



SAVONIA

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

SAATTOHOITO

Opas Siilinjärven kotihoidon henkilökunnalle

TEKIJÄ/T: Satu Hoffren
Tarla Klemetti
Tuula Nissinen

Koulutusala Sosiaali-, terveystyö- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Satu Hoffren, Tarla Klemetti, Tuula Nissinen	
Työn nimi Saattohoito. Opas Siilinjärven kotihoidon henkilökunnalle.	
Päiväys	10.4.2019
Sivumäärä/Liitteet	40/5
Ohjaaja(t) Katrina Hyvönen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Siilinjärven kunta, kotihoito	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Saattohoidolla tarkoitetaan ihmisen elämän loppuvaiheen hoitoa, aivan viimeisiä viikkoja ja päiviä ennen kuolemaa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja sen tarkoituksena on turvata ihmiselle hyvä loppuvaiheen hoito. Kärsimyksen lievitys ja hyvä oireiden hoito ovat saattohoidon kulmakiviä. Yksi merkittävä osa-alue saattohoidossa on myös saattohoitopotilaan omaiset ja heidän kohtaamisensa. Saattohoito on mahdollista toteuttaa myös kuolevan kotona, jos hän niin haluaa ja kodin tilat ovat käyttöön soveltuvat. Tällöin omaisten osallistuminen saattohoitoon on tärkeää.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Siilinjärven kotihoidon henkilökunnalle saattohoito-opas, ja saattohoitopotilaan omaiselle yhteystietolehtinen. Tavoitteena oli lisätä henkilökunnan tietoa saattohoidon järjestämisestä ja saattohoitopotilaan hoidosta, ja näin edistää laadukkaan saattohoidon toteuttamista toimeksiantajan työyksikössä. Tavoitteena oli myös saattohoitopotilaan omaisen tukeminen ajantasaisella yhteystietolehtisellä, josta löytää tärkeimmät yhteistyötahot. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Siilinjärven kunnan kotihoito.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka toiminnallinen osa koostui saattohoitopajaan ja yhteystietolehtisen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Teoriatietoa opinnäytetyön raporttiosaan kerättiin laajasti elämän loppuvaiheen hoidon järjestämisestä ja hoidon eri osa-alueista, ja sen pohjalta tehtiin opas tilaajan toiveet huomioiden.</p> <p>Opas toimitettiin tilaajan toivomuksesta sähköisenä pdf-tiedostona Siilinjärven kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Opas on sellaisenaan tilaajan käytettävissä. Omaisille tarkoitettu yhteystietolehtinen on sähköisenä tiedostona vapaasti tilaajan päivitettävissä. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko opas ollut henkilökunnalle hyödyksi, ja onko sitä käytetty esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.</p>	
Avainsanat saattohoito, palliatiivinen, kipu, eksistentiaalinen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Hospitality Management			
Author(s) Satu Hoffren, Tarla Klemetti, Tuula Nissinen			
Title of Thesis End of life care. A guide for the home care personnel of the municipality of Siilinjärvi.			
Date	10.4.2019	Pages/Appendices	40/5
Supervisor(s) Katrina Hyvönen			
Client Organisation /Partners The municipality of Siilinjärvi, home care			
<p>Abstract</p> <p>Terminal care is the care of a patient at the end of life, the last weeks and days before death. Terminal care is a part of palliative care, and its purpose is to provide the patient good care at the end of life. Alleviation of suffering and good treatment of symptoms are the cornerstones of terminal care. One main part of terminal care are the patient´s relatives and meeting their needs. It is possible to give terminal care at the patient´s home, if that is her/his wish and the facilities are suitable for the care of a terminal care patient. If terminal care is given at the patient´s home, it is important that the relatives are involved in the care.</p> <p>The purpose of this thesis was to make a terminal care guide for the home care personnel of the municipality of Siilinjärvi and also a contact information leaflet for relatives of a terminal care patient. The aim was to increase personnel's information about providing terminal care and the care of the terminal care patient, and in that way to promote high quality terminal care in the work unit of the client organisation. The aim was also to support the relatives of a terminal care patient with a contact information leaflet which includes the most important contacts. The client organisation of the thesis was the home care of the municipality of Siilinjärvi.</p> <p>The thesis was carried out as a functional study whose functional part consists of designing, implementing and evaluating the terminal care guide and the contact leaflet. Theoretical information was collected extensively on the organisation of terminal care and on various aspects of care, and on the basis of this information a terminal care guide was made, taking the wishes of the client into account.</p> <p>The guide was delivered to the use of home care personnel of municipality of Siilinjärvi as an electronic pdf version, according to their wishes. The guide as such is at the client's disposal. The contact leaflet for the relatives of a terminal care patient is as an electronic version, and the client can freely update it if needed. A topic for further study could be doing research on whether the guide has been useful for the personnel and whether it has been used for example to orientate new employees.</p>			
Keywords terminal care, palliative, pain, existential			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO	7
2.1	Saattohoidon kehittyminen Suomessa	7
2.2	Palliativinen hoito	8
2.3	Saattohoito.....	9
2.4	Saattohoidon järjestäminen	9
2.5	Kotihoito, kotisairaanhoido ja saattohoidon järjestäminen kotona	11
2.6	Työntekijöiden jaksaminen saattohoitotyössä.....	12
3	SAATTOHOITOPOTILAAN HOITO.....	13
3.1	Kipu ja kipuoireiden hoito	13
3.1.1	Kivun lääkehoito	14
3.1.2	Kivun muut hoitokeinot.....	17
3.1.3	Kivun arviointi ja seuranta	17
3.2	Hengenahdistus ja sen hoito.....	19
3.3	Ruoansulatuselimistön oireita ja hoitokeinoja	20
3.4	Muita oireita ja hoitokeinoja.....	23
3.5	Psykososiaalinen tukeminen	24
3.6	Lähestyvän kuoleman merkit	27
4	TARCOITUS JA TAVOITTEET	28
5	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	29
5.1	Toimeksiantajan kuvaus Siilinjärven kotihoito	29
5.2	Tiedonhaun prosessi	30
5.3	Oppaan työstäminen	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	32
6.2	Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kehittyminen.....	33
6.3	Oppaan arviointi	33
6.4	Työn jatkokehityskohteet	34
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	35
	LIITE 1: SAATTOHOITO-OPAS KOTIHOIDON HENKILÖSTÖLLE.....	41

LIITE 2: YHTEYSTIETOJA SINULLE	63
LIITE 3: ESAS-OIREKYSELY	64
LIITE 4: PAINAD-MITTARI.....	66
LIITE 5: TUTKIMUSLUPA.....	67

1 JOHDANTO

Saattohoito tarkoittaa kuolevan ihmisen hoitoa elämän viimeisten päivien tai viikkojen aikana. Se ei ole erillinen hoitomuoto vaan kuuluu oireenmukaisen eli palliatiivisen hoidon loppuvaiheeseen. Sen tarkoituksena on turvata ihmiselle hyvä elämän loppuvaiheen hoito, lievittäen kärsimystä ja hoitaa oireita mahdollisimman hyvin riippumatta siitä, missä saattohoitoa toteutetaan. Hyvään saattohoitoon kuuluu potilaan ja omaisten monipuolinen psykososiaalinen tukeminen ja huomioiminen. Saattohoidon aikana potilas voi elää mahdollisimman hyvää elämää ja valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Suomen lääkäriliitto s.a.)

Helmikuussa 2018 julkaistiin uusi Käypä hoito- suositus palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018). Eduskunta hylkäsi toukokuussa 2018 kansalaisaloitteen eutanasiasta ja määräsi valtioneuvoston asettamaan asiantuntijoista koostuvan työryhmän tutkimaan muun muassa saattohoitoa koskevia sääntelytarpeita (Eduskunta 2018). Keväällä 2018 Sosiaali- ja terveysministeriö on koonnut Elämän loppuvaiheen hoito- työryhmän ja hanke jatkuu kesään 2021 asti. Työryhmän tarkoituksena on valmistella ehdotus lakimuutoksesta ja tehdä selvitys liittyen elämän loppuvaiheen hyvää hoitoon, saattohoitoon sekä eutanasiaan. (STM Hankkeet ja säädösvalmistelut 2018.)

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuottaa Siilinjärven kotihoidon henkilökunnalle saattohoidon opas (LIITE 1), jossa käydään läpi tärkeimpiä saattohoitoon liittyviä asioita ja yhteistyötahoja. Tämä helpottaa hoitajien työtä tasalaatuisen saattohoidon toteuttamisessa. Kun yleisin tarvittava tieto on jo saatavilla, ei aikaa tarvitse käyttää tiedonhakuun. Näin hoitajat voivat paremmin keskittyä olemaan läsnä asiakkaalle ja heidän omaisilleen. Tarkoitus oli myös tuottaa pienempi yhteystietolehtinen (LIITE 2) saattohoidettavan läheisille, jotta heillä olisi yhdessä lehtisessä tieto, minne voi ottaa yhteyttä missäkin tilanteessa ja ajankohtana. Tällöin omaisen ei tarvitse miettiä, minne voi soittaa esimerkiksi yöllä kiputilanteen tai hengityksen huonontuessa sekä kuoleman hetkellä.

Työn tilaajana on Siilinjärven kunnan kotihoito. Yksi opinnäytetyön tekijöistä työskentelee kyseisessä paikassa ja työn aihe on noussut työntekijöiden tarpeesta saada selkeä toimintaohje saattohoitotilauksissa. Saattohoito kotihoidossa on edelleen melko harvinaista, joten toiminta saattohoitotilanteissa ja sen eri vaiheissa ei välttämättä ole kaikille hoitajille selvää.

Elämän loppuvaiheen hoito on ollut viime aikoina hyvin esillä julkisuudessa ja saattohoidon kehittämiseen pyritään eri osapuolten toimesta. Oma kiinnostus aiheeseen kumpusi juuri sen ajankohtaisuudesta, ja toisaalta opinnäytetyön tekijöiden oman työkokemuksen kautta. Koimme että saattohoito kotihoidossa tulee olemaan tulevaisuudessa yleisempää, ja halusimme omalta osaltamme olla mukana kehittämässä saattohoidon laatua. Saattohoitoon tulemme todennäköisesti työuramme aikana törmäämään, joten koimme aiheen olevan meille myös tärkeä riippumatta siitä, missä tulevaisuudessa tulemme työskentelemään.

2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

World Health Organization eli Maailman terveysjärjestö (WHO) on määrittänyt, että palliatiivinen hoito kuuluu kaikille, joilla on parantumaton tai henkeä uhkaava sairaus. Siihen kuuluu potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen sekä hänen omaistensa ja läheisten tukeminen riippumatta siitä missä hän asuu. (World Hospice Palliative Care Association.) Lähitulevaisuudessa palliatiivisen ja saattohoidon tarve lisääntyy väestön ikääntyessä. Hyvin suunniteltu ja ajoissa aloitettu palliatiivinen hoito parantaa potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa ja helpottaa siirtymistä saattohoitoon. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Nykyään palliatiivista hoitoa Suomessa tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa vuosittain noin 30 000 henkilöä ja saattohoitoon erikoistunutta hoitoa vuosittain noin 12 000-15 000 henkilöä (Saarto, Saarnio ja Mäkitie 2017).

2.1 Saattohoidon kehittyminen Suomessa

Suomen saattohoidon perustana voidaan pitää vuonna 1982 lääkintähallituksen antamia ohjeita terminaalihoidosta. Ensimmäiset saattohoitokodit Suomeen perustettiin vuonna 1988 Helsinkiin ja Pirkanmaalle. Vuonna 2003 julkaistiin ETENE-suositukset saattohoidosta Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan toimesta Suomen terveysministeriön tilaamana. Samana vuonna Euroopan neuvosto on antanut suosituksen siitä, että jokaisella jäsenvaltiolla pitäisi olla oma kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma ja integroituna osaksi terveydenhuoltojärjestelmää. Siinä korostettiin, että henkilöstön tulisi olla koulutettua ja omata hyvät vuorovaikutustaidot. (Saarto ym. 2015a, 23-24.)

Vuonna 2008 julkaistiin ensimmäinen Käypä hoito- suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta. Sen viimeisin päivitys on tehty vuonna 2018. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Sosiaali- ja terveysministeriön on laatinut: "Hyvä saattohoito Suomessa" -raportin 2010, joka ohjaa nykyisiä palliatiivisen ja saattohoidon suosituksia. Uusimmat suositukset koskien palliatiivisen ja saattohoidon järjestämistä sekä sen yhdenmukaistamisesta Suomessa on julkaistu 2017 joulukuussa (Saarto ja asiantuntijatyöryhmä 2017.) Myös Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa: "Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020" otetaan kantaa palliatiivisen ja saattohoidon järjestämiseen (STM, Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020 2010). Näissä ohjaavissa suosituksissa korostetaan ammattihenkilöstön asian mukaista kouluttamista ja eri hoitotahojen yhteistyön helpottamista, sekä saattohoidon saatavuuden yhdenmukaistamista ympäri Suomea.

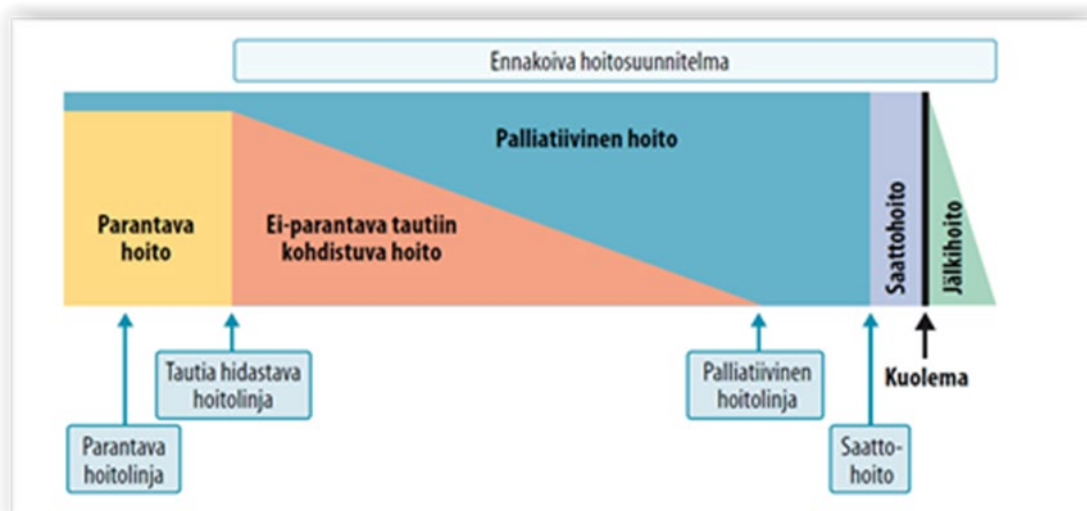
Syksyllä 2017 eduskunta on antanut miljoonan euron avustuksen palliatiivisen ja saattohoidon kehittämiseen vuoteen 2020 mennessä. Tarkoituksena on kehittää palliatiivisen ja saattohoidon saatavuutta asuinpaikasta riippumatta, sekä henkilökunnan kouluttamista. Saattohoidon kehittämistä varten on perustettu erityisvastuualueittain työryhmiä, joiden tarkoitus on laatia alueille yhteneväiset saattohoidon hoitoketjut ja ohjeistukset. Koulutuksen kehittämiseen ollaan luomassa yhteneväistä mallia ja palliatiivisen täydennyskoulutuksen saatavuutta yhdenmukaistetaan eri puolella Suomea. (Saarto, Finne-Soveri ja asiantuntijaryhmä 2019, 9-10, 96-97.)

Tällä hetkellä sairaanhoitajien peruskoulutuksessa palliatiivisen hoidon koulutus vaihtelee eri ammattikorkeakouluissa. Yhtenäistä valtakunnallista suositusta koulutuksesta ei ole olemassa, eikä erikoistumisopintoja palliatiiviseen hoitoon tällä hetkellä ole. Täydennyskoulutuksien järjestämisessä on eroja alueittain. Lääkäreille on Tampereen ja Helsingin yliopistossa palliatiivisen lääketieteen opetusohjelmat. Lähihoitajien koulutuksessa on määritelty tietyt ammattitaitokriteerit palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017, 11.)

2.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on saanut alkunsa Isossa-Britanniassa, missä sitä on myös kehitetty pisimmälle. Siellä siitä tuli oma lääketieteen erikoisala jo vuonna 1987. Maailman väestöstä vielä 80 %:lla ei ole mahdollisuutta saada asianmukaista kivunhoitoa, joka kuuluu tärkeänä osana palliatiiviseen hoitoon. (Saarto ym. 2015a, 19-22.) Suurin osa palliatiivista hoitoa saavista on syöpäpotilaita. Kuitenkin WHO:n mukaan noin 60 % sitä tarvitsevista sairastaa jotain muuta kroonista sairautta, kuten esimerkiksi sydämen, maksan tai munuaisten vajaatoimintaa, tai etenevää neurologista sairautta. (Saarto, Saarnio ja Mäkitie 2017.)

Palliatiivisen hoidon pyrkimyksenä on ehkäistä ja lievittää potilaan kärsimyksiä ja ennen kaikkea ylläpitää hänen elämänlaatuaan, huomioiden toimintakyvyn fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet. Tavoitteena on, että potilas ja läheiset voisivat elää mahdollisimman normaalia elämää. Palliatiivinen hoito sijoittuu pääosin ihmisen elämän loppuvaiheisiin. Kuitenkin palliatiivinen hoito tulisi aloittaa ajoissa sairauden hoidon rinnalle, koska usein vakaviin kuolemaan johtaviin sairauksiin liittyy paljon pelkoja ja oireita, jotka huonontavat elämänlaatua jo taudin alkuvaiheessa. Palliatiivista hoitoa sairauden aikana kuvataan Kuvassa 1. Palliatiivisen hoidon avulla näitä fyysisiä ja psyykkisiä oireita voidaan lievittää, sekä tukea potilasta ja omaisia. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)



KUVA 1. Palliatiivinen hoito sairauden aikana (Lehto, Marjamäki ja Saarto 2019).

2.3 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, sijoittuen aivan kuolinhetken läheisyyteen, eli arviolta viimeisiin elinviikkoihin ja -päiviin. Tällöin saattohoitopotilaan toimintakyky on jo huomattavasti heikentynyt ja elintoimintojen hiipumisesta on merkkejä havaittavissa. Kun sairaus on edennyt siihen pisteeseen, että palliatiivisesta hoidosta on aika siirtyä saattohoitoon, tulee tästä keskustella mahdollisuuksien mukaan itse potilaan kanssa. Jos tätä ei pystytä kuitenkaan toteuttamaan, keskustellaan hänen lähiomaistensa tai muun laillisen edustajan kanssa. Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri. Saattohoidolla tarkoitetaan valmistautumista lähestyvään kuolemaan. Tähän valmistautuvat niin kuoleva kuin hänen omaisensa. Saattohoidon tavoitteena on hoitaa kuolevaa ihmistä ja hänen omaisiaan mahdollisimman hyvin ja yksilöllisesti, sekä tukea arvokkaaseen kuolemaan. Läheisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen on osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. (Valvira 2008.)

Suomessa on neljä varsinaista saattohoitokotia, mutta yleisimmin saattohoitoa toteutetaan sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Saattohoitoa voidaan myös toteuttaa kotona. Kotona pidetään paikkaa, jossa potilas on viimeisimmät kuukaudet, joten kyseessä voi olla varsinaisen kodin lisäksi myös palvelutalo, hoivakoti tai muu vastaava hoitolaitos. Potilaan toivetta saattohoitopaikasta tulee mahdollisuuksien mukaan kunnioittaa. (HUS s. a.)

2.4 Saattohoidon järjestäminen

Suurin osa ihmisistä kuolee sairaaloissa, vaikka valtaosa ihmisistä haluaisi olla mahdollisimman pitkään kotona ja myös kuolla siellä (Saarto, Saarnio ja Mäkitie, 2017). Sama tulee esille myös WHO:n oppaassa, Integrating palliative care and symptom relief into primary health care (World Health Organization 2018). Suomessa ei ole varsinaista saattohoitolakia eikä kansallista saattohoitosuunnitelmaa, vaan palliatiivista ja saattohoitoa ohjaavat suositukset. Jokaisella sairaanhoitopiirillä on oma alueellinen saattohoitosuunnitelma ja jokainen sairaala ja terveyskeskus vastaavat oman alueen saattohoidosta. Nykyään kaupunkien ja sairaanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmat ovat parantuneet ja niitä ovat laatineet työryhmät, joissa mukana on ollut sairaanhoitajia ja lääkäreitä. (Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017, 10.)

Alueelliset saattohoitosuunnitelmat sisältävät erilaisia hoitoketjuja ja useat suunnitelmat sisältävät myös kotisaattohoidon. Suunnitelmien perustana ovat Käypä hoito -suositus, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksat. Jokaisella yliopistollisella sairaalalla on oma palliatiivinen yksikkönsä, jonka olisi tarkoitus toimia alueensa palliatiivisena keskuksena. Myös muutamilla aluesairaaloista on oma palliatiivinen yksikkö. Näiden yksiköiden on tarkoitus toimia alueensa konsultatiotukea antavana yksikkönä. (Saarto ym. 2015a, 23-25.)

Saattohoitosuosituksissa korostetaan hyvää hoitoa, potilaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvon kunnioittamista ja oikeudenmukaisuutta sekä sitä että potilaiden omia toiveita elämän viime hetkillä huomioitaisiin enemmän. Ohjeissa korostetaan ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista yhdessä lääkärin, potilaan ja hänen läheisten kanssa, hoitotahdon laatimista ja saattohoidon järjestämistä

potilaan asuin paikasta riippumatta, sekä kotisaattohoidon mahdollistamista. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin, joka muodostuu perustason, vaativan perustason ja vaativan erityistason saattohoidosta, kuten TAULUKKO 1:ssä on kuvattu. (STM, Suositus: Saattohoitoa ja Palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa 2018; Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017, 9,12.)

