

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA PALLIATIIVISEN HOIDON OPAS INARIN KUNNAN HOITOUKSIKÖIHIN

Kaisanlahti Anne
Nykänen Outi
Temisevä Marika

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön ja terveydenhoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK) ja terveydenhoitaja (AMK)

2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön ja terveydenhoitotyön kou-
lutusohjelma
Sairaanhoitaja ja Terveydenhoitaja

Tekijät	Anne Kaisanlahti Outi Nykänen Marika Temisevä	Vuosi	2018
Ohjaaja	Susanna Kantola		
Toimeksiantaja	Inarin kunta, laitoshoidon johtaja, Jaakko Seppänen		
Työn nimi	Näyttöön perustuva palliatiivisen hoidon opas Inarin kunnan hoitoyksiköihin		
Sivu- ja liitesivumäärä	56 + 2		

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia opas palliatiivisen hoidon käytäntöihin Inarin kunnan eri hoitoyksiköihin. Työmme tavoitteena oli yhtenäistää ja kehittää palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oireenmukaista hoitoa näyttöön perustuvan tutkitun tiedon pohjalta. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa potilaan ja perheen oikea-aikaisen moniammatillisen tuen saannista eri hoitoyksiköissä ja kotihoidossa. Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli saada lisää valmiuksia palliatiivisen potilaan oireenmukaiseen kokonaisvaltaiseen hoitoon sekä moniammatilliseen yhteistyöhön hoitoyksiköissä että kotiin vietävässä saattohoidossa.

Opinnäytetyön teoreettinen tietoperusta rakentui palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon, sisältäen fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten oireiden lievittämisen hoitajan näkökulmasta. Lisäksi teoreettisessa tietoperustassa käytiin läpi erilaisia hoitoympäristöjä, palliatiivisen hoidon porrastusta, moniammatillista yhteistyötä ja kolmannen sektorin toimijoita Inarin kunnassa.

Työmme oli toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena syntyi opas. Opinnäytetyö ja opas pohjautuivat näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon, hoitohenkilöstön keskustelutilaisuuksiin, tuotteistamisprosessin kalenterimerkintöihin sekä toimeksiantajan kanssa käytyihin tapaamisiin.

Opas antaa pohjaa palliatiivisen hoidon kehittämiseksi Inarin kunnassa. Toivomme, että työmme avulla hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon osaaminen vahvistuu ja yhtenäistyy. Hoitajilla on paljon hiljaista tietoa, tätä tietoa olemme peilanneet oppaan teoreettiseen tietoon. Tulevaisuuden osaaminen varmistetaan hyvällä ennakkointityöllä. Jatkuva hoitotyön kehittäminen ja koulutus takaavat laadukkaan palliatiivisen hoidon.

Avainsanat: palliatiivinen hoito, saattohoito, hoitoyksiköt, moniammatillinen yhteistyö, kolmas sektori, Inarin kunta
Muita tietoja: opas

School of Social Services, Health
Care and Sports
Degree Programme in Nursing and
Health Care

Authors	Anne Kaisanlahti Outi Nykänen Marika Temisevä	Year	2018
Supervisor	Susanna Kantola		
Commissioned by	Inari Municipality, Director of Institutional Care, Jaakko Seppänen		
Subject of thesis	Evidence-Based Palliative Care Guide Book for Inari Municipal Medical Treatment Units		
Number of pages	56 + 2		

The purpose of this thesis was to provide a guide book for the palliative care practices in the different medical care units of the municipality of Inari. The aim of the work was to standardise and develop symptomatic therapy of a patient in palliative care based on evidence-based knowledge. In addition, the objective was to get information on the availability of timely multiprofessional support for the patient and his or her family in different care units and home care. The personal goal of the authors of this thesis was to obtain more capacities for the symptomatic holistic care of a palliative patient, as well as for multiprofessional co-operation in medical care units and in home-care treatment.

The theoretical knowledge base of this study is based on palliative care, including physical, psychological, social and spiritual symptom alleviation from a nursing point of view. In addition, the scientific knowledge base covers the different care environments, palliative care, multidisciplinary co-operation and third sector actors in the municipality of Inari.

This is a functional thesis the outcome of which is a guide book. The thesis and the guide book are based on evidence-based scientific knowledge, nursing staff discussions, calendars of the productisation process and appointments with the client.

The guide book provides a basis for the development of palliative care in the municipality of Inari. Through this study the competence of palliative care staff can be strengthened and standardised. The nurses have a lot of tacit knowledge which was examined in line with the theoretical knowledge base of the guide. The future know-how is ensured by anticipation. Continuous development of medical care and training of the personnel ensure high-quality palliative care.

Key words palliative care, hospice work, medical care units, multi-professional cooperation, third sector, Inari municipality

Special remarks the thesis includes a guide book

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	POTILAAN POLKU PALLIATIIVISESTA HOIDOSTA SAATTOHOITOON.....	8
3.1	Palliatiivisen hoidon eri osa-alueet.....	8
3.1.1	Potilaan kokonaisvaltainen hoito	14
3.1.2	Moniammatillinen yhteistyö ja kolmannen sektorin toimijat	22
3.2	Saattohoitotyö ja omaisten kohtaaminen hoitotyön eri ympäristöissä ..	25
3.2.1	Saattohoito eri hoitoyksiköissä	27
3.2.2	Kotiin vietävä saattohoito	29
3.2.3	Kuolevan potilaan ja omaisten kohtaaminen hoitotyössä	32
4	PALLIATIIVISEN HOIDON OPPAAN LAATIMINEN	36
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	36
4.2	Palliatiivisen hoidon oppaan tuotteistamisprosessi	37
4.2.1	Palliatiivisen hoidon oppaan aloitusvaihe	37
4.2.2	Palliatiivisen hoidon oppaan suunnitteluvaihe ja esivaihe	40
4.2.3	Palliatiivisen hoidon oppaan työstövaihe.....	41
4.2.4	Palliatiivisen hoidon oppaan tarkistusvaihe	43
4.2.5	Palliatiivisen hoidon oppaan viimeistelyvaihe ja valmis tuotos	43
5	POHDINTA	45
5.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	45
5.2	Oman ammatillisen kasvun tukeminen	47
5.3	Jatkotyöskentely	48
	LÄHTEET.....	50
	LIITTEET	57

1 JOHDANTO

Suomessa on usean vuoden ajan keskusteltu ja suunniteltu sote-uudistusta. Uudistuksen tavoitteena on palvelun tason parantaminen, tehokkuuden lisääminen sekä laadun koheneminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien eri tasoille on annettu osaamis- ja laatukriteerit uusissa palliatiivisen ja saattohoidon suosituksissa. (Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 190/2017.) Opinnäytetyömme yhtenä tavoitteena on palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen Inarin kunnassa. Palliatiivisen hoidon koulutuksen kehittäminen on nostettu maassamme yhdeksi tärkeäksi hoitotyön kehittämisen kohteeksi.

Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun sairaus ei enää ole parannettavissa. WHO:n arvion perusteella palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa noin 30 000 henkilöä. Heistä joka toinen tarvitsee erityistason konsultaatio tukea tai hoitoa. (Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 190/2017.) Vakava sairaus koskettaa potilaan omaisia ja läheisiä, jolloin lähipiiri elää haastavassa elämäntilanteessa (Hietanen 2004, 227). Palliatiivisen hoidon loppuvaihetta kutsutaan saattohoidoksi (Hänninen 2015f, 256; Psykkiset oireet 2012). Saattohoito tapahtuu elämän viimeisinä viikkoina ja sen tavoitteena on mahdollisimman hyvä, inhimillinen, arvokas sekä kivuton kuolema (Sarkomaa 2017).

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2010 Saattohoidon suositukset, joiden tavoitteena on ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon parantaminen. Palliatiivinen ja saattohoito ei aina tarkoita sairaalahoitoa. Erilaisissa palveluasumisyksiköissä ja kotona hoidetaan yhä huonokuntoisempia asiakkaita moniammatillisessa yhteistyössä elämän loppuun asti. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010:6, 28–32.) Väitöskirjan johtopäätöksissä Anttonen (2016, 138) tuo esille potilaan ja perheenjäsenten toiveiden ja tarpeiden kuuntelemisen myös hoitopaikan valinnan suhteen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia opas palliatiivisen hoidon käytäntöihin Inarin kunnan eri hoitoyksiköihin. Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää

yhtenäisiä hoitokäytänteitä eri hoitoyksiköihin. Kunnassamme on käynnistymässä saattohoidon kehittämiseen oma työryhmä. Tulemme tekemään yhteistyötä tulevan työryhmän kanssa. Nykyisen käytännön hoitotyön pohjalta on kumpunnut tarve toteuttaa palliatiivista hoitoa yhä laadukkaammin. Kokemuksemme myötä aihe on noussut kokonaisvaltaisuutensa ja perhekeskeisyytensä vuoksi mielestämme merkittäväksi hoitotyön kehittämisen kohteeksi.

Opinnäytetyössä kutsumme palliatiivista ja saattohoitoa tarvitsevaa ihmistä potilaaksi, jolla tarkoitamme kaikkia ihmisiä, joiden elämä on päättymässä tai jotka tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön hoivaa, hoitoa ja huolenpitoa (Hyvä saattohoito Suomessa 2010:6, 11). Tässä työssä hoitajaksi kutsumme kaikkia sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työntekijöitä, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Palliatiivinen ja saattohoito on moniammatillista lääkärijohdosta toimintaa (Inarin kunta 2017a).

Moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu ihmiselämän loppuvaiheessa, jolloin avuntarve lisääntyy. Moniammatillinen työryhmä koostuu työntekijöistä, joiden taidot täydentävät toisiaan, nämä työntekijät ovat myös sitoutuneet yhteiseen päämäärään ja he kokevat olevansa siitä yhteisesti vastuussa. (Isoherranen 2008, 33.) Potilaan laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon edellytyksenä on sujuva informaation kulku eri toimijoiden välillä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia opas palliatiivisen hoidon käytäntöihin Inarin kunnan eri hoitoyksiköihin. Työmme tavoitteena oli yhtenäistää ja kehittää palliatiivisen hoidon piirissä olevan potilaan oireenmukaista hoitoa näyttöön perustuvan tutkitun tiedon pohjalta. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa potilaan ja perheen oikea aikaisen moniammatillisen tuen saannista eri hoitoyksiköissä ja kotihoidoissa. Työmme avulla vahvistuu ja yhtenäistyy hoitohenkilökunnan palliatiivisen ja saattohoidon osaaminen.

Palliatiivisessa hoidossa kiinnitetään huomio potilaan elämänlaatuun ja mahdollisimman vähäoireiseen aktiiviseen elämään kuolemaan saakka. Henkilökohtaisina tavoitteinamme oli saada lisää valmiuksia palliatiivisen potilaan oireen mukaiseen kokonaisvaltaiseen hoitoon sekä moniammatilliseen yhteistyöhön hoitoyksiköissä ja kotiin vietävässä hoidossa. Opinnäytetyömme antaa kokonaisuudessaan pohjaa palliatiivisen hoidon kehittämiseksi Inarin kunnassa.

3 POTILAAN POLKU PALLIATIIVISESTA HOIDOSTA SAATTOHOITOON

3.1 Palliativisen hoidon eri osa-alueet

WHO eli Maailman terveysjärjestö määrittää palliativisen hoidon tarkoituksiksi henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan tai parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen perheenjäseniensä aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa (Grönlund & Huhtinen 2011, 76; Saarto 2015c, 10). Palliativista hoitoa annetaan kaikenikäisille laadukkaan loppuvaiheen hoidon turvaamiseksi (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–77). WHO ilmaisee YK:n ihmisoikeusjulistuksen pohjalta, että oikeus palliativiseen hoitoon pitää tunnustaa jokaisen ihmisen perusoikeudeksi (Higginson 2004, 16). Palliativinen hoito ei pyri parantamaan sairautta eikä tavoitteena ole elämän pidentäminen (Erjanti, Anttonen & Grönlund 2014, 13). Palliativista ja saattohoitoa tarvitseva ihminen voi asua kotona, kodinomaisessa laitoksessa tai sosiaali- ja terveydenhuollon julkisessa tai yksityisessä laitoksessa (Grönlund & Huhtinen 2011, 16–17; Hyvä saattohoito Suomessa 2010:6, 11).

Elämänlaadun vaaliminen ja kärsimyksen ehkäisy ja lievitys ovat palliativisen hoidon keskeiset tavoitteet. Elämänlaadun katsotaan koostuvan yksilön subjektiivisesta kokemusmaailmasta sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Kärsimys ymmärretään palliativisessa hoidossa kokemuksena, joka heikentää elämänlaatua. Palliativisen hoidon oleellinen osa on erilaisten oireiden hallinta ja psyykkisten, sosiaalisten sekä eksistentiaalisten (olemassa oloon liittyvien) ongelmien ratkaiseminen. Palliativinen hoito tulee aloittaa limittäin erityishoitojen kanssa jo varhaisessa vaiheessa potilaan ja perheenjäsentien tueksi sekä oireiden lievittämiseksi. (Saarto 2015d, 10.)

Palliativisella hoidolla suhteessa kuolemaan ei ole ajallista määrettä. Palliativiseen hoitoon siirrytään, jos perussairaus etenee parantavista hoidoista huolimatta ja hoidot aiheuttavat henkilölle kärsimystä eivätkä enää ole henkilön edun mukaisia. Pitkälle edennyttä tautia sairastavan potilaan kohdalla kuolema on normaali tapahtuma ja hoidon tavoitteena onkin elää mahdollisimman vähin oi-

rein aktiivista elämää kuolemaan saakka. (Grönlund & Huhtinen 2011,19; Saarto 2015c, 10.)

Suomessa on käytössä kolmiportainen palliatiivisen hoidon malli: perustaso A, perusterveydenhuollon erityistaso B ja erikoissairaanhoidon vaativa erityistaso C. Mallissa perustaso A tarkoittaa hoitoa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköissä. Perustasolla hoidetaan potilaita, joilla on hitaasti etenevä ja vähäoireinen sairaus. Tilanteen muuttuessa siirrytään perusterveydenhuollon erityistasolle B. Erityistason hoitoa keskitetään osittain perusterveydenhuoltoon. Tämä edellyttää, että hoitoketjut ovat alueellisesti toimivia ja hoitovastuun siirtyminen varmistetaan saattaen vaihtamalla. Vaativalla erityistasolla C hoitoa annetaan yliopisto- ja keskussairaaloitten palliatiivisissa yksiköissä ja saattohoitokodeissa. (Saarto 2015a, 573–574; Hänninen 2013, 27–29; Grönlund & Huhtinen 2011, 77.) Erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiireillä on omat palliatiivisen hoidon poliklinikat, jotka omalta osaltaan vastaavat haastavien tilanteiden konsultoinnista (Hänninen 2013, 27).

Taustalla STM: Palliatiivisen hoidon organisaation 3-tasoa ”syöpästrategia” ja saattohoitosuositus



Kuvio1. Palliatiivisen hoidon organisaation kolme tasoa (Rahko Eeva <http://slideplayer.fi/slide/2714252/>. Lähde tarkistettu 12.1.2018.)

Palliatiivista hoitoa on aiemmin käytetty lähinnä syöpää sairastavien potilaiden hoitolinjauksena. Nykypäivänä tätä hoitolinjaa käytetään myös muissa kuin syöpäsairauksissa, jolloin palliatiivinen hoito on liukuvampi käsite. Pitkälle edenneessä sairaudessa tehdään palliatiivisen hoidon tarpeet huomioon ottava hoitosuunnitelma (ACP, advanced care planning). Lääkäri tekee hoitosuunnitelman yhdessä potilaan kanssa huomioiden moniammatillisen yhteistyön. Potilaan avulla hänen läheisensä voivat myös osallistua hoitosuunnitelman tekemiseen. (Lehto 2015b, 13–14.)

Potilaan itsemääräämisoikeus antaa hänelle mahdollisuuden joko aktiivihoidon jatkamiseen tai kieltäytymiseen niistä. Tämän päätöksen tueksi potilaan tulee saada tarkka kuva hänen tämänhetkisestä tilastaan ja mahdollisista hoitotoimenpiteistä sekä niiden hyödyistä. Potilaalle puheeksiottamisessa hoitolinjauksen kohdalla korostuu lääkärin perehtyneisyys potilaan hoitoon, eettisyys, ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeellisuus. Potilas kokee olevansa arvokas ja tärkeä osallistuessaan hoitoaan koskeviin asioihin ja päätöksen tekoon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 19; Hietanen 2015a, 245–246.)

