

”Puomille asti Terttu, sitten menen yksin...”

## Saattohoitoprosessi palvelutalossa

Otto-Pekka Hirvi,  
Tanja Koivunen,  
Milja Tanskanen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) SUKUNIMI, Etunimi  HIRVI, Otto-Pekka KOIVUNEN, Tanja TANSKANEN, Milja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.05.2012
	Sivumäärä 51	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi "Puomille asti Terttu, sitten menen yksin..." Saattohoitoprosessi palvelutalossa		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Suonpää-Lehtonen, Leena Yabal, Anneli		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry		
Tiivistelmä Saattohoito on kuolevan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa, keskeisenä on turvata kuolevan ihmisarvo loppuun saakka. Kuolevalle pyritään takaamaan mahdollisimman arvokas, oireeton ja aktiivinen elämän loppuaika. Saattohoitopäätöksen on tarkoitus linjata potilaan hoitoa niin, että häntä ei rasiteta turhilla tutkimuksilla ja hoidoilla. Tarkoituksena on rauhoittaa potilaan ja omaisten elämä loppuvaiheessa ja antaa aikaa kuoleman kohtaamiseen. Saattohoitotyön haasteet koostuvat hoitotyön kokonaisvaltaisuudesta, omaisten läsnäolosta ja henkisestä kuormittavuudesta. Saattohoidon ensisijaiseksi tehtäväksi nähdään potilaan ja omaisten henkinen tukeminen Saattohoitotyö vaatii hoitajalta kliinistä osaamista moninaisten oireiden hoitamisessa sekä kohtaamis- ja vuorovaikutustaitoja kuolevan potilaan ja hänen omaisensa kanssakäymisessä. Opinnäytetyö on toiminnallinen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää henkilökunnalle heidän osaamistarpeitaan vastaavat kaksi koulutuspäivää Hoivapalveluyhdistyksen palvelutaloissa. Tavoite oli hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittäminen. Hoitohenkilöstölle toteutettiin kysely, henkilökunnan koulutustarpeita saattohoidosta ja rajattiin koulutuspäivien sisältöä. Opetusmenetelmäksi valittiin simulaatio ja case-työskentely aikuisen oppijan erityispiirteet huomioiden. Saattohoitoprosessi eteni läpi koulutuksen käytännönläheisen työskentelyn avulla. Koulutuspäiviin osallistui yhteensä 55 henkilöä, joiden antaman palautteen perusteella koulutus oli hyödyllinen ja palveli tarkoitustaan. Jatkossa koulutusta voisi hyödyntää myös omaisten ja opiskelijoiden keskuudessa. Pienillä muutoksilla palvelutalojen hoitoympäristössä voidaan saattohoitopotilaan loppuaika rauhoittaa turhilta siirroilta jatkohoitoon.		
Avainsanat (asiasanat) Saattohoito, kuolema, oireiden hoito, kuoleman kohtaaminen		
Muut tiedot		



Author(s) LAST, First	Type of publication Bachelor's	Date 07.05.2012
HIRVI, Otto-Pekka KOIVUNEN, Tanja TANSKANEN, Milja	Pages 51	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/>
Title Palliative and end of life process in Residential home		
Degree Programme Degree of Nursing		
Tutor(s) Suonpää-Lehtonen, Leena Yabal Anneli		
Assigned by Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry		
Abstract <p>End of life care is holistic care of person who is approaching death. The aim of end of life care is to help people to have asymptomatic and active life for remaining lifetime and to die with dignity. By making decisions on end of life care it is ensured that the person is not subject to unnecessary investigations or treatments. The purpose of palliative care is to calm the life of the patient and their relatives and give them time to prepare for death.</p> <p>End of life care and Palliative care nursing is demanding and requires special communication and clinical skills, knowledge on symptom control and understanding on the patient and the relatives holistic needs. The main goal of end life care is support the patient and the relatives.</p> <p>Functional model was used for this dissertation. The aim was to improve staff's knowledge and competences on end of life care in Hoivapalvelu Ry sheltered homes by organising two training days. A questionnaire was used to find out current level of knowledge in end of life care and to outline the content of the in-service-training. Simulation and a patient case-study were chosen as the teaching method, taking into an account the special feature of adult learners. With practical demonstrations the end of life nursing process proceeded throughout the in-service- training days. Altogether 55 nursing staff participated in the in-service-training days. According to the feedback from participants, the education was found useful and served the purpose. In the future the education could be utilized among the relatives and students. By small improvement in the sheltered homes the end of life care patients unnecessary transfers to hospitals can be prevented.</p>		
Keywords Palliative care, death, holistic needs assessment, facing death		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	3
2	SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ.....	4
2.1	Saattohoitotyön keskeiset käsitteet .....	6
2.2	Kotisaattohoito .....	7
2.3	Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ja niiden hoito .....	9
2.3.1	Hengenahdistus .....	9
2.3.2	Maha-suolikanavan oireet.....	11
2.3.3	Kipu .....	14
2.3.4	Väsymys.....	16
2.3.5	Lähestyvän kuoleman merkit .....	16
2.4	Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet ja niiden hoito.....	17
2.4.1	Masennus .....	18
2.4.2	Ahdistus.....	19
2.4.3	Delirium .....	21
2.4.4	Unettomuus.....	22
3	AMMATILLISUUDEN HAASTEET JA EETTISYYS SAATTOHOITOTYÖSSÄ.....	23
4	POTILAS JA OMAISET TUEN SAAJINA SAATTOHOIDOSSA.....	25
4.1	Potilas ymmärtää kuolevansa.....	26
4.2	Omaiset surutyön äärellä .....	28
4.3	Hengellinen tukeminen .....	29
4.4	Kolmas sektori tuen antajana .....	31
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	32
6	KOULUTUSPÄIVÄT HOIVAPALVELUYHDISTYKSELLE .....	32
6.1	Koulutuspäivien suunnittelu.....	33
6.2	Koulutustavan valinta.....	34
6.3	Koulutuspäivien eteneminen .....	35
6.4	Koulutuspäivien arviointi.....	37
7	POHDINTA.....	40
7.1	Opinnäytetyöprosessin arviointia .....	40

7.2 Kehittämishaasteet .....	43
LÄHTEET.....	44
LIITTEET.....	48
LIITE 1. Kyselykaavake hoitohenkilöstölle .....	48
LIITE 2. Koulutuspäivän arviointilomake .....	51
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Opinnäytetyön prosessikaavio.....	32

## 1 JOHDANTO

Tulevaisuuden suuntauksena nähdään saattohoidon lisääntyminen hoidettavan omassa ympäristössä, kuten kotona ja palvelutaloissa, joissa hoito on kodinomaista. Hoitoympäristö tulisi pyrkiä järjestämään saattohoidolle suotuisaksi, jotta ihminen voitaisiin hoitaa loppuun asti turvallisessa ympäristössä välttämättä siirtoa laitokseen. Henkilökunnan koulutuksella ja pienillä resursseinneilla hoitoympäristöön voidaan taata saattohoidon laatu myös kodinomaisessa hoitoympäristössä.

Saattohoito on kuolevan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa, jonka keskeisenä ajatuksena on turvata kuolevan ihmisarvo loppuun saakka. Kuolevalle pyritään takaamaan mahdollisimman arvokas, oireeton ja aktiivinen elämän loppuaika. Saattohoitopäätös tarvitsee potilaan suostumuksen. Se ei ole sidoksissa mihinkään tiettyyn diagnoosiin, vaikka useimmat saattohoitopotilaat sairastavatkin syöpää. (Hänninen & Pajunen 2006, 103; Karjalainen & Ponkilainen 2008,5-7; Knuutinen 2008,1-4.)

Potilaan saattohoidon lähtökohtana voidaan nähdä eletty elämä ja sen ainutkertaisuus ja ajatus ihmisen saattamisesta viimeiselle matkalleen rauhassa. Jäljellä oleva aika tulisi saada elää oman näköisesti, jonka varmistamiseksi jokaisen olisi hyvä laatia oma hoitotahtonsa. Hoidon yksilöllisyys, potilaan kuunteleminen ja mahdollistaminen osallistua hoitopäätöksiin antavat potilaalle tunteen kokonaisvaltaisesta hoidosta, jossa potilas on arvokas tiedonantaja.(Knuutinen 2008, 7.)

Saattohoito ei ole selkeästi rajattu erillinen kokonaisuus, vaan elämänsä loppua lähestyvän potilaan ja hänen läheistensä auttamiseen tähtäävien hoitomuotojen kokonaisuus. Saattohoito voi tarkoittaa psyykkistä ja sosiaalista tukea jo diagnoosivaiheen mentyä, tukea perheelle kotihoidossa kuin myös potilaan ongelmien hoitoa ja hyvinvointiin tähtäämistä eri vaiheissa sairautta.(Knuutinen 2008, 4.)

Saattohoidon moniulottuneisuus asettaa haasteita hoitohenkilöstölle. Hoitajan on käsiteltävä oma suhteensa kuolemaan ja elämän rajallisuuteen. On hyvä kysyä itsel-

tään: Olenko hoitaja, jonka lähellä on lupa kuolla rauhassa? Terveysten- ja sosiaali-  
huollon yksiköissä on tärkeää olla halu jatkuvaan saattohoidon laadun kehittämiseen,  
jotta voidaan taata riittävä ammattitaito ja osaaminen kuolevien hoidos-  
sa.(Kärpäniemi 2008, 109 - 110; Knuutinen 2008, 6.)

Opinnäytetyön tarkoitus on järjestää henkilökunnalle heidän osaamistarpeitaan vas-  
taavat kaksi koulutuspäivää Hoivapalveluyhdistyksen palvelutaloissa. Tavoite on hoi-  
tohenkilökunnan ammattitaidon kehittäminen.

## 2 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ

**Saattohoitopotilaan hoitotyö** perustuu aina yksilöllisiin tarpeisiin, joita tulee selvit-  
tää ja kirjata, jotta niihin voidaan vastata. Hoitosuunnitelmaan kirjataan sovitut asiat  
hoitolinjoista ja toimista, jotka helpottavat potilaan viimeisiä aikoja. Yksikössä pääte-  
tään toimintalinjoista, jotka on mahdollista toteuttaa juuri tässä hoitopaikassa. Täl-  
lainen linjanveto on tärkeää siksi, että omahoitajina toimivat voivat tukea potilaitaan  
rohkeasti, jolloin heidän ei tarvitse pelätä esimiehen tai työtovereiden tyrmäävän  
potilaan toiveita. Omahoitajuus on toimiva luottamuksellisen hoitosuhteen varmista-  
ja sellaisissa paikoissa, joissa henkilökunta on tottunut toimimaan omahoitajana  
ymmärtäen yksilövastuun hoitotyön perusajatuksen. Omahoitajajärjestelmän on  
todettu vaikuttavan myönteisellä tavalla kuolevan potilaan ja omahoitajan väliseen  
hoitosuhteeseen. Saattohoitoon sovellettuna omahoitaja vastaa potilaan kokonais-  
hoidosta, sekä hoidon koordinoinnista jäljellä olevien päivien ajan.(Lipponen 2006,  
23–24; Anttonen 2008, 51 – 52.)

Joissakin organisaatioissa on nimetty saattohoitovastaavia osaamisen varmistami-  
seksi. Nimetyt saattohoitovastaavat ovat yleensä kiinnostuneita kuolevan potilaan  
hoitamisesta ja haluavat kehittää oman osastonsa hoitotyötä. Saattohoitovastaava ei  
ole kaikkien kuolevien saattaja vaan enemmänkin tiedon hankkija. Hoitoyksikössä

tapahtuvien kuolemantapausten määrä vaikuttaa saattohoidon laatuun, jolloin ammattitaitoa on pidettävä yllä säännöllisellä koulutuksella. (Lipponen 2006, 23–24; Anttonen 2008, 51 – 52.)

Saattohoitoa toteuttavassa työryhmässä tulee olla vastaava lääkäri ja riittävä määrä sairaanhoitajia. Ryhmällä tulee olla mahdollisuus konsultoida tilanteen vaatiessa psykologia, pappia tai sosiaalityöntekijää. Henkilökunnalla pitää olla valmiudet toteuttaa käytännössä kuolevan oireiden hoitoa ja vastata potilaan sekä omaisten tiedontarpeeseen ja emotionaalisiin reaktioihin. (Hänninen & Anttonen 2008, 28–30.)

**Hyvä perushoito** on saattohoitopotilaalle hyvin tärkeää. Voimien ehtyessä avun tarve lisääntyy ja elämönhallinnan tunne heikkenee. Tällöin hoitohenkilökunnan tehtävä on varmistaa potilaan hyvä olo kokonaisvaltaisesti. Hyvä perushoito käsittää ravinnonsaannista, puhtaudesta ja eritystoiminnasta huolehtimisen sekä potilaan tarpeiden kuulemisen kunnioittaen hänen itsemääräämisoikeuttaan. Läsnäolon ja vuorovaikutuksen merkitystä ei voi liikaa korostaa perushoidosta puhuttaessa. Se ilmenee eleissä, ilmeissä, kosketuksessa, hiljaisuudessa ja puheessa. Oireiden lievitys kuuluu hyvään perushoitoon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 93; Knuutinen 2008, 11.)

Potilaan voimien ehtyessä häntä autetaan kokonaisvaltaisesti. Puhtaudesta huolehtimisen yhteydessä havainnoidaan ihon kuntoa ja ennaltaehkäistään painehaavaumien syntyä usein tapahtuvalla asennonvaihdolla ja ihon rasvauksella. Potilaan kunnon ollessa hyvin heikko, pestään hänet vuoteessa. Vaatteet ja vuodevaatteet vaihdetaan tarpeen vaatiessa, usein saattohoitopotilaat hikoilevat runsaasti. Potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet, omaiset mukaan lukien, on tärkeää huomioida hoitojen aikana. Omaiset tulee nähdä voimavarana ja osallistujina läheisensä hoidossa. Yksinäinen saattohoitopotilas, jolla omaisia ei ole, voi tarvita omahoitajan apua enemmän kuin sellainen, josta perheenjäsenet huolehtivat. Hoitajan rooli on tällöin korvata rakastava läheinen. Tämä vaatii korkeatasoista osaamista ja myös työhönohjausta, jottei työntekijä uupuisi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 93; Iivanainen 2004, 115.)



