



Diak

Katja Lahtinen
Minna-Mari Lehtisalo
Teemu Lehtisalo
Henna Syrjälä

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK) diakoninen hoitotyö
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2021

ELÄMÄN LOPPUVAIHE

**OPAS POHJOIS-SATAKUNNAN
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄN KOTISAIRAALALLE**

TIIVISTELMÄ

Katja Lahtinen, Minna-Mari Lehtisalo, Teemu Lehtisalo ja Henna Syrjälä
Elämän loppuvaihe, Opas Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän kotisairaallalle
28 sivua ja 1 liite
2021, kevätlukukausi
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK) Diakoninen hoitotyö

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, johon sisältyivät oppaan kehitystyö ja opinnäytetyön raportti. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas hoitajille kuolevan potilaan ja hänen läheistensä ohjaamisen ja kohtaamisen tueksi. Hoitajat voivat luovuttaa oppaan omaiselle ja potilaalle hoitoprosessin tueksi. Oppaan tavoitteena on myös yhtenäistää ja tukea kuolevan potilaan sekä hänen omaistensa ohjausta. Opinnäytetyömme yhteistyötahona toimi Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, joka tunnetaan lyhenteellä PoSa. He esittivät toiveen oppaasta ja opas tehtiin heidän käyttöönsä. Opas koostuu erilaisista hoitotyön käsitteistä sekä auttamismenetelmistä kuolevan potilaan hoidossa. Oppaan tavoitteena on tuoda esiin ammatillisia ja hengellisiä toimintatapoja haastavan työn tueksi.

Opas on PoSan työelämässä oleville hoitajille, erityisesti niille, jotka työskentelevät kuolevien potilaiden kanssa. Etsimme tietoa kuolevan potilaan omaisten erilaisista auttamismenetelmistä. Opinnäytetyössä ja oppaassa huomioitiin kokonaisvaltaisuus sekä hengellisyys potilaan sekä läheisten kohtaamisessa.

Opinnäytetyön raportissa käsitellään kuolevan potilaan hoidossa esiintyviä käsitteitä ja auttamismenetelmiä, jotka sisältyvät oppaaseen. Opinnäytetyö raportti sisältää myös tietoa oppaan tuotteistamisprosessista, kuten oppaan ideoinnista, luonnostelusta, ammattilaisten palautteesta ja valmiista oppaasta.

Valmis opas luovutettiin yhteistyötahon eli PoSan kotisairaalan käyttöön.

Asiasanat: Opas, Omaisten tukeminen, Elämän loppuvaiheen hoito, Hoitolinjaukset, Hoitosuunnitelma, Kuolevan potilaan hoito

ABSTRACT

Katja Lahtinen, Minna-Mari Lehtisalo, Teemu Lehtisalo and, Henna Syrjälä
The final stages of life. A guide for the Hospital at Home of the Joint Municipal
Authority for Basic Services in Northern Satakunta
28 pages and 1 appendices
Spring 2021
Diaconia University of Applied Sciences
Bachelor's Degree Programme in Health Care
Option in Diaconal Nursing
Registered Nurse

This thesis was implemented conducted as a functional thesis, including the development work of the guide and the report of the thesis report. The purpose of this functional thesis was to compile a guide for medical staff to support the challenging work with dying patients and their families. It was done in cooperation with the joint municipal authority for basic services in Northern Satakunta, Finland also known as PoSa, and the guide was given for their use, upon their request. The guide is meant to be given to clients to support them in the nursing process, when facing an illness or the death of a loved one. The guide also aims to unify and support the guidance of the dying patient and of his or her relatives.

The guide consists of nursing concepts and ways of helping in hospice care. The goal was to highlight professional and spiritual courses of action to support nurses in their challenging work and help clients to understand the process of hospice end-of-life care and grief.

The guide is for PoSa's in-work carers employed by PoSa, especially for those who work with dying patients. The information was searched on different methods of assisting the relatives of the Information on different methods of assisting the relatives of a dying patient were searched. The thesis and guide took into account the holistic approach and spirituality in meeting the patient and loved ones.

The thesis report itself includes nursing concepts and helping methods of assisting which are used when treating a dying patient, but also information of the process of creating, such as ideation, outlining and received feedback. Finished guide was handed for the use of the cooperative entity, the home hospital of POSA.

Keywords: Guide, End-of-life care, Hospice care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	5
3 OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO	5
4 HOIDON SUUNNITTELU	6
4.1 Hoitoneuvottelu ja suunnitelma	6
4.2 Hoitotahto.....	7
4.3 Eettiset periaatteet, suositukset ja lait elämän loppuvaiheen hoidossa .	8
5 HOIDON LINJAUKSET	10
5.1 DNR-päätös	10
5.2 Palliatiivinen hoito.....	11
5.3 Saattohoito.....	12
5.4 Palliatiivinen- ja saattohoito kotona.....	13
5.5 Kipu	14
6 SURU	15
6.1 Suruprosessin kehityskaari	16
6.2 Vertaistuki ja sururyhmät.....	17
6.3 Diakonisen hoitotyön merkitys	18
7 OPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI.....	20
7.1 Luonnostelu	20
7.2 Ammattilaisten palaute	21
7.3 Valmis opas	21
8 POHDINTA	22
8.1 Prosessin arviointi	23
8.2 Ammatillisuuden kehittyminen.....	23
LÄHTEET	24
LIITE 1. Opas.....	29

1 JOHDANTO

Kuolevan potilaan omaiset tarvitsevat ajankohtaista tietoa kuolevan omaisensa tilanteesta ja voinnista, mutta usein omaiset tarvitsevat myös paljon tukea ja neuvontaa vaikeassa tilanteessa. Saattohoitovaihe on raskasta niin kuolevalle potilaalle, kuin myös omaisille, sillä he valmistautuvat läheisensä kuolemaan. Omaisten saaman tuen merkitys on suuri, jotta he pystyvät luopumaan läheisestään. Tärkeää on myös se, että omaiset selviytyvät arjesta läheisen kuoleman jälkeenkin. Hoitohenkilökunnan tulee siis osata tukea kuolevan potilaan lisäksi myös omaisia. Tukemisen eri menetelmiä on useita, ja tukea pitäisi antaa jo hyvissä ajoin, ennen potilaan kuolemaa. (Anttonen, 2016, s. 24–25.)

Perheenjäsenen tai muun läheisen sairastuessa vakavasti, sairastuminen vaikuttaa niin potilaaseen, kuin myös hänen läheisiinsä. Potilas ja hänen läheisensä joutuvat opettelemaan ja sopeutumaan uuteen tilanteeseen. Kuolevan potilaan hoidossa on tärkeää, että hoito on hyvää ja kokonaisvaltaista, mutta yhtä tärkeää on huomioida myös omaisten jaksaminen ja hyvinvointi. Kuolevan potilaan hoidossa, hänen omaisensa ovat isona osana hoitokokonaisuutta ja usein tiiviisti mukana kuolevan potilaan hoidossa. Tärkeää on, että hoidettava tuntee olonsa mahdollisimman hyväksi, koska kivun ja kärsimyksen vähentäminen vaikuttaa myös psykososiaaliseen kokonaisuuteen, niin omaisten kuin hoidettavankin kohdalla. (Anttonen, 2016, s. 19.) Potilaan kuoleman jälkeen tulisi edelleen järjestää tukea ja apua omaisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018.)

Opinnäytetyömme on toiminnallinen tarkoittaen sitä, että työn pohjalta syntyy konkreettinen opas työelämään Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän kotisairaalan hoitajien työn tueksi. Toiminnallisen opinnäytetyön pyrkimyksenä on ohjeistaa sekä opastaa käytännön toimintaa. Se on vaihtoehtoinen tapa tutkimusluonteiselle opinnäytetyölle. Toiminnalliseen opinnäytetyöhömme kuuluu toiminnallinen osuus eli opas sekä opinnäytetyön raportti. Opas luovutetaan yhteistyötahon käyttöön. (Sastamoinen ym., 2018.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opas hoitajille työvälineeksi kuolevan potilaan ja hänen läheistensä ohjaamisen ja kohtaamisen tueksi. Opas luovutetaan hoitajille, ja he voivat luovuttaa oppaan omaisille ja potilaille hoitoprosessin tueksi. Opas koostuu erilaisista hoitotyön käsitteistä sekä auttamismenetelmistä kuolevan potilaan hoidossa. Oppaan tavoitteena on tuoda esiin ammatillisia ja hengellisiä toimintatapoja haastavan työn tueksi. Oppaan tavoitteena on myös yhtenäistää ja tukea kuolevan potilaan sekä hänen omaistensa ohjausta.

Yhteistyötahomme on esittänyt toiveen oppaasta, joten se annetaan PoSan eli Pohjois-Satakunnan peruspalvelukunta yhtymän kotisairaalan hoitajille, työelämän apuvälineeksi. Opas on saatavilla työelämässä oleville hoitajille, erityisesti niille, jotka työskentelevät kuolevien potilaiden kanssa. Olemme etsineet tietoa kuolevan potilaan omaisten erilaisista auttamismenetelmistä. Opinnäytetyössä ja oppaassa huomioidaan kokonaisvaltaisuus potilaan sekä läheisten kohtaamisessa. Osa opinnäytetyön ryhmäläisistä on sairaanhoitaja-diakonissa-opiskelijoita, joten hengellisyys sekä kirkon osallisuus tulee erityisesti työssä esiin.

3 OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO

Opinnäytetyömme yhteistyötahona toimii Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän kotisairaala. Pohjois-Satakunnan peruspalvelualueella väestöpohja on noin 22000 asukasta ja se tunnetaan lyhenteellä PoSa. PoSa huolehtii maantieteellisesti laajan alueen sosiaali- ja terveystalouksista. Peruspalvelukuntayhtymä koostuu Kankaanpään, Honkajoen, Jämijärven, Karvian, Pomarkun ja Siikaisten alueen asukkaista. (Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, 2021.)

PoSa:n kotisairaala tuottaa terveyskeskustasoista hoitoa potilaalle hänen kotiinsa. Potilas voi asua omassa kodissaan tai olla myös palveluasumisen piirissä, jolloin kotisairaala tukee palveluasumista. Kotisairaalassa hoidetaan eriasteisia infektioita, joissa tarvitaan suonensisäistä antibioottihoitoa, sairauksia, joiden vuoksi potilas tarvitsee suonensisäistä nesteytystä, potilas tarvitsee punasolu- tai rautatiputusta, potilaalla on vaikeahoitoisia haavoja, syöpäpotilaita taudin eri vaiheissa, palliatiivisia ja saattohoito potilaita. Kotisairaalan potilaaksi tullaan aina lääkärin läheteellä. (Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, 2021.)

4 HOIDON SUUNNITTELU

Suomessa potilaalla on oikeus osallistua itseään koskeviin päätöksiin ja päättää niistä, siksi potilaan omaa tahtoa tulee kunnioittaa hoidon suunnittelussa. Potilaan hoito ja päätökset toteutetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Itsemääräämisoikeus perustuu Perustuslakiin (L731/1999). On tilanteita, jolloin lainsäädännössä tehdään poikkeuksia perustuen esimerkiksi Mielenterveyslaissa (L1116/1990) tai Tartuntatautilaissa (L583/1986) säädettyihin asetuksiin. Tällöin tilanne määritellään potilaan oman edun mukaisesti ja turvaamiseksi. Pääperiaatteena aina on, että potilaalla on oikeus päättää omista asioistaan. (Suomen Lääkäriliitto, i.a.)

4.1 Hoitoneuvottelu ja suunnitelma

Hoitoneuvottelu on keskustelu, jossa päätetään ja keskustellaan potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Neuvottelussa voivat olla mukana potilas, jos potilaan vointi sallii, lääkäri, hoitajat ja omainen, potilaan suostumuksella. Neuvottelussa on tärkeää kertoa ajantasainen tilanne ja hoitopäätökset. Päätökset tulee kertoa

avoimesti, ymmärrettävästi ja mahdollistaen potilaan/omaisen lisäkysymykset. Tarkoituksena on potilaan paras mahdollinen hoito ja oireiden lievittäminen. Neuvottelu tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan ja hoitohenkilöstön kanssa. Hoitoneuvottelussa tehdyt päätökset, keskustelut ja osallistujat kirjataan potilasasiakirjoihin. Päätökset tulee olla perusteltuja, eettisyys huomioiden. (Valvira, 2020.)

Hoitosuunnitelman tarkoituksena on potilaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoidon toteutus. Suunnitelmaan kirjataan potilaan omat toiveet ja ajatukset. Myös omaiset huomioidaan hoitosuunnitelmaa tehdessä. Siinä tulee myös näkyä hoitopäätökset, hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset. Tarvittaessa suunnitelmaa päivitetään, tarkennetaan ja tilanteen mukaan myös muokataan. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

4.2 Hoitotahto

Hoitotahto on potilaan oman tahdon ilmaisu. Hoitotahto voi pitää sisällään toiveita tai esimerkiksi potilas voi kieltää tietyt hoitotoimenpiteet. Hoitotahdon avulla potilas voi myös valtuuttaa toisen henkilön tekemään tietyissä tilanteissa päätöksiä potilaan toivomalla tavalla. Hoitotahdon tarkoituksena on ehkäistä väärinkäsityksiä ja välttää epätietoisuutta. Hoitotahdon voi esittää suullisesti tai kirjallisesti, molemmat tavat ovat lain mukaan hyväksytyjä. (Terveyskirjasto, 2016.)