Hoitotahtossa potilas kirjaa tahdonilmaisunsa siltä varalta, ettei pysty myöhemmin kertomaan kantaansa omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Hoitotahto on hyvä tehdä hyvissä ajoin kirjallisesti. Hoitotahtoa kirjatessa huomioidaan potilaan oma kertoma. Potilaalle annetaan aikaa kertoa tilastaan ja sairastamisestaan, sillä hän osaa parhaiten sanoa, miltä hänestä tuntuu ja mitä hän haluaa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 21–23; Valvira 2017.)

Hoidonrajaus perustuu lääketieteellisiin perusteisiin ja potilaan ilmaisemaan hoitotahtoon. Hoidonrajauksessa kirjataan potilastietoihin ne hoitokeinot, joita rajataan pois hoidosta, esimerkiksi pidättäytyminen keinotekoisesta ravitsemuksesta, keinomunuaishoidosta, sairaalasiirroista tai antibioottihoidoista. (Lehto 2015a, 11–12.) Päätökset elvyttämättä jättämisestä (DNR) ja sallitaan luonnollinen kuolema (SLK) itsessään eivät ota kantaa potilaan muuhun hoitoon vaan muut hoitolinjaukset tehdään erikseen. Potilaan hoidossa arvioidaan eri hoitokeinojen tarpeellisuutta potilaan hyvinvoinnin kannalta. (Erhola 2016.)

Hoidonrajaus tulee erottaa hoitolinjasta. Hoitolinjalla ilmaistaan hoidon pääasiallinen tarkoitus ja hoidon rajauksella ilmaistaan hoidolliset toimenpiteet, joista pidättäydytään. (Lehto 2015a, 11–12.) Sairauskertomukseen kirjataan selkeästi hoitolinjaus ja sen perusteet. Hoitolinjauksilla on tarkoitus turvata potilaalle lääketieteellisesti perusteltu ja paras mahdollinen hoito potilaan arvojen ja toiveiden mukaan. (Grönlund & Huhtinen 2011,16–17; Lehto 2015a, 11.) Hoitolinjauksella pyritään hyvään ja oikea-aikaiseen hoitoon (Hänninen 2015a, 37).

Edunvalvontavaltuutuksella tarkoitetaan henkilön etukäteissuunnitelmaa siltä varalta, että hän tulee kykenemättömäksi hoitamaan omia asioitaan. Valtuutus tehdään kirjallisesti. Siihen kirjataan tarkasti, missä tilanteessa valtakirja astuu voimaan. Valtuutetulta tulee aina kysyä, suostuuko hän valtuutetuksi. Valtuutetuksi voi nimetä tuntemansa luotettavan henkilön. Voimaanastuminen vahvistetaan Maistraatissa ja valtuutetun toimintaa valvoo Maistraatti, joka tarvittaessa voi pyytää lisäselvityksiä menoista. (Maistraatti 2017.)

Potilaan terveydentilan edistäminen, omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukeminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tavoitteena. Toiminta on tällöin asiakas- ja potilaslähtöistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa on säädelty normein ja säädöksin: potilas on sairastaessaan tai sosiaalisissa ongelmissaan riippuvainen alan ammattilaisesta ja on haavoittuvassa asemassa. Jotta toiminta olisi potilaalle turvallista, ennakoitavaa ja läpinäkyvää sekä hoitaville henkilöille sellaista, että eri ammattilaiset voivat tehdä yhteistyötä, tarvitaan toiminnalle pelisäännöt, raamit ja mahdollisuudet. (Pennanen 2008,194.)

Palliativisessa ja saattohoidossa potilaan hoitotyöhön vaikuttavan lainsäädännön taustalla on potilaan oikeuksien vahvistaminen. Suomen perustuslaissa (731/1999) ilmaistaan kaikille ihmisille yhdenvertaisuus lain edessä. (ETENE-julkaisuja 4.2004, 27; Suomen perustuslaki 731/1999). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritellään oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun sekä oikeus päästä tarvitsemaansa hoitoon. Potilaan ihmisarvoa, vakaumusta, yksityisyyttä, yksilöllisiä tarpeita, äidinkieltä ja kulttuuria tulee kunnioittaa hoidossa. Hoitotyöntekijä ajaa potilaan asiaa, noudattaa työssään annettuja säädöksiä, suosituksia ja periaatteita. Ytimenä on huolenpito

potilaasta. Grönlund & Huhtinen korostavat kirjassaan (2011, 19) juridisissa säädöksissä olevaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoitaja tukee työssään potilaan itsemääräämisoikeutta ja edistää sen toteutumista. Omaa hoitoa koskevassa päätöksenteossa potilaan on saatava riittävästi tietoa. Sairaanhoidajien eettisten ohjeiden mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 19, 32–34; ETENE-julkaisuja 4. 2004, 27; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Sairaanhoidajaliitto 2017.)

Valtioneuvoston asetuksessa valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta (667/2009) määritellään eettisen neuvottelukunnan tehtäviin terveydenhuollon eettisiin kysymyksiin liittyvien aloitteiden, lausuntojen ja suositusten antaminen. Lisäksi neuvottelukunnan tulee seurata terveydenhuollon teknologian kehitystä, osallistua etiikkaa koskevaan kansalliseen ja kansainväliseen keskusteluun. (ETENE-julkaisuja 4. 2004; 27; Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta 667/2009.) Potilasvahinkolaissa (585/1986) määritellään potilaalle terveyden- ja sairaanhoidossa aiheutuneen henkilövahingon korvaaminen potilaskorvauksesta. Laissa kuvataan tilanteet, joissa potilas on oikeutettu saamaan korvausta. (ETENE-julkaisuja 4. 2004; 27; Potilasvahinkolaki 585/1986.)

Laki ihmisen elimien ja kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (101/2001) ja Valtioneuvoston asetus ihmisen elimien ja kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (594/2001) sisältävät määräyksiä, jotka koskevat ihmisten elimien ja kudosten irrottamista elävältä sekä kuolleelta luovuttajalta elinsiirtoja varten tai ruumiinavauksen yhteydessä tapahtuvaa lääketieteellistä opetus- ja tutkimustoimintaa. Laki sisältää kuoleman määritelmän (Laki ihmisen elimien ja kudosten lääketieteellisestä käytöstä, Kuoleman määritelmä 101/2001, 21§); Ihminen todetaan kuolleeksi, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet. (ETENE-julkaisuja 4. 2004, 27; Valtioneuvoston asetus ihmisen elimien ja kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 594/2001). Laki kuolemansyyntä selvittämisestä (459/1973) ja Asetus kuolemansyyntä selvittämisestä (948/1973) sisältävät määräyksiä kuoleman ilmoittamisesta ja kuolleen hautaamisesta. Laissa todetaan, että kuolemasta on viipymättä ilmoitettava lääkärille tai poliisille. Kuolinsyyntä selvittely ja hautauslupa tarvitaan

ennen hautausta tai ruumiin luovuttamista lääketieteelle. Laissa ja asetuksessa selvitetään lääketieteelliset ja oikeustieteelliset ruumiinavauksen edellytykset ja syyt. (ETENE-julkaisuja 4. 2004, 24; Asetus kuolemansyyn selvittämiseksi 948/1973.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994), Kansanterveyslaki (66/1972), Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) ja Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) sisältävät määräyksiä, joilla turvataan ja määritellään yksilön oikeus saada ammattilaisten tarjoamaa laadukasta ja turvallista terveyden- ja sairaanhoitoa niin yksityisiltä kuin julkisiltakin hoitolaitoksilta. Lait määrittelevät vaatimukset ja edellytykset perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon. (ETENE-julkaisuja 4. 2004, 27; Kansanterveyslaki 66/1972; Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989; Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.) Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman saattohoitosuosituksen tarkoituksena on turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010:6.)

Kaikkia terveydenhuollon hoitoalan koulutettuja työntekijöitä ohjaavat kirjallisesti ilmaistut eettiset ohjeet, suositukset ja periaatteet sekä juridiset säädökset auttaen toimimaan hyvän palliatiivisen hoidon kriteereiden edellyttämällä tavalla (Grönlund & Huhtinen 2011, 30). Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla elämänlaatu on yleensä heikentynyt. Vaihtelua on oireistoissa eri diagnoosiryhmien välillä. Elämänlaatua heikentävät vaikeat oireet, laskenut toimintakyky, psyykinen pahoinvointi sekä hoitoon tyytymättömyys. Oireilussa on merkityksellistä jo sen olemassaolon lisäksi sen häiritsevyys (henkinen tai fyysinen vaikea, ahdistus tai kärsimys) sekä avun tarve, jota potilas tuntee yksilöllisesti eri tilanteissa. Erilaisia oireita, joita esiintyy palliatiivisen hoidon piirissä olevilla potilailla, ovat kipu, hengitysteiden oireet, ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet, väsymys, univaikeudet, psyykkiset oireet, kuivuminen, kakeksia ja ruokahaluttomuus, keskushermosto-oireet sekä iho-oireet. Näiden oireiden pahe-neminen johtaa yleisesti päivystykselliseen yhteydenottoon. (Hänninen 2015d, 32–34.) Sairaalahoidot aiheuttavat suurimman osan palliatiivisen ja saattohoidon kustannuksista. Kustannuksia saadaan alennettua toteuttamalla hoitoa oi-

keaan aikaan ja oikeassa paikassa sekä vähentämällä turhia tutkimuksia. Unoh-
tamatta kuitenkaan laadukasta saattohoitoa. (Hänninen 2013, 38.)

Ongelmien äkillistä pahenemista ehkäisee oirehoidon suunnitelmallinen toteu-
tus. Sairauden edetessä oirekuva muuttuu, oireita voi tulla lisää ja ne voivat ka-
saantua. Eri oireiden samanaikainen kokeminen voi aiheuttaa huonomman olon
kuin oireiden erillisuus. (Hänninen 2015d, 32–34.) Moniammatillinen yhteistyö
palliativisessa hoidossa lisää hoitotyytyväisyyttä oireiden hyvästä hoidosta
(Higginson 2004, 19).

Palliativisen hoidon merkittävä osa ovat omaiset ja heidän osallisuutensa.
Haasteena on omaisen kyky hahmottaa ja toteuttaa perheensisäisen muuttu-
neen tilanteen aiheuttamia roolimutoksia. Läheiset ovat mukana koko proses-
sissa, joskus pitkässäkin, kohdaten lopulta läheisensä kuoleminen ja lopullisen
menetyksen. Potilaan sekä omaisten turvallisuudentunne ja kiintymyssuhteet
tulee huomioida palliativista hoitoa suunniteltaessa. Kyky luottaa on pohja ih-
missuhteille ja turvallisuudentunteille. Kiintymyssuhteen merkitys on tärkeä poh-
ja henkiselle hyvinvoinnille. (Juhela 2015, 280–281.)

3.1.1 Potilaan kokonaisvaltainen hoito

Hyvä perushoito on potilaan kunnioittamista ja se vaikuttaa kokonaisvaltaisesti
potilaan vointiin. Perushoitoon kuuluu hiusten hoito, kynsien leikkaus, suun-
säännöllinen puhdistus ja jalkojen hoito. Suunhoito vaikuttaa potilaan mielialaan
ja yleiskuntoon. Hoidossa kiinnitetään huomio hampaiden pesuun, suun kosteu-
teen sekä huulien hoitoon. Ihonhoitoon kuuluu pesu, kuivaus sekä hyvä ras-
vaus. Nämä ehkäisevät iho-ongelmia. Puhtaudesta huolehditaan päivittäisellä
pesulla. Pesuissa huomioidaan erityisesti taipeet, kainalot, kantapäät ja iho-
poimut. Pesuista ja rasvauksista huolehtiminen tuo potilaalle läheisyyden ja tur-
vallisuuden tunteen ja viestittää myös välittämistä sekä huolenpidosta. Vaip-
pojen vaihdolla ehkäistään tulehdusten ja painehaavaumien syntyä. Potilas ko-
kee olon ihmisarvoiseksi. Potilaalle voidaan pukea, hänen niin halutessa, omia
vaatteita tai sitten suosia kiristämättömiä puuvillaisia vaatteita. Liikunnassa
avustaminen kuuluu jokapäiväiseen hoitoon. Sairauden vaihe huomioiden siirry-

tään kuntouttavasta liikunnasta oireen mukaiseen liikuntaan ja fysioterapiaan. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2016, 10–11.)

Kipu on eniten pelätty oire. Se on yksilöllinen oire palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla. Kipua arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota myös muihin oireisiin. (Psykkiset oireet 2012; Hänninen 2015d, 32.) Kivun pääasiallinen syntymekanismi on tärkeä selvittää, jotta pystytään suunnittelemaan onnistuneesti kivun hoito. Yksilölliseen kivun kokemukseen vaikuttavat kivun syyn lisäksi myös fysiologiset, psykologiset ja ympäristölliset tekijät. Kipu jaotellaan kudosaivuriokipuihin eli nosiseptiivisiin, hermovauriosta johtuviin eli neuropaattisiin kipuihin sekä pitkäaikaisiin eli idiopaattisiin kipuihin. Sekatyypisissä kivuissa on mukana sekä kudosaivuriokipua. (Kipu 2017; Hagelberg & Heiskanen 2015, 47–48.)

Erilaisia oiremittareita, toimintakykyasteikkoja ja elämänlaatumittareita on luotu, jotta oirehoidon teho saadaan näkyväksi hoitohenkilöstölle ja saadaan selville potilaan yksilöllinen oirekokemus. Potilaan voi olla vaikeaa tunnistaa ja sanoittaa oireita, jolloin edellä mainitut mittarit ja asteikot ovat apuna selvittämässä potilaan oiretaakkaa. (Hänninen 2015b, 34–35.) Kivun arviointia varten on kehitetty mittareita; kipujana (VAS), numeraalinen asteikko (NRS) sekä sanallinen asteikko (Kipu 2017). Potilaan kipua arvioidaan hänen sanallisen ilmaisun, kipumittarin ja käytöksen perusteella sekä levossa että liikkeessä. Hoitotyön kaikissa vaiheissa tarkistetaan kivun voimakkuus, sijainti, luonne ja muut kipuun vaikuttavat tekijät. Kivun hoidon tavoitteet ja kivun arviointi tulee kirjata hyvin. (Kipu 2017; Heiskanen, Haakana & Koivusalo 2015, 52–53.)

Hengenahdistuksen syinä voi olla hengitystieahtaus (COPD), hengitystilavuuden alentuminen (askites), keuhkokuumeen ongelma (keuhkokuume), verenkierron ongelma (keuhkoveritulppa), hengitysvaimen heikkous (ALS), kipu, psykososiaaliset tekijät (masennus) sekä muut syyt (anemia). Hengenahdistusta kuvaillaan ilman loppumiseksi, hengitystyön lisääntymiseksi tai kireydeksi rinta-kehällä eli se on hengitykseen liittyvä epämiellyttävä tunne. Fyysisten syiden lisäksi hengenahdistukseen vaikuttavat lisäksi henkiset, psykkiset ja sosiaali-

set tekijät. Potilaan elämänlaatu, toimintakyky ja unenlaatu heikentyvät merkittävästi hengenahdistuksen myötä. (Lehto & Pöyhiä 2015, 92.)

Ruoansulatuskanavan oireita ovat nielemisvaikeudet, pahoinvointi, oksentelu ja ummetus. Nielemisvaikeuteen johtaneet syyt tulee selvittää, johtuuko vaikeus kuivasta suusta, epäsopivasta proteesista tai kivusta. Lisäksi tulee selvittää syiden hoidettavuus, arvioidaan ravitsemushoidon tarve, esteen tai tukoksen aste ja aspiraatoriski. Suunhoidon tavoitteet palliatiivisessa hoidossa ovat hoidot, jotka helpottavat ja ylläpitävät suun toimintoja, rajaavat tulehdusta ja lievittävät kipuja mahdollisimman hyvin. Tarvittaessa potilasta avustetaan hyvän suuhygienian toteuttamisessa päivittäin. Konsultoidaan myös suunhoidon ammattilaisia, jotka hoitoon ryhtyessään tietävät, että kyseessä on palliatiivisen hoidon piirissä oleva potilas. (Saarto 2015b, 115–116.)

