

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Mari Kansala
Susanna Saaristo

SAATTOHOITO
Opas saattohoidosta Kotorannan asukkaiden omaisille

Opinnäytetyö
Joulukuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Mari Kansala, Susanna Saaristo

Nimeke
Saattohoito - Opas saattohoidosta Kotorannan asukkaiden omaisille

Toimeksiantaja
Valtimon kunta

Tiivistelmä

Saattohoito aloitetaan, kun parantavaa hoitoa ei ole enää mahdollista antaa. Saattohoidossa hoidetaan potilaan oireita sekä tuetaan häntä ja omaisia kuoleman lähestyessä. Vuosittain saattohoidossa on noin 15 000 potilasta. Saattohoidon tarve lisääntyy huomattavasti väestön ikääntymisen myötä seuraavien vuosikymmenien aikana. Tänä vuonna saattohoito on ollut esillä erityisen paljon myös mediassa erilaisten hankkeiden ja yhteisvastuukeräyksen myötä. Hankkeiden tavoitteena on taata saattohoitopotilaille yhdenvertaista hoitoa sairaudesta ja asuinpaikasta riippumatta.

Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja sen toimeksiantajana oli Valtimon kunta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä omaisten tietoa saattohoidosta. Opinnäytetyön tehtävänä oli laatia opas palvelutalo Kotorannan saattohoitovaiheessa olevien asukkaiden omaisille.

Saattohoito-oppaassa kerrotaan saattohoidosta, oireiden lievittämisestä, surusta ja sen käsittelystä. Oppaan loppuun on liitetty omaisten mahdollisesti tarvitsemien palveluntuottajien yhteystietoja. Saattohoito-opas on Kotorannan hoitohenkilökunnan työväline antaa tietoa saattohoidosta asukkaalle omaisille. Jatkokehitysideana voisi olla henkilökunnan kouluttaminen omaisten kohtaamiseen saattohoidossa.

Kieli

suomi

Sivuja 43

Liitteet 2

Asiasanat

saattohoito, kuolema, opas



THESIS
December 2014
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 504 054 816

Authors
Mari Kansala, Susanna Saaristo

Title
Hospice Care
Guide Leaflet for the Family Members of the Patients at Kotoranta
Commissioned by
Municipality of Valtimo

Abstract

The patient is transferred to hospice care, when curative treatment is no more possible. In hospice care the symptoms are treated and both the patient and his/her close ones are supported at the imminence of death. About 15,000 patients need hospice care in Finland annually. The need for hospice care will increase significantly over the coming decades, because the population is aging. This year hospice care has been particularly present in the media, due to different projects and the Common Responsibility Campaign. The goal of these projects is to guarantee the same level of hospice care for everyone in spite of patient's disease or location.

This functional thesis was commissioned by the municipality of the Valtimo. The purpose of the thesis was to increase the relatives' knowledge of hospice care. The aim was to make a hospice care guide leaflet for the relatives of the hospice care patients at Service Housing Unit Kotoranta.

The hospice care guide leaflet deals with hospice care, relief of the symptoms and grief and its processing. The guide leaflet also contains contact details of the required service producers. The guide leaflet is a tool for the Kotoranta nursing staff when giving information about hospice care to the patient's relatives. Further development idea could be training of the staff in encountering the family in a hospice care situations.

Language

Finnish

Pages 43

Appendices 2

Keywords

hospice care, death, guide

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Saattohoito.....	6
2.1	DNR-päätös	7
2.2	Hoitotahto	8
2.3	Itsemääräämisoikeus saattohoidossa ja ikäihmistä koskeva lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	9
2.4	Saattohoito nyt ja tulevaisuudessa	10
3	Ikäihminen saattohoitopotilaana: kuolemaan liittyvät oireet ja niiden hoitaminen	11
3.1	Kipu	13
3.1.1	Ikäihmisen kivun hoidon erityispiirteitä.....	14
3.1.2	Ikäihmisen kivun tulkitseminen	15
3.2	Hyvä perushoito.....	16
3.2.1	Ummetus	18
3.2.2	Hengenahdistus.....	18
3.2.3	Pahoinvointi	19
3.2.4	Painehaavat.....	20
3.2.5	Suun hoito.....	21
3.2.6	Ravitseminen ja nesteytys	21
3.2.7	Masennus ja uniongelmat	22
3.2.8	Kuoleman hetki	22
3.2.9	Vainajan laitto	23
4	Saattohoito työnä	24
4.1	Omahoitajan rooli moniammatillisessa työyhteisössä.....	25
4.2	Läheisten kohtaaminen.....	26
4.3	Hengelliset kohtaamiset.....	26
4.4	Surun aika.....	27
4.5	Eettiset periaatteet.....	28
4.6	Saattohoitoympäristö	29
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	30
6	Opinnäytetyön toteutus	31
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	31
6.2	Toimintaympäristö	32
6.3	Toiminnan eteneminen ja opinnäytetyön prosessi	33
6.4	Opas	34
7	Pohdinta.....	35
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	35
7.2	Oma oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu	36
7.3	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja kehityssuunnitelmat	37
	Lähteet.....	38

Liitteet

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Opas

1 Johdanto

Saattohoito ja sen kehittäminen on Suomessa hyvin ajankohtainen asia tänä vuonna. Presidentti Sauli Niinistö avasi helmikuussa 2014 vuosittaisen kirkon yhteisvastuukeräyksen, jonka Suomen keräyksen kohteena on saattohoito. Hankkeen tavoitteena on luoda valtakunnallinen saattohoidon ammatillinen konsultaatiopalvelu, jotta kaikkialla Suomessa olisi tarjolla ammattimaista saattohoitopalvelua. Hanketta koordinoi Terho-säätiö yhteistyössä muiden saattohoidon toimijoiden kanssa. Keräyksestä saatujen varojen avulla on tarkoitus järjestää alan koulutusta sekä perustaa tuki- ja neuvontajärjestelmä saattohoidon tarvitsijoille. (Kirkkopalvelut ry 2014.)

Saattohoito on ollut paljon esillä viime aikoina väestön elinajan ja sairauksien hoitomahdollisuuksien lisääntymisen vuoksi. Saattohoidossa on vielä paljon kehitettävää. (Hänninen, Hamunen, Laakkonen, Laukkala, Lehto, Matila, Rahko, Saarto, Tohmo & Vuorinen 2013, 372.) Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 15 000 ihmistä (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014a). Oireita lievittävän hoidon on arvioitu lisääntyvän Euroopassa noin 20 prosenttia seuraavien 10-15 vuoden aikana (Hänninen ym. 2013, 372).

Opinnäytetyömme on toiminnallinen, ja sen toimeksiantajana oli Valtimon kunta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä omaisten tietoa saattohoidosta. Opinnäytetyön tehtävänä oli laatia opas palvelutalo Kotorannan saattohoitovaiheessa olevien asukkaiden omaisille.

2 Saattohoito

Saattohoito aloitetaan, kun parantavaa eli kuratiivista hoitoa ei potilaalle ole enää mahdollista antaa. Potilaan saattohoitoon siirtymisestä päättää hoitava lääkäri yhdessä potilaan, hoitohenkilökunnan ja omaisten kanssa. (Poukka, Pöyhiä & Tasmuth 2012, 450.) Saattohoitopäätöksen tekemistä ei kannata viivyttää, koska se estää potilaan ja omaisten mahdollisuutta valmistautua kuolemaan ja jäähyväisten jättämiseen (Grönlund & Huhtinen 2011, 78). Saattohoidon tavoite on potilaan oireiden lievittäminen sekä potilaan ja omaisten tukeminen kuoleman lähestyessä. Potilaan hoito ei lopu, vaan voimavarat keskitetään potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja voinnin helpottamiseen sairaanhoidon sijasta. Saattohoito on kestoaltaan lyhytaikaista, enintään kuukausia kestävä hoito ja eroaa siinä palliatiivisesta eli oireiden mukaisesta hoidosta, joka voi kestää vuosiakin. (Poukka ym. 2012, 450-452.)

Saattohoitopäätöksen tekeminen auttaa potilasta ja omaisia hyväksymään edessä olevan kuoleman ja kaikesta luopumisen sekä valmistautumaan tulevaan. Saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen viimeisistä päivistä pyritään tekemään potilaan toiveiden mukaiset. Potilaaseen tulisi keskittyä kokonaisvaltaisesti ja hänen oireitaan tulisi pyrkiä lievittämään parhaalla mahdollisella tavalla sekä antamaan tukea myös läheisille. Saattohoidossa tulee huomioida potilaiden fyysisten ja psyykkisten oireiden hoidon lisäksi niin hengelliset kuin sosiaalisetkin tarpeet. Jaksamisen kannalta turvallisuuden ja välittämisen tunteen luominen on tärkeää sekä potilaalle että myös omaisille. (Käypä hoito -suositus 2012; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Saattohoitosuunnitelma pohjautuu potilaan ja omaisten ilmaisemiin arvoihin, päämääriin, tarpeisiin ja mahdollisuuksien mukaan myös toiveisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 15). Saattohoitopäätös kirjataan huolellisesti potilastietoihin, koska se vaikuttaa potilaan hoitolinjaukseen jatkossa. Päätös sisältää DNR-päätöksen, hoitotahdon, kannanoton potilaan suonensisäisestä nesteytyksestä ja antibioottien käytöstä sekä muiden tehtävien tutkimusten tarpeellisuudesta. Hoitotahtoa ei ole olemassa ilman itsemääräämisoikeutta. Saattohoito-

päätöstä tehdessä varmistetaan, että potilas on tietoinen siitä ja että hän saa osallistua päätöksen tekemiseen (Grönlund & Huhtinen 2011, 79). Saattohoitopäätös ei kuitenkaan estä tekemästä kirurgisia toimenpiteitä, jos niiden avulla pystytään helpottamaan potilaan oireita ja oloa. Saattohoitoon ei kuulu kuoleman jouduttaminen eikä eutanasia, vaan päämääränä on rauhallinen ja mahdollisimman kivuton kuolema. (Poukka ym. 2012, 452.)

Ikäihmiset ovat valmiita osallistumaan saattohoidon päätöksentekoon niin kauan, kun heillä on voimavaroja siihen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18). Hoitotyöryhmän on tärkeää keskustella ikäihmisen kanssa hoitolinjauksista ennen kuin hänen vointinsa huononee niin, että hän ei kykene päättämään niistä (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 13). Ikäihminen voi nimetä sijaispäättäjän hoitotahdossa tai edunvalvontavaltuutuksessa. Lainsäädännössä on huomioitu tilanteet, jos henkilö ei itse enää kykene ottamaan kantaa hoitopäätöksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14, 18.)

Saattohoitoa koskevista kanteluista suuri osa koskee potilaan asioiden tiedottamista, yhteisen hoitoneuvottelun puuttumista, riittämätöntä kivun hoitamista ja potilaan nesteytyksestä johtuvia erimielisyyksiä. Valvira ohjeistaa hoitajia antamaan omaisille riittävästi ja selkeästi tietoa potilaan voinnista, tehtävistä hoitotoimenpiteistä sekä voinnin tai hoitolinjauksen muutoksista. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014a.)

2.1 DNR-päätös

Päätös elvyttämättä jättämisestä DNR-päätös ("do not resuscitate") tarkoittaa, että sydämen toiminnan pysähtyessä pidättäydytään potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä. DNR-päätöksestä käytetään myös merkintää AND ("allow natural death") "salli luonnollinen kuolema". (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014a.) Kansainvälisesti on yleistymässä merkintä DNAR ("Do not attempt resuscitation") "en yritä elvyttää" (Skrifvars 2006). Lääkäri tekee päätöksen elvyttämättä jättämisestä. DNR-päätös perustuu lääketieteelliseen arvioon, jossa potilaan perussairaudet ovat niin vaikeita,

että elvyttäminen ei parantaisi hänen tilannettaan. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014a.) DNR-päätös voidaan tehdä myös osittaisena siten, että elvytys aloitetaan kammiovärinässä, mutta ei muussa tilanteessa (Lääkärin käsikirja 2004).

Ennen DNR-päätöksen tekoa lääkärin tulee keskustella potilaan kanssa tilanteesta. Jos potilas ei itse pysty kommunikoimaan, keskustellaan hänen omaistensa kanssa. Potilaalle ja omaisille annetaan aikaa hyväksyä tilanne ennen päätöksen tekemistä. Lääkärin ja hoitajien tulee kertoa DNR-päätöksen perusteista. (Lund 2012.) Potilaalla ja omaisilla ei ole oikeutta kumota DNR-päätöstä, jos sillä on lääketieteellinen peruste (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014b). Päätös ja sen perustelut kirjataan potilasasiakirjoihin (Lund 2012).

2.2 Hoitotahto

Hoitotahdon tekemällä voi vaikuttaa loppupäiviensä laatuun, pituuteen ja tehtäviin hoitotoimenpiteisiin tilanteissa, joissa potilas ei itse pysty tahtoaan enää ilmaisemaan. Potilaan oma tahto elämän loppuajasta ja vastaavasti omaisten ja hoitohenkilökunnan ajatukset eivät välttämättä ole samansuuntaisia. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 51.) Hoitotahdon avulla potilaan itsemääräämisoikeus säilyy senkin jälkeen, kun hän ei ole potilaslain mukaan kelpoinen päättämään hoidoistaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14). Täysi-ikäisen potilaan on mahdollista myös kieltäytyä hänelle tarjotuista hoidoista, jolloin selkeä hoitotahdon ilmaisu voi helpottaa henkilökunnan asemaa mahdollisten omaisten potilaskanteilta (Kokkonen ym. 2004, 51).