## 2.1 Saattohoitotyön keskeiset käsitteet

Suomessa saattohoitoa kutsuttiin **terminaalihoidoksi** 1980-luvulla, jolloin se tarkoitti potilaan riittävää oireenmukaista hoitoa, ihmisarvoista huolenpitoa sekä läheisille annettua tukea silloin, kun parantavasta hoidosta ei enää ollut apua, kuin myös hoitoa kuoleman lähestyessä. Terminaalihoito on sittemmin korvattu saattohoito-termillä. (Karjalainen & Ponkilainen 2008,5-7; Knuutinen 2008,1-4.)

**Palliativisella hoidolla** tarkoitetaan kokonaisvaltaista, moniammatillista hoitotyötä silloin, kun sairaus on edennyt vaiheeseen, jossa kuratiivisesta, eli parantavasta hoidosta ei ole apua. Palliativisessa hoidossa keskeistä on potilaan elämänlaadun parantaminen ja ylläpitäminen. (STM 2010, Karjalainen & Ponkilainen 2008,5-7; Knuutinen 2008,1-4.)

**Hoitotahdolla** rajataan kuoleman läheisyyteen liittyviä hoitotoimenpiteitä, kun potilas on kykenemätön itse ilmaisemaan kantaansa hoidostaan. Jos potilaalla ei ole hoitotahtoa, hoitolinjasta tulisi neuvotella omaisten kanssa. Ainoastaan silloin jos lääkärillä on vahvat perusteet olettaa, että tahdonilmaisu ei ole pätevä, hoitotahto voidaan sivuttaa. Tehtäessä hoitotahtoa, siihen tarkoitettu lomake täytetään asianmukaisesti ja asiakirjan olemassaolo merkitään potilasasiakirjoihin. (Lindström 2011; Hänninen 2003, 16 -17; Gordon 2011, 14.)

**Saattohoitopäätös** tarkoittaa hoidon linjaamista niin, että potilas on tietoinen päätösten perusteista ja seuraamuksista ja on itse mukana päätöksen teossa. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri potilaan ja hänen omaistensa kanssa yhteistyössä. Tarkoituksena on, että läheisillä ja kuolevalla on aikaa valmistautua kuoleman kohtaamiseen ja elämän päättymiseen. Tällöin potilasta ei rasiteta turhilla tutkimuksilla ja hoitotoimenpiteillä. Ei elvytetä - päätös (DNR), oireenmukainen hoito - päätös tai vain perushoitoa - päätös on joissain tapauksissa helpompi tehdä kuin päätös saattohoidosta. Ei elvytetä – ohjetta annettaessa edellytyksenä on, että potilaan kuolema on lähellä ja hänen tilaansa ei voida korjata, elvytys aiheuttaisi mahdollisesti kuoleman

tai onnistuessaankin aivovaurion.(Lindström 2010; Hänninen 2003, 16 -17; Gordon 2011, 14., Grönlund & Huhtinen 2011, 78–80.)

Saattohoitoa lähestyttäessä hoidollisena kokonaisuutena, voidaan saattohoitopotilas määritellä seuraavanlaisesti: potilas sairastaa pahanlaatuista ja levinnyttä sairautta, joka etenee ilman mahdollisuutta parantumiseen, hänen elinaikaansa ei voida merkittävästi jatkaa hoidollisin menetelmin, hänen hoitonsa on riippumaton diagnoosista ja hän itse on halukas saattohoitoon.(Karjalainen & Ponkilainen 2008,5-7; Knuutinen 2008,1-4; Hänninen & Pajunen 2006, 111–113; Hänninen & Anttonen 2008,28; Wassermann 2008.)

**Potilas lain(785/ 1992)** mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Potilaan hoito on järjestettävä siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa ovat mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, sairaudesta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen ja hänen omaistensa kanssa.

## 2.2 Kotisaattohoito

Kotisaattohoito tapahtuu potilaan kotona, jolloin elämä jatkuu mahdollisimman entisenlaisena. Omassa kodissa täyttyvät monet laadukkaan elämän kriteerit. Tutut esineet, omat tavarat, ympäristö, tottumukset, ihmiset ja eläimet mahdollistavat saattohoitopotilaalle tutun ja turvallisen tunteen. Läheiset ja ystävät ovat turvaamassa potilaan perustarpeet ja kotisairaanhoito vastaa varsinaisesta sairaanhoidosta sekä hoidon koordinoinnista. Kotisaattohoito ja kotikuolema perustuvat potilaan omaan toivomukseen. Kotiin voidaan tarvittaessa tuoda apuvälineitä, kuten WC- tuoli, säädettävä sänky, rollaattori, pyörätuoli, happirikastin tai kipupumppu. Omainen

huolehtii saattohoidettavasta ja on pääsääntöisesti vastuussa hänestä vuorokauden kaikkina aikoina. Kotisairaanhoido auttaa potilasta päivittäisissä toimissa, kuten peseytymisessä ja pukeutumisessa ja on vastuussa lääkehoidosta. (Hänninen 2010, 5-10.)

Koti antaa potilaalle mahdollisuuden elää ympäröivää arkea, elää laadukasta elämää kuolemaansa asti. Kodin askareet täyttävät ja rytmittävät päivää voimien mukaan. Onnistunut kotihoito edellyttää, että kotiin saadaan ulkopuolista apua. Hoitoa varten potilaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, josta selviää miten potilas pärjää kotona, millaisia apuja ja taloudellisista tukea hän tarvitsee. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 102- 106.)

Kotisairaanhoidtaja toimii koordinaattorina ja on vastuussa potilaasta yhdessä lääkärin kanssa. He varmistavat, että tieto kulkee kaikille hoitoon osallistuneille. Perhettä autetaan myös käytännön asioissa, kuten taloudellisten tukien hakemisessa. Hoitovälineet ja apuvälineet tuodaan kotiin ja ohjataan niiden käytössä. Hoitohenkilökunnan tehtävä on ohjata ja opastaa läheisiä lääkehoidossa. Samalla heille ohjataan tarvittavat hoitotyön menetelmät sekä oireiden seuraaminen ja kirjaaminen. Ohjaus on hyvä aloittaa jo sairaalassa. Kotona potilasta hoitava omainen tarvitsee rohkaisua, kannustusta ja arvostusta jaksakseen hoitaa potilasta kotona. Hän voi epäillä omaa kykyään, etenkin jos hänellä ei ole kokemusta sairaan ihmisen hoitamisesta. Saattohoitopotilaan ja häntä hoitavan läheisen on voitava tuntea olonsa kotona turvalliseksi. (Hänninen 2010, 5-10.)

Omaisella on oltava kaikkina vuorokauden aikoina mahdollisuus saada neuvoa ja tukea hoitoon. Omaisen ja potilaan turvallisuutta lisää se, jos potilaalle on sovittu sairaalan tukiosasto, jonne hän voi tarvittaessa siirtyä ilman lähetettä. On hyvä seurata myös potilaan omaisen jaksamista, tarpeen mukaan voidaan potilas siirtää vähäksi aikaa osastolle. Joissakin tapauksissa voidaan käyttää päiväsaalaa, joka luo omaisille lepoetkiä ja samalla antaa potilaalle mahdollisuuden tavata toisia potilaita, hoitajia ja lääkäreitä. Omaisten jaksaminen vaikuttaa hoidon onnistumiseen ja jatkumiseen

kotona. Koko perheen jaksamisessa voivat olla apuna myös ystävät, naapurit, seurakunta ja vapaaehtoiset saattohoidon tukihenkilöt. Tavoitteena on, että potilas saa olla kotona niin pitkään kuin se hänen ja koko perheen kannalta on tarkoituksenmukaista. (Heikkinen ym. 2004, 102- 106.)

### 2.3 Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ja niiden hoito

Saattohoitopotilaat kärsivät useista erilaisista oireista samanaikaisesti. Oireiden esiintyvyyteen vaikuttavat yksilölliset tekijät, sairastettavan taudin luonne, ympäristö sekä annetut hoidot. Yleisimpiä oireita ovat hengenahdistus ja kipu. Oireiden häiritsevyys tarkoittaa potilaalle niistä aiheutuvaa psyykkistä tai fyysistä haittaa, kärsimystä tai ahdistusta, joka vähentää elämänlaatua. Tutkittaessa oireiden häiritsevyyttä, potilaat sekä omaiset pitivät vaikeimpana oireena väsymystä. Kipu, unettomuus, hengitysvaikeudet, suolentoiminnan vaikeutuminen sekä ruokahalun puute olivat myös heidän kokemanaan hankalimpia. Oireiden ennakointi onnistuu potilaan ominaisuuksien, mahdollisen kasvaimen sijainnin, yleistilan sekä käytettyjen lääkitysten perusteella. (Hänninen 2003, 29–30.)

#### 2.3.1 Hengenahdistus

Hengenahdistus tarkoittaa vaikeutunutta hengitystä jonkin fyysisen tai psyykkisen syyn vuoksi. Potilas on tietoinen ongelmasta ja kokemus on pelottava. Vaiva on yleinen ja hankalasti hoidettava saattohoitopotilailla. Muita heillä esiintyviä hengitysoireita ovat yskä ja lisääntynyt limaneritys. Erityisesti loppuvaiheessa yleinen oire on limarohina. Tällöin limaa kertyy hengitysteihin potilaan voinnin ollessa niin heikko, ettei hän jaksaa yskiä limaa pois. Saattohoitopotilaalla hengitysoireiden taustalla on yleensä keuhkopussin tai vatsaontelon nestekertymä, kakeksiasta eli kuihtumisesta seurannut hengityslihasten heikkous sekä anemisoituminen. Viimeisten viikkojen aikana tutkimusten mukaan potilaista 45–70 % kärsii hengenahdistuksesta, johon

syitä löytyy useimmiten useampi. Hengenahdistusoireet pääsääntöisesti lisääntyvät kuoleman lähestyessä.(Hänninen 2003,132–136.)

Saattohoitopotilaan kohdalla hengenahdistuksen hoito on oireenmukaista. Riippuen potilaan toiveista ja elinajan odotettavasta pituudesta päätetään hoidon aktiivisuudesta. Sädehoito on tehokas hoitomuoto parantumattoman keuhkosityövän rintakehän alueelle aiheuttamien oireiden hoidossa. Kortikosteroidit voivat tuoda tilapäistä helpotusta kasvaimen painaessa hengitysteitä. Pleuranesteen dreneeraus helpottaa lyhytaikaisesti oloa. Kuolemaa hyvin lähellä olevien potilaiden hyvinvointia lisää nesteen poistoa enemmän oireenmukainen lääkehoito opioideilla. Hengenahdistukseen opioidia käytettäessä annos on pienempi kuin kipuun annettaessa. Potilaalla jo kivun vuoksi aloitettua opioidiannosta suurennetaan 25–50 %, kunnes oireet ovat hallinnassa. Kotioloissa morfiinia voidaan annostella ihonalaisen kanyylin kautta ilman toistuvaa pistelyä.(Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008; Hänninen 2003,137–141.)

Hengenahdistuksen hoidossa on erotettava erityyppiset hengen ahdistukset, ajoittainen, jatkuva hengenahdistus ja raskuuteen liittyvä. Pelon ja ahdistuksen hengenahdistusta lisäävä vaikutus on myös muistettava ja hoidettava psykososiaalisella tuella sekä ohjaamalla erilaisia hengitystekniikoita ja rentoutumista potilaalle. Epäselvää on, kuinka hapenanto helpottaa oireita, elleivät ne johdu suoranaisesti hapenpuutteesta. Happihoidosta on todennäköisesti hyötyä silloin, kun potilas sairastaa vaikeaa sairautta ja kärsii hengenahdistuksesta ja hypoksiasta.(Hänninen 2003, 146–147.)

Kuolemaa edeltävä limarohina, ”death rattle” on yleinen oire, mutta usein häiritsee enemmän omaisia kuin potilasta. Ääni saattaa olla hyvinkin voimakas ja pelottaa läheisiä. Limaa kertyy nieluun ja hengitysteihin nielemis- ja yskänrefleksin heikentyessä. Potilas on tällöin jo yleensä tajuton tai tokkurainen, eikä lima vaikeuta hapensaantia ja hengittämistä. Liman imeminen hyödyttää, jos limaa on suussa ja ylänielussa.(Hänninen 2003, 146–147.)

### 2.3.2 Maha-suolikanavan oireet

Saattohoitopotilailla ruoansulatuskanavan ongelmat voivat johtua monesta erisyystä. Itse sairaus ja sen hoidot, liitännäiskomplikaatiot tai psykososiaaliset tekijät voivat olla niihin syynä. Vaikeasti sairaan potilaan kuihtuminen, pahoinvointi ja ruokahaluttomuus sekä fyysisen suorituskyvyn lasku ovat seurausta syövän aiheuttamasta vaikutuksesta elimistössä. Yleisimmin ongelmien taustalta löytyy saattohoitovaiheessa olevan potilaan kakeksiaoireyhtymä eli kuihtuminen, autonomisen hermoston häiriö tai opioidien käyttö. Laihtuminen johtuu rasva- ja lihaskudoksen katoamisesta syövän vuoksi. Kudoskatabolia saa alkunsa jo ennen kuin potilas vähentää syömistään, syöpäsolujen tuottamien sytokiinien vuoksi. Kakeksia-anoreksia tarkoittaa monimutkaista metabolista syndroomaa, jota on kahta eri tyyppiä: primaaria kakeksiaa jolloin potilas laihtuu vain riippumatta ravinnosta ja sekundääristä kakeksiaa johtuen ravinnon vähyydestä. Väsymyksen ja heikkouden tunteet lisääntyvät kakeksian myötä. (Hänninen 2003, 152–153; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2008.)

**Ruokahaluttomuus** on moninainen ongelma, joka on vaikeaa erityisesti potilaan omaisille. Ruokaan ja syömiseen liitetään sekä elämää ylläpitämisen voima, että hoivaamisen ja mielihyvän antamisen mielikuva. Syöminen liittyy myös elämänlaatuun ja sosiaalisuuteen, potilaan minäkuvaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Ruokailuhetket koetaan osaksi yhteenkuuluvuuden tunnetta, jolloin myös esteettisyydellä on merkitystä. (Hänninen 2003, 152–153.)

Läheiset saattavat tulkita potilaan ravinnon vähenemisen merkiksi tämän kuolemisenestä nälkään ja tuntea syyllisyyttä, kun eivät pysty potilasta auttamaan. Potilaalle ja omaisille tuleekin antaa tietoa ruokahaluttomuudesta, että se on osa sairauden loppuvaiheen oireista, joka ei muuta taudin kulkua eikä potilas näe nälkää. Ravitsemustilan korjaamiseksi voidaan yrittää tarjota mahdollisimman runsasenergistä ravintoa, joka ei aiheuta pahoinvointia hajullaan ja on mieleistä potilaalle. Kuitenkin syöpää sairastavalle sekin on usein hyödytöntä elimis-

tön jatkaessa kataboliaa ja potilaan laihtuessa edelleen.(Hänninen 2003, 152–155; Vainio & Hietanen 2004, 109.)

