SAATTOHOITOA HANKASALMELLA

- Hyvän saattohoidon malli

Matilainen, Heidi & Pirkkalainen, Minna

Opinnäytetyö, syksy 2011

Diakonia Ammattikorkeakoulu,
Diak Itä, Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja(AMK)

TIIVISTELMÄ

Matilainen, Heidi & Pirkkalainen, Minna. Saattohoitoa Hankasalmella, Hyvä saattohoidon malli. Pieksämäki, syksy 2011, 85 s, 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyömme sisälsi sekä tutkimus-, että toiminnallisen osion. Työmme tarkoituksena ja tavoitteena oli selvittää saattohoidon nykytilaa Hankasalmella ja yhtenäistää saattohoidon käytäntöjä eri työyksiköiden välillä. Tavoitteena oli helpottaa hoitajien työtä opasvihkon muodossa. Opasvihkoon kokosimme keskeisimmät teoriat saattohoidosta tekemiemme kyselyiden pohjalta. Oppaassa tuotiin esille myös Hankasalmen näkökulma.

Työmme lähestymistapa oli kvalitatiivinen. Selvitimme hoitajien mielipiteitä kirjallisella kyselyllä, jolla selvitimme saattohoidon nykytilaa Hankasalmella, saattohoidossa kehitettäviä asioita sekä hoitajien ammattitaidon ja organisaation toimivuutta. Kyselyyn osallistui hoitajia (N=5) jokaisesta saattohoitoa toteuttavasta työyhteisöstä; sairaalasta, Palvelukeskus Päivärannasta sekä kotihoidosta. Vastausprosentti oli 71,4 % ja vastaajissa oli sekä lähihoitajia että sairaanhoitajia.

Kyselytulosten perusteella kehitettävää oli paljon. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin työntekijöiden vähyys ja budjetin pienuus. Lisäksi hoitajat kaipasivat erityisesti lisätietoa kivunhoidosta ja välineistöä työyksiköihin saattohoitoa tukemaan.

Pyysimme hoitajilta vielä palautetta työyhteisöön toimittamistamme oppaista. Oppaat oli koettu pääasiassa hyödylliseksi apuvälineeksi hoitajien päivittäisessä työssä. Myös sen ulkoista olemusta pidettiin kauniina.

Asiasanat: saattohoito, terminaalihoito, palliatiivinen hoito, hoitotahto, saattohoidon päätöksenteko

ABSTRACT

Matilainen, Heidi& Pirkkalainen, Minna, Hospice care in Hankasalmi, A good model of hospice care for Hankasalmi.85 p, 4 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

Our study included a research component as well as an operational side. Our aim and objective was to determine the current state of Hankasalmi hospice and hospice care to harmonize the different practices between the work units in Hankasalmi. The aim was to help guide the work of nurses in the form of a booklet. The booklet contains the most important theories in hospice on the basis of the surveys we carried out. The booklet also highlights the Hankasalmi perspective.

Our study approach was qualitative. We studied the nurses´opinions in the form of a written questionnaire. The survey examined the current state of Hankasalmi hospice care, hospice for development issues as well as nurses´ proffesionalism and organizational effectiveness. Nurses responded to the survey (N=5) for each life care unit out of the working community; Hospital, Service Center Päiväranta as well as home care. The response rate to questionnaires was 71,4 %, respondents were both practical nurses and nurses.

The survey results indicate that there is a lot to be developed. The biggest problem was experienced worker shortage and the small size of the budget. In addition, the nurses wished for further training, in particular, additional information about pain management, palliative care and equipment to support the work in different work units.

We asked for feedback from nurses for a finished booklet that we have supplied for a work community. The booklet was seen mainly to be a useful tool in the daily work of nurses. Also its outward appearance was considered beautiful.

Key words: palliative care, hospice, treatment intent, hospice care decision -making

ESIPUHE

Älä pelkää, sinulla on lämpimät kädet
lämpimiin käsiin ota kylmenevät sormet
ei sinun muuta tarvitse tehdä
ole ihminen ihmiselle loppuun asti

Ei kuolema sinua vie, älä pelkää
ole kuolevan vieressä lämpimin käsin
älä yksin jätä
ei kuolema sinua vie
sinulla on lämpimät kädet

Kaija Sailo

Esipuheen runossa kiteytyy koko saattohoidon sisin ajatus. Hoitajan tulee olla ihminen ihmiselle, lämmin käsi kuolevalle. Tätä haluamme työssä tuoda esille.

SISÄLTÖ

1 ALUKSI 7
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET 8
3 MITÄ SAATTOHOITO ON? 9
4 SAATTOHOIDON HISTORIAA 10
4.1 Kuolema ja saattohoito maailmalla 10
4.2 Hospice-käsite 10
4.3 Kuolema ja saattohoito Suomessa 11
5 SAATTOHOITOON LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ 13
5.1 Saattohoitopäätös 13
5.2 Sallitaan luonnollinen kuolema – käsite 14
5.3 Hoitotahto 15
5.4 Eettisyys saattohoidossa 16
6 KUOLEVAN FYYSINEN HOITO 17
6.1 Kuolevan kivun hoito 17
6.1.2 Kipumittareita 17
6.1.3 Kivun lääkehoito saattohoidossa 19
6.1.4 Kivun hoidon ongelmat terveyskeskuksissa 20
6.2 Hygienia 22
6.3 Ravitsemus 22
6.4 Eritys ja hengenahdistus 23
6.5 Liikkumiskyky 24
6.6 Hetki ennen kuolemaa 24
7 KUOLEVAN PSYYKKINEN JA SOSIAALINEN HOITO 25
7.1 Kuolevan psyykkinen hoito 25
7.2 Kuolevan sosiaalinen hoito 27
8 HENKINEN JA HENGELLINEN HOITOTYÖ SEKÄ SIELUNHOITO 29
8.1 Henkisyys 29
8.1.2 Kuolevan kuunteleminen ja selittäminen 29
8.1.3 Päämäärien asettaminen ja kärsiminen 30
8.2 Hengellisyys ja sielunhoito 31
9 OMAISET JA VAPAAEHTOISTYÖ SAATTOHOIDOSSA 33
9.1 Omaisten tukeminen 33

9.2 Vapaaehtoistyö 34
10 SAATTOHOITO HANKASALMELLA 36
11 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT 38
12 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 39
12.1 Tutkimusmenetelmät ja kyselylomakkeen laatiminen 39
12.2 Aineiston analysointi 40
13 TUTKIMUSTULOKSET 41
13.1 Saattohoidon nykytilanne Hankasalmella 41
13.2 Kehitettäviä asioita 43
13.3 Hoitajien ammattitaito ja organisaatiotaso 46
13.4 Muita havaintoja 47
14 HOITAJIEN OPASVIHKO 49
14.1 Opasvihkon laatiminen 49
14.2 Hoitajien kommentteja valmiista opasvihkosta 50
15 JOHTOPÄÄTÖKSET 53
16 AJATUKSIA OPINNÄYTETYÖSTÄ 54
LÄHTEET 57

LIITE 1 Saatekirje 60
LIITE 2 Hyvä saattohoidon malli- haastattelu 61
LIITE 3 Opasvihkon arviointilomake 68
LIITE 4 Saattohoitoa Hankasalmella -opasvihko hoitajille (erillisenä PDF-tiedostona)

1 ALUKSI

Työmme Hyvä saattohoidon malli Hankasalmelle on ajantasainen ja mielenkiintoinen katsaus pienen paikkakunnan saattohoidon mahdollisuuksiin. Työssämme on yhdistetty aikaisempaa tutkimustietoa, tutkimus sekä toiminnallinen osuus. Tutkimusosiossa hoitajat tuovat esiin asioita, joissa kaipaisivat enemmän tietoa saattohoidosta. Kyselyyn osallistuneet hoitajat työskentelevät Hankasalmen eri yksiköissä, joissa saattohoitoa toteutetaan. Toiminnallisena osuutena teimme hoitajille opasvihkon, jota he voivat käyttää avukseen käytännön työssä toteuttaessaan saattohoitoa. Opasvihko on koottu käyttäen apuna hoitajille tekemäämme kyselyä.

Työhömme olemme käyttäneet ajankohtaisia tutkimuksia ja uusinta tietoa saattohoidosta ja sen toteutuksesta Suomessa. Suomessa saattohoito on vielä kehitysasteella kohti hyvin toimivia käytäntöjä. Sama nousi esille myös Hankasalmella tekemissämme kyselyissä. Hoitajien vastauksien mukaan monessakin Hankasalmen yksikössä saattohoitoa tulisi edelleen kehittää ja sen myötä olisi mahdollista tarjota myös omaisille monimuotoisempaa tietoa ja apua. Pääasiallisesti saattohoitoa pystytään toteuttamaan vain sairaalassa, jossa on tähän tarkoitukseen varattu oma huone, sekä hoitoon vaadittavia apuvälineitä. Saattohoitoa toivottaisiin pystyttävän kehittämään myös muissa yksiköissä, Palvelukeskuksessa sekä kotihoidossa. Koulutusta ja tietoa saattohoidosta toivottiin enemmän.

Hoitajien tiedontarpeeseen olemme pyrkineet vastaamaan tekemällämme opasvihkolla. Myös tähän työmme kirjalliseen osuuteen olemme keränneet samoja teoriatietoja joita käytämme oppaassa. Käyttämämme saattohoidon teoriatieto on keskeistä ja ajankohtaista tietoa saattohoidon toteuttamisessa.

Tätä työmme kirjallista osuutta olemme pyrkineet elävöittämään kuvilla Hankasalmelta, sekä muilla aiheeseen sopivilla otoksilla. Toivomme työmme toimivan mielenkiintoisena porttina sisälle Hankasalmen hoitokäytäntöihin saattohoidon toteutuksessa sekä toimivan keskustelunherättäjänä edelleen saattohoidon kehittämisessä Hankasalmella.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön suunnittelukeskustelussa Hankasalmen sosiaali- ja terveystoimen esimiesten kanssa nousi esiin yhtenäisen saattohoitomallin tarve Hankasalmella. Ongelma ei ole ainoastaan tällä alueella, vaan koko Suomessa. Saattohoitoa ei ole juurikaan kehitetty, koska sitä on pidetty niin arkana ja henkilökohtaisena asiana. Materiaalia työhön kyllä olisi, mutta työtä on pidetty raskaana toteuttaa. Nyt meillä oli mahdollisuus tarttua tähän aiheeseen ja omalta osaltamme pyrkiä kehittämään saattohoitotyötä Hankasalmella.

Hankasalmella saattohoito on keskittynyt pääasiassa sairaalaan, jossa tähän on varattu oma tila, saattohoitohuone. Sairaalassa on myös saattohoitoon koulutettua henkilökuntaa. Meillä oli tarkoitus hoitajilta kysymällä selvittää heidän käsityksiään saattohoidon mahdollisuuksista eri yksiköissä ja siitä, mikä sen tila on Hankasalmella tällä hetkellä. Kirjallisella työllämme ja työhömme kuuluvalla hoitajien opasvihkosella meillä on tarkoitus osaltamme vastata hoitajien niihin tarpeisiin, joita he pitivät tärkeinä hyvässä saattohoitotyössä.

Työssämme nostamme esiin niitä asioita, mitä jokaisen hoitajan olisi hyvä tietää saattohoidosta. Opasvihkon on tarkoitus toimia hoitajan apuna tämän toteuttaessa saattohoitotyötä. Oppaassa paneudumme hoidettavaan potilaaseen ajatellen tämän kokonaisuutena. Vihkoa hoitaja voi käyttää apuna myös ohjatessaan omaista ja osallistuessaan tämän tukemiseen, sekä perehdyttäessään uusia työntekijöitä saattohoitoon.

Työmme voi toimia myös keskustelun käynnistäjänä aiheesta. Nyt kun olemme nostaneet asian esiin, se voi osaltaan helpottaa saattohoitotyön kehittämistä Hankasalmella. Tässä työmme tutkimusraportissa näkyy, mitä kehitettävää Hankasalmella olisi saattohoitotyössä. Työmme on kuitenkin vain osa tätä kehitystyötä, alku jollekin suuremmalle kokonaisuudelle.

3 MITÄ SAATTOHOITO ON?

Saattohoito, palliatiivinen hoito ja terminaalihoito ovat jonkin verran päällekkäisiä käsitteitä, jotka kuitenkin poikkeavat hieman toisistaan. Saattohoito on kuolevan hoitotyötä. Se on moniammatillista yhteistyötä, jossa potilasta saatetaan viimeiselle matkalle Moniammatillisen työryhmän saumaton yhteistyö mahdollistaa saattohoidon onnistumisen (Molander 1999, 70-71.) Saattohoito on hoitoa, jossa parannuskeinoja ei enää ole (Härkönen 1989, 11). Se on oireenmukaista hoitoa, jossa kunnioitetaan ihmisarvoa ja läheisten merkitystä. Saattohoidon periaate on että uskotaan kuolevan subjektiivista kokemusta kärsimyksestä hoidon suunnittelussa (Hänninen 2001, 47). Siinä on tavoitteena, että kuolema olisi mahdollisimman turvallinen ja oireeton. Tarkoitus on, että kuoleva saisi elää mahdollisimman täyttä ja aktiivista elämää loppuun asti. (Härkönen 1989, 11; Hänninen 2011, 7; ETENE 2002, 33.)

Saattohoidossa siirrytään pelkkään oireiden lievittämiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että parantavat lääkehoitovaihtoehdot on jo kokeiltu. Oireenmukaisiin hoitoihin siirtyminen ei kuitenkaan tarkoita kaikkien hoitojen lopettamista, vaan tällöin keskitytään pääasiassa kivun lievitykseen.(Hänninen 2011, 11.)

Laajempi käsite saattohoidossa on palliatiivinen hoito. Tämä tarkoittaa parantumattomasti sairaiden potilaiden aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Siinä otetaan huomioon oireenmukaisen hoidon lisäksi ihminen kokonaisuutena. Keskeistä on potilaan kärsimyksen lievittäminen ja keskittyminen myös hänen psykologisiin ja hengellisiin ongelmiinsa. Palliatiiviseen hoitoon kuuluvat myös tukihoidot sekä omaisten huomioiminen jopa potilaan kuoleman jälkeen. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 17.)

Terminaalihoito on vanhempi käsite kuolevan potilaan hoitotyössä. Terminaalihoidolla tarkoitettiin riittävää oireenmukaista perushoitoa kuoleman lähestyessä, omaisten tukemista, sekä kaikkea ihmisarvoa kunnioittavaa huolenpitoa. Nykyään terminaalihoito tarkoittaa lähinnä juuri ennen kuolemaa tapahtuvaa hoitoa. (Heikkinen ym. 2004, 16.)

4 SAATTOHOIDON HISTORIAA

4.1 Kuolema ja saattohoito maailmalla

Eri ajanjaksoina kuolemaan on suhtauduttu eri tavoin. Keskiajalla ihmiset elivät tiiviisti ja rutto riehui maailmalla, kuolema oli osa ihmisten elämää, eikä sitä juuri pelätty. 1100-luvulle asti kuolema oli luonnollinen tapahtuma, sen jälkeen kuoleman uskottiin tapahtuvan kahdessa osassa. Tällöin uskottiin, että jotain ihmisestä jää odottamaan viimeistä tuomiota ruumiin kuollessa. 1400-luvulla palattiin aiempaan käsitykseen siitä, että tuomio tapahtuu kuolinhetkellä. 1700-luvun lopulta alkaen kuolemasta tuli kuolevan lisäksi myös hänen läheistensä ja yhteisön asia. Vajaa sata vuotta myöhemmin, 1800-luvun puolivälin paikkeilla kuolemasta tuli tabu. (Sand 2003, 12.)

Usein kirkko liitetään vahvasti kuolemaan, mutta myös eri aikakausien taiteilijat kuten taidemaalarit ja kirjailijat ovat kuvanneet aikansa kuolemaa teoksissaan. Muun muassa seuraavissa teoksissa käsitellään kuolemaa: Elias Lönnrotin Kalevala, Albert Edenfeltin Lapsen ruumissaatto sekä Eino Leinon Tuonelan joutsen. (Sand 2003, 16-20.)

4.2 Hospice-käsite

Saattohoidon alkuperänä pidetään kansainvälistä hospice -käsitettä. Hospice -käsite on peräisin kaukaa varhaiselta keskiajalta, nykyisen muotonsa se on saanut kuitenkin vasta 1900-luvulla. Keskiajalla hospicet olivat niin sanottuja majapaikkoja matkalaisille, paikkoja joissa saattoi levätä. Vuonna 1967 englantilainen lääkäri ja sosiaalityöntekijä Dame Cicely Saunders perusti Lontooseen St Christopher´s Hospicen, uudenlaisen majapaikan. Aiemmin, erään potilaansa avulla Saunders oli oivaltanut kuoleman yksilöllisyyden ja siihen liittyvät tarpeet. Hospiceen liittyy vahvasti myös vapaaehtoistyö. (Sand 2003, 44; Aalto 2000, 18-19; Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge toim. 2008.)

Eri puolilla maailmaa hospice nähdään hieman eri tavoin. Hospice voi merkitä saattohoitokotia, tapaa hoitaa kuolevaa tai filosofista suuntaa. Suomessa hospice on sekoitus pohjoisamerikkalaista ja isobritannialaista hospicea ja meillä tätä on alettu kutsua saat-

tohoidoksi. (Sand 2003, 44; Aalto 2000, 18 -19.)

4.3 Kuolema ja saattohoito Suomessa

Ennen kuoltiin kotona, omaisten keskellä. Läheiset pesivät ruumiin ja pukivat sen kauniiksi tuonpuoleista elämää varten. Yleisesti uskottiin elämän jatkuvan vielä kuoleman jälkeen ja mukaan tuonpuoleiseen pakattiin muun muassa työkaluja. Ei puhuttu saattohoidosta. Kuolema oli luonnollinen osa ihmisen elämää, ja esi-isämme ovatkin tavanneet sanoa, että ihmisellä on aina ”surma olkapäillä, kalmanlaudat hartioilla”. (Häggman, Kuisma, Markkola, Pulma, Kuosmanen & Forslund 2006, 214). Saattohoito on siis melko uusi käsite. Saattohoidosta on alettu puhua vasta nykyään, kun kuolema on niin sanotusti laitostunut. Suuri osa suomalaisista iäkkäistä, vanhuksista kuolee nykyään laitoksessa. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2003; Aalto 2000, 16 -17.)

Lähes aina Suomessakin kuolemaan on liitetty vahvasti kirkko. Suomessa vaikutuksia on tullut sekä idästä että lännestä. Keskiajan jälkeen kirkko tarkensi viimeisten hetkien merkitystä ihmiselle. Usein kaikki kuolevan omaiset kokoontuivat jättämään jäähyväiset, minkä jälkeen ruumiinpesijä pesi vainajan ja muun muassa hävitti kuolinvuoteen oljet. Tavat vaihtelivat hieman seudun mukaan. Jossain pidettiin ruumiinvalvojaisia, toisaalla syötiin ja juotiin runsaasti uhrijuhlan tapaan ja myös karsikkoperinteestä löytyy erilaisia tapoja. Karsikolla tarkoitetaan pihapiiriin tai sen ulkopuolelle maastoon tehtyä merkkiä. Karsikkomerkki tehtiin saatellessa vainajaa kirkkomaahan. Merkitä saatettiin kivi, kallio tai puu. Puusta katkaistiin oksa tai siihen kaiverrettiin vainajan nimikirjaimet ja esimerkiksi synnyin- ja kuolinaika. Karsikkomerkillä haluttiin pitää vainaja poissa elävien luota häiritsemästä. (Sand 2003, 14.)

Nykyään kuolema koetaan etäiseksi tapahtumaksi, ja kuolema nousee todellisessa elämässä esille vain kuolinilmoitusten ja viihteen kautta. Kuoleman ajatellaan olevan epäonnistumista hoitotyössä ja vain lähimpien ihmisten oikeus suruun. (Aalto 2000.) Muutamien vuosikymmenien ajan kuolemaan on vahvasti liitetty myös keskustelu eutanasiasta. Eutanasialla tarkoitetaan eräänlaista armokuolemaa. (Aalto 2000).

Saattohoidosta on alettu puhua vasta muutamina viime vuosikymmeninä, ja todellinen

kiinnostus kuolemaan ja saattohoitoon on Suomessa herännyt vasta 2000-luvulla. Saattohoito on kuolevan potilaan hoitotyötä, josta lääkäri on tehnyt päätöksen yhdessä potilaan tai tämän omaisten kanssa ennen sen aloittamista. Suomessa saattohoitoa ohjaavat Lääkintöhallituksen antamat ohjeet, myös tietyt lait ohjaavat saattohoitoa Suomessa. Näitä lakeja ovat Suomen perustuslaki (731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) sekä kansanterveyslaki (66/1972). Kansainvälisellä tasolla saattohoitoa ohjaavat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999), Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2009). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 13 -14; Sand 2003,25.) Myös esimerkiksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Suomen sairaanhoitaja liitto i.a.) sekä YK:n Kuolevan oikeuksien julistus vuodelta 1975 ohjaavat saattohoitoa Suomessa (ETENE 2002, 51.)

Lääkintöhallitus on antanut vuonna 1982 terminaalihoidon ohjeet. Ohjeissa pidetään tärkeänä, että kuoleva potilas saisi elää loppuvaiheen ilman vaikeita kipuja ja oireita, läheistensä seurassa ja itse valitsemassaan ympäristössä. Ohjeiden noudattaminen hoitojärjestelmässä toimii edelleen vajavaisesti. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa kokonaisvaltaista hoitoa, kuunnella potilasta, olla läsnä, ylläpitää toivoa ja vastata potilaan tarpeisiin. American Medical Association on antanut kriteerit kuolevan oikeuksista, jotka ovat oikeus kivun lievitykseen, oikeus autonomiaan, oikeus odottaa lääkäriltä kompetenssia oirehoidossa, oikeus välttyä raskailta ja hyödyttömiltä hoidoilta, oikeus saada tietoa omasta tilastaan ja lääketieteen mahdollisuuksista ja vaikuttaa siihen. Kuolevalla on oikeus tulla kohdelluksi yksilönä. (Tilvis ym. 2003, 383; Laukkanen 2001; American Medical Association i.a.)

5 SAATTOHOITOON LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

5.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään, kun parantavia hoitoja ei enää ole. Tällöin siirrytään pelkkään oireiden lievittämiseen sekä turhien toimenpiteiden välttämiseen. Elämänlaatua pyritään pitämään hyvänä loppuun asti, senkin kustannuksella, että se saattaa lyhentää jäljellä olevaa aikaa. (Valvira i.a. a)

Saattohoitopäätöksen tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Päätöksen tekemiseen voi liittyä kuitenkin myös muitakin keskeisiä henkilöitä, kuten hoitohenkilökuntaa ja mahdollisesti omaisia. Näiden kesken pidetään hoitoneuvottelu, jossa yhdessä mietitään, mikä olisi parasta tämän potilaan kohdalla. Potilas voi myös kieltäytyä ottamasta omaisiaan mukaan hoitoneuvotteluun. Tällöin lääkärin olisi kuitenkin hyvä keskustella omaisten kanssa yleisellä tasolla potilaan mahdollisesta hyvästä hoidosta huomioiden salassapitovelvollisuus. Hyvä hoitoneuvottelu toimii suunnannäyttäjänä kuolevan loppuajalle sekä potilaalle että omaisille. (Heikkinen ym. 2004, 23;Valvira i.a. a)

Potilaalla on suurin päätösvalta. Hän saa kieltäytyä hoidoista tai puolestaan vaatia jatkamaan jotain hoitoa, jonka kokee itselleen tärkeäksi. Jos potilas on dementoitunut, tai ei muuten pysty kertomaan, mikä olisi hänelle parhaaksi, keskustellaan hänen loppuajastaan omaisten ja laillisen edustajan kanssa. Jos tämäkään ei ole mahdollista, hoidetaan potilasta niin kuin katsotaan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaiseksi. Tärkeää on korostaa, että vaikka parantavaa hoitoa ei enää ole, jatketaan oireenmukaista hoitoa kuitenkin loppuun asti hyvän elämän turvaamiseksi. (Valvira i.a. a; American Medical Association i.a.)

