



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAATTOHOITOPOTILAAN RAVITSEMUS, SUUNHOITO JA HENGITYSVAIKEUDET

Digitaalinen itseopiskelumateriaali henkilöstökoulutuksessa palvelutalojen hoivatyöntekijöille

Jonna Lehtoranta

Jessika Villgren

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

LEHTORANTA, JONNA & VILLGREN, JESSIKA:

Saattohoitopotilaan ravitseminen, suunhoito ja hengitysvaikeudet
Digitaalinen itseopiskelumateriaali henkilöstökoulutuksessa palvelutalojen hoivatyöntekijöille

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Huhtikuu 2018

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui Tampereen ammattikorkeakoulun esiin nostama aihe tuottaa palvelutaloihin itseopiskelumateriaalia saattohoidon erityispiirteistä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa palvelutalojen hoivahenkilöstölle materiaalia saattohoitopotilaan ravitsemuksesta, suun hoidosta ja hengitysvaikeuksista. Materiaali tuli mobiilikäyttöiselle digitaaliselle alustalle ja opinnäytetyö oli osa DIKI-hankkeen PALKO-sovellusta (palveluasumisen laadun kehittämisen oppimisympäristö hoivahenkilöstölle). Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa interaktiivista, selkeää, visuaalista ja eettisesti herättelevää, mutta samalla tieteelliseen tietoon perustuvaa materiaalia saattohoitopotilaan ravitsemuksesta, suun hoidosta ja hengitysvaikeuksista. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millaisia ongelmia saattohoitopotilaalla on suussa ja miten niitä voidaan hoitaa, tutkia ravitsemuksen merkitystä saattohoitovaiheessa ja selvittää millaisia hengitysvaikeuksia kuolevalla potilaalla ilmenee. Opinnäytetyö oli toteutukseltaan toiminnallinen. Se koostui raportista ja tuotoksesta. Tuotos sisälsi kolme itseopiskeluun soveltuvaa materiaali-pakettia, jotka siirrettiin PALKO-sovelluksen mobiilikäyttöiselle digitaaliselle alustalle palvelutalojen hoivatyöntekijöiden käyttöön.

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat olivat saattohoitopotilaan ravitseminen, suunhoito ja hengitysvaikeudet. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä olivat saattohoito, palveluasuminen, suunhoito, ravitseminen ja hengitysvaikeudet. Itseopiskeluun tarkoitetut materiaali-paketit koostuvat teorian pohjalta rakennetuista opetusvideoista, monivalintakysymyksistä, oikein-väärin -väittämistä, kuvista, pohdintaosuuksista ja kuvitteellisista potilastapahtumista.

Opinnäytetyöprosessin aikana muodostuneita kehittämissuhteita ovat vieläkin syvällisempi perehtyminen aiheeseen. Materiaali-paketeissa aiheesta toiseen siirtyminen voisi olla parempaa ja vinkkejä hengitysvaikeuksien ja ruokahaluttomuuden hoitoon olisi voitu tuoda vielä vahvemmin esille. Jatkotutkimuksina aiheesta voitaisiin tutkia haastatteluilla omaisten henkilökohtaisia kokemuksia saattohoidosta, hoidon toteuttamisesta, sekä hoitohenkilökunnan ja omaisten välisestä yhteistyöstä. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia kuinka palvelukotien saattohoidettavat asukkaat itse kokevat suunhoidon, ravitsemuksen ja hengitysvaikeuksien hoidon toteutuvan, ja millaista he haluaisivat hoidon olevan.

Asiasanat: saattohoito, ravitseminen, hengitysvaikeudet, suunhoito, palveluasuminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

LEHTORANTA, JONNA & VILGREN, JESSIKA:
Terminally Ill Patients: Nutrition, Mouth Care and Breathing Difficulties
Digital Self- Learning Materials for Healthcare Staff in Supported living Facilities

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 2 pages
April 2018

This study was motivated by a need identified by the Tampere University of Applied Sciences to produce self-learning materials covering some of the special characteristics of palliative care. The aim of the study was to collate learning materials for social and health care staff working with terminally ill patients in supported living facilities. The particular areas covered by the learning materials included information on nutritional care, mouth care and breathing difficulties experienced by terminally ill patients. The aim was to produce material that was in line with the current scientific research on palliative care while making the learning material interactive, clear, visually stimulating and sensitive to ethical matters.

This study contains an explanation of the theoretical framework used, a report and the actual learning materials. The theoretical section consists of current, scientifically supported information on mouth care, nutrition and breathing difficulties experienced by patients receiving palliative care. The report section of this study covers a summary of how the project progressed and how the learning materials came together. Self-learning materials contain educational videos, multiple-choice questions, right-wrong- statements, photographs, example patient scenarios, and reflective study sections. The learning materials were uploaded to a digital learning environment (PALKO- application) to be used by the healthcare staff working in supported living facilities.

Key words: palliative care, supported living facilities, mouth care, nutritional care, breathing difficulties

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Saattohoito	8
	3.2 Palveluasuminen	10
	3.3 Saattohoidettavan potilaan ravitseminen, nesteytys ja ruokahaluttomuus..	13
	3.4 Suunhoito saattohoidossa.....	17
	3.5 Saattohoitopotilaan hengitysvaikeudet	19
	3.6 Mobiilikäyttöinen henkilöstökoulutus	22
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	24
	4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	24
	4.2 Tuotoksen toteuttamisen vaiheet	25
	4.3 Opetusmateriaalin sisältö	26
	4.4 Tuotoksen arviointi	29
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	30
	5.1 Opinnäytetyöprosessin kulku.....	30
	5.2 Eettisyys ja luotettavuus	32
	5.3 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset.....	34
	5.4 Pohdinta	35
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	42
	Liite 1. Videoiden sisällöt	42
	Liite 2. Tietoinen suostumus	42

1 JOHDANTO

Saattohoito on kuolevan potilaan hoitoa hänen viimeisinä elinviikkoinaan tai -päivinä. Saattohoidossa tärkeäksi nousevat oireiden lievitys, potilaan ja hänen läheistensä tukeminen sekä elämän tarkoituksen pohtiminen. Lisäksi potilaan perustarpeista huolehtiminen on osa elämän loppuvaiheen hoitoa. (Hänninen 2015a.) Kuolevan potilaan hoitoa ohjaavat myös useat asetukset, lait ja ohjeet. Suomen perustuslaissa (1999/731) määritellään, että jokaisen ihmisarvoa on kunnioitettava ja jokaisella on oikeus elämään ja turvallisuuteen. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määritellään potilaan oikeudeksi oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun. Potilaalla on myös oikeus saada tietoa omasta terveydestään, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehtoista. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään potilaan oikeus kärsimyksen lievittämiseen osana sairauden hoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2010 hyvän saattohoidon hoitosuosituksen, joissa linjataan, että saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden mukaisesti siellä missä potilas on. Järjestävän tahon tulee sitoutua tarpeisiin, toiveisiin ja toiminnan hyvään laatuun. Kuolevan potilaan hoitoa ohjaa sairaanhoitajien eettiset periaatteet, joissa määritellään, että sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Lisäksi sairaanhoitajan tulee kohdella jokaista potilasta yhtä hyvin ja ottaa huomioon yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat. (Sairaanhoitajaliitto 2014).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa palvelutalojen hoivatyöntekijöille itseopiskelumateriaalia saattohoitopotilaan suun hoidosta, ravitsemuksesta ja hengitysvaikeuksista. Materiaali tulee olemaan mobiilikäyttöisellä digitaalisella alustalla, missä työntekijät voivat itse opiskella aiheesta työpaikallaan. Opinnäytetyömme toimeksiannon saimme Tampereen ammattikorkeakoululta ja työ on osa EU:n sosiaalirahaston tukeman DIKI-hankkeen PALKO-sovellusta (palveluasumisen laadun kehittämisen oppimisympäristö hoiva henkilöstölle). Tarkoituksena on, että palvelutalojen hoivatyöntekijät pysähtyisivät ajattelemaan saattohoidettavan potilaan perushoidon toteutuksesta ja erityispiirteistä.

Opinnäytetyömme aihe on merkityksellinen niin omaisten, kuolevan potilaan, hoitohenkilökunnan kuin yhteiskunnankin näkemyksestä. Olisi suotavaa, että jokainen saattohoitettava potilas saisi elämänsä loppuvaiheessa mahdollisimman hyvää perushoitoa, joka osaltaan lievittäisi hänen kärsimystään. Saattohoidon toteuttaminen sairaanhoitajan ammatissa tulee varmasti kohdalle työelämässä, sillä elinajan pitenemisen myötä monisairaiden iäkkäiden määrä tulee kasvamaan. Saattohoidon erityispiirteiden osaaminen on ammatillisesti tärkeää ja auttaa tulevaisuudessa kohtaamaan kuolevan potilaan rauhallisemmin, ammattitaitoisemmin ja varmemmin. Aiheeseen perehtyminen antaa valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta sekä kohdata hänen omaisiaan.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa materiaalia saattohoitopotilaan ravitsemuksesta, suun hoidosta ja hengitysvaikeuksista. Henkilöstökoulutus tehdystä materiaalista toteutuu digitaalisella alustalla ja on palvelutalojen hoitohenkilökunnan käytettävissä.

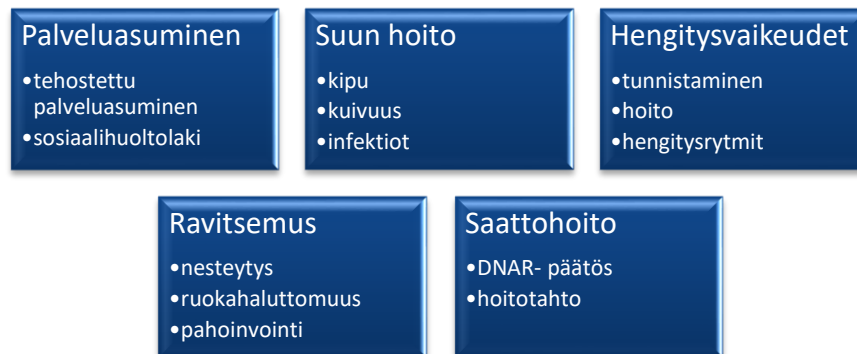
Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Selvittää, millaisia ongelmia saattohoitopotilaalla on suussa ja miten niitä voidaan hoitaa
2. Selvittää ravitsemuksen merkitys kuolevan potilaan hoidossa ja miten ravitsemusta toteutetaan saattohoitovaiheessa
3. Selvittää mitä hengitysvaikeuksia saattohoidossa voi ilmetä ja miten niitä voidaan helpottaa

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä palvelutalojen hoivatyöntekijöille ajantasaista, ja hoitotyössä hyödynnettävissä olevaa materiaalia saattohoitopotilaan ravitsemuksesta, suun hoidosta ja hengitysvaikeuksista. Tavoitteenamme on, että luomamme materiaali digitaaliselle alustalle olisi interaktiivista, selkeää, visuaalista ja eettisesti herättelevää, mutta samalla tieteelliseen tietoon perustuvaa ja parhaimmillaan uutta tietoa antavaa. Työmme tavoitteina on lisäksi PALKO -sovelluksen omien tavoitteiden täyttyminen eli ” - edellyttää oppijalta aktiivisuutta ja stimuloi oppijan omaa oppimiseen johtavaa työskentelyä” (PALKO -hanke, 2017). Hankkeen tavoitteena on myös parantaa ikäihmisten kokemaa hoidon ja kohtelun laatua.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat saattohoito, palveluasuminen sekä saattohoitopotilaan suunhoito, ravitseminen ja hengitysvaikeudet (kaavio 1). Opinnäytetyön käsitteet ovat muodostettu työelämäpalaverissa yhdessä työelämänyhteyshenkilön kanssa ja niiden tarkoituksena on toimia mahdollisimman hyvänä pohjana lopulliselle tuotokselle.



KAAVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Saattohoito

Saattohoito on potilaan kuolemaa edeltävää hoitoa ja se aloitetaan silloin, kun potilaan elinajan odotetaan olevan joistakin päivistä muutamiin viikkoihin. Hoidon tarkoituksena on hoitaa sekä potilasta että hänen läheisiään mahdollisimman hyvin. Hoidossa keskitytään muun muassa potilaan ja hänen läheistensä tukemiseen ja kunnioittamiseen. (Valvira 2008.)