Saattohoitopotilaan ruokahaluttomuus voi johtua muustakin syystä, kuin kakeksiasta. Tällainen syy voi olla ahdistuneisuus, kipu, pahoinvointi, suun kuivuus tai suun alueen kipu. On tärkeää selvittää vaivaa hoidettaessa, mitkä seikat pahentavat oiretta. Makuaisti voi olla muuttunut, suu voi olla arka ja pahoinvointi vaikeaa. Ummetus aiheuttaa ruokahaluttomuutta samoin kuin erilaiset ulkoiset tekijät kuten hajut, kattaus ja liian suuret ruoka-annokset. Voi olla parempi tarjota useita pieniä annoksia herättämään ruokahalua ja helpottamaan ruokailua, mieliteot huomioiden. Lääkkeistä etenkin solunsalpaajat voivat muuttaa makuaistia, jolloin haaleat ja kylmät ruoat maistuvat paremmin. Aperitiivi voi myös lisätä ruokahalua.(Hänninen 2003, 152–156; Vainio & Hietanen 2004, 109.)

Parenteraalinen ravinnon anto ei lähes koskaan kuulu saattohoitoon, koska sillä ei voida merkittävästi vaikuttaa potilaan elämänlaatuun tai elinaikaan. Vain erityistapauksissa sitä voidaan suositella, kuten täydellisen ruokatorvitukoksen hoidossa gastrostooman kautta annettava ravitseminen.(Hänninen 2003, 156; Vainio & Hietanen 2004, 109.)

**Pahoinvointi** on yleisimpiä oireita kuolevan potilaan hoidossa. Se heikentää oksentelun kanssa jo ennestään huonoa ruokahalua pahentaen kakeksiaa, lisäten väsymystä ja heikentäen yleiskuntoa. Potilasta häiritsee usein enemmän jatkuva kuvotus kuin satunnainen oksentaminen. Pahoinvointia lisää ummetus, joka seuraa opiaattien käytöstä, vähäisestä nesteenotosta ja imeytymishäiriöistä. Ummetus tuleekin hoitaa asianmukaisesti. Lääkkeistä opiaatit, solunsalpaajat sekä masennuslääkkeet voivat aiheuttaa pahoinvointia. Opiaattien aiheuttama pahoinvointi kestää yleensä 4-5 vrk, mutta voi jäädä pysyväksikin. Yleisimpiä syitä pahoinvoinnille lääkkeiden ja ummetuksen lisäksi ovat gastrinen staasi, suolistotukos, biokemialliset syyt, kohonnut aivopaine, limanerityksen lisääntyminen sekä psyykkiset syyt.(Hänninen 2003, 156; Niskanen 2010, 2.)

Ruokailuhetken tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja huone olisi hyvä tuulettaa ennen ateriointia. Musiikkiin, keskusteluun tai lukemiseen voi olla hyvä keskittyä aterian ohessa. On parempi tarjota useita pieniä aterioita ja koostaa ne potilaalle maistuvista ainesosista. Hyväksi havaittuja tarjoamisia ovat mm. kylmät, kirkaat liemet, sokeroitu jäätee, mineraalivesi, laimennettu sitruunamehu sekä pikkusuolaiset naposteltavat, kuten silli-, anjovis yms. leivät. Aterian jälkeen potilaan olisi suositeltavaa jäädä lepäämään puoli-istuvaan asentoon. Pahoinvointiin ja oksenteluun käytetään ennaltaehkäisevää lääkitystä säännöllisesti. (Niskanen 2010, 2.)

**Ummetuksella** tarkoitetaan suolen toiminnan harventumista, jolloin ulostamisessa on kovaa ja ulostaminen on vaikeutunutta. Vatsantoiminnan ongelmat aiheuttavat potilaalle runsaasti kärsimystä, kuten kipua, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, närästystä ja yleistä epämukavuutta. Ummetus on yleisin opioidien aiheuttama sivuvaikutus, mutta sitä aiheuttaa muutkin syyt, kuten liikunnan vähäisyys ja niukka nesteiden saanti. Rungas nesteiden nauttiminen, kuitujen ja liikunnan lisääminen ovat hyviä keinoja vähentää ummetusta, mutta huonokuntoisen potilaan kohdalla harvoin mahdollisia toimenpiteitä. Hoidon kulmakivenä ovat laksatiivit, joita on monen tyyppisiä. Mikäli potilaalla on jo hankala ummetus, vatsa tulee toimittaa pienoisperäruiskeella tai rektaalilla glyseriinillä. (Hänninen 2003, 163–165; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008; Holli & Saarto 2006, 841.)

**Askites**, nesteen kertyminen vatsaonteloon johtuu yleensä syövän etäpesäkkeistä maksassa tai vatsakalvossa. Oireina ovat vatsan kasvaminen, tunne täyttymisestä, oksentelu, pahoinvointi, suolen vetovaikkeudet sekä hengenahdistus. Askitekseen hoito on oireenmukaista, eikä hoidolla ole vaikutusta elinaikaan. Lääkehoitona käytetään diureetteja, joiden vaikutus saattohoitopotilaalla on usein lyhytaikainen ja joihin liittyy sivuvaikutuksia. Nopein ja tehokkain tapa helpottaa askitekseen aiheuttamaa hengenahdistusta ja tukalaa oloa on dreneeraus tai kertapunktio. (Holli & Saarto 2006, 841–842; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008)



**Suun alueen ongelmat.** Suussa tapahtuneet muutokset vaikeuttavat usein saattohoitopotilaan elämää loppuvaiheessa. Aiemmin maistuneet ruoat eivät maistu enää ja ruokavalio on kaventunut. Mahdolliset solunsalpaaja- ja sädehoidot tai sieni- ja virusinfektiot ovat saattaneet aiheuttaa suuhun limakalvomuutoksia, syljen erityis on vähentynyt ja annettavat lääkkeet oireisiin kuivattavat vielä entistään suuta. Kuolevan potilaan suun hoidossa on tärkeää kivun vähentäminen ja siten syömisen helpottaminen. (Hänninen 2003, 168–169.)

Hampaiden ja suun hygienianhoito on osa perushoitoa. Päivittäinen hampaiden pesu ja suuveden käyttö on myös saattohoitopotilaan oikeus. Hoitajan tulee huomioida potilaan ongelmat suun alueella ja tarttua niihin. Infektioituneen suun puhdistukseen käytetään perushoidon lisäksi antiseptisiä suuvesiä, kloorihexidiiniä tai joditettua povidonia. Sieni-infektiot hoidetaan paikallishoidolla. (Holli & Saarto 2006, 834–835; Niskanen. 2010, 4-5.)

Suun kuivuuden hoidossa pyritään vaikuttamaan kuivuuden syyhyn. Suun puhdistus ja kostutus ovat kaikissa tilanteissa aiheellista. Usein tapahtuva purskuttelu ja kurlaus suola- tai soodavedellä tai alkoholittomilla suuvesillä on olennainen osa hoitoa. Syljen eritystä voidaan stimuloida ksylitolivalmisteilla. Suun kostutukseen voidaan käyttää jääpaloja tai – murskaa, sokeritonta nestettä tai keinosylkeä/geeliä. Jos mahdollista, antikolinergista lääkeannosta yritetään pienentää tai vaihtaa valmistetta. Kivuliaan suun hoitoon voidaan käyttää puuduttavia suuvesiä tai morfiinisuvettä. (Holli & Saarto 2006, 834–835; Niskanen 2010, 4-5.)

### 2.3.3 Kipu

Monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on yleinen oire. Hyvän kipuhoidon edellytyksenä on tarkka kipuanamneesi, eli kartoitus millaista, missä ja mitä

kipu on. Hoitopäätöksiin vaikuttavat kivun luonteen lisäksi sen voimakkuus ja ajallisuus. Kivun hoito poikkeaa erityyppisissä kiputiloissa, kuten jatkuvassa viskeraalisessa kivussa ja kohtauksittaisissa neuropaattisessa kivussa kuten myös liikekivussa joka aiheutuu luustoetäpesäkkeistä. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulka & Viitanen 2010, 470; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008)

Kivun kokeminen on yksilöllistä ja kokemuksena aina subjektiivinen. Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, kuten VAS-asteikko ja erilaiset sanalliset apuvälineet, kuten kipumittarit. Erityisen haastavana kivun arvioinnissa voidaan pitää tilannetta, jossa potilaan tila on kognitiivisesti heikentynyt kuten dementiaa sairastavilla. Usein joudutaan turvautumaan käyttäytymisessä tapahtuvien muutosten havainnointiin, tähän on kehitetty apuvälineeksi Pain Assessment in Advanced Dementia, PAINAD-mittari. Mittarin avulla arvioidaan kognitiivisilta kyvyiltään heikentyneen potilaan kipua. Hengityksen, ääntelyn, ilmeiden ja elekielen muutoksia havainnoidaan, kuin myös lohduttamisen ja tynnyttämisen vaikutusta käyttäytymiseen. Kaikki kivun arviointimenetelmät, joita käytetään kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kohdalla, ovat aina vaillinaisia. Käyttäytymisessä tapahtuvien muutosten taustalla voi olla kivun sijasta tai ohella muitakin tekijöitä, kuten virtsaamis- tai ulostamistarve, jano, ali- tai ylistimulaatio, depressio, psykoosi tai epämukava olo vaatetuksen suhteen. (Hänninen 2003, 81–82; Tilvis ym. 2010, 337–338.)

Kivunhoidon tärkeimmät periaatteet voidaan kuvata WHO:n porrasteisen kivunhoidon hoitokaavion avulla. Kaavion mukaan lääke valitaan kivun voimakkuuden perusteella: lievään kipuun valitaan särkylääke, kohtalaiseen kipuun liitetään opioidivaikutukseltaan heikko analgeetti ja voimakkaaseen kipuun määrätään vahva opioidi. Kaavion mukaan jokaiseen portaaseen on mahdollista liittää myös lisälääke, joka on tarkoitettu joko tehostamaan kivun lievitystä tai lievittämään kipulääkkeen haittavaikutuksia. Kivunhoidon perusta on yksilöllisyys: hoito suunnitellaan jokaiselle potilaalle omakohtaisesti. (Vainio & Kalso 2006, 766–767.)

#### 2.3.4 Väsymys

Väsymys(fatigue) on yleinen oire saattohoitovaiheessa. Sitä esiintyy usein syövän alkuvaiheessa, mutta lisääntyvä väsymys kertoo taudin etenemisestä ja taudin loppuvaiheen lähestymisestä. Oireen taustalla voivat olla syöpä itsessään ja sen aiheuttamat vaikutukset tai syöpään kohdistuva hoito. Myös liitännäisilmiöt, kuten infektio, anemia tai nestevajaus voi olla väsymyksen syynä tai lisävaikuttajana. Väsymysoireyhtymän ilmenemismuotoja voivat olla voimien väheneminen, yleinen väsymyksen tunne ja lisääntynyt levon tarve, apatia, motivaation puute ja keskittymiskyvyttömyys.(Hänninen 2003, 60- 65; Holli & Saarto 2006, 836–837.)

Väsymyksen taustalla olevan syyn korjaaminen, jos mahdollista, on paras ratkaisu potilaan kannalta. Usein kuitenkin väsymys on monisyinen kokonaisuus, jolloin yhden syyn korjaaminen harvoin tuo merkittävää helpotusta vaivaan. Väsymystä on mahdollista hoitaa oireenmukaisesti lääkkeillä, mutta yleensä parhaaseen tulokseen päästään vuorokausirytmiiin, liikuntaan ja olemassa olevan lääkityksen vähentämiseen suuntaavilla toimilla.(Hänninen 2003, 60 - 65; Holli & Saarto 2006, 836–837.)

#### 2.3.5 Lähestyvän kuoleman merkit

Saattohoidon päätepiste on aina kuolema. Tarkoituksena on, että kuolema olisi oireeton ja turvallinen. Nykyisten hoitojen avulla yleistila saadaan pysymään hyvänä melko pitkään, mutta vointi saattaa romahtaa hyvinkin nopeasti ja johtaa potilaan kuolemaan. On olemassa tietynlaisia piirteitä lähestyvässä kuolemassa. Kipu on harvoin ongelma, se yleensä vähenee kuoleman lähestyessä. Hengitys muuttuu pinnalliseksi, ikään kuin henkilö hengittäisi rintakehänsä ylä- osalla. Hengitys voi käydä katkonaiseksi, jolloin hengityksessä voi olla jopa 30 sekunnin katkoksia ja se voi muuttua

äänekkääksi. Lima aiheuttaa rohisevan äänen hengitysteissä, joka saattaa kuulostaa ikävältä, mutta ei välttämättä haittaa itse potilasta. Nieleminen saattaa vaikeutua, ihon väri voi muuttua laikukkaaksi. Sekavuus on yleistä kuoleman lähestyessä, joka saattaa ahdistaa läheisiä. Tehokkain hoitokeino tähän on potilaalle tutun ihmisen läheisyys, lääkkeitä ei välttämättä ole suurta apua. Sekavuus on yleensä rajojen hämmärtymistä sekä kuolevan ihmisen irtaantumista todellisuudesta. Potilaalla voi olla kuoleman lähestyessä korkeita kuumepiikkejä. Nämä eivät merkitse tulehdusta, vaan lämmönsäätelyn häiriintymistä, antibiooteilla ei ole sijaa kuumeen hoidossa. Kuumetta hoidetaan kuumeläkkeillä. Kädet ja jalkaterät alkavat muuttua viileämmäksi ja voivat muuttaa väriään sinertäväksi. Kuolemaan harvoin liittyy krampeja tai kouristuksia. Suuret morfiiniannokset saattavat aiheuttaa lihasnykäyksiä, joiden ollessa suuria hoidossa käytetään Stesolid-rectioliä. (Hänninen 2010, 48–50.)

