

Saattohoito-opas omaisten jaksamisen tueksi

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (AMK), Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

2021

Noora Alavahtola ja Janita Nyrhinen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Alavahtola, Noora Nyrhinen, Janita	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika 2021
	Sivumäärä 46	
Työn nimi Saattohoito-opas omaisten jaksamisen tueksi		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)		
Yhteistyökumppani Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Hoiva		
Tiivistelmä <p>Saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Saattohoidossa huolehditaan potilaan hyvästä perushoidosta ja oireiden lievityksestä. Kokonaisvaltaiseen saattohoitoon kuuluu myös omaisten huomiointi ja heidän tukemisensa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on kokonaisvaltainen saattohoito ja miten saattohoitopotilaan omaiset ja perhe huomioidaan osana saattohoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa lyhyt ja selkeä opas omaisille saattohoidon keskeisimmistä asioista. Opas tuotettiin antamaan tietoa omaisille saattohoidosta ja tuomaan tukea omaisten omaan jaksamiseen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja tutkimuksellinen osuus tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyöhön valittiin 18 artikkelia ja aineisto analysoitiin teemoittelemalla. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehty opas tuotettiin Parikkalan vuodeosaston käyttöön.</p> <p>Tulosten mukaan kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen saattohoitoon kuului läheisten huomioiminen ja potilaan fyysinen, psyykinen ja eksistentiaalinen hoito. Saattohoidossa huomioitiin omaisten osallistuminen hoitoon ja totuudenmukaisen tiedon antaminen omaisille. Saattohoitoon kuului myös ajoissa tehdyt hoidon linjaukset ja moniammatillisen työryhmän tärkeys korostui osana hoitoa. Käytännön kokemuksen ja tulosten pohjalta koettiin, että kokonaisvaltaisen saattohoidon toteutumiseen pitäisi pystyä järjestämään enemmän resursseja. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin esimerkiksi tutkia omaisten tyytyväisyyttä saattohoidon laadusta ja miten omaiset kokevat, että heidät on huomioitu osana hoitoa.</p>		
Asiasanat Saattohoito, palliatiivinen hoito, omaiset, läheiset, oppaat		

Abstract

Author(s) Alavahtola, Noora Nyrhinen, Janita	Type of Publication Thesis, UAS Number of Pages 46	Published 2021
Title of Publication End-of-life care guide to support the family of the end-of-life care patient		
Name of Degree Registered nurse (UAS)		
Organization of the client South Karelia Social and Health Care District, Care		
Abstract <p>Physical, psychological, social and spiritual care is important in end-of-life and palliative care. Symptom relief and basic care are a priority in the care of the terminal care patient. Comprehensive end-of-life care includes supporting the family of the patient.</p> <p>The purpose of this thesis was to investigate what kind of things belong to comprehensive end-of-life care and how the family of the patient is considered in the end-of-life care process. The aim of this thesis was to create a short and lucid guide about the main things of end-of-life care for the family of the end-of-life care patient. The guide was created to give information and support for the family.</p> <p>The thesis was carried out as a functional study. As a part of this thesis a descriptive literature review was conducted. 18 studies were selected for this review. A thematic analysis of the material was conducted. The results of the literature review were used to create the guide, which was produced for the Parikkala health care ward.</p> <p>According to the results of the literature review, physical, psychological and spiritual care of the patient and consideration of family members belong to comprehensive end-of-life care. In addition, the participation of family members is essential in end-of-life care. Moreover, receiving truthful information is important to the family members. Advanced care planning and multi-professional work are an important part of end-of-life care. Based on the analysis and practical experience of the authors, there should be more resources available for providing comprehensive end-of-life care. Further studies could research the satisfaction of families in the quality of end-of-life care and how the family members feel that they have been included in the end-of-life care process.</p>		
Keywords End-of-life care, terminal care, palliative care, family, relatives, guide		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Saattohoito ja hoitolinjaukset	2
2.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito käsitteenä.....	2
2.2	Hoitosuunnitelma	2
2.3	Hoitotahto.....	3
2.4	Saattohoitopäätös ja DNR-päätös.....	4
3	Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö	5
3.1	Saattohoitopotilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet	5
3.2	Fyysiset oireet kuoleman lähestyessä ja oireiden hoito.....	5
3.3	Lääkehoito saattohoidossa	7
3.4	Psyykkisen tuen tarve.....	8
4	Omaiset ja saattohoito	9
4.1	Omaiset osana saattohoitoa.....	9
4.2	Omaisten tukeminen	9
5	Kuoleman jälkeen.....	11
5.1	Saattohoitopotilaan elämän päättyessä	11
5.2	Vainajan laitto	11
5.3	Hautausjärjestelyt	12
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	13
7	Opinnäytetyön eteneminen ja henkilökunnan näkemyksiä oppaaseen	14
8	Opinnäytetyön toteutus	16
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	16
8.2	Kirjallisuuskatsaus	16
8.3	Aineiston kerääminen	18
8.4	Aineiston analysointi	19
9	Tulokset.....	21
9.1	Läheisten huomioiminen.....	21
9.2	Potilaan fyysinen hoito.....	25
9.3	Potilaan psyykkinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen hoito.....	31
9.4	Saattohoito-oppaan esittely	35
10	Pohdinta	36
10.1	Tulosten arviointi ja johtopäätökset.....	36
10.2	Eettisyys ja luotettavuus	41

10.3	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet.....	42
	Lähteet.....	43

Liitteet

Liite 1. Aineistotaulukko

Liite 2. Saattohoito-opas

1 Johdanto

Palliativisen hoidon ja saattohoidon tarve on kasvanut viime vuosikymmenten aikana, koska Suomen väestön ikääntyminen on lisännyt tarvetta. Palliativista hoitoa tarvitaan, kun krooniset sairaudet, esimerkiksi sydämenvajaatoiminta, keuhkosairaudet ja dementia, etenevät ja toimintakyky heikkenee. WHO:n arvion mukaan noin 30 000 suomalaista tarvitsee palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa ja arvion mukaan jopa suurempi osa ennen elämän loppuvaihetta. Syöpäpotilaiden osuus palliativisen hoidon ja saattohoidon potilaista on arvioitu olevan noin 40 prosenttia ja loput 60 prosenttia muodostuu kroonisista sairautta sairastavista potilaista. (Saarto ym. 2019, 14.) Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella yleisimmät kuolemaan johtavat sairaudet ovat sydän- ja verisuonisairaudet ja syöpä. Suurin osa potilaista kuolee terveyskeskusten vuodeosastoilla tai sairaalassa. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alue 2012, 3.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon täytyy olla tasa-arvoisesti kaikkien saatavilla. Palliativinen hoito ja saattohoito on jaettu kolmiportaiseen malliin, jossa on A-, B- ja C-taso eli perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso. Perustasaan kuuluu kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa toteutetaan palliativista hoitoa ja saattohoitoa. (Saarto ym. 2019, 16–17.) Perustason A-tasoon kuuluu yksiköt, joissa hoidetaan paljon kuolevia potilaita. A-tason henkilökunnalla tulee olla jatkokoulutusta palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon. Erityistason yksiköissä pääasiainen tehtävä on hoitaa palliativisia ja saattohoitopotilaita. Vaativaan erikoistasaan kuuluu yliopistosairaaloiden palliativiset keskuskeskukset. (Saarto, 2018.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alue (2012, 3) saattohoitosuunnitelman lähtökohtana on inhimillisen ja potilaslähtöisen hoidon kehittäminen, missä kunnioitetaan ihmisarvoa. Oireenmukainen hoito toteutetaan yhdessä omaisten kanssa. Suunnitelman avulla pyritään luomaan toimiva hoitopolku koko Etelä-Karjalan alueella. Suunnitelmassa huomioidaan myös henkilökunnan osaamisen kehittäminen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista on kokonaisvaltainen saattohoito ja miten saattohoitopotilaan omaiset ja perhe huomioidaan osana saattohoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa lyhyt ja selkeä opas omaisille saattohoidon keskeisimmistä asioista. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja tutkimuksellinen osuus tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineisto analysoidaan teemoittelemalla. Opas muodostetaan opinnäytetyön teoriaosuuden ja tulosten pohjalta. Opas tuotetaan Parikkalan vuodeosaston käyttöön ja oppaassa huomioidaan henkilökunnan näkemyksiä oppaan sisällöstä. Opinnäytetyön tekijöiden oma osaaminen saattohoidosta kehittyy ja vahvistuu.

2 Saattohoito ja hoitolinjaukset

2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito käsitteenä

Käypä hoito (2019) mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa oireenmukaista hoitoa, johon päädytään silloin kun ihmisellä on kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus. Palliatiivinen hoito on potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa, minkä tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Palliatiivinen hoitolinjaus tehdään silloin, kun taudin kulkuun ei voida enää olennaisesti vaikuttaa. Hyvän palliatiivisen hoidon mahdollistaa ajoissa tehty hoitolinjaus ja hoitosuunnitelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019) mukaan palliatiivinen hoito voi kestää jopa useamman vuoden.

Saattohoidon määritellään olevan osa palliatiivista hoitoa ja se kuuluu palliatiivisen hoidon loppuvaiheeseen. Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri ja saattohoito koskee viimeisimpiä elinviikkoja tai -päiviä. Saattohoidon tarkoituksena on kuolevan potilaan hoitaminen. Siinä huomioidaan moniammatillinen hoito, missä keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys. Saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019; Käypä hoito 2019.) Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen perusoikeus, missä huomioidaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillinen hoito. Saattohoitoa voidaan toteuttaa kotona, kodinomaisessa laitoksessa tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisessä tai julkisessa laitoksessa. (Pihlainen 2010, 7,11.)

2.2 Hoitosuunnitelma

Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. Suunnitelmaa tehtäessä otetaan huomioon potilaan toiveet ja tarpeet sekä tehdään päätöksiä hoitolinjauksista ja -rajauksista. Hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheessa parantaa potilaan saamaa hoitoa sekä elämänlaatua. Hoitosuunnitelma auttaa myös lähiomaisia jaksamaan paremmin ja kohdentaa hoidon resursseja. Ajoissa tehty ennakkoiva hoitosuunnitelma on tärkeä osa potilaan hoitoa varsinkin, kun kyseessä on sairaus, joka pahenee jatkuvasti. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä keskustellaan sairauden luonteesta, eri hoitomenetelmistä, hoidon tavoitteista ja rajauksista sekä potilaan toiveista ja peloista, joita liittyy sairauden etenemiseen ja lähestyvään kuolemaan. (Lehto ym. 2019, 335–338.)

Hoitosuunnitelmassa voidaan ennakoida kivun ja muiden fyysisten oireiden hoitoa. Potilaan ja läheisten psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet otetaan huomioon. Suunnitelmaa tehtäessä huomioidaan, miten hoito toteutetaan ja etsitään mahdollinen tukiosasto, jos hoito toteutetaan potilaan kotona. Hoitosuunnitelmaa voidaan tarkentaa sairauden edetessä.

Potilas voi nimetä itselleen henkilön, joka voi edustaa häntä, kun hänen oma kommunikointikykynsä laskee. Potilaan tietoihin kirjataan hoitosuunnitelma sekä hoitolinjaukset ja –ra-
jaukset, mitkä voivat nähdä kaikki potilasta hoitavat. Hoidon ensisijaisen tavoitteen määrit-
telee hoitolinjaus, mikä noudattaa potilaan arvoja ja toiveita sekä sen täytyy olla lääketie-
teellisesti perusteltu. Hoidon rajaukset määrittävät hoitomuodot, joista on päätetty pidättäy-
tyä. Tiedon välittyminen eri hoitotahojen välillä on tärkeää. (Lehto ym. 2019, 335–339.)

Hoitosuunnitelma tehdään hoitoneuvottelussa, johon osallistuu potilas, tarvittaessa potilaan
läheisiä, hoitava lääkäri ja tarvittaessa myös muita ammattilaisia kuten esimerkiksi omahoi-
taja. Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja potilaalla on oikeus kiel-
täytyä hoidosta. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, silloin häntä hoidetaan muulla lääketieteel-
lisesti hyväksyttävällä tavalla. Kun potilas ei pysty ilmaisemaan tahtoaan, neuvotellaan hä-
nen läheistensä tai laillisen edustajan kanssa. Silloinkin täytyy miettiä, miten potilas olisi
halunnut häntä hoidettavan. Hoitokeskusteluissa on tärkeää tuoda esille, että lääkäri on
vastuussa hoitopäätöksistä, vaikka päätökset tehdäänkin yhdessä. Elämän loppuvaiheen
hoitosuunnitelman teossa tärkeässä osassa ovat myös hyvät kommunikointitaidot. (Lehto
ym. 2019, 340–341.)

2.3 Hoitotahto

Valvira (2020) mukaan hoitotahtoon kirjataan potilaan toiveita ja ohjeita, mitkä koskevat hä-
nen hoitoaan. Hoitotahtoa voidaan käyttää, jos potilas ei pysty osallistumaan hoitoaan kos-
keviin päätöksentekoihin, esimerkiksi sairauden takia. Potilas voi hoitotahdossaan esimer-
kiksi kieltäytyä hoitotoimenpiteistä ja hänen hoitoonsa osallistuvien tulee noudattaa potilaan
tahtoa. Hoitotahdon voi ilmoittaa suullisesti lääkärille, mutta sen olisi hyvä olla myös kirjalli-
sessa muodossa ja potilasasiakirjoihin kirjattuna.

Hoitotahto lisää omaisten tietoisuutta hoitoratkaisuihin ja se helpottaa myös lääkäreiden ja
hoitohenkilökunnan työtä hoitoa koskevissa päätöksissä. Hoitotahdossaan potilas voi val-
tuuttaa toisen henkilön tekemään hoitopäätökset puolestaan. Hoitotahtoa käytetään paran-
tumattomissa sairauksissa ja se koskee tilanteita, joissa potilaan elämää pystyttäisiin pi-
dentämään. Sen vuoksi sitä ei sovelleta esimerkiksi äkillisissä tapaturmissa tai sairauk-
sissa, joista on mahdollista toipua. Hoitotahdossa potilas ei voi kuitenkaan vaatia toimenpi-
teitä, jotka eivät kuulu hänen sairautensa hoitoon. Hoitotahdon tekijä voi muuttaa hoitotah-
don sisältöä tai peruuttaa hoitotahdon kokonaan milloin tahansa. (Halila & Mustajoki 2016.)

2.4 Saattohoitopäätös ja DNR-päätös

Valvira (2020) mukaan saattohoitopäätöksen tekee lääkäri. Päätöksestä on aina keskusteltava potilaan tai hänen läheistensä kanssa, jos potilas itse ei pysty hoidostaan enää päättämään. Saattohoitopäätökseen kuuluu osana DNR-päätös eli elvyttämättäjäättämispäätös. Päätöksestä tehdään merkintä potilaan tietoihin, missä ilmenee päätöksen tehnyt lääkäri, päätöksen lääketieteelliset perusteet ja potilaan tai potilaan läheisen kanssa käydyn keskustelun sisältö aiheesta ja heidän kannanottonsa asiaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019) mukaan saattohoitopäätös tehdään, kun kuolemaan johtavan sairauden etenemiseen ei voida vaikuttaa, potilaan tuen ja avun tarve on kasvanut ja potilaan elinaika on enää päivistä pariin viikkoon.

DNR-päätöksessä, eli elvytyskiellossa potilasta ei elvytetä paineluelvytyksellä tai tahdisteta sähköisesti hänen sydämensä pysähtyessä. DNR-päätös on osa saattohoitopäätöstä, mutta sen voi tehdä myös erikseen, jos saattohoito ei ole ajankohtainen. Muut hoitolinjaukset eivät sisälly DNR-päätökseen, vaan ne tulee tehdä erikseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) DNR-päätöksen tekee lääkäri, joka arvioi lääketieteellisin perustein esimerkiksi sairauksien ennustetta sekä elvytyksen hyötyjä ja haittoja potilaan kohdalla. Lääkäriin tulee keskustella potilaan tai hänen hoidostaan päättävän henkilön kanssa DNR-päätöstä tehdessä ja kirjata se potilasasiakirjoihin toimintayksikön ohjeistusten mukaisesti. Lääkäri voi purkaa DNR-päätöksen, jos potilaan terveydentila muuttuu, mutta lääketieteellisesti perusteltua DNR-päätöstä ei pureta potilaan tai hoidosta päättävän henkilön pyynnöstä. (Valvira 2020.)

DNAR-lyhenne tarkoittaa, että elvytystä ei yritetä. Nykyään voidaan käyttää myös AND-lyhennettä, mikä tarkoittaa, että sallitaan luonnollinen kuolema. Ajatuksena on, että kuolemaa ei voida enää estää. Infektioiden hoito, verituotteet ja ravitsemus- ja nestehoito eivät enää anna merkittävää lisähyötyä elämän loppuvaiheessa ja invasiiviset hoidot ja tutkimukset voivat lisätä potilaan kärsimystä. (Hänninen 2011.)

3 Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö

3.1 Saattohoitopotilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet

Saattohoidossa huomioidaan potilaan kokonaisvaltainen hoito huomioiden fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen osa-alue. Saattohoitoon kuuluu hyvä elämänlaatu, missä huolehditaan potilaasta, luodaan turvallinen ympäristö, potilas voi osallistua itseään koskeviin hoitoratkaisuihin ja potilaalla on oikeus säilyttää oma elämäntapansa ja arvo ihmisenä. Saattohoidon lähtökohtia ovat potilaan vakaumuksen kunnioittaminen ja tarpeiden ja toiveiden täyttäminen. Kokonaisuuteen kuuluu myös omaisten tukeminen, neuvominen ja käytännön asioissa ohjaaminen. (Pihlainen 2010, 17.) Rahko & Rajala (2020, 1605–1606) mukaan hoitosuhteen luottamusta lisää avoin keskustelu ja riittävä informaatio lähestyvistä kuolemasta. Hoidossa huomioidaan, että potilas on keskiössä ja läheiset osallisena.

Elämän loppuvaiheessa liikunta- ja toimintakyky heikkenee ja esiintyy erilaisia fyysisiä oireita, joista pahimpia ovat kipu, väsymys ja uupumus. Henkisen kärsimyksen yleisin oire on masennus ja sosiaaliset tuntemukset johtuvat eristäytymisestä ja vuorovaikutussuhteiden muutoksista. Kuolemasta on tärkeää puhua avoimesti. Avoin ja myönteinen ilmapiiri kuuluvat osaksi hyvää hoitoa, missä sallitaan tunteiden näyttäminen. Lähestyvässä kuolemassa ihminen voi kokea monenlaisia tunteita, kuten turvattomuutta, levottomuutta, alakuloisuutta, surua, masentuneisuutta ja avuttomuutta. Saattohoidossa on tärkeää mahdollistaa kuolevalle omaa tilaa, esimerkiksi yhden hengen huone, jossa voi rauhassa olla läheistensä kanssa. Hoitopaikassa pyritään kiireettömään ilmapiiriin ja läheisille annetaan riittävästi aikaa jättää jäähyväiset. (Pihlainen 2010, 17.) Hänninen (2018) mukaan oireiden arviointi on tärkeää, sillä potilas ei välttämättä itse pysty enää ilmaisemaan tuntemuksiaan. Potilaan kohdalla korostuu psykososiaalinen sekä eksistentiaalinen kärsimys.

3.2 Fyysiset oireet kuoleman lähestyessä ja oireiden hoito

Saattohoitovaiheessa huolehditaan potilaan hyvästä perushoidosta, johon kuuluvat ravinnon saaminen, puhtaana pitäminen, lääkehoito ja eritystoiminnasta huolehtiminen. Potilaan asentohoito on tärkeää, jotta ehkäistään ihorikkojen syntyä ja huolehditaan muutenkin ihon hyvästä hoidosta. Potilaan tarpeiden kuuntelu on osa hyvää perushoitoa. (Hänninen 2015, 45–46.) Saattohoitopotilaiden yleisimpiä oireita ovat kipu, hengitystieoireet, maha- ja suolisto-oireet, kuivuminen, ruokahaluttomuus, uupumus ja psyykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistuneisuus. Hengitystieoireisiin kuuluvat esimerkiksi hengenahdistus ja yskä. Yskää aiheuttaa useimmiten erilaiset keuhkosairaudet sekä lisääntynyt limaneritys ja hengenahdistusta aiheuttaa keuhkopussiin kertynyt neste. Hengitystieoireita voidaan hoitaa esimerkiksi happihoidolla tai lääkkeillä. Lääkkeettömänä hoitokeinona voidaan käyttää esimerkiksi

pullopuhallusta yskän hoitoon. (Tarnanen ym. 2019.) Liman imeminen voi olla potilaalle hyvinkin epämiellyttävä kokemus (Rahko & Rajala 2020, 1608).

Pahoinvointia voidaan lievittää pahoinvointi- tai psyykenlääkkeillä. Pahoinvointia voi aiheuttaa esimerkiksi nesteen kertyminen vatsaonteloon, mikä voi johtua maksan toiminnan häiriintymisestä. Nesteen kertyminen aiheuttaa myös vatsakipua, närästystä, hengenahdistusta, ruokahaluttomuutta ja ummetusta. (Tarnanen ym. 2019.) Ummetusta voidaan hoitaa esimerkiksi säännöllisillä ruoka-ajoilla, syömällä tarpeeksi kuituja ja juomalla tarpeeksi. Lääkkeiden käytöstä johtuvaan ummetukseen käytetään yleensä säännöllistä ummetuslääkitystä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.) Rahko & Rajala (2020, 1609) mukaan potilaalle voidaan tarvittaessa laittaa myös virtsatietekatetri, sillä jotkin lääkkeet, esimerkiksi opioidit, voivat aiheuttaa virtsaumpea, mikä taas aiheuttaa potilaalle kipua ja levottomuutta.

Ruokahaluttomuus on saattohoitopotilailla yleistä ja syöminen voi lisätä pahoinvointia. Siksi esimerkiksi pienet, viileät ja mieluiset ateriat voivat maistua potilaalle paremmin kuin suuret ateriat. Lähellä kuolemaa nälän tunnetta ei enää saata esiintyä, sillä elimistön toiminnot alkavat hiipua. Myös janontunne vähenee ja silloin myös nesteiden saanti pienenee, jos potilaalla ei ole enää halua tai kykyä nauttia nesteitä. Laskimonsisäinen nesteytys voi kertyä elimistöön ja aiheuttaa vatsaontelon tai raajojen turvotuksia, joten siksi sitä ei suositella enää saattohoidossa. (Terveyskylä 2019.) Liiallinen nesteytys ei siis korjaa potilaan kuivumistilaa elämän loppuvaiheessa. Jos potilas ei halua syödä mitään, tulee hänen tahtoaan kunnioittaa, sillä pakottaminen syömään ja juomaan ei pidennä saattohoitopotilaan elinikää. (Pöyhiä 2012, 456–458.) Yleensä suun kostuttaminen auttaa janontunteeseen sekä ehkäisee suun kipeytymistä. Suuta voidaan kostuttaa esimerkiksi keinosyljellä tai sitruunapuuikoilla (Hänninen & Rahko 2013, 436; Rahko & Rajala 2020, 1609).

