



Saattaen matkaan

Saattohoidon toimintamalli Kolmostien Terveys Oy:n
terveyskeskussairaalan osastolla

Marja Toivola

Jonna Kaartinen

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2019

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

TOIVOLA MARJA JA KAARTINEN JONNA

Saattaen matkaan

Saattohoidon toimintamalli Kolmostien Terveys Oy:n terveystakeskussairaalan osastolla

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä 1 sivu
Syyskuu 2019

Saattohoito on tärkeä osa hoitotyötä, ja tapa millä saattohoitoa toteutetaan, tulisi olla jokaiselle potilaalle paras mahdollinen. Laadukas saattohoito koostuu monesta eri tekijästä, joiden avulla tavoitellaan yksilöllistä, onnistunutta ja kokonaisvaltaista hyvää hoitoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa laadukas toimintamalli hoitohenkilökunnan työkaluksi saattohoidon toteuttamiseen ja kehittämiseen Kolmostien Terveys Oy:n terveystakeskussairaalan osastolle. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda yhtenäiset ja selkeät ohjeet saattohoidon toteuttamiseen. Toimintaa ohjaavina tekijöinä olivat moniammatillisuus, asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys.

Saattohoidon toimintamallin tekeminen sai alkunsa osaston tarpeesta, koska osastolla ei ollut yhtenäisiä ohjeita saattohoidon toteuttamiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyö on kaksiosainen ja se sisältää teoriaosuuden lisäksi toiminnallisen osuuden, eli toimintamallin ja raportin, johon sisältyy opinnäytetyön dokumentointi ja arviointi.

Toimintamalliin kerättiin keskeisimpiä asioita, joita tulisi huomioida saattohoidossa. Näitä asioita olivat hoitoneuvottelu, saattohoitopäätös, hoitolinjauksien tekeminen, hoitotahto, hoitosuunnitelma, potilaan oireenmukainen hoito, potilaan tukeminen ja omaisten tukeminen.

Toimintamalli koettiin selkeäksi ja johdonmukaiseksi. Saattohoidon toimintamalli tehtiin koko osaston hoitavan henkilökunnan työkaluksi. Toimintamalli otetaan käyttöön osastolla syksyn 2019 aikana, jolloin saattohoitoa ryhdytään toteuttamaan mallin mukaisesti.

Jatkotutkimuksen kohteena olisi luontevaa selvittää, kuinka uutta toimintamallia on pystytty hyödyntämään saattohoitotyössä. Tämän lisäksi voitaisiin tutkia, onko toimintamalli helpottanut henkilökunnan saattohoitoprosessin hahmottamista ja yhtenäistänyt käytäntöjä.

Asiasanat: palliatiivinen hoito ja saattohoito, kuolevan potilaan hoitotyö ja toimintamalli

ABSTRACT

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

TOIVOLA MARJA & KAARTINEN JONNA:
Operation model in hospice care for Kolmostien Terveys OY Ltd health center
hospital department
Operation model

Bachelor's thesis, 40 pages, appendices 1 page
September 2019

Palliative and terminal care are vital parts of nursing. The way of treatment should be practiced in the best possible way with all patients. High quality terminal care is formed from many different factors, where the goal is to offer individual, successful and comprehensive treatment.

The purpose of this thesis was to produce high quality operation model for the nursing staff of Kolmostien Terveys Ltd health center hospital's department. This terminal care operation model was produced to be used and further developed by the department's own nursing staff. The aim of this thesis was to create consistent and clear instructions for nursing terminal care patients.

Need for the operation model came from the department, because there were no previous, similar instructions for terminal care.

This thesis was implemented as a functional thesis. It forms from two parts: theoretical and functional part. Functional part forms from the produced operation model and report. Report itself forms from documentation and evaluation of the operation model.

Operation model includes the most relevant factors, that should be considered in terminal care. These factors were care negotiation, terminal care decision, care policy, living will, care plan, patients symptombased care, patient and family support.

The operation model which was produced to be used by the departments whole nursing staff, was described as clear and consistent. The operation model will be taken into use at fall 2019.

For further research it would be logical to examine how has the operation model worked in everyday use and has it relieved and standardized terminal care processes.

Key words: palliative care and terminal care, nursing of dying patient and operating model

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito	7
3.2	Kuolevan potilaan hoitotyö	9
3.3	Toimintamalli.....	13
3.4	Saattohoitoprosessi.....	14
3.4.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito terveyskeskuksissa	14
3.4.2	Hoitoneuvottelu.....	15
3.4.3	Hoitotahto.....	17
3.4.4	Hoitolinjaus	17
3.4.5	Saattohoitopäätös.....	19
3.4.6	Hoitosuunnitelma	20
3.4.7	Kuolevan potilaan tukeminen	21
3.4.8	Omaisten tukeminen.....	22
3.5	Saattohoitopotilaan oireet ja niiden hoito.....	22
3.5.1	Psyykkiset oireet.....	23
3.5.2	Hengitystieoireet.....	24
3.5.3	Suun ja ruoansulatuskanavan oireet.....	24
3.5.4	Kipu	25
3.5.5	Askites.....	27
3.5.6	Väsymys, kuivuminen ja ruokahaluttomuus	28
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	30
4.1	Opinnäytetyöprosessi.....	30
4.2	Tuotoksen kuvaus	32
5	POHDINTA	33
5.1	Luotettavuus ja eettisyys	35
5.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	36
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	40
	Liite 1. Toimintamalli.....	40

1 JOHDANTO

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan oireenmukaista hoitoa siinä vaiheessa, kun sairauden etenemiseen ei voida vaikuttaa, eikä parantavaa hoitoa ole. Hoidon tarkoituksena on kärsimysten lievittäminen ja hyvän elämänlaadun ylläpitäminen. Saattohoito on osa palliativista hoitoa (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Saattohoitoa annetaan, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivinä tai lähiviikkoina. Saattohoidon tarkoituksena on tukea niin potilasta kuin hänen omaisiaan kokonaisvaltaisesti ja inhimillisiä arvoja noudattaen. Saattohoidossa kuolevalla potilaalla ja hänen omaisillaan on paremmat edellytykset valmistautua lähestyvään kuolemaan. WHO:n arvion mukaan 60% palliativisen hoidon tarvitsijoista kuolee kroonisiin sairauksiin, kuten sydän-, keuhko-, munuais- ja maksasairauksiin sekä neurologisiin sairauksiin. Suurin palliativista hoitoa tarvitseva potilasryhmä ovat syöpäpotilaat. WHO:n arvion mukaan noin 30 000 suomalaista vuodessa tarvitsee palliativista hoitoa. (Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017.) Vuonna 2017 Suomessa kuoli 53 670 ihmistä (Tilastokeskus 2017). Erytisen nopeasti on lisääntynyt kuolleisuus demensiaan (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 28).

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjeistettiin ensimmäisen kerran vuonna 1982 Lääkintöhallituksen terminaalihoidon ohjeilla. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksissa vuonna 2010 korostuvat kuolevan ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus. Suomessa sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset vastaavat saattohoidon järjestämisestä omalla alueellaan ja jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla alueellinen saattohoitosuunnitelma. (Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä laadukas saattohoidon toimintamalli. Toimintamalli tulee hoitohenkilökunnan työkaluksi saattohoidon toteuttamiseen ja kehittämiseen. Toimintamallissa eritellään kaikki toimenpiteet aina saattohoitopäätöksestä laadukkaan hoidon toteuttamiseen asti. Työn toimeksiantaja on Kolmostien Terveys Oy:n Terveyskeskussairaalan osasto. Opinnäytetyön tuloksena syntyvän toimintamallin avulla voidaan yhdenmukaistaa olemassa olevia hoitokäytäntöjä sekä kehittää saattohoidon laatua.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä laadukas toimintamalli hoitohenkilökunnan työkaluksi saattohoidon toteuttamiseen ja kehittämiseen Kolmostien Terveys Oy:n terveystieteiden osastolle.

Opinnäytetyön tehtäviä ovat:

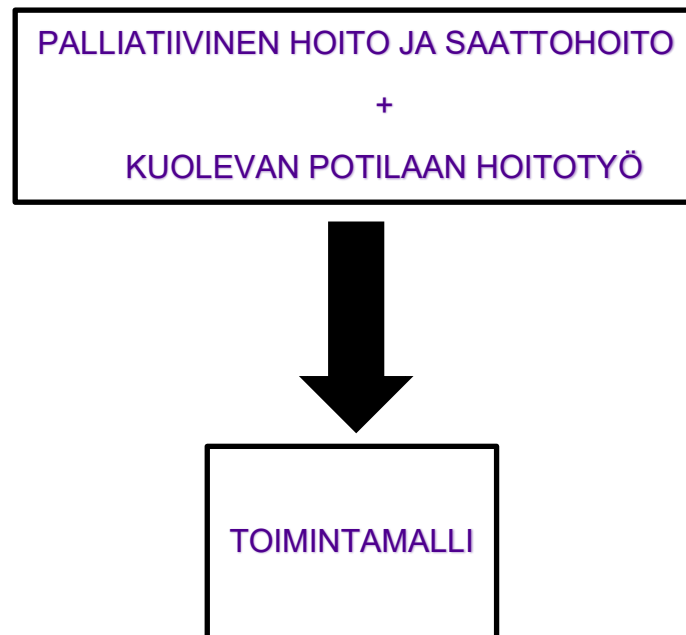
1. Millaista on laadukas saattohoito?
2. Mitä saattohoitoon kuuluu hoitotyön näkökulmasta?
3. Minkälainen on hyvä toimintamalli?

Tavoitteena on luoda yhtenäiset ja selkeät ohjeet saattohoidon toteuttamiseen potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat palliatiivinen hoito ja saattohoito, kuolevan potilaan hoitotyö sekä sen toimintamalli. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.



3.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito tarkoittaa kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen omaistensa kokonaisvaltaista, aktiivista hoitoa. Hoidolla pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä sekä ylläpitämään hyvää elämänlaatua. Palliatiiviseen hoitolinjaan siirrytään siinä sairauden vaiheessa, jolloin taudin kulkuun ei voida enää olennaisesti vaikuttaa ja hoidon ensisijainen päämäärä on kärsimyksen lievittäminen ja hyvän elämänlaadun ylläpitäminen. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville potilaille ilman diagnoosirajauksia. Potilaan omaisten huomioiminen ja tukeminen kuuluu osana palliatiiviseen hoitoon. Edel-

lytys hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle on palliatiivisen hoidon tarpeen ja lähestyvän kuoleman tunnistaminen sekä ajoissa tehdyt hoidonlinjaukset ja hoitosuunnitelma. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Valviran (2015) palliatiivinen hoitolinjaus määrittelee hoidon tavoitteen ja hoidon rajaamisen. Hoidon tavoitteena on hyvä oireenmukainen hoito. Hoidon rajaaminen tarkoittaa, että vältetään hyödyttömiä ja kärsimystä lisääviä hoitoja. Oireenmukaiseen hoitoon siirtyminen on potilaslaissa (785/1992) määritelty tärkeä hoitopäätös, josta on keskusteltava, tarvittaessa useasti, potilaan itsensä kanssa tai, jos hän ei itse pysty päättämään hoidostaan, hänen lähiomaistensa tai muiden läheisten kanssa tai laillisen edustajan kanssa. Päätöksestä on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin, yleensä hoitosuunnitelmaan. Päätöksestä käy ilmi palliatiivisen hoidon sisältö, päätöksen tekijät, päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja /tai omaisten kanssa asiasta käyty keskustelu ja potilaan ja/tai omaisten kannanotto päätökseen. Hoidon lopussa palliatiivinen hoito muuttuu usein saattohoidoksi.