Potilas saa vapaavalintaisesti päättää hoitotahdon sisällön, mutta hoitotahto sulkee pois toimenpiteet, jotka eivät kuulu potilaan hoitoon tai eivät ole yleisesti hyväksyttäviä. Terveystieteiden ammattilaiset voivat neuvoa potilasta millaisia asioita hoitotahtoon voi kirjata. Potilas voi halutessaan muuttaa tai perua hoitotahdonsa. Hoitotahdon tavoitteena on ilmaista terveydenhuollon ammattilaisille potilaan oma tahto. (Terveyskirjasto, 2016.)

Potilaan oma hoitotahto tulee olla selkeästi kirjattuna. Ennakoiva hoitosuunnitelma tarkoittaa tilannetta, jossa potilaalla on pitkälle edennyt kuolemaan johtava

sairaus. On tärkeää, että potilas saa tuotua tahtonsa ilmi, ennen voinnin romah-
tamista tai laskemista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Pal-
liatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

4.3 Eettiset periaatteet, suositukset ja lait elämän loppuvaiheen hoidossa

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat ihmisen perusoikeuksiin kuuluvat lait, suo-
situkset ja sopimukset. Näiden perustana on itsemääräämisoikeuden ja ihmisar-
von kunnioittaminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019.) ”*Laki potilaan ase-
masta ja oikeuksista*” L785/1992 annetussa laissa tehdään tärkeitä päätöksiä esi-
merkiksi hoitolinjauksista. Hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan
kanssa. Hoitotahtoa tulee kunnioittaa. Mikäli potilas ei kykene päättämään hoi-
dostaan, hoito toteutetaan lääketieteen hyväksymällä tavalla. Laillinen edustaja
tai omainen voi tuoda julki aiemmin tehdyn hoitotahtdon. Hoidon tulee olla aina
potilaan edun mukaista. (L785/1992.)

ETENE:n selvityksessä Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012-
suunnitelmat ja toteutus on selvitetty saattohoitosuunnitelmien merkitystä. Selvi-
tyksen mukaan tietous ja osaaminen on kehittynyt vuosien saatossa valtavasti.
Edelleen kehittymistä toivotaan, jotta tasavertainen hoito taataan kaikille. Hoidon
toteutus ja suunnitelmallisuus ovat kehittyneet. Laadukkaaseen saattohoitoon
kuuluu potilaan kokonaistilanteen ja hyvinvoinnin huomioiminen. (ETENE, 2012,
s. 2–8.)

Eettisinä periaatteina ohjaavat itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioitta-
minen. Ihmisen perusoikeuksia tulee noudattaa. (ETENE, 2012, s.43.) Jokaisen
kuuluu saada tasa-arvoista ja inhimillistä hoitoa, katsomatta ikää, sukupuolta, va-
kaumusta tai alkuperää. (L731/1999). Jokainen ihminen on arvokas juuri sellai-
senaan. Jokaisella on oikeus mielipiteeseen, valinnanvapauteen, yksityisyyden-
suojaan ja itsemääräämisoikeuteen. Hoidon ja kohtelun tulee olla arvokasta. Po-
tilaan tulee voida luottaa hoitajaan ja luottamussuhteen syntymisessä hyvillä vuo-
rovaikutustaidoilla on suuri merkitys. (ETENE, 2012, s. 43.) Kristillisessä

ihmiskäsityksessä ihminen on äärettömän arvokas sellaisena kuin on siksi, että Jumala on luonut hänen omaksi kuvaksensa (Saarela, i.a).

WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta sairastaville. Kokonaisvaltaiseen palliatiiviseen hoitoon kuuluu potilaan omaisten huomioiminen ja tukeminen. Hoitosuunnitelma ja -linjaukset mahdollistavat kokonaisvaltaisen ja laadukkaan palliatiivisen ja loppuvaiheen hoidon. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

Eurooppalaisiin suosituksiin perustuva päivitetty ohjeistus *Opioidien käyttö pitkäaikaisten, muusta kuin syövästä johtuvan kivun hoidossa* auttaa kohdentamaan kipulääkkeet oikein. Tarkoituksena ja tavoitteena on saada potilaan kipuoireet hallintaan ja saada kipu kokonaan pois. Hoidon seurannan tulee olla tiivis. Opioidien mahdolliset haittavaikutukset tulee suhteuttaa hyötyyn. Länsimaissa opioidien käyttö on lisääntynyt viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana huomattavasti. (Kalso, 2003. s. 1–7.)

Suomessa toimii *Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä*. Työryhmä päivittää tietoja ja suosituksia säännöllisesti ajan tasalle. Työryhmäläisillä on vankka, monipuolinen, laaja näkemys ja osaaminen. Työryhmä koostuu monista eri asiantuntijoista. Käypä- hoitosuosituksset ovat yksittäisten sairauksien ja hoidon vaikuttavuuksista koottuja yhteenvetoja. Asiantuntijat ovat laatineet suositukset. Hoitopäätöksissä tulee aina huomioida potilaan kokonaisvaltainen tilanne ja yksilöllinen diagnostiikka. Potilaan tilanne vaatii asiantuntijan arvion. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

5 HOIDON LINJAUKSET

Hoitolinjaus määräytyy hoidon pyrkimyksen mukaan. Kokonaistilanteesta tulee olla realistinen käsitys. Hoitolinjausten avulla toteutuu potilaan omaan tahtoon ja lääketieteeseen perustuva hoito. Hoitolinjausten hyöty ja merkitys mietitään tarkoin. Päätöksen tekee aina perustellusti lääkäri. Hoitolinjauksissa huomioidaan kokonaistilanne, päätös saattaa olla ammatillisesti haastava kokonaisuus. Pyrkimys on yksiselitteinen, potilaan paras mahdollinen hoito, ilman lisäkäsityksiä. Hoitolinjaus tulee perustella huolella potilaalle ja hänen omaisilleen. Potilaalla ja omaisilla on mahdollista kysyä ja keskustella mieltä painavista asioista. Terveystieteiden tutkimusjärjestelmän näkökulmasta linjaukset ovat ehdottomia. Resurssit tulee suunnata oikein ja tehokkaasti. (Lehto, 2015, s.10–12.)

5.1 DNR-päätös

DNR-päätös tulee sanoista do not resuscitate ja tarkoittaa elvyttämättä jättämispäätöstä. DNR-päätöksen tekee aina lääkäri. Päätös tarkoittaa sitä, jos potilas menee elottomaksi eli potilaan sydän pysähtyy, pois suljetaan elvytystoimenpiteet. Päätös poissulkee ainoastaan elvytyksen, ei muita hoitotoimenpiteitä. DNR-päätös arvioidaan aina yksilöllisesti, potilaan kokonaisvaltainen tilanne huomioiden. Lääkäri arvioi aiheutuuko elvytyksestä enemmän haittaa kuin hyötyä. Tähän vaikuttaa potilaan ennuste ja pitkälle edenneet sairaudet. Lääkäri keskustelee päätöksestään potilaan kanssa tai vaihtoehtoisesti omaisten kanssa. (Valvira, 2020.)

Lääkärin tulee kertoa päätöksestä ymmärrettävästi ja yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Päätökset tehdään potilaan parhaaksi. DNR-päätös kirjataan potilasasiakirjoihin selkeästi. Kirjauksessa tulee näkyä lääketieteelliset perusteet päätökselle, sekä potilaan/omaisten kanssa käyty keskustelun sisältö.

Lääketieteellisesti perusteltua ja oikeaoppisesti tehtyä päätöstä ei kumota potilaan/omaisten pyynnöstä. (Valvira, 2020.)

5.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito aloitetaan, kun potilaan sairaus tai perussairaus ylittää parannettavan rajan. Oireenmukaisessa hoidossa ei siis enää paranneta sairautta. Tarkoituksena on hoitaa sairauden aiheuttamia oireita, sekä pyrkiä minimoimaan ja poistaa potilaalle aiheutuvaa kärsimystä. Palliatiivisen oirehoidon keskiössä on koko ihminen sen moninaisessa fyysisessä, psyykkisessä, henkisessä, sosiaalisessa ja hengellisissä tarpeissa. Potilaan oireenmukaisen, eli palliatiivisen hoitolinjan tekee aina lääkäri. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.) Päätös hoitolinjauksesta kirjataan tarkoin ja asianmukaisesti potilaan hoitokertomukseen. (Terveyskylä, 2018a.)

Palliatiivisen hoidon vaiheessa potilaalle voidaan aloittaa suonensisäisiä lääkeyhdistyksiä ja nesteytyksiä, jos niistä todetaan olevan hyötyä. Mikäli hoito osoittautuu tehottomaksi, on se mahdollisimman nopeasti lopetettava. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.) Palliatiivisen hoidon pituutta ei voida määrittää, sillä jokainen potilas on yksilöllinen ja voi elää hyvää, sekä laadukasta elämää palliatiivisesta hoitolinjasta huolimatta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

Palliatiivisessa hoidossa on huomioitava myös potilaan läheiset ja omaiset, jotka elävät potilaan kuolemaan johtavan sairauden kanssa. Läheisten tukemisella on suuri merkitys potilaan omassakin jaksamisessa. Vakavat sairaudet kuormittavat myös tutkitusti potilaan lähipiiriä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.) Palliatiivisen hoidon merkitys lisääntyy enenemissä määrin sairauden edetessä ja lopulta johtaen saattohoitovaiheen kautta kuolemaan. Potilaan kuoltua on läheisten kyettävä kaikesta huolimatta jatkamaan tilanteesta eteenpäin. (Suomalaisen

Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

5.3 Saattohoito

Saattohoito on osa palliativista hoitoa. Saattohoidossa valmistaudutaan potilaan kuolemaan. Saattohoidossa korostuvat oireiden lievitys, henkinen tuki ja jäähyväisten jättäminen. Potilaan tukemisen lisäksi myös omaiset huomioidaan ja heitä tuetaan. Omaisten tukemisen tulisi jatkua potilaan kuoleman jälkeen. (Terveyskylä, 2018a.) Saattohoitopäätöksen tekemisestä vastaa hoitovastuussa oleva lääkäri ja hoitopäätöksestä keskustellaan potilaan kanssa ja potilaan luvalla hänen läheistensä kanssa. Saattohoitopäätös tulee kirjata asianmukaisesti potilaan hoitokertomukseen. (Sosiaali- ja terveys ministeriö, 2017, s. 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on jakanut saattohoidon toteuttamisen kolmeen eri tasoon. Tasot ovat perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso. Perustaso kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt ja perustason saattohoitoyksiköt, joissa hoidetaan saattohoitopotilaita. Kotona toteutuva loppuvaiheen hoito sisältyy perustason hoitoon. Tämän kolmitasoisien mallien tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019, s. 19–20.)

Saattohoidossa ei hoideta enää sairautta. Saattohoidon tavoitteena on lievittää potilaan oireita ja kärsimystä. Tarkoituksena on kuunnella potilaan toiveita ja kunnioittaa potilaan arvoja. Saattohoidossa paneudutaan syvemmin myös potilaan henkiseen hyvinvointiin. Päättävänä saattohoidossa on taata potilaalle hyvä ja arvokas elämän loppuvaiheen hoito ja kuolema. (Terveyskylä, 2019.)

Saattohoidon aikana on mahdollisuus tukihenkilöön. Tukihenkilö mahdollistaa omaiselle tarvittavan hengähdystauon. Tukihenkilö tarjoaa keskustelu- ja kuunteluapua ja on läsnä. Tukihenkilöitä kouluttavat syöpäjärjestöt ja saattohoitokodit. Koulutusvaiheessa käydään läpi tukihenkilön voimavarat ja soveltuvuus. (Syöpäjärjestöt, i.a.) Monilla tukihenkilöillä on taustana oma kokemus läheisen saattohoidosta ja kuolemasta. Tämän avulla tukihenkilö pystyy samaistumaan

tilanteeseen ja auttaa sitä kautta potilasta ja hänen omaistaan. (Kärpäniemi, 2004, s. 336.) Tukihenkilöillä ei ole hoitosuhdetta potilaaseen. Tukihenkilöt eivät tee hoitotyötä, eivätkä osallistu hoitopäätöksiin. Tukihenkilö toimii potilaan ehdoilla ja kunnioittaa potilaan omaa tahtoa ja toiveita. (Heikkinen, Kannel & Latvala, 2004, s. 136–144.)

5.4 Palliatiivinen- ja saattohoito kotona

Yhä useamman toive on, että saa viettää elämänsä viime hetket kotona, tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Kotisairaala mahdollistaa tämän toiveen täyttämisen ja toteutuksen. Kotisairaala toteuttaa hoidon kotona, sairaalataso välineillä ja hoitotoimilla. Hoito on toistuvaa apua ja tukea. Moniammatillinen yhteistyö takaa laadukkaan ja ammattitaitoisen hoidon. Potilaan ei tarvitse lähteä hoidon luokse vaan hoito tuodaan potilaalle. (Manninen & Poukka, 2013, s. 89–93.)

