

Mira Eklund

SAATTOHOITO-OPAS JIK PALVELUKOTEIHIN

Opinnäytetyö

Kevät 2017

Sosiaali- ja terveysala

Geronomi SeAMK

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosiaalialan koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Geronomi (AMK)

Tekijä: Eklund Mira Anneli

Työn nimi: Saattohoito-opas JIK palvelukoteihin

Ohjaaja: Jokiranta Kari

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 37

Liitteiden lukumäärä: 1

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on laatia koulutusmateriaali toimintaohjeeksi saattohoitotyöhön JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, johon kuuluu Kurikka ja Ilmajoki.

Tavoite on määritellä mitä on saattohoitotyö.

Tehtävä on selvittää mitä tietoa henkilökunta tarvitsee saattohoidon toteuttamiseen.

Tutkimusmetodi on kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Tutkimuksessa esitellään ja analysoidaan seitsemän erilaista saattohoidon opasta. Tutkittavat oppaat ovat Muistiliiton, Kaakkois-Suomen Saattohoitoyhdistys Muuttolintu Ry:n, Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen, Lahden Diakonialaitoksen, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Vaasan sairaanhoitopiirin ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisemat oppaat.

Analyysin perusteella oppaiden sisällöstä löytyy neljä erillistä, mutta toisiinsa sidoksissa olevaa, osa-aluetta. Nämä ovat potilaan psyykinen, fyysinen, henkinen ja sosiaalinen (sisältäen omaiset) hoito. Eli potilaan kokonaisvaltainen hoito.

Tämän tiedon perusteella on tehty saattohoito-opas.

Asiasanat: saattohoito, palliatiivinen hoito, kokonaisvaltainen hoito, kirjallisuuskatsaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Elderly Care

Specialisation: Bachelor of Elderly Care

Author/s: Eklund Mira Anneli

Title of thesis: A Guide for Hospice Care in JIK Service Homes

Supervisor(s): Jokiranta Kari, D.Soc.Sc.

Year: 2017 Number of pages: 37 Number of appendices: 1

The purpose of this study is to produce a guide for hospice care in JIK service homes. The goal is to find a definition for hospice care. Furthermore, the aim is to find what information the staff needs in order to provide hospice care.

The research method in this thesis is the literature review.

The study presents and analyses seven different hospice care guides. These guides were published by The Finnish Alzheimer Society, Southeast Finland Hospice Care Society, South Finland Cancer Society, Lahti Deaconess Institute, Southern Ostrobothnia Health Care District, Vaasa Health Care District and East-Savo Health Care District in the Federation of Municipalities.

As a result of the analysis, there appear to be four separate but interlinked areas of hospice care. These are the physical, psychological, emotional and social (including relatives) care. Together, they form the holistic hospice care.

Based on the study, a guide for hospice care in JIK service homes has been created.

Key words: hospice care, holistic care, literature review

Sisältö

Sisältö	4
Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
1. JOHDANTO	5
2. TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
3. KIRJALLISUUSKATSAUS	9
4. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN RAPORTTI.....	12
4.1 Hakuprosessi	12
4.2 Analyysi.....	13
4.2.1 Saattohoidon määritelmä	15
4.2.2 Omaisten huomioiminen ja sosiaalinen hoitotyö	16
4.2.3. Psykkinen hoito.....	17
4.2.4 Hengellinen tuki	21
4.2.5 Fyysinen hoito.....	22
4.3 Synteesi	24
5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	26
6. TUOTOKSEN VALMISTUS	30
6.1 Menetelmien ja työtapojen esittely	30
6.2 Produktin valmistamiseen liittyvät asiat	31
6.3 Johtopäätökset, pohdinta ja oma arviointi	32
LÄHTEET	34
Liite 1. Saattohoito-opas JIK-palvelukoteihin	

1. JOHDANTO

Saattohoidosta on kirjoitettu suomeksi jonkin verran, mutta verrattuna muihin hoitoalan osa-alueisiin, ei kirjallisuutta ole kovin paljon.

Tämä johtuu varmasti osittain siitä, että saattohoito on Suomessa suhteellisen uusi asia. Ennen vuotta 1982 Suomessa ei virallisesti ollut saattohoitoa olemassakaan. Lääkintöhallitus antoi 1982 ohjeet terminaalihoidosta. Näissä ohjeissa selvitetään terminaalihoidon lääketieteellisiä, eettisiä ja hoidollisia periaatteita. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 19)(Vainio, Leino & Eckerdal 2004, 45-46).

Muualla maailmassa saattohoito oli tuossa vaiheessa jo vanha asia. Saattohoidon kehityksen katsotaan alkaneen vuonna 1967 kun Lontooseen perustettiin kuolevien potilaiden hoitokoti St. Cristopher's Hospice. Hospice nimitys tulee latinan sanasta hospitum, joka merkitsee kestittävyyttä, vieraanvaraisuutta, vierasmajaa ja/tai suojapaikkaa. Keskiajalla munkit perustivat Alpeille pyhiinvaeltajille tarkoitettuja hospice-turvakoteja/levähdyspaikkoja. Näistä asioista johtuen hospicesta on tullut saattohoidon kansainvälinen yleisnimitys. (Heikkinen ym. 2004, 19) (Vainio ym. 2004, 45-46)(Mäntymies 2000, 196)

Vuosi 2010 oli merkittävä suomalaiselle saattohoidolle. Silloin Sosiaali- ja terveysministeriö päivitti saattohoidon suositukset edistääkseen hyvää ja yhdenvertaista saattohoitoa. (Pihlainen 2010, 13)

Vertailun vuoksi voi kertoa, että Isossa-Britanniassa on saattohoitokoteja 219, Ruotsissa 69, Saksassa 64 ja Suomessa neljä kappaletta. Nämä neljä ovat Pirkanmaan hoitokoti, Terhokoti Helsingissä, Kaarina-koti Turussa ja Koivikkokoti Hämeenlinnassa. (Pihlainen 2010, 11,19)

Lähtökohdat, tilanteen kartoitus

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kehittää JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän, johon kuuluu Kurikka ja Ilmajoki, henkilökunnalle ohjeita saattohoitoon.

Tällä hetkellä JIK:ssä ongelmana on se, että saattohoidossa olevat asiakkaat palveluasumiskodeista siirretään terveyskeskuksen vuodeosastolle, vaikka saattohoito voitaisiin suorittaa palveluasumiskodeissa. Tällöin vanhukset saisivat kuolla tutussa

paikassa tuttujen hoitajien ympäröimänä. Lisäksi vuodeosasto toisinaan ruuhkautuu koska kuolema tapahtuu omalla aikataulullaan.

Geronomi-opiskelijana työn rajaus koskemaan vain vanhuksia oli luonnollinen valinta.

Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on laatia koulutusmateriaali toimintaohjeeksi saattohoitotyöhön JIK:lle.

Tavoite on määrittellä mitä on saattohoitotyö.

Tehtävä on selvittää mitä tietoa henkilökunta tarvitsee saattohoidon toteuttamiseen.

Rajaukset ja sisältöön kuuluvat asiat

Työn tarkoituksena oleva koulutusmateriaali on tarkoitettu saattohoitotyötä tekeville henkilöstölle palveluasumiskodeissa. Käytännössä tämä tarkoittaa sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Saattohoitoon voi osallistua muitakin ammattilaisia (lääkäreitä, pappeja, fysioterapeutteja, jne.) ja hoitajat toimivat usein heidän kanssaan moniammatillisessa tiimissä, mutta tuotoksena saatava koulutusmateriaali ei ole pääasiallisesti tarkoitettu heille.

Materiaalissa keskitytään ainoastaan saattohoitotyöhön, ei yleiseen hoitotyöhön.

Aiheen merkitys kohderyhmälle

Kohderyhmän täsmällinen määrittäminen on tärkeää, koska tuotoksen sisällön määrittää se, mille ryhmälle tuotos on tarkoitettu. (Vilka & Airaksinen 2004, 40). Tämän opinnäytetyön tuotos on tarkoitettu JIK:n palveluyksiköissä toimiville sairaan- ja lähihoitajille. Tarkoituksena on antaa heille tietoa, jota he voivat käyttää jokapäiväisessä työssään. Oleellista on kertoa saattohoitotyön erityispiirteistä.

2. TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tutkimusten teoreettinen viitekehys voidaan muodostaa eri tavoilla riippuen tutkimusaiheesta. Se perustuu aikaisempiin teorioihin ja malleihin. Teoriat ovat säännönmukaisuuksia ja lakeja, joita aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu olevan. Ne selittävät ja lisäävät asiaa koskevaa ymmärrystä. Mallit puolestaan ovat rakennekokonaisuuksia, joista ilmenee eri osien suhteet toisiinsa ja ne tuovat esiin kokonaisuuden oleellimmat piirteet. Malleja käytetään teorian muodostuksen välineenä. (Vilkkä 2015)

Teoreettisen viitekehysten lisäksi käsitteet ovat tärkeitä tutkimuksessa. Käsitteet voivat olla konkreettisia tai teoreettisia. Konkreettiset käsitteet ovat epätäsmällisiä arkielämän käsitteitä, jotka ovat muotoutuneet välittömistä kuvauksista, kokemuksista ja havainnoista. Teoreettiset käsitteet ovat peräisin järjestelmällisen tutkimustyön tuloksista. Jälkimmäiset eivät siis ole paikka- tai aikasidonnaisia vaan yleisiä. Teoreettiset käsitteet ovat siis laajalaisempia ja yleistäviä. (Vilkkä 2015)

Sekä teoreettinen viitekehys että käsitteet, jotka tutkimukseen valitaan, tulee aina selostaa ja määrittellä lukijalle selkeästi ja täsmällisesti. (Vilkkä 2015)

Koska ammattikorkeakouluopintojen idea on oppia yhdistämään teoreettinen tieto ammatilliseen käytäntöön, toiminnallisessa opinnäytetyössä pitäisi pystyä pohtimaan alan teorioiden ja niistä nousevien käsitteiden avulla kriittisesti käytännön ratkaisuja. Opinnäytetyössä siis pitää käyttää alan teoriasta nousevaa tarkastelutapaa valintoihin ja valintojen perusteluun. Usein toiminnallisessa opinnäytetyössä riittää teoreettiseksi näkökulmaksi jokin alan yksittäinen käsite ja sen määrittely. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41-42)

Tässä opinnäytetyössä oleellista on määrittellä mitä on saattohoitotyö. Määrittelyn avulla voidaan rajata tuotoksessa käsiteltäviä asioita.

Saattohoitotyö on osa hoitotyötä, joka pohjautuu hoitotieteelliseen tutkimukseen. Pessa (2004) on väitöskirjassaan tutkinut suomalaisten hoitajien näkemyksiä hoitotyön viitekehuksesta. Hän esittää tutkimuksessaan hoitotyön koostuvan useista pääkategorioista, joiden alla on alakategorioita. Tiivistetysti hoitotyön voi sanoa koostuvan seuraavista elementeistä:

- A. Hoitotyön perusta
 - 1. Lähtökohtana on ihminen
 - 2. Siihen liittyy sairaus
 - 3. On hoitotieteessä
- B. Hoitotyö on prosessi
- C. Hoitotyö on huolenpitoa
 - 1. Kontakti ihmiseen
 - 2. Ihmisen kohtaaminen
 - 3. Ihmisen lähellä kulkemista
 - 4. Välittämistä
 - 5. Hoivaamista
- D. Hoitotyö on tekemistä
 - 1. Ihmisen hoitamista
 - 2. Ihmisen auttamista
 - 3. Ihmisen tarpeista huolehtimista
 - 4. Konkreettisia toimenpiteitä
 - 5. On kädentyötä
- E. Hoitotyö on osaamista
 - 1. Kaikkien ihmisten työtä
 - 2. Eri ammattiryhmien työtä
 - 3. Koulutetun hoitajan työtä
- F. Hoitotyö on palvelua
 - 1. Sairaanhoidoa
 - 2. Terveystenhoitoa
 - 3. Itsehoitoa
- G. Hoitotyö on sairaalassa tapahtuvaa toimintaa

(Pesso 2004 mukailen, 63)

Tässä viitekehyksessä on monia asioita, jotka vastaavat omaa käsitystäni hoitotyöstä: Se on ihmisten kohtaamista, eri toimijoiden yhteistyötä ja ennen kaikkea käytännön toimintaa. Kuitenkin tähän malliin liittyy asioita, jotka eivät ole oleellisia tähän opinnäytetyöhön. Ensinnäkin kohta G. voidaan heti sulkea pois, koska tämän tutkimuksen tavoitteena on kouluttaa asumispalvelukodeissa saattohoitoa antavaa henkilökuntaa ja nimenomaan vähentää saattohoitopotilaiden hoitoa sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Myös kohta F3 voidaan ohittaa tässä tapauksessa, koska saattohoidossa potilas on yleensä niin huonossa kunnossa, että hän ei pysty hoitamaan enää itse itseään.

3. KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsaus on yleistynyt hoitotieteessä ja muissa terveystieteellisissä tutkimuksissa tutkimusmenetelmänä. Kirjallisuuskatsaukset eivät kuitenkaan ole yhtenäinen lähestymistapa vaan joukko erityyppisiä tutkimusmenetelmiä, jotka voivat olla osa empiiristä tutkimusta tai itsenäinen tutkimusmenetelmä. Tutkimukset voidaan karkeasti jakaa metatutkimuksiin, systemaattisiin tai kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on kuvata valittu ilmiö teoreettisesti tai kontekstuaalisesti, jäsennetysti ja perustellusti. Menetelmän on tarkoitus tuottaa aikaisempaan tietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa. Toisaalta menetelmää on kritisoitu tieteellisesti epätarkaksi, mutta se on yleisesti hyväksytty akateemisiin opinnäytetöihin. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 293-295)

Tämä tutkimuksen metodi on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii erityisesti hajanaisiin tai pirstaloituneisiin aiheisiin. Tavoitteena voi olla tiedon tuottaminen hyvien käytäntöjen edistämiseksi kliiniseen työhön ja koulutukseen. (Kangasniemi ym. 2013, 295) Tämän tutkimuksen tavoitteena on kerätä saattohoidon eri osa-alueista tietoa ja muodostaa niistä yksi helposti omaksuttava kokonaisuus.

Kirjallisuuskatsauksen kautta hahmotetaan aihepiirin kokonaisuutta. Sen avulla saadaan tietoa, millaista, miten paljon, millä menetelmin ja mistä näkökulmasta aihetta on tutkittu aikaisemmin. Kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan muodostettua aihealueen teoreettinen viitekehys, jossa kuvataan tutkimuksen käsitteellistä taustaa ja sitä miten tutkimus liittyy aikaisempiin tutkimuksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121)

Oleellinen asia kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on käytettävän aineiston valinta. Tästä on yleensä tutkimuksessa jonkinlainen kuvaus (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa keskeinen painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällön valinnalla, ei niinkään ennalta asetettujen ehtojen mukaisella hakemisella. Tämä tarkoittaa aineiston valinnan jatkuvaa ja vastavuoroista reflektointia suhteessa tutkimuskysymykseen, jolloin tutkimuskysymys ja aineisto tarkentuvat koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 296)

Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset voidaan edelleen jakaa kolmeen alalajiin: narratiiviseen, systemaattiseen ja meta-analyysin. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta tai sen historiasta ja kehityskulusta.

Narratiivinen kirjallisuuskatsauskin voidaan jakaa kolmeen alalajiin: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Näistä kaksi ovat yleensä suhteellisen suppeita ja mahdollisesti puolueellisia. Yleiskatsaus on laajin toteuttamistapa. Se on myös yleisin narratiivinen kirjallisuuskatsaustyyppi. Se on laaja prosessi, jonka tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Tämän metodin analyysin muoto on kuvaileva synteesi, jonka yhteenveto on tehty ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. (Salminen 2001- 6-7)

Lähtökohtaisesti narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineisto ei ole käynyt läpi erityisen tarkkaa seulaa. Silti tällä metodilla on mahdollista päästä johtopäätöksiin, joiden luonne on kirjallisuuskatsauksen mukainen synteesi. Sen avulla pystytään ajantasaistamaan tutkimustietoa, mutta se ei tarjoa varsinaista analyttisintä tulosta. Narratiivista kirjallisuuskatsausta on käytetty mm. opetuksen alalla, sillä sen avulla on mahdollista tuottaa opiskelijoille ajankohtaista tietoa. (Salminen 2011, 7)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kokonaisuudessaan kirjallisuusperusteinen, sen pitää sisältää myös pohdinta tuotetusta tuloksesta. (Kangasniemi ym. 2013, 297).

Kirjallisuuskatsauksessa voidaan katsoa olevan viisi vaihetta: Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimuksen arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä raportointi. (Stolt ym. 2015, 25-30)

Ensimmäisenä tulee perustavanlaatuisen tärkeä vaihe: tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Se antaa suunnan koko prosessille. Tässä vaiheessa tutkijan pitää valita kiinnostuksen kohteena olevat käsitteet, kohdejoukko ja se, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. (Saattohoitotyö, hoitajat) Tutkimusongelma ei saa olla liian fokuoitunut, mutta ei myöskään liian laaja. Molemmat näistä aiheuttavat eri ongelmia aineiston hankinnassa ja käsittelyssä. Laajuuteen vaikuttaa myös resurssit. Yksittäisen opinnäytetyöntekijällä on eri resurssit kuin rahoitusta saaneilla tutkimusryhmillä. (Stolt ym. 2015, 25)

Kirjallisuushaku ja aineiston valinta on seuraava vaihe. Hakuprosessin systemaattisuuden taso riippuu katsaustyyppistä. Esimerkiksi meta-analyysin hakuprosessi on äärimmäisen systemaattinen, mutta yleisesti ilmiötä tarkastelevassa tutkimuksessa voidaan tyytyä vähemmän systemaattiseen hakuun. Hakustrategiaan kuuluu joka tapauksessa mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Rajauskriteerinä voi olla esimerkiksi julkaisuvuosi tai kieli. (Stolt ym. 20115, 25-26)

Hakustrategian muodostamisen jälkeen alkaa varsinainen haku. Yleensä hakutuloksia tulee paljon, joten mukaanotto- ja poissulkukriteerit tulevat tarpeeseen. Hakuprosessi tulee kuvata kirjallisuuskatsauksessa niin tarkasti, että lukija voi halutessaan toistaa sen. Hakustrategiaan ja haun toteutukseen liittyviä vahvuuksia ja heikkouksia on syytä tuoda esille ja pohtia raportissa. (Stolt ym. 2015, 27)

Tutkimusten arviointi on kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe. Tarkoituksena on tarkastella alkuperäistutkimuksista saadun tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta sekä verrata miten relevanttia tieto on oman tutkimusongelman ja – kysymysten kannalta. Toisaalta tulee estää katsauksen tulosten vinouma ja virheellisesti painotetut päätelmät. Arvioinnin voi tehdä monella tavalla, koska se riippuu aina käytetystä aineistosta. Toki kaikissa katsausmenetelmissä ei vaadita laadun arviointia, mutta se on aina suositeltavaa. (Stolt ym. 2015, 28)

Aineiston analyysi ja synteesi on neljäs vaihe. Sen tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenveto valittujen aineistojen tuloksista. Useimmissa kandidaatintutkielmana tehdyissä katsauksissa tekijä järjestää ja luokittelee aineistoa ja etsii yhtäläisyyksiä ja eroja. Lopuksi tekijä kirjoittaa ja tulkitsee tuloksia siten, että niistä muodostuu ymmärrystä lisäävä kokonaisuus, synteesi. (Stolt ym. 2015, 30)

Analyysin ensimmäinen vaihe on aineiston kuvaus. Tekijät, julkaisuvuosi, kuvaus sisällöstä ja vahvuudet ja heikkoudet. Toisessa vaiheessa on tarkoitus löytää yhtäläisyyksiä ja eroja, ryhmitellä ja vertailla. Kolmannessa vaiheessa löydetyistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä muodostetaan looginen kokonaisuus eli synteesi. Synteessin havainnollistamiseen voidaan käyttää taulukointeja ja kuvioita. (Stolt ym. 2015, 30-31)

Kirjallisuuskatsauksen neljäs vaihe on raportointi. Tässä raportoidaan kaikki edellä mainittu mahdollisimman tarkasti. Sen tulee sisältää ainakin tiivistelmä, tausta, tutkimuskysymykset, katsauksen menetelmät, hakuprosessi, tiedot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista, niiden laadun arviointi, katsauksen tulokset, pohdinta mahdollisista heikkouksista, johtopäätökset, tulosten soveltavuuden arviointi, jatkotutkimusehdotukset ja lähdeluettelo. (Stolt ym. 2015, 32)

4. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN RAPORTTI

4.1 Hakuprosessi

Aloitin tiedon hankinnan lukemalla eri tekijöiden opinnäytetöitä. Useimmissa niissä tehtävänä oli luoda ohjeistus, ohjekansio tai koulutusmateriaali saattohoidosta. Näistä sain sekä mallia miten opinnäytetöitä on tehty samasta aiheesta, mutta myös lähteitä omaan työhöni. Seuraavaksi hankin muissa opinnäytetöissä käytettyjä, lähinnä oppikirjoja, lähteitä ja tutustuin niihin. Oppikirjoja ei yleensä pidetä hyvinä lähteinä opinnäytetöihin, joten ohjaajani suositteli etsimään aikaisemmin julkaistuja saattohoito-oppaita.

Etsiessäni saattohoito-oppaita löysin useita erilaisia oppaita, jotka voi jakaa kolmeen eri kategoriaan. Sairaanhoidon opiskelijoiden ja vastaavien opinnäytetöitä, julkisen sairaanhoidon organisaatioiden julkaisemia oppaita sekä kolmannen sektorin toimijoiden julkaisemia oppaita. Rajasin opinnäytetyöt tämän tutkimuksen ulkopuolelle, koska vaikka osa niistä oli varsin kattavia, kyseessä on kuitenkin vain opinnäytetyö, jonka pohja-aineisto ei välttämättä ole niin kattava ja tekijöiden osaaminen yhtä hyvää kuin asiantuntijaryhmien kokoamissa ohjekirjoissa.

Tässä lyhyt esittely valituista aineistoista:

Kolmas sektori

Muuttolintu RY eli Kaakkois-Suomen Saattohoitoyhdistys on julkaissut oppaan Laadukas Saattohoito Hyvä elämä loppuun asti. Julkaisu on osa Hyvä päätös elämälle – projektia. Kyseessä on 2008-2010 järjestetty projekti, jonka tarkoituksena oli varmistaa laadukas saattohoito Kaakkois-Suomessa. Opaskirja oli vain yksi osa projektia, jonka muita osia olivat mm. palveluketjujen suunnittelu ja toteuttaminen, vapaaehtoisten koulutus ja ohjaus, saattohoidon arviointi ja niin edelleen. (Muuttolintu B)

Muistiliitto on julkaissut 2016 oppaan Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito – Opas saattohoitoon osallistuville. Sen taustalla on vuonna 2015 aloitettu Hyvä kuolema – hanke, jonka tarkoituksena oli saattohoidon kehittäminen Suomessa, etenkin perusterveydenhuollossa. (Muistiliitto 2016, 3) Tämän teoksen valitsin mukaan, koska muistisairaudet ovat yleisempiä vanhuksilla kuin nuorella väestöllä.

Lahden Diakonialaitos on julkaissut Saattohoito – Opas työntekijöille. Se on toteutettu yhdessä ELY-keskuksen kanssa osana ”Silta toiselle rannalle” – saattohoidon

asiantuntijaverkosto 2011-2012 projektia. Tämän teoksen valinnan peruste on se, että tämä opas on tarkoitettu nimenomaan saattohoitotyötä tekeville, juuri niille joille tämän tutkimuksen opas on tarkoitettu.

Hännisen (2015) Saattohoito Potilaan ja omaisen opas -teoksen on julkaissut Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Tässä oppaassa on sama päätekijä, Hänninen, kuin Muistiliiton oppaassa, mutta näkökulma on eri. Tämä on tarkoitettu potilaille ja heidän omaisilleen, mutta ”kirjasella on kenties käyttöä myös niille ammattihenkilöille, jotka hoitavat ko. potilaita”. (Hänninen 2015, 5-6)

Julkinen sektori

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Saattohoitosuunnitelma (2012) oli luonnollinen valinta tutkimukseen, koska JIK toimii kyseisen sairaanhoitopiirin alueella. Tämän oppaan tarkoitus on kuvattu sen ensimmäisellä sivulla: ”Tämä opas on tarkoitettu käytännön avuksi työpisteisiin, joissa henkilökunta kohtaa kuolevan potilaan ja hänen omaisensa.” Kyseisessä oppaassa on myös erillinen osio lapsipotilaan saattohoidosta, mutta tämä osio oppaasta on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle, sillä siinä kerrotaan lapsen saattohoidon erityispiirteistä, jotka eivät liity tähän tutkimukseen mitenkään.