Huomattavan paljon iäkkäitä suomalaisia kuolee pitkäaikaislaitoksissa, jolloin heidän saattohoitonsa toteutuu esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa. Potilaan kuolema palvelukodissa on pikemminkin odotettu kuin dramaattinen tapahtuma. Potilaille on usein dementoivia sairauksia ja muita perussairauksia, joiden ennuste on vaikeasti määriteltävissä. Potilaat saattavat tehdä kuolemaa hyvinkin pitkään, vaikka sekä potilaan että omaisten kannalta olisi hyvä, että kuolemaan johtavia sairauksia sairastavia kohdeltaisiin saattohoitopotilaina. Saattohoito -käsitettä ei tulisi myöskään käyttää väärin eli tapauksissa, joissa kuoleva ikääntynyt potilas on jätetty hoitamatta. (Laakkonen, Hänninen, Pitkälä 2016c.) Saattohoitoon siirrytään silloin, kun sairauteen ei ole enää annettavissa pa-

rantavaa hoitoa tai sairauden tila ei parane aktiivisesta ja intensiivisestä hoidosta huolimatta, ja kuoleman oletetaan tapahtuvan mahdollisesti samalla hoitajaksolla (Valvira 2008).

Päätös saattohoitoon siirtymisestä tehdään mieluiten yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, ja jos potilas ei ole kykenevä päättämään omasta hoidostaan niin päätös tehdään yhdessä omaisten tai läheisten kanssa. Lopullisen päätöksen saattohoitoon siirtymisestä tekee kuitenkin hoidosta vastaava lääkäri keskusteltuaan potilaan, hänen läheistensä ja hoitotiimin kanssa ja se on eräs lääkärin vaikeimmista päätöksistä. (Laakkonen ym. 2016a; Valvira 2008.) Saattohoitopäätös kuitenkin mahdollistaa omaisille jäähyväisten jätön (Hänninen 2015a). Potilaalle ja läheisille tulee tehdä selväksi, että päätöksestä huolimatta hoiva kuitenkin jatkuu. Päätös kirjataan tarkasti potilaan sairaskertomukseen ja siihen liitetään saattohoitopäätöksen mukana tuleva paineluelvytyskielto (DNAR, do not attempt resuscitation). (Laakkonen ym. 2016b; Valvira 2008.)

Potilas voi tehdä itselleen hoitotahton, jossa hän ilmaisee, miten haluaa tulla hoidetuksi elämänsä loppuvaiheessa. Hoitotahtoa voidaan joutua käyttämään tilanteissa, joissa potilas ei esimerkiksi tajuttomuuden tai vanhuudenheikkouden vuoksi pysty osallistumaan hoitoratkaisuihinsa. Lisäksi hoitotahto helpottaa lääkäreiden työtä ja omaisten epätietoisuutta ja ahdistusta potilaan hoitoratkaisuista. Hoitotahtolle ei ole määritelty erikseen muotomääritystä, vaikka hoitotahton ilmaisuun lomake löytyykin. Hoitotahto on voimassa vain silloin, kun potilas ei ole kykenevä päättämään omasta hoidostaan. (Halila & Mustajoki 2016; Terveystieteiden tutkimuskeskus n.d.)

Omaisille olisi hyvä kertoa lähestyvän kuoleman oireista, joita ovat vähenevä tietoisuus ympäristöstä, pinnallinen hengitys ja apneat eli hengityskatkokset, limaisuus, levottomuus ja lämpöily (Valvira 2008). Potilaalla voi olla ennen kuolemaansa myös ummetusta, pahoinvointia, kipua ja kuivuutta suussa, sekä hän voi kuihtua. Lisäksi psyykinen hajoamisen tunne ja sosiaalinen eristäytyneisyys ovat yleisiä oireita. (Laakkonen ym. 2016b.)

Saattohoidon tärkeimpiä toimenpiteitä ovat hoitajan aito läsnäolo ja hyvät kommunikointitaidot. Tarkoituksena on mahdollistaa potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja rauhallinen kuolema. Tavoitteena on potilaan elämänlaatua fyysisesti ja psykososiaalisesti heikentävien seikkojen kuten kivun ja kärsimyksen, sekä eksistentiaalisten ongel-

mien lieventäminen, varhainen huomioiminen, ehkäisy ja hyvä hoito. Saattohoito vaiheessa ei hoideta enää sairautta, vaan potilasta psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. (Tasmuth ym. 2012, 250—251.)

3.2 Palveluasuminen

Palvelutalojen tarkoituksena on mahdollistaa asukkaiden kotona asuminen loppuun asti. Palvelutalot tarjoavat asukkailleen palveluita kotihoitopalveluista (sisältää lääkärin, sairaanhoitajan ja lähihoitajan/hoiva-avustajan käynnit) jalkahoito -ja siivouspalveluihin. Jokainen asukas voi määrittää itse avuntarpeensa ja tarvittaessa ostaa palvelutalolta lisäpalveluita. Palvelutalojen asukkaiden toimintakyky on heikentynyt niin, ettei asiakas selviä päivittäisistä kotiaskareista omin avuin. Palvelutalojen asukkaat tarvitsevat tukea ja apua päivittäisissä toiminnoissa, jotta he pystyvät asumaan kotonaan. Hoidon tarpeen tulisi osoittaa kunnan lääkäri tai sosiaalityöntekijä kirjallisella lausunnolla. Lausunnosta tulee selvittää hakijan fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky. Lausunnon saamisen jälkeen asiakkaan on mahdollista hakea asuntoa palvelutalosta. Palvelutalossa asumisen ja yhteisöllisyyden tavoitteena ovat tarvittavan hoidon ja avun mahdollistaminen potilaalle hänen omien tarpeidensa mukaan tilanteiden ja toimintakyvyn muuttuessa, ilman että tämän tulee vaihtaa asuinpaikkaa. (Pirkanmaan senioripalvelut n.d.)

Väestöstä 65 vuotta täyttäneitä on tällä hetkellä reilu miljoona ja iäkkäiden määrä kasvaa väestörakenteen muutoksesta johtuen edelleen. Arvion mukaan 2030 -luvulla yli 65 vuotiaita olisi noin 1,4 miljoonaa. Myös yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa nopeasti. Suuret ikäluokat eläköityvät ja syntyvyys ja kuolevuus laskevat. Yhteiskunnan on mukauduttava ikärakenteen muutoksen seurauksiin, joista seuraa hoidon ja hoivan määrän suureneminen. Vanhuspolitiikassa tavoite on, että vanhukset asuisivat mahdollisimman pitkään kotona, mutta palveluasumisen tarve tulee väistämättä lisääntymään. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 2017; Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

Sosiaalihuoltolaissa (1982/710) määritellään, että kunnan on huolehdittava jäsentensä asumispalveluista ja laitoshuollosta. Sosiaalihuoltolaissa on ainut vanhusten hoitoon liittyvä säännös. ”Sen mukaan 80 vuotta täyttäneellä on oikeus päästä kiireettömissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä,

kun henkilö itse tai hänen laillinen edustajansa, läheisensä tai viranomainen on ottanut yhteyttä kuntaan palvelujen saamiseksi.” (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.) Sosiaalihuollon laissa säädetään myös asiakkaan itsemääräämisoikeudesta, jonka mukaan asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Vanhusten hoitoon liittyy lisäksi erityispiirteitä etiikasta. Vanhusta tulee kohdella ainutkertaisena yksilönä ja ottaa hänen näkemyksensä huomioon. Hoito tulee toteuttaa yksilöllisesti vanhuksen tarinaa ja toiveita kuunnellen. Vanhuksen yksityisyyttä tulee kunnioittaa, sillä paljon apua tarvitseva menettää helposti yksityisyytensä ja sen seurauksena ihmisarvonsa. Vanhuksen yksityisyyden voi ottaa huomioon esimerkiksi hygieniasta huolehtiessa ja pitämällä vanhuksen yksityisasiat luottamuksellisina. Yhteiskunnan velvollisuus on huolehtia vanhuksistaan niin, etteivät he jää ilman hoitoa, voivat säilyttää itsemääräämisoikeutensa ja ihmisoikeutensa, sekä elää omien arvojen mukaisesti. (Mikkola ym. 2015.)

Viime vuosien aikana tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt huomattavasti. ”Tyypillinen asukas on 83-vuotias muisti- ja sydänsairauksia sairastava nainen, jonka avun ja valvonnan tarve on ympärivuorokautista.” (Mikkola ym. 2015.) Tehostetussa palveluasumisessa asutaan noin neljän vuoden ajan ennen kuolemaa tai siirtoa muuhun yksikköön. Eniten siirtoja on yksityisen puolen tarjoamista tehostetun palveluasumisen yksiköistä. Siirrot erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoille elämän loppuvaiheessa ovat yleisiä, sillä vain alle puolet kuolee asumisyksikössään. Potilaan koettu elämänlaatu heikkenee siirron yhteydessä. Omaiset kokevat kiellot myös kielteisinä. Siirtäminen on perusteltua silloin, jos asukkaalle ei voida taata riittävää hoitoa. Loppuvaiheen hoidossa hoitovaihtoehdot ovat varsin rajalliset, ja parasta asukkaalle olisi saada oireenmukaista hoitoa asumisyksikössään. Hoitoa on perusteltua antaa palvelukodissa, jos se on siellä annettavissa. ”Tämä vaatii hyvää ammattitaitoa, riittäviä välineitä, moniammatillista yhteistyötä ja hoitojen suunnittelua.” (Mikkola ym. 2015.)

RAI-mittarit osoittavat, että tehostettuun palveluasumiseen muutetaan yhä alemmilla portailta. Asukkaat ovat iäkkäitä ja heidän sekä fyysinen että henkinen toimintakykynsä on alentunut. Seinelän raportin mukaan Tampereella vuonna 2012 72%:lla palvelun tarve oli joko suuri tai erittäin suuri. Muidenkin mittareiden mukaan toimintakyky tehostetussa palveluasumisessa iäkkäillä on heikkoa. (Mikkola ym. 2015.)

Mikkolan ja muiden toimittajien (2015) raportin mukaan vain kolmannes muistisairaista asukkaista on ennen kuolemaansa saattohoidossa, ja DNAR päätös on vain 11%:lla kaikista asukkaista. Vaihtelu eri hoitokotien välillä oli tosin hyvin suurta. Vain 3%:lla oli hoitotahto. Tampereella palvelukotiin muuton jälkeen jokaiselle halukkaalle pidetään kolmen kuukauden sisällä hoitoneuvottelu, jossa on asukkaan lisäksi hänen omahoitajansa, hoitava geriatri ja omainen paikalla. Hoitoneuvottelussa tehdään linjaukset asukkaan hoidosta ja se on osa hoitosuunnitelmaa. Hoitoneuvotteluista on saatu pääosin erinomaista palautetta. (Mikkola ym. 2015.) Neuvotteluissa olisi hyvä tehdä hoitolinjapäätös elvytyksestä, tehohoidosta ja muista hoidoista yhdessä vanhuksen kanssa. Päätös olisi tehtävä harkiten ja rauhassa, sekä arvioitava uudelleen, jos potilaan vointi muuttuu. Hoitolinjapäätökset tulee kirjata selkeästi potilasasiakirjoihin, jotta päätökset pitävät myös mahdollisessa päivystystilanteessa. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

Tehostetussa palveluasumisessa asukkaalla on käytössään omat lääkkeet, mutta esimerkiksi Tampereella yksiköistä löytyvät yhteiset päivystyslääkkeet kivun tai hengenahdistuksen hoitoon. Laki ei ole määritellyt selvää ohjeistusta päivystyslääkkeiden käytöstä, mutta ilman niiden käyttöä hoito palvelukodeissa ei onnistuisi nykyisellä tavalla. Suurimmat lääkitykseen liittyvät ongelmat ovat nestehoidon toteutus ja lääkkeiden anto muistisairaille asukkaille. Jotta palvelukodeissa voidaan hoitaa asukkaita hyvin, tulee hoiva-työntekijöillä olla tietoa ja taitoa keskeisistä sairauksista, sekä kykyä soveltaa tietoa. Toisinaan hoitojen ja tutkimusten järjestäminen osoittautuu tehostetussa palveluasumisessa mahdottomaksi, ja siirto sairaalaan on perusteltua. Elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelussa korostuu hoitoneuvottelumenettely ja saattohoidon osaaminen. (Mikkola ym. 2015.)

Opinnäytetyömme tuotosta tullaan hyödyntämään viiden eri palvelutalon henkilöstön (lähihoitajat ja hoiva-avustajat) henkilöstökouluttamisessa. Näitä palvelutaloja ovat Kaukaharju, Keinupuisto, Koivupirtti, Kuusela ja Lahdensivun koti Tampereella. Kaikissa näissä palvelutaloissa tarjotaan tehostettua palveluasumista asukkaille.

3.3 Saattohoidettavan potilaan ravitsemus, nesteytys ja ruokahaluttomuus

Ruokaan liitetään paljon myönteisiä mielikuvia ja ruoasta huolehtiminen on ihmisten tapa osoittaa hellyyttä ja huolenpitoa toisilleen. Syöminen on elämän kannalta myös välttämätöntä. Saattohoitopotilaan mahdollinen syömättömyys on omaisille vaikea aihe, sillä monella on tapana osoittaa välittämistään tuomalla omaiselleen herkuja ja muuta syötävää sairaalaan. Potilaan syöttämiseen liittyy myös voimakas läheisyyden osoittamisen tarve. (Hänninen 2015a, 16.)

Ravitsemus on kokonaisuus, johon vaikuttaa ihmisen omat pitkäaikaiset joka päiväiset ruoka -ja liikuntatottumukset. Elimistö tarvitsee päivittäin riittävästi energiaa ja suojaravintoaineita pysyäksään toimintakykyisenä ja terveenä. Energiankulutuksen ja -saannin tulisi olla saman vertaista, sillä muuten tasapaino järkkyy. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Ikääntyneistä varsinkin yli 80-vuotiailla on riski liian vähäiseen energian saantiin ja aliravitsemukseen. Ikääntyneiden ravitsemuksessa tärkeimpiä tavoitteita ovat yksilöllinen ravitsemushoito, lihaskunnan ylläpito, laihtumisen estäminen ja painonvaihteluiden ehkäisy. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 12.)

Saattohoitopotilaan kohdalla ravinnon annon hyödyllisyys on kyseenalaista. Sairaalle potilaalle nieleminen on vaikeaa ja ravinnon imeytyminen taudin vuoksi heikkoa. Ravinnon antaminen siinä tapauksessa ei Hännisen (2015a) mukaan ole enää ruokailua vaan pikemminkin lääketieteellinen toimenpide, jolla ylläpidetään elintoimintoja. Suonensisäiseen ravitsemukseen tai nenä-mahaletkun kautta tapahtuvaan ravinnon saantiin ei liity enää ruokailuun liitettäviä sosiaalisia merkityksiä. Potilaan elimistö ei myöskään kykene käyttämään ravintoa hyödykseen, mikä aiheuttaa laihtumista. Painon lasku ei siis johdu vain siitä, ettei potilaalle maistu ruoka tai hän ei syö. (Hänninen 2015a, 16—17.)

Potilaan syöttämisessä on vaarana, että ruoka tai juoma joutuu hengitysteihin. Jos potilaan tajunnantaso tai nielemisrefleksi on heikentynyt, suun kautta syöttäminen ei ole suotavaa. Ravinnon antamista suonensisäisesti tai nenä-mahaletkun kautta ei saattohoitovaiheessa myöskään pidetä enää suotavana. Ruokailun onnistuessa suun kautta, voidaan potilaalle tarjota miellyttävässä muodossa ruokia ja juomia, joista hän pitää. Potilaan annetaan

syödä ja juoda sen verran kuin hän haluaa ja jaksaa. (Hänninen 2015a, 16—17.) Sairauden edetessä ja luonnollisen kuoleman lähestyessä ruokahalu hiipuu. Tällöin potilas ei välttämättä halua ruokailla tai nauttia nesteitä, ja potilaalle sekä läheisille voi olla helpottavaa kuulla lääkäriltä, että pakkoruokailu ja nesteiden nauttiminen eivät vaikuta elämää pidettävästi. Pitkälle edenneessä sairaudessa kuolema ei johdu ravinnon tai nesteen puutteesta vaan itse sairaudesta. (Pöyhiä 2012, 457—458.) Silloin kun potilaan ravitsemuksesta päätetään, tulisi selvittää onko potilas kuolemassa nälkään vai sairauteensa. Perussairaudesta ollessa kuolinsyy, tulisi ravitsemushoidosta pidättäytyä. Se tulisi aloittaa ainoastaan silloin, jos potilas on aliravittu, mutta edelleen toimintakykyinen. Kuolevalle vuodepotilaalle ravitsemushoitoa ei tule aloittaa. (Hänninen 2015b.)

Potilaan suonensisäiseen nesteytykseen liittyy sekä hyviä että huonoja puolia. Sairauden loppuvaiheessa potilas ei enää jaksaa juoda tai kuivan suun vuoksi juominen tuntuu epämiellyttävältä. Kuivuminen vähentää potilaan eritystoimintaa, mikä on potilaan kannalta hyvä, sillä virtsaamisen tarve ja tarve liikutella potilasta vähenee. Samalla limaneritys vähenee. Mahdollisen kasvaimen ympäristössä nestevajaus voi vähentää kiputunteja. Nesteen vähäiseen saantiin liittyviä huonoja puolia ovat mahdollinen nestevajauksesta johtuva elimistön elektrolyyttiepätasapaino, joka voi aiheuttaa sekavuutta. (Hänninen 2015a, 15-16.) Pöyhiän (2012) mukaan potilaan nesteytys saattohoitovaiheessa helpottaa muuta hoitoa, ei hidasta luonnollista kuolemaa ja on omaisille tärkeää. Nestehoitoa vastaan puhuu hänen mukaansa se, että se ei liity kuolevan tarpeisiin, ei kuulu saattohoitoon, nesteytys lisää turvotusta ja askitesta, virtsaamisen tarve voi johtaa katetrointiin ja nesteytys voi vaikeuttaa hengitystä. Pöyhiä suosittelee, että omaisten rauhoittamiseksi kevyttä nestehoitoa voidaan kokeilla 2-3 päivän ajan ja jos se ei lievitä oireita tai kohenna elämänlaatua, se lopetetaan. (Pöyhiä 2012, 457.) Valviraan kannellaan paljon potilaan nesteytyksestä ja ravinnonsaannista ja saattohoidossa puhutaankin yleisesti niin sanotusta ”omaistipasta” (Surakka ym. 2015, 50). Omaisten informoinnilla voidaan välttää tiedon puutteesta johtuvia hoitovirhe-epäilyjä (Valvira 2008). Todisteita siitä, että ravitsemus tai nesteytys parantaisi janoa, sekavuutta tai tajuntaa, ei ole. Ei myöskään siitä, että se parantaisi makuuhaavoja, agitaatiota, lihaskatoa, kommunikaatiota, hallusinaatioita, uupumusta tai kasvattaisi keuhkoputkien eritystä. (van der Riet ym. 2008, 146.)

Oirekartoituksen mukaan saattohoitopotilaista 25-64% kärsii janosta (Pöyhiä 2012, 456). Janontunteen ja dehydraatiota eli kuivumista kuvaavien laboratoriolöydösten välillä on hyvin heikko yhteys (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

Saattohoidettavilla potilailla on usein käytössä lääkityksiä, jotka aiheuttavat janon tunteita ja suun kuivumista. 32-90 % saattohoidettavista potilaista kärsii kuolemaa edeltävästä heikkoudesta tai jopa näivetystilasta eli kakeksiasta. Tämä johtuu elimistön rappeutumisesta, endokriinisestä epätasapainosta, autonomisesta neuropatiasta, sekä muuttuneesta aineenvaihdunnasta. (Pöyhiä 2012, 456.) Kakeksialla tarkoitetaan elimistön kiihtymistä, näivettymistä, riutumista ja vaikeaa aliravitsemustilaa (Ukkola 2005, 985). Vajaaravitseminen ja kakeksia lisäävät keuhkokuumeen ja painehaavojen riskiä. Lisäksi ne lisäävät masennusta ja heikentävät potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä. (Orell-Kotikangas 2015.) Kakeksian määritelmään kuuluvat tahaton painon lasku, luurankoli hasten kiihtynyt kato, rasvakudoksen väheneminen, ruokahaluttomuus ja laajat aineenvaihdunnan muutokset. Syöpäpotilaista 20%:lla kakeksian arvioidaan olevan tärkein kuolemaan johtanut syy. (Pöyhiä, 2015.) Potilaan elinajan voidaan ennustaa lyhenevän, jos paino laskee 6% kahden kuukauden aikana (Rahko 2012, 21).

Nälkiintymisellä ja kakeksialla tarkoitetaan eri asiaa. Nälkiintyessään potilas ei saa riittävästi ravintoa ja sitä voidaan korjata tehostetulla ravitsemushoidolla. Kakeksiassa elimistö on tulehduksenkaltaisessa tilassa, mistä painonlasku johtuu. Ruokahalua voidaan parantaa kortisonilääkityksellä, mutta sen teho on rajallinen ja ruokahalua lisäävien lääkkeiden käytön ei ole havaittu parantavan elämänlaatua tai lisäävän elinikää. Ravitsemuksesta tulee silti huolehtia ja selvittää, mistä painonlasku johtuu. Suun kipua ja nielemiseen liittyviä ongelmia voidaan hoitaa. Potilaalle olisi hyvä kertoa, että esimerkiksi syöpätautissa painonlasku ei ole mahdollisen vähäisen syömisen seuraus, vaan aineenvaihdunnallinen muutos elimistössä. Tämän kertominen voi vähentää potilaan syyllisyyttä ja tehdä potilaan tilanteen ymmärrettäväksi omaisille. (Rahko 2012, 21-22.)

Ruokahaluttomuus on haasteellista oireenmukaisessa hoidossa. Noin kolmasosalla saattohoidettavista esiintyy loppuvaiheessa oksentelua ja lähes kahdella kolmesta pahoinvointia. Nämä asettavat omat haasteensa potilaan ruokailuihin. Hoitaja tuo monesti sairalle reilun annoksen ruokaa ja aiheuttaa tahtomattaan potilaalle pahoinvointikohtauksen. Ruoan lämpötilalla on myös merkitystä ja usein saattohoidettavalle maistuu enemmän viileä kuin lämmin ateria. (Surakka ym. 2015, 49.) Potilaalta voidaankin ravitsemusta suunniteltaessa kysyä millainen ruokavalio ja ravitsemus hänelle sopii, suun ja hampaiden kunnosta, sopimattomista ruoka-aineista, ruokailutoiveista ja ruokailuun liittyvien apuvälineiden tarpeesta. Miellyttävän ruokailun onnistumiseksi hoitotyöntekijät voivat

välttää hoitotoimenpiteitä samaan aikaan, poistaa kannen ennen ruokatarjottimen vie-
mistä ja sulkea television ja radion ruokailun ajaksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta
2010a, 48, 52.) Pitää kuitenkin muistaa, että potilaat ovat yksilöitä ja toisia voi miellyttää
ruokailussa seura, musiikki tai television ääni taustalla. Hoitajat voivat vaikuttaa ruokai-
luhetkeen ja -tilaan luomalla ne miellyttäväksi. (Surakka ym. 2015, 49.) Hoitajat voivat
annostella ruoan kauniisti, kertoa mitä on tarjolla, varata riittävästi aikaa ruokailuun ja
avustaa ruokailussa. Potilaalle tulee olla tarjolla ylimääräisiä välipaloja kuten hedelmiä,
jogurttia ja täydennysravintojuomia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 52.)
Vanhuksen ruokailussa tavoitteena on aina, että potilas saisi itse syödyksi, mutta ruokai-
lun avustamiseen tulee varata aikaa. Tutkimusten mukaan vanhukset syövät paremmin
silloin, kun omainen auttaa hoitajan sijasta ruokailussa. Omaisia voikin kehottaa avusta-
maan läheisensä ruokailussa. (Alhström 2012, 18.) Omaisia voi myös neuvoa tuomaan
kukkien sijasta mieliherkkuja, vaikka potilas ei niitä heti söisikään. Näin potilaalle annet-
tisiin mahdollisuus nauttia niitä hänelle sopivana ajankohtana. (Surakka ym. 2015, 49.)

Nielemisvaikeudet ovat haaste saattohoitopotilaan ravitsemuksessa. Ruokailuhetken tu-
lisi kiinnittää huomiota, sillä kiire ja häiriötekijät vaikeuttavat nielemistä. Lisäksi ruoan
koostumukseen tulee kiinnittää huomiota. Pehmeät, tasalaatuiset ja paksut ruoat ovat
helppoja niellä. Ennen ruokailua olisi hyvä juoda muutama kulaus jäävettä, sillä se aktivoi
nielua. Ruokailun jälkeen olisi hyvä olla hetki pystyasennossa. Potilasta tulee kohdella
arvostavasti, vaikka elämän loppuvaiheessa syöminen saattaa hidastua ja voi tulla kako-
mista, yökkäilyä ja ruoan ja syljen valumista. (Surakka ym. 2015, 51.)

Saattohoitopotilas syö ja juo niin kauan suun kautta kuin siihen kykenee. Pahoinvointia
ja oksentelua vähentävillä lääkkeillä pystytään melko pitkään tukemaan saattohoitopoti-
laan ruokailua. Lisäksi voidaan hyödyntää suussa helposti sulavia aineksia, mieliruokia,
kylmiä mehujäitä ja tietenkin potilaan omaa aikataulua ruokailuiden suhteen. (Surakka
ym. 2015, 47—54.)

Keinotekoisella nesteytyksellä ja ravitsemuksella ei ole juurikaan eroa, kun on kyse mo-
raalisista päätöksistä. Nesteytyksen aloitukseen liittyy potilaan, omaisten ja hoitohenki-
lökunnan moraalikäsitteet, asenne, uskonto ja kulttuuri. Lääkärin tulee arvioida hoidon
tavoitteet ja ottaa huomioon se kenen tavoitteita toteutetaan. Jos kyseessä on omaisten
toive nesteytyksestä tai ravitsemuksesta, tulisi selvittää myös potilaan toive ennen nes-
teytyksen aloittamista. (Alhström 2012, 14—15.)

3.4 Suunhoito saattohoidossa

Saattohoitopotilaan suunhoito on tärkeä osa potilaan hoitoa. Suun erilaiset oireet kuten limakalvojen kuivuminen ja limakalvojen ja suuontelon infektiot ovat yleisiä. Tähän liittyy usein syljen erityksen vähentyminen, joka johtuu erilaisista saattohoitopotilaalla käytössä olevista lääkkeistä. (Hänninen & Rahko 2013.) Suun ongelmat saattohoidossa ovat useimmiten suun, huulien ja kurkun kuivuus, hiivasienitulehdus ja kipu tekohampaista käytettäessä. Nämä oireet aiheuttavat ruokahalun vähenemistä, painon laskua, aterioiden pienentymistä, hankaluutta saada nesteitä nieltyä ja vaikeutta kommunikoida. (Rohr, Adams & Young 2010.)

Saattohoidettavan potilaan suun puhtaudesta tulee huolehtia. Potilaalle tulee tarjota mahdollisuus jatkaa omaa tapaansa pestä hampaansa. Kun hoitaja pesee potilaan suun, tulee hänen ensiksi pestä kätensä ja käyttää käsien desinfektioainetta tai laittaa tehdaspuhtaat hanskat käsiinsä. Toisella kädellä tulee siirtää huulta syrjään ja toisella pestä. Hammasproteesit tulee ottaa pois ja harjata puhtaaksi proteesiharjalla käsitiskiaineen kanssa. Sen jälkeen proteesit tulee huuhtoa hyvin. Hampaat tulee harjata pehmeällä harjalla. Hampaiden pesu tulee tehdä arkailun sijasta arvostavasti ja kunnioittavasti. Potilaan elämänlaatu paranee saattohoitovaiheessa, kun hänen suunsa puhdistetaan kahdesti päivässä. (Nousiainen 2012, 12—13.)

Suomen hammaslääkäriliiton internetsivuilla kerrotaan, että suu kuivuu, kun syljen eritysvähenee ja aiheuttaa kuivuuden tunnetta suussa. Toimiakseen normaalisti, suu tarvitsee sylkeä, sillä se pitää suun kosteana ja helpottaa nielemistä. ”Suun kuivuus on tila, jossa syljen eritysvähenee (hyposalivaatio) aiheuttaen kuivuuden tunnetta suussa (kserostomia). Suun kuivuus on yleisempi naisilla, ja vaiva yleistyy iän myötä. Suu tuntuu yleensä kuivimmalta aamuisin, koska öisin syljen eritysvähenee.” (Suomen hammaslääkäriliitto n.d.) Kuivaa suuta voi myös aiheuttaa esimerkiksi verenpainetauti, nivelreuma, Sjögrenin syndrooma ja pään ja kaulan alueelle annettu sädehoito. Kuiva suu oireilee usein kuivana ja pistävänä tunteena suussa, kieltä kirvelee, suun limakalvot ovat arat ja kuivat, huulet rohtuneet, makuaistimus muuttuu ja suussa voi maistua metallin makua, sylki voi olla vaahtoavaa ja sitkeää, sekä potilaalla voi olla vaikeutta puhuessa, niellessä ja pureskellessä. Lisäksi hampaat reikiintyvät herkemmin ja hengitys on pahanhajuinen. Irrotettavat

hammasproteesit eivät pysy kuivassa suussa yhtä hyvin kuin kosteassa. (Hiiri 2015a; Suomen hammaslääkäriliitto n.d.)

Suun kuivumiseen nesteento suonensisäisesti ei auta. Janon tunne potilaalla saadaan lievittämään parhaiten kostuttamalla suuta keinosylkivalmisteilla, ruokaöljyllä, sitruunapuuikoilla tai pilokarpiinitableteilla. Kylmien juomien nauttiminen ja jääpalojen imeskely voi myös helpottaa oloa. (Hänninen & Rahko 2013.) Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan loppuvaiheen syöpäpotilaalla näistä keinoista saattaa olla apua, mutta luotettava näyttö puuttuu (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Kuivaa suuta voidaan hoitaa kostuttamalla suuta useasti päivän aikana. Tarjolla olisi hyvä pitää tuoretta vettä, ja jos energiansaannissa on puutetta, voidaan veden sekaan laittaa sokeria tai hunajaa. Hampaiden reikiintymisestä ei tarvitse huolehtia saattohoitovaiheessa vaan tärkeintä on nesteen antaminen ja suun kostutus. Juomaa voidaan tarjoilla mukiin lisäksi pillillä juotavaksi, antaa lusikalla tai kostutetuilla sidetaitoksilla kostuttaa potilaan suuta potilaan voimien mukaan. Keittosuolaveden purskuttelu auttaa joitakin. Jääpalat tai jäähilejuomat tuovat viilennystä ja kostutusta suuhun. On myös kaupallisia suun kostutusvalmisteita, mutta niiden maku koetaan usein ongelmaksi. (Nousiainen 2012, 12.)

Sieni-infektiot ovat yleisiä saattohoitopotilailla (Hänninen & Rahko 2013). Sieni-infektio suussa aiheuttaa limakalvojen polttelua, nielemisvaikeutta, kipua, kirvelyä, arkuutta tai pahanhajuista hengitystä. Huonosti hoidettu suu ja hammasproteesien käyttö altistavat vaivalle ja lisäksi kuiva suu ja elimistön puolustuskyvyn heikkeneminen voi altistaa tulehdukselle. Tavallisimmin suussa kasvaa *Candida albicans* eli hiiva, jonka voi tunnistaa suun limakalvoilla ja kielessä näkyvistä vaaleista peitteistä ja punertavista laikuista, sekä suupielihaavaumista. Suun kostuttaminen auttaa sieni-infektion hoidossa. (Hiiri 2015b; Suomen hammaslääkäriliitto.) Suun infektiota pitäisi hoitaa aktiivisesti, sillä ne aiheuttavat potilaille voimakkaita kipuja. Osa infektiosta vaatii sienilääkitystä. Näillä sienilääkkeillä on kuitenkin yhteisvaikutuksia saattohoitopotilaan hoidossa käytettävien lääkkeiden kuten varfariinin ja opioidien kanssa. Tämä tulee ottaa huomioon lääkeyksityksen suunnittelussa. Suun haavojen hoitoon voidaan käyttää myös yhdistelmälääkettä, joka sisältää puudutteen. Lääkäri voi määrätä ex tempore reseptillä eli apteekissa tilauksesta proviisorin itse valmistamaa ”kolmois- tai neloisgeeliä”, joka sisältää puudutteen, kortikosteroidin, antiseptin ja antimykoottin yhdistelmän. (Fimea 2016; Hänninen & Rahko 2013.)

Suun kipua voidaan helpottaa suuhun sivelävällä 2-prosenttisellä lidokaiinigeelillä, joka puuduttaa suun (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Valitettavasti geelit ovat usein pahanmakuisia (Surakka ym. 2015, 53). Kipua voidaan hoitaa lisäksi morfiinisuuvedellä ja -geelillä. Morfiinisuuveetta pidetään suussa kahden minuutin ajan ja sylkäistään pois. Hoidon voi toistaa kolmen tunnin välein. Kylmien juomien nauttimisesta ja jääpalojen imeskelystä on apua kuivan suun lisäksi myös kipeän suun hoidossa. Limakalvojen rikkoumiin on olemassa paikallisantisepteja ja kortikosteroidisuspensioita. Limakalvorikkojen päälle saadaan aikaan geelimäinen kalvo propyleeniglykoolia sisältävällä suihkeella, mikä saattaa lievittää kipua useaksi tunniksi. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Suukipu voi johtua myös herpesinfektiosta ja sen rakkalamuodostus olisi hyvä tunnistaa, jotta potilas voi aloittaa lääkärin määräämän reseptilääkityksen vaivaan (Nousiainen 2012, 13).

Suun hoidossa propolis-voiteen eli mehiläiskittivahan käytöllä on pitkät perinteet. Useat maat ovat kiinnostuneita hoitamaan sairauksia luonnollisella tavalla ja propolis voisi olla yksi ratkaisu tähän. Propoliksella on tulehdusta hillitsevä vaikutus ja sitä voidaan käyttää hillitsemään ja parantamaan suun tulehduksia. Aiheesta ei juurikaan ole tutkimusta, mutta aiheesta tehdyn kirjallisuuskatsauksen mukaan propolis-salva auttaa stomatiittiin eli suun tulehdukseen yhtä tehokkaasti kuin nystatiini, jota käytetään yleisesti suun tulehdusten hoidossa. (Hwu & Lin 2013, 28—61.)

3.5 Saattohoitopotilaan hengitysvaikeudet

Hengenahdistus on yleinen saattohoitopotilaiden viimeisten päivien tai viikkojen oire. Tunne hengenahdistuksesta syntyy, kun ilman saanti ei ole riittävää. Osa potilaista kokee hengenahdistuksen lisääntymisen olevan merkki lähestyvistä kuolemasta. (Hänninen ym. 2008.) Merkkejä hengitysvaikeudesta voivat olla hengityksen vinkuna, korina tai muuten äänekkäät hengitysäänet, sekä haukkova ja nopea tahtinen hengitys. Potilaan voi hengenahdistuksen vuoksi olla vaikea puhua ja hän voi olla hätäisen tai tuskaisen oloinen. (Castrén ym. 2012.)

Viimeisten kuuden elinviikon aikana noin 70% syöpää sairastavista saattohoitopotilaista kärsii hengenahdistuksesta. Pitkälle edenneissä verisuoni- ja keuhkosairauksissa hengenahdistus on myös yleistä. Hengenahdistuksella on negatiivisia vaikutuksia potilaan

elämänlaatuun, sillä se aiheuttaa väsymystä, heikentää keskittymistä, laskee ruokahalua ja rajoittaa aktiivisuutta. (Scarpaci, Tsoukleris & McPherson 2007, 665.) Lisäksi unenlaatu kärsii ja potilailla on usein samaan aikaan ahdistusta, masennusta, uupumusta ja kipua (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013, 395). Hengenahdistusta ilmenee myös lähes kaikilla loppuvaiheen keuhkohtaumatautia ja keuhkofibroosia sairastavilla ja 60%:a sydämen vajaatoimintaa sairastavista kärsii siitä (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

Cheyne- Stokes- hengitystä esiintyy osalla kuolevista potilaista. Tämä hengitysrytmi on eräänlainen katkohengitysmuoto, mikä johtuu keskushermoston hengityskeskuksen automaattisen säätelyn häiriintymisestä. (Emanuel ym. 2010.) Tiheän hengittämisen aikana elimistöstä poistuu enemmän hiilidioksidia kuin aineenvaihdunnassa syntyy, jolloin veren hiilidioksidipitoisuus laskee. Hengityskatkosten ja vaimenevien hengitysjaksojen aikana hiilidioksidia taas kertyy elimistöön, jolloin veren hiilidioksidipitoisuus kasvaa. (Falck 2017.)

Hengitysvaikeuksia voidaan hoitaa lääkkeillä. Perussairauksien lääkehoito on palliatiivisessakin hoidossa tärkeää, sillä sydämen vajaatoimintaan käytettävät diureetit eli nesteenoistolääkkeet ja bronkodilataattorit eli keuhkoputkia laajentavat aineet keuhkohtaumataudissa lievittävät hengenahdistusta. Polyfarmasiaa eli monilääkintää tulisi välttää ja käyttää vain niitä lääkkeitä, joilla on merkitystä potilaan oireiden hallinnan kannalta. Jos hengenahdistus ei hellitä perussairauksien lääkehoidolla, voidaan käyttää oireenmukaista lääkitystä. Ensisijainen lääke on opioidit, joita voidaan antaa pitkä- tai lyhytvaikutteisina. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013, 395—396.) Hengenahdistuksen hoidossa tarvittavan opioidin määrä on pienempi kuin kivun hoidossa (Hänninen 2015a, 36). Jos potilas ei saa lääkettä otetuksi suun kautta, niin se voidaan antaa myös suoneen tai ihon alle. Inhaloitavat opioidit eivät ole osoittautuneet tutkimuksissa lumelääkkeitä paremmiksi. Ummetus on opioidien yleisin sivuvaikutus ja sitä tulisi estää tehokkaasti. Suri aloitusannos ja har-kitsematon käyttö voivat myös johtaa harvinaiseen hengitysvajeeseen. (Lehto ym. 2013, 395—396.)

Muita lääkkeitä hengenahdistukseen ovat bentsodiatsepiinit, mutta tutkimusnäyttö niiden toimivuudesta on ristiriitaista. Hengenahdistuksen yhteydessä esiintyvään paniikkiin ja ahdistuneisuuteen bentsodiatsepiinit sen sijaan saattavat auttaa. Hengenahdistuksen tunteeseen auttavat myös emotionaaliset hoitokeinot eli potilaan pelkojen kuunteleminen, eri

hoitovaihtoehtoista kertominen ja potilaiden vakuuttaminen siitä, että hoitohenkilökunta tekee kaikkensa oireiden lievittämiseksi. (Lehto ym. 2013, 396, 398.)

Hengenahdistuksen yksi hoitokeino on lisähapen anto potilaalle. On kuitenkin tutkittu, että rutiinimaisesta happihoidosta ei ole potilaalle suoranaista hyötyä. Jopa kasvoihin suunnattu ilmavirta voi helpottaa hengitystä samoissa määrin kuin hapen anto. (Hänninen ym. 2008.) Yksinkertaisimmillaan ilmavirta saadaan aikaiseksi käyttämällä tuuletinta tai avaamalla ikkuna. Jos potilas kärsii hypoksemiasta eli veren vähähappisuudesta, hän saattaa hyötyä happihoidosta. Hoidon hyöty tulee arvioida oireiden lievittymisen perusteella ja tarvittaessa potilaalle voidaan hankkia keuhkosairauksien yksiköstä happirikastin. (Lehto ym. 2013, 398.)

Asennolla on myös merkitystä ja potilaan hengenahdistusta voidaan helpottaa istuvalla tai puoli- istuvalla asennolla ja rauhoittelulla. Vuodepotilas voidaan kääntää kylkimakuulle huomattavasti hengittävä keuhko alaspäin. (Lehto ym. 2013, 398.) Usein auttaa, kun potilas yrittää pysyä rauhallisena, rentouttaa hartiansa ja keskittyy hengittämään hitaasti. Häätäntyminen pahentaa tilannetta. (Hänninen 2015a.)

Potilaan hapettumista valvomaan on helppo tarkastella sormeen asetettavalla sormioksimetrillä, eli mittarilla joka mittaa ihon pinnalta veren happikylläisyyttä. Lisäksi potilaan kliininen tarkkailu kuten huulten ja kasvojen väri, käsien lämpötila sekä hengityksen syvyys ja tiheys ovat merkki potilaan riittävästä hapettumisesta. (Saaresranta, Anttalainen & Polo 2011.) Jos hapetus ei ole riittävä, potilaan kasvot voivat muuttua harmahtaviksi tai sinertäviksi, kädet kylmiksi ja hengitys pinnalliseksi ja nopeaksi. Silloin kun potilas ei pysty itse ilmaisemaan hengenahdistustaan, olisi hoitajien hyvä osata tarkkailla potilaan ilmeitä, eleitä ja olemusta. (Lehto ym. 2013, 399.)

Hengenahdistusta aiheuttavat myös runsaat hengitystie-eritteet (limaisuus). Niiden syynä voivat olla muun muassa yskimisvoiman heikentyminen esimerkiksi ALS-sairaudessa tai kakeksiassa ja infektio tai keuhkohtaumatauti. Runsasta syljeneritystä pystytään hillitsemään antikolinergisillä lääkkeillä, mutta jos lima on kovin sitkeää ja ylähengitystiet kuivat, voi antikolinergit pahentaa tilannetta. Silloin voidaan käyttää erilaisia mukolyyttejä eli lääkkeitä, jotka tekevät limasta juoksevampaa ja helpottavat sen yskimistä pois ja keittosuolainhalaatioita. Hengityksen helpottamiseksi voidaan kokeilla PEP-puhallusta, eli letkulla vesipulloon hengittämistä. (Lehto ym. 2013, 399.)

Hengityksen korinaa esiintyy noin joka neljännellä kuolevalla potilaalla. Korina johtuu siitä, että eritteitä kertyy nieluun ja ylähengitysteihin, kun nielemisrefleksi vähenee ja ihminen ei enää jaksa yskiä limaa pois. (Lehto ym. 2013, 399.) Korina on kuuluvaa ja voi olla huolestuttavan kuuloista sekä hoitohenkilökunnan että kuolevan potilaan omaisten mielestä. Korina alkaa kuulua yleensä 24-48 tuntia ennen kuolemaa ja on luonnollinen ilmiö ennen kuolemaa. Kuolonkorinassa yleisesti käytetyt antikolinergit ja erityistä vähentävät lääkkeet aiheuttivat Campbellin ja Yarandin (2013) tutkimuksessa todennäköisemmin kuolonkorinaa kuin lääkkeitä olo.

Lääkkeettömänä hoitomuotona voidaan käyttää esimerkiksi nenän ja nielun imua (Campbell & Yarand 2013). Liman imeminen ei kuitenkaan ole välttämätöntä ja se saattaa vaurioittaa limakalvoja ja lisätä liman eritystä sekä tuntuu potilaasta usein epämiellyttävältä (Laakkonen ym. 2016b). Lääkkeellisten hoitojen aloittaminen voi lievittää perheenjäsenten kokemusta painostavasta korinasta, vaikka ei ole todisteita siitä, että korina huolestuttaisi potilasta. Aiempien tutkimusten mukaan korina aiheuttaa huolta potilaan sijasta hoitotyöntekijöille ja omaisille. Hoitoihin on ryhdytty rauhoittaakseen omaisia ja hoitohenkilökuntaa, mutta hoidot voivat olla potilaalle enemmän rasittavia kuin hyödyllisiä. (Campbell & Yarand 2013.)

3.6 Mobiilikäyttöinen henkilöstökoulutus

Terveystieteiden alalla henkilökunnan kouluttaminen on tärkeää, sillä hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti lääketieteen, terveystieteen ja teknologian kehittyessä nopeasti. Asiakkaiden vaatimukset myös lisääntyvät. Asiakkaat ovat valvotuneita ja tietävät, mitä haluavat hoidolta ja osaavat myös vaatia sitä. Koulutus on tapa kehittää henkilöstöä ja se voidaan rinnastaa oppimiseen. Koulutuksen tarkoituksena on Laaksosen, Niskasén ja Ollilan (2012) mukaan varmistaa henkilökunnan ammattitaito myös tulevaisuudessa, tukea henkilöstön sitoutumista ja motivoitumista, kehittää työyhteisön ilmapiiriä, lisätä vuorovaikutteisuutta eri tahojen välillä, mahdollistaa monitaitoisuuden oppiminen sekä taata laadun jatkuva kehittyminen. (Laaksonen ym. 2012, 194.)

Täydennyskoulutuksen tulisi perustua siihen, millaista osaamista tarvitaan ja mitä osaamisvajetta nykytilanteessa on. Koulutuksessa painotetaan asioita, jotka ovat hieman heikommin hallussa, sekä täysin uusia opittavia asiakokonaisuuksia. Palko-sovelluksen mobiilikäyttöinen henkilöstökoulutus on ulkoista koulutusta, jossa koulutus tapahtuu organisaation tiloissa. Ulkoinen koulutus tulee usein halvemmaksi osallistujamäärän ollessa suurempi. Siinä ei myöskään synny matka- ja yöpymiskuluja. Tämänlaisen koulutuksen etuina voidaan pitää sitä, että koulutus on edullista, soveltuu paikalliseen tarpeeseen ja on osallistujamäärältään laaja, mikä lisää sitoutumista koulutukseen. (Laaksonen ym. 2012, 195—196.)

Suositus on, että jokainen saisi täydennyskoulutusta 3-10 päivää vuodessa. Täydennyskoulutuksessa tulisi arvioida mitä uusia tietoja, taitoja ja asenteita se opetti, miten organisaatio hyötyi tuloksista, mikä vaikutus opitulla on työsuorituksiin ja miten potilaat hyötyvät opitusta. Lisäksi kouluttajan ammattitaito ja käytetyt opetusmenetelmät tulisi arvioida. (Laaksonen ym. 2012, 196.)

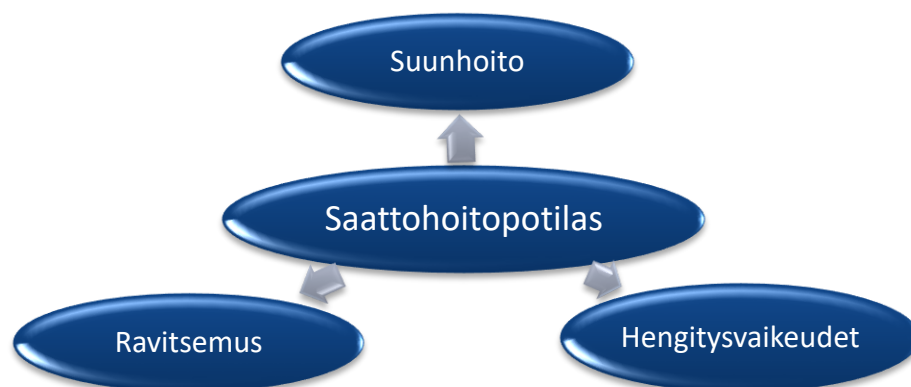
Verkko-oppimateriaalian pitäisi olla sekä sisällöltään että toteutukseltaan laadukasta (Keränen & Penttinen 2007, 149). Keräsen ja Penttisen (2007) mukaan videoita tulisi käyttää verkko-oppimateriaalissa asioiden havainnollistamiseen, elävöittämiseen ja tarinan kerrontaan. Video voidaan sisällyttää oppimateriaaliin. Liian pitkien videoiden käyttöä on hyvä välttää ja pitkä video olisi hyvä leikata lyhyemmiksi pätkiksi. Hyvässä videossa lähikuvat ja toiminnot soveltuvat esitettäväksi pienessäkin ruutukoossa, videoleike ei ole liian pitkä ja se on havainnollinen, se vaikuttaa ja synnyttää mielikuvia ja käyttäjän tulee voida kontrolloida videota. Ennen videon kuvausta, se tulisi suunnitella niin, että olisi valmis käsikirjoitus ja tuotantosuunnitelma. Tuotantovaiheessa video kuvataan ja äänitetään tarvittava materiaali. Sen jälkeen video editoidaan valmiiksi. (Keränen & Penttinen 2007, 197—198.)

4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tässä opinnäytetyössä on käytetty toiminnallista tutkimusmenetelmää. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ohje, opas, tapahtuma, perehdytyskansio, portfolio tai näyttely. (Vilkkä & Airaksinen, 10.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät produkti eli tuotos ja raportti, minkä tulisi olla asiatyylinen, kuvaileva, selostava ja perusteleva, sekä toiminnallista osuutta runsaasti havainnollistava. Raporttiosuus kirjoitetaan tutkimusviestinnän keinoin, kun sen sijaan tuotoksessa taas huomioidaan kohderyhmä. Raportista selviää, miten toiminnallinen opinnäytetyö on tehty. Siitä selviää myös opinnäytetyöprosessin dokumentointi, johtopäätökset ja tulokset. Omaa tuotostaan ja oppimistaan tulee myös arvioida raportissa. Opinnäytetyöstä selviää opiskelijan ammatillinen osaaminen. (Vilkkä & Airaksinen, 65.) Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on järjeistää, kehittää ja ohjeistaa käytännön toimintaa ja työtä. Tekijöiden tulisi osoittaa työssään tutkivaa ja kehittävää työtettä. (Falenius, 2006.)

Tämän opinnäytetyön lopullisena tuotoksena ovat itseopiskelumateriaali digitaaliselle alustalle saattohoitopotilaan ravitsemuksesta, suunhoidosta ja hengitysvaikeuksista palvelutalojen hoivatyöntekijöille (kaavio 2). Työ koostuu teoriatiedon pohjalta rakennetuista opetusvideoista (LIITE 1), monivalintakysymyksistä, oikein-väärin -väittämistä, kuvista, pohdintaosuuksista ja kuvitteellisista potilastapahtumista. Opinnäytetyön produkti eli tuotos pilotoidaan viiden Tamperelaisen palvelukodin hoivatyöntekijöiden itseopiskelumateriaaliksi henkilöstökoulutukseen, ja jatkossa muihinkin palvelukoteihin.



KAAVIO 2. Opinnäytetyön pääaiheet

4.2 Tuotoksen toteuttamisen vaiheet

Tuotoksen toteuttaminen aloitettiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen valmistuttua. Loimme kolme erillistä PowerPoint -alustaa, joiden sisällöt käsittelevät opinnäytetyömme aihealueita. Ensimmäinen osio sisältää itseopiskelumateriaalia saattohoitopotilaan hengityksen erityispiirteistä, toisessa osiossa on keskitytty saattohoitopotilaan ravitsemukseen, nesteytykseen ja pahoinvointiin ja kolmas osio tarkastelee suunhoidon erityispiirteitä saattohoidossa. Tuotoksen tarkoitus oli olla selkeä, visuaalinen, interaktiivinen ja eettisesti herättelevä. Päätimme käyttää tuotoksessa videoita, kuvia ja äänitteitä, jotta se palvelisi monipuolisesti erilaisia oppijoita. Tämän lisäksi itseopiskelumateriaali koostui monivalintakysymyksistä, väittämistä, potilastapauksesta ja pohdintaosuuksista, joiden aiheet nousivat esille opinnäytetyön teoriaosuudesta.

Videoiden toteuttamisen aloitimme käsikirjoitusten kirjoittamisesta. Käsikirjoituksista laadimme aluksi useita versioita, ja näistä luonnoksista poimimme toimivimmat lopullisiin käsikirjoituksiin. Käsikirjoituksista käy ilmi videoiden kuvainnollinen sekä kerronnallinen sisältö. Käsikirjoitukset ovat rakennettu opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta. Videoista pyrittiin tekemään mahdollisimman havainnollistavia, selkeitä, opettavaisia ja mieleenpainuvia. Videoita kuvattiin Tampereen ammattikorkeakoulun itseharjoittelutilassa, sekä toisen opinnäytetyöntekijän kotona. Näin pystyimme luomaan palvelutaltoa vastaavan ympäristön videoille ja tekemään videoista mahdollisimman todenmukaisia. Videoinnissa käytimme Tampereen ammattikorkeakoululta lainaamaamme välineistöä, johon kuuluivat videokamera ja kuvausjalusta. Suunhoitovideon toteuttamiseen tarvittavat välineet saimme Tampereen ammattikorkeakoulun välinehuollosta. Videoiden kuvaaminen sujui hyvin, sillä käytimme paljon aikaa videoiden suunnitteluun. Videoiden editoinnin teetimme ystävällämme.

Äänitteen tekeminen osoittautui alkuun haasteelliseksi. Halusimme äänittää kuolonkorinaa, mutta meillä ei ollut opinnäytetyöhön käytettävissä potilasta, joka olisi ollut sopiva kyseiseen äänitteeseen. Kuuntelimme lukuisia äänitteitä, joita matkimalla onnistuimme äänittämään aidon kuolonkorinan kuulaisen äänitteen omaan työhömmen. Kuvia työhön otimme Pixabaysta, joka tarjoaa kuvia ja videoita vapaaseen henkilökohtaiseen ja kaupalliseen käyttöön internetissä. Tämän lisäksi kävimme kuvaamassa joitakin lääkkeitä ja

luontaistuotteita apteekeissa sekä luontaistuotekaupoissa. Hengitysvaikeuksia käsittelevään itseopiskelumateriaaliin kuvasimme Tampereen ammattikorkeakoulun itseharjoittelutilan nukkea saadaksemme kuvan kylkimakuulla olevasta potilaasta.

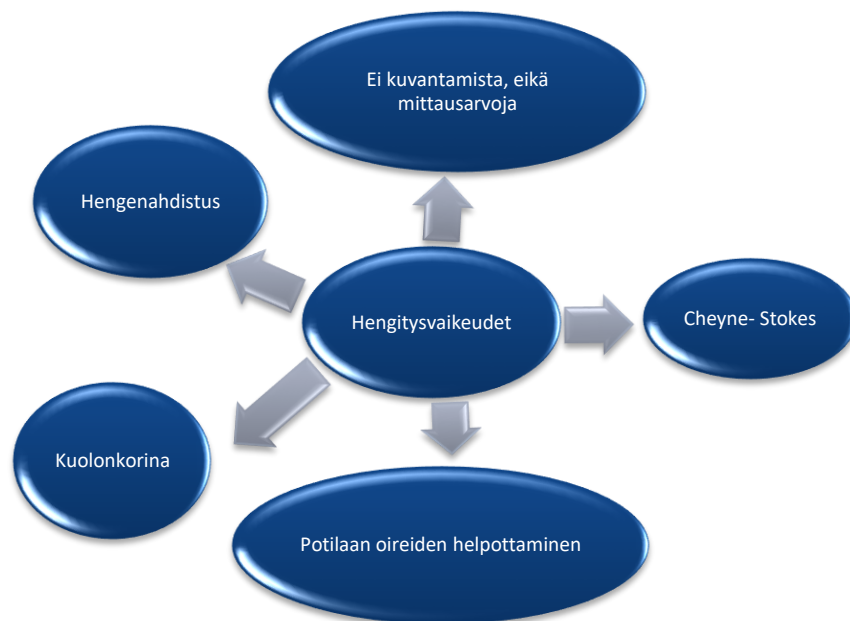
Jokainen tämän tuotoksen osio rakennettiin työelämäyhteyden tarpeiden mukaisesti tiiviissä yhteistyössä ja kuunnellen heidän toiveitaan. Pyrimme koko ajan pitämään tämän opinnäytetyön tarkoituksen ja eettisyyden läsnä työssämme. Erityistä huomiota kiinnitimme tämän toiminnallisen osuuden hyödynnettävyyteen palvelutaloissa osana hoito-henkilökunnan lisäkouluttautumista.

4.3 Opetusmateriaalin sisältö

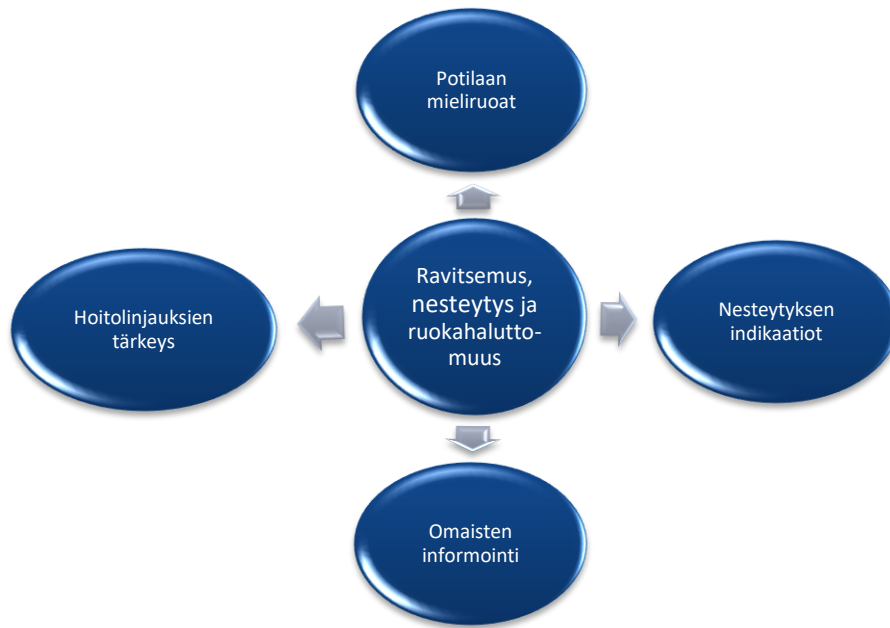
Itseopiskelumateriaalit toteutettiin kolmelle erilliselle PowerPoint-alustalle, mistä opinnäytetyön ohjaajamme siirsi materiaalin PALKO-sovelluksen alustalle. Itseopiskelumateriaalien aiheet olivat saattohoidettavan suun hoito (kaavio 3), hengitysvaikeus (kaavio 4) ja ravitsemus (kaavio 5). PowerPoint-esitykset olivat 21-25 dian pituisia. Jokainen PowerPoint-alustalle koottu itseopiskelumateriaali on oma kokonaisuutensa, mutta materiaaleista pyrittiin tekemään tasalaatuisia ja sisällöltään yhtä monipuolisia. Itseopiskelumateriaalit mahdollistavat palvelutalojen hoivahenkilöstön itseopiskelun sekä herättelevät aiheen syvällisempään pohdintaan.



KAAVIO 3. Suunhoidon erityispiirteet



KAAVIO 4. Hengitysvaikeuksien erityispiirteet



KAAVIO 5. Ravitsemuksen erityispiirteet

Jokaisessa materiaalipaketissa on käytetty kuvia visuaalisen ilmeen ja sisällön monipuolisuuden tukemiseksi. Suun hoitoa käsittelevässä materiaalissa on esimerkiksi kuva hoitopöydästä, mihin on koottu suun hoidossa yleisimmin tarvittavia välineitä. Materiaalipaketit sisältävät lisäksi paljon väittämiä ja monivalintakysymyksiä, joiden tarkoituksena on johdatella hoivahenkilöstöä aiheeseen ja saada pohtimaan oikeaa vastausta jo aiemman tiedon pohjalta. Kahdessa materiaalipaketissa on hyödynnetty lisäksi videoita. Hengitysvaikeutta käsittelevässä materiaalissa on havainnollistettu videon avulla Cheyne-Stokes tyylistä hengitystä saattohoidettavalla. Videossa on hyödynnetty myös piirrosta, joka kuvaa selkeästi Cheyne-Stokes -hengitysrytmin.

Materiaalipaketeissa on lisäksi annettu konkreettisia neuvoja saattohoidettavan olon parantamiseksi. Kaikki nämä keinot ovat sellaisia, joita voidaan hyödyntää palvelutaloissa. Suun hoidosta on esimerkiksi koottu kuvasarja apteekista löydettävistä reseptivapaista suunhoitotuotteista ja videolla on havainnollistettu oikeaoppista suun puhdistusta silloin, kun asukkaalla on käytössään hammasproteesit. Materiaaleihin on sisällytetty tekstin muodossa tietoa aihealueista. Tekstit on pyritty pitämään lyhyinä, jotta lukijan mielenkiinto pysyy yllä. Kuvitteellisella potilastapauksella ravitsemusosiossa on pyritty herättelemään hoivahenkilöstöä pohtimaan suhtautumistaan saattohoidettavan ravitsemisen ja nesteytyksen tarpeellisuuteen ja eettisyyteen.

4.4 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda palvelutalojen hoivahenkilöstölle ajantasaista ja hoitotyössä hyödynnettävissä olevaa materiaalia saattohoidettavan asukkaan suun hoidosta, ravitsemuksesta ja hengitysvaikeuksista. Materiaalipaketteihin on koottu teorian pohjalta keskeisimmät asiat aihealueista. Tuotoksen oli tarkoitus olla visuaalista ja sen vuoksi materiaalipaketit sisältävät teorian lisäksi paljon kuvia ja videoita. Kuvat ovat mielestämme informatiivisia ja tekevät itseopiskelusta mielekkäämpää sekä tukevat visuaalisesta oppimistyylistä hyötyvää oppijaa. Videot ovat mielestämme sopivan pituisia, jotta katsojan mielenkiinto pysyy yllä. Videoilla on havainnollistettu teoriasta nousseita tärkeitä asioita kuten oikeaoppinen saattohoidettavan suun puhdistus.

Itseopiskelumateriaalin väittämät, monivalintakysymykset ja pohdintaosuudet tuovat itseopiskeluun interaktiivisuutta. Materiaalista on pyritty tekemään eettisesti herättelevää ja varsinkin ravitsemusosiossa koemme tässä tavoitteessa onnistuneemme. Mielestämme materiaalipaketit ovat toteutukseltaan selkeitä, sopivan pituisia ja vastaavat opinnäytetyön alussa esittämiimme tavoitteisiin. Yhden materiaalipaketin itseopiskeluun kuluu noin kymmenen minuuttia aikaa, mikä oli työelämätahon toivomus. Kokonaisuudessaan tuotoksessa käytetty teorian tieto on ajantasaista ja luotettavista lähteistä koottua.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Opinnäytetyöprosessin kulku

Aloitimme opinnäytetyöprosessin valitsemalla aiheen työllemme keväällä 2017. Aiheen valitsimme tarjolla olevista opinnäytetyön aiheista. Opinnäytetyömme aihe oli saattohoito palvelukodeissa ja se oli osa Tampereen ammattikorkeakoulun DIKI-hankkeen PALKO-sovellusta. Työelämäpalaverissa rajasimme opinnäytetyömme aiheen koskemaan saattohoitopotilaan suun hoitoa, ravitsemusta ja hengitysvaikeuksia. Työelämäpalaverissa oli paikalla työelämänyhteyshenkilö, joka oli lisäksi myös meidän opinnäytetyömme ohjaava opettaja Tampereen ammattikorkeakoulusta. Ennen tapaamista olimme jo päättäneet toteuttaa opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen sijasta toiminnallisella metodilla. Esittelimme opinnäytetyön aiheemme ideaseminaarissa syksyllä ryhmän muille jäsenille. Ideaseminaarissa saimme työllemme vertaisarvioijat ja palautetta aiheemme rajauksesta ja käsitteistä.

Aiheen rajauksen jälkeen loimme opinnäytetyöllemme lokakuussa 2017 alustavan aikataulun ja aloitimme tekemään opinnäytetyömme suunnitelmaa, jota varten aloitimme tiedonhakuprosessin. Aineistonkeruu tapahtui jo olemassa olevista tietolähteistä, kuten Käypä hoito -suosituksista, artikkeleista, väitöskirjoista ja tutkimuksista. Hyödynsimme työssä sekä suomen että englannin kielisiä lähteitä. Tietoa haimme Finna -portaalin kautta tietokannoista kuten PubMed, Medline, Joanna Briggs Institute, Terveysportti ja Oppiportti Duodecim. Lisäksi tietoa on haettu Google Scholarin kautta, kirjoista ja lehdistä kuten palliatiivinen hoito. Tietoa löytyi hyvin sekä suomen että englannin kielellä. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon raja oli toisinaan hieman häilyvä ja yritimme ottaa opinnäytetyöhömmme tietoa vain niistä lähteistä, jotka käsittelivät nimenomaan saattohoitoa.

Rajasimme tiedonhakua ja yhdistelimme eri lähteiden tietoa niin, että tieto tarkentui omaan aiheeseemme ja näkökulmaamme sopivaksi. Arvioimme kriittisesti lähteidemme uskottavuutta ja keräsimme aiheestamme mahdollisimman uuden ja ajantasaisen tiedon. Hyväksyimme työhömmme kahta lähdettä lukuun ottamatta enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Yksi lähde on 2005 luvulta, koska siinä on määritelty kakeksia -sana tarkasti ja selkeästi ja toinen lähde on 2003 luvulta ja käsittelee toiminnallista opinnäytetyötä. Tiedonhankinta toteutettiin tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Kiinnitimme

huomiota koko prosessin ajan lähteiden laatuun, avoimuteen ja luotettavuuteen. Suunnitelmaseminaariin mennessä teoriaosuutta oli yli suunnitelmaan vaaditun verran, joten jouduimme tiivistämään suunnitelmaa lupahakemusta varten.

Syksyn 2017 aikana haimme opinnäytetyöllemme lupaa ja suoritimme toiminnallisen opinnäytetyön metodiopinnot, joista saimme apua toiminnallisen opinnäytetyön tekemisen vaiheista. Tämän prosessin aikana jatkoimme teoriaosuuden kirjoittamista ja jäsenimme työme rakennetta selkeämmäksi. Syksyn aikana opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa. Tapasimme myös opinnäytetyön ohjaajaamme ja saimme ohjausta kirjoittamiseen ja neuvoja toiminnallisen työn aloittamiseen. Lisäksi saimme vinkkejä toiminnallisen opinnäytetyön toteutukseen seuraamalla valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden pitämiä esityksiä opinnäytetöistään. Marraskuussa aloitimme tekemään PowerPoint-alustalle toiminnallisen työn itseopiskelumateriaalia teoriaosuuden pohjalta. Tässä vaiheessa kuvasimme myös tuotokseen sisältyvät opetusvideot.

Opinnäytetyömme teoriaosuus oli jo ennen toiminnallisen työn aloittamista melkein valmis, mutta tuotoksen teon edetessä myös teoriaosuuteen tuli lisäyksiä. Tammikuun 2018 aikana videot editoitiin ja yhteen videoon tehtiin jälkikäteen kerronnan äänitys. Toiminnallinen osuus valmistui helmikuussa 2018 ja se lähetettiin opinnäytetyön ohjaajalle hyväksyttäväksi. Keväällä 2018 viimeistelimme opinnäytetyömme ja palautimme sen arviotavaksi (kaavio 6).



KAAVIO 6. Opinnäytetyöprosessin kulku

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, jos tutkimus on suoritettu tieteellisen käytännön mukaisella tavalla. Tieteellisen tutkimuksen tulisi tutkimusetiikan näkökulmasta olla hyvin dokumentoitua, rehellistä, luotettaviin lähteisiin pohjaavaa ja muiden töitä kunnioittavaa. Lisäksi rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet tulee olla tutkimukseen osallistuvien tiedossa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tiedonhankinta tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaista ja eettisesti kestävä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyössä käytettävä tieto tulee olla peräisin luotettavista lähteistä, jotta sen julkaiseminen olisi oikein. Tiedonhankinnassa tulee käyttää oikeanlaisia tiedonhankintamenetelmiä eli hakukoneita, oikeita hakulauseita ja tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364.) Tutkimuksesta tulee raportoida ja tutkimuksen aikana syntyneet dokumentit tulee tallentaa tieteelliselle tiedolle asetettujen kriteerien mukaan.

Tutkimuksessa tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia ja viitata heidän julkaisuihin asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan käyttää paljon erilaisia lähteitä kuten kirjoja, artikkeleita, haastatteluita ja audiovisuaalista materiaalia, mutta pääpaino tulisi olla ensisijaisissa eli alkuperäisissä lähteissä. Toissijaisia lähteitä tulisi välttää, sillä niiden käyttäminen lisää tiedon muuntumisen mahdollisuutta, jolloin myös työn luotettavuus ja eettisyys heikkenee. Työn eettisyys heikkenee myös silloin, kun toisen tutkijan ajatuksia ja tuloksia esitetään omissa nimissään. Tätä kutsutaan plagioinniksi ja se on laissa kiellettyä, eikä sitä hyväksytä tutkimuksen teossa. Plagioinnilla tarkoitetaan muiden ideoiden varastamista ja se pitää sisällään myös epäselvät tai puutteelliset viittaukset. Lähdeviitteet tulee kuitenkin merkata erityisen huolellisesti ja asianmukaisesti ohjeiden mukaan. (Vilkka & Ayraksinen 2003, 73, 76—77.)

Tieteellisiä käytäntöjä voidaan myös loukata ja tieteenalan huono hallinta ja huolimattomuus tutkimuksessa, tulosten kirjaamisessa, säilyttämisessä ja raportoinnissa ovat merkki huonosta tutkijan ammattitaidosta. Tutkimus voidaan pahimmillaan mitätöidä ja vähintäänkin se vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Hyvän tieteellisen käytännön vastaista

toimintaa ovat lisäksi vilppi tieteellisessä toiminnassa ja piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilpillä tarkoitetaan sepittämistä, havaintojen vääristelyä, plagiointia ja anastamista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8—9.)

Henkilöllä, joka on luonut taiteellisen tai kirjallisen teoksen, on tekijänoikeuslain (404/1961) mukainen tekijänoikeus teokseensa. Opinnäytetyön tuotoksessa käytetyt kuvat ovat itse otettuja tai internetistä vapaasti henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitetulta sivulta Pixabaysta. Kirjallisella sopimuksella tuotoksen tekijänoikeus, sekä käyttöoikeus voidaan kuitenkin luovuttaa toiselle osapuolelle (Vilka & Airaksinen 2003, 163). Tämän opinnäytetyön tuotoksen tekijänoikeus, sekä käyttöoikeus säilyvät tekijöillään, mutta ne on luovutettu lisäksi Tampereen ammattikorkeakoulun käyttöön.

Opinnäytetyössämme on pyritty käyttämään enimmäkseen ensisijaisia lähteitä, jotka ovat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta korkeintaan 10 vuotta vanhoja. Olemme kiinnittäneet huomiota tekstiviittauksiin ja kunnioittaneet alkuperäisiä lähteitä, sekä mielestämme olemme panostaneet lähdemerkintöjen huolelliseen merkitsemiseen. Opinnäytetyössämme on hyödynnetty ulkomaalaisia lähteitä, jotta työ olisi monipuolisempi ja toisille myös kansainvälisen näkemyksen saattohoidosta. Olemme ottaneet opinnäytetyössämme eettisyyden ja luotettavuuden huomioon koko opinnäytetyöprosessin ajan ja esimerkiksi videoilla esiintyviltä henkilöiltä on kerätty suostumuslomakkeet (LIITE 2) ja videot on toteutettu niissä esiintyviä ihmisiä kunnioittaen ja arvostaen.

Opinnäytetyössämme luotettavuutta lisää Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeiden tarkka noudattaminen ja luotettavien tieteelliseen näyttöön perustuvien lähteiden käyttäminen. Luotettavuutta lisää sekin, että työelämätaho on tarkistanut raportin ja tuotoksen ennen Theseukseen viemistä. Olemme opinnäytetyöprosessin aikana saaneet kehittävästä palautetta työelämätaholta ja pystyneet palautteen perusteella muokkaamaan työtämme heidän toivomaansa suuntaan. Opinnäytetyön luotettavuuteen heikentävästi vaikuttaa se, että Käypähoito-suositukset saattohoidon osalta uusittiin helmikuussa 2018, mutta raportin teoriaosuus oli siinä vaiheessa jo kokonaan tehty aiempaa Käypähoito-suositusta lähteenä käyttäen. Eettisyyttä pohdimme, kun valitsimme näyttelijöitä tuotoksen videoihin. Oikeaoppista saattohoitopotilaan suunhoitoa havainnollistavassa videossa päädyimme rajaamaan kuvattavan kasvot pois suojellaksemme hänen yksityisyyttään. Tämä oli myös kuvattavan henkilön toive. Saattohoito itsessään on myös hyvin eettinen ja osittain ongelmallinen aihe. Opinnäytetyötä tehdessämme pohdimme

useasti yleisiä vallalla olevia käytäntöjä kuolevan potilaan hoidossa, kuten esimerkiksi sitä onko niin sanotun ”omaistipan” käyttäminen eettisesti oikein, vaikka potilaan elämänlaatuun sillä ei enää voida vaikuttaa parantavasti tai elämää pidentävästi.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Toiminnallisen opinnäytetyön aiheena oli selvittää, millaisia ongelmia saattohoitopotilaalla on suussa ja hengittämisessä sekä ravitsemuksen merkitys ja toteutus saattohoitovaiheessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa itseopiskelumateriaalia palvelukotien hoivahenkilöstölle saattohoitopotilaan suunhoidosta, ravitsemuksesta ja hengitysvaikeuksista. Tavoitteena oli tehdä palvelutalojen hoivatyöntekijöille ajantasaista ja työssään hyödynnettävissä olevaa itseopiskelumateriaalia. Itseopiskelumateriaali koostuu kotimaisista ja kansainvälisistä lähteistä kootusta luotettavasta ja muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta korkeintaan kymmenen vuotta vanhasta tiedosta.

Opinnäytetyömme kolme aihealuetta itseopiskelumateriaalipaketteihin olivat aiheiltaan hyvin erilaisia keskenään. Aihetta olisi voinut rajata koskemaan pelkästään esimerkiksi saattohoitopotilaan hengitysvaikeuksia ja ottaa aiheessa huomioon potilaan ja omaisten kokemukset hengitysvaikeuksien hoidosta. Kolmen eri aihealueen vuoksi opinnäytetyösämme on keskitytty hengitysvaikeuksien osalta sen eri ilmenemismuotoihin ja hoitokeinoihin laajemman tarkastelun sijasta.

Opinnäytetyömme tuotoksena on kolme PowerPoint -alustalle tuotettua itseopiskelumateriaalipakettia. Teoreettisena pohjana tuotokselle toimii raporttiin kerätyt kotimaiset ja kansainväliset lähteet. Jokaisessa itseopiskelumateriaalipaketissa käydään lävitse aiheen kannalta keskeisimpiä asioita. Monivalintakysymykset ja muu materiaali ovat tehty niin, että ne palvelisivat mahdollisimman hyvin kohderyhmää.

Kehittämisehdotuksina ovat vieläkin syvällisempi perehtyminen aiheeseen. Materiaalipaketeissa aiheesta toiseen siirtyminen voisi olla vieläkin parempaa ja vinkkejä hengenahdistuksen ja ruokahaluttomuuden hoitoon olisi voitu tuoda vieläkin vahvemmin esille. Ruokahaluttomuutta käsittelevässä osiossa olisimme voineet avata eettisyyteen liittyviä

kysymyksiä havainnollistavalla videolla, missä omainen juttelee palvelukodin työntekijän kanssa siitä, miksi omaista ei nesteytetä.