Hyvä kotisaattohoito on suunniteltu yksilöllisesti ja se on turvallista. Toteutus on joustavaa ja tasokasta. EAPC eli European Association of Palliative Caren suosituksen mukaan 100 000 ihmistä kohden tulisi aina olla yksi kotisaattohoidon asiantuntijaryhmä. Työntekijöiltä edellytetään kykyä tehdä ratkaisuja ja päätöksiä kunnioittaen potilaan kotiympäristöä. Usein kotisaattohoidossa on tiiviisti mukana potilaan omaiset. Heidän toiveensa ja ajatukset tulee huomioida. Omaisten rooli on vahvasti läsnä. (Saarto, 2015a, s. 577.)

Kotisaattohoito on tiivistä yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa, mutta ajoittain työ on itsenäistä. Tiedonkulun tulee olla katkeamatonta. Kotisaattohoidon aikana tapahtuvat muutokset, toimenpiteet, lääkitys, oireet ja toiveet on kirjattava tarkoin potilasasiakirjoihin. Työntekijöillä tulee olla tieto ja taito, miten ongelmatilanteet ratkaistaan, tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä. Hoitosuunnitelman avulla vältetään epäselvyyksiä. Kotisaattohoidossa voidaan toteuttaa lähes kaikki samat toimenpiteet kuin sairaalassakin. Kotona on käytettävissä kaikki kivun hoidon eri menetelmät. (Saarto, 2015, s. 577–579.)

Perustason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa on laatuksiteerit, joiden pohjalta hoito toteutetaan. Hoitajan kuuluu tunnistaa potilaan sairaustilanne, tunnistaa lähestyvä kuolema ja tehdä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Kotona toteutuvan hoidon mahdollistamiseksi hoitajien tulee toteuttaa oireiden mukaista hoitoa. Hoitoa toteutetaan moniammatillisesti yhteistyössä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tarvittaessa pyydetään konsultaatiotukea. Hoitajien tulee huomioida potilaan ja hänen omaistensa henkisen, hengellisen ja psykososiaalisen tuen riittävyys. Hoitajien tulee huomioida rauhallisen, mielekkään ympäristön merkitys ja mahdollistaa potilaan läheisten läsnäolon potilaan toiveiden mukaisesti. Hoitajien tulee osata tunnistaa potilaan erityistarpeet. Laadukkaana hoidon toteutumiseksi täytyy olla riittävä hoitajamitoitus. Hoitajille tulee mahdollistaa lisäkoulutuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019, s. 19–20.)

5.5 Kipu

Useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on yleinen oire. Pelko kivusta on vahvasti läsnä. Kipua koetaan eri tavoin. Potilaalle kipu on aina todellinen, eikä sitä pidä väheksyä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2017.) Kivun aistiminen johtuu sähköisestä ja kemiallisesta tapahtumasarjasta. Kipuhermopäätteet aktivoituvat kudoksissa, jonka seurauksena aivokuori aistii kivun. Kipujärjestelmä toimii neljävaiheisesti. Ensimmäiseksi nosisseptorit aktivoituu. Tämän jälkeen keskushermosto tavoittaa kipuviestin. Sen seurauksena keskushermosto muuntaa kipua ja tämän jälkeen tapahtuu konkreettinen kipukokemus. (Hagelberg & Heiskanen, 2015, s. 48–49.) Kipu laskee toimintakykyä ja vähentää ruokahalua. (Hänninen, 2003, s. 83).

Kivun hoidossa voidaan käyttää kipulääkityksen lisäksi myös erilaisia lääkkeettömiä hoitoja. Kuolevan potilaan kivunhallinta lääkkeillä on usein välttämätön, mutta rinnalla voi hyödyntää myös muita menetelmiä. Hieronnasta, kylmä- ja lämpöpusseista saattaa olla apua. Ympäristön tulisi olla potilaalle mieleinen esimerkiksi kirkas valaistus ja huoneen lämpötila tulee olla sopiva. Musiikilla voi olla positiivinen vaikutus. Asentohoidolla on merkitystä, näin vältetään ylimääräistä

kipua. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2017.) Kipulääkitys valitaan kivun mekanismin ja voimakkuuden mukaan. Kipulääkeannos määritellään yksilöllisesti. (Laukkala, Saarto & Tarnanen, 2019.) Kipu kuormittaa ja on henkisesti rankkaa. Psykkiseen kivunhallintaan tulee kiinnittää huomiota. (Heiskanen, 2015a, s. 53–54.)

Tehokkaassa kivun hoidossa voidaan hyödyntää kipupumppuja. Niiden avulla kipulääkkeen annostus on näin tasaista ja turvallista. Viivettä kipulääkkeen annostuksessa ei juurikaan ilmene. Kipupumppu on nopeakäyttöinen ja yksilöllinen annostus erilaisin lääkeainekasetein on helppo ohjelmoida. Kipupumppu yhdistyy PoSa:n kotisairaalassa potilaaseen NeriaGuard- siipineulan kautta ihon alle eli s.c., josta lääke vaikuttaa nopeasti ja tehokkaasti. Kipulääkkeen määrää on helppo muuttaa ja ohjelmoida kipupumpun avulla. (Terveyskylä, i.a.)

6 SURU

Läheisen ihmisen menettäminen on kokonaisvaltainen kokemus. Murhe ja suru ovat merkityksellisiä, eikä niitä pidä sivuuttaa. Suru jättää aina jälkensä. Suru luo merkityksen eletylle elämälle. (Pulkinen, 2016.) Suru ei aina esiinny johdonmukaisesti, eikä ole vain yhtä tapaa surra. Jokaisen ihmisen suru ja surutyö ovat yksilöllisiä. Sureminen saattaa joillekin tulla takautuvasti tai viiveellä esimerkiksi, kun käytännön järjestelyt (hautajaiset, muut hoidettavat asiat ovat ohi.) Surulle annetaan em. asioiden jälkeen aikaa ja tilaa. Surun sanoittamisessa on eroja. Osa ihmisistä haluaa puhua surusta avoimesti ja puhumisen avulla oma taakka kevenee. Osa taas vaikenee, eikä välttämättä halua käsitellä asiaa muiden kanssa. Molemmat käsittelytavat ovat hyväksyttäviä. (Vähäkangas, 2019.)

Suruun liittyy monenlaisia tunteita esimerkiksi ahdistusta, pelkoa, turhautumista, syyllisyyttä, turvattomuutta ja suunnatonta ikävän tunnetta. Myös keho voi

reagoida vahvasti suruun, joka ilmentyy esimerkiksi väsymyksenä, päänsärkynä, paniikkihäiriöoireiden kaltaisesti ja muistikatkoksina. (Mieli, i.a.)

Suruprosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin. Suruprosessin kesto ja vaiheet ovat yksilöllisiä. Toipumiseen vaikuttaa elämäntilanne ja aiemmin koetut tapahtumat. Sokkivaiheessa tapahtunutta ei ymmärrä tai halua uskoa tapahtuneeksi. Reagointi saattaa olla voimakasta ja turruttavaa. Reaktiovaiheessa tapahtuma sisäistetään ja sitä käydään läpi useaan otteeseen. Käsittelyvaiheessa menetystä käsitellään ja työstetään. Tunnetiloissa saattaa esiintyä pelkoa ja vihaa. Erilaisia tunteita käydään läpi ja niiden käsittelyssä auttaa aika. Sopeutumisvaiheessa tapahtunut sisäistetään ja tunteet muuttuvat usein kaipaaviksi muistoiksi. Surevalla voi löytyä elämäniloa ja onnenhetkiä, mutta vuosienkin jälkeen kaippuu ja suru ovat läsnä. (Mieli, 2015, s. 2–4.)

6.1 Suruprosessin kehityskaari

Itkonen viittaa kirjassaan yhdysvaltalaisen psykologin, George Bonnanon tekemään tutkimukseen, jossa kerrotaan suruprosessin etenevän erilaisten kehityskaarien mukaan. Tutkimuksessa on havainnointu myös sitä, miten erilaiset lähtökohdat vaikuttavat ihmisten suruprosessiin. Kolme yleisintä kehityskaarta ovat krooninen suru, toipuminen ja resilienssi. Kroonistunut suru kuvaan tilannetta, jossa sureva kokee menetyksen kivun musertavan hänet ja ajatus arkeen paluusta tuntuu mahdottomalta. Toipumisen kehityskaaressa puolestaan sureva suree voimakkaasti, mutta kykenee kuitenkin palaamaan pikkuhiljaa arjen rutiineihin. Resilienssi taas tarkoittaa tilannetta, jossa surevan kokema menetys voi olla suuri ja tuskallinen, mutta se ei kuitenkaan ole musertavaa ja päättymätöntä. Vaikka sureva tuntee surun ja siihen liittyvän kivun ja kaipauksen, hän pystyy kuitenkin pitämään elämänsä tasapainossa. Resilienssiin viittaavia tekijöitä ovat vakuuttuneisuus elämän tarkoituksesta, usko vaikuttavuudesta ympäröiviin tapahtumiin, negatiivisista ja positiivisista elämäkokemuksista oppiminen, hyvä itsetunto ja usko itseensä, kyky tuntea positiivisia tunteita ja nauruun menetyksen

jälkeen. Resilienssiä edesauttaa myös hyvät selviytymisresurssit ja hyvä sosiaalinen tuki. (Itkonen, 2019, s. 50–55.)

Jokainen ihminen suree omalla tavallaan ja kaikki ei välttämättä tarvitse suruprosessiin ulkopuolisen tukea. Suru voi kuitenkin pitkittyä ja komplisoitua. Tarkkaa määritelmää komplisoituneesta surusta ei voi antaa sen yksilöllisyyden takia, mutta voidaan ajatella tiettyjen oireiden olevan merkki siitä. Näitä merkkejä ovat yli 6 kuukautta kestänyt pysyvä ja itsepintainen eroahdistus, huomattavasti vähentynyt toimintakyky sosiaalisessa elämässä, arjessa, työssä tai perhe-elämässä sekä seuraavista oireista vähintään viisi päivittäin ilmentyvistä oireista, jotka haittaavat arkea: Vähentynyt käsitys itsestä, vaikeus hyväksyä menetys, menetyksen muistelun välttely, kykenemättömyys luottamussuhteeseen, äärimäinen katkeruus tai viha, äärimäinen vaikeus mennä elämässä eteenpäin, kokonaisvaltainen turtuneisuus, elämän tyhjyyden tunne ja kykenemättömyys luottaa tulevaan ja sen tarkoitukseen, kuoleman johdosta johtuva hämmennys tai järkytys. Komplisoitunut suru voi johtaa masennukseen tai jopa pitkään jatkuneeseen työkyvyttömyyteen. (Itkonen, 2019, s. 56–57.)

6.2 Vertaistuki ja sururyhmät

Monesti suruprosessin edetessä sureva alkaa kaipaamaan vertaistukea ja yhteisöä, jossa käsitellä omaa suruaan ja kertoa omasta menetyksen kohteesta. Vertaistuki koetaan tärkeänä ja voimaannuttavana, koska sureva tietää, että muut ymmärtävät hänen suruaan, vaikka surun kohde onkin eri. Seurakunnan järjestämissä sururyhmissä voidaan käsitellä myös hengellisyyttä. (Itkonen, 2019, s. 154–155.)

Sururyhmät jakautuvat järjestäjästä riippuen avoimiin ja suljettuihin ryhmiin. Seurakunnan tarjoamat sururyhmät ovat yleensä suljettuja, joka tukee osallistujia ja surussa päästään syvemmälle. Sururyhmän rakenne suunnitellaan tarkasti ja ryhmä kootaan yhteen sitten kun osallistujia on riittävästi mukana. Tapaamiset järjestetään tietyin väli ajoin, suunnitelman mukaan. (Itkonen, 2019, s. 155.)

Sururyhmään osallistumisen yhtenä kriteerinä on se, että menetyksestä on aikaa vähintään puoli vuotta ja enintään kaksi vuotta. Tapaus kohtaista harkintaa voi kuitenkin käyttää. Ideaalitulanteessa sururyhmät jaetaan surun samankaltaisuuden mukaan. Sururyhmään osallistujan olisi tärkeää sitoutua ryhmään, niin että pääsisi jokaiselle tapaamiselle. Ryhmän kannalta yhtenäisyys on tärkeää. Toisena tärkeänä asiana on luottamuksellisuus. Kaikkia ryhmän jäseniä tulee informoida siitä, että ryhmässä keskustellaan luottamuksellisesti. Kolmantena tärkeänä asiana on vapaus päättää siitä, kuinka paljon tai vähän sureva haluaa menetyksestään kertoa. Neljäntenä on ajan käyttö tasapuolisesti osallistujien kesken ja neuvoja annetaan vain surevan niin pyytäessä. Surevalle on myös annettava tilaa kaikkien tunteiden ilmaisuun. (Itkonen, 2019, s. 157–158.)