## 2.4 Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet ja niiden hoito

Saattohoitopotilas saattaa kärsiä monenlaisista psykologisista oireista, ajatus- toiminnan ja tunne-elämän häiriöistä. Osa näistä oireista ja häiriöistä voivat olla väliaikaisia kriisireaktioita, osa voi liittyä sairauden tuomiin elimellisiin muutoksiin ja osa taas voi olla pitkäaikaisemmasta psyykkisestä kärsimyksestä aiheutuvia oireita. Tavasta, jolla potilas ottaa vastaan vakavan sairautensa, on yksilöllisiä eroavaisuuksia. Se millaisia olemme psyykkiseltä rakenteeltamme, vaikuttaa paljolti siihen kuinka koemme oman sairastumisemme ja miten reagoimme elämänmuutokseen. Mitä ohuemmat nämä psyykkiset rakenteet ja voimavarat ovat, sitä voimakkaammin sairastuminen uhkaa yksilön voimavaroja ja minuutta. (Hänninen & Pajunen 2006. 49–51, 59; Hänninen 2003. 206.)

Potilaan psyykkistä hyvinvointia tulee tukea kaikin mahdollisin tavoin. Tukea voivat antaa niin hoitohenkilöstö, kuin saattohoitopotilaan läheiset. Epävakaassa ja ehkä epävarmassakin elämäntilanteessa on saattohoitopotilaalla tarve suo-

jautua pelolta ja ahdistukselta. Turvallisuuden tunteen luominen potilaalle on erittäin tärkeää. Elämästä luopuminen ja sen päättymisen sekä kuolemaa koskevat pelot voivat olla potilaalle suurempi kärsimyksen aiheuttaja kuin fyysiset oireet. Psykkisten oireiden hoito tulisi perustua saattohoitopotilaan tarpeiden huomioimiseen ja kuuntelemiseen. Avun saatavuus ja riittävän todenmukaisen tiedon saaminen tekee usein potilaan levollisemmaksi ja lisää turvallisuuden tunnetta. (Hänninen & Pajunen 2006, 57–58; Hänninen 2003, 206.)

Yleisimpiä saattohoitopotilaan psyykkisiä oireita ovat masennus, delirium, ahdistus, pelkotilat ja unettomuus. Fyysisiä ja psyykkisiä oireita on useimmiten samanaikaisesti ja ne ovat moninaiset. Lähes poikkeuksetta oireet vaikuttavat toinen toisiinsa. Hoitamaton fyysinen oire, kuten kipu, lisää masennusta ja ahdistusta ja masennus taas laskee kipukynnystä ja saa kivun tuntumaan pahemmalta. Itse sairaus ja siihen kuuluvat elimelliset häiriöt sekä käytössä oleva lääkitys tulee muistaa, kun arvioidaan potilaan psyykkistä tilaa. (Hänninen 2003, 206–207; Hänninen & Pajunen 2006, 58–59.)

#### 2.4.1 Masennus

Saattohoitopotilaan ollessa kyseessä on vaikeaa määritellä, mikä on normaalia ja mikä poikkeavaa depressiivistä reagoitua. Somaattisten oireiden perusteella masennusdiagnoosin teko on vaikeaa oireiden huonon erottelukyvyn vuoksi. Perustautiin ja yleistilan heikkenemiseen liittyvä ruokahaluttomuus, väsymys ja aloitekyvyn lasku kuuluvat yleensä saattohoitopotilaan oirekuvaan. Samaiset oireet liitetään somaattisesti terveillä usein masennukseen. Näin ollen saattohoitopotilaiden masennus on yleensä alidiagnosoitu. (Hänninen 2003, 208–209; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

Saattohoitopotilaalla on myös käytetty VAS asteikkoa mittaamaan masentuneisuutta, joka on koettu yksinkertaisimmaksi tavaksi. Se mittaa mielialaa ääripäinä huonoin mahdollinen ja paras mahdollinen mieliala. Muut mittarit ovat koettu saattohoitopotilaalle liian työläiksi tai muutoin sopimattomiksi huonon yleistilan vuoksi. (Hänninen 2003, 208–209; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

Masennuksen hoito saattohoitopotilaalla on yhdistelmä rentoutusta, ongelmanratkaisua, psykoterapiaa ja mielialalääkitystä. Hoitosuhteen turvallisuus ja jatkuvuus ovat oleellinen osa hoitoa. Keskustelut potilaan kanssa on syytä suunnata myös muuhun kuin itse lähestyvään kuolemaan. Lääkehoidossa on oleellista sen vaikutuksen alkamisnopeus ja sivuvaikutukset. Jos ennustettu elinaika on lyhyt, kuten 2-3 viikkoa, saadaan toivottu vaste vasta potilaan kuolinpäivän vaiheilla. Vaihtoehtona tällöin on sedatoiva bentsodiatsepiini tai opioidi. Jos taas elinai-kaennuste on pidempi kuin viikkoja tai kuukausia, on aiheellista aloittaa masennuslääkitys. Lääkityksen valintaan ja annostukseen vaikuttavat potilaan oirekuva ja yhteisvaikutukset muiden käytössä olevien lääkkeiden kanssa. (Hänninen 2003, 210; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

#### 2.4.2 Ahdistus

Saattohoitopotilaan luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan voi olla ahdistuneisuus. Ahdistuneisuutta voivat lisätä alihoidetut fyysiset oireet, lääkitys, vierotusoireet aiemmin käytetyistä lääkkeistä tai alkoholista tai aiempi psyykinen häiriö. Oireen taustalla voi olla myös alkava delirium, hypoksia, steroidit, neuroleptit ja kasvaimen tai keskushermoston etäpesäkkeiden tuottamat hormonit. Ahdistuneisuus aiheuttaa saattohoitopotilaalle pelkoa, voimavarojen ehtymistä ja toimintakyvyttömyyttä. (Hänninen 2003, 212–213; Kuolevan poti-

laan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008; Hänninen & Pajunen 2006, 59.)

Ahdistuneisuus synnyttää fyysisiä oireita (hengenhahdistusta, sydäntuntemuksia, huimausta, vapinaa, pahoinvointia, päänsärkyä, hikoilua ja vatsakipuja), jotka voivat helposti sekoittaa itse taudin oireisiin jolloin ahdistuneisuus oireena jää huomiotta ja hoitamatta. Potilaalle tämä aiheuttaa pitkittyessään levottomuutta ja huolestuneisuutta, lisääntyvää unettomuutta, uupumusta ja mielialan vaihtelua. Diagnoosin perustana on potilaan oma kertomus, jota täydentää meneillään oleva lääkitys ja mahdolliset annetut hoidot. Potilaan aiempi psyykinen oireilu antaa myös viitteitä ahdistuneisuudesta. (Hänninen 2003, 212–213; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008; Hänninen & Pajunen 2006, 59.)

Ahdistuneen saattohoitopotilaan voimavarat käydä pitkiä terapeutisia keskusteluja ovat usein rajallisia. Psykoterapeuttinen, supportiivinen tai kognitiivinen lähestymistapa ovat tällaisia vaihtoehtoja. Jos saattohoitopotilas ei jaksaa tai kognitiiviset kyvyt eivät enää riitä asioiden pohtimiseen, turvaudutaan lääkehoitoon. Lääkehoidon perustan muodostavat neuroleptit, depressioläkkeet ja bentsodiatsepiinit. Lääkärin ja hoitohenkilöstön tulee osata perustella potilaalle lääkkeidenkäytön hyödyllisyydestä osana potilaan kokonaishoitoa. Lääkkeen valinnassa oleellista on lääkkeen vaikutuksen alkamisnopeus, vaikutuksen pituus, yhteisvaikutukset potilaan oireisiin ja muihin lääkkeisiin, annostelureitit ja se kuinka väsyttävä lääke on. Lääkityksen aloittaminen tapahtuu saattohoitopotilaalla normaalia pienemmällä annoksella. Potilaan aineenvaihdunta voi olla häiriintynyt, joten lääkettä voi kertyä elimistöön tai se metaboloituu liian nopeasti. (Hänninen 2003, 213–214; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

### 2.4.3 Delirium

Delirium tarkoittaa akuuttia sekavuustilaa, jonka taustalta löytyy orgaaninen aivotoiminnan häiriö, jota luonnehtii samanaikaisesti tietoisuuden heikkeneminen, ajattelun ja muistin häiriöt, tarkkaavuushäiriö, emotionaaliset ja psykomotoriset muutokset, sekä häiriöt univalverytmissä. (Hänninen 2003, 216 – 218; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

Saattohoitopotilaille sekavuus on yleinen oire, n. 70–90% saattohoitopotilaista kärsii jonkinasteisesta sekavuudesta ennen kuolemaa. Syynä sekavuuteen ovat yleisemmin hypoksia, lääkkeet, keskushermostosairaus, metaboliset häiriöt tai infektio. Saattohoitopotilaan deliriumin kohdalla on tärkeää arvioida käytössä olevat lääkkeet ja mahdollisuuksien mukaan vähentää niitä. On myös arvioitava, onko kyse hapen puutteesta, hyperkalsemiasta tai infektiosta. Potilaalle tulee järjestää rauhallinen, turvallinen ja valvottu ympäristö. (Hänninen 2003, 216–218; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

Deliriumin hoidossa on tärkeää hoitaa potilaan kokonaistilannetta, koska saattohoitopotilas voi kärsiä samanaikaisesti useasta psyykkisestä häiriöstä. Näin ollen erotusdiagnostiikkaa on mahdotonta tehdä. Tällaisissa tilanteissa on kiinnitettävä huomiota siihen, ettei toisen oireen hoidossa oleva lääke pahenna toista oiretta. Sekavuuden hoidossa saattohoitopotilaalle tavoitteet ovat levottomuuden ja sekavuuden vähentäminen ja näin myös läheisten ihmisten kärsimyksen lievittäminen. Potilaan ennuste huomioiden, sekavuuden hoidossa korjataan elektrolyyttien, nesteytyksen ja aineenvaihdunnan häiriöt. Hoidossa huomioidaan myös lääkehoidon kannalta oleellinen deliriumin (hyper- vai hypoaktiivinen) muoto ja tarkistetaan potilaan lääkitys, karsitaan sieltä sekavuutta aiheuttavat lääkkeet. Yleishoidossa läheisten pitäminen ajan tasalla ja rauhoittaminen on tärkeää, tuttu hoitoympäristö, hoitajat ja läheiset ja heidän rauhallinen ja asiallinen käytös lisäävät potilaan orientaatiota ja rauhoittavat häntä. (Hänninen 2003, 218 – 221.)



#### 2.4.4 Unettomuus

Unettomuus tarkoittaa tunnetta huonosta nukkumisesta, jonka seurauksena on mielialan lasku tai merkittävä päiväsaikainen toimintakyvyn heikkeneminen. Unettomuus aiheuttaa päiväsaikaista uneliaisuutta, ärtyvyyttä, väsymysoireytymää (fatigue) ja keskittymiskyvyttömyyttä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

Saattohoitopotilaan unihygieniasta tulisi huolehtia ja hänen tulisi voida nukkua silloin kun hän haluaa. Muu psyykinen oireilu voi liittyä saattohoitopotilaan unettomuuteen tai olla seurausta vuorokausirytmien muuttumisesta. Niin psyykkiset kuin fyysisetkin oireet voivat tehdä potilaan nukkumisen mahdottomaksi. Hengenahdistus, yskiminen, pelko kuolemista unen aikana, vieras ympäristö, painehaavaumat, levottomat jalat, pahoinvointi, lääkkeet ja kipu ovat tällaisia oireita. (Hänninen 2003, 214–215; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2008.)

Hoitona saattohoitopotilaan unettomuuteen pätee sama kuin kaikkeen muuhunkin oireiluun. Unettomuuden ongelmaan on monta syytä ja ratkaisussa tulisi noudattaa ongelman syntymekanismia. Unirytmien säätely, rentoutus, korvatulpat ja muiden häiritsevien oireiden hoito voivat olla lääkkeetön hoitomuoto unen helpottamiseksi. Jos näillä keinoilla ei helpoteta saattohoitopotilaan unenlaatua, turvaututaan lääkehoitoon. (Hänninen 2003, 215.)

### 3 AMMATILLISUUDEN HAASTEET JA EETTISYYS SAATTOHOITOTYÖSSÄ

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka pystyy hoitamaan potilaita itsenäisesti, kehittämään asiantuntijuuttaan ja noudattamaan lääkärin antamia ohjeita potilaan lääketieteellisestä hoidosta. Asiantuntemus hankitaan koulutuksen aikana ja sen kehittyminen jatkuu työssä. Asiantuntija kykenee siirtämään tietoa toisesta toimintaympäristöstä toiseen. Hoitotyön asiantuntemus vaatii hyvää hoitotyön tietoperustaa, vahvaa taitoperustaa, arvoperustan merkityksen ymmärtämistä ja jatkuvaa itsensä kouluttamista sekä käytännön hoitotyön kokemusta. Taitoperusta muodostuu hoitotyön kliinisestä osaamisesta ja opetus- ja ohjausosaamisesta. Arvoperusta hoitotyössä käsittää hoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet. Hoitotyön asiantuntemuksen perusta muotoutuu koulutuksen aikana, mutta työkokemus ja ammatillinen kasvu johtavat asiantuntemukseen. Asiantuntemus on vastuullisuutta, itsenäisyyttä, muutoskykyisyyttä ja kriittisyyttä. Asiantuntijan toimintaan kuuluu kriittinen ja pohdiskeleva asioiden tarkastelu, jonka avulla asiantuntija arvioi niitä toimintamalleja, jotka ohjaavat hänen toimintaansa. (Kassara, Palokoski, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 22–25.)

Ammatillinen kehittyminen ja asiantuntijuuteen kasvaminen on jatkuvasti kehittyvä ja muuttuva prosessi, ei niinkään olotila tai saavutettava ominaisuus. Koulutuksen kautta hankittu ammatillinen pätevyys lisääntyy ja varmistuu työkokemuksen ja alati jatkuvan kiinnostuksen ja tiedonhankinnan kautta. Asiantuntijaksi oppiminen jatkuu läpi elämän ja on yhteydessä käytännön työhön, työyhteisöön ja niiden kehittämiseen. (Knuutinen 2008, 13.)

**Saattohoitotyön haasteet** koostuvat hoitotyön kokonaisvaltaisuudesta, omaisten läsnäolosta ja henkisestä kuormittavuudesta. Saattohoidon ensisijaiseksi tehtäväksi nähdään potilaan ja omaisten henkinen tukeminen, joka lähtee hoitajan ammattitaidosta. On kuitenkin korostettava hoitohenkilökunnan kliinistä osaamista, johon kuuluu niin perushoito, kivunhoito, oireiden hoito kuin lääkehoito. Hoitohenkilökunnan osaamattomuus lisää potilaiden sekä omaisten epävarmuutta. Henkilöstön peruskou-

lutus ja oman ammattitaidon ylläpitäminen luovat pohjan hyvälle, luottamukselliselle hoitosuhteelle. Saattohoito on moniammatillista, osaavien ihmisten yhteistyötä, jota on myös opiskeltava.(Knuutinen 2008, 11–12.)