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Se ajoittuu oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen, viimeisiin viikkoihin tai päiviin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Saattohoidon tarkoituksena on hoitaa ja tukea kuolevaa potilasta ja hänen omaisiaan yksilöllisesti ja inhimillisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Saattohoidossa kuolevalla potilaalla ja hänen omaisillaan on mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoitovaiheeseen siirtymisestä ja päättämisestä on keskusteltava useasti potilaan itsensä kanssa. Jos hän ei pysty itse päättämään hoidostaan, keskustelu käydään hänen lähiomaistensa, muiden läheisten tai laillisen edustajan kanssa. Päätökseen kirjataan saattohoidon sisältö ja potilaan omat toiveet. (Valvira 2015.)

Saarto ym. (2015, 10-11) määrittelevät kuolevaksi potilaaksi potilaan, jonka toimintakyky on heikentynyt merkittävästi. Potilaasta on myös nähtävissä lähestyvän kuoleman merkit elintoimintojen hiipuesssa. Osalla potilaista toimintakyky säilyy kohtalaisena kuolemaan asti. Saattohoidossa olevalla potilaalla kuolema voi tulla äkillisesti komplikaatioiden vuoksi tai se voi tulla sairauden tasaisen etene-
misen kautta. Kuolevan potilaan tunnistaminen on tärkeää, jotta hoitotoimenpi-

teet voidaan suunnitella niin, että potilas saa apua mahdollisimman nopeasti. Esimerkiksi lääkityksen muutoksien tulee tapahtua muutamien päivien aikana, koska lääkeannoksien pitkän aikavälin sovittamiselle ei usein ole aikaa. Elämän loppuvaiheessakin tulee huolehtia potilaan perustarpeista ja tarvittaessa hoitoa arvioidaan uudelleen, jos tilanne muuttuu.

Potilaalle tehty saattohoitopäätös mahdollistaa jäähyväisten jätön. Saattohoito sisältää hyvän oireiden lievityksen ja potilaan ja omaisten tukemisen. Kuoleman lähestyessä merkitykselliseksi nousevat kysymykset elämän tarkoituksesta. Tällöin vuorovaikutuksen ja läsnäolon merkitys korostuvat sekä potilaalle että omaisille. Hyvä saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan. Kuoleman jälkeenkin omaisia tuetaan heidän surussaan. (Saarto ym. 2015, 10–11.)

Hänninen (2018, 98-100) kuvailee saattohoitotyöhön liittyvien tunteiden skaalaa kirjavaksi. Saattohoitoon liittyy paljon erilaisia tunteita: hyvää ja pahaa sekä surun ja ilon tunteita. Joskus voi tuntea myös tunnetta vääryydestä, elämän epäoikeudenmukaisuudesta ja riittämättömyydestä. Työtä tekevän on löydettävä tasapaino näiden tunteiden välillä. On hyväksyttävä, että kaikkia ei pysty aina auttamaan, vaikka yrittäisi kaikkensa. Omasta hyvinvoinnistaan on myös pidettävä huolta. Halu ja kyky tehdä työtä tällä tavoin kasvaa kokemuksen myötä. Saattohoitotyölle välttämättömiä piirteitä, jotka helpottavat työn tekemistä ovat esimerkiksi positiivinen elämänasenne, herkkyyys havaita toisen kärsimys, nöyryys, kyky asettaa itsensä alttiiksi, humanistinen elämänasenne ja halu auttaa ihmisiä. Hyödyllisiä keinoja työkyvyn ylläpitämiseen ja hyvinvointiin saattohoitotyössä ovat esimerkiksi kyky pysähtyä miettimään mitä ja miten tekee, oppia säätelemään työn herättämiä tunnetiloja, tunnistaa omat rajoituksensa, kehittää taitoja kommunikoinnin parantamiseksi, syventää koulutusta ja vastapainoksi tehdä muuta kuin työtä.

3.2 Kuolevan potilaan hoitotyö

Kuoleman lähestyessä, viimeisten elinvuorokausien aikana potilaan vointi ja liikuntakyky heikkenevät. Potilaan kiinnostus ruokaa ja juomaa kohtaan häviää, nieleminen vaikeutuu ja uneliaisuus lisääntyy. Perussairauden luonteen merkitys vähenee ja tilalle nousevat oireiden hyvä hoito ja omaisten tukeminen. Hoidossa

etusijalle nousevat potilaan toiveet, omaisten huomioiminen ja hyödyttömien toimenpiteiden välttäminen. Saattohoidossa potilaan toiveiden huomioiminen on ensisijainen asia, mutta kun potilaan vointi hiipuu, huomio kohdistuu yhä enemmän omaisiin ja heidän jaksamiseensa. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.) Saattohoito sisältää kivun ja muiden oireiden hallinnan sekä psyykkisen, sosiaalisen, hengellisen ja käytännön tuen antamisen (Nunn 2014, 339).

Kuolevan potilaan hyvään perushoitoon kuuluvat hygieniasta huolehtiminen, ihon hoito, ravitsemuksen yksilöllinen toteuttaminen, unen tarpeen arvioiminen, läsnä oleminen, asentohoito, hengitysoireiden helpottaminen, kivun ja muiden oireiden arvioiminen ja hoitaminen sekä hengellinen tukeminen. (Kamppari 2014, 28.)

Hygieniasta huolehtiminen tuo mielihyvää potilaalle ja osoittaa, että hänestä välitetään. Kampparin (2014, 28–29) mukaan kosketuksen tulee olla kunnioittavaa, jolloin potilaalle luodaan turvallinen ja luottamuksellinen hoitoilmapiiri. Pesujen yhteydessä voidaan havainnoida potilaan ihon kuntoa ja hoitaa sitä esimerkiksi rasvauksin. Hoitotilanteen tulee olla kiireetön ja siinä tulee olla aidosti läsnä. Ruokailutilanteissa potilaalle tarjotaan hänelle mieluisia ruokia ja juomia sen verran, mitä potilas itse haluaa. Aterioita voidaan tarjota useammin ja ne voivat olla kooltaan pieniä. Ravinto nautitaan suun kautta. Lisäravinteiden käyttöä tulee harkita tarkkaan ja pääsääntöisesti potilaalle ei laiteta nenämahaletkua tai iv-infuusiota.

Kuoleva potilas voi tarvita runsaasti unta ja lepoa. Hänen tulisi saada levätä ja nukkua silloin, kun hän itse haluaa. Päivä tulisikin rytmittää potilaan ehdoilla. Asentohoito on tärkeä osa perushoittoa. Mikäli potilas ei pysty itse liikkumaan, häntä käännetään kahden tunnin välein. Asennon vaihtaminen helpottaa kipuja, ehkäisee painehaavojen syntymistä ja lisää näin potilaan elämänlaatua. Hengitysoireita, kipua ja muita mahdollisia oireita arvioidaan säännöllisesti ja hoidetaan tarpeen mukaan. (Kamppari 2014, 29.)

Kuolevan potilaan mieltä voivat askarruttaa myös hengelliset kysymykset. Ne ovat usein hyvin henkilökohtaisia ja usein myös keskeneräisiä. Hengelliset kysymykset ovat mukana kaikessa toiminnassa ja jokaisessa kohtaamisessa ja ne tarvitsevat tilaa tulla kuulluiksi. Kuolevalle potilaalle tulee tarjota mahdollisuus kertoa näistä, mutta hoitajilla ei tarvitse olla valmiita vastauksia kysymyksiin.

Usein riittää, että potilas tulee kuulluksi. Paikoissa, jossa toteutetaan saattohoitoa, tulisi olla hengellisiä työvälineitä, kuten raamattu, virsikirja ja valmiudet ehtoollisen jakamiseen. (Kamppari 2014, 41.)

Potilaan oireita tulee arvioida ja hoitaa säännöllisesti sekä kertoa omaisille voimissa tapahtuvista muutoksista. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida myös perheen mahdollinen ahdistus ja auttaa mahdollisuuksien mukaan. Hoitohenkilökunnan tulee kertoa rehellisesti, mitä on tapahtumassa ja mitä on odotettavissa sekä mitä lääkityksiä hoidossa käytetään. Omaisista ohjataan siinä, miten he voivat tukea ja tehdä kuolevan omaisensa olon hyväksi, mutta myös siinä, mistä he voivat itse saada tukea. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.)

Kuoleman lähestyessä potilaan oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella. Tällöin ei enää tehdä laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia. Myös potilaan vitaalielintoimintojen mittaaminen, esimerkiksi lämmön ja verenpaineen mittaaminen lopetetaan tarpeettomina. Tavoitteena on rauhoittaa tilanne ja välttää kaikkea ylimääräistä. Hoitaminen muuttuu toimenpiteiden sijaan läsnäoloksi, keskusteluksi ja kuunteluksi. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.)

Kuolevalta potilaalta tulee arvioida säännöllisesti kipua, hengenahdistusta, hengitysteiden eritteitä, levottomuutta, pahoinvointia ja oksentelua. Näitä tulee seurata säännöllisesti, vähintään neljän tunnin välein. Suun hygieniasta ja kostutuksesta tulee myös huolehtia toistuvasti. Myös omaisten jaksamista ja tuen tarvetta tulee seurata potilaan hoidon ohella. (Korhonen & Poukka 2013, 444–445.) Fyysisten oireiden hyvä hoito antaa potilaalle ja omaisille aikaa käsitellä emotionaalisia, psyykkisiä ja hengellisiä tarpeita ennen kuolemaa (Nunn 2014, 338).

Potilaan lääkkeiden tarve arvioidaan uudelleen ja tarpeettomat lääkkeet lopetetaan siinä vaiheessa, kun koetaan ettei lääkityksestä ole hyötyä tai esimerkiksi kipulääkkeiden tarve suurenee. Potilaalle annettavia lääkkeitä ovat yleensä kipuja ja pahoinvointilääkkeet sekä anksiolyytit. Lisäksi määrätään tarvittava lääkitys kipujen, limaisuuden ja hengenahdistuksen, levottomuuden, pahoinvoinnin ja oksentelun varalle. Kuolema on yleensä rauhallinen, mutta jos on aihetta epäillä, että potilas tulee kuolemaan äkilliseen tilanteeseen, esimerkiksi verensyöksyyn, voidaan potilaalle määrätä niin sanottu katastrofilääkitys (opioidi ja bentsodiatse-

piini nopeaan sedatoimiseen), vaikka sitä ei koskaan tarvittaisikaan. Osa potilaista pystyy ottamaan lääkkeitä suun kautta ainakin liuosmuotoisena vielä hyvin lähellä kuolemaansa, mutta useimmat tarvitsevat muun antoreitin. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.)

Suonensisäisestä nesteytyksestä on vain harvoin hyötyä kuolevalle potilaalle. Se lisää nesteen kertymistä elimistöön ja voi hankaloittaa oireita. Jos potilaan epäillään kärsivän nestehukasta, voidaan suonensisäistä nestehoitoa kokeilla esimerkiksi 1000ml/vrk kahden tai kolmen vuorokauden ajan. Jos potilaan vointi ei kohene, nestehoito lopetetaan. Suunnitelma on hyvä käydä läpi potilaan omaisten kanssa ennen nestehoidon aloittamista. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.)