6.3 Diakonisen hoitotyön merkitys

Seurakunnan merkitys surevalle on suuri sekä erityinen ja koko seurakunnan toiminta tukee surevaa. Seurakunta osallistuu surevan elämään osana niin hautajaisten ja siunaustilaisuuksien järjestämisenä kuin myös diakoniatyönä. Seurakunnan tarjoaman surutyön tärkein tarkoitus on tahto auttaa. (Itkonen, 2019, s. 109–110.) Surutyössä voidaan hyödyntää erilaisia toimintamalleja työn tukena ja asian käsittelyssä. Toimintamalleja on monia. Yksi toimintamalli on *AVAUS-malli*. Mallin avulla voidaan kartoittaa hengellisiä ja henkisiä tarpeita. Mallin avulla voidaan käydä läpi surevan omat arvot ja vakaumus, voimavarat, arvio tarpeista, ulkopuolisen tuen tarve ja spiritualiteettia tukevat asiat. (Karvinen, Lipponen & Sipola, 2020, s. 13). Monesti ihminen tukeutuu kirkkoon hädän keskellä, jolloin seurakunnan rooli nousee tärkeään asemaan. Hyvin hoidettu suru tukee surevan selviytymistä ja ennalta ehkäisee mahdollisia komplikaatioita pidemmällä aikavälillä, jotka saattaisivat johtaa masennukseen ja työkyvyttömyyteen. (Itkonen, 2019, s. 109–110.)

Seurakunnallisen surutuen kulmakivet ovat tärkeä osa surutyötä. Kulmakiviä on hyväksynnän välittäminen, ymmärryksen etsiminen, toivon luominen, yhteisötuen tarjoaminen sekä tilan tarjoaminen spiritualiteetille. Surutuessa lähtökohtana on

aito välittäminen, jotta kohtaamisesta ei tule rutiininomaista. Toivon luominen on erittäin tärkeä osa surevan prosessia, jonka vuoksi surutukijan on tärkeä ymmärtää oma roolinsa surevan vierellä kulkemiseen ja edetä täysin surevan ehdoilla. Surutukijan on hyvä huomioida se, että jokaisen suru on yksilöllistä eikä siihen ole yleistä ohjekirjaa. Surevalle tulee antaa aikaa ja tilaa niin paljon, kun sureva kokee tarvitsevansa, eikä sitä tule koskaan vähätellä. Surutukijan tulee tuoda omalla rauhallisuudellaan sekä empaattisuudella surevalle tunnetta siitä, että häntä kunnioitetaan ja ymmärretään sekä hänestä myös välitetään. (Itkonen, 2019, s. 113–116.)

Diakoniatyön tapaamisissa voidaan kartoittaa myös mahdollista taloudellisen avustuksen tarvetta, arjen sujumista ja riittävän avun saantia. Avunannossa siis huomioidaan surevaa kokonaisuutena ja varmistetaan elämän jatkuminen surusta huolimatta. Seurakunnalla saattaa olla käytettävissä myös vapaaehtoisia, jotka tarjoavat kriisiapua, joiden avulla surevaa voidaan tukea pitkäjänteisemmin. (Itkonen, 2019, s. 116–118.)

Sielunhoito on sosiaalista tukea, jossa korostuu emotionaalisen, konkreettisen ja tiedollisen tuen lisäksi uskonnollisesta perinteestä nouseva hengellinen tuki, joka tukee ja hoitaa ihmisen spiritualiteettia. Sielunhoitoon lukeutuu ihmisen uskonkysymyksiin liittyvät keskustelut, rukoilu, ehtoollinen, rippi, sairaanvoitelu sekä muita uskontoon liittyviä harjoitteita, asiakkaan niin halutessa. Sielunhoitoa voidaan toteuttaa hoidettavan elämäkatsomuksesta riippumatta, mutta se on foku-soitava ihmisen auttamiseen, eikä hoidettavan elämäkatsomuksen muuttamiseksi samanlaiseksi sielunhoitajan kanssa. (Itkonen, 2019, s. 31–33.)

7 OPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI

Keskustelimme Pohjois-Satakunnan kotisairaalan henkilökunnan kanssa heidän toiveistaan oppaan sisältöön liittyen. Sovimme myös, että opas on kirjallinen opas. Kirjoitimme tässä vaiheessa yhteistyösopimuksen Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän kanssa.

Oppaan alkuprosessissa oli tärkeä luoda käytännöllisen kokoinen ja mallinen, ideaalisesti taitettu ja kustannustehokas opasmalli. Mietimme myös oppaan sisällön merkitystä ja visuaalista ilmettä. Ajatuksena oli, että opasta pystytään hyödyntämään helposti ja sisältö on ymmärrettävää. Mietimme myös tarkkaan sisällön rajauksen. Mikä olisi hyödyllistä tietoa juuri tässä oppaassa. Mitkä asiat rajaamme oppaan ulkopuolelle. Pohdimme oppaan sopivaa sivumäärää, kuvien merkitystä ja tekstinmuotoilua. Päädyimme käyttämään luontokuvia oppaassamme, koimme, että ne sopivat aiheeseen. Ideoimme otsikointia ja muutimme otsikoiden paikkaa muutamia kertoja, jotta kokonaisuus olisi mahdollisimman selkeä. Ideoita löytyi runsaasti ja huomioimme kaikkien mielipiteet.

7.1 Luonnostelu

Aiheen valinnan ja suunnittelun jälkeen alkoi oppaan luonnosteluvaihe. Oppaan on tarkoitus olla työelämässä apuvälineenä ja antaa selkeää ja ajantasaista hoitajille ja omaisille. Tuotteen laadukas ja luotettava tieto kootaan kirjallisuuteen perehtymällä.

Työn edetessä teimme työnjaon oppaan kokoamisen suhteen. Loimme oppaan pohjan. Keräsimme yhdessä ajatuksia ja näkemyksiä oppaan suhteen. Luonnosteluvaiheessa kiinnitimme huomiota visuaaliseen toteutukseen ja työelämätahon toiveisiin. Tämän jälkeen kokosimme oppaaseen sisältöä kirjallisen työmme pohjalta. Arvioimme yhdessä oppaan ulkonäköä ja asiatekstejä. Muutimme lauseita ymmärrettävämmiksi ja selkeämmiksi. Oppaan edetessä kuvat ja tekstit löysivät hyvin paikkansa ja tekstiä hiottiin tasaisesti.

Tuotteistamisen prosessissa luotiin prototyyppi eli opas, mihin lisättiin sisältöä opinnäytetyön kirjallisen raportin teoriaosuudesta. Oppaan teoreettisessa materiaalissa huomioitiin helppolukuisuus ja kansankieliset termit, jolloin omainen niitä ymmärtää. Tuotteistamisen prosessissa oli käytettävissä kuvankäsittelyohjelma, sekä internetin ilmainen kuvapankki, josta saa ottaa kuvia vapaaseen käyttöön ilman, että tarvitsee tekijän luvan. Tuotteistamisessa huomioitiin resurssit, niiden vaikutukset, sekä visuaalinen ilme vakavaan aiheeseen tarkoitetulle oppaalle.

7.2 Ammattilaisten palaute

Oppaan viimeistelyssä hyödynnettiin työelämän toimeksiantajan palautetta ja viitekehystoiveita. Palaute kerättiin toimeksiantajalta kirjallisena. Palautetta haettiin myös yksityishenkilöltä, joka oli kokenut läheisen menettämisen. Opasta ja sen sisältöä muokattiin palautteen saannin mukaan ja kehitettiin yhteistyössä opiskelijoiden sekä palautteen antajien kesken. Tuotteistamisprosessin lopussa valmis opas luovutettiin työelämän edustajan käyttöön.

7.3 Valmis opas

Opinnäytetyö ja opas viimeisteltiin palautteen saannin jälkeen. Sekä oppaan ulkoasu, että sisältö tarkistettiin ennen oppaan painoa. Oppaan painamisen ja sen kulut eivät saaneet olla suuria ja painokoneena tulisi toimia normaali Xerox monitoimikopiokone toimistossa. Oppaan tuotteistamisen edellytyksenä oli sähköinen versio, jota olisi mahdollisuus päivittää ja pitää ajantasaisen tiedon välittämisen apuvälineenä. Oppaan lähtökohtana on toimia apuvälineenä hoitajalle, jolla tuetaan potilaan omaista.

Oppaan visuaalisen ulkoilmeen antoi Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän logo yhdistettynä logon värimaailmaan, joka näyttäytyy kaikissa Posa:n esitteissä. Värien ja logojen käyttö oli sallittu Posa:n toimesta ja niiden käyttö toimi opinnäytetyön oppaan perustana.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön ja oppaan tekeminen oli vaativa ja aikaa vievä prosessi. Opinnäytetyön etenemiseksi tutustuimme laajasti kirjallisuuteen sekä siihen liittyviin tutkimuksiin. Kirjoittamisen myötä meidän oma näkemyksemme ja tieto opinnäytetyön aiheesta laajentui paljon. Jokaisella ryhmän jäsenellä oli jo aiempaa tietoa kuolevan potilaan hoidosta ja omaisten kohtaamisesta, mutta opinnäytetyön myötä tieto on syventynyt. Kirjoittamisen aikana pystyi prosessoimaan tietoa aina pala palalta, joka helpotti tiedon sisäistämistä. Ryhmän yhteistyö sujui melko hyvin ja yhteistyö työelämätahon kanssa on sujunut moitteetta. Haasteita opinnäytetyön kirjoittamiseen toi aikataulujen yhteensovittaminen, Covid19-pandemian asettamat rajoitukset sekä kirjoittamisen ohella tapahtuva muu opiskelu. Opinnäytetyö eteni vaiheittain ja työjakoa noudattamalla. Keskustelimme työnjaosta ja prosessin etenemisestä useasti muun muassa Whatsappin välityksellä, ja jokainen ryhmänjäsen työsti opinnäytetyötä oman aikataulun puitteissa.

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2020 ja tarkoituksena oli tehdä kirjallisuuskatsaus kuolevan potilaan omaisten tukemismenetelmistä, sekä avata käytännön käsitteitä oppaan muodossa. Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän eli PoSa:n kotisairaala ilmaisi tarpeen saada opas hoitajien käyttöön hoitotyön tueksi, jota he voisivat hyödyntää kuolevan potilaan hoidossa ja tukemisessa. Kotisairaallalla ei ole aiempia kirjallisia ohjeita hoitotyön keskeisistä käsitteistä tai auttamismenetelmistä kuolevan potilaan hoidossa. Opinnäytetyömme muuttui toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Saattohoito oli meille aiheena entuudestaan jo tuttu, mutta teoretieto oli meille vierasta. Aihe tuntui meistä tärkeältä ja ajankohtaiselta.

Kirjallisessa työssä ja oppaassa huomioimme hoitotyön eettisiä periaatteita. Mietimme esimerkiksi, miten haluaisimme itseämme tai läheistämme tällaisissa tilanteissa hoidettavan? Mikä on inhimillistä ja arvokasta hoitoa? Kuinka kohdata potilas ja hänen läheisensä? Mihin kaikkeen potilaan itsemääräämisoikeus vaikuttaa? Ajattelimme, kuinka hienoa on, että kotisairaalan toiminta mahdollistaa elämän loppuvaiheen hoidon, potilaan kotona, tutussa ympäristössä.

8.1 Prosessin arviointi

Kokonaisuudessaan prosessi oli mielenkiintoinen. Aikatauluarvioni oli realistinen ja tiivis. Prosessi eteni tasaisesti, mutta suunnitelmavaihe kesti odotettua kauemmin. Prosessin ennakointi, seuranta ja toteutus vaati aikataulutuksen yhteensovittamista. Prosessin aikana perehdyimme materiaaliin ja ymmärryksemme aiheesta on kehittynyt. Arvioimme itse työtämme ja saimme työstämme tasaisesti palautetta opettajilta ja opponenteilta. Palautteen avulla olemme täydentäneet tehtävää ja laajentaneet näkemystämme. Saimme myös uusia näkökulmia työstämiseen. Oppaan tuotteistamisprosessi käynnistyi, kun opinnäytetyön suunnitelma alkoi olla loppuvaiheessaan ja näin ollen opinnäytetyön raportin työstäminen pääsi alkamaan tammi-helmikuun aikana 2021. Tuotteistamisprosessin alussa oli luotava työelämätahon vaatimusten mukainen prototyyppi, jonka hyväksyttäminen tapahtui hoitotyön johtajan ja kotisairaalan sairaanhoitajien toimesta. Opas hahmoteltiin alustavasti, jonka jälkeen se hyväksyttiin yhteistyötaholla. Sen jälkeen opasta alettiin työstämään lopulliseen versioonsa kirjallisen raportin ohella.