Varmuus toimia kuolevien hoitajana syntyy tiedon lisäämisestä, omaksumisesta sekä perehtymisestä. Tämän rinnalle tarvitaan pysähtymistä omien ajatusten ja tunteiden äärelle, oman kuoleman kohtaamista ja omien vahvuuksien löytämistä ja tuomista hoitotyöhön. Esimies on ratkaisevassa asemassa luodessaan myönteistä ilmapiiriä, keskustellessaan hoitohenkilöstön kanssa ja ollessaan kiinnostunut heidän hyvinvoinnistaan.(Anttonen 2008,54 – 55.)

Saattohoitopotilaan hyvä elämänlaatu perustuu siihen, että hän tuntee olonsa turvaliseksi, että hänestä huolehditaan ja hänen tarpeisiinsa vastataan. Hän kokee myös osallistuvansa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja tuntee arvonsa ihmisenä sekä elämäntapansa säilyvän. Saattohoito on potilaan kokonaisvaltaista huomioimista, fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioimista. Olennaista on myös kuolevan omaisten ja läheisten tukeminen ja käytännön asioiden ohjaus.(STM 2010; Karjalainen & Ponkilainen 2008,8-9.; Knuutinen 2008,4-7; Wasserman 2008.)

Kuolevan potilaan hoitotyössä eettiset kysymykset ovat hyvin keskeisiä. Kivun ja kärsimyksen, ahdistuneiden omaisten kohtaaminen koetaan vaikeaksi. Saattohoitosuosituksen mukaan hoitoyksiköiden tulee varmistaa riittävät resurssit hoitaa kuolevia potilaita, jolloin taataan ammattitaitoisen henkilökunnan riittävyys ja sopiva hoitoympäristö, jolloin hoidon toteutus on laadukasta, turvallista ja inhimillistä.(STM 2010.)

Vainio ja Hietanen(2004, 318) määrittelevät **kuolevan potilaan oikeudet**, joissa todetaan hänelle olevan oikeus kuolla, oikeus oireiden lievitykseen, itsemääräämisoikeuteen sekä valita oma hoitopaikkansa. Lisäksi saattohoitopotilas omaa oikeuden yksi-

tyisyyteen ja rauhaan, yhteyteen läheistensä kanssa, inhimilliseen kohteluun ja totuudenmukaiseen informaatioon

#### 4 POTILAS JA OMAISET TUEN SAAJINA SAATTOHOIDOSSA

Vakavasti sairas ihminen tajuaa kuolevansa ja valmistautuu siihen omalla ainutlaatuisella tavallaan. Kuolevan ihmisen hoidossa ei ole näin ollen yhtä ainoaa tapaa hoitaa ja varmistaa hyvä kuolema. Kuolevan ihmisen tulisi saada elää omaa elämäänsä ja kuolla oma kuolemansa tunteakseen eläneensä ainutlaatuisen elämän. Sekä potilaan että omahoitajan tulisi löytää itsestään voimavarat, joiden avulla kirjoittaa omaa elämäntarinaansa. Kuoleman kokonaisvaltaisuus ja sen lopullisuus koskettaa kaikkia lähellä olevia ja vaikuttaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteeseen. Kuolema voidaan ajatella matkana, jossa kuoleva tuntee tien ja määrää suunnan. Hän myös valitsee nopeuden jolla matkaa tehdään ja pysähdyspaikat. Hoitajan, eli kohtaajan viisautta on ymmärtää oma osuutensa tällä matkalla. Hän katsoo ja kuuntelee, menee luokse ja antaa tukensa tarvittaessa. Hän ottaa syliinsä ja kantaa, kuitenkin lopulta tulee kohta jossa erotaan. Kuoleva jatkaa matkaansa yksin, jolloin kohtaajan osa on irrottautua, olla ja katsoa häntä kunnioittaen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 198; Knuutinen 2008, 9.)

Kuoleman kohtaamisessa on keskeistä niin kuolevan potilaan, kuin hänen omaistensa kohdalla luopuminen. Kuolema saa aikaan ihmisten elämässä perustavanlaatuisia muutoksia ja aiheuttaa epätoivoa mullistaen elämän järjestyksen. Kuoleman uhka saa ihmiset kysymään kärsimyksen merkitystä elämässä ja toisaalta se kirkastaa asiat jotka ovat antaneet toivoa elämään. (Huhtinen 2005, 28.)

Hoitotyöntekijä kohtaa kuolevia hoitaessaan monenlaisia tunteita, jotka voivat olla työn sisältöä rikastuttavia ja henkisesti kasvattavia. Tämän edellytyksenä on, että hoitaja on kohdannut oman kuolemansa. Tämä tarkoittaa omien uskomusten, hengellisyyden ja kuolemaan liittyvien käsitystensä ymmärtämistä. Ajatus siitä, mitä elämä kuoleman jälkeen merkitsee itselle, selkiyttää omaa suhtautumista kuolemaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 192; Snellman 2008, 97.)

#### 4.1 Potilas ymmärtää kuolevansa

Kuoleman lähestyessä ihmisen ajatukset vaeltelevat monien ennen kokemattomien ja hyvin vaikeiden kysymysten äärellä. Kuitenkin nuo pohdinnat ovat kukin kuolevan kohdalla yksilöllisiä ja kuuluvat juuri kyseisen ihmisen omaan henkilökohtaisesti koettuun elämään. Sitä ei voi kokea kukaan toinen aivan samalla tavalla. Ymmärrys siitä, että elämällä on raja ja että tuo raja on pian vastassa, vaatii kuluneen elämän käsittelemistä ja sopeutumista. Ihmisen persoonallisuus vaikuttaa siihen, mitkä asiat nousevat tärkeimmiksi. Ihmissuhteet muuttuvat kuoleman lähestyessä. Läheiset tuntevat surua, huolta ja vihaa sairautta kohtaan. Usein monet tuttavat voivat vältellä sairasta sen vuoksi, etteivät he tiedä mitä sanoisivat hänelle. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59–60.)

Kuoleman yhteydessä koetun surun ymmärretään usein tarkoittavan jälkeenjäävien surua. Ei ajatella niinkään sitä, miltä kuolevasta itsestään tuntuu, mitä asioita hän suree ja mitä hän ehkä haluaisi kertoa läheisilleen, kun vielä kykenee puhumaan. Elämän viimeiseen vaiheeseen liittyy ajattelun keskittyminen siihen, mitä siirtyminen pois tästä maailmasta tarkoittaa ja mitä sen jälkeen tapahtuu. Tällaisista asioista on erityisen vaikea puhua muille. Erilaiset oudot kokemukset ja ilmiöt, joita on todettu liittyvän kuoleman läheisyyteen voivat tuoda kuolevalle itselleen lohdutusta ja iloa. Läheisille ja hoitavalle henkilökunnalle ilmiöt voivat olla pelottavia ja ahdistusta herättäviä, sekä täysin ristiriidassa tavanomais-

ten elämän asioiden kanssa. Kohdatessa tällaisten asioiden äärellä oleva potilas tulee asenteen olla avoimen rohkaiseva, jolloin potilaalla on mahdollisuus ilmaista itseään.(Grönlund & Huhtinen 2011, 61.)

Saattohoitopotilaan ollessa iäkäs, ajatellaan toisinaan hänen olevan sinut kuoleman kanssa. Jossain määrin tämä voi ollakin totta, koska hän on todennäköisesti ehtinyt kokea useiden läheistensä kuolemat, jolloin kuolema ei ehkä ole niin kauhistuttava asia. Toisinaan sitä voidaan jopa odottaa, ihminen kokee eläneensä hyvän elämän ja on tyytyväinen siihen, mitä se on antanut. Jos potilaalla on jäänyt keskeneräisiä suunnitelmia tulevaisuuden suhteen, voi kuolemanpelko olla erityisen voimakas.(Grönlund & Huhtinen 2011, 92.)

Huhtinen(2005, 26) ja Knuutinen(2008, 12) toteavat kuolevien potilaiden suhtautuvan mahdolliseen kuolemaansa kolmella eri tavalla. Yksi tapa on sulkea kuolema sivuun ajatuksista, jolloin kuoleman todellisuutta ei ajateltu. Näin kysymys kuoleman jälkeisestä tilasta torjuttiin ja kiellettiin. Jos potilas kieltää kuoleman läheisyyden, ei hoitaja saa tätä suojaa riistää ottamalla aiheutta väkisin puheeksi. Potilaan on tällöin pakko torjua totuuteen liittyvää ahdistusta. Hoitajan on hyvä olla valmis puhumaan rehellisesti kuolemasta silloin, kun potilas on valmis siihen. Toinen tapa on kuoleman ymmärtäminen siirtymisenä toiseen olemisen tilaan, jolloin kuolema ymmärrettiin porttina, jonka toisella puolella on kokonaan uusi elämä. Kolmas tapa on ymmärtää kuolema todellisena loppuna, jolloin kuolema näyttäytyy lopullisena elämän päättymiseen liittyvänä tekijänä.

Huhtinen (2005, 26) siteeraa Kuuppelomäen (1996, 156) tutkimusta, jossa tarkasteltiin parantumattomasti sairaiden potilaiden elämää kärsimyskokemuksena. Tutkimuksessa kuvattiin kärsimyksen sisältöä, sen merkitystä sekä siitä selviytymistä. Suurin merkitys potilaiden selviytymisessä todettiin olevan omaisten roolin tärkeimpinä tukijoina. Myös ystävät, lääkäri ja Jumala muodostivat suuren merkityksen tuen antajina kuolevalle.

Potilaat odottivat enemmän hoitohenkilökunnalta tiedollista kuin henkistä tukea. Suurin arvo annettiin hoitohenkilökunnan oma-aloitteiselle selittämislle ja tiedon antamiselle. Potilaan, joka on parantumattomasti sairas, toivo kohdistuu mahdollisimman hyvään vointiin tai voinnin pysymiseen ennallaan, sekä niin pitkään elämään kuin mahdollista. Ilman toivoa potilas kokee oman elämänsä tarkoituksettomaksi. Liikka (2006, 11–12) toteaa, että sosiaalisen verkoston antama sosiaalinen tuki vaikuttaa esimerkiksi henkilön itsetunnon kohoamiseen, terveyskäyttäytymisen vahvistumiseen, herkkyyttasapainoon, itseisarvon tunnistamiseen, positiiviseen vaikuttamiseen, psyykkiseen hyvinvointiin, sekä pelon ja masennuksen vähentymiseen. Knuutinen (2008, 10) toteaa, että toivon kokemukset syntyvät läheisten ihmisten rakkaudesta, läsnäolosta sekä kokemusten jakamisesta

#### 4.2 Omaiset surutyön äärellä

Kuolevan potilaan omaisilla on useita erilaisia tarpeita ja heidät tulee kohdata yksilöinä. Hoitajan olisi hyvä keskustella perheenjäsenten kokemuksista ja heidän läheisensä lähestyvän kuoleman aiheuttamasta ahdistuksesta ja siihen liittyvistä kysymyksistä. Omaisten tyytyväisyys korreloi suoraan hoitohenkilökunnan asenteisiin, kommunikaatiotaitoihin, kuunteluun sekä hyvään tiedottamiseen. Tukemalla omaisia ja potilasta autetaan heitä ratkaisemaan sekä hyväksymään kuoleman lähestyminen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 93; Karjalainen & Ponkilainen 2008, 5-6.)

Omaisten arvostamia asioita hoitotyössä ovat potilaan perustarpeista huolehtiminen, kuuntelu ja keskustelu, tiedon anto omaisille, empaattisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen sekä potilaan oman tahdon ja ihmisarvon kunnioitus. Huonoksi hoito arvioitiin silloin, kun hoitoympäristö oli rauhaton, hoidossa ei ollut jatkuvuutta, hoitajat tekivät työtään rutiininomaisesti tai käyttäy-

tyivät epäystävällisesti, sekä kun kivut ja oireet olivat hallitsemattomia.(Knuutinen 2008, 40.)

Perheenjäsenen lähestyvä kuolema aiheuttaa omaisissa monenlaisia tunteita. Päällimmäisenä ovat pelko ja ahdistus, myös aikaisemmat kipeät muistot ja käsittelemättömät ristiriidat voivat tulla esiin läheisen lähestyessä kuolemaa. Yleensä asiat ovat tiedostamattomia. Perheenjäsenet voivat riidellä keskenään ja vaatia henkilökunnalta monenlaisia asioita, kuten asioiden salaamista toisilta sukulaisilta. Toisinaan he voivat olla myös täysin kykenemättömiä puhumaan mistään tai kommunikoidaan tavallisesti. Tällaisessa tilanteessa voi myös henkilökunnan keskuudessa nousta esiin vaikeita tunteita ja ristiriitoja, jolloin olisi hyvä pysähtyä miettimään mitä tapahtuu. Perheen sisäiset ristiriidat ja kyvyttömyys käsitellä omaa psyykkistä tuskaansa ovat voineet tarttua henkilökuntaan. Näiden tilanteiden purkamiseen ulkopuolinen apu voi auttaa näkemään selkeämmin.(Schmitt 2008, 66 -67.)

#### 4.3 Hengellinen tukeminen

Eksistentiaaliset kysymykset sivuutetaan usein terveenä ollessa, mutta kuoleman lähestyessä ihminen alkaa miettiä oman elämänsä tarkoitusta. Eletty elämä voi nousta hyvin vahvana esiin kuoleman lähestyessä ja tuoda ahdistaviakin tunteita. Hoitona tähän on saada kuuntelija, joka itse kestää ahdistusta eikä juokse karkuun. Tunteiden vastaanotto ja seuraavaksi niiden tarkempi tarkastelu voi olla tie eteenpäin. Muistelemalla mennyttä ja keskeneräisiä asioita voi pyrkiä pääsemään sovintoon. Myös ihmisen henkilökohtainen hengellinen vakaumus suojaa elämän loppuvaiheen ahdistukselta ja epätoivolta, joten sitä on syytä kunnioittaa aina.(Jyrkkiö 2003, 1; Kärpäniemi 2008, 111.)