Nielemisvaikeuksia voivat aiheuttaa erilaiset hermoston häiriöt, yleistilan huononeminen, aliravitsemus, limakalvovauriot tai kasvaimet kaulan alueella. (Tarnanen ym. 2019). Hänninen & Rahko (2013, 435) mukaan nielemistä voi helpottaa ruuan koostumuksen muuttaminen nestemäisemmäksi, mutta myös esimerkiksi nenämahaletkua tai PEG-letkua, eli gastrostoomaa, voidaan harkita. Myös hampaiden ja suun hygieniasta ja haavaumista tulee huolehtia infektioiden ehkäisemiseksi.

Saattohoitovaiheessa luovutaan yleensä myös laboratoriokokeista, ellei niiden seurannalle ole erityistä perustetta. Saattohoidon aikana ei enää myöskään suosita punasolutiputusta, sillä punasolutiputus ei välttämättä enää vaikuttaisi potilaan uupumukseen, vaikka potilas olisikin aneeminen, sillä potilaan uupuminen johtuu tässä vaiheessa jo monesta tekijästä. (Rahko & Rajala 2020, 1609.)

3.3 Lääkehoito saattohoidossa

Saattohoidossa olevan potilaan lääkehoidon tavoitteena on oireiden lievitys, minkä takia lääkkeen käytön hyödyn tulee olla suurempi kuin sen aiheuttamat mahdolliset haittavaikutukset. Saattohoitopäätöstä tehtäessä yleensä karsitaan tarpeettomiksi jääviä lääkkeitä, kuten verenpainelääkkeet, varfariinit ja tablettihoitoiset diabeteslääkkeet. Saattohoitopotilaan hoidossa käytetään yleisimmin lääkkeitä kivun, hengenahdistuksen, levottomuuden, limaisuuden ja pahoinvoinnin hoitoon. Lääkkeen annostelureittinä käytetään potilasta vähiten rasittavinta tapaa, eli ensisijaisesti suun kautta. (Poukka & Korhonen 2018.)

Lääkettä voidaan antaa myös limakalvoille, kuten suuhun tai nenään, jos nieleminen on hankalaa. Parenteraalisesti, eli ruuansulatuskanavan ulkopuolisen reitin kautta voidaan annostella lääkettä ihon alle, mikä on ensisijainen vaihtoehto parenteraaliseen lääkkeenantoon. Lihakseen annettava lääke taas aiheuttaa kipua ja suonensisäinen lääkkeenanto voi olla haastavaa, sillä kanyyli voi irrota ja uuden kanyylin laitossa voi olla vaikeuksia. Ihon läpi tapahtuva lääkkeenanto, esimerkiksi lääkelaastarin kautta, voi olla haastavaa, jos potilas on kakektinen, eli kuihtunut, jolloin lääkeaineen imeytyminen ei ole luotettavaa. Parenteraalisesti voidaan antaa lääkehoitoa jatkuvana infuusiona PCA-kipupumpun kautta, minkä kautta lääkkeen annostelu on säännöllistä ja pystytään antamaan tarvittavia lisäannoksia. (Rahko & Rajala 2020, 1607–1608.)

Kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on yleinen oire. Kivun hoito alkaa, kun kipu tunnistetaan ja sen luonne ja voimakkuus arvioidaan. Kipua voidaan arvioida haastatteleamalla ja havainnoimalla potilasta sekä kipumittareiden avulla. (Tasmuth 2019, 540–541.) Käypä hoito (2019) mukaan kipua tulee arvioida säännöllisesti ja tarvittaessa lisätä kipulääkitystä. Lääkkeettöminä kivun hoidon keinoina voidaan käyttää esimerkiksi asentohoitoa sekä eri rentoutumismenetelmiä.

Kivun hoidossa voidaan käyttää apuna porrasmallia, mitä käytetään yleisimmin syöpäkivun hoidossa. Sen mukaan kivun hoito aloitetaan parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeellä tai niiden yhdistelmällä. Myös neuropaattisen eli hermovauriokivun, ummetuksen ja pahoinvoinnin hoitoon käytettäviä lääkkeitä aloitetaan tarvittaessa. Kivun hoitoon tarvitaan myös usein opioideja, joita on heikkoja, keskivahvoja sekä vahvoja. Heikkoihin opioideihin kuuluvat tramadoli ja kodeiini ja keskivahvana opioidina käytetään buprenorfiinia. Vahvoja opioideja on pitkävaikutteisia sekä nopeavaikutteisia, joita voidaan käyttää läpilyöntikipujen eli äkillisesti alkaneen kivun hoitoon. Syöpäkivun hoitomenetelminä voidaan käyttää myös sädehoitoa ja neurokirurgisia hoitotoimenpiteitä. (Heiskanen 2018.) Kivun hoito ei kuitenkaan aina mene suoraan porrasmallin mukaan, vaan kivun hoito voidaan aloittaa myös suoraan opioideilla (Käypä hoito 2019).

Hänninen (2006) mukaan kuoleman lähestyessä potilaan tietoisuutta voidaan alentaa tarkoituksella lääkkeellisesti, jos hänellä on sietämättömiä kipuja, mitkä eivät reagoi muihin hoitokeinoihin. Tätä hoitomenetelmää kutsutaan palliatiiviseksi sedaatioksi. Sedaation tarkoituksena on lievittää potilaan oireita, ei nopeuttaa potilaan kuolemaa. Sedaation tila valitaan potilaalle sopivaksi, mieluiten sen tasoiseksi, että potilas pystyy kommunikoimaan. Kesto valitaan tarpeen mukaan. Saattohoitopotilaan hoidossa käytetään kuitenkin ensisijaisesti muita hoitokeinoja ennen kuin päädytään palliatiiviseen sedaatioon.

3.4 Psyykkisen tuen tarve

Saattohoitopotilaalla voi esiintyä myös masennusoireita ja poikkeavaa uupumusta kuoleman lähestyessä. Uupumus voi esiintyä väsymyksenä, suorituskyvyn heikkenemisenä ja apatiana. Poikkeava uupumus ei lieviy levolla, kuten muu väsymys, mutta liikunta ja unirytmistä huolehtiminen voivat lievittää sitä. Masennus- ja ahdistusoireisiin voidaan yhdistää psykososiaalisia menetelmiä sekä masennuslääkehoitoa. Aivotoiminnan häiriöstä johtuen saattohoitopotilaalla voi esiintyä myös äkillinen sekavuustila, eli delirium. Sen seurauksena potilaan tietoisuus heikkenee, ajattelu häiriintyy ja tunteet ja niihin reagoiminen muuttuu. Tarvittaessa voidaan käyttää psykoosilääkkeitä, mutta ensisijaisesti oireita yritetään lievittää turvallisen ja rauhallisen ympäristön avulla. (Käypä hoito 2019.)

Psyykkisen tuen muodoista yleisimmät ovat kuunteleminen, koskettaminen, myötäeläminen, lohduttaminen ja läsnä oleminen. Saattohoitopotilailla esiintyy monenlaisia tunteita, joihin he tarvitsevat emotionaalista tukea. Emotionaalista tukea ovat esimerkiksi ilmaisut välittämisestä, erilaisten tunteiden ilmaisemisen ja tuntemisen hyväksyminen, kuunteleminen ja toivon ylläpitäminen sekä kuitenkin realistinen ja kunnioittava suhtautuminen. (Kuupelomäki 2002, 117–118.) Lipponen & Karvinen (2014, 30–35) mukaan kuoleman lähestyessä potilaan hoidossa korostuu myös hengellisen tuen tarve. Vaikka potilas ei olisikaan uskonnollinen, voi hänelle syntyä ajatuksia esimerkiksi kuolemanjälkeiseen elämään liittyen. Potilaalla voi esiintyä pelkoa ja ahdistusta kuolemaan liittyen. Potilaalle tulee tarjota tukea sekä mahdollisuus toteuttaa omia hengellisiä tarpeitaan.

Potilas ei aina halua puhua kuolemaan liittyvistä asioista ja tunteistaan omille läheisilleen. Potilaalle tulisikin järjestää mahdollisuus puhua myös ammattilaisen kanssa. Psyykkinen tuki voi olla myös käytännön asioihin liittyvää tukea, esimerkiksi tietoa saatavilla olevista hoitopaikoista ja palveluista, taloudellisesta tuesta ja omaisuuden järjestelystä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi psyykkistä ja käytännöllistä tukea voivat antaa myös vapaaehtois- ja potilasjärjestöt. (Hiltunen, 2015.) Rahko & Rajala (2020, 1606) mukaan potilaalle voidaan tarjota psykososiaalisen tuen avuksi psykiatrista sairaanhoitajaa, terapeuttia tai pappia.

4 Omaiset ja saattohoito

4.1 Omaiset osana saattohoitoa

Omaisten huomioiminen on osa kokonaisvaltaista saattohoitoa. Potilaan omaisia ovat ne ihmiset, jotka potilas kokee itse läheisiksi. Läheisiä voivat olla perhe, ystävät, sukulaiset tai työkaverit. Läheiset tuovat kuolevalle ihmiselle turvaa, läheisyyttä ja luovat myös merkityksellisyyden tunnetta. Läsnä oleminen on hyvin tärkeää ja läheiset voivat halutessaan osallistua potilaan hoitoon. (Hänninen 2015, 50.)

Omainen voi osallistua potilaan hoitoon voimavarojensa mukaan ja henkilökunnan täytyy tukea omaisia asiassa. Läheisten antama henkinen tuki on tärkeä osa potilaan hoitoa. Omaiset voivat tukea potilaan henkistä ja sosiaalista jaksamista kuuntelemalla ja ilahduttamalla potilasta. Omaiset eivät yleensä osallistu fyysiseen hoitoon, mutta voivat esimerkiksi auttaa potilasta juomisessa ja syömisessä. (Nuutinen & Raatikainen 2005, 135–142.)

4.2 Omaisten tukeminen

Saattohoidon aikana myös potilaan omaiset tarvitsevat tukea. Saattohoito voi joskus pitkittyä odotettua pidemmäksi ajaksi, mikä voi johtaa sekä potilaan että omaisten väsymiseen. Vaikka perheen on tärkeää olla läsnä potilaan luona, on myös tärkeää, että omainen muistaa itse levätä ja jatkaa omia harrastuksiaan ja menojaan. (Heikkilä 2009a.) Rahko & Rajala (2020, 1606, 1611) mukaan perheelle voi tarjota tueksi pappia, psykiatrista sairaanhoitajaa ja työterveyshuoltoa. Perheen sisäiset roolit voivat muuttua saattohoidon aikana ja omaiset joutuvat samalla huolehtimaan arkisista asioista. Omaista täytyy kannustaa huolehtimaan omasta jaksamisestaan sekä osoittaa välittämistä myös hänen voinnistaan, esimerkiksi kysymällä miten hän voi, muistaako hän syödä tai pystyykö hän nukkumaan.

Kuoleman jälkeen omaisten selviytymisessä auttavat kuolemaan etukäteen valmistautuminen ja kuoleman kokeminen hyvänä. Tuen saaminen ammattilaisilta ja perheeltä sekä vertaistuki auttavat surevaa perhettä. Esimerkiksi vertaistukiryhmissä surun jakaminen samaa kokeneiden kanssa ja heidän suruprosessinsa etenemisen ja selviytymisen näkeminen tuovat uskoa ja toivoa myös omaan selviytymiseen. Myös tiedon saaminen hoitoon ja käytäntöihin liittyen lisää perheen jaksamista. Normaaleiden arkirutiinien ja positiivisen elämäntilanteen ylläpitäminen edistävät selviytymistä läheisen tai perheenjäsenen kuoleman jälkeen. Selviytymiskeinot ovat kuitenkin jokaisella yksilöllisiä. (Savolainen ym. 2013, 225–233.)

Heikkilä (2009b) mukaan omaisten kokemat kivun ja surun tunteet ovat normaali reaktio. Suruprosessi on jokaisella yksilöllinen ja vaihteleva. Joillakin suru voi olla voimakkaampaa

ja toisilla taas kestää pidempään. Suruun sisältyy monenlaisia tunteita, kuten pelkoa, hämmennystä, raivoa ja yksinäisyyttä. Myös masennus ja somaattiset oireet ovat tavallisia varsinkin surun alkuvaiheessa. Perheenjäsenen kuollessa myös perheensisäiset roolit muuttuvat. Kuolemaan sopeutumista edistää menetyksen hyväksyminen ja sen peruuttamattomuuden ymmärtäminen. Esimerkiksi haudalla käyminen ja kuolleesta puhuminen ovat keinoja kohdata kuoleman todellisuus.

Perheenjäsenen tai läheisen kuolema koskettaa myös lasta. Lapselle tulee kertoa kuolemasta totuudenmukaisesti huomioiden lapsen ikä ja kehitystaso. Pienikin lapsi aistii läheisten surun ja ikävän, eikä aikuisen tule aliarvioida lapsen kykyä kestää totuutta. Olisi tärkeää, että kuolemasta kertoisi oma vanhempi tai joku lapselle läheinen aikuinen. Lapsilla voi ilmetä pelkoa sekä monenlaisia kysymyksiä kuolemaan liittyen, mihin tulisi vastata totuudenmukaisesti eikä muunnella totuutta tai keksiä vertauskuvia, joiden pohjalta lapsi voi käsittää asiat väärin. Lapsi ei aina halua keskustella kuolemasta, mutta hänen läsnä ollessaan kuoleman ja siihen liittyvien tunteiden käsittely on tärkeää, jotta lapsi ymmärtää, että omia tunteitaan ei tarvitse kätkeä tai hävetä. Lapsen suru voi ilmetä myös käyttäytymisen muutoksina, kuten aggressiivisuutena tai alakuloisuutena. Myös fyysiset oireet ja keskittymisvaikeudet voivat olla seurausta surusta. Turvallisen aikuisen läsnäolo ja syli, päivärytmin ja normaalien rutiinien ylläpitäminen auttavat lasta selviytymisessä. Myös ammattiauttajan apu voi olla tarpeen. Hautajaisiin osallistuminen ja esimerkiksi vainajan katsominen tai muistelu voivat auttaa lasta hyvästien jättämisessä. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2019.)

5 Kuoleman jälkeen

5.1 Saattohoitopotilaan elämän päättyessä

Juuri ennen kuolemaa kipu voi vähentyä, potilaan hengitys muuttuu pinnalliseksi ja hengityskatkoja voi esiintyä. Toisinaan potilaan hengitys voi muuttua rohisevaksi. Ihon väri voi muuttua laikukkaaksi ja jalkaterät sekä kädet voivat muuttua viileiksi. Potilaalla voi esiintyä ennen kuolemaa myös kuumepiikkejä. Saattohoitopotilaan kuolema on yleensä hyvin rauhallinen tapahtuma, missä hengitys loppuu ja sydän lopettaa toimintansa. Niveliin tulee jäykkyyttä parin tunnin aikana kuoleman jälkeen. (Hänninen 2015, 52–53.) Kuoleman hetkeä ei voi ennustaa etukäteen. Saattohoitopotilaalle ei tehdä ruumiinavausta, koska kuolinsyy on jo tiedossa, mutta poikkeustapauksissa ruumiinavaus voidaan tehdä. (Anttila ym. 2014, 578,581.)

Kuoleman jälkeen potilastietoihin kirjataan kuolinpäivä ja kellonaika sekä henkilökunnan havainnot kuolinhetkellä. Hoitavalle lääkärille ilmoitetaan kuolemasta toimipaikan ohjeiden mukaisesti ja lääkäri toteaa kuoleman mahdollisimman nopeasti, viimeistään seuraavana arkipäivänä. Kuolemasta ilmoitetaan myös muille hoitoon osallistuville tahoille hoitajien toimesta. (Anttonen ym. 2016.) Vainajan lähiomaisille ilmoitetaan kuolemasta mahdollisimman pian. On hyvä sopia etukäteen, miten omainen haluaa tiedon kuolemasta ja mihin kellon aikaan. Kuolemasta ilmoittaessa otetaan osaa suruun, kerrotaan yleensä potilaan viimeisistä hetkistä ja on hyvä arvioida omaisen avun tarvetta, esimerkiksi kriisiavun tarvetta. Omaisille tulee kertoa, että he voivat tulla hyvästelemään vainajan osastolle kahden tunnin aikana tai myöhemmin, esimerkiksi kun vainaja laitetaan arkkuun. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

5.2 Vainajan laitto

Kuoleman jälkeen vainajan annetaan olla omassa vuoteessa, raajat asetetaan suoriksi ja sängyn pääty lasketaan vaakatasoon. Vainaja puetaan vainajalle tarkoitettuun asuun tai toiveen mukaan vainajan omiin vaatteisiin. Läheisillä on mahdollisuus osallistua vainajan laittoon halutessaan. Vainajalta otetaan pois mahdolliset katetrit, drenit, lääkelaastarit ja mahdollinen sydämentahdistin. Vainajalle asetetaan mahdolliset hammasproteesit ja leukasidoksen avulla suu tuetaan kiinni asentoon. Vainajalle laitetaan tunnistustiedot ennen kylmiöön siirtämistä. (Anttonen ym. 2016.)

Vainajan omaisuus kerätään talteen ja luovutetaan omaisille. Vainajalle voi jättää esimerkiksi oman korun, jos omaiset niin toivovat. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016.) Omaisille annetaan mahdollisuus viettää aikaa vainajan luona hänen potilashuoneessaan

ja hoitaja voi olla läsnä, jos omaiset haluavat. Myös kauempaa tuleville sukulaisille täytyy järjestää aikaa hyvästellä vainaja. Jäähyväishetkestä voi sopia myös hautaustoimiston kanssa, jos vainaja on jo siirretty. (Anttonen ym. 2016.)

5.3 Hautausjärjestelyt

Hautaustoimisto yleensä huolehtii vainajan siirtämisestä sekä tarvittaessa muista asioista sopimuksen mukaan. Vainaja siirretään hautausmaan kappelin kylmätiloihin siihen asti, kunnes hautaaminen tapahtuu. Hoitava lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen viranomaisille ja hautausluvan hautaustoimistolle. Kuolintodistuksen toinen kappale lähetetään väestön keskusrekisteriin, joka lähettää kuolemasta tiedon eteenpäin, muun muassa kelan toimistoon, verovirastoon, tilastokeskukseen, poliisille ja eläketurvakeskukseen. (Anttila ym. 2014, 581–582.) Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitoksen (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos) mukaan omaiset voivat halutessaan saada jäljennöksen kuolintodistuksesta. Hautauslupa annetaan osastolta omaisille tai hautaustoimiston edustajalle, lupa toimitetaan kirkkoherranvirastoon ennen siunaustilaisuutta. Vainaja voidaan luovuttaa, kun hautauslupa on kirjoitettu.

Kuoleman jälkeen omainen ottaa yhteyttä vainajan uskonnolliseen tai vakaumusliikkeeseen yhteisöön ja hautaustoimistoon. Heidän kanssaan omainen sopii hautaamiseen liittyvät asiat ja yhteyttä voi ottaa, vaikka hautauslupaa ei olisi vielä annettu. Hautaustoimiston palvelut ovat maksullisia. Kirkkoherranviraston kanssa omainen sopii hautapaikasta, hautaan siunaamisen ajankohdasta ja paikasta, papista, kanttorista sekä myös muistotilaisuudesta. Hautaustoimiston kautta omainen voi hankkia arkun tai uurnan. Omaisen halutessa hautaustoimisto huolehtii vainajan pukemisesta, arkkun laittamisesta, kuljettamisesta ja muista järjestelyistä. Jos vainaja siunataan muualla kuin omassa seurakunnassaan, silloin järjestelyistä sovitaan paikallisen kirkkoherranviraston kanssa. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos 2020.)

Perunkirjoitus pidetään kolmen kuukauden kuluessa kuolemasta. Perunkirjoitus jätetään verotoimistoon kuukauden kuluessa perunkirjoituksesta mahdollisen perintöveron määrittämistä varten. Kuoleman jälkeen omainen ilmoittaa postiin, jotta posti siirtyy kuolinpesälle. Omaisen on hyvä ilmoittaa kuolemasta myös pankkiin, vakuutusyhtiöön ja irtisanoa esimerkiksi sähkö, jätehuolto ja muita vastaavia sopimuksia, jos niille ei ole tarvetta. (Anttila ym. 2014, 582.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista on kokonaisvaltainen saattohoito ja miten saattohoitopotilaan omaiset ja perhe huomioidaan osana saattohoitoa. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineisto analysoidaan teemoittelemalla.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa lyhyt ja selkeä opas saattohoitopotilaan omaisille. Opas antaa omaisille tietoa saattohoidosta ja muista käytännön asioista esimerkiksi kuolemaan liittyen. Omainen saa oppaasta tukea myös omaan jaksamiseen saattohoidon aikana. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja opas tehdään Parikkalan vuodeosastolle. Osastolle toimitetaan paperisena yksi kappale valmiista oppaasta ja myös sähköinen versio oppaasta, mitä osaston työntekijät voivat tulostaa ja jakaa omaisten käyttöön.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on kokonaisvaltainen ja hyvä saattohoito?
2. Miten perhe/omaiset huomioidaan osana saattohoitoa?

7 Opinnäytetyön eteneminen ja henkilökunnan näkemyksiä oppaaseen

Opinnäytetyön idea syntyi kiinnostuksesta aiheeseen ja halusta antaa omaisille tietoa aiheesta, minkä kautta muodostui ajatus tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Tähän selkein vaihtoehto oli tuottaa aiheesta opas omaisten käyttöön. Myös kokemus hoitoalan työstä on lisännyt halua tuoda apua juuri omaisille, sillä monesti saattohoidossa omaista ei ole otettu huomioon niin hyvin kuin olisi tarpeen.

Opinnäytetyön suunnitelma valmistui syksyllä 2019. Keväällä 2020 alkoi opinnäytetyön tekeminen. Ensimmäisenä suunniteltiin opinnäytetyön rakenne ja pohdittiin millaisia asioita opinnäytetyössä ja oppaassa käydään läpi. Opinnäytetyöprosessin seuraava vaihe oli teoriaosuuden kirjoittaminen. Tutkimuslupa haettiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Tutkimuslupa haettiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, minkä myöntämisen jälkeen pidettiin yhteistyötapaaminen Parikkalan vuodeosaston henkilökunnan kanssa, missä keskusteltiin heidän näkemyksistään oppaan sisältöä varten.

Yhteistyötapaaminen pidettiin vuodeosaston henkilökunnan kanssa syyskuussa 2020. Opas tuotetaan Parikkalan vuodeosaston käyttöön opinnäytetyön pohjalta. Henkilökunta jakoi oppaan sisältöä varten ideoita ja ajatuksia, mitä heille on kertynyt käytännön työkokemuksen kautta. Henkilökunta toi esiin, että saattohoito-oppaassa olisi hyvä kertoa mitä saattohoito on ja millaista hoitoa saattohoitoon kuuluu. Myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ero tulisi ottaa esille. Oppaassa olisi hyvä olla omaisille tietoa saattohoitoon kuuluvista oireista, kuten miksi potilas ei enää syö tai miksi kivunhoito on tärkeä osa saattohoitoa. Henkilökunta toi esille myös sen, että omaiset usein kysyvät heiltä, kuinka kauan potilaalla on elinaikaa jäljellä, mutta sitä ei voi kukaan ennustaa.

