

PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Opas Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle

Hämeenniemi Marianne
Marttila Aino

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)
2019

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

Tekijä	Hämeenniemi Marianne, Marttila Aino	Vuosi 2019
Ohjaaja(t)	Seppo Kilpiäinen	
Toimeksiantaja	Elissa Rimali	
Työn nimi	Palliativinen hoito ja saattohoito	
Sivu- ja liitesivumäärä	51 + 3	

Palliativinen hoito sekä saattohoito tarkoittavat elämän loppuvaiheen hoitoa. Palliativinen hoito on näistä kahdesta laajempi kokonaisuus ja sitä ei ole ajallisesti määritelty. Saattohoito taas sijoittuu lähelle kuoleman arvioitua ajankohtaa. Suomessa hyvän saattohoidon suositukset ovat määritelty Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas palliativisen hoidon sekä saattohoidon toteuttamisesta Simon vuodeosastolla työskentelevälle hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, ja projektin tehtävänä on tuottaa opas. Opinnäytetyössä käytetään deduktiivista tutkimusmenetelmää. Projekti koostui raportista sekä oppaasta. Raporttiosuudessa käsitellään palliativisen hoidon sekä saattohoidon määritelmät, hoitoon siirtyminen, kuolevan potilaan oireita sekä oireiden hoitoa, kuoleman kohtaamista ja kuoleman jälkeistä aikaa.

Oppaassa keskitytään kuolevan potilaan oireisiin sekä niiden hoitoon täysi-ikäisillä potilailla. Valmis opas on selkeä sekä helppolukuinen. Valmiin oppaan tavoite on antaa lisätietoa vuodeosaston hoitohenkilökunnalle palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta, sekä sen toteuttamisesta. Opas sisältää tietoa kuolevan potilaan oireista ja niiden hoidosta sekä omaisten ja potilaan kohtaamisesta ja tukemisesta eri vaiheissa.

Avainsanat
Muita tietoja

palliativinen hoito, saattohoito, hoitotyö, opas
opas

School of Health care and Social
Service
Degree programme on Nursing
Nurse

Author	Hämeenniemi Marianne, Marttila Aino Year 2019
Supervisor	Seppo Kilpiäinen
Commissioned by	Palliative care and terminal care
Subject of thesis	Elissa Rimali
Number of pages	51 + 3

Palliative care and terminal care mean end of life care. Palliative care is a wider entity and there are no time limits for a palliative care. Terminal care comes closer to the estimated time of the death. In Finland the recommendations of good terminal care are defined by ministry of social affairs and health.

The purpose of this thesis was to make a guide about implementation of palliative care and terminal care for nursing staff who works at Simo's ward. The thesis is a functional thesis and the task of the project is to produce a guide. The study uses a deductive research method. This project consists about the report and the guide. The report covers definitions of palliative care and terminal care, transition to care, symptoms of dying patient and treatment of symptoms, the encounter of death and the time after death.

The guide focuses on the symptoms of the dying patient and their treatment of symptoms. The complete guide is clear and easy to read. The goal of the finished guide is to provide more information to the nursing care staff, about palliative care and terminal care and how to implement them. The complete guide covers information about symptoms of dying patient and treatment of symptoms and how to encounter and support patient and relatives at different phases.

Key words	palliative care, terminal care, nursing, guide
Special remarks	guide

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	7
3 PALLIATIIVINEN HOITO	8
3.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä	8
3.2 Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen	9
4 SAATTOHOITO	11
4.1 Saattohoidon määritelmä	11
4.2 Saattohoitoon siirtyminen	12
5 KUOLEVAN POTILAAN OIREET JA NIIDEN HOITO	14
5.1 Kipu	14
5.2 Hengitysteiden oireet	16
5.3 Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet	21
5.4 Väsymys, kuivuminen ja kuihtuminen	26
5.5 Delirium, keskushermosto- ja Iho-oireet	28
6 KUOLEMAN KOHTAAMINEN	31
6.1 Aika ennen kuolemaa	31
6.2 Kuoleman jälkeen	34
7 PROJEKTITYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS	37
8 PROJEKTIN ARVIOINTI	40
9 EETTISYYS, LUOTETTAVUUS JA PÄTEVYYS	42
10 POHDINTA	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on palliatiivinen hoito ja saattohoito. Palliatiivisen hoidon tarve on lisääntynyt, joten hoitohenkilökunnan täytyy osata toteuttaa psykososiaalisen ja henkisen tuen antamista, hyvää oireenmukaista hoitoa sekä saattohoitoa. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 5). Tämän vuoksi opinnäytetyön pohjalta tehty opas palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on tärkeä hoitohenkilökunnalle sekä meille opinnäytetyön tekijöille, sillä se kehittää valmiuksia ja antaa lisätietoa työelämää varten.

Opinnäytetyö on tehty Simon vuodeosaston toimeksiannon perusteella. Otimme Simon vuodeosaston osastonhoitajaan yhteyttä kysyäksemme, että olisiko kyseiselle oppaalle tarvetta. Opinnäytetyön pohjalta tehdyn oppaan tarkoitus on olla Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnan tukena sekä antaa tietoa ja valmiuksia ammattitaitoisen hoidon toteuttamiseen. Opas palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on tarpeellinen Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle, koska kaikki henkilökunnan jäsenet eivät ole käyneet kyseisestä aiheesta erillistä koulutusta. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opas palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon toteuttamisesta Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle.

Valmiin oppaan tavoite on antaa lisätietoa vuodeosaston hoitohenkilökunnalle palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, sekä sen toteuttamisesta. Opas sisältää tietoa kuolevan potilaan oireista ja niiden hoidosta sekä omaisten ja potilaan kohtaamisesta ja tukemisesta eri vaiheissa. Projektin tuotos tuo lisäarvoa käytännön hoitotyöhön lisäämällä Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnan tietoa ja valmiuksia kokonaisvaltaisen ammattitaitoisen hoidon toteuttamiseen.

Opinnäytetyö rajautuu Simon vuodeosastolla tehtävään palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Palliatiivinen hoito sekä saattohoito on todella laaja kokonaisuus, joten ikäryhmäksi rajasimme täysi-ikäiset potilaat. Aihealueiksi rajasimme kivun ja kivunhoitomenetelmät, hengitysteiden oireet, ruuansulatuskavan ja virtsateiden oireet, väsymyksen, kuivumisen, iho-oireet, ruokahaluttomuuden ja

kakeksian sekä ikääntyneen delirium oireet ja keskushermosto-oireet. Opinnäytetyössä kerrotaan myös omaisten sekä potilaan kohtaamisesta ja tukemisesta.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö ja projektin tehtävänä on tuottaa opas (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56). Opinnäytetyö on teorialähtöinen, ja siinä käytetään aikaisemmin tutkittua tietoa, eli tutkimusmenetelmä on deduktiivinen. Valmis opas on selkeä sekä helppolukuinen ja hoitohenkilökunnan tarpeita vastaava. Oppaasta tehdään tiivis sekä informatiivinen kokonaisuus, ja lisätietoa oppaalle käsitellyistä aiheista henkilökunta saa opinnäytetyöstä, joka on laajempi kuin opas.

2 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opas palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon toteuttamisesta Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Simon vuodeosasto kuuluu Oulunkaaren kuntayhtymään. Vuodeosasto toimii yhteistyössä terveysaseman vastaanotto- ja kuntoutuspalveluiden sekä vanhuspalveluiden kanssa. Pääosin Simon vuodeosastolla palliatiivisessa hoidossa sekä saattohoidossa hoidetaan ikääntyneitä potilaita. Potilaiden sairaudet ovat vaihtelevia. Kohdeyksikön luonne näkyy teoriaosuudessa sekä valmiissa tuotoksessa siten, että se on kohdennettu keskittymään ikääntyneiden potilaiden yleisimpiin oireisiin palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa sekä niiden hoitoon. Aihealueiksi rajasimme kivun ja kivunhoitomenetelmät, hengitysteiden oireet, ruuansulatuskavan ja virtsateiden oireet, väsymyksen, kuivumisen, iho-oireet, ruokahaluttomuuden ja kakeksian sekä ikääntyneen delirium oireet ja keskushermosto-oireet. Opinnäytetyössä kerrotaan myös omaisten sekä potilaan kohtaamisesta ja tukemisesta.

Valmis opas on selkeä sekä helppolukuinen ja hoitohenkilökunnan tarpeita vastaava. Valmiin oppaan tavoite on antaa lisätietoa vuodeosaston hoitohenkilökunnalle palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, sekä sen toteuttamisesta. Opas sisältää tietoa kuolevan potilaan oireista ja niiden hoidosta sekä omaisten ja potilaan kohtaamisesta ja tukemisestä eri vaiheissa. Opas on rajattu vuodeosastolla tapahtuvaa hoitotyötä tukevaksi.

Opinnäytetyö on teorialähtöinen, ja siinä käytetään aikaisemmin tutkittua tietoa, eli tutkimusmenetelmä on deduktiivinen. Projektin aineistoanalyysimenetelmä on teema-analyysi eli teemoittelu. Teema-analyysi on laadullisen analyysin perusmenetelmä, jossa muodostetaan projektin kannalta keskeisiä aihepiirejä, joita kutsutaan teemoiksi. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 108–109.)

3 PALLIATIIVINEN HOITO

3.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Potilaan oikeudet sekä asema määritellään erikseen Suomen laissa. Laki potilaan oikeuksista sekä asemasta koskee niin julkista kuin yksityistä terveydenhuoltoa, sekä eri sosiaalihuollon laitoksia. Suomessa pysyvästi asuvalla ihmisellä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista / 7851992.) Maailman terveysjärjestön arvioinnin mukaan elämänsä loppuvaiheessa joka kolmas ihminen tulee tarvitsemaan palliatiivista hoitoa (Saarto ym. 2018, 5).

Palliatiivinen hoito on määritelty maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan parantumattomasti sairaan ihmisen ja kuolevan ihmisen kokonaisvaltaiseksi aktiiviseksi hoidoksi, jossa huomioidaan potilas sekä hänen läheisensä niin psyykkisesti, fyysisesti kuin myös hengellisesti. Palliatiivinen hoito on aktiivista oireiden hoitoa. Oireet voivat johtua sairaudesta, kivusta sekä lääkityksestä. (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 13.) Palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös osana saattohoito (Grönlund & Huhtinen 2011, 77). Palliatiivista hoitoa ei ole ajallisesti määritelty, ja se voi kestää vuosista jopa vain viikkoihin (Surakka ym. 2015, 13).

Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole pitkittää eikä lyhentää elämää (Mattila 2002, 41). Moniammatillinen työryhmä toteuttaa monitieteistä tiimityötä palliatiivisessa hoidossa. Jotta hoito voidaan mahdollistaa kaikille sitä tarvitseville, tulee lääkäreiden sekä hoitajien hallita periaatteet koskien palliatiivista hoitoa. (Erjanti, Anttonen & Grönlund 2014, 13.) Palliatiivisen hoidon toteuttaminen vaatii asiantuntijuutta, joka sisältää säädökset sekä suositukset koskien palliatiivista sekä kuolevan potilaan hoitoa (Surakka ym. 2015, 11).

Palliatiivisen hoidon tavoite on potilaan sekä hänen omaistensa optimaalinen elämänlaatu. Tavoitteeseen pääsy vaatii kokonaisvaltaista hoitoa, joka sisältää oireiden, sosiaalisten, psyykkisten sekä hengellisten ongelmien lievitystä.

(Mattila. 2002, 41.) Parantumattomasti sairasta ihmistä hoidettaessa tulee ihminen kohdata fysiologisena ja fyysisenä sekä emotionaalisenä ja tuntevana sekä lisäksi myös psyykkisenä yksilönä. (Surakka ym. 2015, 8).

3.2 Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen

Palliatiivinen hoito on oireenmukaista hoitoa vakavasti sairaille ihmisille (Hänninen 2001, 49–50). Lisäksi se on myös sairaudesta johtuvien oireiden lievittämistä (Mattila 2002, 46). Palliatiiviseen hoitolinjaan siirrytään, kun ei voida vaikuttaa enää sairauden kulkuun tai potilaalle aiheutuu sairaudesta kärsimystä eivätkä hoidot ole enää potilaalle hyödyksi. Palliatiiviseen hoitolinjaukseen siirtymiseen vaaditaan potilaan oma suostumus sekä yhden tai useamman lääkärin huolellinen arvio potilaan tilanteesta. Hoitolinjaukseen siirtymisestä tulee keskustella potilaan sekä myös hänen mahdollisien läheistensä kanssa. Mikäli potilas ei ole halukas tekemään palliatiivista hoitolinjausta, potilasta tulee lääkärin hoitaa muilla keinoilla, jotka ovat perusteltu lääketieteellisesti. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 11.)

Elämän loppuvaiheen suunnitelma voidaan toteuttaa missä kohtaa vain sairauden edetessä, ja suunnitelma olisikin hyvä olla tehtynä viimeistään, kun sairaus on edennyt jo pitkälle. Toisinaan lääkäreiden on vaikea tehdä aloitetta keskustelulle, sillä ennusteen tekeminen elinajasta on haastavaa, mutta keskustelu tulisi silti käydä. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä keskustellaan monista eri asioista, kuten hoitomenetelmistä, sairauden etenemisestä ja sen luonteesta, hoitolinjauksien tekemisestä, erilaisista hoidon rajauksista sekä siitä millaisia toiveita tai pelkoja potilaalla on. Keskustelujen on tärkeää olla kirjattuna kaikkien hoitoon osallistuvien nähtäville, jotta hoitosuunnitelma toteutuu. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Tärkeää on muistuttaa potilasta hoitotahdon sitovuudesta. Hoitotahdossa ilmaistuna aktiivisesta hoidosta kieltäytyminen, estää terveydenhuollon ammattihenkilöitä toteuttamasta hoitoa omaisten toiveista huolimatta. Hoitotahto voidaan kumota vain, jos on vakavasti syytä

epäillä potilaan muuttaneen mieltään hoitotahdon kirjoittamisen jälkeen. (Halila & Mustajoki 2016.)