TAULUKKO 1. Palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM; Saattohoitoa ja Palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa; Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017,15-16; Saarto ym.2015a, 574).

PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON KOLMIPORTAINEN MALLI	
A. Perustason saattohoito	<ul style="list-style-type: none"> • Kaikki perusterveydenhuollon yksiköt, kuten kotihoito, palvelutalot, kaikki yksiköt, joissa hoidetaan elämän loppuun saakka. • Saattohoito on huomioitu henkilöstömitoituksessa
B. Vaativa perustason saattohoito	<ul style="list-style-type: none"> • Sairaanhoitopiirien saattohoito yksiköt, saattohoitokodit, kotisairaalat, tukiosastot. • Henkilökunta on saattohoitoon koulutettua. Lääkäri tavoitettavissa ympäri vuorokauden. • Alueensa konsultoivia yksiköitä.
C. Vaativa erityistason saattohoito	<ul style="list-style-type: none"> • Yliopistollisten ja aluesairaaloitten palliatiiviset keskuskeskukset • Vaativan tason saattohoidot. • Palliatiivisen lääketieteen erityisosaaminen, aiheen tutkiminen. • Henkilökunta on koulutettu palliatiiviseen hoitotyöhön, opetus, koulutus ja koordinointi • Moniammatillinen henkilökunta.

Ensisijaisesti hoito järjestetään siellä, missä potilas asuu mutta kaikilla on yhteneväiset oikeudet erikoistason palveluihin. Potilasta ja omaisia on informoitava niin, että he tietävät mihin tarvittaessa ottaa yhteyttä. Saattohoitoon siirtyessä potilaalla tulee olla ympäri vuorokauden mahdollisuus ottaa yhteyttä konsultoivaan yksikköön ja tarvittaessa siirtyä osastolle ilman lääkärin vastaanottoa. Eri tasojen välisen konsultaation olisi oltava mahdollista ja joustavaa. Tukiosastolla tulisi olla saatavissa asianmukaiset oirelääkkeet tarvittaessa. Mahdollisuus konsultoida lääkäriä olisi oltava ympäri vuorokauden. Kotihoidossa se voi tapahtua tukiosaston kautta tai kotihoidon lääkärin kautta. Tukiosasto on yleensä oman aluesairaalan osasto tai terveyskeskuksen vuodeosasto. Yleisimmät syyt hakeutua päivystykseen ovat riittämätön tuki, turvattomuus ja hoitamattomat oireet. Tästä syystä on tärkeää tukea myös läheisiä ja heidän jaksamistaan. Myös hyvällä palliatiivisen vaiheen ennakoivalla hoidon suunnittelulla ja hoitajien riittävällä osaamisella voidaan vähentää ylimääräisiä päivystyskäyntejä ja osastojaksoja. (Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017, 14-16; Saariaho ja Saarnio 2018.)

Viimeistään palliatiiviseen hoitolinjaan siirryttäessä lääkäri käy potilaan ja hänen omaistensa kanssa hoitoneuvottelun, jossa palliatiivisen hoidon merkitys selvitetään potilaalle ja omaisille. Potilaan omat toiveet hoidon rajauksiin selvitetään ja kirjataan hoitosuunnitelmaan. Tunnetuin hoidon rajaus on

DNR (do not resuscitate – ei elvytetä) -päätös, joka sisältyy saattohoitopäätökseen. DNR-päätös yksistään ei kuitenkaan tarkoita saattohoitopäätöstä. Potilas voi tehdä hoidon rajauksia muun muassa ravitsemus-, dialyysi- ja antibioottihoitoon, sekä sairaalasiirtoihin liittyen. Nämä tulee kirjata hoitosuunnitelmaan, jotta potilaan toiveet toteutuvat kaikissa hoidon vaiheissa. Suunnitelmaa voi päivittää tarpeen mukaan ja asiasta on hyvä keskustella hoidon edetessä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018; Saarto ym. 2015, 12-14; Lehto, Marjamäki ja Saarto 2019.) Avoin keskustelu omaisten ja potilaan kanssa vähentää myös väärin ymmärryksiä saattohoidon aikana (Kuitunen 2017, 76).

Hoitosuunnitelmassa tulisi tulla esiin hoidon rajaukset, toive missä ja miten haluaisi hoidettavan, akuuttitilanteen toimintaohjeet sekä tarvittava lääkitys oireiden pahetessa. Hoitovastuu, konsultoiva erityisyksikkö ja mahdollinen hoitotahto tulisi olla myös selkeästi hoitosuunnitelmassa. Potilaan toiveet hoitoaan koskien tulee selvittää mahdollisimman hyvissä ajoin. Hoitosuunnitelman laatiminen ja ennakkoon suunnittelu on erityisen tärkeä niissä sairausryhmissä, joissa kyky ilmaista itseään heikenee merkittävästi sairauden loppuvaiheessa, kuten dementiat tai motoneuronitauti, sekä sairauksiin, joihin kuuluvat toistuvat pahenemisvaiheet, kuten esimerkiksi sydämen vajaatoiminta ja keuhko- ahtaumatauti. Potilaan kanssa kannattaa keskustella kenet hän haluaisi nimetä edustajaksi, jos hän ei itse pysty enää ilmaisemaan omaa tahtoaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018; Saarto Finne-Soveri ja asiantuntijaryhmä 2019, 19; Saarto ym. 2015a, 12-14.) Yksi tekijä omaisten kokemasta hyvästä saattohoidosta on, että heillä on ollut mahdollisuus osallistua läheisensä hoitoon ja suunnitteluun (Kuitunen 2017, 73).

2.5 Kotihoito, kotisairaanhoido ja saattohoidon järjestäminen kotona

Kotisairaanhoido on asiakkaan kotona tai siihen verrattavissa olevassa paikassa toteutettavaa terveyden- ja sairaanhoidoa. Kotisairaanhoido voi olla tilapäistä tai säännöllistä ja voi näin turvata esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen, tai olla sairaan tukena kotona pärjäämisessä pidempiaikaisesti. Kotisairaanhoido kuuluu erilaiset lääkärin määräämät näytteiden otot ja mittaukset, sekä lääkityksen ja voinnin seuranta. Kotisairaanhoidoa voi saada henkilö, joka ei alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi voi käyttää muita terveydenhuollon palveluita. Käytännössä suurin osa kotisairaanhoidon asiakkaista on vanhusväestöä. (STM Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido.)

Kotisairaalan tuottama hoito on tilapäistä, tehostettua kotisairaanhoidoa ja se voi olla perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tuottamaa tai näiden yhdessä tuottamaa toimintaa (Terveydenhuoltolaki 2010). Kotisairaaloiminta mahdollistaa sairaalatasoisen hoidon, esimerkiksi i.v.-lääkityksen ja -nesteytyksen kotona, ja on potilaan apuna esimerkiksi PCA (patient controlled analgesia) -pumpun käytössä. Kotisairaanhoido ja kotisairaala voivat toimia myös yhteistyössä kotisaattohoidon toteuttamisessa. (STM Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido.)

Kotisaattohoidon edellytyksenä on potilaan oma tahto ja kodin tilojen käyttökelpoisuus saattohoidon toteuttamiseen. Usein kotisaattohoidossa tarvitaan myös omaisten vahvaa osallistumista, jos saattohoito ei tapahdu hoitokodissa, jossa on henkilökuntaa ympärivuorokautisesti. Tällaisessa tilanteessa

yleensä omaiset huolehtivat perushoivasta ja kotisairaanhoidosta tai kotisairaala lääketieteellisestä hoidosta. (HUS s. a.) Kotihoidon ja kotisairaanhoidon avustuksella potilas pystyy olemaan kotona mahdollisimman pitkään, mahdollisesti kuolemaan saakka. Tämä kuitenkin vaatii omaisilta jaksamista ja yleensä ainakin yhden läheisen aktiivisen osallistumisen. Omaisia tulisikin arvostaa, rohkaista ja kannustaa jaksamaan heidän tekemässään arvokkaassa työssä. Heillä tulisi olla selkeästi ohjeet siitä, minne voi soittaa, mikäli kotona tulee ongelmia tai jos he tarvitsevat apua. (Pihlainen 2010, 25.)

Kotisaattohoidossa tapahtuvan kuoleman vuoksi ei tarvitse kutsua ensihoitoa tai poliisia (Hänninen 2015a). Lääkärille on kuitenkin ilmoitettava viipymättä kuolemasta. Kotihoidossa olevan saattohoitopotilaan omaisille tulisi antaa asianmukaiset ohjeet ja yhteystiedot kuolemantapauksen varalle. Lääkäri päättää, todetaanko kuolema kotona, vai voidaanko vainaja siirtää lääkärin luo kuoleman toteamista varten. (Valvira 2019). Saattohoitopotilaan kuoleman toteamisella ei ole varsinaisesti kiire, esimerkiksi yöllä tapahtunut kuolema voidaan todeta seuraavana aamuna (Hänninen 2015a). Kuoleman hetkellä hoitaja voi jäädä sivummalle ja antaa läheisille aikaa vainajan kanssa. Hoitajan rauhallinen toiminta auttaa läheiset tilanteen yli. Tilanne on läheisille tärkeä ja se jää mieleen. (Korhonen ja Poukka 2013.)

2.6 Työntekijöiden jaksaminen saattohoitotyössä

Saattohoidon toteutus voi olla rankkaa, eikä sen etenemiseen ole tiettyä kaavaa. Kaikkia asioita ei enakkoon voida suunnitella ja ennustaa. Ymmärrys saattohoidosta kasvaa sen edetessä ja se vaatii työntekijältä hyvää itsetuntemusta sekä omien ajatusten, tunteiden ja arvojen läpikäymistä. Kokemus lisää ammattitaitoa ja kykyä reflektoida omia kokemuksia. Myös asianmukainen mahdollisuus kouluttautua saattohoitopotilaan hoitoon tukee saattohoidon toteuttamista ja työntekijän jaksamista hoitotyössä (Jänikselä 2014). Hoitohenkilökuntaa tulisi tukea asianmukaisin toimin tilanteissa, jotka nostavat paljon kysymyksiä esille. Henkilökunnan olisi hyvä jakaa kokemuksia ja saattohoidosta nousuvia ajatuksia keskenään. Tämä luo jokaiselle mahdollisuuden purkaa omia ajatuksiaan, mutta se myös kehittää saattohoidon toteuttamista. (Anttonen 2016, 137-138.)

Saattohoitotyön rankkuus altistaa väsymiselle. Väsyminen töissä vähentää kykyä tunnistaa omia rajoja ja sietokykyä, mikä taas voi vaikuttaa vuorovaikutustilanteisiin potilaan kohtaamisessa ja työyhteisössä. Hoitajana täytyisi osata tunnistaa tunteita ja reagoida oman kehon viesteihin. Joskus voi olla tunteita, että on yksin ja joutuu yksin tekemään. Hoitotyö on tiimityötä ja osa ammattitaitoa on jakaa töitä ja raportoida eteenpäin. (Saarto ym. 2015a, 299-301.) Saattohoitotyössä tulisi olla järjestetty mahdollisuus työnohjaukseen (Jänikselä 2014, 30; Saarto ym. 2015a, 299-301).

3 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITO

Saattohoitopotilaalla on yleensä moninaisia oireita riippuen sairauksista ja niiden hoidoista. Lähestyvän kuoleman aiheuttamat muutokset elimistössä voivat muuttaa oirekuvaa palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon siirryttäessä. Saattohoidossa olevan potilaan lääkitys ja hoidot on suunniteltava tarkoituksenmukaisesti, välttämällä lääkitystä, joka ei kuolevaa enää hyödytä. Lääkityksen aiheuttamia oireita tulisi välttää, ja keskittyä kaikessa mahdollisimman hyvään oireenmukaiseen hoitoon. Oirearvio tulisi tehdä useasti päivässä, ja varautua nopeasti muuttuvaan oirekuvaan. Oireita arvioidaan potilaan oman kertoman ja hoitajien havainnoinnin mukaan. Systemaattista arviota voi tehdä esimerkiksi ESAS-oirekyselyn (LIITE 3) avulla, jossa käydään läpi saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita numeraalisella janalla. (Saarto ym. 2015a, 258-260.)

3.1 Kipu ja kipuoireiden hoito

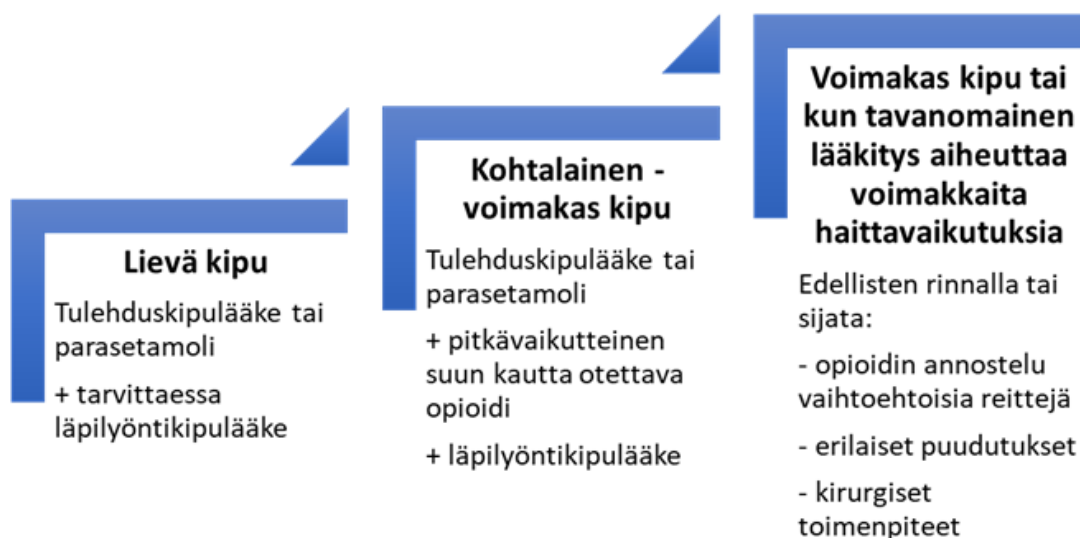
Kipu on yksilöllistä, ja jokainen potilas kokee sen eri lailla (Hänninen 2015b). Yhteinen tekijä jokaisen ihmisen kokemalle kivulle on kuitenkin se, että sitä kuvataan epämiellyttävänä kokemuksena ja tuntemuksena (Kipu, Käypä hoito- suositus 2015; Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen ja Vainio 2018, 18). International Association for the Study of Pain (IASP) eli Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys kuvaa kipua seuraavasti: "Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonvaurio tai jota kuvataan samalla tavalla". Kipuun liitetään myös kärsimys, joka ei ole aina pelkästään ruumiillista kipua, vaan se voi olla myös henkistä tai sen voi aiheuttaa, jokin muu tekijä ihmisen kehossa, kuin kipu. Kivun kokemiseen vaikuttavat myös pelko, masennus ja ahdistus, joita potilas voi kokea sairauteensa liittyen. (Kalso ym. 2018, 18, 547.) Kipu voidaan määrittellä, joko äkilliseksi eli akuutiksi kivuksi tai pitkäaikaiseksi eli krooniseksi. Pitkäaikaisella kivulla tarkoitetaan sitä, että se on kestänyt pidempään, kuin potilaan kudon- tai hermovaurion tavanomainen paraneminen veisi. Pitkäaikainen kipu voidaan jakaa syöpäsairauden aiheuttamiin ja muista sairauksista aiheutuviin kipuihin. Muista sairauksista aiheutuva kipu voidaan luokitella kolmeen eri kiputyyppiin, joita ovat kudonvauriokipu, hermovauriokipu ja tuntemattomasta syystä aiheutuva eli idiopaattinen kipu. (Valvira 2017.)

Moni kuolemaan johtava sairaus aiheuttaa sitä sairastavalle potilaalle kipua sekä kärsimystä ja on täten yksi merkittävin oire saattohoitoon liittyen. Esimerkiksi kipua on todettu olevan loppuvaiheen syöpää sairastavilla 35-96 %:lla potilaista, sydänsairauksissa 41-77 %:lla, keuhkohtaumissa 34-77 %:lla ja munuaissairauksissa 47-50 %:lla. Kivulla on merkittävä rooli palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, joten sen hyvä hoito on tärkeää potilaan laadukkaan hoidon kannalta. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018.) Kivun on myös tutkimuksellisesti todettu olevan yleisin oire noin neljänneksellä syöpäpotilaista, minkä vuoksi he hakeutuvat tutkimuksiin. Syöpäsairauksissa ensimmäisen sairastamisvuoden aikana kipua on 28-32 %:lla ja taudin edetessä myös kipu yleistyy. (Saariaho ja Saarnio 2018; Kalso ym. 2018, 546.)

Kipu on asia, joka nousee usein esille, kun puhutaan kuolemasta. Se koetaan pelottavana ja siksi kuolemaa usein pelätään. Kipu on myös yleisin ja ahdistusta lisäävä oire saattohoidossa (World Hospice Palliative Care Association; Hänninen 2015b.) Varsinaisesti palliatiivisen ja saattohoidon kivunhoitoon ei ole virallista näyttöä, mutta syöpäpotilaan kivunhoidon periaatteita sovelletaan kuolevan potilaan kivunhoidossa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018). Syöpäki- vuissa on arvioitu, että noin 75 % kivusta on peräisin itse taudista, 15 % hoidoista ja hoitokompli- kaatioista johtuvaa ja loput 10 % on muista tekijöistä. Syöpäkipu voi siis koostua useista eri osa- alueista. (Kalso ym. 2018, 549.)

3.1.1 Kivun lääkehoito

Jokaisella potilaalla on oikeus sairautensa jokaisessa vaiheessa laadukkaaseen kivun diagnostiikkaan ja sen hoitoon (Hänninen ja Luomala 2013, 105; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, §3). Kivun hoidossa tulee kivun voimakkuuden ja kiputyypin pohjalta määrittää käytettävä kipulääke, minkä tulisi olla pitkävaikutteinen valmiste (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018). Kivun lääkehoitoa kuvastaa hyvin WHO:n, 1980-luvulla kehittämä kolmiportainen malli (KUVA 2). Sen mukaan kipu luokitellaan lievään, kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun (HUS s. a).



KUVA 2. Kivun hoidon kolmiportainen malli (HUS s. a).

Tulehduskipulääkkeiden toimivuus perustuu paikallisen tulehduksen hoitoon. Ne tehoavat hyvin myös esimerkiksi syövän etäpesäkkeisiin luustossa. (HUS s. a.) Tulehduskipulääkkeisiin kuuluvat esimerkiksi ibuprofeeni, naprokseeni ja diklofenaakki. Ne tehoavat hyvin kudosaaurion aiheuttamaan kipuun, lievittäen kipua, hoitaen kudoksen tulehdusreaktiota sekä estävät kuumetta aiheuttavien välittäjäaineiden syntyä. Tulehduskipulääkkeistä on todettu kuitenkin myös haittavaikutuksia, sillä ne estävät maha- ja munuaisia suojaavien välittäjäaineiden tuotantoa, josta voi seurauksena olla mahan ja suoliston haavaumat tai munuaisten vaurioituminen. (Paakkari 2017a; Paakkari 2017b; Ranta, Sulosaari, Hahtela, Heikkilä, Niemelä ja Eskola 2013, 209.) Tulehduskipulääkkeen iso annos,

mahdolliset aiemmat mahahaavat, samanaikainen kortisonin käyttö tablettimuodossa tai verisuonitukosten estoon määrätty lääkitys voivat lisätä mahan tai suoliston verenvuodon riskiä. Myös ikääntyminen lisää riskiä. Sydämen vajaatoiminnasta kärsivillä potilailla tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa nesteen kertymistä elimistöön, josta voi aiheutua turvotuksia, verenpaineen nousua ja sydämen vajaatoiminnan pahenemista. (Ranta ym. 2013, 209.) Tulehduskipulääkkeitä käytetään akuutin leikkauksen, vammasta aiheutuneen kivun ja luu- ja lihasperäisen kivun sekä tulehduksen aiheuttamien kipujen hoitoon. Hermovauriokivun hoidossa niitä ei tule käyttää. (Kalso ym. 2018, 177.)

Parasetamoli on tulehduskipulääkkeen kaltainen, mutta teholtaan hieman heikompi. Se lievittää kipua, mutta ei tehoa tulehdukseen. (Terveyskylä.fi.) Parasetamolin liikkakäyttö voi aiheuttaa maksavauriota, joten sallittua vuorokausiannosta ei tulisi ylittää. Jos parasetamolin teho ei ole riittävän voimakas, voidaan kokeilla kivun lievitykseen yhdistelmävalmistetta, jossa on myös kodeiinia (Paakkari 2017a). Parasetamoli ei tosin aiheuta tulehduskipulääkkeiden tavoin mahan tai suoliston haavaumia, joten se on mahahaava-alttiille potilaalle parempi vaihtoehto (Ranta ym. 2013, 210). Yhdistettynä tulehduskipulääkkeisiin ei parasetamolia tulisi käyttää pitkiä ajanjaksoja, sillä tällä hetkellä on epäily, että yhdessä käytettynä ne voisivat altistaa munuaisvaurioille (Kalso ym. 2018, 184).