Henkilökunnan mielestä saattohoito-oppaassa olisi hyvä tuoda esille sitä, miten omaiset voivat itse osallistua saattohoitoon. Esimerkiksi läsnäolo ja juttelu saattohoitopotilaan kanssa on tärkeää. On tärkeää muistaa myös se, että potilas voi kuulla ja ymmärtää vielä kaiken mitä hänelle puhutaan, vaikka hänen vointinsa olisikin hiipunut. Omaisen voi myös kertoa esimerkiksi mikä on ollut saattohoitopotilaan lempimusiikkia tai -ruokaa ja näitä toiveita voidaan toteuttaa vielä osastohoidossakin. Saattohoidon aikana omaisten olisi tärkeää jättää jäähyväiset ja keskustella vielä asioista, joista kokee vielä haluavansa keskustella saattohoitopotilaan kanssa. Omaisten ei kuitenkaan tarvitse osallistua itse potilaan hoitoon, vaan omaisen on tärkeä muistaa myös levätä ja pitää huolta itsestään. Oppaassa olisi hyvä tuoda esille, että mistä omaisen voi hakea keskusteluapua tai vertaistukea, sillä läheisen kuolema on hyvin iso muutos elämässä. Omaisen tulisi muistaa, että hän voi aina kääntyä hoitajan puoleen, jos jokin asia mietityttää tai hän haluaa puhua asioista ammattilaisen kanssa. Oppaassa olisi hyvä tuoda esille myös asioita, joita tulee hoitaa kuoleman jälkeen.

Yhteistyötapaamisen jälkeen kerättiin aineisto opinnäytetyön tutkimukselliseen osuuteen tietokantojen ja manuaalisen haun avulla. Kun aineisto oli valittu, aloitettiin aineiston huolellinen läpikäynti, jossa etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Muutamia aineistoja jäi pois, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Valitusta aineistosta muodostettiin teemoja ja tehtiin teemakartta, joka näkyy taulukossa 2. Aineiston analysoinnista kerrotaan tarkemmin kappaleessa aineiston analysointi. Tämän jälkeen kirjoitettiin opinnäytetyön tulokset valittujen aineistojen ja teemakartan pohjalta. Tulosten kirjoittamisen jälkeen kirjoitettiin pohdintaosuus. Seuraavaksi aloitettiin oppaan tekeminen, mikä muodostettiin opinnäytetyön teoriaosuuden ja tulosten pohjalta. Oppaassa on huomioitu myös Parikkalan vuodeosaston henkilökunnan näkemyksiä. Viimeiseksi kirjoitettiin opinnäytetyön johdanto, tiivistelmä ja abstrakti.

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tavoitteena toiminnallisessa opinnäytetyössä on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, järjestäminen tai järjeistämisen. Opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ohje, ohjeistus, opas, tapahtuman tai näyttelyn toteutus. Opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallinen opinnäytetyö aloitetaan aiheanalyysistä, milloin on tärkeää miettiä alan opinnoista aihetta mikä kiinnostaa ja mistä on motivoitunut. Yleensä tutkimuskysymyksiä tai tutkimusongelmaa ei esitellä toiminnallisessa opinnäytetyössä, mutta kysymysten asettelu voi kuitenkin täsmentää mitä ollaan tekemässä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä suositellaan, että työlle löytyisi toimeksiantaja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10, 16, 23–30.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos tehdään jonkin kohderyhmän käyttöön. Opinnäytetyössä mietitään kohderyhmä ja sen mahdollinen rajaus. Tavoitteena on ihmisten osallistuminen toimintaan, tapahtumaan tai toiminnan selkeyttäminen esimerkiksi oppaan avulla välitulle kohderyhmälle. Tutkimuksellinen selvitys on osa toiminnallista opinnäytetyötä ja selvitys on osa idean tai tuotteen toteutustapaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38, 56.) Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle, missä tulee esille teoreettinen, toiminnallinen ja tutkimuksellinen osuus. Opinnäytetyössä teoretieto yhdistyy käytäntöön ja tiedonkeruun välineenä käytetään laadullista tai määrällistä tutkimusmenetelmää. (Lab-ammattikorkeakoulu 2020.)

8.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää mistä näkökulmista ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu ja miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen laatimisessa on osattava arvioida kriittisesti tietoa ja osata rajata tutkimusaiheeseen liittyvä kirjallisuus. Tutkimusten tulkinnessa ja tulosten esittelyssä tulee olla puolueeton, vaikka eri tutkimustulokset olisivat ristiriitaisia keskenään. Kirjallisuuskatsauksessa erilaiset näkökulmat tulee osata erottaa selvästi toisistaan. (Hirsjärvi ym. 2001, 108–110.)

Kirjallisuuskatsaus tehdään yleensä vastauksena johonkin tutkimusongelmaan tai –kysymykseen. Tietoa kootaan rajatulta alueelta, mikä edellyttää sitä, että aiheesta on tarpeeksi tutkimustietoa. (Johansson ym. 2007, 2–3.) Kirjallisuuskatsauksen eri tyyppisiä ovat kuvailuva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi suuri aineistomäärä ja tulokset esitellään

tiivissä muodossa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa aineistoa tarkastellaan ja rajataan tarkasti sekä huolellisesti ja jokainen tutkimus käydään läpi noudattaen katsauksen kriteerejä, mikä tuo tutkimukselle uskottavuutta. (Salminen 2011, 6, 9–10.) Meta-analyysi taas tarkoittaa kvantitatiivisen tutkimuksen tilastollista analyysiä, missä eri tutkimusten aineistot kootaan yhdeksi uudeksi aineistoksi ja analysoidaan tilastollisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 94). Meta-analyysi voidaan jakaa kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen meta-analyysiin (Salminen 2011, 12).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Siinä aineistot ovat laajoja, eikä niiden rajaaminen ole niin tarkkaa kuin muissa kirjallisuuskatsauksen tyypeissä. Myös tutkimuskysymykset ovat väljempitä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa käsiteltävästä aiheesta pystytään antamaan laaja kuvaus järjestämällä epäyhtenäistä tietoa sekä ajantasaistamaan sitä. Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään, kun tutkittava ilmiö halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti ja tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. Integroivassa menetelmässä tutkimusaineiston otos voi olla suurempi kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, sillä siinä tutkimusaineiston seulominen ei ole niin valikoiva. Narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna integroivaan katsaukseen kuuluu kriittistä arviointia. (Salminen 2011, 6–8.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa muodostetaan aluksi tutkimuskysymys, jonka perusteella valitaan sopiva aineisto, minkä pohjalta saadaan tuotettua laadullinen vastaus. Tarkoituksena voi olla tutkia esimerkiksi ilmiön keskeisiä käsitteitä tai ilmiön luonnetta, jolloin tutkimuskysymys voi olla hyvinkin laaja ja sitä voidaan tarkastella useammasta näkökulmasta. Tutkimuskysymyksen laajuus määrää yleensä aineiston määrän, mikä haetaan useimmiten tieteellisistä tietokannoista tai julkaisuista. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston haussa voidaan poiketa rajatuista hakusanoista ja muista rajauksista toisin kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, sillä tärkeämpää on aineiston sisällön sopivuus aiheeseen. Seuraavana vaiheena on kuvailun rakentaminen, missä aineiston sisältöä yhdistetään ja analysoidaan kriittisesti. Sisältöä voidaan tarkastella esimerkiksi teemoittain, mikä edellyttää aineiston kokonaisuuden tuntemista. Tuotetun tuloksen tarkasteleminen on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe, mutta kaikki vaiheet etenevät osin päällekkäin koko prosessin ajan. Aikaisempien tutkimusten tuloksia tunnistetaan, vahvistetaan tai kyseenalaistetaan. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan löytää myös uusia näkökulmia ilmiöön. (Kangasniemi ym. 2013, 291–297.)

8.3 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin syksyllä 2020 LAB Primon tietokantahakujärjestelmän kautta. Tietokantojen käyttöön sekä artikkelien hakuun saatiin opastusta LUT-tiedekirjaston informaattikolta. Aineiston hakemiseen käytettiin erilaisia tietokantoja, joista käyttöön valikoitui EBSCO-Cinahl, Cochrane Library, Medic ja Pubmed. Tietoa haettiin myös manuaalisesti Google Scholarista ja aiheeseen liittyviä artikkeleita oli tullut vastaan aikaisemmin opintojen aikana ja niitä otettiin mukaan aineistoon. Sisäänottokriteereiksi hyväksyttiin aiheeseen liittyvät suomen- tai englanninkieliset tieteelliset artikkelit sekä tutkimukset, väitöskirjat ja pro gradu -tutkielmat. Vuosiluvuksi hyväksyttiin 2000–2020, sillä aiheeseen liittyvää tutkittua tietoa löytyi jo ennen vuotta 2010 ja monet artikkelit olivat edelleen ajankohtaisia. Poissulkukriteereihin kuuluivat ammattikorkeakoulutasoiset työt, ennen vuotta 2000 tehdyt tutkimukset ja tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Pubmed -tietokannassa vuosiluku oli 2010 eteenpäin, koska tietokannassa ei ollut aineistoa kyseisillä hakutermeillä ennen vuotta 2010. Taulukossa 1 on esitelty tarkemmin aineiston kerääminen tietokannoista. Valitut artikkelit on koottu taulukkoon liitteessä 1.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut
Cochrane Library	“palliative care” AND relative*	Vuodet 01/01/2000-01/11/2020, Title Abstract Keyword, Cochrane Reviews	9	0
EBSCO-Cinahl	Palliative care or end of life care or terminal care or hospice care (TI title) AND relatives or family or partner or loved one or next of kin or spouse or significant others (TI title)	Vuodet 2000-2020, Full text, Peer reviewed, englanninkieliset	103	4
Medic	saattohoi*, perhe*, omai*	Vuodet 2000–2020. Asiasanojen synonyymit käytössä.	53	7
PubMed	(palliative care [Title]) AND (family [Title])	Vuodet 2010-2020, Free full text, Books and Documents, Systematic Review	6	2
Manuaalinen haku				5
Yhteensä				18

Taulukko 1. Aineiston kerääminen

8.4 Aineiston analysointi

Yksi laadullisen analyysin perusmenetelmistä on teemoittelu, joka painottuu eri teemojen sisältöön. Teemojen lukumäärien merkitys riippuu valitusta aineistosta. Teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisiin aihepiireihin, jotta pystytään vertailemaan tiettyjen teemojen esiintyvyyttä aineistossa. Aineiston sisällöstä tehdään muistiinpanoja ja kerätään kiinnostavat seikat yhteen, mitkä järjestetään potentiaalsiin teemoihin. Eri teemojen suhdetta toisiinsa vertaillaan ja analysoidaan. Analyysistä tehdään teemaattinen kartta, mistä muodostetaan teemat, joiden pohjalta kirjoitetaan opinnäytetyön tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105–107, 142.)

Aineiston keräämisen jälkeen artikkelit luettiin huolellisesti läpi ja artikkeleista alleviivattiin asioita, mitkä vastasivat tutkimuskysymyksiin. Työhön hyväksyttiin yhteensä 18 artikkelia. Seuraavaksi artikkeleista tehtiin mindmap -tyyppinen tuotos paperille, missä haettiin yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia artikkeleista. Niiden pohjalta muodostettiin teemoja. Teemakartan teemat muodostuivat keskeisimmistä asioista, mitä artikkeleissa esiintyi. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alateemoja ja sen kautta muodostui yläteemat, mitkä kaikki liittyvät kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen saattohoitoon, mitä myös artikkeleissa tuotiin esille. Taulukossa 2 on esitelty teemakartta teemoittelun etenemisestä tarkemmin. Taulukon tekemisen jälkeen aloitettiin tuloksien kirjoittaminen teemakartan pohjalta.

	Yläteemat	Alateemat	Pelkistetty ilmaisu
Kokonaisvaltai- nen ja yksilölli- nen saattohoito	Läheisten huomioimi- nen	Yhteistyö perheen, omaisten ja henkilö- kunnan välillä	Perheen osallistuminen hoitoon ja siinä tukemi- nen
		Tiedonsaaminen	Totuudenmukaisuus, luottamus hoitosuh- teessa
		Psyykkisen tuen tarve	Vertaistuki, keskustelu- apu, sosiaalityöntekijä, pappi, psykiatrinen sai- raanhoitaja, mahdolli- suus hyvästien jättämi- seen
	Potilaan fyysinen hoito	Oireiden hoito	Hyvä perushoito, saat- tohoitovaiheen oireiden kokonaisvaltainen hoito, rauhallinen kuolema
		Lääkehoito	Saattohoitovaiheen oi- reiden hoito lääkkeelli- sesti, erilaiset lääkehoi- don antoreitit, lääkkei- den karsiminen saatto- hoidossa
		Hoitolinjaukset	Hoitotahto, DNR, saat- tohoitopäätös, päätök- senteot yhdessä poti- laan ja/tai omaisten kanssa
	Potilaan psyykkinen, sosiaalinen ja eksis- tentiaalinen hoito	Moniammatillinen tiimi	Hoitajat, lääkäri, psyko- logi, pastori, sosiaali- työntekijä
		Läsnäolo ja kuunte- leminen	Omaisten ja hoitajien mahdollisuus olla läsnä ja antaa aikaa potilaalle
		Hoitoympäristö ja - henkilökunta	Rauhallinen, kodinomai- nen, omaisella mahdol- lisuus olla läsnä, em- paattinen ja joustava henkilökunta
		Toiveiden huomiointi	Mielekäs tekeminen, to- teutetaan mahdollisia toiveita

Taulukko 2. Teemakartta teemoittelun etenemisestä

9 Tulokset

9.1 Läheisten huomioiminen

Läheisten huomioiminen ja tukeminen on tärkeä osa saattohoitoa ja läheiset kuuluvatkin osaksi kokonaisvaltaista saattohoitoa (Sand 2003, 167; Tasmuth ym. 2012, 450; Korhonen & Poukka 2013, 440; Tasmuth 2019, 541; Rahko & Rajala 2020, 1605; Lemström 2020, 21). Perheen mukanaoloa hoidossa voidaankin kutsua yhdeksi saattohoidon tukipilariksi (da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2404). Saattohoidossa potilas on keskiössä ja läheiset osallisina (Rahko & Rajala 2020, 1605). Sand (2003, 82) toteaa, että saattohoidon keskiön rakentavat potilas ja hänen perheensä.

Saattohoidossa tärkeänä osana on potilaan hyvän elämänlaadun lisäksi myös omaisten hyvän elämänlaadun turvaaminen, heidän tukemisensa ja valmistaminen hyväksymään potilaan kuolema (Tasmuth ym. 2012, 452; Antikainen ym. 2013, 913; Saukkonen ym. 2017, 195; Brent ym. 2018, 138). Saattohoito on ainutlaatuinen kokemus potilaan ja hoitajien lisäksi myös omaisille. Omaisten tukeminen on merkittävä osa saattohoitoa, mutta se voi olla hoitajille henkisesti hyvin raskasta. (Lesonen 2019, 33.)

Perhekeskeisyys kuuluu osaksi saattohoitoa ja perhe kuuluu potilaan hoitamisen voimavaraksi (Sand 2003, 6; Ridanpää 2006, 53). Potilas itse määrittelee, ketkä ovat osa hänen perhettään. Perheenjäsenten välinen yhteys korostuu kuoleman lähestyessä ja perhe tarvitsee toisiaan, sillä kuoleman lähestyessä koko perheen elämä muuttuu. (Sand 2003, 11, 47.) Perhekeskeisyyteen kuuluu läheisten osallistuminen hoitoon ja mahdollisuus olla mukana päätöksenteossa. Hoitohenkilökunta on potilaan lisäksi myös omaisten tukena tilanteessa. Perheen mahdollisuus olla läsnä kuolevan potilaan luona ympärivuorokauden kuuluu osaksi perhekeskeistä hoitoa. Läheiset ovat potilaan tuki. Henkilökunnan on tärkeää ymmärtää, että läheiset tekevät omaa surutyötään osallistumalla potilaan hoitoon. (Ridanpää 2006, 53, 81.) Hoitajien täytyy kunnioittaa omaisten tapaa osallistua potilaan hoitoon, tapaa olla läsnä potilaan luona sekä kunnioittaa myös sitä, jos omainen ei halua osallistua hoitoon (Lemström 2020, 18). Yhteistyö ja potilaan tietojen antaminen omaisille vaatii kuitenkin potilaan lupaa asiaan. Omaisten kanssa on hyvä sopia, kuka heistä on potilaan ensisijainen yhteyshenkilö. (Rahko & Rajala 2020, 1606.)

Saattohoidon aikana on tärkeää ottaa omaiset osaksi hoitoa ja selvittää miten he voivat olla avuksi kuolevalle potilaalle. Potilaan voinnin huonontuessa huomio keskittyy enemmän omaisiin ja heidän jaksamiseensa. (Korhonen & Poukka 2013, 440; Lemström 2020, 22.) Omaiset tarvitsevat tukea ja apua potilaan hoitoon liittyvissä käytännön asioissa, esimerkiksi päätöksentekoihin ja hoitopaikan valintaan liittyvissä asioissa (Chua ym. 2020, 7).

Omaisten mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon, tiedonsaaminen liittyen saattohoitoon ja lähestyvän kuoleman ilmiöihin, valmentaa omaisia tulevaan ja voi myös vähentää omaisten pelkoa kuoleman kohtaamisen osalta (Anttonen ym. 2009, 51; Lemström 2020, 19). Hoitoon osallistuva läheinen tarvitsee henkilökunnalta tukea, rohkaisua, kannustusta sekä myös lepoa, jotta he jaksavat olla mukana saattohoidossa. Omaisten osallistuminen hoitoon voi olla läsnäoloa, kosketusta ja osallistumista hoitotoimiin. (Ridanpää 2006, 53; Brent ym. 2018, 138, 140.)

Omaiset tuntevat saattohoidossa olevan läheisen parhaiten ja voivat siten tulkita hänen ilmeitään, eleitään ja huomioida potilaan jaksamista. Jos potilas ei pysty enää ilmaisemaan itseään, voivat omaiset toimia jopa tulkkina potilaan ja hoitajan välillä. (Lesonen 2019, 20.) Saukkonen kollegoineen (2017, 195–196, 200–201) mukaan perheen selviytymistä palliativisen hoidon aikana auttavat esimerkiksi perheen sisäisten suhteiden tasapaino ja läheisten osallistuminen potilaan hoitoon. Omaisia täytyy tukea hoitoon osallistumisessa. Läheisten läsnäolo, perheen yhdessä oleminen ja yhteisen ajan viettäminen on tärkeää koko perheelle ja myös potilas saa perheeltä tukea tilanteeseen. Anttonen kollegoineen (2009, 45) toteaa saattohoidon laatuun kuuluvan myös perheen yhdessäolon mahdollistamisen. Välittävään ja turvalliseen saattohoitoon kuuluu myös omaisten mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon. Mahdollisuus olla läheisen vierellä sekä läsnäolo koetaan tärkeäksi.

Tiedonsaaminen

Luottamusta hoitosuhteessa lisäävät keskustelu ja oikea-aikainen tiedonsaaminen (Rahko & Rajala 2020, 1605). Omaiset eivät välttämättä tiedä, mitä saattohoito on. He voivat luulla sen tarkoittavan potilaan hylkäämistä ja kaiken hoitamisen lopettamista (da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2404). Omaisten tiedon puute voi vaikuttaa saattohoidon laatuun negatiivisesti, minkä vuoksi omaisten tulee ymmärtää hoidon tarkoitus ja tavoitteet, jotta he voivat osallistua hoitoon (Smith ym. 2012, 20; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2400). Avoin ja totuudenmukainen tiedonsaaminen, kysymyksiin vastaaminen ja kuolemasta keskusteleminen on omaisille tärkeää (Anttonen ym. 2009, 50; Hudson ym. 2010, 1; Smith, ym. 2012, 20; Chua ym. 2020, 6; Korhonen & Poukka 2013, 441) ja se vähentää heidän kokemaansa ahdistusta, potilaan turhia sairaalasiirtoja ja parantaa potilaan oireenmukaista hoitoa (Antikainen ym. 2013, 915; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2402).

Tiedonsaaminen lisää omaisten kokemaa varmuutta ja turvallisuudentunnetta ja esimerkiksi kirjalliset oppaat on koettu hyödyllisiksi. Ohjeita tulee antaa omaisille niin suullisesti kuin kirjallisestikin. (Ridanpää 2006, 69; Lundberg ym. 2013, 284.) Tiedon tulee olla puolueetonta ja asioista täytyy puhua niiden oikeilla nimillä, jotta kuulija ymmärtää mistä on kysymys. Henkilökunnan tulee varmistaa, että omaisen ja potilas ovat ymmärtäneet mistä on

keskusteltu, ettei synny väärinymmärryksiä. (Brent ym. 2018, 139; Lesonen 2019, 29; Lemström 2020, 23.) Omaiset eivät kuitenkaan halua, että keskusteluissa herätetään turhaa toivoa, vaan totuudenmukaisuus on tärkeämpää (MacDonald 2003; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2404). Omaisten kanssa on hyvä puhua ajoissa potilaan tilanteesta ja saattohoidosta, jolloin he voivat sopeutua tilanteeseen paremmin. Keskustelu potilaan ja läheisten kanssa sekä yhdessä tehdyt suunnitelmat hoidosta ovat osa hoidon ennakkointia. (Lesonen 2019, 28; Lemström 2020, 19.) Henkilökunnan on tärkeää pystyä tunnistamaan läheisen kokema stressi ja ahdistus sekä kertoa läheisille mitä on tapahtumassa tai mitä on odotettavissa. Omaisille on hyvä kertoa myös etukäteen mitä kuoleman hetkellä tapahtuu. (Korhonen & Poukka 2013, 440, 445.)

Psyykkisen tuen tarve

Saattohoidossa huomioidaan myös omaisten psykososiaalinen tuki (Lemström 2020, 21; Rahko & Rajala 2020, 1609). Perheelle voidaan tarjota avuksi keskustelua, esimerkiksi papin, psykiatrisen sairaanhoitajan tai työterveyshuollon kanssa. Omaiset voivat saada tukea läheisen kuoleman jälkeen myös esimerkiksi sururyhmistä, vertaistuen piiristä, ystäviltä, sukulaisilta tai eri ammattiauttajilta. (Ridanpää 2006, 57; Lundberg ym. 2013, 283; Rahko & Rajala 2020, 1606.) Kuoleman lähestyessä perheen sisäiset roolit muuttuvat ja samalla on kuitenkin huolehdittava arkisista asioista. Läheiset käyvät yksilöllistä prosessia läpi saattohoidon aikana. Läheisiltä on hyvä kysyä miten he jaksavat ja kannustaa huolehtimaan myös omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan. Omaisille voi ehdottaa lepäämistä tai ulkona käymistä. (Sand 2003, 94; MacDonald 2003; Rahko & Rajala 2020, 1611; Lemström 2020, 21.) Chua kollegoineen (2020, 6, 13) mukaan syöpää sairastavien saattohoitopotilaiden puoliset olivat kokeneet hoidot stressaavammiksi kuin potilaat. Puolisoilla oli myös potilaita enemmän tarvetta psyykkiselle ja käytännön tuelle sekä he tarvitsivat enemmän apua tunteidensa käsittelyyn.