Kuoleman lähestyessä, viimeisten 48 tunnin aikana moni oire lievenee ja elintoinnot muuttuvat. Hengitys muuttuu katkonaisemmaksi. Se saattaa muuttua myös äänekkäämmäksi lisääntyneen limanerityksen vuoksi. Vartalon ääreisosien, jalkojen ja käsien iho muuttuu viileämmäksi ja viileys leviää vähitellen koko vartaloon. Lopuksi hengitys muuttuu pinnallisemmaksi ja rintakehän liike vähenee. Tajunnantaso laskee. Potilas ei kykene enää puhumaan tai nielemään. Vähitellen hengitys loppuu kokonaan. Kuoleman jälkeen potilaan ruumiinlämpö laskee, niveliin tulee kuolonkankeutta ja iholle ilmestyy lautumia. (Hänninen & Pajunen 2006, 116–117.)

Potilaan kuolemasta informoidaan välittömästi lääkärinä, joka on kuoleman toteamisesta vastaava viranomaisena. Valviran (2015) asetuksen (27/2004) mukaan kuoleman toteaa lääkäri, luvan saanut lääkäri tai laillistetun lääkärin tehtävää hoitava lääketieteen opiskelija. Lääkäri suorittaa ulkoisen ruumiintarkastuksen kuoleman syiden toteamiseksi ja kuolemasta ilmoitetaan potilaan omaisille, mikäli he eivät olleet paikalla kuolinhetkellä. (Valvira 2019.)

Potilaan kuoltua vainajaa pidetään perinteiseen tapaan osastolla 2–3 tunnin ajan, jolloin omaiset voivat käydä jättämässä jäähyväiset rauhassa vainajalle. Kuoleman jälkeen vainaja siistitään, alle levitetään saniteettivaippa ja hänelle puetaan päälle exitus-pakkauksesta kuitupaita. Exitus-pakkauksessa on sideharsoja vainajan laittoa varten. Sideharso kierretään vainajan leuan ja pään ympäri ja toisella sideharsolla sidotaan jalat yhteen. Vainajan silmät painetaan kiinni ja niiden päälle asetetaan pumpulia, jotta silmät eivät aukeaisi. Kasvot peitetään lopuksi

kasvoliinalla ja koko vainaja lakanalla. Lakanan päälle voidaan laskea kukka vainajan muistoksi. Lopuksi vainaja viedään kylmätiloihin. (Grönlund & Huhtinen 2011, 170–171.)

Hakola, Kivistö & Mäkinen (2014, 16-17) kertovat eri kulttuurien eroista kuolemaan suhtauduttaessa. Nämä erot tulee ottaa huomioon myös käytännön hoitotyössä. Elämästä, kuolemasta ja ihmisyydestä ei välttämättä ajatella samalla tavalla kuin länsimaiskristillisessä kulttuurissa. Vainajan käsittelyyn, kunnioittamiseen sekä suremiseen liittyy erilaisia tapoja eri kulttuureissa. Yhteistä kuitenkin on, että ihmiset tarvitsevat erilaisia tapoja ymmärtääkseen kuolleen omaisen merkityksen. Myös vainajan muisteleminen ja surun jakaminen ovat yhteistä eri kulttuureissa, tavat vain saattavat olla erilaisia.

3.3 Toimintamalli

Toimintamalli on arkipäiväinen, mutta vaikeasti määriteltävissä oleva käsite sen runsaan rinnakkaiskäsitteiden kirjon vuoksi. Ojaniemen (2006) mukaan toimintamalli liittyy ajattelemisen ja tekemisen lisäksi prosesseihin ja rakenteisiin, eikä se ole pelkästään sisäinen tai mentaalinen. Toiminnan ja ajattelun malleja esitetään kulttuureissa myös kuvallisina, kirjallisina ja esineellisinä ohjeina, joita voidaan tarkastella operaatioiden, toiminnan ja tekojen tasolla. Toimintamallilla voidaan tarkoittaa myös työn ja toiminnan organisointitapaa, työnjako- ja järjestämistapaa sekä työn teoreettista mallia. Toimintamalli voidaan nähdä myös kaavamaisena, monipuolisena kuvauksena toiminnasta, jolloin toimintamalli käsittää vain yhden toimintakokonaisuuden ja kuvaa toiminnan etenemistä vaiheesta toiseen.

Toimintamalli on paikallisista ratkaisuista tai yleisistä käytännöistä yleistetty ja selkeä mallinnus. Toimintamalli määrittelee keskeisen idean, käyttötarkoituksen ja osatekijät. Se koostuu olettamuksista siitä, millä keinoilla tarkoitus voidaan saavuttaa. Toimintamalli voidaan viedä käytännön työhön erilaisiin ympäristöihin ja se muokkautuu siellä omanlaiseksi käytännökseen. Toimintamallia voidaan kehittää ja korjata saadun kokemuksen perusteella. Toimintamallin nimen tulee olla sisältöä kuvaava. Siitä selviää käyttötarkoitus, keskeinen idea, keskeiset toimijat ja näiden tehtävät sekä resurssit. Toimintamallista on nähtävillä myös toimintaa ohjaavat periaatteet. Toimintamalli ei kuitenkaan sisällä paikallista informaatiota eikä se ole paikallisen palvelun tai toimintatavan kuvaus. (Innokylä 2019.)

3.4 Saattohoitoprosessi

Saattohoitoprosessiin kuuluvat kuolevan potilaan oireenmukainen hoito, hoitoneuvottelu, hoitolinjauksien tekeminen, saattohoitopäätöksen tekeminen sekä kuolevan potilaan ja omaisten tukeminen (Tasmuth, Poukka & Pöyhiä 2012, 452). Saattohoitoprosessi on monitahoinen, kokonaisvaltainen, laaja ja syvä vuorovaikeusprosessi potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä (Styrman & Tornainen 2018, 142).

Saattohoitopäätöksen tekee hoidosta vastuussa oleva lääkäri hoitoneuvottelussa käydyn keskustelun perusteella. Se tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Saattohoitopäätös kirjataan sairauskertomukseen. Potilaalle laaditaan myös hoitosuunnitelma. Saattohoidossa päämääränä on kuolevan potilaan elämänlaatu ja rauhallinen kuolema. (Tasmuth ym. 2012, 452.)

3.4.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito terveyskeskuksissa

Vuonna 2012 Kuntaliitto ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys laativat suosituksen terveyskeskuksissa järjestettävästä saattohoidosta. Suositus perustuu Euroopan neuvoston, Euroopan parlamentin ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) laatimiin minimikriteereihin Euroopassa toteutettavasta saattohoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Terveystieteiden neuvottelukunta (ETENE) ja EAPC käyttävät näitä kriteereitä arvioidessaan Suomessa toteutettavan saattohoidon tasoa. (Saarto ym. 2015, 574.)

Eurooppalaisten kriteerien mukaan järjestettäessä saattohoitoa terveyskeskuksissa tulee noudattaa kolmiportaista mallia, jossa huomioidaan hoidon vaativuus ja tarve. Kolmiportaisessa palliatiivisen hoidon mallissa hoito on jaettu kolmeen eri tasoon. A-taso on perustaso, B-taso on perusterveydenhuollon erityistaso ja B-taso on erikoissairaanhoidon vaativa erityistaso. A-taso tarkoittaa kaikkia terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköitä, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. B-taso tarkoittaa saattohoitokeskuksissa (saattohoito-osasto, kotisaattohoitoon erikoistunut kotisairaala tai kotisairaanhoido ja tukivuodeosastot) hoidettavia kuolevia potilaita. C-taso tarkoittaa yliopistosairaaloissa ja keskussairaaloitten palliatiivisissa yksiköissä ja saattohoitokodissa hoidettavia kuolevia potilaita. (Saarto ym. 2015, 574.)

A-tason laatukriteerit täyttävää saattohoitoa tarjoavat terveyskeskusten vuodeosastot, joissa saattohoitoa on kehitetty yhtenä perustehtävänä muun toiminnan rinnalla. Yksiköiden henkilöstön mitoituksessa ja osaamisessa sekä toimintaympäristössä on huomioitu saattohoito. Lääkärit osallistuvat yksikön päivittäistoimintaan ja hoitohenkilökunnalla on riittävä koulutustaso. (Saarto ja asiantuntijaryhmä 2017.)

Perustasolla voidaan hoitaa potilaita, joilla on hitaasti etenevä ja vähäoireinen sairaus. Tarvittaessa voidaan konsultoida perusterveydenhuollon erikoisyksiköitä tai erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuolto vastaa suurimmasta osasta palliatiivisesta hoidosta ja erityisesti saattohoidosta. Palliatiivinen hoito ja saattohoito tulisi järjestää mahdollisimman lähellä potilaan kotia, jotta omaiset voivat osallistua hoitoon. Kotipaikkakunnan terveyskeskus onkin luonteva yksikkö vastaamaan potilaan hoidosta. Pienemmillä paikkakunnilla voi terveyskeskuksen vuodeosastolla olla erillinen saattohoituhuone. (Saarto ym. 2015, 574, 582.)

3.4.2 Hoitoneuvottelu

Kuoleman lähestyessä ihminen joutuu kokemaan luopumisia kaikilla elämänsä alueilla. Oman elämän kontrollointi heikkenee sairauden edetessä ja ihmisen on asteittain luovuttava terveydestään, riippumattomuudestaan, ammatistaan, asemastaan, perhe-elämästään ja tulevaisuuden suunnitelmista. Sairaus koskettaa koko perhettä ja luopumista joutuvat tekemään myös omaiset. Luopumiseen liittyy surua, joka saattaa ilmentyä joskus voimakkaina, pelottavina ja outoina tunteina. Se saattaa ilmetä järkytyksenä, kieltämisenä, vihana, ahdistuneisuutena ja syyllisyytenä. Tällaiset tunteet pelottavat herkästi sekä potilasta että hänen omaisiaan. Avoin kommunikaatio auttaa omaisia selviytymään paremmin potilaan kuoleman jälkeen. (Grönlund, Anttonen & Agge 2008, 37–43.)

Sekä potilas että omaiset tarvitsevat tietoa sairaudesta. Lääkärin ja hoitohenkilökunnan yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa on äärimmäisen tärkeää, sillä se rohkaisee ja auttaa perhettä löytämään omat vahvuutensa. Hyvä hoito vaikuttaa omaisten terveyteen ja kykyyn selviytyä myöhemmin elämässä eteen tulevista kriiseistä. Saattohoidossa yhteinen hoitoneuvottelu potilaan ja omaisten sekä hoitohenkilökunnan kesken on tärkeä työväline, jolla hoidon tavoitteita selkeytetään. (Grönlund ym. 2008, 37–43.)

Grönlundin ym. (2008, 37-43) mukaan lääkärin ja hoitohenkilökunnan asenteen tulee olla hyväksyvä, välttäen arvostelua ja tuomitsevuutta. Neutraali asenne mahdollistaa sen, että kaikki perheenjäsenet tuntevat oman näkökulmansa tulevan ymmärretyksi. Lääkärin, mahdollisen omahoitajan ja muun hoitohenkilökunnan tulisi tutustua potilaaseen ennen hoitoneuvottelua, jotta he saisivat käsityksen siitä, millainen persoona hän on ja millaisia kokemuksia hänellä on ollut ennen sairastumista. Lisäksi tietoa siitä miten sairaus on muuttanut hänen elämänsä, kuka on hänelle tärkein perheenjäsen sekä kenen jaksamisesta potilas on eniten huolissaan.