Potilaalle tulee mahdollistaa ja turvata hoitolinjauksen avulla hänen toiveidensa sekä arvojensa mukainen paras hoito, joka tulee olla perusteltu myös lääketieteellisesti. Hoitolinjausta tehdessä tulee rajata pois hoidot, jotka aiheuttavat piinaa tai ovat hyödyttömiä potilaan ennusteen kannalta. Hoitolinjaukset eivät ole lopullisia, vaan niitä on mahdollisia muuttaa vielä myöhemminkin. (Lehto ym. 2019, 335–342.) Hoidon rajauksen tunnetuin päätös on DNR- päätös eli elvytyksestä pidättäytyminen. Hoitolinjaus eroaa hoidon rajaamisesta siten, että siinä määritellään hoidon ensisijainen merkitys. (Saarto ym. 2015, 11-12.)

Hoitotahto on hyvä olla olemassa palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla. Silloin, kun potilas ei kykene itse ilmaisemaan tahtoaan, saadaan hoitotahdon avulla hänen tahtonsa selville siitä, miten häntä tulee hoitaa. Hoitotahto on potilaan laatima vapaamuotoinen tai valmiille pohjalle tehty, yleensä kirjallinen suunnitelma. (Liite 1) Potilas voi halutessaan kieltää hoitotahdossa tekemästä joitakin hoitotoimenpiteitä ja myös esimerkiksi valtuuttaa toisen henkilön tekemään, hänen puolestaan päätöksiä hoidon suhteen. Suullinen tahdonilmaus on myös pätevä, mutta tämä tulee kirjata hoitokertomukseen sekä potilaan tulee todentaa tahto esimerkiksi sähköisellä allekirjoituksella. Hoitotahdossa olisi hyvä olla ainakin kaksi todistajaa potilaan lähiomaisista, mutta hoitotahto on voimassa ilman todistajienkin läsnäoloa. (Halila & Mustajoki 2016.)

4 SAATTOHOITO

4.1 Saattohoidon määritelmä

Saattohoito käsitteenä määritellään kokonaisvaltaisena monialaisena hoitona, johon sisältyy oireiden lievitystä sekä potilaan ja hänen omaistensa tukemista. Saattohoidon päämääränä on taata kuolevalle potilaalle arvokas, aktiivinen sekä mahdollisimman oireeton loppuelämä. Hoidon tavoitteena ei siis pidetä kuolemaa, vaan hyvää loppuelämää. (Pajunen 2013, 11–12.) Saattohoito sijoittuu lähelle kuoleman arvioitua ajankohtaa. Saattohoitoa kutsutaan viime vaiheen hoidoksi sekä se on palliatiivisen hoidon yksi hoitolinjaus. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78.) Saattohoidon päämääriksi Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittää kuolevan potilaan oireiden lievittämisen sekä potilaan tukemisen hänen voimavarojensa mukaan mahdollisimman aktiiviseen loppu elämään. Maailman terveysjärjestön mukaan saattohoitoon kuuluu myös potilaan omaisille tuen tarjoaminen ennen ja jälkeen kuoleman sekä potilaalle henkisen ja psyykkisen tuen antaminen. Kuoleman ymmärtäminen elämän normaalina päätepisteenä on myös WHO:n mukaan yksi saattohoidon päämääristä. (Saarto ym. 2015, 256.) Terveyskeskuksissa kuolee lähes puolet yli 70-vuotiaista ihmisistä (Aaltonen 2015). Vuodeosastot eivät kuitenkaan ole saattohoidon toteuttamisen kannalta tilojen sekä toiminnallisten rakenteiden vuoksi parhaita mahdollisia paikkoja (Sarivaara, Lämsä & Seppälä 2018,17).

Hyvän saattohoidon suositukset on määritelty Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Näistä ensimmäinen on se, että jopa silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole, on jokaisella ihmisellä oikeus hyvään sekä inhimilliseen hoitoon. (Rautava-Nurmi. 2016, 450). Suositusten mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta sekä ihmisarvoa tulee kunnioittaa (Grönlund & Huhtinen 2011, 80). Hoitotahtoa tulee noudattaa aina, paitsi silloin kun on aihetta olettaa, potilaan muuttaneen hoitotahtoaan. Potilaan sekä hoitohenkilökunnan tulee yhteisymmärryksessä saattohoitopäätöksestä sekä hoitosuunnitelmasta. (Rautava-Nurmi 2016, 450.) Kirjallinen hoitosuunnitelma on saattohoidon aloittamisen perusta (Saarto ja asiantuntijatyöryhmä 2017, 9). Näiden lisäksi on tärkeää varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus, vaikka potilas vaihtaisikin hoitopaikkaa. Suunnitelmat potilaan

hoidosta sekä siirtymisestä palliatiiviseen tai saattohoitoon tulee olla kaikkien nähtävillä, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Yksikössä, jossa saattohoitoa toteutetaan, täytyy olla hoitosuunnitelman toteuttamiseksi vaaditut valmiudet, joita ovat esimerkiksi riittävä määrä henkilökuntaa, jotka osaavat toteuttaa hoitoa ammattitaitoisesti. (Rautava-Nurmi 2016, 450.) Hyvän saattohoidon suosituksessa määritellään se, että potilas saa itse valita paikan, jossa haluaa viettää viimeiset elinhetkensä. Viimeiset elinhetkensä potilas voi halutessaan viettää esimerkiksi kotonaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 79.) Erityishuomiota tulee kiinnittää siihen, onko potilas tai hänen lähiomaisensa kykeneväisiä päättämään hoidosta. Sairaudesta huolimatta, hyvä saattohoito on jokaisen oikeus ja se kuuluu jokaiselle. (Rautava-Nurmi 2016, 450.)

Lähestyvän kuoleman merkit ovat tärkeää huomata, jotta osataan toteuttaa oikeanlaista hoitoa. Näitä merkkejä ovat haluttomuus syömistä tai juomista kohtaan, liikkumiskyky sekä hoidettavat potilaan vointi huononee. Kuoleman lähestyessä yleensä myös uneliaisuus kasvaa sekä nieleminen hankaloituu. Toimintakyvyn säilyminen kuoleman lähestyessä on kuitenkin yksilöllistä. Tarpeettomat mittaukset, joilla ei ole enää olennaista hyötyä on syytä jättää pois ja keskittyä niiden sijaan kivun arviointiin sekä mahdollisiin muihin oireisiin sekä niiden lievitykseen. Tarpeettomat mittaukset jätetään pois koska saattohoidon tavoitteena on rauhoittaa tilanne. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.) Saattohoidossa olevan potilaan menehtyminen voi olla seuraus pitkään ja tasaisesti edenneestä sairaudesta tai menehtyminen voi tulla äkillisten komplikaatioiden seurauksena. (Saarto ym. 2015,10–11). Saattohoidon keskeisimmät periaatteet ovat potilaan tarpeista huolehtiminen, potilaan valintojen sekä arvokkuuden kunnioittaminen ja potilaan omaisten tukeminen. (Hänninen 2006a, 104).

4.2 Saattohoitoon siirtyminen

Saattohoitoon siirtymisen ensimmäinen askel on tehdä potilaalle saattohoitopäätös. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78). Saattohoitopäätöksen

tekemisessä tarvitaan tietoa ja taitoa kuoleman lähestymisen tunnistamiseen. (Saarto ym. 2015, 257). Lääkärin tekemä kliininen arvio on merkittävässä osassa saattohoitopäätöksen teossa. Saattohoitopäätöksen teon yhteydessä tulee päättää kajoavista hoitotoimenpiteistä sekä muiden hoitotoimenpiteiden välttämättömyydestä ja hyödyllisyydestä lisäksi tulee päättää ravitsemus- nestehoidosta. Toimintakyvyn mittareita käytetään apuna saattohoitopäätöstä tehdessä. Toimintakyvyn mittareita ovat esimerkiksi Karnofskyn asteikko sekä ADL. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 27–32.)

Saattohoitopäätös sekä hoitolinjaus tulee olla tehtynä ennen siirtymistä saattohoitoon. Mahdollisuus osallistua päätöksentekoon on potilaan oikeus. Potilaan tulee myös kykyjensä mukaan itse ymmärtää hoitopäätösten seuraamukset sekä edellytykset. (Hänninen & Anttonen 2008, 26.) Potilaan tulee itse olla tietoinen tehdystä saattohoitopäätöksestä sekä hänellä on oikeus osallistua päätöksentekoon (Grönlund & Huhtinen 2011, 79). Mikäli potilas ei ole kykenevä itse osallistumaan hoitolinjauksen tekoon, siitä päättää hänen puolestaan sijaispäättäjä, jonka oikeudet ovat määritelty Suomen laissa. (Saarto ym. 2018, 10–11). Hoitolinjaus on laadittava potilaan tarpeet huomioon ottaen sekä hoitosuunnitelma tulee tehdä yksilöllisesti (Hänninen & Anttonen. 2008, 27).

Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri yhdessä potilaan kanssa. Lääkärin tulee kunnioittaa potilaan autonomiaa sekä kuunnella potilasta ja hänen omaisiaan saattohoitopäätöstä tehdessä. Potilaslain mukaan potilaan omaisten näkemyksiä ei tarvitse huomioida, mutta se voi edesauttaa hoidon toteuttamista. (Hänninen & Anttonen 2008, 26.) Mikäli saattohoitopäätös tai hoitolinjaus tehdään liian myöhään se voi viedä potilaalta sekä hänen omaisiltaan tilaisuuden valmistautua tulevaan kuolemaan. Tämän lisäksi se voi haitata potilaan oireiden lievittämisen mahdollisuutta sekä potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78.)

5 KUOLEVAN POTILAAN OIREET JA NIIDEN HOITO

5.1 Kipu

Kipua kuvataan ruumiillisena kärsimyksenä, joka voidaan luokitella neurofysiologisen mekanismin mukaan. Kipu voi olla ruumiillisen kärsimyksen lisäksi myös emotionaalista eli henkistä. Kudosvaurioon tai sen uhkaan liittyvää epämiellyttävää tuntemusta kuvaillaan käsitteellä kipu. (Kipu. Käypä hoito.). Kudosvauriosta syntyvä kipu on monimutkainen tapahtumasarja, johon kuuluu kemiallisia sekä sähköisiä tapahtumia. Jokainen ihminen on yksilönä ainutlaatuinen, joten ihmisen kokemus kipu on yksilöllistä. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 76,12.)

Kipu on yksi eniten pelätty ja yleisin oire kuolemaan johtavaa sairautta sairastavien ihmisten keskuudessa. (Saarto ym. 2015, 45). Kipukokemus ei ole pelkkää fyysistä kipua, vaan se sisältää sosiaalisen, psyykkisen sekä eksistentiaalisen ulottuvuuden. Kivun kokemukseen vaikuttavat eri tekijät, näitä ovat ahdistuneisuus, viha, fyysinen kipu sekä masennus. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.) Potilaan kipukynnystä voi alentaa myös pelko, unettomuus, väsymys sekä kyllästyminen (Hänninen 2011, 93). Kaikki nämä tekijät yhdessä luovat kokonaiskivun, joka on tärkeää huomioida hoidettaessa kipua. Hoitaessa kipua tulee huomioida kaikki tekijät, koska muuten esimerkiksi vihaa voidaan virheellisesti hoitaa kipulääkkeillä. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.) Potilas sietää kipua huonommin, mikäli hän kokee, että kipu enteilee kuoleman lähestymistä. Kokemus omasta hyvinvoinnista sekä potilaan mieliala vaikuttavat myös potilaan kokemaan kipuun (Hänninen 2011, 93).

Keskustelemalla potilaan kanssa voidaan selvittää, kuinka potilas kokee sairauden vaikuttavan hänen elämänlaatuunsa. Onnistunut kommunikointi on yksi tärkeimmistä kivunhoidon menetelmistä (Grönlund & Huhtinen 2011, 57). Potilalle voi kuitenkin olla hankalaa kertoa hoitohenkilökunnalle masennuksesta tai ahdistuksesta, ja näitä on hankala tunnistaa lyhyen keskustelun perusteella

(Saarto ym. 2015, 45). Potilaan mieltä rauhoittaa yleensä tieto siitä, että hänen kipujaan voidaan helpottaa eri menetelmillä (Grönlund & Huhtinen 2011, 57). Potilaan henkistä kipua hoidetaan lääkkeettömästi. Hoitomuotona voidaan käyttää potilaan kuuntelemista sekä hänelle tärkeiden henkilöiden läsnäoloa. Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu kivun eri osa-alueiden huomioiminen. Potilas voi kokea helpommaksi kertoa hänen fyysisistä oireistaan kuin henkisistä, tällöin tärkeää on huomata potilaan eksistentiaalinen kärsimys ja ottaa puheissa myös henkinen puoli huomioon. (Tasmuth 2019, 540–544.)

Fyysiset oireet voivat voimistua, ellei kipua hoideta, kun taas fyysiset oireet kuten ummetus, pahoinvointi sekä hengenahdistus voimistavat potilaan tuntemaa kipua (Grönlund & Huhtinen 2011, 57–58). Kipua arvioitaessa tulee muistaa, että potilas itse on paras kipunsa arvioija, mikäli potilas ei kuitenkaan itse pysty kipuaan kertomaan paras arviointimenetelmä on potilaan käyttäytymisen arviointiin. Kivulias potilas, joka ei kykene kommunikoimaan voi olla hermostunut, ahdistunut, itkuinen tai suojata kehoaan näiden lisäksi kipu voi heijastua potilaan kasvoilta ja ilmeestä. Näiden lisäksi potilas voi äännellä kivun vuoksi. Kivun syy tulee selvittää sekä arvioida sen voimakkuus säännöllisin väliajoin. Kivun syyn selvittäminen ei kuitenkaan aina ole mahdollista. Akuuttia kipua arvioidessa, ei tule luottaa pelkästään peruselintoimintojen mittaamiseen esimerkiksi verenpaineen mittaamiseen, koska niihin voi vaikuttaa potilaan sairaudet, lääkitys, tunnetila, toiminta sekä hoitoympäristö. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 75–77.)

Kivunhoidon perusedellytys on, että kipua arvioidaan sekä kirjataan säännöllisesti. Tarkalla kivun arvioinnilla luodaan hyvä pohja lääkehoidon toteuttamiselle. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa tärkeää kivunhoidossa on potilaan seuranta sekä kuuntelu. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385–392.)