Saattohoitopäätös kirjataan potilaan papereihin siten, että se on kaikkien lääkärien sekä hoitohenkilökunnan nähtävillä. Potilaskertomukseen on kirjattava yksityiskohtaisesti, mitä on päätetty, perustelut sille, ketkä ovat olleet paikalla päätöstä tehdessä, yhteisesti sovitut jatkotoimenpiteet, sekä kenelle päätöksestä on ilmoitettu ja kenen siitä tulee olla tietoinen. Yhdessä tehty saattohoitopäätös antaa turvan sekä potilaalle, omaisille, että

hoitohenkilökunnalle; jokainen tietää oman paikkansa prosessissa, ja potilas voi olla varma siitä, että hänelle on turvattu hyvä loppuelämä yhdessä paikassa. (Valvira i.a. a; Heikkinen ym. 2004, 24 -26.)

Lopulliseen hoitopaikkaan siirryttyä potilaan sekä omaisten kanssa käydään vielä läpi asiat, jotka saattohoitopäätöksessä on sovittu. Tällöin kaikille selkenee vielä, miten loppuaika käytetään ja vähennetään näin pelkoja, mitä siihen liittyy. Eniten pelkoja potilaalle tuottaa epävarmuus tilanteesta. Potilas on saattanut myös torjua kuulemansa. (Heikkinen ym. 2004, 26.)

Kuolevan loppuaikaan liittyy usein epäselvyyksiä niin potilaan kuin omaistenkin suunnasta. Tämän vuoksi olisi tärkeää kirjata kaikki keskustelut potilasasiakirjoihin, ettei asioista tulisi jälkeenpäin ongelmia. (Valvira i.a. a)

5.2 Sallitaan luonnollinen kuolema -käsite

SLK -päätös tarkoittaa sitä, että vaikeasti sairaalle potilaalle ”sallitaan luonnollinen kuolema”. Tällöin potilasta ei elvytetä enää tämän elimistön toimintakyvyn lakatessa, esimerkiksi kun oma sydämen pumppaama verenkierto lakkaa toimimasta. Käytössä on myös toinen lyhenne, DNR, joka tarkoittaa suurin piirtein samaa, mutta suora ilmaisu on ”ei elvytetä” (Do not resuscitate). SLK - tai DNR -päätöstä harkitaan tehtäväksi silloin, kun potilaan mahdollisessa arvioidussa elvytystilanteessa elvytyksen haitat ovat suuremmat kuin hyödyt. SLK -päätös ei tarkoita sitä, että hoito lopetettaisiin, vaan hoito keskittyy potilaan voinnin parantamiseen ja oireiden helpottamiseen. Tämä ei kuitenkaan merkitse automaattisesti saattohoitoon siirtymistä, vaan siitä on tehtävä päätös erikseen. Suomessa käytössä olevia lyhenteitä lähes samaa tarkoittavista asioista ovat myös EE (ei elvytetä) ja ER (ei resuskitoida). Lyhenteiden käyttö riippuu toimipaikasta. (Valvira 2011.)

SLK -päätöksen tekee lääkäri, joka tuntee potilaan taudin etenemisen jo pitkältä ajalta. Päätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, jos se suinkin on mahdollista. Muussa tapauksessa päätöksestä keskustellaan hänen lähiomaisensa kanssa. Lääkärin ei kuitenkaan tarvitse antaa potilaalle tarpeetonta hoitoa omaisten vaatimuksestakaan. Jos

potilaan terveydentilassa tapahtuu yllättävä muutos, voidaan SLK -päätös vielä perua. SLK -päätös on merkittävä aina tarkasti potilaan papereihin ja asiakirjoihin, ja asia on keskusteltava läpi potilaan ja omaisten kanssa, ettei jälkeenpäin tule ongelmia siinä, ettei asiasta ole tiedotettu. Tärkeää on näkyä myös se, kuka päätöksen on tehnyt. (Valvira 2011.) Päätökseen kannattaa myös lisätä, mitä päätös tarkoittaa juuri tässä hoitopaikassa (Hänninen 2001, 16).

5.3 Hoitotahto

Potilaalla on oikeus päättää oman hoitonsa suunnasta. Potilas voi tehdä etukäteen ”hoitotahdon”, johon hän kirjaa hoitonsa linjaukset esimerkiksi mahdollisessa tulevaisuudessa tapahtuvassa onnettomuudessa. Hoitotahto on potilaan kirjoittama asiakirja, jossa ilmenee hänen tahtomansa hoito. Paras vaihtoehto olisi, että hoitotahto olisi merkitty potilasasiakirjoihin, mutta se saattaa myös olla jossain potilaan omassa tallessa, omaisten tietämässä paikassa. (Valvira i.a. b; ETENE 2002,13.)

Jos hoitotahto on tehty, tulee hoitohenkilökunnan seurata potilaan hoitotilanteessa tähän merkittyjä linjauksia. Potilaan hoitoa helpottaa, jos hän on tehnyt hyvin tarkan selvityksen, miten häntä tulee hoitaa. Tällöin voidaan puhua ns. elämänlaatutestamentista. Tilanteissa, joissa hoitotahto on epäselvä tai potilas ei pysty varmentamaan aikaisemmin tehneensä hoitopäätöstä, voi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä varmentaa tämän hoitotahdon omalla allekirjoituksellaan, kuultuaan tai muuten luotettavasti todettuaan potilaan tahdon ilmaisun. (Valvira i.a. b.)

Potilas voi myös halutessaan muuttaa tai perua hoitotahdon. Tällöin on syytä säilyttää sekä alkuperäinen, että korjattu hoitotahto potilasasiakirjoissa. Tärkeää on merkitä myös selkeästi se, kuka on korjannut hoitotahtoa ja milloin sekä miksi sitä on korjattu. (Valvira i.a. b.)

5.4 Eettisyys saattohoidossa

Etiikalla tarkoitetaan tiedonalaa, joka tutkii elämän perimmäisiä kysymyksiä, pyrkii vastaamaan niihin ja perustelemaan vastauksia. Tällaisia kysymyksiä voisi olla esimerkiksi ”Mikä on oikein ja mikä väärin?” tai ”Millainen on hyvä ihminen?” Moraali –käsite on hyvin lähellä etiikka –käsitettä. Moraali vastaa kuitenkin ihmisen käsitykseen oikeasta tai väärästä. Etiikka taas tutkii näitä asioita. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9, 34; Juujärvi, Myyry & Pesso 2007, 13; Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 19.)

Etiikka on aina ollut osa hoitotyötä. Hoitotyön etiikka pohjautuu hyvän hoidon antamiseen niille, jotka sitä tarvitsevat. Myös sairaanhoitajan työhön on aina liitetty vahvasti etiikka. Sairaanhoitajan työtä ohjaamaan on laadittu sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Suomen sairaanhoitajaliitto i.a.). Eettisyys ja arvot ovat muuttuneet eri ajanjaksoina hoitotyössä. Myös hoitotieteiden kehittyminen on tuonut oman näkökulmansa eettisiin asioihin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 70 -82.)

Saattohoidossa nousee usein esille eettiset kysymykset. Hoitajan omat eettiset pohdinnat eivät aina esimerkiksi kohtaa lain kanssa. Olisi kuitenkin tärkeää noudattaa sekä lakia että eettisiä ohjeita. (Juujärvi ym. 2007, 74-76.) Saattohoidossa eettiset asiat nousevat esille muun muassa eettisenä herkkyytenä. Eettinen herkkyys kertoo siitä, kuinka hoitaja reagoi kuolevan muuttuviin tunteisiin ja mielialoihin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 94.) Myös vainajan kohtaamiseen ja kohteluun sekä esimerkiksi erilaisiin päätöksiin, kuten saattohoitopäätökseen, liittyy paljon eettisiä kysymyksiä (ETENE 2002).

6 KUOLEVAN FYYSINEN HOITOTYÖ

Fyysisellä hoitotyöllä tarkoitetaan ihmisen fyysisen puolen hoitamista. Tähän kuuluvat muun muassa hygieniasta huolehtiminen, ravitsemus sekä kivun hoito.

6.1 Kuolevan kivun hoito

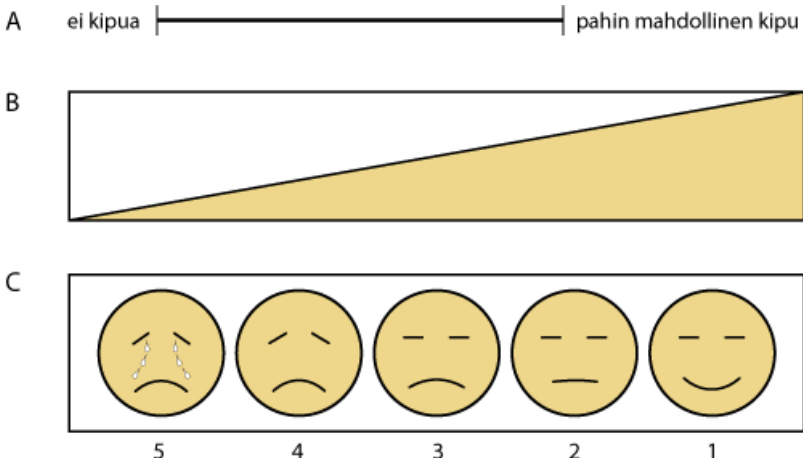
Vakavasti sairastuneilla suurin pelon aihe on yleensä kipu (Sailo 1992, 30). Kipu rajoittaa normaalia toimintaa ja vaikuttaa myös psyykkiseen jaksamiseen. Kipu heikentää elämänlaatua. Riittävästä kivunhoidosta on tullutkin saattohoidon kulmakivi (Sailo 2000, 164). Potilas itse on ainoa oikea kivun mittari ja vain hän pystyy sanomaan, kuinka voimakas kipu on. Potilaalla on oikeus päättää, millaisen kivun hän pystyy sietämään ja milloin hän tarvitsee kivunlievitystä. Hänellä on oikeus tietää kaikista kivunlievitysmenetelmistä ja niiden vaikutuksista. Oikea kivunlievitys parantaa kuolevan ja omaisten yhteisen jäljellä olevan ajan laatua. Saattohoitopotilaalla kipu on usein kokoajan pahenevaa ja pysyvää. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 158 -159.)

Pelkkä lääkkeellinen hoito ei yleensä riitä kivunlievitykseksi, vaan kuoleva tarvitsee myös psyykkistä tukea kivun hoidossa. Huolet ja psyykkiset vaikeudet pahentavat usein kivun tuntemusta alentamalla kipukynnystä. Kipu muistuttaa kuoleman läheisyydestä ja kyvyttömyydestä parantaa sairautta. Myös aikaisemmat kipukokemukset vaikuttavat kivun voimakkuuteen. Omaiset ovat avainasemassa myös kivun hoidossa, tuomalla potilaalle psyykkistä tukea. (Hägg ym. 2007, 159; Hänninen 2001, 97 -99.)

6.1.2 Kipumittareita

VAS -kipumittaria (visual analogue scale) voidaan käyttää kivun määrän tunnistamisen apuna. VAS -mittari on usein noin 10 cm pitkä jana, johon potilas voi pystyviivalla merkitä kiputuntemuksensa. Jana voi olla myös jaoteltu numeroin, jolloin kivun voimakkuuden merkkaaminen on helpompaa. Kipumittarin vasen pää kertoo kivun olevan lievimmillään ja oikealla taas on pahin mahdollinen kipu. Myös kasvokuva- asteikkoa

voidaan käyttää. Tässä asteikossa kasvot on merkattu vasemmalta oikealle iloisista kasvoista surullisiin kasvoihin. Tämä asteikko soveltuu erityisesti lapsille. (Hägg ym. 2007, 160 -161.) Kuviossa 1 on esitetty erilaisia kipumittareita.



A: Kipujana, B:Kipukiila, C: VAS-kipumittari LÄHDE: www.duodecim.fi

KUVIO 1. Kipumittareita

Kivun paikantamiseen voidaan käyttää apuna piirrosta ihmisestä, johon potilas voi merkata kipupisteensä. Lisäksi on myös olemassa toinen versio VAS -kipumittarista, kipukiila. Siinä kipua kuvataan punaisella kiilalla, mutta se toimii samoin kuin VAS -kipumittari. Kivun määrää voidaan kysyä tietenkin myös sanallisesti, esimerkiksi kokeeko potilas hänen kipunsa olevan lievää, voimakasta tai sietämätöntä. Sanallista kivun määrittelyä on myös kehitetty niin, että potilas voi valita listasta sanat, jotka kuvaavat parhaiten hänen kokemaansa kipua. Sanat voi olla vielä määritelty eri luokkiin ja niille on voitu antaa VAS -kipumittarin tyyliset asteikot. (Heinonen 2007.)

Kipupäiväkirja on yksi oleellinen osa potilaan kivun hoidon toteutuksen ja tehokkuuden seurantaa. Potilas kirjoittaa joka päivä kivustaan, sen voimakkuudesta ja kokemisesta, sekä siitä mikä saattoi pahentaa kivun tuntemusta. Lisäksi päiväkirjaan voidaan merkitä mahdolliset hoidon tuottamat haittavaikutukset. Tämän päiväkirjan avulla on helppo seurata hoidon toteutusta ja tehdä siihen mahdollisesti tarvittavia muutoksia. (Heinonen 2007.) Arviointi samalla kipuasteikolla koko hoidon ajan on tärkeää, jotta kivunvaihtelevuutta pystytään luotettavasti seuraamaan. (Hägg ym. 2007, 161.)

6.1.3 Kivun lääkehoito saattohoidossa

Potilaan oma tahto täytyy ottaa huomioon kivun hoidossa. Hoito aloitetaan kuitenkin yleensä tulehduskipulääkkeillä. Nämä ovat vaikutukseltaan vielä melko mietoja kipulääkkeitä. Tulehduskipulääkkeillä on kuitenkin usein pahoja haittavaikutuksia pitkäaikaisessa käytössä, kuten ruoansulatuskanavan voimakas ärsytys. Jos tulehduskipulääkkeet eivät sovellu haittavaikutusten takia, saattaa olla hyvä kokeilla vielä parasetamolia, joka on teholtaan suurin piirtein sama kuin tulehduskipulääkkeet. Suurilla annoksilla silläkin on kuitenkin maksavaurioiden riski. (Hägg ym. 2007, 163.)

Kun näiden tehoa ei koeta riittäväksi, voidaan siirtyä opioideihin. Nämä lääkkeet ovat vaikutukseltaan huumaavia ja ne voidaan jakaa heikkoihin ja vahvoihin tehonsa mukaan. Mietoja opioideja ovat esimerkiksi kodeiini, buprenorfiini ja tramadoli. Vahvoja opioideja ovat morfiini, fentanyyli ja oksikodoni. (Hägg ym. 2007,163.) Opioideja voidaan antaa suun kautta nestemäisenä tai tabletteina, kipulaastareina, sekä myös erilaisina ruiskeina (Käypä hoito 2008).

Tulehduskipulääkkeissä ja miedoissa opioideissa on niin sanottu kattovaikutus. Kun lääkeannosten määrää lisätään tietyn rajan yli, hyötyä ei enää saavuteta vaan haittavaikutukset lisääntyvät. Tällöin tulisi siirtyä välittömästi käyttämään voimakkaita opioideja. (Hägg ym. 2007, 163.) Kuitenkin opioidien rinnalla olisi hyvä käyttää myös tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia, koska tällöin kipua lievittävä vaikutus on usein tehokkaampi (Käypä hoito 2008).

Usein saattohoito-potilailla esiintyy läpilyöntikipua. Tämä on voimakas kivun tuntemus, joka tulee yhtäkkiä kipulääkityksestä huolimatta. Tällöin potilaalla annetaan nopeasti suuri kerta-annos hänellä jo käytössä olevaa opioidia. (Käypähoito 2008; Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 183 -184.)

Kipulääkkeen annostelussa voidaan käyttää myös kipulääkepumppuja. Näiden kautta kipulääkettä voidaan antaa tasaisesti. Kipulääkepumpuissa on useita eri menetelmiä. Pumppu voidaan asentaa suoneen, toimimaan ihonalaisesti, epiduraalisesti, selkäydinnestetilaan, aivokammioon tai PCA -tekniikalla, jossa potilas voi myös itse annostella kipulääkettä. Viimeiseksi mainitussa tavassa toteutuu parhaiten potilaan oma tahto. Po-

tilas voi itse kiputuntemuksensa mukaan annostella sopivan lääkemäärän. Tässä tavassa teho on yleensä myös hyvä ja haittavaikutukset vähäiset. (Hägg ym. 2007, 163.) Jos kipulääkkeitä ei koeta riittäväksi, on mahdollista myös puuduttaa kipualue. Tämäkin on kuitenkin vain väliaikainen, mutta tehokas ratkaisu kivun hoidossa. (Hägg ym. 2007, 164.)

Kivun hoidon pääperiaatteita Häggin ym. (2007, 161) mukaan ovat:

- ensisijaisesti käytetään suun kautta annettavia lääkkeitä
- kivunhoidon on oltava tehokasta
- hoidon tulisi olla mahdollisimman yksinkertaista
- hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä
- opioidi liitetään hoitoon kipujen lisääntyessä, samalla mahdollisesti myös ummetuslääkettä
- hoidon toteutumista arvioidaan ja seurataan jatkuvasti, mutta lääkärin on päivitettävä kipulääkitystä vähintään 24 tunnin välein
- lääkitysten haittavaikutukset minimoidaan
- kivunhoitoon tarvitaan usein lääkkeiden lisäksi myös henkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioonottamista.

6.1.4 Kivun hoidon ongelmat terveyskeskuksissa

Vuonna 2001 on tehty tutkimus kuolevan potilaan tukemisesta ja saattohoitoon siirtymisestä koskevasta päätöksenteosta terveyskeskuksissa (Kuuppelomäki 2001). Erityisesti tässä tutkimuksessa nostettiin esille kivunhoidon ongelmat terveyskeskuksissa. Tutkimustulokset kertovat kipujen yleisyydestä ja kivun hoidosta esiintyvistä ongelmista perusterveydenhuollon tasolla. Tutkimusta tehtiin 32 terveyskeskuksessa. (Kuuppelomäki 2001.)

Vastauksista ilmeni, että 11 %:n mielestä kuolevalla potilaalla on aina hoitoa vaativia kipuja. Kipua, jota ei pystytty lievittämään esiintyi 1 %:n mielestä aina. 7 %:n mielestä tällaisia kipuja oli erittäin usein, 30 %:n mielestä melko usein ja melko harvoin 60 %:n mielestä. 1 %:n mielestä tällaisia kipuja ei ollut koskaan. (Kuuppelomäki 2001.)

Avoimissa vastauksissa hoitajat toivat esille yhteensä 380 kivunhoidon ongelmaa koskevaa mainintaa. Kivunhoitoon suhtautumisesta hoitajat nostivat esille ongelmia, jotka koskivat kuolevan potilaan omaisten pelkoja ja suhtautumista voimakkaisiin kipulääkkeisiin. Hankalaksi koettiin myös lääkärien välinpitämätön suhtautuminen kivun hoitoa kohtaan. (Kuuppelomäki 2001.)

Vastauksista ilmeni myös, että sekä lääkärit, että hoitajat tarvitsisivat lisäkoulutusta kivun lääkehoidosta. Ammattitaidon puute koettiin suurena ongelmana. Hoitajat kaipasivat tietoa eri kipulääkkeiden yhdistämisestä, kivun arvioinnista sekä kivunhoitovaihtoehdoista. Kivun arviointimittareita käytetään vähän (n=9). Kivun arviointia hankaloittaa myös se, että usein potilas kertoo lääkärille ja hoitajalle kivusta eri tavalla. Usein potilas yrittää myös pärjätä mahdollisimman pitkään ilman mitään kipulääkitystä (n=12). (Kuuppelomäki 2001.)

Suurimmaksi kivunhoidon ongelmaksi koettiin riittämätön kipulääkitys. Voimakkaiden kipulääkkeiden käyttöön siirtymistä viivytellään liian kauan. Potilaan kipuja ei pyritty ennaltaehkäisemään, ja usein hoitajat venyttivät viimeiseen asti, ennenkuin antoivat kipulääkkeen. Usein tähän oli syynä arkuus antaa voimakkaita kipulääkkeitä. (Kuuppelomäki 2001.) Yksi kivunhoidon ongelma on myös kipulääkkeiden voimakkaat haittavaikutukset (n=7). Vaihtoehtoisia kivunhoitomenetelmiä käytetään vähän.

51 vastaajaa toi esille sen, että lääkärin ja hoitajan välinen yhteistyö ei aina luonnistu kivun hoidossa. Lääkäri ei luota hoitajan arvioon kivun voimakkuudesta. Hoitajista tuntui, että he joutuvat taistelemaan potilaan puolesta, jotta tämä saisi riittävästi kipulääkitystä. Ongelmia olivat myös tilanteet, joissa potilas tarvitsisi lisää kipulääkettä, mutta potilasasiakirjoissa ei ollut merkintää, mitä tälle voisi antaa. Myös lääkärin vaihtuminen hoidon aikana tuotti ongelmia erilaisen kivunhoitokäsityksen vuoksi (n=7). (Kuuppelomäki 2001.)

Johtopäätös, jonka tästä tutkimuksesta voi tehdä, on se, että osastoilla on paljon kehitettävää kuolevan kivun hoidossa. Vaatisi keskustelua, jotta näitä epäkohtia saataisiin käytyä läpi. Yhteisistä kivunhoidon periaatteista tulisi sopia, jotta kivunhoito olisi toimivaa ja kaikille osapuolille mielekästä.