Vaasan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä julkaisi samana vuonna 2012 oman oppaansa Saattohoito-ohjeistus & suosituksia elämän loppuvaiheen hoidosta. Ryhmän puheenjohtaja kirjoittaa oppaan alussa ”toivomme, että ohjeistus toimii keskustelun virittäjänä niin että eri toimintayksiköt voivat täydentää ja tarkentaa ohjeita oman toimintansa tueksi.” Valitsin tämän vertailukohdaksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin oppaalle silmällä pitäen tulevaa SoTe-uudistusta, jolloin nämä sairaanhoitopiirit tullaan yhdistämään.

Sosteri on kutsumanimi Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle. Sen alueeseen kuuluu Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä) Sosteri on julkaissut Kuolevan potilaan hoito Sosterissa – potilasopas vuonna 2009, mutta sitä on päivitetty 2014.

4.2 Analyysi

Ensimmäinen asia, jonka halusin selvittää on se, mitkä saattohoidon osa-alueet ovat tärkeimmät. Tätä varten tein taulukon eri aihealueista ja niiden yleisyydestä eri aineistoissa. Tätä kuvastaa taulukko 1.

TEOS	1	2	3	4	5	6	7	YHT:
AIHE								
Saattohoidon määritelmä	x	x	x	x	x	x	x	7/7
Läheisten huomioiminen	x	x	x	x	x	x		6/7
Kivunhoito	x		x	x	x	x		5/7
Hengelliset tarpeet	x		x		x	x	x	5/7
Henkilökunnan jaksaminen	x	x	x		x			4/7
Perushoito			x	x		x	x	4/7
Saattohoitokeskustelu ja päätös		x	x				x	3/7
Hoitotahto	x		x			x		3/7
Toimenpiteet	x				x		x	3/7
Pahoinvointi				x		x		2/7
Hengenahdistus				x		x		2/7
Ummetus ja Ripuli				x		x		2/7
Nesteen kertyminen / Kuihtuminen				x		x		2/7
Eksistentiaalinen kärsimys				x		x		2/7
Ihmisen kohtaaminen		x			x			2/7
Surun käsittely	x				x			2/7
Saattohoitosuunnitelma		x						1/7
Unettomuus/väsymys				x				1/7
Suun hoito				x				1/7
Kuolevan kriisivaiheet					x			1/7
Lait ja asetukset						x		1/7
Teokset								
1=Muuttolintu RY								
2=Muistiliitto								
3=Lahden diakonialaitos								
4=Syöpäyhdistys								
5=Etelä-Pohjanmaan SHP								
6=Vaasan SHP								
7=Sosteri								

Taulukko 1. Eri aiheiden esiintyminen aineistoissa.

4.2.1 Saattohoidon määritelmä

Kaikissa teoksissa oli jonkinlainen saattohoidon esittely tai termin määritelmä. Sisällöltään ne olivat luonnollisesti hyvin erityyppisiä, mutta toisissa aineistoissa esittely tai määritelmä oli laajempi kuin toisissa.

Muuttolintu-yhdistyksen oppaassa kerrotaan mitä saattohoito sisältää. Siinä ei siis ole edes yritetty tiivistää sitä muutamaan lauseeseen vaan siinä on monia asioita. Saattohoito on siis tämän oppaan mukaan potilaan tahdon kunnioittamista, turvallisuuden tunteen luomista, kivunhoitoa, hengellisten tarpeiden huomioimista, omaisten huomioimista. Siihen liittyy hoitotahto, hoitoympäristö, omahoitaja, hoitotiimi ja henkilökunnan jaksaminen. (Muuttolintu, 1-2)

Muistiliiton määritelmän mukaan saattohoidon ”tavoitteena on, että jokaiselle taataan arvokas, mahdollisimman hyvä loppuelämä sekä rauhallinen, arvokas ja kivuton kuolema” ja siinä ”keskitytään henkiseen ja fyysiseen huolenpitoon, kuolevan toiveiden huomioon ottamiseen sekä hyvään kivun ja muiden oireiden hoitoon”. (Muistiliitto 2016, 6). Määritelmässä ei ole myöskään unohdettu omaisten roolia.

Lahden Diakonilaitoksen määritelmän mukaan saattohoito on ”kuolemaa lähestyvälle potilaalle taataan arvokas, mahdollisimman hyvä oireeton loppuelämä.” Hoidon tavoitteena on hyvä kuolema. Se sisältää henkisen ja fyysisen huolenpidon, toiveiden huomioimisen, hyvän kivun ja muiden oireiden hoidon, lähestyvän kuolemaan valmistautumisen sekä läheisten huomioimisen ja tukemisen. Tässä määritelmässä mainitaan myös lähestyvän kuoleman ajankohta. Sen mukaan kuolema on odotettavissa viikkojen tai enintään kuukausien sisällä. (Lahden Diakonilaitos, 3)

Syöpäyhdistyksen määritelmässä ei mainita kuolemaa ollenkaan, mutta oletuksena varmasti on se, että lukija tietää kuoleman liittyvän aiheeseen oleellisesti. Tämän määritelmän mukaan saattohoito tarkoittaa kaikkea hoitoa, joka tähtää potilaan hyvinvoinnin, turvallisuuden ja aktiivisuuden lisäämiseen. Erona aikaisempiin määritelmiin, tässä nostetaan esiin se, että hoitovastuun ottava taho (saattohoitokoti, kotisairaanhoido jne.) jatkaa hoitoa loppuun saakka. Toisaalta tässä teoksessa saattohoitoa määritellään myös sen mukaan mitkä ovat sen periaatteet. Näitä ovat 1. Oireiden lievitys 2. Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde 3. Psykologinen tuki 4. Yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus 5. Lähiverkoston huomioonottaminen 6. Potilaan itsemääräämisen varmistaminen 7. Elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi. (Hänninen 2015, 7)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin määritelmä on ”hoitoa, jossa kuolemaa lähestyvälle potilaalle pyritään takaamaan mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Kuolevan potilaan hoidon tavoitteena tulisi olla hyvä kuolema.” (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2012, 5) Tämä määritelmä eroaa muista määritelmistä ainakin siinä, että siinä käytetään konditionaalimuotoa.

Vaasan Sairaanhoitopiirin määritelmä on ”parantumattomasti sairaan tai kuolevan aktiivista kokonaishoitoa, jossa kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psyykkisen, sosiaalisten ja elämänkatsomuksellisten ongelmien käsittely on oleellista.” (Vaasan sairaanhoitopiiri 2012, 6). Tämän lisäksi määritelmän yhteyteen on tuotu käytännön hoitotyö. Sen mukaan saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös, joka tehdään yhdessä potilaan kanssa. Saattohoito alkaa vasta kun se on dokumentoitu sairaskertomukseen.

Sosterin ohjekirjassa ei tehty omaa määritelmää vaan määritelmä on otettu Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistiosta vuodelta 2004 ja Vainion ja Hietasen Palliatiivinen hoito – kirjasta. Määritelmä sisältää kuitenkin samoja elementtejä kuin aikaisemmat määritelmät, se on potilaan hoitoa, läheisten tukea, oireiden ja kärsimyksen lievitystä, hyvinvoinnin, turvallisuuden ja aktiivisuuden lisäämistä, ihmisarvoa ja läheisten merkitystä kunnioittavaa sekä se antaa ihmiselle mahdollisuuden elää elämänsä loppuvaihe arvokkaasti, koska häntä tuetaan fyysisesti, henkisesti, sosiaalisesti ja hengellisesti. Yksi asia, jota ei missään muussa määritelmässä ole mainittuna on se, että sairaudelle ei ole parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä. Tätä jälkimmäistä asiaa ei ole mainittu muissa määritelmissä. (Sosteri 2014, 4)

Yhteinen piirre suurimmassa osassa määritelmiä on arvokas-sanan käyttö kuvaamaan potilaan loppuelämää. Toinen yleinen asia on potilaan kokonaisvaltainen hoito sisältäen fyysisen, psyykkisen, henkisen ja sosiaalisen hoidon ja siten siis huomioiden myös potilaan omaiset. Muita toistuvia asioita ovat oireiden mukainen hoito, josta voi vielä erikseen nostaa esiin kärsimyksen estäminen. Toisaalta myös potilaan aktiivisuuden ylläpitäminen toistuu monissa määritelmissä.

4.2.2 Omaisten huomioiminen ja sosiaalinen hoitotyö

Toiseksi yleisin aihe eri oppaissa on omaisten huomioiminen. Ainoa, josta tämä puuttuu omana väliotsikkonaan on Sosterin opas. Siinäkin aihetta sivutaan, mutta vain yhdellä virkkeellä, kun varsinaisena aiheena on potilaan psykososiaalisen hyvän olon tukeminen.

Lähestymistavat aiheeseen vaihtelevat suuresti. Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin oppaassa aihetta käsitellään Cullbergin kriisiteorian pohjalta. Siinä kriisi on jaettu neljään vaiheeseen. Ensimmäisenä on *shokkivaihe*, jolloin ihmisen defenssimekanismit estävät ihmistä tajuamasta tilannetta. Seuraava vaihe on *reaktiovaihe*. Siinä ihmiset avaavat silmänsä tosiasioiden edessä. Tämä voi aikaansaada kieltämistä, vihaa tai muita reaktioita. *Korjaamisvaiheessa*, jossa ihminen alkaa hyväksyä läheisensä kuoleman. *Uudelleen suuntautumisen vaihe* tapahtuu omaisen kuoleman jälkeen. Tällöin ihminen ei tunne enää suunnatonta surua vaan ”on kulkenut sen läpi”. Mennyttä voidaan muistella haikeudella, mutta häneen on tullut välimatkaa, jolloin ihminen voi suuntautua uudelleen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri 2012, 15)

Lahden Diakonialaitoksen oppaassa kerrotaan kuinka jokainen suru on yksilöllinen, se ei etene tiettyjen vaiheiden kautta vaan se aaltoilee, palaa alkuun ja ottaa askelia eteenpäin. Suremisella on oma tehtävänsä. Se auttaa meitä hyväksymään menetyksen realiteetit, tuntee tuskaa ja käydä läpi erilaisia tunteita. Surutyö on hidasta, vaikein vaihe kestää yleensä 3-9 kuukautta. Suru voi muuttua fyysisiksi ongelmiksi tai vihaksi Jumalaa, omaista tai henkilökuntaa kohtaan. Omaiset tarvitsevatkin joskus enemmän huolenpitoa kuin potilas. Tämän lisäksi heillä on oikeus saada selkokielistä, rehellistä ja täsmällistä tietoa sairaudesta ja sen syistä, oireista, hoidosta, ennusteesta ja kuolemasta. (Lahden Diakonialaitos, 39-40)

Muistiliiton opas käsittelee asiaa toisella tavalla. Siinä ei esitetä prosessimallia vaan tuodaan esiin se, että omaiset kohtaavat läheisensä kuoleman eri tavoilla. Jotkut haluavat olla läsnä ja kenties jopa osallistua hoitoon. Toiset taas eivät halua nähdä kuolevaa läheistään, koska mahdollisesti haluavat muistaa hänet terveenä ja hyväkuntoisena tai omaisen tilanteen näkeminen voi olla heille tuskallista. Heitä kuitenkin voi rohkaista olemaan kuolevan luona. Tekstissä tuodaan myös esiin asia, jota muissa teksteissä ei ollut: lapset. Lapsia ei tulisi ”suojella” kuolemalta, mutta heidän ikä, kehitystaso ja omat toiveet tulee huomioida. Lisäksi he ja heidän vanhempansa voivat tarvita apua asian käsittelyssä. (Muistiliitto 2016, 16)

4.2.3. Psyykkinen hoito

Huomioitavaa suruaiheen käsittelyssä on se, että periaatteessa suurin osa mitä surun käsittelystä on kirjoitettu, pätee myös potilaaseen. Hänellä ei tosin ole niin paljon aikaa kuin omaisilla, jotka voivat työstää suruaan myös kuoleman jälkeen. Potilaan surun käsittely ei kuitenkaan ole yhtä yleinen aihe (2/7 teosta) ei edes vaikka sen yhdistäisi

eksistentiaalista kärsimystä koskeviin osioihin (2/7). Mutta jos näihin yhdistetään vielä ihmisen kohtaaminen sekä potilaan kriisivaiheet, niin silloin aihetta käsitellään viidessä oppaassa seitsemästä (5/7). Tällaista kokonaisuutta ei voi kuitenkaan kutsua suruksi vaan potilaan psyykkiseksi hoidoksi.