8.2 Ammatillisuuden kehittyminen

Koemme, että opinnäytetyön tekemisen myötä olemme saaneet uudenlaista ammatillisuutta ja tietoa aiheeseen liittyen, ja pystymme käyttämään tietoa hyväksi tulevana sairaanhoitajina kuolevan potilaan hoidossa sekä omaisten kohtaamisessa. Koemme aiheen olleen raskas. Opinnäytetyö vaati meiltä paljon kirjallisuuteen perehtymistä, mutta se antoi meille uudenlaista näkökulmaa sekä valmiuksia tulevaa ammattia varten. Opinnäytetyötä tehdessämme sairaanhoitajan rooli saattohoidossa selkiintyi. Olemme ymmärtäneet, kuinka merkittävässä asemassa sairaanhoitaja kuolevan potilaan hoitotyössä ja potilaan omaisten tukemisessa. Olemme tämän opinnäytetyön myötä ymmärtäneet, kuinka laaja-alaista osaamista vaaditaan sairaanhoitajalta, joka työskentelee kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kanssa.

LÄHTEET

- Anttonen, M. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Saatavilla 2.3.2021 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1>
- ETENE. (2012). Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012-suunnitelmat ja toteutus. Saatavilla 1.3.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>
- Hagelberg, N, & Heiskanen, T. (2015). Teoksessa: Palliatiivinen hoito. Toim. Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. *Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisten mekanismin mukaan*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. (2004). Saattohoito Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. WS Bookwell Oy: PORVOO.
- Heiskanen, T. (2015a). Teoksessa: *Palliatiivinen hoito*. Toim. Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. *Kivun hoito palliatiivisella potilaalla*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. (2003). *Saattopotilaan oireiden hoito*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim
- Isoherranen, K. (2015). Teoksessa: *Palliatiivinen hoito*. Toim. Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. *Kutina*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Itkonen, J. (2019). Teoksessa: *Surun virrassa, läheisensä menettäneen sielunhoito*. Helsinki: Kirjapaja.
- Kalso, E. (2003). Opioidien käyttö pitkäaikaisen, muusta kuin syövästä johtuvan kivun hoidossa. Teoksessa Forsell, M., Kalso, E. & Paakkari, P. *Opioidit pitkäkestoisessa kivussa*. Lääkelaitos. Saatavilla 2.3.2021.

https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf

- Karvinen, I., Lipponen, V. & Sipola, V. (2020). Teoksessa Vakaumuksen ja uskon kunnioittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen ev. - lut. Kirkko. Kirkkohallitus. Saatavilla 20.4.2021. https://evl.fi/documents/1327140/40929340/Vakaumuksen_ja_uskon_kunnioittaminen_opas.pdf/01f6a908-63e2-5683-7735-7e9b18e05c32?t=1592987954936
- Kärpäniemi, R. (2004). Teoksessa Palliatiivinen hoito. Vapaaehtoiset saattohoidossa. Kustannus Oy Duodesic: SAARIJÄRVI.
- Laukkala, T., Saarto, T. & Tarnanen, K. (2019). Käypä hoito. *Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito)*. Saatavilla 1.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>
- Lehto, J. (2015). Teoksessa: *Palliatiivinen hoito*. Toim. Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. *Mitä on palliatiivinen hoito?* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- L116/1990. Mielenterveyslaki 14.7.1990/116. Saatavilla 1.3.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- L731/1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Saatavilla 1.3.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- L583/986. Tartuntatautilaki 21.12.2016/1227. Saatavilla 1.3.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20161227>
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla 1.3.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>
- Lahden diakonian instituutti & Kamppari, J. (2014). *Saattohoidon arki ja pyhä*.
- Manninen, P. & Poukka, P. (2013). Teoksessa: *Elämän puu*. Toim. Hänninen, J. & Luomala, M. *Kotisairaala vie hoidon potilaan luokse*. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Mieli. (2015). Suomen Mielenterveysseura ry. Suru. Saatavilla 10.3.2021. https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/mieli_suru_netti.pdf
- Mieli. (i.a.). Suomen Mielenterveysseura ry. Mielenterveys. Vaikeat elämäntilanteet. Suru. Järkyttävän tapahtuman jälkeen. Saatavilla 9.4.2021. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat->

[el%C3%A4m%C3%A4ntilan-
teet/suru/j%C3%A4rkytt%C3%A4v%C3%A4n-tapahtuman-
j%C3%A4lkeen](#)

Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymä. *Eryityispalvelut. Kotisairaala.*

Saatavilla 14.3.2021. <https://www.eposa.fi/palvelut/eryityispalvelut/kotisairaala/>

Pulkkinen, M. (2016) Helsingin yliopisto. Uutiset. Uutiset ja tiedotteet. “*Suomalainen suru on salattua ja sanatonta*”. Saatavilla 14.3.2021

<https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/terveys/suomalainen-suru-on-salattua-ja-sanatonta>

Saarela, T. (i.a.). *Diakonia seurakunnassa.* Saatavilla 6.4.2021 <https://www.seurakuntaopisto.fi/wp-content/uploads/2016/09/tiina-saarela-diakonia-seurakunnassa.pdf>

Saarto, T. (2015a). Teoksessa: *Palliatiivinen hoito.* Toim. Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. *Palliatiivisen hoidon järjestäminen.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sastamoinen, M., Vähä, T., Ypyä, J., Alahuhta, M. & Päätaalo, K. (2018). Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisu. Saatavilla 15.2.2021 <http://www.oamk.fi/epooki/2018/toiminnallinen-opinnaytetyo/>

Suomen Lääkäriliitto. (i.a.). *Lääkärin Etiikka Potilas-lääkärisuhde.*

Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset. Saatavilla 1.3.2021 <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/potilas-laakarisuhde/itsemaaraamisoikeus-ja-sen-poikkeukset/>

Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2017).

Kipu. Käypä hoito - suositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Saatavilla 7.4.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s4%20%20K%C3%A4yp%C3%A4%20hoito>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito.* Käypä hoito – suositus. Suomalainen lääkärisseura

Duodecim. Saatavilla 9.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

- Sosiaali- ja terveys ministeriö. (2017). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*. Saatavilla 1.3.2021. https://diakle.diak.fi/pluginfile.php/144575/mod_resource/content/2/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen%20Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n%20suositus%20osaa-mis-%20ja%20laatuk.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. Saatavilla 1.3.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Syöpäjärjestöt. (i.a.). Osallistu. Tukihenkilötoiminta. Saatavilla 16.2.2021. https://www.syopajarjestot.fi/osallistu/tukihenkilotoiminta/Terveysten_ja_hyvinvoinnin_laitos.
- THL.fi. Aiheet. Ikääntyminen. (2019). *Elämän loppuvaiheen hoito. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa*. Saatavilla 16.11.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (2019). *Mitä toimintakyky on?* Saatavilla 11.10.2020 <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveyskirjasto. Halila, R. & Mustajoki, P. *Lääkärikirja Duodecim Hoitotahtokäytännön ohjeita*. (2016). Saatavilla 1.3.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=hoitotahto&p_artikkeli=dlk00809
- Terveyskylä. (i.a.). *Kivunhallintatalo. Kipu leikkauksen jälkeen. Kipulääkitys leikkauksen jälkeen. Kipulääkeannostelija*. Saatavilla 11.3.2021. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kipul%C3%A4%C3%A4kitys-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kipul%C3%A4%C3%A4keannostelija>
- Terveyskylä. (2018a). *Palliativinen hoito*. Hoitolinjat. Saatavilla 1.3.2021 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoitolinjat>

- Terveyskylä. (2018b). *Oireiden hoito. Oireet Suun alueen oireet*. Saatavilla 1.3.2021. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/suun-alueen-oireet>
- Terveyskylä. (2019). *Saattohoito. Mitä saattohoito hoito on?* Saatavilla 1.3.2021 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/mit%C3%A4-saattohoito-onhttps://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/mit%C3%A4-saattohoito-on>
- Vainio, A. & Vuorinen, E. (2015). Kivun esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa: *Palliativinen hoito*. Toim. Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (2020). *Terveydenhuolto. Hyvä ammatinharjoittaminen. Elämän loppuvaiheen hoito*. Saatavilla 1.3.2021 https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito
- Vähäkangas, A. (2019). Helsingin yliopisto. Uutiset. Uutiset ja tiedotteet. *”Suomalaisten sureminen on muuttunut: luterilaisuuden rinnalle nousevat tunteiden näyttäminen ja sururitualien personointi”*. Saatavilla 14.3.2021 <https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/hyvinvointiyhteiskunta/suomalaisten-sureminen-on-muuttunut-luterilaisuuden-rinnalle-nousevat-tunteiden-nayttaminen-ja-sururitualien-personointi>

LIITE 1. Opas

Kotisairaala

Palliativinen hoito
Saattohoito



POHJOIS-SATAKUNNAN
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

SISÄLLYSLUETTELO

PoSa:n kotisairaala	2
Palliativinen hoito	3-4
Saattohoito	6
Palliativinen hoito ja saattohoito kotona	7
Hoidon keskeisiä käsitteitä:	
Itsemääräämisoikeus	9
Hoitoneuvottelu	9
Hoitosuunnitelma	10
Hoitotahto	10
DNR-päätös	11
Kivunhoito	13-14
Suru	15
Suruprosessi	16
Vertaistuki ja tukihenkilö	17
Sururyhmä	18
Komplisoitunut suru	19
Hengellisyys	21
Seurakunta	22
Omia muistintapanoja	24
Hyvä tietää	25
Lähdemateriaali	26

1



Kotisairaala

Kotisairaalamme tarkoituksena on tarjota potilaalle terveyskeskussairaala-atasosta hoitoa kotiin tai palveluasuntoon

Kotisairaalassa olevan potilaan tulee asua PoSa:n toimialueella: Honkajoki, Jämijärvi, Kankaanpää, Karvia, Pomarkku tai Siikainen

Kotisairaalan toimisto sijaitsee Kankaanpään pääterveysasemalla Tapalassa

Hoidamme kotisairaalassa:

- Infektiota, jotka tarvitsevat suonensisäistä lääkitystä
- Sairauksia, jotka vaativat suonensisäistä nesteytystä
- Punasolu- ja rautatiputuksia
- Vaikahoitaisia haavoja
- Syöpöpotilaita taudin eri vaiheissa
- Palliativisia potilaita
- Saattohoito-potilaita
- Lisäksi otamme hoitoon liittyviä verinäytteitä

Kotisairaalan potilaaksi tullaan aina lääkärin läheteellä.

Potilaan tulisi huolehtia päivittäisistä toiminnoistaan itse, tarvittaessa läheisen/kotihoidon/palvelusumisen avustamana kotisairaalahoidon aikana.

2

PALLIATIVINEN HOITO

Palliativinen eli oireenmukainen hoito aloitetaan, kun potilaan sairaus tai perussairaus ei ole enää parannettavissa. Oireenmukaisessa hoidossa ei siis enää paranneta potilasta tämän sairaudesta, vaan hoidetaan sairauden aiheuttamia oireita, sekä pyritään minimoimaan potilaalle aiheuttava kärsimystä. Potilaan oireenmukaisen, eli palliativisen hoitolinjan tekee aina lääkäri keskustellen potilaan ja tämän läheisten kanssa. (Käypä hoito, 2019)

Hoitolinja ei kiellä potilaan hoitamista, vaan keskittyy potilaan oireiden hoitamiseen, sekä lievittämiseen ja näin elämänlaadun parantamiseen. Palliativiselle potilaalle voidaan aloittaa suonensisäisiä lääkityksiä ja nesteytyksiä, jos niistä todetaan olevan hyötyä, mikäli hoito osoittautuu tehottomaksi, on se mahdollisimman nopeasti lopetettava. (Käypä hoito, 2019)

Perustana palliativisessa hoidossa on kuolemaan johtava sairaus tai henkeä uhkaava tila, jossa potilaan tila ei muutu enää parempaan suuntaan aktiivihoidosta huolimatta. Hoidon pituutta ei voida määrittää, sillä jokainen potilas on yksilöllinen ja voi elää hyvää, sekä laadukasta elämää palliativisesta hoitolinjasta huolimatta. (Käypä hoito, 2019)

Hoidossa on huomioitava potilaan mahdolliset läheiset, omaiset, jotka elävät myös potilaan kuolemaan johtavan sairauden kanssa. Läheisten tukemisella on suuri merkitys potilaan omissakin jaksamisessa. Vakavat sairaudet kuormittavat myös tutkitusti potilaan lähipiiriä, joiden osuus kotona tapahtuvassa oirehoidossa on merkittävä. (Käypä hoito, 2019)

Palliativisen hoidon merkitys lisääntyy enenemissä määrin sairauden edessä ja lopulta johtaen saattohoitovaiheen kautta kuolemaan. Potilaan kuoltua on läheisten kyettävä kaikesta huolimatta jatkamaan tilanteesta eteenpäin. (Käypä hoito, 2019)

Oirehoidon keskiössä on koko ihminen sen moninaisessa fyysisessä, psyykkisessä, henkisessä, sosiaalisessa ja hengellisissä tarpeissa. Palliativinen hoito on eräänlaisen kuoleman lähestymisen pakkohyväksymisen kohta. Potilaan ja tämän läheisten suuret kriisit ovat hyvin yleisiä hoidon hyväksymisen alkutaipaleella. (Käypä hoito, 2019)

Potilaan ja tämän omaisten on hyväksyttävä, että sairautta ei enää pystytä parantamaan, vaan sen eteneminen on vääjäämätöntä. Potilaan tila tulee muuttumaan oletettavasti vain huonompaan suuntaan ja toimintakyky laskemaan sairauden edetessä. Oirehoidon eli palliativisen hoidon avulla oireita pyritään hillitsemään. Oireita ei välttämättä pystytä kokonaan poistamaan, mutta tavoitteena on hyvä ja laadukas loppuvaiheen elämä.