6.2 Hygienia

Kuoleman lähestyessä potilaan kyky huolehtia itsestään ja puhtaudestaan yleensä heikkenee. Puhtaus on tärkeä osa hyvinvointia. Hoitajan tulee muistaa ottaa huomioon potilaan intimiteetti myös pesutilanteessa. Usein saattohoitovaiheessa hoitajan täytyy mennä hyvin lähelle potilasta, myös intiimialueelle voidakseen huolehtia kuolevan potilaan puhtaudesta ja ihon terveydestä. Luomalla kiireettömän ilmapiirin ja hyvän hoitaja- potilas suhteen, hoitaja voi auttaa potilasta säilyttämään tunteen eheydestään ja koskemattomuudestaan. Peseytyminen, hoidettu iho, hoidettu suu, hoidetut hiukset ja puhtaat, miellyttävät vaatteet luovat kuolevalle potilaalle eheän ja siistin kuvan omasta kehostaan. Nämä asiat voivat auttaa myös psyykkistä hyvinvointia. Kuolevan potilaan hygienian hoitamisessa ei pidä unohtaa, että hän on aivan kuin kuka tahansa muukin potilas, joten hänen hygieniastaan tulee huolehtia yhtä hyvin. Pienet asiat, kuten suihkugeelit, niitten tuoksu, sekä miellyttävän väriset vaatteet, voivat olla tärkeitä piristämään kuolevaa potilasta. (Härkönen 1989, 70 -74, Sailo 1992, 28.)

6.3 Ravitsemus

Kuolevan potilaan ravinnon tulisi olla monipuolista ja potilaalle mieleistä. Kuoleva potilas syö ja juo niin kauan kuin hänestä tuntuu hyvältä. Vaikka hän lakkaa syömästä, ei pidä pakkosyöttää, eikä hän yleensä myöskään syömättömyydestä kärsi. Herkullisesti katettu ateria, aperitiivi, pienemmät annoskoot ja lisäravinteet saattavat parantaa kuolevan potilaan ruokahalua ja elämänlaatua. (Tilvis ym. 2003, 385).

Kuolevalta potilaalta ja omaisilta voisi tiedustella potilaan lempiruokia, inhokkiruokia ja ruokailutottumuksia. Joissakin sairaaloissa on mahdollista tilata potilaan lempiruokia. Myös omaisten on mahdollisuus tuoda potilaille haluamiaan ruokia ja herkkuja. Usein kuolevan potilaan ravinnontarve heikkenee ja kiinteistä ruoista pitää siirtyä sosemaisiin. Silti tulee huolehtia ruoan esteettisyydestä ja riittävästä nesteiden saannista. (Härkönen 1989, 76 -80). Kuolevan ravitsemuksessa kannattaa ottaa huomioon, että ruuat olisivat ja säilyisivät esteettisen näköisinä. Jos ruokien esteettisyyteen ei kiinnitetä huomiota se korostaa kuolevalle lähestyvää kuolemaa. Kuolevan ravitsemuksessa ei myöskään ole välttämätöntä enää ajatella ruuan terveellisyyttä vaan kuolevan pitäisi saada syödä sitä,

mitä tekee mieli (Hänninen 2001, 108 -109.)

6.4 Eritys ja hengenahdistus

Kun kuolema lähestyy, ihmisen eritystoiminta muuttuu. Yleisimmät eritystoimintaan liittyvät häiriöt ovat ummetus ja pahoinvointi. Kuolevan potilaan ummetukseen on monia syitä. Niitä ovat esimerkiksi kipulääkkeet, kuivuminen, immobilisaatio ja henkinen paha olo. Ummetusta pyritään ehkäisemään ruokavalion avulla, turvaamalla riittävän nesteensaannin, ja laksatiivien käytöllä. Kuolevan potilaan kohdalla suolen toiminnasta tulisi pitää kirjaa. (Härkönen 1989, 82 -83; Hänninen 2001, 110 -111.)
Kuolevan potilaan pahoinvointi on usein seurausta ympäristön epämiellyttävyydestä. Usein esimerkiksi sairaalan hajut saavat aikaan pahoinvointia. Muita syitä voivat olla esimerkiksi ummetus, ahdistus, lääkkeet ja infektiot. Hoitona poistetaan pahoinvointia lisäävät tekijät ympäristöstä. Lisäksi käytetään lääkkeitä, jotka vaikuttavat suolen toimintaan tai pahoinvointikeskukseen.

Virtsan pidätyskyvyttömyys eli inkontinenssi on kuolevan potilaan yleinen vaiva, joka usein tuntuu hävettävältä. Oman kontrollin menettäminen on usein raskas paikka. Inkontinenssin syitä on monia, kuten diabetes, lantionseudun kasvaimet ja virtsatietulehdus. Kuolevalla potilaalla myös yleinen lihasheikkous ja sekavuus voivat aiheuttaa tilanteen. Ensisijaisena hoitona kuolevalle potilaalle tarjotaan mahdollisuutta virtsata tarpeeksi usein. Muita hoitovaihtoehtoja ovat vaippojen käyttö, kestokatetrointi ja kertakatetrointi. Potilaalle voi myös vastaavasti kehittyä virtsaumpi. Hoitajan tulee suhtautua hienovaraisesti ja empaattisesti, sillä työskennellään ihmisen yksityisimmillä alueilla. (Härkönen 1989, 82 -83).

Kuolevan potilaan hengenahdistus on yleistä. Usein taustalla on psyykeen ahdistus, mutta syitä voi olla myös muita, esimerkiksi keuhkokuume. Kuoleva kokee tarvetta raittiiseen ilmaan. Hengityksen helpottaminen luo potilaalle turvallisuuden tunnetta. Usein hengenahdistukseen liittyy limaneritystä. Potilaan oloa voidaan helpottaa kylkiasennolla, liman eritystä vähentävillä lääkkeillä, kipulääkkeillä, rauhoittavilla lääkkeillä, lisähapella ja tarvittaessa liman imemisellä hengitysteistä. (Tilvis 2003, 385; Vainio & Hietanen 2004, 98.)

6.5 Liikkumiskyky

Kaikille eläville olennoille on luonteenomaista kyky liikkua. Liikunta on tärkeä osa ihmisen päivittäisiä toimintoja. Sen heikkenemisen myötä myös ihmisen muut osiot, kuten vuorovaikutus ja sosiaalisuus vähenevät. Kuolevalla potilaalla voimat vähenevät, lihaskunto heikkenee ja myös psyykkiset voimat ehtyvät ja näin myös liikuntakyky heikkenee. Usein kuoleva potilas kokee liikuntakyvyn menettämisen vaikeimpana asiana kuoleman kohtaamisessa. Joutuminen vuoteen omaksi ja toisten autettavaksi, aiheuttavat ihmiselle jälleen hallinnanmenettämisen tunteen. Hoitajan on tärkeää tukea ja avustaa potilasta liikkumisessa ja asentohoidossa, huomioiden potilaan omat voimavarat. Kuolevan potilaan verenkierron ja tukikudosten heikkeneminen altistavat potilasta painehaavoille, jolloin asentohoidon merkitys hoitotyössä korostuu. (Härkönen 1989, 74 -76).

6.6 Hetki ennen kuolemaa

Kipu usein helpottuu ja vähenee juuri ennen kuolema. (Hänninen 2011, 49 -50; Molander 1999, 76). Hengitys muuttuu pinnalliseksi ja katkonaiseksi, mutta myös kovääniseksi. Iho voi muuttua väriltään laikukkaaksi. Kuolevalle saattaa nousta kuumetta, ja muutenkin lämpötilat saattavat vaihdella runsaasti. Kuumetta hoidetaan oireenmukaisella lääkityksellä. Jalkaterät ja kädet muuttuvat viileiksi ja ne saattavat alkaa hieman sinertää. Jos potilaalla on ollut hoitona suuri morfiiniannos, saattaa kuoleman hetkellä esiintyä lihasnykäyksiä. (Hänninen 2011, 49 -50.)

Kuolevilla ilmenee usein sekavuutta, ääntelyä, sekä käsien haromista juuri ennen kuolemaa. Varsinkin omaisille tämä saattaa olla hyvinkin raskasta, ja usein nämä pelkäävät kuolevalla olevan kipuja. Tällöin rakkaiden ihmisten läheisyydestä kuitenkin olisi suurin apu kuolevalle. Kuolema on usein rauhallinen tapahtuma, johon ei liity mitään pelottavaa. Sydän lakkaa lyömästä ja hengitys pysähtyy. (Hänninen 2011, 50.)

7 KUOLEVAN PSYYKKINEN JA SOSIAALINEN HOITO

7.1 Psyykkinen hoito

Kuoleman lähestyminen on usein sokki. Kuoleman läheisyys tulee usein aina yllätyksenä, vaikka sitä olisikin jo ennalta arvaillut. Tavanomaiset suojakeinot eivät välttämättä enää toimikaan ja ihmisen mieli järkkyy. Tila voi ilmetä yliaktiivisuutena, masentuneisuutena, avuttomuutena, paniikkina tai unettomuutena. Jotkut taas voivat ottaa tiedon lähestyvästä kuolemasta täysin rauhallisesti, tai ainakin se voi näyttää siltä. Potilaalle voi tulla voimakkaita fyysisiä stressioireita, kuten oksentelua, sydämentykytyskohtauksia ja häntä saattaa huimata. Sokkivaiheessa ihminen ei vielä tunne surua. Hän tarvitsee hoitajan rauhallista läsnäoloa ja mahdollisuutta ilmaista epäuskon tunteensa. Turvallisuudentunne auttaa häntä saamaan taas otteen elämänsä kaaoksesta. Yleensä tähän vaiheeseen liittyy kieltäminen. Lähestyvää kuolemaa on vaikea hyväksyä. Lähestyvästä kuolemasta ei tulisikaan kertoa potilaalle liian suorasukaisesti vaan varovasti eikä liian varhaisessa vaiheessa. Kuoleva saattaa kieltää kuolemansa aivan elämänsä loppuun asti. Häntä ei saa painostaa uskomaan kuolemaansa, sillä tällöin hän saattaa sulkeutua itseensä ja vetäytyä kokonaan vuorovaikutuksesta. (Härkönen 1989, 143 -147, Sailo 1992, 62; Haukka, Kivelä, Medina, Pyykkö & Vehviläinen 2006, 331.) Kuolevan henkinen kärsimys saattaa ilmetä myös kipuna. Tätä saatetaan hoitaa virheellisesti kipulääkkeillä ottamatta huomioon kuolevan psyykkistä kärsimystä (Hänninen 2001, 125).

Hoitajan täytyy osoittaa, että hyväksyy potilaan kieltämistarpeen. Hiljaisuus voi olla tällöin paras keino. Hoitajan on hyvä istuutua potilaan viereen ja kuunnella tätä, jotta potilaalle välittyisi turvallinen olo, että häntä autetaan tarvittaessa. Tällöin potilaalle jää tilaa eritellä tunteitaan ja hän voi rauhassa hyväksyä kuolemansa. Vaikka potilas ei haluaisikaan ottaa kehenkään kontaktia, on hoitajan hyvä pysyä läsnä, jotta potilaalla on paikalla joku silloin, kun hän taas haluaa puhua. Hoitajan täytyy olla kärsivällinen eikä antaa oman näkökantansa vaikuttaa asiaan. Vaikka potilaan jatkuvaa kieltämistä olisi raskasta kuunnella, on potilaalle annettava aikaa sen kanssa. (Härkönen 1989, 147 - 148.)

Viha on myös yksi tapa käsitellä kuolemaa. Tämä vaihe astuu esiin, kun kuoleman kiel-

täminen ei enää onnistu. Tässä vaiheessa kuoleva saattaa harkita itsemurhaa. Hän kääntää vihan itseensä. Mikä tahansa voi laukaista vihan. Esimerkiksi terveiden ja onnellisten ihmisten näkeminen saa ajattelemaan, että miksi ei itsekin voisi olla samassa asemassa. Hoitaja saattaa usein vastata kuolevan vihaan vihalla, koska ei ymmärrä tämän takana piilevää ahdistusta. Hoitaja ei näytä suoraan vihaansa, mutta hän saattaa jättää jonkin kuolleen toiveen toteuttamatta tai hänen äänensävynsä saattaa olla tyly. Hoitajan olisikin hyvä asettua kuolevan asemaan ja miettiä itseään samassa tilanteessa. Potilaalle on tärkeää, että hoitaja auttaa häntä käsittelemään vihantunteita. Kuolevalle pitäisi vaan olla asiallisen ystävällinen ja niellä oma ylpeys ja pettymys. Jokaiseen tilanteeseen tulisi suhtautua tilanteen vaatimalla tavalla. Yhtä oikeaa käyttäytymistapaa ei ole vaan se pitäisi löytää itsestään. Joskus jos potilaalle mainitsee hänen vaikuttavan vihaiselta, saattaa potilas rohkaistua puhumaan tunteistaan. Myös toteamus, että kuolevalla on oikeus olla vihainen, saattaa helpottaa kuolevan tunteita. (Härkönen 1989, 149 -152; Vainio & Hietanen 2004, 258.)

Jossain vaiheessa potilaan mielen valtaa suru ja masennus. Suruntunteen syvyyttä on toisen puolesta vaikeaa arvioida. Kuolevalla on oikeus tuntea surua ja ilmaista sitä. Hoitaja voi tukea potilasta auttamalla tätä ilmaisemaan suruaan. Kuoleva ei välttämättä halua tavata sukulaisiaan ja läheisiään, hän saattaa olla aggressiivinen ja tyytymätön. Jos taas potilas vetäytyy ja ei halua ottaa kontaktia, on tärkeää pysyä tämän lähellä ääneti. Hoitotoimenpiteet tulee tehdä rauhallisin ottein. Kosketus on kuitenkin tärkeää. Omaisten tuki voi olla parasta, jos he pystyvät antamaan kuolevalle sitä rauhaa, mitä hän tarvitsee. Suru saattaa ilmetä myös niin, että kuoleva salaa sen. Hän saattaa vaikuttaa aivan normaalilta. Tällaisen ihmisen minäkuva saattaa hajota, jos hän ilmaisee suruaan julkisesti. Hoitaja voi pyrkiä tarkkailemalla saamaan selville, miksi kuoleva salaa tunteensa ja pyrkiä tällöin auttamaan kuolevaa purkamaan tunteitaan. Suru voi olla myös itsesääliä, joka pitää myös sallia kuolevalle. (Härkönen 1989, 153 -156.)

Masennusta ei välttämättä huomaa muista kuolevan oireista. Painajaiset, hitaus, ilmeettömyys ja toivottomuudentunne voivat olla osa masennusta. Kuoleva saattaa tuntea itsensä merkityksettömäksi ja kelvottomaksi. Myös elämätön elämä saattaa aiheuttaa masennuksen tunteita. Jälkeen jäävien tulevaisuus saattaa askarruttaa kuolevaa. Masentunut ihminen tarvitsee usein toisen ihmisen läsnäoloa, vaikka saattaa vaikuttaa, ettei hän halua lähelleen ketään. Tämä vaatii läheisiltä paljon. Hoitajan olisikin rohkaistava lähei-

siä olemaan kuolevan tukena vaikka ei tämä heitä lähelleen haluaisikaan. Joskus kuolevan voi olla helpompi puhua hoitajan kuin läheistensä kanssa kuoleman tuottamista ajatuksista. Itsemurha saattaa liikkua masentuneen ihmisen mielessä. Jos hoitaja arvelee itsemurhan vaaran olevan läsnä, tulisi hänen ottaa asia suoraan puheeksi potilaan kanssa tai keskustella asiasta muiden työkavereidensa kanssa. Myös psykiatriselta erikoissairaanhoitajalta, psykiatrilta tai psykologilta voi pyytää apua. (Härkönen 1989, 157 -159.)

Jotkut saattavat myös sopeutua lähestyvään kuolemaan. Tähän auttaa, että kuoleva on kokenut eläneensä rikkaan ja onnellisen elämän ja on valmis luopumaan maallisista asioista. Jos kuoleva saa rauhassa purkaa kuolinkriisin herättämät tunteet, pystyy hän saavuttamaan rauhan. Jokainen viimeinen hetki voi tuntua lahjalta ja elämykseltä. (Härkönen 1989, 159 -161.)

7.2 Sosiaalinen hoito

Monissa kulttuureissa ja uskonnoissa kuolevan ihmisen viimeisiin hetkiin kuuluu omaisten ja läheisten ihmisten lähellä olo. Monesti myös kirkon edustajat käyvät kuolevan ihmisen luona. Kuolevan ihmisen omat toiveet tulee huomioida myös vierailijoiden suhteen.

> Läheisten ihmissuhteiden toimivuus ja turvallisuus taataan niin pitkälle kuin on mahdollista. (Aalto 2000.)

Omaisten ja läheisten merkitys on kuolevalle usein todella tärkeää. Usein saattohoidossa on mukana jokin terveysalan ammattilainen, hoidetaan kuolevaa sitten kotona tai sairaalassa. Omaisille on todella tärkeää kertoa, kun kuolema lähestyy. Näin heille tarjotaan mahdollisuus olla kuolevan lähellä. Monesti keskustelu tai kiinnipitäminen luovat turvallisuuden tuntua sekä kuolevalle että omaiselle. Kuolevan omaisista ja läheisistä tulee huolehtia myös hyvin heidän suru- ja luopumistyössään. Heille tulee suoda mahdollisuus jättää rauhassa hyvästit kuolevalle lähimmäiselle. (Aalto 2000.)

Monessa kulttuurissa ja uskonnossa on tapana että omaiset ja lähimmäiset hoitavat kuolevaa ja laittavat vainajan. Tämä on osa heidän surutyötään. Joissain uskonnoissa suori-

tetaan tiettyjä rituaaleja kuten voiteluita, mutta lähes kaikissa uskonnoissa pidetään tärkeänä olla kuolevan lähellä ja ylläpitää hänen sosiaalisia suhteitaan loppuun asti. (Laukkanen 2001.)

Joskus kuoleva ihminen ja omaiset haluavat, että saattohoito tapahtuu kotona tai kotisairaalassa. Tällä usein halutaan välttää sairaalamaiset olosuhteet ja mahdollistaa vieläkin paremmin kuolevan sosiaalisten suhteiden ylläpysyminen. Sairaalaolosuhteissa kuolevan lähellä on todennäköisesti eniten hoitohenkilökunta. Henkilökunnalla ei aina ole aikaa kuunnella ja olla rauhassa kuolevan luona, vaikka siihen pitäisi pyrkiä. Henkilökunnan edustajilla voi myös olla pelko kuolemaa kohtaan, joka vähentää heidän kuolevan luona viipymistään. Myös kuolevan omaisilla ja läheisillä saattaa liittyä pelkotiloja sairaalaolosuhteisiin ja he eivät siksi halua käydä kuolevan luona usein. (Grönlund & Huhtinen 1998, 75 -76.)

Kuolevan potilaan sosiaalisten tilanteiden ja suhteiden ylläpitäminen kuuluu osaksi kokonaisvaltaista saattohoitoa ja sen myötä tuetaan kuolevaa itseään, hänen läheisiään ja myös hoitohenkilökunnan jaksamista. Tärkeää sosiaalisessa hoidossa on myös se, että kuolevalle tarjotaan mahdollisuuksia seurustella ja olla osana erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Joillekin tämä sosiaalinen, mieltä ylentävä tilanne voi olla esimerkiksi kesämökillä käynti, saunominen, läheisten käynti tai juhlat. Aina tulee huomioida kuolevan kokonaisvaltaiset voimavarat ja omat toivomukset. (Tilvis ym.2003.)

8 HENKINEN JA HENGELLINEN HOITOTYÖ SEKÄ SIELUNHOITO

8.1. Henkisyys

Ihminen koostuu useista kokonaisuuksista. Ihmisellä on sosiaalinen, psyykkinen, fyysinen, hengellinen ja henkinen ulottuvuus. Henkinen ulottuvuus yhdistää nämä neljä ulottuvuutta toisiinsa ja luo ihmisen kokonaiseksi. Siksi henkinen hoitotyö on suurin osa ihmisen hoitotyötä. (Tilvis ym. 2003, 387 -388.)

Henkisen hoidon kulmakivet ovat aika ja empatia ja henkinen hoito voidaan jakaa neljään osa-alueeseen. Nämä ovat kuunteleminen, selittäminen, päämäärien asettaminen ja kärsiminen. (Tilvis ym. 2003, 388.)

8.1.2 Kuolevan kuunteleminen ja selittäminen

Kuoleman lähestyessä ihmisellä on tarve löytää elämälleen tarkoitus. Tällöin katsotaan elämää taaksepäin ja tutkaillaan omia arvoja, onnistumisia ja epäonnistumisia. Jos ihminen kokee elämänsä olleen hyvää, saattaa tämä auttaa häntä selviämään kuolemaan liittyvästä ahdistuksesta ja tuskasta. On syytä toimia hyvin hienovaraisesti autettaessa kuolevaa määrittämään omaa vakaumustaan. Kuolevan on myös voitava elää elämänsä loppuun asti oman vakaumuksensa mukaan ja saatava myös apua omaan vakaumukseensa liittyvien ongelmien ratkaisemisessa. (Härkönen 1989, 132 -133.)

Hoitaja voi puhua kuolevan kanssa hengellisistä asioista. Hoitaja voi kysyä onko kuolevan ahdistuksen takana hengellinen hätä. Kuoleva saattaa tarvita rohkaisua pystyäkseen avautumaan. Hoitajan ei kuitenkaan tule painostaa potilasta. Hoitajan oma vakaumus ei saa olla kimmokkeena hengelliselle keskustelulle vaan tilanteessa tulee pystyä kuuntelemaan potilaan omaa vakaumusta ja hänen tuntojaan siitä. Kuoleva usein valitsee itse kenen kanssa haluaa näistä asioista puhua. Hoitajalla ei tarvitse olla vastauksia kuolevan kysymyksiin, vaan hän voi yhdessä kuolevan kanssa etsiä vastauksia. On tärkeää että hoitajalla on aikaa puhua potilaan kanssa tai sitä aikaa on otettava jostain. Jos potilas pyytää lukemaan raamattua tai laulamaan virsiä, hoitaja voi tehdä sen. Joskus hoitaja

voi taas vain pitää potilasta kädestä ja olla aivan hiljaa. On hyvin potilaskohtaista, miten hän haluaa ahdistuksensa käsitellä. Tärkeää on löytää tarkoitus kuolevan potilaan elämälle. Jos hoitaja tuntee, ettei pysty auttamaan potilasta näissä kysymyksissä, voi hän pyytää lupaa keskustella jonkun toisen kanssa tai pyytää paikalle sairaalapastorin. (Härkönen 1989, 137 -138; Vainio & Hietanen 2004, 253.)

Selittämisellä tarkoitetaan potilaalle kertomista taudista, taudin ennusteesta ja etenemisestä. Selittämisessä pyritään myös ennakoimaan tulevaa ja varoittamaan tulevasta esimerkiksi oireista. (Tilvis ym. 2003, 388) Selittäminen on rehellistä ja avointa potilaan ehdoilla tapahtuvaa tiedonjakamista, jonka aikana potilaan reaktioita ja sietokykyä aistitaan ja kuunnellaan koko ajan. Selittämisellä usein helpotetaan potilaan päätöksentekoa ja luodaan saattohoitoon vapautuneempi ilmapiiri. (Tilvis ym. 2003, 388.)

8.1.3 Päämäärien asettaminen ja kärsiminen

Saattohoidossa päämääräksi asetetaan aina parempi huominen. Näin toivo paremmasta auttaa kuolevaa jaksamaan paremmin. Päämääräksi voidaan asettaa myös muun muassa oireettomuus tai jokin kuolevalle mieluinen asia kuten kotisaunaan pääseminen. Päämäärien asettaminen antaa kuolevalle toivoa. Päämäärän avulla hoitajan on helpompi käyttää saattohoidossakin kuntouttavaa työotetta, jossa potilas tekee mahdollisimman paljon itse ja häntä tuetaan siihen. (Tilvis ym. 2003, 388).