Hoitotahdon voi tehdä kirjallisesti tai suullisesti. Hoitotahdon olemassaolosta on hyvä kertoa läheisille, ja sen tulee olla helposti löydettävissä. Sitä voi muuttaa milloin vain, jos tulee toisiin ajatuksiin tai haluaa päivittää tietojaan. Hoitotahto tulee allekirjoittaa. Ulkopuoliset todistajat vahvistavat hoitotestamentin allekirjoituksellaan, ja he ilmaisevat tuntevansa hoitotahdon sisällön ja henkilön olevan täydessä ymmärryksessä tehdessään sen. (Halila & Mustajoki 2013; Grönlund & Huhtinen 2011, 23.)

Tulevaisuudessa hoitotahdon voi tehdä itse sähköisesti Kelan ylläpitämään Kansalliseen terveystietokantaan, jolloin tiedot ovat helposti myös saatavilla terveydenhuollon henkilöstölle. Potilaita tulee rohkaista hoitotahdon tekemiseen. Tällä hetkellä hoitotahdon on tehnyt vain noin 10 prosenttia ikäihmisistä. (Saarto, Halinen, Ahlblad, Utriainen, Lindgren, Konttila, Lahti, Hallamaa, Sirola, Puustinen, Karjalainen, Papinaho, Peiponen, Juva, Kallunki, Kuuskoski, Vainio, Sipiläinen & Håkan 2014; Hietanen 2014.) Hoitotahdon selkeällä ilmaisemisella ja kirjaamisella voidaan selkeyttää henkilökunnan toimintaa, vähentää kustannuksia ja säästää potilaita hyödyttömiltä toimenpiteiltä. Ilman hoitotahtoon liittyvää DNR-päätöstä esimerkiksi elvytys aloitetaan aina elottoman potilaan kohdassa. Mielenkiinto hoitotahdon tekemiseen on lisääntynyt viime aikoina, kun saattohoito ja sen kehittäminen on ollut paljon esillä. (Autio 2014; Seppänen 2012, 3519.)

2.3 Itsemääräämisoikeus saattohoidossa ja ikäihmistä koskeva lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Ikäihmistä tulee kohdella yksilöllisesti. Yksilöllisyys tarkoittaa, että häntä kuunnellaan ja hänen päätöksiään tuetaan. Yksilöllisyys lisää ikäihmisen riippumattomuutta ja tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Launonen 2014, 10.) Suomen lainsäädännössä on käsitelty saattohoitoa ikäihmisen itsemääräämisoikeuden näkökulmasta laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (sosiaalihuollon asiakaslaki). Potilaslaissa korostuu oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hyvään kohteluun potilaana sekä itsemääräämisoikeuteen (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010,14). Potilaslain 6. §:n mukaan potilaalla on oikeus päättää hoidostaan. Jos potilas ei ole esimerkiksi sairauden vuoksi kykenevä päättämään hoidostaan, kuunnellaan hänen laillista edustajaansa tai lähiomaistansa ja kysytään, millainen hoito vastaisi potilaan tahtoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Lääkärin tulee huolehtia, että omainen ymmärtää kertoa potilaan tahdon eikä omia näkemyksiään hoidosta (Finne - Soveri 2009). Sosiaalihuollon 8. §:n mukaan sosiaalihoitoa toteutettaessa on otettava huomioon

henkilön toivomukset ja mielipide itsemääräämisoikeutta kunnioittaen (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan vuonna 2012. Se tarkensi ikääntyneiden kohdalta lainsäädäntöä. Potilaan ihmisarvoa, yksityisyyttä ja vakaumusta tulee kunnioittaa ja yksilölliset tarpeet huomioida mahdollisimman hyvin. Lain mukaan jokaiselle tulisi pystyä tarjoamaan yhdenvertainen kohtelu riippumatta potilaan sairauksista tai asuinpaikasta. Itsemääräämisoikeus on jokaisen potilaan oikeus eikä se saa kaventua iän karttuessa. (Saarto ym. 2014, 325.) Lain puutteena on, että siinä ei suoranaisesti käsitellä itsemääräämisoikeutta (Näkki 2014, 7). Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut itsemääräämisoikeuslakia, ja sen on määrä tulla eduskunnan käsittelyyn loppuvuodesta 2014 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

2.4 Saattohoito nyt ja tulevaisuudessa

Saattohoidon kehittäminen eurooppalaiselle tasolle vaatii vielä paljon ponnisteluja. Ensimmäiset ohjeet saattohoidosta Lääkintöhallitus antoi sairaanhoitolaitoksille vuonna 1982. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE julkaisi suositukset saattohoidosta vuonna 2003. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,13.) Erilaisia hankkeita on ollut vuosien aikana asiaan liittyen, ja tällä hetkellä on käynnissä Paletti-hanke Pohjois-Karjalan alueella. Paletti-hankkeen tavoitteena on luoda maakunnallinen palliativisen ja saattohoidon toimintamallikonaisuus. (Paletti-hanke 2013.)

Suurin tarve saattohoitoon on syöpäpotilailla, mutta enenevässä määrin saattohoidon tarvetta on myös muilla pitkäaikaissairauksia sairastavilla potilailla (Saarto 2013, 381). Saattohoitoon erikoistuneet saattohoitokodit ovat tähän asti hoitaneet pääasiassa syöpäpotilaita (Vainio 2004a, 21). Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoidon järjestämisestä. Potilaan tulee saada valita paikka, missä saattohoitoa annetaan. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan saattohoito tulee pyrkiä järjestämään Suomessa kolmi-

portaisesti niin, että perustason saattohoitoa on saatavilla kaikissa hoitoyksiköissä, ja vaativampaa hoitoa vaativat hoidetaan keskus- ja yliopistosairaaloissa. Lisäksi tarvitaan myös erityisiä saattohoitokoteja. Tukea ja ohjausta pyritään lisäämään kotona tapahtuvaan elämän päättymiseen alueellisten saattohoitoyksiköiden avun turvin. Alueelliset yksiköt järjestävät koulutusta ja antavat konsultoinnin kautta neuvoja ympäri vuorokauden toisille yksiköille. (Saarto 2013, 381-382.)

Hankkeista ja kehityssuunnitelmista huolimatta saattohoidon tulevaisuus näyttää juuri nyt synkältä yleisen taloudellisen ahdingon takia. Kunnat ovat tiukentaneet kriteereitä, joiden perusteella he myöntävät maksusitoumuksia esimerkiksi pääkaupunkiseudulla olevaan saattohoitoon erikoistuneeseen Terhokotiin. (Harkas 2014.) Taloustilanteesta riippumatta yhteiskunnan velvollisuus on järjestää tarpeenmukainen ja hyvä hoito kaikille elämän loppuvaiheessa. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 18). Nykyistä tilannetta mietittäessä ja kehittämissuunnitelmia laadittaessa on hyvä muistaa, että näiden päätösten perusteella meitä itseämme tullaan sitten aikanaan hoitamaan, kun tarvitsemme apua ja hoitoa.

3 Ikäihminen saattohoitopotilaana: kuolemaan liittyvät oireet ja niiden hoitaminen

Ikäihmisellä on oikeus hoitotarpeensa vaatimaan, kokonaisvaltaiseen ja elämänarvojen mukaiseen saattohoitoon. He arvostavat sitä, että lääkäri puhuu avoimesti sairauden kulusta. Syöpää pelätään sairautena eniten, vaikka sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisempiä kuoleman aiheuttajia. Usein ikäihmiset, jotka eivät sairasta syöpää, vaan jotain kroonista sairautta, jäävät saattohoidon ulkopuolelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18.) Pitkäaikaissairauksissa päätöstä saattohoitoon siirtymisessä vaikeuttaa se, että on vaikeaa tietää, milloin kyse on ratkaisevasta potilaan tilan heikkenemisestä. Sairaudet eivät etene suoraviivaisesti, ja siksi potilaan toiveiden pitäisi aina olla hoitohenkilökunnan tiedossa jo hyvissä ajoin. (Ahlblad 2014, 2432-2436.)

Väestön ikääntyessä dementiasta on tullut yleinen pitkäaikaissairaus ja kuolinsyy. Dementia itsessään ei ole sairaus, vaan oire, jonka aiheuttavat lukuisat erilaiset dementoivat sairaudet. Dementiaa aiheuttavat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti, aivo-selkäydinnestekierron häiriöt, Parkinsonin tauti, aivokasvaimet, keskushermoston tulehdukset, aineenvaihdunnan häiriöt ja B12-vitamiinin puutos (Huttunen 2011). Dementoivat sairaudet poikkeavat toisistaan vaikeusasteen, etenemisnopeuden ja ennusteen vuoksi. Taudin loppuvaiheen ongelmia ovat nielemisvaikeudet, painehaavaumat, kuumuminen, aspiraatiokeuhkokuume, aliravitsemus ja virtsatieinfektio. Dementiapotilailla on myös käytöshäiriöitä, muun muassa estojen vähenemistä ja aggressiivisuutta. Saattohoitovaiheessa tulee paneutua myös näiden oireiden hoitoon. Laadukkaalla palliatiivisella hoidolla taataan iäkkään ihmisen hyvä elämänlaatu ja saattohoidossa hyvä kuolema. Hyvään saattohoitoon kuuluu, että asiakkaan tarpeet arvioidaan moniammatillisesti. (Vainio 2004a, 24; Vainio 2004b, 167; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25.)

Saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen tulee keskittyä potilaan oireiden lievittämiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. Tilanne tulee rauhoittaa potilaan hyväksi ja kaikkea turhaa tutkimusten ja näyttöiden ottamista sekä siirtämistä tulee välttää. Potilaan olo pyritään tekemään rauhalliseksi ja autetaan häntä läheisyydellä, läsnäololla ja kuuntelemisella. Potilaan tilaa tarkkaillaan muutaman tunnin välein ja mahdollista kipua lääkitään tarpeen mukaan. Potilaalle ja omaisille kerrotaan tarkkailun tuloksista rehellisesti. (Korhonen & Poukka 2013, 440-445.)

Hoitohenkilökunnan osaamista kuoleman läheisyyden tunnistamisessa on syytä kehittää. Syöpää sairastavien kohdalla oireiden mukainen hoito on itsestäänselvyys, koska monesti terminaalivaihe on helppo määritellä. Vaikeampaa on määritellä lopun läheisyys vaiheittain etenevien sairauksien kohdalla (Alzheimerin taudin, keuhkohtaumataudin ja sydämen vajaatoiminta). Parempi tunnistaminen kuoleman läheisyydestä säästäisi potilasta turhilta siirroilta päivystykseen ja auttaisi tekemään hoitolinjaukset ajoissa yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Potilaan kannalta huonoin vaihtoehto on joutua lähtemään tutusta ympäristöstä

kiireiseen päivystykseen saamaan aktiivista hoitoa ennen kuolemaansa. (Lähteenmäki 2012, 1670.)

Kuoleman läheisyydestä voivat kertoa seuraavat oireet: yleinen heikkous, väsymys, syömättömyys, periferian viileys ja epätasainen hengitys. Saattohoitopotilaille on ominaista myös lisääntyvä pahoinvointi, masennus ja yleinen sekaavuuden lisääntyminen. Omaisten kanssa on hyvä käydä läpi etukäteen se, mitä itse kuoleman hetkellä on odotettavissa ja miten toimitaan kuoleman jälkeen. Omaisille pyritään järjestämään rauhallinen hetki jäähyväisten jättämiselle. Heille annetaan ohjeita jatkotoimista. (Käypä hoito -suositus 2012; Korhonen & Poukka 2013, 445.)

3.1 Kipu

Kipu ja sen tunteminen koetaan yhdeksi pelottavimmista asioista lopun lähestyessä. Potilas on itse paras asiantuntija omassa kivussaan ja sen tuntemisessa. Potilaalle tulee tarjota tarkoituksen mukainen ja riittävä kivunlievitys. Hyvin toimiva kivun hoito vaikuttaa potilaan ja omaisten loppupäivien elämänlaatuun myönteisesti. Kivun tuntemiseen vaikuttavat monet asiat, ja hoitajat ja omaiset ovatkin hyviä tiedonantajia potilaan tuntemuksista hoitavalle lääkärille, jotta tarvittavaa kivun hoitoa on saatavilla. Kivunhoidossa edetään tulehduskipulääkkeistä tarvittaessa opioideihin ja kivun astetta tarkastellaan säännöllisesti ja siitä tehdään myös tarkat kirjaukset potilastietoihin. Huolellisella kivun arvioinnilla ja kirjaamisella voidaan toteuttaa hyvää ja tehokasta lääkehoitoa. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori, Ivanoff - Lahtela 2007, 159.)

Kivun hoito aloitetaan parasetamolilla tai ibuprofeenilla. Tulehduskipulääke on tehokas luustometastaasikivussa. Tulehduskipulääkkeet eivät sovellu potilaille, joilla on maha-suolikanava- tai sydänvaivoja. Ensijainen kipulääke on näissä tapauksissa parasetamoli. Vahva opioidi otetaan parasetamolin tai ibuprofeenin rinnalle tarvittaessa tehokkaampaa lääkettä, koska heikolla opiaatilla ei ole tehoa palliatiivisen kivun hoidossa. Vahvoista opiaateista morfiini on eniten tutkittu lääke. Potilaalle tulee määrätä pitkävaikutteisen opioidin rinnalle myös lyhyt-

vaikutteinen opioidi läpilyöntikipuihin, koska pitkävaikutteisen opioidin vaikutus alkaa vasta 1-2 tunnin kuluessa. Läpilyöntikipuihin käytetään lyhytvaikutteista morfiinia, oksikodonia tai fentanyyliä. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 386.) Läpilyöntikipulla tarkoitetaan kivun pahenemista kipulääkityksestä huolimatta tai hyväksytyyn taustakivun ylittäviä kipupiikkejä (Pöyhiä 2002, 27).

