseksi ja tiiviiksi, jotta omaisen pystyisi ymmärtämään lukemaansa saattohoidon luopumisen ja surun todellisuudessa. Tärkeimmät asiat on nostettu esiin laatikoimalla ja taustaväriä korostettuina. Oppaasta tuli hyvä keskusteluyhteyden sillanrakentaja omaisten ja hoitajien välille. Opas on ulkomuodoltaan asiallinen aihealuetta kunnioittaen. Olennaiset asiat löytyvät siitä helposti.

8.3 Ammatillinen kasvu ja kehittyminen

Opinnäytetyötä tehdessäni olen oppinut toteuttamaan ja arvioimaan saattohoitotyötä omaislähtöisesti entistä paremmin. Pikku-Kerttulan hoitotyötä ohjaavista arvoista asukaslähtöisyys on saanut laajempaa ja syvempää merkitystä. Kuolevan potilaan hoitotyön periaatteiden muutos yksilökeskeisyydestä perhekeskeisyyteen ja sairauskeskeisyydestä ihmiskeisyyteen on tuonut hoitotyöhön uutta painopistettä, asennetta ja motivaatiota ammattitaidon edelleen kehittämiseen. Opinnäytetyöprosessissa teoria ja käytäntö ovat olleet antoisassa vuorovaikutuksessa. Omaisten rohkaiseminen ja ohjaaminen kuolevan vanhuspotilaan saattohoitoon osallistumiseen edellyttää hoitajilta hyviä ihmishuuhde- ja vuorovaikutustaitoja sekä pysähtymistä surevan omaisen todellisuuden äärelle. Vaikka opinnäytetyön teoriaosuudessa todetaankin saattohoidon olevan useimmin selkeää, kunhan hoitolinjat on päätetty, on kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen aina haastavaa ja erityisen yksilöllistä. Omaisten surun empaattinen kohtaaminen ja toistuvat keskustelut saattohoitoprosessin eri vaiheissa vaativat aikaa, mutta parhaimmillaan vahvistavat yhteistyökumppanuutta, tuovat turvallisuutta ja vähentävät omaisten epätietoisuutta hoidon toteuttamisesta ja läheisen voinnista. Vaikka olen mielestäni oppinut paljon, ei saattohoitotyön toteuttamisessa tule koskaan valmiiksi. Minulle on muodostunut sekä sairaanhoitajana että ihmisenä kasvamisen maamerkeiksi saattohoitoon kuuluvien vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen sekä omaisten reaktioiden vastaanottaminen luonnollisina, inhimillisinä reaktioina.

Opinnäytetyön kautta saatu teoriatieto on vahvistanut tietämystäni laajasti, vahvistanut käsitystäni saattohoitotyössä tarvittavista hoitajan osaamisvaatimuksista ja myös taidosta rohkaistua kulkemaan surevien rinnalla elämän raskaina hetkinä. Opinnäytetyön tekijä sai mahdollisuuden kehittää saattohoidon omaisyhteistyön asiantuntijuuttaan. Omaisten ja läheisten keskeinen rooli saattohoitotyössä on tullut minulle entistä selkeämmäksi. En voi väheksyä opinnäytetyötä tehdessäni kohtaamista ajatuksistani olemassaolon kysymyksistä ja kuoleman lopullisuudesta, lohdullisuudestakin. Kärsimyksen havainnoista ja sen lievittämisestä on tullut minulle entistä tärkeämpi saattohoitotyön osa-alue. Potilaan kärsimyksen ja epämukavuuden lievittyminen heijastelee myös omaisten jaksamiseen ja luottamukseen. Eutanasia ja kaikille kuoleville potilaille kuuluvan hyvän, laadukkaan saattohoidon toteutuminen jäävät pohdituttamaan edelleenkin.