Kärsimisellä osana henkistä hoitotyötä tarkoitetaan potilaan kanssa kärsimistä. Tällä tavoin näytetään kuolevalle että hänestä välitetään. Kärsiminen on enemmänkin empaattista myötäelämistä kuolevan kanssa ja tilanteensa ymmärtämistä kuin kärsimistä. (Tilvis ym. 2003, 388). Myös omaisille on hyvä näyttää välittämistä ja ymmärtämistä kuoleman lähestyessä.

8.2 Hengellisyys ja sielunhoito

Kuoleman lähestyessä potilaalla voi olla tuska. Tuska voi johtua kivusta, mutta myös muun muassa hengellisestä hädästä. Kuoleva saattaa kokea erilaisia ahdistuksen ja syyllisyyden tunteita, jotka tuottavat tuskaa ja joita voi olla vaikea pukea sanoiksi. (Aalto 2000, 39.)

Jotkut ihmiset tuovat paljon puheissaan esille uskonnollisuutta ja hengellisyyttä, toiset taas eivät lainkaan. Hoitajan on pystyttävä havainnoimaan ja aistimaan potilaan, kuolevan hengelliset tarpeet omasta vakaumuksesta riippumatta. (Aalto 2000, 39; ETENE 2002, 23.)

Kuoleva on usein itsekin hämillään ja saattaa miettiä kysymyksiä, joihin vastausta ei löydy. Tällaisia kysymyksiä voi olla esimerkiksi ”Mihin joudun kuoleman jälkeen?” tai ”Milloin kuolen?”. Hoitajan ei tarvitse osata vastata kysymyksiin, tärkeintä on kuunnella kuolevaa. Jos hoitaja kokee itsensä ja apunsa riittämättömäksi tai tuntee tilanteen olevan vaikea, hän voi pyytää avuksi esimerkiksi sairaalapastorin. (Aalto 2000, 38.)

Erilaisilla uskonnoilla on erilaiset näkemykset ja kokemukset kuolemasta ja saattohoidosta. Jokaisella ihmisellä on yksilöllinen kokemus hengellisyydestä ja siitä mitä se kullekin on ja mitä se tarkoittaa. Aiheesta on julkaistu kirjoja, esimerkiksi Monikulttuurinen kuolema käsittelee hyvin eri uskontojen kuolemaan ja saattohoitoon liittyviä tapoja ja rituaaleja (Laukkanen 2001.)

Sielunhoidollisen keskustelun tavoitteena on kolme asiaa: muistelu, sovitus ja valmistautuminen. Ensimmäisessä vaiheessa elämä käydään läpi hyvät ja rakkaat muistot ja myös kipeät ja keskeneräiset asiat. Muistelu auttaa pikkuhiljaa luopumaan asioista mitkä ovat tärkeitä. Sovitusvaiheessa kuoleva hakee anteeksiantoa ja myös antaa anteeksi niille ihmisille, joiden kanssa on elämässään kokenut ristiriitoja. Hän voi hakea myös anteeksiantoa Jumalalta tekemistään synneistä ja vääristä valinnoista elämässään. Tavoitteena on saavuttaa eheys. Pitkään kestäneet riidat saattavat ratketa ja vihasuhteet katketa. Kuolevalle voidaan tarjota rippi ja ehtoollinen, jos hän niin haluaa. (Aalto 2009, 71 -73.)
Viimeinen vaihe, valmistautuminen, tarkoittaa avointa kuolemasta puhumista. Kuoleva

pohtii, mitä hänelle kuoleman jälkeen tapahtuu. Sielunhoitajan tehtävä on tällöin vakuutella häntä Jumalan armosta ja rukoilla yhdessä kuolevan kanssa. Kuka tahansa osaa rukoilla. Rukoilu voi olla äänetöntä tai sen voi lukea virsikirjasta. Pääasia on, että kuoleva kokee jonkun uskovan hänen kanssaan rukouksen voimaan. Hautajaisten suunnittelu saattaa myös kuulua tähän vaiheeseen. (Aalto 2009, 71 -73.)

9 OMAISET JA VAPAAEHTOISTYÖ SAATTOHOITOSSA

9.1 Omaisten tukeminen

Omaisille läheisen kuolema on lähes aina kova koettelemus. Omat tunteet voivat olla solmussa ja kuoleva omainen saattaa eristäytyä omaisistaan. Kuoleva saattaa myös asettaa omaisensa aivan uudenlaisten haasteiden ja odotusten eteen. (Tilvis ym. 2003, 389.)

Hoitajan tehtävänä on tukea omaisia kuoleman lähestyessä. Omaiset tulee ottaa huomioon koko saattohoidon ajan ja heidät tulee ottaa mukaan hoitotyöhön heidän ja kuolevan niin halutessa. Omaisten toiveita tulee kunnioittaa, kuten myös kuolevan toiveita. Kuolevan ja omaisten väliin ei tule hoitajien eikä lääkäreiden asettua. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on olla molemmille tukena vaikeassa tilanteessa. (Tilvis ym. 2003, 389.)

Omaisten voi olla vaikea olla sairaalassa tai muussa heille vieraassa ympäristössä. Sairaalassa omaisten ainoa tehtävä onkin usein olla kuolevan lähellä. Jos saattohoito tapahtuu kotona voi omainenkin hetkeksi irrottautua omiin askareisiinsa ja unohtaa kuoleman läheisyyden. Hoitajan tulee ottaa tämä asia huomioon erityisesti työskenneltäessä kuolevan kotona. (Tilvis ym. 2003, 389.) Hoitajan tulee huomioida myös, että kotona saattohoidossa olevan kuolevan omaisten pelot ovat usein erilaisia kuin sairaalassa olevan. Omaiset saattavat pelätä esimerkiksi ammattitaidottomuuttaan. Tämä saattaa myös lisätä omaisten kuolemanpelkoa. (Grönlund & Huhtinen 1998, 75 -76.)

Kun kuoleman hetki on viimein koittanut ja omainen on jäänyt yksin, on hoitajan aika keskittyä pelkästään omaisen tukemiseen. Omaisia voi tukea pienin elein, esimerkiksi poistamalla sairaanhoidolliset välineet vainajan läheltä ja rauhoittamalla ympäristön. Hoitaja on usein ensimmäisiä ihmisiä, joita omaiset kohtaavat kuoleman jälkeen ja siksi hoitajien onkin syytä keskittyä myös tähän hetkeen. Vaikka varsinainen hoidettava onkin jo poissa, myös omaisten jaksamisesta on huolehdittava. Omaiset saattavat olla ihan yksin eivätkä tiedä mistä aloittaa. Tällöin hoitajan sanat tai lämmin kohtaaminen voivat auttaa paljon. Hoitaja voi esimerkiksi antaa hautaustoimiston tai ystäväpalvelun puhelinnumeron, jolloin omaisella on edes jonkinlainen jatkosuunnitelma. (Tilvis ym. 2003.)

9.2 Vapaaehtoistyö

Vapaaehtoistyöllä tarkoitetaan työtä, jota tehdään vapaaehtoisesti ilman materiaalista palkkaa. Vapaaehtoistyöntekijän palkka on henkinen, hyvä mieli siitä, että on voinut olla avuksi. Vapaaehtoistyössä jokainen osapuoli saa jotakin ja jokainen antaa myös itsestään jotain. Vapaaehtoistyöntekijäksi voi alkaa kuka tahansa, ja jotkin järjestöt kouluttavat vapaaehtoisia erilaisiin tehtäviin. (Grönlund ym. 2008, 121 -122.)

Saattohoidossa vapaaehtoistyöntekijä voi toimia esimerkiksi ulkoilutusapuna, apuna arkipäivän tilanteissa ja hoitotoimissa sekä omaisten tukena. Vapaaehtoistyöntekijä voi kuunnella tai pitää kädestä vaikealla hetkellä. Vapaaehtoistyöntekijä voi olla myös eräänlainen ystävä, joka kuuntelee, ja jonka kanssa tehdään asioita, joita ystävien kanssa tehdään. Tällöin voidaan puhua myös ystäväpalvelusta. Saattohoidossa vapaaehtoistyöntekijän työ ei poista ammattilaisen tarvetta hoitotyössä. (Grönlund ym. 2008, 122.)

Vapaaehtoistyöntekijän ja työyhteisön välillä tulee vallita saumaton yhteistyö sekä toisen työn ja panoksen kunnioittaminen. Hoitohenkilökunnan ja vapaaehtoisen työ täydentävät toisiaan ja molempien työ on työyhteisölle voimavara. Jokaisessa työyhteisössä vapaaehtoistyöntekijän työ määräytyy yksilöllisesti. Jokainen vapaaehtoinen tekee työtä omalla tavallaan ja jokaisessa työyksikössä tarve voi olla erilainen. (Grönlund 2008, 122, 125 -129.)

Erilaiset järjestöt, muun muassa Suomen Punainen Risti ja seurakunnat tarjoavat ystäväpalvelua tai vapaaehtoistyöntekijöitä saattohoidon tueksi.

Hankasalmella vapaaehtoistyötä on todella vähän ja se on vielä melko vieras käsite. Joissain paikoissa vapaaehtoistyötä on kehitetty todella paljon. Saattohoitokodeissa toteutetaan paljon vapaaehtoistyötä ja osa toiminnasta voi perustua pelkästään vapaaehtoistyön varaan. Saattohoitokodeissa vapaaehtoisvoimin on muun muassa kerätty rahaa, jolla on sitten hankittu muun muassa pyörätuoleja.

Esimerkiksi Hankasalmen evankelisluterilainen seurakunta pystyy tarjoamaan rinnalla kulkijan loppuajaksi. Seurakunta järjestää vapaaehtoistyöntekijän tarpeen vaatiessa,

mutta erillistä koulutusta työntekijöille ei ole. Yleensä omaiset tai terveyskeskuksen osasto ovat ottaneet yhteyttä seurakuntaan kun vapaaehtoistyöntekijää on tarvittu. Lyhytaikaisempaan toimintaan kuten sielunhoidollisiin keskusteluihin on yleensä osallistujana ollut pappi. (Meronen 2011.)

Tämän kuluvan syksyn aikana Hankasalmen Omaishoitajayhdistyksen ylläpitämä ystäväpalvelurekisteri on siirtymässä Hankasalmen evankelisluterilaisen seurakunnan ylläpitämäksi. Rekisteriin kuuluu noin 60 henkilöä, joista osa on myös seurakunnan vapaaehtoisia. Seurakunnassa vapaaehtoistyö on kovasti kehittymässä koko ajan. (Meronen 2011.)

10 SAATTOHOITO HANKASALMELLA

Hankasalmen kunta on vuonna 1872 perustettu noin 5500 asukkaan pieni kunta Keski-Suomessa, Jyväskylän ja Kuopion välissä. Kunnassa on useita saattohoitoa toteuttavia yksiköitä. Saattohoitoa Hankasalmella toteuttavat sairaala, Palvelukeskus Päiväranta sekä kotihoito. Eri yksiköillä ei ole yhtenäistä mallia saattohoidosta ja tarvetta käytäntöjen yhtenäistämiselle löytyy. Saattohoitomalli helpottaisi myös uusien työntekijöiden käytäntöjen oppimista ja sopeutumista työhön.

Sairaalassa on 48 potilaspaikkaa. Yksi potilashuoneista toimii saattohoitohuoneena (KUVA 1). Sairaala toimii kahdessa solussa. Osastolla on myös saattohoitoon koulutettua henkilökuntaa. Sairaalassa työskentelee sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia, sekä laitosapulaisia. Sairaalassa pystytään toteuttamaan saattohoitoa melko täysipainoisesti, sillä täällä on käytettävissä usein elämän loppuvaiheessa tarvittavia hoitovälineitä. Sairaalassa toimii ympärivuorokautinen hoito.

KUVA 1. Sairaalan saattohoitohuone

Palvelukeskus Päivärannassa (KUVA 2) on noin 30 asukaspaikkaa. Palvelukeskuksessa saattohoitoa pystytään toteuttamaan siihen asti kun tarvitaan pääasiassa hoitoa ja huolenpitoa. Mahdollisesti saattohoitoon tarvittaviin suurempiin hoitotoimenpiteisiin ei ole ainakaan vielä mahdollisuutta. Esimerkiksi happilisää ei palvelukeskuksessa ole mah-

dollisuutta käyttää. Palvelukeskuksessa toimii sekä sairaanhoitajia, lähihoitajia, että perushoitajia. Edellä mainittujen lisäksi palvelukeskuksessa työskentelee myös laitosapulaisia. Palvelukeskuksessa on erikseen dementiaosasto. Palvelukeskuksessa toimii ympärivuorokautinen hoito.

KUVA 2. Palvelukeskus Päiväranta

Saattohoitoa voidaan toteuttaa myös kotona kodin suomissa puitteissa. Kotihoito toimii pääasiallisesti päiväsaikaan, mutta tarvittaessa joskus palvelut ovat olleet käytettävissä myös öisin, juuri saattohoitotilanteessa. Kotisaattohoito edellyttää kuitenkin myös omaisten suurta panosta hoidon toteuttamisessa. Kaikkia mahdollisesti saattohoidossa tarvittavia laitteitta on vaikea saada kotiin, joten usein saattohoidon loppuvaihe toteutuu sairaalassa. Omaisten ja potilaiden toiveet ovat kuitenkin ratkaisevassa osassa. Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia ja kodinhoitajia.

11 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT/ -TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tavoitteena on perehtyä Hankasalmen saattohoidon käytänteisiin ja haasteisiin sekä avata niitä saattohoitoa toteuttaville työyhteisöille. Haluamme yhtenäistää saattohoitokäytäntöjä eri työyksiköiden välillä Hankasalmella sekä lisätä keskustelua saattohoidosta eri työyhteisöjen välillä. Työn tavoitteena on myös koota opasvihko, ajantasaisimmasta saattohoitotiedosta, hoitajien käyttöön. Opasvihkon aiheet määräytyvät hoitajien vastausten perusteella.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiä ja -tehtäviä ovat:

- Millainen saattohoidon tila on Hankasalmella?
- Miten saattohoitoa tulisi Hankasalmella kehittää?
- Opasvihkon laatiminen

12 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

12.1 Tutkimusmenetelmät ja kyselylomakkeen laatiminen

Tutkimusmenetelmänä työssämme käytimme kvalitatiivista menetelmää. Kvalitatiivinen menetelmä tarkoittaa laadullisen tiedon keräämistä eli tässä tapauksessa avoimien kysymysten käyttämistä tiedonhankintamenetelmänä. Tällöin vastaajilla on mahdollisuus päästää oma äänensä paremmin kuuluviin vastatessaan kysymyksiin. Tutkimuksessa halusimme nimenomaan kuulla työntekijöiltä avoimesti heidän erilaisia mielipiteitään ja ajatuksiaan, ja tällöin kvalitatiivinen menetelmä oli sopivin käyttää. Emme halunneet rajata mitään vastausvaihtoehtoja pois. (Hirsjärvi ym. 2000, 155.)

Selvitimme hoitajien käsityksiä ja kokemuksia kirjallisella lomakekyselyllä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Kyselyyn olivat valikoituneet hoitajat, jotka ovat mukana toteuttamassa saattohoitotyötä Hankasalmella. Hankasalmen sosiaali- ja terveystoimen esimiehet kyselivät yksiköiden hoitajista kiinnostuneita mukaan tekemään saattohoitotutkimusta. Nämä asiasta kiinnostuneet hoitajat osallistuivat tekemäämme kyselyyn.

Kyselylomakkeen rakensimme saattohoitoa koskevan teoriatiedon ja lähteiden–perusteella. Testasimme lomakkeen ensin kolmella hoitajalla eri työyhteisössä kuin mihin lopulliset kyselyt toimitettiin. Kyselyt toimitimme työyksiköihin saatekirjeellä varustettuna. Vastaukset hoitajat lähettivät meille kotiin valmiiksi maksetuissa kuorissa.

Kyselyllä halusimme selvittää saattohoidon nykytilaa Hankasalmella. Kyselyssämme (LIITE 2) selvitettiin ensiksi strukturoiduilla kysymyksillä vastaajan taustatietoja kuten työyhteisö, ammattinimike ja saattohoitoon liittyvä kokemus vuosina. Taustatietojen jälkeen kyselyssä selvitettiin avoimilla kysymyksillä saattohoidon nykytilannetta Hankasalmella, kehitettäviä asioita sekä hoitajien ammattitaitoa ja organisaatiotason toimivuutta. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista vastasivat kaikkiin kysymyksiin.

12.2 Aineiston analysointi

Kyselyyn vastanneet hoitajat työskentelevät sairaalassa, kotihoidossa ja Palvelukeskus Päivärannassa. Kyselyitä lähetettiin yhteensä seitsemän ja vastanneita oli viisi. Vastausprosentti oli siis 71,4 %. Vastaajista kaksi oli lähihoitajia ja kolme sairaanhoitajaa. Kokemusta saattohoidosta oli kaikilla hoitajilla useita vuosia, kahdella vastanneista jopa yli kymmenen vuotta. Salassapitovelvollisuuden vuoksi emme voi kertoa montako vastaajaa on mistäkin yksiköstä, sillä vastaajat oli ennalta määrättyjä.

Saatuamme vastaukset hoitajilta, litteroimme eli auki kirjoitimme ensin kaikki vastaukset. Sen jälkeen aloimme yhdistämään tekstejä, eli käytimme aineiston analysointiin induktiivista menetelmää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Poimimme vastauksista yksittäisiä hoitajien mielipiteitä, joista lähdimme muodostamaan yhtenäisiä käsityksiä. Jaottelimme vastaukset teemojen mukaan ja aloimme muodostaa niistä tekstiä raporttiin.

Kyselyitä tehdessämme ja vastauksia purkaessamme olemme noudattaneet ehdotonta luottamusta ja salassapitovelvollisuutta. Tutkimus toteutettiin hoitotyön etiikkaa ja tutkimusetiikkaa noudattaen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006.)

13 TUTKIMUSTULOKSET

13.1 Saattohoidon nykytilanne Hankasalmella

Saattohoitokotia ei Hankasalmella ole. Vastauksista kävi ilmi, että ennen saattohoidon alkamista potilas voi olla jo useita vuosia esimerkiksi sairaalassa, ennen kuin lopullista saattohoitopaikkaa on päätetty. Sairaalassa on käytössä potilailla saattohoitohuone. Täällä pääsääntöisesti kaikki osallistuvat potilaan saattohoitoon. Omaisia ja potilasta pyritään tukemaan, mutta kuoleva potilas vaatii paljon resursseja. Saattohoitoon on myös koulutettu jonkin verran henkilökuntaa sairaalassa, mutta esimerkiksi palvelukeskuksessa ei ole. Palvelukeskuksessa koetaan resurssien puutteen olevan ongelma.

Kotihoidossa on myös joskus ollut saattohoitopotilaita; tällä hetkellä niitä ei kuitenkaan ole. Kotona kuoleminen vaatii paljon omaisilta. Usein tämä juuri on ongelma kotisaattohoidon toteuttamisessa, sillä omaiset pelkäävät kuolemaa ja sen kohtaamista. Yksi vastanneista nostaa esille, että ammattihenkilökuntaa ei ole tarpeeksi saatavilla kotisaattohoidon varalta. Laitoksissakaan ei uskota hoitajan sattuvan juuri kuolevan vierelle tällöin kun kuolema tapahtuu. Omaisilla on tässäkin suuri merkitys kuolevan saattohoidossa.

Pyysimme hoitajia myös kuvailemaan saattohoidon päätöksentekoprosessia. Kaikissa vastauksissa kävi ilmi, että hoitava lääkäri tekee viime kädessä päätöksen saattohoidon aloittamisesta. Kuitenkin sekä potilas että omaiset ovat suuressa roolissa tässä päätöksenteossa. Potilasta kuunnellaan ensimmäisenä. Hän voi päättää haluamastaan hoidosta, sekä kipulääkkeistä ja millä tavalla haluaa ne annosteltavan.

Yksi vastanneista nostaa esille omaisilla olevan suuren päätäntävallan, jos potilaalla ei ole hoitotahtoa tehtynä, eikä hän pysty itse enää vaikuttamaan hoitoonsa. Asiallinen potilas voi kieltää itseltään tehohoidot. Eräs hoitaja kuvaa saattohoitoa seuraavasti:

> Saattohoito on jatkumo erilaisia päätöksiä pidättäytyä tutkimuksista sekä hoidoista sairauden eri vaiheissa. Usein saattohoitopäätöstä edeltää jo SLK -päätös.

Yhden vastaajan mukaan olisi tärkeä, että potilaalle nimettäisiin henkilöt, jotka hoitaisi-

vat häntä vuorokauden eri aikoina. Yhteistyö omaisten kanssa on tärkeää saattohoidon toteuttamisessa. Toinen hoitaja nostaa esille, että vaikka ravitsemus- ja nestehoitoasiat on käyty potilaan omaisten kanssa läpi, saattaa omainen alkaa vielä kuoleman hetkellä vaatia tehohoitoa omaiselleen, vaikka SLK -päätöskin olisi jo tehty.

Tiedustelimme hoitajilta, millaisissa tilanteissa saattohoitoa voidaan toteutua hänen omassa työyhteisössään. Vastauksista ilmeni, että palvelukeskuksessa saattohoito on mahdollista, jos sen ei oleteta kestävän kovin kauan, eikä siihen vaadita sairaanhoidollisia laitteita. Palvelukeskuksessa ei ole esimerkiksi mahdollisuutta lisähapen antamiseen. Palvelukeskuksessa voidaan hoitaa niin kauan, kun asukas tarvitsee enää vain kipulääkitystä tai hoivaa ja huolenpitoa. Yksi hoitajista nostaa esiin, että vuosia palvelukeskuksessa eläneellä pitäisi olla mahdollisuus saada kuolla palvelukeskuksessa.

Kotona saattohoitoa pystytään toteuttamaan vain jos potilaalla on paljon omaisia ympärillään. Kotihoitoa pidetään vain tukea antavana saattohoitotilanteessa. Helpoiten kotisaattohoito onnistuu taajaman lähellä, kun apu ei ole kaukana. Ongelmaksi muodostuu myös se, että sairaanhoitajat ovat käytettävissä vain päivisin, jos sairaanhoidollista apua tarvitsee.

Hoitajien (n=2) mukaan sairaalassa saattohoitoa on mahdollista toteuttaa aina. Kuoleman lähestyessä useimmat potilaat ohjataan sairaalaan elämän viimeisiksi hetkiksi. Sairaalaa pidetään viimeisenä vaihtoehtona saattohoidolle. Mielekkäimpänä paikkana kuolla pidettäisiin omaa kotia.

Pyysimme hoitajia myös kuvailemaan, millä tavoin omaisille tuodaan esille saattohoitopaikan valintamahdollisuutta. Hoitajat kokevat, että usein omaiset toivovat läheisensä saattohoitopaikan olevan jokin tietty, kuten palvelukoti tai koti. Hoitajien kokemuksena oli, että sairaalassa ollessa potilaalle puhutaan mahdollisuuksista esimerkiksi kotiutua kotihoidon piriin. Tällaisissa tilanteissa, kun potilas lähtee kotiin, on lääkäri antanut luvan potilaalle tulla suoraan osastolle tarvittaessa.