Elämän kriisit ja tunnemyllerrys ovat normaalia palliativisen hoidon alussa, eikä tätä tule vähätellä tai estää. Elämän loppumisen hyväksyminen on vaikeaa ja se herättää myös tunteita ”Miksi minä” tai ”miksi meidän läheinen”. Elämä on kuitenkin varsin rajallinen. Loppuvaiheessa on hyvä nauttia kaikesta yhteisestä ajasta juuri kuten potilaasta tai läheisestä tuntuu.

Palliativisen hoidonluonnollisena jatkumona on saattohoitovaihe, jossa potilas pyritään saattamaan hyvään ja rauhalliseen, sekä kivuttomaan kuolemaan. (Käypä hoito, 2019) Palliativinen- ja saattohoito kulkevat hoitolinjoina vierekkäin.



**Kaikk` on niin hiljaa mun ympärilläin,
kaikk` on niin hellää ja hyvää.**

**Kukat suuret mun aukevat sydämessäin
ja tuoksuvat rauhaa syvää.**

– Eino Leino –

SAATTOHOITO

Saattohoito on palliatiivisen hoidon loppuvaiheen osa. Hoidon tavoitteena on turvata potilaan mahdollisimman hyvä kuolema. Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kuolema oletetaan olevan jo lähellä. Päätavoitteena on kuolemaa edeltävän kärsimyksen ja mahdollisten kipujen lievittäminen. Hoidon lähtökohtana on palliatiivisen hoidon mukainen parantumaton sairaus, joka on edennyt niin pitkälle, että kuoleman oletetaan olevan jo lähellä.

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka tapahtuu kuolevan potilaan viimeisten päivien ja viikkojen aikana ennen potilaan kuolemaa ja myös kuoleman jälkeen. Saattohoito ei tarkoita sitä, että potilaan hoitaminen lopetetaan vaan saattohoidossa potilaan hoitokeinot muuttuvat. Potilaan kivunhoitoon ja laadukkaaseen elämään sen loppuvaiheessa kiinnitetään erityistä huomiota.

Potilasta ja tämän omaisia kuunnellaan aktiivisesti. Hoidossa huomioidaan arvokas loppuelämä kuunnellen potilaan toiveita ja kunnioittamalla hänen ihmisarvoaan. Lisäksi saattohoidossa paneudutaan syvemmin myös potilaan henkiseen hyvinvointiin, mikäli potilas tätä haluaa. (Tremorskyk, 2019.)

PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO KOTONA

Yhä useamman toive on, että saa viettää elämänsä viime hetket kotona, tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Kotisairaala mahdollistaa tämän toiveen täyttämisen ja toteutuksen. Kotisairaala toteuttaa hoidon kotona, sairaalatason välineillä ja hoitotoimilla. Hoito on toistuvaa apua ja tukea. Moniammatillinen yhteistyö takaa laadukkaan ja ammattitaitoisen hoidon. Potilaan ei tarvitse lähteä hoidon luokse vaan hoito tuodaan potilaalle. (Mäkelinen & Poulkka, 2013, s. 89-93.)

Hyvä palliatiivinen- ja kotisaattohoito suunnitellaan aina yksilöllisesti ja se on turvallista. PoSa:n kotisairaalan toteutus on joustavaa ja tasokasta. Kotisairaalan sairaanhoitajia on koulutautunut ja erikoistunut palliatiiviseen- ja saattohoitotyöhön. Yksikön lääkärillä on yleisiääketieteen erikoistuminen ja palliatiivinen erityisnäpätvyys. Kotisaattohoidossa ovat tiivistä mukana potilaan läheiset tai hoitoyksikön hoitajat. Potilaan omat ja läheisten toiveet ja ajatukset huomioida hoidossa. Läheisten rooli on vahvasti läsnä. (Saarto, 2015a, s. 577.)

Kotisaattohoito on tiivistä yhteistyötä potilaan, tämän läheisten ja muiden ammattilaisten kanssa. Tiedonkulun tulee olla katkeamatonta ja se on huomioitu hoidon kulussa voimistoitoina tarpeen vaatimalla tiheydellä aina käyntien välissä. Kotisaattohoidon aikana tapahtuvat muutokset, toimenpiteet, lääkitys, oireet ja toiveet on kirjattava tarkoin potilasasiakirjoihin. Työntekijöillä tulee olla tieto ja taito, miten ongelmatilanteet ratkaistaan, tarvittaessa aina konsultoidaan lääkäriä. Hoitosuunnitelman avulla vältetään epäselvyyksiä. Kotisaattohoidossa voidaan toteuttaa lähes kaikki samat toimenpiteet kuin sairaalassakin. Kotona on käytettävissä kaikki kiivun hoidon eri menetelmät. (Saarto, 2015, s. 577-579.)

Jokainen yhteinen päivä
Huonompiakin sellainen
On ainakin yhden
Runnon hymyn arvoinen

-Tuulikki-

KESKEISIÄ HOITON LIITTYVIÄ ILMAUKSIA

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Suomessa potilaalla on oikeus osallistua itseään koskeviin päätöksiin ja päättää niistä. Potilaan hoito ja päätökset toteutetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Itsemääräämisoikeus perustuu Perustuslakiin (L731/1999). On tilanteita, jolloin lainsäädännössä tehdään poikkeuksia perustuen esimerkiksi Mielenterveyslaissa (L1116/1990) tai Tartuntataulaissa (L583/1986) säädettyihin asetuksiin. Tällöin tilanne määritellään potilaan oman edun mukaisesti ja turvaamiseksi. Pääperiaatteena aina on, että potilaalla on oikeus päättää, omista asioistaan. (Suomen Lakimiesliitto)

HOITONEUVOTTELU

Hoitoneuvottelu on keskustelu, jossa päätetään ja keskustellaan potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Neuvottelussa voivat olla mukana potilas (vointi huomioiden), lääkäri, omainen (vaatii potilaan suostumuksen) ja hoitajat. Neuvottelussa on tärkeää kertoa ajantasainen tilanne ja hoitopäätökset. Päätökset tulee kertoa avoimesti, ymmärrettävästi ja mahdollistaen potilaan/omaisen lisäkysymykset. Tarkoituksena on potilaan paras mahdollinen hoito ja oireiden lievittäminen. Neuvottelu tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan ja hoitohenkilöstön kanssa. Hoitoneuvottelussa tehdyt päätökset, keskustelut ja osallistujat kirjataan potilasasiakirjoihin. Päätökset tulee olla perusteltuja, eettisyys huomioiden.

(Makela, 2020)

HOITOSUUNNITELMA

Hoitosuunnitelman tarkoituksena on potilaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoidon toteutus. Suunnitelmaan kirjataan potilaan omat toiveet ja ajatukset. Myös omaiset huomioidaan hoitosuunnitelmaa tehdessä. Siinä tulee myös näkyä hoitopäätökset, hoitolinjatukset ja hoidonrajaukset. Tarvittaessa suunnitelmaa päivitetään, tarkennetaan ja tilanteen mukaan myös muokataan. Potilaan oma hoitotahto tulee olla selkeästi kirjattuna. Ennakoiva hoitosuunnitelma luodaan tilanteissa, jossa potilaalla on pitkälle edennyt kuolemaan johtava sairaus. On tärkeää, että potilas saa tuotua tahtonsa ilmi, ennen voinnin romahdamista tai laskemista.

(Käypähoito, 2019)

HOITOTAHTO

Hoitotahto on potilaan oman tahdon ilmaisu. Hoitotahto voi pitää sisällään toiveita tai esimerkiksi potilas voi kieltää tietyt hoitotoimenpiteet. Hoitotahdon avulla potilas voi myös valtuuttaa toisen henkilön tekemään tietyissä tilanteissa päätöksiä potilaan toivomalla tavalla. Hoitotahdon tarkoituksena on ehkäistä väärinkäsityksiä ja välttää epätietoisuutta. Hoitotahdon voi esittää suullisesti tai kirjallisesti, molemmat tavat ovat lain mukaan hyväksytyjä. (Terveyskirjasto, 2016)

Potilas saa vapaavalintaisesti päättää hoitotahdon sisällön, mutta hoitotahto sulkee pois toimenpiteet, jotka eivät kuulu potilaan hoitoon tai eivät ole yleisesti hyväksyttävää. Terveystieteiden ammattilaiset voivat neuvoa potilasta millaisia asioita hoitotahtoon voi kirjata. Potilas voi halutessaan muuttaa tai perua hoitotahtonsa. Hoitotahdon tavoitteena on ilmaista terveydenhuollon ammattilaisille potilaan oma tahto. (Terveyskirjasto, 2016)

DNR-PÄÄTÖS

DNR-päätös (= ER-päätös) tarkoittaa elvyttämättä jättämispäätöstä. Elvyttämättä jättämisellä sallitaan potilaan luonnollinen kuolema. DNR-päätöksen tekee aina lääkäri. Päätös tarkoittaa sitä, jos potilas menee elottomaksi, poissuljetaan elvytystoimenpiteet. Päätös poissulkee ainoastaan elvytyksen, ei muita hoitotoimenpiteitä. DNR-päätös arvioidaan aina yksilöllisesti, potilaan kokonaisvaltainen tilanne huomioiden. Lääkäri arvioi aiheutuuko elvytyksestä enemmän haittaa kuin hyötyä. Tähän vaikuttaa potilaan ennuste ja pitkälle edenneet sairaudet. Lääkäri keskustelee päätöksestään potilaan kanssa tai vaihto-ehdoisesti omaisten kanssa.

Lääkäriin tulee kertoa päätöksestä ymmärrettävästi ja yhteistyössä potilaan/omaisten kanssa. Päätökset tehdään potilaan parhaaksi. DNR-päätös kirjataan potilasasiakirjoihin selkeästi. Kirjauksessa tulee näkyä lääketieteelliset perusteet päätökselle, sekä potilaan/omaisten kanssa käyty keskustelun sisältö. Lääketieteellisesti perusteltua ja oikeaoppisesti tehtyä päätöstä ei kumota potilaan/omaisten pyynnöstä. (Vainika, 2020).

*Yrökseen ei tiedä,
mitko aikaa paljon vai vähän.*

*Elätkää huomaan,
se päättyisin tähän.*

*Muistot kauranit oolmaa antaa
surun rakkaan hiljaa kantaa.*

-Tuntematon-

KIPU

Useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on yleinen oire. Pelko kivusta on vahvasti läsnä päivittäisessä elämässä. Kipua koetaan eri tavoin ja yksilöllisesti. Potilaalle kipu on aina todellinen, eikä sitä pidä missään kohtaa väheksyä. [Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yksilölläkeläisten yhdistyksen asettama työryhmä, 2017.]

Kivun aistiminen johtuu sähköisestä ja kemiallisesta tapahtumasarjasta. Kipuhermopäätteet aktivoituvat kudoksissa, jonka seurauksena aivokuori aistii kivun. Kipujärjestelmä toimii neljävaiheisesti. Ensimmäiseksi nosiseptorit aktivoituu. Tämän jälkeen keskushermosto tavoittaa kipuviestin. Sen seurauksena keskushermosto muuntaa kipua ja tämän jälkeen tapahtuu konkreettinen kipukokemus. [Hagberg & Heiskanen, 2015, s. 48–49.]
Tutkimuksissa osoitetaan kivun laskevan usein toimintakykyä ja vähentävän ruokahalua.

Kivun hoidossa voidaan käyttää kipulääkityksen lisäksi myös erilaisia lääkkeettömiä hoitoja. Oireenmukaisen hoidon ja kuolevan potilaan kivunhallinta lääkkeillä on usein välttämätön, mutta rinnalla voi hyödyntää myös muita menetelmiä. Hieronnasta, kylmä- ja lämpöpuusseista saattaa olla myös apua. Ympäristön tulisi olla potilaalle mieleinen esimerkiksi valaistus ja huoneen lämpötila tulee olla sopiva. Musiikilla voi olla positiivinen vaikutus. Asentohoidolla on merkitystä, näin vältetään viimeärsäistä kipua. [Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yksilölläkeläisten yhdistyksen asettama työryhmä, 2017.]

Kipulääkityksen valitaan vaikuttavat kivun mekanismi ja sen voimakkuus. Kipulääkeannos määritellään yksilöllisesti jokaiselle potilaalle ja sitä tarkkailaan koko hoidon ajan. [Sautkale, Saarto & Tammelin, 2019.]
Kipu kuormittaa ja on henkisesti raskasta. Psykkiniseen kivunhallintaan tulee kiinnittää huomiota. [Heiskanen, 2015a, s. 53–54.]

Kun potilas on siinä tilassa, ettei hän itse kykene ottamaan kantaa itseään koskeviin päätöksiin, pitävät hoitajat ja lääkäri tiiviisti yhteyttä läheisiin ja

hoitoon osallistuviin tahoihin. Potilaan käytöksestä voidaan tulkitta mahdollista kipua ja siihen reagoidaan nopeasti.