Kaikissa vaativan tason saattohoitoa tarjoavissa paikoissa tulee olla mahdollisuus palliatiiviseen sedaatioon, jos muut kivunhoitomenetelmät eivät helpota potilaan oloa riittävästi. Palliatiivisessa sedaatiossa potilaan tajunnan tilaa alennetaan ja häntä rauhoitetaan lääkityksen avulla. Lääkityksellä ei ole tarkoitus lyhentää potilaan elinaikaa. (Hänninen & Rahko 2013, 438.)

3.1.1 Ikäihmisen kivun hoidon erityispiirteitä

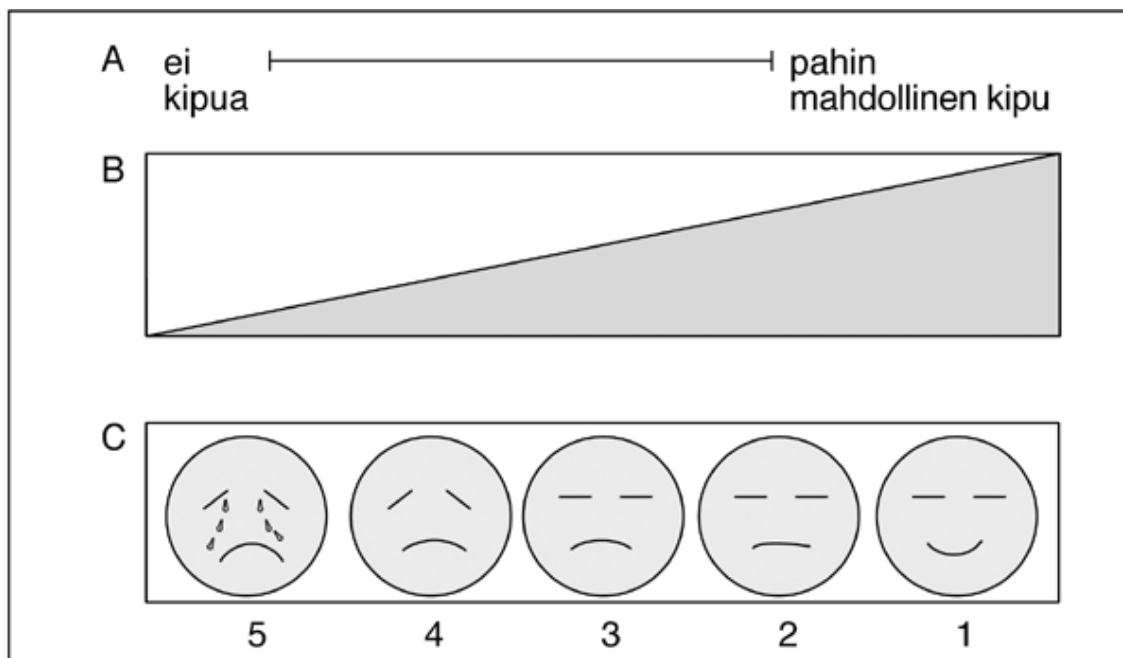
Puolet yli 85-vuotiaista naisista käyttää vähintään kymmentä lääkettä samanaikaisesti. Ikääntymismuutosten ja sairauksien vuoksi vanhukset ovat alttiita lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksille. Suurista lääkemääristä huolimatta kuolevan potilaan kipua ei hoideta tehokkaasti. Opioideja määrätään tavallista vähemmän yli 85-vuotiaille ja syöpää sairastaville dementikoille. Kroonisen kivun hoidossa pitkävaikutteiset opioidit ovat käyttökelpoisia ja turvallisia. Ikäihmisen opioidihoidon toteutuksessa tulee käyttää suun kautta otettavia lääkkeitä. Saattohoitovaiheessa tarpeettomia lääkkeitä, kuten sydän- verisuonisairauksien hoitoon käytettyjä lääkkeitä, voidaan ottaa pois käytöstä. (Hartikainen 2008, 249; Käypä hoito -suositus 2012.)

Lääkehoidossa tulee ottaa huomioon elimistössä ikääntymisen vaikutukset, jotka muuttavat lääkeaineiden kulkua ja lääkkeiden vastetta. Lääkkeiden imeytyminen on hitaampaa, koska mahalaukku tyhjenee hitaammin. Vuodelepo myös hidastaa imeytymistä. Kehon koostumus muuttuu ikääntymisen myötä, veden osuus vähenee ja rasvan osuus kasvaa. Kehon koostumuksen muutos vaikuttaa rasvaliukoisten lääkeaineiden puoliintumisajan pitenemiseen. Iäkkäillä ei tulisi käyttää pitkävaikutteisia bentsodiatsepiinejä, koska ne varastoituvat rasvakudokseen ja vaikutus kestää pitkään keskushermostossa. Lääkkeet vaikuttavat

elimistössä reseptorin kautta. Ikääntyminen muuttaa reseptorin toimintaa, ja voi siten korostaa lääkkeiden väsyttäviä vaikutuksia tai ekstrapyramidialisia oireita. Ekstrapyrimidialisilla oireilla tarkoitetaan perinteisten antipsykoottien aiheuttamia haittavaikutuksia, joita ovat parkinsonismi, lihassupistukset, kasvojen pakkoliikkeet ja ruumiillinen levottomuus (Huttunen 2008.) Lääkkeet poistuvat elimistöstä munuaisten ja maksan kautta. Munuaisten toimintakyky heikkenee ikääntyessä. Maksassa lääkkeiden eliminointi tapahtuu CYP450-entsyymien avulla. Entsyymien toiminta heikkenee vanhetessa, ja seurauksena on joko lääkeaineen pitoisuuden lasku tai nousu. (Hartikainen 2008, 250-252.)

3.1.2 Ikäihmisen kivun tulkitseminen

Kivun tunnistamisen tavoite on saada selville, onko henkilöllä kipuja vai ei ja selvittää mahdollinen kivun aiheuttaja. Hoitohenkilökunnan tulee kysyä kivusta oma-aloitteisesti. Dementiapotilaiden kivun arvioinnissa on käytetty potilaan omaan tai hoitohenkilökunnan ilmoitukseen perustuvia menetelmiä. Näiden lisäksi käytössä on ollut verbaalisia ja visuaalisia asteikkoja. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007, 2547; Finne - Soveri 2008, 195.) Yleisin kipumittari on visuaalianalogiasteikko eli VAS (kuva 1). Se on 10 cm pitkä jana, jossa 0 tarkoittaa ”ei kipua” ja 10 ”pahinta mahdollista kipua”. Kipujan vaihtoehtona on kipukiila. Kipukiilassa potilas siirtää pystysuoraa viivaa arvioimansa kivun kohtaan. Lapsilla käytetään ilmeasteikkoa. Ilmeistä valitaan kasvot, jotka kuvaavat parhaiten kipua. Ilmeasteikkoa voidaan hyödyntää myös ikäihmisillä. (Vainio 2009.)



Kuva 1. VAS-kipuasteikko (P-KSSK Ensiapu- ja tarkkailuosasto 2007, Mari Kupiainen ja Mirja Laukkanen)

Dementoivan sairauden edetessä potilas ei kykene ilmaisemaan kipua muistin ja puhekyvyn heikentymisen vuoksi (Käypä hoito -suositus 2012). Silloin havainnoidaan kivun aiheuttamaa käyttäytymisen muutosta. PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) on yksi mittareista, joka on kehitetty dementoituneiden ja kommunikoiattomien potilaiden kivun arviointiin. Hoitaja arvioi 5 minuutin ajan potilaan hengitystä, ääntelyä, kasvon ilmeitä, kehon kieltä ja lohduttamista. Jokaisessa kategoriassa on kolme pisteluokkaa (0-2). Kategorioiden pisteet lasketaan yhteen; 0 vastaa kivutonta tilaa ja 10 voimakkainta kipua. (Björkman ym. 2007, 2548.)

3.2 Hyvä perushoito

Saattohoitopotilaalla on fyysisiä, psyykkisiä, hengellisiä ja sosiaalisia oireita. Fyysinen kipu tulee sairaudesta ja sen aiheuttamista oireista. Lähestyvä kuolema aiheuttaa usein potilaalle masennusta ja levottomuutta. Hengellinen kipu liittyy potilaan uskonnollisiin ja elämänkatsomuksellisiin kysymyksiin. Hänen sosiaalinen kipunsa tulee huolesta, kuinka läheiset jaksavat tämän vaiheen. Hyvällä

hoidolla vastataan potilaan näihin kaikkiin tarpeisiin. (Pinomaa 2000, 24-25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17.)

Saattohoitovaiheessa olevaa potilasta voidaan tukea hyvällä hoivalla, huolta pitävällä läsnäololla ja psyykkistä tukea tarjoamalla sekä hengellisten kysymysten ääressä hiljentymällä (Mattila, 2013). Potilaan käytössä olevia voimavaroja pyritään tukemaan ja ylläpitämään. Tärkeitä keinoja ovat tutut ja ammattitaitoiset hoitajat, arkipäivän sujuvat toimet, terveellinen ja monipuolinen ravinto sekä mahdollisuus ulkoiluun. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 7.) Etenkin potilailla, joilla on jo sairauden vuoksi alentunut tietoisuus- ja tunteiden taso, korostuu hellän kosketuksen ja lempeän vuorovaikutuksen merkitys (Idman 2013, 145).

Kuoleman lähestyessä lopetetaan tarpeettomat mittaukset ja keskitytään hoitamaan potilaan oireita. Mittausten sijasta ollaan läsnä, keskustellaan ja kuunnellaan potilasta. (Korhonen & Poukka 2013, 440-441.) Saattohoitopotilailla esiintyy uupumusta, heikkoutta, kipua, nestehukkaa, painehaavoja, aliravitsemusta, hengenahdistusta ja masennusta. Näiden oireiden esiintymistä, vaikeusastetta ja häiritsevyyttä tulee tutkia sekä arvioida oireiden mukaista hoitoa ja hoitovastetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 15.)

Potilas kokee turvallisuutta ja toivoa, kun hoitohenkilökunta antaa hänelle hyvää hoitoa ja huolehtii hänen kaikista tarpeistaan. Iho pidetään puhtaana ja hajuttomana huolellisella ja säännöllisellä hygienialla. Sairaudet ja lääkkeet lisäävät hikoilua, ja siksi huoneilman kuumuus voi tuntua tukalalta. Kuivaa ja haurasta ihoa rasvataan. Potilasta käytetään suihkussa tai jos hänen vointinsa on heikko, tehdään vuodepesut. Vaatteet ja petivaatteet vaihdetaan säännöllisesti. Se lisää mukavuutta ja ehkäisee epämiellyttävien hajujen syntymistä. (Pinomaa 2000, 25, 32.) Jos saattohoitopotilas on vuodepotilas, asentohoitoa tulee toteuttaa parin tunnin välein (Iivanainen & Syvänoja 2011, 527-528). Asentohoitoa tuetaan tyynyin. Liikkuvan potilaan on hyvä välillä siirtyä sängystä tuoliin istumaan, koska kehon paino jakautuu eri lailla ja siten estää painehaavojen syntymistä. Myös hengittäminen on pystyasennossa helpompaa. (Pinomaa 2000, 34-35.)

3.2.1 Ummetus

Ummetus on yleistä saattohoitopotilailla. Opioidit lisäävät ummetusta. (Hänninen & Rahko 2013, 433.) Opioidien käyttäjistä peräti 80 prosenttia vaivaa ummetus (Hänninen ym. 2013, 372). Ummetuksen hoitoon käytetään laksatiiveja, jotka jaetaan suolen sisältöä lisääviin, suolta stimuloiviin ja osmoottisiin laksatiiveihin (Saarto 2004, 116). Saattohoitopotilaan ummetuksen hoitoon suositellaan käytettävän suolta pehmittävän laksatiivin ja suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmää. Tarvittaessa yhdistelmäannoksia voidaan suurentaa. Suolta pehmittäviä laksatiiveja ovat makrogoli tai laktuloosi, ja suolta stimuloivia ovat natriumpikosulfaatti ja senna. Suolen sisältöä lisääviä bulkkilaksatiiveja ei suositella ummetuksen hoitoon saattohoitopotilaalla. Ne saattavat pahentaa ummetusta, koska saattohoitopotilaan liikkuminen ja nesteiden saanti on vähäistä. (Hänninen & Rahko 2013, 434.)

Metyylinaltreksoni on hyvä lääke opioidiummetukseen, jos laksatiivit eivät tehoa ummetukseen (Käypä hoito -suositus 2012). Se estää opioidien vaikutuksen suolistossa salpaamalla reseptorin. Metyylinaltreksoni ei läpäise veriaivoestettä, koska se ei vaikuta keskushermostoon ja kivun lievitys säilyy. (Hagelberg 2009.)