Hoitoneuvottelussa korostuu moniammatillinen yhteistyö. Laadukas saattohoito edellyttää eri asiantuntijoiden osaamisen, kokemuksen ja taitojen yhdistämistä, sillä yksittäisen työntekijän ei tule hallita kaikkea kuolevan potilaan hoitoon liittyviä asioita. Saattohoidossa tavoitteena on pitää hoitoneuvottelu ainakin kerran, mutta tarvittaessa niitä voidaan pitää myös useampia. Hoitoneuvottelu pidetään rauhallisessa paikassa, eikä toisen potilaan läsnäolo huoneessa ole suotavaa. (Grönlund ym. 2008, 37–43.)

Elämän loppuvaiheessa tilanteesta keskustellaan potilaan kanssa, tehden tärkeitä hoitolinjauksia ja hoitopäätöksiä potilaan hoitoon liittyen. Ennen hoitolinjauksien päättämistä potilaan kanssa järjestetään hoitoneuvottelu, johon hän voitinsa mukaan osallistuu yhdessä lääkärin, omahoitajien ja mahdollisesti omaisten kanssa. Hoitoneuvottelun tarkoituksena on määritellä hoidon kannalta oleelliset asiat, kuten oireenmukaisen hoidon keinot ja saattohoitoon siirtyminen. Potilaan kanssa keskustellaan taudin kulusta ja siitä, miten hän toivoo itseään hoidettavan, erityisesti kivun lievityksen suhteen. Potilaan toiveet ja niiden toteuttamisen mahdollisuudet käydään potilaan ja mahdollisesti omaisten kanssa läpi, jolloin jokaisella hoitoneuvotteluun osallistuvalla henkilöllä on mahdollisuus lausua kantansa päätöksistä. (Valvira 2015.)

Hoitoneuvottelussa on tärkeää menetellä hyvin, sillä hyvin toteutettuna hoitoneuvottelu antaa sekä potilaalle että hänen omaisilleen tiedon siitä, missä vaiheessa ollaan menossa. Yhdessä tehdyllä hoitopäätöksellä potilas ja hänen omaisensa saavat mahdollisuuden keskittyä olennaiseen, eli oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. Hyvällä hoitoneuvottelulla saavutetaan myös potilaalle turvallisuuden tunne hoidon loppuvaiheessa, kun vierellä ovat tutut hoitajat,

lääkärit, omaiset sekä tuttu ympäristö. Kaikki hoitoneuvottelussa sovitut asiat kirjataan hoitoneuvottelun lopuksi potilasasiakirjoihin. Hoitoneuvotteluun osallistujat ja sekä potilaan että omaisten kanta päätöksiin tulee löytyä kirjauksista. (Valvira 2015.)

3.4.3 Hoitotahto

Valvira (2015) määrittelee hoitotahdoksi henkilön tahdon ilmaisemisen hoidostaan siltä varalta, että hän ei pysty osallistumaan omaa hoitoaan koskeviin ratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuuden heikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahdossa voidaan myös ilmaista erityistoiveita hoitoon liittyen, tai siinä voi kieltäytyä tietyistä hoitoon liittyvistä toimenpiteistä. Hoitotahto laaditaan kirjallisesti, jotta se on tarvittaessa hoitoon osallistuvien käytettävissä. Hoitotahdon olemassa olosta ja sijainnista on hyvä kertoa omaisille. Hoitotahto voidaan laatia vapaamuotoiseksi tai valmiille lomakepohjalle. Erilaisia hoitotahdon malleja löytyy esimerkiksi Terveyskirjaston, THL:n, muistiliiton sekä monien sairaanhoitopiirien ja kuntien internetsivuilta (Lääkärietiikka 2013, 155).

Hoitotahto voi sisältää yksityiskohtaisia ohjeita erilaisten tilanteiden varalle. Ohjeet helpottavat omaisten ja hoitoon osallistuvien toimintaa. Hoitoon osallistuvien on noudatettava potilaan laatimaa hoitotahtoa mahdollisuuksien mukaan. Sellaisessa tilanteessa kun potilas kykenee ilmaisemaan hoitotahtonsa, mutta ei pysty itse varmentamaan sitä koskevaa merkintää, voi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä varmentaa hoitotahdon allekirjoituksellaan, mikäli potilas on heidän aikanaan luotettavasti tuonut oman tahdonilmaisunsa julki. (Valvira 2015.) Potilaan laatimalla hoitotahdolla voi olla erityisen suuri merkitys silloin, kun omaiset ja lääkäri ovat eri mieltä hoidosta. Jos potilaalla on hoitotahto, jota voidaan tulkita yksiselitteisesti, päätös tehdään hoitotahdon mukaisesti. (Lääkärietiikka 2013, 156.)

3.4.4 Hoitolinjaus

Saarto ym. (2015,11) mukaan hoitolinjalla tarkoitetaan hoidon ensisijaista tavoitetta. Se määräytyy sen mukaan, mihin sairauden hoidolla on realistista pyrkiä. Tavoite voi olla parantava, mutta usein kun kyseessä on krooninen sairaus, ta-

voitteena on hidastaa sairauden kulkua tai vakauttaa sitä sekä ehkäistä komplikaatioita. Jos sairauden etenemistä ei voida hidastaa tai hoidot eivät enää ole potilaan edun mukaisia ja sairaus aiheuttaa potilaalle kärsimystä, siirrytään palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon.

Hoitolinjausten tarkoituksena on turvata potilaalle hänen arvojensa ja toiveidensa mukainen paras mahdollinen hoito, joka on myös perusteltu lääketieteellisesti. Hoitolinjauksen merkitys ja hyödyt ovat selkeät, mutta ristiriidassa olevat toiveet ja lääketieteellinen tieto vaikuttavat siihen, että hoitolinjauksen tekeminen voi olla yksi haastavimmista lääkärin tehtävistä. Siihen tulisi suhtautua ajan kanssa, valmistautua hyvin ja kirjata tiedot tarkasti ylös. (Saarto ym. 2015, 11–12.)

Hoitolinjauksen tekeminen vaatii tietoa, taitoa ja empaattista rohkeutta. Hoitolinjauksen tekee yksi tai useampi lääkäri huolellisen arvion perusteella potilaan ja hänen omaistensa kanssa käydyn keskustelun jälkeen. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta, jolloin häntä voidaan hoitaa jollain muulla lääketieteellisesti perustellulla keinolla. Lääketieteellisesti perusteetonta hoitoa ei tule antaa, vaikka potilas tai omainen sitä vaatisikin. Potilaalla on oikeus saada perusteltua tietoa hoidostaan. Hoitovaihtoehtoista ja hoitopäätöksistä tulee keskustella yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitolinjaus perusteluineen täytyy kirjata selkeästi potilaan sairauskertomukseen. (Saarto ym. 2015, 11–12.)

Keskustelujen käyminen potilaan ennusteesta ja hoitolinjauksista vaativat lääkäriltä hyviä vuorovaikutustaitoja. Kun keskustelu on käyty onnistuneesti, se ei niinkään lisää potilaan ahdistuneisuutta, vaan johtaa mahdollisimman oikea-aikaiseen, potilaan toiveet huomioivaan hoitoon ja helpottaa potilaan loppuelämän järjestelyjä. Keskustelujen käyminen usein parantaa potilaiden ja omaisten hoitotyytyväisyyttä, mutta mikäli ne jäävät käymättä, lisää se tyytymättömyyttä hoitoon. Hoitolinjausten tekeminen on terveydenhuoltojärjestelmän kannalta välttämätöntä, jotta resurssit voidaan kohdentaa hyödyttömien hoitojen sijasta hyödyllisiin hoitoihin. (Saarto ym. 2015, 11–13.)

Saarto ym. (2015, 11-13) esittävät, että hoitolinja ja hoidon rajausta tulee erottaa toisistaan. Hoitolinjaukseen kuuluu kärsimystä lisäävien hoitotoimenpiteiden välttäminen, joista ei ole hyötyä potilaalle. Tätä kutsutaan hoidon rajaamiseksi, jolla

määritellään mistä toimenpiteistä tulee hoidon aikana pidättäytyä. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335–342.) DNR-päätös eli päätös pidättäytyä elvytyksestä lienee tunnetuin hoidon rajaus. Tämä tarkoittaa sitä, että hoito voi tarvittaessa muutoin jatkua ilman muita rajoituksia, koska DNR-päätös ei tarkoita saattohoitoa. DNR-päätös voi olla asetettu muulla perusteellakin. Hoitolinjaus voi siis pitää sisällään hoidonrajoituksia. Mikäli muita hoitokeinoja toivotaan rajattavan elvytyksen lisäksi, tulee ne kirjata erikseen. Tällaisia voivat olla esimerkiksi pidättäytyminen antibiootihoidosta, sairaalasiirroista, keuhkokuumeesta tai keinotekoisesta ravitsemuksesta. Palliatiivinen hoitolinjaus on liukuvampi käsite muissa sairauksissa kuin syöpäsairauksissa, eikä joko sairauden etenemistä hidastavan ja oikeinmukaisen hoitolinjan välillä ole niin selkeä. (Saarto ym. 2015, 11–13.)

3.4.5 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään, kun siirrytään palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon. Tämä tapahtuu usein hoidon loppuvaiheessa. (Valvira 2015.) Saattohoitopäätös on tehtävä potilaslain (785/1992) mukaan yhdessä potilaan kanssa, mutta mikäli potilas ei pysty itse päättämään hoidostaan, keskustellaan asiasta hänen lähiomaistensa, muiden läheisten tai laillisen edustajan kanssa. (Lääkärin etiikka 2013, 157.) Saattohoitopäätökseen kirjataan saattohoidon sisältö ja potilaan omat toiveet. Saattohoitopäätös sisältää myös päätöksen pidättäytyä elvytyksestä (DNR-päätös), mutta se voidaan kirjata myös erikseen. Saattohoitopäätös merkitään potilasasiakirjoihin, eli hoitosuunnitelmaan. Päätökseen kirjataan päätöksen tekijät, lääketieteelliset perusteet saattohoidolle, asiasta käyty keskustelu potilaan ja/tai omaisten kanssa sekä heidän kannanottonsa päätökseen. (Valvira 2015.)

Saattohoitopäätöksen tulisi olla oikeus jokaiselle kuolevalle potilaalle diagnoosista riippumatta, äkillisiä kuolemia lukuun ottamatta. Se auttaa potilasta ja erityisesti hänen omaisiaan sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätöksen puute voi johtaa siihen, että hoitoa jatketaan sairauteen keskittyvänä, vaikka kuolema olisi odotettavissa ja lähellä. Jos näin käy, potilas ei ehdi hyötyä saattohoidosta ja omaisille jää kuva siitä, että kuolema oli odottamaton, mikä

usein vaikeuttaa heidän surutyötään. Saattohoitopäätös ilmaisee sen, että potilaan kuolema on odotettavissa ja lähellä. Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen. (Saarto ym. 2015, 14.)

3.4.6 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelma on suositeltu laadittavaksi oman hoitavan lääkärin ja omaisten kanssa hyvissä ajoin, jolloin potilas on itse kykenevä ilmaisemaan tahtonsa ja toiveensa hoidon suunnittelussa. Hoitosuunnitelmaan sisältyy keskustelut ja kirjaukset potilaan sen hetkisestä sairauden vaiheesta ja potilaan toivomus siitä, miten hän toivoo itseään hoidettavan sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Potilas voi myös tehdä joko kirjallisen ja suullisen hoitotahdon, millä on suuri merkitys hoidonlinjauksissa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypähoito-suositus 2018.) Hoitosuunnitelmaa on hyvä päivittää sairauden edetessä (Valvira 2015).