Pahoinvointi on kuvottava tunne, johon liittyy oksettava olo tai oksentaminen. Pahoinvoinnin ja oksentelun syy selvitetään hoitoa suunniteltaessa. Oireeseen voi liittyä ylävatsatuntemusten lisäksi kylmänhikisyyttä, huimausta, lisääntynyttä syljeneritystä ja päänsärkyä. Nämä oireet heikentävät elämänlaatua merkittävästi. Erilaisia syitä oireilulle voivat olla esimerkiksi infektiot, lääkkeet, ruoansulatuskanavan tapahtumat, kipu, metaboliset syyt, myrkytys, ruokatorven oireilu, ummetus, kallonsisäisen paineen nousu, ravitsemukselliset häiriöt ja psyykinen ahdistuneisuus. (Rahko & Koskela 2015, 132–135.)

Ummetusta esiintyy suurella osalla palliatiivisen hoidon potilaista. Tuolloin suoli toimii harvemmin kuin kolme kertaa viikossa ja ulostemassa on kuivaa, papanaamaista tai kovaa. Ulostaminen on työlästä. Ummetusta aiheuttaa kivunhoidossa käytetyt lääkkeet, Parkinsonin tauti, diabetes, selkäydinvaurio, hypotyreoosi, hyperkalsemia ja muut ruoansulatuskanavan ongelmat. Useat elämänlaatua heikentävät oireet liittyvät ummetukseen, kuten vatsan turvotus, vatsakipu, ohivuoto ripuli, pahoinvointi, peräaukon kipu tai pahimmillaan peräsuolen nekroosi. (Hillilä 2015,143; Ummetus 2016.) Ummetukseen voi liittyä myös virtsaampi ja sekavuus (Hillilä 2015,143).

Sairauksien loppuvaiheessa väsymys on elämänlaatua heikentävä oire. Taustalla saattaa olla fysiologisia ja psykososiaalisia tekijöitä. Väsymyksen arviointi ja havaitseminen on mahdollista silloin, kun potilas tuo sen esiin. Väsymystä ja masennusta voi esiintyä yhtäaikaisesti liittymättä välttämättä toisiinsa. Lääkitys (kipulääkkeet, masennuslääkkeet, unilääkkeet) voi olla väsymyksen taustalla palliatiivisessa hoidossa. Hemoglobiinin lasku voi olla myös yksi väsymystä aiheuttava tekijä. (Hänninen & Pöyhiä 2015, 156–157.)

Elimistön nestehukkaan liittyvää monimuotoista tilaa kutsutaan kuivumiseksi. Kognitiiviset toiminnot ja fyysinen suorituskyky heikentyvät kuivumisen vuoksi. Kuivumisen aiheuttamia oireita ovat virtsantulon väheneminen tai loppuminen, janon tunne, huimaus, syvälle painuneet silmät, heikkous, ruokahaluttomuus, kuivat limakalvot, vatsakrampit, oksentaminen ja sekavuus. Iän myötä janon tunteen aistimus vähenee. Kuiva suu aiheuttaa janon tunnetta. Palliatiivisessa hoidossa kuivumisen toteamiseen riittää edellä mainittujen oireiden havaitseminen, välttämättä ei tarvita laboratoriotutkimuksia. (Pöyhiä & Hänninen 2015, 157–159.)

Pitkälle edenneissä sairauksissa ruokahaluttomuus ja aliravitsemus ovat yleisiä oireita. Kakeksiaan eli elimistön näivettymiseen kuuluu tahaton painon lasku, luurankolihasen kiihtynyt kato, rasvakudoksen väheneminen, ruokahaluttomuus ja aineenvaihdunnan muutokset. Kakeksiaa esiintyy ikääntymisessä ja monien sairauksien loppuvaiheessa. Kakeksiaan liittyy myös uupumus ja psykososiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen. Ruokahalu vähenee tai voi kadota kokonaan erilaisten sairauksien myötä. (Pöyhiä 2015, 163–165.)

Delirium on akuutti sekavuustila, jolla tarkoitetaan suhteellisen nopeasti alkanutta aivojen toimintahäiriötä, jossa havaitsemiskyky, ajattelu ja muisti ovat heikentyneet. Samanaikaisesti psykomotoriset ja emotionaaliset sekä uni-valverytmin muutokset huonontavat potilaan ennustetta. Oireisto voi liittyä infekioon, kuivumiseen, hyperkalsemiaan ja kivuliaisuuteen. Delirium jaetaan hyper- ja hypoaktiiviseen muotoon. (Psykkiset oireet 2012; Janes 2015, 170–171.) Hänninen kuvaa hyperaktiiviselle luonteenomaisena kiihtyneisyyden, hallusinaatioita ja harhaluuloja, jotka liittyvät vieroitusoireisiin. Hypoaktiivinen puolestaan on väsy-

nyt, sekava ja vetämätön. Oireet ovat tyypillisiä maksavaurion yhteydessä esiintyvälle aivosairaudesta tai aineenvaihdunnalliselle aivosairaudesta, akuuteille myrkytystiloille ja hapenpuutteelle. Hänninen kuvaa saattohoitopotilaan deliriumin olevan tavallisimmin sekamuotoista ja moninaista. (Hänninen 2003, 216.)

Keskushermosto-oireiden huomioiminen ja tunnistaminen on tärkeää niiden hoitamisessa sekä potilaan elämän laadun parantamisessa. Keskushermosto-oireiden syinä voi olla verenkierrölliset, hapetukselliset, tulehdukselliset tai aineenvaihdunnalliset syyt. Näitä syitä ymmärtämällä palliativisessa hoidossa voidaan helpottaa potilaan ja omaisten vointia. (Kallio 2015, 175.)

Kutina on haasteellinen oire hoidettavaksi. Kutina on ihon tai limakalvojen epämiellyttävä tunne, joka aikaan saa halun raapia. Oire voi johtaa mielialaongelmiin, sosiaaliseen eristäytymiseen, heikentyneeseen elämänlaatuun ja unihäiriöihin. (Isoherranen 2015, 183–184.)

Turvotus tarkoittaa heikentyneitä imunestekiertoa, joka aikaan saa kudosturvotusta. Myös muilla mekanismeilla syntyy turvotuksia, esimerkiksi pitkälle edenneitä syöpää sairastavilla imunestekierron tukokseen liittyy alhainen albumiinitaso. Nestekierron ylikuormitusta ja kiertoesteitä voi syntyä myös sydämen- tai munuaisten vajaatoiminnasta. (Hänninen 2004, 132.) Turvotus raajoissa voi aiheuttaa painon tunnetta, kipua, liikerajoituksia ja puutuneisuutta (Kömi & Hänninen 2015, 187–188).

Palliativisen hoidon edetessä ja kuoleman lähestyessä, fyysisten oireiden lisäksi potilas saattaa kärsiä monenlaisista psykologisista ajatustoiminnan ja tunne-elämän häiriöistä. Niistä osa on väliaikaisia kriisireaktioita, osa tautiin liittyviä elimellisiä muutoksia ja osa pitkäaikaisempaa psyykkistä kärsimystä aiheuttavia oireita. Kuolemaan liittyvä luopuminen, elämän päättyminen ja kuoleminen tapaa koskevat pelot saattavat olla potilaalle suurempi kärsimyksen aiheuttaja kuin ruumiilliset oireet. Hänninen kuvaa yleisimpiä psyykkisiä oireita olevan masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja delirium. Näin ollen psyykkiset ja fyysiset oireet vaikuttavat toisiinsa: kipu lisää masennusta ja ahdistusta, masen-

tuneisuus laskee kipukynnystä ja saa kivun tuntumaan pahemmalta. (Hänninen 2003, 206–207.)

Masennusta esiintyy 25 prosentilla palliatiivisessa hoidossa olevista potilaista. Ahdistuneisuus on luonnollinen reaktio, merkki aiemmasta tai piilevästä häiriöstä tai alihoidetusta muusta oireesta (kipu). (Psyykkiset oireet 2012.) Ahdistus aiheuttaa somaattisia oireita sydämentykytystä, hengenahdistusta ja pahoinvointia, unettomuutta ja ruokahaluttomuutta. Ahdistuksen taustalla voi olla pelko kuolemasta ja sen oireista. Ahdistus voi johtua käytetyistä lääkkeistä, vieroitusoireista tai alkoholista. Deliriumiin ja masennukseen liittyy myös ahdistus. (Hänninen 2003, 212–213.)

Unettomuudelle on monta syytä. Unettomuus voi liittyä psyykkiseen oireiluun, ahdistukseen, masennukseen tai olla seurausta vuorokausirytmien muutoksesta. Unettomuudella tarkoitetaan yksilöllistä tunnetta huonosta nukkumisesta ja toimintakyvyn heikkenemisestä sekä tunnetta mielialan laskusta. (Psyykkiset oireet 2012.)

Ihmisen useat perustarpeet täyttyvät vain suhteessa muihin ihmisiin. Sosiaalisiin kontakteihin ja rooleihin tulee merkittäviä muutoksia sairastumisesta johtuen. (Hänninen & Pajunen 2006, 63.) Blomqvist & Immonen (2014, 12) tuovat opinnäytetyössään esiin sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen palliatiivisessa hoidossa. Sosiaalinen toimintakyky voidaan jakaa kahteen luokkaan; kodin ulkopuolisen toiminnan tukemiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Kodin ulkopuolisen toiminnan tukeminen on aktiivisuuden tukemista ulkoilemalla ja virkistäytymisellä. Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen on ihmissuhteiden ylläpidon tukemista ja kolmannen sektorin antamaa tukea. Ihmissuhteissa mainittiin välien korjaaminen, tiivis yhteydenpito omaisten kanssa sekä jäähyväisten jättö. Kolmannen sektorin toiminnassa huomioidaan vapaaehtoistyö ja vertaistuki yksinäisyyden ehkäisyssä. (Blomqvist & Immonen 2014, 12.)

Sairastaessa ja sairauden edetessä sosiaalisen tuen tarve kasvaa. Tukea voi tarvita käytännön asioissa, henkisenä tukena, kuuntelemisena tai perushoidollisissa tehtävissä. Läheisten on hyvä olla tukemassa potilasta ja varsinkin poti-

laan puolison merkitys korostuu saattohoidossa. Tasavertainen kumppani osaa kulkea rinnalla hankalissakin tilanteissa. Läsnäolo on tukevaa ja ymmärtävää, potilasta ei tule tässä vaiheessa syyllistää hänen omista elämän varrella olevista päätöksistä. Omaiset usein yrittävät piristää potilaan mielialaa vähättelemällä sairautta, mutta potilaat kokevat tämän rasittavana. Potilas on tietoinen sairaudestaan ja sen ennusteesta sekä näin ollen on oman sairautensa paras asiantuntija. (Hänninen & Pajunen 2006, 66–68.)

Ystävillä on merkittävä rooli potilaan sopeutumisessa lähestyvään kuolemaan. Ystävien yhteydenotto on toivottavaa ja tiedetään sillä olevan suuri merkitys potilaalle. Yhteydenpito viestittää siitä, että elämä jatkuu. Aito tilanteen hyväksyntä ja välitön kohtaaminen ovat tärkeitä potilaalle. Potilaan kokemaa ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, vetäytyneisyyttä ja pelokkuutta voidaan helpottaa erilaisin psykososiaalisin keinoin. (Hänninen & Pajunen 2006, 68.)

Uskonnollisuus ja uskonto voivat toimia epätoivoisessa tilanteessa ihmiselle ikään kuin viimeisenä oljenkortena, johon turvaudutaan. Hengellisyyden koetaan tuovan lohtua, rauhaa ja helpotusta. Kivun ja kärsimyksen monimuotoisuus ja syntytaustat ovat erittäin tärkeä ymmärtää vakavien, kuolemaan johtavien sairauksien yhteydessä. Monenlaiset fyysiset kivut, psyykkinen ahdistuneisuus sekä sosiaalinen eristäytyneisyys varjostavat pahimmillaan potilaan hyvinvointia ja tyytyväisyyttä elämään. Vakavan sairauden tuoma uhkakokemus nähdään myös hengellisenä tai eksistentiaalisena kriisinä. Lääketieteellisessä keskustelussa osana kivun hoitoa nähdään henkiset ja sielunhoidolliset tarpeet sekä niiden hoito. (Hänninen & Pajunen 2006, 69–70.)

Hengellisyys käsittää sekä uskontoon liittyvät tekijät että psykologisen elämänalueen. Se ulottuvuus ihmisessä, joka on mukana kaikissa päämäärää ja arvoja koskevassa ajattelussa ja ratkaisuissa on hengellisyyttä. Usko on arvoperustana ja vakaumuksena sellaisen ihmisen elämälle, jolle uskonto antaa suunnan ja tarkoituksen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 125.)

Hengellinen hoito ja hoitotyö ovat hengellisten tarpeiden tunnistamista ja niihin vastaamista. Ihmisen pohtiessa kysymyksiä, jotka koskevat hänen elämäänsä,

ihmissuhteitaan, jumalasuhdettaan ja kuolemaansa. Tuolloin hengellinen hoito on ihmisen lähellä olemista ja auttamista juuri näissä kysymyksissä. Kysymykseen ei tarvitse olla vastauksia, riittää kun jaksaa kuunnella ja kestää voimakkaakin reaktioita selittämättä niitä heti pois. Sokissa potilas on järkyttynyt. Tilannetta on vaikea hahmottaa. Potilas voi toimia yliaktiivisesti tai olla lamaantunut. Oireena voi olla sydämen tykytys, vapina, hikoilu, palelu ja päänsärky. Hoitajalta edellytetään rauhallisuutta, kosketus ja kuuntelu luovat turvallisuutta. Hoitajan tehtävä on muuttua auttavansa toivoksi. (Aalto & Gothoni 2009, 14, 27, 29.)

Vakavan sairauden ja kuoleman ajattelemisen voi ajaa potilaan kaaokseen ja ahdistukseen. Molemmat muistuttavat elämän rajallisuudesta ja ihmisen on pakko erota läheisistä ihmisistä ja asioista. Kuoleman ehdottomuus uhkaa minuutta. Hoitajaa auttavaa potilaan kohtaamisessa, jos hän tuntee ja tunnistaa eri kulttuurien ja uskontojen käsityksiä kuolemasta. (Hänninen & Pajunen 2006, 183, 191.) Hoitajan persoona vaikuttaa hänen kykyynsä tukea potilasta hengellisesti. Elämäkokemus, kypsyys ja herkkyytys auttavat hengellisen tuen antamisessa. (Aalto & Gothoni 2009, 22).

Kuolemaan johtava, parantumattomasta sairaudesta saatu diagnoosi jakaa elämän kahteen osaan, aikaan ennen ja jälkeen diagnoosin. Suru on luonnollinen reaktio menetykseen ja se alkaa kaaoksen sietämisestä ja voimakkaiden tunteiden kohtaamisesta. Surevan kohtaaminen ei ole helppoa ja moni välttelee sitä. Hoitaja ei voi paeta surevaa. (Hänninen & Pajunen 2006, 21, 193.)

Virpi Sipola kertoo kirjassa Kuolevan tukena, miten hoitajan on kunnioitettava potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja koskemattomuutta riippumatta tämän taustasta ja elämäkatsomuksesta. Etiikan ja eri uskontojen tuntemus kuuluu hoitajan ammattitaitoon. (Sipola 2013, 41.) Hoitotieteessä suhde ihmisiin, Jumalaan ja maailmankaikkeuteen määritellään merkityksen ja tarkoituksen kysymisenä sekä haluna ymmärtää suuremman olemassaolo. Elämäntavoissa ja elämän tarkoituksen tulkinnoissa näkyy ihmisen hengellisyys. Hengellisyys liittyy toivoon ja rakentavien mahdollisuuksien tunnistamiseen omassa elämäntilanteessa. (Aalto & Gothoni 2009, 12.)

Hoitajalla on koulutuksensa ja elämäkokemuksensa perusteella oma ihmiskäsityksensä. Tämä vaikuttaa hänen ajatuksiinsa ja toimintaansa, samoin kuin hengellisiä tarpeita koskevaan ajatteluunsa. Hoitajan on tunnettava eri uskontojen traditioita, jotta ei loukkaa muita uskontoja tunnustavien tunteita herkällä ja tunnepitoisella elämänalueella. (Grönlund & Huhtinen 2011, 123–124.)