Omaisten surua ei pidä vähätellä, mutta potilaan suru, menetyksen hyväksyminen, eräänlainen oman elämän tilinpäätöksen tekeminen yhdistettynä kuoleman pelkoon, kuoleman jälkeiseen epävarmuuteen sekä omasta että omaisten kohtalosta on varmasti jokaiselle ihmiselle raskas asia. Asiaa ei tietenkään auta oman ruumiin kontrollin menettäminen. Aihe on vaikea, joten esitän siitä mahdollisimman monta eri näkemystä. Kuoleman hetkellä ei omaiset eikä hoitajat voi tehdä muuta kuin olla läsnä, mutta sitä ennen saattohoidossa voi tapahtua paljonkin.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri lähestyy aihetta Elisabeth Kübler-Rossin, amerikkalaisen kuolemantutkijan, tunnistaman viiden eri vaiheen kautta. Huomioitavaa on se, että vaiheet eivät välttämättä aina tapahdu samassa järjestyksessä, vaan ne voivat olla käynnissä samaan aikaankin. Vaiheet ovat: kieltäminen, viha, kaupankäynti, masennus, hyväksyminen ja toivo. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2012, 8)

Yleensä ensimmäinen vaihe on shokki ja kieltäminen. Selviytyäkseen järkytyksestä potilas kieltäytyy uskomasta todellista tilannetta. Hän ei halua uskoa diagnoosia, testien tuloksia tai muitakaan tosiasioita. Kieltäminen on ihmisen tavallisin puolustusmekanismi. Se on usein välttämätön järkytyksestä selviämiseksi. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2012, 8)

Toisessa vaiheessa kieltämisen suojausmekanismi pettää ja tarvitaan vihamielisiä tunteita suojelemaan heikentynyttä minää. Viha voi kohdistua eri asioihin, esimerkiksi hoitohenkilökuntaan tai läheisiin. Tilanne on kaikille vaikea, jos he eivät ymmärrä vihan taustaa. Hoitohenkilökunnan tulee kuitenkin ymmärtää, että kun potilas saa ilmaista vihansa, se auttaa häntä hyväksymään paremmin tilanteensa. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2012, 8)

Seuraava vaihe on kaupankäynti. Monet potilaat voivat yrittää ”käydä kauppaa” kohtalon, Jumalan tai lääketieteen kanssa. He voivat luvata muuttaa elämänsä tai käytöksensä. Tässä vaiheessa voidaan myös suunnitella tekevänsä niitä asioita, joita ei ole elämässään tehnyt. Vaihe on kuitenkin usein lyhytaikainen, sillä potilas masentuu ja alistuu. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2012, 9)

Masennus on se vaihe, jossa potilas alkaa tajuta oman tilanteensa toivottomuuden. Hän alkaa miettiä esimerkiksi perheen toimeentuloa, kun hän on poissa. Myös syyllisyyden tunteet voivat nousta pintaan. Masennus voi vaikuttaa unettomuuteen, tuskaisuuteen, apatiaan tai itsemurha-ajatuksiin. Se, miten hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta tässä vaiheessa, ei ole yksinkertaista. Kübler-Rossin mukaan tässä vaiheessa esiintyy masennusta, jossa potilasta voidaan auttaa mutta myös ”valmistavaa depressiota”, jonka tarkoituksena on valmistaa ihmistä kuolemaan. Jos jälkimmäisen kohdalla toimitaan samalla tavoin kuin ensimmäisen kohdalla, eli annetaan käytännön apua tai rohkaistaan, se voi olla enemmän haitallista. Se voi johtaa siihen, että potilas ei saa ilmaista pelkoaan, suruaan eikä tuskaansa. Näin estetään potilasta pääsemään hyväksymisvaiheeseen. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri 2012, 9)

Viimeinen mallin vaihe on hyväksyminen eli vetäytyminen tästä maailmasta. Tässä vaiheessa potilas on käynyt läpi edelliset vaiheet ja hän on hyväksynyt, että edessä on elämän loppuminen. Tässä vaiheessa ainoa tarvittava hoito on olla läsnä, kuunnella jos potilaalla on jotain sanottavaa (vaikka se olisikin kielteistä, arvotonta tai heikkoutta osoittavaa), antaa hänelle turvaa ja inhimillisen läheisyyden tunnetta. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri 2012, 9)

Hänninen (2015, 37-39) kirjoittaa psyykkisistä oireista siten, miten ne vaikuttavat potilaaseen kokonaisuutena sekä miten ne voivat vaikuttaa omaisiin sekä hoitohenkilökuntaan. Esimerkiksi unettomuus aiheuttaa väsymystä, väsymys laskee kipukynnystä, kipu lisää masennusta, masentuneisuus laskee kipukynnystä, kipulääkitys aiheuttaa usein ummetusta, ummetus voidaan kokea kipuna, minkä vuoksi tarvitaan lisää kipulääkitystä. Toisaalta potilaan viimeisten viikkojen suuret psyykkiset muutokset tai jopa koko minuuden katoaminen voivat olla hyvin ahdistavia omaisille. Myös henkilökunnalle potilaan sekavuus, omatoimisuuden ja kommunikointi- ja aloitekyvyn heikkeneminen asettaa suuria vaatimuksia.

Sekavuus on saattohoitopotilaille hyvin yleinen oire, jonkinasteisia ajatustoiminnan häiriöitä ilmenee jopa 70-90 prosentilla saattohoitopotilaista. Syynä ovat kuitenkin usein fyysiset oireet: lääkkeet, hapenpuute, aineenvaihdunnan häiriöt, keskushermoston sairaus tai infektio. Hoidon tavoitteena on potilaan rauhoittuminen, levottomuuden väheneminen ja kommunikaatiokyvyn palauttaminen. Näin saadaan lievitettyä myös omaisten kärsimystä. Potilaan rauhoittumiseen voi auttaa rauhallinen tuttu huone, omaisten ja henkilökunnan asiallinen ja tasainen käytös. (Hänninen 2015, 38-39)

Hänninenkin (2015, 48) tosin esittää vaiheittaisen mallin, mutta tässä mallissa kuvataan asioita, joista syöpäpotilas joutuu luopumaan asteittain. Nämä ovat fyysinen hyvinvointi, riippumattomuus ja autonomia, rooleistaan (paitsi potilaan), ihmissuhteistaan/ystävistään, seksuaalisuudesta/fertiliteetistä, ruumiinkuvastaan ehjänä ja toimivana sekä tulevaisuuden ja elämänodotuksistaan. Sairastuminen merkitsee avuttomuutta sairauden edessä ja kyvyttömyyttä osallistua hoitoon. Sairauden vuoksi ihmisen koko persoonallisuus saattaa muuttua. Ihmisestä saattaa tulla riitaisa, epäluuloinen tai jopa aggressiivinen. Usein syynä on elimellinen muutos, syynä voi olla aineenvaihdunta tai syövän aiheuttamat vauriot. Omaisten tuskaa voi helpottaa tieto siitä, että kyseessä eivät ole potilaan todelliset tuntemukset vaan käyttäytyminen johtuu sairaudesta.

Vaasan Sairaanhoitopiirin oppaassa (2012, 8) toistuu samoja asioita kuin kahdessa edellisessä oppaassa. Saattohoitopotilaan kärsimys voi olla masennusta, pelkoa, epätoivoa, vihaa, ahdistuneisuutta, hämmennystä, häpeää tai kokemusta ihmisarvon alentumisesta. Usein potilas ja omaiset käyvät luopumisprosessia läpi erilaisella aikataululla, mikä voi lisätä potilaan yksinäisyyden tunnetta.

Hoidon perustana tulisi olla ”inhimilliseen vuorovaikutukseen ja jatkuvuuteen perustuva hoitosuhde.” (Vaasan sairaanhoitopiiri 2012, 8). Hoitosuhteen peruselementtejä ovat huolenpito, välittäminen, turvallisuuden tunteen lisääminen, avoimuus sekä rehellisyys.

Käytännön ohjeita näihin tarjoaa Muistiliiton (2016, 14) opas. Sen mukaan tunteista on hyvä puhua avoimesti ja rehellisesti. Suora puhe on usein avain hyvään vuorovaikutukseen. Toki hienovaraisuuttakin tarvitaan, mutta epärealistisia tai mahdottomia toiveita ei kannata ylläpitää. Keskustelun avulla potilas kokee tulevansa kuulluksi ja että hän on tärkeä. Vuorovaikutus saattohoitopotilaan, varsinkin muistisairaana, kanssa vaikeutuu ajan myötä. Kuitenkin vaikka ei enää olisi sanoja, on jokaisella ihmisellä oikeus vuorovaikutukseen. Henkilökunnan tulee seurata sanattomia tunteita ja reaktioita. Tarkkailemalla potilasta saadaan myös tietoa potilaan voinnista sekä siitä miten hoitotyö onnistuu. Kosketuksella, rauhallisen juttelun kera, voidaan kertoa potilaalle, että joku on läsnä ja siten luoda turvallisuutta. (Muistiliitto 2016, 14-15)

Myös Sosterin (2014, 10) oppaassa korostetaan vuorovaikutuksen merkitystä, sanallisesti tai sanattomasti. Saattohoitosuhde on ainutkertainen tapahtuma. Se pohjautuu rehellisyyteen, avoimuuteen, välittämiseen, jatkuvuuteen ja turvallisuuden tunteen

luomiseen. Henkilökunta on potilaan ja omaisten tilanteessa läsnä kiireettömästi, osoittaen kiinnostusta ihmisenä ihmisestä.

4.2.4 Hengellinen tuki

Hengellisten tarpeiden huomioimista käsitellään hyvin eri tavoilla eri oppaissa. Muistiliiton oppaassa niitä ei käsitellä ollenkaan. Hännisen oppaassa on otsikko ”Psyykinen ja hengellinen tuki (myös läheisten)”, mutta siinä ei käsitellä ollenkaan hengellisiä asioita. Sosterin oppaassa kerrotaan, että sairaalapastori on käytettävissä erilaisiin keskusteluihin ja hänen yhteystietonsa. (Sosteri 2014, 12). Vaasan sairaanhoitopiirin oppaassa (2012, 9) kerrotaan kuinka kuolema nostaa esiin elämäntarkastuksellisia kysymyksiä. Kysymysten käsittelyyn kerrotaan sairaalapapin olevan asiantuntija. Toki myös henkilökunnan toivotaan olevan avoimia ja valmiita keskustelemaan potilaan kanssa hänen eksistentiaalisista kysymyksistään.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2012, 11-12) oppaassa kerrotaan aiheesta enemmän. Ensimmäiseksi kerrotaan, että hengelliset kysymykset tulevat saattohoitopotilaalle mieleen johtuen turvattomuudesta, ahdistuksesta, kokemuksesta hyljätystä tulemisesta ja kuoleman pelosta. Kypsä uskonnollinen vakaumus antaa tukea kuoleman kohtaamisessa. Tähän voidaan päästä kun potilaan ”oman elämän palaset” saadaan paikoilleen. Tämä taas onnistuu kun potilas saa tilaa tulla kuulluksi sekä kenties yhteistä pohdintaa. Uskonto voi tulla tärkeäksi myös ihmisille, jotka eivät ole aikaisemmin olleet uskonnollisia.