Jos parasetamoli tai tulehduskipulääke eivät tuota kaivattua apua kivunhoitoon ja potilas kokee kipunsa kohtalaiseksi tai voimakkaaksi, on opioidilääkehoito hänelle seuraava vaihtoehto, joko niiden rinnalle tai sijasta (KUVA 2). Tällöin parasetamolin tai tulehduskipulääkkeen rinnalle voidaan aloitusannoksena aloittaa suun kautta (per os) pitkävaikutteinen oksikodoni 5 mg x 2. Oksikodonin vaikutus alkaa noin 60 minuutin kuluttua ja lääkkeen vaikutusaika on 12 tuntia. Kipuvasteen mukaan voidaan tarvittaessa annosta nostaa 20-30 % kerrallaan. Lämpilyöntikipuun voidaan tarvittaessa antaa lyhytvaikutteista oksikodonia 3-5 mg per os x 1-6/vrk. Lyhytvaikutteisen oksikodonin vaikutus alkaa noin 30-45 minuutin kuluessa ja sen vaikutus kestää noin 4 tuntia. Jos potilaan tila on se, ettei hän kykene ottamaan lääkitystä suun kautta, aloitetaan hänelle ihon alaisesti eli subkutaanisesti (s.c) lääkinejektio tai vaihtoehtoisesti kanyylin kautta kerta-annosteluna lyhytvaikutteinen oksikodoni 2,5-5 mg s.c. x 1-6/vrk. Arviolta parin päivän päästä, kun kivun kanssa on päästy tasaiseen tilaan, voidaan lääkehoitoa jatkaa lääkannostelijan, PCA:n (Patient Controlled Analgesia), avulla oksikodonilla. (Tasmuth 2019.)

Yleisimmin pumput ovat kehon ulkopuoleisia mutta myös yksittäisiä kehoon implantoituja pumppuja on syöpäkivun hoidossa käytetty. Niiden korkea hinta on kuitenkin pitänyt kehon ulkopuoliset pumput yleisimpinä. (Kiehelä 2018.) Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää transdermaalisesti eli iholle asetettavaa fentanylilaastaria. Lääkannostelijalla potilaalle voidaan antaa mahdollisiin lämpilyöntikipuihin niin sanottu bolus eli lisäannos lääkettä ja transdermaalisessa vaihtoehdossa lämpilyöntikipua voidaan hoitaa ihonalaisena injektiona oksikodonia, limakalvoille esimerkiksi kielen alle tai nenän limakalvoille fentanylia. (Tasmuth 2019.) Jos opioidilääkitys kuitenkin todetaan tarpeettomaksi, ei sitä koskaan saa lopettaa yhtäkkiä vaan lääkitys tulee lopettaa asteittain. Tällä tavoin pyritään välttämään mahdollisia haittavaikutuksia kuten ahdistusta, huonovointisuutta, vatsankouristuksia, lihaskrampeja, nykimisiä, palelua, sydämenjyskytystä, lihaskäntymistä, kipua sekä unettomuutta. (Kalso ym. 2018, 189.)

Niin kutsuttu paikallishoito esimerkiksi kipulääkegeelillä tai -laastarilla on hyvä vaihtoehto, kun käyttöohjeita noudatetaan hyvin. Tällöin verenkiertoon ja elimistöön pääsee lääkettä huomattavasti pienempi määrä kuin suun kautta nautittuna, jolloin haittavaikutuksiakaan ei juuri synny. Kipulääkegeeliä tulee kuitenkin lisätä riittävän monta kertaa päivässä ja se voi herkistää auringolle, jolloin aurinvalolta olisi syytä suojautua. (Ranta ym. 2013, 210.) Myös invasiiviset eli kajoavat menetelmät ovat mahdollisia siinä vaiheessa, kun kivun hoidossa ei saavuteta toivottua lopputulosta lääkehoidolla. Jos kipu aiheuttaa potilaalle hallitsematonta haittaa, on kajoavia menetelmiä syytä harkita. Tänä päivänä on kajoamattomat eli non-invasiiviset menetelmät ja WHO:n syöpäkivun hoito-ohjelma kehittyneet kuitenkin niin merkittävästi, että invasiivisten keinojen käyttö on vähentynyt ajan myötä merkittävästi. (Saarto, Hänninen, Antikainen ja Vainio 2015b.)

Näitä invasiivisia menetelmiä ovat esimerkiksi spinaalinen analgesia ja puudutteen injektiot (Tasmuth 2019). Käyttöaiheita kajoaville menetelmille ovat muun muassa vaikeasti hallittava tietyn alueen kipu, neuropaattinen vaikea kipu tai patologisen murtuman kipu. Invasiivisia keinoja harkittaessa tulee konsultoida alueellista kivunhoitoyksikköä tai anestesiologia. (Saarto ym. 2015b.) Esimerkiksi spinaalisessa kivunhoidossa lääkeaine annetaan suoraan lähelle selkäytimen takasarvea, mikä on kivunsäätelyjärjestelmän merkittävä ongelmakohta. Spinaalisella kivunhoidolla voidaan potilaalle antaa pienempiä kokonaisannoksia ja haittavaikutuksien mahdollisuuden, kuten suolilaman, uskotaan vähenevän. (Kiehelä 2018.)

Potilaalle sopivan lääkehoidon löytäminen vaatii aikaa. Oikea lääkeyhdistelmä ja potilaalle sopivan annoksen löytäminen vaatii lääkevalikoimaan perehtymistä sekä potilaan kokonaistilanteen huomiointiin ottamista. Yksilöllisyyden vuoksi sopivan annosmäärän löytäminen vaatii kokeilua ja annosmäärien muutoksia. Lääkkeenantotapa valitaan potilaalle yksilöllisesti hänen tilanteensa ja vointinsa huomioon ottaen. Pääasiallinen lääkkeenantotapa on potilaalle suun kautta mutta saattohoitopotilaan sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä, on mahdollista, ettei tämä antoreitti ole enää otollisin. Tällöin lääkkeenanto on suoritettava potilaalle muulla sopivammalla tavalla, jotta turvataan potilaan kivuttomuus. (Hänninen ja Luomala 2013, 67.)

Yksilöllisyys tulee ottaa huomioon lääkehoidossa ja hyvästä potilasohjeistuksesta tulee sairaanhoitajan huolehtia. Mahdolliset lääkehoidon haittavaikutukset tiedostetaan ja niihin osataan varautua ja tarvittaessa sen mukaisesti myös toimia. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018.) Näiden haittavaikutuksien huomiointi ja hoitaminen ovat tärkeä osa hyvää kivunhoitoa. Lääkkeistä aiheutuvat haittavaikutukset tulevat useimmiten ilmi ennen kuin lääkkeestä on potilaalle itselleen hyötyä. Mahdollisten haittavaikutuksien vuoksi kipulääke aloitetaan pienellä annoksella, josta voidaan asteittain annostusta nostaa, jos niin tarvitsee. Tällä tavoin lääkkeen siedettävyyden paraneen ja haittavaikutuksia minimoidaan. Haittavaikutuksia voivat olla suun kuivuminen, ummetus, joita voidaan hallita. (Terveyskylä.fi.) Hyvä kivunhoito on tehokasta, siedettävää ja potilaalle sopivia menetelmiä käyttävää. Yksinkertaisuus, tehokkuus ja tasainen kivun lievitys sekä haittavaikutuksien minimointi ovat asioita, joihin hyvä kivunhoito pohjautuu. (Hänninen ja Luomala 2013, 67.)

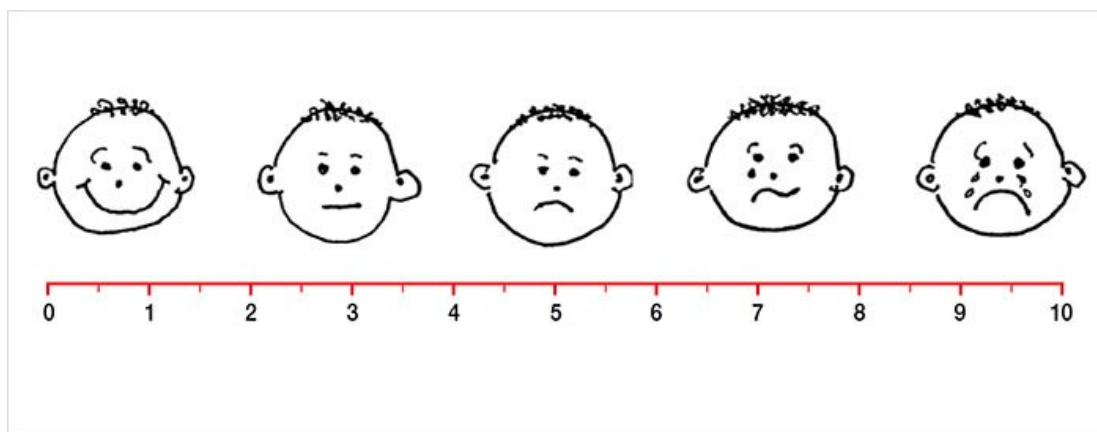
3.1.2 Kivun muut hoitokeinot

Tänä päivänä kivunhoidon hoitokeinot ovat kehittyneet merkittävästi kuin myös muut palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon lukeutuvien oireiden hoidot. Pääasiassa hoito perustuu hyvään lääkehoitoon mutta myös muilla menetelmillä voidaan oireiden lievitystä saavuttaa, jos tavanomaisimmilla keinoilla ei saada aikaan toivottua oireiden lievittymistä. (Hänninen ja Luomala 2013, 67.) Lääkehoidon lisäksi kivunhoitoon kuuluu fysioterapeuttiset ja psykologiset menetelmät. Fysioterapian keinoja kivun hoitoon ovat liikehoidon ohjaus, lymfaterapia, akupunktio, hieronta ja transkutaaninen hermostimulaatio eli TNS-hoito. Psykologisia menetelmiä ovat rentoutus, tietoisien läsnäolon harjoitukset ja tarkkaavaisuuden hallinta. (Saarto ym. 2015b.) On todettu, että kuolemaa lähestyvillä potilailla on 1/3-2/3:lla todettu olevan depressio-oireita ja 1/3:lla ahdistuneisuutta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018).

Sädehoidolla voidaan hoitaa luustoon levinneiden etäpesäkkeiden aiheuttamaa kipua, mutta tätä hoitokeinoa ei saattohoitovaiheessa enää suositella koska se on potilaalle raskas hoitomuoto ja sädehoidon hoitovaste ilmenee hitaasti (Saarto ym. 2015b; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018). Turun yliopistollisessa sairaalassa on parhaillaan menossa tutkimus, jossa tutkitaan ultraäänen tehoa luustoetäpesäkkeiden kivun hoidossa. Hoidosta käytetään nimeä HIFU-hoito, joka tarkoittaa fokusoidun ultraäänen käyttöä kivunhoidossa. Tutkimuksen on määrä kestää neljä vuotta. HIFU-hoitoa käytetään kuten sädehoitoa ja radiologian ylilääkärin Roberto Blanco Sequeirosin mukaan tutkimuksessa haetaan vastausta siihen, onko HIFU-hoito yhtä tehokasta vai jopa tehokkaampaa kuin sädehoito palliatiivisena kivunhoitomuotona. (Keränen 2019.)

3.1.3 Kivun arviointi ja seuranta

Laadukkaassa kivunhoidossa kaiken perustana on hyvä kivun arviointi ja kirjaaminen. Kipua arvioitaessa tulee siitä selvittää ja kirjata ylös sen voimakkuus, jolloin apuna voidaan käyttää joko numeerista tai sanallista asteikkoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018). Yleisimmin käytettyjä kipumittareita ovat VAS (Visual Analog Scale) eli kipujana, NRS (Numeral Rating Scale: numerot 0-10) eli numeraalinen asteikko ja VRS (Verbal Rating Scale: ei kipua - lievä - kohtalainen - voimakas - sietämätön kipu) eli sanallinen asteikko (Saarto ym. 2015b; Tasmuth 2019). KUVA 3:ssa esimerkkinä kipujana, jossa numero nolla kuvastaa täydellistä kivuttomuutta ja numero kymmenen pahinta mahdollista kipua. Kipujanassa on hyödynnetty myös kasvokuvia selventämään kivun voimakkuutta. Muistisairaudesta kärsivän potilaan kohdalla on mahdollista hyödyntää niin kutsuttua PAINAD-asteikkoa (LIITE 4), jossa potilaan kipua arvioidaan muun muassa kehonkielen ja ilmeiden perusteella. Myös muilla potilasryhmillä kuin dementiapotilailla kipua voidaan arvioida ilmeiden, eleiden, ääntelyn ja kehonkielen tarkkailulla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018.)



KUVA 3. Kipujana (Turun Yliopistollinen Keskussairaala, 2015).

Vanhusten kipukynnys on usein korkeampi kuin nuorilla. He sietävät ja hyväksyvät sen helpommin ja monet sairaudet, kuten Alzheimerin tauti, voivat muuttaa kivun tuntemusta. Vanhuksilla kipu kuitenkin muuttuu sietämättömäksi nuoriin ihmisiin verrattuna helpommin. (Tasmuth 2019.) Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan iän myötä jatkuvan tai päivittäisen kivun määrä nousee iän myötä; 50-54 vuotiailla se on arviolta 20 %, kun 70-74 vuotiailla se nousee noin 30 %. Dementia, afasia ja depressiot voivat vaikeuttaa iäkkään potilaan kykyä ilmaista kipuaan. Kipu voi ilmetä heillä esimerkiksi kiinnostuksen tai keskittymiskyvyn hiipumisena, unihäiriönä, psykomotorisena taantumisenä, kiihtyneisyytenä, ruokahalun puuttumisena ja masentuneisuutena. (Kalso ym. 2018, 535-537.)

Siinä missä iän myötä näkö, kuulo ja tuntoaisti heikkenevät, myös kivun tunteminen muuttuu. Kipua välittävässä järjestelmässä perifeeristen hermosyiden määrän vähetessä myös johtonopeus hidastuu. Tämän perusteella vanhusten kivuntunnon uskotaan olevan nuoriin verrattuna heikompi. Myös autonominen hermosto muuttuu. Sen toiminta heikkenee ja sisäelinten kyky tuntea kipua vaimenee. Esimerkiksi nuorien kivuliaina kokemat umpilisäkkeen tulehdukset, mahahaavat, sydäninfarktit ja keuhkokuumeet voivat vanhuksilla olla hyvinkin kivuttomia. Vanhukset voivat myös ajatella kipua eri tavalla kuin nuoremmat, mikä voi osaltaan vaikuttaa vanhusten kivun tuntemiseen. He voivat ajatella kivun osana elettyä elämää ja eri aikakausilla eläneillä on kipuun ja kärsimykseen erilaiset näkemysensä. (Kalso ym. 2018, 535-537.)

Kivunhoito ei aina toteudu suunnitellusti eikä se välttämättä saavuta toivottua lopputulosta. Tämän taustalla voi olla niin potilaasta kuin henkilökunnasta johtuvat tekijät. Potilas saattaa esimerkiksi pelätä morfiininkaltaisten lääkkeiden käyttöä ja tämän takia kieltäytyä niistä. Toteutumattomuuden voi aiheuttaa myös potilaan suunnitellun lääkehoidon laiminlyönti. Myös henkisen ahdistuksen on todettu heikentävän kivunhoidon vastetta. Jotta potilas saataisiin osallistumaan lääkehoitoonsa, tulee hänen ja henkilökunnan välille syntyä luottamuksellinen hoitosuhde. Henkilökunnan tulee huomioida kipu, seurata kivunhoidon tehoa, hoitaa ja ennaltaehkäistä haittavaikutuksia. Muita syitä kivunhoidon epäonnistumiselle voi olla henkilökunnan osaamattomuus kivunhoidossa, kipua ei ymmärretä kokonaisuutena eikä siitä konsultoida tarvittaessa. Hyvä koulutus ja kivunhoidon ymmärrys ja osaminen ovat äärimmäisen tärkeitä saattohoitopotilaan hoitoon osallistuvilla henkilöillä. (Saarto 2017.)

3.2 Hengenahdistus ja sen hoito

Hengenahdistus on kivun lisäksi yksi yleisimpiä saattohoitopotilaan oireita, siitä kärsii jopa 30-90 % saattohoitopotilaista riippuen sairaudesta. Eniten hengenahdistusta esiintyy keuhkohtaumataudissa ja sydämen vajaatoiminnassa, mutta myös erilaiset syövät ovat usein hengenahdistuksen taustalla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018.) Hengenahdistus aiheuttaa usein pelkoa ja ahdistusta potilaalle, ja heikentää elämänlaatua merkittävästi (Pickstock 2017, 74).

Hengenahdistus voi aiheutua monen tekijän seurauksena. Yleisimpiä hengenahdistuksen syitä ovat suoraan hengityselimistöön liittyvät sairaudet, kuten keuhkohtaumatauti, keuhkokuume tai keuhkopussin nestekertymä, sekä sydänperäiset syyt, kuten sydämen vajaatoiminta ja rytmihäiriöt. Myös lihasperäiset tai systeemisesti vaikuttavat syyt voivat olla hengenahdistuksen taustalla. Näitä voivat olla esimerkiksi hengityselinten tai pallean heikkous, sepsis, uremia, anemia, kakeksia tai liikalihavuus. Myös askitesnesteen kertyminen voi aiheuttaa hengenahdistusta, ja psykologiset tekijät voivat sitä pahentaa. (Pickstock 2017, 74-75.)

Hengenahdistusta voidaan hoitaa sekä hengenahdistuksen syytä hoitamalla, että oiretta lievittämällä. Hengenahdistuksen syyhyn kohdistuva hoito voi olla esimerkiksi pleuranesteen poisto tai kasvainten aiheuttaman hengenahdistuksen hoito sädehoidolla tai endoskooppisilla tekniikoilla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Pickstock (2017, 75) esittää myös mm. verensiirtoa anemian aiheuttaman hengenahdistuksen hoitoon ja antibioottihoitoa hengitystieinfektioiden aiheuttamaan oireeseen.

Hengenahdistusoireita voidaan helpottaa lääkkeellisellä ja lääkkeettömällä hoidolla, sekä ilmavirtaa tai happihoitoa käyttämällä. Opioidit ovat ensisijainen lääke hengenahdistuksen oireenmukaisessa hoidossa. Opioideista eniten tutkimusnäyttöä hengenahdistusoireen helpottamiseksi on morfiinista, mutta muitakin vahvoja opioideja voi käyttää. Opioidien käyttöön liittyvää hengitysvajauksen riskiä ei juurikaan ole, mikäli annos suunnitellaan hengenahdistuksen hoitoon sopivaksi. Hengenahdistusta voidaan hoitaa oireen luonteen mukaisesti joko pitkävaikutteisella tai lyhytvaikutteisella opioidilla, tai näiden yhdistelmällä. Bentsodiatsepiinien käytöstä ei ole selvää tutkimusnäyttöä, mutta niitä voidaan käyttää yksin tai yhdessä opioidien kanssa. Bentsodiatsepiinit voivat helpottaa erityisesti ahdistuneisuutta, mikä helpottaa näin myös hengenahdistusoiretta. Kortikosteroideja voidaan käyttää esimerkiksi kasvainten tai keuhkojen lääkeainereaktion aiheuttaman hengenahdistuksen hoidossa, muuten niiden käytöstä hengenahdistuksen lievittämiseen ei ole tutkimusnäyttöä. (Lehto, Anttonen ja Sihvo 2013; Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Lääkkeettömiin hoitotyön keinoihin kuuluvat mm. asentohoito, fysioterapia ja psykososiaalinen tuki. Fysioterapeutti voi opettaa potilaalle erilaisia hengitystekniikoita hengenahdistuksen helpottamiseksi. (Lehto ym. 2013.) Potilas voi myös hyötyä erilaisista mindfulness- ja rentoutusharjoituksista sekä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Näillä potilas pystyy itse vaikuttamaan hengenahdistukseen. (Pickstock 2017, 76.) Ilmavirran käyttöä suositellaan, mikäli se helpottaa potilaan oireita, ja tähän

voi käyttää yksinkertaisesti tuuletinta tai avoimen ikkunan ilmajäätämistä (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018).

Happihoidon merkityksestä hengenahdistuksen hoidossa on ristiriitaista tietoa eikä kotihappihoitoa ei tule aloittaa potilaalla, jonka happisaturaatio on yli 90 %. Hypoksiasta kärsivällä happihoito voi lievittää hengenahdistusta, ja parantaa näin elämänlaatua. Kotihappihoitoon liittyy myös haittoja, se voi rajoittaa liikkumista, kuivattaa ylähengitysteitä ja suurentaa veren hiilidioksidipitoisuutta, eli aiheuttaa hyperkapniaa. (Lehto ym. 2013.) Hengityслиiton (2014) mukaan kotihappihoidon tarpeen määrittää aina keuhkolääkäri tiettyjen kriteereiden mukaan. Perussairaudesta tulee olla optimaalisesti hoidettu, ja valtimoveren happiosapaine on vähemmän kuin 7,3 kPa hyvässä vaiheessa vähintään kahdesti mitattuna. Valtimoveren happipitoisuuden on oltava 7,3-8,0 kPa ja tämän lisäksi veren punasolujen määrä on lisääntynyt, on olemassa oleva keuhkosydänsairaus, uniapneaan liittymätöntä yöllistä hapenpuutetta tai esiintyy hapenpuutteesta johtuvia keskushermosto-oireita, jotka ovat happihoidolla korjattavissa. Happihoidolla on saatava toivottu vaste ilman hiilidioksidiretentiota. Kotihappihoito edellyttää aina täydellistä tupakoimattomuutta ja potilaan on oltava kykenevä yhteistyöhön sekä sitoutumiseen lääkeliikkeen ja laitehoitoon. (Hengityслиitto 2014, 3.)

Lääkehappia kotiin toimittaa muun muassa Oy Aga Ab:n Linde Healthcare, joka vastaa myös Siilinjärven kunnan kotihappihoidon toimituksista (Remes 2019-03-20). Ensimmäiseen tilaukseen tulee liittää lääkärin resepti ja yhteystiedot. Tämän saatuaan Linde Healthcaren henkilökunta ottaa yhteyttä sopiakseen ensimmäisen happitoimituksen. Ensimmäisen toimituksen yhteydessä asiakas saa kirjalliset käyttöohjeet, turvallisuusohjeistusta ja ohjeet Kela-korvauksen hakemiseksi. Nestemäisen hapen ensitoimituksessa asiakas saa myös henkilökohtaisen perehdytyksen ja käyttöohjeistuksen. (Oy Aga Ab 2016.) Siilinjärvellä terveyskeskuksen apuvälinelainaamosta on myös saatavissa ns. varahappia, mikäli happihoito joudutaan aloittamaan äkkiä, tai happi on loppumassa yllättäen. Kotihappihoidossa on muistettava laittaa merkki asunnon oveen, että asunnossa on happipullo. Tämä lisää turvallisuutta esimerkiksi tulipalon yhteydessä ja pelastuslaitos osaa varautua tulipalon yhteydessä. (Remes 2019-03-20.)