Uskonnon ja hengellisyyden on koettu tuovan rauhaa, lohdutusta ja helpotusta ja sillä on merkittävä rooli ihmisen hyvinvoinnissa. Saattohoitopotilas ja omaiset voivat tuntea tilanteensa epätoivoiseksi ja näin ollen uskonto ja uskonnollisuus voivat toimia ikään kuin viimeisenä oljenkortena, johon tarttua. Tämän vuoksi ei pidä ajatella, että hengellisyydestä puhuminen voisi loukata saattohoitopotilaan ja omaisten yksilöllisyyttä, vaan siitä puhuminen tulisi nähdä potilaan ja omaisten kokonaisvaltaisen hoidon ja hyvinvoinnin mahdollistajana. (Hänninen & Pajunen 2006, 69–70; Liikka 2006, 18.)

Hengellisyys pitää sisällään uskonnollisuuden, mutta se on myös paljon muutaakin. Uskonnollisuutta ja hengellisyyttä voi lähteä tarkastelemaan niiden tarpeiden kautta. Hengelliset tarpeet ovat laajempia ja yleisempiä kuin taas uskonnolliset tarpeet ovat huomattavasti rajatumpia ja yksilöidympiä. Näiden tarpeiden vastaamiseen voivat osallistua niin maallikot, papit kuin muutkin uskonnollisen yhdyskunnan edustajat. (Hänninen & Pajunen 2006, 71.)

Saattohoitotyössä hengellisten tarpeiden ja tuen arviointia tulisi tehdä koko hoitoprosessin ajan ja se kirjataan hoitosuunnitelmaan. Lisäksi arvioidaan hengellistä auttamistyötä asetettuja tavoitteita vastaan. Hoitohenkilöstön tulisi pyrkiä olemaan keskustelun avaajina, kuuntelijoina ja tilan antajina hengellisten asioiden äärellä huomioiden potilaan ja omaisten vakaumus, arvot ja elämäntavat. Omaiset arvostavat ja pitävät tärkeänä sitä että he voivat yhdessä hoitohenkilöstön kanssa surra, iloita ja rukoilla potilaan puolesta ja että hoitohenkilöstöllä on myötäelämisen kykyä ja kykyä nähdä myös omaisten tarpeet. (Liikka 2006, 18; Kärpäniemi 2008, 115.)

#### 4.4 Kolmas sektori tuen antajana

Saattohoitoliikkeen alkuajoista lähtien vapaaehtoistoiminta on ollut keskeinen osa saattohoitoa. Englannin saattohoitokodeissa vapaaehtoistoiminnalla on nykyäänkin merkittävä ja näkyvä rooli. 1980-luvulla Suomessakin kehiteltiin vapaaehtoistoimintaa saattohoitopotilaiden hyväksi. Vapaaehtoistyöntekijä antaa oman työpanoksensa työyhteisölle ja potilaan hyväksi, työyhteisö taas antaa vastavuoroisesti paikan työyhteisössään. Vapaaehtoinen antaa aikaansa potilaan toiveiden mukaisesti, hänen ja omaisen hyvinvointiin tähdäten. Varsinaiset sairaanhoidolliset ja lääketieteelliset toimenpiteet ovat hoitohenkilökunnan vastuulla. Vapaaehtoistyöntekijät kokevat saavansa työstään ymmärtämystä elämästä ja kuolemasta, ja saavansa enemmän kuin antavat. Vapaaehtoistoimintaa saattohoitopotilaille on mahdollista saada seurakunnilta, järjestöiltä sekä muilta vapaaehtoistoiminnan järjestäjiltä, kuten Vapari Jyväskylässä. (Colliander 2008, 121–122.)

Kävimme tutustumassa Keski-Suomen syöpäyhdistykseen 11.11.2011, jolloin toimintaa esitteli terveydenhoitaja Ritva- Liisa Lindström. Lindström kertoi Syöpäyhdistyksen roolista syöpäpotilaiden saattohoidossa, joka on enemmänkin henkisen tuen antamista. He voivat järjestää kotiin koulutetun tukihenkilön sekä myös hoitajan. Pyyntö tulee useimmiten kotihoidosta, ja näin ollen tuki täydentää kotihoidon antamaa saattohoitoa. Hoitajat luonnollisesti pystyvät myös erilaisiin hoidollisiin toimenpiteisiin, mikäli tarvetta niihin on. Tärkeä rooli on myös läheisten tukeminen sairastuneen lisäksi. Syöpäyhdistys on myös järjestänyt sururyhmiä läheisensä syöpään menettäneille. Yhdistyksen tukihenkilöt toivovat pääsevänsä sairastuneen tueksi jo ennen saattohoidon alkamista, usein jo palliatiivisessa vaiheessa. Tämä mahdollistaa myös paremman saattohoitovaiheen alkamisen, kuin myös sen päättämisen sairastuneen kuoleman jälkeen. Usein tukihenkilöt tekevät vielä kuoleman jälkeen käynnin läheisen luona, jolloin he voivat yhdessä jutella tapahtuman aiheuttamista tunteista ja muistella kuollutta. (Lindström 2011.)

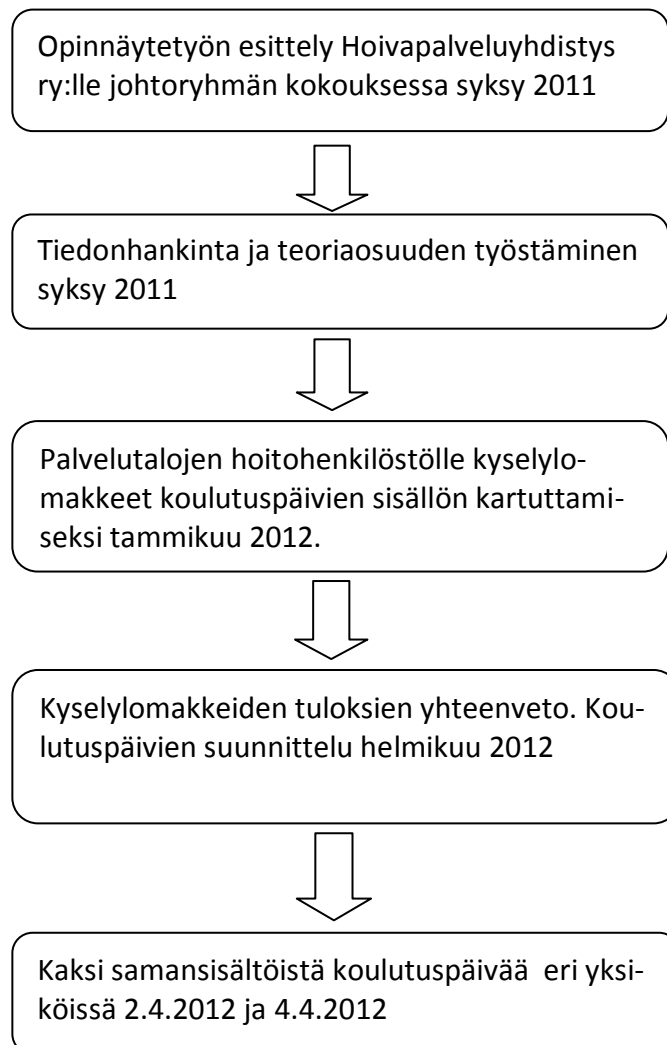
## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

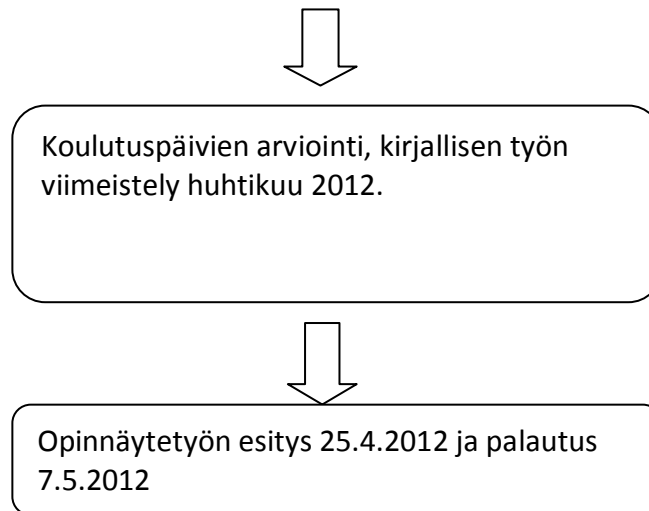
**Tarkoitus** on järjestää henkilökunnalle heidän osaamistarpeitaan vastaavat kaksi koulutuspäivää Hoivapalveluyhdistyksen palvelutaloissa.

**Tavoite** on hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittäminen.

## 6 KOULUTUSPÄIVÄT HOIVAPALVELUYHDISTYKSELLE

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön prosessikaavio





Tämän opinnäytetyön tekemiseen nousi tarve suoraan työelämästä. Kaksi opinnäytetyöntekijää on työsuhteessa Jyväskylän hoivapalveluyhdistyksessä, josta ilmeni tarve saattohoidon laadun kartoittamiseen ja kehittämiseen. Hoivapalveluyhdistyksellä on kolme palvelutaloa ja myös kotihoidon asiakkaita. Palvelutalot ovat hissillisiä kerrostaloja, joissa asukkailla on omat tai jaetut huoneistot ja käytössään myös yhteisiä tiloja. Asukkaita palvelutaloissa on yhteensä 170 ja henkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista ja palveluapulaisista. Palveluapulaisilla ei ole yleensä hoitoalan koulutusta, eikä näin ollen oikeutta osallistua lääkehoidon toteutukseen. Sairaanhoitajia palvelutaloissa on keskimäärin neljä, jotka tekevät pääsääntöisesti aamuvuoroa. Lähihoitajia palvelutaloissa on keskimäärin 19 ja palveluapulaisia 6, jotka tekevät kaksivuorotyötä. Kaikissa palvelutaloissa on vakituisesti yötyötä tekevät lähihoitajat, joilla apunaan on palveluapulainen. Jokaisessa palvelutalossa on yöaikaan yksi lähihoitaja ja palveluapulainen. Palvelutaloon tullessaan asukkailla on useimmiten omat huonekalut, vaatteet ja käytössä olevat lääkkeet. Asiakaskunta koostuu pääosiltaan ikääntyneistä asukkaista, joiden hoidon tarve perustuu perussairausten aiheuttamaan toimintakyvyn laskuun.

## 6.1 Koulutuspäivien suunnittelu

Koulutustarvetta kartoitettiin kirjallisella kyselyllä, joka osoitettiin koko hoitohenkilöstölle. Kyselystä nousseet asiat olivat koulutuspäivän suunnittelun lähtökohtana ja tarkoitus oli järjestää kaksi samansisältöistä koulutuspäivää, joihin osallistuisivat koko henkilökunta. Koulutuspäivistä pyydettiin palautetta osallistujilta, joiden perusteella arvioimme niiden onnistumista. Tarkoituksena on tukea hoitohenkilöstön ammattitaitoa teorian tiedon ja koulutuspäivien osalta sekä avata saattohoidon laadun kehittämisen jatkumo.

Palvelutaloissa hoito on kodinomaista, joten saattohoidossakin on korostettava potilaan itsemääräämisoikeutta, yksilöllisyyttä ja omaisten läsnäoloa. Hoitajilta tämä vaatii hienotunteisuutta, tilannetajua ja kohtaamistaitoja. Saattohoito edellyttää hoitohenkilöstöltä halua tehdä hyvää ja kehittyä työssään, olla valmis kohtaamaan kuolema sellaisena kuin se kulloinkin eteen tulee. (Snellman 2008, 100; Hänninen 2008, 137.) Koulutuspäivän suunnittelussa haluttiin korostaa potilaan yksilöllisyyttä ja hoitajien kohtaamistaitoja.

## 6.2 Koulutustavan valinta

Koulutuspäivien kohderyhmänä olivat aikuiset, jo työelämässä olevat ihmiset. Aikuinen oppijana on itsenäinen ja itseohjautuva, joka omaa aiempaa tietoperustaa ja elämäkokemusta. Nämä piirteet pohjautuvat aiemmin hankittuun koulutukseen, työkokemukseen sekä perhevastuuseen. Aikuiset ovat myös päämäärä-, relevanssi- ja hyötyorientoituneita, eli he haluavat liittää oppimansa tiedon käytäntöön. (Aarnos 2008, 33.)

Aikuinen tarvitsee perusteluja opiskeltavan asian hyödystä, jonka myötä halukkuus oppimiseen ja osallistuminen keskusteluun lisääntyy. Opiskelun motivaatiota lisää myös mahdollisuus yhdistää opittu asia henkilökohtaisiin elämäkokemuksiin. (McGrath 2009, 99–100.)

Aikuinen oppija omaa työ- ja elämäkokemusta, jolloin hänelle on kehittynyt erilaisia toimintamalleja ja hän on orientoitunut todellisuuteen. Näin oppiminen ei ole vain ulkomuistin varassa, vaan uuden asian pystyy yhdistämään tuttuun asiaan. Tämä on tärkeä voimavara uuden oppimisessa. (Öystilä 2008.)

Koulutuksen sisältö tulee suunnitella huolella, aikuisen oppijan motivoimiseksi. Teorian tulee olla käytännön läheistä ja vastata työssä tarvittaviin valmiuksiin. Suunnittelussa tulee huomioida oppijoiden aiempi koulutus ja osaaminen, sekä pohtia kuinka opetus olisi parasta toteuttaa juuri tälle kohderyhmälle parhaiten. (Stenström, Linna-kylä, Malin, Nikkanen, Piesanen, Valkonen 2002, 63–64.)

Koulutuspäivässä käytettäväksi menetelmäksi valittiin **case-työskentely**, jolloin teoria sekä todelliset kokemukset ja tilanteet yhdistyvät kokonaisuudeksi, joka edistää opiskeltavan asian ymmärrystä. Työskentely on aktiivista tiedon analysointia, pohdintaa ja ongelmien ratkaisua, toisin kuin pelkän kuuntelun avulla oppiminen. (Naumes & Naumes 2006, 3-6.)

**Simulointi** on erittäin aktivoiva oppimismenetelmä, joka soveltuu aikuisille oppijoille. Menetelmä voi toimia siltana teorian ja käytännön välillä. Suunniteltaessa oppimislannetta on hyvä pyrkiä mahdollisimman todenmukaisten olosuhteiden luomiseen kuitenkin niin, että tiedonmäärää voidaan lisätä. Simulaation saa luoduksi todentuntaiseksi, kun virikemateriaali valmistellaan huolellisesti ja niin, että oppijat voivat vapaasti toimia rooleissaan. Simulointi on metodina realistinen ja aktiivisuutta vaativa. Tilanteisiin sisältyy useita samoja piirteitä kuin elävässä elämässä oppimiseen. Myös sosiaaliset taidot ja ryhmässä toimiminen kehittyvät tällaisissa tilanteissa. (Rogers 2004, 165 -166.)