3.2.2 Hengenahdistus

Dyspneasta eli hengenahdistuksesta kärsiminen on erittäin yleistä erilaisten pitkälle edenneiden sairauksien yhteydessä. Keuhkohtauman ja keuhkosityövän kohdalla hengenahdistusta on jopa 45-90 prosentilla potilaista. Sydämen vajaatoiminnassa hengenahdistuksesta kärsii noin 60 prosenttia potilaista ja muita syöpiä sairastavista 30-70 prosenttia. Yleisimpiä hengenahdistuksen aiheuttajia ovat eri syistä johtuvat ongelmat keuhkokudoksissa, ahtaumat keuhkoputkissa, vatsaontelon tai keuhkopussin neste, sydämen vajaatoiminta, heikkous hengityslihaksisuudessa, henkinen ahdistuneisuus ja anemia. (Käypä hoito -suositus 2012; Korhonen & Poukka 2013, 443; Lehto 2013.)

Potilaan elämänlaatua voidaan parantaa huomattavasti hoitamalla hengenahdistusta syynmukaisesti. Kuolemaa lähestyvän potilaan kärsimystä voidaan lievittää puoli-istuvaan asentoon tukemalla, antamalla lisähappea tai nebulisoitua keittosuolaliuosta sekä lääkityksellä. Opioidit ja bentsodiatsepiinit ovat hyödyllisiä hengenahdistuksen hoidossa. Keuhkopussista nestettä voidaan poistaa dreenillä tai punktoimalla. Lääkehoitoina voidaan käyttää hengitysteitä avaavaa lääkitystä, kortisonia sekä nesteenpoistolääkkeitä. Sädehoidosta tai tähystystoimenpiteestä voi myös saada helpotusta paikallisoireisiin. Palliatiivinen sedatio eli potilaan nukuttaminen lääkkeillä voi olla viimeinen keino saada hengenahdistus hallintaan, mikäli potilas on sellaisen toiveen aiemmin tuonut esille hoitolinjauksista päätettäessä. (Käypä hoito -suositus 2012; Korhonen & Poukka 2013, 443; Lehto 2013.)

Kuoleman lähellä etenkin läheiset saattavat kärsiä ja huolestua hengenahdistuksen aiheuttamista äänistä. Hengitysteissä oleva irtonainen sylki ja lima aiheuttavat rohisevaa ääntä hengitykseen. Läheisille on tärkeää kertoa oireesta etukäteen. Itse potilasta rohina ei yleensä enää häiritse, koska silloin hänen tajuntatasonsa on jo laskenut. Limaa voidaan imeä imukateetrilla suusta ja ylänielun alueelta. Kuolinrohinaa voidaan helpottaa liman ja syljen eritykseen vaikuttavalla lääkityksellä, esimerkiksi glykopyrrolaatilla, hyoskiinibutyylibromidilla tai skopolamiinilaastareilla. (Korhonen & Poukka 2013, 443.)

3.2.3 Pahoinvointi

Pahoinvointi on yleistä elämän loppuvaiheessa, jopa 60 prosenttia kärsii siitä. Pahoinvointia voivat aiheuttaa muun muassa infektio, ummetus, lääkitys, kipu, ahdistuneisuus, hyperkalsemia, yskä ja limaisuus. Pahoinvointi heikentää ruokahalua ja pahentaa siten kakeksiaa (ruokahaluttomuutta ja kuihtumista). Se myös aiheuttaa väsymystä ja huonontaa ruokahalua. (Käypä hoito -suositus 2012; Saarto 2004, 111.)

Tärkeintä on pyrkiä vaikuttamaan pahoinvoinnin aiheuttajaan. Jos se ei auta, niin pahoinvointia hoidetaan lääkityksellä. Pahoinvointilääkkeen valitseminen on haastavaa, koska aivoissa pahoinvointia kontrolloi kaksi erillistä keskusta, oksennuskeskus ja kemoreseptorialue. Lisäksi näissä aivokeskuksissa on ainakin 17 erilaista välittäjäaine-reseptorisysteemiä. Metoklopramidi lisää suolen liikettä. Haloperidolista voi olla apua opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin. Haloperidoli tosin lisää vanhuksilla ekstrapyraamisia oireita. (Käypä hoito -suositus 2012; Saarto 2004, 111.)

3.2.4 Painehaavat

Painehaava syntyy paineen, kitkan ja kudoksen hapenpuutteen vaikutuksesta. Myös eritteiden, kuten hien, virtsan ja ulosteen, kemiallinen vaikutus lisää painehaavojen syntymistä. Painehaavoille alttiita kohtia ovat ristiluu ja lonkat. Kantapäissä, korvissa ja olkapäissä esiintyy myös usein painehaavoja. Saattohoitopotilas on altis painehaavoille, jos hän makaa pitkiä aikoja liikkumatta vuoteessa. Painehaavan syntyyn vaikuttaa myös kudosten puutteellinen verenkierto, joka ikäihmisillä ja sairaana on heikentynyt. (Hänninen 2004, 130; Lumio 2012.)

Painehaavoja ehkäistään asentohoidolla, ihon hoidolla ja ravitsemuksella. Vuodepotilaan asentoa tulee vaihtaa parin tunnin välein. Saattohoitopotilailla tulisi olla käytössä painehaavapatja. Käytettäessä painehaavapatjaa potilaan ihon ja patjan välissä ei saa olla liikaa suoja, koska ne heikentävät patjan painehaavoja ehkäisevää toimintaa. Tuolissa istuvan painopistettä on muutettava 15 minuutin välein, ellei tuolissa ole laadukasta istuintyynyä. Potilaan siirtämisessä tulee käyttää apuvälineitä. Potilailla voi olla liikekipua, jonka takia he välttävät asennonvaihtoa. Liikekipua tulisi hoitaa riittäväällä kipulääkityksellä. Säännöllisellä hygienian hoidolla ja inkontinenssisuojien vaihdolla iho pysyy terveenä. Ihon hoidossa käytetään mietoja puhdistusaineita ja iho rasvataan usein. (Soppi 2013; Hänninen 2004, 130.) Proteiini- ja vitamiinipitoinen ravinto ja kuivumisen estäminen vähentävät painehaavariskiä (Hietanen 2012).

3.2.5 Suun hoito

Saattohoitovaiheessa esiintyviä suun ongelmia ovat suun kuivuminen, infektiot, limakalvorikot, kipu ja makumuutokset. Suun kuivuus johtuu syljen tuotannon vähenemistä, suun limakalvovaurioista tai elimistön kuivumisesta. Sylki suojaa limakalvoja ja kostuttaa niitä. Kuiva suu altistaa limakalvovaurioille ja infektioille. (Käypä hoito -suositus 2012; Saarto 2004, 104.)

Tärkeintä kuivan suun hoidossa on hyvä suun hygienia. Suuta puhdistetaan ja kostutetaan sekä huulia rasvataan useasti vuorokaudessa. Kostuttamiseen käytetään vettä, tekosylkeä, jääpaloja, geeliä tai alkoholitonta suuvettä. Ksylitolituotteiden pureskelu ja kolinergiset lääkkeet lisäävät syljen eritystä. Happamia tuotteita, kuten sitruunamehu, ei tulisi käyttää suun kostutukseen, koska ne vähentävät syljen eritystä. (Saarto 2004, 103-104.) Kipeää suuta voidaan hoitaa morfiinisuuvedellä tai morfiinigeelillä (Käypä hoito -suositus 2012). Sieni-infektioita hoidetaan lääkkeillä (Saarto 2004, 104).

3.2.6 Ravitseminen ja nesteytys

Saattohoitopotilailla ruokahaluttomuus on yleistä. Ravinnon saantia tuetaan pahoinvointilääkkeitä käyttämällä ja tarjoamalla potilaalle pieniä annoksia hänen lempiruokiaan ja noudattamalla potilaan omaa ruokailutahtia. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, jos hän ei halua syödä. Omaiset ovat usein huolissaan syömättömyydestä. Heille on hyvä kertoa ja perustella, että kuoleman lähestyessä ruokahalu vähenee. (Pöyhiä 2012, 457.) Jos potilaalla on nielemisvaikeuksia, tarjotaan sosemaisia ja nestemäisiä ruokia. Nesteiden nauttaminen voi aiheuttaa saattohoitopotilaalle aspiraatoriskin. Nesteen tulee sakeuttaa nielemisen helpottamiseksi. (Saarto 2004, 106.)

Suonensisäisestä nesteytyksestä ei ole hyötyä kuolevan potilaan hoidossa. Se voi aiheuttaa potilaalle haittaa lisäämällä turvotuksia kehossa. Nestehukkaa epäiltäessä voidaan suonensisäistä nesteytystä kokeilla pienellä annoksella

1000 ml/vrk 2-3 vuorokauden ajan. Jos se ei helpota potilaan oloa, nesteytys tulee lopettaa. Nesteytys ei auta janontunteeseen. (Korhonen & Poukka 2013, 441.) Janontunnetta aiheuttavat kuiva suu, antidepressantit, antikolinergit, opioidit ja autonominen neuropatia (Pöyhiä 2012, 456). Janontunnetta voidaan vähentää jääpaloja imeskelemällä ja huulia kostuttamalla (Saarto 2004, 104).

3.2.7 Masennus ja uniongelmat

Eletyn elämän tarkasteleminen ja arvioiminen sekä avoin surun näyttäminen voivat auttaa käsittelemään lähestyvää kuolemaa ja hyväksymään väistämättömän. Masennus ja uniongelmat ovat yleisiä psyykkisiä ongelmia kuoleman lähestyessä potilailla. (Käypä hoito -suositus 2012.) Ikäihmisillä on sekavuutta enemmän kuin nuoremmilla saattohoitovaiheessa (Hänninen 2014). Oireenmukaisessa hoidossa neljännes kärsii masennuksesta, mutta sitä voi olla vaikea erottaa sairauden aiheuttamasta surusta tai ahdistuksesta, joka johtuu lähestyvistä kuolemasta. Jos potilaalla ilmenee itsetuhoisia ajatuksia, eikä hän pysty nauttimaan asioista, jotka aiemmin ovat tuottaneet iloa, tai jos hän vetäytyy läheisten seurasta ja päivittäiset toiminnot poikkeavat huomattavasti aiemmasta, on syytä puuttua tilanteeseen. (Ratini 2013.)

Lähestyvän kuoleman aiheuttamia pelkotiloja ja unettomuutta voidaan vähentää keskustelemalla sekä kuuntelemalla potilasta. Terapiasta ja lääkityksestä voi myös saada apua. Potilaalle on hyvä tarjota moniammatillista apua tarvittaessa, eikä myöskään vertaistuen mahdollisuutta kannata unohtaa. (Käypä hoito -suositus 2012.)

3.2.8 Kuoleman hetki

Kuoleman saapuminen koetaan lopulta monesti liian aikaiseksi, vaikka sitä on jo osattu odottaa. Toisaalta kuolema voidaan kokea myös helpotuksena, koska nyt kivut, pelot ja kärsimys ovat takanapäin. (Sand 2003, 99.) Lähestyvän lopun merkkejä ovat muun muassa tietoisuuden heikentyminen, pinnallinen tai katko-

nainen hengitys, nielemisen vaikeutuminen, liman erityksen lisääntyminen, kuume ja levottomuus. Kuoleman merkkien ilmaantumisen jälkeen on arvioitava potilaan lääkitys ja antotavat ajantasalle. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014a.) Omaisille on hyvä kertoa etukäteen, miten tulee toimia hengityksen lakkaamisen jälkeen. Valmistautuminen kuolemaan jo etukäteen lieventää pelkoja ja välttää turhien toimenpiteiden suorittamista. Mikäli hoitaja on läsnä, hän voi pysytellä taka-alalla ja olla saatavilla tarvittaessa. (Korhonen & Poukka 2013, 445.)

Omaisille annetaan aikaa hyvästien jättämiseen ja rituaalien suorittamiseen. Virallisella kuolleeksi julistamisella ei ole kiirettä. Hoitohenkilökunnan toiminta tulee olla rauhallista ja empaattista. Nämä hetket jäävät ikuisesti omaisen mieleen. (Korhonen & Poukka 2013, 445.)

3.2.9 Vainajan laitto

Vainajan kanssa toimitaan hoitopaikan yhteisten toimintaohjeiden mukaisesti ja myös juridiset kohdat huomioiden. Yleisen käytännön mukaan vainajaa pidetään osastolla kahdesta kolmeen tuntia, jotta saattajien jäähyväisille jää riittävästi aikaa. Vainajan käsittelyssä tulee näkyä ammatillinen osaaminen, niin että vainajan arvokkuus ja koskemattomuus säilyvät. Kunnioitusta ja arvokkuutta tilanteeseen voidaan saada lisää tekemällä vainajan laitto kiireettömästi ja viihtyisässä paikassa. Hoitajaa voi auttaa työssä ajatus siitä, että näin hänetkin sitten aikanaan laitetaan samalla tavalla. (Grönholm & Huhtinen 2011, 169-170; Iivanainen & Syväoja 2008, 546.)

Ikkunan avaaminen, led-kynttilän polttaminen ja mahdollisesti hartaushetki sopivat tilanteeseen. Hoitohenkilökunnan tehtävä on vastata omaisten kysymyksiin ja käydä läpi kuolemaa edeltäviä tapahtumia ja itse kuolemaa. (Grönholm & Huhtinen 2011, 169-170; Iivanainen & Syväoja 2008, 546.)