3.1.2 Moniammatillinen yhteistyö ja kolmannen sektorin toimijat

Moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaan yhteistyötä, joka on asiakaslähtöistä ja siinä on useita asiantuntijoita ja mahdollisesti eri organisaatioita mukana. Moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijoilla on yhteinen tavoite ja päästäkseen tavoitteeseensa tiedot ja osaaminen yhdistetään. Tähän yhteistyöhön koostuu useita eri näkökulmia tiedosta ja osaamisesta, joita kokonaisuuden rakentaminen edellyttää. Seikat, jotka huomioidaan toteutettaessa moniammatillista yhteistyötä millaisessa työympäristössä tahansa, ovat; asiakaslähtöisyys, mahdollisuus tietojen kokoamiseen, vuorovaikutustaidot, muutokset rooleissa ja yhteydet verkostoihin. Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen edellyttää hyviä sosiaalisia ja vuorovaikutustaitoja sekä yhteistä kieltä ja käsitteitä. Yhteiset säännöt täytyy olla sovittuna, jotta tavoitteellinen työskentely yhdessä onnistuu. Yhteistyömenetelmien hallinnan lisäksi moniammatillinen yhteistyö edellyttää myös motivaatiota kehittämiseen, tietoa ja ammattitaitoa. (Isoherranen 2008, 29–47.)

Moniammatillinen yhteistyö on keskeistä palliatiivisessa hoidossa. Lääkäriin, sairaanhoitajan ja lähihoitajan lisäksi voidaan tarvita fysio- ja toimintaterapiaa, ravitsemuksellista ohjausta, kipuhoitajan, mielenterveystoimiston ja sosiaalitoimiston palveluita (Koponen & Suhonen 2015; Palm & Lipponen 2017). Työntekijän yhteistyöosaamista tukevat ammatillinen itsetunto ja ammatti-identiteetti. Oman tieteenalan tietoperustan hallinta antaa työntekijälle varmuutta moniammatillisessa yhteistyössä. Toisten asiantuntijuuden arvostaminen ja siihen luottaminen sisältyvät yhteistyöosaamiseen. (Isoherranen 2008, 16–17.) Moniammatillinen yhteistyö tuo sekä mahdollisuuksia että haasteita potilasturvallisuuden ja palvelujen laadun kannalta. Parhaimmillaan hoitokokonaisuus on asiantuntevampi, monipuolisempi ja tarkoituksenmukaisempi sekä hoitoon pääsy ja

yhteyden saanti on joustavampaa. Eri ammattilaisten asioiden yhteinen ymmärrys, hoidon tavoitteiden samansuuntainen käsitys ja hyvä tiedonkulku ovat taas haasteita. (Pennanen 2008, 198.) Koulutuksessa, joka tukee moniammatillista yhteistyötä, tavoitteena on jakaa yhteistä tietämistä ja hiljaista tietoa toimintaa kehittäväksi (Nurminen 2008, 173).

Palliativinen fysioterapia on yksi osa ihmisen kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa. Sen tarkoituksena on auttaa ihmistä elämään aktiivisesti, kipua lievittäen ja toivoa ylläpitäen. Palliativinen fysioterapia toimii oirehoidon tukena esimerkiksi kivun ja hengenahdistuksen hoidossa. Fysioterapialla saadaan lievitettyä kipua ennaltaehkäistessä nivelten jäykistymistä tai turvotusten aiheuttamaa kipua liikehoidolla. Fysioterapian tavoitteena on vaivojen minimointi ja toiminnallisuuden lisääntyminen realiteetit huomioiden. (Grönlund & Huhtinen 2011, 129–130.)

Sosiaalihoitajan työ palliativisessa hoidossa tarkoittaa toimeentuloon liittyvien asioiden selvittelyn lisäksi sosiaalisen kivun huomioimista. Näillä ymmärretään potilaan kantamaa huolta läheisistään ja heidän selviytymisestä. Hän toimii tiedon välittäjänä potilaan, läheisten ja viranomaisten kanssa. Sosiaalihoitaja toimii hoitotiimin yhtenä jäsenenä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 132–134.) Sosiaalityöntekijällä tulee olla tieto ja taito sekä arvot kohdata saattohoitovaiheessa oleva potilas ja hänen omaisensa. Sosiaalityöntekijän rooli on saattohoitopotilaan ja hänen perheen psykososiaalisen tuen antamista. Sosiaalityössä korostuu verkostotyö eri toimijoiden välillä. Sosiaalityöntekijän on hyvä tietää ja tarjota kolmannen sektorin toimijoiden arvokasta vapaaehtoistyötä. Työ on potilaan voimaannuttamista ja osallistumisen tukemista. (Tirkkonen 2017, 60–61.)

Eri väestöryhmien asiantuntijuus, vapaaehtoistoiminnan sekä muun auttamistoiminnan organisointi ja toteuttaminen, sosiaali- ja terveystalouden tuottaminen ja kehittämistoiminta muun muassa ovat terveydenhuollon kolmannen sektorin perustehtäviä. Kolmannella sektorilla on ollut tärkeä rooli suomalaisen hyvinvointivaltion palvelujärjestelmässä. Kolmatta sektoria tarvitaan täydentämään potilaan hyvinvoinnista huolehtimista. Tällä toiminnalla on iso vaikutus potilaan kokonaisvaltaiseen jaksamiseen. Säätiöiden tuoma tieteellisten tutkimusten tu-

keminen osaltaan kehittää alaamme. Ilman tätä tukea meillä ei Suomessa ole mahdollisuutta kehittää tässä mittakaavassa sosiaali- ja terveysalan tutkimustyötä. (Salmi 2014.) Kolmannesta sektorista puhuttaessa sektoreilla viitataan yhteiskuntaelämän alueiden järjestäytyneeseen puoleen. Ensimmäinen sektori kuvastaa markkinoita ja yritys-elämää, toinen sektori valtiota ja julkista sektoria, kolmas sektori kansalaisjärjestöjä ja vapaaehtoista kansalaistoimintaa, säätiöitä sekä neljännellä sektorilla tarkoitetaan kotitalouksia ja perheitä. Toiminta kolmannella sektorilla on vapaaehtoisuuteen perustuvaa ja voittoa tavoittelematonta. (Konttinen 2017.)

Seppälän pro gradu –tutkielmassa (2011, 62–69) sosiaali- ja terveysjärjestöjä pidetään oman alan erikoisasantuntijoina ja joustavina toimijoina. Järjestötyössä korostuu kokemuksen tuoma osaaminen, ennaltaehkäisevä työ sekä vertaistuen antaminen. Järjestöjen toiminta nähdään varsinaista työkenttää täydentävänä tekemisenä. He toimivat erikoisalansa kouluttajina sekä vertaistuen antajina. Vertaistuki antaa tukijalle ja tuettavalle voimaa sairauden tuomissa haasteissa. Ammattilainen ei voi olla samassa määrin ystävä ja tukija, kuin vertaistukihenkilö voi olla. Vertaistuellalla on todettu olevan merkitystä sekä ennaltaehkäisevässä että jälkihoidollisessa työssä. Toivottavaa on, että yhä enemmän ohjataan potilaita vertaistuen piiriin juuri hyvien tuloksien vuoksi. (Seppälä 2011, 62–69.)

Yhteistyötä tarvitaan enemmän kuntien ja järjestöjen välillä. Kunnissa on hyvä tunnistaa osaamisvajeet ja hyödyntää järjestöjen erityisosaamista vajeen paikkaamiseen. Yhteistyössä tarvitaan yhteistä suunnitelmaa, tiedottamista ja lisäksi toivotaan enemmän vastavuoroisuutta. Työntekijät tarvitsevat lisää tietoa eri järjestöistä, jotta he osaavat ohjata potilaita kolmannen sektorin piiriin. Ammattilaisen velvollisuus on tietää oman lähialueen järjestöt ja kertoa niistä potilaille. (Seppälä 2011, 62–69.)

Tirkkonen (2017, 37–40) tuo esille pro gradu –työssään, että saattohoidon vapaaehtoisille on muodostunut kaksi erilaista roolia. Nämä roolit ovat kuuntelijan ja emotionaalisen tuen antajan rooli. Kuuntelijan roolia pidettiin tärkeänä, koska tutkimuksessa tuli esille, ettei potilas voi kertoa kaikkea omaisilleen eikä edes

hoitohenkilökunnalle. Omaisetkaan eivät kerro kaikkia huolia potilaalle. Molemmissa tulee esille, ettei haluta rasittaa ja huolestuttaa toisia. Potilaat jättävät usein puhumatta sairaudestaan. Emotionaalinen tuki pitää sisällään silittelyä, kosketusta ja kädestä kiinnipitämistä. (Tirkkonen 2017, 37–40.) Muita tehtäviä mitä vapaaehtoiset voivat tehdä saattohoidettavien kanssa on muistelu, yhdessä oleilu, ulkoilu, laulaminen, lehden luku, rukoilu ja potilaiden hemmottelu (Tirkkonen 2017, 30).

Sandin väitöskirjassa (2003, 114) käsitetään kolmannen sektorin toimijoiksi seurakuntien hengellinen- ja diakoniatyö, vapaaehtoistyö sekä yhdistyksien järjestämä tukitoiminta. Grönlund & Huhtinen kuvaavat vapaaehtoisten tehtävää omaisten ja potilaan tukijana ja vierellä kulkijana. (Grönlund & Huhtinen 2011, 135.) Saattohoitokodit Suomessa toimivat syöpäyhdistysten alaisuudessa. Saattohoitokodin vuodeosasto toiminnan lisäksi niiden toimialaa ovat myös päiväsaaraala- ja kotihoitotoiminta. (Vainio 2004, 47; Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 2017, 10.) Kolmannen sektorin toimijoita meillä Inarin kunnassa ovat SámiSoster, Syöpäyhdistys, Muistiyhdistys, Omaishoitajat ja seurakunnan Ystäväpalvelu.

3.2 Saattohoitotyö ja omaisten kohtaaminen hoitotyön eri ympäristöissä

Saattohoidoksi kutsutaan palliatiivisen hoidon loppuvaihetta (Psykkiset oireet 2012; Hänninen 2015f, 256). Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa sairauden loppuvaiheessa ennen kuolemaa ja kuoleman jälkeen (Psykkiset oireet 2012). Hoidon kesto vaihtelee kuukaudesta muutamiin päiviin (Hänninen 2015e, 10–11). Saattohoitoa järjestetään lähes kaikissa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköissä. Perusterveydenhuolto hoitaa suurimman osan saattohoitopotilaista. Kotiin vietävää saattohoitoa tullaan tulevaisuudessa toteuttamaan kasvavassa määrin. (Hänninen 2015f, 257.)

Saattohoitopäätös on lääketieteellisesti lääkärin tehtävä, joka edellyttää lähes tyvän kuoleman merkkien tunnistamista ja keskustelua potilaan sekä hänen omaistensa kanssa. Keskustelussa käydään läpi potilaan sairaushistoria ja tehdyt tutkimukset sekä sairauden ennuste ja hoitovaihtoehdot. Keskustelussa

kuullaan potilaan toiveet niin oireenmukaisesta hoidosta kuin hoitopaikasta. Päätökseen sisällytetään myös päätös elvyttämättä jättämisestä. Saattohoitopäätös kirjataan potilaan tietoihin tarkasti, tällöin tiedetään mitä missäkin tilanteessa tehdään. Tilanteen muuttuessa parempaan voidaan päätöstä muuttaa. (Korhonen & Poukka 2013, 440-5; Hirvonen & Pöyhiä 2016, 844; Valvira 2017.) Saattohoitopäätös mahdollistaa potilaan ja omaisten valmistautumisen lähestyvään kuolemaan. Potilas voi kieltäytyä saattohoitopäätöksestä. Lääkärillä on kuitenkin lääketieteellinen vastuu hoidon toteuttamisesta. (Hänninen 2015f, 256–257.)

Saattohoidon tavoitteena on mahdollisimman laadukas elämä, niin potilaalle kuin hänen omaisilleen. Hoidossa tulee kiinnittää huomio perheen tukeen heidän surussaan. Hyvässä saattohoitotyössä huomioidaan kuoleman kuuluvan normaaliin elämään, myös kuoleman ainutkertaisuutta on hyvä korostaa. (Hänninen 2015f, 256.)

Saattohoitovaiheessa toimenpiteiden ja mittauksien sijaan keskitytään potilaan ja hänen omaisiensa tukemiseen ja käytetään aikaa heidän kuunteluun. Aidon läsnäolon vaikutus kasvaa. Työ vaatii hoitajalta herkkyyttä ja empatiaa. Hoitajan tulee osata jättää ammatillinen persoona ja kohdata potilas sekä hänen omaisensa lähimmäisenä. (Hirvonen & Pöyhiä 2016, 846.) Tieto lähestyvistä kuolemasta aiheuttaa potilaassa ahdistusta ja pelkoa. Potilaalla on oikeus surra ja hoitajan tulee asettaa kysymykset surevan potilaan hoitoon oikein. On hyvä kysyä, miltä lähestyvä kuolema tuntuu potilaasta ja kuinka hän jaksaa. (Psykkiset oireet 2012.)

Saattohoitopotilaat ovat loppuvaiheessa oirekuvauksiltaan hauraampia. Elimistön toiminnot heikkenevät vähitellen. Tärkeää on arvioida oireita säännöllisesti ja reagoida niihin nopeasti. Lääkitysten haittavaikutuksia seurataan tarkemmin ja nämä kirjataan hyvin potilastietoihin. Haasteena voi olla saada selville oireiden syyt. Havainnointia ja erilaisia mittareita voidaan käyttää apuna, jotta saadaan potilaan oirekuvaus selvitettyä. (Hänninen 2015c, 258–259.) Suonensisäistä nesteytystä ei enää saattohoitovaiheen potilaalle suositella, tästä voi

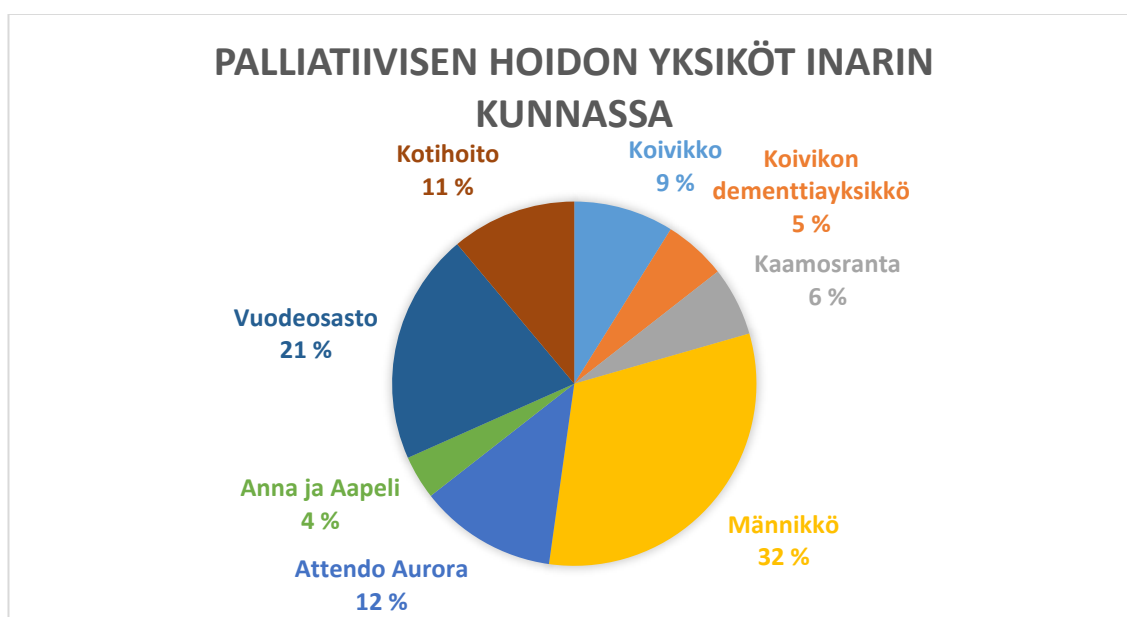
olla enemmän haittaa kuin hyötyä nesteen kertyessä ihonalaiskudokseen (Psykkiset oireet 2012).

Saattohoitopotilaan vointi voi muuttua hyvin nopeasti. Tämän vuoksi potilaalle määritellään valmiiksi tarvittaessa lääkitys pahoinvoinnin, kivun ja hengenahdistuksen varalle. Saattohoitopotilaan oireita lievennetään samoilla lääkkeellisillä keinoilla kuin mitä tahansa oireita. Lääkehoidon tarkoituksena on saada hyöty suuremmaksi kuin haittavaikutukset. Lääkärin tehtävänä on arvioida tämä ja informoida potilasta ja hänen omaisiaan. Lääkkeiden antoreittejä vaihdellaan: lääkitys aloitetaan suun kautta tabletein ja siirrytään tarvittaessa injektio- ja laskimoannosteluun. (Poukka & Korhonen 2015, 259–260.)