Kivun luonnetta sekä oireita voidaan selvittää erilaisilla kysymyksillä, joita ovat esimerkiksi onko jokin asento, joka lievittää kipua? tai kuinka oire tai kipu vaikuttaa potilaan elämään. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57). Kipua arvioitaessa voidaan käyttää erilaisia kipumittareita. Yleisin näistä on VAS-mittari eli

visuaalinen analogiasteikko. VAS-mittari voi olla kipujana, kipukiila tai ilmeasteikko. (Liite 2.) Kipujanassa vasemmalla on tilanne, jossa potilaalla ei ole ollenkaan kipuja ja oikealla toinen ääripää eli pahin mahdollinen kipu, potilas voi näyttää kipujanalta kuinka kova hänen kokemansa kipu on. VAS-mittareissa käytetään myös värejä, jotta potilaan on helpompaa havainnollistaa visuaalisesti kivun lujutta. Kipumittareissa värejä voidaan käyttää esimerkiksi siten, että punainen itkevä naama kuvaa pahinta mahdollista kipua, keltainen taas kohtalaisen voimakasta kipua ja vihreä iloinen naama taas kuvaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole lainkaan kipuja. Visuaalisten kipumittareiden lisäksi on olemassa sanallisia kipumittareita esimerkiksi kipumittari 0-4. (Kalso ym. 2009, 55.)

Kipua voidaan hoitaa monella eri tavalla, joista lääkehoito on yleisin varsinkin elämän loppuvaiheessa, jotta loppuelämä olisi mahdollisimman kivuton. Lääkehoidon ensisijainen tavoite on potilaan elämänlaadun parantaminen. Lähtökohtana hoitotyössä yhteistyöhön on se, että hoitohenkilökunta huomioi potilaan aidosti sekä on läsnä. (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 48.) Tietoa lääkkeistä ja lääkehoidosta voi saada lehdistä, kirjoista sekä internet-lähteistä. Internet-lähteitä käyttäessä on tärkeää muistaa käyttää luotettavia sekä varmennettuja lähteitä, tästä esimerkkinä Pharmaca Fennica. Myrkytystietokeskuksesta sekä lääketietokeskuksesta saa myös luotettavaa tietoa lääkkeistä. (Hujala & Tiainen 2009, 23.) Kipulääkkeistä voimakkaimpia ovat keskushermoston kautta vaikuttavat kipulääkkeet, joista tunnetuin on morfiini. (Nurminen 2010, 126–127). Potilaan kipulääkkeiden sekä muidenkin lääkkeiden annostelureitin valintaan vaikuttaa potilaan kliininen tila, toiveet sekä hoitopaikan tekniset mahdollisuudet. Kliininen tila vaikuttaa annostelureitin valintaan siten, että osa potilaista pystyy ottamaan lääkkeet oraalisesti lähes kuolemaansa saakka, mutta osalle potilaista ihonalaisen lääkeannostelijan käyttö on tarpeen esimerkiksi nielemisvaikeuksien takia. (Saarto ym. 2015, 260.)

5.2 Hengitysteiden oireet

Hengenahdistus kuvaillaan tunteena siitä, että ilma loppuu. Hengenahdistus on yksilöllinen tunne samoin kuin kipu. Psykykinen ahdistus sekä hapenpuute

aiheuttavat lisääntyvää hengitystiheyttä, jonka seurauksena potilas väsyä ja hiilidioksidi tuulettuu ulos ja tasaa hapenpuutetta ainoastaan osittain. Ahdistus ja hyperventilaatio yhdessä voivat aiheuttaa kierteen, josta potilas joutuu paniikkiin. Lisähapen antaminen helpottaa vähän potilaan oloa, mutta suurempi helpotus saadaan morfiinista. (Vainio 2004, 98–99.) Hengenahdistus on yleisin oire kuolevien oireista väsymyksen, syömiseen liittyvien oireiden ja kivun jälkeen. Hengitykseen liittyviä ongelmia tulee lisääntyvässä määrin taudin edetessä. Hengitysvaikeudet lisääntyvät elämän loppuvaiheessa ja ovatkin monesti merkkejä kuoleman lähestymisestä. (Hänninen 2001, 117.)

Loppuvaiheessa pitkälle edenneissä taudeissa hengenahdistusta esiintyy eniten keuhkohtaumatautia tai keuhkofibroosia sairastavilla potilailla 90 %, keuhkosyöpää sairastavista potilaista hengenahdistusta kokee 50 – 90 %, muita syöpiä sairastavista 30 –70 % sekä sydämen vajaatoimintaa sairastavista 60 – 80 %. Hengenahdistuksen kanssa yhtä aikaa esiintyy monesti muita oireita, joita voi olla masentuneisuus, uupumus sekä ahdistuneisuus. (Saarto ym. 2015. 92–93.)

Hengenahdistukseen liittyy yleensä pelon sekä ahdistuksen tunnetta, ja näitä tuleekin lievittää samalla kun lievitetään hengenahdistusta. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445). Potilalle voi syntyä pelko tukehtumisesta hengenahdistuksen seurauksena. Ahdistus voi aiheuttaa fyysisiä oireita ja nämä voidaan sekoittaa helposti taudin oireisiin. (Hänninen & Pajunen 2006, 59.) Potilaan ahdistusta voidaan lievittää yksinkertaisimmillaan läsnäololla, oven auki pitämällä, käymällä tiheästi yöllä potilaan luona sekä pitämällä soittokelloa potilaan lähellä (Vainio 1998, 77). Erilaisilla kyselylomakkeilla voidaan arvioida hengenahdistusoireita ja lomakkeen voi täyttää potilas itse tai potilas sekä häntä hoitava hoitaja. Hengenahdistuksen oireiden arviointiin voidaan käyttää esimerkiksi VAS-asteikkoa tai hengenahdistuksen mittaamisessa esimerkiksi Borgin asteikkoa. (Saarto ym. 2015,101, 94–95.)

Hengenahdistusta voidaan hoitaa lääkkeettömällä hoidolla, lääkehoidolla sekä happi ja ilmavirta sekä noninvasiivisella ventilaatiolla. Hengenahdistuksen hoidossa käytettäviä lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat liikunta sekä lihasharjoittelu, jota voidaan toteuttaa varhaisvaiheessa potilaan voinnin rajoissa.

Liikkumisen apuvälineet sekä fysioterapia ovat myös lääkkeettömiä hoitokeinoja. Potilalle tulee myös opettaa hengenahdistuksen hallintamenetelmiä, joita hän voi itse käyttää hengenahdistuksen hoidossa. Loppuvaiheen hoidossa hengenahdistuksia hoidetaan potilaan asentohoidolla sekä ilmavirralla. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013, 395–402.) Yleisimpiä hengenahdistuksen hoidossa käytettäviä asentoja ovat kylkiasento, puoli-istuva asento sekä ns. ajurinasento (Korhonen & Poukka 2013, 440–445). Asentohoitona vuodepotilaille suositetaan makaamista huonommin toimiva keuhko alahaallapäin (Saarto ym. 2015, 100). Hengenahdistuksen hoidossa voidaan käyttää ilmavirtaa, jota saadaan esimerkiksi avaamalla ikkuna tai tuulettimen avulla (Korhonen & Poukka 2013, 440–445).

Hengenahdistuksen hoidossa yleisin käytetty lääkehoito on opioidit, näiden lisäksi hengenahdistusta voidaan hoitaa myös bentsodlatsepiineillä sekä muilla lääkekokeiluilla (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013, 395–402). Oikein toteutetulla ja hyvällä saattohoidolla pystytään vähentämään potilaan pelkoa, ahdistusta sekä oireita, jotka liittyvät kuolemaan, mutta vaikeimmissa tilanteissa voidaan turvautua palliatiiviseen sedaatioon, jotta kuoleman hetki voidaan tehdä mahdollisimman rauhalliseksi (Hänninen 2013, 127). Palliatiivinen sedaatio käsitteenä tarkoittaa sitä, että kuolevan potilaan oireet ovat niin sietämättömiä ja hallitsemattomia, että hänen tajuntansa heikennetään sekä hänet rauhoitetaan lääkkein. Palliatiivista sedaatiota käytetään vain, kun kaikki muut mahdolliset keinot ovat jo käytetty. (Hänninen & Rahko 2013, 433–439.)

Hengenahdistus saa potilaan tuntemaan tunnetta siitä, että happi loppuisi, tämän tunteen vuoksi happea käytetään hengenahdistuksen hoidossa. Yksinkertaisimmillaan jo pelkän ilmavirran suuntaaminen potilaan kasvoille saattaa auttaa. (Lehto ym. 2013, 395–404.) Potilalle voidaan antaa happea happinaamarin tai happiviiksien avulla, kuitenkin pitkäaikaista lisähapen käyttöä ei suositella. Pitkäaikainen lisähapen käyttö aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta, kuivattaa limakalvoja sekä vaikuttaa heikentävästi potilaan elämänlaatuun, koska hän on jatkuvasti kytkettynä happilaitteeseen. (Vainio 1998, 76.)

Yskä on yleinen oire pitkälle edennyttä sairautta sairastavilla potilailla. Yleisimmin yskää esiintyy keuhkohtaumatautia, keuhkosityöpää sekä keuhkofibroosia sairastavilla potilailla. (Lehto ym. 2013,395–402.) Yskä voi olla elämänlaatuun vaikuttava oire ja sen yhteydessä voi esiintyä muita oireita. Näitä oireita voivat olla kipu, jota esiintyy päässä, ylävatsassa sekä rintakehässä, uupuminen, unettomuus, oksentelu, virtsanpidätysvaikeuksia sekä eristäytyminen sosiaalisista tilanteista. (Saarto ym. 2015, 102.) Yskän tehokkain hoitokeino on hoitaa syytä joka yskän aiheuttaa. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2018.) Keuhkosityövästä kärsivillä potilailla yskää voi helpottaa sädehoito tai toimenpidebronkoskopia. Yskää voidaan hoitaa opioideilla, joita käytetään samoja annoksia kuin hengenahdistustakin hoidettaessa. Opioidien lisäksi yskärefleksiä voidaan hillitä inhaloitavilla puudutteilla tai inhaloitavalla keittosuolalla. Inhaloitaviin puudutteisiin liittyy aspiraatio riski. (Lehto ym. 2013, 395–402.) Aspiraatio tarkoittaa ruuan tai nesteiden henkeen eli keuhkoihin vetämistä. (Saarto ym. 2015,102–104.)

Keuhkosairauksien lisäksi yskää aiheuttaa myös liman kuljetuksen heikentyminen, liman erityksen lisääntyminen, erityisesti selällään maatessaan mahan sisällön virtaaminen takaisin sekä syljen nielemisvaikeudet. Parhaiten oireita voidaan lieventää, jos yskän aiheuttaja on selvillä. Potilalle yskänlääkkeistä ei ole vaikuttavaa hyötyä toisinkuin anticolingergit eli liman eritystä vähentävistä lääkkeistä. Potilaat saavat hyötyä limaisuutta hoidettaessa keittosuolan sisään hengittämisestä. Potilaan voinnin mukaan, potilas voi saada avun myös erilaisista hengitysmenetelmistä sekä esimerkiksi PEP menetelmästä, joka tarkoittaa puhaltamista letkulla pulloon, jossa on muutama kymmenen senttiä vettä pohjalla. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2018.) Potilaan asentohoito on tärkeässä asemassa elämän loppuvaiheessa. Kylkiasennolla pyritään auttamaan eritteiden poistumista. (Saarto ym. 2015, 104.) Yskän lisäksi runsas limaneritys aiheuttaa myös hengityksen rohinaa sekä hengenahdistusta. (Lehto ym. 2013, 395-402). Mikäli lima sijaitsee ylänielun sekä suun alueella voidaan sitä imeä imukatetrilla. Imukatetrilla ei kuitenkaan tule imeä limaa, joka

sijaitsee alemmissa hengitysteissä. Hengityksen rohinaan eli kuolonrohinaan voidaan käyttää myös lääkettä. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.)

Useat eri syyt voivat aiheuttaa veriyskää (Liippo & Vasankari 2011, 178–184). Veriyskän syynä voi olla esimerkiksi erilaiset keuhkosairaudet tai jotkin sydämen tai sydänlääpien sairaudet (Knuutila & Tukiainen 2008, 202). Lievää veriyskää hoidettaessa usein riittää, että potilas ei nauti kuumia juomia tai ruokia myös fyysistä rasitusta tulee välttää. Lievän veriyskän lääkehoitona voidaan käyttää verenhyytymistä edistäviä lääkkeitä. Mikäli potilas käyttää jotain vertaohentavaa lääkeainetta, tulee miettiä hyödyt sekä riskit koskien veriyskän lääkehoitoa. (Salomaa 2016.) Veriyskä voi olla ahdistava sekä epämiellyttävä oire, mutta se ei ole runsasta, mikäli se on alle 200 ml/vrk (Lehto ym. 2013, 395–402).

Runsas eli massiivinen veriyskä vaatii aina välittömiä toimenpiteitä, koska se on henkeä uhkaava tila. Veriyskän katsotaan olevan massiivinen, kun vuotoa on yli 600ml vuorokaudessa. Massiiviseen veriyskään liittyy akuutti kuolleisuus, mutta itse massiivinen veriyskä on harvinainen. (Liippo & Vasankari 2011, 178–184.) Massiivinen veriyskä tuottaa potilaalle paljon kärsimystä, hengenahdistusta sekä tunnetta siitä, että hän tukehtuisi (Saarto ym. 2015, 105). Potilasta, joka kärsii massiivisesta veriyskästä, voidaan hoitaa kylkiasennolla, jossa epäilty vuotopuoli on alaspäin. Massiivista veriyskää voidaan hoitaa myös happilisän avulla sekä potilaan niin kyetessä verta tulee yskiä pois tai vaihtoehtoisesti verta voidaan varovasti imeä. (Knuutila & Tukiainen 2008, 204.) Mikäli veriyskä johtuu esimerkiksi kasvaimesta, voidaan sitä hoitaa paikallisella sädehoidolla (Vainio 2004, 103). Aina tulee muistaa huomioida potilaan yleiskunto hoitomenetelmiä valittaessa.