3.3 Ruoansulatuselimistön oireita ja hoitokeinoja

Pahoinvointi ja oksentelu ovat palliativisen hoidon vaiheessa olevilla potilailla yleistä, näistä oireista kärsivät jopa 30-60 % potilaista (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018). Nämä oireet voivat esiintyä erikseen tai yhdessä. Pahoinvointi on täysin potilaan kokemaa, subjektiivinen tuntemus, kun taas oksentaminen on todettavissa oleva tapahtuma. Molemmat oireet aiheuttavat potilaalle epämukavuutta ja ahdistusta, ja molemmat tulisi huomioida ja hoitaa aktiivisesti. (Nunn 2014, 340.) Pahoinvointia voivat aiheuttaa mm. lääkkeet, ummetus, askitesnesteen kertyminen, ahdistuneisuus, infektiot tai kipu. Myös kallonsisäisen paineen kohoaminen voi aiheuttaa pahoinvointia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Pahoinvoinnin hoito pitäisi aloittaa selvittämällä, mitä potilas tarkoittaa pahoinvoinnilla, sekä kuinka voimakas ja häiritsevä oire potilaalle on. Pahoinvoinnin syy tulisi mahdollisuuksien mukaan selvittää,

ja hoitaa sitä. (Nunn 2014, 340.) Syynmukaista hoitoa voi olla esimerkiksi infektioiden hoito antibiooteilla, lääkityksen optimointi, askitesnesteiden poisto, ummetuksen hoito asianmukaisesti ja ahdistuksen lievittäminen psykososiaalisella tuella tai lääkityksellä. Oireenmukaiseen pahoinvointin hoitoon lääkehoitoa määrätään sen mukaan, mistä pahoinvointi johtuu. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Lääkkeettömiä pahoinvointin hoidon keinoja ovat raitis ilma, huoneen tuuletus ja puoli-istuva asento. Ruokailuun liittyvää pahoinvointia voi helpottaa viileät juomat, pienet ruoka-annokset ja mieliruoat. (Tyynelä-Korhonen ja Iivonen s. a.)

Suun kuivuminen on saattohoidossa yleinen ja elämänlaatua haittaava oire. Suun kuivuminen voi vaikeuttaa mm. puhumista ja nielemistä, aiheuttaa limakalvojen kipua sekä pahaa makua ja hajua suussa. (Saarto ym. 2015a, 119.) Suun kuivumista palliativisella- ja saattohoitopotilaalla voivat aiheuttaa monet tekijät. Lääkitys, yleinen kuivumistila, levottomuus, pään ja niskan alueen sädehoito sekä hiivainfektio ovat yleisiä syitä suun kuivumiseen. (Riley 2018, 58.) Myös suun kautta hengittäminen ja mahdollinen lisähappi kuivattavat limakalvoja. Ruokailun väheneminen vähentää myös syljen eritystä ja näin kuivattaa suuta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018.)

Suun kostutukseen käytetään potilaalle mieleisiä nesteitä, tai toiveiden mukaan esimerkiksi jääpaloja tai säilykehedelmiä. Suun kostutus ja hoito tehdään potilaan toiveiden mukaan. Kun potilas ei enää pysty ilmaisemaan toiveitaan kostutuksesta, suun kuivumista voidaan hoitaa esimerkiksi sivelemällä suuta vedellä tai öljyllä kostutetulla pumpulipuikolla tai harsotaitoksella. Tätä tulisi tehdä vähintään 1-2 tunnin välein, jotta suun kosteus pysyisi hyvänä. Huulia ja suunympäristöä tulee hoitaa rasvalla tarkoitukseen soveltuvalla rasvalla. (Saarto ym. 2015a, 132.) On myös tärkeää poistaa huulille tai suuhun mahdollisesti kertyvää pinnoitetta, plakkia. Tämän voi tehdä varovasti hieromalla kostutetulla harsotaitoksella kyseisiä alueita. Kielen päälle ilmestyvä pinnoite kertoo yleensä syljen erityksen vähenemisestä, ja sitä voi hoitaa huolehtimalla suun kostutuksesta sekä harjaamalla kieltä varovasti edestä taaksepäin. (Riley 2018, 60.)

Ummetus on yksi yleisiä saattohoitopotilaan oireita, ja siitä kärsii noin puolet palliativisessa hoidossa olevista. Ummetukseksi luetaan alle kolme kertaa viikossa tapahtuva ulostaminen, jossa ulostamisessa on kovaa ja ulostaminen on vaikeutunut. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Ummetuksen kokeminen on myös hyvin yksilöllistä, ja siksi olisi tärkeää keskustella potilaan kanssa tämän kokemista oireista, ja selvittää niiden vaikutus potilaan elämänlaatuun (Clark ja Currow 2014, 370). Palliativisessa- tai saattohoitovaiheessa olevalla potilaalla on erityisiä ummetuksen riskitekijöitä. Yleisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa liikkumattomuus, lihasten heikkous ja wc-tilojen käytön vaikeus. Ruokavalion ja aineenvaihdunnan muutokset voivat altistaa ummetukselle, koska ruoan ja nesteiden nauttiminen vähenevät ja elimistössä voi ilmetä elektrolyyttitasapainon häiriöitä. Neurologisiin syihin voi kuulua esimerkiksi aivojen kasvain tai selkäytimen sairaus. Paksu- ja peräsuoleen liittyviä ummetuksen syitä voi olla tukokset tai kasvaimet. Usein palliativisessa hoidossa olevien potilaiden ummetuksen syy on opioidilääkitys, jota käytetään yleisesti kivun ja hengenahdistuksen hoitoon. (Doyle ja Woodruff 2013, 86-87.)

Ummetuksen hoitoon suositeltuja ravitsemus- ja liikuntasuosituksia voidaan käyttää tilanteen salliessa myös palliativisessa hoidossa olevalle potilaalle, mutta ensisijaisesti ummetusta hoidetaan laksatiiveilla, jotka voidaan karkeasti jakaa kahteen eri tavalla vaikuttavaan ryhmään. Ulosteen pehmentäjät nimensä mukaisesti pehmentävät ulostemassaa, helpottaen näin ulosteen kulkua suolessa sekä ulostamista. Suolen stimuloijat lisäävät suolen peristaltiikkaa, jolloin ulostemassa kulkee suolistossa kohti peräsuolta. Yleensä on hyvä käyttää yhdistelmänä molempia. Opioidien aiheuttaman ummetuksen hoidossa voidaan käyttää myös opioidiantagonisteja, mikäli laksatiivihoito on riittämätön. (Connolly ja Larkin 2012, 64-67.) Ulostemassaa lisääviä bulkkilaksatiiveja ei tule palliativisessa tai saattohoidossa olevalle käyttää, koska nesteen nauttiminen on yleensä tässä vaiheessa liian vähäistä (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018).

Ummetuksen aktiivinen hoito ja oireiden minimointi on tärkeää palliativisessa hoidossa. Ummetuksesta puhuminen voi olla potilaalle kiusallista, ja hoitajan tulisi aktiivisesti kysyä suolen toiminnasta. Yksityisyyden takaaminen ja sopivan asennon löytäminen wc-käyntien yhteydessä ovat keinoja ylläpitää potilaan arvokkuutta. (Clark ja Currow 2014, 372.)

Saattohoitopotilaan viimeisten päivien aikana ummetus on harvoin merkittävässä roolissa. Laksatiivihoito voidaan yleensä lopettaa, mikäli lääkkeiden otto suun kautta vaikeutuu. Mikäli potilaalla on ulostamisen tarve tai levottomuutta ulostemassan vuoksi, voidaan käyttää peräruisketta olon helpottamiseksi. Tärkeintä on tehdä potilaan olo mahdollisimman mukavaksi. (Connolly ja Larkin 2012, 67; Doyle ja Woodruff 2013, 88.)

Ravitsemukseen ja nestehoittoon liittyy paljon huolta ja epätietoisuutta, erityisesti omaisten puolelta. Niukka ravinnon ja nesteen nauttiminen huolestuttaa, ja voinnin huononemisen tulkitaan usein johtuvan liian vähäisestä ravinnosta. (Saarto ym. 2015a, 165-166.) Potilaan ja omaisten kanssa on hyvä keskustella neste- ja ravitsemushoidosta, ja kertoa selkeästi, että luonnollisen kuoleman lähestyessä ruokahalun vähentyminen on normaalia. Potilaalle ja omaisille voi olla helpottava tieto, ettei väkisin tarvitse syödä tai juoda. (Pöyhiä 2012, 457.)

Ravitsemuksessa ei enää pyritä yleisten ravitsemussuosittelujen noudattamiseen, vaan tärkeintä on ruoan maistuvuus ja potilaan mielitekojen mukaiset ruoat. Ravitsemushoidossa tulisi keskittyä heikon ravitsemustilan syyhyn vaikuttamiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Lääkehoitoa ruokahaluttomuuteen voidaan käyttää, jos ruokahaluttomuus häiritsee potilasta itseään. (Saarto ym. 2015a, 165-166.) Parenteraalista ravitsemusta ei saattohoitopotilaalle juurikaan käytetä, eikä nenämahaletkua tai gastroomaa tulisi asentaa enää saattohoitopotilaalle. Potilaan omat toiveet ja näkemykset ravitsemuksen suhteen tulisi selvittää hyvissä ajoin, samoin keskustella omaisten kanssa neste- ja ravitsemushoidon hyödyistä ja haitoista. (Pöyhiä 2012, 457-458.)

Saattohoitopotilaalla kuivumistilan tutkimukset eivät ole aiheellisia, vaan hoidossa keskitytään oireiden ja yleisvoinnin seurantaan. Suonensisäistä nestehoittoa saattohoitovaiheessa tulee käyttää harkiten, koska siitä voi olla enemmän haittoja kuin hyötyä. Suonensisäinen nesteytys voi aiheuttaa nesteen kertymistä elimistöön turvotuksena tai askites-/pleuranesteen muodossa. Myös virtsanerityksen

lisääntyminen voi aiheuttaa kastelun ja katetroinnin tarpeen lisääntymisen vuoksi epämukavuutta potilaalle, eikä kanylointiin liittyvää epämukavuutta ja mahdollisia komplikaatioita voi unohtaa saattohoitopotilaan hoidossa. Mikäli omaiset vaativat nestehoitoa, sitä voidaan yhteisellä sopimuksella kokeilla muutaman päivän ajan. Jos potilaan oireet eivät tässä ajassa lieviy, nestehoito lopetetaan. (Saarto ym. 2015a, 161-162.) Nykyisin myös nestehoitoa on tietyin ehdoin mahdollista saada kotona, mutta se edellyttää kotisairaalatoimintaa ja yhteistyötä ensihoidon kanssa. Kotisairaalatoimintaa on eri paikkakunnilla vaihtelevasti, ja toimintamallit ovat vielä kehitysasteella. (Kivekäs, Toppinen, Kokki, Mäntyselkä, Kinnunen, Huusko ja Saranto 2017.)

Kakeksia on vaikea aliravitsemuksen tila, jota kuvataan myös kuihtumiseksi tai näivettymiseksi. Tähän kuuluu myös huono yleisvointi ravinnon puutteeseen ja yleissairauksiin liittyen. Kakeksiassa elimistössä on yleistynyt tulehdusreaktio, jonka seurauksena elimistön metaboliassa tapahtuu muutoksia. (Ukkola 2005.) Palliatiivisen hoidon loppuvaiheessa jopa 80 % kärsii kakeksiasta. Ravitsemushoidolla tai vitamiineilla ei ole todistettavaa hyötyä kakeksian hoidossa palliatiivisessa vaiheessa olevilla potilailla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3.4 Muita oireita ja hoitokeinoja

Uupumus eli fatiikki tarkoittaa poikkeuksellista väsymystä, heikkoutta ja yleistä energian puutetta, johon liittyy myös motivaation puutetta ja apatiaa. Fatiikki ei helpotu lepäämällä, eikä siihen ole näyttöön perustuvaa lääkehoitoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Fatiikki yhdistetään usein syöpäpotilaiden oirekuvaan, mutta suuri osa pitkälle edennyttä sairautta sairastavista kokee uupumusta. Väsymys on usein monitekijäistä, ja hoito siksi vaikeaa. Väsymyksen syyn löytäminen ja sen hoitaminen voi helpottaa oiretta. (Saarto ym. 2015a, 156-158.)

Iho-oireita voivat olla palliatiivisella potilaalla esimerkiksi kutina ja hikoilu. Kutinasta kärsii noin 5-12 % saattohoitopotilaista. Kutina voi aiheutua monesta syystä, mutta perussyyn hoitaminen tällä potilasryhmällä on haasteellista. Kuivaa ihoa voidaan hoitaa asianmukaisella rasvauksella ja vesipehjusien harventamisella. Hikoilu johtuu usein lääkityksestä, syövän hoidoista tai vaihdevuosista. Sekä kutinaa että hikoilua voi syyn mukaisesti hoitaa erilaisilla lääkkeillä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.)

Haavat ovat palliatiivisessa- ja saattohoitovaiheessa yleensä etäpesäkkeiden aiheuttamia haavaumia, painehaavoja, valtimoperäisiä haavoja tai trauman aiheuttamia haavoja. Haavojen paraneminen saattohoitopotilailla on huonoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Haavojen hoidossa tärkeää on määrittää tavoitteet haavan paranemiselle ja keskustella realistisista tavoitteista myös potilaan ja omaisten kanssa. Haavaa tulisi arvioida säännöllisesti, ja haavahoitotuotteet tulisi valita niin, että erityis ja mahdolliset hajut eivät tuota potilaalle haittaa. Runsaasti erittävien haavojen hoidossa tulisi käyttää hyvin imeviä tuotteita, jotta haavahoitoväliä voidaan pidentää. Haavahoitotuotteiden valinnassa tulisi myös huomioida ihoystävällisyys. Tuotteet eivät saa liimautua ihoon liian tiukasti, jolloin niitä joutuisi poistamaan iholta liian suurella voimalla. (Hotaling ja Black 2018, 16-19.) Hajuhaittoja voidaan ehkäistä käyttämällä paikallishoitotuotteina

hopeaa sisältäviä hoitotuotteita, aktiivihiihsidoksia, hunaja- tai pihkavoiteita, ja ulompiin sidoksiin voidaan laittaa piparminttuöljyä tai hajustettua talkkia. Myös huonetta voi hajustaa erilaisilla hajusteilla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018.)

Saattohoitopotilaalla on erityisiä riskitekijöitä painehaavaumien saamiseen, ja niiden ehkäisy on myös tärkeää. Potilaan ja omaisten kanssa on tärkeää keskustella asentohoidon tärkeydestä. Jos liikkuminen/liikuttaminen on potilaalle kivuliasta, on tärkeää edes pienillä paineen muutoksilla ehkäistä kivuliaita painehaavaumia. Haavojen hoidossa tärkeää on sekä jatkuvan haavakivun, että hoidon aiheuttaman hetkellisen kivun hallinta sopivalla lääkityksellä sekä keskustelemalla potilaan tuntemuksista haavahoidon aikana. Kivun lievitys on annettava niin, että se ennättää vaikuttaa ennen haavan hoitoa. (Hotaling ja Black 2018, 18-19.) Palliativisen hoidon ja saattohoidon käypä hoito – suosituksessa (2018) on ohje myös morfiinigeelin valmistukseen erityisesti saattohoitopotilaan haavahoidossa käytettäväksi.

3.5 Psykososiaalinen tukeminen

Psykososiaalinen tuki pitää sisällään psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen. Psyykkisen tuen avulla potilasta autetaan sopeutumaan tilanteeseen. Sosiaalisella tuella tuetaan potilasta ja läheisiin. Hengellinen tuki pitää sisällään eksistentiaalisen tuen ja hengellisen tuen uskontoon tai elämäntarkastukseen liittyvissä ongelmissa. (HUS s. a.) Palliativisen hoidon aikana noin 25 %:lla esiintyy masennusta ja noin 10 %:lla ahdistuneisuushäiriöitä ja 15 %:lla potilaista kärsii sopeutumishäiriöistä. Psyykkiset oireet vaikuttavat merkittävästi heikentävästi potilaan elämän laatuun. Pitkälle edennyt sairaus voi vaikeuttaa psyykkisten oireiden tunnistamista somaattisten oireiden takia. Masennuksen varhainen tunnistaminen mahdollistaa myös lääkehoidon. Palliativisen hoidon loppuvaiheessa ja saattohoitovaiheessa lääkehoidolla ei ennätetä saavuttaa hyötyä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Hoitajien ammattitaito ja vuorovaikutustaidot vaikuttavat siihen tarvitaanko erillistä psykososiaalista tukea. Lääkehoitoa voidaan välttää ammattitaitoisella psykososiaalisella tuella. Hoitajilta vaaditaan vuorovaikutustaitoja ohjata ja kuunnella potilasta arjessa, yleensä ei tarvita psykoterapeuttista hoitoa. Myös potilaan läheisten tukeminen ja huomioiminen on osa palliativista ja saattohoitoa, se auttaa läheisiä jaksamaan ja samalla tuetaan potilaan mahdollisuutta olla kotona. Potilaan ja läheisten surua ei pidä ajatella aina masennuksena. Tutut hoitajat ja hoidon jatkuvuus auttavat masennuksen hoidossa, ja surun käsitteleminen on helpompaa. (HUS s. a; Saarto ym. 2015a, 219-220.)

Hoitajien merkitys palliativisessa hoidossa korostuu potilaiden kohdalla, kenellä on pieni sosiaalinen verkosto. Tällöin elämän laadun parantaminen ja tuen antaminen jää hoitajien sekä muiden hänen kanssaan työskenteleville. Kuoleman pelko on yleinen kaikille, mutta sitä suurempi pelko on, että kuolee yksin. Noin joka neljäs ikääntynyt Suomessa kokee olevansa yksinäinen. (Saarto ym. 2015a, 215.) Yksinäisten asema saattohoidossa nousee esille myös (Kuitunen 2017, 74) tekemässä tutkimuksessa.

Vertaistuki voi helpottaa sekä potilaan että omaisten asioiden käsittelyä. Vertaistukiryhmissä voi tavata samassa elämäntilanteessa olevia tai samanlaisen tilanteen kokeneita, ja kaikki siellä tietävät mitä käydään läpi sekä millaisia tuntemuksia ja ajatuksia voi olla. Vertaistukiryhmiä järjestävät esimerkiksi potilasjärjestöt ja seurakunnat. (Terveyskylä.fi.)

Eksistentiaalinen eli henkinen kärsimys tarkoittaa ymmärrystä oman elämän rajallisuudesta ja sen loppumisesta. Se on oman eletyn elämän käsittelyä, sekä pelkoa siitä, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu, kun olemassaolo loppuu. Se luo ahdistuneisuutta, tuskaisuutta ja pelkoa. Pelko on osittain sitä, että pelkää oman elämän hallinnan menettämistä, sekä sitä, ettei enää kykene ilmaisemaan asioita ja joutuu olemaan muiden armoilla. Potilas tuntee syyllisyyttä läheistensä kärsimästä surusta ja tekee itse samalla surutyötä. Eksistentiaalinen kärsimys on henkilökohtaista, koska se liittyy oman elämän rajallisuuden käsittelyyn. (Haho 2017.)

Kuoleman pelko tulee yleensä esille taudin pahenemisvaiheessa. Potilas voi haluta puhua kuolemasta, ja puhuminen helpottaa mahdollista kuoleman pelkoa sekä eksistentiaalista kärsimystä. Tärkeää on kuunnella mitä potilas ajattelee kuolemasta ja onko hänellä mahdollisesti mieltä painavia, keskeneräisiltä tuntuvia asioita. Kuoleman hyväksyminen on helpompaa, kun voi muistella elettyä elämää ja sen hyviä hetkiä, se luo kiitollisuuden tunnetta. Saattohoitovaiheessa omaisille on hyvä kertoa, että mahdollisesti muisti ja tietoisuus voivat heiketä kuoleman lähestyessä. (HUS s. a.) Läheiset voivat omalla tiedollaan vahvistaa näitä yhteisiä kokemuksia saattohoitopotilaan elämästä ja osallistua keskusteluun hänen menneestä elämästään (Kuitunen 2017, 74, 78).

Eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisessä hoitaja voi auttaa potilasta olemalla läsnä ja kuunnella häntä. Hoitaja ei voi poistaa potilaan tuntemaa ahdistusta, mutta hän voi auttaa sanoittamaan ahdistavat ajatukset. Keskustelu etenee kuitenkin potilaan ehdoilla ja aloitteesta. Hoitajan pitää kunnioittaa potilaan arvoja ja elämäntapaa, se on myös edellytys sille, että luottamus syntyy ja potilas voi keskustella avoimesti omista ajatuksistaan. Oleellista on vuorovaikutus potilaan kanssa. (Sipola 2019.)

Hengellinen tuki ja hengellisyys korostuvat elämän loppuvaiheessa, vaikka potilas ei olisikaan ollut uskonnollinen. Jokaisella on oikeus oman vakaumuksensa ja kulttuurin mukaiseen kuolemaan. Uskonto on monelle voimavara ja auttaa jaksamaan. Hengellistä tukea voi saada myös omalta seurakunnalta tai yhteisöltä. (Saarto ym. 2015a, 307-310).