3.2.1 Saattohoito eri hoitoyksiköissä

Terveys- ja sosiaalihuollon yksiköt, jotka tarjoavat palveluja tai hoitoja elämän loppuun asti, muodostavat perustason A. Henkilökunta koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ovat saattohoitopaikat, saattohoitokodit tai saattohoito-osastot, palliatiiviset poliklinikat ja konsultaatiotiimit muodostavat erityistason B. Näissä on erikoiskoulutettua henkilökuntaa ja pääasiallisena toimena on palliatiivinen ja saattohoito. Eri ammattiryhmien koulutuksen järjestäminen ja ylläpitäminen, palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen ja toimintatapojen kehittäminen sisältyy myös B-tason toimintaan. Yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksset muodostavat vaativan erityistason C. Vaativa avohoidon palliatiivinen poliklinikka, psykososiaalinen yksikkö ja ympärivuorokautinen konsultaatiotuki sekä kotisairaala, joka on erikoistunut vaativaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon sekä saattohoito-osasto ja/tai saattohoitokoti, joka toimii kotisairaallalle tukiosastona kuuluvat erityistason C palveluihin. (Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 190/2017, 16.) Tämän pohjalta voidaan suunnitella alueellisesti palveluketjut ja sopia työnjaosta. Alueelliset olosuhteet vaikuttavat työnjakoon. Valmius hoidon antamiseen on oltava kaikkina vuorokauden aikoina. (Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 190/2017, 2–7.)

Sosiaali- ja terveysosaston palveluihin Inarin kunnassa kuuluvat (Kuvio 2.): avohoito, laitoshoido, lääkäri toiminta, suun terveydenhuolto, sosiaalityö ja toimeentuloturva, ympäristöterveydenhuolto, ympäristösuojelu ja maaseututoimi sekä erikoissairaanhoido. Laitoshoidon johtajan alaisuuteen kuuluvat terveyskeskuksen vuodeosasto, kehitysvammahuolto, palveluasuminen, ryhmäkodit ja ostopalvelut hoivakoti Annasta ja Aapelista, dementiaryhmäkodista sekä Attendo Aurora -tehostetun palveluasumisen hoivakodista. (Inarin kunta 2017a.)



Kuvio 2. Palliatiivisen hoidon yksiköt Inarin kunnassa (Inarin kunta 2017b)

Tuetun ja tehostetun palveluasumisen kriteerinä on pitkäaikainen toimintakyvyn vaje, jossa henkilö tarvitsee yhden tai kahden hoitajan avun päivittäisissä toimissa. Tehostetun palveluasumisen potilaat tarvitsevat lisäksi ympärivuorokautista hoitoa. Avohoidon johtaja vastaa vastaanottotoiminnasta, neuvolatyöstä, tukipalveluista sekä kotihoidosta ja kotipalveluista. (Inarin kunta 2017a.)

Inarin kunnassa kotihoidon yksiköitä on viisi. Inarin vanhusten- ja eläkeläisten tuki ry:n omistamassa Palvelukeskus Koivikossa on 16 vuokra-asuntoa sekä kymmenen paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö dementoituneille asukkaille. Kehitysvammaisille on Kaamosrannan tehostetun palveluasumisen ryhmäkoti, jossa on kymmenen asuntoa sekä yksi lomahoituhuone. Männikön palvelukodissa tarjotaan tuettua- ja tehostettua palveluasumista henkilöille, jot-

ka eivät pärjää kotonaan enää tehostetun kotihoidon turvin. Tuetulla puolella on 21 asuntoa ja tehostetulla puolella 36 asuntoa. (Inarin kunta 2017b.)

Attendo Aurora -hoitokoti on yksityinen, tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa on 22 asuntoa. Hoivakoti Anna ja Aapeli on yksityinen hoivakoti tehostettuun palveluasumiseen, jossa on seitsemän asuntoa. Vuodeosasto on 37 -paikkainen akuutti- ja pitkäaikaissairaiden osasto. Vuodeosastolla hoidetaan myös saattohoitopotilaita. Vuodeosastolla toimii myös päivystys; arki-iltaisina, öisin, viikonloppuisin sekä juhlapyhinä ympäri vuorokauden. (Inarin kunta 2017b.)

Kotihoidon palvelukokonaisuuden muodostavat kotipalvelu, kotisairaanhoido sekä kotihoidon tukipalvelut. Lähtökohtana on, että asukkaat saavat asua mahdollisimman pitkään kotona. Asuinpaikka ja asumisolosuhteet huomioidaan palveluiden järjestämisessä. Ivalossa kotipalvelua on mahdollista saada kaikkina viikonpäivinä. Inarin kirkonkylässä, Nellimissä ja Severtijärvellä sekä muualla kunnan haja-asutusalueella kotipalvelu toimii arkisin virka-aikana. Kotisairaanhoido järjestetään arkisin virka-aikana. (Inarin kunta 2017b.)

3.2.2 Kotiin vietävä saattohoito

Perusedellytys kotisaattohoidolle on potilaan toive tulla hoidetuksi kotona. Käytännön toteutuksena kotisaattohoitoa ei ole täysin mahdollista toteuttaa pelkästään julkisessa terveydenhuollossa. Kotisaattohoito vaatii omaisen tai omaisten suostumusta ja läsnäoloa. Kotiin siirryttäessä kartoitetaan potilaan oireet, tuen tarve, pelot ja odotukset, toiveet. Selvitetään perhetilanne, kuka on paikalla, heidän valmiudet ja voimavarat. Fyysisen ympäristön kartoituksessa huomioidaan koti, yhteydenottomahdollisuus, vuode, wc ja pesutilat. Hoitava lääkäri tekee yhdessä hoitotiimin, potilaan ja omaisten kanssa hoitosuunnitelman, jota arvioidaan ja päivitetään tarpeen mukaan joka käynnillä. (Poukka 2015, 577–579.)

Suunniteltu kotiutus vuodeosastolta on kotisaattohoidon perusta. Potilaan kotiuttamista ja kotisaattohoitoa suunniteltaessa tavoitteeksi asetetaan usein hoi-

don jatkuminen kotona kuolemaan saakka. Myös tilapäinen kotihoito voi olla tavoitteena. Suunnitteluvaiheessa työnjako tehdään selväksi ja selvitetään resurssit ja hoidon mahdollisuudet. Käytännössä hoitava omainen on vastuussa potilaasta, tiiviissä yhteistyössä lääkärin, kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa. (Ahlström & Hänninen 2004, 318–319.)

Edellytys hyvin toimivalle kotisaattohoidolle on ympärivuorokautinen avun saaminen. Kotisaattohoidossa olevilla potilailla tulee olla mahdollisuus päästä tarvittaessa tukiosaston hoitoon ilman päivystyspoliklinikkakäyntiä. Kotisaattohoito voi pitkittyä, jolloin potilaan ja omaisen psyykkisen ja sosiaalisen tuen tarve kasvaa. Tukiosasto voi antaa omaiselle mahdollisuuden lepo hetkeen potilaan hoitamisesta. (Ahlström & Hänninen 2004, 317, 320.)

Mahdollisuus saada kotiin vietävää saattohoitoa ei saisi olla asuinpaikkakunnasta kiinni. Yksi kuolevan tärkeimmistä toiveista on säilyttää oma ihmisarvonsa ja persoonansa kuolemaan saakka. Parhaiten tämä onnistuu omien läheisten kanssa kotona omassa ympäristössä. Elämässä kiinni pitäviä asioita ovat kodin päivittäiset arkirutiinit ja aktiivinen osallistuminen kodin asioihin. Potilaat kokevat, että kotiin tuotava saattohoito on turvallista ja tehokasta. Omaisten kokemuksissa henkinen taakka on ymmärrettävästi suurempaa kotona kuin hoitokodissa järjestettävässä saattohoidossa. (Poukka 2015, 577.)

Kotihoidossa potilaan aktiivisuus ja mahdollisimman normaali eläminen ovat tärkeitä tavoitteita. Kuoleman lähestyessä kotona läheisten ympäröimänä olominen helpottaa ahdistusta ja pelkoa. Rauhallisessa tutussa kodissa yhteinen aika antaa mahdollisuuden monenlaiselle kokemiselle, keskusteluille ja tilanteen hyväksymiselle. Pohjaa omaisten surutyölle antaa se, että he ovat olleet fyysisesti mukana potilaan hoidossa ja ovat voineet aktiivisesti toimia potilaan hyväksi. (Ahlström & Hänninen 2004, 319.)

Kotisaattohoito voi aiheuttaa potilaalle ja omaisille taloudellisia hankaluuksia. Potilasta kotiin hoitamaan jäävälle voi olla vaikea löytää taloudellisesti kestävä pohjaa. Osa kunnista myöntää omaishoidontukea hoitavalle henkilölle kotihoitoon mahdollistamiseksi. Kotisaattohoidossa potilaalla on mahdollisuus saada

Kansaneläkelaitokselta sairauden vaikeusasteen ja hoitokulujen suuruuden mukaan eläkkeensaajan hoitotukea tai vammaistukea. Eläkeasiat, sairausloma ja erilaiset tukiasiat on hyvä selvittää, tarvittaessa sosiaalihoitaja auttaa näissä asioissa. (Ahlström & Hänninen 2004, 321-322.)

Kotikuolemasta keskustellaan omaisten kanssa etukäteen. Kuolema tulee useimmiten rauhallisesti, hengityksen hiipuesssa pois. Omaisille annetaan selkeät ohjeet, kuinka toimia, kun potilas ei enää hengitä. Riittää, että soittaa hoitajan paikalle. Poliisia ei kutsuta paikalle odotetussa kotikuolemassa. Kuoleman toteaa lääkäri joko kotona tai vainajille tarkoitettussa tilassa. Hautaustoimisto huolehtii vainajan siirtämisestä. (Poukka 2015, 580.)

Kotiin vietävää saattohoitoa toteuttavalta henkilöstöltä vaaditaan paljon. Hoitajalta vaaditaan herkkyyys havaita ongelmia. Kotona hoidettaessa henkilöstö on potilaan reviiirillä, jolloin vaaditaan erilaisuuden sietämistä, eri persoonallisuuksien kunnioittamista ja hienotunteisuutta. Kotiin mentäessä voi vastassa olla koko perheen moninaiset, joskus ristiriitaisetkin toiveet, tarpeet ja tunteet, vaatien kommunikaatio- ja auttamistaitoja. Kotisaattohoidossa omaisten rooli on suuri ja heidän tukemisensa vaatii henkilökunnalta paljon. Vaikka kotiin vietävä saattohoito on itsenäistä työtä, se vaatii osaamista moniammatillisessa tiimissä. Turvallisen kotisaattohoidon perusta on hyvä tiedonkulku. (Poukka 2015, 578–579.)

Inarin kunnassa lähdetään kehittämään kotona annettavaa saattohoitoa. Kotisaattohoidon lähtökohtana on ihmisen toivomus kuolla omassa kodissaan. Olennaista hoidossa on ympärivuorokautisen avun saatavuus. Etäisyydet kunnan alueella vaikuttavat hoidon saatavuuteen. Kotiin vietävän avun voi saada Ivalon taajaman alueella noin kymmenen kilometrin säteellä terveyskeskuksesta. Yksi kotisaattohoidon edellytyksistä on myös ennalta sovitun lupapaikan järjestäminen terveyskeskuksen vuodeosastolle. Lupapaikka tarkoittaa sitä, että potilaalla on mahdollisuus siirtyä suoraan kotoaan jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle, mihin vuorokauden aikaan hyvänsä. (Toimeksiantajan kanssa käyty keskustelu 10.11.2017.)

Kotisaattohoitoa toteutetaan myös palvelutaloissa ja muissa kodinomaisissa hoitoyksiköissä, jossa potilas on viettänyt elämänsä viimeiset kuukaudet tai vuodet. Koti on ihmisen luontainen ympäristö ja moni haluaisi viettää elämänsä viime vaiheet kotona läheistensä parissa. Kotisaattohoito vaatii moniammatillista tukea läheisten jaksamisen ja potilaan hyvän hoidon takaamiseksi. (Toimeksiantajan kanssa käyty keskustelu 10.11.2017.)

3.2.3 Kuolevan potilaan ja omaisten kohtaaminen hoitotyössä

Kaiken lopullisuuden pohdinnasta ja kokemuksesta sekä kuoleman läheisyydestä aiheutuu vahva tunnepitoinen suhtautuminen hoitavan henkilöstön, potilaan ja hänen omaisten välille (Grönlund & Huhtinen 2011, 16–18). Hoitotytytyväisyyttä parantaa, kun lääkäri keskustelee sairauden ennusteesta ja tekee hoitolinjauksen yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Nämä keskustelut voivat avata mahdollisuuden optimaaliseen ja yksilölliseen potilaan hoitoon ja loppuelämän järjestelyihin. (Lehto 2015a, 11–12.)

Ridanpää (2006) toteaa pro gradu -tutkielman tulosten perusteella, että kuolevan hoitotyöhön kuuluvat kuolevan ja läheisten yksilöllinen kohtaaminen ja vainajan arvokas saattaminen. Taustalla vaikuttavat lait, hoidon eettisyys ja erilaiset vakaumusten ja kulttuurien kunnioittaminen. Tulosten perusteella selkeät, ajantasaiset ja riittävän monipuoliset kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet tukevat ja ohjaavat hoitohenkilöstöä hoitotyössä. (Ridanpää 2006, 89.)

Kuolevan potilaan kohtaamiseen liittyy paljon sanatonta viestintää. Hoitajalla täytyy olla kyky olla tunnetasolla lähellä potilasta, kohtaaminen vaatii tilannettajua, herkkyyttä ja aitoa läsnäoloa. Potilaan tuntiessa tullessa oikein kohdatuksi, hänen on helpompi puhua enemmän henkilökohtaisistakin asioista sekä arjen hetkistä, kun hän huomaa hoitajan olevan aidosti läsnä. Potilaiden mielestä avoin ilmapiiri, kunnioittava suhtautuminen ja tunteiden hyväksyminen osaltaan auttaa potilasta kuoleman henkisessä taakassa. Hoitajan omat kokemukset ja käsitykset kuolemasta vaikuttavat osaltaan hoitajan työskentelyyn kuolevan potilaan hoidossa. Hoitajan tuntema ahdistus kuolemasta näkyy suorituskeskeisenä potilaan hoitamisena ja tällöin hän ei tunnetasolla kohtaa potilasta. Toivo

antaa elämälle tarkoituksen, kuoleva potilas saa voimavaroja toivosta. Toivo pitää yllä elämää ja synnyttää myös ajatuksen kuoleman kauneudesta. Ajatus jo poismenneiden läheisten jälleennäkemisestä, tuo osaltaan rauhallisen mielen kuolemasta. (Sallinen & Tolvanen 2011, 6–9.)

Saastamoinen (2012) pro gradu -työssään toteaa hoitajien valmiudesta kohdata vakavasti sairas potilas ja hänen omaisensa. Kohtaaminen edellyttää riittävää ammattitaitoa, vahvaa teoreettista osaamista ja kykyä henkisesti raskaaseen työhön. Tilanteissa, joissa potilasta ei tarvitse erityisesti hoitaa, kohdentuu hoitotyö siihen osa-alueeseen, jossa hoitaja saa työllensä merkityksen eli omaisten kohtaamiseen. Tutkimuksen mukaan omaisille asioiden tiedottamista, selventämistä ja kertaamista pidettiin tärkeimpänä. Hoitajan suunnitelmallinen toiminta, hengellinen ja kulttuurinen tukeminen, asiantunteva toiminta ja vierailujen mahdollistaminen koettiin samoin tärkeäksi. Tutkielman tuloksissa tulee esille hoitajan ja omaisten emotionaalinen kohtaaminen. Emotionaalisella kohtaamisella tarkoitettiin välittävää ja huomioivaa kohtaamista. Hoitaja tarvitsee valmiudet potilaan ja omaisten reaktioiden ymmärtämiseen, kriisityön hallintaan, sannaattoman tuen antamiseen ja oikeaan aikaan lohduttamiseen. (Saastamoinen 2006, 46–51.)

Omaiset haluavat olla kuolevan vierellä loppuun saakka. Eettisen hoitamisen tutkija, terveystieteiden tohtori Annu Haho on kirjoittanut, millainen kuolevan hoito on eettisesti arvokasta ja korkeatasoista sekä potilasta ja hänen perhettä ymmärtävää. Näitä perusasioita ovat inhimillisyys, arvokkuus ja hyvinvointi. Inhimillisyyttä on, kun hoitaja asettuu potilaan vierelle omana itsenään, omine luonteenpiirteineen vailla roolia, heikkouksineen ja vahvuuksineen pyrkien myötäeläen potilaan hyvään. (Haho 2011, 16–18.)