Vainaja siistitään ja päälle puetaan Exitus-setistä kaikki tarvittavat. Paidan pukemisen jälkeen pään ja leuan ympärille kierretään sideharso. Seuraavaksi voi-

daan sitoa jalat yhteen nostelun helpottamiseksi. Silmät suljetaan ja silmien päälle laitetaan kostettua pumpulia estämään silmien uudelleen aukeaminen. Tekohampaat laitetaan suuhun puhdistuksen jälkeen ja huulet rasvataan. Vainajan alle laitetaan vaippa ehkäisemään mahdollista virtsa- ja ulostevuotoa. Vainaja peitetään kokonaan lopuksi lakanalla ja kasvojen päälle laitetaan kasvoliina. (Grönholm & Huhtinen 2011, 170; Iivanainen & Syväoja 2008, 546-548.)

4 Saattohoito työnä

Saattohoito on vaativaa ja raskasta hoitotyötä, etenkin jos ollaan hoitamassa muita kuin vanhoja, jo elämästä oman osansa saaneita potilaita (Hänninen 2010). Kuolevan potilaan hoitaminen vaikuttaa syvästi myös hoitajan omiin tunteisiin (Snellman 2008, 106). Hoitajan valmiudet keskustella ikäihmisen kanssa kuolemasta riippuvat hänen asenteistaan, osaamisestaan ja kulttuuritekijöistään. Jos hoitohenkilökunnalla on näissä asioissa puutteita, saattohoitopotilas ei välttämättä saa riittävästi tietoa ennusteestaan, eikä osaa valmistautua kuolemaansa. (Tarhonen 2013, 6.)

Omaisten kanssa voi olla haastavaa tehdä päätöksiä potilaan elämästä, koska ollaan niin lopullisten asioiden kanssa tekemisissä. Toimiva ja tukeva työyhteisö sekä avoin ilmapiiri ovat kuitenkin työntekijöiden jaksamisen kannalta ensisijaisia. Kärsivällisyys ja lempeys sekä itseään että hoidettavaa kohti heijastuu myös potilaisiin ja heidän läheisiinsä. (Pinomaa 2000, 42-43.)

Saattohoitotyö lisää työpaineita ja monenlaista epävarmuutta. Työlle on ominaista ihmissuhdekuormitus ja suuret tunnelataukset, jotka kuluttavat inhimillisiä voimavaroja. Työnohjaus, työpaikkakoulutus ja työnkierto ovat tärkeitä keinoja saada moniammatilliset osaajat jaksamaan saattohoitotyössä. (Järvimäki, Matila, Yli-Olli & Rahko 2013.) Työnohjaus on vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on oman työn tutkiminen yhteistyössä työnohjaajan kanssa tai työnohjausryhmässä. Työnohjaaja auttaa löytämään olosuhteet ja edellytykset työntekijöiden itsensä ja työnsä havainnoimiselle ja tutkimiselle, jotta he voisivat ymmärtää

ammattillista itseään, valintojaan ja toimintojaan palliatiivisen potilaan hoidon kokonaisuudessa. Vakavissa sairauksissa toivon ylläpitäminen on tärkeää potilaan perusluottamuksen säilymisen kannalta. Toivottoman sairauden edetessä vaaditaan kanssakulkijoilta inhimillisyyttä ja rehellisyyttä kohdata potilas niin, ettei tilanne tunnu hänestä toivottomalta sairauden ennusteesta huolimatta. Vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä opitaan monesti kokeneempaa kollegaa seuraamalla. Vuorovaikutustaitoja voi myös kehittää tietoisesti ja myös kokemusten kautta saa lisää varmuutta. Potilaan mielenmaisemaa saadaan hyvin kartoitettua esittämällä hänelle avoimia kysymyksiä. Kysymykset voivat olla seuraavanlaisia: Mistä asioista potilas on eniten huolissaan tällä hetkellä? Minkälaisia odotuksia hänellä on tulevaisuuden suhteen? Mistä saa voimaa tähän vaikeaan tilanteeseen? Yhdessä koettu saattohoidon aika on merkityksellinen ja yhdistävä kokemus kaikille siinä mukana olleille. (Sand 2003, 47, 121; Lehtonen 2013, 17-19; Siltala 2004, 303; Sleeman & Collins 2013.)

Suomalaisissa saattohoitoon erikoistuneissa saattokodeissa toimii myös ammattihenkilökunnan ohella laajasti vapaaehtoistyöntekijöitä. Vapaaehtoistyöntekijät ovat vierellä kulkijoita ja kuuntelijoita ja myös kannustavat potilaita virkistystoimintaan voinnin sallimissa rajoissa. Vapaaehtoistyöntekijöitä koulutetaan tehtävään ja myös heille on tärkeää tarjota työnohjausta ja vertaistukea vastuullisessa tehtävässään. Hyvin toimivasta vapaaehtoistoiminnasta hyötyvät potilaat, omaiset ja työyhteisöt sekä myös auttajat itse. (Golliander 2008, 130.)

4.1 Omahoitajan rooli moniammatillisessa työyhteisössä

Kuolevan potilaan omahoitajana toimimisen avulla voidaan potilaalle turvata luotettava, ammattitaitoinen ja kokonaisvaltainen hoito. Omahoitaja on perehtynyt potilaan tämänhetkiseen tilanteeseen ja hänen taustatietoihinsa. Potilaan menneisyys ja siellä koetut asiat vaikuttavat merkittävästi saattohoidossa ja sen suunnittelussa. Potilaan on helpompi osallistua omaan hoitoonsa ja päätösten tekoon aktiivisesti, kun hänellä on tietyt hoitajat, jotka ensisijaisesti hoitavat hänen asioitaan eteenpäin. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 132-135.)

Omahoitaja on perehtynyt potilaan tilanteeseen, joten hän osaa arvioida potilaan kipua ja ahdistuksen syitä. Omaisten kohtaamisessa omahoitaja pystyy vastaamaan heidän tunteisiinsa ja kuuntelemaan heitä. Myös surutyön eri vaiheiden kohtaaminen ja kielteisten tunteiden ymmärtäminen onnistuvat omahoitajalta parhaiten. (Hinkka 2004, 327.)

4.2 Läheisten kohtaaminen

Potilaan lisäksi myös potilaan läheiset tulee ottaa huomioon sairauden alusta asti kuoleman jälkeiseen aikaan saakka. Omaista kohdatessa hoitajan tulee säilyttää riittävä etäisyys, jotta tunteiden vastaanottaminen ja auttaminen olisi mahdollista. Hoitajan tärkein ominaisuus on olla aito ja kuunteleva. Omaisen ollessa tunnemyrskyssä, hän kaipaa läsnäolijaa, joka ei sure samoin kuin hän. Hoitaja tarjoaa omaiselle ymmärrystä ja selventää hänelle tilannetta. (Kärpänniemi & Hänninen 2004, 267.)

Potilaan ja omaisten välillä voi olla ratkaisemattomia asioita. Nämä asiat saattavat purkautua tyytymättömyytenä hoitajiin. Hoitajan tulee olla tilanteissa ammatillinen. Ammatillisuus edellyttää rauhallista ja tukevaa suhtautumista omaisiin. (Pitkälä 2004, 30.)

4.3 Hengelliset kohtaamiset

Hengelliset asiat tulevat monesti vastaan saattohoitotyössä. Sielunhoitosuhde perustuu rehellisyyteen, avoimuuteen, välittämiseen, turvallisuuden tunteeseen ja jatkuvuuteen. Hengelliset tarpeet jaetaan neljään ryhmään: suojautumiseen, kun kaikki uhkaa tuhoutua, sovinnon kokemiseen itsensä, omaisten, läheisten ja Jumalan kanssa, elämän eheyden löytämiseen ja elämän täyttymisen saavuttamiseen. Hoitajan on hyvä keskustella potilaan kanssa tulevasta tapahtumista, ja siten valmistaa häntä henkisesti kohtaamaan kuolemansa sekä tukea omaisia surussa ja luopumisen prosessissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17-18.) Näiden asioiden kohtaamiseen on liian vähän aikaa ja resursseja tämän

päivän hoitotyössä. Hoitotyössä työskentelevien tulisi olla perillä myös eri uskonnoista ja niiden tavoista, ettei tietämättömyyttään aiheuttaisi mielipahaa potilaalle. (Grönlund & Huhtinen 2011, 123-124.)

Kuoleman läheisyys koskettaa kaikkia potilaan lähellä olevia ihmisiä ja heidän arvomaailmaansa. Ainoa, mikä asiassa on varmuudella edessä, on itse kuolema. Lähtijälle on tärkeämpää jo kuljettu matka kuin nykyisyys. Monesti eteen tulee isoja asioita, ja potilas haluaa tehdä tilit selviksi itsensä ja läheisten ja mahdollisesti myös Jumalan kanssa. Hengellinen tuen mahdollisuus oman uskontokunnan ja taustojen mukaisesti pitää selvittää potilaan kanssa saattohoitopäätöstä tehtäessä. Hengellistä apua pitää pystyä järjestämään ajankohdasta riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17.)

4.4 Surun aika

Riippumatta ihmisen lähtökohdista kuolevien yleinen toive on yleensä läheisten läsnäolo ja sitä kautta saatava lohdutuksen tuoma turva. Kuolemaan saattaminen on haastava tehtävä kaikille siinä osallisena oleville. Suremisen kautta valmistaudutaan edessä olevaan luopumiseen ja vääjäämättä siitä seuraaviin muutoksiin. Surutyön eri vaiheet on jaettu 1980-luvulta saakka amerikkalaisen Elisabeth Kübler - Rossin mukaan viiteen eri vaiheeseen. Surun eri vaiheina on pidetty kieltämistä, vihaa, kaupankäyntiä, masennusta ja lopulta seuraavaa uuden tilanteen hyväksymistä. Eri vaiheiden aikaa ja kestoa ei pysty tarkemmin määrittelemään. Suruaikana on normaalia tuntea hyvin erilaisia ja vaihtelevia tunteita laidasta laitaan. Surun eri vaiheita voi esiintyä samanaikaisesti, ja jo ennen koetut vaiheet voivat myös palata uudestaan. Surun käsittely ja siitä selviytyminen ovat aikaa ja tilaa vaativia prosesseja, joiden pituus vaihtelee paljon eri ihmisillä. Sureminen vaatii aikaa ja tilaa, eikä sen kestoa pysty määrittelemään tarkemmin. Aika kuitenkin auttaa surun läpikäymisessä. Surusta selviytymisen jälkeen voi tuntea jopa kasvaneensa ihmisenä surun myötä. (Aalto 2009, 68-69.)

Nykyisen käsityksen mukaan suru on muuttuva prosessi. Suru vaikuttaa ihmiseen hyvin kokonaisvaltaisesti. Surun käsittely ja sen kesto on yksilöllistä, ja niihin vaikuttavat ihmisen historia ja eletty elämä. Surun kestoa ei voi määrittellä, ja monesti surun eri vaiheet käydään läpi useampaan kertaan. Surun ensireaktio on yleensä sokki. Sokin aikana ahdistavat ja epätodelliset tunteet koetaan voimakkaina, ja myös tapahtuneen kieltäminen on normaalia. Ensimmäisten vaiheiden jälkeen sureva kohtaa todellisuuden ja voi tuntea myös vihaa ja syyllisyyttä surun lisäksi. Surusta selviytyminen vaatii tasapainoilua menetyksen ja selviytymisen kanssa. Ajan kuluessa sureva yleensä irrottautuu surusta ja muuttuu uuteen tilanteeseen elämässään. (Inna 2014, 7-8.)

Surun käsittelyssä lääketieteellisten keinojen lisäksi voidaan saada apua lähimmäisen läsnäolosta ja lohdutuksesta. Sanoja ei välttämättä tarvita, vaan apua voi saada myös kosketuksen kautta. Luonto, musiikki ja taide voivat myös tarjota tukea toipumiseen. (Myllymäki 2005, 352-353.) Surevaa ei pidä jättää yksin. Tukea voi saada läheisten lisäksi terveyskeskuksesta sekä seurakunnan työntekijöiden ja erilaisten vertaisryhmien kautta. Seurakunnat järjestävät erityisiä sururyhmiä, joissa voidaan jakaa yhteisiä kokemuksia ja auttaa näin toinen toisiaan. Auttavan puhelimen ja verkkopalveluiden kautta on myös saatavilla hengellistä tukea. (Aalto 2009, 68-69, Pohjolan - Pirhonen & Aalto 2009, 149.)

4.5 Eettiset periaatteet

Saattohoito perustuu eettisiin arvoihin, joita ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Ihmisarvon ja sen kunnioitus sekä ainutkertaisuuden hyväksyntä ovat eettisten periaatteiden lähtökohta. Eettisesti on myös tärkeää pyrkiä tekemään hyvää ja välttämään paha. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2004, 5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,13.) Saattohoitotyö vaatii hoitajilta herkkyyttä aistia potilaan vointi ja myös taitoa kohdella potilasta ja omaisia kunnioittavasti sekä tasavertaisesti (Grönlund & Huhtinen 2011, 17).

Jokaiselle kuuluu tasavertainen ja inhimillinen kohtelu sekä mahdollisuus ottaa kantaa itseään kohdistuvien päätösten teossa voimavarojensa mukaan. Elämän loppuvaiheessa tulee pyrkiä noudattamaan potilaan toiveita ja pyrkiä olemaan läsnä mahdollisimman paljon ilman kiireen tuntua. Potilaalle tulee järjestää mahdollisuuksien mukaan kuoleminen hänen toivomassaan paikassa joko terveyskeskuksessa, saattohoitokodissa, kotona tai palveluasumisyksikössä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2012, 17-18.)