EPSHP (2012, 11-12) nostaa esiin myös muutamia asioita hengellisistä tarpeista. Ensinnäkin keskustelun tarve on ”tässä ja nyt”. Keskustelua ei voi siirtää seuraavaan päivään, koska silloin se voi olla jo myöhäistä. Toinen tärkeä asia on se, että kyse on potilaan prosessista, ei hoitajan. Hoitajan ei tarvitse olla samaa uskontokuntaa potilaan kanssa, jotta hän voisi lukea rukouksen tai kuunnella potilaan näkemyksiä uskosta. Kolmanneksi voisi sanoa, että hoitajalla ei tarvitse olla potilaalle vastauksia, esimerkiksi siihen mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Avoimuus ja rehellisyys ovat tärkeämpää. Neljänneksi tärkeäksi asiaksi oppaasta nostaisin sen, että hengellisen tuen antaminen on parhaimmillaan ryhmätyötä. Siihen osallistuvat omaiset, ystävät, hoitajat, lääkäri, kuntoutusohjaaja, psykologi, sairaalateologi ja vapaaehtoiset työntekijät.

Lahden diakonialaitos muistuttaa oppaassaan (2012, 38-39), että hengelliset kysymykset eivät ole saattohoidossa irrallisia asioita vaan ne ovat mukana kaikessa toiminnassa ja jokaisessa kohtaamisessa. Tässäkin oppaassa mainitaan, että potilaalle ei tarvitse antaa

valmiita vastauksia vaan mahdollisuutta käsitellä asioita. Näin mahdollistetaan eheytyminen ja voimavaraistuminen. Lisäksi potilaan elämäncatsomusta, arvoja ja vakaumusta tulee kunnioittaa, koska nämä ovat osa hänen persoonaansa.

Muuttolintu Ry:n oppaassa kerrotaan lyhyesti, että hengellisissä asioissa potilaalle pitää antaa mahdollisuus keskustella papin tai diakonissan kanssa, aivan kuten esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiirin oppaassa. Mutta tämän lisäksi oppaassa on käytännön ohjeita eri uskontoa olevien potilaiden hoitoon. Ohjeessa on kerrottu hoitoon liittyvät asiat, ruokavalioon, perheen ja ystävien merkitykseen ja kuoleman kohtaamiseen ja kuoleman jälkeisiin asioihin vaikuttavat asiat evankelisluterilaisilla, ortodokseilla, roomalaiskatolisilla, helluntailaisilla, vapaakirkon jäsenillä, adventtikirkkoon kuuluvilla, baptisteilla, romaneilla, saamelaisilla, inkeriläisillä, juutalaisilla, muslimeilla, buddhalaisilla, Jehovan todistajilla, mormoneilla, bahai-uskontoon kuuluvilla, Krishna-liikkeeseen kuuluvilla, skientologeilla, kristilliseen tieteeseen uskovilla, vapaa-ajattelijoilla sekä Myöhempien aikojen pyhän Jeesuksen Kristuksen kirkon jäsenille.

4.2.5 Fyysinen hoito

Saattohoitopotilaan fyysisestä ja erityisesti sen tärkeimmästä osa-alueesta, kivunhoidosta, on kirjoitettu kaikissa muissa oppaissa paitsi Muistiliiton oppaassa. Se miten esimerkiksi kivunhoidosta kirjoitetaan, vaihtelee suuresti. Esimerkiksi Lahden Diakonialaitoksen oppaassa on erilliset luvut ”kuolevan potilaan kivun hoito”, ”kivun lääkehoito”, ”haitallisten oireiden kivun hoito”, ”kivun lääkkeetön hoito”, ”kivun arviointi ja mittaaminen”, ”kivun hoidon kirjaaminen”, ”kulttuurin vaikutus kivun hoitoon” sekä ”kivun hoidon vastualueet”, yhteensä 18 sivua. Vertailun vuoksi Sosterin ohjeessa on yhdellä sivulla käsitelty kaikkien oireiden hoidot.

Aineistoista pystyi muodostamaan neljä ryhmää:

1. Ei tietoa kivunhoidosta. Muistiliitto
2. Aihe mainitaan, mutta käsittely suppeaa ja yleisluontoista. Vaasan Sairaanhoitopiiri ja Sosteri
3. Laajempi käsittely. Muuttolintu Ry ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
4. Kattava tietopaketti kivunhoidosta. Hänninen ja Lahden diakonialaitos

Ensimmäisessä ryhmässä mainitaan kivunhoito, mutta ainoastaan lyhyessä luettelossa siitä, mitä kuuluu saattohoitoon. Samassa luettelossa mainitaan pahoinvointi, hengenahdistus, vatsan toiminta ja mielialasta huolehtiminen. (Muistiliitto, 7)

Ryhmän 2 aineistoissa kerrotaan lähinnä, että saattohoitoon liittyy hyvä ja riittävä kivunhoito. Molemmissa myös mainitaan, että kivunhoitoon saa lisätietoa kipupoliklinikalta. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2012, 7) (Sosteri 2014, 9)

Kolmannessa ryhmässä kerrotaan miten kipua voidaan lievittää (kipulääkitys, lääkkeetön hoito) ja se, että kipu voi johtua myös psyykkisistä oireista. Kipu voi siis olla oire peitetyistä ja ahdistavista tunteista, joita liittyy sairauteen. Tällöin apuna voi olla potilaan kuuntelu. Näin potilaalla on mahdollisuus tuoda esiin sairauteen liittyviä vihan ja katkeruuden tunteita. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2012, 13) (Muuttolintu Ry, 4)

Neljännessä ryhmässä esitellään erilaiset kiputyypit. Lahden diakonialaitos jaottelee kivun keston mukaan (akuutti ja krooninen) sekä sen mukaan miten se koetaan (fyysinen ja kliininen kipu). Lisäksi esitellään kiputyypit: Neuropaattinen (hermoperäinen) kipu, luustokipu, läpilyöntikipu, nosiseptiivinen (pitkäaikaisesta kudosaivuriosta johtuva kipu), viskelaarinen (sisäelinkipu) sekä idiopaattinen (kivun taustalla olevaa syytä tai sairautta ei ole löydetty) kipu. Hänninen esittelee oman kipulajittelunsa: Elinvauriokipu (joka on verrattavissa edellisen listan sisäelinkipuun), hermovauriokipu (eli sama kuin neuropaattinen kipu), luustokipu (löytyy myös edellisestä listasta), muu kipu, sekä läpilyöntikipu (myös edellisessä listassa). Lahden diakonialaitos (2012, 20-21) Hänninen (2015, 22-31)

Molemmat tämän ryhmän oppaat käsittelevät myös kipulääkkeiden jaottelua heikoista vahvimpiin ja sitä kuinka lääkitys tulisi aloittaa heikoilla ja tarvittaessa siirtyä vahvempiin aineisiin. Kipulääkityksestä vastaa hoitava lääkäri, joten tässä tutkimuksessa ei mielestäni tarvitse käsitellä sitä mitä lääkkeitä käytetään mihinkin kiputyyppiin. Ehkä oleellisempi tieto hoitohenkilökunnalle on se, että kivunhoidossa voidaan käyttää lääkkeitä, jotka eivät ole varsinaisesti kipulääkkeitä. Esimerkiksi masennus- ja epilepsialääkkeitä voidaan käyttää saattohoidon kivunhoidossa. Huomioitavaa on myös se, että monet kipulääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia, joita pitää hoitaa toisilla lääkkeillä. Esimerkiksi opioidit aiheuttavat ummetusta, jonka vuoksi samaan aikaan joudutaan käyttämään ummetuslääkkeitä. (Lahden diakonialaitos 2012, 21-28) (Hänninen 2015, 22-31)

Kivunhoito on selkeästi tärkein osa-alue fyysisestä hoidosta, mutta se ei ole ainoa. Perushoidosta kerrotaan neljässä oppaassa seitsemästä.

Hänninen (2015, 32-46) kertoo laajasti fyysisistä oireista, jotka eivät liity kipuun. Osa-alueita ovat pahoinvointi, hengenahdistus, ummetus ja ripuli, masennus ja sekavuus, unettomuus, väsymys, laihtuminen, nesteen kertyminen ja ihon hoito. Lahden diakonialaitos (2012, 18-19) kertoo kuihtumisesta ja ruokahaluttomuudesta, suun hoidosta, hygieniasta huolehtiminen ja riittävän levon saanti. Vaasan sairaanhoitopiiri (2014, 7-8) luettelee oireiksi hengenahdistuksen (vrt. Hänninen), pahoinvointi ja oksentelu (vrt. Hänninen), Askites (nesteen kertyminen), suolenvetovaikeudet (vrt. Hänninen ummetus), kuihtuminen ja väsymys (vrt. Lahden diakonialaitos). Vaasan sairaanhoitopiiri (2014, 8) myös luettelee asioita, joita EI kuulu saattohoitoon. Näitä ovat elvytys, infarktin liuotushoito, sytostaattihoidot, kontrolliluonteiset tutkimukset, neste- ja antibioottihoidot, jos näillä ei uskota olevan merkittävää vaikutusta oireisiin.

4.3 Synteesi

Eri saattohoito-oppaissa on käsitelty saattohoitoa eri näkökulmista ja erilaisin painotuksin. Etsimällä useimmiten käsitellyt asiat pyrin löytämään tärkeimmät osa-alueet. Useista eri hoitotoimista nousi esiin neljä suurempaa kokonaisuutta. Potilaan fyysinen, sosiaalinen (sisältäen omaiset ja ystävät), psyykinen ja henkinen hoito.

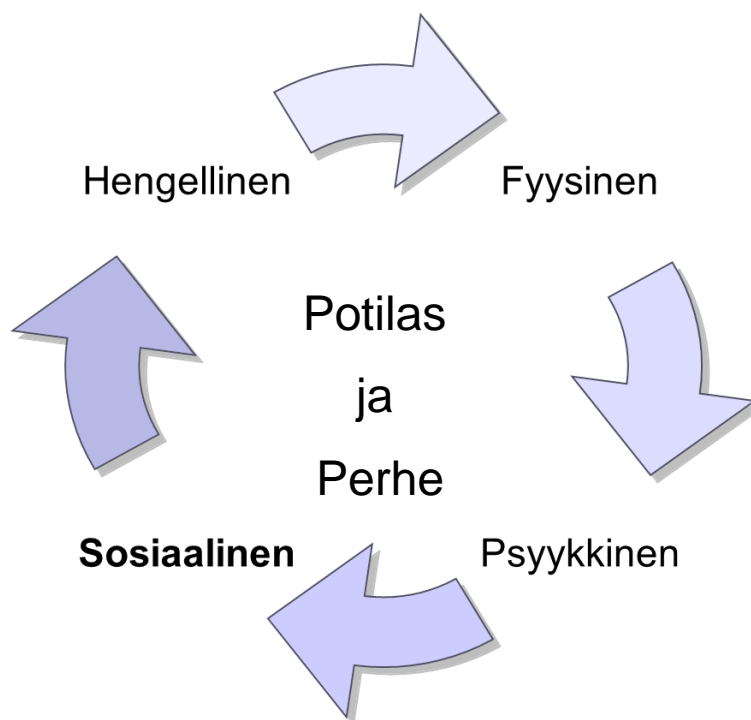
Miten näistä asioista pitäisi opastaa hoitohenkilökuntaa? Monissa asioissa kyse ei ole pelkästään potilaasta ja hoitajasta. Esimerkiksi kivunhoito on tärkeä osa-alue fyysisistä hoitoa, mutta kipulääkityksestä vastaa hoitava lääkäri. Toisaalta hengellisestä hoidosta useissa oppaissa neuvotaan käyttämään sairaalapastorin tai vastaavan apua. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoitohenkilökunta olisi pelkästään tiedonvälittäjänä eri osapuolien välillä. Esimerkiksi hengellisissä asioissa hoitajat voivat kuunnella mitä potilaalla on sanottavaa. Sekin saattaa jo auttaa häntä.

Ehkä oleellisinta on potilaan kokonaisvaltainen hoito. Hoitajien pitää ymmärtää, että he eivät hoida pelkästään oireita, pelkästään psyykkisiä ongelmia, pelkästään sosiaalista puolta tai tarjoa pelkästään henkistä tukea. He tekevät tätä kaikkea sen mukaan mitä yksilö tarvitsee. Nimenomaan yksilölläisyys on tärkeää, koska kuten aineistosta tuli esiin, tiettyjä yleisiä malleja on esimerkiksi surun käsittelystä, mutta toisaalta siinäkin asiassa on suuria yksilökohtaisia eroja. Myös potilaan omaiset ovat yksilöitä. He käsittelevät suruaan ja menetystään eri tavoilla.