Koska saattohoidossa on myös paljon muitakin kuin syöpää sairastavia potilaita, voidaan potilaalle tehdä pitkälle edenneen sairauden hoitosuunnitelma, missä huomioidaan myös palliativisen hoidon tarpeet. Pitkälle edenneen sairauden hoitosuunnitelma on parantumatonta sairautta sairastavan potilaan keskustelujen, tulevaisuuden suunnitelmien ja päätösten teon kokonaisuus. Hoitosuunnitelma sisältää hoitolinjauksia sairauden pahenemisvaiheiden tai etenemisen varalta, keskustelut sairauden ennusteesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista. Suunnitelmaan on kirjattu myös potilaan toiveet sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Tavoitteena on tehdä hoitosuunnitelma sairauden rauhallisessa vaiheessa, kun potilas vielä kykenee ottamaan kantaa asioihinsa ja esittämään toiveensa. Keskustelut käydään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan suostumuksella myös hänen omaisilleen suositellaan osallistumista hoitosuunnitelman tekoon. Sovitut päätökset ja toiveet tulee kirjata sairauskertomukseen ja huolehtia siitä, että tiedot välittyvät kaikille hoitoon osallistuville henkilöille. (Saarto ym. 2015, 13–14.)

3.4.7 Kuolevan potilaan tukeminen

Kuolevan potilaan hoidossa ja tukemisessa on tärkeää kohdata ihminen yksilönä, sekä tarjota hänelle että hänen omaisilleen tukea, jota he kokevat tarvitsevansa. Tuen on hyvä olla sellaista, mitä potilas ja hänen omaisensa toivovat. (Freeman 2015, 10.) Kuoleman lähestyessä ajatukset liikkuvat monien vaikeiden kysymysten ja pohdintojen parissa, jotka liittyvät kuolevan potilaan elettyyn elämään. Potilaiden pohdinnoissa on kuitenkin jossain määrin samankaltaisuutta, esimerkiksi potilas voi pohtia oman roolinsa onnistuneisuutta perheessä tai perheen pärjäämistä hänen kuolemansa jälkeen. Kuolevan persoonallisuus, ikä ja elämäntilanne määrittävät pitkälti sen, mitkä asiat koetaan tärkeimpinä, ja mitä asioita pohditaan eniten. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59–60.)

Potilaita yhdistävä tekijä tuen valitsemisessa on keksiä keinoja vuorovaikutuksen onnistumiseen, eliminoida kärsimystä sekä osoittaa kunnioitusta ja tukea (Freeman 2015, 19). Avoimen vuorovaikutuksen ja empaattisen viestinnän avulla sairaanhoitajat auttavat kuolevaa ja hänen omaisiaan keskustelemaan kuolemasta ja ymmärtämään sitä. Sekä kuoleva että hoitohenkilökunta tuovat hoitosuhteeseen osan itsestään kertomalla omista arvoista, peloista ja suhtautumisesta kuolemaan. (Dobrina, Tenze & Palese 2015, 79.)

Onnistunut vuorovaikutus ja hyvät kommunikointikyvyt eivät lisää potilaan tai hänen omaisiensa ahdistusta, vaan päinvastoin hoitotyytyväisyyttä ja auttavat omaisia selviytymään paremmin. Potilaalta on tärkeä kysyä mahdollisista peloista, koska potilas harvoin itse ottaa asiaa oma-aloitteisesti esille. Kysymykset voivat koskea vaikeita oireita tai kuolinhetkeä. Potilaan kokemaa pelkoa voidaan lievittää kertomalla potilaalle kuolinhetkestä, hoidosta ja oikaisemalla mahdollisia väärinkäsityksiä. (Lehto ym. 2019, 335–342.)

Jokainen kuoleman kokemus on yksilöllinen, ja siinä tulisi noudattaa kuolevan tarpeita ja haluja. Kuolevan potilaan toiveita on tärkeä noudattaa, vaikka ne tuntuisivatkin hoitohenkilökunnasta oudoilta. (Freeman 2015, 19–20.) Potilaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita, ja näin ollen heitä on pidettävä tärkeimpänä päätöksentekijänä keskeisessä hoidossa. Aito läsnäolo on hoidon kannalta tärkeää, ja se edellyttää hoitohenkilökunnalta halua olla läsnä ja kykyä keskittyä potilaaseen sen hetken ajan, kun häntä hoitaa. (Dobrina ym. 2015, 79.)

3.4.8 Omaisten tukeminen

On tärkeää, että kuolevan potilaan omaiset saadaan tuntemaan itsensä tärkeiksi, arvostetuiksi ja kunnioitetuiksi. Kaikki omaiset eivät välttämättä halua tietoa potilaan kuolemisenestä yöllä, tai olla läsnä, kun heille tärkeä henkilö tekee kuolemaa. Hoitajan näkökulmasta katsottuna tämä voi vaikuttaa oudolta, eikä sitä välttämättä ymmärretä. Päätöksen takana kuitenkin saattaa olla, että omaisen voi kokea tilanteen itselleen liian vaikeaksi tai hän haluaa muistaa kuolevan sellaisena, kun hän oli eläessään. Kuoleman lähestyessä potilasta, on tärkeää muistaa, että hoitaja välittää omaisille olemuksellaan ja teoillaan viestin, että kaikki mahdollinen tuki ja hoito on potilaalle annettu kuoleman lähestyessä. (Freeman 2015, 19–20.) Omaisten tuskaa ja ahdistusta ei pidä aliarvioida, vaan kunnioittaa. (Myllymäki 2019, 789).

Hoitohenkilökunnan rooli saattohoidossa on niin potilaiden kuin omaistenkin kannalta merkittävä. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle avoimesti ennusteet, ollen realistinen potilasta ja omaisia kohtaan. Tällöin potilaat ja omaiset pääsevät välittömästi käsittelemään tilannetta ja mahdollisesti valmistautumaan tulevaan suruprosessiin. (Dobrina ym. 2015, 70.) Kuolevan potilaan hoidossa tärkeää eivät ole kliiniset taidot, vaan hoitajan inhimilliset taidot kuten koskettaminen, pehmeällä äänellä puhuminen, läsnäolo ja empatia (Freeman 2015, 21–24).

Potilasta ja hänen omaisiaan kannattaa rohkaista keskustelemaan lähestyvistä kuolemasta, mikäli asiasta ei ole puhuttu. Joskus tilanteeseen on vaikea löytää oikeita sanoja tai asiasta keskusteleminen on koettu hankalaksi, jonka takia aihe on sivuutettu kokonaan. Tässä kohtaa ammattilainen voi ottaa tehtäväkseen kannustaa tilanteesta puhumiseen. Mahdollista on, ettei perheen kulttuurin takia kuolemasta sovi puhua. (Mattila 2018, 834.)

3.5 Saattohoitopotilaan oireet ja niiden hoito

Tavallisimpia saattohoitopotilaan oireita ovat kipu, hengitystieoireet sekä maha- ja suolisto-oireet. Kuivuminen, ruokahaluttomuus, uupumus, äkillinen sekavuustila sekä psyykkiset oireet ovat saattohoidossa yleisiä. Loppuvaiheen hoidossa

on myös tärkeää huomioida hoidon fyysinen, psyykinen, sosiaalinen kuin hengellinenkin osa-alue. Oireita helpottava lääkehoito on myös tärkeä osa saattohoitoa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3.5.1 Psyykkiset oireet

Kuoleman lähestyessä potilas voi kokea ahdistus- ja masennusoireita. Lääkkeettömällä eli psykososiaalisilla vaihtoehdoilla voidaan hoitaa potilaan ahdistus- ja masennusoireita. Mikäli potilaan elinajan ennuste on viikkoja tai enemmän, voidaan masennuksen psykososiaalisen hoitomuodon rinnalle ottaa masennuslääke. Ahdistuneisuusoireisiin voidaan myös aloittaa lääkkeellinen hoitomuoto, esimerkiksi bentsodiatsepaamista voi olla apua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Kärsimyksen tunne alkaa potilaalla siitä, kun kuoleman lähestyessä hän alkaa tiedostaa sen, että elämästä on luovuttava. Tällä tarkoitetaan eksistentiaalista kärsimystä, jonka jokainen ihminen kokee oman kuolemansa lähestyessä. Kärsimys ilmenee yksilöllisesti jokaisen ihmisen kohdalla. Eksistentiaaliseen kärsimyksen kokemiseen vaikuttaa pitkälti se, miten on saanut prosessoitua asiaa, kuinka paljon aikaa on jäljellä ja miten ihminen on valmistautunut kohtaamaan ahdistavia asioita ja puhumaan niistä omaisten kanssa. Kuoleman lähestyessä luopuminen on väistämätöntä ja aiheuttaa sekä kuolevalle että hänen omaisilleen kärsimystä. Luopumisen tuskaa ei helpota se, että kuolemaa nopeutettaisiin, vaan se helpottuu ajan kanssa. (Mattila 2017, 917–918.)

Lohduttaminen, tukeminen ja vierellä pysyminen on tärkeitä keinoja, jolla saattohoidossa olevaa potilasta ja hänen omaisiaan tuetaan. Lääkehoito on psykososiaalisen hoidon lisäksi tärkeä, mutta hoidossa tulee ottaa huomioon ihmisen kokonaisvaltaisuus, mikä kattaa fyysisen puolen lisäksi myös psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen puolen. Ihminen on kokonaisuus, joka muodostuu kaikista näistä asioista. Elämässä on tapahtunut iloisia ja surullisia asioita, joista ihminen saattaa haluta keskustella kuoleman lähestyessä. (Mattila 2017, 917–918.)

3.5.2 Hengitystieoireet

Hengenahdistus on epämiellyttävä tunne, joka liittyy hengittämiseen. Se voi olla esimerkiksi lisääntyntä hengitystyötä, ilman loppumisen tunnetta, tukehtumisen tunnetta tai rintakehän kireyden tunnetta. Hengenahdistus on yleinen oire pitkälle edenneissä loppuvaiheen sairauksissa. (Saarto ym. 2015, 92.) Hengenahdistusta voi aiheuttaa esimerkiksi keuhkopussiin kertynyt neste, joka poistetaan dreenin tai punktion avulla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Hengenahdistuksen hoitoon yhdistetään lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito. Lääkehoidossa voidaan käyttää opioideja ja bentsodiatsepiineja. Lääkkeetön hoito on esimerkiksi fysioterapiaa, hengenahdistuksen hallintamenetelmiä ja asentohoitoa. Lisäksi hengenahdistusta voidaan helpottaa kasvoille suunnatun ilmapirran ja happihoidon avulla. (Saarto ym. 2015, 96.)