4.6 Saattohoitoympäristö

Potilaan omat toiveet, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat tekijöitä, mitkä tulee huomioida potilaan sijoittamisesta päätettäessä. Saattohoitopaikan tulee olla kodinomainen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 3.) Ympäri vuorokautisissa pitkäaikaispaikoissa potilaiden elämänlaatuun voidaan vaikuttaa monien eri ulottuvuuksien kautta. Fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö ovat merkittäviä tekijöitä hyvän elämän kannalta, etenkin muista riippuvaisten sairaiden potilaiden kohdalla. On tärkeää, että he voivat tuntea itsensä osallistuviksi ja arvokkaiksi ihmisiksi toisten joukossa. Elämänlaatua on erityisen vaikea arvioida sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät enää itse pysty vastaamaan kyselyihin hoidon laatua koskevista asioista. Havainnointiin perustuvat menetelmät voivat auttaa hahmottamaan myös esimerkiksi muistisairaiden näkökulmaa. Heidän toiveensa, tarpeensa ja turvallinen sekä kodinomainen hoitoympäristö tulisi olla ensimmäisellä sijalla määriteltäessä laadukasta hoitoa vanhuksille. (Numminen, Eloniemi - Sulkava, Topo & Valtonen 2011, 17.)

Saattohoidon järjestämisestä sosiaali- ja terveysministeriö antoi ohjeet vuonna 2010. Ohjeissa ei annettu minkäänlaisia vaatimuksia olosuhteista tai tiloista, joissa saattohoitoa on järjestettävä. Suomessa saattohoitoa järjestetään terveyskeskusten vuodeosastoilla, kotona, ympärivuorokautisissa palveluasumisyksiköissä, keskus- ja yliopistosairaaloissa sekä saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä. (Kotilainen 2014, 123-124.) Saattohoitoon erikoistuneita yksiköitä on neljä, ja niissä on yhteensä vain 80 paikkaa. Saattohoitokodeissa on panostettu ympäristöön. Saattohoitokoteja yhdistää kaunis hoitoympäristö, kodinomaisuus

ja nykyaikaisuus. (Sand 2003, 124.) Suomessa tarvittaisiin enemmän saattohoitoon erikoistuneita yksiköitä. Pohjoismaista Tanskassa ollaan edelläkävijöitä saattohoidon järjestämisessä. Laki saattohoidosta tuli voimaan vuonna 2004, silloin Tanskassa rakennettiin uusia saattohoitokoteja, joissa suunnitteluun ja ympäristöön on paneuduttu. (Kotilainen 2014, 123-124.)

Potilaan itsensä määrittelemä hyvä saattohoitoympäristö vähentää pelokkuutta ja kipua sekä alentaa verenpainetta. Saattohoitohuonetta suunnitellessa tulee ottaa huomioon valaistus, kalustus ja sisustus. Suomalaisilla on tärkeä yhteys luontoon, ja siten näköala ikkunasta luontoon on vahva elämyksellinen elementti. Saattohoitohuoneessa potilaan sänky tulisi sijoittaa niin, että hänellä on mahdollisuus nähdä luontoa. Luonnonäänten kuuleminen tuo kaivattua lepoa ja vaihtelua sielulle. Saattohoitopotilaalle voi tarjota luonnonääniä nauhalta kuunneltavaksi. (Kotilainen 2014, 123; Saarto ym. 2014, 530.) Tutkimustulosten mukaan luonnonvalo muun muassa helpottaa kipua, ehkäisee masennusta ja parantaa unen laatua (Kotilainen 2012). Tuoksut, taide ja tutut esineet luovat turvallisuudentunnetta ja rauhoittavat kuolevaa potilasta. Suomalaisissa saattohoitoyksiköissä taide ja suomalaisen luonnon kauneus on sisällytetty hoitoon (Sand 2003, 18). Ihmisen aistihavainnot, jotka ovat voineet olla jo taustalla, voivat korostua elämän loppuajana. Kuuloaisti ja tuoksumuisti säilyvät kauimmin. Raikas huoneilma helpottaa hengittämistä. Saattohoitohuone on hyvä sijoittaa erilleen muista potilashuoneista, jotta osaston äänet eivät kantaudu sinne. (Kotilainen 2014, 123; Saarto ym. 2014, 530.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyömme on toiminnallinen ja sen toimeksiantajana oli Valtimon kunta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä omaisten tietoa saattohoidosta. Opinnäytetyön tehtävänä oli laatia opas palvelutalo Kotorannan saattohoitovaiheessa olevien asukkaiden omaisille.

Kotorannan hoitajat voivat käyttää saattohoito-opasta oman ohjaamisen tukena kohdatessaan omaisia. Omaisille jaettavan oppaan tarkoituksena on antaa heille tukea vaikeassa elämäntilanteessa. Opinnäytetyömme jää Kotorannan käyttöön, ja hoitajat voivat sen avulla lisätä tietämystään saattohoidosta.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön avulla selvitetään yleensä toimeksiantajan ja opiskelijoiden yhteistyössä esille nostettuja asioita. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite on tehdä aina konkreettinen tuote noudattaen oman ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeita. Tuote voi olla opas, dvd tai jonkin tapahtuman luominen kohderyhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51.) Toimeksiantaja Valtimon kunta halusi saattohoito-oppaan omaisille uuteen tehostetun palveluasumisyksikköön Kotorantaan. Tavoitteena on, että annetaan ikäihmisille mahdollisuus viettää elämänsä viimeiset hetket Kotorannassa, jos he niin toivovat.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistetään teoria ja käytäntö. Tuotos tehdään toimeksiantajan toiveiden mukaan. Toimeksiantajalle on hyvä kertoa, mikä on opiskelijoiden tehtävään suunniteltu ajan määrä, jotta aihetta ja toteutusta voidaan rajata sen mukaisesti. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen tukee monimuotoisuudessaan ammatillista kasvua teoreettisten opintojen lisäksi. Toiminnallinen opinnäytetyö on yleensä kaksivaiheinen, ja siihen sisältyy tuotos ja raportti. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 18, 41-43,129.)

Tutkimusviestinnän vaatimusten tulee täyttyä opinnäytetyössä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tekstistä tulee selvittää, miksi ja miten raportti on tehty ja millaisena työprosessi on koettu ja minkälaisiin johtopäätöksiin työn kautta on päädytty. Tuotos tulee myös arvioida. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 65.)

6.2 Toimintaympäristö

Aloittaessamme opinnäytetyötä keväällä 2014 palveluasumisyksikkö toimi vielä vanhoissa kolmikerroksisessa Lamminpään tiloissa. Lokakuussa 2014 Lamminpään asukkaat muuttivat uuteen vastavalmistuneeseen palvelutalo Kotorantaan Valtimon keskustaan. Kotorannassa on 43 asukaspaikkaa, joista marraskuun alussa oli käytössä 30 paikkaa. Vuoden 2015 aikana Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän Valtimon vuodeosaston toimintaa supistetaan. Suunnitelman mukaan 30-paikkainen vuodeosasto muuttuu 15-paikkaiseksi. Osa vuodeosaston potilaista, joilla ei ole lääketieteellistä perustetta sairaalahoitoon, siirtyy Kotorantaan. Kotorannan henkilökuntaan kuuluu yksi sairaanhoitaja, 14 lähihoitajaa ja 6 lähiavustajaa. Valtimon kunta tarvitsee lisää henkilökuntaa Kotorannan asukasmäärän lisääntyessä vuoden 2015 aikana. Valtimon terveyskeskuksen vuodeosastolta siirtyy Kotorantaan 6 perus- tai lähihoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. (Laatikainen 2014; Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymä 2014.)

Kotorannan tehostetussa palveluyksikössä asuu ikäihmisiä, jotka eivät enää selviydy kotona. Suurin osa asukkaista on muistisairaita. Kotorannan toiminta perustuu kuntouttavaan hoitotyöhön. Ikäihmisen voimavaroja tuetaan päivittäisissä toiminnoissa. Kotoranta on kaksikerroksinen rakennus, jossa on neljä pienryhmäkotia. Ryhmäkotien asukkaat on jaoteltu toimintakyvyn mukaan. Yksi yksikkö on vaikeasti muistisairaisiin asukkaisiin erikoistunut. Kotorannassa on myös lomapaikkoja lyhytaikaiseen hoitoon. Huoneistot ovat pääasiassa yhden hengen huoneita. Pariskunnat on otettu huomioon, ja heille on tarjolla kahden hengen huoneita. Huoneiden pinta-ala on 21 neliometriä. Jokaisesta ryhmäkodista pääsee ulos, yläkerran tiloissa on tilava katettu parveke. Alakerrasta pääsee suoraan ulos aidattuun ulkoilualueeseen, jossa on penkkejä ja liikuntavälineitä. Ulkoilualueen viihtyvyyteen on panostettu, ja siitä avautuu kaunis näköala Haapajärvelle. (Laatikainen 2014.)

6.3 Toiminnan eteneminen ja opinnäytetyön prosessi

Marraskuussa 2013 otimme yhteyttä Valtimon kuntaan. Valtimolle oli rakenteilla uusi palvelutalo ja kysyimme, olisiko heillä tarjota toimeksiantoa, jolla voisimme tehdä opinnäytetyön hoitotyön opintoihin. Puhelinkeskustelussa hän antoi meille muutaman aihevaihtoehdon. Otimme yhteyttä opettajaamme ja esitimme hänelle aihevaihtoehtoja. Opettajamme oli sitä mieltä, että aiheet olivat hyviä, mutta opinnäytetyössä tulee näkyä hoitotyön näkökulma.

Menimme tapaamaan avopalvelujohtajaa. Hän kertoi, että Valtimon kunnalla ei ole saattohoito-opasta. Aihe tuntui heti omalta, ja päätimme ottaa sen opinnäytetyön aiheeksemme. Samana päivänä menimme Lamminpään palvelutaloon tapaamaan vastaavaa sairaanhoitajaa. Esittelimme aiheen hänelle ja päätimme, että voimme alkaa kirjoittamaan tietoperustaa aiheesta. Tammikuussa 2014 meillä oli tapaaminen uudestaan Lamminpäässä vastaavan sairaanhoitajan ja työtämme siellä ohjaavan sairaanhoitajan kanssa. Palaverissa pohdimme oppaan rakennetta ja käsiteltäviä asioita. Toimeksiannon saatuamme saimme hyväksytyä aihesuunnitelmamme kevään aikana (Liite 1). Toukokuun lopussa esitimme opinnäytetyön suunnitelman. Kesän aikana opinnäytetyömme ei edistynyt juuri lainkaan, kun töissä käynti vei perheiden lisäksi kaiken aikamme. Syksyllä jatkoimme kirjoittamista ja oppaan suunnittelemista. Ohjaavan opettajan tapaamisissa kävimme säännöllisesti kevään ja syksyn aikana. Ohjaajamme antoi meille tukea, ja hänen kauttaan saimme tärkeitä vinkkejä kirjoittamiseen ja aiheen rajaukseen.

Aloittaessamme opinnäytetyötä jaoimme aiheita ja kirjoitimme niistä ensin kumpikin itsenäisesti, sen mukaan mikä kumpaakin enemmän kiinnosti. Lähetimme tekstiä toisillemme sähköpostitse kommentoitavaksi ja korjattavaksi. Yhteisten palaverien lisäksi pidimme toisiimme yhteyttä sekä puhelimitse, että myös sosiaalisen median kautta. Huhtikuussa siirsimme opinnäytetyön internetissä Google Docs -ohjelman pohjaan. Siellä kirjoitukset näkyvät reaaliajassa, ja pysyimme yhtä aikaa tuottamaan ja muokkaamaan tekstiä. Ohjelman ansiosta meidän molempien ”käden jälki” näkyy opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tekeminen yhdessä sujui hyvin. Syksyllä tapasimme säännöllisesti joka viikko ja kirjoi-

timme tekstiä yhdessä. Tapaamisten välissä olimme päivittäin yhteydessä sosiaalisen median ja puhelimen kautta opinnäytetyöhön liittyen.

6.4 Opas

Oppaan tekemisessä on tärkeää huomioida se, mitä oppaalla pyritään kertomaan vastaanottajalle. Oppaan ulkoasu ja sisältö ovat keskeisiä tekijöitä. Hyvin laadittu opas on selkeä ja eroaa edukseen vastaavista tuotoksista. Tuotoksen yksilöllisyys, tiedon selkeys ja oppaan käytettävyys antavat myös lisäarvoa työlle. (Vilka & Airaksinen 2004, 52-53.) Opasta tehdessä olemme pyrkineet huomioimaan opasta käyttävän haavoittuvassa elämäntilanteessa olevan kohderyhmän.

Oppaan tietojen tulee olla ajantasaisia ja luotettavista lähteistä hankittuja. Opinnäytetyössä kerrotaan konkreettisesti, mistä käytetty tieto on saatu ja kuinka sitä on työstetty. Tehdystä oppaasta tulee myös pyytää palautetta käyttäjiltä ja kohderyhmältä. Palautetta tarvitaan oppaan käytettävyydestä ja toimivuudesta kohderyhmältä. (Vilka & Airaksinen 2004, 53-55, 154.) Oppaassa käytetty teksti perustuu opinnäytetyön tietoperustaan, joka pohjautuu perusteltuun tietoon.