### 6.3 Koulutuspäivien eteneminen

Koulutuspäivien suunnitteluvaiheessa työnantajan kanssa sovittiin heille sopivat koulutusten ajankohdat, jotka olivat Lutakon palvelutalossa 2.4.2012 ja Kotikaaren palve-

lupalossa 4.4.2012. Tarkoituksena oli pitää kaksi samansisältöistä koulutuspäivää, jotta mahdollisimman moni henkilökunnasta pääsisi osallistumaan koulutukseen. Osallistujamääräksi arvioitiin koulutuspäivää kohden noin 25 henkilöä. Ajankohdaksi määräytyi iltapäivä, koska se oli paras vaihtoehto palvelutalojen päivärytmin kannalta. Koulutuspäivät suunniteltiin kestämään kaksi ja puoli tuntia sisältäen viidentoista minuutin kahvitauon.

Koulutuksen alkuun oli suunniteltu 15 minuuttia kestävä aiheeseen johdattelu, sisältäen kouluttajien esittäytymisen, opinnäytetyön aiheen ja päivän tavoitteen ja tarkoituksen esittelyn. Tämän jälkeen alkoi yhdeksänkymmenen minuutin kestävä varsinainen koulutusosio saattohoitoprosessista case-työskentelyn ja simulaation avulla. Koulutuksen vaiheista oli laadittu diaesitys, jossa esitettiin saattohoitoprosessin keskeisimmät elementit huomioiden kyselystä nousseet asiat. Koulutuksessa pyrittiin tuomaan mahdollisimman todentuntuinen ja konkreettinen potilastapaus, jota varten oli hankittu tilaisuuteen hoitovälineistöä. Olimme laatineet case-tapauksen ”Erkki”, joka kertoo tarinan 85-vuotiaasta palvelutalon asukkaasta, jolla oli perussairautena Alzheimerin tauti ja stabiili eturauhassyöpä. Case-työskentely jaettiin kolmeen vaiheeseen lähtötilanteen läpikäymisen jälkeen. Lähtötilanteessa kerrottiin Erkin elämänhistoria ja voinnin lasku, laadittu hoitotahto ja saattohoitopäätös.

**Ensimmäisessä vaiheessa** todettiin Erkin tilanteen huonontuneen ratkaisevasti. Erkin toimintakyky on laskenut, hän on vuodepotilas, sekava ja muistamaton. Eturauhassyöpä on lähettänyt etäpesäkkeitä luustoon, keuhkoihin ja maksaan. Annoimme Erkin voinnista ”aamuvuorolaisille” raportin ja kehotimme heitä muutaman minuutin miettimään vierustovereidensa kanssa, kuinka he aloittaisivat hoitaa Erkkiä tänä aamuna. Erkillä on oireina täyteyden tunnetta vatsan alueella, ruokahaluttomuutta ja hengenahdistusta sekä levottomuutta ja valittelevaisuutta hoitojen yhteydessä. Kokosimme pienryhmistä nousseet asiat ja kirjasimme ne prosessinomaisesti seinälle julisteisiin. Tämän jälkeen kävimme luennonomaisesti läpi fyysisten oireiden hoidon. Lisäksi korostimme olemassa olevaa hoitotahtoa, perushoitoa ja omaisten tukemista luopumisprosessissa.

**Toisessa vaiheessa** Erkin vointi on heikentynyt entisestään, jolloin hän ei ota suun kautta enää mitään ravintoa tai lääkkeitä, limaisuus on lisääntynyt ja lopulta lähestyvän kuoleman merkit ovat läsnä. Kehotimme pienryhmiä miettimään lähestyvän kuoleman merkkejä, jonka jälkeen taas kirjasimme ryhmistä nousseet asiat prosessikaavioon julisteeseen. Erkin oireet käytiin läpi hoitotyön keinoin, kunnioittaen hoitotahtoa. Käytimme apuna asian havainnollistamiseen simulaatiotyöskentelyä. Korostimme yhteistyötä omaisten kanssa ja heidän tukemistaan sekä hengellisyyttä. Halusimme vahvistaa työntekijöiden tietotaitoa, jotta he osaavat perustella omaisille hoidon linjausta ja päätöksentekoaan hoitotyössä.

**Kolmannessa vaiheessa** Erkin kuolema tapahtuu. Tässä osiossa kävimme läpi sekä simulaatiotyöskentelyn että diasarjan avulla tärkeitä käytännön asioita kuoleman tapahtuessa sekä omaisten kohtaamista ja tukemista. Rajasimme koulutuksen koskemaan kotikuolemaa koskevia käytänteitä, koska palvelutaloissa toteutettava hoito on kodinomaista.

Koulutuksen lopuksi Hoivapalveluyhdistys tarjosi kahvit, joihin olimme varanneet aikaa viisitoista minuuttia. Tämän jälkeen kävimme läpi kyselyn tulokset ja pyysimme heitä täyttämään palautekyselyn koulutuksesta. Palautekyselylomakkeet kerättiin tilaisuuden päätteeksi, joiden perusteella arvioimme koulutuspäivien onnistumista.

#### 6.4 Koulutuspäivien arviointi

**Ensimmäinen koulutuspäivä** oli 2.4.2012 Lutakon lähipalvelutalossa, johon osallistui 30 henkilöä. Lavastimme case-tapauksen ”Erkin” saattohoitoprosessista palvelutalossa. Erkki lepäsi vuoteessa ja yöpöydällä oli valokuva perheestä, kukkia ja hoitotarvikkeita. Nojatuoli oli omaista varten vieressä ja happisäiliö lähellä käyttöä varten. Koulustila oli ennalta määrätty työnantajan toimesta, joka oli palvelutalon ruokasali.



Koulutuspäivä toteutui suunnitellusti, pysyimme aikataulussa hyvin ja aikaa olisi jäänyt myös keskustelulle. Arvioimme ennalta kuluttavamme enemmän aikaa osioillemme, kuin mitä todellisuudessa niihin meni. Asiaan saattoi vaikuttaa myös kouluttajien hermostuneisuus ja kokemattomuus kyseisen koulutuksen osalta. Lisäksi olimme voineet pohjustaa tulevaa rauhallisemmin ja selkeämmin, jolloin kuulijoille olisi muodostunut selkeä kuva koulutuksen sisällöstä. Koulutuspäivää arvioitaessa 30 osallistujasta 27 arvioi koulutuksen sisällöltään ja käyttökelpoisuudeltaan työssään erinomaiseksi tai hyväksi. Kolmessa vastauksessa teoriaosuus oli arvioitu tyydyttäväksi, joka voi kertoa vastaajan ammattitaustasta tai työkokemuksesta, jolloin hän olisi kaivannut ehkä syvällisempää tietoa aiheesta.

*”Erittäin hyvä aihe! Hyvin käytännönläheinen koulutus.”*

*”Koulutus tuki aikaisempia koulutuksia ja kokemuksia. Kertaus silloin tällöin hoitoasioista on tarpeen.”*

*”Työyhteisömme tarvitsi tällaisen opinnäytetyön → nuori työyhteisö, paljon hoitajia, joilla ei ole kokemusta saattohoidosta.”*

*”Odotin ehkä perushoidon sijaan ”kliinisiä” asioita, mutta kaiken kaikkiaan hyvä. Teoria olisi voinut olla hieman laajempi mm. käytännön saattohoitopäätöksestä, mitä järjestelyjä kotioloihin.”*

**Toinen koulutuspäivä** pidettiin Kotikaaren palvelutalossa 4.4.2012, johon osallistui 25 henkilöä. Kotikaarissa koulutuksen tila oli päiväkeskuksen yhteydessä, joka oli pienempi kuin Lutakossa. Tila osoittautui paremmaksi, koska tällöin tunnelma oli tiiviimpi ja kuulijat olivat paremmin läsnä. Tämä koulutuspäivä oli helpompi aloittaa, koska yksi koulutuspäivä oli jo takana. Päätimme edellisen koulutuspäivän pohjalta selkiyttää koulutusrunkoa entisestään ja korostaa sisällön rajausta ja prosessin omaisuutta.

Koulutuspäivä eteni suunnitelman mukaisesti ja kuulijat ottivat hyvin osaa keskusteluun. Kokemuksen perusteella osasimme pohjustaa kuulijoita tulevaan, jolloin he pääsivät heti prosessiin mukaan. Toimme esiin koulutuksen alussa myös aihealueen laajuuden, jolloin koulutuksessamme käsiteltävä materiaali olisi kyselyn tuloksiin pohjautuvaa. Tiedotimme tulevasta valmiista opinnäytetyöstämme, joka tulee jäämään palvelutaloihin jokapäiväiseen käyttöön ja tarjoaa saattohoidosta kattavampaa tietoa.

Prosessin vaiheet etenivät suunnitellusti ja selkeästi, elävöitimme jokaista vaihetta aiheeseen sopivalla tekstillä. Mielestämme saimme tuotua koulutukseen juuri ne asiasisällöt, jotka olivat oleellisia saattohoitoprosessin ymmärtämisessä. Koulutuspäivään osallistuneista 25 henkilöstä 21 arvioi koulutuksen sisällöltään ja käyttökelpoisuudeltaan työssään erinomaiseksi tai hyväksi. Vastaajista kaksi puolestaan arvioi koulutuksen kaikilta osin tyydyttävällä arvosanalla, yksi koulutuksen käyttökelpoisuuden huonoksi työssään ja yksi teoriaosuuden ja opetusmenetelmät tyydyttäväksi ja muilta osin hyväksi.

*”Kiitos, hyvää ja tärkeää tietoa kohdennettu palvelutaloympäristöön.”*

*”Pirstävän käytännönläheinen, hyvä idea käyttää ”Erkkiä”, hyvää kertausta ja uutta asiaa. Kouluttajat ulosanniltaan selkeitä, asiansa osavia.”*

*”Uutta asiaa ei tullut kovin paljoa, mutta kertausta asioista on aina hyvä saada. Hyvä koulutus, hyvin suunniteltu ja toteutettu. Esiintymisenne oli erittäin selkeää ja rauhallista!”*

*”Fyysinen kuolemaan liittyvä hoito ei tarjonnut mitään uutta. Odotin koulutukselta paljon enemmän hengellisten asioiden käsittelyä. Pidän sitä huomattavasti vaikeampana osa-alueena kuolemaan liittyvässä suhtautumisessa.”*

Koulutuspäivistä saadun palautteen perusteella voimme päätellä onnistuneemme opinnäytetyön tavoitteessamme hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittämisessä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että koulutus tuki heidän ammattitaitoansa ja oli

käyttökelpoinen heidän työssään. Jatkossa koulutusta voisi kohdentaa tarkemmin eri ammattiryhmille ja rakentaa sisällöltään heidän tarpeitaan vastaavaksi. Muutamissa arviointilomakkeissa oli tämän suuntaista palautetta, että kuulija koki aiheen liian tutuksi ja olisi kaivannut lisää teoretietoa. Jos olisi mahdollista järjestää lisää koulutusta hoitohenkilökunnalle, toisimme eri ammattiryhmille kohdennettua tietoa saattohoitotyön eri osa-alueista jo hyväksi havaittujen opetusmenetelmien avulla.

## 7 POHDINTA

Tulevaisuuden suuntaus hoitaa saattohoitopotilaat kodeissaan tuo haasteita henkilökunnan ammattitaidolle sekä työnantajalle hoitoympäristön järjestämiseksi suotuisaksi saattohoitoa varten. Saattohoitotyön lisääntyminen palveluolissa ja muissa kodinomaisissa yksiköissä vaatii hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittämistä, jotta hoidon laatu voidaan taata vuorokauden kaikkina aikoina tasaiseksi. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli vastata osaltaan tähän tarpeeseen.

### 7.1 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi yhteistyössä työntilaajan kanssa. Ensimmäisessä palaverissa esittelimme johtoryhmälle alustavaa runkoa opinnäytetyöllemme ja tulevaa kyselylomaketta henkilökunnalle. Johtoryhmä oli tyytyväinen sisältörunkoon ja kyselyyn, lisäksi he esittivät lisätoiveita sisällön suhteen. Tässä vaiheessa työn tavoite ja tarkoitus eivät olleet vielä kirkkana mielessämme, vaan ne tarkentuivat prosessin edetessä. Alkuvaiheessa työn ajatuksena oli kartoittaa

henkilökunnan koulutustarvetta saattohoidon osalta ja tuottaa kirjallinen opin-  
näytetyö hoivapalveluyhdistykselle.

Tiedonhankintaprosessi oli haasteellista, koska aiheesta oli hyvin vähän julkaistu  
tuoreita tutkimuksia. Tavoitteena oli löytää tuoretta, alle kuusi vuotta vanhaa  
näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaa materiaalia. Tästä jouduttiin paikoit-  
tellen hieman joustamaan saadaksemme kattavan sisällön työllemme. Alussa  
ajatuksena oli painottaa kliinistä osaamista saattohoidon toteutuksessa. Proses-  
sin edetessä ja lähdeaineistoon syventyessä painopiste kuitenkin lisääntyi aina  
vain enemmän kuoleman kohtaamiseen, potilaan ja omaisen tukemiseen ja  
hengellisyteen hoitotyössä.

Ohjauskeskustelujen myötä opinnäytetyön sisältörunko muokkautui edelleen.  
Ajatukseksi muodostui opinnäytetyön toiminnallisuus ja koulutuspäivien järjes-  
täminen hoitohenkilöstölle. Alustava tavoite oli liian kunnianhimoinen, olles-  
saan saattohoidon laadun kehittäminen palvelutaloissa. Tässä vaiheessa opin-  
näytetyön muuttuessa toiminnalliseksi, kyselyn tarkoitus olikin antaa tietoa hoi-  
tohenkilökunnan koulutustarpeista, jotta voimme vastata niihin koulutuspäivien  
myötä. Näin ollen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite kirkastuivat oleellisesti,  
tarkoituksena oli järjestää koulutuspäivät hoitohenkilöstölle ja tavoitteena ke-  
hittää hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Näin kysely palveli tarkoitusta ja ta-  
voite oli mahdollista saavuttaa.