Hikalle voi olla monta erilaista syytä, ja sen perimmäistä syytä ei tunneta. Hikka voi tulla ärsytyksestä ruokatorvessa tai mahalaukussa. Refluksitaudissa mahahapon nouseminen ruokatorveen voi synnyttää hikan. Erilaiset sairaudet voivat myös synnyttää hikan esimerkiksi vatsan tai keuhkojen alueen kasvaimet tai aivosairaudet. Pitkittyneestä hikasta puhutaan, kun hikka on kestänyt yli kaksi vuorokautta. Hikka voi vaikuttaa elämänlaatuun heikentävästi. (Atula 2019.) Hoidettaessa hikkaa pyritään selvittämään hikan aiheuttaja ja hoito kohdistetaan

hikan aiheuttajaan. Lääkkeettömänä hoitokeinona hikan hoidossa voidaan kokeilla stimuloida vagusta eli palleaa ärsyttämällä tai häiritsemällä hengitysrytmiä. (Saarto 2004, 108.) Hikan hoitoon ei ole olemassa varsinaista lääkettä, mutta esimerkiksi epilepsialääkkeitä sekä tietyistä psykye- ja pahoinvointilääkkeitä on todettu olevan jonkin verran apua. Hikasta kärsivällä potilaalle on syytä jättää alkoholi sekä hiilihappoa sisältävät juomat pois. (Atula 2019.)

Pleuranesteen kertyminen tarkoittaa nesteen kertymistä keuhkopussiin (Riskä & Saarelainen 2011, 185–190). Pleuranesteen kertyminen on nestekierron fysiologisen tasapainon järkkymisen seuraus. Pleuranestettä voi esiintyä vain toispuoleisesti tai molemminpuolisesti. (Seppälä & Ylä-Outinen 2018, 988-993.) Oireet pleuranesteen kertymisessä ovat yleensä lieviä. Oireina voi olla hengityksen yhteydessä esiintyvä kipu. (Riskä & Saarelainen 2011, 185–190.) Syinä pleuranesteen kertymiselle ovat tavallisimmin infektiot, syövät sekä sydämen vajaatoiminta. (Jansson 2018.) Pleuranesteen hoito riippuu siitä, kuinka paljon sitä on keuhkopussissa sekä siitä mikä sen kertyminen on aiheuttanut, esimerkiksi tulehdusta voidaan hoitaa antibioottien avulla. Mikäli keuhkopusseihin kertyy nestettä sydämen vajaatoiminnan vuoksi, hoitona käytetään sydänlääkkeitä. (Seppälä 2018.)

5.3 Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet

Kuolevilla potilailla yleinen oire on suun kuivuminen. Suun kuivuminen aiheutuu yleensä lääkkeitä. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.) Lisäksi suun kuivumista aiheuttaa myös useat eri sairaudet, eikä syljen erityksen väheneminen. Kuivaa suuta voidaan hoitaa veden juomisella, suun kostutuksella veden avulla tai käyttämällä erityisesti suuhun tarkoitettuja kosteutusaineita. Imeskeltävistä pastilleista on myös jonkin verran hyötyä. (Keskinen & Remes-Lyly 2015.) Parhaiten suun kuivumiseen auttaa hyvä suun paikallishoito. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.) Kuivan suun tunnistaa aroista sekä kuivista limakalvoista ja vaikeuksista niellä sekä puhua. Kuivasta suusta kärsivillä

on usein myös rohtuneet sekä kuivat huulet, vaahtoava sylki sekä hammasproteesit eivät pysy paikallaan hyvin. (Hiiri 2015.) Kuivasta suusta johtuvina oireina on myös kurkkukipu sekä pahanhajuinen hengitys (Vainio 1998, 79). Moniammatilliseen työryhmään potilaan loppuvaiheen hoidossa kuuluu myös tarvittaessa suunhoidon ammattilaiset. Heidän avullaan pystytään ennakoimaan sekä ehkäisemään suun alueen ongelmia. Elämänlaatua sekä potilaan jokapäiväistä arkea hankaloittaa suun alueen ongelma, joista voi koitua kipua sekä toiminnallista haittaa. (Saarto ym. 2015, 116–118.)

Potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa yleisimpiä suun ongelmia ovat erilaiset infektiot kuten herpes- ja sieni-infektiot, suun kipu, ientulehdus, hampaiden reikiintyminen sekä parodontiitti (Mäkinen 2017). Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan yleinen suun oire on suun hiivasienitulehdus, johon altistaa vähentynyt syljen erityis, laaja kirjoisten antibioottien käyttö, systeemiset immuunipuutokset sekä lääkkeet, jotka hillitsevät immuunijärjestelmän toimintaa. Koska palliatiivinen hoito voi kestää jopa vuosia, on erityisen tärkeää muistaa säännölliset hammaslääkärikäynnit. (Saarto ym. 2015, 120.) Hiivasienitulehdistusta voidaan ehkäistä parantamalla suuhygieniää, mikäli tämä ei auta, voidaan avuksi ottaa suun kautta tai paikallisesti tehoava lääkehoito (Hiiri 2015).

Potilaan hampaat ja suu tulee puhdistaa aamun sekä illoin fluoripitoisella hammastahnalla. Hampaiden välit tulee puhdistaa myös päivittäin ja kieli tulee puhdistaa aina tarpeen mukaan. (Keskinen 2015.) Proteesit tulee ottaa pois suusta nukkumaan mentäessä ja ne tulee puhdistaa ennen niiden laittamista säilytysrasiaan. Proteesit tulee säilyttää niille tarkoitettussa säilytysrasiassa tai kosteassa. (Heikka 2015.) Proteesien puhdistuksessa tulee huomioida se, että normaalit hammastahnat ovat liian karkeita tekohampaille, tämän vuoksi ne olisikin hyvä puhdistaa niille tarkoitetuilla hammastahnoilla tai käsitiskiaineella. Hoitohenkilökunnan tulee tietää miltä terve suu näyttää, jotta he voivat erottaa, jos suussa on jotain poikkeavaa. Terveessä suussa suulaki sekä ikenet ovat eivät arista ja ne ovat vaaleanpunaiset. Hampaiden sekä suun kunto tulisi aina tarkistaa silmämääräisesti, jotta poikkeavuudet huomataan. Hampaiden kunnon lisäksi suuta tutkittaessa tulee huomioida myös huulet. Myös hampaaton suu

tulee puhdistaa päivittäin esimerkiksi veteen tai keittosuolaliuokseen kostutetuilla sideharsotaitoksilla. (Mäkinen 2017.)

Elämän loppuvaiheen hoidossa tavallinen oire on pahoinvointi (Hänninen & Rahko 2013, 433–439). Pahoinvoinnin taustalla voi olla monia eri syitä, sekä sitä voi esiintyä ilman oksentelua. Pahoinvointi heikentää potilaan elämänlaatua merkittävästi. Pahoinvointi lisää muita oireita esimerkiksi ummetusta sekä väsymystä. (Hänninen 2001,110–111.) Mikäli potilaalla esiintyy pitkittynyttä oksentelua, voidaan hänelle asentaa väliaikaisesti nenämahaletku. Olisi hyvä syödä pieniä aterioita useasti päivän aikana sekä välttää rasvaisia ja huonosti sulavia ruokia. Mikäli nämä keinot eivät auta voidaan koittaa ruokaa hienontamalla tai nestemäisillä ravintolisillä vähentää pahoinvointia. Potilas voi hyötyä pahoinvointia sekä oksentelua hillitsevistä lääkkeistä kuten proklooriperatsiinista. Pahoinvoinnin sekä oksentelun lisäksi on myöskin tärkeää selvittää sekä tarkkailla potilaan suolen toimintaa mahdollisen suolitukoksen havaitsemiseksi. Mikäli oksennus haisee ulosteelta voi potilaalla olla vatsakalvontulehdus, märkäpesäke tai fisteli paksusuolesta mahaan. (Pajala 2018, 39–40.)

Elämän loppuvaiheen hoidossa olevilla potilailla ripuli on pahoinvointia sekä ummetusta harvinaisempi oire (Hänninen & Rahko 2013, 433–439). Ripulia voi esiintyä akuuttina tai kroonisena. Krooniseksi ripuliksi määritellään viikkoja kestänyt ripuli ja se voi olla merkki myös jostain vakavammasta. Akuutin ripulin aiheuttajana on yleensä virus- tai bakteeri-infektio ja se menee yleensä ohi 5-10 päivässä. Ripulin yhteydessä esiintyy yleensä myös muita oireita, joita ovat mahassa esiintyvät krampit, pahoinvointi, oksentelu, ruokahalun menetys, kuume sekä päänsärky. Ripulin voi aiheuttaa myös jotkin lääkeaineet, psyykkiset ongelmat sekä jotkin sairaudet esimerkiksi diabetes. (Diarrhoea 2019.) Yleisimpiä pitkittyneen ripulin aiheuttajia ovat, laktoosi-intoleranssi, ärtyvän suolen oireyhtymä, lääkkeet, laksatiivien liikkakäyttö, tulehdukselliset suolistosairaudet sekä keliakia. Pitkittynyttä eli kroonista ripulia voi aiheuttaa myös kilpirauhasen liikatoiminta, ulkomailta saadut infektiot sekä jotkut ravintoon sisältyvät ainekset. (Mustajoki 2018a.) Palliatiivisessa hoidossa kroonisen ripun

yleisimmät aiheuttajat ovat ulostuslääkkeiden käyttäminen, imeytymishäiriöt, infektiot ja ohivirtausripuli (Saarto 2018. 60).

Ripulin aiheuttama suurin riski ihmisen terveydelle on nestehukka. Propiootit eli maitohappobakteerit auttavat tutkimusten mukaan lyhentämään ripulin kestoa sekä vähentämään ulostamiskertoja. (Allen, Martinez, Gregorio & Dans 2010.) Kroonisen ripulin hoidossa voidaan käyttää erilaisia lääkkeitä, joista opioidit ovat yleisimpiä. Ripulin hoidossa käytetään myös antisekretorisia valmisteita. (Saarto ym. 2018. 146–147.) Ripuli sekoittaa ihmisen neste- ja elektrolyyttitasapainon. Nestehukan ehkäisemiseksi tulee akuutissa ripulissa huolehtia potilaan riittävästä nesteytyksestä. Nesteitä tulisi saada mieluiten suun kautta vähintään kaksi litraa päivän aikana. Ripulin aikana tulisi välttää tiettyjä juomia ja ruoka-aineita, näistä esimerkkinä maito, kahvi rasvainen ruoka sekä kasvikset. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 297.)

Normaalisti suolen tulisi toimia 1-2 kertaa päivässä, kun suoli ei toimi puhutaan ummetuksesta. Ummetus voi johtua monesta eri syystä. Ummetusta voi aiheuttaa valkoiset viljat, sokeri, pitkälle jalostettu kuiduton ruoka, magnesiumin puute sekä vähäinen liikunta. (Kuparinen 2001, 45.) Ummetusta aiheuttavat myös lääkeaineet ja yleisin niistä onkin opioidien aiheuttama ummetus. Ummetus on epämukava vaiva potilaalle ja se voikin hankaloittaa potilaan elämää. Loppuvaiheen hoidossa kuitenkin ummetuksen hoitaminen ei tulisi olla enää keskeinen asia. (Hänninen 2001, 114.)

lääkeillä ihmisillä ummetus on todella yleistä. Ikäihmisistä, jotka eivät ole fyysisesti aktiivisista noin 80 % kärsii ummetuksesta. Suolen toiminnan aktiivisuuden avaintekijänä ovat elämäntavat. Ummetus johtuu ruuan pienestä kuitupitoisuudesta, fyysisen aktiivisuuden vähäisyydestä sekä nesteiden riittämättömästä saannista. (Mustajoki 2018b.) Lääkkeettömänä hoitona ummetukseen voidaan käyttää ruokavalion korjaamista eli lisätään siihen nesteitä sekä kuituja, jos mahdollista poistetaan ummetusta aiheuttavat tekijät esimerkiksi lääkeaineet. Lisäksi ummetuksen hoitona toimii liikunnan ja psyykkisen aktiivisuuden lisääminen riippuen potilaan terveydentilasta. Lääkehoitona ummetukseen voidaan käyttää erilaisia laksatiiveja, jotka

parantavat suolen toimintaa. (Arkkila 2018, 54.) Loppuvaiheen hoidossa olevien potilaiden liikkuminen sekä nesteiden nauttiminen on rajoittunutta, ja tämän vuoksi heille ei suositella käytettävän yksittäin suolen sisältöä lisääviä ulostuslääkkeitä. Ummetuksen lääkehoitona suositellaan käytettävän suolta stimuloivaa sekä pehmittävää laksatiivia yhdistelmänä. (Hänninen & Rahko 2013, 433–439.)

Virtsaumpi käsitteellä tarkoitetaan sitä, että virtsaa ei saada ulos, vaikka sitä kertyykin virtsarakkoon. Virtsaumpi on yleisempää miehillä johtuen heidän anatomisesta rakenteesta. Virtsaumpi voi olla krooninen tai akuutti. Virtsaumpi voi olla hermostoperäinen tai toiminnallisten ja ulkoisten tekijöiden aiheuttama. Toiminnallisten ja ulkoisten tekijöiden aiheuttama virtsaumpi voi olla seuraus esimerkiksi lääkaineista tai kylmettymisestä. Virtsaumpi voi olla myös syntynyt virtausesteen kuten eturauhasen liikakasvun aiheuttamana. (Tammela & Ruutu 1992, 687.) Syynä virtsaummen syntymiseen voi olla myös vaikea ummetus, jos virtsaumpi johtuu ummetuksesta, tulee ummetus hoitaa (Nuotio, Ala-Nissilä & Tammela 2017, 2515-2520). Virtsaummen hoito riippuu sen aiheuttajasta. Ensisijaisesti virtsaputken kautta rakon katetrointi toimii virtsaumpea hoidettaessa. Mikäli virtsaumpi johtuu virtausesteestä esimerkiksi eturauhasen liikakasvusta, tulee eturauhasen liikakasvua hoitaa. (Saarelma 2018a.)

Virtsankarkailu jaetaan neljään eri luokkaan, joita ovat ponnistusvirtsankarkailu, pakkovirtsankarkailu, ylivuotovirtsankarkailu tai sekatyypinen virtsankarkailu. Edellä mainituista ponnistusvirtsankarkailu on kaikista lievin. Virtsankarkailusta kärsii naiset miehiä enemmän. (Tarnanen, Mikkola, Ala-Nissilä, Vuorela & Komulainen 2017.) Virtsankarkailun hoitona toimii riittävän useasti rakon tyhjentäminen, sekä tulehdusten ja ummetusten välitön hoitaminen. Vaikuttavana tekijänä virtsankarkailussa on monia, kuten ikääntyneen ihminen fyysisen aktiivisuuden laskeminen. Kaikista tärkeimpänä omahoidon muotona silloin kun virtsankarkailuun syynä on rakon sulkijamekanismin heikentyminen, toimii lantionpohjalihasten harjoittaminen. Lantionpohjalihasten harjoittamiseen voi saada ohjeita fysioterapeutilta sekä muulta hoitohenkilökunnalta. Miehillä eturauhasen liikakasvun seurauksena tullutta virtsankarkailua voidaan helpottaa

toimenpiteiden avulla. Toimenpiteet kohdistuvat eturauhaseen. (Saarelma 2018b.)