Vakavasti sairaan tai kuolevan ihmisen omaiset joutuvat käymään läpi lähestyvän kuoleman aiheuttamia muutoksia yhdessä potilaan kanssa. He ovat kohtaamassa kuoleman todellisuuden ja menetyksen lopullisuuden. Palliatiivisessa ja saattohoidossa omaisilla ja heidän osallisuudellansa on merkittävä osuus. (Juhela 2015, 280.)

Omaisiet ansaitsevat hoitajien tuen, he elävät hyvin vaativassa tilanteessa. Omaisilla yleisinä oireina voivat olla ahdistus ja masennus. Luottamusta voidaan luoda huomioimalla omaisen vointi. Tiedustellaan hänen käsityksiään ja huomioitaan potilaan hoitamisesta ja roolin muuttumisesta. Omaisen antamasta hoidosta, välittämisestä ja rakentavasta huomiosta muistetaan antaa kiitosta. Ristiriitatilanteissa on tärkeää pysyä neutraalina ja korostetaan tuolloin potilaan arvojen toteutumista. Parisuhteiden ja perheiden dynamiikka on elämänmittainen, niitä ei voida muuttaa, keskitytään potilaan parhaan toteuttamiseen. (Hietanen 2015b, 247.)

Arvokkuudella ymmärretään kuolevan kokemuksen ja elämän viimeisen vaiheen kunnioittamista, potilaan ja omaisten huomioon ottamista hoitamisessa ja inhimillisen hyvän tavoittelemisessa. Samalla hoitaja näkee oman työn ja professionaalisuutensa osana kokonaisvaltaista saattohoitokulttuuria. Hoitajan henkinen ja fyysinen läsnäolo auttavat hahmottamaan ympäröivää todellisuutta. Potilaan tarpeet tulee tunnistaa, tunteille ja kokemuksille on osattava antaa merkitys ja niiden vaikutusta potilaan tarpeista lähtevään yksilölliseen hoitotyöhön ja hyvinvointiin on opittava ymmärtämään. Potilaan tai omaisen tunteet (aggressiivisuus tai epäluulo hoitamiseen) ovat inhimillisiä. Tunteet saattavat kohdistua hoitajaan. Tunteiden purkautumista on ymmärrettävä, niille on annettava tilaa ja niiden on annettava purkautua. Elämän ja toivon ylläpitäminen epäitsekäistä lähtökohdista kuuluu eettiseen hoitotyöhön. (Grönlund & Huhtinen 2011, 16–18.)

Yhteisön keskeiset arvot liittyvät läheisesti kuolemaan ja sen hoitamiseen. Kuolemassa keskeisin päämäärä on kärsimyksen lievitys. Kuolevalle muodostuu suhde menneisyyteen tärkeämmäksi kuin nykyisyys. (Hänninen 2012, 40, 43, 47.) Kuolevan ihmisen elämänlaatu on riippuvainen asetetuista odotuksista. Odotukset puolestaan ovat suhteessa saavutettavaan todellisuuteen. Oirehoidon ja perushoidon taso tulee ottaa huomioon, kun arvioidaan kuoleman laatua. Vaikka kuoleva ei enää kykene kontaktiin, läsnäolo kuoleman hetkellä on omaiselle tärkeää. Kuolin prosessin loppuminen kuolemaan on helpottava näky. (Hänninen & Pajunen 2006, 113–117.)

Hänninen kuvaa kuolin prosessin alkuvaiheessa, että moni oire lievenee. Se perustuu siihen, kun potilas ei ole kyennyt syömään tai liikkumaan. Näinollen paine vatsassa, suolistossa ja virtsarakossa vähenee ja liikkumisen aiheuttaneet kivut vähenevät. Potilaan kuollessa elintoiminnot muuttuvat. Hengitys muuttuu katkonaiseksi ja pinnalliseksi, limaisuudesta johtuen äänekkääksi. Raajojen ääriosien iho viilenee ja kylmäraja nousee. Tajunnan taso laskee. Potilas ei pysty nielemään tai puhumaan. Vähitellen hengitys loppuu ja sydän pysähtyy. Ruumiinlämpö laskee, niveliin ilmaantuu kuolonkankeutta ja iholle tummanpunasia lautumia. (Hänninen & Pajunen 2006, 113–117.)

Vainajan laittaminen on osa viimeistä hoitotyötä. Vainajaa käsitellään kunnioitavasti ja vainajaa liikutellaan mahdollisimman hellävaraisin ottein. Läheisten toiveiden huomiointi, vainajan ympäristön valmistelu, vainajan laittaminen ja siirtäminen tapahtuvat hoitoyksiköissä erillisten ohjeiden mukaan. (Ridanpää 2006, 63.) Omaisen tukeminen potilaan kuoleman jälkeen sisältyy hyvään saattohoitoon (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 31).

4 PALLIATIIVISEN HOIDON OPPAAN LAATIMINEN

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö etenee prosessimaisesti aiheanalyysistä eli hyvän aiheen valinnasta aina valmiiseen tuotokseen. Aiheanalyysissä on hyvä pohtia etukäteen, mitkä asiat alan opinnoissa kiinnostavat, mihin haluaa etsiä syvempää, uusinta tietoa. Tärkeää on, että aihe motivoi tekijöitä ja tukee ammatillisissa opinnoissa. Aiheen ajankohtaisuus ja toimeksiantajan kanssa tehtävä yhteistyö tuovat hyvän pohjan opinnäytetyölle. Aiheanalyysivaiheessa tulee valittavaksi kohderyhmä, jolle työ tehdään. Kohderyhmänä voi olla esimerkiksi erikäiset potilaat tai hoitohenkilökunta. Seuraava vaihe opinnäytetyössä on tehdä tarkka ja kattava toimintasuunnitelma, joka ohjaa työn tekemisessä. Toimintasuunnitelmaan kirjataan opinnäytetyön idea, tavoitteet ja tehdään myös aikataulusuunnitelma. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 23–40.)

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Työ voi olla osaamisalaan liittyvä ohjeistus, opas tai tapahtuman toteuttaminen, joiden toteutustapa voi olla esimerkiksi cd-levy, opas, kirja tai kansio. Opinnäytetyö sisältää toiminnallisen osuuden sekä kirjallisen raportoinnin tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ohjeistuksen lisäksi tulee perehtyä alan teorioihin ja tutkimustietoon. Työssä yhdistetään teoreettinen tieto ammatilliseen käytännön työhön. Aihealueen käsitteiden kriittinen analysointi kehittää oman alan ammattikulttuuria. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 41–42.) Opinnäytetyön raportista käy ilmi mitä, miksi ja miten työ on tehty sekä työn tulokset ja johtopäätökset. Valmiista opinnäytetyön raportista käy ilmi työn tekijöiden ammatillinen kasvu. Työn lukijat sekä toimeksiantaja voivat päätellä työhön tutustuttuaan, miten työssä on onnistuttu. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 65.)

4.2 Palliativisen hoidon oppaan tuotteistamisprosessi

Opas laaditaan selkeäksi ja informatiiviseksi, jotta esimerkiksi työyhteisöön uutena tullut työntekijä saa jo perehdytysvaiheessa selkeät toimintaohjeet elämän loppuvaiheen hyvään hoitotyöhön. Selkeydellä tarkoitetaan helposti ymmärrettävää ja helppolukuisuutta. (Vilkka & Airaksinen 2004, 51–53.) Opas on tutkittua tietoa koottuna selkeäksi asiakokonaisuudeksi (Jämsä & Manninen 2000, 54). Opasta elävöitetään kuvin, jotta saadaan mielenkiintoinen ja ajatuksia herättävä kokonaisuus (Salonen 2013, 25).

Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyi palliativisen hoidon opas Inarin kunnan eri hoitoyksiköihin. Oppaan teoriapohja koostui näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon. Päädyimme toiminnalliseen opinnäytetyöhön laitoshoidon johtajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Kehittämistarpeeksi nousi palliativisen hoidon oppaan laatiminen. Oppaan tavoitteena oli saada hoitotyöntekijöille apuväline laadukkaaseen palliativiseen hoitoon. Inarin kunnassa ei ollut palliativiseen hoitoon yhteneväisiä hoitokäytänteitä. Tästä syystä laadullisen tai määrällisen tutkimuksen tekeminen ei ollut vielä ajankohtainen. Kuvasimme opinnäytetyön prosessin etenemisen Salosen (2013, 16) konstruktivistista mallia mukailen.

4.2.1 Palliativisen hoidon oppaan aloitusvaihe

Opinnäytetyöprosessin voidaan ajatella etenevän lineaarisen-, spiraalimallin tai konstruktivistisen mallin mukaisesti. Konstruktivistisessa mallissa Salonen on yhdistänyt lineaarisen- ja spiraalimallin. Lineaarinen malli etenee selkeästi sisältäen aiheen tavoitteen määrittelyn, suunnittelun, toteutuksen, päättämisen ja arvioinnin. Linearisessa mallissa ei huomioida sosiaalisia muuttujia, joilla on usein vaikutusta prosessissa. Spiraalimallissa kehittämistyö on jatkuva aihepiirin kehä, jossa huomioidaan toimijoiden ideat, ajatukset ja muut työn etenemiseen vaikuttavat tekijät. Arviointia tapahtuu koko prosessin ajan. Salonen on yhdistänyt hyvät puolet lineaarisesta- ja spiraalimallista. Konstruktivistisessa mallissa korostuu yhteisöllinen ja osallistava näkökulma sekä opetuksellinen työote. Konstruktivistisen mallin vaiheet ovat aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, esi-

vaihe, työstövaihe, tarkistusvaihe, viimeistelyvaihe ja valmis tuotos. (Salonen 2013, 15–19.)

Opinnäytetyön liikkeelle paneva voima sisältää kehittämistarpeen, alustavan kehittämistehtävän sekä toimintaympäristön. Määritellään työn toimijat, heidän osallistuminen ja sitoutuminen työskentelyyn. Nämä edellä mainitut seikat linjaavat opinnäytetyön suunnan. (Salonen 2013, 17.) Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on ongelmien ja kehittämistarpeiden löytäminen. Palliatiivisesta hoidosta ei ole Inarin kunnassa tehty tutkimustöitä tai laajempaa kirjallisuuskatsausta. Hoitotyön kokemuksemme myötä palliatiivinen ja saattohoito ovat nousseet kokonaisvaltaisuutensa ja perhekeskeisyytensä vuoksi mielestämme merkittäväksi hoitotyön kehittämisen kohteeksi Inarin kunnan eri hoitoyksiköissä. Vuosien työkokemuksemme alalta on tuonut halun kehittää palliatiivista oirehoitoa moniammatillisesti yhä laadukkaammin.

Aloitusvaiheessa kävimme keskustelua laitoshoidon johtajan kanssa opinnäytetyön aiheesta. Tiedustelimme tilaajalta, mitä aihetta on hyvä lähteä tutkimaan ja kehittämään Inarin kunnassa. Halusimme tehdä sellaisen opinnäytetyön, jolla on vaikutusta työyhteisöihimme sekä oman oppimisen tukemiseen. Kehittämistarpeeksi nousi palliatiivisen hoidon oppaan laatiminen Inarin kunnan hoitoyksiköihin. Pohdimme, suorittammeko hoitoyksiköissä kyselyitä tai haastatteluita vai teemmekö aiheesta tutkimuksen. Laitoshoidon johtajan kanssa käydyn keskustelun pohjalta päädyimme tekemään oppaan ja sitä kautta toiminnallisen opinnäytetyön.

Opinnäytetyön aiheen selkiytyttyä pohdimme, miten lähdemme aihetta lähestymään ja rajaamaan. Olimme yhteydessä ohjaavaan opettajaan, toimitimme hänelle ideapaperin, johon kirjasimme opinnäytetyön aiheen nimen, tilaajan sekä työn tavoitteet ja menetelmät. Saimme aiheelle hyväksynnän myös ohjaavalta opettajalta. Työn ideointivaiheessa luimme aiheeseen liittyvää materiaalia. Tutustuimme toisten oppilaiden tekemiin opinnäytetöihin ja oppaisiin, oppaiden laadintaan, kirjallisuuteen, hoitotyön lehtiin, pro gradu -töihin sekä väitöskirjoihin aiheesta. Seurasimme palliatiivista ja saattohoitoa käsitteleviä ajankohtaisoh-

jelmia eri tiedotusvälineistä. Lisäksi kävimme Sairaanhoidtajaliiton ja Hyvä kuolema -hankkeen järjestämässä koulutuksessa, jonka aiheena oli saattohoito.

Mietimme opinnäytetyöllemme keskeisiä käsitteitä, jotka muodostavat työn teoreettisen viitekehyksen. Keskeisten käsitteiden määrittelemisen oli helppoa, koska olimme tutustuneet aihealueeseen hyvin etukäteen. Mietimme käsitteitä palliatiivisen moniammatillisen hoidon kannalta; Miten taataan potilaalle laadukas palliatiivinen hoito Inarin kunnan eri hoitoyksiköissä? Valitsimme työmme keskeisiksi käsitteiksi palliatiivinen hoito, saattohoito, hoitoyksiköt, moniammatillinen yhteistyö, kolmas sektori ja Inarin kunta. Käsitteiden määrää rajasimme pysyäksemme asettamissamme tavoitteissa. Rajauksen ulkopuolelle jätettiin monikulttuurillisuus palliatiivisessa hoidossa, omaisten näkemykset sekä erikäisten palliatiivinen hoitotyö.

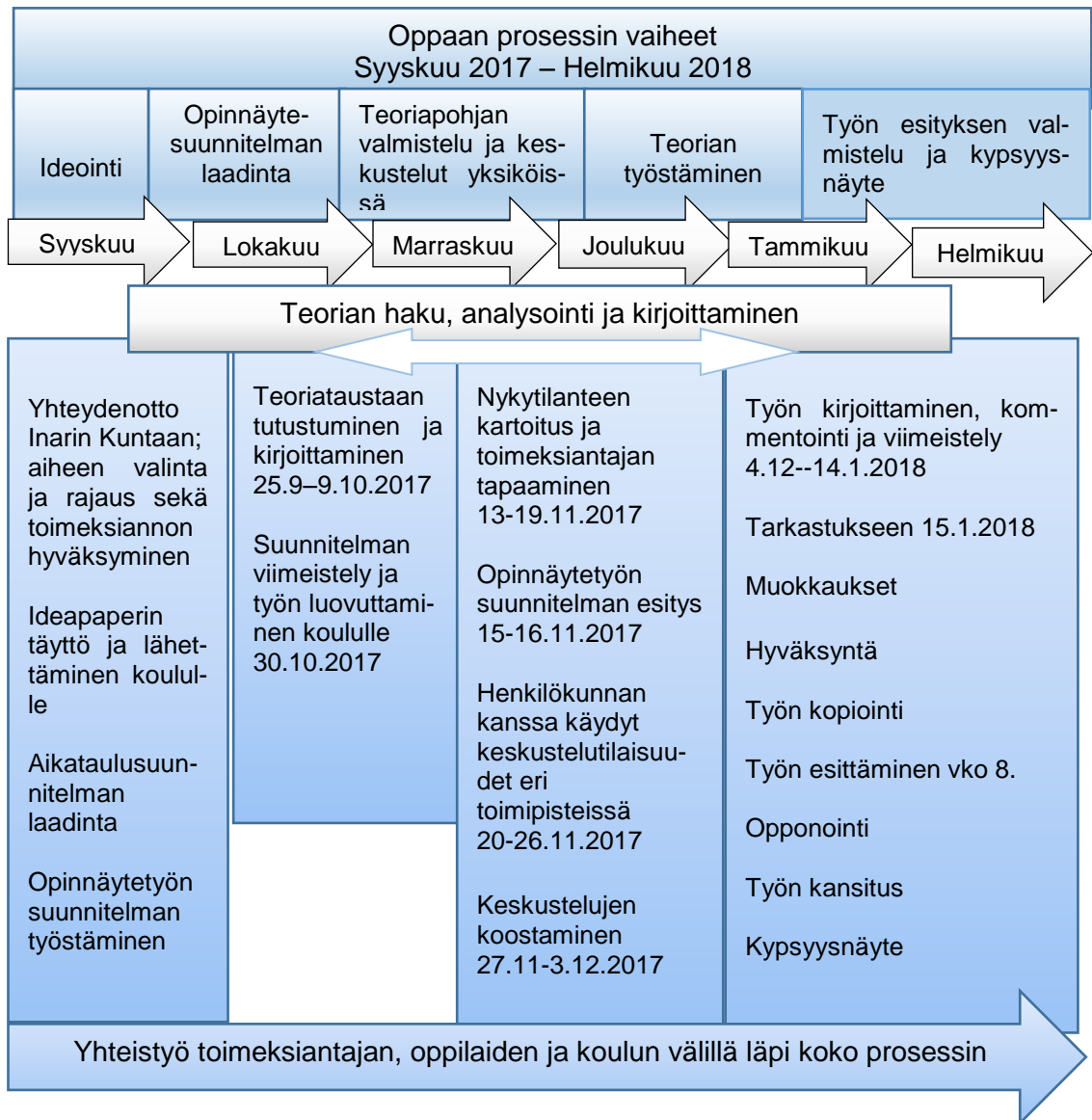
Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa palliatiivista ja saattohoitoa tulee saada kattavasti ja yhdenvertaisesti koko Suomessa. Alueelliset olosuhteet kuitenkin pitkät välimatkat tuovat haastetta suosituksen toteuttamiseen. (Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 2017.) Inari on Suomen laajin kunta (Kuvio 3.). Asukastiheys on maamme pienimpiä. Inarin kunnassa asuu 6830 ihmistä. Etäisyydet kunnan sisällä ovat suuria, pituus lounaasta koilliseen on 229 kilometriä ja leveys luoteesta kaakkoon 122 kilometriä. Inarin kunnan suurin taajama ja hallinnollinen keskus on Ivalo. Kunnassa käytetään suomenkielen rinnalla virallisesti kolmea eri saamenkieltä; pohjoissaame, inarinsaame ja kolttasaame. (Inarin kunta 2017c.)