Lisääntynyt limaneritys, keuhkosairaudet, heikentynyt ilmankuljetus, vaikeus niellä ja sylkeä tai mahansisällön virtaaminen takaisin aiheuttavat yskää. Parhaiten yskää voidaan hoitaa, kun saadaan selville sen aiheuttaja. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Ensisijaisena lääkkeenä käytetään yleensä opioideja, jotka vaimentavat yskänrefleksiä (Saarto ym. 2015, 102). Yskänlääkkeistä ei juurikaan ole hyötyä yskän hoitamisessa, mutta liman eritykseen vähentävästi vaikuttavat lääkkeet ja keittosuolan sisään hengittämällä voi olla limaneritystä helpottavia vaikutuksia. Myös hengitysfysioterapiasta ja siihen kuuluvista apuvälineistä voi olla hyötyä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3.5.3 Suun ja ruoansulatuskanavan oireet

Pahoinvointi, ummetus ja nielemisvaikeudet ovat yleisiä suun ja ruoansulatuskanavan oireita. Pahoinvointia voidaan lievittää pahoinvointilääkkeillä tai pienillä määrillä psyykelääkkeitä. Syöpäpotilaan krooniseen pahoinvointiin ja oksenteiluun auttaa tehokkaasti pahoinvointiin tarkoitettu lääke metoklopramidi. Pahoinvointilääkkeiden yhdistäminen kortisonin kanssa saattaa parantaa lääkkeen vaikutusta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Nielemisvaikeutta saattavat aiheuttaa hermostolliset häiriöt, aliravitsemus, limakalvovauriot, huono yleiskunto tai kasvaimet, jotka sijoittuvat pään, kaulan tai ruokatorven alueelle. Nielemisen helpottamiseksi voidaan ruoasta muokata helpommin nieltävää, kohentaa potilaan asentoa erilaiseksi tai nostaa sängyn päätyä ylemmäksi. Kasvaimien aiheuttamaa nielemisvaikeutta on mahdollista helpottaa esimerkiksi sädehoidon avulla tai asentamalla potilaalle stentti, joka pitää ruokatorven avoimena. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Saarto ym. (2015, 116-119) kuvailevat palliatiivisten potilaiden suun alueen ongelmia yleisiksi. Näitä ovat esimerkiksi kiputilat, toiminnalliset ongelmat ja suun kuivuus. Ne hankaloittavat potilaan arkipäivää ja heikentävät elämisen laatua. Palliatiivisessa hoidossa suunhoidon tavoite on hyvä oireenmukainen hoito, joka lievittää kipuja, rajaa tulehdusta sekä helpottaa ja ylläpitää suun toimintoja. Potilasta autetaan suuhygienian ylläpitämisessä ja tarvittaessa diagnosoidaan ja hoidetaan suun alueella esiintyviä ongelmia. Suun kuivumiseen saadaan apua esimerkiksi runsaalla juomisella, ksylitolipurukumin- tai pastillien käytöllä, suun kostutukseen tarkoitetuilla suusuihkeilla ja -geeleillä sekä öljyllä. Lisäksi oloa voi helpottaa myös jääpaloja tai -murskaa imeskelemällä. Jatkuva ja huolellinen suun kostuttaminen on tärkeää saattohoitovaiheessa, koska se parantaa potilaan elämänlaatua.

Ummetus on myös yksi yleinen ruoansulatuksellinen oire saattohoidossa. Kun ihmisen ulostuskerrat vähenevät alle 3 kertaan viikossa, ulostaminen vaatii ponnistelua tai uloste on kovaa, puhutaan ummetuksesta. Ummetusta voidaan hoitaa erilaisilla ulostamisen helpottamiseen tarkoitetuilla lääkkeillä. Pehmittävillä laksatiiviummetuslääkkeillä voidaan helpottaa kroonista ummetusta. Tämän lääkkeen rinnalla voidaan käyttää suolen supistustoimintaa lisäävää laksatiivia. Opioidien käytöstä johtuvaa ummetusta voidaan helpottaa käyttämällä opioidien vastavaikuttajaa, sillä ne kumoavat suolen toiminnan lamaantumista aiheuttavaa oiretta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3.5.4 Kipu

Vaikeaa kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan pelätyin oire on kipu. Kipua arvioitaessa on otettava huomioon myös muut oireet, koska kivun taustalla voi olla myös sairauden aiheuttamaa masennusta, ahdistusta tai kuolemanpelkoa.

Tällöin on mahdollista, että tilannetta saatetaan hoitaa kipulääkkeillä, vaikka tilanne edellyttäisi pikemminkin potilaaseen tutustumista ja keskustelua hänen kanssaan. (Saarto ym. 2015, 45.)

Kipu voidaan jaotella nosiseptiiviseen eli kudonvauriokipuun, hermovauriosta johtuvaan kipuun sekä idiopaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu jaotellaan somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattinen kipu johtuu kudonvaurion aiheuttamasta ihon, luuston ja lihaksiston nosiseptoreiden aktivaatiosta. Tyypillisiä ovat esimerkiksi niveltulehduskivut, nivelrikko ja osteoporoosi. Viskeraalinen kipu johtuu sisäelinten ja niitä ympäröivien kalvojen nosiseptoreiden aktivaatiosta. Neuropaattinen kipu johtuu vauriosta tai sairaudesta somatosensorisessa radastossa, ja se voi olla joko ääreis- tai keskushermostossa tai molemmissa. Neuropaattisia kipuja ilmenee esimerkiksi diabeteksessa, hermovammoissa ja neurologisissa sairauksissa. Idiopaattinen kipu on pitkäaikaista kipua, jonka taustalta ei ole voitu osoittaa kudon- tai hermovauriota. On olemassa myös sekatyypistä kipua, jossa on mukana sekä kudon- että hermovauriokipua. (Saarto ym. 2015, 47–48.)

Kivun arviointi tehdään potilaan ensitapaamisella ja aina uudelleen kivun voimistuessa tai sen muuttaessa luonnettaan. Kivun sanallinen kuvaaminen voi olla potilaalle vaikeaa. Kivun arvioinnin mittari voidaan valita yhdessä potilaan kanssa. Yleisimpiä mittareita ovat VAS eli kipujana, NRS 0–10 numeraalinen asteikko ja VRS eli sanallinen asteikko. Jos potilas ei pysty ilmaisemaan itseään, kipua arvioidaan havainnoimalla hänen käyttäytymistään. Kipua arvioidaan aina sekä potilaan liikkeessa että levossa. Kipua arvioidaan aina ennen lääkkeenottoa ja seurataan vastetta, arvioiden samanaikaisesti mahdollisia haittavaikutuksia. (Saarto ym. 2015, 51–52.)

Potilaan kokemaa kipua tulee arvioida säännöllisesti, kirjaten tuloksia ylös. Kivunlievitykseksi valitaan potilaalle yksilöllisesti lääke hänen kokemansa kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan. Pitkäaikaista kipua hoidetaan säännöllisesti lääkkeillä. Lääkkeellisen hoidon lisäksi tulee käyttää myös lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Lääkkeettömiä vaihtoehtoja ovat asento- ja liikehoidot, rentoutus ja muut vastaavat lääkkeettömät kivunhallintakeinot. Syöpäkipun hoitoon tehokkaimpia lääkkeitä ovat opioidit, joita voidaan ottaa joko suun kautta nestemäisenä, tabletteina tai laittaa kipukalvo. Opioideja voidaan antaa myös pistoksena ihon alle tai

suoneen, mikäli nieleminen on vaikeaa. Tulehduskipulääkkeen yhdistäminen opioidiin saattaa parantaa kivunlievityksen tehoa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Syöpäpotilaiden kokemalla läpilyöntikipulla tarkoitetaan kipua, joka ylittää hetkelisesti hoidolla lievitetyn kivun voimakkuuden. Läpilyöntikipua hoidetaan nopeavaikutteisen opioidin lisäännoksella. Hermosäryn hoitamiseen taas käytetään masennus- ja epilepsialääkkeitä. Syöpäpotilailla sädehoitoa voidaan hyödyntää kipua lievittävänä hoitomuotona palliatiivisessa hoidossa. Sädehoidolla lievitetään luustopesäkkeiden aiheuttamaa kipua tehokkaasti ja se voidaan uusien tarvittaessa. Sädehoito kivunhoitona tehoaa noin 80 % potilaista. Sädehoitoa voidaan antaa myös tarvittaessa muihinkin kivuliaisiin pesäkkeisiin, kuten keuhkoissa, imusolmukkeissa tai iholla sijaitseviin pesäkkeisiin. Suussa tuntuva kipua voidaan hoitaa jääpaloilla, kylmillä juomilla ja morfiinisuuvedellä. Suun limakalvolle voidaan myös sivellä puudutusgeeliä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Vaikka aiemmissa kappaleissa on käsitelty syöpäkipun hoitoa, saattohoidossa voidaan soveltaa samoja periaatteita ja lääkkeitä kuin edellä mainitussa. Tutkimusnäyttöä on käytettävissä ainoastaan syövästä johtuvan kivun hoidosta palliatiivisilla tai saattohoitopotilailla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3.5.5 Askites

Askites tarkoittaa nesteen kertymistä vatsaonteloon. Se voi johtua esimerkiksi maksan toiminnan häiriintymisestä tai syövän leviämisestä vatsaonteloon. Oireita ovat vatsan kasvaminen, täyttymisen tunne, vatsan pinkeys ja kivuliaisuus, närstys, pahoinvointi ja oksentelu, suolen vetovaikeudet, ruokahaluttomuus ja hengenahdistus. Askitesnesteen poistaminen on ensisijainen hoito. Se tehdään joko kertapunktiolla tai jos nestettä on runsaasti ja sitä muodostuu nopeasti, potilaalle voidaan laittaa askitesdreeni. (Saarto ym. 2015, 148–149.) Myös diureettihoitoa käytetään joissakin tilanteissa, esimerkiksi jos askites johtuu maksakirroosin tai metastaasien aiheuttamasta porttilaskimon korkeasta verenpaineesta (Hänninen & Rahko 2013, 129).

3.5.6 Väsymys, kuivuminen ja ruokahaluttomuus

Väsymys on yleinen oire sairauksien loppuvaiheessa. Se ei ole normaalin rasituksen jälkeistä raukeuden tunnetta, vaan potilas saattaa kokea sen ahdistavana ja masentavana. Oireesta käytetään myös nimeä väsymysoireyhtymä, mikä tarkoittaa subjektiivista väsymyksen, heikkouden ja voimattomuuden tunnetta, johon liittyvät myös lihasten nopea väsyminen ja heikentynyt kyky älyllisiin ponnistuksiin. Lisäksi mukana on usein myös jonkinasteista apaattisuutta. Oireina ilmenevät yleensä vähentynyt energiantarve, yleinen väsymyksen tunne, tarve hidastaa normaalia tahtia ja lisääntynyt levon ja unen tarve. Jos oireen taustalla on korjattavissa oleva syy, esimerkiksi kipu, infektio tai anemia tulee, aiheuttaja mahdollisuuksien mukaan hoitaa. Väsymys johtuu kuitenkin usein useammasta eri syystä, jolloin yhden vaikuttavan tekijän korjaamisella harvoin saadaan merkittäviä parannuksia. (Saarto ym. 2015, 156–157.)

Kuivuminen tarkoittaa elimistön nestehukkaan liittyvää monimuotoista tilaa. Ajoittainen kuivuminen on yleistä palliatiivisilla potilailla. Ensisijainen oire kuivumisessa on virtsantulon väheneminen ja loppuminen. Toissijainen oire on jano. Nestettä annetaan ensisijaisesti suun kautta. Saattohoitovaiheessa nestehoitoon suhtautuminen voi olla ongelmallista, jos nesteytys ei suun kautta onnistu. Nestehoitoon liittyy paljon eettisiä kysymyksiä ja ristiriitoja potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä esimerkiksi nestehoidon hyödyllisyydestä saattohoidossa. (Saarto ym. 2015, 159–161.) Omaisilla saattaa olla käsitys, että heidän omaisensa kuolee ravinnon tai nesteen puutteeseen. Omaisten kanssa tulisi keskustella asiasta ja kertoa, että pitkälle edenneessä sairaudessa kuolema ei johdu ravinnon tai nesteen puutteesta vaan sairaudesta itsestään. (Pöyhiä 2012, 458.)