Hoitaja ei itse tarvitse uskonnollista vakaumusta toimiakseen hengellisenä tukena, tärkeintä on kuunteleminen ja läsnäolo. Hyväksyvän ja myönteisen ilmapiirin tunteminen vahvistaa potilaan elämänhallintaa. Hoitajan tehtävä on olla vierellä kävijä ja kuunnella potilaan elämän pohdintaa, tuskaa ja kysymyksiä. Vastauksia ei tarvitse antaa, koska tilannetta ei voida muuttaa asioiden vähättelyllä tai kiertämisellä. Tärkeintä on, että potilas tuntee tulevansa kuulluksi ja hänen ahdistuksensa otetaan todesta. (Terveyskylä.fi.)

Henkistä ja hengellistä tuen tarvetta voi kartoittaa esimerkiksi AVAUS- mallin avulla. Se on kehitetty suomalaiseseen hoitotyöhön avuksi kartoittamaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita. Kysymysten asettelua voi muuttaa ja on muunneltavissa. Avaus- mallia on kuvattu TAULUKOSSA 2. Avaus -mallia voi käyttää tilanteissa varsinkin, jos potilas omaa eri kulttuuritaustan. (Karvinen 2012.)

TAULUKKO 2. Avaus -malli (Karvinen 2012).

AVAUS -malli	
A) Arvot ja vakaumus	<ul style="list-style-type: none"> • Mitkä arvot ovat sinulle tärkeitä elämässä? • Oletko mielestäsi uskonnollinen tai onko sinulla jokin vakaumus? <p>Selvitään mikä on tärkeää, esimerkiksi onko uskonnollinen vai ateisti. Onko tärkeä luonto tai joku muu korkeampi voima.</p>
V) Voimavarat	<ul style="list-style-type: none"> • Mitkä asiat antavat sinulle voimia vaikeina hetkinä? • Mihinkä turvaudut, jos sinulla on kipua tai kärsimystä? <p>Kannattaa kannustaa kertomaan myös merkityksettömillä tuntuvia asioita kuten lukeminen, piirtäminen, ruokailu tai musiikin kuuntelu.</p>
A) Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista	<ul style="list-style-type: none"> • Onko sinulla pelkoja liittyen sairauteen tai tilanteeseen? • Kuinka voisimme auttaa siinä? • Onko sinulla vakaumusta tai hengellisiä asioita, joista olisi hyvä tietää? <p>Kysymyksiin voi nousta vastauksia omasta arjesta, kuinka tärkeitä henkiset ja hengelliset asiat ovat ja ovat olleet hänen elämässään.</p>
U) Ulkopuolinen tuki	<ul style="list-style-type: none"> • Onko sinulla joku ihminen tai ihmisiä, jotka ovat merkinneet erityisen paljon sairauden aikana? • Kuulutko sinä johonkin seurakuntaan tai yhteisöön? • Haluaisitko keskustella jonkun, esimerkiksi papin kanssa? <p>Myös ateisti tai uskonnollinen voi kaivata keskustelua ja heidän vakaumustaan tulee kunnioittaa.</p>
S) Spiritualiteettiä tukevat hoitotoimenpiteet	<ul style="list-style-type: none"> • Onko keinoja, joilla voisimme tukea hengellisyyttäsi tai vakaumustasi? • Onko asioita, jotka rajoittavat tai toivot, että huomioimme hoitotoimenpiteissä, ravitsemuksessa tai sukupuoli-rooleissa? <p>Eryteisesti eri kulttuuritaustan omaavien potilaiden kanssa tästä on hyötyä. Tässä vaiheessa voi esittää myös kysymyksen, onko kuoleman liittyviä toiveita</p>

3.6 Lähestyvän kuoleman merkit

Kuoleman hetkeä ei voida ennustaa mutta ihmisen elimistössä näkyy merkkejä hiipumisesta. Potilas muuttuu väsyneemmäksi ja nukkuu paljon. Ruokahalu häviää, eikä hän pysty syömään tai juomaan. Tässä vaiheessa viimeistään puretaan lääkitystä siten, että vain tarvittavat lääkkeet jäävät. Lääkkeen antotapaa vaihdetaan. Tajunnantaso laskee, voi olla ahdistuneisuutta, sekavuutta ja pelkoa. Tässä vaiheessa voi potilaan olla hankala ilmaista itseään, joten ilmeiden, eleiden, liikehdinnän ja olemuksen perusteella täytyy havainnoida potilaan olotilaa. Toisen ihmisen läsnäolo ja kädestä pitäminen voivat rauhoittaa. (HUS s. a.)

Kivut voivat lisääntyä ja voi olla kuumeilua ilman merkittävää syytä. Virtsaus ja suolen toiminta hiipuvat ja turvotukset lisääntyvät varsinkin alavartalossa. Kädet ja jalat muuttuvat viileiksi. Iholle voi tulla lautumia, jotka kertovat verenkierron heikkenemisestä. Sydämen syke hiljenee. Hengitys muuttuu katkonaiseksi, raskaaksi ja pinnalliseksi. Hengitys voi olla hyvin rohisevaa ja tämä voi pelottaa läheisiä. Tilanne voi kestää tällaisena muutamia päiviä. (HUS s. a.)

4 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa saattohoito-opas Siilinjärven kunnan kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Saattohoito-oppaassa käsitellään kotona tapahtuvan saattohoidon kannalta keskeisimpiä asioita, tilaajan toiveesta erityisesti kivun hoitoa. Tarkoitus oli myös tilaajan toiveesta tehdä potilaan omaisille selkeä yhteystietolehtinen, jossa on eri hoitotahojen yhteystiedot yhteydenottoajan kohtineen.

Opinnäytetyön tehtävänä oli

1. Kerätä ajanmukaista tietoa saattohoitopotilaan hoidosta
2. Kerätä tietoa potilaan ja omaisten kohtaamisesta
3. Kerätä tietoa kivunhoidosta saattohoidossa

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Toiminnallisen opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on kehittää jokin tuote, palvelu, prosessi, materiaali, digitaalinen aineisto tai ohjattu toiminta. Kehittämistyöhön kuuluu myös työn tekemistä kuvaava raportti. Työ tehdään tilaajan tarpeiden mukaan, ja on näin ollen työelämälähtöinen. Työn tekijänä voi olla yksi tai useampi opiskelija. (Savonia 2017.)

Opinnäytetyömme tehtiin kehittämistyönä, jonka tuotoksena on saattohoito-opas Siilinjärven kotihoidon henkilökunnalle sekä yhteystietolehtinen saattohoitopotilaan omaisille. Omaisten yhteystietolehtiseen kerättiin tärkeimmät yhteystiedot terveydenhuoltopalveluihin yhteydenottoajankohtineen. Tiedot kerättiin Siilinjärven kunnan verkkosivuilta ja yhteyshenkilöiltä kyselemällä. Kotihoidon henkilökunnalle tarkoitettu saattohoito-opas tehtiin kerättyyn teoretietoon pohjautuen tilaajan toiveiden mukaisesti käytännön hoitotyöhön keskittyen. Tilaaja toivoi erityisesti tietoa kivunhoidosta sekä potilaan ja omaisten kohtaamisesta.

5.1 Toimeksiantajan kuvaus Siilinjärven kotihoito

Siilinjärvellä kotisairaanhoidon kuuluu kotihoidolle. Kotihoidossa Siilinjärvellä toimii kuusi sairaanhoitajaa, jotka huolehtivat sairaanhoidollisista tehtävistä. Heille kuuluvat myös kotisairaalalle kuuluvat tehtävät, kuten i.v.-antibioottien antaminen, kipupumppujen käyttö, sekä vaativat haavahoidot, mikäli asiakkaan on toimintakyvyltään hankalaa päästä hoitajan vastaanotolle. (Siilinjärven kunta 2016.) Siilinjärven kotihoidossa toimii myös oma fysioterapeutti, joka voi auttaa saattohoitopotilaan apuväline-tarpeen kartoittamisessa ja esimerkiksi sairaalasängyn hankinnassa. Fysioterapeutti voi myös antaa ohjausta asentohoidon toteuttamiseen, kivun ja hengenahdistuksen lievittämiseen, sekä ohjata omaisia ja hoitajia siirtotilanteissa. (Myyryläinen 2019-03-11.)

Kotihoidon asiakkaat tulevat palveluohjauksen tai kotiutushoitajan kautta. Ensin tehdään palvelutarpeen arviointi ja kartoitetaan avun tarve, sitten avataan tarvittaessa kotihoidon palvelut. Myös saattohoitopotilaat tulevat kotihoidon asiakkaiksi tätä kautta, mikäli heillä ei ole aiempaa kotihoidon asiakkuutta. Palveluohjaukselta saa myös ajankohtaista tietoa esimerkiksi omaishoidontuesta ja muista mahdollisista etuuksista, sekä ateriapalvelun tai turvapuhelinpalvelun järjestämisestä. Kotihoidolla on myös oma lääkäri, joka tekee tarvittaessa kotikäyntejä. (Siilinjärven kunta s. a.)

Saattohoidossa olevien kotihoidon asiakkaiden vastuulääkäri on kotihoidon lääkäri. Kun saattohoitopäätös on tehty, siitä ilmoitetaan vuodeosastolle, ja kotona oleva hoito- ja palvelusuunnitelmakansio vaihdetaan saattohoitokansioon. (Koivisto 2019-03-15.) Saattohoitokansio on käytössä koko Pohjois-Savon alueella kotihoidon asiakkailla (Iivonen 2019-03-28). Siilinjärven kotihoidon käytäntö saattohoitopotilaan kotikuoleman osalta on, että kuolemasta ilmoitetaan vuodeosastolle tai akuuttivastaanotolle iltaisin ja viikonloppuisin. Vainaja siirretään terveyskeskukselle hautaus toimiston toimesta. Siellä päivystävä lääkäri toteaa kuoleman, ja kotihoidon lääkäri kirjoittaa myöhemmin hautausluvan. (Koivisto 2019-03-15, Remes 2019-03-14.)

5.2 Tiedonhaun prosessi

Teoriatietoa opinnäytetyötä varten haimme kotimaisista ja ulkomaisista luotettavaa tietoa välittävistä terveydenhuollon tietokannoista, kuten Medic ja Cinahl complete. Ensisijaisena hakusanana Cinahl completen tietokannassa käytimme ”end of life care or palliative care or death or dying”, ja täsmällisinä hakusanoina ”constipation”, ”oral health”, ”breathlessness” ja ”symptom management”. Hakutuloksia tuli runsaasti, joten lisäksi rajasimme hakua vuosiluvun mukaan 2010 ja sen jälkeen julkaistuihin artikkeleihin, sekä välittömästi sähköisesti saatavilla olevan kokotekstin mukaan. Näistä hakutuloksista rajasimme vielä silmämääräisesti pois muun muassa tiettyihin potilasryhmiin kohdistuvat tutkimukset, koska työn tilaajan asiakasryhmä ei koostu vain tiettyjä sairauksia sairastavista. Suomalaisista tietokannoista haimme tietoa ensisijaisilla hakusanoilla ”saattohoito” tai ”palliativinen hoito” ja tarkentavilla hakusanoilla esimerkiksi ”nesteytys”, ”eksistentiaalinen”, ”hengellisyys” ja ”omaiset”. Joitakin 2000-luvun alun lähteitä olemme käyttäneet oppaan tekemisen teoriaan liittyen, koska uudempaa materiaalia oli vaikea löytää.

Syksyllä 2018 osallistuimme Kuopion yliopistollisen sairaalan järjestämään koulutukseen ”Suru ja luopuminen”, jossa käsiteltiin saattohoitoa eri toimijoiden näkökulmasta. Koulutuksessa esiin nousi muun muassa AVAUS –malli, joka tuli vastaan muissakin lähteissä. Helmikuussa 2019 osa opinnäytetyön tekijöistä vieraili myös Harjulan sairaalan saattohoito-osastolla, josta saimme näkemystä työmme kannalta olennaisiin asioihin. Saimme myös ajatuksia mitä oppaassa tulisi huomioida, kuten esimerkiksi aito läsnäolo potilaan kohtaamisessa. Opinnäytetyön tekemisen loppuvaiheessa kävimme myös Kuopion yliopistollisen sairaalan palliativisella poliklinikalla, jonka kokoneelta sairaanhoitajalta saimme palautetta ja vinkkejä oppaan sisältöä koskien.

Yhteystietoja kerätessä olimme yhteydessä Siilinjärven vuodeosastolle, apuvälinelainaamoon ja koti-hoidon sairaanhoitajaan, jolla on kokemusta saattohoidon järjestämisestä kotihoidossa. Hän pystyi kertomaan millaiset toimintaohjeet ovat esimerkiksi kotikuolemien kohdalla, koska kirjallista ohjeistusta asiasta ei ollut saatavilla. Olimme yhteydessä myös Siilinjärven kotihoidon fysioterapeuttiin, jolta saimme tietoja siitä, kuinka fysioterapeutti osallistuu saattohoitoon.

5.3 Oppaan työstäminen

Hyvä opas kertoo heti, kenelle opas on tarkoitettu. Jo oppaan aloitusvaiheessa on mietittävä oppaan kohderyhmä ja mitä tietoa oppaalla on tarkoitus välittää. Tiedon on oltava ajantasaista, sekä loogisesti ja selkeästi esitettyä. Potilasoppaassa tulee käyttää yleiskieltä ja välttää ammattisanastoa. Omalle ammattiryhmälle suunnatussa oppaassa voi kuitenkin käyttää myös ammattikieltä. Tekstin asettelussa tulee myös miettiä, tuleeko oppaasta paperinen vai sähköinen, eli missä muodossa lukija opasta lukee. (Eloranta ja Virkki 2011, 75; Hyvärinen 2005.)

Oppaan tulee edetä loogisesti ja tiedon tulee olla jäsenneltyä. Selkeyteen voi vaikuttaa otsikoinnilla, asioiden esittämisyjärjestyksellä ja viimeistellyllä tekstillä. Otsikointi kertoo oppaan tärkeimmät asiat, ja niistä on helppo hahmottaa kokonaisuus. Kappaleeseen kerätään otsikointia vastaava tieto, ja se

muodostaa selkeän asiakokonaisuuden. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 43; Hyvärinen 2005.) Liian pitkiä kappaleita tulee välttää raskaslukuisuuden vuoksi, mutta vain parin virkkeen mittaiset kappaleet tekevät tekstistä levotonta ja rikkonaista. Tekstissä voi käyttää myös kohtuullisessa määrin luetelmia, joilla voi pilkkoa pitkiä lauseita, ja korostaa tärkeitä asioita. Tekstin kirjasintyyppi ja fontin koko tulee valita sekä asiakasryhmälle että esitystavalle sopiviksi. (Hyvärinen 2005.)

Oppaamme esitysmuodoksi valikoitui toimeksiantajan toiveesta sähköinen opas pdf-muodossa. Opasta tehdessä päätimme jaotella asiakokonaisuudet omille sivuilleen selkeyden vuoksi. Teimme myös sisällysluettelon oppaan alkuun, minkä koimme helpottavan lukijaa hahmottamaan oppaan sisällön kokonaisuuden. Se myös helpottaa löytämään oppaasta osa-alueen, johon haluaa perehtyä. Kokeilimme myös useita fonttivaihtoehtoja ja rivivälejä, koska halusimme oppaan ilmavan näköiseksi ja helppolukuiseksi. Fontiksi valikoitui Calibri-fontti ja fonttikooksi koko 12, jotka koimme oppaaseen sopiviksi juuri ilmavuuden ja helppolukuisuuden vuoksi. Oppaan kanteen halusimme kauniin ja kansikuvaan sopivan lyhyen runon. Tähän valitsimme katkelman Petri Laaksosen laulusta "Hyvää matkaa". Kyseisen laulun sanat kuvastivat mielestämme kauniisti ihmisen elämän loppumista ja ihmisen saattamista viimeiselle matkalleen.

Halusimme oppaaseen rauhoittavia kuvia rytmittämään opasta ja tuomaan ilmettä. Kuviksi valitsimme opinnäytetyön tekijän itse kuvaamia kuvia ja ajatuksena kuvien käytössä oli vuodenaikojen vaihtelu ja elämän kiertokulku. Tärkeimpiä asioita kokosimme luetelmiksi, jotta ne erottuisivat tekstistä. Halusimme liittää oppaaseen linkit hoitotahto-, oirekysely- ja tilauslomakkeisiin hoitajien käytännön työn helpottamiseksi. Myös Terveyskylän sivuilta löytyvät palliatiivisen talon ja kivunhallintatalon linkit halusimme oppaan loppuun laittaa, joista henkilökunta voi halutessaan käydä lukemassa lisää tietoa saattohoitoon liittyen.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tekijöiden ryhmä muodostui luontevasti samassa opiskeluvaiheessa olevista luokkatovereista. Kaikilla työn tekijöillä on kokemusta kotihoitotyöstä ja saattohoidossa olevista potilaista. Myös kiinnostus saattohoitoon ja sen kehittämiseen oli kaikille yhteistä. Aiheen rajaamisessa oli hie- man haasteita, ja työn sisältö muuttui jonkin verran kirjoitusprosessin aikana. Alussa rajasimme muutaman tärkeänä pitämämme aihealueen, jotka jaoimme työn tekijöiden kesken jokaisen mielenkiinnon kohteen huomioiden. Näistä osa-alueista kukin työn tekijä keräsi teorian tietoa ja muokkasi oman teoriaosionsa. Kirjoitimme työtä Word Onlinessa, jolloin jokainen työn tekijä näki reaaliajassa muiden tekemiä muutoksia. Kävimme myös keskusteluja videopalavereissa työn sisällöistä ja aika- tauluista. Aikataulu venyi odotettua tiukemmaksi ja lopussa työn tekemisessä tuli jo kiire.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus muodostuvat rehellisyydestä, huolellisuudesta ja tarkkuudesta työn kaikissa vaiheissa. Tiedonhaun eettisyys, lähdemerkintöjen oikeellisuus ja raportointi so- vittujen käytäntöjen mukaan muodostavat eettisen tutkimuksen selkärangan. Myös asianmukaiset tutkimusluvut, osapuolten väliset sopimukset ja rahoituksen ilmoittaminen ovat tieteellisen tutkimuk- sen eettisyyden ja luotettavuuden tae. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyömme työsuunnitelman tiedonhakuun pyysimme apua yksikkömme informaatikolta, jonka kanssa kertosimme tiedonhaun perusteita yleisimmistä tietokannoista. Valitsimme työhömmä mahdollisimman uusia ja luotettavia tietolähteitä. Lähteiden luotettavuutta arvioidessamme poh- dimme sekä kirjoittajan että julkaisijan asiantuntijuutta ja puolueettomuutta. Tiedonhaun laajuus ja asiantuntijamielipiteiden hakeminen tukevat mielestämme opinnäytetyön eettisyyttä. Teoriaosuuden kokosimme laajan lähdeaineiston perusteella, ja lähteet ovat merkittynä sekä tekstiosuuteen että lähdeluetteloon Savonia ammattikorkeakoulun raportointiohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyö tehtiin raportointiohjeiden mukaisesti raporttipohjaa käyttäen.

Opinnäytetyön eettisyyttä kuvaa myös se, kuinka työn tekijät suhtautuvat aiheeseen ja yhteistyö- kumppaneihin. Tähän kuuluu ihmisten kunnioittaminen ja tasa-arvoinen vuorovaikutus, sekä sopi- musten ja aikataulujen kunnioittaminen. (Savonia 2019.) Työtä varten teimme tilaajan kanssa asian- mukaiset sopimukset, sekä saimme tutkimusluvan (LIITE 5). Kävimme tilaajan kanssa useita palave- reita oppaan sisällöstä, ja muokkasimme oppaan sisältöä tilaajan toiveiden mukaan. Lupasimme ti- laajalle oppaan valmistuvan keväällä 2019, ja vaikka oma aikataulumme venyi, saimme pidettyä lo- pullisen aikarajan oppaan toimittamisessa. Oppaassamme halusimme myös kunnioittaa kotihoidossa käytettävää asiakas -termiä potilaan sijaan, ja päädyimme siksi oppaassamme käyttämään nimitystä saattohoitoasiakas.

6.2 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessimme lähti käyntiin keväällä 2018 aiheen valinnalla. Aiheen ja tilauksen oppaalle saimme yhden opinnäytetyön tekijän työpaikalta. Keväällä 2018 kävimme tilaajan kanssa ensimmäisen tapaamisen, jossa kävimme alustavasti läpi tilaajan toiveita opasta varten. Kävimme myös palaverin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa. Alun perin tarkoituksena oli saada työsuunnitelma hyväksytyä syksyllä 2018, mutta aikataulu viivästyi niin, että työsuunnitelma saatiin valmiiksi vasta helmikuussa 2019. Näin oppaan työstämiseen jäi suunniteltua vähemmän aikaa. Tutkimuslupa saatiin työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen ja oppaan tekeminen alkoi heti.

Kävimme vielä kevättalvella 2019 tilaajan kanssa tapaamisen, jossa esittelimme oppaan raakaversioiden, ja pyysimme palautetta ja tarkennusta tilaajan toiveista sisällön suhteen. Tämän palautteen perusteella lisäsimme työn teoriaosaan lisätietoa happihoidon käytännön toteutuksesta, apuvälineiden hankkimisesta ja moniammatillisuudesta, sekä elimistön muutoksista ja kuoleman merkeistä. Näiden lisäysten jälkeen teimme oppaasta uuden version, josta pyysimme palautetta ohjaavalta opettajalta ja työn tilaajalta. Näiden palautteiden perusteella teimme oppaasta lopullisen version.

Alun perin saattohoito-oppaan piti olla sairaanhoitajille suunnattu. Kuitenkin jo työn suunnitelmavaiheessa tilaajalta tuli toivetta, että opas olisi koko kotihoidon henkilöstön käytössä. Tätä ajatellen loimme jo teoriaosion saattohoidon perusteita ja hoitotyön keinoja läpikäyden. Näin opas palvelisi paremmin myös perushoitotyöhön osallistuvia lähihoitajia.