5.4 Väsymys, kuivuminen ja kuihtuminen

Loppuvaiheen hoidossa yleinen oire on väsymys, se liittyykin melkein kaikkiin vakaviin sairauksiin. Vaikkakin väsymyksen tutkimiseen on kehitetty erilaisia testejä, ne eivät sovellu saattohoitopotilaalle, koska ne ovat raskaita tehdä. Väsymykseen liittyy masentuneisuutta, apaattisuutta sekä lihasvoiman heikkoutta. Tärkein keino potilaan väsymystä selvittäessä on kysyä sitä potilaalta itseltään. (Hänninen & Pajunen 2006, 44–45.) Väsymykseen tärkein käytetty hoitokeino on mukauttaa potilaan elämänrytmi hänen omien voimiensa mukaiseksi. Joillekin potilaille avun väsymykseen on tuonut anemian korjaaminen, mutta tämä ei auta kaikilla. (Vainio 2004, 125.) Lääkkeettömänä hoitona väsymyksen hoidossa voidaan käyttää riittäviä yöunia, liikunnan lisääminen, elämäntapojen parantaminen, stressiä aiheuttavien asioiden vähentäminen elämästä. Kun hoidetaan väsymystä, on lääkkeetön hoito aina ensisijainen hoitomuoto. (Saarelma 2018c.)

Yleisin syy potilaan kuivumiselle on nesteiden menetys, joka voi johtua esimerkiksi kuumeesta, diureeteista, oksentelusta tai ripulista. Kuivuminen voi johtua myös riittämättömästä nesteiden saannista. Loppuvaiheen hoidossa potilaalla voivat nesteet siirtyä kudoksiin ja tämä johtaa kuivumiseen, tässä tilanteessa nesteytyksestä ei ole apua potilaan yleistilan parantamiseksi. (Tarnanen ym. 2018.) Kuivumisen ensisijaiset ja huomattavimmat oireet ovat virtsan tulon väheneminen tai sen loppuminen sekä jano. Kuivumiseen liittyy myös paljon muita oireita kuten limakalvojen kuivuminen, kainalojen kuivuus, huimaus, silmien painuminen syvälle, ruokahaluttomuus, oksentaminen sekä sekavuus. Saattohoidossa ei ole tarpeellista tehdä laboratoriotutkimuksia vaan lievitetään potilaan oireita sekä seurataan hänen yleisvointiaan. Saattohoidossa nestehoidosta koituvat hyödyt eivät vastaa siitä seuraavia haittavaikutuksia, ja siksi sitä käytetäänkin vain erityistilanteissa ja harkiten. Liiallisen nesteen saannin seurauksena potilaalle voi lisääntyä nesteen kertymistä keuhkopussiin sekä

turvotuksia muualle kehoon. Nesteen liiallinen saanti kerryttää myös pleuranestettä tai askitesta sekä se lisää hengenahdistusta. Nestehoitoa toteutettaessa potilaalle laitetaan kanyyli ja siitä voi seurata mahdollisia komplikaatioita esimerkiksi pinnallisia tulehduksia sekä turvotuksia. Potilaalle haittaa nestehoidosta voi syntyä myös lisääntyneen virtsanerityksen myötä. Lisääntynyt virtsaneritys tuo mukanaan ylimääräisiä hoitotoimenpiteitä kuten katetrointia. Saattohoidossa olevalla potilaalla nesteytyksellä ei korjata menetettyjä nestemääriä vaan annettava neste on vuorokaudessa noin 1000–1500 ml. Potilaan yksilöllinen nestetarve määritellään seurannan perusteella. (Pöyhiö & Hänninen 2015, 161.)

Kakeksia käsitteenä määritellään aliravitsemus tilana, jossa kroonisen sairauden myötä tapahtuu lihaskudoksen sekä usein myös rasvakudoksen kato (Ukkola 2005). Vaikeasti sairaan potilaan ruokahaluttomuutta sekä hänen kuihtumistaan kutsutaan kakeksiaksi. Kakeksiaan kuuluu tahaton painonlasku, ruokahaluttomuus sekä aineenvaihdunnan laajat muutokset. Kakeksian myötä väsymys lisääntyy sekä potilaan ulkonäkö muuttuu ja liikuntakyky huononee. Kakeksia eli kuihtuminen johtuu yleisimmin syövästä. (Hänninen 2001, 107.) Kakeksiaan ei ole olemassa tehokasta hoitoa eikä lääkehoidossa ole myöskään vielä havaittu tehokkaita hoitoja. Kakeksiaa hoidettaessa ennaltaehkäisy on tärkeää ja riskipotilaat tulisi tunnistaa hyvissä ajoin. Ravinnonsaannin turvaaminen on tärkeää hoidettaessa sekundaarista kakeksiaa. (Saarto ym. 2018, 69–70.)

Mikäli ruokahaluttomuus ei liity kakeksiaa, sen syytä voivat olla pahoinvointi ja oksentelu, depressio, suun kandidiaasi, ympäristön hajut, metaboliset syyt, syövän hoidot, aikainen täyttymisen tunne, krooninen ummetus sekä kuiva suu ja raskas lääkitys. Hoitona ruokahaluttomuuteen käytetään mahdollisuuksien mukaan sen syyn hoitoa, mikäli tämä ei ole mahdollista voidaan ruokahaluttomuutta koittaa hoitaa esimerkiksi pienillä annoksilla. (Vainio 1998, 82.)

5.5 Delirium, keskushermosto- ja lho-oireet

Deliriumin eli äkilliseen sekavuustilan tunnistaminen vaatii potilaalle toteutettavaa säännöllistä arviointia. Potilaan arvioinnissa on ensisijaista huomioida potilaan orientaatioon, käyttäytymiseen sekä muistitoimintojen muutoksiin. (Jämsen 2017.) Iäkkäillä ihmisillä delirium on yleinen oire ja sen mahdollisuus kannattaa pitää mielessä, mikäli potilaalle tulee toimintakykyyn äkillisiä muutoksia. Deliriumia voi esiintyä aggressiivisen ja levottoman käytöksen lisäksi myös uneliaisuutena sekä hidastumisena, nämä oireet voidaan sekoittaa helposti masennukseen. (Laurila 2017, 13.)

Sekavuustila oireyhtymän syynä on keskushermoston toiminnan häiriöt. Häiriön syntyyn voivat vaikuttaa erilaiset lääkeaineet, alkoholi, nestetasapainon häiriöt sekä erilaiset sairaudet. Erityisessä riskiasemassa ovat potilaat, joilla on heikentynyt yleiskunto, korkea ikä, heikentynyt näkö ja kuulo sekä aikeisempia aivovaurioita. Lääkkeiden ja päihteiden käyttö altistavat myös deliriumille. Deliriumissa oireet voivat olla voimakkuudeltaan vaihtelevia, voi olla, ettei johonkin aikaan päivästä oireita ilmene lainkaan. Potilaalla, joka kärsii deliriumista, esiintyy erilaisia pelkotiloja ja hän voi olla käytökseltään kiihtynyt tai lamaantunut. Koska autonominen hermosto on kiihtynyt deliriumin aikana potilas voi hikoilla sekä sydämen syke voi olla kiihtynyt. Potilaalla voi esiintyä myös lämmön ja verenpaineen nousua sekä hänen silmiensä mustuaiset voivat olla laajentuneet. Kun selvitetään mistä delirium johtuu, voidaan potilasta lääkittää antipsykooteilla sekä rauhoittavilla. Tutut ja turvalliset asiat voivat rauhoittaa potilasta esimerkiksi tuttu ympäristö sekä omaiset ja henkilökunta voivat vaikuttaa positiivisesti sekavuustilan aikana. (Huttunen 2018.) Saattohoito vaiheessa olevalla potilaalla delirium on todella yleinen ja siitä kannattaakin kertoa omaisille, etteivät he säikähdä. Kertominen mahdollisesta deliriumista helpottaa omaisten surutyöntekemistä kuoleman jälkeen. (Laurila 2015, 175.)

Haavoja on monia erilaisia, mutta niille kaikille yhteistä on se, että ennen hoidon aloittamista tulee selvittää hoidon tavoitteet, joita voivat olla esimerkiksi haavan erityksen sekä hajun väheneminen ja kivun väheneminen. Jotta haava voisi parantua se tarvitsee riittävästi energiaa, proteiinia ja suojaravintoaineita.

Haavan hoidossa ratkaisevassa asemassa on myös oikean paikallishoidon valitseminen. Perussyyn hoito, paikallishoito sekä oireiden hallinta ovat kolme eri osa-aluetta joihin haavan hoito luokitellaan. (Isoherranen 2015, 182.)

Painehaavojen syntymiselle erityisen alttiita ovat ihoalueet, joissa luu on pinnassa. Luun painaessa ihoa estyy normaali verenkierto, joka tapahtuisi ilman painetta. Yleisimmät paikat, joissa painehaavoja tavataan ovat pakarat, kantapäät, lonkat sekä alaselkä. Erityisesti vuodepotilaat, jotka eivät itse kykene kääntymään ovat erityisen alttiita painehaavoille, erityisen alttiita ovat myös potilaat, jotka sairastavat vakavia sairauksia. Myös iäkkäät ihmiset ovat vaarassa saada painehaavoja. Ensisijaisena hoitokeinona käytetään paineen alentamista sekä asentohoitoa eli asennon vaihtamista vähintään kahden tunnin välein. Asentohoidolla pyritään välttämään tietyn alueen jatkuvaa painumista. (Lumio 2018.) Mikäli potilas tarvitsee lisähappea, tulisi ensisijaisesti valita nenää painamaton maski, näin ehkäistään painehaavojen syntymistä. Jos potilas kuitenkin täytyy käyttää nenää painavaa maskia, tulee potilaan iho suojata hankausta ehkäisevillä ihonhoitotuotteilla. Painehaavojen syntyminen voidaan luokitella potilasvahingoksi ja se on haittatapahtuma. Painehaavojen ehkäisy tulee runsaasti halvemmaksi kuin niiden hoito. (Ahtiala, Kinnunen, Aaltonen & Roine 2017, 2614–2615.)

Mikäli painehaava kuitenkin syntyy siitä, voidaan poistaa kuollutta ihokudosta, sekä haavaa hoidetaan painehaavoille erikseen suunnatuilla haavanhoito ohjeilla, jotka voivat olla myös yksilöllisiä. Painehaavat jaetaan neljään eri syvyysluokitukseen esimerkiksi EPUAP painehaavan syvyysluokituksella. Painehaavoissa tärkeintä on niiden ennaltaehkäisy, ja tähän onkin erikseen tehtyjä riskimittareita, joista käytetyin ja luotettavin on Bradenin riskimittari. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 232–235.)

Kuolevien potilaiden oireista kutinaa esiintyy noin 5-12 prosentilla. Kutina voidaan luokitella neuropaattiseen, psykogeeniseen, neurogeeniseen sekä iholähtöiseen muotoon. Palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa toteuttavan hoitohenkilökunnan tulisi hallita kutinan hoitokeinot. Mikäli kutinan syy on kuiva iho, tulee vesipesuja harventaa ja ihoa rasvata. Neuropaattiseen kutinaan voi saada apua

pregabaliinista tai gababentiinistä. Kutinaan lääkehoitona voi myös toimia mirtatsapiini sekä paroksetiini. Hikoilu on myös kuolevien potilaiden yleinen oire. Se voi johtua syövästä, syövän hoidosta, vaihdevuosista tai lääkehoidosta. Mikäli hikoilu on rintasyövästä johtuvaa, voidaan sitä lievittää masennuslääkkeillä. (Hänninen & Rahko 2013, 433–439.) Potilaan oloa hikoilupuuskan aikana voidaan helpottaa erilaisilla tavoilla kuten nostamalla peitto sängyn laitojen päälle, pyyhkimällä viileällä pyyhkeellä potilasta sekä vähentämällä turhia vaatteita ja mahdollisuuksien mukaan huoneen lämpötilaa laskemalla. (Saarto ym. 2015, 184–185.)

6 KUOLEMAN KOHTAAMINEN

6.1 Aika ennen kuolemaa

Diagnoosi kuolevaan johtavasta sairaudesta tulee aina yllätyksenä, siihen ei pysty ikinä täysin varautumaan. Elämä ei ole enää koskaan entisensä. Diagnoosin saamisen jälkeen elämä voidaan jakaa aikaan ennen diagnoosia ja sen jälkeiseen aikaan. (Hänninen 2006b, 21.) Potilaan maailma pysähtyy ja hänellä alkaa voimia vaativa sopeutuminen (Grönlund & Huhtinen 2011, 52). Ihmisten reaktiot ovat yksilöllisiä koska niihin vaikuttavat monet osatekijät. Toisen ihmisen kokemus- tai tunnemaailmaa ei voi toinen ihminen koskaan täysin ymmärtää, tämä on tärkeää muistaa kuolevan potilaan hoidossa. (Hänninen 2006b, 35.)

Ihmisen saadessa tietää sairastavansa kuolemaan johtavaa sairautta, se synnyttää ihmisessä luopumis- ja suruprosessin. Suru liittyy yleensä vahvasti luopumiseen, luopumisen osa-alue voi esimerkiksi olla ihmisen unelmat sekä hänen tulevaisuutensa. (Hänninen 2006b, 22–23.) Diagnoosin kuultuaan voi potilas kokea epäuskoa, jonka jälkeen hän voi alkaa miettimään omaa sukutaustaansa sekä elintapojaan, jotka voivat aiheuttaa potilaalle syyllisyyden tunteita. Syyllisyyttä potilas voi kokea esimerkiksi alkoholista, vaikka hänen käyttönsä olisikin aina pysynyt suositusten rajoissa. Vähitellen potilaan on kuitenkin pakko sopeutua sairauteensa, ja alkaa ajattelemaan hoitotoimenpiteitä sekä niiden mahdollisesti mukanaan tuomia elämään vaikuttavia muutoksia. Monet ihmiset pelkäävät kuolemassa itse kuoleman hetkeä esimerkiksi kipuja, tulevaa hautaamista sekä sitä miten omaiset tulevat suhtautumaan kuolemaan. Yleinen pelko on myös se, mitä tapahtuu kuoleman jälkeen. Monet kertomukset kuoleman rajalla käymisestä tuovat lohtua sekä lievittävät kuoleman pelkoa saattohoidossa olevilla potilailla. (Grönlund & Huhtinen 2011, 52–53.)