Hudson kollegoineen (2010, 3–4) mukaan omaiset ovat kokeneet psykososiaaliset interventiot ja tukiryhmät hyödyllisiksi ja niiden on koettu lisäävän perheen hyvinvointia saattohoidon aikana. Yksilöinterventiot on koettu hyödyllisemmiksi, sillä niissä lähestymistavan on koettu olevan yksilöllisempi kuin ryhmäinterventioissa. Myös pidempiaikaiset hoitokontaktit ovat olleet vaikuttavampia kuin lyhytaikaiset. Lundberg kollegoineen (2013, 282, 286) mukaan nuoret aikuiset ovat kokeneet tukiryhmät ja vertaistuen tärkeiksi ja hyödyllisiksi, mutta ei ole kuitenkaan selvää näyttöä siitä, että minkälainen tuen muoto olisi vaikuttavin omaisten jaksamiseen.

Psyykinen tuki lisää omaisten hyvinvointia ja auttaa omaista ymmärtämään ja hyväksymään omia tunteitaan. Omaisten omien tunteiden kertominen ja purkaminen on tärkeä osa

heidän jaksamistaan. (MacDonald 2003; Ridanpää 2006, 53; Lundberg ym. 2013, 286; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2400; Lemström 2020, 21.) Omaiset voivat tuntea ahdistusta, masennusta, pelkoa ja väsymystä kuolevan potilaan kohtaamisen ja hoitamisen takia sekä myös uuden tilanteen takia (Sand 2003, 96; Ridanpää 2006, 53; Hudson ym. 2010, 3; Chua ym. 2020, 2). Omaiset ovat kokeneet myös taloudellisen tuen tarvetta hoitoihin ja esimerkiksi kalliiden lääkkeiden maksamiseen (MacDonald 2003; Brent ym. 2018, 140; Chua ym. 2020, 6–7). Potilaan hyvä somaattinen hoito edistää myös läheisten psyykkistä hyvinvointia (Smith ym. 2012, 18–20; Antikainen ym. 2013, 913; Chua ym. 2020, 2; Rahko & Rajala 2020, 1611). Perheen lapset on hyvä ottaa myös osaksi saattohoitoa ja lasten tilanne tulee ottaa puheeksi. Kuoleman jälkeen omaisten tukeminen jatkuu ja henkilökunta on omaisten tukemisessa tärkeänä osana. On hyvä myös selvittää, millaista tukea omaisille on saatavilla kuoleman jälkeen. (Rahko & Rajala 2020, 1611.)

Saattohoidossa potilaan voinnin seuraamisen lisäksi arvioidaan omaisten jaksamista ja tuen tarvetta. Henkilökunnan täytyy kertoa omaisille tuen tarjoajista ja ohjata heitä tuen piiriin. Läsnäolo ja aktiivinen kuunteleminen on osa läheisten tukemista. Läheisten on tärkeä tulla kuulluksi ja voida puhua hoitajien kanssa tilanteesta. Hoitajien olisi hyvä kannustaa läheisiä käsittelemään ja purkamaan tunteitaan. Läheiset valmistautuvat kuoleman kohtaamiseen hyvin yksilöllisesti. (Ridanpää 2006, 67; Korhonen & Poukka 2013, 441; Lemström 2020, 21.) Kun omaisia huomioidaan saattohoidon aikana, välittyy heille tunne, että heistä pidetään huolta. Omaisten kuunteleminen ja heidän jaksamisestaan huolehtiminen on tärkeä osa saattohoitoa. (Lesonen 2019, 20.)

Kuoleman jälkeen perheen hyvästeille ja rituaaleille annetaan aikaa, eikä kuoleman toteamisella ole kiirettä. Henkilökunnan rauhallinen ja empaattinen asenne auttaa omaisia eteenpäin tilanteesta. (McDonald 2003; Anttonen ym. 2009, 45; Korhonen & Poukka 2013, 445.) Läheisten surutyöhön kuuluu osaksi vainajan hyvästeleminen ja läheisillä tulee olla mahdollisuus osallistua vainajan laittamiseen, mikä voi helpottaa heidän surutyötään. Osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista. Läheisten toiveiden huomioiminen on tärkeää ja läheiset voivat esimerkiksi toivoa mitkä vaatteet vainajalle laitetaan tai jätetäänkö hänelle koruja. Vainaja ja läheiset voivat myös kuulua johonkin uskonnolliseen yhteisöön tai erilaiseen kulttuuriin, missä on omia tapoja vainajan laittamiseen ja sitä tulee kunnioittaa. (Ridanpää 2006, 57, 64; Brent ym. 2018, 139; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2403.) Kuoleman jälkeen omaisille voidaan tarjota myös opasta tai kirjallisuutta, mikä käsittelee surua (Ridanpää 2006, 57, 64). Kuoleman jälkeen omaisia täytyy tukea ja opastaa yksilöllisesti ja omaisten kanssa tulee keskustella (Sand 2003, 103; Ridanpää 2006, 89; Lemström 2020, 21). Perhekeskeisen hoidon tavoitteena on, että perhe toipuu elämän ja perherakenteen muutoksista ja perhe pystyy jatkamaan elämää eteenpäin (Sand 2003, 104).

9.2 Potilaan fyysinen hoito

Saattohoidossa on välttämätöntä hoidon ennakointi ja oireiden lievitys. Saattohoidossa huomioidaan potilas yksilönä ja hoitaminen lähtee potilaan kokonaisvaltaisesta tarpeiden huomioinnista huomioiden potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja päivittäiset tarpeet. (Ridanpää 2006, 78; Sand 2003, 6; Rahko & Rajala 2020, 1605; Lemström 2020, 39.) Potilaan perusoikeuksia ja elämänarvoja tulee kunnioittaa ja hoidon tulee perustua kuolevan hoitotyön eettisiin periaatteisiin. Kuolevan hoitotyötä ohjaavat myös lait ja asetukset. (Ridanpää 2006, 72, 79.) Kokonaisvaltaisen saattohoidon tavoitteena on hyvä kivunlievitys ja rauhallinen kuolema (Sand 2003, 102; Tasmuth 2019, 544). Myös palliativisen hoidon tarkoituksena on lievittää potilaan oireita ja parantaa potilaan elämänlaatua (Saukkonen ym. 2017, 195).

Hyvä saattohoito kuuluu jokaiselle diagnoosista riippumatta, kun lääketieteellisesti parantavan hoidon mahdollisuutta ei enää ole (Tasmuth ym. 2012, 450). Anttonen kollegoineen (2009, 50) tutkimuksessa ilmeni, että saattohoito oli ollut omaisten mielestä ihmisläheistä ja myös oireita lievittävää. Potilaan fyysisistä tarpeista huolehtiminen on tärkeä osa saattohoitoa. Ridanpää (2006, 82–83) mukaan hyvän kuoleman ominaispiirteitä on vaikea määrittää, eikä sen sisältöön voida liittää selkeitä piirteitä, sillä kuolema on aina ainutkertainen tilanne eikä kuolevan asemaan voi asettua kukaan muu kuin kuoleva itse.

Kuolema voi olla hyvinkin monimutkainen prosessi, eikä sen etenemistä voida aina ennustaa (Korhonen & Poukka 2013, 445). Kuolemaa edeltävä vaihe ja kuolema ovat hyvin yksilöllisiä ja ainutkertaisia tilanteita (Korhonen & Poukka 2013, 445; Rahko & Rajala 2020, 1611; Lemström 2020, 18). Sand (2003, 107) mukaan saattohoidon tavoitteena on, että potilaan saattohoito koettaisiin kokonaisuutena hyvänä, hoito vastaisi perheen ja potilaan odotuksia, hoidon tulisi olla laadukasta ja hoidon tulisi olla niin hyvää kuin se tilanteen huomioon ottaen voi olla. Hyvään hoitoon kuuluu vahvasti myös kunnioitus, arvokkuus, loukkaamattomuus sekä potilaan oikeudet ja oma tahto. Saattohoidon aikana potilaalle ja perheelle annetaan kaikki mahdollinen käytettävissä oleva hoidollinen ja lääketieteellinen apu, tuki ja lievitys.

Oireiden hoito

Potilaan vointi ja liikkumiskyky heikkenee, kiinnostus syömistä ja juomista kohtaan häviää, nieleminen vaikeutuu, uneliaisuus lisääntyy, hengitys voi muuttua epäsäännölliseksi ja keuhon periferia viilenee sekä pintaverenkierto heikkenee potilaan viimeisten elinpäivien aikana (Korhonen & Poukka 2013, 440). Tässä vaiheessa keskitytään perustarpeiden ja oireiden hyvään hoitoon ja potilaan elämän laatuun, kun taas perussairauden luonne jää

vähemmän tärkeäksi. Hyvä perushoito on tärkeä osa hyvää saattohoitoa. (Sand 2003, 6; Ridanpää 2006, 45; Tasmuth ym. 2012, 452; Korhonen & Poukka 2013, 440; Antikainen ym. 2013, 913; Lemström 2020, 20). Oireet ovat jokaisella yksilöllisiä ja niiden syitä pyritään selvittämään. Oireiden syinä voivat olla esimerkiksi lääkkeet, ravinnon ja nesteen määrien muutokset, vähäinen liikunta ja sairauksien aiheuttamat muutokset elimistössä. (Ridanpää 2006, 49.) Saattohoidon aikana huomioidaan ravinnon mielekkyys, potilaan toiveet ruuasta ja kunnioitetaan potilaan tahtoa, haluaako hän syödä vai ei (Sand 2003, 149; Ridanpää 2006, 48; Lemström 2020,20). Ridanpää (2006, 48) mukaan hoitajan on osattava tehdä päätöksiä potilaan puolesta, jos potilas ei itse pysty arvioimaan omaa ravinnon tarvettaan.

Potilaan oireita arvioidaan ja hoidetaan säännöllisesti ja omaisille tiedotetaan voinnissa tapahtuvista muutoksista (Korhonen & Poukka 2013, 440). Potilaan tietoihin kirjataan, kenelle omaisista ilmoitetaan, kun potilaan tila heikkenee tai potilas kuolee (Sand 2003, 91; Korhonen & Poukka 2013, 442). Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeää, milloin myös jätetään pois toimenpiteet, joista ei ole enää potilaalle hyötyä (Tasmuth ym. 2012, 450, 452; Korhonen & Poukka 2013, 440; Rahko & Rajala 2020, 1605). Kuoleman lähestyessä oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella (Korhonen & Poukka 2013, 440). Laboratoriokokeita, kuvantamistutkimuksia ja nestelistan, verenpaineiden, happikyllästyneisyyden ja lämmön seuranta ei enää tarvita (Korhonen & Poukka 2013, 440–441; Antikainen ym. 2013, 911). Laboratoriokokeita voidaan ottaa, jos niiden seurannalle on peruste, kuten insuliinidiabeetikon verengluukoosin seuranta. Kun tajunnan taso alenee lähempänä kuolemaa, luovutaan myös verengluukoosipitoisuuden seurannasta. (Rahko & Rajala 2020, 1609, 1611.) Myöskään verituotteiden käyttöä ei suositella enää saattohoitovaiheessa (Korhonen & Poukka 2013, 441; Rahko & Rajala 2020, 1609).

Nesteytyksestä on harvoin hyötyä enää saattohoitovaiheessa, eikä nesteytys- tai ravitsemushoitoa enää aloiteta. Hidasta nesteytystä voidaan käyttää pitämään kanyyli avoinna, mutta haittavaikutuksia täytyy seurata. Nesteytys voi aiheuttaa potilaalle lisää haittaa, kuten turvotuksia. Potilaalle voidaan kokeilla nesteytystä parin päivän ajan, jos epäillään potilaalla olevan nestehukka. Kokeilu kuitenkin lopetetaan, jos se ei kohenna potilaan oloa. Nesteytys ei auta potilaan suun kuivumiseen, koska suun kuivumista aiheuttavat lääkkeet ja autonominen neuropatia. Suun limakalvojen kuivuuteen auttaa parhaiten suun paikallishoito, kuten suun kostuttaminen ja puhdistaminen. (Korhonen & Poukka 2013, 441; Rahko & Rajala 2020, 1609.) Antikainen kollegoineen (2013, 912) mukaan saattohoitopotilaiden letkuruokinnan hyödyistä on lähes olematonta näyttöä ja se saattaa jopa lisätä potilaan kärsimyksiä.

Saattohoidossa potilaalta arvioidaan säännöllisesti kipua, levottomuutta, hengitysteiden eritteitä, hengenahdistusta, oksentelua ja pahoinvointia (Tasmuth ym. 2012, 453; Korhonen

& Poukka 2013, 441). Oireita täytyisi arvioida neljän tunnin välein. Ongelmanratkaisukeinon lähestymistapa on lähtökohtana oireiden hoidossa, mutta hoitoa voidaan kuitenkin muuttaa tarvittaessa. Pahoinvointi on hyvin yleinen oire elämän loppuvaiheessa. Hyvään perushoitoon kuuluu asentohoito, ihon perushoito, suun hoito, suolen toiminnasta ja virtsaamisesta huolehtiminen. Asentohoito ehkäisee myös painehaavoja sekä auttaa painehaavakipuun. Virtsan kertyminen rakkoon ja ulosteen pakkautuminen peräsuoleen voivat aiheuttaa potilaalle kipuja ja levottomuutta. Ummetus voi aiheuttaa potilaalle myös pahoinvointia, milloin ummetuksen hoito on tärkeää. (Korhonen & Poukka 2013, 441–442; Rahko & Rajala 2020, 1608–1609; Lemström 2020, 20.) Potilaan oireita voidaan kartoittaa esimerkiksi kyselylomakkeen avulla (Rahko & Rajala 2020, 1606).

Saattohoitopotilaalla voi ilmetä hengenahdistusta, minkä syitä ja potilaan kokonaistilannetta tulisi arvioida, jotta niiden pohjalta voidaan valita tehokkain ja sopivin hoitomuoto (Ridanpää 2006, 50). Saattohoidossa hengenahdistusta voidaan hoitaa asentohoidolla, rentoutushoidolla, lisähapella, nebulisoidulla keittosuolaliuoksella ja lääkkeillä. Viileä ilmavirta ja tuuletin voivat myös auttaa hengenahdistukseen. Potilaalle kertyy limaa hengitysteihin ja kuolevilla potilailla limaisuus on täysin normaalia. Limaa voidaan imeä imukateetrilla suusta ja ylänielusta, mutta alemmista hengitysteistä limaa ei tule imeä. Liman imeminen voi olla potilaalle epämiellyttävä kokemus. Limaisuuteen voidaan määrätä tarvittaessa myös lääkettä. (Korhonen & Poukka 2013, 443; Rahko & Rajala 2020, 1606, 1608.)

Potilas voi kokea levottomuutta ja hänellä voi esiintyä sekavuutta, jolloin potilasta rauhoitellaan ja etsitään syytä levottomuudelle ja sekavuudelle. Lääkkeet aiheuttavat yleensä näitä oireita, mutta niitä aiheuttavat myös kipu, venynyt rakko tai suoli, aivomuutokset, infektiot, tärkeiden elinten toimintakyvyn romahtaminen, aineenvaihdunnalliset syyt, ahdistuneisuus ja elimistön stressitila. (Korhonen & Poukka 2013, 443–444.) Saattohoidossa on tärkeä pyrkiä mahdollisimman normaaliin elämään. Oireita pyritään hoitamaan hyvin, sillä jos potilas on jatkuvasti kipuileva tai voi pahoin, hän ei voi miettiä muuta kuin sairauttaan. (Sand 2003, 85). Jatkuva kuoleman ajattelu ja siihen liittyvä pelko sekä fyysinen kipu voivat aiheuttaa myös unettomuutta ja väsymystä. Univaikeuksiin voi auttaa turvallinen ja rauhallinen ympäristö, rutiinit sekä myös lääkehoito. Lääkehoito voi kuitenkin lisätä potilaan väsymystä. (Ridanpää 2006, 50.)

Lääkehoito

Saattohoitovaiheessa lääkkeiden tarve arvioidaan uusiksi ja osa lääkkeistä karsitaan pois (Korhonen & Poukka 2013, 441; Tasmuth 2019, 542; Rahko & Rajala 2020, 1609). Yleensä lääkelistalta karsitaan esimerkiksi verenpaine-, rytmihäiriö-, osteoporoosi-, kolesteroli-, diabetes-, vatsansuoja-, masennus-, ja mikrobilääkkeet sekä myös vitamiinit ja hivenaineet

(Korhonen & Poukka 2013, 441). Mikrobilääkkeistä ei ole osoitettu olevan hyötyä enää saattohoidossa, muuten kuin oireisessa virtsatieinfektiossa joissain tapauksissa (Korhonen & Poukka 2013, 441; Antikainen ym. 2013, 911). Myös diabetesta sairastavan potilaan lääkettä karsitaan ja hypoglykemiaa vältetään (Rahko & Rajala 2020, 1611).

Saattohoidon aikana potilaan aiemmista lääkkeitä annetaan edelleen kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä anksiolyytit. Potilaalle määrätään tarvittava lääkitys kipujen, levottomuuden, limaisuuden, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja oksentelun osalta. (Korhonen & Poukka 2013, 441; Rahko & Rajala 2020, 1606.) Kuoleman lähestyessä eri sairaudet voivat keskenään aiheuttaa samankaltaisia oireita, joiden lievityksessä voidaan käyttää samoja lääkkeitä (Rahko & Rajala 2020, 1606). Ennakointi on osa kivun hoitoa ja tarvittavien lääkkeiden määrääminen tai peruskivulääkkeen noston ohjeistaminen ennakoivasti ovat osa kivun hoidon ennakointia (Lesonen 2019, 22; Lemström 2020, 19).

Saattohoitovaiheessa suurella osalla potilaista esiintyy kipuja (Rahko & Rajala 2020, 1608; Lemström 2020, 20). Kipu ymmärretään ja nähdään moniulotteisena, mikä rasittaa potilasta suuresti. Kivun vähentäminen ja lievittäminen nähdään hoidon keskeisenä kulmakivenä. (Sand 2003, 167.) Potilaan kivun taustalla voivat olla sairauden aiheuttamat muutokset elimistössä, rasittavat hoitotoimenpiteet sekä henkinen ahdistus ja pelko (Ridanpää 2006, 51). Potilaan kipukokemukseen voivat vaikuttaa fyysisten oireiden lisäksi myös masennus, viha ja ahdistus (Ridanpää 2006, 46, 71; Korhonen & Poukka 2013, 442–443). Kivun hoitoon tarvitaan usein jatkuva lääkitys ja tarvittava kipulääkitys läpilyöntikipun varalle. Jatkuvaan kipuun käytetään pitkävaikutteista kipulääkettä. Kivun hoidossa korostuukin riittävä lääkitys. (Rahko & Rajala 2020, 1608; Lemström 2020, 20.) Kivun hoidossa käytettävät lääkeannokset voivat olla hyvinkin suuria (Rahko & Rajala 2020, 1606).

Kivun hoidossa voidaan käyttää parasetamolia tai tulehduskipulääkkeitä sekä vahvoja opioideja, joita käytetään vaikean kivun hoidossa sekä hengenahdistuksen lievittämisessä. Heikkoja ja keskivahvoja opioideja ei käytetä kuolevan potilaan kivun hoidossa. (Tasmuth 2019, 542.) Kivun hoidossa tulee olla säännöllistä, riittävää ja ennaltaehkäisevää (Ridanpää 2006, 52). Lääkityksen tehoa arvioidaan mittaamalla kipua ja seuraamalla lyhytvaikutteisten kipulääkkeiden tarvetta (Rahko & Rajala 2020, 1608). Kivun hoidossa potilaan kipua tulee aluksi tunnistaa ja selvittää sen sijainti, luonne ja voimakkuus. Kipua voidaan arvioida esimerkiksi kipumittareiden avulla, kuten numeraalisen tai sanallisen mittarin avulla. (Tasmuth 2019, 541.) Jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipuaan, voidaan kipua arvioida havainnoimalla esimerkiksi potilaan käyttäytymistä ja ilmeitä (Ridanpää 2006, 52; Tasmuth 2019, 541).

Kivun hoidossa voidaan käyttää myös lääkkeettömiä hoitokeinoja, kuten asentohoitoa, lämpö- ja kylmäpusseja, hierontaa ja potilaan psyykkisten oireiden hoitoa (Ridanpää 2006, 52; Tasmuth 2019, 544). Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat edellisten lisäksi myös hyvä perushoito, ihon rasvaus, kylmägeeli, hiusten kampaaminen, kädestä pitäminen, silittäminen, lämmittäminen, esimerkiksi villasukkien laittaminen jalkaan, tai peittojen lisäys, musiikki, huoneen tuuletus, lukeminen, laulaminen ja rauhallinen läsnäolo (Lesonen 2019, 25). Lääkkeettömän kivun hoidon tarkoituksena on siirtää ajatukset pois kivusta ja rauhoittaa mieltä varsinkin silloin, jos kipua aiheuttaa osittain ahdistus ja pelko. Kivun hoidon menetelmissä huomioidaan, että menetelmä on potilaan tilanteeseen nähden sopivin ja potilaalle mielekästä. (Lemström 2020, 21.)

Viimeisinä elinpäivinä lääkkeitä voidaan annostella potilaalle suun kautta, mutta joillain potilailla taas joudutaan käyttämään muuta antoreittiä (Korhonen & Poukka 2013, 441; Tasmuth 2019, 543). Läkkeitä annetaan suun kautta mielellään niin kauan kuin se on mahdollista ja kun lääkkeet vielä imeytyvät suun kautta annettuna (Rahko & Rajala 2020, 1607). Muun antoreitin valinnassa huomioidaan kliininen tilanne ja tarvittavat lääkkeet. Suun kautta annettavia lääkkeitä voidaan antaa myös liuosmuodossa. (Korhonen & Poukka 2013, 441.) Kipulääkitystä voidaan annostella ihonalaisilla injektioilla, kanyylillä tai ihonalaisena infuusiona lääkeannostelijan kautta (Tasmuth 2019, 543; Rahko & Rajala 2020, 1607). Lääkeannostelija on laite, mikä annostelee lääkettä potilaaseen säännöllisesti ja sen avulla voidaan helposti antaa potilaalle tarvittaessa lisäannoksia (Rahko & Rajala 2020, 1608).

Jos potilaan nieleminen on vaikeutunut, voidaan lääkkeitä antaa pieniä annoksia myös limakalvoille, kuten suuonteloon ja nenään. Opioideja ja rauhoittavia lääkkeitä voidaan annostella limakalvoille. Parenteraalisesti lääkettä annetaan mielellään ihon alle, koska lihakseen pistäminen aiheuttaa potilaalle kipua ja taas laskimonsisäinen lääkehoito voi olla epävarmaa, esimerkiksi kanyylin irtoamisen takia ja voi olla vaikeuksia saada potilaalle uutta kanyyliä. (Rahko & Rajala 2020, 1607.) Jos vaikeita oireita ei saada lievitettyä muilla keinoilla, voidaan silloin miettiä palliativista sedaatiota, joka tarkoittaa potilaan tajunnantason heikentämistä lääkkeillä. Sedaatio ei nopeuta kuolemaa. (Rahko & Rajala 2020, 1609.)