Palvelukeskuksen puolella koettiin omaisten usein toivovan läheisensä saavan kuolla siellä, omassa huoneessaan. Palvelukodilla hoitotyö on erilaista kuin sairaalassa ja tällöin hoitaja on kertonut omaisille realiteetit, jolloin saattohoitopaikaksi saattaa usein

muodostua sairaala. Yksi hoitaja nosti kyselyssä esille, että hän kokee, ettei mahdollisuuksia ole tarjota. Myös asiasta keskustelu tuotiin esille yhdessä vastauksessa. Vastauksessa tuotiin esille että hoitotestamentti, hoitotahto olisi hyvä olla tehtynä, ettei elämän viime metreillä tarvitsisi miettiä missä haluaa kuolla, tai missä haluaa omaisensa kuolevan.

Yleisesti siis koettiin että asiasta puhutaan vasta siinä vaiheessa kun se on ajankohtaista ja useinkaan omaisilla ei ole tietoa työyhteisön tarjoamista palveluista ja realiteeteista, joilla työtä tehdään.

13.2 Kehitettäviä asioita

Kysyimme hoitajilta, miten heidän mielestään ihmisten tietoisuuteen voitaisiin paremmin tuoda eri saattohoitopaikkavaihtoehdot. Useissa vastauksissa tuotiin esille yhteisten pelisääntöjen sopiminen. Koettiin, että toinen työyhteisö ei voi luvata toisen puolesta, että saattohoito onnistuu, esimerkiksi sairaalasta ei voida luvata kotihoidon puolesta. Lisäksi vastauksissa tuotiin myös esille, että jokaisen hoitopaikan tulisi määritellä, voiko siellä saattohoitoa toteuttaa. Tällaiset asiat tulisi olla muidenkin työyhteisöjen tiedossa.

Kahdessa vastauksista kotihoito koettiin asiassa tärkeäksi tiedottajaksi saattohoitovaihtoehdoista. Kotihoidon työntekijät voisivat puhua asiasta omille asiakkailleen jo ennen kuin asia on ajankohtainen. Kaksi vastanneista nosti esille myös yleisen keskustelun asiasta. Asiaa voisi tuoda esille esimerkiksi paikallislehdessä tai ilmoitustauluilla. Myös yleistä keskustelua ja informaatiota hoitajille, potilaille ja omaisille kaivattiin. Koettiin, että viimeistään Sallitaan luonnollinen kuolema -päätöstä tehtäessä saattohoitopaikkavaihtoehdot olisi hyvä käydä läpi potilaan kanssa. Keskeisimmiksi asioiksi vastauksista nousi esiin yhteisten sääntöjen sopiminen, yleinen keskustelu ja tiedottaminen asiasta sekä hoitohenkilökunnalle että kuntalaisille.

Tiedustelimme hoitajilta, mitä mieltä he olisivat vapaaehtoistyön mahdollisuudesta Hankasalmella. Neljässä vastauksessa viidestä vapaaehtoistyön tarve koettiin suureksi. Etenkin henkisen ja hengellisen tuen tarve potilailla koettiin asiaksi, jota oli vaikea to-

teuttaa muun työn ohella. Saattohoidon pelättiin hukkuvan muun työn jalkoihin eikä aikaa kuolevalle voitu tarjota riittävästi. Eräs hoitaja kuvaa vapaaehtoistyötä seuraavasti:

> Tarve on todellinen. Kolmannen sektorin apu olisi arvokasta, sillä henkilöstöä ei ole riittävästi laadukkaan saattohoidon turvaamiseksi.

Yhdessä vastauksessa vapaaehtoistyötä kritisoitiin, sillä koettiin että henkilön tulisi olla koulutettu voidakseen toimia vapaaehtoisena. Myös pienen paikkakunnan vaikeuksia oli tuotu esille. Sen, että lähes kaikki tuntevat toisensa, koettiin tuovan vapaaehtoistyölle emotionaalisia haasteita. Myös vapaaehtoistyöntekijän sitoutumista työhön oli yhdessä vastauksessa pohdittu. Oli koettu, että vapaaehtoistyöntekijän tulisi olla sitoutunut työhönsä ja siihen, että on käytettävissä aina kun tarvetta on.

Kotihoidon puolella tarvetta vapaaehtoistyölle koettiin tärkeäksi muun muassa sen vuoksi, että kotihoito ei voi tarjota ympärivuorokautista palvelua ja omaisetkin tarvitsevat lepoa, jos ovat mukana saattohoitotyössä. Hoitajat olivat myös sitä mieltä, että vapaaehtoistyöntekijä voisi toimia omaisten tukena, vertaistukena ja näin vähentää myös hoitohenkilökunnan kuormitusta.

Myös omaisten puutteen koettiin lisäävän vapaaehtoistyön tarvetta. Omaisten puuttuessa voisi vapaaehtoistyöntekijä astua kuvaan mukaan jo sairauden alkuvaiheessa niin sanottuna ystäväpalveluna ja näin ollen kontakti voisi jatkua kuolemaan saakka kuolevan niin halutessa. Kouluttamattomuus nostettiin esille myös tällaisessa tilanteessa. Vastauksessa tuotiin esille, että ohjaus ja yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa olisi välttämätöntä.

Todellista tarvetta vapaaehtoistyölle Hankasalmella siis olisi, sillä lähes kaikki vastanneet sitä kaipasivat. Vapaaehtoistyön koettiin myös tuovan helpotusta hoitohenkilökunnan työhön.

Kysymykseen ”Millaista koulutusta tai yleistä ohjeistusta olet saanut” vastasi neljä. Kaikki olivat sitä mieltä, että koulutusta ei ole tarjolla ja ainoastaan yksittäiset henkilöt ovat käyneet aiheeseen liittyvissä koulutuksissa. Kahdessa vastauksessa oli tuotu esille hoitajan oma aktiivisuus ja tiedonhankinta asian suhteen.

Valtakunnallinen saattohoitosuositus nostettiin esille kahdessa vastauksessa, Hyvä saattohoito Suomessa-saattohoitosuositukset on ollut esillä ja yhdessä työyhteisössä se on tulostettuna versiona kansliassa luettavissa. Muutoin ohjeistuksen koettiin kuitenkin olevan lähinnä tapauskohtaista.

Kysyimme hoitajilta, mitkä asiat ovat heidän mielestään tärkeitä kuolevan potilaan hoitotyössä. Hoitajien mielestä tärkein asia kuolevan potilaan hoitotyössä oli kivun hoito, joka koettiin myös suurimmaksi ongelmaksi. Se nostettiin esille neljässä vastauksista. Yksi hoitajista kuvaa kuolevan kipua näin:

> Kivuton loppuelämä, inhimillisyys - läsnäolo: kuoleva ei saa pelätä yksin.

Kolme vastaajista oli sitä mieltä että loppuelämän tulee olla kivuton ja yksi vastaajista esitti huolensa siitä, että kivunhoito on ainoa syy viipyä kuolevan luona. Myös aktiivisen hoidon puute koettiin ongelmana kuolevan hoitotyössä.

Erilaiset psyykkisen puolen asiat nousivat myös paljon esille. Kuolevan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen koettiin tärkeäksi kaikissa vastaukissa. Vastauksissa nostettiin esille seuraavia asioita:

- läsnäolo, ettei kuolevan tarvitse olla yksin
- kuuntelutaito ja myötäeläminen
- rehellisyys asioista keskusteltaessa, sekä kuolevan että omaisten kanssa.

Myös lääkärin ja hoitajan välinen rehellisyys nostettiin esille yhdessä vastauksessa

Yhdessä vastauksessa kuvailtiin kuolevan yksin jättämisen yhden hengen huoneeseen olevan enemmänkin eristystä kuin rauhallinen viimeinen lepopaikka. Potilaan yksin jättäminen koettiin ongelmaksi, koska sen pelättiin aiheuttavan turvattomuutta kuolevalle. Inhimillisyys ja yksilöllisyys nostettiin esille kaikissa vastauksissa. Ihmisarvon kunnioittamista pidettiin tärkeänä myös kuoleman jälkeisessä hoitotyössä. Yksilöllisen hoidon tarpeellisuutta korostettiin kolmessa vastauksessa, yhdessä niistä nostettiin esille hoitotahdon toteutuminen. Myös omaisten kunnioittaminen nostettiin esille kahdessa vastauksista.

Kahdessa vastauksessa viidestä hoitajat nostivat esille ajan antamisen ongelman. Kiireettömyys koettiin tärkeäksi sekä laitosoloissa että kotihoidon puolella. Kotihoidossa

pidettiin tärkeänä myös kaiken mahdollisen avun saamista kotiin, ettei kenenkään tarvitsisi lähteä laitokseen kuolemaan.

Kuolevan hengellisten tarpeiden tyydyttäminen koettiin yhdessä vastauksessa hoitajille haastavaksi asiaksi. Lohdutusta ja rukousta pidettiin tärkeänä osana kuolevan hoitotyötä. Hoitajan herkkyys aistia asioita, esimerkiksi kipua ja avun tarvetta, nostettiin esille kahdessa vastauksessa. Hoitajan herkkyyteen liitettiin yhdessä vastauksessa myös hoitajan organisointikyky.

Myös omaisten tukeminen ja ohjaaminen yhdessä kuolevan tukemisen ja ohjaamisen kanssa nousi esille tärkeäksi asiaksi kuolevan potilaan hoitotyössä. Tämä kävi ilmi kaikissa vastauksissa. Vastaajat kokivat tärkeäksi ottaa omaiset osaksi kuolevan jäljellä olevaa elämää ja tunnistaa omaisten tuen tarve myös kuoleman jälkeen. Hoitajan kyky ymmärtää se ettei omaisille kuolema ole hoitotieteellinen prosessi nostettiin esille yhdessä vastauksessa. Kaikenlaisten omaisten kohtaaminen on otettava vastaan voimavaroja antavana kokemuksena.

13.3 Hoitajien ammattitaito ja organisaatiotaso

Kysyimme hoitajilta, millä tavalla he toivoisivat saattohoitoa kehitettävän Hankasalmella organisaatiotasolla. Saattohoidon tuominen ihmisten, erityisesti päättäjien tietoisuuteen, koettiin tärkeänä kolmessa vastauksessa. Hoitajat kokivat erityisen tärkeänä, että heitä ja muita hoitotyön asiantuntijoita kuunneltaisiin enemmän päättäjien suunnalta. Myös avointa keskustelua asioista toivottiin eri yhteistyötahojen välille. Byrokratian vähentäminen koettiin organisaatiotason toimivuutta parantavaksi asiaksi.

Talouskysymys nostettiin esille kahdessa vastauksessa. Haluttiin tietää, kuka maksaa mitäkin, esimerkiksi lääkkeet ja toivottiin että budjettiin löydettäisiin rahaa toteuttaa saattohoitotyötä. Oppia kehotettiin ottamaan toimivammista saattohoito-organisaatioista.

Kysyimme hoitajilta, millä tavoin he toivovat saattohoitoa kehitettävän Hankasalmella ammatillisella tasolla. Hoitajien (n=2) mielestä henkilöstöä koettiin olevan liian vähän ja henkilöstön saatavuus oli hoitajille epäselvää. Myös henkilökunnan osaaminen koet-

tiin vajavaiseksi, toivottiin jokaiseen saattohoitoa toteuttavaan yksikköön ainakin muutamaa enemmän asiaan perehtynyttä työntekijää.

Kolmessa vastauksista esille nostettiin hoitohenkilökunnan kouluttaminen. Toivottiin että kaikille saattohoitoon osallistuville tulisi jonkinlaista peruskoulutusta ja sen lisäksi jokaisessa työyhteisössä olisi muutama enemmän koulutettu. Koulutusta toivottiin järjestettävän hoitohenkilökunnan oman kiinnostuksen mukaan. Yhden hoitajan mukaan:

> Asiasta kiinnostuneet voisivat olla ne enemmän koulutetut.

Koulutuksen toivottiin sisältävän henkisen ja hengellisen hoitotyön asioita, kivun hoitoa sekä perushoitoa. Myös sijaisten kouluttaminen nostettiin esille.

Yhdessä vastauksessa tuotiin esille hoitajan tekemän työn yksilöllisyys ja hoitajan persoonan esiintulo hoitotyössä. Sen pohjalta koettiin, että mitenkään erityisen yksityiskohtaisia ohjeita ei saattohoidosta kannattaisi laatia. Jokainen hoitosuhde koettiin erityislaatuisena. Työssä jaksamiseen kaivattiin tukea yhdessä vastauksessa.

13.4 Muita havaintoja

Lopuksi kysyimme hoitajilta muita mieleen tulevia asioita aiheeseen liittyen. Palvelutaloon toivottiin saattohoitohuonetta, jonka sisustus olisi asianmukainen. Palvelutalon tarjoama mahdollisuus myös omaisen majoittamiseen koettiin hyvänä, vaikkakaan sitä mahdollisuutta ei juurikaan omaiset ole halunneet käyttää. Hoitajan kokemus asiasta on että kuolema koetaan etäisenä, erillisenä tapahtumana, jota ei haluta kohdata.

Kahdessa vastauksessa tuotiin esille saattohoidon tilanteen kartoittamisen ja kehittämisen tärkeys. Saattohoitokotia toivottiin perustettavaksi Keski-Suomeen, sillä aina ei löydy saattohoitopaikkaa kodin ulkopuolelta, vaikka halukkuutta olisi kotoa pois lähteä.

Yhdessä vastauksessa toivottiin kuolevalle kerrottavan ennen kotiutumista esimerkiksi sairaalasta muun muassa, mitä saattohoidolla tarkoitetaan ja omaisille kerrottavan faktat rehellisesti tilanteesta. Eräs hoitaja lupasi jatkossa keskustella hoidettaviensa kanssa asiasta, kun he tulevat asiakkaiksi, mikäli keskustelu onnistuu luontevasti siinä tilan-

teessa. Myös hoitotahdon ja SLK- päätöksen tekeminen helpottuisivat kun asiasta olisi keskusteltu

14 HOITAJIEN OPASVIHKO

14.1 Opasvihkon laatiminen

Saatuamme vastaukset hoitajilta kyselyyn Hankasalmen saattohoidon nykytilanteesta aloimme työstää opinnäytetyömme produktiota, opasvihkoa hoitajille. Tavoitteenamme oli, että opasvihkossa toimisi kaikissa yksiköissä hoitajien apuvälineenä jokapäiväisessä hoitotyössä saattohoitopotilaiden kanssa. Lisäksi toivoimme hoitajille olevan hyötyä oppaasta myös omaisten tukemisessa. Tämän vuoksi olimme hoitajille tekemässämme kyselylomakkeessa pyytäneet heitä kertomaan, mitä asioita he pitivät saattohoidossa tärkeinä.

Hoitajilta tuli runsaasti ajatuksia siitä, mitä hyvään saattohoitoon kuuluu. Päällimmäisenä näistä nousi esille kuolevan kipujen lievittäminen ja toisen ihmisen läheisyys kuoleman saapuessa. Nämä asiat nostimme esille myös opasvihkomme teoriaosuudessa. Halusimme antaa hoitajille heidän kaipaamaansa tietoa.

Opasvihkon alussa halusimme esitellä yleistä tietoa saattohoidosta, sekä saattohoitoon liittyvästä päätöksenteosta. Nämä asiat ovat keskeisiä saattohoidon ymmärtämisessä. Lisäksi kerroimme myös Hankasalmen saattohoidon nykytilanteesta, jotta se tulisi kaikkien tietoon. Erittelimme eri yksiköiden saattohoitokäytännöt ja hoitomahdollisuudet.

Vihkon teoriaosuudessa nostimme pääasioiksi hoitajien toivomat asiat, mutta kerroimme myös muuta teoriatietoa saattohoitoon liittyen. Tarkoituksenamme oli antaa hoitajille sopivasti tietoa tärkeimmistä asioista kuolevan hoitotyössä. Lisäksi teimme vihkoon kappaleen omaisten tukemisesta, koska omaiset ovat myös osa saattohoitoa. Vihkon lopussa kävimme läpi saattohoitoon liittyviä käsitteitä sanaston avulla. Viimeiseksi keräsimme tärkeitä puhelinnumeroita. Puhelinnumerot valittiin niin, että ne olisivat avuksi hoitajille, mutta myös omaisille. Hoitaja voisi käyttää näitä osana omaisen tukemista antamalla tällä tärkeitä numeroita esimerkiksi hautajaisjärjestelyitä tai tarvittaessa myös kriisiapua varten.

Valmis opasvihko toimitettiin kaikkiin työyhteisöihin, jotka olivat olleet mukana kyse-

lytutkimuksessa. Opasvihkojen mukana toimitimme myös arviointilomakkeita, joilla hoitajat voisivat antaa meille palautetta onnistumisestamme opasvihkon toteutuksessa. Hoitajille annettiin kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn.

Yhdessä yksikössä, sairaalassa, pidimme myös pienen osastohetken opinnäytetyöstämme ja opasvihkosta. Kerroimme lyhyesti opinnäytetyömme tarkoituksesta ja vastaamisestamme hoitajien tarpeisiin. Kerroimme tekemästämme kyselystä hoitajille ja siitä saamastamme aineistosta. Esittelimme kyselyiden pohjalta muodostamaamme opasvihkoa ja perusteluita siihen valituille aihepiireille. Lopuksi pyysimme hoitajia antamaan meille vielä kirjallista palautetta.

14.2 Hoitajien kommentteja valmiista opasvihkosta

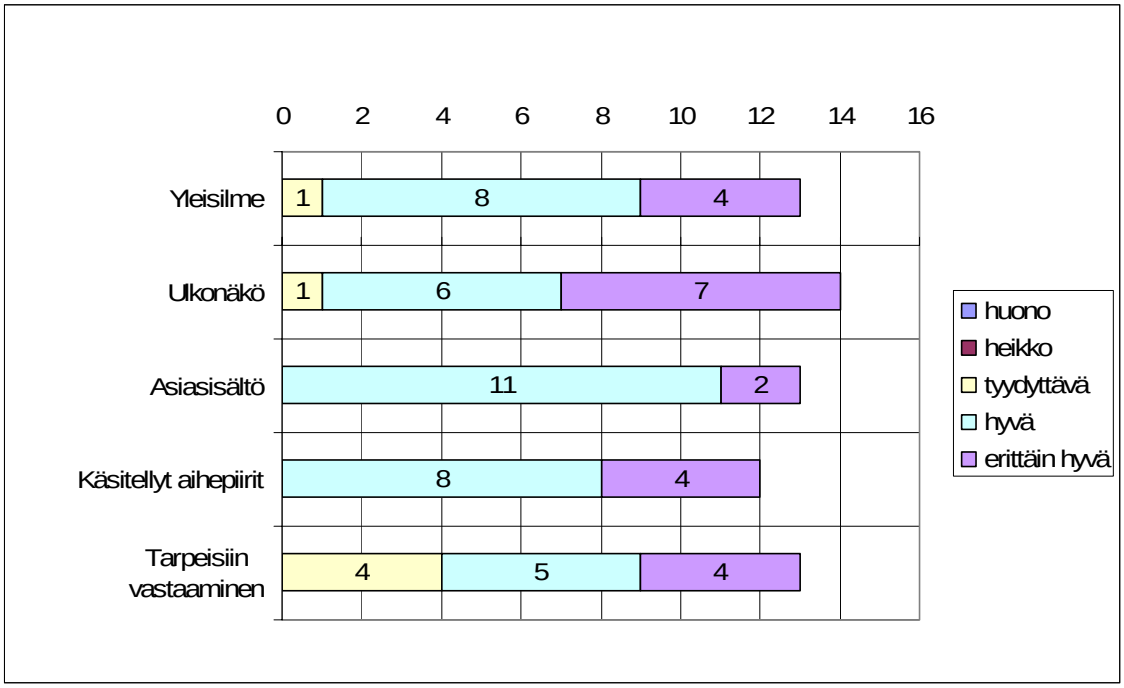
Toimitettuamme valmiin oppaan työyksiköihin, pyysimme siitä samalla palautetta. Palautteen pyysimme vihkon mukana toimitetuilla kyselylomakkeilla (LIITE 3), joissa hoitajilta kysyttiin arviota vihkon ulkonäöstä, yleisilmeestä, asiasisällöstä, käsitellyistä aihepiireistä, sekä hoitajien tarpeisiin vastaamisesta. Vastaus kyselyyn annettiin valitsemalla näihin kohtiin parhaiten sopiva vaihtoehto asteikolla huono-heikko-tyydyttävä-hyvä-erittäin hyvä. Lisäksi kyselyn lopussa oli vielä kaksi avointa kysymystä, joihin hoitajat saivat kirjoittaa, mitä olivat jääneet oppaassa kaipaamaan, sekä mitä muita ajatuksia opasvihko heissä herätti. Kyselyyn vastasi 13 hoitajaa.

Saamamme palaute olikin runsasta. Pääasiassa palaute oli hyvää; opasvihkoa pidettiin hyvänä ja tärkeänä apuvälineenä hoitotyössä. Vihkon ulkonäköä pidettiin kauniina, ja sen sisältöä pidettiin ajantasaisena ja monipuolisena. Erityisesti siitä koettiin olevan apua hoitajille, jotka eivät olleet vielä aikaisemmin perehtyneitä saattohoitoon.

Joitakin asiavirheitä opasvihkossa oli vielä huomattu. Joissakin vastauksissa myös teoriatiedon ei arveltu aina pystyvän toteutuvan käytännössä. Osalle vastaajista opasvihko ei ollut tuonut mitään uutta tietoa, mutta suurin osa koki sen vastaavan tarpeisiin hyvin tai erittäin hyvin. Kehittämisnäkökulmaa oli jääty kaipaamaan enemmän. Tietoa siitä, miten saattohoito toteutuu muissa yksiköissä, jäätiin kaipaamaan edelleen.

Hoitajat kokivat tärkeäksi avuksi opasvihkoon laitetut puhelinnumerot, joista he uskoivat myös omaisille olevan apua. Useat olivat sitä mieltä, että opasvihkoon valitut aihepiirit olivat erittäin hyviä.

Opasvihkon arviointilomakkeella tiedusteltiin ”rasti ruutuun” –periaatteella oppaan yleisilmettä, ulkonäköä, asiasisältöä, käsiteltyjä aihepiirejä sekä tarpeisiin vastaamista. Asteikko oli huonosta erittäin hyvään. Oheisessa kuviossa 2 kuvataan hoitajien arvioita opasvihkosta tarkemmin



KUVIO 2. Hoitajien arvio opasvihkosta

Opasvihkon yleisilmettä koskevaan kysymykseen vastasi 13 hoitajaa. Opasvihkon yleisilmettä pidettiin pääsääntöisesti (8 vastanneista) hyvänä. 4 vastaajaa piti yleisilmettä erittäin hyvänä ja 1 tyydyttävänä. Oppaan ulkonäöstä pidettiin. Kysymyksen vastasi 13 hoitajaa ja 7 heistä piti oppaan ulkonäköä erittäin hyvänä. Vastaajista 6 piti ulkonäköä hyvänä ja 1 tyydyttävänä.