8.4 Oppaan hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat

Palvelukoti Pikku-Kerttula sai opinnäytetyöstäni tarpeelliseksi koetun saattohoito-oppaan omaisille. Opasta tullaan hyödyntämään tiedon- ja tuenlähteenä omaisille ja se voi toimia runkona omaiskeskusteluissa. Opasta ei ole tarkoitus automaattisesti jakaa kaikille saattohoidossa olevien asukkaiden omaisille. Saattohoidon omaisyhteistyö toteutuu omaisia kuunnellen, heidän tiedontarpeeseen yksilöllisesti vastaten ja kunnioittaen heidän valintojaan esimerkiksi pitäytyä kohtaamasta asukasta saattohoidon aikana. Opinnäytetyö palvelee aidosti työelämää.

Saattohoito-oppaan käytöstä ja sen hyödyistä on mahdollista saada tietoa, kokemuksia ja palautetta pidemmän ajan kuluessa. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla oppaan käyttökokemukset omaisilta ja hoitajilta. Tulokset olisivat hyödynnettävissä oppaan ja omaisyhteistyön kehittämisessä käytännön tarpeita paremmin vastaavaksi. Omaisten psyykinen tukeminen saattohoidossa olisi myös laaja ja tärkeä jatkotutkimusaihe.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AIRAKSINEN, Tiina 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-19.] Saatavissa: <http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnyty-tekstin>
- ANTTILA, Sari 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut [verkkootikkeli]. [Viitattu 2017-12-10]. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/414583/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf/5ee2e881-1efb-4ff6-a1b0-50b002aa26fa
- ANTTONEN, Mirja Sisko ja KIURU, Susanna 2014. Saattohoidon määrittely. Julkaisussa: KIURU, Susanna (toim.) Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy, 21-22.
- EDUSKUNTA 2017: Toimenpideoite saattohoidon turvaamisesta lainsäädännöllä. Toimenpideoite TPA 7/2017 vp [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-17.] Saatavissa: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/EduskuntaAloite/Documents/TPA_7+2017.pdf
- ERIKOISSAIRAANHOITOLAKI. L 1.12.1989/1062. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio [verkkodokumentti]. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- ETENE 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Suunnitelmat ja toteutus [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-10-22.] Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+%2C+2009+ja+2012++suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>
- FINNE-SOVERI, Harriet 2015. Muistisairaus ja kuolema [videoluento]. [Viitattu 2017-11-15.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-elaman-loppuvaiheen-hoito>
- GRÖNLUND, Anja ja LEINO, Timo 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Julkaisussa: AGGE, Eva (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sairaanhoidajaliitto ry. Sipoo: Silverprint Oy, 37-48.
- GRÖNLUND, Elina ja HUHTINEN, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-11-21.] Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf
- HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim [verkkolehti] 2005;121. [Viitattu 2017-12-06.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>
- HÄNNINEN, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- HÄNNINEN, Juha 2015a. Kuolevan kipu. Sic! [digilehti] 4/2015. [Viitattu 2017-11-14.] Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130103/4_15%2036-37%20Kuolevan%20kipu.pdf?sequence=1
- HÄNNINEN, Juha 2015b. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-11-20.] Saatavissa: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>