Transdermaalisesti annettava lääke voi kakektisella potilaalla imeytyä heikosti ja kuumeilevalla potilaalla annostelukalvo ei välttämättä pysy paikoillaan (Korhonen & Poukka 2013, 442; Tasmuth 2019, 544; Rahko & Rajala 2020, 1607). Viimeisten elinpäivien aikana ei suositella aloitettavaksi transdermaalista lääkettä uutena lääkityksenä, koska oikean annoksen määrittäminen voi olla hankalaa ja se voi kestää liian kauan. Jos potilas ei pysty nielemään, voi lääkettä antaa ihonalaisesti. Ihonalaisesti annettu lääke on tehokas ja helppo reitti toteuttaa lääkehoitoa. Kivun hoidossa huomioidaan kokonais kivun käsite, minkä

mukaan kliininen kipukokemus käsittää fyysisen kivun lisäksi psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen osa-alueen. (Korhonen & Poukka 2013, 442–443.) Eksistentiaalista kipua ja kärsimystä voidaan selvittää potilaalta keskustelemalla potilaan kanssa, kyselemällä hänen voinnistaan ja tarjoamalla keskusteluavuksi esimerkiksi pappia (Lesonen 2019, 24).

Hoitolinjaukset

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, mikä tehdään silloin, kun potilaan elinajan arvioidaan olevan päiviä tai viikkoja. Päätöksen tekee lääkäri, joka keskustelee tilanteesta potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitoneuvotteluissa voidaan keskustella potilaan ja läheisten kanssa potilaan tilanteesta, ennusteesta ja hoitolinjauksista. Keskustelun avulla hoidolle luodaan yhteinen tavoite ja päämäärä. (Tasmuth ym. 2012, 452; Korhonen & Poukka 2013, 440; Lemström 2020, 23–24.) Saattohoitopäätökseen kuuluu myös DNR-päätös. Saattohoitopäätös kirjataan potilaan tietoihin tarkasti. Päätöksiä voidaan muuttaa, jos tilanne muuttuu. Saattohoitopäätöksen tarkoituksena on hyvä oireiden hoito ja turhien toimenpiteiden poisjättäminen. Hyvä oirehoito ei onnistu, jos ei ole aikaa keskustella omaisten kanssa tilanteesta ja lievittää heidän ahdistustaan. (Korhonen & Poukka 2013, 440.)

Kun palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon, tehdään yleensä myös hoidon rajauksia. Hoidon rajauksissa mietitään esimerkiksi lääkkeiden ja ravinnon tarvetta, siirretäänkö potilasta enää muihin hoitoyksiköihin ja hoidetaanko mahdollisia infektioita. Hoidon rajauksissa, suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan yksilöllisyys ja kuunnellaan potilaan omia toiveita. (Lesonen 2019, 19; Lemström 2020, 18.) Potilaan hoidon suunnittelussa tulee varautua myös mahdollisiin akuuttitilanteisiin (Tasmuth 2019, 541). Lesonen (2019, 19) mukaan ennakoivia hoitosuunnitelmia on otettu käyttöön jokin verran.

Hoitotahto ja -suunnitelma tulisi tehdä tarpeeksi varhain, jotta potilas pystyisi ilmaisemaan oman kantansa ja toiveensa hoitoon liittyen (Ridanpää 2006, 73; Tasmuth 2019, 541; Lemström 2020, 18). Potilasta täytyy tukea hoitopäätöksiin osallistumisessa (Saukkonen ym. 2017, 196). Potilaalla on myös itsemääräämisoikeus ja hän saa kieltäytyä hoidosta, jos niin haluaa. Hyvässä saattohoidossa huomioidaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen. (Ridanpää 2006, 73; Tasmuth 2019, 541; Lemström 2020, 18.) Jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan kokemiaan oireita, esimerkiksi dementian takia, ei hänen kanssaan voida laatia hoitosuunnitelmaa, jos aikaisempaa hoitotahtoa ei ole tehty. Silloin kuitenkin tulee hoitopäätöksiin ottaa mukaan potilaan omainen tai laillinen edustaja, joka osaisi parhaiten tehdä päätöksiä potilaan toiveiden ja arvojen mukaisesti. (Antikainen ym. 2013, 914; Tasmuth 2019, 541.) Jos potilaalla ei ole hoitotahtoa tai potilaan omaisilla tai laillisella edustajalla on eri näkemyksiä hoidosta, tulee potilasta hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti (Tasmuth 2019, 541). Potilaan yksilölliset tarpeet täytyy kartoittaa saattohoidon aikana

potilaan ja läheisten kanssa ja asiat kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. Hoidon jatkuva arviointi ja mahdollisuus omahoitajaan lisäävät potilaan hoidon yksilöllisyyttä. (Anttonen ym. 2009, 52.) Elämän loppuvaiheessa hoidon oikean tavoitteen määrittely on potilaalle etu (Rahko & Rajala 2020,1605).

Potilas voi itse määritellä sen, kenet haluaa osallistuvan hänen hoitoonsa (Ridanpää 2006, 53). Perheen on tärkeää olla mukana hoitoon liittyvissä päätöksenteoissa (Smith ym. 2012, 16; Chua ym. 2020, 4). Perhettä tulee kannustaa mukaan päätöksentekoprosessiin ja hoidon suunnitteluun, mutta perheellä tulee olla myös tarpeeksi tietoa ja ymmärrystä hoitoon liittyvissä asioissa, jotta he voivat valinnoillaan ajatella potilaan parasta (Antikainen ym. 2013, 913; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2401; Tasmuth 2019, 540). Potilaat myös itse toivovat, että heidän perheensä tai puolisonsa osallistuisi hoitoon liittyviin päätöksentekoihin (Brent ym. 2018, 137). MacDonald (2003) mukaan taas potilaan tulisi itse päättää omaan hoitoonsa liittyvistä asioista niin pitkään kuin hän siihen pystyy.

9.3 Potilaan psyykinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen hoito

Saattohoito on moniammatillista tiimityötä. Saattohoidossa huomioidaan fyysisten, sosiaalisten, psyykkisten sekä eksistentiaalisten, eli olemassaoloon liittyvien tarpeiden tunnistaminen, ehkäisy ja hoito. (Sand 2003, 167; Tasmuth ym. 2012, 452; Korhonen & Poukka 2013, 441; Antikainen ym. 2013, 913; Tasmuth 2019, 541; Rahko & Rajala 2020, 1609; Lemström 2020, 27.) Potilaan hoidossa huomioidaan myös hengellinen ja elämäntarkoituksellinen tukeminen. Potilas voi kokea masennusta esimerkiksi sosiaalisen aseman tai työroolin menetyksen, perheroolin muutoksen, uupumuksen, unettomuuden, avuttomuuden ja ulkomuodon muuttumisen takia. Vihaa potilas voi tuntea esimerkiksi diagnoosin viivästymisen, huonosti kommunikoivien lääkäreiden tai epäonnistuneen hoidon takia. Ahdistuneisuutta voi aiheuttaa pelko sairaalaympäristöstä, kivun pelko, talous- ja perhehuolet, kuolemanpelko, henkinen ja hengellinen kipu sekä epävarmuus tulevastakin. (Korhonen & Poukka 2013, 443.) Saukkonen kollegoineen (2017, 199–201) tutkimuksessa ilmeni, että potilaan selviytymistä auttoivat eläminen päivä kerrallaan ja nykyhetken arvostaminen. Potilaan on helpompi hyväksyä oma sairastuminen, kun hän kokee eläneensä hyvän elämän ja jos omaiset ovat hyväksyneet sairauden parantumattomuuden.

Potilaan voi olla vaikeaa hyväksyä lähestyvä kuolema ja fyysisten oireiden hoito onkin usein helpompaa potilaalle kuin keskusteleminen omista peloistaan. Keskusteluissa tarvitaankin moniammatillista tiimiä, kuten lääkäriä, sairaanhoitajaa, psykologia ja pastoria, jotka voivat auttaa potilasta valmistautumaan omaan kuolemaansa ja ovat hänen tukena. Potilas voi tarvita myös talous- ja testamenttiasioissa apua sosiaalityöntekijältä tai pankilta. (Ridanpää 2006, 78; Tasmuth 2019, 540–541; Rahko & Rajala 2020, 1606,1611.) Potilaan hengellisiä

tarpeita on tärkeä huomioida osana saattohoitoa. Hoidossa huomioidaan potilaan uskonnollinen vakaumus ja potilaalle voidaan järjestää hengellisiä palveluita, kuten tapaaminen seurakuntatyöntekijän tai pastorin kanssa. (Sand 2003, 157; Lemström 2020, 20.) Sand (2003, 175) mukaan kaikki potilaat eivät välttämättä tunne kristillistä uskoa omakseen, mutta voivat silti haluta keskustella papin kanssa kuoleman lähestyessä. Keskustelu lähtee aina potilaan omasta halusta.

Läsnäolo ja kuunteleminen

Potilaan hoitaminen muuttuu toimenpiteiden sijasta läsnäoloksi, tukemiseksi, kuunteluksi sekä keskusteluksi potilaan kanssa ja nämä ovat osa potilaan henkisten tarpeiden huomiointia (Ridanpää 2006, 46; Tasmuth ym. 2012, 452; Korhonen & Poukka 2013, 441; Lemström 2020, 20). Läsnäolo ja ajan antaminen potilaalle lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta ja vähentävät yksinäisyyttä (Ridanpää 2006, 52, 56; Lemström 2020, 19). Sand (2003, 175) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat mieluusti kertovat omasta elämästään ja muistelevat mennyttä elämää.

Saattohoitopotilaille on tärkeää, että perhe voi olla läsnä hoidon aikana (da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2402; Tasmuth 2019, 540). Pelkästään jo perheen läsnäolo lisää potilaan turvallisuudentunnetta eikä hän koe olevansa hylätty (da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2402). Perheen läsnäolo vähentää potilaan kokemaa yksinäisyyttä ja ahdistusta, kun hän voi keskustella lähteistensä kanssa (MacDonald 2003). Potilaalle on tärkeää, että hän tuntee itsensä rakastetuksi ja saa läheisyyttä sekä tukea omalta perheeltään, mikä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Perheen yhdessä oleminen on erittäin tärkeää ja perheen suhteet voivat syventyä kuoleman lähestyessä. Potilaalle ilon aiheita ovatkin usein läheisten vierailut ja yhteydenpito läheisten kanssa. (Saukkonen ym. 2017, 200–201.)

Potilaan perheellä voi olla kuitenkin myös muita velvollisuuksia, kuten työssä käyminen tai lapsista huolehtiminen, joten omaisilla ei ole aina mahdollisuutta auttaa potilaan hoidossa ja olla paikalla. Siksi myös henkilökunnan on tärkeää olla potilaan tukena. (Brent ym. 2018, 140.) Chua kollegoinee (2020, 4, 8) tutkimuksen mukaan melkein kaikkien saattohoitopotilaiden puoliset osallistuivat potilaan psyykkiseen tukemiseen ja sen koettiin vähentävän molempien osapuolien kokemaa stressiä hoitoihin liittyen. Omien tunteiden jakaminen lisäsi sekä potilaan että puolison hyvinvointia.

Hoitoympäristö ja -henkilökunta

Sekä potilaalle että omaisille on tärkeää, että henkilökunta kuuntelee, kannustaa ja on tukena hoidon aikana ja kuuntelee myös heidän toiveitaan (Smith ym. 2012, 21). Saattohoidossa on tärkeää huomioida myös potilaan tunteet (Anttonen ym. 2009, 50). Kun hoitajalla

on aikaa potilaalle ja hän voi olla läsnä potilaan kanssa, voi potilas avautua omista tunteuksistaan paremmin. Luottamuksen rakentaminen potilaan kanssa on tärkeä osa hoitoa. Läsnäolon lisäksi myös koskettamalla voidaan lievittää potilaan henkistä tuskaa. (Ridanpää 2006, 47; Lesonen 2019, 24.)

Potilaan kohtaaminen on osa hyvää saattohoitoa ja siihen täytyy varata riittävästi aikaa. Potilaalle välittyy tunne, että hoitajalla on aikaa olla hänen kanssaan, kun kohtaamistilanne tehdään rauhalliseksi ja kiireettömäksi. (Rahko & Rajala 2020, 1612; Lemström 2020, 19.) Henkilökunnan tulee olla empaattinen ja kunnioittava potilasta ja perhettä kohtaan sekä olla saatavilla ja antaa aikaa aina kun apua tarvitaan (MacDonald 2003; Smith ym. 2012, 20; Brent ym. 2018, 143; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2401; Chua ym. 2020, 6). Lundberg kollegoineen (2013, 285) mukaan potilaan perheenjäsenistä oli lohdullista, kun henkilökunta oli mukava ja empaattinen sekä heillä oli aikaa keskustella myös perheen kanssa ja välittää heidän hyvinvoinnistaan. Henkilökunnan kiire ja tarpeiden laiminlyönti koettiin huonoksi asiaksi ja se lisäsi potilaan ja perheen kokemaa ahdistusta ja epävarmuutta.

Potilaan selviytymistä edistää potilaslähtöisyys hoitotyössä, rehellisen tiedon saaminen, avoin keskustelu, hyvä ja kuunteleva vuorovaikutussuhde henkilökunnan kanssa, emotionaalisen tuen saaminen ja potilaan huomiointi omana itsenään (Ridanpää 2006, 72; Saukkonen ym. 2017, 200, 202). Potilaalla voi olla toivoa, että tilanne paranee ja potilas voi kokea pelkoa hoitojen lopettamisen osalta. Kuoleman lähestymistä ei aina haluta nähdä ja aina asiaa ei uskalleta ottaa puheeksi. (Ridanpää 2006, 54; Korhonen & Poukka 2013, 440.) Potilas ja omaiset kuitenkin toivovat, että lääkäri tai hoitohenkilökunta keskustelisi enemmän lähestyvistä kuolemasta (Tasmuth ym. 2012, 454). Ennakointi on osa saattohoitoa ja siinä huomioidaan ajoissa käydyt keskustelut potilaan kanssa. Kuolemaan liittyvät pelot voivat vähentyä, kun potilas saa tietoa etukäteen saattohoidosta ja kuolemaa edeltävistä ilmiöistä. (Lemström 2020, 19).

Saattohoito vaatii ammattilaiselta herkkyyttä, empatiaa ja rehellisyyttä olla oma itsensä. Saattohoitoon siirtymisen esteenä voi olla kommunikaatiotaitojen puute. (Tasmuth ym. 2012, 454; Korhonen & Poukka 2013, 440, 445.) Hyvän saattohoidon edellytys on henkilökunnan riittävä osaaminen ja henkilökunnan riittävyys (Anttonen ym. 2009, 52; Lemström 2020, 39). Tärkeää olisi tukea potilaan sisäisiä voimavaroja sekä itsenäisyyttä (Saukkonen ym. 2017, 196).

Hoitoympäristön on koettu vaikuttavan potilaan ja omaisten hyvinvointiin saattohoidon aikana. Hoitopaikan yleinen ilmapiiri, kodinomaisuus, potilashuoneiden koko ja sisustus sekä mahdollisuus perheen läsnäoloon vaikuttavat mielialaan. (Sand 2003, 150; Ridanpää 2006, 53,78; Lundberg ym. 2013, 285; Lemström 2020, 26.) Kodinomaisuutta voidaan lisätä

sisustamalla huoneita ja perhe voikin tuoda potilaalle ja perheelle tärkeitä esineitä huoneeseen. Viihtyvyyttä huoneisiin tuo myös hyvä hygienia ja siisteys. (Ridanpää 2006, 55; Lesonen 2019, 21.) Perheille on tärkeää myös se, että hoitopaikka on lähellä kotia ja sinne pääsee helposti esimerkiksi julkisilla (Chua ym. 2020, 7). Hoidossa huomioidaan turvallinen ja asianmukainen hoitoympäristö (Ridanpää 2006, 45; Korhonen & Poukka 2013, 442). Saattohoidon aikana yhden hengen huone lisää yksityisyyttä ja antaa omaiselle mahdollisuuden yöpyä potilaan luona (Sand 2003, 137; Lesonen 2019, 21; Rahko & Rajala 2020, 1606; Lemström 2020, 26). Anttonen kollegoineen (2009, 45, 50, 52) mukaan saattohoidon laatuun kuuluu perheen yhdessä olon mahdollistamisen ja myös yksityisyyden järjestäminen. Tutkimuksessa ilmeni, että omaiset olivat kokeneet Terhokodin ilmapiirin ja hoitopaikan viihtyvyyden hyväksi. Tutkimuksessa nostettiin esille, että potilas tarvitsee saattohoidon aikana yhden hengen huoneen.

Toiveiden huomiointi

Saattohoidossa on tärkeässä osassa myös potilaan ja perheen toiveiden huomiointi ja toteuttaminen mahdollisuuksien mukaan (Ridanpää 2006, 45–47; Brent ym. 2018, 139) ja ne kirjataan osaksi saattohoitosuunnitelmaa (Lemström 2020, 18). Saattohoidon suunnittelun ja toteutuksen tulee olla potilaslähtöistä, mitä huomioidaan kartoittamalla potilaan omia toiveita ja tarpeita, joiden mukaan hoitoa aletaan toteuttamaan (Lemström 2020, 18). Potilaan toiveet ja huolenaiheet ohjaavat kohti potilaskeskeistä hoidon suunnittelua (Rahko & Rajala 2020, 1606). Saattohoitosuunnitelma toimii pohjana hoidossa ja potilaan toiveita voidaan kysyä potilaalta tai hänen läheisiltään. Potilaan toiveet voivat liittyä moneenkin asiaan, mutta yleisimmin toiveet liittyvät ravitsemukseen, perushoittoon ja läsnäoloon. (Lemström 2020, 18.)

Toiveiden huomioiminen osoittaa myös potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista (Ridanpää 2006, 47). Saattohoidossa potilaan toiveet nousevat etusijalle sairauden sijasta (Korhonen & Poukka 2020, 440). Esimerkiksi potilaan ja omaisten uskontoon tai kulttuuriin liittyviä tapoja tulee olla mahdollisuus toteuttaa hoidon aikana (Ridanpää 2006, 75–76; Korhonen & Poukka 2013, 442; Brent ym. 2018, 139; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2400). On tärkeää mahdollistaa myös potilaalle mielekkäiden asioiden tekeminen. Potilaan hoidossa huomioidaan hengellisyys ja toisille Raamatun lukeminen tai rukoileminen voivat olla selviytymistä edistäviä tekijöitä. (Saukkonen ym. 2017, 200–201.) Ridanpää (2006, 82) mukaan kuolevan potilaan hengellisen tuen tarpeeseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. Sand (2003, 98) mukaan taas saattohoitopotilaat ovat yleensä vähään tyytyväisiä ja kiitollisia pienistäkin palveluista.

9.4 Saattohoito-oppaan esittely

Oppaan sisältö muodostettiin teoriaosuuden ja opinnäytetyön tulosten pohjalta. Siinä huomioitiin myös Parikkalan vuodeosaston henkilökunnan näkemyksiä oppaan sisällöstä. Saattohoito-oppaan nimeksi tuli "Olethan läsnä" ja nimi muodostui siitä, että opinnäytetyötä tehdessä useassa artikkelissa sekä muissa lähteissä, mitä opinnäytetyötä tehdessä käytettiin, korostettiin läsnäolon merkitystä osana saattohoitoa. Oppaasta tehtiin mahdollisimman selkeä ja helppolukuinen omaisille. Omaiset saavat oppaasta tietoa saattohoitoon liittyvissä asioissa ja sen kautta tukea myös omaan jaksamiseensa. Oppaaseen laitettiin myös omaisille hyödyllisiä yhteystietoja, kuten lähialueen hautausmestojen, kirkkoherranviraston ja Parikkalan vuodeosaston yhteystiedot. Oppaaseen laitettiin myös yhteystietoja, mistä omaiset voivat saada tukea omaan jaksamiseensa. Loppuun laitettiin osa opinnäytetyössä käytetyistä lähteistä, joista omaiset voivat saada lisää tietoa saattohoidosta. Oppaan ulkoasuun vaikutettiin kuvilla, joita oppaassa esiintyy ja kuvat ovat opinnäytetyön tekijöiden itse ottamia kuvia. Opas on nähtävissä opinnäytetyön lopussa liitteessä 2.

10 Pohdinta

10.1 Tulosten arviointi ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on kokonaisvaltainen saattohoito ja miten saattohoitopotilaan omaiset ja perhe huomioidaan osana saattohoitoa. Tavoitteena oli tuottaa lyhyt ja selkeä opas omaisille saattohoidon keskeisimmistä asioista. Tutkimuksellinen osuus tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineisto analysoitiin teemoittamalla. Tavoitteena oli tuottaa oppaaseen omaisille laadukasta ja näyttöön perustuvaa tietoa saattohoidosta.

Tuloksissa korostui omaisten huomioiminen osana kokonaisvaltaista saattohoitoa, mikä tukee myös teoriaosuutta. Läheiset tuovat kuolevalle ihmiselle turvaa ja läheisyyttä (Hänninen 2015, 50) ja perhettä voidaan kutsua yhdeksi saattohoidon tukipilariksi (da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2404). Omaisilla tulee olla mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon ja olla läsnä potilaan luona (Anttonen ym. 2009, 45). Teoriaosuudessa Nuutinen & Raatikainen (2005, 135–142) mukaan omaiset voivat osallistua hoitoon kuuntelemalla ja ilahduttamalla potilasta. Smith kollegoineen (2012, 20) ja da Cruz Matos & da Silva Borges (2018, 2400) mukaan omaisten täytyy kuitenkin ymmärtää hoidon tarkoitus ja tavoitteet, jotta he voivat osallistua hoitoon.

Tiedonsaaminen on omaisille tärkeää saattohoidon aikana ja tietoa tulisi antaa sekä suullisesti että kirjallisesti, esimerkiksi kirjalliset oppaat on koettu hyödyllisiksi (Ridanpää 2006, 69; Lundberg ym. 2013, 284). Tämä tukee myös opinnäytetyön pohjalta tuotetun oppaan tarpeellisuutta. Ridanpää (2006, 67), Korhonen & Poukka (2013, 441) ja Lemström (2020, 21) mukaan hoitajien tulee aktiivisesti kuunnella läheisiä ja auttaa omaisia omien tunteidensa käsittelemisessä ja purkamisessa. Jokainen kuitenkin valmistautuu kuoleman kohtaamiseen yksilöllisesti.

Psykososiaalinen tuki on tärkeä osa omaisten huomiointia ja hyvinvointia (Lemström 2020, 21; Rahko & Rajala 2020, 1609). Omaiset voivat saada tukea muun muassa papilta, psykiatriselta sairaanhoitajalta, työterveyshuollolta, sururyhmistä, vertaistukiryhmistä, ystäviltä, sukulaisilta sekä eri ammattiauttajilta (Ridanpää 2006, 57; Lundberg ym. 2013, 283; Rahko & Rajala 2020, 1606). Myös teoriaosuudessa ilmenee samat tukimuodot, Savolainen kollegoineen (2013, 225–233) mukaan. Hudson kollegoineen (2010, 3–4) tutkimuksessa ilmenee, että psykososiaaliset interventiot ja tukiryhmät on koettu hyödyllisiksi ja ne ovat lisänneet perheiden hyvinvointia. Sand (2003, 94), MacDonald (2003), Rahko & Rajala (2020, 1611) ja Lemström (2020, 21) tutkimuksissa ilmeni, että kuoleman lähestyessä perheen sisäiset roolit muuttuvat ja samalla heidän täytyy huolehtia myös arkisista asioista. Omaisia

täytyy tukea huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan, esimerkiksi kysymällä heidän voinnistaan tai ehdottamalla lepäämistä. Myös teoriaosuudessa Heikkilä (2009b) mukaan perheenjäsenen kuoleman myötä perheen roolit muuttuvat. Potilaan kuoleman jälkeen menetyksen hyväksymiseen auttavat esimerkiksi haudalla käyminen ja kuoleesta puhuminen.