Liialliseen nesteytykseen voi liittyä turvotusten, askiteksen ja pleuranesteen lisääntyminen. Samalla virtsaneritys, kastelu ja katetroinnin tarve voivat lisääntyä ja näin potilaan vointi ei lievitykään vaan pahenee. Potilaalle ja omaisille tulisi selvittää parenteraaliseen nesteytykseen liittyvät riskit ja sen epäselvä vaikutus potilaan vointiin. Jos potilas ja omaiset vaativat parenteraalista nestehoitoa, tulisi selvittää, miksi se koetaan tarpeelliseksi. Jos vasta-aiheisuutta nesteytykselle ei ole, voidaan sitä kokeilla 2–3 vuorokautta. Yhdessä potilaan ja omaisten kanssa

keskustellaan tavoitteista, jotka ovat oireiden lievittyminen ja elämänlaadun paraneminen. Elleivät potilaan oireet lieydy tai jos ne pahenevat, nestehoito lopetetaan. (Saarto ym. 2015, 161.)

Ruokahaluttomuuden syitä ovat esimerkiksi närästys, maun muutokset, pahoinvointi ja oksentelu, kuiva tai kipeä suu, kipu, mahasuolikanavan tukos, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus. Myös jotkut lääkkeet aiheuttavat ruokahaluttomuutta. Jos potilaalle kertyy esimerkiksi askitesnestettä vatsaonteloon, hän kokee ruokaillessaan varhaisen täyttymisen tunteen, jolloin pieni ruokamäärä aiheuttaa täyden olon ja ruokahaluttomuuden. Myös ruoan imeytymättömyys heikentää ruokahalua. (Saarto ym. 2015, 165.)

Usein kuolevan potilaan huono ruokahalu ja vähäinen syöminen huolestuttavat omaisia enemmän kuin potilasta itseään. Omaisilla saattaa olla käsitys, että huono ruokahalu ja vähäinen ravinnonsaanti ovat syynä potilaan heikentyneeseen vointiin ja kun ravitsemusta korjataan, oletetaan potilaan yleistilan kohenevan. Virheelliset käsitykset ravitsemuksesta tulisi korjata ja huomion keskipiste ruokahaluttomuudesta kääntää muihin elämänlaatua lisääviin asioihin. Ruokahalua voidaan yrittää parantaa esimerkiksi tarjoamalla mielekkäitä ruokia ruokahalua herättävällä tavalla ja pienempinä annoksina useammin päivässä. Kylmät, miedosti tuoksuvat ruoat saattavat maistua paremmin kuin lämpimät. Jos ruokahaluttomuus häiritsee potilasta, voidaan ruokahalun stimuloitikeinona kokeilla lääkehoitoa. Eniten tutkimusnäyttöä on kortikosteroideista ja synteettisistä progestiineista ruokahalun lisääjänä, joskin saattohoitovaiheen osalta ei ole tehty tutkimuksia. (Saarto ym. 2015, 165–166.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö on yleensä työelämän kehittämistyö, jonka tavoitteena on toiminnan kehittäminen, ohjeistaminen, järjestäminen tai järjeistäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena on aina jokin konkreettinen tuotos. Se voi olla esimerkiksi ohje, perehdytysopas, tapahtuman toteuttaminen, kirja, portfolio, näyttely tai koulutus. Toiminnallinen opinnäytetyö on selkeästi kaksiosainen. Se sisältää toiminnallisen osuuden eli produktin ja raportin, joka sisältää dokumentoinnin ja arvioinnin. Toiminnalliselle opinnäytetyölle tyypillistä on sen prosessimuotoinen eteneminen. Toteutusprosessi alkaa aiheen valinnalla ja rajaamisella, mitä seuraavat työn dokumentointi ja raportointi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tekeminen ja dokumentointi kulkevat rinnakkain. Lopullinen raportti perustuu prosessin aikana tehtyihin muistiinpanoihin ja tutkimuspäiväkirjaan. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti eroaa rakenteeltaan tutkimustyön raportista. Toiminnallisessa työssä pääpaino on tekoprosessin kuvauksessa. (Pohjanoro & Taira 2007, 15–26.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen tulee perustua tutkimustietoon, ammatti-teoriaan ja työn tuntemukseen. Näitä yhdistelemällä pystytään kehittämään käytännön työtä työelämässä. On tärkeää, että aihe on sellainen, joka kiinnostaa tekijää ja motivoi häntä. Näin tekijän on mahdollisuus syventää asiantuntemustaan. Työn tekijöiden tulisi miettiä myös kohderyhmää ja sitä, minkälaista huomionarvoa siitä heille on. Toimeksiantajan näkökulmasta aiheen tulisi olla ajankohtainen ja tulevaisuuteen suuntaava. Toiminnalliselle opinnäytetyölle on asetettu tavoitteita, joita ovat esimerkiksi johdonmukaisuus, selkeys, tuotoksen informatiivisuus ja sopivuus sekä käytettävyys kohderyhmässä. (Tolvanen 2009, 9.)

4.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantajan puolelta. Kolmostie Terveys Oy toivoi osastolle toimivaa saattohoidon toimintamallia, jotta saattohoidossa toteutettavat käytännöt tulisivat yhtenäisimmiksi. Aihe on mielenkiintoinen ja ajankohtainen ja se herättää myös paljon keskustelua. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin työelä-

mäpalaverilla lokakuussa 2018. Tämän jälkeen tiedonhaku aloitettiin tutkimustiedon etsinnällä. Tiedonhakuun käytettiin erilaisia suomalaisia ja kansainvälisiä tietokantoja, esimerkiksi Medic, Cinahl ja Terveysportti. Tietokannoissa käytettiin erilaisia hakulauseita, joita muodostettiin keskeisimmistä käsitteistä.

Esimerkkejä hakulauseista:

- 1.hakulause: (palliative care AND patient care AND model)
- 2.hakulause: (palliative care OR end of life care AND dying patient OR end of life AND symptom management)

Tiedonhakua rajattiin niin kielen osalta englannin- ja suomenkieleen. Opinnäytetyöhön hyväksyttiin vanhimmillaan noin 10 vuotta vanhoja julkaisuja, ja lähteestä täytyi löytyä koko teksti. Poikkeuksena jouduttiin käyttämään kolmea vanhempaa lähdettä, koska tietoa toimintamalliin ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön löytyi niukasti. Myös kuolevan potilaan hoitotyön käsittelyssä käytettiin vanhempaa lähdettä. Lähteessä oli kerrottu selkeästi kuoleman lähestymisestä ja tieto on sovellettavissa vielä nykypäivänäkin. Opinnäytetyöhön käytettiin kansainvälisiä ja suomalaisia artikkeleita, hoitosuosituksia ja kirjoja. Kun tutkittua tietoa oli löytynyt riittävästi, laadittiin tutkimussuunnitelma. Tämän jälkeen aloitettiin tutkimusluvan hankkiminen. Tutkimuslupa ja tutkimussuunnitelma lähetettiin työn toimeksiantajalle tammikuussa 2019. Tutkimuslupa saatiin helmikuussa 2019.

Toimintamallin ensimmäinen versio annettiin työelämätahon tarkasteltavaksi tammikuussa 2019. Siihen koottiin keskeisimpiä asioita saattohoidosta. Työelämätahon mielestä toimintamallissa olivat kaikki elementit, joita siihen haluttiin. Tämän jälkeen toimintamallin työstäminen alkoi. Työelämätaholla oli toive, että malli olisi tyylillisesti samanlainen, kuin jo olemassa toisen osa-alueen (mielenterveys- ja päihdeasiakkaan) toimintamalli. Haastetta toimintamallin tekemiseen aiheutti se, miten kaikki haluttu tieto saataisiin mahtumaan toimintamallin ajateltuun pohjaan, joka oli kooltaan A4-arkki. Toimintamalliin lisättiin vielä toimintaa ohjaavat arvot, hoitoa toteuttavan moniammatillisen tiimin, potilaan toiveiden huomioimisen ja potilaan kuoleman jälkeen huomioitavat asiat. Toinen versio toimintamallista annettiin työelämätaholle maaliskuussa 2019. Toimeksiantaja koki, että toimintamalli oli toiveiden mukainen. Toimintamalliin tulevia värejä muutettiin

työelämätahon toiveiden mukaisiksi. Toimintamallin tekeminen tuntui suhteellisen yksinkertaiselta. Tähän vaikutti työelämätahon selkeät ohjeistukset ja toiveet. Teorian läpikäynti syvensi asiantuntemusta ja auttoi löytämään toimintamallin laatimisen pääkohdat.

Opinnäytetyö esiteltiin työelämätaholle elokuussa 2019. Paikalla olivat yksikön palveluvastaava, osaston lääkäri ja hoitotyöntekijöitä. Toimintamalli oli heidän mielestään selkeä ja johdonmukainen. Aihe herätti paljon keskustelua ja toimintamalli koettiin tarpeelliseksi. Toimintamalli otetaan käyttöön syksyn 2019 aikana.

4.2 Tuotoksen kuvaus

Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin toimintamalli saattohoidon toteuttamiseen Kolmostien Terveys Oy:n terveyskeskussairaalan osastolle. Toimintamalli tuli hoitotyöntekijöiden työkaluksi. Toimintamalli sekä opinnäytetyön raportti löytyvät terveyskeskussairaalan osastolta sekä paperisena että pdf tiedostona. Toimintamalliin kerättiin keskeisimpiä asioita, joita tulisi huomioida saattohoitoon tulevan potilaan hoitamisessa. Näitä asioita olivat hoitoneuvottelu, saattohoitopäätös, hoitolinjauksien tekeminen, hoitotahto, hoitosuunnitelma, potilaan oireenmukainen hoito, potilaan tukeminen ja omaisten tukeminen. Potilasta hoitaa moniammatillinen ryhmä, johon kuuluvat lääkäri, sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Toimintaa ohjaavat asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys. Toimintamallin värimaailma on violetti, väri oli työelämätahon toive, heidän mielestään värin pitää olla hillitty ja rauhallinen. Toimintamalli on opinnäytetyön liitteenä. (Liite1.)

Osastolla on jo käytössään toimintamalli mielenterveyspotilaiden hoidosta. Saattohoidon toimintamalli laadittiin pitkälti jo olemassa olevan toimintamallin mukaan, jotta ne olisivat yhtenäisiä.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda yhtenäiset ja selkeät ohjeet saattohoidon toteuttamiseen Kolmostien Terveys Oy:n terveyskeskussairaalan osastolle. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena teimme toimintamallin henkilökunnan työkaluksi saattohoidon toteuttamiseen ja kehittämiseen osastolla. Tärkeää hyvän saattohoidon onnistumisessa on se, että jokaisella sitä toteuttavalla ammattilaisella olisi yhdenmukaiset ja selkeät ohjeet, miten saattohoitoprosessia lähdetään viemään eteenpäin. Näin mikään osa-alue ei jää vähemmälle huomiolle tai puuttumaan, kun on olemassa malli, jonka mukaan edetään.