Potilas käy läpi monia erilaisia tunnetiloja saadessaan tietää siitä, että hänellä on parantumaton sairaus. Jokainen potilas kokee erilaisia tuntemuksia, mutta yleisimpiä ovat pelko yksinjämisestä tai hylätyksi tulemisesta, torjunta, kapina,

ahdistus, viha, katkeruus, syyllisyys sekä haikeus siitä, että on jättänyt jotain tekemättä tai että ei ole ehtinyt tehdä kaikkea mitä olisi elämässään halunnut. (Elämän loppu; Lähellä kuolemaa.) Monelle vakavasti sairaalle toivoa sekä positiivisuutta voidaan elämään löytää jo eletystä elämästä, esimerkiksi lapsista tai lapsenlapsista (Pelkonen, Huttunen & Saarelma 2013, 17). Elämän loppuvaiheen hoitoa eli saattohoitoa voidaan kutsua ihmistä lohduttavaksi hoidoksi, koska hoidon tarkoitus ei ole enää parantaa vaan olla mukana kuoleman lähestyessä. Kuoleman lähestyessä tärkeää on läsnäolo (Hänninen 2006b, 100).

Potilaan ahdistusta voidaan tarvittaessa lievittää lääkkeillä. Potilaalla tulee olla lähellään ihmisiä, jotka ovat valmiita keskustelemaan hänen kanssaan kuolemasta, tämä lisää potilaalle turvallisuuden tunnetta. (Elämän loppu; Lähellä kuolemaa.) Elisabeth Kübler-Ross on tutkimuksensa perusteella määrittellyt kuoleman hyväksymisen vaiheet. Ensimmäiseksi vaiheeksi hän on määrittänyt kieltämisen, toiseksi vaiheeksi suuttumuksen, katkeruuden sekä kateuden, kolmanneksi taas yrityksen lykätä kuolemaa, neljäs vaihe on suru sekä masennus ja viimeinen eli viides vaihe on kuoleman hyväksyminen sekä siihen sopeutuminen. (Hakola, Kivistö & Mäkinen 2014, 49–50.) Kuoleva potilas on oikeutettu saamaan hengellistä tai henkistä tukea, johon sisältyy potilaan kuunteleminen, uskonnollisten tarpeiden huomioiminen sekä potilaan toivomien tapaamisten järjestäminen esimerkiksi sairaalan teologin kanssa. Saattohoidossa olevalla potilaalla on oikeus hänen perustarpeidensa huolehtimiseen sekä lisäksi esimerkiksi saamaan lempiruokiaan sekä juomiaan. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 449.)

Nyky-yhteiskunta korostaa paljon yksilöllisyyttä sekä itsellisyyttä, mutta tärkeää on muistaa, että jokainen yksilö on suhteessa johonkin toiseen ihmiseen. Yksilö saattaa olla jonkun äiti, veli, sisko, lapsi, puoliso, ystävä tai vaikka vain ohikulkija. Vaikkakin potilasta hoidetaan yksilöllisesti, hän on esisijaisesti esimerkiksi jonkun perheenjäsen, ja täten vakava kuolemaan johtava sairaus vaikuttaa koko perheeseen ja perhe taas vaikuttaa sairauden kulkuun. Perhekeskeisyys korostuu kuoleman lähestyessä, ja hoitohenkilökunnan tulee huomioida koko perheen jaksaminen. (Grönlund ym. 2008, 59.) Kuolemansairaana potilaan

omaisille tulee tarjota hengistä ja hengellistä tukea. Mikäli omaiset haluavat olla potilaan vierellä hänen elämänsä viimeisinä päivinä, hoitohenkilökunnan tehtäviin kuuluu kiinnittää huomiota heidän tukemiseensa, lepoon sekä ravintoon. Tarvittaessa omaiselle voidaan lääkärin määräyksestä antaa unilääke tai rauhoittavien lääkkeiden resepti. Läheiset voivat halutessaan omien voimavarojensa mukaan osallistua potilaan hoitoon. (Rautava-Nurmi 2016, 453.) Potilaan läheiset voivat kokea ristiriitaisia tunteita koskien potilaan kuolemista, he voivat toivoa potilaalle hänen kärsimystensä loppua, mutta samalla he toivovat, että potilas eläisi mahdollisimman pitkään. Jokainen potilaan läheinen kokee surun sekä luopumisen eri lailla, ja siihen vaikuttaa potilaan sekä läheisen keskinäinen suhde. (Elämää syövän kanssa; Kuoleman lähestyessä.) Parantumattomasti sairaan potilaan läheisille ei tule antaa epärealistista tai valheellista toivoa, vaan tietoa siitä, että hoitohenkilökunta tekee kaikkensa, että potilaalla on niin hyvä olla kuin se on hänen tilanteessaan mahdollista. (Pöyhiä, Tasmuth & Reinikainen 2014, 94).

Kuoleman lähestyessä tärkeää on kosketus, se on fyysinen yhteys toiseen ihmiseen ja osa inhimillistä kanssakäymistä. Kosketuksesta esimerkkinä voi olla se, kun hoitaja koskee kuolevan potilaan kättä, ja näin toivottaa hänelle hyvää matkaa. (Hänninen 2006b, 100.) Kuoleman lähestyessä hoitohenkilökunnan on tärkeää kuunnella tarkasti mitä kuoleva potilas hänelle sanoo. Hoitajan tulee rohkaista kuolevaa potilasta puhumaan, mikäli se on mahdollista. Esimerkiksi lause ”Tahtoisitko puhua minun kanssani jostakin?” voi rohkaista potilasta puhumaan. Hoitohenkilökunnan ei tule näyttää omia käsityksiään tai ennakkoluulojaan koskien kuolemaa. Potilaan näkökulmasta merkityksellistä voivat olla jopa hoitajan pienetkin eleet sekä puheet, tästä esimerkkinä kosketus tai vieressä istuminen. Mikäli et hoitajana saa selvää siitä, mitä potilas haluaisi sinulle sanoa tai sanoo, tulee sinun kiinnittää huomiota pieniin merkitseviin seikkoihin esimerkiksi kulmakarvojen rypyssä oleminen voi viitata kipuun. Tämän lisäksi voit vastata hellävaraisesti kysymyksellä tai sanoa potilaalle, että yritetään myöhemmin uudestaan, mikäli et saa selvää mitä potilas sinulle haluaisi kertoa, näin vältät luomasta potilaalle epäonnistumisen tunteen. Potilaan kertoessa esimerkiksi nähneensä kuolleen perheenjäsenensä, hoitajan tulee rohkaista ja esittää avoimia kysymyksiä, joista potilaan on helppo jatkaa kertomista. Tällainen

kysymys voi olla esimerkiksi ”Minkä näköinen äitisi on?”, kun potilas kertoo nähneensä kauan sitten kuolleen äitinsä. Hoitohenkilökunnan ei tule edellä mainitussa tilanteessa väittää potilaalle vastaan vaan hyväksyä sekä vahvistaa potilaan kertomus. Potilasta ei tule ahdistella kysymyksillä, vaan hän kyllä kertoo sitten kun hänelle on ajankohta sopiva. (Grönlund & Huhtinen 2011, 73–74.)

Puhuminen on tärkeää, sillä voidaan lohduttaa sekä pitää yhteyttä ihmisiin. Puhumisessa tärkeää on myös huomioida puheen tarpeellisuus, sanat eivät ole aina tarpeen. (Hänninen 2006b, 101.) Puuttuvat sanat voi korvata esimerkiksi silmiin katsominen tai koskettaminen. Aina ei tarvitse puhua mitään, varsinkaan silloin kun ei tiedä mitä sanoisi. Potilalle tärkeää on, että hoitaja on lähellä sekä se, ettei hoitajalla ole kiire mihinkään. Hoitajan on tärkeää myös kuunnella potilasta sekä osoittaa se pienillä eleillä esimerkiksi katsekontaktilla tai nyökkäyksellä. Kuoleman hetkellä erityisen tärkeää potilaalle on se, että häntä ei jätetä yksin. Tämän lisäksi on tärkeää, että hoitaja aidosti läsnä sekä tilanteesta tehdään rauhallinen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 73–74.) Saattohoitoa toteuttavalla hoitajalla tulisi olla lämpimät kädet, jotka koskettavat, pieni suu, jotta hän osaisi vaieta sekä suuret korvat, joilla hän voisi kuunnella (Hänninen 2006b, 108).

6.2 Kuoleman jälkeen

Kuolema on elämän väistämätön päätepiste, ja useille sen kohtaaminen voi luoda epävarmuuden tunnetta sekä pelkoa kärsimyksestä (Hänninen 2006b, 170). Kuoleman kohdatessa ihmismielen suojelumekanismi on jokaisella ihmisellä erilainen, toinen ihminen voi toimia selkeästi ja hoitaa käytännön järjestelyt, kun taas toinen jähmettyy eikä osaa toimia. Omaiset voivat saada tukea moniammatilliselta työryhmältä, josta esimerkkinä sairaalapastori. Sairaalapastori voi antaa läheisille tukea ja turvaa sekä keskustella heidän kanssaan heidän läheisensä poismenostansa. (Mäkelin 2018, 123.) Kuolema koskettaa kuolleen läheisiä, ja se on suuri muutos heidän elämässään. Kuolema voi koskettaa myös hoitohenkilökuntaa, sillä hoitosuhde voi olla ollut pitkä. Tähän suureen muutokseen jokainen ihminen reagoi omalla tavallansa. Surun tunne on

normaali sekä välttämätön ison menetyksen kohdatessa. Kuolema voi vaikuttaa myös perheen sisällä perheenjäsenten välisiin ihmissuhteisiin. Jokainen perhe on erilainen ja jokaisella on omanlaisensa tapansa kohdata suru sekä muistella kuolleita. (Grönlund ym. 2008, 61.)

Eriyisen tärkeää kuoleman kohdatessa on varata riittävästi aikaa omaisille, jotta he voivat rauhassa hyvästellä läheisensä. Vainajaa säilytetään osastolla 2-3 tuntia kuoleman jälkeen. Hoitajan, joka ilmoittaa omaisille kuolemasta, tulee olla hyvin perillä potilaan viimeisistä elintunneista, jotta osaa tarvittaessa vastata omaisten kysymyksiin. Läheisille järjestetään myös erilaisia kriisiryhmiä, joissa voidaan antaa kriisinhoitoa kuolleen ihmisen läheisille. Läheiset voivat osallistua myös paikkakunnalla järjestettäviin sururyhmiin ja läheisteniltoihin, hoitohenkilökunnan onkin tärkeää antaa tietoa läheisille olemassa olevista ryhmistä. Hoitohenkilökunnan tulee opastaa omia heidän kysymyksissään, sekä antaa tietoa mistä he voivat eri apuja saada esimerkiksi sairaalanhoitomaksuasioita voi tiedustella potilastoimistosta, osastolta tai sosiaalihoitajalta. Hoitohenkilökunnan tulee myös antaa kuolleen potilaan omaisille opaslehtiö, jossa kerrotaan käytännönjärjestelyistä esimerkiksi hautajaisten järjestämisestä. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 453.)

Hoitohenkilökunnan kohdatessa kuolleen potilaan omaiset, tulee heidän olla aidosti läsnä tilanteessa, kuunnella, tukea sekä osoittaa empatiaa. Kuolleen potilaan omaiset arvostavat sitä, että hoitohenkilökunta uskaltaa näyttää tunteensa kohtuuden rajoissa, sekä eivät pelkää kohdata omia. Omaisten kohtaamisessa on tärkeä muistaa, että heistäkin jokainen on yksilö ja hoitohenkilökunnan tulee tilanteen mukaan arvioida haluavatko omaiset, että heitä kosketaan lohdutukseksi esimerkiksi halaamalla. (Grönlund & Huhtinen 2011. 139–140.) Leskeksi jäänyt nainen kertoo, että sanat ”otan osaa” tuntuvat todelliselta välittämiseltä, sekä koskettivat ja lohduttivat häntä hänen miehensä kuoleman jälkeen. Nämä pienet sanat on hyvä muistaa kohdatessaan kuolleen läheisiä. (Aaltonen 2013, 82–83.)

Hoitohenkilökunnan tulee osata todeta potilaasta kuoleman merkit. Ihminen on kuollut, kun hänen sydämensä toiminta sekä hengitys on loppunut. Potilas ei

enää reagoi kipuun sekä hänen refleksinsä ovat sammuneet, kun hän on kuollut. Potilaasta voi huomata toissijaisia kuoleman merkkejä, joita ovat lautumien ilmaantuminen, ruumiinlämmön laskeminen sekä kuolonkankeus. Lopullisesti ihmisen kuolleeksi toteaa aina lääkäri. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä kellonaika ja päivämäärä sekä viimeiset hetket ennen kuolemaa. Hoitajan tehtäviin potilaan kuoltua, kuuluu vainajan laittaminen. Omaiset voivat osallistua vainajan laittamiseen, mikäli he haluavat. Omaisten tai läheisten halu osallistua vainajanlaittoon tulee selvittää. Vainajaa laitettaessa tulee selvittää vainajan uskonnollinen vakaumus, jotta vainajan laitto osataan tehdä uskonnollista vakaumusta kunnioittaen. Vainajan laittoon tulee suhtautua kunnioittavasti sekä arvokkaasti ja turha puhe tulisi jättää pois. Hoitajan on tärkeää muistaa että, mikäli omaiset haluavat osallistua vainajan laittoon heitä tulee opastaa sekä heitä ei tule hoputtaa ja ilmapiirin tulee olla hiljainen ja rauhallinen. Vainajaa laitettaessa noudatetaan hoitolaitoksen ohjeita. Omaisille on hyvä kertoa, että vasta hautausluvan saamisen jälkeen vainaja voidaan luovuttaa ruumishuoneelta. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 454–456.)