Oppaan asiasisältö koettiin hyväksi. Kysymykseen vastasi 13 hoitajaa, joista 1 piti oppaan asiasisältöä hyvänä ja 2 erittäin hyväksi. Oppaassa käsitellyt aihepiirit koettiin hyviksi tai erittäin hyviksi. Kysymykseen vastasi 13 hoitajaa ja heistä 8 piti oppaassa käsiteltyjä aihepiirejä hyvinä, 4 erittäin hyvinä. Oppaan tarpeiden vastaavuuteen liittyvään

kysymykseen vastasi 12 hoitajaa. Vastaukset jakaantuivat melko tasaisesti tyydyttävän ja erittäin hyvän vastaavuuden välille. 4 piti oppaan tarpeisiin vastaavuutta tyydyttävänä, 5 hyvänä ja 4 erittäin hyvänä.

15 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa Hankasalmen saattohoidon tilanne ja tuoda se kaikkien tietoon. Tutkimuksellamme onnistuimmekin hyvin kartoittamaan saattohoidon nykytilanteen. Saimme selville mitkä asiat Hankasalmella ovat jo hyvin saattohoidossa ja mitä vielä tulisi kehittää.

Hankasalmella on jonkin verran koulutettu henkilökuntaa saattohoitoon. Lisäksi sairaalassa on saattohoitohuone ja siellä koetaan pystyttävän toteuttamaan saattohoitoa. Tämä on kuitenkin ainoa paikka, jossa saattohoitoa pystytään toteuttamaan kokonaisvaltaisesti. Kyselymme vastauksista päällimmäisenä jäi mieleen resurssien puute saattohoidossa. Täällä on huomattu puutteita muun muassa henkilökunnan määrässä hyvän saattohoidon toteuttamiseksi.

Yhteistyö omaisten kanssa saattohoitotilanteessa kuitenkin tuntuu toimivan hyvin ja tämä lienee onkin tärkeimpiä asioita onnistuneen saattohoidon toteutumisessa. Omaisia kuunnellaan ja potilaan oma tahto otetaan huomioon, jos tämä vielä pystyy sitä ilmaisemaan. Päätöksenteko saattohoidosta sujuu myös pääasiallisesti melko hyvin. Jonkin verran hoitajat nostivat esille päätöksenteon pitkittämistä.

Tekemämme ohjevihko hoitajille tukee työyhteisöjen yhtenäisyyttä toteutettaessa saattohoitotyötä ja erityisesti perehdytettäessä uusia työntekijöitä toteuttamaan saattohoitotyötä.

Vapaaehtoistyötä on Hankasalmen evankelis-luterilaisessa seurakunnassa laitettu meidän aloitteestamme vireille. Toivomme yhteistyön jatkuvan ja vahvistuvan eri tahojen välillä. Lisäksi toivomme, että vapaaehtoistyö lisääntyisi ja vahvistaisi siten asemaansa osana saattohoitoa.

16 AJATUKSIA OPINNÄYTETYÖSTÄ

Opinnäytetyöprosessi oli ajoittain haastava, mutta myös palkitseva. Sovittuamme opinnäytetyön aiheen työelämän yhteistyökumppaneiden kanssa tiesimme, ettei aihe olisi helppo. Olimme aikaisemmin tehneet saattohoitoon liittyen ryhmätyön, jota tehdessämme totesimme, että lähdemateriaalia oli vaikea löytää. Saattohoito on edelleen niin henkilökohtainen ja vaikeana pidetty asia, ettei sitä ole paljoa tutkittu eikä täysipainoisesti lähdetty toteuttamaan. Kuoleman läheisyys pelottaa nyky-yhteiskunnassa. Kuolema koetaan etäisenä asiana ja sen läheisyys huomataankin usein vasta, kun se osuu lähelle tai sen kanssa työskennellään. Koemme kuitenkin löytäneemme tarpeeksi hyviä ja ajantasaisia lähteitä, jotta työstämme tuli luotettava. Olimme jo pitkän aikaa etsineet lähteitä saattohoidosta ja valikoineet niistä parhaimmat, mikä lisää työmme luotettavuutta.

Sen lisäksi, että lähdemateriaalin löytyminen oli hankalaa, oli myös itse kyselyiden muodostaminen haastavaa. Kyselyyn piti miettiä sopivat kysymykset, jotta saisimme vastaajilta juuri sitä tietoa mitä tarvitsimme. Kysymyksiä muokattiin useita kertoja uudelleen. Helpotus oli suuri, kun saimme kyselyiden vastaukset käteemme ja suurin osa halukkaista oli ehtinyt vastata niihin.

Kyselyihin vastasivat ennalta halukkaiksi ilmoittautuneet hoitajat kustakin työyhteisöstä. Tulosten luotettavuutta olisi ehkä lisännyt jos vastaajat eivät olisi olleet ennalta määrättyjä, mutta toive tuli työyhteisöltä. Vastauksia läpikäydessämme tiesimme, että olimme saaneet juuri niitä vastauksia, mitä haimmekin. Vastauksien pohjalta lähdimme muodostamaan opinnäytetyömme opasvihkoa sekä opinnäytetyön teoriaa. Vastausten läpikäyminen avasi itsellekin aivan uusia ajatuksia saattohoidosta, asioita, joita ei ollut ennen tullut edes ajatelleeksi. Hoitajat nostivat esimerkiksi esiin saattohoidon ”hukkumisen muun työn jalkoihin” ja työyksiköiden väliset ongelmat. Näihin asioihin tulisi varmasti jokaisen perehtyä ja pohtia omaa suhtautumistaan niihin. Myös saattohoitotyön eettiset seikat jäävät usein huomioimatta.

Vieraillessamme Pirkanmaan saattohoitokodissa näimme, mitä vapaaehtoistyö voi parhaimmillaan olla. Lähes koko saattohoitokodin toiminta perustui vapaaehtoistyöhön.

Tekemässämme kyselyssä vapaaehtoistyötä pidettiin vielä melko vieraana asiana Hankasalmella, ja siihen suhtauduttiinkin hieman epäluuloisesti. Kuitenkin Hankasalmella voisi olla tarvettakin tällaiselle henkilölle, joka on kuolevan lähellä kuoleman saapuessa, sillä juuri jonkun läsnäoloa kuoleman hetkellä pidettiin ongelmana resurssien puutteen takia. Aivan viime hetkellä, ennen opinnäytetyön palautusta saimme kirkon työntekijältä tietoa, että seurakunnan on mahdollista järjestää rinnalla kulkija elämän loppuajaksi, jos omaiset niin tahtovat. Tätä asiaa olisi hyvä tuoda enemmän ihmisten tietoon ja toivomme tämän työmme toimivan myös osaltaan tiedottajana tästä asiasta.

Opinnäytetyömme produktio osuus, opasvihko, tukee työyhteisöjen yhtenäisyyttä toteutettaessa saattohoitotyötä ja erityisesti perehdytettäessä uusia työntekijöitä toteuttamaan saattohoitotyötä. Opasvihkon tarkoituksena onkin tukea työyhteisöjen työtä ja saada heidät pohtimaan yhteistyömuotoja tarkemmin. Opasvihkon palautteessa ilmeni, että pystyimme edelleen vastaamaan vain osaan hoitajien tarpeista. Hoitajat jäivät kaipaamaan enemmän tietoa siitä, miten saattohoitoa voitaisiin edelleen kehittää. Tässä olisikin jatkotutkimusaiheita seuraaville aiheista kiinnostuneille. Nyt kun tämän hetken kartoitus Hankasalmen saattohoidon tilanteesta on tehty, voisi seuraava aihe olla miten saattohoitoa voitaisiin lähteä edelleen konkreettisesti kehittämään.

Koko opinnäytetyömme läpi olemme noudattaneet ehdotonta luottamusta ja salassapitovelvollisuutta. Tutkimus toteutettiin hoitotyön etiikkaa ja tutkimusetiikkaa noudattaen. Käyttämämme tutkimusmenetelmä ja vastausten analysointi menetelmä on luotettava sekä erittäin sopiva tällaiseen tutkimukseen. Tutkimustulokset tuomme esille hyvin rehellisesti ja olemme tuoneet esille myös suoria lainauksia vastauksista, mikä lisää työn luotettavuutta. Tutkimuksen tulosten luotettavuutta olisi voinut lisätä jos vastaajia olisi ollut enemmän.

Opinnäytetyötä tehdessämme saimme tutustua tarkemmin Hankasalmella toteutettavaan saattohoitoon. Lisäsimme työhömme ja opasvihkoon valokuvia Hankasalmelta, mikä lisää varmasti työn kiinnostavuutta ja lukumukavuutta. Kuvat tuovat myös Hankasalmea paremmin esille opinnäytetyössämme.

Toivomme aloittamamme työn jatkuvan työyhteisöjen ja päättäjien osalta. Jatkotutkimusaiheena voisi olla vapaaehtoistyön laajempi kehittäminen Hankasalmen saattohoidossa, omaisten näkökulma saattohoidon kehittämisessä, vapaaehtoistyöntekijöiden koulutus tai esimerkiksi saattohoitoseminaarin järjestäminen työntekijöille tai kuntalaisille. Toivomme työmme myös lisäävän keskustelua eri työyhteisöjen välillä ja parantavan heidän toimiaan saattohoidon hyväksi Hankasalmella.

KUVA 3. Maisema sairaalalta Kuuhankavedelle

LÄHTEET

Aalto, Kirsti 2000. Saattohoito, lähimmäisenä kuolevalle. Helsinki:Kirjapaja.

American Medical Association i.a. American College of Physicians - Care Of Patients Near the End of Life. Viitattu 8.9.2011.http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/educational-resources/federation-repository-ethics-documents-online/american-college-physicians/acp-end-of-life-care.page

ETENE 2002.Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva toim. 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto.

Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti & Salanterä, Sanna 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Haukka, Ulla-Maija; Kivelä, Sirkka-Liisa; Medina, Aila Vallejo; Pyykkö, Virpi & Vehviläinen, Sirpa 2006. Vanhusten hoito. Helsinki : WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkinen Helena; Kannel Virpi & Latvala Eila 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY.

Heinonen Minna, 2007. Kivun arviointimenetelmät. Viitattu 15.11.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko& Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hägg, Tina; Rantio, Merja; Suikki, Päivi; Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi. Hoitotyö kotona 2007. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Häggman, Kai; Kuisma, Markku; Markkola, Pirjo; Pulma, Panu; Kuosmanen, Riitta-Liisa & Foslund, Ritva 2006, 214. Suomalaisen arjen historiaa, Savupirtti-en Suomi. Porvoo: Weilin + Göös.

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Hänninen, Juha 2011. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. http://www.cancer.fi/@Bin/59479578/Saattohoito+2011.pdf

Härkönen, Leena, 1989. Lähestyvä kuolema. Porvoo: WSOY.

Juujärvi, Soile; Myyry, Liisa & Pesso, Kaija 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Hygieia.

Kuuppelomäki, Merja 2001. Kuolevan potilaan kivunhoidon ongelmat terveyskeskuksissa. Viitattu 17.10.2011. www.terveysportti.fi

Käypä hoito 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00072#s3

Laukkanen, Maj-Brita 2001. Monikulttuurinen kuolema. Vantaa: Suomen Mielenterveysseura.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Meronen, Maaret 2011. Diakoniatyöntekijä, Hankasalmen evankelis-luterilainen seurakunta. Hankasalmi. Sähköpostiviesti 30.9.2011. Vastaanottaja Heidi Matilainen.

Molander, Gustaf 1999. Työnä kuolemaan hoitaminen, Mistä voimavarat. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.

Sailo, Kaija 1992. Kuolevan potilaan hoito. Tampere: Kirjayhtymä.

Sailo, Kaija 2000. Kuolevan potilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi.

Sand, Hilkka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa, Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa, Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen sairaanhoitajaliitto i.a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 14.11.2011 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Tilvis, Reijo; Hervonen, Antti; Jäntti, Pirkko; Lehtonen, Aapo & Sulkava Raimo, toim. 2003. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä : Tammi.

Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi 2004. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

Valvira i.a. a Saattohoitoon siirtyminen. Viitattu 14.5.2011.http://www.valvira.fi/ohjausja_valvonta/terveydenhuolto/elama

n_loppuvaiheen_ hoito/saattohoitoon_siirtyminen

Valvira i.a. b. Hoitotahto. Viitattu 21.5.2011. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Valvira 2011. Potilas ja omaiset kyselevät elvyttämättäjättämispäätöksistä. Viitattu 10.10.2011 http://www.valvira.fi/valvira/ajankohtaista/potilaat_ja_omaiset_kyselevat_elvyttamattajattamispaatoksista

LIITE 1 Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa tekemässä opinnäytetyötä. Opiskelemme Diak ammattikorkeakoulussa, Idän toimipaikassa Pieksämäellä. Opinnäytetyömme aiheena on Hyvä saattohoidon malli Hankasalmelle.

Olemme tehneet kyselylomakkeen selvittääksemme Hankasalmen saattohoidon nykytilaa. Samalla tiedustelemme mitä ja miten saattohoitoa tulisi mielestänne kehittää Hankasalmella.

Haastattelujen pohjalta alamme muodostaa kriteeristöä Hankasalmen saattohoitomalliin. Jos mieleenne tulee asioita joita emme lomakkeessa ole huomioineet, voitte lisätä ne Mitä muuta haluat tuoda asiasta esille –kohtaan. Vastauksia voitte tarvittaessa jatkaa vastauslomakkeiden kääntöpuolelle. Käsittelemme vastauksia luottamuksella ja vastaajien henkilöllisyys ei tule esille missään opinnäytetyömme vaiheessa.

Toivomme kyselylomakkeiden palautusta 10.5 mennessä postitse oheisella kirjekuorella. Jos teillä on jotain kysyttävää toivomme yhteydenottoa sähköpostitse.

Yhteistyöterveisin

Heidi Matilainen
heidi.matilainen@student.diak.fi ja
Minna Pirkkalainen
minna.pirkkalainen@student.diak.fi

LIITE 2 Hyvä saattohoidon malli –haastattelu

HYVÄ SAATTOHOIDON MALLI -HAASTATTELU

1. Työyhteisö

- ☐ kotihoito
- ☐ sairaala
- ☐ palvelukeskus
- ☐ muu, mikä?_____

2. Ammattinimike

- ☐ sairaanhoitaja
- ☐ lähihoitaja
- ☐ perushoitaja
- ☐ terveydenhoitaja
- ☐ muu, mikä?_____

3. Minkä verran sinulla on kokemusta saattohoidosta?

- ☐ Alle vuosi
- ☐ 1-2 vuotta
- ☐ 3-4 vuotta
- ☐ yli 5 vuotta
- ☐ yli kymmenen vuotta

4. Kuvaile saattohoidon nykytilannetta Hankasalmella?

5. Kuvaile saattohoitovaiheen päätöksentekoprosessia. Kenellä on päätöksenteko vastuu saattohoitovaiheessa?

6. Milloin saattohoito on mahdollista työyhteisössäsi? Millaisissa tilanteissa saattohoito voi toteutua kotona, sairaalassa, palvelukeskuksessa? Huomioiden potilaan kokonaisvaltainen hoito.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Kuvaile, millä tavoin potilaille ja/tai omaisille tuodaan esille saattohoitopaikan valinta mahdollisuutta.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Miten teidän mielestänne voisi tuoda paremmin ihmisten tietoisuuteen eri saattohoitopaikkavaihtoehdot?

9. Millaista tarvetta Hankasalmella on mielestänne vapaaehtoistyölle saattohoidossa?

10. Millaista koulutusta tai yleistä ohjeistusta saattohoidosta on Hankasalmella annettu?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

11. Mitkä asiat ovat mielestänne tärkeitä kuolevan potilaan hoitotyössä?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

12. Millä tavoin toivotte saattohoitoa kehitettävän Hankasalmella organisaatiotasolla?

13. Millä tavoin toivotte saattohoitoa kehitettävän Hankasalmella ammatillisella tasolla?

14. Mitä muuta haluatte tuoda asiasta esille?

LIITE 3

OPASVIHKON ARVIOINTILOMAKE

Kiitos yhteistyöstä opinnäytetyömme teossa!

Olemme toimittaneet työyhteisöönne nyt opinnäytetyömme tuotoksen, Saattohoitoa Hankasalmella –hoitajien opasvihkosen. Toivoisimmekin nyt vielä palautetta tästä vihkosta. Kaikki halukkaat voivat vastata alla olevaan kyselyyn nimettömänä. Vastauksia kyselyihin toivomme 15.10 mennessä. Voitte koota kaikki kyselyt ohessa olevaan kirjekuoreeseen ja postittaa kuoren viimeistään tuona päivänä. Toimitamme myös opasvihkon PDF-muodossa joihinkin sähköposteihin.

Kiitos paljon! ☺

T: Heidi Matilainen & Minna Pirkkalainen

	Huono	Heikko	Tyydyttävä	Hyvä	Erittäin hyvä
Yleisilme	☐	☐	☐	☐	☐
Ulkonäkö	☐	☐	☐	☐	☐
Asiasisältö	☐	☐	☐	☐	☐
Käsitellyt aihepiirit	☐	☐	☐	☐	☐
Tarpeisiin vastaaminen	☐	☐	☐	☐	☐

Mitä jäit opasvihkossa kaipaamaan?_____
_____
_____
_____

Muita ajatuksia_____

Saattohoitoa

Hankasalmella

-hoitajien opas

Tekstit ja kuvat
Matilainen Heidi &
Pirkkalainen Minna

Sisällys

Taustaa.....4

Saattohoidon historiaa.....5

Saattohoitopäätös.....6

Hoitotahto.....7

Sallitaan luonnollinen kuolema.....8

Saattohoitoa Hankasalmella.....9

Saattohoitomahdollisuudet Hankasalmella.....10

Kuolevan fyysinen hoitotyö.....12

Kuolevan psyykkinen hoitotyö.....20

Kuolevan henkinen ja hengellinen hoitotyö 22

Vapaaehtoistyö.....23

Miten omaista voidaan tukea?.....24

Tärkeitä puhelinnumeroita.....26

Sanastoa.....28

Lähteet

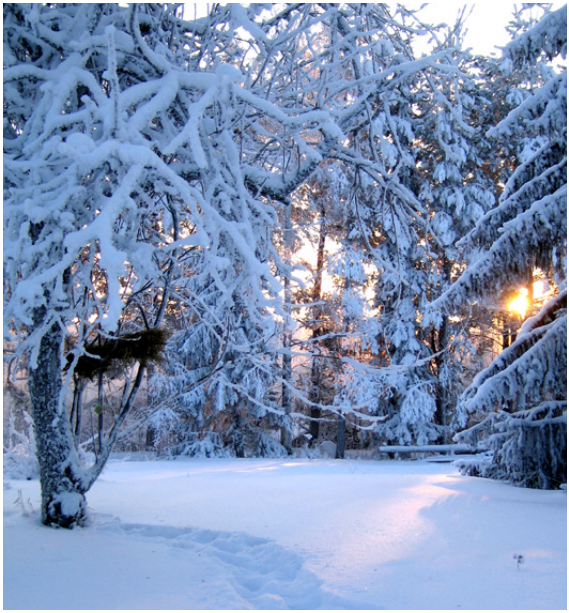
Muistiinpanoja

Kauniina nauhana vuosien päivät
helmenä jokainen muistoksi jäivät.
Elämän päivien ketju on kallis,
helmistä ei yhdenkään kadota sallis.

Taustaa

Keväällä 2010 keskustelussa Hankasalmen sosiaali - ja terveystoimen esimiesten kanssa, saimme idean opinnäytetyöhömme "Hyvä saattohoidon malli Hankasalmelle." Hankasalmella ei ole yhtenäistä käytäntöä saattohoitopotilaiden hoitamiseen. Keräsimme tietoa työhömme tekemällä kyselyn hankasalmelaisille hoitajille yksiköissä, joissa toteutetaan saattohoitoa; sairaalassa, palvelukeskuksessa, sekä kotihoidossa. Hoitajat kyselyyn valikoituivat heidän oman kiinnostuksensa perusteella. Kyselyn pohjalta muodostimme kriteeristön, mitä hyvään saattohoitoon tulee kuulua, ja miten sitä pystytään täällä Hankasalmella toteuttamaan.

Työmme pohjalta olemme kirjoittaneet tämän ohjevihkosen, jossa käydään läpi tärkeitä saattohoidossa huomioonotettavia asioita. Toivomme siitä olevan apua hoitajille näiden toteuttaessa saattohoitoa eri yksiköissä. Lisäksi toivomme sen toimivan myös apuvälineenä hoitajille näiden ohjatessa ja tukiessa omaisia ja potilasta saattohoidon edetessä.



Saattohoidon historiaa

Ennen kuoltiin kotona, omaisten keskellä. Läheiset pesivät ruumiin ja pukivat sen kauniiksi tuonpuoleista elämää varten. Yleisesti uskottiin elämän jatkuvan vielä kuoleman jälkeen ja mukaan tuonpuoleiseen pakattiin muun muassa työkaluja. Ei puhuttu saattohoidosta. Kuolema oli luonnollinen osa ihmisen elämää ja esi-isämme ovatkin tavanneet sanoa että ihmisellä on aina "surma olkapäillä, kalmanlaudat hartioilla".. Saattohoito on siis melko uusi käsite. Saattohoidosta on alettu puhua, vasta nykyään kun kuolema on niin sanotusti laitostunut. Suuri osa suomalaisista iäkkäistä kuolee nykyään laitoksessa.

Suomessa saattohoitoa ohjaa Lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamat terminaalihoidon ohjeet. Myös tietyt lait ohjaavat saattohoitoa Suomessa. Näitä lakeja ovat Suomen perustuslaki (731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) sekä kansanterveyslaki (66/1972). Kansainvälisellä tasolla saattohoitoa ohjaavat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999), Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus.

Terminaalihoito on kuolevan potilaan hoitoa, jota annetaan oireiden lievittämiseksi kuoleman lähestyessä. Lääkintöhallituksen terminaalihoidon ohjeet ovat, että kuoleva potilas saisi elää loppuvaiheen ilman vaikeita kipuja ja oireita, läheistensä seurassa ja itse valitsemassaan ympäristössä. Ohjeiden käyttö hoitojärjestelmässä toimii edelleen vajavaisesti. American Medical Association on asettanut myös kriteerit kuolevan oikeuksista. Oikeuksia ovat oikeus kivun lievitykseen, oikeus autonomiaan, oikeus odottaa lääkäriltä kompetenssia oirehoidossa, oikeus välttyä raskailta ja hyödyttömiltä hoidoilta, oikeus saada tietoa omasta tilastaan ja lääketieteen mahdollisuuksista ja vaikuttaa siihen. Kuolevalla on oikeus tulla kohdelluksi yksilönä.

Vuonna 1988 Suomeen perustettiin kaksi saattohoitokotia, Terhokoti ja Pirkanmaan hoitokoti. Myöhemmin on perustettu myös saattohoitokodit Turkuun ja Hämeenlinnaan. Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi uudet saattohoidon ohjeet. Näiden pohjalta olisi tarkoitus lähteä yhtenäistämään saattohoitoa koko Suomessa sekä parantamaan sen laatua edelleen.

Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään, kun parantavia hoitoja ei enää ole. Tällöin siirrytään pelkkään oireiden lievittämiseen, sekä turhien toimenpiteiden välttämiseen. Elämänlaatua pyritään pitämään hyvänä loppuun asti, senkin kustannuksella, että se saattaa lyhentää jäljellä olevaa aikaa.