Saattohoito on edelleen yksi eniten keskustelua herättävistä hoitotyön osa-alueista hoitotyössä, niin hyvässä kuin pahassakin. Aiheeseen liittyy lukuisia eriäviä mielipiteitä siitä, millainen saattohoidon taso on Suomessa. Näkökulmia löytyy niin hoitohenkilökunnan, potilaiden ja potilaiden omaisten puolelta. Yksityiset henkilöt kirjoittavat mediaan artikkeleita tai mielipidekirjoituksia hyvän saattohoidon epäkohdista, joita ovat mm. kiireiset ja ylikuormitetut hoitajat, vaihtuvat lääkärit ja useamman potilaan huoneet (Myllymäki 2019, 789). Saattohoidon onnistumisen arvioinnissa voidaan ottaa huomioon useita asioita aiemmin mainituista näkökulmista. Ammattilaiset tarvitsevat taitojensa tueksi näyttöön perustuvaa tietoa, käytännön esimerkkejä ja osaavaa henkilökuntaa toteuttamaan saattohoitoa. Potilaan ja omaisen näkökulmasta kivunhoito, vuorovaikutuksen onnistuminen ja tunne siitä, että hoidetaan yksilöllisesti ja toiveita noudattaen ovat tärkeitä.

Mielestämme saattohoitopäätös tulisikin tehdä potilaalle ajoissa, jotta hän ehtisi hyötyä siitä. Hoitosuunnitelma tulisi laatia ajoissa, jolloin potilas pystyisi itse vielä vaikuttamaan siihen, hoito olisi oikea-aikaista ja potilaan toiveita olisi mahdollista toteuttaa. Se antaisi myös potilaalle ja omaisille aikaa sopeutua tilanteeseen ja mahdollisesti myös aikaa kuoleman hyväksymiseen. Näin ollen potilas ja omaiset ehtisivät käydä läpi mahdollisesti käsittelemättä jääneitä asioita ja jättää hyvästit kaikessa rauhassa.

Opinnäytetyön aihe valittiin osittain sen vuoksi, että toisen opinnäytetyön tekijän työpaikalta terveyskeskussairaalaan puuttui saattohoitoon liittyvä selkeä toimintamalli hoitohenkilökunnalle, ja sellaisen tekeminen koettiin tarpeellisena. Toinen

painava syy aiheen valitsemiselle oli aiheen mielenkiintoisuus ja se, että saattohoito on tärkeä osa-alue hoitotyössä. Opinnäytetyön avulla haluttiin myös kehittyä ammatillisesti, syventää tietoisuutta saattohoidosta ja oppia toteuttamaan sitä mahdollisimman hyvin.

Toimintamallista pyrittiin tekemään mahdollisimman toimiva ja selkeä, jotta se olisi helppo ottaa käyttöön hoitotyössä. Toimintamallin tarkoituksena oli helpottaa hahmottamaan saattohoitoon liittyviä asioita. Tehdystä toimintamallista on helppo selvittää, minkälainen prosessi saattohoito on kokonaisuudessaan potilaan saapumisesta osastolle aina siihen asti, kun potilas kuolee. Kirjallisessa osuudessa tuotiin esille erilaisia oireita ja niiden helpottamiseen vaikuttavia asioita. Osuudessa pyrittiin nostamaan esille myös potilaan ja omaisten tukemista, koska se on tärkeä hyvän hoitotyön osa. Potilaan ja omaisten kohtaaminen voi joskus olla vaikeaa hoitotyöntekijöille etenkin, jos kokemusta kuolevan potilaan hoitamisesta ei ole. Kirjallisesta osuudesta on hyötyä kuolevan potilaan hoitamiseen valmistautuville.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielekästä, sillä se on aiheena mielenkiintoinen ja opettavainen. Kumpikin meistä pyrkii toteuttamaan kokonaisvaltaisesti hoitoa, mihin kuuluu myös saattohoito. Tiedon etsiminen on ollut osittain haastavaa, koska kaikilla hakusanoilla ei löytynyt luotettavaa tietoa. Hakusanojen vaihtaminen ja synonyymien käyttäminen kuitenkin lopulta helpotti tiedonhakuja.

Prosessina koko opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa, mutta myös haastavaa. Aluksi oli vaikeuksia päästä opinnäytetyön tekemisen alkuun, koska oli hankalaa miettiä mistä opinnäytetyön prosessi aloitetaan. Tämä asia selkiytyi työelämäpalaverissa. Tutkittua tietoa etsiessä asiasta, aihe vei mukanaan ja kirjoittaminen kävi helpommaksi. Tutkittua tietoa löytyi hyvin, ja teoriaosuus opinnäytetyöhön saatiin valittua lähteiden suuresta määrästä huolimatta suhteellisen nopeasti. Toimintamallin tekeminen oli helppoa, koska perehdyimme aiheeseen kirjallista osiota tehdessämme. Poimimme keskeisimmät saattohoitoprosessiin liittyvät asiat toimintamalliin. Toimintamalli tehtiin työelämätahon toiveiden ja jo valmiina olevien vastaavanlaisten toimintamallien mukaisesti.

Opinnäytetyö ja toimintamalli esiteltiin työelämätaholle elokuussa 2019. Aihe herätti paljon keskustelua saattohoidosta kokonaisuudessaan. Toimintamalli koettiin tarpeelliseksi ja otetaan käyttöön syksyllä 2019.

Opinnäytetyö yhdenmukaistaa käytäntöjä, antaa tietoa ja keinoja henkilökunnalle hyvän saattohoidon toteuttamiseen.

5.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön eettisyys perustuu hyvään tieteelliseen käytäntöön, johon kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioimisessa. Työhön tuleva teorian tieto perustuu luotettaviin lähteisiin. Lähdeviittaukset tehdään asianmukaisesti, jolloin kunnioitetaan lähteiden kirjoittajia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeista sai hyvin tietoa tutkimuseetiikasta. Ammattikorkeakoulut ovat Suomessa sitoutuneet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisiä ohjeita. Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeet on koottu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan sivuilta. Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeissa on lisäksi, että opinnäytetyön eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että se on tehty hyvän käytännön edellyttämällä tavalla. Jokainen tekijä vastaa itse edellä mainittujen ohjeiden noudattamisesta käytännön tasolla. (Tampereen ammattikorkeakoulu, 2018.)

Lähteiksi valikoitui pääasiassa näyttöön perustuvaa, tuoretta ja tutkittua tietoa. Jotkin lähteistä olivat kuitenkin enemmän kuin 10 vuotta vanhoja, koska kyseisestä asiasta ei löytynyt tuoreempaa tietoa tai teorian tieto oli vieläkin sovellettavissa käytännön työhön. Käytetyt lähteet ovat suurimmaksi osaksi suomenkielisiä, mutta myös englanninkielisiä käytettiin. Lähteet tukivat aihetta hyvin, jokseenkin rajaamista täytyi hakuvaiheessa käyttää joidenkin lähteiden kohdalla, koska tietoa saattohoidosta löytyy todella paljon ja osassa lähteistä asiaa ei käsitelty oikeasta näkökulmasta. Tutkimukseen valittiin lähteet huolellisen ja kriittisen arvioinnin perusteella. Lähteisiin kiinnitettiin huomiota tutkimalla lähteiden alkuperä ja oliko esimerkiksi kirjoittaja, artikkeli tai www-sivusto luotettava, kuinka luotettavaa ja virheetöntä esitetty tieto oli, oliko aineisto arvioitua, missä aineisto

oli julkaistu ja oliko julkaisun sisältö ajankohtaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56.)

Opinnäytetyötä teki kaksi henkilöä, joka lisäsi työn luotettavuutta. Sitä on tehty yhteistyössä, asioista on keskusteltu reflektoiden ja työhön on tullut eri näkökulmia asioista.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Saattohoidon toimintamallin tekeminen hoitohenkilökunnan työkaluksi tuli työelämätaholle tarpeeseen. Se mahdollisti yhtenäiset ja selkeät käytännöt saattohoidon toteuttamiseen. Toimintamalli on selkeä ja johdonmukainen, siitä löytyvät kaikki huomioon otettavat asiat potilaan saapumisesta osastolle aina kuolemaan asti.

Saattohoidon kehittämistä on jatkettu osastolla toimintamallin valmistumisen jälkeen. Osastolla on työn alla laatia haastattelulomake potilaille, jotka tulevat saattohoitoon osastolle. Lomakkeesta käy ilmi esimerkiksi potilaan lähimmät omaiset, saattohoitopäätös, hoitotahto ja toiveet. Lomakkeesta on tarkoitus tehdä hoitosuunnitelmaan liitettävä. Mutta tämä on vielä suunnittelun asteella.

Jatkotutkimuksen kohteena olisi luontevaa selvittää, kuinka uutta toimintamallia on pystytty hyödyntämään saattohoitotyössä. Tämän lisäksi voitaisiin tutkia, onko toimintamalli helpottanut henkilökunnan saattohoitoprosessin hahmottamista ja yhtenäistänyt käytäntöjä.

LÄHTEET

Asetus kuoleman toteamisesta 9.1.2004/27.

Dobrina, R., Tenze, M. & Palese, A. 2015. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. Luettu 03.04.2015. International Journal of Palliative nursing.

Freeman, B. 2015. Compassionate Person-Centered Care for the Dying. Springer publishing company.

Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge E. (toim.). 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

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

Hakola, O., Kivistö, S. & Mäkinen, V. (toim.) 2014. Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Hänninen, J. 2018. Kuolemme vain kerran. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

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

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 4/2013, 129.

Innokylä. 2019. Mikä on toimintamalli? Luettu 08.05.2019. <https://www.innokyla.fi/kehittaminen/toimintamalli>

Kamppari, J. (toim.) 2014. Saattohoidon arki ja pyhä. Lahti: Esa Print Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 4/2013, 440-445.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 12.12.2018. <http://www.kaypahoito.fi>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva suunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

Lääkärietiikka. 2013. 7.painos. Suomen lääkäriliitto. Lahti: Esa Print Oy.

Mattila, K-P. 2017. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. Potilaan lääkärilehti. Helsinki. Luettu 14.02.2019. Saatavilla internetissä: <http://www.potilaan-laakarilehti.fi/kommentit/hyva-saattohoito-ja-karsimyksen-kohtaaminen/>

Mattila, K-P. 2018. Kuolemaansa lähestyvälle ja hänen perheelleen on hyvä puhua kuolemasta rohkeasti ja lempeästi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

Myllymäki, K. 2019. Saattaen vaihdettava. Lääkärilehti 03/2019, 789.

Nunn, C. 2014. It's not just about pain: Symptom management in palliative care. Nurse Prescribing 21 (7), 338-344.

Ojaniemi, K. 2006. Toimintamallien kehittäminen terveyden edistämisen hankkeissa. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 07.01.2019. <http://www.kaypahoito.fi>

Pohjanoro, H. & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opettajankoulutuksen kehittämishanke. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Saarto, T. ja asiantuntijaryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tilastokeskus. 2017. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-5051. 2017, 1. Kuolemansyyt 2017. Helsinki. Luettu 14.1.2019. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_kat_001_fi.html

Styrman, T. & Torniainen, M. 2018. Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tampereen ammattikorkeakoulu. Ohje opinnäytetyön tekemiseen. 2018. Luettu 14.8.2019. <http://opinto-opas.tamk.fi/ohje-opinnaytetyon-tekemiseen>

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa. Finnanest 45 (5), 452.

Tolvanen, E. 2009. Työelämäyhteys ammattikorkeakoulun hoitotyönopiskelijoiden opinnäytetöissä. Pro Gradu -tutkielma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa.

Valvira. 2015. Elämän loppuvaiheen hoito. Luettu 14.01.2019.

Saatavilla internetissä: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito

Valvira. 2019. Kuoleman toteaminen. Luettu 15.03.2019. Saatavilla internetissä:

https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/kuoleman_toteaminen

LIITTEET

Liite 1. Toimintamalli

SAATTOHOIDON TOIMINTAMALLI

Saattohoitopotilas terveyskeskussairaalassa