Saattohoidosta ei voi mielestäni tehdä yksiselitteistä mallia kuinka toimitaan jokaisessa tapauksessa. Saattohoito vaatii henkilökunnalta kykyä olla läsnä, eli kuunnella ja aistia potilaan ja omaisten tarpeita, huomioida muutokset millä tahansa hoidon osa-alueella sekä huomioida se, että kyseessä on kokonaisvaltainen ihminen kaikkine hyvine ja huonoine puolineen. Työssä onnistumiseen varmasti vaikuttaa jonkin verran hoitajan persoonallisuus, työkokemus ja elämänkatsomus, mutta useissa oppaissa mainittiin siitä kuinka potilas pitää kohdata omana itsenään. Ja kohtaaminen pitää tapahtua tässä ja nyt. Seuraavana päivänä voi olla jo liian myöhäistä.

5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tehdessäni tätä opinnäytetyötä pääsin työharjoitteluun Pirkanmaan Hoitokotiin, jossa pääsin tutustumaan käytännön saattohoitoon yhdessä Suomen johtavista saattohoitoyksiköistä sekä toimimaan yhteistyössä sairaanhoitajien osastonhoitaja Pia Stenvikin ja apulaisosastonhoitajan Eija Piiraisen kanssa. Piirainen on tämän lisäksi saattohoitotyön kouluttaja, joka on kouluttanut hoitajia eri puolilta Suomea. Hänen näkemyksensä ja koulutusmateriaalin runko perustuu kokonaisvaltaisen hoidon ajatukseen: sen keskiössä on potilas ja hänen perheensä. Heidän hoitonsa perustuu fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen hoitoon, jotka ovat liittyneet toinen toisiinsa. Hänen malliaan kuvastaa kuvio 1.

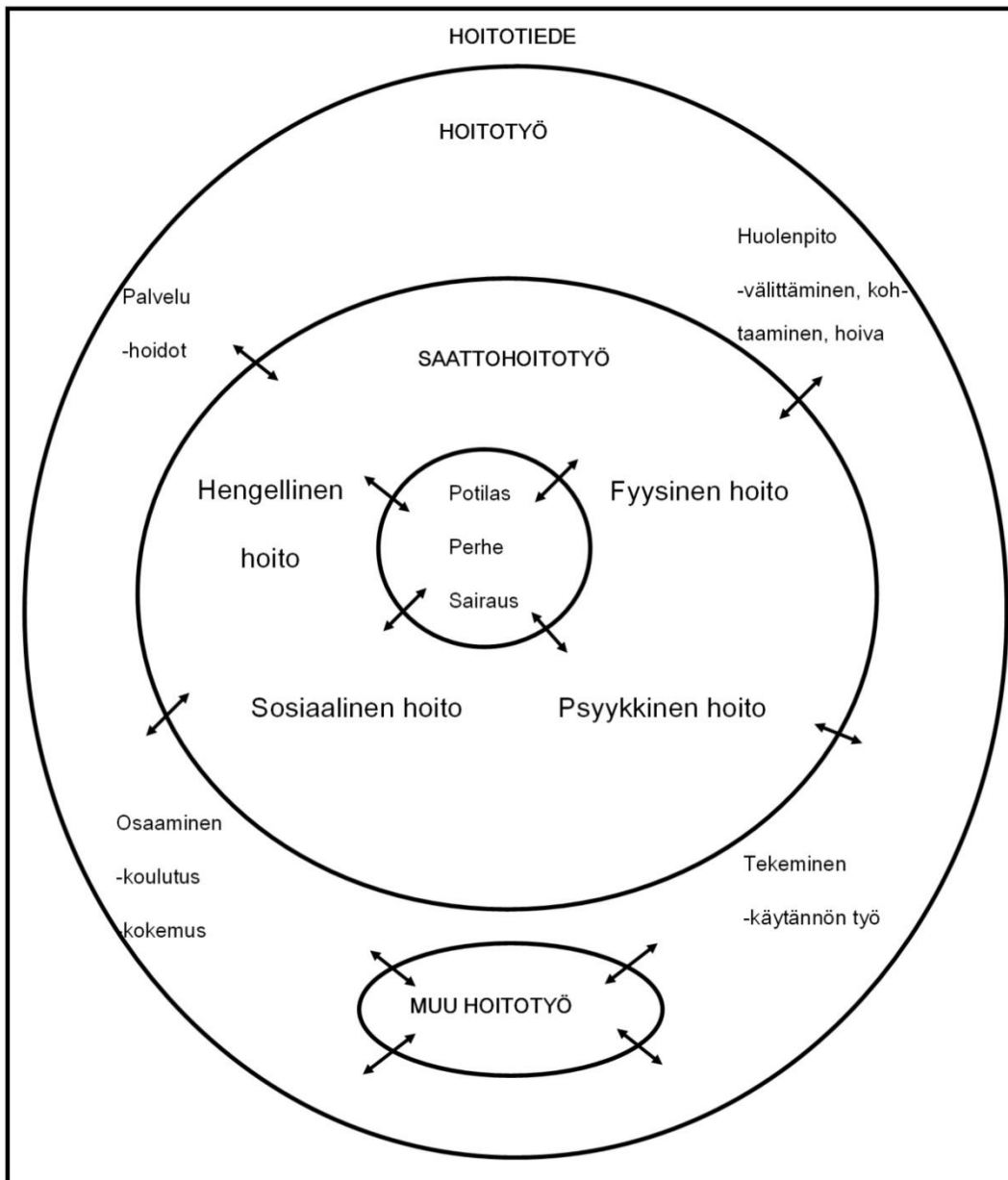


Kuvio 1. Kokonaisvaltainen hoito. (Piirainen, julkaisematon)

Sosiaali- ja terveysministeriö on kirjannut saattohoitosuosituksiinsa, että saattohoidossa tulee hoitaa oireita Käypä hoito – suosituksen mukaisesti, mutta myös tulee ottaa huomioon potilaan psykologiset, sosiaaliset, maailmankatsomukselliset ja hengelliset tarpeet. (Pihlainen 2010, 14) Tässä yhteydessä ei kuitenkaan tullut esille mitään eroa on

maailmankatsomuksellisilla ja hengellisillä tarpeilla, joten en näe olevan suurta eroa omiin päätelmiini.

Jotta pystyisin rajamaan työni koskemaan vain hoitotyön kannalta oleellisia asioita, tein kuvauksen viitekehystä, joka on yhdistelmä kaikesta edellä esitetystä.



Kuvio 2. Opinnäytetyön viitekehys.

Saattohoidon keskiössä on potilas ja hänen perheensä aivan kuten Piiraisen mallissa, mutta Pesson mallissa hoidon perusteena on potilaan sairaus. Sekin vaikuttaa oleellisesti kaikkiin hoitoihin.

Piiraisen malli kokonaisvaltaisesta saattohoidosta sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen hoidon. Näihin sisältyy:

1. Fyysiseen hoitoon liittyy kivunhoito, ihonhoito ja turvotus, väsymys ja muut fyysiset oireet.
2. Psyykkiseen hoitoon/oireisiin kuuluu masennus, ahdistus, unettomuus ja muut psyykkiset ongelmat.
3. Sosiaaliseen hoitoon kuuluu yhteistyö omaisten kanssa sekä heidän huomioimisensa hoidossa. Lisäksi heidän tukeminen surutyössä kuuluu saattohoitotyöhön.
4. Hengelliseen hoitoon liittyy eksistentiaalinen kärsimys ja kuoleman kohtaaminen uskonnon avulla.

Saattohoitotyö on osa suurempaa hoitotyön kokonaisuutta. Pesson mallissa sen perustana on potilas, mallissani tämä on jo huomioitu, koska potilas on myös saattohoitotyön keskiössä. Toinen asia, minkä jätin pois omasta mallistani, joka on Pesson mallissa, on prosessimaisuus. Perusteluni tälle on se, että koko malli tai viitekehys on prosessikuvaus, jossa eri osaprosessit ovat yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi jos sosiaalisissa suhteissa on ongelmia, se voi aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, esimerkiksi masennusta, joka taas vaikuttaa fyysisiin ongelmiin, esimerkiksi kivun kokemiseen voimakkaampana. Eli hoitamalla yhtä asiaa, voidaan potilasta auttaa useissa ongelmissa.

Hoitotyöhön siis kuuluu palvelu, huolenpito, tekeminen ja osaaminen. Palvelua on kaikki hoito. Saattohoitopotilaan hoidossahan ei ole parantavia hoitoja, mutta oireita voidaan lievittää. Huolenpitoon kuuluu potilaan kohtaaminen, hänen hoivaamisensa ja hänestä välittäminen. Nämä kaikki ovat yhteydessä suorasti tai epäsuorasti kaikkiin saattohoidon osa-alueisiin. Hoitotyö on myös tekemistä. Siihen liittyy hoitojen erilaiset toimenpiteet, potilaasta huolehtiminen ja kaikki käytännön työt. Hoitotyö on myös osaamista. Tähän liittyy hoitohenkilökunnan koulutus, mutta myös työkokemus ja mielestäni myös työssä jaksaminen.

Työharjoittelussa Pirkanmaan Hoitokodilla huomasin, miten nopeasti potilaiden kuolemaan rutinoituu. Rutinoituneet hoitajat osaavat irrottautua työstä ja osaavat käsitellä kuoleman osana työtään. Se on osa heidän ammattitaitoaan, millä he pitävät itsensä työkykyisinä.

Toisaalta myös hoitoa koskevien lakien ja eettisten ohjeiden tunteminen voidaan katsoa olevan henkilökunnan ammattitaitoa.

Hoitotyö kokonaisuutena, sisältäen myös saattohoitotyön, perustuu hoitotieteelliseen tutkimukseen. Minä siis määrittelen saattohoitotyön olevan kuolemassa olevan potilaan, hänen oireidensa ja läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa, joka sisältää hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen hoidon.

Tiivistetysti mielestäni tärkeimmät asiat saattohoitotyötä tekevällä henkilökunnalle ovat:

- Saattohoito työ on potilaalle tärkeää ja arvokasta
- Tärkein tehtävä on kärsimyksen vähentäminen kokonaisvaltaisella hoidolla
- Ole läsnä
- Ole avoin ja rehellinen sekä potilaalle että omaisille
- Jokainen yksilö on erilainen
- Tarkkaile hoitovastetta ja kirjaa ylös muutokset
- Kuolema on osa elämää
- Muista huolehtia myös itsestäsi
- ”Kun mitään ei ole tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä.”

6. TUOTOKSEN VALMISTUS

6.1 Menetelmien ja työtapojen esittely

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on antaa käytännön ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Sen toteutustapana voi olla kirja, kansio, vihko, opas tai vaikkapa portfolio tai tapahtuma. Lopullisena tuotoksena on konkreettinen tuote. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9,51)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitellä tutkimusongelmaa eikä tutkimuskysymyksiä, paitsi jos tutkimukseen sisältyy selvityksen tekeminen. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9,51) Tässä työssä selvitetään alan saattohoito-oppaista oleelliset asiat saattohoitotyöstä. Tässä auttaa kohderyhmän rajaus. Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään aina jollekin kohderyhmälle käytettäväksi (Vilkkä & Airaksinen 2004, 38). Tämän tutkimuksen tuotos, koulutusmateriaali, on tarkoitettu JJK:n palveluyksiköiden hoitohenkilökunnalle. Tästä syystä tässä tutkimuksessa ei käsitellä asioita saattohoidosta, jotka ovat esimerkiksi lääkäreiden vastuulla. Esimerkiksi saattohoitopäätös tehdään lääkärin, potilaan ja mahdollisesti potilaan omaisten kesken. Tämä asia ei siis kuulu tämän tutkimuksen piiriin. Kipulääkitys on pääasiallisesti lääkärin vastuulla, mutta hoitohenkilökunnan pitää olla yhteydessä lääkäriin, jos he huomaavat potilaan oireista, että kipulääkitys ei ole riittävä. Tällöin tämä asia kuuluu oleellisena osana tähän opinnäytetyöhön.