Toimeksiantajamme toive oli saada opas, joka on sähköisessä muodossa ja tarvittaessa helposti muutettavissa (Liite 2). Toimeksiantajallamme on täysi oikeus käyttää opasta ja kuvia jatkossa haluamallaan tavalla. Vastaavan sairaanhoitajan mielestä opas ei saa olla liian karu, vaan siinä saa olla myös kuvia. Oppaasta tulee löytyä tarpeelliset tiedot. Saimme muuten ”vapaat kädet” oppaan suunnittelussa. Oppaan tuli olla helposti päivitettävissä ja tulostettavissa.

Oppaan laatimisen koimme haastavaksi tehtäväksi. Kummallakaan meistä ei ollut aiempaa kokemusta oppaan teosta. Teimme oppaan ensin Microsoft Wordiin ja ajattelimme, että oppaaseen tulee tekstiä useampi sivu, kun siihen vielä lisätään valitut runot ja kuvat. Oppaan tekeminen Microsoft Wordissa oli yllättävän vaikeaa, koska siinä piti päätellä, kuinka sivut tulevat olemaan valmiissa op-

paassa. Meillä oli tarkoitus tehdä opas A4:lle vaakatasoon kahdelle palstalle. Sivuja olisi tullut 12. Tekstin, kuvien ja runojen sijoittaminen oli haastavaa tuohon muotoon. Tekstiä muokatessa piti tarkasti katsoa, miten muutos vaikuttaa muihin sivuihin. Olimme jo järjestämässä opasta tulostusmuotoon, kun tutustuimme Microsoft Publisherilla tehtyihin esitteisiin. Ohjelman avulla oppaan teko olikin yllättävän helppoa. Tekstiä ja kuvia mahtui tarvittava määrä, kun yhden A4-paperin molemmat puolet otettiin käyttöön. Ohjaava opettajamme oli jo keväällä esitellyt meille samantyyllisen haitariksi taitetun esitteen, mutta sellaisen esitteen tekemisestä meille ei ollut silloin mitään tietoa eikä osaamista.

Pyrimme tekemään oppaan selkokiekisenä, jotta siinä kerrottavat asiat ovat helposti ymmärrettäviä kohderyhmälle. Tiiviin ja asiatiedon lisäksi halusimme antaa omaiselle jotain pysähdyttävää tekstiä runojen ja kauniiden kuvien muodossa. Valokuvat oppaaseemme saimme käyttööme harrastelijakuvaajalta ja käytetyt runot löysimme internetistä. Oppaan värimaailmaksi valitsimme rauhalliset värit. Olemme olleet yhteydessä oppaassa mainittuihin palveluntarjoajiin ja kysyneet luvan yhteystietojen käytöstä oppaassa. Toimeksiantajamme oli tyytyväinen tehdyn oppaan asiasisältöön ja sen harmoniseen ulkoasuun. Myös maallikot ovat pyynnöstämme lukeneet esitteen ja pitäneet sen tekstiä helposti ymmärrettävänä.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen kriteereillä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) voidaan arvioida uskottavuuden (credibility), vahvistettavuuden (dependability), refleksiivisyyden ja siirrettävyyden (transferability) kriteereillä (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129). Opinnäytetyössä käytetyn kirjallisen aineiston valitsemisessa tulee arvioida materiaalin luotettavuutta. Luotettavuutta lisäävät kirjailijan tunnettuuus, arvostettavuus, lähteen ikä ja alkuperä, lähteen uskottavuus ja julkaisijan

arvovalta ja vastuu sekä totuudellisuus ja puolueettomuus. (Hirsjärvi ym. 2013, 113-114). Luotettavuuden lisäämiseksi olemme kuvanneet opinnäytetyön prosessin huolellisesti.

Tiedon hankkiminen luotettavasta ja tieteellisestä lähteistä on ollut haastavaa. Saattohoidosta on paljon tietoa saatavilla, ja lähdekriittisyyttä olemme pyrkineet toteuttamaan parhaan kykymme mukaan. Olemme tutustuneet aihepiiriin laajasti sekä kirjallisuuden että internetlähteiden kautta. Lähteestä riippumatta tekstit olivat hyvin samansisältöisiä.

Tieteelliseen tutkimukseen sisältyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23.). Eettisyyteen liittyy muun muassa plagiointi. Toisen tekijän ideoiden, tutkimustulosten tai sanamuodon esittäminen omana tuotoksena on plagiointia. Plagiointi ilmenee myös lähdeviitteen puuttumisena tai huolimattomasti viitattuna. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 122.) Internet lähteiden käytössä on käytettävä kriittisyyttä ja alkuperäinen lähde tulee jäljittää (Vilkka & Airaksinen 2003, 78.) Plagiointia välttääksemme olemme tehneet parhaamme noudattaen hyvin eettisiä sääntöjä. Lähdeviitteet olemme pyrkineet merkitsemään tunnollisesti ja tarkasti. Lähdeviitteiden merkinnän olemme tehneet Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaan.

Tekemämme oppaan kohderyhmä on saattohoitopotilaan omaiset. Omaiset ovat haavoittuvassa elämäntilanteessa. Oppaan ulkoasulla tai kirjoitustyyllillä ei saa satuttaa heitä. Olemme pyrkineet kirjoittamaan tekstin tavalla, jolla heitä autetaan. Toivomme, että valitsemamme runot ja kuvat tuovat lohtua.

7.2 Oma oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu

Opintojen alusta saakka erilaiset ryhmätöitä, kirjallisuuskatsaus sekä myös gerontologisen hoitotyön opintoihin liittyvä seminaari ovat jossain muodossa liittyneet elämän viimeisiin aikoihin, ja näin ollen myös opinnäytetyön aiheen valitseminen saattohoidosta oli luontevaa. Saattohoidosta on saatavilla hyvin tietoa

sekä sähköisesti että myös kirjallisuudessa. Perusteellisesta perehtymisestä kärsimysten lievittämiseen olemme saaneet tietoa työelämän haasteita ajatellen. Vuorovaikutustilanteet kuoleman lähellä on helpompi käsitellä tämän työn kautta saadun varmuuden turvin niin potilaiden, kollegoiden kuin myös omaisten kanssa.

Toimeksiantajamme on antanut meille hyvin aikaa ja ideoita työmme toteuttamiseen. Olemme olleet yhteydessä toimeksiantajaan puhelimen, sähköpostin ja yhteisten tapaamisten kautta. Opinnäytetyömme ohjauksesta olemme hyvin kiitollisia. Ilman säännöllisiä ohjauksia aiheen rajaaminen ja tekstin sisällöstä päättäminen olisi ollut vaikeampaa. Tehdyn oppaan toivomme tuovan apua ja lohtua saattohoitovaiheessa olevien potilaiden omaisille. Opas annetaan toimeksiantajalle myös sähköisessä muodossa, jolloin heidän on helppo päivittää tietoja oppaaseen ja käyttää sitä myös muiden opaslehtisten pohjana.

7.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja kehityssuunnitelmat

Opinnäytetyön tarkoitus oli lisätä omaisten tietoa saattohoitovaiheesta. Tehty opas helpottaa myös henkilökunnan työtä. Nyt heillä on mahdollisuus antaa myös kirjallista tietoa keskustelun lisäksi omaiselle. Oppaassa on kerrottu saattohoidosta ja sen vaiheisiin liittyvistä tavanomaisista oireista ja niiden lievittämisestä. Opinnäytetyön tekemisen kautta myös oma ammatillinen osaaminen on lisääntynyt. Elämän päättymiseen liittyvien asioiden käsittely on helpompaa, kun asiaan on perehtynyt laajasti.

Opinnäytetyömme raportti jää Kotorannan työntekijöille käyttöön; he voivat hyödyntää sitä esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdytyksessä tai oman saattohoito tietämyksensä täydentämisessä. Kotorannasta ohjaajamme on opiskele-massa saattohoidon erityisopintoja Savonia-ammattikorkeakoulussa, joten saattohoidon kehitystyö Kotorannassa jatkuu edelleen ja seuraavana he ovat tekemässä ohjeistusta saattohoidosta henkilökunnalle.

Lähteet

- Aalto, K. 2009. Suru ja kuolema. Teoksessa Aalto, K. & Gothóni, R. (toim.) Ihmisen lähellä – Hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Esa Print Oy, 65-82.
- Ahlblad, J. 2014. Kahdeksan katsetta kuolemaan. Suomen Lääkärilehti 69 (39), 2332-2436. <http://www.fimnet.fi.tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000041762>. 1.10.2014.
- Autio, R. 2014. Selkeä hoitotahto säästää kuolevaa – ”Joskus omaisten toive hoidon määrästä on eri kuin potilaan oma”. Yle Lahti 8.9.2014. http://yle.fi/uutiset/selkea_hoitotahto_saastaa_kuolevaa__joskus_omten_toive_hoidon_maarasta_on_eri_kuin_potilaan_oma/7454583. 4.11.2014.
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi : kahden kipumittarin vertailu. Suomen Lääkärilehti 62 (62), 2547-2553. <http://www.fimnet.fi.tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SL262007-2547.pdf>. 30.4.2014.
- Finne-Soveri, H. 2008. Kipu. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 189-209.
- Finne-Soveri, H. 2009. Vanhusten vuodeosastohoidon erityiskysymykset. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01414&p_haku=saattohoito%20itse%C3%A4%C3%A4r%C3%A4%C3%A4misoikeus. 13.6.2014.
- Golliander, J. F. 2008. Vapaaehtoistyöntekijät voimavarana kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto ry, 121-130.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- Hagelberg, N. 2009. Metyylinaltreksoni – täsmälääke opioidiummetuksen hoitoon. Suomen Lääkärilehti 64 (12), 1145-1147. <http://www.fimnet.fi.tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000031840>. 26.11.2013.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2013. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809. 4.4.2014.
- Harkas, M. 2014. Lomautus uhkaa Terhokodin henkilöstöä. Helsingin Sanomat. <http://www.hs.fi/kotimaa/Lomautus+uhkaa+Terhokodin+henkil%C3%B6st%C3%B6%C3%A4/a1411589590351>. 30.9.2014.
- Hartikainen, S. 2008. Iäkkäiden lääkehoito. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 247-266.
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Duodecim 129 (4), 385–392.

- <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo10822.pdf>. 2.12.2013.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito, Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.
- Hietanen, H. 2012. Painehaavojen ehkäisy. Sairaanhoidtaja käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04675&p_haku=painehaava%20ravitseminen. 9.10.2014.
- Hietanen, P. 2014. Raastuvassa ja elävässä elämässä. Lääkärilehti 36.
http://www.laakarilehti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news_id=15038/type=7. 9.10.2014.
- Hinkka, H. 2004. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 323-328.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, M. 2008. Sanasto. Lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00124&p_haku=ekstrapyramidaalioireet. 11.12.2014.
- Huttunen, M. 2011. Dementia. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358. 7.10.2014.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hänninen, J. 2004. Iho-oireet. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 313. 128-136.
- Hänninen, J. 2010. Kuinka kuolla? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 126 (3), 283-287.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=saattohoito&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98593. 3.11.2014.
- Hänninen, J. 2014. Saattohoito. Kandidaattikustannus Oy.
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Saattohoito>. 12.10.2014.
- Hänninen, J., Hamunen, K., Laakkonen, M.-L., Laukkala, T., Lehto J., Matila, A., Rahko, E., Saarto, T., Tohmo, H. & Vuorinen, E. 2013. Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypähoito –suosituksen päivitystivistelmä. Duodecim 129 (4), 372-373.
<http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo10814.pdf>. 29.11.2013.
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim 129 (4), 433-439.
<http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo107pdf>. 29.4.2014.
- Idman, I.2013. Potilaan, omaisten ja hoitajien tukeminen. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. (toim.) Elämän Puu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 143-151.

- livanainen, A. & Syväoja, P., 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Inna, S. 2014. Sirpaleista koottu - sisaruksen suru ja siitä selvyminen sisaruksen itsemurhan jälkeen. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma. Hämeenlinna.
- Järvimäki, V., Matila, A., Yli-Olli, T. & Rahko, E. 2013. Saattohoito - parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoito. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01274&p_haku=kuolevan%20potilaan%20hoito. 2.10.2014.
- Kirkkopalvelut ry. 2014. Saattohoito on yhteisvastuun 2014 kotimaankohde.
<http://yhteisvastuu.fi/fi/ajankohtaista/133-saattohoito-onyhteisvastuun-2014-kotimaankohde>. 7.2.2014.
- Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola S. 2004. Hoitotahto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 129 (4), 440-445.
<http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo10821.pdf>. 27.11.2013.
- Kotilainen, H. 2012. Hyvän saattohoidon ympäristö tutkimuksen valossa - Power-point esitys.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=234396&name=DLFE-5302.pdf. 7.10.2014.
- Kotilainen, H. 2014. Tilaa lähtemiselle. Suomen Lääkärilehti 69 (3), 123-124.
<http://www.fimnet.fi.tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2014/SL32014-123.pdf>. 3.10.2014.
- Kupiainen, M. & Laukkanen, M. 2007. Kivun arviointi. P-KSSK Ensiapu- ja tarkkailuosasto.
http://extra.pkssk.fi/html/kivunhoito%20ensiavussa/ali_sivut/kivun_arviointi.htm. 4.11.2014.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki:Edita.
- Kärpäniemi, R. & Hänninen, P. 2004. Omaisten tukeminen. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 269-271.
- Käypä hoito -suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>. 30.4.2014.
- Laatikainen, J. 2014. Vs. vastaava sairaanhoitaja. Valtimon kunta. Haastattelu 6.11.2014.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Launonen, M. 2014. Sairaanhoitajien kuvauksia vanhusten hyvästä hoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu –tutkielma.
- Lehto, J. 2013. Kuolevan potilaan hengenahdistusta voidaan lievittää. Lääkäripäivät 2013 tiedote.
<http://www.laakaripaivat.fi/2013/media/tiedotteet/ennakkoinfotiedotteet/kuolevan-potilaan-hengenahdistusta-voidaan-lievittaa/>. 14.10.2014.