Kuvio 3. Inarin kunta (Inarin kunta 2017d)

4.2.2 Palliativisen hoidon oppaan suunnitteluvaihe ja esivaihe

Suunnitteluvaiheessa tehdään kirjallinen opinnäytetyön suunnitelma (Kuvio 4.). Hyvä suunnitelma sisältää kaikki suunnitteluvaiheen kohdat, tutkimusmenetelmät, tekijät, tavoitteet, aikataulutuksen ja tiedonhankintamenetelmät. Mitä tarkemmin suunnitelma tehdään, sitä helpompi jatkossa on edetä opinnäytetyön teossa. (Salonen 2013, 17.)



Kuvio 4. Palliativisen oppaan prosessi

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa teimme kirjallisen toimeksiantosopimuksen Inarin kunnan laitoshoidon johtajan kanssa, jossa sitouduimme rajattuun aiheeseen. Avainasemassa on avoin keskusteleva kulttuuri sekä kaikkien tahojen

sitoutuminen työn tekemiseen ja sen tavoitteeseen, jotta yhteinen näkemys muodostuu (Suhonen & Paasivaara 2010, 130). Opinnäytetyön tekeminen perustui keskinäiseen luottamukseen siitä, että osapuolet olivat tietoisia työn tekemisestä ja etenemisestä sovitun aikataulun mukaan. Opinnäytetyön ja oppaan teoreettinen tietoperusta pohjautui näyttöön ja tutkittuun tietoon. Suunnitteluvaiheessa tehtiin opinnäytetyön suunnitelma. Tähän suunnitelmaan kirjattiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet, työn eri vaiheet, aikataulut sekä toimintaympäristöt.

Sosiaali- ja terveystieteiden ohjeiden tavoitteena on ohjeistaa viestin vastaanottajaa. Tekstityyliksi tulee valita asiatyyli, jolloin teksti avautuu selkeästi lukijalle. Jäsennely ja otsikoiden muotoilu selkeyttävät tekstiä. (Jämsä & Manninen 2000, 56–57.) Esivaihe tarkoittaa suunnitteluvaiheen lukemista sekä tulevan opinnäytetyön organisointia (Salonen 2013, 17). Opinnäytetyönsuunnitelmaan kirjasimme alustavaa teoriapohjaa viitekehikseksi, etsimme aiheeseemme ajankohtaisia lähteitä aikaisemmin määriteltujen avainsanojen pohjalta. Kirjasimme suunnitelmaan työmme tarkoituksen ja tavoitteet. Opinnäytetyön suunnitelman seminaarissa saimme ohjaavalta opettajalta vielä ohjeistuksen työn tarkoituksen ja tavoitteiden selkeyttämiseen. Päivitimme työhömmä opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet. Tämä muutos osaltaan auttoi meitä työn etenemiseen.

4.2.3 Palliatiivisen hoidon oppaan työstövaihe

Työstövaihe on toiseksi tärkein vaihe suunnitteluvaiheen jälkeen. Tässä vaiheessa työtä tehdään päivittäin tavoitetta ja tuotosta kohti. Vaiheen aikana ammatillisuus kasvaa, siinä korostuu oppaan tekijöiden roolit, vastuu ja sitoutuminen työhön. Tässä vaiheessa valitaan tutkimusmenetelmät, materiaalit ja aineisto. Työssä korostuu vuorovaikutustaidot, keskeneräisyyden hyväksyminen sekä itsenäisyys ja vastuullisuus. Työstövaiheessa tarvitaan ulkopuolista ohjausta ja ohjauksen merkitys korostuu. Palautteen saaminen ohjaa työtä eteenpäin. (Salonen 2013, 18.)

Luimme työn tekemiseen liittyvää teoriapohjaa, näin varmensimme teoria tiedon kaikille. Työn edetessä tämä auttoi meitä vertaistukeen ja vuorovaikutukseen,

kaikki tekijät tiesivät mistä puhuttiin. Teoriapohjan lukemisen jälkeen aloitimme viitekehysten kirjoittamisen. Toisen kirjoittajan työpanosta arvostettiin ja annettiin tilaa ideoille ja ajatuksille. Teimme jatkuvaa arviointia omasta kirjoittamisesta myös eettisestä näkökulmasta. Tämä vaihe syvensi ammatillista tietoperustamme.

Loimme toimeksiantajaan hyvän vuorovaikutussuhteen. Opinnäytetyösuunnitelman pohjalta kävimme keskustelun toimeksiantajan Inarin kunnan laitoshoidon johtaja Seppäsen ja avohoidon johtaja Laitin kanssa. Tarkistimme, olemmeko ymmärtäneet tehtävänannon oikein ja mitä he työntilajana haluavat meidän vielä oppaassa tuovan esille. Toimeksiantajat toivat uudelleen vielä esille, että käymme keskustelemassa työstämme eri hoitoyksiköissä.

Kävimme kuulemassa hoitajien ajatuksia aiheestamme Inarin kunnan hoitoyksiköissä, joissa hoidetaan palliatiivista ja saattohoitoa tarvitsevia potilaita. Vierailimme eri hoitoyksiköissä marraskuun aikana. Keskustelut olivat hyvin antoisia ja hoitajilla on paljon hiljaista tietoa. Keskusteluista saimme ideoita palliatiivisen hoidon oppaaseen. Hoitoyksiköissä vierailujen rinnalla kirjoitimme samalla työmme teoreettista viitekehystä.

Työpaikoilla tapahtuneista käynneistä saimme varmuutta työn tekemiseen ja sen tarpeellisuuteen. Samalla saimme eri hoitoyksiköihin tiedon työstämme ja näin oppaan valmistuttua sitä oli luonnollisempaa jalkauttaa näihin yksiköihin. Konstruktivistista mallia hyödyntäen liitimme oppaaseen hoitotyön asiantuntijoilta saamaamme tietoa ja palautetta sekä näyttöön perustuvaa tutkittua teoretietoa.

Haimme opinnäytetyömme tekemiseen ohjaavalta opettajalta neuvoja ja ohjeistusta. Suunnitteluvaiheessa saimme hyvät suuntaviivat varsinaisen työn tekemiseen. Saamamme ohjaus selkeytti työtämme prosessin eri vaiheissa. Teoriavaiheen työstämisen kohdalla oli tärkeä saada työ opettajan arviointiin. Työ oli edennyt jatkuvan kehittämisen mallin mukaan. Tällä tarkoitamme jatkuvaa kehää työn etenemisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta, tarkistamisesta ja

jälleen tekstin muokkaamisesta. Jatkuva työn arviointi ja kehittäminen palkitsee lopulta tekijät tavoitteen saavuttamisessa.

4.2.4 Palliativisen hoidon oppaan tarkistusvaihe

Tarkistusvaiheessa arviointia tapahtuu jatkuvasti, kuten myös kaikissa aiemmissa vaiheissa. Toimijat arvioivat työtään ja palauttavat sen tarvittaessa takaisin työstövaiheeseen. Mikäli toimijoiden mukaan työ on valmis, voidaan siirtyä viimeistelyvaiheeseen. (Salonen 2013, 18.)

Työmme eteni hyvin aikataulutuksen mukaan. Opinnäytetyön kirjoituksessa pidettiin taukoja. Myös kirjoittajat pyrkivät lukemaan työtä ja opasta ulkopuolisen silmin. Aina emme saaneet tekstiä muokattua tapaamisilla, kävimme aiheeseen liittyvää keskustelua. Nämä keskustelut varmasti osaltaan auttoivat meitä työn tekemisessä. Opinnäytetyön tekemiseen voi sokaistua ja olemme pyrkineet aikataulussa huomioimaan tämän seikan.

4.2.5 Palliativisen hoidon oppaan viimeistelyvaihe ja valmis tuotos

Viimeistelyvaihe on vaativa vaihe ja voi kestää yllättävän kauan. Tässä vaiheessa on viimeisteltävä opinnäytetyö ja tuotos. Toimijat vastaavat työn viimeistelystä, myös toimeksiantajaa voidaan tässä vaiheessa hyödyntää työn tarkastamisessa. Ulkopuolisiakin voi käyttää työn lukijana. (Salonen 2013, 18.) Olemme käyttäneet opinnäytetyön ulkopuolisia hoitotyöntekijöitä sekä ei hoitotyössä toimivia työn lukemisessa. Saimme heiltä hyviä vinkkejä mihin työn osaan vielä tarvitsee kiinnittää huomiota.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyy yleensä konkreettinen tuotos esimerkiksi opas, toimintapäivä tai kansio. Tässä on toiminnallisen opinnäytetyön ero tutkimukselliseen opinnäytetyöhön, jonka tavoite on tutkimuksen tekeminen. Valmiin tuotoksen esittely ja julkaiseminen kuuluvat työn päätösvaiheeseen. (Salonen 2013, 19.) Teimme oppaasta helppolukuisen, tiiviin kokonaisuuden. Pitkä työkokemuksemme hoitoalalta antaa näkemystä oppaan laatimiseen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia palliativisen hoidon opas Inarin kuntaan. Aihevalinta oli ajankohtainen ja onnistunut. Tavoitteenamme oli tehdä oppaasta informatiivinen, selkeä ja helppolukuinen. Oppaan valokuvat oli koottu tekijöiden ottamista kuvista. Koimme onnistuneemme tässä tavoitteessa. Potilaan oireenmukaisen ja oikea aikaisen hoidon tärkeys kokonaisvaltaisessa hoidossa toi esille koulutustarpeen kaikissa terveydenhuollon ammattiryhmissä. Moniammatillisuuden merkitys korostui potilaan ja omaisten kohtaamisessa sekä hoidossa.

Opinnäytetyö esitetään helmikuussa 2018 Lapin ammattikorkeakoulun seminaaripäivänä. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen valmis työ annetaan julkaistavaksi. Toimitamme valmiin oppaan sekä kirjallisessa ja sähköisessä muodossa Inarin kunnan eri hoitoyksiköihin. Hoitoyksiköt voivat tulevaisuudessa päivittää opasta. Toimeksiantajan kanssa sovimme erikseen oppaan esittämistilaisuudesta.

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön teoriapohja on luotu perustuen uusimpaan tutkittuun tietoon. Työ on tällä hetkellä valtakunnallisesti ajankohtainen. Eettiset näkökohdat tulee huomioida opinnäytetyössä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Tiedon keruussa, esittämisessä ja arvioinnissa on noudatettu yleistä huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä, kuten Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen teoksesaan painottavat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223). Palliatiivisen ja saattohoidon eettisyys ilmenee elämän kunnioittamisena, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden säilyttämisenä, oikeudenmukaisuutena, oireenmukaisena hoitamisena sekä kärsimyksen lievittämisenä (Saarni 2015, 603–605).

Sairaanhoitajaliiton eettisten ohjeiden mukaan hoitaja huolehtii ammatin sisällön kehittämisestä. Hoitoyhteisö tukee moraalista ja eettistä kehitystä sekä valvoo, että hoitajilla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan avoin vuorovaikutus ja luottamus perustuvat hoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen. Hoitaja luo hoitokulttuurin, jossa potilas kohdataan oikeudenmukaisesti arvokkaana ihmisenä huomioiden potilaan arvot, vakaumuksen ja tavat, riippumatta potilaan kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoitajaliitto 2017.) Yllä mainitut eettiset ohjeet olivat perusta tälle kirjalliselle työlle ja op-
paalle. Eettiset ohjeet ohjaavat meitä edelleen kliinisessä hoitotyön tekemisessä. Oppaan kautta edistämme hoitotyön kehittymistä.

Suomessa on käytössä vain muutamia palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden tekemiä tuoreita teoksia, mikä vaikutti mahdollisuuteen tarkastella opinnäytetyötä eri näkökulmista. Kansainvälisesti katsottuna palliatiivinen hoito on laajemmin tutkittua. Rajasimme työmme teoriapohjan pääsääntöisesti kotimaisiin tutkimuksiin aiheesta ja asiantuntijoiden tekemään kirjallisuuteen, jotta pysymme aikataulusuunnitelmassa.

Työssämme olemme pitäneet tärkeänä, että käyttämämme aineisto oli ajankoh-
taista ja näyttöön perustuvaa tietoa. Erikoisasiantuntijana tunnustetun ja alal-
laan tunnetun tekijän tuoreimmat teokset ovat luotettavia valintoja (Vilkka & Ai-
raksinen 2004, 72). Hoitoyksiköissä keskustelutilaisuuksiin osallistuivat pää-
sääntöisesti työvuoroissa olleet hoitajat. Keskusteluun osallistuminen oli vapaa-
ehtoista. Kirjasimme keskusteluista nousevia ideoita vapaamuotoisesti paperil-
le, jotta keskusteluissa säilyi hyvä vuorovaikutus hoitotyöntekijöiden kanssa.
Meille oli ehdottoman tärkeää, että keskusteluun osallistuneiden henkilöllisyys
tai hoitoyksikkö pysyivät salassa. Eettisyyteen kuuluu myös, että opinnäytetyötä
aloitettaessa tehdään toimeksiantajan kanssa toimeksiantosopimus, joka osal-
taan toi työhömmme luotettavuutta.

Luotettavuus ja eettisyys ovat sidoksissa toisiinsa. Tuotteistamisprosessin
selkeällä kuvauksella on merkitystä kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden
arvioimisessa. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen &
Liikainen 2013, 291–301.) Luotettavuutta lisää rehellisyys sekä vilpittömyys,
näiden merkitys korostuu käytäessä läpi toisten tutkimuksia sekä kirjallisuutta
(Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25-26).

Opas on suunniteltu palvelemaan hoitajien tarpeita, jotka työskentelevät
palliativisessa hoidossa olevien potilaiden kanssa. Hoitohenkilökuntaa
tiedotettiin oppaan tekemisestä keskustelutilanteissa. Kiinnitimme huomiota
aiheen herkkyyteen ja kunnioitimme luottamuksellisia suhteita sekä
vaitiolovelvollisuutta opinnäytetyötä tehdessämme.

Opasta oli tekemässä kolme alan ammattilaista, joka osaltaan tuo luotettavuutta
työhömmme. Perusta oli luotu jo ennen tämän työn aloitusta ja luotettavuutta
lisäsi tekijöiden kiinnostus aiheeseen sekä henkilökohtainen lähestymistapa
työtä kohtaan. Luotettavuutta lisää tarkasti kuvatut projektin vaiheet,
onnistumiset, ongelmat ja itsearviointi. Työn ulkopuolisten lukijoiden antamat
kriittiset arviot ja korjausehdotukset, joita saimme sekä hoitotyöntekijöiltä että
muiden ammattiryhmien edustajilta lisäävät osaltaan luotettavuutta. Nämä arviot
herättivät huomioimaan oppaan tekemistä jälleen eri perspektiivistä.