- HÄNNINEN Juha ja RAHKO, Eeva 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [digilehti] 2013 129(4):433-9. [Viitattu 2017-11-20.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10798>
- JÄRVINEN, Maija 2014. Henkilökunnan antama tuki saattohoitopotilaalle. Julkaisussa: KIURU, Susanna (toim.) Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy, 33-34.
- KANSANTERVEYSLAKI. L 28.1.1972/66. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066#L2aP13c>
- KOKKONEN, Paula, HOLI, Tarja ja VASANTOLA, Satu. potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.
- KONTKANEN, Eeva 2014. Kuolevan potilaan läheisen tukeminen. Julkaisussa: KIURU, Susanna (toim.) Palliatiivisen- ja Saattohoitotyön nykytila ja tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy, 32-33.
- KORHONEN. Tarja ja POUKKA, Paula 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim [digilehti] 129(4):440-5. [Viitattu 2017-11-13.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>
- KUITUNEN, Outi 2017. Tietoa, hoivaa ja tiivistä yhteisöllisyyttä. Tutkimus omaisten toimijuudesta läheisen saattohoidon aikana [verkkojulkaisu]. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiologian laitos. [Viitattu 2017-11-18.] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/193621/Kuitunen_Sosiologia.pdf?sequence=2
- KUOLEVAN POTILAAN OIREIDEN HOITO: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2012. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä [verkko-dokumentti]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-10-26.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=60B181ACDBEA2DC604DCA2A239B07779?id=hoi50063#NaN>
- LAINEN, Heikki 2015. DNR-päätös [verkkoaineisto]. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2017-10-26.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LAKI SOSIAALIHUOLLON ASIAKKAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 22.9.2000/812. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 28.6.1994/559. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- LEINO-KILPI, Helena ja VÄLIMÄKI, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY Opimateriaalit.
- LIPPONEN, Varpu 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- MIETTINEN, Sonja 2006. Eron aika. Tyttären kertomuksia ikääntyneen vanhemman kuolemasta [verkko-dokumentti]. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2017-11-17.] Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sospo/vk/miettinen/eronaika.pdf>
- MUISTILIITTO RY 2016. Muistisairaana ihmisen hyvä saattohoito. Opas saattohoitoon osallistuvilla [verkko-dokumentti]. [Viitattu 2017-11-16.] Saatavissa: http://www.muistiliitto.fi/files/3314/7921/5925/Muistisairaana_ihmisen_hyva_saattohoito_sivuittain.pdf

- MÄKINEN, Terhi 2017. Saattohoidossa suu on usein kipeä – näin helpotat potilaan oireita. Tehy [digilehti] 9.11.2017. [Viitattu 2017-11-15.] Saatavissa: <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/saattohoidossa-suu-usein-kipea-nain-helpotat-potilaan-oireita>
- ORREL-KOTIKANGAS, Helena 2015. Ravitsemustila ja sen arviointi. Julkaisussa: VAINIO, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä [verkkodokumentti]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063#K1>
- PÖYHIÄ, Reino 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Pitkälle edenneissä sairauksissa kuolema ei johdu nesteen tai ravinnon puutteesta vaan sairaudesta itsestään [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-11-15.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf
- RÄSÄNEN, Riitta 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille [verkkodokumentti]. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2017-11-05.] Tampere: Juvenes Print. Saatavissa: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4
- SAND, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- SILTALA, Pirkko 2017. Elämän päättyessä. Matka kohti kuolemaa. Helsinki: Kirjapaja.
- STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. [Viitattu 2017-11-01.] Saatavissa: <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aBNB%3afe201504225791.pdf?sequence=1>
- STM 2017a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatu-kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Tiina Saarto ja asiantuntijatyöryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2017-12-26]. Saatavissa: http://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0
- STM 2017b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. [Viitattu 2017-11-12.] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- SULKAVA, Raimo 2014. Muistisairaana saattohoito – eettisiä pohdintoja [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-11-16.] Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1570624/2014+Saattohoitotutkimuksen+p%C3%A4iv%C3%A4+Muistisairaana+saattohoito.pdf/0672f8e0-3a24-4d25-bde0-024becb519ad>
- SUOMEN EVANKELISLUTERILAINEN KIRKKO 2017. Evankelis-luterilaisen kirkon piispat: Hyvä saattohoito tulee taata jokaiselle tarvitsevalle [verkkodokumentti]. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <https://evl.fi/uutishuone/tiedotteet/-/items/item/15907/Evankelis-luterilaisen+kirkon+piispat+Hyva+saattohoito+tulee+taata+jokaiselle+tarvitsevalle>
- SUOMEN PALLIATIIVISEN HOIDON YHDISTYS RY 2011. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-12-26.] Saatavissa: <https://www.sphy.fi/@Bin/130228/Kriteerit.pdf>
- SUOMEN PERUSTUSLAKI. L 11.6.1999/731. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-02-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2>