7 PROJEKTITYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS

Ennalta määritellyn tavoitteen saavuttamista kutsutaan projektityöksi. Huolellisen suunnitelman tekeminen on tärkeää, jotta tiedetään projektin kesto, eli aikataulu. (Kettunen 2009, 15,32.) Projektia voi kohdata erilaiset ongelmat, mutta näitä voidaan hallita hyvällä suunnittelulla (Rissanen 2002, 55). Tavoitteita miettiessä on tärkeää huomioida, että ne ovat realistisia sekä saavutettavissa. Tavoitteiden laatiminen onkin merkittävä osa suunnitelma-vaihetta. Projektisuunnitelmassa käy ilmi projektin tausta, tavoitteet, tuotos sekä vaiheet. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 123,125.) Aikataulunsuunnittelu auttaa projektin etenemistä sekä se havainnollistaa projektin toteuttamisen. Projektisuunnitelmasta käy ilmi aikataulu sekä mahdollinen resurssisuunnitelma. (Paasivaara ym. 2008, 126.)

Projekti on lähtenyt liikkeelle pääongelmasta, joka on se, että millä eri tavoilla opaslehtinen parantaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumista? Valmis opas parantaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamista, mikäli opas otetaan mukaan hoidon toteuttamiseen käytännössä. Oppaassa on tietoa monista eri lähteistä, joten se voi tuoda kokeneellekin hoitajalle uutta tietoa sekä uutta näkökulmaa. Opas tuo käytäntöön lisäarvoa lisäämällä Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnan tietoa ja valmiuksia kokonaisvaltaisen ammattitaitoisen hoidon toteuttamiseen.

Saimme aiheen opinnäytetyöhön syksyllä 2018 Simon vuodeosastolla osastonhoitajana toimivalta Elissa Rimalilta. Ehdotimme palliatiivisen hoidon ja saattohoito-oppaan tekemistä Simon vuodeosastolle, josta saimme myönteisen vastauksen tarpeelle. Aihe kiinnosti meitä molempia ja siitä onkin hyötyä tulevaa työelämää varten. Halusimme että opinnäytetyöstä jää konkreettinen tuotos, josta on hyötyä hoitohenkilökunnalle. Projektityön tuotoksena syntyi opas palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Projektin suunnitelma laadittiin ja se hyväksyttiin helmikuussa 2019. Tämän jälkeen aloitimme projektin valmistumisvaiheen.

Opinnäytetyö koostuu raporttiosuudesta sekä itse oppaasta. Projekti valmistui keväällä 2019 ja se esitettiin toukokuussa 2019 Lapin ammattikorkeakoulussa.

Projektin etenemistä ei voida tarkkaan ennustaa, joten projektin edetessä tulee vastaan haasteita sekä erilaisia tilanteita, joiden vuoksi valmiiksi tehtyjä suunnitelmia ei voida sellaisenaan käyttää ja niitä tulee muuttaa (Kettunen 2009, 163). Projektissa vastaantulevia haasteita voi olla esimerkiksi tavoitteiden epäselvyys tai aikataulujen epärealistisuus. Tärkeä vaihe projektissa on päättäminen ja projekti voi jäädä päättämättä esimerkiksi aikataulun venähtämisen seurauksena. Aikataulussa onkin tärkeää pysyä, jotta projekti saadaan päätökseen. (Paasivaara ym. 2008. 128, 137.) Emme käsitelleet eri uskontojen sekä kulttuurien erityispiirteitä, sillä aineistosta olisi tullut muuten liian laaja.

Opinnäytetyö on teorialähtöinen ja siinä käytetään aikaisemmin tutkittua tietoa eli tutkimusmenetelmä on deduktiivinen. Tietoperusta työssä koostuu useista eri tutkimusartikkeleista, kirjoista sekä hoitotieteen artikkeleista. Emme siis ole luoneet uutta tietoa, vaan käyttäneet jo aikaisemmin tutkittua ja todeksi varmennettua tietoa. Olemme koonneet aikaisemmasta tutkitusta tiedosta kokonaisuuden, jossa yhdistyvät useat eri tietolähteet. Lähteiden välillä on lähdesynteesiä. Opinnäytetyön laaja tietokokonaisuus tiivistyy valmiissa tuotoksessa toimeksiantajamme tarpeita vastaavaksi tuotokseksi. Olemme siis koonneet laajasta aikaisemmin tutkitusta tiedosta olennaisimmat tiedot ja koonneet ne oppaaksi, joka vastaa Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnan tarpeita. Materiaali on analysoitu ja tiivistetty sekä etukäteen hankittu ennen oppaan tekemistä. Projektin aineistoanalyysimenetelmä on teema-analyysi eli teemoittelu. Tämä näkyy työssämme siten, että olemme etsineet palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon kuuluvia laajempia kokonaisuuksia, joista olemme ottaneet työtämme koskien olennaisen tiedon useista eri lähteistä sekä karsineet pois mielestämme epäolennaiset tiedot. Olemme luoneet työhön erilaisia kokonaisuuksia eri aihealueista ja näin teemoitelleet laajan tietoperustan. Laadimme projektille tiukan aikataulusuunnitelman. Varasimme valmistusvaiheen tekemiselle muutaman kuukauden. Projektia toteutimme yhdessä, sekä vaihtelimme tehtävänjakoa, jotta molemmat tekisivät yhtä paljon

töitä ja molempien kädenjälki näkyisi tuotoksessa. Aikataulu on pysynyt suunnittelemassamme aikataulussa.

Projektityömme prosessi eteni projektityön elinkaaren mukaisesti. Kävimme läpi prosessissa kaikki viisi vaihetta. Projektimme lähti liikkeelle tarpeen tunnistamisesta. Tämän jälkeen kävimme läpi suunnittelu- ja aloittamisvaiheen, jossa teimme opinnäytetyön ideapaperin sekä suunnitelman. Ohjaaja Seppo Kilpiäinen hyväksyi opinnäytetyön ideapaperin sekä suunnitelman, ja tämän jälkeen jatkoimme aloittamisvaiheeseen ja aloitimme opinnäytetyön tekemisen. Toteuttamisvaiheessa kirjoitimme opinnäytetyötä, kävimme opinnäytetyön ohjauksessa sekä teimme oppaan. Projektityömme prosessi päättyi päättämisen- sekä vaikuttavuuden arviointivaiheeseen.

Projektityön tuotoksena syntyi palliatiivinen hoito ja saattohoito-opas Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Oppaassa johdatellaan lukija ensin oppaan sisältöön. Tämän jälkeen kerrotaan mitä palliatiivinen hoito ja saattohoito käsitteenä tarkoittaa. Oppaassa kerrotaan myös hoitotahdosta, hoitosuunnitelmasta, saattohoitopäätöksestä sekä potilaiden yleisimmistä oireista ja niiden hoidosta. Lisäksi oppaasta saa tietoa, kuinka kohdata kuoleva potilas sekä hänen omaisensa. Oppaassa käytetään maisemakuvia, joilla pyritään luomaan rauhallista tunnelmaa. Opas on selkeä sekä tiivis kokonaisuus ja näin ollen helppolukuinen. Opas on kooltaan pieni, jotta sitä olisi helppo säilyttää. Oppaassa on selkeä ja yksinkertainen sisällysluettelo, jotta lukijalla olisi helpompi etsiä oppaasta haluamaansa tietoa.

8 PROJEKTIN ARVIOINTI

Loppuraportit eivät ole samanlaisia kaikissa tuotoksissa, vaan niissä voi esiintyä eroavaisuuksia. Loppuraportti toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee aloittaa tiivistelmällä sekä sen tulee sisältää kustannukset, tavoitteiden arvioinnin, saadut kokemukset sekä mahdolliset parannusehdotukset. (Karlsson & Marttala 2002, 99.) Jokaisella projektilla on oma alkupisteensä sekä päätepiste, eli elinkaari. Elinkaari sisältää jokaiselle projektille tarpeellisen määrän vaiheita, näitä vaiheita on yleensä kolmesta viiteen. Elinkaaren ensimmäinen vaihe on tarpeen tunnistaminen ja tätä seuraa seuraava vaihe, joka on suunnittelu- ja aloittamisvaihe. Kolmatta vaihetta kutsutaan nimellä kokeilu- ja toteuttamisvaihe ja tätä seuraakin päättämisen- ja vaikuttavuuden arviointivaihe. Elinkaaren viimeiseksi vaiheeksi on määritelty projektin sulattamisvaihe. (Paasivaara ym. 2008, 103.) Projektin tuloksena syntyy aina jokin konkreettinen asia, oli se sitten opaslehtinen taikka talo (Kettunen 2009, 182.)

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi opaslehtinen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Opas on tehty hoitohenkilökunnan tarpeita vastaavaksi eli meidän projektimme lähti liikkeelle siitä, että Simon vuodeosastolla ei ole vielä palliatiivisen hoidon ja saattohoidonopasta. Toimeksiantaja antoi oppaan suhteen vapaat kädet, ja antoi hyväksyntänsä oppaalle jo lähes projektin lopussa. Toimeksiantajalla oli siis mahdollisuus esittää korjaus- tai parannusehdotuksensa. Toimeksiantaja on näyttänyt kohderyhmälle eli Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle oppaan ja saanut heiltä myös hyväksynnän kyseiselle tuotokselle. Opas esitellään toimeksiantajalle ennen varsinaista esitystä sekä opas hyväksytetään toimeksiantajalla. Valmiista oppaasta tullaan pitämään pienimuotoinen tilaisuus, jossa esitämme valmiin tuotoksen. Esitystilaisuudessa tulemme keräämään suullista palautetta oppaasta, mutta tämä ei enää hyödytä projektia koska palautetta ei voida enää käyttää projektin parantamiseen. Toimeksiantaja on hyväksynyt valmiin tuotoksen, ja kokee, ettei oppaasta voi tehdä laajempaa, jotta olennainen tieto löytyy helposti. Projektin varrella olemme saaneet palautetta oppaasta puhelimen välityksellä. Toimeksiantaja on ollut tyytyväinen tuotokseen.

Olemme saaneet opinnäytetyön ohjaajalta Seppo Kilpiäiseltä palautetta sekä tukea pitkin projektin etenemistä.

Lähdeviitteiden sekä lähdeluettelon avulla voidaan arvioida tiedon lähteiden auktoriteettia. Mikäli jokin yksi tietty tekijä toistuu monta kertaa, on todennäköisimmin syynä se, että hänellä on kyseisellä alalla auktoriteettia sekä tunnettavuutta. Lähteiden luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi sanavalintojen, vivahteiden sekä painotusten avulla. Näistä edellä mainituista asioista selviää myös se, miten kirjoittaja suhtautuu asiaan. (Vilkkka & Airaksinen 2003, 72–73.)

Opinnäytetyössämme lähteenä esiintyy usein lääkäri Juha Hänninen, joka on saattohoidon asiantuntija. Lähteissä esiintyy myös useasti Tiina Saarto, ja hän onkin palliatiivisen hoidon johtava asiantuntija. Heillä on palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon alalla auktoriteettia sekä tunnettavuutta. Lähteinä opinnäytetyössämme toimii kirjallisuuslähteet, erilaiset artikkelit sekä Internet-lähteet. Oppaassamme olemme käyttäneet itse ottamiamme kuvia, joten emme merkinneet kuviin erikseen lähteitä.

Osana opinnäytetyöstä saatua oppimisprosessia on oman opinnäytetyön arviointi. Opinnäytetyötä suunnitellessa sekä tehdessä olemme käyttäneet jatkuvaa itsearviointia sekä olemme arvioineet toistemme kirjoittamia osuuksia. Pohdinta osiossa arvioimme projektin aikana tapahtunutta ammatillista kasvua sekä kehittymistä. Projektityömme lopputuloksen arvioi ohjaaja Seppo Kilpiäinen, ja valmiin oppaan hyväksyy toimeksiantajamme Elissa Rimali.

9 EETTISYYS, LUOTETTAVUUS JA PÄTEVYYS

Eettisyyteen sisältyy tutkimuksen luotettavuus sekä myös tutkimuksen laatu. Eettisyyteen liittyy myös hyvä tieteellinen käytäntö, johon sisältyy tiedeyhteisön määrittelemien toimintatapojen noudattaminen sekä muiden aiempien töiden ja saavutusten kunnioittaminen ja huomioon ottaminen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös avoimuus tuloksien julkistamisessa. Tiedonhankinta-, arviointi-, sekä tutkimusmenetelmät soveltavat eettisesti kestäviä sekä tieteellisentutkimuksen mukaisia menetelmiä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että suunnittelu, toteutus sekä raportointi yksityiskohtaisesti noudattavat tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamia vaatimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150–151.)

Eettisyyteen sisältyy se, ettei toisten töitä plagioida. Plagiointia voi olla epäselvät lähdemerkinnät tai esimerkiksi keksityt lähteet sekä väitteet (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78). Opinnäytetyössämme lähteet ovat merkitty selkeästi tekstin perään ja niistä käy ilmi kirjoittajat sekä sivunumerot ja vuosiluvut. Internet-lähteissä on merkitty päivä, jolloin lähteitä on käytetty. Opinnäytetyössä on käytetty luotettavia lähteitä.

Projektin laatua ei voida kuvailla yksiselitteisesti. Laatu liittyy vahvasti tilanteeseen tai työhön asetetuista tavoitteista. Laatutoiminnan tulee olla ennakoivaa, tämä pätee myös projektisuunnitteluun. Tämä toteutuu silloin, kun tarkastetaan huolellisesti suunnittelu- ja määrittelyvaiheen tulokset. Laatuun sisältyy myös ohjausprosessiin liittyvät tekijät esimerkiksi se, että kustannus- ja työmääräarvioit sekä aikataulun pitävyys. (Ruuska 2005, 210–211.) Opinnäytetyönsuunnitelma on tarkastettu ohjaan toimesta. Kustannusarviot sekä aikataulu on opinnäytetyössämme pitänyt paikkansa.

Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyy tutkimustulosten laatu ja niiden luotettavuus. Reliabiliteetilla sekä validiteetilla voidaan mitata työn luotettavuutta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimustulokset pysyviä. Pysyvyyttä voidaan arvioida siten, että mikäli tutkimus tehtäisiin uudestaan, saataisiin samat

tulokset edelliselläkin kerralla. Tutkitaanko oikeita asioita, voidaan mitata validiteetin avulla. (Kananen 2015, 343.) Opinnäytetyössä on käytetty nykysuositusten mukaista tietoa. Tämä on tärkeää hoitotyössä, koska menetelmät muuttuvat jatkuvasti uuden tiedon myötä.