Opas kattaa laajasti palliatiivisen hoidon ja palvelee juuri sitä tehtävää, johon se on tarkoitettu. Oppaan vahvistettavuus perustuu useisiin lähteisiin. Lähteiden merkitsemiseen ja lähdeluettelon oikeellisuuteen on kiinnitetty huomiota ja se on tehty huolellisesti. Opas on yleistettävissä myös Inarin kunnan ulkopuolella palliatiivista hoitoa antavissa yksiköissä. Mielestämme lopputulos on hyvä ja selkeä. Opas on ajallisesti kestävä ja sen perustiedot eivät vanhene.

5.2 Oman ammatillisen kasvun tukeminen

Opinnäytetyössä olemme selvittäneet kokonaisvaltaisesti palliatiivista ja saattohoitoa sekä hoitotyön auttamismenetelmiä. Prosessin aikana olemme kehittäneet omaa ammattitaitoa huomasti kohti asiantuntijuutta. Osa tiedoista on ollut tuttua, näiltä osin tiedon ymmärrys on syventynyt. Työpaikkakäynneillä kävimme teoriaa suullisesti läpi, aiheesta oli runko puheen tueksi. Olemme saaneet runsaasti uutta tietoa aihetta tutkiessa. On ollut hyvä huomata, kuinka tärkeäksi osaksi myös valtakunnallisesti palliatiivinen hoito on otettu kaiken sote:n kehittämisen rinnalla. Uutena asiana meille on tullut palliatiivisen hoidon A, B, C -luokitus, aktiivisen fysioterapian antaminen saattohoitopotilaan hoidossakin ja moniammatillisuuden tärkeys. Näihin meidän tulee varmasti hoitotyössä kiinnittää vielä enemmän huomiota samoin kuin resurssien huomioimiseen.

Opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa olemme saaneet hyvää harjaannusta järjestelmällisyydestä, suunnitelmallisuudesta sekä priorisoinnista. Mielestämme olemme päässeet hyvin tavoitteeseemme. Koemme, että ryhmän oma hyvä paine on osaltaan ryhdittänyt työtämme. Opinnäytetyön tekemisen aikana kiinnitimme huomiota Käypä hoito – ohjeistukseen. Kuolevan potilaan hoito-osuuteen on kirjoitettu sekä palliatiivista hoitoa, saattohoitoa että kuoleman jälkeistä hoitoa koskevia ohjeita. Meistä palliatiivisen hoidon käsitteissä ja niiden käytössä on kehitettävää. Palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä ei vielä voida puhua kuolevan potilaan hoidosta. Tämä tuntuu pahalta potilaasta, hänen omaisistaan ja meistä hoitajista. Mielestämme tämä antaa väärän kuvan palliatiivisesta hoidosta. Aiemmin palliatiivinen hoito käsitettiin pelkästään syövän oireenmukaiseksi hoidoksi. Nykyisin käsite palliatiivisesta hoidosta on liukuvampi. Esimerkiksi hoitoyksikössä asuvalla muistisairaalla ikäihmisellä, jolla on vielä elinaikaa jäljellä,

ei vielä palliatiivisessa vaiheessa voida puhua kuolevan potilaan hoidosta. Eri lähteissä on käsitteiden ristiriitaa ja päällekkäisyyttä. Esimerkkinä saattohoito on yläkäsitteenä koko palliatiiviselle hoidolle. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia, kun taas saattohoito määritellään ajaksi juuri ennen kuolemaa ja kuoleman jälkeiseksi hoidoksi.

Kuntien taloustilanne ja tulevat muutokset sote-uudistuksen myötä edellyttävät kehittämään säästöratkaisuja eri hoitomalleihin. Turhat hoitojen päällekkäisyydet, jouhevat hoitoketjut ja moniammatillisuus ovat avainasemassa hoitotyötä kehitettäessä. Kotiin vietävän saattohoidon kehittäminen tuo säästöjä pitkällä aikavälillä. Saattohoidon viimeiset ajat pyritään saamaan mahdollisimman kivuttomiksi ja laadukkaiksi. Saattohoidon suuria ja merkittäviä kuluja muodostuu viimeisillä viikolla potilaan siirtämisestä ja lähettämisestä päivystykseen tai sairaalan.

5.3 Jatkotyöskentely

Palliatiivisen hoidon opasta voidaan hyödyntää saattohoitoa kehitettäessä Inarin kunnassa. Opas auttaa hoitoyksiköitä tahoillaan kehittämään oman yksikkönsä laadukasta palliatiivista hoitotyötä. Valtakunnallisestikin Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kehittämistarpeissa (2017) on kehittämisen kohteina osaaminen, laatu ja koulutus. Palliatiivisen ja saattohoidon moniammatillisen työryhmän kouluttamisella, olemassa olevien resurssien oikein kohdentamisella sekä kustannustehokkaalla ajattelutavalla voimme vaikuttaa saattohoidon laadukkaaseen toteuttamiseen.

Inarin kunnassa saattohoitotyöryhmä on vasta nimetty. Työryhmän aloituskoontumista ei ollut tämän opinnäytetyön prosessin aikana, joten emme voineet tehdä yhteistyötä ryhmän kanssa. Toivomme, että tulevaisuudessa saamme tehdä yhteistyötä ryhmän kanssa omaa ammatillisuutta kehittäen. Tulevaisuudessa toivomme saattohoitoa toteutettavan potilaan toivomassa ympäristössä, jossa potilasta hoidetaan moniammatillisena työryhmänä ja jossa potilas saa olla omaistensa ympäröimänä viimeiset hetket. Potilastyössä hyödynnetään kolmannen sektorin toimijat.

Nykytilanne huomioiden Suomessa elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana 70 – 80 prosenttia vanhuksista siirtyy kodistaan tai tehostetun palveluasumisen yksiköstä terveyskeskuksen vuodeosastolle (Suositus: Saattohoitoa ja palliativista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 190/2017). Jatkotutkimuksena on mielenkiintoista selvittää, miten palliativinen hoito toteutuu muutamana vuoden kuluttua Inarin kunnassa. Saattohoidon toteutumisen tutkiminen omaisten näkökulmasta antaisi vertailukohteen ja tärkeää tietoa hoitotyön kehittämiseen. Hoitajien työhyvinvoinnin ja työssäjaksamisen kartoitus tulevaisuudessa on yksi tärkeä tutkimuksen kohde.

Toimitamme valmiin oppaan sekä kirjallisessa että sähköisessä muodossa Inarin kunnan eri hoitoyksiköihin. Hoitoyksiköt voivat tulevaisuudessa päivittää opasta. Toimeksiantajan kanssa sovimme erikseen oppaan esittämistilaisuudesta.

LÄHTEET

Aalto, K. & Gothóni, R. 2009. Ihmisen lähellä, hengellisyys hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Ahlström, L. & Hänninen, J. 2004. Saattohoito kotona. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 317-322.

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973.

Blomqvist, H. & Immonen, H. 2014. Hoitajien tietoperusta palliatiivisesta hoidosta ja sen vertaaminen Käypä hoito- suositukseen tehostetussa kotihoidossa. Metropolian ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Erhola, M. 2016. Luonnollinen ja arvokas kuolema. Potilaan lääkärilehti 11.11.2017. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakarin-aani/luonnollinen-ja-arvokas-kuolema/>

Erikoissaraanhoitolaki 1062/1989.

Erjanti, H., Anttonen, M. & Grönlund, A. 2014. Palliatiivisen ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Fioca 2014:13.

ETENE- julkaisuja 4.2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. painos. Helsinki: Edita.

Hagelberg, N. & Heiskanen, T. 2015. Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisen mekanismin mukaan. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 47-48.

Haho, A. 2011. Teoksessa E. Grönlund & A. Huhtinen Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita, 16-18.

Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo, A-M. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 51-53.

Hietanen, P. 2004. Sairauden vaikutus ihmissuhteisiin – perhe, parisuhde, ystävyssuhteet. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 227-230.

Hietanen, P. 2015a. Ennusteen kertominen potilaalle. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 245-247.

Hietanen, P. 2015b. Vuorovaikutus omaisten kanssa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 247-248.

Higginson, I. 2004. Right and options. Teoksessa E. Davies & I. Higginson (toim.) The solid facts palliative care. Italy: WHO, 16-17.

Hillilä, M. 2015. Ummetus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 143-146.

Hirvonen, O. & Pöyhiä, R. 2016. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös- Uskallanko ottaa puheeksi. Duodecim 9/2016, 132: 844-9. Viitattu 6.11.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/9/duo13107>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. 1.painos. Jyväskylä: Duodecim.

Hänninen, J. 2004. Iho-oireet. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 128-136.

Hänninen, J. 2012. Eutanasia. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2013. Saattohoito tänään. Teoksessa K. Aalto (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 27-29, 38.

Hänninen, J. 2015a. Ennusteen arviointi palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 37-38.

Hänninen, J. 2015b. Oireiden arviointi palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 34-35.

Hänninen, J. 2015c. Oireiden arviointi saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 258-259.

Hänninen, J. 2015d. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 32-34.

Hänninen, J. 2015e. Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 10-11.

Hänninen, J. 2015f. Saattohoitoa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 256-258.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari, sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Hänninen, J. & Pöyhiä, R. 2015. Väsymyksen yleisyys ja mekanismit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 156-157.

Inarin kunta 2017a, Laitoshoito ja asumispalvelut. Viitattu 25.9.2017
<http://www.inari.fi/fi/palvelut/sosiaali-ja-terveyspalvelut/laitoshoito-ja-asumispalvelut.html>

Inarin kunta 2017b. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 25.9.2017
<http://www.inari.fi/fi/palvelut/sosiaali-ja-terveyspalvelut.html>

Inarin kunta 2017c. Viestintämateriaalia. Viitattu 25.9.2017
<http://www.inari.fi/fi/inari-info/viestintamateriaalia/inarin-kunnan-powerpoint-esitys.html>

Inarin kunta 2017d. Viestintämateriaalia-Kartat. Viitattu 25.9.2017
<http://www.inari.fi/fi/inari-info/viestintamateriaalia/kartat.html>

Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste-moniammattillinen yhteistyö. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen Enemmän yhdessä-moniammattillinen yhteistyö. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Isoherranen, K. 2015. Kutina. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 183-184.

Janes, R. 2015. Deliriumin hoidon periaatteet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 171-172.

Juhela, P. 2015. Perheen haasteet palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 280-284.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kallio, M. 2015. Keskushermosto-oireet palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 175.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, J. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25, 291 - 301. Viitattu 27.12.2017. WWW-dokumentti. <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen–Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kipu 2017. Käypä hoito. 22.8.2017. Duodecim. Viitattu 1.12.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Konttinen, E. 2017. Kolmas sektori. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Viitattu 26.11.2017 <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori>

Koponen, M. & Suhonen, L. 2015. Fysioterapia moniammatillisessa palliatiivisessa työryhmässä. Teoksessa H. Myller (toim.) Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa-Inhimillisesti potilaan parhaaksi. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 54 – 57.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 4/2013, 129(4):440-5, Viitattu 6.12.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2016. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Viitattu 15.11.2017 <https://www.kaksineuvoinen.fi/wp-content/uploads/2017/01/EI%C3%A4m%C3%A4n-loppuvaiheen-hyv%C3%A4-hoito-oikea-versio-uusittu-liite-5-viimeisin.pdf>

Kömi, A. & Hänninen, J. 2015. Lymfaturvotus ja sen hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 187-188.

Laki ihmisen elimien ja kudosten lääketieteellisestä käytöstä, Kuoleman määrittelmä 101/2001, 21§.

Laki kuolemansyyn selvittämisestä 495/1973.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.

Lehto, J. 2015a. Hoitolinjauksen teko ja sen merkitys. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 11-12.

Lehto, J. 2015b. Pitkälle edenneen sairauden hoitosuunnitelma. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 13-14.

Lehto, J. & Pöyhiä, R. 2015. Hengenahdistus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 92-94.

Maistraatti 2017. Edunvalvontavaltuutus. Viitattu 10.10.2017
<https://www.maistraatti.fi/fi/Palvelut/holhoustoimi/Edunvalvontavaltuutus/>

Nurminen, R. 2008. Erilaisia näkökulmia moniammatilliseen yhteistyöhön. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen Enemmän yhdessä-moniammatillinen yhteistyö. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Palm, A. & Lipponen, T. 2017. Saattohoito. Lapin AMK. Skhole –kurssit. Viitattu 10.10.2017. <https://app.skhole.fi/luennot/saattohoidon-eettinen-ja-juridinen-tausta/>

Pennanen, P. 2008. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon säädösten näkökulmasta. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen Enemmän yhdessä-moniammatillinen yhteistyö. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Potilasvahinkolaki 585/1986.

Poukka, P. 2015. Kotisaattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 577-580.

Poukka, P. & Korhonen, T. 2015. Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 259-260.

Psyykkiset oireet 2012. Käypä hoito. 28.11.2012. Duodecim. Viitattu 5.10.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#s21>

Pöyhiä, R. 2015. Kakeksia. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 163-165.

Pöyhiä, R. & Hänninen, J. 2015. Kuivumisen oireet ja mekanismit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 159-161.

Rahko Eeva <http://slideplayer.fi/slide/2714252/>

Rahko, E. & Koskela, R. 2015. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 132-134.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Saarni, S. 2015. Lääkärin etiikan peruseriaatteet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 603-605.

Saarto, T. 2015a. Kolmiportainen palliatiivisen hoidon malli. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 573-577.

Saarto, T. 2015b. Nielemisvaikeus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 115-116.

Saarto, T. 2015c. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 10.

Saarto, T. 2015d. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 10.

Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoidajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Sairaanhoidajaliitto 2017. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 20.12.2017 <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>

Sallinen, K. & Tolvanen, E. 2011. Kuolema riisuu myös saattajan. Opas sairaanhoidajaopiskelijalle kuolevan potilaan kohtaamisesta. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.1.2018 <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38102/Valmis%20oppari.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Salmi, T. 2014. Kolmannen sektorin toiminta-alue laajenee. Potilaan lääkrilehti 9.9.2014. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kolmannen-sektorin-toiminta-alue-laajenee/>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen oppinäytetyöhön. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sarkomaa, S. 2017. Saattohoito ei saa jäädä soten jalkoihin. Kotimaa 11.8.2017. Viitattu 25.9.2017 <http://www.sarisarkomaa.fi/?p=6405>

Seppälä, H-R 2011. Sosiaali- ja terveysjärjestöt osana julkista palvelujärjestelmää. Tampereen yliopisto. Porin yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

Sipola, V. 2013. Kuolevan sielunhoito. Teoksessa K. Aalto (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 41.

Suhonen, M. & Paasivaara, L. 2010. Inhimilliset voimavarat projekteissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 47/2010, 123-135.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 190/2017. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tirkkonen, S. 2017. Vapaaehtoistyö syöpää sairastavien saattohoidossa – vapaaehtoisten näkemyksiä omasta roolistaan ja asemastaan. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Ummetus 2016. Terveyskirjasto 19.4.2016. Duodecim. Viitattu 11.10.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092&p_haku_sana=ummetus

Vainio, A. 2004. Palliatiivisen hoidon kansainvälinen kehitys. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 43-49.

Valtioneuvoston asetus ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 594/2001.

Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta 667/2009.

Valvira 2017. Hoitotahto. Viitattu 10.10.2017 http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto
<https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto> 10.10.2017

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2., painos. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1.

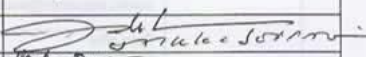
LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Inarin kunta/Laitoshoito		
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Laitoshoiton johtaja Jaakko Seppänen Puh: 040-5189059 jaakko.seppanen@inari.fi		
	Työn aihe Palliativinen- ja saattohoito		
Tekijä	Nimi Kaisaniemi Anne Nykänen Outi Temisevä Marika		Opiskelijanumero
	Katuosoite Petsamontie Sudentie Tahkotörmäntie	Postinumero 99800 99800 99800	Postitoimipaikka Ivalo Ivalo Ivalo
	Puhelin 050-4063399 040-7769002 0400-862610	Sähköpostiosoite anne.kaisaniemi@edu.lapinamk.fi outi.nykanen@edu.lapinamk.fi marika.temiseva@edu.lapinamk.fi	
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidaja AMK Terveystieteiden AMK Sairaanhoidaja AMK	Ryhmätunnus R72H16S R72T17S R72H17S	
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Susanna Kantola		Tehtävänimike
	Toimipaikka ja osoite Lapin AMK/Rovaniemi		
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
Toimeksiantosopimuksen ehdot			
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmaaililla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tuleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Palkka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Ivalossa 10.10.2017	
Tekijä	Okku Kaimakari, Outi Nykänen Anne Kananen	Okku Kaimakari Anne Kananen Matti Lemselä
Lapin AMK	22.10.2018	Summa Kanher