SURAKKA, Tiina, MATTILA, Kati-Pupita, ÅSTEDT-KURKI, Päivi, KYLMÄ, Jari ja KAUNONEN, Marja 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

THL 2017a. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-16.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

THL 2017b. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2015. [verkkodokumentti]. Suomen virallinen tilasto. Tilastoraportti 2/2017. [Viitattu 2017-11-12.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>

TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi Oy.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkodokumentti]. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [Viitattu 2018-02-18.]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

VALVIRA 2015. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito [verkkodokumentti]. Ohje 3/2015. [Viitattu 2017-10-26.] Saatavissa: http://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatos.pdf/cfff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4

VALVIRA 2017. Saattohoito [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-12-10.] Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

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

VOUTILAINEN, Päivi ja LÖPPÖNEN, Minna 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito lisätietoartikkeli [verkkodokumentti]. [Viitattu 2017-10-21.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=76B44610319AD0721A168532CD A0089C?id=nix01676>



SAATTOHOITO-OPAS

OMAISILLE

Saattohoito Palvelukoti Pikku-Kerttulassa

Jos vain joku sanoisi
että astun oikeaan suuntaan.

Kertoisi joku

että perillä valo

kirkkaampi muita

korkeammalla kuin tämä

joka heittää tielle

pitkät varjot

Olisi vielä

matkan varrella

vuolas virta elävää vettä

Mari Tamminen

SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE	3
SAATTOHOITO	4
HOITOTAHTO JA SAATTOHOITOPÄÄTÖS.....	5
HYVÄ PERUSHOITO	6
Hygienian ja ihon hoitaminen	6
Ruokailu ja suun hoitaminen	7
Hengityksen helpottaminen	8
OIREENMUKAINEN KIVUNHOITO	9
PSYYKKISTEN JA HENGELLISTEN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN	10
KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ	11
Kysymyksiä ja keskustelunaiheita.....	11

ESIPUHE

Tämä saattohoito-opas on Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö ja se on tarkoitettu omaiselle, jonka läheinen on saattohoidossa Palvelukoti Pikku-Kerttulassa. Oppaan tavoitteena on antaa omaiselle tietoa elämän loppuvaiheen hoidosta ja tukea lähestyvän kuoleman mukanaan tuomassa elämänvaiheessa.

Saattohoitoon liittyvät kysymykset, luopumisen ja surun tunteet saattavat liikkua ajatuksissasi. Hoitohenkilökunta keskustelee kaikesta mielessäsi olevista kysymyksistä, ajatuksistasi tai huolen aiheista. Käänny rohkeasti hoitajien puoleen. Sinun huomioiminen ja jaksamisen tukeminen on erottamaton osa saattohoitotyötä. Hoitohenkilökunta huolehtii läheisesi hoitotyöstä, mutta halutessasi sinäkin voit osallistua hoitamiseen.

Pikku-Kerttulassa ei ole vierailuaikoja, joten voit viipyä läheisesi luona ympärivuorokautisesti.



KUVA 1

SAATTOHOITO

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa kuolemaa lähestyvälle ihmiselle pyritään takaamaan mahdollisimman arvokas, turvallinen ja oireeton loppuelämä. Saattohoidossa parantavista hoidoista on luovuttu, sairauden etenemiseen ei voida enää vaikuttaa. Saattohoito on tässä tilanteessa parasta mahdollista hoitoa ja huolenpitoa. Saattohoidossa hoitoa ei lopeteta, vaan siirrytään parantavasta hoidosta oireiden hoitamiseen. Yksilöllisistä tarpeista lähtevästä kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehditaan loppuun asti. Elämän loppuvaihetta ja jäähyväisiä eletään yhdessä.

Saattohoidon toteuttamista suunnitellaan ennakoidusti ja siinä vaurudutaan tuleviin hoidon tarpeen muutoksiin. Tavoitteena on, että potilasta ei tarvitse siirtää elämän loppuvaiheessa toiseen hoitoyksikköön, vaan häntä hoitavan lääkärin kanssa on tehty hoitosuunnitelma, jolla hyvä hoito taataan kuolemaan asti.