Koulutuspäivien suunnittelu sai alkunsa kyselyn tuloksien tarkastelulla, joista saimme  
suuntaa koulutuksen sisällölle. Kysely toteutui odotettua paremmin ja saimme neu-  
votteluissa työnantajan kanssa yhteisen näkemyksen koulutuksen sisällöstä. Kysely  
laadittiin yhteistyössä työnantajan kanssa, joka edesauttoi käytännön toteutuksessa.  
Vastauksia kyselyyn saatiin paljon ja vain muutama jäi palautumatta. Koulutuksen  
taustatiedot ja sisältö rakentuivat työnantajalta saaduista tiedoista sekä kyselyn tu-  
loksista. Kohderyhmän ollessa heterogeeninen, haasteeksi muodostui koulutuspäi-  
vän sisällön koostaminen sellaiseksi, että se vastaisi mahdollisimman monen koulu-  
tustarpeita. Koulutuspäiviin varattu aika oli myös rajallinen, jolloin jouduimme ra-

jaamaan sen sisältöä. Näin ollen koulutusta suunniteltaessa haluttiin tuoda saattohoitoprosessi pääpiirteittäin ja nostaa kyselystä nousseet aiheet siihen. Tämän lisäksi työnantajalta tuli toive nostaa perushoidolliset ja hengelliset asiat koulutuspäivään.

Koulutustavan valinta oli vaikeaa, koska halusimme järjestää koulutuksen mielenkiintoiseksi ja käytännön läheiseksi. Pitkien pohdintojen lomassa nousi esiin ajatus ”oikeasta saattohoitopotilaasta”, jonka avulla voisimme käydä konkreettisesti koko saattohoitoprosessin. Lähdimme etsimään tietoa koulutustavoista, kuten simulaatiosta ja case-työskentelystä. Oma ajatuksemme koulutustavan valinnasta vahvistui teoratiedon myötä. Vakuutuimme siitä, että tämä opetusmuoto olisi hyödyllinen aikuisille oppijoille, joita kohderyhmämme oli. Tässä vaiheessa prosessia koimme helpotusta ajatusten selkiytyessä, joka innosti meitä suunnitteluvaiheessa. Ideoita oli paljon toteutusta varten, mutta aikataulun ollessa tiukka ja koulutuspäivän rajallinen aika toivat haastetta suunnitteluun ja aiheen rajaamiseen.

Saattohoitoprosessin myötä saatiin koulutukseen selkeät asiakokonaisuudet, joita lähdettiin työstämään case-työskentelyn ja simulaation avulla. Ajatukseksi muodostui kaunis ajatus saattamisesta viimeiselle matkalle. Mielestämme onnistuimme aiheen rajaamisessa hyvin ja saimme aikaiseksi kuitenkin kattavan koulutuksen saattohoitoprosessista. Saattohoitoprosessi tuotiin koulutukseen käytännön kautta, johon hankimme avuksi hoitovälineistöä.

Koulutuksen sisältö tulee suunnitella huolella, aikuisen oppijan motivoimiseksi. Teorian tulee olla käytännön läheistä ja vastata työssä tarvittaviin valmiuksiin. Suunnittelussa tulee huomioida oppijoiden aiempi koulutus ja osaaminen, sekä pohtia kuinka opetus olisi parasta toteuttaa juuri tälle kohderyhmälle parhaiten. (Stenström, Linnakylä, Malin, Nikkanen, Piesanen, Valkonen 2002, 63–64.) Koulutuspäivien toteutus oli haasteellista, koska kohderyhmämme oli ammattitaustoiltaan niin heterogeeninen. Kuulijat muodostuivat palveluapulaisista lähihoitajiin ja sairaanhoitajiin, jolloin jouduimme kulkemaan kultaista keskitietä sisällön suhteen. Asiatiedon kohdentaminen ei onnistunut kaikkia tyydyttävällä tavalla tämän vuoksi.

## 7.2 Kehittämishaasteet

Asiantuntijaksi oppiminen jatkuu läpi elämän ja on yhteydessä käytännön työhön, työyhteisöön ja niiden kehittämiseen.(Knuutinen 2008, 13.) Saattohoitotyön haasteet koostuvat hoitotyön kokonaisvaltaisuudesta, omaisten läsnäolosta ja henkisestä kuormittavuudesta. Henkilöstön peruskoulutus ja oman ammattitaidon ylläpitäminen luovat pohjan hyvälle, luottamukselliselle hoitosuhteelle. Saattohoito on moniammatillista, osaavien ihmisten yhteistyötä, jota on myös opiskeltava.(Knuutinen 2008, 11–12.)

Opinnäytetyöprosessin ollessa loppuvaiheessa, voimme pohtia jatkuvuutta hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittämiseksi. Alan jatkuva kehittyminen vaatii mielenkiintoa itsensä ja oman työnsä kehittämiseen. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus, koulutuspäivien järjestäminen henkilökunnalle toteutui suunnitellusti ja tuki heidän ammattitaitoaan ja asiantuntijuuttaan. Annetuissa kehyksissä pystyttiin vastaamaan vain yleisellä tasolla ammatillisuuden kehittymiseen, jatkossa koulutusta tulisi kohdentaa eri ammattiryhmille täsmennetyksi tiedoksi. Lisäksi koulutukselle olisi tarvetta myös omaisten ja opiskelijoiden keskuudessa, sekä vastaavanlaisissa palvelu- ja vanhainkodeissa. Pienillä muutoksilla, kuten hoitoympäristöön ja –välineisiin sekä henkilökunnan ammattitaidon kehittämiseen vaikuttamalla voidaan hoitoyksiköissä vaikuttaa saattohoidon laatuun ja turhien potilassiirtojen määrään jatkohoitopaikkaan.

## Lähteet

Aarnos, E. 2008. Pienryhmä opetusharjoittelussa. Teoksessa Opetusharjoittelun uudet mahdollisuudet. Toim. Valli, R & Isosomppi, L. Jyväskylä: PS-kustannus.

Anttonen M. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Toim. E. Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge. Sipoo: Silverprint Oy.

Colliander J. 2008. Vapaaehtoistyöntekijät voimavarana kuolevan hoidossa. Teoksessa Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Toim. E. Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge. Sipoo: Silverprint Oy.

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

Gordon R. 2011. Allow Natural Death: Could these three words change the way we care for elders at the end of care? New Hampshire Nursing News 35, 4. Viitattu 1.12.2011. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto) .Nelli-portaali,Ebrary.

Heikkinen H., Kannel V. & Latvala E. 2004. Saattohoito haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell oy.

Holli K. & Saarto T. 2006. Oireenmukainen hoito. Teoksessa Syöpätaudit. Toim. H.Joensuu , P. Roberts , L. Teppo & M. Tenhunen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hospice Patients Alliance. Signs and symptoms of approaching death. Viitattu 21.1.2012. <http://www.hospicepatients.org/hospic60.html>

Huhtinen A. 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Hänninen J. & Anttonen M. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Toim. E. Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge. Sipoo: Silverprint Oy.

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

Hänninen J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

- Hänninen, J. 2010. Saattohoito: potilaan ja omaisen opas. Helsinki: Etelä-Suomen syöpäyhdistys
- Hänninen P. 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Toim. E. Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge. Sipoo: Silverprint Oy.
- Iivanainen A. 2004. Teoksessa Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Jyrkkiö S. 2008. Sairaalateologiaa tarvitaan saattohoidossa. Suomen lääkirilehti. Viitattu 26.1.2012. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=sll15373&p...](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll15373&p...)
- Karjalainen T. & Ponkilainen S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille - kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Pro Gradu. Kuopio.
- Kassara H., Palokoski S., Holmia S., Murtonen I., Lipponen V., Ketola M-L., Hietanen H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.
- Knuutinen E. 2008. Suomalainen kotisaattohoito - hoitotyön näkökulma. Pro Gradu. Kuopio.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008. Käypä hoito - suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.12.2011. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Kärpänniemi R. 2008. Sairaanhoitaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Toim. E. Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge. Sipoo: Silverprint Oy.
- Liikka P. 2006. Kotisairaalassa kuolleiden potilaiden omaisten kuvaus ammattihenkilöstöltä saamastaan tuesta. Pro Gradu. Kuopio: Kuopion yliopiston kirjapaino.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 25.1.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>, ajantasainen lainsäädäntö.
- Lindström R-L. 2011. Haastattelu 11.11.2011.
- Lindström R-L. 2010. Saattohoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 20.11.2011. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk01690...](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk01690...)
- Lipponen V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä: Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopiston kirjapaino.



McGrath,V. 2009. Reviewing the evidence on how adult students learn: An examination of knowles model of andragogy. *Adult Learner: The Irish Journal of Adult and Community Education* 11/2009. Viitattu 1.3.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto) Nelli-portaali, Ebrary.

Naumes W. & Naumes,M. 2006. *Art and Craft of Case Writing*. M.E. Sharpe,Inc. Viitattu 1.3.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto) .Nelli-portaali,Ebrary.

Niemi T., Paasivaara L. & Kyngäs H. 2006. Nuoren kokemuksia vanhemman kuolemasta kotihoidossa. *Hoitotiede* 3/2006 Vol. 18. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Niskanen A. 2010. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 20.11.2011.

Rogers J. 2004. *Aikuisoppiminen*. Tampere: Tammerpaino Oy.

Schmitt F. 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito*. Toim. E. Grönlund , M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge. Sipoo: Silverprint Oy.

Snellman M. 2008. Tunteet ja kokemukset kuolevan hoidossa. Teoksessa *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito*. Toim. E. Grönlund , M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge. Sipoo: Silverprint Oy.

Stenström M-L., Linnakylä P., Malin A., Nikkanen P., Piesanen E. Valkonen S. 2002. Yli 40-vuotiaat aikuiskoulutuksessa ”Kyllä sieltä aina jotain reppuun jää”. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. Helsinki: Opetusministeriö.

STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset.Toim. A. Pihlainen. Viitattu 4.12.2011  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf)

Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. 2010. *Geriatría*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. *Palliatiivinen hoito*. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Vainio A. & Kalso E. 2006. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa *Syöpätaudit*. Toim. H.Joensuu , P. Roberts , L. Teppo & M. Tenhunen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Wasserman L. 2008. Respectful Death: A Model for End-Of-Life Care. Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol. 12, No 4. Viitattu 2.3.2012.  
[http://www.jamk.fi/kirjasto,Nelli-portaali, EBSCO](http://www.jamk.fi/kirjasto,Nelli-portaali,EBSCO).

Öystilä S. 2008. Aikuinen oppijana. Artikkelit. Viitattu 1.3.2012.  
<http://developmentcentre.lut.fi/artikkelit.asp?id=8%ED%AF%80%ED%B0%83%ED%AF%80%ED%B0%83>

## LIITTEET

### LIITE 1. Kyselykaavake hoitohenkilöstölle

Olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä saattohoidosta Jyväskylän hoivapalveluyhdistykselle ja Jyväskylän hoivapalvelut oy:lle.

Keräämme tällä tutkimuskyselyllä, koulutustarvetta henkilökunnalta. Tulemme järjestämään koulutusiltapäivän henkilökunnalle keväällä 2012. Kyselyyn vastataan 09.-17.1.2012. Henkilökunta vastaa kyselyyn nimettömänä ja mielipiteesi on meille tärkeä. Vastaa kyselyyn rasti ruutuun mitä mieltä olet asiasta. Joissakin kohtaa voit lisätä omaa tekstiä. Joten sana on vapaa.

**Saattohoito: Vastaa kysymyksiin oman tuntemuksen mukaan rasti ruutuun periaatteella. Voit myös lisätä omia kommentteja.**

#### 1. Työaikani on?

Päivä / iltatyö , Yötyö .

#### 2. Työpaikka on?

Lutakon lähipalvelutalo. , Kotikaaren palvelutalo. , Vuoroparin Palvelutalo. .

#### 3. Työkokemukseni hoitotyöstä?

0 – 5 v. , 5 – 10 v. , Yli – 10 v. .

**4. Ammattinimikkeeni on?**

Lähihoitaja , Sairaanhoitaja , Perushoitaja, muu  mikä? \_\_\_\_\_

**5. Oletko osallistunut asukkaiden saattohoitoon:**

Kyllä , ei .

**6. Onko mielestäsi työympäristösi olosuhteet riittävät saattohoidon toteutukseen?**

Kyllä , ei , Mitä haluaisit lisää? \_\_\_\_\_

**7. Koetko saavasi tarpeeksi tukea saattohoidon toteuttamiseen työyhteisössäsi?**

Kyllä , ei .

**8. Koetko ammattitaitosi riittäväksi saattohoitoasukkaan tukemiseen?**

Kyllä , ei  Jos et millaista koulutusta haluaisit?

---

---

---

**9. Missä saattohoitopotilaan hoidon tarpeissa koet tarvitsevasi lisää osaamista.**

**Valitse yksi tai useampi vaihtoehto alla olevista osa-alueista**

Hengenahdistus  limaisuus  happihoito  nielemisvaikeudet  nesteenkertyminen vatsaonteloon( askites)  maha-suolikanavan oireet  kuivuminen (dehydraatio)  suun kuivuminen  ravitsemus  iho-oireet  kivunhoito  sekavuus ( delirium)  hengellisyys  masennus

**10. Koetko ammattitaitosi riittäväksi saattohoitoasiakkaan omaisen tukemiseen?**

Kyllä , ei . Jos ei niin miksi?

---

**11. Järjestetäänkö mielestäsi tarpeeksi saattohoito koulutusta työpaikalla?**

Kyllä ,ei .

**12 . Mitkä aiheet erityisesti tulisi ottaa huomioon saattohoito koulutusta järjestettäessä?**

---



---



---



---



---



---

LIITE 2. Koulutuspäivän arviointilomake

## SAATTOHOITOTYÖN PROSESSI- KOULUTUSPÄIVÄN 2.4.2012 ARVIOINTI

(Palauta kouluttajille)

---

	erin- omainen	hyvä	tyy- dyttävä	huono
1. Koulutus kokonaisuutena	( )	( )	( )	( )
2. Teoriaosuus	( )	( )	( )	( )
3. Koulutuksen sisältö	( )	( )	( )	( )
4. Koulutuksen käyttökelpoisuus omassa työssäni	( )	( )	( )	( )
5. Koulutuksen vastaaminen odotuksiini	( )	( )	( )	( )
6. Opetusmenetelmät	( )	( )	( )	( )
7. Käytännön järjestelyt	( )	( )	( )	( )

8. Ehdotuksia koulutuksen kehittämiseksi tai muita terveisiä

---



---



---



---



---



---



---

**Kiitos vastauksestasi!**  
kääntöpuolelle →

voit jatkaa