- Lehtonen, J. 2013. Toivo ja epätoivo. Teoksessa Pelkonen, R., Huttunen, M. & Saarelma, K. (toim.) Sairaus ja toivo. Porvoo: Bookwell Oy, 16-24.
- Lumio, J. 2012. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313. 11.10.2014.
- Lund, V. 2012. DNR-päätös ja toiminta sen jälkeen. Akuuttihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim 2013.
http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01630&p_haku=dnr-p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s. 24.4.2014.
- Lähteenmäki, K. 2012. Miehen kuolema – odottamaton tapahtuma? Suomen Lääkärilehti 67 (21), 1669-1670.
<http://www.fimnet.fi.tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SL212012-1669.pdf>. 30.4.2014.
- Lääkäriin käsikirja. 2004. Ei elvytetä – päätös (DNR-päätös) – eettisiä näkökohtia. Kustannus Oy Duodecim 2013.
http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01179&p_haku=dnr. 23.4.2014.
- Mattila, K. 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10916. 10.10.2014.
- Myllymäki, K. 2005. Surun medikalisointi. Duodecim 121 (3), 352 -353.
<http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo94821.pdf>. 30.10.2014.
- Numminen A., Eloniemi-Sulkava U., Topo P. & Valtonen H. 2011. Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa? Tieteessä tapahtuu 6/2011. <http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/view/4409/4147>. 10.10.2011.
- Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymä. 2014. Kuntayhtymän hallituksen pöytäkirja 23.10.2014.
<http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Nuvajulkaisu/kokous/2014960-9.HTM>. 8.11.2014.
- Näkki, K. 2014. Luonnostelu itsemääräämisoikeuslaki – etenevän muistisairauden näkökulmasta. Lapin yliopisto. Oikeustieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Paletti-hanke. 2013. Paletti – Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013-31.3.2015. Power point-esitys. <http://www.karelia.fi/paletti/images/materiaali/pdf/Paletti.pdf>. 10.10.2014.
- Pinomaa A.-L. 2000. Rakastava hoito. Teoksessa Aalto K. (toim.) Saattohoito - Lähimmäisenä kuolevalle. Helsinki: Kirjapaja Oy, 23-43.
- Pitkälä, K. 2004. Vanhuksen kuolema. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 29-30.

- Pohjolan-Pirhonen, C. & Aalto, K. 2009. Hengellinen tuki suuronnettomuuksissa. Teoksessa Aalto, K. & Gothóni, R. (toim.) Ihmisen lähellä - Hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Esa Print Oy, 139-149.
- Poukka, P. Pöyhiä, R. & Tasmuth, T. 2012. Milloin saattohoito alkaa? *Finnanest* 45 (5), 450-454. http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf. 10.10.2014.
- Pöyhiä, R. 2002. Lämpilyöntikivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. *Finnanest* 35 (1), 27-30. http://www.finnanest.fi/files/a_poyhia.pdf. 11.12.2014.
- Pöyhiä, R. 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. *Finnanest* 45 (5), 456-457. http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf. 29.10.2014.
- Ratini, M. 2013. End of Life: Coping with Anxiety and Depression <http://www.webmd.com/palliative-care/end-of-life-coping-with-anxiety-and-depression>. 10.10.2014.
- Saarto, T. 2004. Ruuansulatuskanavan oireet. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliativinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 103-124.
- Saarto, T. 2013. Saattohoitoketjut selkiintyvät sairaanhoitopiireissä. *Duodecim* 129, 381-382. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo10827.pdf>. 1.10.2014.
- Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utrainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen, P., Papihaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallunki, M., Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H. & Håkan, S. 2014. Konsensuslausuma. Vanhuuskuolema. *Duodecim* 130, 523-531. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo11523.pdf>. 12.6.2014.
- Sand, H. 2003. Sateenkaareen päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattokodista. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.
- Seppänen, A. 2012. Kuinka keskustella elämän lopusta. *Lääkärilehti* 67 (37), 2519-2521. <http://www.fimnet.fi.tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SL372012-2518.pdf>. 7.11.2014.
- Siltala, P. 2004. Työnohjaus saattohoidossa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliativinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 302-304.
- Skrifvars, M., Varpula, M. & Varpula, T. 2006. Milloin en yritä elvyttää? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Näin hoidan. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013 http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96143&p_haku=dnr. 24.4.2014.
- Sleeman, K. & Collins, E. 2013. Caring for a dying patient in hospital, the BMJ. <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2174#alternate>. 3.11.2014.
- Snellman, M. 2008. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Suomen Sairaahoitaliitto ry. Helsinki. Silverprint Oy, 97-106.
- Soppi, E. 2013. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim 2014. http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava. 8.10.2014.

- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2014a. Saattohoito.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito. 10.10.2014.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2014b. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös).
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta. 1.4.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf. 24.11.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Itsemääräämisoikeuslaki painottaa ennakointia ja rajoitusten käytön vähentämistä. Tiedote 145/2013.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1861337>. 13.6.2014.
- Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu –tutkielma.
- Vainio, A. 2004a. Muiden kuin syöpäsairauksien palliatiivinen hoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 21-28.
- Vainio, A. 2004b. Dementiapotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. Saarijärven Offset Oy, 167-168.
- Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Kustannus Oy Duodecim 2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025. 30.4.2014.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2004. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf. 10.10.2014.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE-julkaisuja 20.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf. 1.4.2014.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012. ETENE-julkaisuja 36.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf. 2.12.2013.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi
- Opaslehtisessä käytettyjen runojen ja kuvien lähteet:
<http://www.aabel.fi/anton/runot.htm>
<http://www.positiivarit.fi/suru/3>
 Valokuvat: Rissanen Marja-Leena, Valtimo

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	VALTIMON KUNTA
Toimeksiantajan edustaja:	RAIJA TAINEN
Osoite:	KOVLUKATU 3 75700 VALIMO
Puhelinnumero:	75700 0401091206
Sähköposti:	

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	HUHTIYÖN KOULUTUSOHJELMA
Opiskelijanumero(:) ja nimi(et):	1405805 MARI KANSALA 1405800 SUSANNA SAARISTO
Puhelinnumero:	050 3724700 0445209428
Sähköposti:	Mari.kansala@edu.karelia.fi Susanna.Saaristo@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	SAATOHUHTI-OPAS SAATOHUHTOUSTA KOTIRANNAN ASUKKAIDEN OMAISILLE
Toteutusmuoto	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ
Aikataulu	4/2014 - 12/2014
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	

Toimeksiantajan sitoumukset

Opiskelijan sitoumukset

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	KIRSI SALLINEN

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
2.4.2014	Mari Kansala Susanna Saaristo
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Valtimo 24.2.2014	Raija Tainen, Vastava Seurahoitaja, Valtimon kunta
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
	Kirsi Sallinen



Vältilmön kirkko ja hautausmaasto,
Keskuskatu 24, 75700 Valtimo puh.
013-450 337,
www.valtimonkirkko.fi/palvelut/

Kukka- ja hautausmaasto A.Tiainen,
p. 0-05 557 773030
www.kukkakauppainen.com/

Hautauspalvelu Aatos Leppistö, Yli-
läntie 64, 75530 Nurmee, p. (013)
437 100, www.haunaisleppisto.fi/

Valtimon Ev.lut Sek. Kuntatie 5,
75700 Valtimo, p. 013-450014,
050341794www.oykk.fi/
~valtimon.ev.seurakunta./p. 050
3471794 pappi

Nurmeksen Ortodoksinen seurakunta, Seurakunnan virasto, Salmenkatu 3, 75500 Nurmee, puh. 0400 608 601

Kirkon valtakunnallinen palveluspuhelin p. 010 190071

"Annaa kyyneltesä viereä, antaa itkanulla. Anna sydäntä pakottaa, antaa ajatusten sattu. Kun suru on kohdantunut, lämmäntuttanut, nykäksänyt. Kyyneltesä pesevät itku hoitaa. Suru on hyvästä itästä ja luopumista: siitä, mitä emme koskaan ommastaneetkaan, vaan saimme pitää mielestään lahjana"
- Madelon Anstie-

KOTORANTA

Saattohoito-opas omaisille

Tähän oppaaseen on koottu tietoa Sinulle, elämän päättymiseen ja suruun liittyvistä asioista.



Kuulemaa ei ole.

Olen vain iivahtanut toiseen huoneeseen.

Minä olen minä, Sinä olet sirä.

Mitä me olimme toisille nme, olemme yhä.

Kutsu minue tutula nimelläni.

Puhu minulle sillä luonnollisella tavalla, miten ennen puhuit.

Ää käytä erilaisia äänensävyä,

älä pakota itseäsi juhliiliseen

tai surulliseen p.ihetapaan

Naura kuitenkin aina nauromme pikku jutuille, joista nautimme yhdessä.

Leiki, hymyie, ajattele minua,

rukoile puolestani.

Anna nimeni olla kotväen puheissa,

niin kuin se on aina ollut,

puhukaa minusta Iman kliseitä,

ilman varjon häivää.

Elämä tarkoittaa kaikkea.

Se on sama mitä se on aina ollut,

kattoomaton jatkuvuus.

Miksi minun pitäisi olla poissa mielestäsi,

vaikka olen poissa näkyvästä.

Odotan sinua välimatkan päässä,

jossain hyvii lähellä juuri kulman takana.

kaikki on hyvin. -

- Henry Scott Holland-

Saattohoito - "KUN MITÄÄN EI OLE TEHTÄVISSÄ – ON VIELÄ PALJON TEHTÄVÄÄ"

SAATTOHOITO

Saattohoidon aika on, kun parantavaa hoitoa ei enää pystytä antamaan. Silloin keskitytään elämän loppuajan laatuun, oireiden lievittämiseen ja voimien helpottamiseen. Ennen saattahoitopäätöstä lääkäri keskustelee hoidonlupauksista asukkaam ja omaisten kanssa.

HOITOTAHTO

Hoitotahdon tekemällä voi vaikuttaa annettaviin hoitoihin ja tehtäviin tutkimuksiin. Hoitotahdon ilmaise- malle voi myös kieltäytyä tarotusta hoidosta tai sairaalasiirtoista. Hoitotahdon tekemisessä hoitajat auttavat mielellään.

KUOLEMAN LÄHEISYYS

Lopun läheisyydessä voi esiintyä monenlaisia oireita. Fyysisiä oireita ovat väsymys, hengenvaihdutus, pahoinvointi ja kuume. Aika on raskaasta myös psyykkisesti, masennusta tai levottomuutta voi esiintyä. Hengellisten tarpeiden huomiointi on myös tärkeää.

kuoleva voi olla myös huolissaan omaistensa jaksamisesta. Läsnäololla, lohdutuksella ja eletyn elämän läpi käymisellä sekä kuuntelemisellä voi olla helpottava vaikutus. Toivon ja turvati- suuden tunten luomalla ilmapiirillä vastataan hänen tarpeisiinsa hyvän perushoidon lisäksi.

RAVITSEMUS JA RIVUN HOITO

Ruokailun vähentäminen on normaalia ja on hyvä tarjota kuolevalle pieniä annoksia hänen lempiruokiaan. Suo- nensisäisestä nesteytyksestä ei ole enää hyötyä saattohoitovaiheessa. Se ei poista janoitunnutta, mutta voi aiheuttaa turvotusten lisääntymistä. Je- nonturutteeseen auttaa lämpöalan imes- kely ja suun kostutustaminen.

Kipu on yksi pelottavimmista asioista kuoleman läheisyydessä. Kivun koke- mista pyritään vähentämään lääkitse- mällä asukasta niin, etteikövista kivus- ta tarvitsisi kärsiä. Jokainen on itse pa- ras asiantuntija kivunsa. Lääkäriltä tai hoitajalta voi pyytää lisää lääkettä ta- vittaessa.

KUOLEMAN JÄLKEEN

Uusin kuolema on rauhallinen tapahtuma, jossa hengitys vain lakkaa ja sydän pysähtyy. Kuolemassa ei ole mitään pelättävää. Ei pidä kuitenkaan säikähäntä, jos kuoleva äärtelee, hä- roö käsillään tai on parhainen. Usein lähtiä on osittain jo joissa tästä to- dellisuudesta. Kuoleman jälkeet o- rraiset ovat osallistua vainajan pu- kemiseen ja lähtää hänelle jäähyväiset hänen läheilleen.

SURU JA SIITÄ SELVITYMINEN

Omaiset kokevat surua läheisen me- netämisestä. Surun kokeminen on yksilöllistä ja surun käsittelyssä kaikki turteet ovat mahdollisia. Surun läpi- käyminen vaabi tilaa ja aikaa.

Jos läheisten ja ystävien tuki ei riitä surun käsittelemiseen, niin apua kan- nattaa pyytää terveyskeskuksen päi- vystyksestä, seurakunnan sururyh- mästä, diakonisalta tai papilta. Myös verkkopalvelut ja auttavat puhelimet tarjoavat apua. Aika auttaa surusta selviytymisessä.