Saattohoito on hoitoa elämän loppuvaiheessa, viikkoja tai kuukausia ennen kuolemaa. Sairauden etenemiseen ei voida enää vaikuttaa. Hoidossa keskitytään hyvään oireita lievittävään hoitoon, läsnäoloon ja kokonaisvaltaisen hyvän olon saavuttamiseen. Saattohoidossa asukkaan tarkkaa kuolinhetkeä on vaikea ennustaa.

HOITOTAHTO JA SAATTOHOITOPÄÄTÖS

Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jolla sen laajaja ilmoittaa tahtonsa sellaisen tilanteen varalle, jolloin hän ei itse pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan hoitonsa järjestämisessä. Hoitotahto tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa ja sitä tulee noudattaa.

Hoitotahdolla ilmaistaan omaa hoitoa koskeva tahto ennakkoon silta varalta, ettei sairauden vuoksi pysty sitä myöhemmin itse ilmaisemaan. Hoitotahtoa noudatetaan elämän loppuun asti.

Lääkäri tekee lääketieteellisen saattohoitopäätöksen ja hoidon linjauksen hoitoneuvottelujen yhteydessä yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Yksilölliseen saattohoitolinjaukseen sisältyy lääkärin päätös elämää pitkittävien hoitojen lopettamisesta tai aloittamatta jättämisestä. Saattohoitohoitolinjaukseen sisältyy lääkärin tekemä DNR-päätös, jolla pidättäydytään elvytyksestä sydämen tai hengityksen lakattua toimimasta.

Saattohoitopäätös sisältää DNR-päätöksen, jolla pidättäydytään elvytyksestä. Lääketieteellisen saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen läheistensä kanssa.

Lääkäri ei ole yleensä Pikku-Kerttulassa paikalla. Sairaanhoidalla on vastuu konsultoida lääkäriä hoidon linjauksesta ja saattohoidon aloittamisesta sekä keskustella omaisten kanssa.

HYVÄ PERUSHOITO

Saattohoidossa hyvällä perushoidolla on erittäin suuri merkitys. Perushoidolla tarkoitetaan asukkaan hygieniasta ja eritystoiminnasta huolehtimista sekä ravinnon saannin turvaamista. Perushoitotilan- teet rauhallisine keskusteluineen tuovat turvallisuuden tunnetta, antavat tietoa voinnista ja hoidon onnistumisesta. Hyvä perushoito tuottaa kokonaisvaltaista hyvää oloa. Kaikki perushoito toteutetaan niin, ettei siitä aiheudu kipua tai epämukavaa oloa. Turhat ja kivu- liaat toimenpiteet karsitaan ja keskitytään rauhoittavaan läsnäoloon ja turvaamaan toiveita ja omia tapoja noudattaen mahdollisimman miellyttävä olo.

Hygienian ja ihon hoitaminen

Perussairaudet, nesteiden nauttimisen vähentyminen ja nesteen kertyminen kudoksiin sekä painon laskeminen altistavat ihon rik- koutumiselle ja painehaavaumille. Vaikka esimerkiksi suihkussa käyminen voi tuntua rasittavalta, tuottaa se kuitenkin hyvän olon tunnetta, ylläpitää ihon hyvää kuntoa ja vaikuttaa myönteisesti mielialaankin. Mikäli vointi ei mahdollista saunassa tai suihkussa käymistä, huolehtivat hoitajat hygieniasta vuodepesuin.

- ihon säännöllinen rasvaus
- vuoteessa asennon vaihtaminen muutaman tunnin välein. Mikä- li asennon vaihtamisesta aiheutuu kipua tai kärsimystä, voi asu- kas levätä valitsemassaan mukavassa asennossa.
- pieni liikunta, joka voi olla esimerkiksi istumaan nousemista, vähentää liikkumattomuudesta aiheutuvaa lihas- ja nivelkipua ja hidastaa turvotusten syntymistä.