Kotisairaalan potilaiden kivunlievitys toteutetaan yksilöllisesti ja kipujen mukaisesti. Lääkäri suunnittelee yhdessä sairaanhoitajien, potilaan ja tämän läheisten, sekä mahdollisten muiden hoitavien tahojen kanssa millaisia kipulääkkeitä käytetään. Kipulääkkeiden kirjo on laaja ja niiden otto ja antotavat vaihtelevat, suunkautta otettavista lääkkeistä aina ihonalaiskudokseen tai suonensisäiseen lääkitykseen. PoSa:n kotisairaalaossa on suunkautta otettavien lääkkeiden lisäksi mahdollisuus käyttää PCA-kipupumppua. Kipupumput mahdollistavat lääkaineiden tasaisen vapautumisen elimistöön ja näin kivun hallinta on helpompaa. Kuva pumpuista alla.

Kuvan kaltaiset PCA-kipupumput annostelevat lääkaineita ihon alle siipineulaan, jonka asettaminen ihon pintaan on lähes kivutonta. Kipupumpun aloituksesta päättää aina lääkäri.



SURU

Läheisen ihmisen menettäminen on kokonaisvaltainen kokemus. Murhe ja suru ovat merkityksellisiä, eikä niitä pidä sivuuttaa. Suru jättää aina jälkensä, se luo merkityksen eletylle elämälle. (Pulkkinen, 2016:1)

Suru ei aina esiinny johdonmukaisesti, eikä ole vain yhtä tapaa surra. Jokaisen ihmisen suru ja surutyö ovat yksilöllisiä. Sureminen saattaa joillekin tulla takautuvasti tai viiveellä esimerkiksi, kun käytännön järjestelyt (hautajaiset, muut hoidettavat asiat) ovat ohi. Surulle annetaan edellä mainittujen asioiden jälkeen aikaa ja tilaa.

Surun sanoittamisessa on eroja. Osa ihmisistä haluaa puhua surusta avoimesti ja puhumisen avulla oma taakka kevenee. Osa taas vaikenee, eikä välttämättä halua käsitellä asiaa muiden kanssa. Molemmat tavat ovat hyväksyttäviä ja kuvaavat surevan persoonaa. (Näslängren, 2019.)

Suruun liittyy monenlaisia tunteita esimerkiksi ahdistusta, pelkoa, turhautumista, syyllisyyttä, turvattomuutta ja suunnatonta ikävän tunnetta. Myös keho saattaa reagoida vahvasti suruun, joka ilmenee esimerkiksi väsymyksenä, päänsärkyinä, paniikkihäiriöoireiden kaltaisesti ja muistikatkoksina. Surun oireet saattavat pelästyttää ja niiden vaikutukset mielessä ja kehossa voivat yllättää surevan. (Psykoaterapeutit Vastausno.fi)

15

SURUPROSESSI

Suruprosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin. Suruprosessin kesto ja vaiheet ovat yksilöllisiä. Toipumiseen vaikuttaa elämäntilanne ja aiemmin koetut tapahtumat.

Sokkivaiheessa tapahtunutta ei ymmärrä tai halua uskoa tapahtuneeksi. Reagointi saattaa olla voimakasta ja turruttavaa. Tunnetila saattaa lamaannuttaa täysin. Shokki on mielen suojelukeino, jossa se suojelee järkyttäviltä asioilta.

Reaktiovaiheessa tapahtuma sisäistetään ja sitä käydään läpi useaan otteeseen. Tapahtuma aletaan ymmärtämään todeksi. Tapahtumaa usein miettään uudelleen ja uudelleen. Sureva saattaa alkaa käytännön järjestelyihin, eikä välttämättä näytä tässä vaiheessa tunteinaan.

Käsittelyvaiheessa menetystä käsitellään ja työstetään. Tunnetiloissa saattaa esiintyä pelkoa ja vihaa. Erilaisia tunteita käydään läpi ja niiden käsitelyssä auttaa aika. Suru saattaa saada ristiriitaisia tunteita aikaan.

Sopeutumisvaiheessa tapahtunut sisäistetään ja tunteet muuttuvat usein kaipaaviksi muistoiksi. Surevalla voi löytyä elämäniloa ja onnenhetkiä, mutta vuosienkin jälkeen kaipu ja suru ovat läsnä. Tunteita saattaa herättää vuosipäivät ja yhteiset tapahtumat (Miel, 2015, s. 2-4.)

16

VERTAISTUKI

Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon aikana on mahdollisuus tukihenkilöön tai vertaistukihenkilöön. Tukihenkilö ja vertaistukihenkilö mahdollistaa omaiselle tarvittavan hengähdytaun. Tukihenkilö ja vertaistukihenkilö tarjoaa keskustelun- ja kuunteleupua ja on läsnä. Tukihenkilöitä kouluttavat syöpäjärjestöt ja saattohoitokodit, sekä evl. seurakunta. Koulutusvaiheessa käydään läpi tukihenkilön voimavarat ja soveltuvuus. (Syöpäjärjestöt, i.a.) Monilla tukihenkilöillä on taustana oma kokemus läheisen saattohoidosta ja kuolemasta. Tämän avulla tukihenkilö pystyy samaistumaan tilanteeseen ja auttaa sitä kautta potilasta ja hänen omaistaan. (Keränen, 2004, s. 336.) Tukihenkilöillä ei ole hoitosuhdetta potilaaseen. Tukihenkilöt eivät tee hoitotyötä, eivätkä osallistu hoitopäätöksiin. Tukihenkilö toimii potilaan ehdoilla ja kunnioittaa potilaan omaa tahtoa ja toiveita. (Hakkinen, Kinnilä & Linnola, 2004, s. 136–144.)

Suruun prosessin edetessä sureva saattaa alkaa kaipaamaan vertaistukea ja yhteisöä, jossa käsitellä omaa suruaan ja kertoa omasta menetyksen kohteesta. Vertaistuki koetaan tärkeänä ja voimaannuttavana, koska sureva tietää, että muut ymmärtävät hänen suruaan, vaikka surun kohde onkin eri.

(Okonon, 2019, s. 154–155.)

Posan kotisairaalan vertaistukitoiminta on kehitteillä. Vertaistukihenkilöitä on haettu ja heidän koulutuksensa on suunnitteilla. Kysy kotisairaalan henkilökunnalta lisää asiasta.

SURURYHMÄ

Sururyhmät jakautuvat järjestäjän mukaan avoimiin ja suljettuihin ryhmiin. Seurakunnan tarjoamat sururyhmät ovat yleensä suljettuja, joka tukee osallistujia ja surussa päästään syvemmälle. Sururyhmän rakenne suunnitellaan tarkasti ja ryhmä kootaan yhteen sitten kun osallistujia on riittävästi mukana. (Okonon, 2019, s. 155.)

Sururyhmään osallistumisen yhtenä kriteerinä on se, että menetyksestä on aikaa vähintään puoli vuotta ja enintään kaksi vuotta. Tapaus kohtaista harkintaa voi kuitenkin käyttää. Ideaalitalanteessa sururyhmät jaetaan surun samankaltaisuuden mukaan.

Sururyhmään osallistujan olisi tärkeää sitoutua ryhmään, niin että pääsisi jokaiselle tapaamiselle. Ryhmän kannalta yhtenäisyys on tärkeää. Toisena tärkeänä asiana on luottamuksellisuus. Kaikkia ryhmän jäseniä tulee informoida siitä, että ryhmässä keskustellaan luottamuksellisesti. Kolmantena tärkeänä asiana on vapaus päättää siitä, kuinka paljon tai vähän sureva haluaa menetyksestään kertoa. Neljäntenä on ajan käyttö tasapuolisesti osallistujien kesken ja neuvoja annetaan vain surevan niin pyytäessä. Surevalle on myös annettava tilaa kaikkien tunteiden ilmaisuun.

(Okonon, 2019, s. 157–158.)

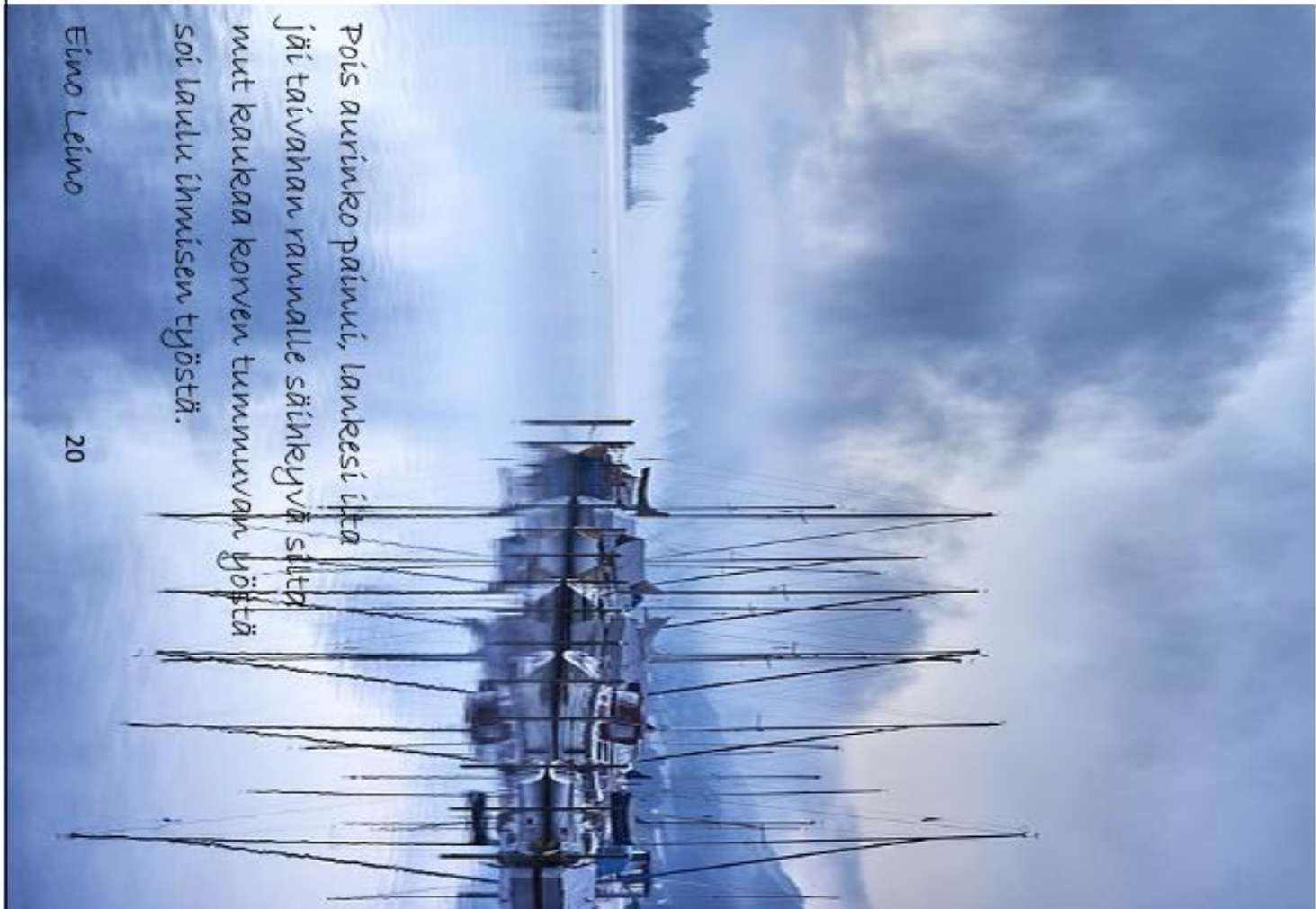
KOMPLISOITUNUT SURU

Suru on enenevissä määrin yksilöllinen käsite ja sen käsittely on henkilöistä kiinni. Surun käsittelyssä suru itsessään on luontainen tunteiden laukaisema reaktio. Suru on lähtökohtaisesti ihmisen kasvua tukeva tunnereaktio joka suojelee meitä ja auttaa käsittelemään menetystä.

Jokainen ihminen suree omalla tavallaan ja kaikki eivät välttämättä tarvitse suruprosessiin ulkopuolisen tukea. Suru voi kuitenkin pitkittyä ja komplisoitua. Tarkkaa määritelmää komplisoituneesta surusta ei voi antaa sen yksilöllisyyden takia, mutta voidaan ajatella tiettyjen oireiden olevan merkki siitä.

Näitä merkkejä ovat yli 6 kuukautta kestänyt pysyvä ja itsepintainen eroahdistus, huomattavasti vähentynyt toimintakyky sosiaalisessa elämässä, arjessa, työssä tai perhe-elämässä sekä seuraavista oireista vähintään viisi päivittäin ilmentyvästä oireesta, jotka haittaavat arkea: Vähentynyt käsitys itsestä, vaikeus hyväksyä menetyks, menetyksen muistelun välttely, kykenemättömyys luottamussuhteeseen, äärimmäinen katkeruus tai viha, äärimmäinen vaikeus mennä elämässä eteenpäin, kokonaisvaltainen turtuneisuus, elämän tyhjyyden tunne ja kykenemättömyys luottaa tulevaan ja sen tarkoitukseseen, kuoleman johdosta johtuva hämmennys tai järkytys.