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta erillisestä osasta: raportista ja varsinaisesta tuotoksesta. Raporttiosiota tulee selvittää mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut ja millaisiin johtopäätöksiin ja tuloksiin on päädytty. Raportista tulee myös ilmetä miten itse arvioin prosessia, tuotosta ja omaa oppimista. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 65)

Tässä raporttiosiossa olen pyrkinyt esittämään mahdollisimman tarkasti miten olen määritellyt tuotoksen aiheen, saattohoitotyön. Olen etsinyt kattavimman määritelmän saattohoidolle sekä asettanut saattohoitotyön hoitotyön ja hoitotieteen viitekehykseen. Mielestäni olen perustellut aiheen sisällön sekä sen rajaukset loogisesti perustuen sekä kirjallisuuteen, asiantuntijan näkemyksiin että omiin kokemuksiin yhdessä Suomen johtavista saattohoitoyksiköissä.

6.2 Produktin valmistamiseen liittyvät asiat

Opinnäytetyön tekemisen aikana suunnitelma lopullisen tuotoksen muodosta on muuttunut. Alkuperäisenä ajatuksena oli koulutusmateriaali esimerkiksi kansiomuodossa. Työn edetessä kehittyi ajatus julisteesta tai julistesarjasta, koska koulutuskansiot voivat unohtua hyllyihin kun taas juliste on aina näkyvillä. Tein julisteesta erilaisia prototyyppejä, mutta julisteet eivät sovi monimutkaisten asioiden esittämiseen. Juliste on sopiva media, jos kerrotaan yksi asia, mutta kokonaisvaltaisen asian kuten saattohoitotyön, kokonaisuuden esittämiseen se ei sovi. Julisteita olisi pitänyt olla useita, joista kussakin kerrotaan yksi asia. Tämä olisi käytännössä tarkoittanut sitä, että julisteita olisi pitänyt laittaa asumispalveluyksiköissä kaikille seinille, jolloin niiden merkitys ja teho olisivat laskeneet. Niistä olisi tullut eräänlaista tapettia.

Näiden kokeilujen jälkeen päädyin tekemään tuotoksen PowerPoint-esityksenä. Se pystytään muokkaamaan ja päivittämään jos jokin asia muuttuu. Esimerkiksi julkisuudessa on viime aikoina puhuttu siitä, että saattohoidolle tehdään oma lakinsa, lisäksi se on helposti jaettavissa tai tulostettavissa esimerkiksi uusille työntekijöille.

PowerPoint-esityksessäkin on huonot puolensa. Sitä ei voi lukea kuten kirjaa. Tekstin määrä sivua kohden on siis huomattavasti pienempi. Tämä tarkoittaa, että asiat pitää tiivistää avainsanoihin ja tekstiä elävöittävien esimerkkien määrä on rajallinen.

Ruovinen-Willenius (9) on kertonut hyvällä terveysaineistolla olevan seitsemän standardia ja kriteeriä. Vertaan seuraavaksi niitä tehtävääni.

Aineistolla on selkeä ja konkreettinen terveys- / hyvinvointitavoite

Aineiston tavoitteena on mahdollistaa mahdollisimman hyvä loppuelämä saattohoidossa olevalle potilaalle ja loppuaika hänen omaisilleen. Tämä tarkoittaa hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvointinsa hoitoa.

Aineisto välittää tietoa terveyden taustatekijöistä

Tärkein terveyden hoitoon vaikuttava tekijä on se, että hoidon pitää olla kokonaisvaltaista ja yksilöllistä. Malleja ja muistisääntöjä voi luonnollisesti oppaassa esittää, mutta tuon esille myös yksilökohtaisia eroja.

Aineisto antaa tietoa keinoista, joilla saadaan elämänoloista ja käyttäytymisessä muutoksia

Taustatietojen lisäksi tuon esiin esimerkkejä.

Aineisto on voimaannuttava ja motivoi yksilöitä / ryhmiä terveyden kannalta myönteisiin päätöksiin.

Tuon esiin sen, että saattohoitotyö on haastavaa, mutta myös antoisaa ja ennen kaikkea potilaalle tärkeää.

Aineisto palvelee käyttäjäryhmän tarpeita

Hoitajille ei tarvitse kertoa yleisesti hoitotyöstä vaan kerron saattohoitotyön erityispiirteistä ja mahdollisimman käytännönläheisesti.

Aineisto herättää mielenkiinnon ja luottamusta sekä luo hyvän tunnelman

Ulkoasu on rauhallinen ja asiallinen. Huomioin myös sen, että teksti pitää erottua taustasta sekä tietokoneen ruudulla että tulosteena.

Aineistossa on huomioitu julkaisuformaanin, aineistomuodon ja sisällön edellyttämät vaatimukset

PowerPoint-esitystä ei voi kirjoittaa kuten kirjaa vaan siinä pitää tuoda esiin tärkeimmät asiat tiivistetyssä muodossa. Yhteen diaan ei saa laittaa liikaa tekstiä, mutta dioiden määrää ei ole rajoitettu.

6.3 Johtopäätökset, pohdinta ja oma arviointi

Saattohoito aiheena on niin monipuolinen, että oli vaikea valita mitkä ovat kaikkein oleellisimmat asiat käytännön hoitotyöhön. Pohtiessani tätä aloin miettiä alkuperäistä JIK:n ongelmaa: miten saadaan saattohoito tehtyä palveluasumisyksiköissä. Mitkä ovat ne saattohoidon erityispiirteet, joita henkilökunnan, joka ei ole erikoistunut saattohoitoon, tulisi tietää saattohoidosta? Jos jokin ei täytä tätä ehtoa, se jäi pois oppaasta.

Oppaassa olen käyttänyt muitakin lähteitä kuin tutkimuksen pohjana olevat oppaat. Syynä tähän on se, että kyseisiä aiheita, joissa olen näin toiminut, on käsitelty muissa materiaaleissa selkeämmin tai paremmin.

Oppaan tekeminen oli loppujen lopuksi suhteellisen helppo osio tässä opinnäytetyössä. Saattohoidon tärkeimmät asiat ovat tulleet minulle varsin tutuiksi tätä työtä tehdessä, joten osa-alueiden valinta oli varsin helppoa. Ainoastaan se, miten kunkin asian esittää, aiheutti

lieviä ongelmia. Lopputulos on kuitenkin minun mielestäni paras mahdollinen mihin minä pystyn.

Henkilökohtaisesti voin sanoa, että koko tämän työn tekeminen on sekä vahvistanut uskoani siihen, että tuleva työni geronomina tulee liittymään saattohoitoon sekä antanut siihen osaamista ja työkaluja. Saattohoito on kokonaisvaltaista potilaan hoitoa loppuun asti, jossa käytetään moniammatillista osaamista.

Mahdollisina aiheina jatkotutkimuksiin ehdottaisin tutkimaan sitä, mitä saattohoidon osa-alueita hoitajat pitävät tärkeinä ja mistä he haluaisivat tai tarvitsisivat lisää tietoa. Tässä tutkimuksessa on esitetty se mitä erilaiset asiantuntijat tai asiantuntijaryhmät pitävät tärkeinä saattohoidon osa-alueina. Se mitä asiantuntijat pitävät tärkeänä ja mikä on käytännön työssä tärkeää, voivat olla eri asioita.

LÄHTEET

Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Saattohoitosuunnitelma. [Verkojulkaisu] Viitattu 1.3.2017. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavana: <http://www.epshp.fi/files/7081/Saattohoitosuunnitelma.pdf>

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heikkinen, H. Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – Haaste moninaiselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.

Hiltunen, P. Psykiatristen oireiden hoito vanhuspotilailla. 2015. Teoksessa Saarto, T.,

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen Hoito. 3. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 226-228

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas Potilaan ja omaisen opas. 14.uudistettu painos. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Viitattu 13.10.2016. Saatavana: <http://etela--suomensyopayhdistys-fi-bin.directo.fi/@Bin/2676326eadc29d733c506ad05e518346/1476346229/application/pdf/873699/Saattohoito-opas%2014.%20uudiste%20painos%202015.pdf>

Iivanainen, A. Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. 4. Painos. Hoitamisen taito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella hoito-osastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25 (4), 291-301.

Kärpäniemi, R. 2008. Sairaanhoidaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Käypä hoito. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. [Verkkójulkaisu] Viitattu 1.3.2017. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50063.pdf>

Lahden diakonialaitos. Opas työntekijöille.[Verkkójulkaisu] Viitattu 1.3.2017. Lahti: Lahden diakonialaitos. Saatavana: http://www.dila.fi/files/765/Saattohoito_opas.docx

Lehto, J. & Pöyhiä, R. 2015. Hengenahdistus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) *Palliativinen Hoito*. 3. PAINOS. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 92-101.

Muistiliitto. 2016. Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito. Opas saattohoitoon osallistuville.[Verkkójulkaisu] Viitattu 1.3.2017. Helsinki: Muistiliitto. Saatavana: http://www.muistiliitto.fi/files/3314/7921/5925/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_sivuittain.pdf

Muuttolintu. Laadukas saattohoito Hyvä elämä loppuun asti. [Verkkójulkaisu]. Viitattu 1.3.2017. Kouvola: Muuttolintu Ry. Saatavana: http://www.muuttolintu.fi/laadukas_saattohoitocc8a.pdf

Muuttolintu B. Hyvä päätös elämälle. [Verkkójulkaisu]. Viitattu 1.3.2017. Kouvola: Muuttolintu Ry. Saatavana: http://www.muuttolintu.fi/Muuttolintu_esite_VEDOS18d32.pdf?DokumenttiID=21079&TaluNimi=Tiedote&NakymaID=525&TiedoteID=20475

Mäntymies, L. 2000. Hospice ei ole rakennus vaan näkemys. Teoksessa Aalto, K. (toim.) *Saattohoito*. Helsinki: Kirjapaja.

Pesso, K. 2004. Terveystyön viitekehys tutkimuskohteena. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pihlainen, A. 2010 Hyvä saattohoito Suomessa – Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. [Verkkajulkaisu] Viitattu 12.10.2016. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana:

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afe201504225791.pdf?sequence=1>

Piirainen, E. Julkaisematon. Omaisten tukeminen. Koulutusmateriaali. Tampere: Pirkanmaan Hoitokoti.

Rhen, B. 2013. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on saattamista saattohoitoon. Teoksessa: Hänninen, J. & Luomala, M. (toim.) Elämän puu. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava, 64-71

Ruovinen-Wilenius, P. 2007 Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto – Kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. [Verkkajulkaisu] Helsinki Terveyden edistämisen keskus. Viitattu 8.1.2017. Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/Paeivi_Rouvinen-Wilenius/publication/232569631_Tavoitteena_hyva_ja_hyodyllinen_terveysaineisto/links/0912f508673a1366ae000000.pdf?origin=publication_detail

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. [Verkkajulkaisu] Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf Viitattu 27.3.2017. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Sosteri. Kuolevan potilaan hoito sosterissa – potilasopas. [Verkkajulkaisu] Viitattu 1.3.2017. Savonlinna: Itä-Savon sairaanhoitopiiri. Saatavana: <http://www.isshp.fi/wp-content/uploads/sites/3/2016/06/saattohoito-opas.pdf>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.

Vainio, A. Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

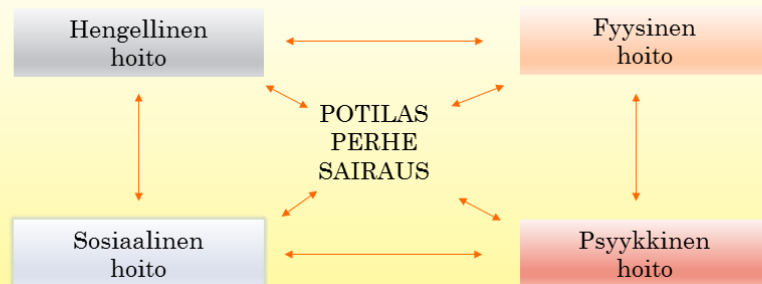
- Vainio, A. Leino, T. & Eckerdal, G. 2004. Palliativisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliativinen hoito; tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vaasan sairaanhoitopiiri. 2012. Saattohoito-ohjeistus & suosituksia loppuvaiheen hoidosta. [Verkojulkaisu]. Viitattu 1.3.2017. Vaasa: Vaasan sairaanhoitopiiri. Saatavana: https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/palliativ-verksamhetsmodell/finska-bilagor/19_saattohoito-ohjeistus.pdf
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. E-kirja. Saatavana Ellibs-tietokannasta. 4. Uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi

LIITE 1. Saattohoito-opas JIK-palveluasumisyksiköihin

SAATTOHOITO ON

- ”hoitoa, jossa kuolemaa lähestyvälle potilaalle pyritään takaamaan mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Kuolevan potilaan hoidon tavoitteena tulisi olla hyvä kuolema.”
- ”tavoitteena on, että jokaiselle taatan arvokas, mahdollisimman hyvä loppuelämä sekä rauhallinen, arvokas ja kivuton kuolema”
- ”parantumattomasti sairaan tai kuolevan aktiivista kokonaisuhoitoa, jossa kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psyykkisen, sosiaalisten ja elämäntarkoituksellisten ongelmien käsittely on oleellista.”