Ruokailu ja suun hoitaminen

Elämän loppuvaiheeseen liittyy usein ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia, jotka voivat aiheutua monista eri syistä. Ruokailussa noudatetaan oman tahdon mukaisia yksilöllisiä tarpeita ja potilas saa syödä vain sellaisia määriä, jotka tuntuvat miellyttäviltä ja niin pitkään kuin se on mahdollista.

- pienet annokset, lempiruokat ja -juomat edesauttavat syömistä. Esimerkiksi mehujää tai muut kylmät vai viileät välipalat voivat maistua hyviltä.
- syljen erityksen väheneminen ja lääkehoito aiheuttavat usein suun kuivumista, mikä altistaa suun limakalvojen haavautumiselle
- suun säännöllinen puhdistaminen ehkäisee ongelmien syntymistä ja suun hoitoa voidaan tehostaa kostuttamalla suuta esimerkiksi pienellä vesimäärällä, ruokaöljyllä tai siihen tarkoitettulla geelillä.
- suonensisäinen nesteytys ei ole saattohoidossa tarpeellista, kuolevalla ihmisellä on harvoin nälän tai janon tunnetta. Nestehoito ei saa koskaan pitkittää kärsimyksiä.



KUVA 2

Hengityksen helpottaminen

Kuolemaa edeltävinä päivinä hengitys saattaa muuttua rohisevaksi, johtuen nielemisen ja yskimisen vaikeutumisesta. Hengenahdistus ja limaisuus ovat yleisiä oireita kuoleman lähestyessä. Tajunnan taso on usein tässä vaiheessa jo alentunut eikä kuoleva itse kärsi tästä oireesta.

- puoli-istuva asento ja raitis huoneilma helpottavat hengittämistä
- päivittäisten toimintojen yhteydessä pyritään välttämään rasitusta
- hengitystä ja limaisuutta voidaan helpottaa lääkehoidolla
- limaa voidaan poistaa imukatetrillä suun ja nielun alueilta

Lääkäri päättää antibioottien käytämisestä esimerkiksi hengitystieinfektion oireiden lievittämiseen. Saattohoidossa, jossa elämän ennuste on hyvin rajallinen, tämänkaltaisen lääkehoidon käyttäminen ei enää ole mielekästä ja usein myös hyödytöntä.



KUVA 3

OIREENMUKAINEN KIVUNHOITO

Elämän loppuvaiheessa voi esiintyä kipua, jota lievitetään lääkehoi-
dolla ja lääkkeettömin vaihtoehdoin. Kivuttomuus on saattohoidon
keskeinen tavoite. Lääkehoidon suunnittelusta vastaa hoitava lääkä-
ri, jonka kanssa hoitajat tekevät keskeytymätöntä yhteistyötä. Kivun
hoitaminen on oireenmukaista ja yksilöllistä. Voitte luottaa siihen,
että jäljellä oleva aika on niin hyvä ja kivuton kuin mahdollista.

Hoitajat seuraavat vointia säännöllisesti ja tunnistavat mahdolliset
kipuun viittaavat ilmeet ja muut kivun ilmaiset. Myös omaiset pys-
tyvät seuraamaan kiputilannetta ja kertomaan tästä hoitajille. Kipu-
lääkitystä annetaan säännöllisesti ja riittävän usein lääkärin mää-
räyksen mukaan siten, ettei kipu pääse antokertojen välillä palaa-
maan.