Komplisoitunut suru voi johtaa masennukseen tai jopa pitkään jatkuvaan työkyyttömyyteen. (Ikonen, 2019, s. 56-57.)



Pois aurinko painui, laukesi ilta
jäl taivahan rannalle säihkyvä siltä
mut raukaa korven tummuvan yöstä
soi laulu ihmisen työstä.

HENGELLISYYS

Hengellisyden pohtiminen ja miettiminen ei ole normaalista poikkeavaa, kun ollaan kuoleman ja menetyksen kanssa tekemisissä. Ihminen on laaja fyysinen, psyyttinen, sosiaalinen, henkinen ja hengellinen kokonaisuus. Osa-alueet tukevat toinen toisiaan.

Kuoleva tai tämän läheinen saattaa pohtia hengellisiä asioita, vaikka koskaan olisi omaan uskoon tai hengellisytyteen perehtynyt. Hengellisen elämän tarpeet voivat heijastua potilaaseen tai tämän läheiseen elämän tarkoituksen pohdinnalla, anteesiantona itselle tai läheiselle, anteesiannon vastaanotona, kauneuden tai eksistentiaalisen kokemuksen pohdintana.

Hengellisyttä voi olla ilman uskoa ja uskontoa. Hengellisyys on yksilöllinen käsite ja sen tarve on jokaiselle omanlainen. Jokainen käsittelee omia hengellisiä ja henkisiä arvoja yksilöllisesti. Arvoja on kunnioitettava ja ne ovat meidän arvomaailmamme perusta.

Seurakunnan merkitys voi olla surevalle suuri, sekä erityinen elämän jatkumisen apuväline. Vaikutus on hengellisytydessä ja henkisytydessä ainutlaatuinen. Seurakunta osallisuus riippuu potilaan ja tämän läheisten tarpeesta ja halusta. Seurakunta tarjoaa tukea hoidon aikana, surutyössä, hautajaisten järjestämisessä, siunaustilaisuudessa ja hautaukseen liittyvissä asioissa. Seurakunnan tarjoaman surutyön tärkein tarkoitus on auttaa ja tukea. Monesti ihminen tukeutuu hädän hetkellä kirkkoon, jolloin seurakunnan osallisuus voi jopa ylittää. Seurakunnan osallisuutta ei saa vähätellä. Hyvin hoidettu suru tukee surevaa selviytymisessä ja ennaltaehkäisee mahdollisia komplikaatioita pidemmällä aikavälillä, jotka saattaisivat johtaa masennukseen ja työkyvyttömyyteen

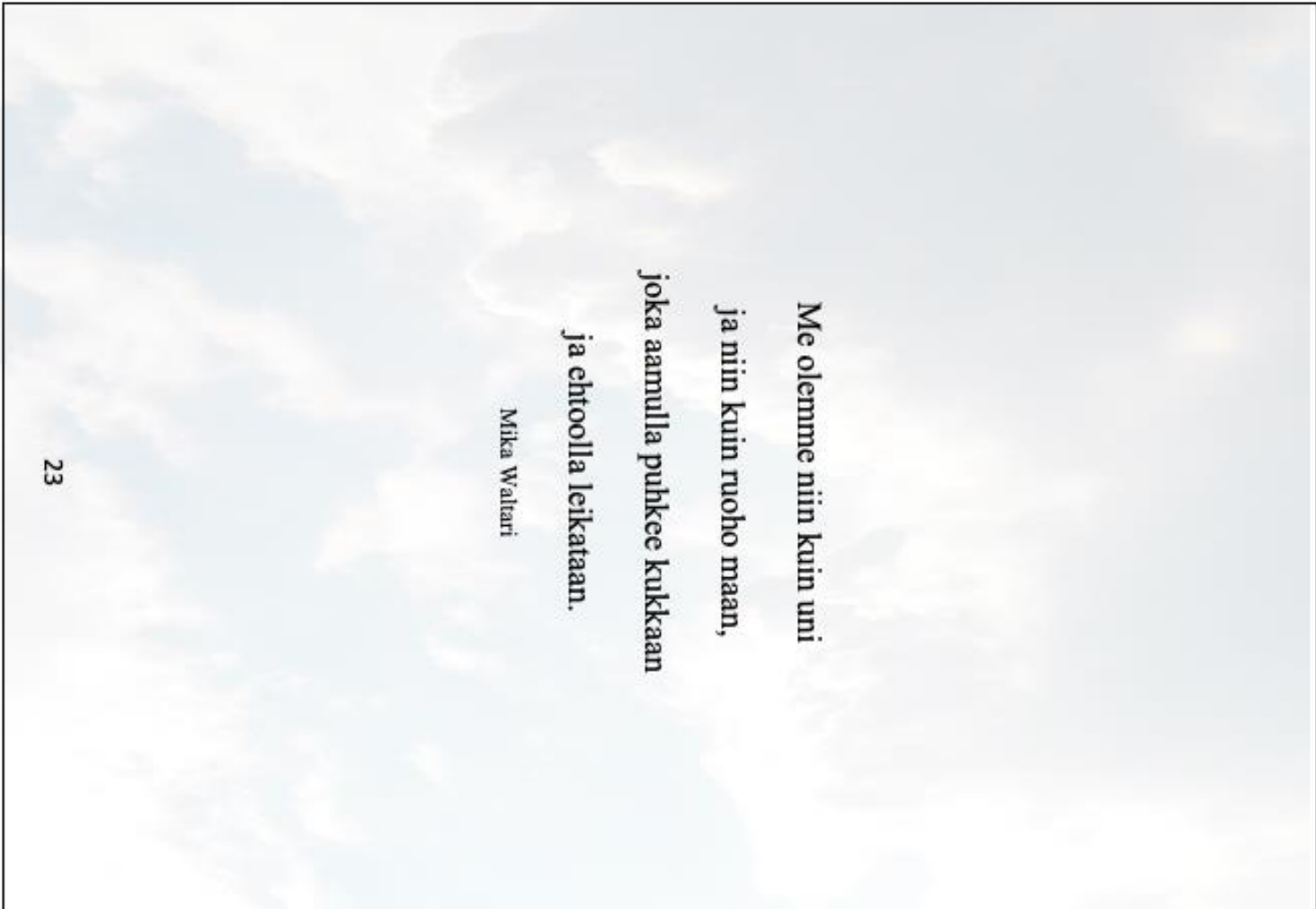
SEURAKUNTA

Kirkko on yhdessä terveydenhuollon kanssa suunnitellut ja kehittänyt saattohoito jo vuodesta 1980. Kirkko on erikoistunut omalla tahollaan sairaalasielunhoitoon. Palliativisen, sekä saattohoidon parissa työskentelee sairaalapappeja ja diakoniatyöntekijöitä. Lisäksi toiminnassa on mukana muita seurakunnan työaloja ja vapaaehtoisia.

Papit ja seurakunnan muut työntekijät tekevät kotikäyntejä, mikä tukee kotona tapahtuvaa palliativista ja saattohoitotyötä. Kirkon kaikki palvelut, kuten esimerkiksi ehtoollinen ja rippi on mahdollista suorittaa kotona, mikäli potilas tai hänen läheisensä sitä toivovat. Kotikäyntien osalta ottakaa rohkeasti yhteyttä oman seurakuntanne yhteyshenkilöihin. PoSa:n ennakoivassa ja saattohoitoon tarkoitetuissa kansioissa on PoSa:n alueen seurakuntien työntekijöiden yhteystiedot.

Diakoniatyön tapaamisissa voidaan kartoittaa myös mahdollista taloudellisen avustuksen tarvetta, arjen sujumista ja riittävän avun saantia. Avunannossa siis huomioidaan surevaa kokonaisuutena ja varmistetaan elämän jatkuminen surusta huolimatta. Seurakunnalla saattaa olla käytettävissä myös vapaaehtoisia, jotka tarjoavat kriisiapua, joiden avulla surevaa voidaan tukea pitkäjänteisemmin. (Ikonen, 2019, s. 116-118.)

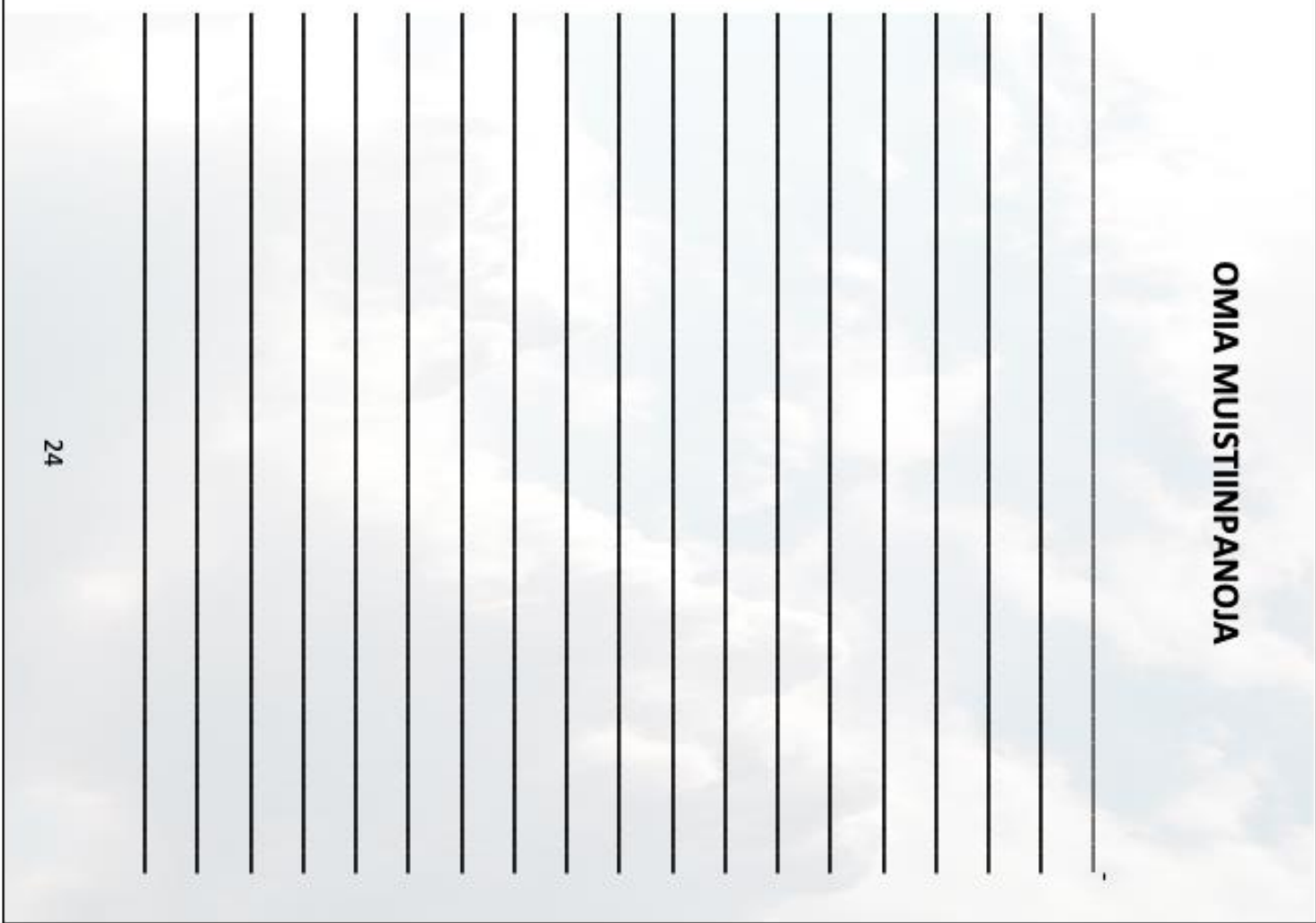
Kotikäynnellä voi toivoa esimerkiksi sielunhoitoa. Sielunhoito on sosiaalista tukea, jossa korostuu emotionaalisen, konkreettisen ja tiedollisen tuen lisäksi uskonnollisesta perinteestä nouseva hengellinen tuki, joka tukee ja hoitaa ihmisen spirituaaliteettia. Sielunhoitoon lukeutuu ihmisen uskonkysymyksiin liittyvät keskustelut, rukoulu, ehtoollinen, rippi, sairaanvoitelu sekä muita uskontoon liittyviä harjoitteita, asiakkaan niin halutessa.



OMIA MUISTIINPANOJA

*Me olemme niin kuin uni
ja niin kuin ruoho maan,
joka aamulla puhkee kukkaan
ja ehtooolla leikataan.*

Mika Waltari





Opas on luotu opinnäyttyönä 2021

Tekijät: Lahtinen K., Lehtisalo M.-M., Lehtisalo T., Syrjälä H.

Oppaan kopiointi ja muuttaminen ei ole tekijänoikeuksien nojalla sallittua ennen luovuttamista PoSa:n kotisairaalle.