Olemme selvittäneet esteellisyytemme ennen opinnäytetyön tekemisen aloittamista, sekä perehtyneet työn aiheeseen. Olemme perehtyneet myös tutkimuseettisiin ohjeisiin sekä hyvään tutkimuskäytäntöön. Emme tuo opinnäytetyössämme esille omia mielipiteitämme liittyen palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon. Opinnäytetyö tarkastetaan plagiointitunnistusjärjestelmässä, ja tämä tuo siihen eettisyyttä, koska toisten tekstien plagiointi ei ole mahdollista. Opas on tehty yhteistyössä Simon vuodeoston osastonhoitajan kanssa, ja opas tulee esille Simon vuodeosastolle. Opasta saavat käyttää Simon terveyskeskuksen yhteydessä toimivat yksiköt.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli erittäin opettavainen prosessi. Tähän prosessiin sisältyi myös haasteita, joita olivat aikataulussa pysyminen sekä monipuolisten lähteiden löytäminen. Haasteita toi myös aikataulujen yhteensovittaminen, sillä pyrimme siihen, että teemme koko opinnäytetyön yhdessä, jotta molemmat meistä panostavat saman verran sekä, että työssä näkyy molempien kädenjälki. Opinnäytetyön tekeminen kahdestaan oli antoisaa, koska se kehitti meidän vuorovaikutustaitojamme, aikataulusuunnitelman tekemistä sekä organisaatio-kykyä. Tehtävän tekeminen yhdessä muodosti myös kysymyksiä, joita käsitelimme ja pohdimme yhdessä, näin saimme lisätietoa aiheesta. Tärkeä jatkotutkimushaaste on palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa pienillä paikkakunnilla toteuttavien hoitajien työssä jaksaminen.

Opinnäytetyönprosessin aikana kasvoimme molemmat ammatillisesti. Opinnäytetyön tekeminen vaati meiltä molemmilta kärsivällisyyttä sekä taitoa tehdä kompromisseja. Olimme lähteiden suhteen erittäin kriittisiä, jotta emme anna väärää tietoa eteenpäin oppaan muodossa. Meillä ei ole aikaisempaa koulutusta hoitotyöstä, joten opinnäytetyön tekeminen tuotti runsaasti ammatillista kasvua. Opinnäytetyön aiheen suhteen olimme molemmat yksimielisiä sekä innostuneita aiheesta.

Opas sekä aihe tuovat käytännön hoitotyölle lisäarvoa, lisäämällä Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnalle tietoa sekä valmiuksia toteuttaa kokonaisvaltaista ammattitaitoista palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Opas auttaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan lääkkeettömiä hoitokeinoja. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat aina ensisijainen hoitomuoto, sekä hoitajat voivat itsenäisesti oman ammattitaitonsa mukaan toteuttaa lääkkeettömiä hoitokeinoja.

Oppaan tekemisen valitsimme, koska halusimme tukea Simon vuodeosaston hoitohenkilökunnan valmiuksia toteuttaa arvokasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Valitsimme Simon vuodeosaston, koska olemme molemmat kotoisin Simosta ja halusimme tehdä oppaan tukemaan kotikuntamme hoitotyötä.

Kuolema on väistämätön elämän päätepiste, ja se kohtaa jokaisen ihmisen. Tämän vuoksi koimme, että aihe on tärkeä. Jokainen ihminen ansaitsee arvokkaan loppuelämän. Koemme olevamme tulevina hoitajina etuoikeutettuja siitä, että saamme olla osana toteuttamassa arvokasta loppuelämän hoitoa.

LÄHTEET

Aalto, K. 2013. Saattohoito, kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Aaltonen, M. 2015. Patterns of care in the last two years of life: care transitions and places of death of old people. An academic dissertation. Tampere University Press. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/98030>. Viitattu 9.5.2019

Ahtiala, M., Kinnunen, M., Aaltonen, L-M. & Roine, R. 2017. Painehaavoja ei pitäisi syntyä. Lääkärilehti. 45/2017 vsk 72. 2614–2615. <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tyossa/kantapaan-kautta/painehaavoja-ei-pitaisi-syntyä/>. Viitattu 9.5.2019

Allen, S.J., Martinez, EG, Gregorio, GV & Dans, LF. 2010. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://www.cochrane.org/CD003048/INFECTN_probiotics-for-treating-acute-infectious-diarrhoea. Viitattu 23.2.2019

Arkkila, P. 2018. Ummetus. Teoksessa M. Färkkilä, M. Heikkinen, H. Isoniemi & P. Puolakkainen. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50–57.

Atula, S. 2019. Hikka (nikotus). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00865. Viitattu 11.4.2019

Diarrhoea. 2019. NHS choices. Nursing times. Emap publishing limited. <https://www.nursingtimes.net/diarrhoea/1994714.article>. Viitattu 23.2.2019

Elämää syövän kanssa; Kuoleman lähestyessä. Kaikki syövästä. Syöpäjärjestöt. https://www.kaikkisyovasta.fi/elama-syovan-kanssa/kuoleman_lahestyessa/. Viitattu 24.2.2019

Erjanti, H., Anttonen, M S. & Grönlund, A. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.

Grönlund, E., Anttonen, MS., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

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

Hakola, O., Kivistö, A. & Mäkinen, V. 2014. Kuoleman kulttuurit Suomessa. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Halila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto–Käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809. Viitattu 11.4.2019

Heikka, O. 2015. Erilaisten hammasproteesien puhdistaminen. Duodecim terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00030&p_hakusana=erilaisten%20hammasproteesien. Viitattu 11.4.2019

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliativisessa hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129 (4), 385-392. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>. Viitattu 11.4.2019

Hiiri, A. 2015. Suun sienitulehdukset. Duodecim terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=trv00108. Viitattu 23.2.2019

Hiiri, A. 2015. Kuiva suu. Duodecim terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00116&p_hakusana=kuiva%20suu. Viitattu 11.4.2019

Hujala, N. & Tiainen, A-M. 2009. Lääkehoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357. Viitattu 11.4.2019

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2006a. Elämän loppu vai kuoleman alku. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2006b. Kuoleman kaari. Hämeenlinna: Kirjapaja Oy.

Hänninen, J. 2013. Korvaako hyvä saattohoito aina eutanasian? Teoksessa Seppänen, E. & Taipale, I. (toim.) Eutanasia puolesta & vastaan. Helsinki: Into kustannus Oy, 115–133

Hänninen, J. & Anttonen, M.S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M.S. Anttonen, S. Lehtomäki, & E. Agge. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto, 23–35.

Hänninen, J. & Rahkonen, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129 (4), 433–439. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10798>. Viitattu 9.4.2019

Jansson, M. 2018. Pleuraneste on melko tavallinen löydös. Lääkärilehti 16/2018. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/uutiset/pleuraneste-on-melko-tavallinen-loydos/?public=772746edd658d55675b58808c69730e7>. Viitattu 10.4.2019

- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3., uudistettu painos.
- Karlsson, Å. & Marttala, A. 2002. Projektkirja – onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Keskinen, H. 2015. Suun omahoito. Duodecim terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00158. Viitattu 11.4.2019
- Keskinen, H. & Remes-Lyly, T. 2015. Suun kuivuus yleistä ikääntyneillä. Duodecim terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00066&p_hakusana=suun%20kuivuus%20yleist%C3%A4. Viitattu 11.4.2019
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. 2., uudistettu painos. Helsinki:WSOY.
- Kipu. Käypä hoito. Duodecim. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>. Viitattu 10.4.2019
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 129 (4), 440-445.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>. Viitattu 8.4.2019
- Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuparinen, A. 2001. Vatsan ja suoliston luonnonmukainen hoito. 3.painos. Halikko: Maxmedica Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Finlex. Edita Publishing Oy. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 8.4.2019
- Laurila, J. 2017. Delirium. Yleislääkäri 4/2017 vsk 32. 13.
<https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suomen%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=cdaff0ea-55a4-11e7-bded-00155d64030a>. Viitattu 9.5.2019
- Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliativinen hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 129 (4), 395–402.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10828>. Viitattu 10.4.2019
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 135 (4), 335–342.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/4/duo14788>. Viitattu 11.4.2019
- Liippo, K. & Vasankari, T. Veriyskä- tavallisista taudeista harvinaisuuksiin. 2011. lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 127 (2), 178–184.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/2/duo99289>. Viitattu 10.4.2019

- Lumio, J. 2018. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.4.2019
- Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliativisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Mustajoki P. 2018a. Pitkittänyt (krooninen) ripuli. Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00059. Viitattu 23.2.2019
- Mustajoki P. 2018b. Ummetus. Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092. Viitattu 23.2.2019
- Mäkelin, H. 2018. Kuolema, kaikki mitä olet aina halunnut tietää. Helsinki: Kustantamo S&S.
- Mäkinen, T. 2017. Saattohoidossa suu on usein kipeä– näin helpotat potilaan oireita. Työelämä: Tehy lehti. <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/saattohoidossa-suu-usein-kipea-nain-helipotat-potilaan-oireita>. Viitattu 11.4.2019
- Nuotio, M., Ala-Nissilä, S. & Tammela, T. 2017. Iäkkäiden virtsaamisvaivat ja niiden hoito. Lääkärilehti. 44/2017 vsk 72. 2515-2520. <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/iakkaiden-virtsaamisvaivat-ja-niiden-hoito/>. Viitattu 9.5.2019
- Nurminen M-L. 2010. Lääkehoidon abc. 12., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, N. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Pajala, M. 2018. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa M. Färkkilä, M. Heikkinen, H. Isoniemi & P. Puolakkainen (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35–41.
- Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa K. Aalto (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 11–23.
- Pelkonen, R., Huttunen, M. & Saarelma, K. Sairaus ja toivo. 2013. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Pöyhiö, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. Lääkäri saattajana. 2014. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rieska, H. & Saarelainen, S. 2011. Nestettä pleurassa– ongelmasta hoitoon. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 127 (2), 185–190.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/2/duo99314.i> Viitattu 9.4.2019

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Saarelma O. 2018a. Virtsaumpi. Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00346.
 Viitattu. 23.2.2019

Saarelma O. 2018b. Virtsankarkailu, virtsainkontinenssi (miehet). Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00344.
 Viitattu 11.4.2019

Saarelma O. 2018c. Väsymys. Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.
https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00348. Viitattu 23.2.2019

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, S. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 9.4.2019

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.

Salanterä, S., Hagelber, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salomaa, E-R. 2016. Veriyskä. Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00100.
 Viitattu. 11.4.2019

Sarivaara, S. Lämsä, R. & Seppälä, U. 2018. Kuolema vuodeosastolla– kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. Gerontologia 32(1). 17.
<https://journal.fi/gerontologia/article/view/67817/30961>. Viitattu 9.5.2019

Seppälä, O-P. 2018. Keuhkopussin nestekertymä ja pleurapunktio. Lääkärin tietokannat / Lääkärin käsikirja [online; vaatii käyttäjätunnuksen]. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.2.2019

Seppälä, O-P. & Ylä-Outinen, H. 2018. Pleuranesteen tutkiminen. 16/2018 vsk 73. 988-993. <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/pleuranesteen-tutkiminen/>. Viitattu 9.5.2019

Surakka, T., Mattila, K-P., Åsted-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö, parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Systeeminen lupus erythematosus (SLE). Reumaliitto. Suomen Reumaliitto ry. <https://www.reumaliitto.fi/fi/reuma-aapinen/lastenreuma-aapinen/systeeminen-lupus-erythematosus-sle>. Viitattu 23.2.2019

Tarnanen, K., Mikkola, T., Ala-Nissilä, S., Vuorela, P. & Komulainen, J. 2017. Karkaako virtsa? (virtsakarkailu naisilla). Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00063>. Viitattu 23.2.2019

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2018. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käypähoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072&suositusid=hoi50063>. Viitattu 10.4.2019

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti. 9/2019 vsk 74. 540–544. <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>. Viitattu 9.5.2019

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ukkola, O. 2005. Kakeksia. Aikakausikirja Duodecim. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/9/duo94965>. Viitattu 23.2.2019

Vainio, A. 1998. Hengitysteiden oireet. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 74–78.

Vainio, A., Saarto, T. & Hänninen, J. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58–103.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Hoitotahto.

Liite 2. VAS-kipumittari.

Liite 1. Hoitotahto

 TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

HOITOTAHTO

Täten minä

nimi syntymäaika

määrään, että jos minä vakavan sairauden tai onnettomuuden seurauksena en pysty päättämään omasta hoidostani esimerkiksi tajuttomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi, ei minua hoidettaessa saa käyttää keinotekoisesti elintoimintoja ylläpitäviä hoitomuotoja /ellei tilani korjautumiseen ole selkeitä perusteita/. Vaikeiden oireiden poistamiseksi tai lievittämiseksi voidaan kuitenkin edellä mainittuja keinojakin tilapäisesti käyttää.

Tehohoitoa voidaan minulle antaa vain, jos voidaan kohtuudella arvioida, että sen antaminen johtaa parempaan tulokseen kuin pelkästään lyhytaikaiseen elämän pitkittymiseen.

Jos toivorikkaana aloitettu hoito osoittautuu tuloksettomaksi, siitä on välittömästi luovuttava.

Paikka ja aika

Allekirjoitus (nimi, ammatti ja kotipaikka)

Varta vasten kutsuttuina ja samanaikaisesti saapuvilla olevina todistajina vakuutamme täten, että

Hoitotahdon tekijän nimi

jonka hyvin tunemme, on omakätisesti allekirjoittanut edellä olevan hoitotahdon selittäen sen vakaaksi tahdokseen. Hän on tehnyt tämän hoitotahdon terveellä ja täydellä ymmärryksellä, vapaasta tahdostaan ja käsittäen täysin sen merkityksen.

Paikka ja aika

Kaksi esteetöntä todistajaa

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allekirjoitus	Allekirjoitus
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ammatti	Ammatti
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kotipaikka	Kotipaikka
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nimensevennys	Nimensevennys

Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hoitotahto.
https://thl.fi/documents/920256/1449649/Hoitotahto_2015_04_17.pdf/b64267afe05d-4cbd-80c8-91c8109aebf3

Liite 2. VAS-kipumittari



Lähde: Terve. Kipupotilaan tutkimisen apuvälineitä. VAS-Kipumittari.
<https://www.terve.fi/artikkelit/kipupotilaan-tutkimisen-apuvälineita>