Kivunhoidossa voidaan kokeilla lääkkeettömiä vaihtoehtoja

- asentohoito: asennonvaihdokset vuoteessa ja miellyttävään, ren-
touttavaan asentoon tukeminen esimerkiksi tyynyillä
- liikehoito: hoitotoimien yhteydessä esimerkiksi käsien ja jalkojen
säännöllinen liikuttelu ja venyttely normaalit liikeradat huomi-
oiden
- läsnäolo, kuunteleminen ja keskusteluapu
- koskettaminen ja läheisyys. Kädestä kiinni pitäminen tai silittä-
minen voivat lieventää kivun kokemusta ja vähentää epämuka-
vaa oloa.
- yksilöllisen toiveen mukaisesti esimerkiksi kampaajan tai jalka-
hoitajan käynti voi tarjota mielihyvän hetkiä

PSYKKISTEN JA HENGELLISTEN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN

Psykkisestä hyvinvoinnista huolehtimisessa hoitajat havainnoivat mielialaa, mahdollisten pelkojen tai turvattomuuden ilmenemistä, ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Pyrimme luomaan rauhallisen ja kiireettömän ilmapiirin, missä on tilaa tunteiden ja ajatusten ilmaisemiseen ja läpikäymiseen. Psykkisiä oireita voidaan helpottaa myös lääkehoidolla.

Psykkistä hyvinvointia ja turvallista tunnetilaa edesauttavat

- oman kodin tuoma turvallisuus. Omaiset voivat olla mukana luomassa saattohoidolle rauhallista ympäristöä.
- tutut henkilökohtaiset tavarat
- oma tuttu vaateetus, vuodevaatteet ja muut tekstiilit
- läheisten vierailut ja heidän hyvinvointinsa
- tutut hoitajat, luottamus henkilökunnan ammattitaitoon
- luottamus avun saamiseen ympärivuorokautisesti
- muut yksilölliset toivomukset, esimerkiksi muisteluhetket

Saattohoitoon voi osallistua potilaan vakaumuksen mukaisesti oman kirkon työntekijä. Hän voi esimerkiksi pitää hartaushetken ja antaa ehtoollisen. Omaiset voivat halutessaan ja potilaan kanssa sopien olla näissä mukana.

KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ

On tärkeää, että omaiset ja hoitohenkilökunta sopivat ennakoivasti toimintatavasta potilaan voinnin heikentyessä.

Kuoleman lähestyessä elintoiminnot muuttuvat. Lähestyvistä kuolemasta kertovat esimerkiksi hengityskatkokset, levottomuus, vähenävä tietoisuus ympäröivästä maailmasta ja kuumeilu. Lämmön nouseminen ei aiheudu tulehduksesta, vaan elimistön lämmönsäätelyn muuttumisesta. Verenkierto raajojen ääriosoissa, kuten käsissä ja jaloissa heikkenee ja tästä johtuen ne tuntuvat viileämmiltä. Viileys leviää vähitellen vartaloa kohti. Hengitys muuttuu pinnalliseksi ja nieleminen ei enää onnistu. Vähitellen hengittäminen loppuu kokonaan. Yleensä kuolema on rauhallinen tapahtuma.

Kuoleman jälkeen omaisilla on aikaa kiirettömään jäähyväisten jättämiseen perheen omien tapojen mukaisesti.

Kuolema on lopullista, se koskettaa aina. Läheisen ihmisen kuolema on menetys, luopumista ja eroamista. Omaiset voivat halutessaan keskustella hoitajien kanssa kaikista kuoleman mukanaan tuomista asioista ja tunteista: surusta, ikävästä tai mieleenne tulevista kysymyksistä. Omaiset voivat ottaa Pikku-Kerttulaan yhteyttä myös myöhemmin.

Kysymyksiä ja keskustelunaiheita

- Eihän läheistäni enää siirretä sairaalaan, vieraaseen paikkaan?
- Kuinka toimia tässä tilanteessa? Auttaa tai hoitaa.
- Surusta ja ikävästä saa puhua. Jokainen suree omalla tavallaan.
- Pitääkö lähestyvään kuolemaan jotenkin valmistautua?
- Näin hän haluaisi tämän asian tehtävän.
- Kuolema päättää elämän, muistoissa kultaiset reunat.



Matti ja Liisa Koti Oy

Opinnäytetyö

Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma

Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopion kampus

Tuula Kokkinen kevät 2018

Oppaan kuvat 1, 2 ja 3 www.pixabay.com – valokuvat. CC0 Creative Commons.