Saattohoitopäätöksen tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Päätöksen tekemiseen voi liittyä kuitenkin myös muitakin keskeisiä henkilöitä, kuten hoitohenkilökuntaa ja mahdollisesti omaisia. Näiden kesken pidetään hoitoneuvottelu, jossa yhdessä mietitään, mikä olisi parasta tämän potilaan kohdalla. Potilas voi myös kieltäytyä ottamasta omaisiaan mukaan hoitoneuvotteluun. Tällöin lääkärin olisi kuitenkin hyvä keskustella omaisten kanssa yleisellä tasolla potilaan mahdollisesta hyvästä hoidosta huomioiden salassapitovelvollisuus. Hyvä hoitoneuvottelu toimii suunnannäyttäjänä kuolevan loppuajalle sekä potilaalle, että omaisille.

Potilaalla on suurin päätösvalta. Hän saa kieltäytyä hoidoista tai puolestaan vaatia jatkamaan jotain hoitoa, jonka kokee itselleen tärkeäksi. Jos potilas on dementoitunut, tai ei muuten pysty kertomaan, mikä olisi hänelle parhaaksi, keskustellaan hänen loppuajastaan omaisten ja laillisen edustajan kanssa. Jos tämäkään ei ole mahdollista, hoidetaan potilasta niin, mikä katsotaan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaiseksi. Tärkeää on korostaa sitä, että vaikka parantavaa hoitoa ei enää ole, jatketaan oireenmukaista hoitoa kuitenkin loppuun asti hyvän elämän turvaamiseksi.

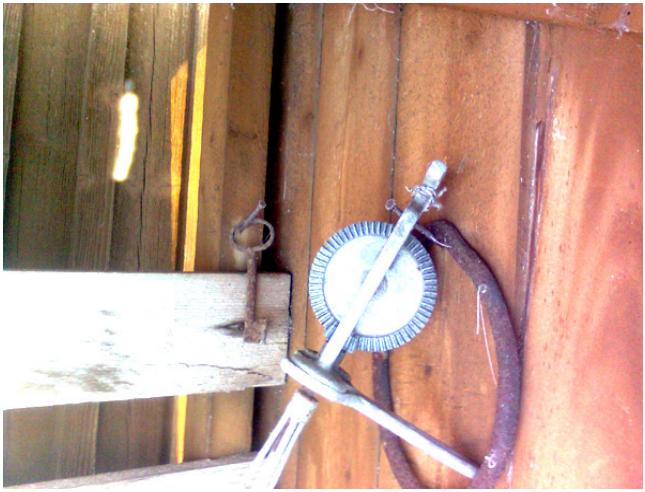
Saattohoitopäätös kirjataan potilaan papereihin, siten, että se on kaikkien lääkärien, sekä hoitohenkilökunnan nähtävillä. Potilaskertomukseen on kirjattava yksityiskohtaisesti, mitä on päätetty, perustelut sille, ketkä ovat olleet paikalla päätöstä tehdessä, yhteisesti sovitut jatkotoimenpiteet, sekä kenelle päätöksestä on ilmoitettu ja kenen siitä tulee olla tietoinen. Yhdessä tehty saattohoitopäätös antaa turvan, sekä potilaalle, omaisille, että hoitohenkilökunnalle; jokainen tietää oman paikkanssa prosessissa, sekä potilas voi olla varma siitä, että hänelle on turvattu hyvä loppuelämä yhdessä paikassa.

Hoitotahto

Potilaalla on oikeus päättää oman hoitonsa suunnasta. Potilas voi tehdä etukäteen ”hoitotahdon”, johon hän kirjaa hoitonsa linjaukset esimerkiksi mahdollisessa tulevaisuudessa tapahtuvassa onnettomuudessa. Hoitotahto on potilaan kirjoittama asiakirja, jossa ilmenee hänen tahtomansa hoito. Paras vaihtoehto olisi, että hoitotahto olisi merkitty potilasasiakirjoihin, mutta se saattaa myös olla jossain potilaan omassa tallessa, omaisten tietämässä paikassa.

Jos hoitotahto on tehty, tulee hoitohenkilökunnan seurata potilaan hoitotilanteessa tähän merkittyjä linjauksia. Potilaan hoitoa helpottaa, jos hän on tehnyt hyvin tarkan selvityksen miten häntä tulee hoitaa. Tällöin voidaan puhua ns. elämänlaatutestamentista. Tilanteissa joissa hoitotahto on epäselvä tai potilas ei pysty varmentamaan aikaisemmin tehneensä hoitopäätöstä, voi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä varmentaa tämän hoitotahdon omalla allekirjoituksellaan, kuultuaan tai muuten luotettavasti todettuaan potilaan tahdon ilmaisun.

Potilas voi myös halutessaan muuttaa, tai perua hoitotahdon. Tällöin on syytä säilyttää sekä alkuperäinen, että korjattu hoitotahto potilasasiakirjoissa. Tärkeää on merkitä myös selkeästi se, kuka on korjannut hoitotahtoa ja milloin, sekä miksi sitä on korjattu.



Sallitaan luonnollinen kuolema

SLK-päätös ja hieman merkitykseltään poikkeava DNR-päätös tarkoittaa sitä, että vaikeasti sairaalle potilaalle ”sallitaan luonnollinen kuolema”. Tällöin potilasta ei elvytetä enää tämän elimistön toimintakyvyn lakatessa, esimerkiksi kun oma sydämen pumppaama verenkierto lakkaa toimimasta. SLK-päätöstä harkitaan tehtäväksi silloin kun potilaan mahdollisessa arvioidussa elvytystilanteessa elvytyksen haitat ovat suuremmat kuin hyödyt. SLK-päätös ei tarkoita sitä, että hoito lopetettaisiin, vaan hoito keskittyy potilaan voinnin parantamiseen ja oireiden helpottamiseen. Tämä ei kuitenkaan merkitse automaattisesti saattohoitoon siirtymistä vaan siitä on tehtävä päätös erikseen.

SLK-päätöksen tekee lääkäri, joka tuntee potilaan taudin etenemisen jo pitkältä ajalta. Päätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, jos se suinkin on mahdollista. Muussa tapauksessa päätöksestä keskustellaan hänen lähiomaisensa kanssa. Lääkärin ei kuitenkaan tarvitse antaa potilaalle tarpeetonta hoitoa omaisten vaatimuksestakaan. Jos potilaan terveydentilanteessa tapahtuu yllättävä muutos, voidaan SLK-päätös vielä perua. SLK-päätös on merkittävä aina tarkasti potilaan papereihin ja asiakirjoihin ja asia on keskusteltava läpi potilaan ja omaisten kanssa, ettei jälkeenpäin tule ongelmia siinä, ettei asiasta ole tiedotettu. Tärkeää on näkyä myös se, kuka päätöksen on tehnyt.

- Saattohoitopäätös tehdään, kun parantavia hoitoja ei enää ole.
- Pelkkä oireiden lievittäminen. Turvataan hyvä elämänlaatu jopa sen kustannuksella, että jäljellä oleva elinaika lyhenee.
- Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan.
- Potilas on voinut tehdä etukäteen hoitotahdon, jossa ilmenee hänen haluamansa hoidon suunta, kun ei enää itse pysty ilmaisemaan tahtoaan.
- SLK-päätös tarkoittaa, että vaikeasti sairaalle potilaalle ”sallitaan luonnollinen kuolema. Päätöksen on tehnyt hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai tämän edustajan kanssa.
- Kaikki päätökset on tärkeä kirjata tarkasti potilaan papereihin.

Saattohoitoa Hankasalmella

Hankasalmen kunta on noin 5500 asukkaan, vuonna 1872 perustettu pieni kunta Keski-Suomessa, Jyväskylän ja Kuopion välissä. Hankasalmen kunnassa on useita saattohoitoa toteuttavia yksiköitä muun muassa terveyskeskus sairaala. Hankasalmen kunnan eri yksiköillä ei ole yhtenäistä mallia saattohoidosta ja tarvetta käytäntöjen yhtenäistämiselle löytyy.

Saattohoitoa Hankasalmella toteuttavat terveyskeskus sairaala, Palvelukeskus Päiväranta sekä kotihoito. Työyksiköissä työskentelee lähihoitajia, perushoitajia ja sairaanhoitajia. Saattohoitoa toteutetaan työyksiköissä yhteistyössä lääkärin ja muun henkilökunnan kanssa.

Hankasalmen sairaalan saattohoitohuone

Saattohoitomahdollisuudet Hankasalmella

Hankasalmella ei ole varsinaista saattohoitokotia, mutta täällä saattohoitoa pystytään toteuttamaan sekä sairaalassa, palvelukeskuksessa, että kotihoidon avulla kotona. Pääpainoisesti saattohoitoa pystytään toteuttamaan vain sairaalassa.

Sairaala

Sairaalassa on 48 potilaspaikkaa. Yksi potilashuoneista toimii saattohoitohuoneena. Sairaala toimii kahdessa solussa. Osastolla on myös saattohoitoon koulutettua henkilökuntaa. Sairaalassa työskentelee sairaanhoitajia, lähi-ja perushoitajia, sekä laitosapulaisia. Sairaalassa pystytään toteuttamaan saattohoitoa melko täysipainoisesti, sillä täällä on käytettävissä usein elämän loppuvaiheessa tarvittavia hoitovälineitä. Sairaalassa toimii ympärivuorokautinen hoito.

Palvelukeskus Päiväranta

Palvelukeskus Päivärannassa on noin 30 asukaspaikkaa. Palvelukeskuksessa saattohoitoa pystytään toteuttamaan siihen asti kun tarvitaan pääasiassa hoitoa ja huolenpitoa. Mahdollisesti saattohoitoon tarvittaviin suurempiin hoitotoimenpiteisiin ei ole ainakaan vielä mahdollisuutta. Esimerkiksi happilisää ei palvelukeskuksessa ole mahdollisuutta käyttää. Palvelukeskuksessas työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Näiden lisäksi palvelukeskuksessa työskentelee myös laitosapulaisia. Palvelukeskuksessa on erikseen myös dementiaosasto. Palvelukeskustoiminta on tehostettua palveluasumista.

Kotihoito

Saattohoitoa voidaan toteuttaa myös kotona kodin suomissa puitteissa. Kotihoito toimii pääasiallisesti päiväsaikaan, mutta tarvittaessa joskus palvelut ovat olleet käytettävissä myös öisin, esimerkiksi saattohoitotilanteessa. Kotisaattohoito

edellyttää myös omaisten suurta panosta hoidon toteuttamisessa. Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia,lähihoitajia ja kodinhoitajia.

Kaikkia mahdollisesti saattohoidossa tarvittavia laitteitta on kuitenkin vaikea saada kotiin, joten usein saattohoidon loppuvaihe toteutuu sairaalassa.

Hankasalmen Päivärannan Palvelukeskus

Kuolevan fyysinen hoitotyö

Kuolevan kivun hoito

Vakavasti sairastuneilla suurin pelon aihe on yleensä kipu. Kipu rajoittaa normaalia toimintaa ja vaikuttaa myös psyykkiseen jaksamiseen. Kipu heikentää elämänlaatua. Potilas itse on ainoa oikea kivun mittari ja vain hän pystyy sanomaan kuinka voimakas kipu on. Potilaalla on oikeus päättää millaisen kivun hän pystyy sietämään ja milloin hän tarvitsee kivunlievitystä. Hänellä on oikeus tietää kaikista kivunlievitysmenetelmistä ja niiden vaikutuksista. Oikea kivunlievitys parantaa kuolevan ja omaisten yhteisen jäljellä olevan ajan laatua.

Kivun hoidon pääperiaatteita:

- *ensisijaisesti käytetään suun kautta annettavia lääkkeitä*
- *kivunhoidon on oltava tehokasta*
- *hoidon tulisi olla mahdollisimman yksinkertaista*
- *hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä*
- *opioidi liitetään hoitoon kipujen lisääntyessä, samalla mah dollisesti myös ummetuslääkettä*
- *hoidon toteutumista arvioidaan ja seurataan jatkuvasti, mut ta lääkärin on päivitettävä lääkelistaa vähintään 24 tunnin vä lein*

Pelkkä lääkkeellinen hoito ei yleensä riitä kivunlievitykseksi, vaan kuoleva tarvitsee myös psyykkistä tukea kivun hoidossa. Huolet ja psyykkiset vaikeudet pahentavat usein kivun tuntemusta alentamalla kipukynnystä. Kipu muistuttaa kuoleman läheisyydestä ja kyvyttömyydestä parantaa sairautta. Myös aikaisemmat kipukokemukset vaikuttavat kivun voimakkuuteen. Omaiset ovat avainasemassa myös kivun

Kivun lääkkeellinen hoito

Saattohoidossa käytettävät kivunlievitysmenetelmät etenemisjärjestyksessä.

- *Tulehduskipulääkkeet*
- *Parasetamoli*
- *Kodeiini, buprenorfiini, tramadoli*
- *Morfiini, fentanyyli, oksikodoni*
- *Kipulääkepumput*
- *Puudutus*

Potilaan oma tahto täytyy ottaa huomioon kivun hoidossa. Hoito aloitetaan kuitenkin yleensä tulehduskipulääkkeillä. Nämä ovat vaikutukseltaan vielä melko mietoja kipulääkkeitä. Jos tulehduskipulääkket eivät sovellu haittavaikutusten takia, saattaa olla hyvä kokeilla vielä parasetamolia, joka on teholtaan suurinpiirtein sama kuin tulehduskipulääkkeet. Suurilla annoksilla silläkin on kuitenkin maksavaurioiden riski.

Kun näiden tehoa ei koeta riittäväksi, voidaan siirtyä opioideihin. Nämä lääkkeet ovat vaikutukseltaan huumaavia ja ne voidaan jakaa heikkoihin ja vahvoihin tehonsa mukaan. Mietoja opioideja ovat esimerkiksi kodeiini, buprenorfiini ja tramadoli. Vahvoja opioideja ovat morfiini, fentanyyli ja oksikodoni. Opioideja voidaan antaa suun kautta nestemäisenä tai tabletteina, kipulaastareina, sekä myös erilaisina ruiskeina.

Tulehduskipulääkkeissä ja miedoissa opioideissa on niin sanottu kattovaikutus. Kun lääkeannosten määrää lisätään tietyn rajan yli ei hyötyä enää saavuteta vaan haittavaikutukset lisääntyvät. Tällöin tulisi siirtyä välittömästi käyttämään voimakkaita opioideja.Kuitenkin opioidien rinnalla olisi hyvä käyttää myös tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia, koska tällöin kipua lievittävä vaikutus on usein tehokkaampi.

Usein saattohoito-potilailla esiintyy läpilyöntikipua. Tämä on voimakas kivun tuntemus, joka tulee yhtäkkiä kipulääkityksestä huolimatta. Tällöin potilaalla annetaan nopeasti suuri kerta-annos hänellä jo käytössä olevaa opioidia.

Lisäksi on olemassa vielä kipulääkepumppuja. Näiden kautta kipulääkettä voidaan antaa tasaisesti. Kipulääkepumpuissa on useita eri menetelmiä. Pumppu voidaan asentaa suoneen, toimimaan ihonalaisesti, epiduraalisesti, selkäydinnestetilaan, aivokammioon tai PCA-tekniikalla, jossa potilas voi myös itse annostella kipulääkettä.

Edellämainitussa tavassa toteutuu parhaiten potilaan oma tahto. Potilas voi itse kipututuntemuksensa mukaan annostella sopivan lääkemäärän. Tässä tavassa teho on yleensä myös hyvä ja haittavaikutukset vähäiset. Jos kipulääkkeitä ei koeta riittäväksi, on mahdollista myös puuduttaa kipualue. Tämäkin on kuitenkin vain väliaikainen, mutta tehokas ratkaisu kivun hoidossa.

Miten kivun määrää voidaan arvioida?

Kipu on aina subjektiivinen kokemus, joten toisen ihmisen voi olla vaikea arvioida potilaan kipua. Tällöin luotetaankin usein potilaan omaan arvioon kivun voimakkuudesta.

VAS-kipumittari

VAS-kipumittaria (visual analogue scale) voidaan käyttää kivun määrän tunnistamisen apuna. VAS-mittari on usein noin 10 cm pitkä jana, johon potilas voi pystyviivalla merkitä kipututuntemuksensa. Jana voi olla myös jaoteltu numeroin, jolloin kivun voimakkuuden merkkaaminen on helpompaa. Kipumittarin vasen pää kertoo kivun olevan lievimmillään ja oikealla taas on pahin mahdollinen kipu. Myös kasvokuva asteikkoa voidaan käyttää. Tässä asteikossa kasvot ovat merkattu vasemmalta oikealle iloisista kasvoista surullisiin kasvoihin. Tämä asteikko soveltuu erityisesti lapsille.

Muita kipumittareita

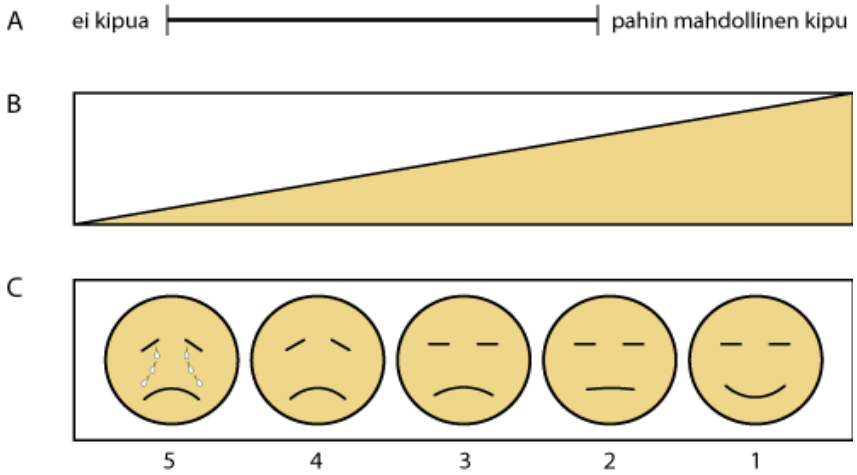
Kivun paikantamiseen voidaan käyttää apuna piirrosta ihmisestä, johon potilas voi merkata kipupisteensä. Lisäksi on myös olemassa toinen versio VAS-kipumittarista, kipukiila. Siinä kipua kuvataan punaisella kiilalla, mutta se toimii samoin kuin VAS-kipumittari. Kivun määrää voidaan kysyä tietenkin myös sanallisesti, esimerkiksi kokeeko potilas hänen kipunsa olevan lievää, voimakasta tai sietämätöntä. Sanallista kivun määrittelyä on myös kehitetty niin, että potilas voi valita listasta sanat, jotka kuvaavat parhaiten hänen kokemaansa kipua. Sanat voivat olla vielä määritelty eri

luokkiin ja niille on voitu antaa VAS-kipumittari tyyliset asteikot.

Kipupäiväkirja on yksi oleellinen osa potilaan kivun hoidon toteutuksen ja tehokkuuden seurantaa. Potilas kirjoittaa joka päivä kivustaan, sen voimakkuudesta ja kokemisesta, sekä mikä saattoi pahentaa kivun tuntemusta. Lisäksi päiväkirjaan voidaan merkitä mahdolliset hoidon tuottamat haittavaikutukset. Tämän päiväkirjan avulla on helppo seurata hoidon toteutusta ja tehdä siihen mahdollisesti tarvittavia muutoksia.

Arviointi samalla kipuasteikolla koko hoidon ajan on tärkeää, jotta kivunvaihtelevuutta pystytään luotettavasti seuraamaan.

Kipumittareita:



Hygienia

Kuoleman lähestyessä potilaan kyky huolehtia itsestään ja puhtaudestaan yleensä heikkenee. Puhtaus on tärkeä osa hyvinvointia. Hoitajan tulee muistaa ottaa huomioon potilaan intimiteetti myös pesutilanteessa. Usein saattohoitovaiheessa hoitajan täytyy mennä hyvin lähelle potilasta, myös intiimialueelle voidakseen huolehtia kuolevan potilaan puhtaudesta ja ihon terveydestä. Luomalla kiireettömän ilmapiirin ja hyvän hoitaja- potilas suhteen, hoitaja voi auttaa potilasta säilyttämään tunteen eheydestään ja koskemattomuudestaan. Peseytyminen, hoidettu iho, hoidettu suu, hoidetut hiukset ja puhtaat, miellyttävät vaatteet luovat kuolevalle potilaalle eheän ja siistin kuvan omasta kehostaan. Nämä asiat voivat auttaa myös psyykkistä hyvinvointia. Kuolevan potilaan hygienian hoitamisessa ei pidä unohtaa, että hän on aivan kuin kuka tahansa muukin potilas, joten hänen hygieniastaan tulee huolehtia yhtä hyvin. Pienet asiat, kuten suihkugeelit, niitten tuoksu, sekä miellyttävän väriset vaatteet, voivat olla tärkeitä piristämään kuolevaa potilasta.

Ravitsemus

Kuolevan potilaan ravinnon tulisi olla monipuolista ja potilaalle mieleistä. Kuoleva potilas syö ja juo niin kauan kuin hänestä tuntuu hyvältä. Vaikka hän lakkaa syömästä, ei pidä pakkosyöttää, eikä hän yleensä myöskään syömättömyydestä kärsi. Herkullisesti katettu ateria, aperitiivi, pienemmät annoskoot ja lisäravinteet saattavat parantaa kuolevan potilaan ruokahalua ja elämänlaatua.

Kuolevalta potilaalta ja omaisilta voisi tiedustella potilaan lempiruokia, inhokkiruokia ja ruokailutottumuksia. Joissakin sairaaloissa on mahdollista tilata potilaan lempiruokia. Myös omaisten on mahdollisuus tuoda potilaille haluamiaan ruokia ja herkkuja. Usein kuolevan potilaan ravinnontarve heikkenee ja kiinteistä ruoista pitää siirtyä sosemaisiin. Silti tulee huolehtia ruoan esteettisyydestä ja riittävästä nesteiden saannista. Kuolevan ravitsemuksessa kannattaa ottaa huomioon, että ruuat olisivat ja säilyisivät esteettisen näköisinä. Jos ruokien esteettisyyteen ei kiinnitetä huomiota se korostaa kuolevalle lähestyvää kuolemaa. Kuolevan ravitsemuksessa ei myöskään ole välttämätöntä enää ajatella ruuan terveellisyyttä vaan kuolevan pitäisi saada syödä sitä, mitä tekee mieli.

Eritys ja hengenahdistus

Kun kuolema lähestyy, ihmisen eritystoiminta muuttuu. Yleisimmät eritystoimintaan liittyvät häiriöt ovat ummetus ja pahoinvointi. Kuolevan potilaan ummetukseen on monia syitä. Niitä ovat esimerkiksi kipulääkkeet, kuivuminen, immobilisaatio ja henkinen paha olo. Ummetusta pyritään ehkäisemään ruokavalion avulla, turvaamalla riittävän nesteensaannin, ja laksatiivien käytöllä. Kuolevan potilaan kohdalla suolen toiminnasta tulisi pitää kirjaa. Kuolevan potilaan pahoinvointi on usein seurausta ympäristön epämiellyttävyydestä. Usein esimerkiksi sairaalan hajut saavat aikaan pahoinvointia. Muita syitä voivat olla esimerkiksi ummetus, ahdistus, lääkkeet ja infektiot. Hoitona poistetaan pahoinvointia lisäävät tekijät ympäristöstä. Lisäksi käytetään lääkkeitä, jotka vaikuttavat suolen toimintaan tai pahoinvointikeskukseen.