Kuolemasta tulee puhua myös lasten kanssa ja ottaa heidät osaksi hoitoa (Rahko & Rajala 2020, 1611). Tämä tukee teoriaosuuden näkemystä siitä, että lapselle tulee kertoa kuolemasta totuudenmukaisesti, huomioiden lapsen ikä ja kehitystaso (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2019).

Tulosten mukaan kuoleman jälkeen omaisille tulee antaa aikaa hyvästellä potilas ja antaa aikaa perheen omille rituaaleille, eikä kuoleman toteamisella ole kiirettä (MacDonald 2003; Anttonen ym. 2009, 45; Korhonen & Poukka 2013, 445). Omaisella on oikeus osallistua vainajan laittoon, mikä voi helpottaa omaisen surutyötä. Omaisten toiveita vainajan laitosta tulee ottaa huomioon, kuten toiveet vainajan vaatteista tai koruista. (Ridanpää 2006, 57,64; Brent ym. 2018, 139; da Cruz Matos & da Silva Borges 2018, 2403.) Myös teoriaosuudessa Anttonen kollegoineen (2016) mukaan omaisille tulee antaa mahdollisuus viettää aikaa vainajan luona ja myös kauempaa tuleville sukulaisille tulee järjestää aikaa vainajan hyvästeilyyn. Anttila kollegoineen (2014, 578, 581) mukaan kuoleman hetkeä ei voida ennustaa etukäteen ja myös tuloksissa Korhonen & Poukka (2013, 445) mukaan kuolema voi olla hyvinkin monimutkainen prosessi, eikä sen etenemistä voida ennustaa.

Kokonaisvaltaisessa saattohoidossa huomioidaan potilaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen osa-alue (Pihlainen 2010, 17) ja tämä korostuu myös tuloksissa. Lisäksi potilas huomioidaan yksilönä ja hoitaminen lähtee potilaan tarpeiden huomioimisesta (Ridanpää 2006, 78; Sand 2003, 6; Rahko & Rajala 2020, 1605; Lemström 2020, 399). Kuolevan potilaan hoidossa huomioidaan myös lait ja asetukset sekä potilaan perusoikeudet ja elämänarvot (Ridanpää 2006, 72, 79). Myös teoriaosuudessa Pihlainen (2010, 7, 11) mukaan hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen perusoikeus, missä potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillinen hoito tulee huomioida.

Saattohoidossa keskitytään potilaan perustarpeiden ja oireiden hyvään hoitoon ja potilaan hyvään elämänlaatuun, kun taas perussairauden luonne jää vähemmän tärkeäksi (Sand 2003, 6; Ridanpää 2006, 45; Tasmuth ym. 2012, 452; Korhonen & Poukka 2013, 440; Antikainen ym. 2013, 913; Lemström 2020, 20). Potilaan perustarpeisiin kuuluu muun muassa ravinnon saaminen, puhtaana pitäminen, lääkehoito, eritystoiminnasta huolehtiminen sekä asentohoito (Hänninen 2015, 45–46). Tulokset ja teoriaosuus tukevat toisiaan potilaan perushoidon osalta. Saattohoitopotilailla ruokahaluttomuus on yleistä ja jos potilas ei halua

syödä, tulee hänen tahtoaan kunnioittaa, sillä pakottaminen syömään ja juomaan ei pidennä saattohoitopotilaan elinikää (Pöyhiä 2012, 456–458). Myös tuloksissa Sand (2003, 149), Ridanpää (2006, 48) ja Lemström (2020, 20) korostavat potilaan oman tahdon huomiointia ruokailun osalta.

Tulosten mukaan saattohoidossa jätetään pois toimenpiteet, joista ei ole enää potilaalle hyötyä (Tasmuth ym. 2012, 450, 452; Korhonen & Poukka 2013, 440; Rahko & Rajala 2020, 1605), esimerkiksi laboratoriokokeet, kuvantamistutkimukset sekä verenpaineen, lämmön, ja happikyllästyneisyyden seuranta (Korhonen & Poukka 2013, 440–441; Antikainen ym. 2013, 911). Teoriaosuuden mukaan laskimonsisäistä nesteytystä ei suositella saattohoidossa, sillä neste voi kertyä elimistöön (Terveyskylä 2019), siksi liiallinen nesteytys ei korjaa potilaan kuivumistilaa elämän loppuvaiheessa (Pöyhiä 2012, 456–458). Tämä tukee myös tuloksissa Korhonen & Poukka (2013, 441) ja Rahko & Rajala (2020, 1609) artikkelien näkemyksiä nestehoidon haitoista saattohoidon aikana. Myös tuloksissa Antikainen kollegoineen (2013, 912) mukaan saattohoitovaiheen letkuruokinnan hyödyistä ei juurikaan ole näyttöä ja se voi lisätä potilaan kärsimystä.

Saattohoidossa potilaalla voi esiintyä kipua, levottomuutta, unettomuutta, väsymystä, hengitystieoireita, oksentelua, pahoinvointia, ummetusta ja virtsan kertymistä rakkoon (Ridanpää 2006, 50; Tasmuth ym. 2012, 453; Korhonen & Poukka 2013, 441; Rahko & Rajala 2020, 1608–1609; Lemström 2020, 20). Tulokset vahvistavat teoriaosuuden näkemystä saattohoidon aikana ilmenevistä oireista. Saattohoidossa lääkkeiden tarve arvioidaan uusiksi ja tarpeettoman lääkkeet karsitaan pois (Poukka & Korhonen 2018). Myös tuloksissa Korhonen & Poukka (2013, 441), Tasmuth (2019, 542) ja Rahko & Rajala (2020, 1609) tutkimusten mukaan karsitaan esimerkiksi verenpaine-, rytmihäiriö-, osteoporoosi-, kolesteroli-, diabetes-, vatsansuoja-, masennus-, mikrobilääkkeet sekä vitamiinit ja hivenaineet.

Saattohoitovaiheessa hoidetaan lääkkeellisesti kipua, levottomuutta, limaisuutta, hengenahdistusta, pahoinvointia ja oksentelua (Korhonen & Poukka 2013, 441; Rahko & Rajala 2020, 1606). Teoriaosuuden mukaan kivunhoidossa voidaan käyttää apuna porrasmallia, jonka mukaan kivunhoito aloitetaan lievillä kipulääkkeillä ja tarvittaessa edetään vahvoihin kipulääkkeisiin (Heiskanen 2018). Tuloksissa ilmenee, että kipua tulisi hoitaa ennakoivasti (Lesonen 2019, 22; Lemström 2020, 19) ja jatkuvan lääkityksen rinnalla tulisi olla tarvittava lääkitys läpilyöntikivun varalle (Rahko & Rajala 2020, 1608; Lemström 2020, 20). Sekä teoriaosuuden että tulosten mukaan lääkkeitä annetaan ensisijaisesti suun kautta, mutta jos lääkehoitoa joudutaan toteuttamaan muuta reittiä käyttäen, huomioidaan potilaan kliininen tilanne (Korhonen & Poukka 2013, 441; Rahko & Rajala 2020, 1607). Kivun hoidossa voidaan käyttää myös lääkkeettömiä hoitokeinoja, kuten asentohoitoa, lämpö- ja

kylmäpusseja, hierontaa ja psyykkisten oireiden hoitoa (Ridanpää 2006, 52; Tasmuth 2019, 544). Myös Käypä hoito (2019) suosittelee näiden keinojen käyttöä kivunhoidossa. Kivunhoidossa huomioidaan kokonais kivun käsite, mikä käsittää fyysisen kivun lisäksi myös psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen osa-alueen (Korhonen & Poukka 2013, 442–443).

Teoriaosuudessa Valvira (2020) ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (2019) mukaan saattohoitopäätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Päätöksen tekee kuitenkin aina lääkäri, kun potilaan elinajan arvioidaan olevan enää päiviä tai viikkoja. DNR-päätös on osa saattohoitopäätöstä. Myös tuloksissa Tasmuth kollegoineen (2012, 452), Korhonen & Poukka (2013, 440) ja Lemström (2020, 23–24) tutkimuksissa korostuu vastaavat asiat.

Hoidon rajauksissa, suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan potilaan toiveita ja myös ennakoivaa hoitosuunnitelmaa on otettu käyttöön jonkin verran (Lesonen 2019, 19; Lemström 2020, 18). Hoitotahto sekä -suunnitelma tulisi tehdä tarpeeksi varhain, jotta potilas pystyisi ilmaisemaan oman kantansa ja toiveensa hoitoon liittyen (Ridanpää 2006, 73; Tasmuth 2019, 541; Lemström 2020, 18). Elämän loppuvaiheessa potilaalle on eduksi hoidon tavoitteen määrittely (Rahko & Rajala 2020, 1605). Tulokset vahvistavat teoriaosuuden näkemystä hoidon linjauksista, koska myös Lehto kollegoineen (2019, 335–339) mukaan hoitosuunnitelmassa voidaan ennakoida oireita ja ottaa huomioon potilaan ja läheisten psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet.

Tuloksissa korostetaan moniammatillisen tiimin merkitystä osana saattohoitoa, mihin kuuluu muun muassa lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, pastori ja sosiaalityöntekijä (Ridanpää 2006, 78; Tasmuth 2019, 540–541; Ranko & Rajala 2020, 1606, 1611). Tulosten ja teoriaosuuden mukaan potilaan uskonnollinen vakaumus ja hengelliset tarpeet tulee huomioida hoidossa (Sand 2003, 157; Lipponen & Karvinen 2014, 30–35; Lemström 2020, 20). Teoriaosuuden mukaan potilaalle voi syntyä ajatuksia esimerkiksi kuolemanjälkeiseen elämään liittyen, vaikka potilas ei olisikaan uskonnollinen (Lipponen & Karvinen 2014, 30–35). Myös tuloksissa Sand (2003, 175) korostaa sitä, että potilas voi haluta puhua papin kanssa, vaikka hän ei välttämättä tunne kristillistä uskoa omakseen.

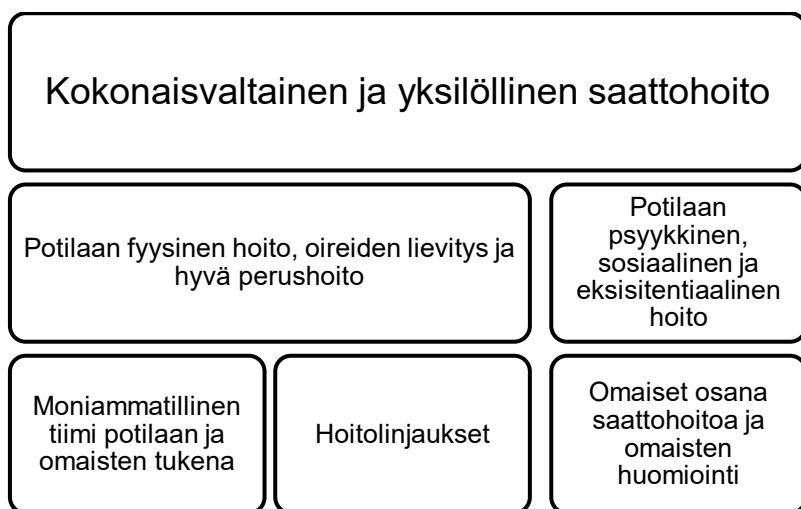
Tuloksissa ilmenee, että potilaan hoitaminen muuttuu toimenpiteiden sijasta läsnäoloksi, tukemiseksi, kuunteluksi ja keskusteluksi potilaan kanssa, mitkä kuuluvat henkisten tarpeiden huomiointiin (Ridanpää 2006, 46; Tasmuth ym. 2012, 452; Korhonen & Poukka 2013, 441; Lemström 2020, 20). Tämä tukee myös teoriaosuudessa Kuuppelomäki (2002, 117–118) näkemystä asiaan. Saukkonen kollegoineen (2017, 200–201) mukaan perheen yhdessä oleminen on tärkeä osa saattohoitoa, ja perheen väliset suhteet voivat syventyä

kuoleman lähestyessä. Potilas kokee iloa läheisten vierailusta ja yhteydenpidosta heidän kanssaan. Teoriaosuudessa Hiltunen (2015) mukaan potilas ei kuitenkaan aina halua puhua kuolemaan liittyvistä asioista ja tunteistaan omille läheisilleen.

Tulosten mukaan potilaan selviytymistä edistää potilaslähtöisyys, rehellinen tiedonsaanti, avoin keskustelu, hyvä vuorovaikutussuhde hoitohenkilökunnan kanssa, emotionaalisen tuen saaminen ja potilaan huomiointi omana itsenään (Ridanpää 2006, 72; Saukkonen ym. 2017, 200, 202). Tuloksissa korostuu myös hoitoympäristön vaikutus potilaan ja omaisten hyvinvointiin saattohoidon aikana, esimerkiksi huoneiden koko, kodinomaisuus ja mahdollisuus perheen läsnäoloon sekä yöpymiseen vaikuttavat mielialaan (Sand 2003, 137, 150; Ridanpää 2006, 53, 78; Lundberg ym. 2013, 285; Lesonen 2019, 21; Lemström 2020, 26; Rahko & Rajala 2020, 1606). Saattohoidossa potilaan toiveet ovat etusijassa sairauden sijasta, ja potilaalle tulee mahdollistaa hänelle mielekkäiden asioiden tekeminen (Saukkonen ym. 2017, 200–201; Korhonen & Poukka 2020, 440).

Tulosten perusteella voidaan todeta, että kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen saattohoitoon kuuluu läheisten huomioiminen ja potilaan fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen hoito. Tulosten mukaan voidaan todeta, että omaisten osallistuminen ja mukana oleminen hoidossa kuuluu tärkeänä osana saattohoitoon. Omaisten tulee saada ajantasaista ja totuudenmukaista tietoa potilaan hoidosta. Omaisen läsnäolo on tärkeää sekä potilaan että omaisten hyvinvoinnin kannalta. Saattohoidossa hoitajien tulee osata huomioida myös omaisten tuen tarve ja ohjata heitä tarvittaessa oikean tuen piiriin.

Tuloksissa korostui myös potilaan hyvä oireiden hoito, perushoito ja ennen kaikkea hyvä kivunhoito. Ajoissa tehdyt hoitolinjaukset parantavat saattohoidon laatua ja tekevät hoidosta yksilöllisen ja potilaan toiveita kunnioittavan. Potilaan hoidossa korostetaan myös moniammatillisen tiimin tärkeyttä. Saattohoidossa suuressa roolissa on hoitajien mahdollisuus olla läsnä ja ajan antaminen potilaalle. Tuloksissa nousi esille myös hoitoympäristön mielekkyys sekä potilaan toiveiden toteuttamisen tärkeys. Taulukossa 3 on esitelty keskeisimmät tulokset.



Taulukko 3. Keskeisimmät tulokset

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset luotettavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. Jos tutkija käyttää työssään muiden tutkijoiden tekemää työtä, hänen tulee viitata heidän julkaisuunsa. Tarvitavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna tutkimusta varten. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta ovat sitoutuneet noudattamaan myös ammattikorkeakoulut, joiden tulee tarjota opiskelijoille tutkimuseettistä koulutusta. Ammattikorkeakouluille on kehitetty suosituksia sekä muistilistoja opiskelijoille ja ohjaajille. Suositusten tavoitteena on yhtenäistää ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessia ja parantaa opinnäytetöiden laatua. Ammattikorkeakoulujen tulee opettaa sekä opinnäytetyön ohjaajille että opinnäytetyön tekijöille hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, eettisiä periaatteita ja tutkimuksiin sovellettavaa lainsäädäntöä. (Arene 2020, 3–5.)

Opinnäytetöiden tulee olla hyvän tieteellisen käytännön mukaisia. Opinnäytetyöprosessissa tulee kiinnittää huomioita myös henkilötietojen käsittelyyn ja tietosuojan toteutumiseen. Ennen arviointia ja julkaisua kaikki opinnäytetyöt tarkistetaan plagiaatintunnistusjärjestelmässä, jotta lainaukset ja lähdeviitteet ovat tekijänoikeuslain ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Opiskelijan tulee hankkia tarvittavat tutkimusluvut ja sopimukset yhteistyökumppanien kanssa ja olla perehtynyt opinnäytetyön aiheeseen. Opinnäytetyössä käytetyt aiheet, menetelmät, tulokset ja tuotokset on oltava kaikkien käytettävissä, joten kaikki opinnäytetyöt tallennetaan Theseus-julkaisuarkistoon. (Arene 2020, 7, 10, 14.)

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan kiinnittää huomiota tutkimuksen aineistonkeruumenetelmään ja siihen liittyviin erityispiirteisiin, esimerkiksi haastattelussa olevien henkilöiden määrään ja mahdollisiin aineistonkeruussa ilmaantuneisiin ongelmiin. Myös tutkimuksen tiedonantajien valitsemisperusteet ja määrä vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimusaineiston kerääminen, aineiston analysointi, tulokset ja mahdolliset johtopäätökset tulee olla perusteltuna tutkimuksessa, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen tuloksia ja niiden luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163–165.)

Opinnäytetyössä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeita, esimerkiksi rehellisyyttä ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyöhön on hankittu tarvittava tutkimuslupa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Kaikkiin käytettyihin lähteisiin on viitattu tekstissä lähdeviitteellä ja kaikki lähteet löytyvät lähdeluettelosta. Opinnäytetyössä ei ole käytetty plagiointia. Opinnäytetyön tekijät ovat perehtyneet aiheeseen ja tekijöillä on käytännön työkokemusta saattohoidosta, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön lähteet on valittu sen mukaisesti, että ne ovat näyttöön perustuvia, luotettavia ja ajankohtaisia. Saattohoito-opas on tehty opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden perusteella ja siinä on huomioitu Parikkalan vuodeosaston henkilökunnan näkemyksiä oppaaseen. Henkilökunnalla on käytännön työkokemusta saattohoidosta, mikä lisää oppaan luotettavuutta. Tulosten luotettavuuden arvioinnissa tulee huomioida, että osa aineistosta oli englanninkielisiä ja tutkijoiden omana äidinkielenä on suomi.

10.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuositukset

Jatkotutkimusaiheena voisi kehitellä vastaavanlaisen oppaan kotona tapahtuvan saattohoidon tueksi omaisille, sillä kotona toteutuvassa saattohoidossa on osittain erilaisia asioita, kuin osastolla tapahtuvassa saattohoidossa. Saattohoidon toteutus kotona on kuitenkin nykyään yleistynyt. Lisäksi voisi selvittää omaisten tyytyväisyyttä osastolla tapahtuvaan saattohoitoon haastattelumenetelmän avulla ja miten omaisia on huomioitu osana saattohoitoa. Kehittämissuosituksena tulosten perusteella pitäisi pystyä järjestämään enemmän resursseja kokonaisvaltaisen saattohoidon toteutumiseen osastoilla. Opinnäytetyön tekijöiden käytännön kokemuksen perusteella saattohoidon käytännön toteutuksessa on parannettavaa, sillä osastoilla henkilökunnalla ei ole välttämättä riittävästi aikaa saattohoitopotilaalle ja hänen omaisilleen.

Lähteet

- Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkärilehti 12/2013 vsk 68, 909–915.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2014. Sairaanhoidon ja huolenpito. SanomaPro. Helsinki.
- Anttonen, M-S., Hänninen, J., Hävölä, H., Konttila, T., Pajula, M. & Vuorinen, E. 2016. Saattohoito. Verkkokurssi. Terveysportti. Duodecim oppiportti.
- Anttonen, M-S., Kvist, T. & Nikkonen, M. 2009. Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. Hoitotiede 2009, 21 (1), 45–53.
- Arene. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 12.1.2021. Saatavissa http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382.
- Brent, L., Santy-Tomlinson, J. & Hertz, K. 2018. Family Partnerships, Palliative Care and End of Life. Springer; 2018. Chapter 11, 137–145.
- Chua, GP., Pang, GSY., Yee, ACP., Neo, PSH., Zhou, S., Lim, C., Wong, YY., Qu, DL., Pan, FT. & Yang, GM. 2020. Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their palliative care needs? BMC Cancer 8/15/2020; 20(1), 1–15.
- Da Cruz Matos, J. & da Silva Borges, M. 2018. The family as a member of palliative care assistance. Journal of Nursing UFPE, Sep2018; 12(9): 2399–2406.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto. 2020. Vainajan omaisille. Viitattu 25.11.2020. Saatavissa <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/saatto-sielunhoito/vainajan-omaisille/Sivut/default.aspx>.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto. 2012. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimiston alueen saattohoitosuunnitelma. Viitattu 1.3.2021. Saatavissa https://www.eksote.fi/terveyspalvelut/sairaanhoido-a-o/hoitoketjut/Documents/Eksoten_alueen_saattohoitosuunnitelma.pdf.
- Haliila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto - käytännön ohjeita. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 22.4.2020. Saatavissa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809.
- Heiskanen, T. 2018. Porrasmalli. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt -opas kuvat. Terveysportti. Duodecim.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Ohjeita ummetuksen hoitoon. Viitattu 7.5.2020. Saatavissa <https://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoidoalueet/hyks/hyks-atek/kivunhoito/Documents/Ummetuksen%20hoito%20-opas.pdf>.
- Hiltunen, P. 2015. Psykososiaalinen tuki vanhuspotilailla. Palliativinen hoito. Oppiportti. Duodecim.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä, T. 2009a. Läheisesi on kuollut. Kuoleman kohtaaminen ja saattohoito. Oppiportti. Duodecim.
- Heikkilä, T. 2009b. Surusta. Kuoleman kohtaaminen ja saattohoito. Oppiportti. Duodecim.
- Hudson, P., Remedios, C. & Thomas, K. 2010. A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. BMC Palliative Care 2010, 9:17, 1–6.

- Hänninen, J. 2018. Oireiden arviointi saattohoidossa. Terveysportti. Pitkäaikaissairaudet. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt- opas.
- Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Etelä- Suomen syöpäyhdistys. Terhokoti. Viitattu 24.11.2020. Saatavissa <https://syopa-alueelliset.s3.eu-west-1.amazonaws.com/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>.
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim 2013;129(4):433–9. Viitattu 7.5.2020. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>.
- Hänninen, J. 2011. DNR vai AND? Lääkärilehti 41/2011. Vsk.66, s.3004. Viitattu 24.11.2020. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/dnr-vai-and/>.
- Hänninen, J. 2006. Mitä palliatiivinen sedaatio on – ja mitä se ei ole. Lääkärilehti 42/2006 vsk 61, s. 4323. Viitattu 24.11.2020. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/mita-palliatiivinen-sedaatio-on-ja-mita-se-ei-ole/>.
- Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen Kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291–301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 2013; 129:440–5.
- Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – sairaanhoitajien näkökulma. Hoitotiede Vol. 14, no 3/-02.
- Käypä Hoito. 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 22.4.2020. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s6>.
- Lab- ammattikorkeakoulu. 2020. Toiminnallinen opinnäytetyö ja kehittäminen. Tutkimus ja kehittämisosaaminen. Sosiaali- ja terveysala. Moodle-materiaali.
- Lehto, J. Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 2019; 135:335–42.
- Lemström, S. 2020. Lähijohtajien näkemyksiä hyvästä saattohoidosta ja sen toteutumisen johtamisesta perustason laitoshoidon yksiköissä. Pro-gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lesonen, M. 2019. Hoitajien kuvauksia saattohoidosta. Pro-gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lipponen, V. & Karvinen, I. 2014. Lupa lähteä. Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana. Gerontologia 28(1), 2014.
- Lundberg, T., Olsson, M. & Fürst, C. 2013. The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. International Journal of Palliative Nursing 2013, Vol 19, No 6, 282–288.
- MacDonald, P. 2003. Emotional care of the patient & family in terminal illness. Practice Nurse, 11/28/2003, Vol. 26, Issue 9.
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2019. Lapsi ja läheisen kuolema. Viitattu 25.11.2020. Saatavissa <https://www.mll.fi/vanhemmille/tukea-perheen-huoliin-ja-kriiseihin/lapsi-ja-laheisen-kuolema/>.

- Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotiede* Vol. 17, nro 3/-05.
- Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.4.2020. Saatavissa <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN:NBN:fi-fe201504225791.pdf>.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Kuoleman jälkeiset toimenpiteet- käytännön ohjeita.
- Poukka, P. & Korhonen, T. 2018. Lääkehoito saattohoidossa. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt -opas. Terveysportti. Duodecim.
- Pöyhä, R. 2012. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. *Finnanest* 2012; 45 (5).
- Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Duodecim* 136:1605–13.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Saarto, T., Finne-Soveri, H. & Asiantuntijatyöryhmät. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Saarto, T. 2018. Palliatiivinen hoito osana terveydenhuoltojärjestelmää. Käypä hoito. *Duodecim*. Viitattu 9.2.2021. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nix02562>.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 7.5.2020. Saatavilla https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana- systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 29 (3), 195–206.
- Savolainen, S., Kaunonen, M. & Aho, A-L. 2013. Vanhempien selviytymisessä auttavat tekijät lapsen kuoleman jälkeen. *Hoitotiede* 2013, 25 (3).
- Smith, S., Pugh, E. & McEvoy, M. 2012. Involving families in end of life care. *Nursing Management*, Jul;19(4):16–22.
- Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käypä hoito. Viitattu 7.5.2020. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>.
- Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkärilehti* 9/2019 VSK 74, 540–544.
- Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? *Finnanest* 2012; 45 (5), 450–454.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Mitä on palliatiivinen hoito. Ikääntyminen. Viitattu 22.4.2020. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito>.

Terveyskylä. 2019. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. Viitattu 7.5.2020. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/saattohoidon-erityiskysymykset/nesteytys-ja-ravitseminen-saattohoidossa>.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 12.2.2020. Saatavissa https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Valvira. 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 22.4.2020. Saatavissa https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito.

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

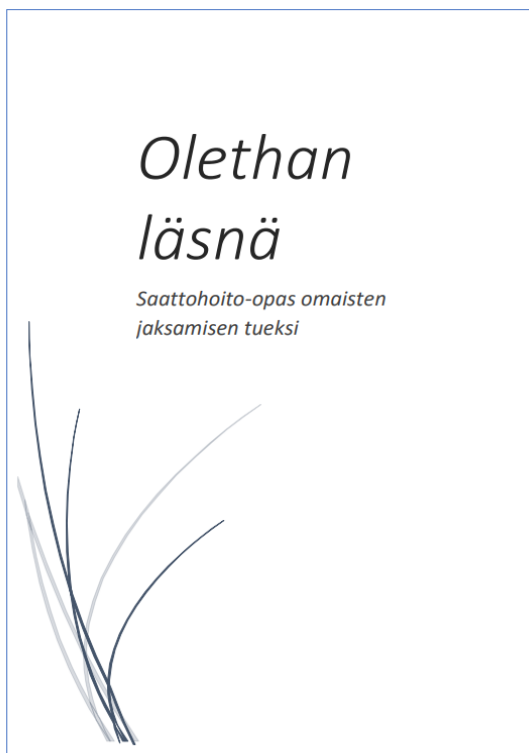
Liite 1. Aineistotaulukko

Tekijä(t)	Julkaisun tiedot	Tutkimustyyppi, aineistonkeruu	Tutkimuksen/ artikkelin tarkoitus ja tavoitteet	Keskeiset tulokset/ keskeinen sanoma
Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T.	Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. 2013. Suomen lääkärilehti.	Asiantuntija-artikkeli. Katsaus.	Tavoitteena käsitellä aikaisempia tutkimuksia dementoituneen vanhuksen saattohoitoon liittyen.	Vaikeasti dementoituneen vanhuksen palliatiivinen hoito ei tarkoita hoitamatta jättämistä tai eutanasiaa. Hoidonrajaukset ja omaisten tietoisuus vähentävät turhia sairaalasiirtoja ja parantavat oireenmukaista hoitoa.
Anttonen, M-S., Kvist, T. & Nikkonen, M.	Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. 2009. Hoitotiede.	Määrällinen tutkimus. Kyselylomake.	Tarkoituksena kuvata saattohoidon laatua Terhokodissa ja siihen vaikuttavia tekijöitä omaisten arvioimana.	Omaiset arvioivat läheistensä saaneen hyvää hoitoa Terhokodissa ja omaiset kokivat, että heistä on huolehdittu hyvin. Saattohoito oli ollut oireita lievittävää ja ihmisläheistä. Parhaimmat arvioinnit sai ilmapiiri ja huonoimmin toteutui saattohoidon osaaminen.
Brent, L., Santy-Tomlinson, J. & Hertz, K.	Family Partnerships, Palliative Care and End of Life. 2018. Springer.	Asiantuntija-artikkeli.	Tavoitteena käsitellä omaisen osallistumista saattohoitopotilaan hoitoon ja sen vaikutuksia omaisen jaksamiseen.	Hyvä kommunikointi ja yhteistyö perheen kanssa on tärkeää hyvän hoidon kannalta. Perhe tarvitsee apua ja tukea omaan jaksamiseensa.
Chua, GP., Pang, GSY., Yee, ACP., Neo, PSH., Zhou, S., Lim, C., Wong, YY., Qu, DL., Pan, FT. & Yang, GM.	Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their palliative care needs? 2020. BMC Cancer.	Määrällinen tutkimus. Kyselylomake.	Tarkoituksena on selvittää palliatiivisessa hoidossa olevilta potilailta sekä heidän puolisoiltaan hoitoon liittyvät keskeiset tuen tarpeet.	Tuen tarve koettiin suurimmaksi tiedonsaannin ja käytännön tuen kohdalla. Myös psyykinen ja taloudellinen tuki ovat tärkeässä osassa.
da Cruz Matos, J. & da Silva Borges, M.	The family as a member of palliative care assistance. 2018. Journal of Nursing UFPE.	Laadullinen tutkimus. Teemahaastattelu.	Tarkoituksena selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä perheen osallistumisesta saattohoitoon.	Perhe on keskeinen osa saattohoitoa ja perheen olisi hyvä olla mukana potilaan hoidossa sekä siihen liittyvissä päätöksissä. Myös perhe tarvitsee tukea ja tietoa hoitohenkilökunnalta.
Hudson, P., Remedios, C. & Thomas, K.	A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. 2010. BMC Palliative Care.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Tavoitteena tunnistaa saattohoitopotilaiden omaisten saaman psykososiaalisen tuen kehitystä ja sen vaikutavuutta.	Psykososiaalisten interventioiden laatu ja määrä on kasvanut vuosien 2000–2009 välillä. Omaiset ovat kokeneet yksilölliset interventiot parempina kuin ryhmäinterventiot.

Tekijä(t)	Julkaisun tiedot	Tutkimustyyppi, aineistonkeruu	Tutkimuksen/ artikkelin tarkoitus ja tavoitteet	Keskeiset tulokset/ keskeinen sanoma
Korhonen, T. & Poukka, P.	Kuolevan potilaan hoito. 2013. Duodecim.	Asiantuntija-artikkeli.	Tarkoituksena käsitellä pääperiaatteet kuolevan potilaan hoidon osalta.	Oirehoidolla, kommunikaatiolla ja omaisten huomioimisella on tärkeä merkitys kuolevan potilaan hoidossa.
Lemström, S.	Lähijohtajien näkemyksiä hyvästä saattohoidosta ja sen toteutumisen johtamisesta perustason laitoshoidon yksiköissä. 2020. Itä-Suomen yliopisto.	Pro gradu -tutkielma. Laadullinen tutkimus. Teemahaastattelu.	Tarkoituksena kuvata lähijohtajien näkemyksiä hyvästä saattohoidosta, sen edellytyksistä ja esteistä sekä minkälaisia johtamisen keinoja siihen tarvitaan.	Henkilöstön osaamista ja jaksamista täytyy tukea. Kehitetään saattohoitoa ja turvataan riittävät resurssit. Lähijohtajien täytyy itse arvostaa saattohoitoa, tunnistaa sen erityistärkeys, puhua hyvän saattohoidon puolesta ja vaikuttaa yksikön asenneilmastoon myönteisesti.
Lesonen, M.	Hoitajien kuvauksia saattohoidosta. 2019. Itä-Suomen yliopisto.	Pro gradu -tutkielma. Laadullinen tutkimus. Haastattelu.	Tarkoituksena kuvata saattohoitoa hoitajien näkökulmasta ja miten heistä saattohoitoa tulisi kehittää.	Hyvää saattohoitoa edistäviä tekijöitä ovat mm. ennakoiva hoitosuunnitelma, saattohoitoa tukeva hoitoympäristö, riittävät hoitajaresurssit ja saattohoito-osaamisen lisääminen koulutusten avulla.
Lundberg, T. Olsson, M. & Fürst, C.	The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. 2013. International Journal of Palliative Nursing.	Laadullinen tutkimus. Haastattelu.	Tarkoituksena selvittää saattohoitopotilaan perheenjäsenten saamaa tukea ja siihen liittyviä tunteiden muutoksia.	Keskustelu hoitohenkilökunnan ja perheenjäsenten välillä lisäsi läheisten varmuutta sekä turvallisuuden- ja mukavuudentunnetta.
MacDonald, P.	Emotional care of the patient. & family in terminal illness. 2003. Practice Nurse.	Asiantuntija-artikkeli.	Tavoitteena kuvata tunnetason asioita, jotka vaikuttavat sekä saattohoitopotilaan että hänen perheensä hyvinvointiin.	Tunteiden tunnistaminen ja ilmaiseminen sekä tunteiden ja tiedon jakaminen on tärkeää potilaan, perheen sekä ammattilaisten välillä osana saattohoitoa.
Rahko, E. & Rajala, K.	Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. 2020. Duodecim.	Asiantuntija-artikkeli.	Tarkoituksena auttaa urallaan nuorta kollegaa hahmottamaan saattohoidon kokonaisuutta sekä ohjata käyttämään myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksia.	Saattohoidossa potilas on hoidon keskiössä ja omaiset osallisina. Saattohoito on moniammatillista työtä.
Ridanpää, S.	Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. 2006. Tampereen yliopisto.	Pro gradu -tutkielma. Laadullinen tutkimus.	Tarkoituksena kuvata kuolevan hoitotyöhön liittyviä kirjallisia ohjeita, joita käytetään erilaisissa hoitopaikoissa.	Kuolevan hoitotyöhön sisältyvät kuolevan potilaan sekä läheisten hoito, vainajan saattaminen, kuolevan hoitotyön eettisen perustan ja lainsäädännön tunteminen.

Tekijä(t)	Julkaisun tiedot	Tutkimustyyppi, aineistonkeruu	Tutkimuksen/ artikkelin tarkoitus ja tavoitteet	Keskeiset tulokset/ keskeinen sanoma
Sand, H.	Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. 2003. Tampereen yliopisto.	Väitöskirja. Haastattelu.	Tarkoituksena kuvata ja tuoda esille saattohoidon toimintaa saattohoitokodeissa ja siten lisätä ymmärrystä kuolevan potilaan hoitamisesta.	Saattohoito on perhekeskeistä sekä potilaan tarpeet tulee huomioida yksilöllisesti.
Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P.	Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 2017. Hoitotiede	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Tarkoituksena kuvata syöpäpotilaan ja hänen perheensä kokemuksia heidän selviytymistään edistävistä tekijöistä palliatiivisen hoidon aikana.	Potilaan ja läheisten selviytymistä edistivät rohkeuden ja voiman löytyminen, oman tarinan luominen, perheen sisäisten suhteiden tasapaino, läheisten halu osallistua hoitoon, mielenrauha, omassa kodissa eläminen, erilaiset hoitovaihtoehdot sekä ammattitaitoinen ja oikea-aikainen palliatiivinen hoito.
Smith, S., Pugh, E. & McEvoy, M.	Involving families in end of life care. 2012. Nursing Management.	Asiantuntija-artikkeli.	Tarkoituksena selvittää saattohoitopotilaan perheen mielipiteitä ja palautetta läheisensä saamasta hoidosta ja selvittää, mitkä asiat takaavat potilaalle hyvän kuoleman.	Saattohoidossa tärkeässä osassa on perheen mukaan ottaminen potilaan hoitoon. Potilaan oireiden hoidon lisäksi tärkeäksi on koettu myös henkilökunnan saavutettavuus ja heiltä saatu myötätunto, tuki ja tieto.
Tasmuth, T.	Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. 2019. Lääkärilehti.	Asiantuntija-artikkeli. Katsaus.	Tavoitteena saavuttaa kokonaisvaltaisella saattohoidolla hyvä kivunlievitys sekä rauhallinen kuolema.	Saattohoitoon kuuluu fyysisen, psyykkisen, sosiaaliset sekä eksistentiaalisen kärsimyksen lievitys. Hoidossa huomioidaan myös potilaan omaiset.
Tasmuth, T. Poukka, P. & Pöyhiä, R.	Milloin saattohoito alkaa? 2012. Finnanest.	Asiantuntija-artikkeli.	Tavoitteena antaa tietoa saattohoidosta ja tuoda ilmi saattohoitoon kuuluvia keskeisimpiä käsitteitä.	Saattohoidon päämääränä on potilaan sekä läheisten hyvä elämänlaatu ja rauhallinen kuolema. Sairauden sijaan aktiivisen hoidon kohteeksi tulee potilas kokonaisuutena.

Liite 2. Saattohoito-opas



Sisällys

1. Palliativinen hoito ja saattohoito.....	2
2. Hoitosuunnitelma.....	3
3. Saattohoitopäätös ja hoidon rajaukset	4
4. Hoitotahto.....	5
5. DNR-päätös	6
6. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö	7
7. Saattohoitopotilaalla esiintyviä oireita	8
8. Kivun hoito	9
9. Fyysisten oireiden hoito	10
10. Lääkehoito saattohoidossa.....	13
11. Psykkinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen hoito	14
12. Saattohoitopotilaan elämän päättyessä	16
13. Vainajan laitto	17
14. Jäähvyäisten jättäminen.....	17
15. Hautausjärjestelyt	18
16. Omaiset osana saattohoitoa.....	19
17. Omaisten hoitoon osallistuminen	20
18. Omaisten tukeminen	21
Hyödyllisiä puhelinnumeroita omaisille	23
Lopuksi	24
Lähteitä	25

1

1. Palliativinen hoito ja saattohoito

Palliativinen hoito tarkoittaa oireenmukaista hoitoa, mihin päädytään silloin kun ihmisellä on kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus. Palliativinen hoitolinjaus tehdään silloin, kun taudin kulkuun ei voida enää olennaisesti vaikuttaa. Palliativisen hoidon tarkoituksena on lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Palliativinen hoito voi kestää useamman vuoden.

Saattohoidon määritellään olevan osa palliativista hoitoa ja se kuuluu palliativisen hoidon loppuvaiheeseen. Saattohoito ajoittuu viimeisiin elinviikkoihin tai päiviin. Saattohoidon tarkoituksena on kuolevan potilaan hoitaminen. Saattohoitopäätös on käsitelty oppaassa erikseen. Saattohoidossa keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys. Hyvä saattohoito kuuluu osaksi jokaisen ihmisen perusoikeuksia, missä huomioidaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillinen hoito.



2

2. Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan toiveet ja tarpeet sekä tehdään päätöksiä hoidon linjauksista ja rajauksista. Hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheessa parantaa potilaan saamaa hoitoa ja elämänlaatua. Hoitosuunnitelma tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Elämän loppuvaiheessa hoidon oikean tavoitteen määrittely on potilaalle etu. Hoidon ensisijaisen tavoitteen määrittelee hoitolinjaus, joka noudattaa potilaan arvoja ja toiveita sekä sen täytyy olla lääketieteellisesti perusteltu.

Ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma on tärkeä osa potilaan hoitoa varsinkin, kun kyseessä on sairaus, joka pahenee jatkuvasti. Hoitosuunnitelma olisi hyvä tehdä tarpeeksi varhain, jotta potilas pystyisi ilmaisemaan oman kantansa ja toiveensa hoitoon liittyen. Hoitosuunnitelma voidaan tehdä esimerkiksi hoitoneuvottelussa. Lääkäri on vastuussa hoitopäätöksistä, vaikka päätökset tehdäänkin yhdessä potilaan ja omaisten kanssa.

Hoitosuunnitelmassa voidaan ennakoita fyysisten oireiden hoitoa kuten kivunhoitoa. Potilaan ja läheisten psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet otetaan huomioon. Hoitosuunnitelmaa voidaan tarkentaa sairauden edetessä.

3

3. Saattohoitopäätös ja hoidon rajaukset

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, mikä tehdään, kun kuolemaan johtavan sairauden etenemiseen ei voida vaikuttaa, potilaan tuen ja avun tarve on kasvanut ja potilaan elinajan arvioidaan olevan enää päivistä pariin viikkoon. Päätöksestä on aina keskusteltava potilaan tai hänen läheistensä kanssa, jos potilas itse ei pysty hoidostaan enää päättämään.

Saattohoitopäätöksen tarkoituksena on hyvä oireiden hoito ja turhien toimenpiteiden poisjättäminen. Saattohoitopäätökseen kuuluu osaksi DNR-päätös eli elvyttämättäjäätämispäätös. Saattohoitopäätös kirjataan potilaan tietoihin ja päätöksiä voidaan muuttaa, jos tilanne muuttuu.

Kun palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon, tehdään yleensä myös hoidon rajauksia. Hoidon rajauksissa mietitään esimerkiksi lääkkeiden ja ravinnon tarvetta, siirretäänkö potilasta enää muihin hoitoyksiköihin ja hoidetaanko mahdollisia infektioita. Hoidon rajaukset tehdään yksilöllisesti ja kuunnellaan potilaan toiveita. Potilasta tuetaan osallistumaan omiin hoitopäätöksiin. Potilaan luvalla hänen perheensä voi osallistua hoitopäätösten tekoon. Perheen on hyvä sopia, kuka heistä on potilaan ensisijainen yhteyshenkilö.

4

4. Hoitotahto

Hoitotahtoon kirjataan potilaan toiveita ja ohjeita, mitkä koskevat hänen hoitoaan. Hoitotahtoa voidaan käyttää, jos potilas ei pysty osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksentekoihin. Potilas voi hoitotahdossaan esimerkiksi kieltäytyä hoitotoimenpiteistä ja hänen hoitoonsa osallistuvien tulee noudattaa potilaan tahtoa. Hoitotahdon voi ilmoittaa suullisesti lääkärille, mutta se olisi hyvä olla myös kirjallisessa muodossa.

Hoitotahto tulisi tehdä tarpeeksi varhain, jotta potilas pystyisi ilmaisemaan oman kantansa ja toiveensa hoitoon liittyen. Jos potilaalla ei ole hoitotahtoa täytyy potilasta hoitaa hänen etunsa mukaisesti.

Hoitotahto lisää omaisten tietoisuutta hoitoratkaisuihin ja se helpottaa myös lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan työtä hoitoa koskevilla päätöksillä. Hoitotahdossaan potilas voi valtuuttaa toisen henkilön tekemään hoitopäätökset puolestaan ja potilas voi nimetä itselleen henkilön, joka edustaa häntä, kun hänen oma kommunikointikykynsä laskee.

Jos potilas ei pysty ilmaisemaan tahtoaan, neuvotellaan hänen läheistensä tai laillisen edustajan kanssa. Silloinkin täytyy miettiä, miten potilas itse olisi halunnut häntä hoitettavan.

5

5. DNR-päätös

DNR-päätöksessä, eli elvytyskielossa potilasta ei elvytetä paineluvetyksellä tai tahdisteta sähköisesti hänen sydämensä pysähtyessä. DNR-päätös on osa saattohoitopäätöstä, mutta sen voi tehdä myös erikseen, jos saattohoito ei ole ajankohtainen.

DNR-päätöksen tekee lääkäri, joka arvioi lääketieteellisin perustein esimerkiksi sairauksien ennustetta sekä elvytyksen hyötyjä ja haittoja potilaan kohdalla. Päätöksestä keskustellaan potilaan tai hänen hoidostaan päättävän henkilön kanssa.

DNR-lyhenne tarkoittaa, että elvytystä ei yritetä. Nykyään voidaan käyttää myös AND-lyhennettä, joka tarkoittaa, että sallitaan luonnollinen kuolema. Ajatuksena on, että kuolemaa ei voida enää estää.



6

6. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö

Saattohoidossa huomioidaan potilaan kokonaisvaltainen hoito, missä huomioidaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen osa-alue. Myös potilaan päivittäiset tarpeet huomioidaan osana saattohoitoa. Saattohoidossa on välttämätöntä hoidon ennakointi ja oireiden lievitys. Potilaan perusoikeuksia ja elämänarvoja tulee kunnioittaa saattohoidossa. Kuolevan hoitotyötä ohjaavat myös lait ja asetukset. Kokonaisvaltaisen saattohoidon tavoitteena on hyvä kivunlievitys ja rauhallinen kuolema.

Saattohoitoon kuuluu hyvä elämänlaatu, missä potilaasta huolehditaan, luodaan turvallinen ympäristö, potilas voi osallistua itseään koskeviin hoitoratkaisuihin ja potilaalla on oikeus säilyttää oma elämäntapansa sekä arvo ihmisenä. Saattohoidon lähtökohtia ovat potilaan vakaumuksen kunnioittaminen ja tarpeiden sekä toiveiden täyttäminen. Kokonaisuuteen kuuluu myös omaisten tukeminen, neuvominen ja käytännön asioissa ohjaaminen.

7

7. Saattohoitopotilaalla esiintyviä oireita

Seuraavaksi on lueltuna saattohoitopotilaalla esiintyviä oireita. Oireet esiintyvät kuitenkin yksilöllisesti.

- Kipu
- Liikunta- ja toimintakyvyn heikkeneminen
- Voimnin heikkeneminen
- Hengitystieoireet kuten yskä, limaisuus ja hengenahdistus
- Maha- ja suolisto-oireet
- Kuivuminen
- Ruokahaluttomuus
- Janontunteen väheneminen
- Nielemisvaikeudet
- Pahoinvointi ja oksentelu
- Ummetus
- Virtsaumpi
- Ahdistuneisuus
- Väsymys
- Uupumus
- Masentunut mieliala
- Turvattomuuden tunne
- Levottomuus
- Alakuloisuus
- Suru
- Avuttomuus
- Sekavuustila eli delirium

8

8. Kivun hoito

Saattohoitopotilaalla kipu on yleinen oire ja se rasittaa potilasta suuresti. Kipua voi aiheuttaa esimerkiksi sairauden aiheuttamat muutokset elimistössä, rasittavat hoitotoimenpiteet, henkinen ahdistus ja pelko.