Omaan ammatilliseen kasvuun ja tulevaan työhön opinnäytetyöstä on hyötyä, olipa tuleva työ sitten missä terveydenhuollon yksikössä tahansa. Kuoleman kohtaaminen ja omaisten tukeminen ovat osa sairaanhoitajan kompetenssia. Saimme paljon tietoa saattohoidon järjestämisestä ja toteutuksesta. Lisäksi saimme paljon tietoa erilaisten oireiden hoidosta sekä potilaan ja omaisen kohtaamisesta, mikä on käyttökelpoista hoitotyössä muuallakin kuin saattohoidossa. Opinnäytetyön tekeminen on myös opettanut yhteistyötä, sekä opinnäytetyön tekijöiden, että työelämän edustajien kesken. Myös työn jakamisen ja aikataulutuksen tärkeys on tullut esille prosessin aikana, ja näitä opittuja asioita voimme käyttää tulevaisuudessa hyväksi.

6.3 Oppaan arviointi

Oppaalla oli tarkoitus antaa henkilökunnalle konkreettisia työkaluja hoitotyön tekemiseen ja siinä onnistuttiin tekijöiden mielestä hyvin. Oppaassa korostettiin hoitotyön keinoja ja erilaisia oireiden havainnoinnin malleja. Oppaan kuvitus on aiheeseen sopivasti rauhoittava, mutta ei synkkä. Luontokuvien tekijät kokivat kuvastavan elämän kiertokulkua.

Oppaasta pyydettiin palautetta sekä ohjaavalta opettajalta että tilaajalta, ja opasta muokattiin tilaajan toiveiden mukaiseksi prosessin eri vaiheissa. Opas vastasi tilaajan mielestä hyvin hoitohenkilökunnan tarpeita, ja antoi käytännöllisiä työkaluja hoitotyöhön. Palliatiivisen poliklinikan hoitaja piti erityisesti oppaaseen liitetystä ESAS-oirekyselystä ja PAINAD-mittarista, koska niillä voidaan hyvin

arvioida potilaan oireita. Hänen mielestään opas oli myös ulkoasultaan miellyttävä ja kuvat kauniita. Hänen huomionsa perusteella lisäsimme vielä oppaaseen omaisen tukemiseen liittyviä asioita, kuten yhteydenotto noin kuukauden kuluttua saattohoidossa olleen läheisen kuolemasta.

Kysyimme myös tukiosastona toimivan vuodeosaston osastonhoitajalta kommentteja oppaasta ja tarkistamaan tiedot osaston kanssa tehtävästä yhteistyöstä ovat oikein oppaassa. Opasta olivat kommentoineet myös muutamat sairaanhoitajat osastolta. Näiden kommenttien mukaan tarkennettiin asioita esimerkiksi sanajärjestystä siten, ettei tulisi väärinymmärryksiä. Yhteystietolehtinen kotihoidon saattohoitoasiakkaiden omaisille rakennettiin myös sairaanhoitajilta saadun palautteen mukaan. Lehtisellä pyritään helpottamaan omaisten tietoa, minne soittaa eri vuorokauden aikoina.

6.4 Työn jatkokehityskohteet

Oppaan työstämisen aikana huomasimme saattohoidon toteuttamisessa useita kehittämiskohteita, joihin emme työllämme pystyneet vastaamaan. Näistä esille nousivat muun muassa saattohoitokoulutuksen järjestäminen kotihoidon henkilökunnalle, saattohoitotiimin perustaminen ja vapaaehtoistyön aktivoiminen saattohoidon tueksi Siilinjärvellä. Siilinjärven kunnalla on aloittanut saattohoidon kehittämisen työryhmä, jossa mukana on myös yksi opinnäytetyön tekijöistä. Oppaan toivomme synnyttävän keskustelua työyhteisössä saattohoidon toiminnoista. Omaisille tuotettu yhteystietolehtinen on tilaajan pyynnöstä päivitettävissä oleva sähköinen tiedosto. Näin tilaaja pystyy päivittämään yhteystietoja niiden mahdollisesti muuttuessa.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ANTTONEN, Mirja Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa, Substantiivista teoriaa saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta [verkkojulkaisu.] Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteet, Akateeminen väitöskirja [Viitattu 2019-03-16.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1>
- CLARK, Katherine ja CURROW, David C. 2014. Advancing research into symptoms of constipation at the end of life [verkkojulkaisu]. International Journal of Palliative Nursing. 20:8, 370-372. [Viitattu 2018-01-24.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=103902154&lang=fi&site=ehost-live&authType=ip,shib&custid=s4778224>
- CONNOLLY, Michael ja LARKIN, Philip 2012. Managing constipation: a focus on care and treatment in the palliative setting [verkkojulkaisu]. British Journal of Community Nursing. 17:2, 60-67. [Viitattu 2019-01-24.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=104542665&lang=fi&site=ehost-live&authType=ip,shib&custid=s4778224>
- DOYLE, Derek ja WOODRUFF, Roger 2013. The IAHPIC Manual of Palliative Care 3rd Edition [verkkojulkaisu]. International Association for Hospice & Palliative Care. [Viitattu 2019-01-24.] Saatavissa: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/manual-of-palliative-care/>
- EDUSKUNTA 2018. Tiedote [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-02-23.] Saatavissa: https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Sivut/StVM-4_2018-eutanasia.aspx
- ELORANTA, Tuija ja VIRKKI, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- HAHO, Annu 2017. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan eksistentiaalinen kärsimys [Verkkojulkaisu 18.8.2017.] Lääkärilehti. [Viitattu 2019-01-11.] Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/palliatiivisen-vaiheen-syopapotilaiden-eksistentiaalinen-karsimys/>
- HAMUNEN, Katri 2018. Kipulääkkeiden tavallisia haittavaikutuksia saattohoidossa. [Verkkojulkaisu 16.2.2018] Duodecim. [Viitattu 2019-01-11.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01904>
- HEISKANEN, Tarja 2015. Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. [Verkkojulkaisu 30.11.2015] Duodecim Oppiportti. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/pli00026/do>
- HEISKANEN, Tarja, HAAKANA, Soile ja KOIVUSALO, Anna-Maija 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. [Verkkojulkaisu 30.11.2015] Duodecim Oppiportti. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/pli00025/do>
- HENGITYSLIIITTO Opas kotihappihoidosta 2014. [verkkojulkaisu]. Hengityслиitto. [Viitattu 2019-02-26.] Saatavissa: https://www.hengityслиitto.fi/sites/default/files/oppaat/opas_kotihappihoidosta.pdf
- HERMASON, Terhi, VERTIO, Harri, MATTSON, Johanna. 2010, 63-65. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020 [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. [Viitattu 2019-01-25.] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72793/selv_2010_6_syovan_hoito_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- HOTALING, Patricia ja BLACK, Joyce 2018. Ten top tips: palliative wound care [verkkojulkaisu]. Wounds International. 9:3, 16-20. [Viitattu 2019-02-15.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=131918861&lang=fi&site=ehost-live&authType=ip,shib&custid=s4778224>
- HUS s. a. Henkinen ja hengellinen tuki [verkkosivut]. Palliatiivinentalo.fi. [Viitattu 2019-01-11.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/henkinen-ja-hengellinen-tuki>

- HUS s. a. Syöpäkivun lääkehoito [verkkosivut]. Kivunhallintatalo.fi. [Viitattu 2019-03-17.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/sy%C3%B6p%C3%A4kivunhoito/sy%C3%B6p%C3%A4kivun-l%C3%A4%C3%A4kehoito>
- HUS s. a. Kotisaattohoito [verkkosivut]. Palliatiivinentalo.fi. [Viitattu 2018-10-01.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito>
- HUS s. a. Kuoleman lähestyminen [verkkosivut]. Palliatiivinentalo.fi. [Viitattu 2019-02-28.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-l%C3%A4hestyminen>
- HUS s. a. Vakavasti sairaan psykososiaalinen tuki [verkkosivut]. HUS: Mielenterveystalo.fi. [Viitattu 2019-01-24.] Saatavissa: <https://ammattilaiset.mielenterveystalo.fi/Sivut/etusivu.aspx>
- HUS s. a. Vertaistuki ja järjestöt. [verkkosivut]. HUS: Palliatiivinentalo.fi. [Viitattu 2019-03-07.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/vertaistuki-ja-j%C3%A4rjest%C3%B6t>
- HYVÄRINEN, Riitta. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon [verkkosivut]. Duodecim; 121: 1769-1772. [Viitattu 2019-01-12.] Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>
- HÄNNINEN, Juha ja LUOMALA, Marjukka 2013. Elämän puu - Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- HÄNNINEN, Juha 2015a. Kuolemaa seuraavat toimenpiteet [verkkosivut]. Duodecim. [Viitattu 2019-03-16.] Saatavissa: <https://www.oppiporssi.fi/op/pli00159/do>
- HÄNNINEN, Juha 2015b. Kuolevan kipu [verkkosivut]. Sic! Lääketietoa Fimeasta. [Viitattu 2019-02-15.] Saatavissa: http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu
- HÄVÖLÄ, Hanna, KYLMÄ, Jari, RANTANEN, Anja 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina [verkkosivut]. Hoitotiede. [Viitattu 2018-01-27.] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=d3c9fff2-8518-4202-8a95-9b58cfda21ca%40sessionmgr102>
- IIVONEN, Tuula 2019. Palliatiivinen poliklinikka. Sairaanhoidaja [Haastattelu]. Kuopio
- JÄNIKSELÄ, Terhi 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista [verkkosivut]. Tampere: Tampereen yliopisto: Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro Gradu. [Viitattu 2019-03-21.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1>
- KAIKKISYOVASTA.FI. [verkkosivut]. [Viitattu 2019-01-11.] Saatavissa: https://www.kaikkisyovasta.fi/elama-syovan-kanssa/kuoleman_lahestyessa/
- KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, ja VAINIO, Anneli 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- KARVINEN, Ikali 2012. Kuinka kartoittaa asiakkaan ja potilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita hoitotyössä? Henki ja toivo hoito- ja hoivatyössä sekä tutkimuksessa. E-kirja. Klaava media.
- KERÄNEN, Tuomas 2019. Ultraäänestä apua luuston kasvainten kivunhoitoon. [Verkkosivut]. Lääkärilehti 26.02.2019. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/ultraaanesta-apura-luuston-kasvainten-kivunhoitoon/>
- Kipu. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 [Viitattu 2019-01-11.] Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

- KIEHELÄ, Lauri 2018. Syöpäkivun spinaalinen hoito [verkkajulkaisu]. Duodecim; 134: 1674-9. [Viitattu 2019-03-25.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14501>
- KIVEKÄS, Eija, TOPPINEN, Eija, KOKKI, Hannu, MÄNTYSELKÄ, Pekka, KINNUNEN, Ulla-Mari, HUUSKO Juhamatti ja SARANTO, Kaija 2017. Infuusiohoidot turvallisesti kotona – selvitys älykkään teknologian mahdollisuuksista [verkkajulkaisu]. Finnish Journal of eHealth and eWelfare; 9 (2-3) : 184-192. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: file:///C:/Users/marti_000/Downloads/60996-Article%20Text-72865-1-10-20170521.pdf
- KOIVISTO, Eija 2019-03-15. Sairaanhoidtaja. Siilinjärven kunta[Haastattelu.] Siilinjärvi.
- KORHONEN, Tanja ja POUKKA, Paula 2013. Kuolevan potilaan hoito [verkkajulkaisu]. Duodecim; 129: 440-5. [Viitattu 2019-03-16.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>
- KUITUNEN, Outi 2017. Tietoa, hoivaa ja tiivistä yhteisöllisyyttä, Tutkimus omaisten toimijuudesta saattohoidon aikana [verkkajulkaisu]. Helsinki: Helsingin yliopisto: Valtiotieteen tiedekunta. Sosiologia. Pro Gradu. [Viitattu 2019-03-24.] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/193621/Kuitunen_Sosiologia.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- LAKI POTILAAN OIKEUKSISTA JA ASEMESTA. L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-03-17.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LEHTO, Juho, ANTTONEN, Anu ja SIHVO, Eero 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito [verkkajulkaisu]. Duodecim; 129: 395-402. [Viitattu 2019-01-22.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10828>
- LEHTO, Juho, MARJAMÄKI, Elisa ja SAARTO, Tiina 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma [verkkajulkaisu]. Duodecim 2019; 135: 335-42. [Viitattu 2019-03-24.] Saatavissa: <https://www.terveysportti-fi.ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo14788.pdf>
- MYRYLÄINEN, Riina 2019-03-11. Fysioterapeutti. Siilinjärven kunta [Puhelinhaastattelu.]
- NUNN, Claire 2014. It's not just about pain: Symptom management in palliative care [verkkajulkaisu]. Nurse Prescribing. 12:7, 338-344. [Viitattu 2019-01-26.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=103984385&lang=fi&site=ehost-live&authtype=ip,shib&custid=s4778224>
- Oy Aga Ab Linde Healthcare 2016. Potilasohje Kotihappihoito [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: https://www.linde-healthcare.fi/fi/images/Patient%20brochure%20oxygen%20treatment%20in%20the%20Home%20%20Finnish_tcm633-259333.pdf
- PAKKARI, Pirkko 2017a. Krooninen (pitkäaikainen) kipu - lääkehoito. [Verkkajulkaisu.] Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939#s7
- PAKKARI, Pirkko 2017b. Kipulääkkeet - turvallinen käyttö. [Verkkajulkaisu.] Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00649
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. [Viitattu 2018-04-11.] Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- PICKSTOCK, Shirley 2017. Breathlessness at end of life: what community nurses should know [verkkajulkaisu]. Journal of Community Nursing 31:5, 74-77. [Viitattu 2019-01-22.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=126140195&lang=fi&site=ehost-live&authtype=ip,shib&custid=s4778224>
- PIHLAINEN, Aira 2010. Hyvää saattohoitoa Suomessa, Asiantuntijakuulumiseen perustuvat saattohoitosuosituksat [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-03-21.] Saatavissa:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

PÖYHIÄ, Reino 2012. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa [Verkkojulkaisu]. Finnanest. 45:5, 456-458. [Viitattu 2018-02-01.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf

RANTA, Iiri, SULOSAARI, Virpi, HAHTELA, Nina, HEIKKILÄ, Johanna, NIEMELÄ, Eija ja ESKOLA, Kari 2013. SSairaanhoitaja & Lääkehoito: Hoitotyön vuosikirja 2013. Helsinki: Fioca.

REMES, Arja 2019-03-14. Osastohoitaja, Siilinjärven vuodeosasto. Siilinjärven kunta. [Puhelinhaastattelu.]

REMES, Keijo 2019-03-20. Apuvälinehuolto. Siilinjärven kunta. [puhelinhaastattelu.]

RILEY, Emma 2018. The importance of oral health in palliative care patients [verkkojulkaisu]. Journal of Community Nursing. 32:3, 57-61. [Viitattu 2019-01-24.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=130856673&lang=fi&site=ehost-live&authtype=ip,shib&custid=s4778224>

SAARIAHO, Tom ja SAARNIO, Juha 2018. Syöpä kivun hoitoa kehittämällä voidaan vähentää päivystyskäyntejä. [verkkojulkaisu]. Lääkärilehti 01.06.2018. [Viitattu 2019-03-17.] Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/syopakivun-hoitoa-kehittamalla-voidaan-vahentaa-paivystyskaynteja/>

SAARTO, Tiina ja ASIANTUNTIJATYÖRYHMÄ 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-02-21.] Saatavissa: https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+jarjestaminen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0

SAARTO, Tiina 2017. Kipu, kärsimys, tukehtumisen tunne – saattohoito vai eutanasia? [verkkojulkaisu]. Eduskunta 15.03.2017. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/34154/saattohoito_vai_eutanasia_saarto.ppt

SAARTO, Tiina, FINNE-SOVERI, Harriet ja ASIANTUNTIJARYHMÄ 2019. Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-03-06.] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SAARTO, Tiina, HÄNNINEN, Juha, ANTIKAINEN, Riitta ja VAINIO, Anneli (toim.) 2015a. Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

SAARTO, Tiina, HÄNNINEN, Juha, ANTIKAINEN, Riitta ja VAINIO, Anneli 2015b. Palliatiivinen hoito [verkkojulkaisu]. Duodecim Oppiportti. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/pli00036/do>

SAARTO, Tiina, HÄNNINEN, Juha, ANTIKAINEN, Riitta ja VAINIO, Anneli 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.

SAARTO, Tiina, SAARNIO, Juha ja MÄKITIE, Antti 2017. Tavoitteena laadukas palliatiivinen hoito oikeassa paikassa aikaisesti [verkkojulkaisu]. Lääkärilehti 12.5.2017.[Viitattu 2019-02-14.] Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/tavoitteena-laadukas-palliatiivinen-hoito-oikeassa-paikassa-oikea-aikaisesti/>

SAVONIA 2017. Aiheen ja toteutustavan valinta [verkkosivut]. Savonia ammattikorkeakoulu [viitattu 2019-01-12.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/Aiheervalinta.aspx>

- SAVONIA 2019. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus [verkkosivut]. Savonia ammattikorkeakoulu [Viitattu 2019-03-11.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/eettisyys-ja-luotettavuus.aspx>
- SIILINJÄRVEN KUNTA 2016. Hoiva- ja vanhuspalveluiden myöntämisperusteet [verkkajulkaisu.] [Viitattu 2019-01-11.] Saatavissa: <https://www.siilinjarvi.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmiset-palvelut/kotihoito/>
- SIILINJÄRVEN KUNTA 2017. Kotihoivapalvelut [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-04-26.] Saatavissa: http://www.siilinjarvi.fi/kunta/fi/hoiva_ja_vanhuspalvelut/kotihoivapalvelut/index.php
- SIILINJÄRVEN KUNTA s. a. Asiakasohjaus [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-15.] Saatavissa: <https://www.siilinjarvi.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmiset-palvelut/asiakasohjaus/>
- SIPOLA, Virpi 2019. Eksistentiaalisen tue merkitys elämän päättymisen kohtaamisessa [verkkajulkaisu]. Kirkkohallitus. Sielunhoidon johtava asiantuntija. [Viitattu 2019-03-25.] Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/12429036/Eksistentiaalisen+tuen+merkitys+el%C3%A4m%C3%A4n+p%C3%A4%C3%A4ttymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf/21dfb6f6-b287-8dea-fb2e-7c7648149cf3/Eksistentiaalisen+tuen+merkitys+el%C3%A4m%C3%A4n+p%C3%A4%C3%A4ttymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf.pdf>
- SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO s.a. Saattohoito [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-02-23.] Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-loppu/saattohoito/>
- STM. Hankkeet ja säädösvalmistelut. Elämän loppuvaiheen hoito- työryhmä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-07.] Saatavissa: <https://stm.fi/hanke/-/hankesivu/hanke?tunnus=STM055%3A00%2F2018>
- STM. Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon [verkkosivut]. [Viitattu 2019-01-23.] Saatavissa: <https://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalahoidon>
- STM. Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaiseksi koko Suomessa [Verkkajulkaisu 18.12.2018.] [Viitattu 2019-01-6.] Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa
- TASMUTH, Tiina 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. [Verkkajulkaisu.] Lääkärilehti 01.03.2019, 540-544. [Viitattu 2019-03-20.] Saatavissa: https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/?public=9d66e4eb74367c0737ba4ae394336d1b&utm_source=facebook
- TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-01-12.] Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- TYYNELÄ-KORHONEN, Kristiina ja IIVONEN, Tuula s. a. Aikuisen kotisaattohoitopotilaan pahoinvoinnin hoito [verkkajulkaisu]. Kuopion yliopistollinen sairaala ja Pohjois-Savon ensihoito [Viitattu 2019-03-17.] Saatavissa: <https://extra.pssh.fi/terveydenhuollon-ammattilaiset/Sivut/Hoito-ohjeet.aspx>
- UKKOLA, Olavi 2005. Kakeksia [verkkajulkaisu]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 121:9, 985-992- [Viitattu 2019-01-26.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/9/duo94965>
- VALVIRA 2008. Saattohoito [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-05-08.] Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito
- VALVIRA 2017. Kivun hoito [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

- VALVIRA 2019. Kuoleman toteaminen [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-16.] Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/kuoleman_toteaminen
- WHO. 2018. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-02-13.] Saatavissa: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>
- WHPCA. World Hospice and palliative care worldwide [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-02-13.] Saatavissa: <http://www.thewhpc.org/get-informed>

LIITE 1: SAATTOHOITO-OPAS KOTIHOIDON HENKILÖSTÖLLE

SAATTOHOITO-OPAS SIILINJÄRVEN KOTIHOIDON HENKILÖSTÖLLE



*"Niin monet kerrat, tähän rantaan,
olemme tulleet ennenkin.
Jättäneet kahdet jäljet santaan,
nyt yhdet vain vie takaisin.
Siis hyvää matkaa, ystäväni,
en enää puhu enempää."
— Petri Laaksonen*

SISÄLLYS

Johdanto	3
Saattohoito päätös ja hoidon suunnittelu	4
Saattohoidon järjestäminen kotona.....	5
Moniammatillisuus	6
Saattohoito potilaiden oireet ja hoito.....	7
Kivun hoito	7
Hengenahdistuksen hoito	12
Ravitsemus ja nestehoito	13
Ruoansulatuselimistön oireiden hoito	14
Iho- oireiden hoito.....	15
Masennus	16
Eksistentiaalinen eli henkinen kärsimys ja hengellinen tuki	16
Asiakkaan ja omaisen kohtaaminen.....	18
Elimistön hiipumisen merkit.....	19
Kuolema kotona	19
Työntekijöiden jaksaminen	20

Johdanto

Tämä opinnäytetyönä tehty saattohoito-opas on tarkoitettu Siilinjärven kotihoidon henkilökunnalle, niin sairaanhoitajille kuin lähihoitajille. Oppaassa käsitellään tärkeitä osa-alueita saattohoitoon liittyen kotona, oireita ja niiden hoitoa, asiakkaan ja omaisten kohtaamista. Tämän lisäksi oppaaseen on liitetty tärkeitä yhteystietoja helposti tavoitettavaksi. Oppaan tarkoituksena on toimia henkilökunnalle apuvälineenä kotioloissa tapahtuvalle saattohoidolle ja näin turvata heille yhdenmukaiset ohjeet ja toimintatavat saattohoidossa. Oppaalla halutaan lisätä henkilökunnan varmuutta saattohoitotilanteissa ja tällä tavoin turvata omaisten ja asiakkaan hyvää kokemusta saattohoidosta.