SAATTOHOITO ON



SAATTOHOIDON PERIAATTEET

1. Oireiden lievitys
2. Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde
3. Psykologinen tuki
4. Yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus
5. Lähiverkoston huomioonottaminen
6. Potilaan itsemääräämisen varmistaminen
7. Elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi.

SAATTOHOITO EI OLE

- DNR-päätös
- Hoidon lopettaminen
- Saattohoitoon ei kuulu elvytys, infarktin liuotushoito, sytostaattihoidot, kontrolliluonteiset tutkimukset, neste- ja antibioottihoidot, jos näillä ei uskota olevan merkittävää vaikutusta oireisiin.

OMAISET JA YSTÄVÄT

- Saattohoidossa sairastamisen yksikkö on perhe
- Jokainen ihminen on yksilö ja käsittelee suruaan omalla tavallaan
- Lähestyvä kuolema on potilaalle ja hänen omaisilleen kriisi. Se voi nostaa esiin monenlaisia tunteita, myös aggressiivisia. Negatiiviset tunteet voidaan kohdistaa henkilökuntaan, ne ovat normaaleja ja niille tulee antaa tilaa.
- Omaisiin tulisi luoda kunnioittava ja rehellinen vuorovaikutussuhde. Heillä on oikeus saada ajankohtaista tietoa omaisensa tilanteesta ja voinnista ja näiden muutoksista. Monille on tärkeää, että olisivat paikalla kuoleman tapahtuessa. Omaisia on hyvä myös muistuttaa huolehtimaan omasta jaksamisestaan ja voimavaroistaan raskaassa elämäntilanteessa lepäämällä tarpeeksi.

OMAISET JA YSTÄVÄT

- Suru on aina yksilöllinen. Se ei välttämättä noudata mitään mallia.
- Lapsia ei tarvitse ”ylisuojeilla”, mutta ikä, kehitystaso ja toiveet tulee huomioida

**OMAISET VOIVAT TOISINAAN VAATIA
ENEMMÄN HUOLENPITOA KUIN POTILAS!**

PSYKKINEN HOITO

- Potilaan suruun pätee samat asiat kuin omaisten suruun. Hänellä ei tosin ole aikaa yhtä paljon käsitellä asiaa.
- Suru
- Menetyksen hyväksyminen
- Kuoleman pelko
- Ruumiin kontrollin menettäminen
- Fyysisten oireiden aiheuttamat psyykkiset ongelmat

PUHUMINEN ON PARASTA HOITOA!

OSA KOKONAISHOITOA

Psyykkiset oireet eivät ole irrallaan muista oireista, vaan voivat vaikeuttaa tai helpottaa niitä

- Unettomuus aiheuttaa väsymystä ->
- Väsymys laskee kipukynnystä ->
- Kipu lisää masennusta ->
- Masennus laskee kipukynnystä -> Hoidetaan kipua ->>
- Kipulääkitys voi aiheuttaa ummetusta ->
- Ummetus koetaan kipuna -> Hoidetaan kipua

SURUN KÄSITTELY

- Tunteista on hyvä puhua avoimesti ja rehellisesti. Suora puhe on usein avain hyvään vuorovaikutukseen. Toki hienovaraisuuttakin tarvitaan, mutta epärealistisia tai mahdottomia toiveita ei kannata ylläpitää.
- Keskustelun avulla potilas kokee tulevansa kuulluksi ja että hän on tärkeä.
- Vuorovaikutus saattohoitopotilaan, varsinkin muistisairaana, kanssa vaikeutuu ajan myötä.
Kosketuksella, rauhallisen juttelun kera, voidaan kertoa potilaalle, että joku on läsnä ja siten luoda turvallisuutta.

SEKAVUUS

- Sekavuus on hyvin yleistä. Jopa 70-90% saattohoitopotilaista kokevat jonkinasteisia ajatushäiriöitä
- Syynä usein fyysiset oireet: lääkkeet, hapenpuute, aineenvaihdunnan häiriöt, keskushermoston sairaus tai infektiot
- Sekavuus aiheuttaa omaisille ahdistusta ja vaikeuttaa hoitajien työtä
- Ensisijaisesti pitäisi taata rauhallinen huone ja rauhallisesti käyttäytyvät omaiset ja henkilökunta

MASENNUS

- Masennus on elimellisen sairauden yleisin psykiatrinen oire.
- Masennuksen oireita on vaikea erottaa fyysisistä oireista: ruokahaluttomuus, väsymys, apaattisuus ja aloitekyvyttömyys voivat olla oireita masennuksesta tai fyysisistä ongelmista
- Tarvitaan eläytyvä kuuntelija ja pysyvä ja turvallinen hoitosuhde.
- Muistisairailla riski paniikinomaiselle ahdistukselle, jos ei pysty keskustelemaan mieltä painavista asioista.

UNETTOMUUS

- Hoidon ensisijainen tehtävä on selvittää mistä unettomuus johtuu.
- Syynä voi olla psykiatrinen sairaus, dementia, elimelliset oireet, lääkkeet, lääkkeiden tai päihteiden aiheuttamat vieroitusoireet, vieras ympäristö, pelko kuolemasta nukkuessa, vuorokausirytmiiä häiritsevät tekijät.
- Ensisijainen hoito on syyn poistaminen.
- Lääkitys tulisi olla vasta toissijainen hoitomuoto.

HENGELLINEN TUKI

- Hoitajalla ei tarvitse olla potilaalle vastauksia, esimerkiksi siihen mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Avoimuus ja rehellisyys on tärkeämpää.
- Keskustelun tarve on ”tässä ja nyt”. Keskustelua ei voi siirtää seuraavaan päivään, koska silloin se voi olla jo myöhäistä.
- Potilaan ”oman elämän palaset” saadaan paikoilleen. Tämä taas onnistuu kun potilas saa tilaa tulla kuulluksi sekä kenties yhteistä pohdintaa.
- Uskonto voi tulla tärkeäksi myös ihmisille, jotka eivät ole aikaisemmin olleet uskonnollisia.
- Läsnaolon lisäksi potilaan auttamismuotoja ovat kuunteleminen, keskusteleminen, hiljentymistilan järjestäminen sekä mahdollisuus seurata jumalanpalvelusta radiosta tai televisiosta.

FYYSINEN HOITO

- Delirium (sekavuustila) on yleinen, sitä tulee ehkäistä ja hoitaa.
- Hoitovastetta pitää seurata aktiivisesti.
- Korkea ikä tai dementia eivät ole hoidon esteitä.
- Kuolevan potilaan käytössä olleita lääkkeitä, jotka ovat muuttuneet tarpeettomaksi (esim. kolestroli- ja verenpainelääkitys), tulee poistaa haitallisten yhteisvaikutusten vähentämiseksi.

KIPU

- Kipulääkitys pitää suorittaa hoitosuunnitelman mukaan, josta taas vastaa potilaan hoitava lääkäri.
- Monet kipulääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia, joita pitää hoitaa toisilla lääkkeillä.
- Akuutti ja krooninen
- Fyysinen ja kliininen

LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

- Tärkein on asentohoito
- Asennon vaihtaminen vähentää kipureseptoreihin kohdistuvaa painetta ja ärsytystä, edistää laskimo- ja lymfakiertoa sekä helpottaa hengitystä.
- Nesteiden vapaampi kierto elimistössä vähentää nesteiden kerääntymistä kudokseen ja näin lievittää turvotuksia ja kipua.
Riittävän usein suoritettu asennon vaihto edesauttaa verenkiertoa, ehkäisee painehaavaumia ja ihopainauksia.
- Vuodepotilaan asentohoitoa varten on olemassa erilaisia tyynyjä ja kiiloja asennon ylläpitämistä varten.

HENGENAHDISTUS

- Hengenahdistus on varsinkin saattohoidon lopussa yleistä.
- Taustalla voi olla keuhkokuume, keuhkoembolia, keuhkopussineste, sydämen vajaatoiminta, atelektaasi (keuhkon ilmapitoisuus vähentynyt), kakeksiasta (eli kuihtumisesta) johtuva hengityselinheikkous tai vaikea anemia.
- Myös psyykinen ahdistus voi pahentaa hengenahdistusta.
- Hoitona on kipulääkitys
- Kylviasento voi helpottaa hengitystä tai yskimistä.
- Mikäli muut hoidot eivät tuota tulosta, voidaan käyttää hoitona palliativista sedaatiota.

SUU

- Suun kuivuminen, limakalvorikot, infektiot, kipu tai makumuutokset ovat yleisiä saattohoitopotilailla.
- Ne vaikeuttavat puhumista ja heikentävät elämänlaatua.
- Suu tulisi puhdistaa ja kosteuttaa useita kertoja päivässä.
- Oireita voidaan helpottaa pienillä nestemäärillä tai jääpaloja imeskelemällä. Kosteuttavia geelejä tai keinosylkivalmisteita voi käyttää myös kosteutuksen tukena.

PAHOINVOINTI

- Pahoinvointi on yleinen oire saattohoitopotilailla.
- Sen syy tulee aina selvittää, jotta se voidaan hoitaa oikein.
- Syynä voi olla lääkkeet, varsinkin opioidit, mahalaukun tyhjenemisen hidastuminen, limaisuus, ummetus, suolitukos, aivopaineen nousu, tasapainoelinhäiriöt, ahdistuneisuus tai suun infektio. Usein taustalla on usea tekijä.
- Lääkehoidolla voidaan hillitä pahoinvointia ja oksentelua ennaltaehkäisevästi.

UMMETUS/RIPULI

- Vahvat kipulääkkeet ovat yleinen syy ummetukseen.
- Suolen toimintaa hidastaa myös ravitsemuksen niukkuus, pienet nestemäärät ja liikkumisen vähäisyys.
- Ummetukseen voi liittyä myös ns. ohivuotoripulia, jonka seurauksena ummetusta voidaan hoitaa ripulina ja pahentaa tilannetta entisestään.
- Toisaalta liiallinen ummetuslääkkeiden käyttö voi aiheuttaa ripulia.
- Myös WC-järjestelyillä voidaan vähentää ummetuksen riskiä.
- Ripulin hoidossa morfiinin ummettava vaikutus on hyödyllinen, jos ripuliin liittyy kipua.

IHO-OIREET

- Painehaavojen syntymiseen vaikuttaa liikkumattomuuden lisäksi hien, virtsan, ulosteen sekä ihon puhdistus- ja hoitoaineiden vaikutus ihoon.
- Asentohoidolla vaikutetaan sekä painehaavoihin että helpotetaan mm. hengitystä, verenkiertoa ja estetään nivelten virheasentoja.
- Ihon puhtaudesta huolehdittaessa tulee huomioida mm. yksityisyyteen, intimiteettiin, kunnioittamiseen, päätöksentekoon ja turvallisuuteen liittyvät periaatteet.

TURVOTUS

- Turvotus esiintyy usein raajoissa, joissa on vähemmän imunesteen poistumisteitä kuin muualla kehossa.
 - Nestettä toki voi kertyä myös kasvoihin, keuhkopussiin, sukupuolielimiin, tai vatsaan.
 - Hoitona voi käyttää tukisidoksia ja -sukkia, nesteenpoistolääkitystä, lymfahoitoa tai suurta annosta kortisonia.
- Vatsaonteloon voi kertyä jopa 10 litraa nestettä aiheuttaen närästystä, ummetusta, pahoinvointia, painontunnetta ja kipua.

LOPUKSI

- Saattohoito työ on potilaalle tärkeää ja arvokasta
- Tärkein tehtävä on kärsimyksen vähentäminen kokonaisvaltaisella hoidolla
- Ole läsnä
- Ole avoin ja rehellinen sekä potilaalle että omaisille
- Jokainen yksilö on erilainen
- Tarkkaile hoitovastetta ja kirjaa ylös muutokset
- Kuolema on osa elämää
- Muista huolehtia myös itsestäsi
- ”Kun mitään ei ole tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä.”