Kipua hoidetaan lääkkeellisesti ja lääkkeettömillä keinoilla. Kipua arvioidaan säännöllisesti ja tarvittaessa lisätään kipulääkitystä, koska kivuttomuus on keskeinen osa hyvää saattohoitoa. Siksi kivun hoidossa käytettävät lääkkeannokset voivat olla hyvinkin suuria.

Kivun hoito aloitetaan yleensä parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeellä. Monesti tarvitaan myös opioideja, joita on eri vahvuisia ja pitkä- ja nopeavaikutteisia. Potilaan kokema kipu voi olla niin voimakasta, että kivun hoito aloitetaan suoraan vahvoilla kipulääkkeillä, kuten opioideilla. Kipulääke valitaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Kipulääkkeitä voidaan antaa eri antoreittien kautta. Lääkkeiden antoreitit on käsitelty kappaleessa lääkehoito saattohoidossa.

Lääkkeettömiä kivun hoidon keinoja ovat esimerkiksi asentohoito, rentoutumismenetelmät, lämpö- ja kylmäpussit, hieronta, rauhallinen läsnäolo ja musiikki. Lääkkeettömän kivun hoidon tavoitteena on siirtää potilaan ajatukset pois kivusta ja rauhoittaa mieltä.

9

9. Fyysisten oireiden hoito

Saattohoitovaiheessa huolehditaan potilaan hyvästä perushoidosta, johon kuuluvat ravinnon saaminen, puhtaana pitäminen, lääkehoito ja erityis toiminnasta huolehtiminen. Asentohoito ja ihon perushoito kuuluvat osaksi potilaan perustarpeiden huolehtimista. Asentohoidolla ehkäistään esimerkiksi ihorikkojen ja painehaavojen syntymistä.

Hengitystieoireita voidaan hoitaa esimerkiksi happihoidolla tai lääkkeillä. Asentohoito ja viileä ilmavirta voivat auttaa hengenahdistukseen. Yskän hoitamiseen voidaan käyttää pullopuhallusta. Saattohoitovaiheessa liman kertyminen hengitysteihin on täysin normaalia. Limaa voidaan tarvittaessa imeä hengitysteistä imukatetrilla, mutta toimenpide voi olla potilaalle epämiellyttävä kokemus.

Pahoinvointi on myös yleistä elämän loppuvaiheessa. Pahoinvointia voi aiheuttaa esimerkiksi ummetus, nesteen kertyminen vatsaonteloon, syöminen ja jotkin lääkkeet. Pahoinvointia voidaan hoitaa lääkkeellisesti ja hoitamalla oireita, joista pahoinvointi johtuu kuten ummetuksen hoidolla.

Ummetus voi johtua esimerkiksi joistakin lääkkeistä, ravinnon ja nesteen määrän muutoksista ja vähäisestä liikunnasta. Ummetus voi aiheuttaa potilaalle kipuja ja levottomuutta. Ummetusta voidaan hoitaa säännöllisillä ruoka-ajoilla, syömällä tarpeeksi kuituja ja juomalla

10

tarpeeksi. Ummetuslääkkeitä voidaan käyttää myös osana hoitoa.

Virtsaumpi voi johtua joistakin lääkkeistä. Virtsan kertyminen rakkoon aiheuttaa potilaalle kipuja ja levottomuutta. Potilaalle voidaan tarvittaessa laittaa katetri, jonka kautta virtsa poistuu rakosta.

Ruokahaluttomuus on saattohoitopotilaalla yleinen oire. Kuoleman lähestyessä potilaalla ei enää välttämättä esiinny nälän ja janon tunnetta, sillä elimistön toiminnot alkavat hiipua. Jos potilas ei halua syödä tai juoda mitään, tulee hänen tahtoaan kunnioittaa, sillä pakottaminen syömään ja juomaan ei pidennä saattohoitopotilaan elinikää. Potilaalle voidaan tarjota hänelle mieluisia aterioita. Pienet ja viileät ateriat voivat maistua potilaalle paremmin, kuin suuret ateriat.

Nielemisvaikeuksia voi esiintyä saattohoitovaiheessa. Nielemisvaikeuksia voi aiheuttaa esimerkiksi hermoston häiriöt, yleistilan huononeminen, aliravitsemus, limakalvovauriot tai kasvaimet kaulan alueella. Nielemistä voi helpottaa ruuan muuttaminen nestemäisemmäksi. Joissain tilanteissa voidaan harkita PEG-letkua, mutta sen hyödyistä on lähes olematonta näyttöä ja se saattaa jopa lisätä potilaan kärsimystä.

Suun kuivuminen on tyypillinen oire saattohoidossa, jota voi aiheuttaa esimerkiksi lääkkeet. Suun kuivumista hoidetaan esimerkiksi suun puhdistamisella ja kostuttamisella. Suuta voidaan kostuttaa esimerkiksi keinosyljellä tai sitruunapaukoilla. Suun kostuttaminen ehkäisee suun kipeytymistä ja auttaa myös janon tunteeseen. Saattohoitovaiheessa huolehditaan potilaan

11

hampaiden ja suun hygieniasta infektioiden ehkäisemiseksi.

Suonensisäisestä nesteytyksestä on harvoin hyötyä enää saattohoitovaiheessa, eikä silloin aloiteta nesteytys- tai ravitsemushoitoa. Nesteytys voi kertyä elimistöön ja aiheuttaa potilaalle turvotuksia, joten siksi sitä ei enää suositella saattohoidossa. Liiallinen nesteytys ei korjaa potilaan kuivumistilaa elämän loppuvaiheessa.

Levottomuutta ja sekavuutta voi esiintyä potilaalla, jolloin häntä rauhoitellaan ja etsitään syytä mistä nämä oireet johtuvat. Näitä voivat aiheuttaa esimerkiksi lääkkeet, kipu, ahdistuneisuus, aivomuutokset ja elinten toimintakyvyn romahtaminen. Äkillinen sekavuustila eli delirium voi johtua aivotoinnin häiriöstä. Potilaalla voi esiintyä unettomuutta ja väsymystä. Turvallinen ja rauhallinen ympäristö, rutiinit ja lääkehoito voivat auttaa univaikeuksiin.

Saattohoitovaiheessa yleensä luovutaan toimenpiteistä, joista ei ole enää potilaalle hyötyä, esimerkiksi laboratoriokokeista, kuvantamistutkimuksista ja verituotteiden käytöstä. Laboratoriokokeita voidaan ottaa tarvittaessa, jos niiden seurannalle on erityinen peruste. Punasoluttiputus ei välttämättä enää vaikuta potilaan uupumukseen, vaikka hän olisikin aneeminen, sillä uupumus johtuu yleensä tässä vaiheessa jo monesta muustakin tekijästä.

12

10. Lääkehoito saattohoidossa

Saattohoidossa olevan potilaan lääkehoidon tavoitteena on oireiden lievitys, minkä takia lääkkeen käytön hyödyn tulee olla suurempi kuin sen aiheuttamat mahdolliset haittavaikutukset. Saattohoitovaiheessa lääkkeiden tarve arvioidaan uusiksi ja osa lääkkeistä karsitaan pois.

Saattohoitopotilaan hoidossa käytetään yleisimmän lääkkeitä kivun, hengenahdistuksen, levottomuuden, limaisuuden sekä pahoinvoinnin hoitoon. Masennus- ja ahdistusoireita voidaan hoitaa tarvittaessa lääkkeellisesti. Mikrobilääkkeistä ei ole osoitettu olevan hyötyä enää saattohoidossa, muuten kuin oireisen virtsatieinfektion hoidossa joissain tapauksissa.

Lääkkeen annostelureittinä käytetään potilasta vähiten rasittavinta tapaa, ensisijaisesti suun kautta. Joissain tilanteissa joudutaan käyttämään muuta antoreittiä esimerkiksi, jos potilaan nieleminen on vaikeutunut. Joitain suun kautta annettavia lääkkeitä voidaan antaa myös liuosmuodossa. Lääkkeitä voidaan annostella myös limakalvoille kuten suuhun tai nenään.

Parenteraalisesti eli ruansulatuskanavan ulkopuolisen reitin kautta, voidaan annostella lääkettä ihon alle, lihakseen, suonensisäisesti ja ihon läpi annettuna kuten lääkelaastrin kautta. Parenteraalisista antoreiteista ensisijaisesti annetaan lääkettä ihon alle. Lääkelaastrin kautta lääke voi imeytyä heikosti, jos potilas on kuittunut.

13

Kivun lääkehoitoa voidaan toteuttaa myös PCA-kipupumpun kautta jatkuvana infuusiona. Lääkkeen annostelu on kipupumpun avulla säännöllistä ja sen avulla voidaan antaa tarvittavia lisäannoksia.

11. Psykkinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen hoito

Psyykkisiä tuntemuksia potilaalle voivat aiheuttaa esimerkiksi kuoleman pelko, kipu, epävarmuus tulevasta, sosiaalisen aseman muuttuminen, talous- ja perhehuolet ja ulkomuodon muuttuminen. Potilaan voi olla vaikea hyväksyä lähestyvä kuolema, eikä hän aina halua puhua kuolemaan liittyvistä asioista tai tunteista omille läheisilleen. Potilaalle tulee järjestää mahdollisuus puhua ammattilaisen kanssa. Ammattilaisia ovat esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi tai pappi. Potilas voi tarvita talous- ja testamenttiasioissa apua sosiaalioyöntekijältä tai pankilta.

Potilaan on helpompi hyväksyä oma sairastuminen, kun hän kokee eläneensä hyvän elämän ja omaiset ovat hyväksyneet sairauden parantumattomuuden.

Psyykkisen tuen muodoista yleisimmät ovat kuunteleminen, koskettaminen, myötäeläminen, lohduttaminen ja läsnä oleminen. Ajanantaminen potilaalle lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja vähentää yksinäisyyttä. Potilaat mieluummin kertovat ja muistelevat menneitä elämästä.

14

Potilaalle on tärkeää, että hän tuntee itsensä rakastetuksi ja saa läheisyyttä sekä tukea omalta perheeltään. Perheen yhdessä oleminen on tärkeä osa saattohoitoa, ja perheen suhteet voivat syventyä kuoleman lähestyessä. Läheisten vierailut ja yhteydenpito ovat usein ilonaiheita potilaalle.

Henkilökunnan ja potilaan välinen luottamus kuuluu osaksi hyvää saattohoitoa. Henkilökunnan tulee olla empaattinen ja kunnioittava potilasta ja perhettä kohtaan sekä antaa aikaa potilaalle ja olla läsnä potilaan kanssa. On tärkeää, että henkilökunnalla on aikaa keskustella potilaan ja perheen kanssa.

Hoitoympäristön kodinomaisuus, yleinen ilmapiiri, potilashuoneiden siisteys ja sisustus vaikuttavat potilaan ja perheen mielialaan. Perhe voi tuoda potilaalle tärkeitä esineitä huoneeseen, mikä myös parantaa potilaan mielialaa. Omaisille on tärkeää järjestää mahdollisuus yöpyä potilaan luona.

Saattohoidossa huomioidaan potilaan ja perheen toiveita, joita toteutetaan mahdollisuuksien mukaan. Potilaan toiveet voivat liittyä esimerkiksi ravitsemukseen, perushoitoon ja läsnäoloon. Kuolemaan liittyviä toiveita on hyvä huomioida osana potilaan hoitoa. Hyvässä saattohoidossa on tärkeää huomioida, että potilas voi tehdä itselleen mielekkäitä asioita.

Kuoleman lähestyessä potilaan hoidossa korostuu myös hengellisen tuen tarve. Vaikka potilas ei olisikaan uskonnollinen voi hän silti haluta keskustella esimerkiksi papin kanssa kuoleman lähestyessä.

15

12. Saattohoitopotilaan elämän päättyessä

Juuri ennen kuolemaa kipu voi vähentyä, hengitys voi muuttua pinnalliseksi ja hengityskatkoja voi esiintyä, toisinaan potilaan hengitys voi muuttua rohisevaksi. Ihon väri voi muuttua laikukkaaksi ja jalkaterät sekä kädet voivat muuttua viileiksi. Myös kuumeepiikit ovat tavallisia kuoleman lähestyessä.

Kuoleman hetkeä ei voida ennustaa etukäteen. Saattohoitopotilaan kuolema on yleensä hyvin rauhallinen tapahtuma, jossa hengitys loppuu ja sydän lopettaa toimintansa. Niveliin tulee jäykkyyttä parin tunnin aikana kuoleman jälkeen. Yleensä saattohoitopotilaalle ei tehdä ruumiinavausta, koska kuolinsyy on jo tiedossa. Hoitava lääkäri toteaa kuoleman mahdollisimman nopeasti, viimeistään seuraavana arkipäivänä. Vainajan lähiomaisille ilmoitetaan kuolemasta mahdollisimman pian. On hyvä sopia etukäteen, miten omainen haluaa tiedon kuolemasta ja mihin kellon aikaan.



16

13. Vainajan laitto

Vainaja puetaan vainajalle tarkoitettuun asuun tai toiveen mukaan vainajan omiin vaatteisiin. Vainajalle voi jättää esimerkiksi oman korun, jos omaiset niin toivovat. Läheisellä on mahdollisuus osallistua vainajan laittoon halutessaan. Vainajalle asetetaan mahdolliset hammasproteesit ja leukasidoksen avulla suu tuetaan kiinni asentoon. Vainajan omaisuus luovutetaan omaiselle. Vainaja siirretään osastolta kylmiöön odottamaan siirtoa.

14. Jäähyväisten jättäminen

Omaisena voit halutessasi tulla hyvästelemään vainajan osastolle tai myöhemmin, esimerkiksi kun vainaja laitetaan arkkuun. Omaisena sinulla on mahdollisuus viettää aikaa vainajan luona hänen potilashuoneessaan ja hoitaja voi olla läsnä, jos niin haluat. Myös kauempaa tuleville sukulaisille järjestetään aikaa hyvästellä vainaja. Jäähyväishetkestä voidaan sopia myös hautaustoimiston kanssa, jos vainaja on jo siirretty.

Kuoleman jälkeen perheen hyvästeille sekä rituaaleille annetaan aikaa, kuoleman toteamisella ei ole kiirettä. Vainajan hyvästeleminen on osa surutyötä.

17

15. Hautausjärjestelyt

Hautaustoimisto yleensä huolehtii vainajan siirtämisestä ja tarvittaessa muista asioista sopimuksen mukaan. Vainaja siirretään hautausmaan kappelin kylmätiloihin siihen asti, kunnes hautaaminen tapahtuu. Hoitava lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen viranomaisille ja hautausluvan hautaustoimistolle. Kuolintodistuksen toinen kappale lähetetään väestön keskusrekisteriin, joka lähettää kuolemasta tiedon eteenpäin. Omaisena voit halutessasi saada jäljennöksen kuolintodistuksesta. Hautauslupa annetaan osastolta omaisille tai hautaustoimiston edustajalle ja lupa toimitetaan kirkkoherranvirastoon ennen siunaustilaisuutta. Vainaja voidaan luovuttaa, kun hautauslupa on kirjoitettu.

Kuoleman jälkeen sinun tulee ottaa yhteyttä vainajan uskonnolliseen tai vakaamukselliseen yhteisöön sekä hautaustoimistoon. Heidän kanssaan sovit hautaamiseen liittyvät asiat ja yhteyttä voi ottaa, vaikka hautauslupaa ei olisi vielä annettu. Hautaustoimiston palvelut ovat maksullisia. Kirkkoherranviraston kanssa sovit hautapaikasta, haudan siunaamisen ajankohdasta sekä paikasta, papista, kanttorista ja muistotilaisuudesta.

Hautaustoimiston kautta voit hankkia arkun tai urnan. Halutessasi hautaustoimisto huolehtii vainajan pukemisesta, arkkuun laittamisesta, kuljettamisesta sekä muista järjestelyistä. Jos vainaja siunataan muualla kuin omassa seurakunnassaan, silloin järjestelyistä sovitaan paikallisen kirkkoherranviraston kanssa.

18

Perunkirjoitus pidetään kolmen kuukauden kuluessa kuolemasta. Perunkirjoitus jätetään veroimistoon kuukauden kuluessa perunkirjoituksesta mahdollisen perintöveron määräämistä varten.

Kuoleman jälkeen sinun tulee ilmoittaa postiin, jotta posti siirtyy kuolinpesälle. Kuolemasta on hyvä ilmoittaa myös pankkiin, vakuutusyhtiöön sekä irtisanoa esimerkiksi sähkö, jätehuolto ja muita vastaavia sopimuksia, jos niille ei ole tarvetta.

16. Omaiset osana saattohoitoa

Omaisten huomioiminen on osa kokonaisvaltaista saattohoitoa. Läheiset tuovat kuolevalle ihmisille turvaa, läheisyyttä ja luovat myös merkityksellisyyden tunnetta. Läsnä oleminen on hyvin tärkeää ja omaisena voit halutessasi osallistua potilaan hoitoon omien voimavarojesi mukaan. Henkilökunnalta saat tukea hoitoon osallistumisessa.

Avoim ja totuudenmukainen tiedonsaaminen, kysymyksiin vastaaminen ja kuolemasta keskusteleminen vähentää omaisten kokemaa ahdistusta ja auttavat heitä sopeutumaan tilanteeseen paremmin. On tärkeää, että omaiset tietävät mitä kuoleman hetkellä tapahtuu.

On tärkeää, että omaisena keskustele potilaan kanssa kaikista asioista mistä haluat vielä hänen kanssaan keskustella, ettei mikään asia jää painamaan mieltäsi.

19

17. Omaisten hoitoon osallistuminen

Seuraavaksi on lueteltuna esimerkkejä siitä, miten voit osallistua läheisesi hoitoon. Voit saada henkilökunnalta tukea hoitoon osallistumisessa.

- Läsnä oleminen
- Kuunteleminen ja keskusteleminen
- Ilahduttaminen
- Koskettaminen
- Yhdessä muisteleminen
- Voit kertoa henkilökunnalle, mikä on ollut esimerkiksi potilaan lempimusiikkia tai -ruokaa ja näitä voidaan toteuttaa mahdollisuuksien mukaan
- Juomisessa ja syömisessä avustaminen



20

18. Omaisten tukeminen

Perheenjäsenen saattohoito koskettaa myös sinua omaisena. Muistathan huolehtia myös omasta jaksamisestasi. Perheen on tärkeää olla läsnä potilaan luona, mutta on tärkeää kuitenkin, että muistat itse levätä ja jatkaa omia harrastuksiasi sekä tehdä itsellesi mielekkäitä asioita.

Omaisena voit kääntyä myös ammattiavun puoleen, jos koet tarvitsevasi keskusteluapua. Voit pyytää apua myös osaston henkilökunnalta sekä keskustella heidän kanssaan mieltä painavista asioista. Omaisena voit hakeutua myös erilaisiin vertaistukiryhmiin, joissa voit jakaa tunteitasi samaa kokeneiden kanssa. Myös ystävät ovat tärkeässä roolissa osana tukemistasi. Omista tunteistasi puhuminen lisää jaksamistasi.

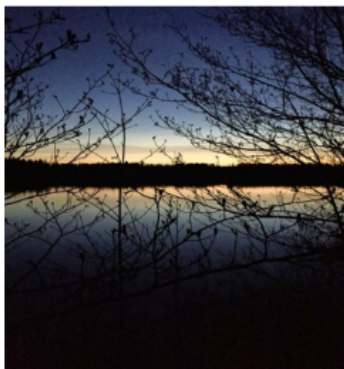
Perheen yhdessä oleminen ja yhteisen ajan viettäminen on tärkeää koko perheelle saattohoidon aikana. Perheenjäsenten välinen yhteys korostuu kuoleman lähestyessä ja perhe tarvitsee toisiaan. Kuoleman lähestyessä koko perheen elämä muuttuu. Perheen lapsille tulee kertoa kuolemasta totuudenmukaisesti huomioiden lapsen ikä ja kehitystaso. Lapset aistivat läheisten surun ja ikävän, eikä aikuisen tule aliarvioida lapsen kykyä kestää totuutta.

Omaisena voit kokea kivun, surun, ahdistuksen, pelon, vihan ja väsymyksen tunteita, mitkä ovat täysin normaaleita reaktioita. Suruprosessi on jokaisella yksilöllinen ja vaihteleva. Joillain suru voi olla

21

voimakkaampaa ja toisilla taas kestää pidempään. Varsinkin surun alkuvaiheessa myös masennus ja somaattiset oireet ovat tavallisia.

Kuoleman jälkeen omaisen selviytymistä auttavat kuolemaan etukäteen valmistautuminen ja menetyksen hyväksyminen. On tärkeää ylläpitää normaaleita arkitutiineja. Selviytymiskeinot ovat kuitenkin jokaisella yksilöllisiä. Esimerkiksi haudalla käyminen ja kuolleesta puhuminen ovat keinoja kohdata kuoleman todellisuus. Kuoleman jälkeen on tärkeää muistaa hakeutua myös ammattiavun piiriin tarvittaessa.



22

Hyödyllisiä puhelinnumeroita omaisille

Parikkalan vuodeosasto puh. 040 1463238	Parikkalan seurakunta, kirkkoherranvirasto puh. 040 1285350
--	---

Hautauspalvelut

Hautaus toimisto Litmanen
Parikkala, puh. 05 430380

Savonlinnan hautaus- ja juhlapalvelu Oy
Parikkala, puh. 05 430304

Kukka- ja hautauspalvelu Lumo
Simpele, puh. 050 4752591
Ruokolahti, puh. 050 4499498

Tukea omaiselle

Parikkalan mielenterveys- ja päihdevastaanotto
sh Suutarinen, puh. 044 7812307
sh Neuvonen, puh. 040 7397281
toimisto, puh. 040 1988859

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen päivystys (Eksote)
puh. 05 3524610

Etelä-Karjalan sosiaali- ja kriisipäivystys
puh. 040 6511828

23

Lopuksi

Tämä opas on tehty osana toiminnallista opinnäytetyötä. Opinnäytetyö on nimeltään Saattohoito-opas omaisten jaksamisen tueksi, ja opinnäytetyön tekijöinä ovat Noora Alavahtola ja Janita Nyrhinen. Opinnäytetyö löytyy osoitteesta www.theseus.fi, valitsemalla LAB-ammattikorkeakoulu ja hakemalla opinnäytetyön tai tekijöiden nimellä. Opas on tehty Parikkalan vuodeosaston käyttöön. Oppaassa käytetyt kuvat ovat tekijöiden itse ottamia kuvia.

2021



24

Lähteitä

Kaikki tässä oppaassa käytetyt lähteet löytyvät opinnäytetyöstä, jonka pohjalta tämä opas on laadittu. Seuraavaksi kuitenkin lueteltuna osa lähteistä, joista saa lisää tietoa saattohoidosta.

Anttonen, M-S., Hänninen, J., Hävölä, H., Konttila, T., Pajula, M. & Vuorinen, E. 2016. Saattohoito. Verkkokurssi. Terveysportti. Duodecim oppiportti.

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Etelä- Suomen syöpäyhdistys. Terhokoti.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim 2013;129(4):433–9.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 2013; 129:440–5.

Käypä Hoito. 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito.

Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Duodecim 136:1605–13.

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käypä hoito.

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti 9/2019 VSK 74, 540–544.

Valvira. 2020. Elämän loppuvaiheen hoito.

25



Läsnäolon merkitys korostuu saattohoidossa.

26