Saattohoito on ennen kaikkea läsnäoloa ja kuolevan saattamista viimeiselle matkalleen, se kuuluu kaikille diagnoosista riippumatta elämän loppuvaiheessa. Saattohoito koskettaa niin potilasta, hänen omaisiaan kuin myös hoitoon osallistuvaa henkilökuntaa. Se voi olla ainutkertainen kokemus omaisille. Se on matka, jonka he tulevat muistamaan lopun ikäänsä. Saattohoitoon osallistuvan henkilökunnan on siis tärkeää huomioida hoitoon osallistuvat omaiset, jotka tekevät raskaan luopumistyön saattaessaan rakkaimpansa tästä elämästä eteenpäin.

Saattohoitopäätös ja hoidon suunnittelu

Ennen saattohoitoon siirtymistä on asiakkaalle tehty palliatiivinen hoitolinjaus, kun sairaus on parantumaton tai henkeä uhkaava. Palliatiivisen hoidon pyrkimyksenä on ehkäistä ja lievittää potilaan kärsimystä ja ennen kaikkea ylläpitää hänen elämänlaatuaan, huomioiden fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset osa-alueet. Saattohoitopäätös tehdään, kun oletettua elinaikaa on jäljellä enää viikkoja tai päiviä. Joskus saattohoito voi kuitenkin kestää kuukausia. Saattohoitopäätöstä tehtäessä on merkkejä toimintakyvyn ja elintoimintojen heikkenemisestä.

- Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri. Päätöksestä keskustellaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Kun saattohoitopäätös on tehty, on hyvä tiedottaa myös vuodeosastolle uudesta saattohoitoasiakkaasta.
- Saattohoitopäätöksen jälkeen voidaan tarvittaessa järjestää hoitoneuvottelu, jossa voidaan sopia saattohoitoon liittyvistä asioista. Samalla asiakkaalla ja hänen läheisellään on mahdollisuus keskustella mieltä askarruttavista asioista.
- Kotona tehtävä saattohoito vaatii omaisten aktiivisen tuen ja osallistumisen saattohoitoon.
- Hyvällä hoidon suunnittelulla voidaan välttää turhia päivystyskäyntejä ja osastojaksoja.
- Saattohoitosuunnitelma kannattaa tehdä hyvin yksityiskohtaisesti, ja siinä tulisi mainita: mahdollinen hoitotahto, hoidonrajaukset, toive missä ja miten haluaisi hoidettavan, akuuttitilanteen toimintaohjeet, tarvittava lääkitys oireiden pahetessa, kenellä on hoitovastuu ja mikä on konsultoiva yksikkö.

Saattohoidon järjestäminen kotona

Tavoitteena on, että asiakas ja läheiset voisivat elää mahdollisimman normaalia arkielämää. Hoidossa on keskityttävä hyvään oireiden mukaiseen hoitoon, sekä asiakkaan ja omaisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseen.

- Saattohoidossa olevalla asiakkaalla on tukiosasto terveyskeskuksen vuodeosastolla, ellei siitä ole toisin sovittu. Tukiosastolle hän voi siirtyä tarvittaessa ilman erillistä lääkärikäyntiä, jos hän läheistensä kanssa kokee, ettei pärjää enää kotona tai omaisen kokee, ettei enää jaksaa huolehtia läheisestään → ilmoita osastolle, kun asiakas haluaa siirtyä sinne.
- Jokaisella saattohoidossa olevalla asiakkaalla on kotona saattohoitokansio, joka vaihdetaan normaalin hoito- ja palvelusuunnitelmakansion tilalle saattohoidon aloittamisen jälkeen. Se kertoo esimerkiksi ensihoidolle, että asiakas on saattohoidossa, ja voi tarvittaessa siirtyä suoraan osastolle.
- Illalla, yöllä, viikonloppuna ja arkipyhinä kotihoidon saattohoitoasiakkaiden konsultaatiot soitetaan vuodeosastolle. Yhteyttä otettaessa pitää mainita, että kyse on saattohoidossa oleva asiakas.
- 112, kun on akuutti tilanne, eikä kotihoidolla voida vastata asiakkaan hoidon tarpeisiin → siirtyy tukiosastolle.

Moniammatillisuus

Saattohoidon toteuttaminen on moniammatillista työtä. Yhteistyötä tehdään vuodeosaston, päivystyksen, ensihoidon, sekä tarvittaessa erikoissairaanhoidon kanssa.

Apuvälinelainaamoon on varattu saattohoitoasiakkaille pieni määrä hoitotarvikkeita, joita voi tarvittaessa pyytää:

- Liukulakanoita ja poikkilakanoita
- Virtsa-astioita
- Alusastian
- Imulaite → Imuun tarvittavat lisäosat saadaan hoitotarvikejakelusta
- TNS (kivun hoitoon ohjeen mukaan)

Fysioterapeutti voi tehdä tarvittaessa kotikäynnin, jossa voi ohjata omaisia sekä ergonomiassa että asiakkaan aktiivisuuden tukemisessa. Fysioterapeutti tekee myös pyydettyä apuvälineiden kartoitusta, esimerkiksi sairaalasängyn ja decubituspatjan hankinta. Ohjeita voi pyytää myös:

- Hengitysharjoituksiin
- Hengenahdistuksen ehkäisyyn
- Kivun hallinnan menetelmiin



Saattohoitoasiakkaan oireet ja hoito

Saattohoitoasiakkailta on usein monia oireita, jotka voivat muuttua hyvin nopeasti. Hoitajan on oltava ajan tasalla asiakkaan oirekuvasta, ja kaikkia oireita tulisi seurata ja kirjata useita kertoja päivässä. Oiremittareiden käytöllä päästään systemaattiseen oireiden kartoittamiseen. Esimerkiksi ESAS -oirekyselyn avulla saattohoitoasiakkaan oirekuvaa voidaan seurata ja arvioida melko kattavasti.

Kivun hoito

Kipu on yksilöllistä ja sen kokee jokainen ihminen eri lailla. Kipuun liitetään usein myös kärsimys, joka ei tee kivusta vain ruumiillista kipua, vaan se voi olla myös henkistä. Kärsimyksen voi aiheuttaa myös jokin muu tekijä ihmiskehossa, kuin itse kipu. Moni kuolemaan johtava sairaus aiheuttaa ihmiselle kipua ja kärsimystä, joten kipu oireena ja sen hyvä hoito ovat tärkeitä saattohoidossa. Kivunhoidon perustana toimii hyvä lääkehoito. Kipulääkkeiden annostelun säännöllisyydellä turvataan tasalaatuinen kivunhoito.

Kivunhoitoa tulee suunnitella ennakkoon. Lääkäriltä olisi syytä hyvissä ajoin pyytää suunnitelmaa kivunhoitoa varten, sekä reseptit tarvittaviin lääkkeisiin ja niiden annosteluohjeet. Hyvällä ennakkoinnilla voidaan hyvin toteutuneen kivunhoidon lisäksi välttää asiakkaan turhat päivystyskäynnit ja siirrot.

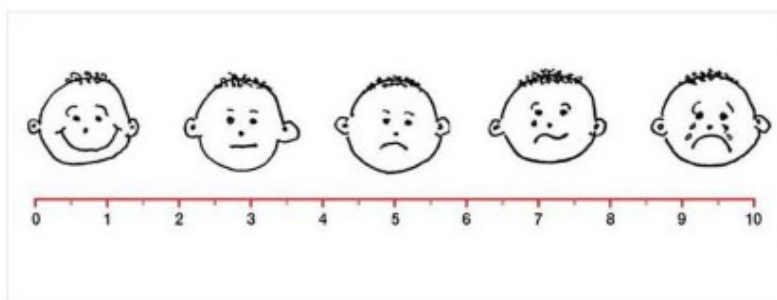
Kiputyypin on tärkeää selvittää kivunhoitoa suunniteltaessa, koska sen pohjalta turvataan myös oikean lääkehoidon valinta. Näitä kiputyyppejä ovat

- Nosiseptiivinen – kudonvauriosta aiheutuva kipu
- Viskeraalinen – sisäelinvauriokipu
- Neuropaattinen – hermoperäinen kipu
- Idiopaattinen – kipu, jonka aiheuttajaa ei tiedetä
- Läpilyöntikipu kipu, joka säännöllisestä kipulääkityksestä huolimatta tulee niin sanotusti läpi.

Jotta kivun hoito olisi laadukasta, on sen arviointi ja kirjaaminen tärkeää. Kivun arvioinnissa huomioidaan kokonaisvaltaisesti:

- Kivun luonne: millaista se on, missä se on ja kuinka voimakasta se on
- Kivun vaikutus asiakkaan elämään ja hänen toimintakykyynsä.
- Kivun voimakkuuden mittaamisessa käytetään eri kipumittareita ja -asteikoita.

Samalla asiakkaalla tulisi käyttää **yhtä ja samaa mittaria tai asteikkoa**, jotta tulokset olisivat keskenään yhdenmukaisia. Näitä apuvälineitä tulisi käyttää läpi hoitojakson, jolloin myös toteutuvan lääkehoidon toimivuutta pystytään helposti seuraamaan ja arvioimaan.



Kuva: Kipujana

Jos asiakas ei kykene kertomaan kivustaan, tulee hänen ilmeitään, eleitään, ääntelyä ja asentoa käyttää apuna kivun arvioinnissa. Dementia-asiakkailla kivun arvioinnissa apuna voidaan käyttää PAINAD-mittaria:

Havaintoluokka	0	1	2
Hengitys	<ul style="list-style-type: none"> • Normaali ja huomaamaton 	<ul style="list-style-type: none"> • Hengitys ajoittain vaivalloista • Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja 	<ul style="list-style-type: none"> • Hengitys äänekästä ja vaivalloista • Pitkiä hyperventilaatiojaksoja • Cheyne Stokes-tyyppinen hengitys
Ääntely	<ul style="list-style-type: none"> • Ei ääntelyä • Tyytyväinen ääntely 	<ul style="list-style-type: none"> • Satunnaista vaikerointia tai voihketta • Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauhatonta huutelua • Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	<ul style="list-style-type: none"> • Hymyilevä tai ilmeeton 	<ul style="list-style-type: none"> • Surullinen, pelokas, tuima 	<ul style="list-style-type: none"> • Irvistää
Kehonkieli	<ul style="list-style-type: none"> • Levollinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kireä, ahdistunutta kävelyä • Levotonta liikehdintää 	<ul style="list-style-type: none"> • Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa • Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Ei tarvetta lohduttamiseen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää 	<ul style="list-style-type: none"> • Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu

Taulukko: PAINAD-mittari

PAINAD-mittarissa jokaisesta havaittavasta osa-alueesta voi saada 0-2 pistettä. Osa-alueiden kokonaispistemäärästä tulkitaan asiakkaan kipua; 0 kuvastaa kivuttomuutta ja 10 voimakasta kipua. Vanhuksilla on myös nuoriin verrattuna korkeampi kipukynnys. Jotkut sairaudet, kuten Alzheimerin tauti, voivat muuttaa kivun tuntemusta.

WHO on luonut yksinkertaisen porrasteisen hoitomallin syöpäkipuhoitoon, jonka mukaan lääkitystä nostetaan kivun lisääntyessä:



Kuva: Kivun porrasteinen hoitomalli.

Hyvästä lääkehoidon ohjauksesta tulee huolehtia ja huomioida potilas yksilöllisesti.

- Mahdolliset lääkehoidon haittavaikutukset tiedostetaan ja niihin osataan varautua ja tarvittaessa sen mukaisesti myös toimia.
- Yksinkertaisuus, tehokkuus, tasainen kivunlievitys ja haittavaikutuksien minimointi ovat asioita, joihin hyvä kivunlievitys pohjautuu.
- Lääkkeenantotavassa kuunnellaan asiakkaan toiveita, mutta pääosin pyritään toteuttamaan kivun hoito suun kautta. Pitkävaikutteista opioidihoitoa voidaan kuitenkin toteuttaa myös esimerkiksi iholle asetettavan laastarin kautta.
- Läpilyöntikipuun asiakkaalle annetaan nopeavaikutteista opioidia, suun kautta kapselina tai liuksena tai vaihtoehtoisesti suun tai nenän limakalvoille annosteltavalla valmisteella. Myös kipupumppu on mahdollinen vaihtoehto.

Opioidilääkitys voi aiheuttaa asiakkaalle haittavaikutuksia, jotka yleensä helpottavat parin ensimmäisen viikon aikana lääkehoidon aloituksesta. Mahdollisia haittavaikutuksia ovat:

- Ummetus (voi jatkua pidempäänkin)
- Pahoinvointi ja oksentelu (avuksi pahoinvointilääke)
- Väsymys, tokkuraisuus
- Ihon kutina
- Harvinaisempia haittavaikutuksia ovat hengityslama ja runsaasta opioidilääkityksestä aiheutuva herkistyminen kivulle.

Lääkehoidon rinnalla voidaan hyödyntää myös muita, lääkkeettömiä kivunhoito keinoja.

- Keskustelu ja kuuntelu
- Hyvä masennuksen hoito
- Asentohoito
- Vyöhyketerapia, akupunktio
- Erilaiset rentoutumisharjoitukset (mielikuvaharjoitukset, musiikki)
- Hieronta
- Lämpö- ja kylmähoidot
- Sähköärsytyshoidot (TNS-hoidot).

Onnistuneen kivunhoidon taustalla on asiakkaan ja henkilökunnan välille syntyvä luottamussuhde. Henkilökunnalla tulisi olla hyvä tietotaito kivunhoitoon ja rohkeus tarpeen mukaan konsultoidaan lääkäriä kivunhoitoon liittyen.

Hengenahdistuksen hoito

Hengenahdistus voi johtua perussairaudesta (yleisimmin keuhkohtaumatauti tai sydämen vajaatoiminta) tai muista syistä muun muassa askitesnesteeseen kertyminen, liikalihavuus tai hengityslihasten heikkous. Perussyyn hyvä hoito helpottaa hengenahdistusoiretta. Mikäli perussyyn ei voida enää vaikuttaa, keskitytään mahdollisimman hyvään oireenmukaiseen hoitoon.

Hoitotyön keinoja oireen helpottamiseen

- Ilmavirran käyttö tuulettimella tai ikkunasta
- Hengitys- ja rentoutusharjoitukset (kannattaa opettaa ennen saattohoitovaihetta)
- Asentohoito
- Lääkehoito, joista yleisimmin käytetään opioideja. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää ahdistuneisuudesta johtuvan hengenahdistusoireen hoidossa.

Kotihappihoitoa ei suositella, mikäli happisaturaatio on yli 90 %. Happihoitoon tarvitaan aina lääkärin tarvearvio ja lääkemääräys. Happihoitoon kotona liittyy monia turvallisuustekijöitä, joista tupakoimattomuus ja avotulen käyttökielto tiloissa ovat tärkeimpiä.

Lääkehappi ja happihoitoon tarvittavien laitteiden vuokrat ovat Kelan peruskorvattavia tuotteita, ja kerryttävät kustannuksiltaan Kelan lääkkeiden maksukattoa. Siilinjärvelle kotihappea toimittaa Oy Aga Ab Linde Healthcare, joka antaa asiakkaalle myös perehdytyksen ensimmäisen toimituksen yhteydessä.

- Ensimmäiseen tilaukseen tarvitaan lääkärin resepti ja yhteystiedot, jotka voi faksata numeroon 010 242 0593.
- Jatkotilaukset voi tehdä puhelimitse numerosta 0800 90008.
- Tilaus tehdään viikoksi maanantaisin ennen klo 12, ja toimituspäivä on keskiviikko. Terveyskeskukselta apuvälinehuollosta on saatavissa ns. varahappea, mikäli happihoito aloitetaan niin, ettei happea ole heti saatavissa, tai happi on loppumassa esim. viikonloppua vasten.

Ravitsemus ja nestehoito

Keskustelu sekä asiakkaan että omaisten kanssa on tärkeässä asemassa ravitsemuksen ja nestehoidon suhteen. Ravitsemukseen liittyy paljon tunnepitoista suhtautumista, ja omaiset voivat ajatella asiakkaan huononevan tilan johtuvan huonosta ravitsemustilasta eikä kuolemaan johtuvasta sairaudesta. Asiakkaan omat toiveet ja odotukset ravitsemuksesta ja nesteytyksen tarpeesta tulisi selvittää, ja keskustelua jatkaa läpi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon. Asiakkaalle ja omaisille voi olla helpotus kuulla ruokahalun vähenemisen olevan normaalia kuoleman lähestyessä.

- Nesteitä ja ruokaa suun kautta niin kauan kuin pystyy. Ei tuputeta, annokset pieniä.
- Mieliruokia- ja juomia, asiakkaan toiveet ensisijaisia
- Ei pyritä enää ravitsemussuositusten mukaiseen ravitsemukseen
- Parenteraaliseen ravitsemukseen ei ole yleensä syytä siirtyä saattohoitovaiheessa

Kuivumistilan tutkimukset eivät ole enää aiheellisia saattohoitoasiakkaalla. Suonensisäisestä nestehoidosta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä, tärkeämpää on keskittyä suun kostutukseen. Tästä on tärkeää keskustella asiakkaan ja omaisten kanssa, ja kertoa selkeästi suonensisäisen nestehoidon mahdollisista haittavaikutuksista, joita ovat mm. kanyloinnin epämukavuus ja nesteen kerääntyminen kudoksiin. Mikäli asiakas jostain syystä tarvitsee suonensisäistä nestehoitoa, hänen on siirryttävä osastolle, kotihoidossa sitä ei voida tällä hetkellä toteuttaa.



Ruoansulatuselimistön oireiden hoito

Suun kuivuminen on yleistä saattohoitoasiakkailla. Suun kostutuksesta on pidettävä huolta, koska kuiva suu aiheuttaa kipua, sekä vaikeuttaa puhumista ja nielemistä.

Suun hoito

- Kostutus asiakkaan toivomilla nesteillä, voidaan kokeilla myös mm. jääpaloja tai säilykehedelmiä
- Suun kostutus 1-2 tunnin välein, kun asiakas ei itse enää kykene hoitamaan. Voidaan käyttää vedellä tai öljyllä kostutettua pumpulipuikkoa.
- Huulten ja suun ympäräsihon rasvaaminen esimerkiksi Bepanthen-voiteella
- Suuhun kertyvän plakin tai karstan poisto esim. kostutetulla harsotaitoksella kevyesti hieromalla

Pahoinvointia ja oksentelua voi esiintyä yhdessä tai erikseen. Molempia oireita tulee hoitaa aktiivisesti. Pahoinvointia voi aiheuttaa monet asiat, mm. lääkkeet, ummetus, infektiot, ahdistus ja kipu. Pahoinvointia voidaan hoitaa syynmukaisesti paneutumalla pahoinvoinnin aiheuttajaan, tai oireenmukaisesti pahoinvointilääkityksellä. Pahoinvoinnin helpottamiseksi voi kokeilla

- Huoneen tuulettamista
- Puoli-istuvaa asentoa
- Viileää juotavaa, pienet välipalat

Saattohoitoasiakkaalla on paljon riskitekijöitä ummetuksen esiintymiseen, liittyen esimerkiksi ravinnon ja liikunnan vähäisyyteen. Ummetuksen hoidossa saattohoitovaiheessa käytetään yleisesti sekä ulostetta pehmentäviä että suolta stimuloivia laksatiiveja. Ulostemassaa lisääviä bulkkilaksatiiveja ei tule käyttää saattohoitovaiheessa, koska nesteen nauttiminen ei yleensä ole riittävää. Ummetus ei ole saattohoitoasiakkaan viimeisten päivien aikana yleensä suuressa roolissa, ja laksatiivihoidon voidaan silloin yleensä lopettaa. Asiakkaan oloa voidaan helpottaa vielä peräruiskeella, mikäli ulostemassa aiheuttaa kipua tai levottomuutta.

Iho- oireiden hoito

Saattohoitoasiakkaan yleisiä iho-oireita ovat kutina ja hikoilu. Oireiden hoito voi olla vaikeaa, mutta ihon kutinaa voidaan helpottaa ihoa rasvaamalla, vesipesuja harventamalla ja lääkehoidolla. Myös hikoilua voidaan hoitaa syyn mukaisella lääkehoidolla. Saattohoitoasiakkailta on usein myös erilaisia haavoja ja haavaumia. Mikäli asiakas ei pysty itse liikkumaan, säännöllinen asentohoito on tärkeää sekä painehaavojen että hikoilun ehkäisyssä ja hoidossa.

Haavahoidossa huomioitavaa

- Sekä pitkäaikaisen haavakivun että haavahoidon aiheuttaman kivun tehokas lievitys. Hoidon aiheuttaman kipulääkityksen antoaika niin, että lääke ennättää vaikuttaa. Turhan epämukavuuden ja kivun välttäminen haavahoitojen yhteydessä.
- Haavahoitotuotteet imukykyisiä (vaihtoväliä voidaan pidentää), ihoystävällisiä (vältetään irrottamisesta aiheutuvaa kipua) ja tarvittaessa hajua pidättäviä.
- Mahdollisten hajuhaittojen huomiointi sidoksia vaihtaessa: tuuletus, hajusteet
- Sairaalasänky ja decubituspatja



Masennus

Hyvällä masennuksen hoidolla vähennetään myös kuolevan asiakkaan kärsimystä. Pitkälle edennyt sairaus voi vaikeuttaa psyykkisten oireiden tunnistamista somaattisten oireiden takia. Masennuksen varhainen tunnistaminen mahdollistaa myös lääkehoidon. Saattohoidon vaiheessa tai palliatiivisen hoidon loppuvaiheessa aloitetulla lääkehoidolla ei ennetä saada hyötyä.