Virtsan pidätyskyvyttömyys eli inkontinenssi on kuolevan potilaan yleinen vaiva, joka usein tuntuu hävettävältä. Oman kontrollin menettäminen on usein raskas paikka. Inkontinenssin syitä on monia, kuten diabetes, lantionseudun kasvaimet ja virtsatietulehdus. Kuolevalla potilaalla myös yleinen lihasheikkous ja sekavuus voivat aiheuttaa tilanteen. Ensisijaisena hoitona kuolevalle potilaalle tarjotaan mahdollisuutta virtsata tarpeeksi usein. Muita hoitovaihtoehtoja ovat vaippojen käyttö, kestokatetrointi ja kertakatetrointi. Potilaalle voi myös vastaavasti kehittyä virtsaumpi. Hoitajan tulee suhtautua hienovaraisesti ja empaattisesti, sillä työskennellään ihmisen yksityisimmillä alueilla.

Kuolevan potilaan hengenahdistus on yleistä. Usein taustalla on psyykeen ahdistus, mutta syitä voi olla myös muita, esimerkiksi keuhkokuume. Kuoleva kokee tarvetta raittiiseen ilmaan. Hengityksen helpottaminen luo potilaalle turvallisuuden tunnetta. Usein hengenahdistukseen liittyy limaneritystä. Potilaan oloa voidaan helpottaa kylkiasennolla, liman eritystä vähentävillä lääkkeillä, kipulääkkeillä, rauhoittavilla lääkkeillä, lisähapella ja tarvittaessa liman imemisellä hengitysteistä.

Liikkumiskyky

Kaikille eläville olennoille on luonteenomaista kyky liikkua. Liikunta on tärkeä osa ihmisen päivittäisiä toimintoja. Sen heikkenemisen myötä myös ihmisen muut osiot, kuten vuorovaikutus ja sosiaalisuus vähenevät. Kuolevalla potilaalla voimat vähenevät, lihaskunto heikkenee ja myös psyykkiset voimat ehtyvät ja näin myös liikuntakyky heikkenee. Usein kuoleva potilas kokee liikuntakyvyn menettämisen vaikeimpana asiana kuoleman kohtaamisessa. Joutuminen vuoteen omaksi ja toisten autettavaksi, aiheuttavat ihmiselle jälleen hallinnanmenettämisen tunteen. Hoitajan on tärkeää tukea ja avustaa potilasta liikkumisessa ja asentohoidossa, huomioiden potilaan omat voimavarat. Kuolevan potilaan verenkierron ja tukikudosten heikkeneminen altistavat potilasta painehaavoille, jolloin asentohoidon merkitys hoitotyössä korostuu.

Hetki ennen kuolemaa

Kipu usein helpottuu ja vähenee juuri ennen kuolema. Hengitys muuttuu pinnalliseksi ja katkonaiseksi, mutta myös kovääniseksi. Iho voi muuttua väriltään laikukkaaksi. Kuolevalle saattaa nousta kuumetta, ja muutenkin lämpötilat saattavat vaihdella runsaasti. Kuumetta hoidetaan oireenmukaisella lääkityksellä. Jalkaterät ja kädet muuttuvat viileiksi ja ne saattavat alkaa hieman sinertää. Jos potilaalla on ollut hoitona suuri morfiiniannos, saattaa kuoleman hetkellä esiintyä lihasnykäyksiä.

Kuolevilla ilmenee usein sekavuutta, ääntelyä, sekä käsien haromista juuri ennen kuolemaa. Varsinkin omaisille tämä saattaa olla hyvinkin raskasta, ja usein nämä pelkäävät kuolevalla olevan kipuja. Tällöin rakkaiden ihmisten läheisyydestä kuitenkin olisi suurin apu kuolevalle. Kuolema on usein rauhallinen tapahtuma, johon ei liity mitään pelottavaa. Sydän lakkaa lyömästä ja hengitys pysähtyy.

Maisema sairaalalta Kuuhankavedelle.

Kuolevan psyykkinen hoitotyö

Ihminen on aina kokonaisuus. Kaikki asiat vaikuttavat toisiinsa elimistön toiminnassa. Jotta ymmärtäisi potilaan oireita, on huomioitava myös psyykkiset vaikutukset koko ihmisen toimintaan.

Kuoleman kieltäminen

Kuoleman lähestyminen on aina sokki. Kuoleman läheisyys tulee usein aina yllätyksenä, vaikka sitä olisikin jo ennalta arvaillut. Tavanomaiset suojakeinot eivät välttämättä enää toimikaan ja ihmisen mieli järkkyy. Tila voi ilmetä yliaktiivisuutena, masentuneisuutena, avuttomuutena, paniikkina tai unettomuutena. Jotkut taas voivat ottaa tiedon lähestyvästä kuolemasta täysin rauhallisesti, tai ainakin se voi näyttää siltä. Potilaalle voi tulla voimakkaita fyysisiä stressioireita, kuten oksentelua, sydämentykytyskohtauksia ja häntä saattaa huimata.

Sokkivaiheessa ihminen ei vielä tunne surua. Hän tarvitsee hoitajan rauhallista läsnäoloa ja mahdollisuutta ilmaista epäuskontunteensa. Turvallisuudentunne auttaa häntä saamaan taas otteen elämänsä kaaoksesta. Yleensä tähän vaiheeseen liittyy kieltäminen. Lähestyvää kuolemaa on vaikea hyväksyä. Lähestyvästä kuolemasta ei tulisikaan kertoa potilaalle liian suorasukaisesti, vaan varovasti eikä liian varhaisessa vaiheessa. Kuoleva saattaa kieltää kuolemansa aivan elämänsä loppuun asti. Kuolevaa ei saa painostaa uskomaan kuolemaansa, sillä tällöin hän saattaa sulkeutua itseensä ja vetäytyä kokonaan vuorovaikutuksesta.

Hoitajan täytyy osoittaa, että hyväksyy potilaan kieltämistarpeen. Hiljaisuus voi olla tällöin paras keino. Hoitajan on hyvä istuutua potilaan viereen ja kuunnella tätä, jotta potilaalle välittyisi turvallinen olo, että häntä autetaan tarvittaessa. Tällöin potilaalle jää tilaa eritellä tunteitaan ja hän voi rauhassa hyväksyä kuolemansa. Vaikka potilas ei haluaisikaan ottaa kehenkään kontaktia, on hoitajan hyvä pysyä läsnä, jotta potilaalla on paikalla silloin joku, kun hän taas haluaa puhua. Hoitajan täytyy olla kärsivällinen, eikä antaa oman näkökantansa vaikuttaa asiaan. Vaikka potilaan jatkuvaa kieltämistä olisi raskasta kuunnella, on potilaalle annettava aikaa sen kanssa.

Kuoleman käsittelyn eteneminen

- Kuoleman kieltäminen
- Viha
- Suru ja masennus

Viha on myös yksi tapa käsitellä kuolemaa. Tämä vaihe astuu esiin kun kuoleman kieltäminen ei enää onnistu. Tässä vaiheessa kuoleva saattaa harkita itsemurhaa. Hän kääntää vihan itseensä. Mikä tahansa voi laukaista vihan. Esimerkiksi terveiden ja onnellisten ihmisten näkeminen saa ajattelemaan, että miksi ei itsekin voisi olla samassa asemassa. Hoitaja saattaa usein vastata kuolevan vihaan vihalla, koska ei ymmärrä tämän takana piilevää ahdistusta. Hoitaja ei näytä suoraan vihaansa, mutta hän saattaa jättää jonkin kuolleen toiveen toteuttamatta tai hänen äänensävynsä saattaa olla tyly. Hoitajan olisikin hyvä asettua kuolevan asemaan ja miettiä itseään samassa tilanteessa.

Potilaalle on tärkeää, että hoitaja auttaa häntä käsittelemään vihantunteita. Kuolevalle pitäisi vaan olla asiallisen ystävällinen ja niellä oma ylpeys ja pettymys. Jokaiseen tilanteeseen tulisi suhtautua tilanteen vaatimalla tavalla. Yhtä oikeaa käyttäytymistapaa ei ole vaan se pitäisi löytää itsestään. Joskus jos potilaalle mainitsee hänen vaikuttavan vihaiselta, saattaa potilas rohkaistua puhumaan tunteistaan. Myös toteamus, että kuolevalla on oikeus olla vihainen, saattaa helpottaa kuolevan tunteita.

Suru ja masennus

Jossain vaiheessa potilaan mielen valtaa suru ja masennus. Kuolevalla on oikeus tuntea surua ja ilmaista sitä. Hoitaja voi tukea potilasta auttamalla tätä ilmaisemaan suruaan. Kuoleva ei välttämättä halua tavata sukulaisiaan ja läheisiään, hän saattaa olla aggressiivinen ja tyytymätön. Jos taas potilas vetäytyy ja ei halua ottaa kontaktia, on tärkeää pysyä tämän lähellä ääneti. Hoitajan tulee rohkaista omaisia pysymään kuolevan tukena, vaikka tämä itse ei sitä haluaisikaan.

Suru saattaa ilmetä myös niin, että kuoleva salaa sen. Masennusta ei välttämättä huomaa muista kuolevan oireista. Painajaiset, hitaus, ilmeettömyys ja toivottomuudentunne voivat olla osa masennusta. Kuoleva saattaa tuntea itsensä merkityksettömäksi ja kelvottomaksi. Myös elämätön elämä saattaa aiheuttaa masennuksen tunteita. Jälkeen jäävien tulevaisuus saattaa askarruttaa kuolevaa. Masentunut ihminen tarvitsee usein toisen ihmisen läsnäoloa, vaikka saattaa vaikuttaa, ettei hän halua lähelleen ketään. Joskus kuolevan voi olla helpompi puhua hoitajan kuin läheistensä kanssa kuoleman tuottamista ajatuksista. Psykologin tai psykiatrin luona käynti saattaa olla tarpeen vaikeiden asioiden käsittelyssä.

Kuolevan henkinen ja hengellinen hoitotyö

Kuolevan hoidossa täytyy ottaa huomioon myös kuolevan henkinen ja hengellinen puoli. Hengellinen puoli poikkeaa psyykkisestä puolesta, lähinnä potilaan käsityksestä tuonpuoleisesta ja uskosta. Hyvä henkinen ja hengellinen hoitotyö mahdollistaa potilaan paremman psyykkisen selviämisen, sekä tuo juuri sitä lohtua ja toivoa, mitä kuoleva tarvitsee.

Kuolevan kuunteleminen

Kuoleman lähestyessä ihmisellä on tarve löytää elämälleen tarkoitus. Tällöin katsotaan elämää taaksepäin ja tutkaillaan omia arvoja, onnistumisia ja epäonnistumisia. Jos ihminen kokee elämänsä olleen hyvää, saattaa tämä auttaa häntä selviämään kuolemaan liittyvästä ahdistuksesta ja tuskasta. On syytä toimia hyvin hienovaraisesti autettaessa kuolevaa määrittämään omaa vakaumustaan. Kuolevan on myös voitava elää elämänsä loppuun asti oman vakaumuksensa mukaan ja saatava myös apua omaan vakaumukseensa liittyvien ongelmien ratkaisemisessa.

Hoitaja voi puhua kuolevan kanssa hengellisistä asioista. Hoitaja voi kysyä onko kuolevan ahdistuksen takana hengellinen hätä. Kuoleva saattaa tarvita rohkaisua pystyäkseen avautumaan. Hoitajan ei kuitenkaan tule painostaa potilasta. Hoitajan oma vakaumus ei saa olla kimmokkeena hengelliselle keskustelulle vaan tilanteessa tulee pystyä kuuntelemaan potilaan omaa vakaumusta ja hänen tuntojaan siitä. Kuoleva usein valitsee itse kenen kanssa haluaa näistä asioista puhua. Hoitajalla ei tarvitse olla vastauksia kuolevan kysymyksiin, vaan hän voi yhdessä kuolevan kanssa etsiä vastauksia. On tärkeää että hoitajalla on aikaa puhua potilaan kanssa tai sitä aikaa on otettava jostain. Jos potilas pyytää lukemaan raamattua tai laulamaan virsiä, hoitaja voi tehdä sen. Joskus hoitaja voi taas vain pitää potilasta kädestä ja olla aivan hiljaa. On hyvin potilaskohtaista, miten hän haluaa ahdistuksensa käsitellä. Tärkeää on löytää tarkoitus kuolevan potilaan elämälle. Jos hoitaja tuntee, ettei pysty auttamaan potilasta näissä kysymyksissä, voi hän pyytää lupaa keskustella jonkun toisen kanssa tai pyytää paikalle sairaalapastorin.

Kuolevan kanssa voi hänen tahtonsa mukaan myös rukoilla. Joskus hautajaisten suunnittelu saattaa kuulua potilaan viimeisiin vaiheisiin. Tämä saattaa helpottaa hänen oloaan oman tahtonsa viimeiseen asti ilmaisemisen muodossa.

Erilaisilla uskonnoilla on erilaiset näkemykset ja kokemukset kuolemasta ja saattohoidosta. Jokaisella ihmisellä on yksilöllinen kokemus hengellisyydestä ja mitä se kullekin on ja mitä se tarkoittaa. Aiheesta on julkaistu kirjoja, esimerkiksi ”Monikulttuurinen kuolema käsittelee hyvin eri uskontojen tapoja ja rituaaleja kuolemaan ja saattohoitoon liittyen.”

Vapaaehtoistyö

Vapaaehtoistyötä saattohoidossa toteutetaan monen saattohoitokodin yhteydessä. Usein toiminta saattaa perustua lähes kokonaan vapaaehtoistyöhön. Vapaaehtoistyötä saattohoidossa toteuttavat ihmiset, jotka kokevat tarvetta auttaa kuolevia. Vapaaehtoistyöntekijäksi pääsee kuka vaan.

Vapaaehtoistyö kuolevan hoidossa koostuu lähinnä ajan viettämisestä kuolevan lähellä. Vapaaehtoistyö voi olla juttelua kuolevan kanssa, kädestä kiinni pitämistä tai ulkoilua. Vapaaehtoistyöstä ei saada mitään palkkaa. Työstä palkka on henkinen.Vapaaehtoistyöntekijän palkka on henkinen, hyvä mieli siitä että on voinut olla avuksi. Saattohoidossa vapaaehtoistyöntekijän työ ei poista ammattilaisen tarvetta hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan ja vapaaehtoisen työ täydentävät toisiaan ja molempien työ on työyhteisölle voimavara. Jokaisessa työyhteisössä vapaaehtoistyöntekijän työ määräytyy yksilöllisesti.

Hankasalmella vapaaehtoistyötä on vielä melko vieras käsite. Hankasalmen evankelisluterilainen seurakunta pystyy tarjoamaan rinnallakulkijan loppuajaksi. Seurakunta järjestää vapaaehtoistyöntekijän tarpeen vaatiessa, mutta erillistä koulutusta työntekijöille ei ole. Lyhytaikaisempaan toimintaan kuten sielunhoidollisiin keskusteluihin on yleensä osallistujana ollut pappi.

Miten omaista voidaan tukea?

Omaisille läheisen kuolema on lähes aina kova koettelemus. Omat tunteet voivat olla solmussa ja kuoleva omainen saattaa eristäytyä läheisiltään. Kuoleva saattaa myös asettaa omaisensa aivan uudenlaisten haasteiden ja odotusten eteen.

Hoitajan tehtävänä on tukea omaisia kuoleman lähestyessä. Omaiset tulee ottaa huomioon koko saattohoidon ajan ja heidät tulee ottaa mukaan hoitotyöhön heidän ja kuolevan niin halutessa. Omaisten toiveita tulee kunnioittaa, kuten myös kuolevan toiveita. Kuolevan ja omaisten väliin ei tule hoitajien eikä lääkäreiden asettua. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on olla molemmille tukena vaikeassa tilanteessa.

Omaisten voi olla vaikea olla sairaalassa tai muussa heille vieraassa ympäristössä. Sairaalassa omaisten ainoa tehtävä onkin usein olla kuolevan lähellä. Jos saattohoito tapahtuu kotona voi omainenkin hetkeksi irrottautua omiin askareisiinsa ja unohtaa kuoleman läheisyyden. Hoitajan tulee ottaa tämä asia huomioon erityisesti työskenneltäessä kuolevan kotona.

Kun kuoleman hetki on viimein koittanut ja omainen on jäänyt yksin, on hoitajan aika keskittyä pelkästään omaisen tukemiseen. Omaisia voi tukea pienin elein, esimerkiksi poistamalla sairaanhoidolliset välineet vainajan läheltä ja rauhoittamalla ympäristön. Hoitaja on usein ensimmäisiä ihmisiä joita omaiset kohtaavat kuoleman jälkeen ja siksi hoitajien onkin syytä keskittyä myös tähän hetkeen. Vaikka varsinainen hoidettava onkin jo poissa, myös omaisten jaksamisesta on huolehdittava. Omaiset saattavat olla ihan yksin eivätkä tiedä mistä aloittaa. Tällöin hoitajan sanat tai lämmin kohtaaminen voivat auttaa paljon. Hoitaja voi esimerkiksi antaa hautaustoimiston tai ystäväpalvelun puhelinnumeron, jolloin omaisella on edes jonkinlainen jatko suunnitelma.

Tärkeitä puhelinnumeroita:

- Terveyskeskuksen vastaanotto
puh. (014) 2671 295 päivystys

- Terveyskeskus sairaala
p. (014) 2671 378
p. (014) 2671 276

- Palvelukeskus Päiväranta
p. (014) 2671 256

- Kotihoito: kotipalvelu ja kotisairaanhoito
  - Kirkonkylällä p. (014) 2671 945
  - Asemalla p. (014) 2671 269

- Vanhuspalvelupäällikkö 014 267 1220 (9-11)

- Kotihoidon ohjaaja 014 267 1924

- Sosiaalityöntekijät
  - sosiaalijohtaja p. (014) 2671 224
  - sosiaalityöntekijät p. (014) 2671 225 ja p. (014) 2671 259

- Hankasalmen mielenterveystoimisto, p. arkisin (014) 2671 395

- Seurakunta
  - Diakoniatoimisto, puh. 040 844 2225 maanantai-tiistai ja to-pe klo 9 - 10. Lisäksi päivystys ke klo 11-12 Aseman seurakuntakodilla, puh. 040 844 2225
  - Kirkko p. 040 844 2203

- ¨Psykologi Anne Brander-Päivinen puh. (014) 2671 201

- SPR, Ystävätoiminta Länsi-Suomen piiri
Tero Hintsa
06 429 5830, 040 512 17 26

- Mannerheimin lastensuojeluliiton lasten-ja nuorten puhelin 116 111 ma-pe klo 14-20 ja la-su klo 17-20

- Kriisikeskus Mobile p. 24h/vrk. (014) 2667 150

- Hautaustoimisto Mölsä A. Ky
P. (014) 841 072

Sanastoa:

DNR-päätös: Potilasta ei enää elvytetä. Päätöksen on tehnyt lääkäri yhdessä potilaan tai tämän edustajan kanssa. Päätös on kirjattu potilaspapereihin.

Hoitotahto: Potilas on voinut tehdä itsestään ns. hoitotestamentin etukäteen. Tässä potilas ilmaisee tahtonsa miten häntä hoidetaan sitten kun hän ei enää itse pysty ilmaisemaan tahtoaan. Hoitotahdon pitää näkyä potilaspapereissa.

Kipupumppu: Apuväline kivunhoidossa. Annostelee tasaisesti kipulääkettä potilaaseen.

Palliatiivinen hoito: Laajempi käsite kuin saattohoito. Sisältää kivun hoidon, henkisen hoidon, sekä myös omaisista huolehtimisen kuoleman jälkeen. Kuolevan kokonaisvaltainen hoito.

Saattohoito: On kuolevan hoitoa tämän viimeisinä elinviikkoina. Tällöin keskitytään enää oireenmukaiseen hoitoon. Päätöksen on tehnyt lääkäri yhdessä potilaan tai tämän edustajan kanssa. Päätös on kirjattu potilaspapereihin.

SLK-päätös: Sallitaan luonnollinen kuolema. Päätöksen on tehnyt lääkäri yhdessä potilaan tai tämän edustajan kanssa. Päätös on kirjattu potilaspapereihin. Ks. DNR-päätös.

Terminaalihoito: Vanhempi ilmaisu kuolevan oireenmukaisesta hoidosta.

Hankasalmen terveyskeskuksen kappeli

Lähteet:

Aalto, Kirsti 2000. Saattohoito, lähimmäisenä kuolevalle. Kirjapaja: Helsinki.

DUODECIM Terveyskirjasto 2007. Heinonen Minna. Kivun arviointimenetelmät.http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170

Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva toim. 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sairaanhoitajaliitto, Helsinki.

Hankasalmen kunta i.a. Viitattu 2.8.2011. http://www.hankasalmi.fi

Heikkinen Helena; Kannel Virpi & Latvala Eila 2004. Saattohoito.Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo 2004; WSOY.

Hägg, Tina; Rantio, Merja; Suikki, Päivi; Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi.

Hoitotyö kotona 2007. Porvoo:WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hänninen, Juha 2011. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. http://www.cancer.fi/@Bin/59479578/Saattohoito+2011.pdf Juha Hänninen, saattohoito-opas

Härkönen Leena 1989. Lähestyvä kuolema. Porvoo 1989: WSOY.

Kriisikeskus Mobile i.a. Viitattu 2.8.2011. http://www.kriisikeskusmobile.fi/

Käypä hoito 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00072#s3

Laukkanen, Maj-Brita 2001. Monikulttuurinen kuolema. Suomen Mielenterveys seura: Vantaa.

Mannerheimin lastensuojeluliitto i.a. Viitattu 2.8.2011. http://www.mll.fi/

Meronen, Maaret 2011. Sähköpostikeskustelu 30.9.2011.

Sosiaali-ja terveysministeriö. Hyvä saattohoito Suomessa. Helsinki 2010.

Suomen punainen risti i.a. Viitattu 2.8.2011. http://www.redcross.fi/

Tilvis, Reijo; Hervonen, Antti; Jäntti, Pirkko; Lehtonen, Aapo & Sulkava Raimo, toim. 2003. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto

Valvira, 1.3.2011. Viitattu 2.8.2011. Potilas ja omaiset kyselevät elvyttämättäjättämispäätöksistä. http://www.valvira.fi/valvira/ajankohtaista/potilaat_ja_omaiset_kyselevat_elvyttamattajattamispaatoksista

Valvira i.a. b. Viitattu 02.08.2011. Hoitotahto. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Kiitos Hankasalmen sosiaali- ja terveystoimen esimiehet, sekä sairaalan, palvelukeskuksen, ja kotihoidon hoitajat, jotka olitte mukana toteuttamassa tätä työtä.

Muistiinpanoja:

Jäivät kukat kukkimaan
jäivät linnut laulamaan,
sinä yksin ystäväni lähdit.