Jatkotutkimuksen aiheita pohtiessamme esiin nousi mahdollisuus laadullisesta tutkimuksesta. Tutkimuksessa voitaisiin selvittää haastatteluilla omaisten henkilökohtaisia kokemuksia saattohoidosta, hoidon toteuttamisesta, sekä hoitohenkilökunnan ja omaisten välisestä yhteistyöstä. Laadullinen tutkimus sopisi tähän tutkimusmenetelmäksi hyvin, sillä laadullinen tutkimus perustuu haastateltavien omiin yksilöllisiin tuntemuksiin ja kokemuksiin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63.) Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia, kuinka palvelukotien saattohoidettavat asukkaat itse kokevat suunhoidon, ravitsemuksen ja hengitysvaikeuksien hoidon toteutuvan, ja millaista he haluaisivat hoidon olevan. Saattohoidettavan suunhoidon toteutumista palvelukodeissa voitaisiin tutkia myös havainnoimalla, kuinka useasti asukkaan suuta esimerkiksi kostutetaan päivän aikana. Jatkotutkimusten avulla saataisiin syvällisempää ja arvokasta tietoa omaisten ja saattohoidettavan toiveista hoidon suhteen.

5.4 Pohdinta

Opinnäytetyön aikatauluttaminen tuotti jonkin verran ongelmia, sillä työtä piti tehdä muun koulutyön ja työharjoitteluiden ohella, mutta sekä tuotos että raportti valmistuivat ajallaan. Tuotoksen palautimme jo helmikuussa 2018, joten alkuvuoden panostimme sen tekemiseen. Saimme tuotoksesta pitkin opinnäytetyön prosessia palautetta työelämänyhteyshenkilöltä ja muokkasimme tuotosta palautteen perusteella selkeämmäksi ja johdonmukaisemmaksi kokonaisuudeksi. Lisäksi saimme rakentavaa palautetta opinnäytetyömme vertaisarvioitsijoilta. Pyysimme tuotoksesta ja raportista palautetta myös opinnäytetyön ulkopuolisilta henkilöiltä ja muokkasimme heidän palautteensa perusteella erityisesti raportin kieliästä lukijaystävällisemmäksi.

Opinnäytetyön tekeminen parin kanssa oli alusta asti haastavaa ja teimmekin työtä pitkälti erikseen. Toinen opinnäytetyön tekijöistä on kantanut päävastuun tuotoksen tekemisestä ja toinen raportin. Tiedonhaun kurssin suorittamisesta ja tiedonhausta vastasi enimmäkseen raportin kirjoittaja. Työn tekeminen yhdessä ei kuitenkaan tuntunut missään vaiheessa toimivalta tai luontevalta, mutta koko opinnäytetyöprosessin ajan konsultoimme

toisiamme sähköpostin välityksellä siitä, missä vaiheessa kummankin työ on. Osan tuotoksen videoista kuvasimme yhdessä. Opinnäytetyön tekeminen yhdessä ei valitettavasti lisännyt kollegiaalisia taitojamme, mutta opetti kuitenkin erimielisyyksistä huolimatta toimimaan kohti samaa tavoitetta.

Olemme molemmat tyytyväisiä opinnäytetyön tuotoksen ja raportin sisältöön. Työ vastaa sille asetettuja tavoitteita eli on interaktiivista, selkeää, visuaalista ja eettisesti herättelevää, mutta samalla tieteelliseen tietoon perustuvaa ja parhaimmillaan uutta tietoa antavaa. Luomamme materiaali on palvelutalojen hoivahenkilöstön itseopiskeluun sopivaa ja koemme, että itseopiskelumateriaalipaketit vastaavat myös PALKO -sovelluksen asettamiin tavoitteisiin eli parantavat ikäihmisten kokemaa hoidon ja kohtelun laatua. Opinnäytetyömme aihe tuntui alusta alkaen hyvin mielenkiintoiselta ja saattohoitoon perehtyminen on kasvattanut meitä kohtaamaan kuolevan potilaan ja hänen omaisensa ammatillisesti. Uskomme, että saattohoitoon perehtymisestä tulee olemaan tulevaisuudessa vielä paljon hyötyä meille sairaanhoitajina. Kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen tämän opinnäytetyön tekemisen jälkeen tuntuu luontevalta ja rauhalliselta.

LÄHTEET

- Alhström, L. 2012. Keinotekoinen nesteytys ja ravitseminen kuolevan hoidossa. Palliativinen hoito 34(1), 14-15.
- Alhström, L. 2012. Keinotekoinen nesteytys ja ravitseminen kuolevan hoidossa. Palliativinen hoito 34(1), 18.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. Ensiapuopas. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00005
- Campbell, M. & Yarandi, H. 2013. Death Rattle Is Not Associated with Patient Respiratory Distress: Is Pharmacologic Treatment Indicated? *Journal Of Palliative Medicine* 16(10), 1255-1259.
- Emanuel, Linda., Ferris, F., von Gunten, C., Hauser, J. & Von Roenn, J. The last hours of living: Practical advice for clinicians. *Medscape Internal Medicine* 11.02.2010. Luettu 12.02.2018. https://www.medscape.com/viewarticle/716463_5
- Falck, S. 2017. Cheyne-Stokes respiration: What you need to know. *Medical News Today* 06.05.2017. Luettu 12.02.2018. (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/317313.php>)
- Falenius, M., Leino, M., Leinonen, R., Lumme, R. & Sundqvist, L. 2006. Monimuotoisen/toiminnallisen opinnäytetyö. Virtuaali AMK. Luettu 04.10.2017. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>
- Fimea. 2016. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys. Lääkkeiden toimittaminen. Julkaistu 23.12.2016. Luettu 11.10.2017. https://www.fimea.fi/documents/160140/764653/20644_Maarays_laakkeiden_toimittamisesta_SUOMI_2011-12-19.pdf
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 19.04.2016. Luettu 13.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809
- Hiiri, A. 2015a. Kuiva suu. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 10.06.2015. Luettu 06.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tvo00009
- Hiiri, A. 2015b. Suun sienitulehdukset. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 10.06.2015. Luettu 06.10.2017 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00108
- Hwu, Y-J. & Lin, F-Y. 2013. Effectiveness of propolis on oral health: a systematic review. *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 11(5), 28-61.
- Hänninen, J. 2015a. Saattohoito-opas. 14. uudistettu painos. T.A. Sahalan Kirjapaino Oy.

Hänninen, J. 2015b. Ravitsemuksen merkitys saattohoidossa. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 07.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden. http://www.oppiportti.fi/op/pli00168/do?p_haku=ravitsemustila#q=ravitsemustila

Hänninen, J., Autio, J., Hamunen, K., Hoikkanen, A., Korhonen, T., Laakkonen, M-L., Saarto, T., Savolainen, A. & Tohmo, H. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. 124(14).1675-6
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2008/14/duo97394>

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim 129(4). 433-9. Luettu 05.10.2017.
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10798>

Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Porvoo: WSOYpro/Docendo.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 10.9.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=0A34FADA43B646EE02D0413157EC8825?id=hoi50063&versio=pdf>

Laakkonen, M-L., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2016a. Kuolevan hyvä hoito. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 6.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden. http://www.oppiportti.fi/op/ger04400/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Laakkonen, M-L., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2016b. Kuolevan oireiden hoito. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 6.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden. http://www.oppiportti.fi/op/ger04402/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Laakkonen, M-L., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2016c. Milloin saattohoito alkaa? Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 6.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden. http://www.oppiportti.fi/op/ger04403/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. 2017. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2017: 6. Helsinki: Kuntaliitto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2013; 129(4), 395-402. Luettu 07.10.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10828>

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Mikkola, T., Myllärinen, T., Häkkinen, H., Koivuranta-Vaara, P., Tyni, T., Uotinen, S. & Virnes, E (toim.) 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Helsinki:Kuntaliitto. Luettu 17.10.2017.
https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixncW4ovfWAhUDaVAKHf5ND4sQFghJ-MAQ&url=http%3A%2F%2Fshop.kunnat.net%2Fdownload.php%3Ffilename%3DDownloads%2Ftehostettuasuminenb5_ebook.pdf&usg=AOvVaw1pPFvWMOH-tioIaNAV9IGEm

Nousiainen, A. 2012. Yksinkertaiset ohjeet saattohoitopotilaan suun hoitoon. Palliatiivinen hoito 34(1), 12-13.

Orell-Kotikangas. 2015. Ravitsemustila ja sen arviointi. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 07.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.oppiportti.fi/op/pli00168/do>

Palko-hanke. 2017. Luettu 11.10.2017 <http://palko.tamk.fi/hanke/>

Perustuslaki 11.6.1999/731.

Pirkanmaan senioripalvelut. Luettu 03.10.2017.
<http://www.pirkanmaansenioripalvelut.fi/seniorikeskukset/kuusela/>

Pöyhä, R. 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Finnanest 45(5), 457-458. Luettu 04.10.2017
http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf. 28.11.2013.

Pöyhä, R. 2015. Kakeksia. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 07.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf

Rahko, E. 2012. Onko syöpäpotilaan syömättömyys luovuttamista? Palliatiivinen hoito 34(1), 21,22.

Rohr, Y., Adams, J. & Young, L. 2010. Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. International Journal Of Palliative Nursing 16 (9), 439-444. Luettu 07.10.2017.
<http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/detail/detail?vid=2&sid=366a4a5e-07d3-4540-bc2e-a16ea27334db%40sessionmgr103&bdata=JnN-pdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=20871498&db=cmedm>

Saaresranta, T., Anttalainen, U. & Polo, O. 2011. Kaksoispaineventilaatio kroonisessa ventilaatiovajakuksessa. Duodecim. 127(17).1797-807 <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2011/17/duo99748>

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Julkaistu 03.10.2014. Luettu 11.10.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Scarpaci, L., Tsoukleris, M. & McPherson, M. 2007. Assessment of hospice nurses' technique in the use of inhalers and nebulizers. *Journal Of Palliative Medicine* 10 (3), 665-676. Luettu 07.10.2017. <http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/detail/detail?vid=10&sid=67ecad14-2f7c-4e47-9f87-596d0c8ccef1%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=17592978&db=cmedm>

Sosiaalihuoltolaki 17.09.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6.

Suomen hammaslääkäriliitto. N.d. Kuiva suu. Luettu 11.10.2017 <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suun-sairaudet-ja-tapaturmat/hampaiden-ja-suun-sairaudet/kuiva-suu#.Wxjq9Yq-nIU>

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. Palliatiivinen hoitotyö. 2015. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa. *Finnanest*.45(5). 450 - 454. Luettu 03.10.2017. www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf.

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. N.d. Hoitotahto. Päivitetty 03.03.2017. Luettu 13.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveellinen ruokavalio. Päivitetty 11.11.2014. Luettu 03.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen/ravitseminen-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 14.04.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Ukkola, O. 2005. Kakeksia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2005;121(9), 985-992. Luettu 07.10.2017. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94965.pdf>

Valvira. 2008. Saattohoito. Päivitetty 20.06.2017. Luettu 03.10.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

van der Riet, P., Good, P., Higgins, I. & Sneesby, L. 2008. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing* 14 (3), 145-151.

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. ETENE-julkaisuja 20. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Publishing Oy. Luettu 07.10.2017. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Publishing Oy. Luettu 07.10.2017. <https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

LIITTEET

Liite 1. Videoiden sisällöt

Video	Sisältö	Kesto
Suunhoito	Videolla käsitellään saattohoidettavan potilaan suunhoitoa. Videolla kuvataan suun- ja limakalvojen puhdistus, hammasproteesien poisto, pesu ja takaisin laitto. Saman aikaisesti videolla kerrotaan mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään.	1 min 04 s
Hengenahdistus	Videolla näyttelee iäkäs mies. Hän makaa sängyllä ja hän kärsii hengenahdistuksesta. Hän hengittää hyvin raskaasti ja äänekäästi, sekä käyttää hengittäessään apuhengityslihaksiaan.	21 s
Cheyne-Stokes -hengitysrytmiä havainnollistettu näyttelemällä	Videolla on havainnollistettu Cheyne-Stokes -hengitysrytmi. Tarkoituksena on näyttää katsojalle millaiselta kyseinen hengitysrytmi näyttää.	45 s
Cheyne-Stokes -hengitysrytmin selitys	Videolla on piirtämällä ja kerronnalla havainnollistettu Cheyne-Stokesin -hengitysrytmiä ja sitä mitä kehossamme tapahtuu tällaisen hengittämisen aikana.	35 s

Liite 2. Tietoinen suostumus

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kuntokatu 3

33580 Tampere

TIETOINEN SUOSTUMUS

Suostun Tampereen ammattikorkeakoulun tuottaman digitaalisen oppimisympäristön kuvauksiin.

Kyseessä on DIKI-hankkeen (1.2.2017-31.1.2019) tuottama PALKO - Palveluasumisen laadun kehittämisen oppimisympäristö.

Digitaalista oppimateriaalia levitetään tietoverkkojen kautta.

Pvm _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottaja

Allekirjoitus ja nimen selvennys