- Masennuksen hoito vaatii hoitajilta kuuntelemisen ja keskustelun taitoja käsitellä asiakkaan mieltä painavia asioita. Masennusta ei pidä sekoittaa suruun.
- Hyvä hoitosuhde ja jatkuvuus, tutut hoitajat helpottavat saattohoidossa olevan masennusta ja henkistä kärsimystä.
- Ahdistuksen ja pelkotiilojen hoitoon voidaan käyttää myös lääkehoitoa.

Eksistentiaalinen eli henkinen kärsimys ja hengellinen tuki

Eksistentiaalinen kärsimys tarkoittaa ymmärrystä oman elämän rajallisuudesta ja sen loppumisesta. Se on eletyn elämän käsittelyä, sekä pelkoa siitä mitä kuoleman jälkeen tapahtuu, kun oma olemassaolo loppuu. Se luo usein ahdistuneisuutta, tuskaisuutta ja pelkoa, ja sitä voi olla hankala tunnistaa sairauden muiden oireiden rinnalla.

- Tulee yleensä esille taudin pahenemisvaiheessa.
- Huoli omaisten pärjäämisestä ja heidän surustaan -> voi olla vaikea purkaa omia tunteitaan läheisille, koska saattohoidossa oleva voi tuntea syyllisyyttä läheistensä surusta.
- Tärkeä pelon ja ahdistuksen lievitys keino on mahdollistaa saattohoidossa olevan asiakkaan puhua omasta elämästään, peloistaan, kuolemasta ja muistella asioita, jotka ovat olleet tärkeitä. Hoitajan on tärkeä kuunnella ja olla hetki läsnä.

Henkisen ja hengellisen tuen tarvetta, voi avata esimerkiksi AVAUS- mallin avulla, tärkeimmät esille nousevat asiat on hyvä kirjata hoitosuunnitelmaan. Avaus- mallissa on viisi kohtaa:

- **A - Arvot ja vakaumus** → Mitkä arvot ovat sinulle tärkeitä elämässä? Oletko mielestäsi uskonnollinen tai onko sinulla, joku vakaumus? Selvitetään mikä on tärkeää esim. luonto, onko ateisti, uskonnollinen vai uskooko johonkin korkeampaan voimaan.
- **V - Voimavarat** → Mitkä asiat antavat sinulle voimia vaikeina hetkinä? Mihinkä turvaudut, jos koet kipua tai kärsimystä? Kannattaa kannustaa kertomaan myös merkityksettömiltä tuntuvia asioita, kuten lukeminen, piirtäminen, rukoilu, musiikin kuuntelu jne.
- **A - Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista** → Onko pelkoja liittyen sairauteen tai tilanteeseesi? Kuinka voisimme auttaa sinua siinä? Onko sellaisia vakaumuksia tai hengellisiä asioita, joista olisi hyvä tietää? Vastaukset näihin kysymyksiin voi nousta esille asiakkaan kertoessa omasta arjestaan, kuinka tärkeitä henkiset ja hengelliset asiat ovat ja ovat olleet hänen arjessaan.
- **U - Ulkopuolinen tuki** → Onko sinulla, joku erityinen ihminen tai ihmisiä, joka on ollut tukena sairauden aikana? Kuulutko johonkin seurakuntaan tai uskonnolliseen yhteisöön? Haluaisitko keskustella asioista, jonkun kanssa esim. papin? Myös ateisti tai ei uskonnollinen voi kaivata keskustelua apua, ja heidän vakaumustaan tulee kunnioittaa.
- **S - Spiritualiteettiä tukevat hoitotoimenpiteet** → Onko keinoja, joilla voisimme tukea hengellisyyttäsi tai vakaumustasi? Onko asioita rajoittavat tai toivot, että huomioimme hoitotoimenpiteissä, ravitsemuksessa, tai sukupuolirooleissa? Erityisesti eri kulttuurista olevat potilaat. Tässä vaiheessa voi esittää myös kysymyksen onko kuolemaan liittyviä toiveita.



Asiakkaan ja omaisen kohtaaminen

Vuorovaikutus on hoitajan yksi tärkeimmistä työvälineistä. Vuorovaikutuksessa täytyy muistaa, että suurin osa siitä koostuu sanattomasta viestinnästä. Hoitaja voi omalla olemuksellaan viestittää, ettei ole valmis kuuntelemaan tai antaa olemuksellaan kiireisen vaikutelman. Tärkeä osa saattohoitoa on myös omaisten ja läheisten kohtaaminen. Luottamuksen syntyminen läheisiin on tärkeää osa hyvän saattohoidon toteutusta, se tukee läheisten ja asiakkaan jaksamista. Pidempi hoitosuhde ja tutut hoitajat tukevat luottamuksen syntymistä.

- Kiireettömän ilmapiirin luominen
- Mieti, miten sijoittaudut huoneeseen. Älä jää oven rakoön, mene peremmälle.
- Silmiin katsominen, asetu keskustelemaan samalle tasolle.
- Anna hetki aikaa; heitä takki ja istu.
- Älä vilkuile kelloa; osoita että sinulla ei ole kiire minnekään.
- Omien tunteiden hallinta.

Saattohoitoasiakkaan läheisiä voi osallistua hoitoon monia ja vaikea tilanne voi nostaa tunteet pintaa ja kärjittää tilanteita. Hoitajana pitää muistaa pysyä neutraalina.

Läheisille voi nousta vielä omaisen kuoleman jälkeen kysymyksiä, joihin he haluavat vastauksia. Saattohoitoasiakkaan kuoleman jälkeen olisi hyvä soittaa vielä läheisille 1-1,5 kuukauden kuluttua.



Elimistön hiipumisen merkit

Kuoleman hetkeä ei voi tarkkaan ennustaa, mutta yleensä on nähtävissä merkkejä elimistön hiipumisesta. Omaisten kanssa on hyvä keskustella muutoksista ja kertoa niiden olevan normaaleja tilanteessa.

- Väsymys, asiakas on enimmäkseen unessa
- Ruokahalun hiipuminen, suun kautta ei enää mene nesteitä tai ruokaa
- Tajunnantason lasku, sekavuus, ahdistuneisuus ja pelko → voidaan lievittää rauhoittavalla lääkkeellä
- Kipujen lisääntyminen, kuumeilu
- Turvotusten lisääntyminen
- Periferian viileneminen
- Sydämen sykkeen hiljeneminen
- Hengityksen muuttuminen, rohina

Kuolema kotona

Kuolema tapahtuu harvoin kotona saattohoidossakaan. Yleensä asiakkaan vointi muuttuu sellaiseksi, ettei kotihoidon ja omaisten turvin voida huolehtia asiakkaan hyvästä hoidosta kotona, jolloin asiakas siirtyy tukiosastolle. Asiakas tai hänen omaisensa voivat myös haluta siirtoa osastolle.

Kun saattohoitoasiakas kuolee kotona.

- Paikalle ei tarvitse kutsua ambulanssia tai poliisia.
- Hautaustoimisto huolehtii vainajan kuljetuksesta terveyskeskukselle.
- Päivystävä lääkäri toteaa kuoleman, kotihoidon lääkäri kirjoittaa hautausluvan.
- Suo omaisille rauhallinen hetki, muista toimia rauhallisesti ja empaattisesti.
- Arkipäivinä ilmoita vuodeosastolle, iltaisin ja viikonloppuina akuuttivastaanottoon, että on tiedossa vainajan tulo terveyskeskukseen ja lääkäri käy toteamassa kuoleman.

Tilanne on tärkeä läheisille ja se jää mieleen. Hoitajan toiminta ja käytös tilanteessa vaikuttavat mielikuvaan tapahtumista.

Työntekijöiden jaksaminen

Saattohoitotyö voi olla raskasta ja paljon ajatuksia herättävää. Monenlaisia tunteita voi liikkua mielessä, kuten suru, epäoikeudenmukaisuus asiakkaan kohtalosta ja hänen kokemastaan, joskus kohtuuttomalta tuntuvasta kärsimyksestä, tai se voi olla voimattomuuden tunnetta asioiden edessä. Siksi on tärkeä, että näistä keskustellaan ja ajatuksia jaetaan. Se auttaa myös kehittämään saattohoitoa.

- Keskusteleminen työyhteisössä, esim. tiimipalaverissa.
- Keskusteleminen esimiehen kanssa.
- Omien tunteiden läpi käyminen on tärkeää.
- Kukaan ei ole yksin, hoitotyö on tiimityötä.
- Pitää osata tunnistaa oman kehon viestejä → uupuminen



Linkejä:

Hoitotahto

<https://thl.fi/fi/web/ikaantuminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto>

ESAS -oirekyselylomake (Vaasan keskussairaalan)

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

Happihoito, Aga tilauslomake ja potilasohje

https://www.linde-healthcare.fi/fi/images/Tilauslomake%20Happiterapiatuotteet%202018_tcm633-120137.pdf

https://www.linde-healthcare.fi/fi/images/Patient%20brochure%20oxygen%20treatment%20in%20the%20Home%20%20Finnish_tcm633-259333.pdf

Terveyskylän Palliativinen talo ja Kivunhallintatalo

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo>

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo>

Savonia ammattikorkeakoulu
Opas tehty opinnäytetyönä keväällä 2019

Tekijät:

Satu Hoffren, Tarla Klemetti ja Tuula Nissinen

Kuvat:

Satu Hoffren

Yhteystietoja Sinulle

Kotihoito Ma - Pe

klo 7-14.30

Alueen sairaanhoitaja

Viikonloppuisin, arkipyhinä ja iltaisin

Lähihoitaja

klo 7-22 Kotihoito

044 7401846

Klo 22-7 Vuodeosasto

044 7402223

Vuodeosasto Ma - Su 24h/vrk

044 7402223

Jos Teille nousee kysymyksiä ja mieltä askarruttavia asioita, ottakaa rohkeasti yhteyttä.

Keskusteluapua voitte pyytää

Siilinjärven seurakunta

Aikuisten sururyhmä 017 288 4600

- Vertaistukiryhmä, alkaa kevätaivalle ja syksyllä, 5-6 tapaamista/ryhmä

Keskusteluapu 044 7284 646

- Luottamuksellinen keskustelu ma-pe klo 9-17 ajanvarauksella, myös kotikäynnit

Päivystävä pappi 044 728 4612

- Esimerkiksi ehtoollisen järjestäminen, rukoushetki tai kiireellinen keskusteluapu



Kun saattohoito päättyy kotiin

- Kun saattohoito päättyy kotikuolemaan, ei paikalle tarvitse kutsua poliisia tai ambulanssia.
- Hautaus toimisto hoitaa vainajan siirron.
- Soitetaan vuodeosastolle, sieltä saa ohjeet, milloin vainajan voi siirtää terveyskeskukselle, missä lääkäri toteaa kuoleman. Siirrolla ei ole kiirettä esimerkiksi yöaikaan.
- Kotihoidon lääkäri kirjoittaa myöhemmin hautausluvan.
- Jos herää kysymyksiä voitte olla yhteydessä kotihoitoon myös myöhemmin.
- Siilinjärven Kukka- ja Hautauspalvelu 040 4576249
- Keskus-Kukka ja Hautauspalvelu Käsnänen Ky 040 6204595

LIITE 3: ESAS-OIREKYSELY

ESAS – OIREKYSELY POTILAAN OIREENMUKAISEEN ARVIOINTIIN

Mukaeltu suomenkielinen versio (lähteenä Edmonton Symptom Assessment System – ESAS-r)

Nimi: _____ Päivämäärä: _____

Henkilötunnus: _____ Osasto/poliklinikka: _____

Ympäröikää numero joka parhaiten kuvaa oloanne juuri NYT:

Kipu levossa |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Kipu liikkeessa |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Väsymys/uupumus |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Hengenahdistus |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Ruokahaluttomuus |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Pahoinvointi |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Suun kuivuminen |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Ummetus |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Masennus |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Levottomuus/ahdistus |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Unettomuus |-----|
 Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Millaisena koette vointinne kokonaisuudessaan tänään? Elämänlaatu?

Paras mahdollinen |-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Kuka täytti : Potilas: _____ Omainen/läheinen: _____ Terveydenhuollon henkilö: _____

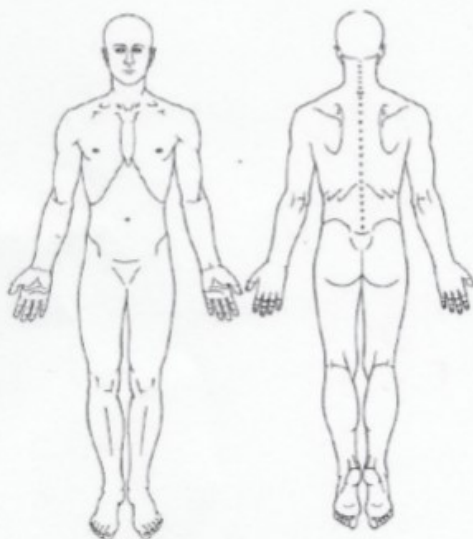
Haluatteko tavata erityistekijän (Sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaalateologi)

KIVUN TARKEMPI KUVAUS PIIRROKSEN AVULLA

Nimi _____

Pvm _____

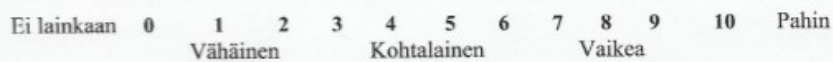
Millä seuraavista sanoista
parhaiten kuvailette kipuanne:



Merkitkää kipukohdat tähän piirrokseen

pinnallinen
syvä
epämääräinen
tarkkarajainen
tylppä
pistävä
särkevä
jomottava
aaltoileva
kohtausittainen
jatkuva
tykyttävä
jumpttava
jyskyttävä
säteilevä
läpituokeva
terävä
vihlova
viiltävä
repivä
vyömainen
puristava
kouristava
nykivä
kuumottava
polttava
tulinen
viileä/kylmä
kutiseva/syyhyävä
kirvelevä
aristava
kihelmöivä
painava
turruttava
jäytävä
näristävä
kuvottava
kauhea/karmiva
jokin muu, mikä?

Kivun määrä janalla



LIITE 4: PAINAD-MITTARI

Dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin käytettävä PAINAD-mittari.

Arvioidaan 8-12 tunnin välein ja pyritään mittausrvoon kolme tai vähemmän.

	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Ajoittainen työläs hengitys tai lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Äänekäs tai työläs hengitys, pitkiä hyperventilaatiojaksoja tai Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä tai tyytyväinen ääntely	Ajoittainen valitus tai vaimea negatiivis-sävytteinen puhe	Toistuva huutelu, äänekäs valitus tai itkeminen
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas tai huolestunut	Irvistys
Kehonkieli	Rentoutunut	Kireä, jännittynyt tai levotonta liikehdintää	Jäykkyys, käsien nyrkistely, polvien ylös vetäminen, välttely tai estely, tarttuminen, lyöminen tai potkiminen jne.
Lohdutettavuus	Ei tarvitse lohduttelua	Kosketuksen tai puhuttelun seurauksena poikkeava käytös keskeytyy ja potilas rauhoittuu	Koskettelulla tai puhuttelulla ei vaikutusta poikkeavaan toimintaan, eikä potilasta saada rauhoittumaan

LIITE 5: TUTKIMUSLUPA

Siilinjärven kunta hoito- ja vanhustyön johtaja	Viranhaltijapäätös Yleispäätös
	19.2.2019 1 §
Asia	Tutkimuslupa / Saattohoito-opas Siilinjärven kotihoidolle
Asianosaiset	Satu Hoffren, Tuula Nissinen, Tarla Klemetti
Selostus asiasta	<p>Savonia AMK terveysalan sairaanhoitaja-opiskelijat Satu Hoffren, Tuula Nissinen ja Tarla Klemetti ovat hakeneet tutkimuslupaa opinnäytetyöhönsä Siilinjärven kotihoitoon tehtävää Saattohoito-opasta varten.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Siilinjärven kotihoidon henkilökunnalle saattohoito-opas, jossa käydään läpi tärkeimpiä saattohoitoon liittyviä asioita ja yhteistyötahoja. Saattohoito-oppaan tarkoitus on helpottaa hoitajien työtä saattohoidon toteuttamistilanteissa, kun yleisimmin tarvittavat tiedot ovat löydettävissä oppaasta. Tämän lisäksi myös saattohoidossa olevan potilaan omaisille tehdään yhteystietolehtinen, jossa on eri hoitotahojen yhteystiedot sekä yhteydenottoajankohdat.</p>
Perustelut	Siilinjärven kunnan hallintosääntö 1.6.2017 §31/kv 24.9.2018 § 20, voimaan tullut 1.10.2018 sosiaali- ja terveysjohtajan toimivallansiirtopäätös 22.6.2017 §4
Päätös	<p>Myönnän tutkimusluvan Saattohoito-opas kotihoidolle tutkimuksen tekemiseen Siilinjärven kotihoidossa.</p> <p>Tutkimukseen osallistuneiden anonymisuus tulee säilyttää eikä aineistoa saa käyttää muuhun tarkoitukseen kuin mihin tämä tutkimuslupa on myönnetty.</p> <p>Siilinjärven kunnan hoiva- ja vanhuspalveluille tulee toimittaa tutkimusraportti sen valmistuttua.</p>
Allekirjoitus	Marja Kavilo vt.hoito- ja vanhustyön johtaja
Jakelu	asianosaiset kotihoiton osastonhoitajat sosiaali- ja terveysjohtaja sosiaali- ja terveyslautakunta

Siilinjärven kunta
hoito- ja vanhustyön johtaja

Viranhaltijapäätös
Yleispäätös

19.2.2019

1 §

Muutoksenhaku oikaisuvaatimuksella

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kuntalain (410/2015) 134 §:n mukaan kirjallisen oikaisuvaatimuksen seuraavalle Siilinjärven kunnan toimielimelle: **sosiaali- ja terveystalokunta**

Oikaisuvaatimuksen voi tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) tai kunnan jäsen. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa asianosaisen suostumuksella katsotaan asianosaisen saaneen päätöksestä tiedon kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näytetä. Käytettäessä todisteellista tiedoksiantoa katsotaan asianosaisen saaneen päätöksen tiedoksi saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittynä aikana. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän päivän kuluttua siitä, kun päätöspöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa. Tiedoksisaantipäivää tai sitä päivää, jona päätös on asetettu nähtäväksi, ei oteta lukuun oikaisuvaatimusaikaa laskettaessa. Jos määräajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arklauantai, oikaisuvaatimuksen saa tehdä ensimmäisenä arkipäivänä tämän jälkeen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta. Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava 1) asianomainen toimielin, jolle oikaisuvaatimus osoitetaan, 2) päätöksen tehnyt viranomainen sekä päätöksen päivämäärä ja pykälä tai diaarinumero, 3) päätös, johon haetaan oikaisua, 4) miltä kohdin päätöksen haetaan oikaisua ja millaista oikaisua siihen vaaditaan tehtäväksi, 5) perusteet, joilla oikaisua vaaditaan, 6) oikaisuvaatimuksen tekijän nimi, kotikunta, postiosoite ja puhelinnumero, 7) jos oikaisuvaatimus päätös voidaan antaa tiedoksi sähköisenä viestinä, yhteystietoina pyydetään ilmoittamaan myös sähköpostiosoite, 8) jos oikaisuvaatimuksen tekijän puhevaltaa käyttää hänen laillinen edustajansa tai asiamiehensä tai jos oikaisuvaatimuksen laatijana on joku muu henkilö, oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava laatijan yhteystiedot.

Oikaisuvaatimus on toimitettava jäljempänä olevaan osoitteeseen virka-aikana ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti ja se tulee toimittaa jäljempänä mainitulle viranomaiselle joko viemällä tai lähettämällä postina. Oikaisuvaatimuksen voi toimittaa myös sähköisesti eli faksina tai sähköpostina. Kirjallinen oikaisuvaatimus on muutoksenhakijan, laillisen edustajan tai asiamiehen allekirjoitettava. Viranomaiselle saapunutta sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä. Asiakirjojen lähettäminen postissa, telekopiona tai sähköpostina tapahtuu lähettäjän vastuulla. Koska muutoksenhakuasiakirjat on toimitettava viranomaiselle em. määräajassa, on niin postitse kuin sähköisestikin toimitettujen asiakirjojen oltava perillä viranomaisella viimeistään määräajan viimeisenä päivänä ennen virka-ajan päättymistä. Sähköisesti toimitettavat asiakirjat tulee toimittaa muutoksenhakuviranomaiselle siten, että asiakirjat on viranomaisen käytettävissä vastaanotollaitteessa tai tietojärjestelmässä ennen määräajan päättymistä.

Kunnan yhteystiedot

Siilinjärven kunta
PL 5, 71801 Siilinjärvi
Käyntiosoite: Kasurilantie 1
puh. 017 401 111, faksi 017 401 132, sähköposti kirjaamo(at)siilinjärvi.fi

Päätös asetetaan / on asetettu yleisesti nähtäväksi: 25.02.2019

Tiedoksianto	x	Lähetetty tiedoksi kirjeellä	Asianosainen
		Lähetetty tiedoksi sähköpostilla	
		1) Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja 25.2.2019/ vt. hoito- ja vanhustyön johtaja Marja Kavlo	
		Luovutettu asianosaiselle	Asianosainen
		Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus	Vastaanottajan allekirjoitus

1) Tämä osa täytetään, mikäli päätös annetaan tiedoksi erityistiedoksiantona Kuntalain 137 §:n 1 mom. tarkoitetulle asianosaiselle. Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksioskappaleeseen.