



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

LEHTOLA-KODIN SAATTOHOITO-OPAS

Opas saattohoidosta omaisille

TEKJÄT: Anni Hiltunen
Ella-Kirsikka Eno

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Anni Hiltunen ja Ella-Kirsikka Eno	
Työn nimi Lehtolakodin saattohoito-opas	
Päiväys	3.5.2017
Sivumäärä/Liitteet	52/1
Ohjaaja(t) Maija Suhonen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Harjulan sairaala osasto 7, Lehtola-koti	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Saattohoito on kuolevan potilaan oireenmukaista hoitoa, jonka tavoitteena on elämänlaadun ylläpito ja hyvän kuoleman mahdollistaminen. Saattohoitovaiheessa potilaan sairauden hoitaminen ei ole enää olennaista, vaan hoitohenkilökunta keskittyy potilaan oireiden lievittämiseen, esimerkiksi kipuun ja pahoinvointiin. Lähestyvä kuolema ei kosketa pelkästään potilasta, vaan myös hänen läheisiään. Siksi psyykkisen tuen tarve korostuu potilaan ja hänen läheistensä hoidossa. Saattohoidon järjestäminen ei vaadi erityisolosuhteita ja sitä toteutetaan siellä, missä potilas on esimerkiksi kotona tai sairaalassa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Aiheena on saattohoito-opas Lehtola-kodin potilaiden omaisille. Opas toteutettiin yhteistyössä Kuopion kaupungin Harjulan sairaalan osasto seitsemän eli Lehtola-kodin kanssa. Osastolla ei ollut aiemmin käytössä omaisille jaettavaa opasta, joten työlle oli tarvetta.</p> <p>Opas sisältää tietoa saattohoidosta ja sen oirehoidosta eli kivunhoidosta, hengityksestä, ravitsemuksesta ja perushoidosta. Lisäksi oppaassa on tietoa osaston käytännöistä esimerkiksi hoitoneuvottelusta ja kuvattu tarkemmin, missä saattohoitoa voi toteuttaa. Oppaan teksti pyrittiin pitämään ytimekkäänä ja selkeänä, jotta surun keskellä oleva omainen ymmärtää mahdollisimman paljon lukemastaan.</p> <p>Tarkoitus on, että Lehtola-kodin henkilökunta jakaa opasta yhdessä osaston infovihkon kanssa potilaan saapessa osastolle. Potilaat ja omaiset saavat siten kerralla tiedon sekä osastosta että saattohoidosta. Oppaan pohjalta on mietitty kehittämismahdollisuuksia. Yksi kehittämisidea on, että tulevat opiskelijat voisivat teettää omaisten tai hoitajien keskuudessa kyselyn siitä, miten hyödylliseksi he ovat oppaan kokeneet. Tällä hetkellä opasta jaetaan vain Lehtola-kodissa. Pienellä muokkauksella opasta voitaisiin jakaa esimerkiksi terveyskeskuksissa tai Kuopion yliopistollisen sairaalan palliativisen hoidon poliklinikalla.</p>	
Avainsanat Saattohoito, potilas, omaiset, opas	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Anni Hiltunen and Ella-Kirsikka Eno			
Title of Thesis Palliative care guide for the family members, at Lehtola-koti ward in Harjula hospital			
Date	3.5.2017	Pages/Appendices	52/1
Supervisor(s) Maija Suhonen			
Client Organisation /Partners Harjula hospital ward 7, Lehtola-koti			
<p>Abstract</p> <p>Palliative care is caring for a dying patient according to the symptoms, and its aim is to maintain a good quality of life and enable a good death. When a patient is in palliative care trying to treat the illness is no longer relevant, and instead the nursing staff need to focus on relieving symptoms such as pain and nausea. The approaching death does not impact the patient alone, but also their loved ones. Therefore providing mental health support for both the patient and their loved ones is an important part of palliative care. Palliative care does not require special facilities and it is carried out where the patient is, be it at home or in the hospital.</p> <p>The aim of this thesis project was to develop new methods of care, and create a palliative care guide for people whose loved ones are patients in the Lehtola-koti Hospice. The guide was created by working together with the staff of Harjula Hospital in Kuopio, Finland. The Lehtola-koti Hospice is one of the wards of Harjula Hospital. The ward did not previously have a guide that could be given out to people whose loved ones are in palliative care, and therefore this development work was seen as important.</p> <p>The guide has information on what palliative care is and includes sections on symptomatic treatment (pain relief), breathing, diet, and basic care and comfort. In addition, the guide gives advice on how the hospice is run, how decisions about the patient's care are made, and what options there are as to where palliative care is carried out. The aim of this has been to make the guide as concise and clear as possible, so that a person dealing with their grief will find it as easy as possible to take in the information.</p> <p>The staff of Lehtola-koti give out this guide with an information pamphlet about the ward that is given to patients when they arrive. This way the patient and their loved ones get all the information at once. Further possibilities of developing the guide have been taken into consideration, and the recommendation for future research is that future nursing students carry out a survey to find out how useful patients and their loved ones think this guide is. At the moment this guide is only in use in Lehtola-koti. After minor alterations it could also be given out in other health care centres in Kuopio, including the palliative care ward of Kuopio University Hospital.</p>			
<p>Keywords palliative care, patient, loved ones, the guide</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	SAATTOHOITO	7
2.1	Mitä saattohoito on?.....	7
2.2	Missä saattohoidetaan?	8
2.2.1	Kotona	8
2.2.2	Sairaalassa	9
2.3	Hoitoneuvottelu	9
3	OIREET JA NIIDEN HOITO	11
3.1	Lääkehoito.....	11
3.2	Kivun hoito	13
3.3	Pahoinvointi.....	15
3.4	Ravitsemus.....	15
3.5	Nestehoito.....	16
3.6	Hengenahdistus	18
3.7	Perushoito	19
3.7.1	Toimintakyky	19
3.7.2	Ihon hoito ja puhtaus	19
3.7.3	Eritystoiminta.....	20
3.7.4	Suun hoito.....	21
3.8	Psyykinen ja hengellinen tuki	21
3.9	Delirium	22
3.10	Kuolema.....	23
4	OMAISTEN TUKEMINEN	24
5	KIRJALLINEN OPAS	26
6	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	28
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS	29
7.1	Ideointi- ja suunnitteluvaihe	29
7.2	Käynnistys- ja toteutusvaihe	29
7.3	Päätätamis- ja arviointivaihe.....	32
8	POHDINTA.....	33
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34

8.2	Ammatillinen kasvu	35
8.3	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat.....	36
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	37
	LIITE 1: LEHTOLAKODIN SAATTOHOITO-OPAS	41

Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan hyvää oireenmukaista hoitoa. Periaatteena on, että otetaan huomioon sekä potilas että hänen omaisensa. (Aalto ym. 2013, 91.) Hoidon aikana keskitytään potilaan kokemukseen ja tuntemukseen omasta tilanteestaan. Lisäksi kiinnitetään huomiota oireiden lievittämiseen, potilaan arvokkuuteen ja hänen itsemääräämisoikeutensa toteutumiseen. (Hänninen 2001, 47-48.) Lääketieteen kehittyminen on pidentänyt useiden sairauksien ennustetta ja kuolemasta on tullut monimutkaista. Tämä tarkoittaa myös kuoleman pitkittymistä, mikä lisää samalla kärsimystä. Edistyneempi lääketiede on avannut tarpeen paremmalle saattohoidolle. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja sen keskeinen tavoite on parhaan mahdollisen elämänlaadun varmistaminen niin potilaille, kuin heidän omaisilleen. (Saarto, Hänninen, Antikainen ja Vainio 2015, 256.)

Maailmassa kuoli vuonna 2011 noin 54,6 miljoonaa ihmistä, joista noin 20 miljoonaa tarvitsi ja sai palliatiivista hoitoa. Yleisimmät kuolinsyyt olivat sydän- ja verisuonitaudit, syöpä ja krooniset ahtauttavat keuhkosairaudet. Lisäksi maailman terveysjärjestö eli WHO on arvioinut, että palliatiivisen hoidon tarve kasvaa noin 20 prosenttia seuraavan vuosikymmenen aikana. (Saarto ym. 2015, 572.) Suomessa kuoli vuonna 2012 lähes 52 000 ihmistä, joista noin 70 prosenttia terveydenhuollon yksiköissä (Saarto ym. 2015, 28). Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 15 000 potilasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11). Kotona tapahtunutta saattohoitoa oli alle 500 potilaalla, joka on alle 5 prosenttia kaikista saattohoidettavista (Saarto ym. 2015, 573).

Saattohoitoa ohjaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785), jonka mukaisesti potilaalla on itsemääräämisoikeus omasta hoidostaan, oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun sekä tiedonsaantioikeus omasta tilanteestaan ja mahdollisista hoitomuodoista. Lisäksi Käypä hoito suositus kuolevan potilaan oireista ja hoidosta sisältää lääketieteellistä tietoa potilaan hoidosta (Riikola ja Hänninen 2012). Suomessa on myös julkaistu vuonna 2010 asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksiset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

Opinnäytetyön aiheena on omaisille suunnattu opas saattohoidosta. Opas tehtiin Kuopion kaupungin Harjulan sairaalan osastolle seitsemän, joka toimii saattohoidon tukiyksikkönä. Opinnäytetyön aihe lähti molempien yhteisestä kiinnostuksesta saattohoitoa kohtaan. Aihe on tärkeä yksilöllisesti, yhteisöllisesti ja yhteiskunnallisesti, mutta mielestämme Suomessa asiaan on paneudettu liian vähän.

Tavoitteenamme oli tehdä opas, joka tavoittaa lukijan. Yksi oppaan tekemisen haasteista oli tasapainon löytäminen teoreettisen tiedon määrässä ja sen oikeanlaisessa esittämisessä. Halusimme tehdä työn, josta omaiset löytävät tarvitsemansa tiedon ymmärrettävästi ja vaivattomasti ilman, että heidän täytyy kääntyä usean eri tahon puoleen.

2 SAATTOHOITO

Saattohoitoon kuuluu hyvä ja konservatiivinen kipu- ja perushoito sekä potilaan ja omaisten henkinen tukeminen. Saattohoidon yhtenä osa-alueena on lääkkeellisesti lievittää kipua, mutta siihen ei kuulu aktiivinen kuoleman avustaminen eli eutanasia. (Riikola ja Hänninen 2012.) Potilaalle pyritään turvaamaan mahdollisimman aktiiviset, arvokkaat ja oireettomat viimeiset päivät (Hänninen 2001, 47).

2.1 Mitä saattohoito on?

Saattohoidon lopullinen tavoite on potilaan hyvä elämänlaatu ja rauhallinen kuolema sekä läheisten huomioiminen hoidon aikana. Aktiivisen hoidon kohteeksi muodostuu sairauden sijasta potilas. (Tasmuth, Poukka ja Pöyhiä 2012, 452.) Saattohoito keskittyy elämän viimeisille hetkille ja potilaan perustarpeista pidetään huolta loppuun asti. Lähellä kuolemaa oleva ihminen on yleensä toimintakyvyllään merkittävästi heikentynyt. Kaikkien toimintakyky ei kuitenkaan välttämättä laske, osalla se voi säilyä kohtalaisena kuolemaan asti. Saattohoitopotilaan kohdalla päätökset tehdään nopeasti ja esimerkiksi lääkemuutosten tulee tapahtua parin päivän sisällä. Kuolema johtuu saattohoitopotilaiden kohdalla yleensä sairauden komplikaatioista, jotka voivat joskus tulla yllättäen. (Saarto ym. 2015, 11.)

Päätöksen saattohoitoon siirtymisestä tekee lääkäri yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Päätös tehdään silloin, kun potilaan sairautta ei voida enää parantaa, potilas on kieltäytynyt hoidosta ja elinaikaa ei ole paljoa jäljellä. Lisäksi päätös voidaan tehdä myös, jos intensiivisestä ja aktiivisesta hoidosta huolimatta potilaan tila ei parane. Saattohoitopäätös kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan yksityiskohtaisesti ja siihen kuuluu automaattisesti DNAR-päätös eli päätös elvyttämättä jättämisestä. (Tasmuth ym. 2012, 452.) Potilas voi tehdä omaan hoitoonsa liittyvän hoitotahdon, jossa voi ilmaista myös saattohoitoon liittyvän tahtonsa esimerkiksi elvytyksestä ja muista toimenpiteistä (Laine 2015). Elvytys voi johtaa muun muassa aivovaurioihin sekä kylkiluiden vaurioitumiseen, minkä vuoksi potilas voi joutua laitoshoidon. Joissain tapauksissa elvytyspäätöksen tekemättä jättäminen ja elvytyksen salliminen pitkittää kuolemaa ja huonontaa elämänlaatua huomattavasti. (Hirvonen ja Pöyhiä 2016.)

Saattohoidossa suurin yksittäinen potilasryhmä ovat syöpäpotilaat. Lähinnä saattohoito onkin ollut juuri syöpäpotilaiden saavutettavissa. Osittain tämä johtuu taudin luonteesta, sillä syövän kulkua on opittu ennustamaan ja huomaamaan, milloin hoito ei enää helpota potilasta. Kuitenkin myös muut kroonisia sairauksia sairastavat potilasryhmät tarvitsevat saattohoitoa. Edellä mainittuja sairauksia ovat esimerkiksi sydämen vajaatoiminta, maksan- ja munuaisten vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti eli COPD sekä etenevät neurologiset sairaudet. Nämä sairaudet johtavat kuolemaan, mutta on vaikeampi havainnoida, milloin niitä ei voida enää hillitä. (Saarto ym. 2015, 256.)

Saattohoitoa on joskus kritisoitu sen liiallisesta keskittymisestä näkyviin oireisiin ja niiden pitämistä ainoina elämänlaadun mittareina. On kuitenkin todettu, että merkittävimmin elämänlaatua huonontavat merkityksättömyyden, avuttomuuden sekä toivottomuuden tunteet. (Hänninen 2015.) Hoitohenkilökunta ja lääkärit voivat arvioida potilaan oirekirjoa VAS (Visual Analogue Scale) -mittarilla ja ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) -lomakkeilla. Niitä voidaan käyttää apuvälineinä, kun selvitetään potilaan oireita ja niiden vaikeutta. ESAS-lomakkeessa kartoitetaan potilaan fyysisiä ja psyykkisiä vaivoja. Vastausten mukaisesti voidaan tehdä muutoksia potilaan hoitoon. Hoidon laadun kannalta kokonaisvaltainen oireiston kartoittaminen on tärkeää. Näin pyritään estämään oireiston pahentumista. (Salminen ja Salmenoja 2007, 825 - 828.)

Saattohoidon aikana jokaisella perheenjäsenellä on omanlainen suhteensa kuolevaan ja kukin heistä tarvitsee erilaista tukea kuoleman jälkeen (Aalto ym. 2013, 99). Kun yksi perheenjäsenistä sairastuu, tarvitsee koko perhe tukea. Siksi on tärkeää huomioida myös omaisten avun tarve vakavasti sairasta ihmistä hoidettaessa. Kuolemaan johtavan sairauden tautispesifisen hoidon rinnalla tulisi aloittaa mahdollisimman pian palliatiivinen hoito, joka keskittyisi lievittämään potilaan oireita ja tukemaan omaisia. Jo alkuvaiheessa olevaan sairauteen voi liittyä pelkoa ja elämänlaatua heikentäviä tekijöitä, vaikka sairaus olisi vielä täysin voitettavissa. Varhain käyttöön otettu palliatiivinen hoito yhdistettynä tautispesifiseen hoitoon vähentää masentuneisuutta ja parantaa elämänlaatua. Elinajan piteneminen on myös mahdollista. (Saarto ym. 2015, 10.) WHO:n eli maailman terveysjärjestön mukaan palliatiivinen hoitotyö tarkoittaa parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden aktiivista hoitoa, joka tukee potilaan elämänlaatua kokonaisvaltaisesti, kun lääketieteellisesti häntä ei voida parantaa. (Tasmuth ym. 2012, 459.) Palliatiivista hoitoa ei kannata asettaa vastakkain tautispesifisen hoidon kanssa. Kummastakin saa suurimman hyödyn irti silloin, kun ne toimivat yhteistyössä toistensa kanssa. Mitä pidemmälle kuolemaan johtava sairaus etenee, sitä suuremmaksi palliatiivisen hoidon tarve kasvaa. (Saarto ym. 2015, 10.)

2.2 Missä saattohoidetaan?

Saattohoitoa toteutetaan paikasta riippumatta siellä, missä kuoleva ihminen on. Häntä tuetaan elämän viimeisissä vaiheissa ja kuoleman hetkellä. Potilasta hoidetaan lievittämällä hänen oireitaan ja tuetaan hänen elämänlaatuaan. Tärkeää on huolehtia potilaasta ja hänen läheisistään. (Ikonen 2013, 250 - 251.)

2.2.1 Kotona

Kotona potilas on tutussa ja turvallisessa paikassa ja voi siellä hallita paremmin omaa elämäänsä ja rutiinejaan. Koti vain muokataan tilanteeseen sopivaksi. Kotona tapahtuvassa saattohoidossa potilaan hoidossa on mukana omaisia tai muita läheisiä sekä kotisairaanhoido. Kotisaattohoidossa vaatimuksena on, että potilaalla ja hänen omaisillaan on mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitajiin ympäri vuorokauden. Kotisairaanhoidosta omaiset saavat tukea ja ohjausta kun sitä tarvitsevat. (Ikonen

2013, 250 - 251.) Anttosen väitöskirjan mukaan potilaalle on tärkeää, että perheenjäsen ei kuormitu liikaa hoitaessaan potilasta. Tämä vaikuttaa myös kuolinpaikan valintaan. Kotikuolemaan päädytään erityisesti silloin, kun se on potilaan toive. (Anttonen 2016, 95.) Potilaan toive kuolla kotona voi kuitenkin jäädä toteutumatta. Syitä ovat esimerkiksi tukimuotojen puute. (Jyrkkiö ja Hietanen 2015.)

Turvallisuuden tunne on olennainen ja tärkeä osa kotona tapahtuvaa saattohoitoa. Turvallisuuden tunteen luomiseen tarvitaan riittävän tuen antamista sekä omaisille että potilaille, mahdollisuus siirtyä sairaalahoitoon milloin vain, ympärivuorokautinen yhteys hoitohenkilökuntaan sekä valmistautuminen kriisitilanteisiin ja kuolemaan. Kotona tapahtuva saattohoito vaatii omaisilta paljon ja heille tulisi tarjota tietoa mahdollisimman paljon ja vastata heidän kysymyksiinsä. Omaisille on tärkeää kertoa myös kuolemasta ja siitä miten se tapahtuu ja miten sen jälkeen tulee toimia. (Hänninen 2001, 70 - 72.) Omaishoitajana toimivan on tärkeää luoda suhde hoitohenkilökuntaan, kestää paineet ja sitoutuminen joita liittyy hoitamiseen sekä pystyä käsittelemään kuolemaa (Davies, Maio, Rait ja Iliffe 2014, 919). Auttaakseen omaista huolehtimaan myös lääkehoidosta on hänelle annettava siitä riittävä määrä tietoa ja tarvittaessa yksinkertaistaa lääkehoitoa ja sen toteutusta (Joyce ja Lau 2012, 329).

Potilaan kuoleminen kotiin on myös yhteiskunnalle halvempaa, mutta potilaalle kalliimpaa. Kunnasta riippuen potilaan täytyy ostaa itse lääkkeet, hoitovälineet ja hygieniatuotteet. Lisäksi kotiin jäävä omainen voi olla edelleen työelämässä, joten hänen täytyy jäädä pois töistä. Töistä pois jääminen voi aiheuttaa perheelle taloudellisia ongelmia muutenkin raskaan ajan keskellä. (Hänninen 2001, 72 - 73.) Potilaan kuollessa kotiin paikalle kutsutaan lääkäri, joka toteaa kuoleman. Hautausluvan saamisen jälkeen potilas kuljetetaan paareilla sairaalan kylmiöön tai seurakunnan tiloihin. Kuolintodistuksen kirjoittaa potilasta hoitanut lääkäri. (Ikonen 2013, 261.)

2.2.2 Sairaalassa

Saattohoitoa toteutetaan terveydenhuollon yksiköistä ensisijaisesti perusterveydenhuollossa, mutta lähes kaikki terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköt osallistuvat (Saarto ym. 2015, 257). Potilas voidaan siirtää sairaalaan missä vaiheessa tahansa, myös aivan hoidon loppuvaiheessa. Tärkeimmät syyt sairaalaan siirtymiselle ovat potilaan tai omaisten fyysinen tai emotionaalinen väsymys. (Hänninen 2001, 70.) Potilaan hoito voidaan siirtää sairaalaan myös esimerkiksi, jos hänen kipujaan ei saada kotona hallintaan (Aalto 2000, 25). Hoitopaikkaan siirryttäessä on tärkeää miettiä omaisten läsnäolon mahdollisuus (Anttonen 2016, 95).

2.3 Hoitoneuvottelu

Saattohoidossa potilaan ja hänen omaistensa kanssa tulee keskustella kuolemasta avoimesti, jotta mitään ei jäisi kysymättä tai keskustelematta. Avoin vuorovaikutus tukee sekä potilaan että omaisten

jaksamista. (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä ja Kaunonen 2015, 68 - 69.) Hoidon alussa pidetään hoitoneuvottelu, jossa paikalla ovat potilas, omaiset, hoitajat ja osaston lääkäri sekä mahdollisesti muita moniammatillisen työryhmän jäseniä. Neuvottelussa potilaan tilaa arvioidaan kokonaisvaltaisesti. Potilas ja omaiset saavat kysyä kaikista heitä mietityttävistä asioista ja tavoite on, että he kokevat tulevansa kuulluiksi. (Surakka ym. 2015, 76.)

Hoitoneuvottelun tarkoitus on selvittää potilaan tilanne mahdollisimman tarkasti, jotta hänelle pystytään antamaan mahdollisimman hyvää ja yksilöllistä hoitoa. Neuvottelussa selvitetään potilaan päivittäisiin toimintoihin, kuten ruokailuun, ihon hoitoon, kipuihin ja liikkumiseen liittyviä asioita. Tärkeää on selvittää potilaan omat tottumukset ja sen hetkiset haasteet sekä otetaan huomioon hänen mielialansa, hengellisyys ja mielenkiinnon kohteet osana hoitoa. Lisäksi otetaan huomioon omaiset kuuntelemalla heidän ajatuksiaan ja tilannettaan sekä sovitaan heidän kanssaan käytännön järjestelyistä. On tärkeää osoittaa omaisille, että he ovat tärkeä osa potilaan hoitoa ja tukea heitä vaikean tilanteen keskellä. (Aalto 2000, 37.)

3 OIREET JA NIIDEN HOITO

Saattohoidossa potilaan oirehoito on erityisen tärkeää potilaan elämänlaadun kannalta. Oireita arvioitaessa on tärkeää kysyä potilaan mielipidettä oireesta ja tarkentaa sen voimakkuus ja paikka. Oireet kuitenkin muuttuvat sairauden edetessä, joten tärkeää on, että oireet arvioidaan, kirjataan ja niiden muutoksia ja tuloksia seurataan jatkuvasti. (Hänninen 2012a, 3 - 6.) Arvioitaessa oireiden voimakkuutta voidaan pyytää potilasta arvioimaan oireiden vaikutusta hänen elämänlaatuunsa. Potilaan elämänlaatuun vaikuttavat usein erityisesti avuttomuuden, toivottomuuden ja merkityksettömyyden tunteet. (Hänninen 2008, 2606 - 2610.)

Oirehoidon aloituksessa voi olla ongelmana ettei oireita tunnisteta, ei tiedetä oirehoidon keinoja tai on vaikeuksia vaihtaa hoitolinjaa. Käytännössä ei esimerkiksi tutkita, että mikä potilaalle oireen aiheuttaa, ei tunneta lääkkeitä tai annetaan potilaalle hoitoa, josta ei ole hyötyä. (Hänninen 2012a, 3 - 4.) Hoitajan tärkeimmät tehtävät kuolevaa potilasta hoitaessa ovat hyvästä perushoidosta ja peruselintoiminnoista huolehtiminen, kivunhoito ja kärsimyksen poistaminen sekä potilaiden ja omaisten tiedottaminen. Hoitajan ammattitaito ja tietämys saattohoidosta korostuvat, sillä he keskustelevat potilaan ja omaisten kanssa sekä käyvät läpi tilannetta. (Saastamoinen 2012, 28.)

3.1 Lääkehoito

Lääkehoidon suunnittelu on hoitavan lääkärin vastuulla. Toteutuksesta, vaikuttavuuden arvioinnista ja kirjaamisesta vastaavat hoitohenkilökunnan jäsenet ammatillisten oikeuksien mukaisesti. (Surakka ym. 2015, 64 - 66.) Lääkkeet voidaan annostella potilaalle enteraalisesti eli luonnollista tietä ruoansulatuskanavan kautta tai parenteraalisesti eli ruoansulatuskanavan ohi. Parenteraalinen lääkkeenantotapa voidaan jakaa noninvasiiviseen eli kajoamattomaan ja luonnolliseen muotoon ja invasiiviseen eli kajoavaan muotoon. Enteraaliseen lääkkeenantoon kuuluvat suun kautta otettavat lääkkeet esimerkiksi tabletit. Parenteraaliseen lääkkeenantotapaan kuuluvat esimerkiksi noninvasiivisesti keuhkoihin annettava inhaloitava lääke ja invasiivisesti laskimoon annettava lääke. Lisäksi lääkkeet voidaan antaa paikallisesti suoraan vaikutuskohteeseen tai systemaattisesti verenkierron välityksellä leviävällä muodolla. (Saano ja Taam-Ukkonen 2014, 194 - 195.)

Lääkkeenantotapaan vaikuttavat esimerkiksi potilaan ikä, sairaudet, elimistön tila ja toimintakyky. Lääkkeen antotavalla ja -muodolla voidaan vaikuttaa siihen, kuinka nopeasti lääkkeen vaikutus alkaa, sen voimakkuuteen ja keston. Lääke voidaan määrätä otettavaksi jatkuvana ja säännöllisesti, kuurina tietyn jakson ajan ja tarvittaessa oireiden ilmaantuessa. (Saano ja Taam-Ukkonen 2014, 194 - 196.) Lääkkeet annostellaan ensisijaisesti suun kautta ja tarvittaessa laastarina iholta, rektaalaisesti ja ihonalaisesti infuusiona. Suonensisäistä reittiä käytetään, jos reitti on olemassa ja epiduraalista tai spinaalista reittiä käytetään esimerkiksi kovan ja vaikeasti hallittavan kivun hoitoon. (Hänninen 2012a, 9.)

Saattohoidossa potilaan lääkitys on oireenmukaista ja sillä helpotetaan fyysistä ja psyykkistä vointia. Muita sairauksia lääkityksessä otetaan huomioon lääkkeen hyöty suhteessa potilaan elämänlaatuun. Lääkärin tulee harkita potilaan lääkitys tarkkaan ja ottaa huomioon lääkkeiden antoreitit. Esimerkiksi inhaloitava astmalääke voidaan vaihtaa tablettina otettavaksi kortisonitabletiksi. Kuoleman lähestyessä lääkitystä vähennetään mahdollisimman vähäiseksi, ja annetaan vain oireita lievittävät lääkkeet. (Hänninen 2001, 30 - 31.) Saattohoidossa lääkehoidon haasteita ovat elintoimintojen aiheuttamat muutokset metaboliassa ja oireiden hankala arviointi. Hoidon tavoitteena on ainoastaan oireiden lievitys ja kaikella annettavalla lääkityksellä täytyy kyseinen vaikutus. (Saarto ym. 2015, 259.)

Potilaan ja omaisten informointi on tärkeä osa lääkehoitoa. Saattohoidossa olevalta potilaalta lopetetaan pitkäaikaisia lääkityksiä, jotka ovat aiemmin olleet elintärkeitä. Tämä voi herättää ahdistusta, joten perustelu on tärkeää. Jokaisen potilaan lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti ja hoidon vastetta seurataan säännöllisesti. Oireet voivat muuttua nopeasti, ja tästä syystä jokaiselle potilaalle on määrätty hankalien oireiden varalle lisälääkitys. (Saarto ym. 2015, 259 - 260.)

Pahanlaatuinen sairaus voi aiheuttaa infektioparametrien eli CRP:n nousua vaikka elimistössä ei olisi infektiota. Potilaalle määrätään kuitenkin testien tuloksen vuoksi antibiootti, vaikka siitä ei olisi potilaalle hyötyä. Antibioottia tulisi käyttää vain oireenmukaisessa hoidossa. (Hänninen 2001, 32.) Lievää antibioottihoitoa käytetään saattohoidossa oireiden hoidossa esimerkiksi virtsatie- tai hengitystieinfektiossa mutta antibioottihoito ei vaikuta potilaiden elinajanennusteeseen (Hänninen 2012a, 8).

Punasolujen antoa saattohoidossa harkitaan tarkkaan, sillä niistä ei ole välttämättä potilaalle hyötyä. Niitä voidaan kuitenkin antaa, mikäli potilaalla on vaikea anemia, hengenahdistusta ja väsymystä. Pelkkä alhainen hemoglobiini ei ole riittävä syy antaa punasoluja. (Hänninen 2001, 35.)

Saattohoidossa käytetään palliatiivista sedaatiota, kun potilaan oireita ei saada muilla keinoilla hallintaan. Sedaatio tarkoittaa potilaan tietoisuuden alentamista lääkkeiden avulla, jotta potilaan oireet ja sen kokeminen lievittyvät esimerkiksi hengenahdistuksen, kivun ja pahoinvoinnin vuoksi. (Hänninen 2012a, 10.) Olennaista sedaation tarvetta arvioitaessa on oireiden vaikeusasteen määrittäminen. Kuolevan potilaan oireiden kuvaamiseen soveltuvia mittareita on tutkittu vain vähän, vaikka kivun mittaamiseen on kehitetty useita mittareita. (Hamunen 2012, 471.)

Sedaatio on turvallinen ja tehokas hoitokeino, jonka tarkoituksena ei ole jouduttaa potilaan kuolemaa vaan oireiden vaikeuden mukaisesti rauhoittaa potilasta tai vaivuttaa hänet uneen. Hoitokeinon kriteereitä ovat potilaan terminaalivaiheessa oleva sairaus, johon eivät muut hoitokeinot tehoa, läheiset on otettu mukaan hoitoon ja potilaan tahtoa on kuunneltu. (Hänninen 2007, 2207) Sedaatiosta keskustellaan potilaan ja läheisten kanssa etukäteen, mutta hätätilanteissa lääkäri voi tehdä päätöksen sedaatiosta, mikäli se on potilaalle parhaaksi. Saattohoitoyksikössä, jossa ei ole anestesiyksikköä, sedaatioon käytetään midatsolaamia. (Hänninen 2012a, 10.) Sedatoivia lääkkeitä ovat myös haloperidoli ja loratsepaami (Hänninen 2007, 2211). Oireen lievittyminen määrittää sedaation syvyyden. Lääkkeen annosteluun vaikuttavat potilaan ikä, yleistila, oireiden voimakkuus ja laatu.

Lääkkeen aloitusannos tulee valita varovaisesti ja ylläpitoannosta muokataan yksilöllisesti, oireen lievittymistä seuraten. (Hamunen 2012, 472.)

Potilaalla voi ilmetä saattohoidossa myös erilaisia psyykkisiä oireita, joita hoidetaan myös lääkkeillä. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi delirium, ahdistuneisuus ja masennus. Deliriumia voi hoitaa haloperidolilla ja loratsepaamilla. Ahdistus on normaalia ja sen tarkempi syy pyritään selvittämään sekä hoitamaan sitä luomalla potilaalle turvallisuuden tunnetta ja antamalla hänelle tukea vaikean elämäntilanteen keskellä. Tarvittaessa ahdistusta voidaan hoitaa lyhytvaikutteisille bentsodiatsepeameilla kuten loratsepaamilla. Masennuksen hoidossa voidaan potilaalle antaa sitalopraamia ja illalla ennen nukkumaanmenoa mirtatsapiinia. (Hänninen 2012a, 30 - 31.)

3.2 Kivun hoito

Potilaiden eniten pelkäämä oire on kipu. Tutkimusten mukaan elämän loppuvaiheessa esimerkiksi syöpää sairastavilla potilailla 50-90 prosentilla on kipuja. Lisäksi kipua esiintyy paljon myös AIDS-, sydämen vajaatoiminta-, COPD- ja munuaisten vajaatoimintapotilailla. (Saarto ym. 2015, 45 - 47.) Saattohoidossa potilaalla on lähes aina kipuja tai ainakin pelkoa siitä. Kipu voi johtua esimerkiksi haavasta, kasvaimesta sekä liikkumattomuudesta. Kipu tuntuu usein jatkuvana kivun tuntemuksena tai ajoittain läpilyöntikipuna. Sen voimakkuuteen ja laatuun vaikuttavat potilaan perussairaus sekä kivun kokemistilanne ja se voi olla myös psykosomaattinen oire. Saattohoidossa tavoitteena on, ettei potilas koe kipua hoidon aikana eikä kuoleman lähestyessä. (Surakka ym. 2015, 36 - 37.) Potilaan kivun kokemiseen vaikuttavat myös esimerkiksi kivun vaikutukset jokapäiväisessä toiminnassa sekä kivun etenemisen säätely (Hänninen 2012a, 24).

Kuolevan potilaan kivun kokeminen on luokiteltu neljään kategoriaan. Ensimmäinen osa-alueena on fyysisyys, jolloin potilaan kipu johtuu sairaudesta ja sen oireista. Toisena on psyykkinen osa-alue, jolloin oma lähestyvä kuolema aiheuttaa kipua, levottomuutta ja surua. Kolmantena osa-alueena on potilaan hengellisyys, joka käsittää potilaan uskonnolliset ja elämäntarkoitukselliset kysymykset. Neljäntenä osa-alueena on potilaan sosiaalisuus, jolloin kipua aiheuttaa huoli perheestä, ystäväistä ja työstä. (Aalto 2000, 25.)

Potilaan kipua pystytään arvioimaan kysymällä potilaalta itseltään, havainnoimalla hänen käyttäytymistään sekä kysymällä läheisten mielipidettä. Kipua arvioitaessa pyritään selvittämään kivun syy, sijainti, haittaavuus ja voimakkuus. Apuvälineinä voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia kipumittareita ja – piirroksia. (Surakka ym. 2015, 37.) Lisäksi kipulääkkeen saannin jälkeen, on hoitohenkilökunnan arvioitava, onko kipulääkkeestä ollut potilaalle apua (Surakka ym. 2015, 65).

Kivun lääkitseminen täytyy aloittaa selvittämällä syy, mistä kipu johtuu (Aalto 2000,26). Kipua hoitetaan lääkityksellä, keskustelemalla ja konsultoimalla tarvittaessa esimerkiksi sosiaalityöntekijää tai pappia. Jokainen kokee kivun yksilöllisesti ja se voi johtua sekä fyysisistä että psyykkisistä syistä. On tärkeää, että kipu hoidetaan mahdollisimman hyvin, sillä kipu vaikuttaa potilaan yleistilaan, virkey-

teen ja liikkumiseen. (Surakka ym. 2015, 37.) Kivun lääkkettä tulee käyttää aina kuin mahdollista. Lääkkettä kivunhoitomenetelmiä ovat esimerkiksi liikunta, kognitiivis-behavioraalinen terapia sekä kylmä- ja lämpöhoidot. (Mäntyselkä ym. 2015.)

Kipulääkitystä aloitettaessa kovaan kipuun aloitetaan ensin nopeavaikutteinen vahva opioidi, jonka avulla selvitetään potilaan tarvitsema annos. Sen jälkeen voidaan siirtyä pitkävaikutteisiin valmistisiin ja antaa tarvittaessa lisäannos nopeavaikutteisista opioidia. Aloitusvaiheessa ei suositella fentanyyllaastaria, sillä sen vaikutus alkaa hitaasti. Laastariin voidaan siirtyä, kun potilas ei pysty enää ottamaan lääkkeitä suun kautta ja kun hän ei tarvitse infuusiota. (Siiskonen, Hamunen, Niemi-Murrola ja Kalso 2009, 3453 - 2358.) Säännöllisenä kipulääkityksenä potilaalla voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia sekä opioideja. Opioideista valitaan mieluummin vahva opioidi pienellä annoksella kuin heikko, sillä heikommassa opioidissa teho ei välttämättä riitä ja sivuvaikutusten riski kasvaa. Opioidit annostellaan potilaille yksilöllisesti, säännöllisesti ja kattoannosta ei ole. Opioideina käytetään morfiinia, oksikodonia, fentanyyliä, hydromorfonia ja metadonia. Lääkemuotoina ovat esimerkiksi suu kautta annosteltavat pitkä- ja lyhytvaikutteiset tabletit, laastarit ja ihon alle injektiona annettava lääke. (Hänninen 2012a, 24 - 25.)

Läpilyöntikipu tarkoittaa kipua, joka alkaa nopeasti, on vaikea-asteista ja kestää noin 30-60 minuuttia. Kyseisiä kipukohtauksia varten potilaalle on määrätty nopeavaikutteinen opioidi, jonka vaikutus alkaa nopeasti, on tehokas ja eliminaatio on nopeaa. Lääkkeinä käytetään morfiiniliuosta, oksikodonia, metadonia, ketamiinia ja fentanyyliä. Lääkkeen annostelu suuhun liuksena, bukkalisena tablettina ja resoriblettina, jolloin vaikutus alkaa nopeasti. Lisäksi fentanyyliä voi antaa intranasaalisesti, jolloin lääke imeytyy nopeasti nenän limakalvoilta. (Hänninen 2012a, 26.)

Potilaalla voidaan jatkuvana kivunhoitomuotona laskimoon lääkettä annostelevaa PCA- eli kipulääkepumppua. Pumpusta potilas voi saada jatkuvaa infuusiota ja tarvittaessa potilas voi itse painaa boluksen eli kerta-annoksen läpilyöntikipuun. Lääkäri määrittää etukäteen infuusionopeuden ja annokset sekä kuinka usein pumppu antaa boluksen. (Saano ja Taam-Ukkonen 2014, 271.) Potilas voi saada opioidin myös ihon alle infuusiona, mikäli hän ei kykene ottamaan lääkkeitä suun kautta. Lisäksi muiden kivun hoitomuotojen ollessa riittämättömiä voi lääkäri harkita epiduraalista ja spinäälistä kivun hoitoa. Infuusiopumppua voidaan käyttää myös kotihoidon asiakkailta. (Hänninen 2012a, 24 - 28.)

Ahdistus, pelko, masennus, kyllästyminen, väsymys ja unettomuus alentavat kipukynnystä. Potilaan oma käsitys hyvinvoinnistaan, sekä hänen mielialansa vaikuttaa koettuun kipuun. Kipua on vaikeampi sietää, jos potilas katsoo kivun tarkoittavan taudin etenemistä ja lähestyvää kuolemaa. Potilas voi olla tällöin haluton kertomaan kivuistaan lääkärille, mikä viivästyttää kipulääkityksen aloittamista. Kipulääkityksen aloittamista voi viivästyttää myös se että potilas pelkää, ettei kivun hoitamiseen ole muita keinoja opioidilääkityksen aloittamisen jälkeen. (Hänninen 2015.)

Ennen kuolemaa potilas voi muuttua tajuttomaksi ja kun hänellä ei ole enää sanoja, voi kipu ilmetä esimerkiksi levottomuutena. Tällaisissa tilanteessa kipulääke on hyvä antaa injektiona ja suun kautta annettavaa vastaava määrä lääkeainetta. (Aalto 2000, 27.)

3.3 Pahoinvointi

Pahoinvointi tarkoittaa kuvottavaa tunnetta, johon liittyy olennaisesti oksettava olo. Pahoinvointiin liittyy usein huimausta, brady- tai takykardiaa, päänsärkyä, ylävatsatuntemuksia ja lisääntynyttä syljeneritystä. Pahoinvointi ja siihen liittyvä oksentelu voivat heikentää elämänlaatua merkittävästi. (Saarto ym. 2015, 132 - 133.) Pahoinvoinnin alkulähteen selvittäminen on tärkeää, jolloin sitä osataan hoitaa ja lääkittää oikealla lailla. Potilaan pahoinvoinnin hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi Primperania (Metoklopramidihydrokloridimonohydraatti), Omeprazolia (omepratsoli) ja Ondansetronia (ondansetroni). (Hänninen 2012a, 12.)

Syöpäpotilailla pahoinvointia ja oksentelua esiintyy 30-70 prosentilla elämän loppuvaiheessa. Kroonisia tauteja sairastavilla (krooniset keuhkosairaudet, munuaisten- tai sydämen vajaatoiminta) pahoinvointia esiintyy jopa 50 prosentilla. Potilaat, joilla esiintyy pahoinvointia ja oksentelua, kärsivät usein myös alentuneesta ruokahalusta, uupumuksesta ja hengenahdistuksesta. (Saarto ym. 2015, 133.) Mahalaukun tyhjentymisen hidastuminen on yleensä syy, joka aiheuttaa pahoinvointia saattohoitopotilaalla. Pahoinvointi voi olla myös kytköksissä aineenvaihdunnallisiin syihin, ummetukseen, tulehdukseen, lääkkeisiin tai suolistotukokseen, joka voi olla kasvaimen aiheuttamaa. (Hänninen 2015, 32.) Pahoinvointi voi johtua myös pahoinvointikeskuksen aktivoitumisesta aivoissa. Toisinaan pahoinvointi voi olla myös liikepahoinvointia. (Hänninen 2012a, 12.)

3.4 Ravitseminen

Puhuttaessa palliatiivisen potilaan ravitsemushoidosta ovat tavoitteet melko erilaiset, kun niitä verrataan parantavan hoidon tavoitteisiin. Palliatiivisen ravitsemushoidon ensisijaisena tavoitteena on elämänlaadun ja potilaan hyvinvoinnin ylläpito, sekä mahdollisuuksien mukaan estää tai hidastaa ravitsemustilan heikkeneminen. Parantava hoito sen sijaan keskittyy toimintakyvyn, ravitsemustilan ja kehonkoostumuksen ylläpitoon. Palliatiivisen ravitsemushoidon toteutumisen kannalta on olennaista että potilas saa päättää itse hoidostaan. Parantavan hoidon aikana pyritään saavuttamaan potilaalle optimaalinen ravitsemustila. Yleensä tällaisessa hoidossa lääkäri sanelee, kuinka hoito toteutetaan. Palliatiivisessa hoidossa pyritään siihen että esim. ravitsemushoito toteutetaan yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Palliatiivisen hoidon kulmakivi on, että päätäntävalta on potilaalla. (Saarto ym. 2015, 332.)

Vaikeasti sairaan potilaan ruokahaluttomuudesta ja kuihtumisesta puhuttaessa voidaan käyttää termiä Kakeksia-anoreksia. Laihtumiseen vaikuttavat potilaan sairaudesta johtuvat aineenvaihdunnalliset syyt, ruokahaluttomuus ja heikentynyt ravinnonotto. Laihtumiseen liittyvä lihasmassan häviäminen johtaa nopeasti väsymyksen lisääntymiseen ja voinnin heikkenemiseen. Potilaan liikuntakyky

heikkenee ja hänen ulkonäkönsä voi muuttua. Kakeksia voidaan jakaa primaari- ja sekundaari muotoon. Sekundaariselle kakeksialle taustalla olevat syyt ovat yleensä hoidettavia kuten esimerkiksi huono ruokahalu. Ravitsemushoitoa olisi hyvä miettiä aliravitsemukseen johtaneiden syiden ja potilaan toiveiden ja ennusteen mukaan. Primaarisessa kakeksiassa alhainen ravitsemustila liittyy perustaudin etenemiseen. Tästä johtuva aliravitsemus on vaikeasti hoidettavissa, ellei samalla hoideta perustautia. (Saarto ym. 2015, 346.)

Saattohoitovaiheessa potilaan ennusteeseen ei enää juuri voida vaikuttaa ravitsemushoidolla. Eniten ravitsemushoidosta on hyötyä potilaille, joiden toimintakyky on vielä kohtalaisella tasolla. Sellaisten potilaiden kohdalla, jotka ovat jo pääosin vuoteeseen hoidettavia, ravitsemushoidon aloittamisesta ei ole enää hyötyä. Tässä vaiheessa myös toimintakykyyn ja ravitsemukseen vaikuttaminen on rajallista. Saattohoidossa olevan potilaan painon alenemisen ei pitäisi olla enää hoidon päämääränä, vaan keskitytään potilaan oireiden lievittämiseen, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisäämiseen, sekä mielialan kohentamiseen. Ravitsemushoidon tarvetta arvioitaessa on tärkeää olla selvillä, siihen johtaneista syistä ja siitä, miten niihin voidaan vaikuttaa. On myös tärkeää miettiä, miten ravitsemustila vaikuttaa potilaan elämänlaatuun. (Saarto ym. 2015, 346 – 347.)

Saattohoidossa oleva potilas saattaa olla siinä vaiheessa, jossa hän ei kykene syömään itse. Silloin vaihtoehtona antaa runsasenergistä ravintoa, jotta ravitsemustila saataisiin korjattua. Käytännössä tämä tarkoittaa aikaisemmista ravintorajoituksista luopumista. Eli diabeetikon on luvallista antaa syödä sokeria. Jos ruokahaluttomuus häiritsee potilasta itseään, on mahdollista käyttää lääkkeitä, jotka lisäävät ruokahalua (synteettiset progestiinit, steroidit). Ne kuitenkin lisäävät lähinnä rasvakudosta, eikä niiden käyttäminen tuo potilaalle lihasmassaa, jota kakeksian hoidossa tarvittaisiin. (Saarto ym. 2015, 347.)

Elämän loppuvaiheessa parenteraalinen ravitsemus ei ole enää vartenotettava vaihtoehto. (Saarto ym. 2015, 347). Parenteraalinen ravitsemus tarkoittaa suonensisäisesti annettavaa ravitsemusta. Sitä voidaan käyttää, kun potilas ei saa riittävästi energiaa ja ravintoaineita ruoansulatuskanavan kautta. (Bäcklund ja Mäkisalo 2014.) Potilaan ravitsemushoitoa järjestettäessä on tärkeää selvittää onko potilas kuolemassa tautiinsa vai nälkään. Tällöin huomioon tulisi ottaa potilaan ennuste, ravitsemushoidosta koituvat mahdolliset haitat, kuinka potilaan tila muuttuisi, jos ravitsemushoito päätettäisiin aloittaa, sekä mitkä ovat potilaan odotukset ja toivomukset ravitsemushoidon suhteen. (Saarto ym. 2015, 347.)

3.5 Nestehoito

Palliatiivisen hoidon potilaille ajoittainen kuivuminen on varsin yleistä. Terveelläkin ihmisellä pitkään jatkunut nestehukka aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia. Nestevajeen ylittäessä 5-7 prosenttia ihmisen kognitiiviset taidot sekä fyysinen toimintakyky heikkenevät. Nielemishäiriöissä, oksentelussa, anoreksiassa, deliriumissa, masennuksessa ja koomassa nesteen saanti vaikeutuu. Ensisijainen kui-

vumisen oire on virtsantulon väheneminen tai loppuminen kokonaan. Jano kuuluu toissijaisiin oireisiin. Myös sydämen vajaatoiminta, kasvojen punoitus, huimaus ja ruokahaluttomuus voivat olla merkki kuivumisesta. (Saarto ym. 2015, 159 - 160.)

Pitkälle edenneessä taudissa aineenvaihdunnalliset tekijät saavat aikaan elimistön kuivumisen. Monien lääkkeiden haittavaikutuksena on suun kuivuminen. Pahoinvoiva potilas voi kärsiä nestehukasta, koska pahoinvoinnin keskellä juominen usein unohtuu tai siihen ei vain kykene. Joskus potilas ei vain jaksa juoda. (Hänninen 2012b, 15.) Neste pyritään antamaan ensisijaisesti aina suun kautta. Nestehoidon pääkohtiin kuuluu energian saannista ja elektrolyyttitasapainosta huolehtiminen sekä menetetyn nesteen korvaaminen. Nestehoitoon suhtautuminen voi olla saattohoitovaiheessa ongelmallista, varsinkin jos suun kautta saatava nesteytys ei enää onnistu. Tämänkaltainen tilanne pitää sisällään monia eettisiä kysymyksiä, joihin saattohoitopotilaiden hoidossa joudutaan paneutumaan. (Saarto ym. 2015, 161.)

Potilaan ja omaisten vaatiessa parenteraalista nesteytystä on hyvä selvittää miksi he kokevat nestehoidon tarpeelliseksi. Jos nesteytykselle ei löydy estettä, voidaan sitä kokeilla 2-3 vuorokautta. Potilaan ja omaisten kanssa on tärkeää keskustella hoidon tavoitteista, joita ovat; elämänlaadun kohentaminen ja oireiden lievittyminen. Jos nestehoito ei tehoa, vaan potilaan olo jopa pahenee, tulee hoito keskeyttää. Saattohoitovaiheessa käytettävä nestemäärä on tavallisesti 1000-1500ml/vrk. Tässä vaiheessa ei enää pyritä menetysten täyteen korjaamiseen. Liika nesteyttäminen aiheuttaa monia ongelmia, kuten pleura- ja askitesnesteen lisääntymistä sekä turvotuksia. Tämän myötä potilaan vointi ei parane, vaan menee alaspäin. Suonensisäistä nesteytystä annettaessa täytyy tarkkailla laskimokanyylista johtuvia ongelmia. Ongelmia ovat pinnalliset tulehdukset, kanyloinnin vaikeus, paikalliset turvotukset ja sidoksista johtuva käden hikoilu. (Saarto ym. 2015, 161 - 162.)

Elimistön kuivuminen ei ole pelkästään negatiivinen asia. Kuivuminen vaikuttaa eritystoimintaan, joten potilaan tarve virtsata vähenee ja tällöin häntä tarvitsee liikutella vähemmän. Kuivumisen seurauksena limaa erittyy hengitysteissä vähemmän. Potilaan kivut saattavat vähentyä kuivumisen seurauksena esimerkiksi turvotus voi vähentyä kasvaimen ympärillä. (Hänninen 2012b, 15.)

Nestehoidolla on hyöty- ja haittapuolensa. Toisaalta sitä voidaan pitää perustarpeiden tyydyttämisenä ja elämänlaadun kohentamisena, mutta näin kajoavan hoidon ei pitäisi enää kuulua saattohoitovaiheeseen. Nestehoito kuuluu olennaisena osana välttämättömään perushoitoon, mutta siitä pidättäytyminen vähentää keuhkopöhön riskiä, sekä katetrin ja vuodehoidon tarpeellisuutta. (Saarto ym. 2015, 162.) Nestehoitoon liittyviin päätöksiin ei yleisesti ole kovin paljon aikaa. Päätös tehdään potilaan oman kannan, kliinisen tiedon, potilaan tilan ja hoitojen vaikuttavuuden perusteella. Yleisesti potilaan edun kannalta on parasta, kun minimoidaan toimenpiteet. (Hänninen 2008, 2606 - 2610.)

3.6 Hengenahdistus

Hengenahdistus tarkoittaa potilaan epämiellyttävää tunnetta, joka liittyy hengittämiseen. Potilaalla voi olla tunne, että hän tukehtuu, häneltä loppuu ilma, hengitys on työlästä tai rintakehä on kireä. (Lehto, Toikkanen ja Saarto 2011, 1089 - 1096.) Oire on hankala hoitaa ja se voi aiheuttaa pelkoa sekä potilaalle että omaisille. Lisäksi hengenahdistus yleensä lisääntyy, mitä lähempänä kuoleman hetki on. Potilaan loppuvaiheen oireita ovat esimerkiksi liman erityksen lisääntyminen, hengityskatkokset, yskä ja veriyskökset. (Hänninen 2001, 117.) Hengenahdistusta voivat aiheuttaa eri sairauksista ja sen oireista johtuvat hengitysteiden ahtautuminen, hengitystilavuuden alentuminen, hengitysvaimen heikkous, kipu ja psykososiaaliset tekijät (Saarto ym. 2015,97).

Hengenahdistukseen vaikuttavat useat osa-alueet, esimerkiksi fyysiset, psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset syyt. Potilaalla voi olla esimerkiksi fyysisen sairauden lisäksi taloudellisia huolia ja ahdistusta omasta kuolemastaan. Hengenahdistusta esiintyy yli 90 prosentilla keuhkohtaumatautia, 50 - 90 prosentilla keuhkosityöpää ja 60 - 80 prosentilla sydämen vajaatoimintaa sairastavista (Saarto ym. 2015, 92 - 94). Psykososiaalinen tuki on tärkeä osa potilaan hengenahdistuksen hoitoa. Psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja ahdistusta, hoidetaan kuuntelulla ja keskustelulla sekä tarvittaessa lääkehoidolla. Potilaalla voi olla pelkoja kuolemaan liittyen, joita on tärkeä kuunnella. Potilaalle kerrotaan oirehoidosta ja vakuutetaan hänelle, että henkilökunta tekee kaikkensa oireiden lieventämiseksi. (Lehto ym. 2011, 1089 - 1096.)

Potilaan hengitystä voidaan helpottaa tuulettamalla huoneilmaa ja antamalla lisähapetta happiviikillä tai -maskilla. Keuhkohtaumatauti- ja ALS-potilailla voidaan käyttää hengityksen auttamiseksi apuvälineinä esimerkiksi rikastettua happea tai CPAP-hoitoa. (Surakka ym. 2015, 44 - 47.) Happihoito voi rajoittaa potilaan liikkumista, kuivattaa potilaan limakalvoja ja aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta, joten sen tarpeellisuus täytyy miettiä tarkasti. Ilmavirran kasvoille voi luoda myös esimerkiksi tuulettimen avulla. (Lehto ym. 2011, 1089 - 1096.) Potilaan päivän ohjelmaa on tärkeää mukauttaa potilaan kunnon mukaan ja priorisoida päivän toiminnoissa (Saarto ym. 2015, 96). Fysioterapiasta voi hyötyä myös saattohoitovaiheessa oleva potilas. Häntä voidaan opettaa käyttämään liikkumisen apuvälineitä ja ohjeistaa erilaisia hengitystä helpottavia menetelmiä. Lisäksi potilas voidaan ohjeistaa istumaan ja nojaamaan kyynärpäät polviin, jolloin hengitys helpottuu. Vuodepotilaalle hyviä asentoja ovat puoli-istuva- ja kylkiasento. (Lehto ym. 2011, 1089 - 1096.)

Potilaalla voi esiintyä yskää, joka pyritään hoitamaan selvittämällä yskän syy, jota aletaan hoitaa. Mahdollisia syitä ovat esimerkiksi ahtauttava keuhkosairaus, hengitystieinfektio, aspiraatio ja syöpäkasvain hengitysteissä. (Surakka ym. 2015, 46.) Potilaalla voi olla myös runsaasti hengitystie-eritteitä ja limaisuutta, joka voi aiheuttaa potilaalle esimerkiksi rohisevaa yskää ja hengenahdistusta. Lääkettömänä hoitomuotona voidaan käyttää pulloonpuhallusta, jolloin liman yskiminen hengitysteistä helpottuu. Lääkkeenä voidaan antaa glykopurronia, keittosuolainhalaatiota ja mykolyyttejä. (Saarto ym. 2015, 103 - 104.)

Hengenahdistuksen lääkellisiä hoitomuotoja ovat opioidit, bentsodiatsepiinit, inhaloitavat lääkkeet, sairautteen kohdistuvat lääkkeet ja tarvittaessa sedaatio. Opioideja käytetään pienempinä annoksina kuin kivunhoidossa ja ne tehoavat pääasiassa keskushermostovaikutusten kautta. Bentsodiatsepiineja käytetään mikäli opioidit ja lääkkeettömät keinot eivät auta, jolloin ne voivat lievittää potilaan yleisoireita. (Saarto ym. 2015, 96 - 99.) Kortikosteroideja voidaan käyttää vähentämään kasvaimen aiheuttamaa turvotusta ja painetta (Lehto ym. 2011, 1089 - 1096).

3.7 Perushoito

Saattohoitopotilaan fyysiseen hoitamiseen kuuluvat ravitsemus ja siitä huolehtiminen, hengitysoireiden helpottaminen, hygieniasta huolehtiminen, uni- ja valvetrytmin ja unentarpeen arvioiminen sekä liikunta- ja asentohoidosta huolehtiminen. Lisäksi potilaan kipuja lievitetään ja hänen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehditaan. Oireiden ilmaantuessa pyritään selvittämään syy ja helpottamaan niitä. (Ridanpää 2006, 48 - 49.)

3.7.1 Toimintakyky

Potilaan päivittäistä toimintakykyä pyritään ylläpitämään kuolemaan saakka. Hoitajien työotteen tulee olla aktivoiva mutta samalla potilaan toiveita kuunteleva. Potilasta voi aktivoida ja hänen oloaan helpottaa pelkillä asennon muutoksilla. Kohoasennossa potilaan hengitys helpottuu, puhuminen on helpompaa ja ruokailutilanteet onnistuvat helpommin. Lisäksi potilasta avustetaan yksilöllisesti voimavarojen mukaan päivittäisissä toiminnoissa kuten pukeutumisessa ja riisuuntumisessa, jolloin tuetaan potilaan toimintakykyä mahdollisimman pitkälle. (Surakka ym. 2015, 39, 70 - 73.)

Omaa aktiivisuutta ylläpidettäessä nivelten liikkuvuus säilyy ja ehkäistään passivoitumisesta johtuvia kiputiloja sekä painehaavaumia. Apuna voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä ja tarvittaessa konsultoida fysioterapeuttia. Suomessa voidaan käyttää myös saunan lämpöä potilaan toimintakyvyn tukemisessa, sillä lämpö lisää nivelten liikkuvuutta ja on monelle tärkeä asia. Potilaan kannalta on tärkeää luoda hänelle tunne, että hän kykenee vielä itse toimimaan. (Surakka ym. 2015, 39, 70 - 73.)

3.7.2 Ihon hoito ja puhtaus

Saattohoitopotilaan ihon kunnosta on pidettävä erityisen hyvää huolta painehaavaumien ja mahdollisten muiden haavojen pahenemisen ehkäisemiseksi tai parantamiseksi. Haavat voivat johtua pitkästä paikallaan olosta voinnin heikentyessä, traumaista tai potilaan sairauksista, kuten syövästä. Haavoihin voi liittyä esimerkiksi kipua, eritystä, kutinaa, hajua ja ulkonäköhaittoja. (Surakka ym. 2015, 38.) Saattohoidossa olevien potilaiden haavojen hoidon tavoitteet ovat maltillisemmat. Tavoitteita voivat olla esimerkiksi kivun hoito, hajun ja erityksen vähentyminen tai sopivan paikallishoito- tuotteen löytäminen. (Saarto ym. 2015, 182.)

Potilaan ollessa pitkiä aikoja vuoteessa painehaavauman riski kasvaa koko ajan erityisesti lonkkien, ristiselän, pakaroiden ja kantapäiden alueella. Haavaumien ehkäisemiseksi hoitajien on avustettava

potilasta vaihtamaan asentoa vähintään 2-4 tunnin välein ja huolehdittava, että paine koviin ulokekohtiin on mahdollisimman pieni. Näin haavaumien syntymistä voidaan parhaiten ennaltaehkäistä. Painetta voidaan pienentää esimerkiksi erilaisilla asentotyynyillä ja painepatjalla, jotka pehmentävät alustaa. Asentoa vaihdettaessa ja potilasta siirtäessä esimerkiksi pyörätuolista sänkyyn on huolehdittava, että iholla ei ole voimakasta kitkaa tai venytystä. (Surakka ym. 2015, 40 - 41.)

Potilaan iho voi kutista elämän loppuvaiheessa monista syistä, kutinaa esiintyy noin yhdellä kymmenestä. Kutina voi olla esimerkiksi kuivasta ihosta johtuvaa eli pruritoseptiivista, hermojen sairaudesta johtuvaa eli neurologista sekä neurogeenista tai psykogeenistä. Neuropaattista kutinaa voi aiheuttaa esimerkiksi vyöruusun jälkitila, MS-tauti sekä aivokasvain ja neurogeenista esimerkiksi kolestaattinen kutina, jossa sappiteiden toiminta on estynyt. Psykogeenisessä kutinassa potilaalla on aistimusharha. Lisäksi potilas voi hikoilla voimakkaasti esimerkiksi lääkehoidon vuoksi. (Surakka ym. 2015, 38 - 39.)

Ihon hoidon tärkeimpiä hoitokeinoja ovat sauna, suihku ja kylpy. Potilaan ihon kunto on helppo ja hyvä tarkistaa pesutilanteessa. Samalla voidaan tarkistaa, onko potilaan ihossa kuivia tai punoittavia kohtia, joita hoidetaan aluksi perusrasvalla mutta tarvittaessa erikoisvoiteilla. Ihon punoitus voi johtua esimerkiksi alkavasta painaumasta. Rasvaus on tärkeä keino ehkäistä infektioita iholla ja ylläpitää ihon hyvää kuntoa. (Surakka ym. 2015, 39 - 40.) Tärkeä osa ihosta ja puhtaudesta huolehtimista on myös vaatteiden ja lakanoiden säännöllinen vaihtaminen. Materiaaleina voi suosia puuvillaa ja villaa, jotka tuntuvat miellyttäviltä potilaan iholla. Lisäksi on tärkeää huolehtia hiusten kampauksesta, joka on erityisesti naisille tärkeä asia. (Aalto 2000, 32 - 33.)

3.7.3 Eritystoiminta

Saattohoitovaiheessa ummetus on yleinen ja kipua aiheuttava oire. Ummetuksella tarkoitetaan harventunutta ulostamista, jolloin uloste on kovaa tai ulostaminen on vaikeaa. Ummetus voi johtua esimerkiksi vähäisestä liikkumisesta, vähäisestä juomisesta ja joistakin lääkkeistä, kuten voimakkaista kipulääkkeistä. Hoitona käytetään liikuntaa, nesteytystä, suolimassaa muokkaavia lääkkeitä sekä tarvittaessa pienoisperäruiskeita. (Surakka ym. 2015, 54 - 55.) Lisäksi ummetusta voidaan hoitaa vaihtamalla opioidi Targiniq-lääkkeeseen, joka sisältää oksikodonia ja naloksonia, jotka lievittävät ummetusta. Potilaalle voidaan antaa myös metyyliinaltreksoni-injektio, joka helpottaa opioidien aiheuttamaa ummetusta. (Hänninen 2012a, 11.) Ummetuksen hoidon tavoitteena on, että potilaan epämuokava olo ja helpottuu sekä suolen toiminta normalisoituu. Kuitenkin potilaan yleistilan laskiessa ja viimeisinä päivinä ennen kuolemaa suun kautta ja peräsuoleen annettavat laksatiivit yleensä lopetetaan, sillä ummetus ei ole enää ongelma. (Saarto ym. 2015, 144 - 146.)

Saattohoitopotilailla on ripulia selvästi harvemmin kuin ummetusta. Ripulin yleisin syy on liian suuri laksatiiviannos. Muita syitä ovat edeltävä antibioottihoito, haiman vajaatoimintaan liittyvät häiriöt ja ummetuksen viittaava ohivuotoripuli. Hoitona käytetään tarvittaessa loperamidivalmistetta. (Saarto ym. 2015, 264.)

Nestemäärien vähentyessä myös virtsamäärät pienenevät, tällöin potilasta kehoitetaan nauttimaan runsaammin nesteitä tai vaihtoehtoisesti häntä voidaan nesteyttää. Virtsaaminen voi olla kivuliasta, se ei onnistu tai voi esiintyä virtsankarkailua, jolloin voidaan käyttää vaippoja tai muita hygieniasuojia sekä huolehtia riittävän usein WC-käynneistä. Mahdollinen oireiden aiheuttaja on myös esimerkiksi kasvaimen aiheuttama virtsaumpi, jolloin potilas voidaan kerta- tai kestopatentoida tilanteen mukaisesti. Virtsaamisongelmista tulisi keskustella avoimesti ja selvittää ongelman syy. (Surakka ym. 2015, 56 - 57.)

3.7.4 Suun hoito

Kivut ja muut ongelmat suun alueella vaikuttavat potilaan päivittäiseen toimintaan ja elämänlaatuun. Ongelmia voivat olla esimerkiksi suun kuivuus, sieni-infektio, kipu ja ientulehdus. Tärkeimmät keinot suunhoitoon ovat hyvä suuhygienia sekä tarvittaessa suuvedet ja kipulääkitys. (Saarto ym. 2015, 116 - 117.) Suun hyvään hoitoon kuuluu hampaiden ja suun puhdistus aamuin illoin. Tarvittaessa myös kielen voi puhdistaa. Mikäli potilaalla on omat hampaat, tulee ne pestä fluorisäilyttävällä hammastahnalla. Hammasproteesien puhdistukseen käytetään niille tarkoitettuja tahnoja tai astianpesuainetta sekä niille tarkoitettua harjaa. Potilaan hampaaton suu puhdistetaan veteen tai suuveteen kostuteilla sidetaitoksilla tai superlontikulla. Suun hoidossa on tärkeää huolehtia myös limakalvoista ja huulista tarvittaessa kostuttaa niitä. (Saarto ym. 2015, 129 - 131.)

Potilaan kunnan heikentyessä hän saa mahdollisesti lisähappea, juomat eivät enää maistu ja suu voi olla auki jolloin suun limakalvot kuivuvat (Surakka ym. 2015, 46). Suun kuivumista voivat aiheuttaa myös esimerkiksi antokolinergit ja opioidit, jolloin suun hoitoon voidaan käyttää erilaisia kostuttavia suihkeita ja geelejä sekä kostuttaa suuta pienellä vesimäärällä (Hänninen 2012a, 11 - 14). Kuivan suun hoitoon auttavat myös parenteralihasten toiminnan stimulointi, riittävä nesteytys, ksylitolivalmisteet, öljyn sively limakalvoille, jääpalojen imeskely ja kuivan suun tuotteiden käyttö (Saarto ym. 2015, 119).

3.8 Psyykinen ja hengellinen tuki

Lähestyvä kuolema otetaan puheeksi usein liian myöhään. Elinajan arvionti ei ole helppoa. Niin potilaat kuin lääkäritkin ovat taipuvaisia arvioimaan jäljellä olevan ajan todellisuutta pidemmäksi. (Jyrkiö ja Hietanen 2015.) Kuolema pelottaa monia sen tuntemattomuuden takia. Kuolemaan liittyvä ahdistus ja kuolemanpelko, ovat tutkimusten mukaan suurimmillaan silloin, kun ihminen katuu jotain elämässään. Myös tunne tulevaisuuden menettämisestä vaikuttaa kuolemanpelon kokemiseen. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 53 - 54.)

Saattohoidon tarkoitus on tukea potilasta ja hänen perhettään kuolemaan liittyvissä tunteissa (Hänninen 2012b, 44). Saattohoidossa olevaa potilasta tuetaan arvostamalla häntä yksilönä, kuuntelemalla hänen toiveitaan ja tukemalla hänen turvallisuuden tunnettaan. Potilaan henkilökohtaiset asiat, kuten sosiaaliset ja vakaumukselliset asiat otetaan huomioon hoidossa. Hoitajan rooli on olla

läsnä ja ymmärtää ja lohduttaa potilasta. Hoitohenkilökunnan kunnioitus ja arvostus potilasta kohtaan lisää hänen yksilöllisyyden ja ainutkertaisuuden tunnettaan. Potilaalle täytyy ilmaista, että kaikki tunteet, myös negatiiviset, ovat sallittuja. (Ridanpää 2006, 46 - 47.)

Saattohoitoon kuuluvat olennaisesti keskustelut potilaan ja omahoitajan välillä. Heidän välilleen voi syntyä luottamuksellinen suhde, jossa potilas kokee että pystyy jakamaan arkaluontoisiakin asioita. Sairastuessaan hallitsemattomaan sairauteen, ihminen kokee olonsa avuttomaksi. Oman päätösvälän menettäminen ja joutuminen rutiinien kohteeksi lisäävät jo ehkä olemassaolevaa masennusta. (Hänninen 2012b, 44 - 45.) Siksi hoitotyöntekijän rooli potilaan kuuntelijana on äärimmäisen tärkeä. On tärkeää että keskusteluhetkiä on useita. Näin potilas ja hänen omaisensa on helpompi saada ymmärtämään sairautta ja siihen liittyviä kipuja. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 59.)

Jokainen saattohoitopotilas käsittelee lähestyvää kuolemaa yksilöllisesti. Silloin kun elämän rajallisuus tulee vastaan, vaatii tilanne usein sopeutumista ja kuluneen elämän käsittelyä. Moni huolehtii käytännön asioista, esimerkiksi siitä kuinka oma tai perheen talous tulisi järjestää. Mitkä asiat nousevat tärkeimmiksi riippuu kuitenkin täysin ihmisen elämäntilanteesta, persoonallisuudesta ja sukupuolesta. Kuoleman lähestyessä ihminen miettii usein kysymyksiä: Onko sairaus rangaistus jostain? Olenko ollut hyvä ystävä/puoliso? Olenko tehnyt kaiken mitä minun kuuluikin tehdä? Mitä lähempänä kuolema on sitä todennäköisemmin kuolevan ajatukset pyörivät sen ympärillä, mitä tästä maailmasta lähteminen tarkoittaa ja mitä on edessä. Nämä ovat asioita, joista on usein hankala puhua muille. Kuolevan toiveita omasta kuolinhetkestään ja sitä kenet hän haluaa vierelleen sen tapahtuessa, ajatellaan valitettavan vähän. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 60 - 61.)

Potilaalta täytyy kysyä, haluaako hän tavata omaan uskontoon tai kulttuuriin liittyvän henkilön, esimerkiksi papin. Sairaaloissa on tarjolla sairaalapapin palveluita. Kaikki kulttuuriin ja uskontoon liittyvät asiat ja tapaamiset ovat vapaaehtoisia ja potilaan itse päätettävissä. (Saarto ym. 2015, 275.)

3.9 Delirium

Delirium tarkoittaa sekavuusoireyhtymää, joka liittyy somaattiseen sairauteen tai kemialliseen aineeseen. Delirium huonontaa potilaan ennustetta ja voi johtaa potilaan kuolemaan. Deliriumille altistavat esimerkiksi korkea ikä, pitkälle edennyt syöpä, leikkaukset, opioidit ja heikentynyt kognitio. Oireille täytyy myös etsiä elimellinen syy, esimerkiksi infektio, kivut tai aivokasvain. Lisäksi viimeisinä elinpäivinä potilaalla voi olla niin sanottu kuolevan potilaan delirium, joka johtuu monielinvaurioista ja lyhyestä elinajasta. (Saarto ym. 2015, 170.) Sekavuutta esiintyy noin 25 - 85 prosentilla saattohoitopotilaista (Saarto ym. 2015, 264).

Deliriumille tyypillistä on oireiden nopea alkua ja vaihtelu. Potilas on usein desorientoitunut esimerkiksi aikaan tai paikkaan. Lisäksi potilaalla voi olla esimerkiksi tarkkaavaisuuden, tunnetilojen ja viireystilan vaihteluita. Myös uni-valverytmi voi häiriintyä ja aistiharhoja ilmaantua. Tyypillistä toimintaa on myös esimerkiksi vaeltelu ja eksyminen sekä hoitovälineiden tai vuodevaatteiden näprääminen. (Saarto ym. 2015, 170 - 171.)

Deliriumia hoidetaan korjaamalla provosoivat tekijät, hoitamalla altistavat tekijät, lääkehoidolla ja turvallisella hoitoympäristöllä. Yleisin lääke on psykoosilääke haloperidoli, joka annostellaan 30 - 60 minuutin välein potilaalle, kunnes hän on rauhoittunut. Lisäksi potilaalle voidaan antaa bentsodiatsepiineja, jolla voidaan hoitaa kiihtyneisyyttä ja levottomuutta. Mikäli muulla hoidolla ei ole riittävää vastetta, voidaan saattohoidossa potilaan hankalia oireita hoitaa myös sedaatiolla. (Saarto ym. 2015, 171 - 172.) Saattohoitopotilaan sekavuus on yleistä ja alkaa hitaammin kuin muu delirium. Oireet alkavat usein vähitellen ja hoidon lähtökohtana on tilanteen rauhoittaminen. Syitä sekavuuteen voivat olla esimerkiksi lääkkeet, kivut, elinten toimintakyvyn pettäminen ja ahdistuneisuus. Lääkkeellinen hoito on samanlaista kuin deliriumissa. (Saarto ym. 2015, 264.)

3.10 Kuolema

Kuoleman lähestyessä ihmisen vointi heikkenee ja hän tulee vähemmän tietoiseksi ympäristöstään, vastaa heikommin, voi olla levoton ja liikehtiä. Lisäksi nieleminen vaikeutuu ja hän ei pysty siten ottamaan lääkkeitä suun kautta. Hengitys muuttuu pinnalliseksi, haukkovaksi ja hänellä voi olla hengityskatkoja. Limaisuus hengitysteissä voi tehdä hengittämisestä äänekkästä. Lisäksi esimerkiksi jalkojen ja käsien iho on viileä ja iho muuttuu kalpeaksi ja raajoihin voi tulla muutoksia, jotka muistuttavat lautumia. Oireet ovat aina yksilöllisiä ja kaikkia oireita ei esiinny jokaisella. (Hänninen 2012a, 5.)

Omaisten tulee keskustella asiasta etukäteen henkilökunnan kanssa, haluavatko he olla kuolinhetkellä paikalla, jotta heihin voidaan ottaa tarvittaessa yhteyttä kuoleman lähestyessä. Lisäksi paikalla voi olla osaston henkilökuntaa, jos omaiset niin haluavat. (Aalto 2000, 40.) Paikalla ollessaan omaisia voidaan ohjeistaa esimerkiksi juttelemaan potilaalle, pitämään häntä kädestä tai silittämään kättä. Esimerkiksi silityksellä on rauhoittava vaikutus ja omaisen saa tunteen, että kykenee tekemään jotain ja on tilanteessa läsnä. Potilaan kuoltua omaiset voivat jättää rauhassa potilaalle jäähyväiset ja viipyä vainajan luona tarvitsemansa ajan. Tässä tilanteessa omaisille annetaan mahdollisuus surra ja heidän kanssaan voidaan keskustella. Tarvittaessa heille voi antaa myös rauhoittavaa lääkettä. (Aalto 2000, 40 - 41.)

Ihmisen kuollessa hän ei enää reagoi kipuun, silmät eivät reagoi valoon, aivotoiminta on lakannut, sydän on pysähtynyt ja hän ei hengitä. Kuoleman jälkeen iholle voi ilmestyä violetinpunaisia lautumia noin neljän tunnin jälkeen, ruumiin lämpötila laskee ja muutaman tunnin kuluttua ilmenee kuolonkankeutta, joka kuitenkin häviää vuorokauden kuluessa kuolemasta. (Aalto 2000, 47 - 49.)

Kuoleman jälkeen vainajan iho ja suu puhdistetaan, suljetaan suu ja silmät sekä hänet siistitään. Omaiset voivat halutessaan osallistua myös tähän prosessiin ja heidän toiveitaan kuunnellaan. Tilanteesta luodaan rauhallinen ja vainajaa ja omaisia kunnioittava. (Aalto 2000, 41.) Lääkäri tulee toteamaan kuoleman päiväsaikaan ja kirjoittaa kuolintodistuksen (Saarto ym. 2015, 276 - 277).

Läheisen ihmisen kuollessa voimakkaat reaktiot ovat normaaleja. Jokainen suree tavallaan, eikä menetyksen läpikäymiseen ole yhtä oikeaa tapaa. Saattohoidossa surun ja luopumisen tunteita saataan kokea jo ennen kuolemaa. Monelle tieto vakavasta, kuolemaan johtavasta sairaudesta on usein lamaannuttava kokemus ja sitä se voi olla myös omaiselle. Joskus kuolemanpelko on niin vahvasti läsnä, ettei potilas tai hänen omaisensa kykene käsittelemään sairauteen ja kuolemaan liittyviä tunteita. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 140 - 141.)

Henkilökunta valmisteleo omaisia läheisensä kuolemaa varten. He kertovat esimerkiksi merkkejä lähestyvistä kuolemasta, oireista, mihin täytyy varautua ja mitä seuraavaksi tapahtuu. Omaisten valmisteleminen tapahtuu asioiden toistoilla, omaisten tarpeiden kuuntelemisella ja asioiden näyttämällä. (Kehl 2015, 128.) Omaisia saattaa auttaa tiedon etsiminen. He voivat kokea, että tieto helpottaa kokemuksen ja kuoleman käsittelemistä. Omaisille tutuksi tullut henkilökunnan jäsen voi auttaa käsittelemään kuolemaan ja sairauteen liittyviä kysymyksiä yhdessä omaisten kanssa. Joskus ammattilaiset voivat joutua työskentelemään tosissaan, jotta omaiset saadaan ymmärtämään kuinka tärkeää puhuminen on. Puhumattomuuden vaarana on, että jotkin asiat voivat muodostua ongelmiksi läheisen kuoltua, koska niitä ei ole päästy käsittelemään. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 141.)

Pitkään kestävän sairauden kohdalla ei potilas ole ainoa, joka hiipuu hiljalleen. Myös omaiset väsyvät. Varsinkin kotona tapahtuvassa saattohoidossa omaiset osallistuvat hoitoon niin paljon kuin pystyvät. Tällöin tilanteen hyväksyminen tapahtuu vähitellen. On normaalia tuntee fyysistä väsymystä ja uupumusta, sillä oma vuorokausirytmii voi kääntyä päälle, varsinkin jos kaikki liikenevä aika vietetään kuolevan perheenjäsenen luona. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 142.) Anttosen väitöskirjan mukaan omaisista tuntui pelottavalta jäädä läheisen kuoleman jälkeen yksin (Anttonen 2016, 78). Menetyksen jälkeisestä surusta on tehty paljon tutkimuksia. Suru voidaan jakaa viiteen vaiheeseen: viha, kaupankäynti, kieltäminen, masennus ja lopulta hyväksyminen. Kaikki eivät käy jokaista vaihetta, vaikka sitä pidetäänkin ihmiselle ominaisena. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 144.)

Miesten tapa reagoida suruun on erilainen kuin naisten. Huumori ja viha näyttävät isommassa roolissa miesten kokemusmaailmassa. Miehet käsittelevät surua useammin tekemisen kautta, kuin näyttämällä tunteitaan. He voivat myös ajatella menetystä haasteena uhkan sijaan, jolloin mies käyttäytyy voimakkaiden tunteiden sijasta päämäärään suuntautuneesti. Onneksi näyttää siltä, että vihdoin ollaan irrottautunassa perinteisistä käytösnoormeista, joiden mukaan miehellä ei ole lupaa itkeä tai romahtaa. Naisilla on suurempi emotionaalisen tuen tarve, he myös kokevat surua tunnepitoisemmin. On kuitenkin tärkeää muistaa, ettei ihmisiä voi jakaa surunkäsittelijöinä, näin karkeisiin lokeroihin, vaan jokainen käsittelee menetystä parhaaksi katsomallaan tavalla. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 152.)

Kuolema, oli se äkillinen tai odotettu, voi tuoda mukanaan monenlaisia käytännön ongelmia. Hautausten ja muistotilaisuuden järjestäminen vaativat suunnittelua sekä yhteydenottoa eri tahoihin. Kun

omaisena on lapsi, vaatii hän enemmän huomiota hoitohenkilöstöltä. Varsinkin varhaisessa iässä olevien lasten on aikuisia vaikeampaa ymmärtää kuolemaa ja sen pysyvyyttä. Perhettä tulee pitää ja hoitaa kokonaisuutena, vaikka toinen vanhemmista olisi vaikeasti sairas. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 142.)

Lapsen ikävaiheen merkitys korostuu, kun perheessä sattuu kuolemantapaus. Viisivuotias lapsi voi ajatella kuolevan vielä kykenevän heräämään tai, jos hän vain on tarpeeksi kiltti isä tai äiti tulee takaisin. On ensiarvoisen tärkeää korostaa lapselle, ettei vanhemman sairastuminen ole millään lailla hänen syytään. Lapsi voi alkaa kiukutella esimerkiksi nukkumaanmeno tilanteissa, tämän taustalla on usein lapsen pelko siitä, ettei hän herää aamulla. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 142.)

Suru vaikeuttaa arjessa selviytymistä. Ihminen voi olla niin surun lamaannuttama että normaalin arjen hoitaminen vaikeutuu. Jos ympäristö ei pidä tätä hyväksyttävänä, voi ihminen alkaa peitellä suruaan. Psykoterapeutti Soile Poijula sanoo, että surutyö voi olla yksi raskaimmista kokemuksista, minkä ihminen käy läpi. Monet erilaiset tekijät vaikuttavat suruun ja kuolemaan esimerkiksi sukupuoli, kuolleen ikä, kuolleen ja surevan välinen suhde, omat tukijärjestelmät (perhe ja ystävät) sekä mielen tasapaino ja psyykinen terveys. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 143.)

Kehittämistyö on toimintaa, jonka tarkoituksena on tutkimustulosten pohjalta luoda, tuotantovälineitä tai -menetelmiä sekä uusia tai paranneltuja palveluita. Kehittäminen ja tutkimus ovat parhaimmillaan yhdessä, tutkimus voi tarjota toiminnalle perusteita, joka parantaa onnistumisen mahdollisuutta. Kehittäminen on kuitenkin mahdollista myös ilman tutkimusta. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 21.) Oma kehittämistyömme on tietystä aikataulussa etenevä projekti, jonka tuotoksena syntyi opas. Kehittämistyö pitää sisällään useita eri vaiheita, jotka etenevät tavoitteellisesti kohti päämäärää. (Heikkilä ym. 2008, 25.) Kehittämistyön vaiheisiin kuuluu ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnittelu- ja toteutusvaihe sekä arviointi- ja päättämisen vaihe. Loimme kehittämistyönämme oppaan, jota omaiset voivat hyödyntää tiedon hakemiseen saattohoidosta. (Heikkilä ym. 2008, 58).

Terveystieteiden kehittämissuunnitelman lähtökohdaksi pidetään yleensä uusien asioiden esille saamista, jonkin asian kehittämistä uusien ratkaisujen löytymistä olemassa oleviin ongelmiin. Terveystieteiden kehittämissuunnitelman tarkoituksena on etsiä edistyneempiä työkäytäntöjä vastaamaan sen hetkistä tilannetta. Tällaiset hankkeet kohdistuvatkin yleensä johonkin käytännön ongelmaan. Kehittämissuunnitelman ideat ja tarpeet voivat saada alkunsa terveystieteiden yksittäisten organisaatioiden ja työyhteisöjen kehittämissuunnitelmista ja strageioista, yksittäisen työntekijän aloitteesta, alueellisista tai valtakunnallisista ongelmista. (Heikkilä ym. 2008, 60.)

Opas sisältää tietoa saattohoidosta käsitteenä, potilaan oireiden mukaisesta hoidosta, kuoleman hetkestä ja hieman omaisten tukimuodoista. Oireiden mukaisesta hoidosta kerromme esimerkiksi lääkeshoidosta, perushoidosta ja nestehoidosta. Osastolla on käytössä jokaiselle uskontokunnalle omat oppaat ja suomen hautausseurojen liiton opas hautausjärjestelyistä. Sovimme Harjussa käydessämme, ettemme kirjoita esimerkiksi hautausjärjestelyistä erikseen meidän oppaaseemme. Oppaan on tärkeä olla ymmärrettävässä muodossa myös henkilöille, jotka eivät ole hoitoalalla, jotta omaiset ymmärtävät saattohoidosta mahdollisimman paljon (Kehl ja McCarty 2012, 242).

Hyvässä potilasohjeessa teksti on ymmärrettävää ja sen sisältö on kattava. Asioiden esittämisjärjestys on yksi isoimmista, ymmärrettävyyteen vaikuttavista tekijöistä. Jokainen teksti pitää sisällään juonen, jota lukijan on pystyttävä seuraamaan. Juonen ei tarvitse aina kulkea samalla tavalla, sen voi esittää tärkeys-, aika- tai tapahtumajärjestyksessä. Järjestystä miettiessä kannattaa missä tilanteessa ohjetta luetaan, tai mitä sillä halutaan saada aikaan. (Hyvärinen 2005, 1.)

Ihminen saadaan noudattamaan neuvoja parhaiten silloin, kun niiden noudattaminen ei haittaa merkittävästi hänen elämäänsä. Ohjeiden perustelevuus korostuu, mitä enemmän potilas joutuu ponnistelemaan niiden noudattamiseksi. Kaikkein hyödyllisin tapa perustella jotakin, on kertoa, mitä hyötyä ohjeen noudattamisesta koituu potilaalle. (Hyvärinen 2005, 2.)

Otsikot keventävät ja selkeyttävät ohjetta. Jo pääotsikosta tulisi käydä ilmi mitä ohje käsittelee. Väliotsikoiden on taas tarkoitus auttaa sisällön hahmottamisessa. Väliotsikoiden määrässä ei kannata

liioitella, vaan jokaisen otsikon välissä tulis ainakin olla kaksi kappaletta. Lause tai virke pitäisi ymmärtää, jo ensimmäisellä lukemiskerralla. Liian pitkän lauseen ongelmana on yleensä suuri määrä sisäistettäviä asioita, jotka eivät pysy ensimmäisellä lukukerralla mielessä. On tärkeää pitää mielessä että potilasohjeen lukija on yleensä tavallinen ihminen, joten termien ja lyhenteiden viljeleminen tekee tekstistä vain vaikeasti ymmerrättävää. Jos esimerkiksi lääketieteen termien käyttö on välttämätöntä, tulisi ne avata tekstissä. (Hyvärinen 2005, 2 - 4.)

Potilasohjeille ei ole olemassa vähimmäis- tai enimmäispituutta. Lyhyt teksti kuitenkin ilahduttaa useampia. Liiallista yksityiskohtaisuutta kannattaa välttää, sillä se saa lukijan vain hämmentymään. Ohjetta laatiessa on tärkeää pitää mielessä, mistä se luetaan ja missä se julkaistaan. Potilasohjeen tekstin tulisi olla huoliteltua. Lukukokemukseen vaikuttaa myös sivujen taitto, ulkoasu ja tekstin asettelu. Kuvien käyttöä kannattaa harkita, varsinkin jos ne auttavat lisäämään tekstin selkeyttä. (Hyvärinen 2005, 4.)

6 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kehittämistyönä saattohoito-opas Lehtola-kotiin. Aihe oppaaseen tuli Lehtola-kodista ja me vastasimme työn toteutuksesta. Teimme koko prosessin ajan tiiviisti yhteistyötä, jotta työmme palvelisi mahdollisimman hyvin osaston tarpeita. Kehittämistyön tuotoksena valmistui opas, jota voivat hyödyntää Lehtola-kotiin tulevat potilaat ja heidän omaisensa. Oppaasta he saavat perustietoa saattohoidosta, jonka lisäksi hoitajat täydentävät osastolla asioita yksilöllisesti. Opas on tarkoitus antaa yhdessä osastosta kertovan infovihkon kanssa, potilaan saapuessa osastolle.

Oppaan tavoitteena on, että omaiset saavat riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa helposta lähteestä. Opas tulostetaan heille, joten he voivat aina halutessaan lukea eri osa-alueita uudelleen. Lisäksi hoitajat voivat hyödyntää opasta työssään, suullisen ohjauksen tukena.

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetöemme on kehittämistyö, joka koostuu oppaasta eli kehitettävästä työstä ja kirjallisesta raportista (Liukko 2012). Kehittämistyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka lopullisena tuotoksena on konkreettinen tuote. Meidän tuotteemme on opas, joka sisältää tietoa omaisille. Oppaan tärkeimpiä kriteereitä ovat käytettävyys kohderyhmässä, asiasisällön sopivuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Oppaan tekstit on suunniteltu niin, että ne palvelevat kohderyhmää. Opas on A4-kokoinen. Kaikki oppaassa käytetyt kuvat olemme saaneet Lehtola-kodista. (Vilka ja Airaksinen 2004, 51 - 52.)

7.1 Ideointi- ja suunnitteluvaihe

Työssämme oli mukana kolme osapuolta: opiskelijat eli me tekijät, ohjaava opettaja ja työn tilaaja eli Lehtola-koti (Heikkilä ym. 2008, 97). Kehittämistyön käynnistämiseksi tarvitaan mielekäs ja toimiva idea. Jotta ideat alkavat kehittyä työksi, vaaditaan niihin tarttumista ja todeksi tekemistä. Ideointia voidaan pitää onnistuneena, kun se on sponttaania ja vapaamuotoista yhteistyöskentelyä. (Heikkilä ym. 2008, 61.) Työprosessimme aluksi päätimme, että opinnäytetyömme aihe liittyy saattohoitoon, jonka jälkeen aloimme etsiä Kuopiosta sopivaa yksikköä, johon voisimme ottaa yhteyttä. Kysyimme tutoropettajaltamme asiasta ja hän kertoi Harjulan sairaalan osastosta seitsemän, eli Lehtola-kodista. Otimme yhteyttä osaston osastonhoitajaan ja kysyimme heidän tarvettaan jonkinlaiselle saattohoito oppaalle. Pian meille vastattiin, että osastolla olisi tarve omaisille suunnatulle oppaalle. Kyseinen aihe sopi meille paremmin kuin hyvin ja saatuaamme koululta vahvistuksen oli aika aloittaa opinnäytetyön tekeminen.

Teimme heti prosessin alussa SWOT-analyysin työstämme, jotta hahmottaisimme eri osa-alueita paremmin. SWOT-analyysi tulee englanninkielisistä sanoista strengths (vahvuudet), weaknesses (heikkoudet), opportunities (mahdollisuudet) ja threats (uhat). (CommunityTool Box 2014.) Työmme vahvuuksia olivat teoriapohjalta rakennettu kuvaus saattohoidosta, kummankin tekijän vahva mielenkiinto aihetta kohtaan ja halu työskennellä saattohoidon parissa tulevaisuudessa. Lisäksi auttoi että tunsimme toisemme työparina jo etukäteen, mikä helpotti työskentelyämme ja yhteydenpitoamme. Pidimme työmme mahdollisena heikkoutena sitä saisimmeko tehtyä teoriaosuudesta tarpeeksi kattavan. Työn mahdollisuus oli tehdä hyvä opas, joka tavoittaa omaiset ja jota mahdollisesti voidaan pienten muokkausten jälkeen jakaa myös muihin terveydenhuollonyksiköihin, kuin vain Lehtola-kotiin. Työn uhkana pidimme oppaan tekemistä ja sitä, saisimmeko koottua siihen oikeanlaista tietoa sekä esitettyä sen vieläpä lukijaa kiinnostavasti.

7.2 Käynnistys- ja toteutusvaihe

Ensimmäinen opinnäytetyöhön liittyvä tapaaminen pidettiin Lehtola-kodissa syyskuussa 2016. Tapaamisen jälkeen meille selkiytyi, mitä työmme tulisi pitää sisällään. Hyväksytyn aihekuvauksen esitimme lokakuussa 2016. Aihekuvausten jälkeen aloimme tekemään työsuunnitelmaa, joka hyväksyttiin joulukuussa 2016. Teimme työmme eli kehittämistyön opiskelijoina, joten eri osapuolten täytyi tehdä työstä toimeksiantosopimus. Sopimuksen allekirjoittavat opiskelija tai opiskelijaryhmä, työn ohjaava opettaja ja työn tilaaja. Sopimuksen avulla määritellään aikataulu, kunkin osapuolen vastuut sekä työn tavoite ja toimintapa. Kun työ on saanut myönteisen rahoituspäätöksen ja hankesuunnitelma on tehty sekä hyväksytetty eri osapuolilla, voidaan työ virallisesti käynnistää. Kävimme joulukuussa Lehtola-kodissa allekirjoittamassa yhteistyö- ja hankkeistamissopimukset. Sovimme keskenään myös mahdollisten kustannusten jakamisesta, joita ovat ainoastaan työn painatuskulut, jotka menevät Lehtola-kodille. (Heikkilä ym. 2008, 91 - 97.) Sopimusten kirjoittamisen jälkeen aloimme työstää opasta ja kirjoittaa lopullista raporttia.

Toteutusvaihe on hankkeen varsinainen työskentelyvaihe, jossa laaditut suunnitelmat laitetaan käytäntöön, ongelmiin haetaan ratkaisua ja testataan niiden toimivuutta käytännössä. (Heikkilä ym. 2008, 99). Esitimme työsuunnitelmamme tammikuussa 2017. Saimme opponenteiltamme hyvää ja rakentavaa palautetta, jonka perusteella muokkasimme kirjallisen työn sisältöä ja rakennetta. Tammikuussa laitoimme ensimmäisen version oppaasta osastolle. Lehtola-kodissa osaston henkilökunta luki ja kommentoi tekstiä. Kävimme paikan päällä kuuntelemassa palautetta ja suunnittelemassa jatkoa osastonhoitajan kanssa. Palautteesta kävi ilmi, että olimme kirjoittaneet liian laajasti ja yksityiskohtaisesti eri aiheista, eli työ kaipasi reilusti tiivistämistä. Saimme osastonhoitajalta oppaan takaisin sähköisenä versiona, johon oli merkitty muokkausta kaipaavat kohdat. Teimme tarvittavat muokkaukset, jonka jälkeen laitoimme työn takaisin osastolle arvioitavaksi.

Kävimme yhdessä tammikuussa TVT-pajassa, josta saimme lisää vinkkejä oppaan tekemiseen. Kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta sähköisessä muodossa olevan oppaan tekemisestä, joten ilman pajaa olisimme tuskin päässeet alkuun. Päätimme tehdä työn Word-ohjelmalla, joka oli meille ennestään tuttu ja helppokäyttöinen. Toinen meistä kävi tammikuussa myös ABC-pajassa, josta saimme vinkkejä esimerkiksi kieliasuun, lähteiden merkitsemiseen ja oikeinkirjoitukseen.

Tammi-maaliskuun aikana kirjoitimme kirjallista raporttiamme eteenpäin, lisäsimme teoretietoa ja muokkasimme tekstiä sujuvammaksi. Raportista selviää mitä, miksi ja miten olemme tehneet ja mikälainen työprosessi on ollut. Lisäksi pohdimme omaa suoriutumistamme ja oppimistamme. Tavoitteenamme on tehdä raportista johdonmukainen ja yhtenäinen kirjallinen tuotos. Laitoimme raportin säännöllisesti opettajallemme ja oppaan osastolle luettavaksi, jotta saisimme työstämme mahdollisimman hyvän. (Vilkkä ja Airaksinen 2004, 65 - 68.)

Toinen meistä kävi ABC-pajassa maaliskuussa 2017, jolloin äidinkielen opettaja oli lukenut työmme ja kertoi huomioitaan. Asiat, joista saimme palautetta, koskivat kongruenssia eli meidän täytyi muokata subjektiivit ja predikaatit samaan muotoon. Muut muokattavat asiat olivat pieniä ja koskivat työn rakennetta Word-tiedostossa. ABC-pajan jälkeen laitoimme työmme ohjaavalle opettajallemme, joka luki työn ja antoi meille hyvää palautetta sekä muutamia muokausehdotuksia.

Kokosimme Lehtola-kodista saatujen muokausehdotusten perusteella oppaan tekstin lopulliselle Word-pohjalle ja muokkasimme rakenteen mahdollisimman pitkälle maaliskuun alussa. Jätimme tekstin väliin kysymyksiä Lehtola-kodin henkilökunnalle, että miten he tietyt asiat haluavat sekä jätimme tyhjiä kohtia kuville. Varsinaisen oppaan rakentumisessa hyödynsimme osaston henkilökuntaa mahdollisimman paljon, jotta oppaasta tulisi juuri heidän tarpeilleen sopiva. Koimme, että työ tehdään ennenkaikkea heille ja heidän tarpeisiinsa, joten on tärkeää kuunnella heidän mielipiteitään. Saimmekin maaliskuun lopussa oppaan takaisin Lehtola-kodista ja he olivat merkinneet haluamansa muutokset. Lisäksi he olivat päättäneet, että haluavat käyttää heillä itsellään olevia Hanna Sepän ottamia luontokuvia. Tämä sopi meille hyvin. Teimme muutokset tekstiin, muokkasimme fontin kooka ja lisäsimme kuvat heti seuraavana päivänä ja lähetimme työn takaisin heille sekä opettajallemme arvioitavaksi. Saimme fontin osastolta, jotta käyttämämme fontti olisi yhtenäinen osaston esittelylehdisten kanssa.

Maalis-huhtikuun vaihteessa teimme tiivistä yhteistyötä Lehtola-kodin osastonhoitajan kanssa ja lähetimme sähköpostin välityksellä oppaan versioita toisillemme ja teimme muokausehdotuksia puolin ja toisin. Projektin loppuvaiheessa muokkaus koski lähinnä yksittäisiä sanavalintoja ja lauserakenteita sekä kuvien koon ja paikan muokkausta. Olemme käyttäneet raportissa sanaa omainen, mutta oppaassa puhumme omaisista läheisinä osaston henkilökunnan toiveiden mukaisesti. Useiden muokkauksen jälkeen työ alkoi miellyttää molempia osapuolia. Tiivis yhteistyö prosessin aikana osaston kanssa oli mielestämme välttämätöntä, sillä kumpikaan meistä ei ole koskaan työskennellyt kyseisellä osastolla, emmekä täten tienneet osaston tarkkoja käytäntöjä. Siksi olimmekin tyytyväisiä hyvästä ja tiiviistä yhteistyöstä, joka varmasti tuki molempia osapuolia.

Maaliskuussa aloimme tekemään työn englanninkielistä tiivistelmää, joka pidimme yhtenä haastavimmista osista. Etsimme tiivistelmään eri sanakirjoja käyttäen englanninkielisiä sanoja, jotka olisivat mahdollisimman hyviä ja osuvia meidän tarkoitukseemme. Tiivistelmä eteni lause kerrallaan yhteisvoimin ja helpotus oli suuri kun saimme sen valmiiksi. Lähetimme tiivistelmämme englannin opettajalle, joka hyväksyi sen.

Sovimme huhtikuun 2017 alkuun tapaamisen ohjaavan opettajamme kanssa, jotta saisimme yhdessä katsottua työn läpi. Lisäksi tarvitsimme lisätietoa seminaareista, työn palautuksesta, aikatauluista ja muista käytännön asioista. Saimme opettajaltamme hyvää palautetta ja totesimme yhdessä, että työ on viimeisiä tarkastuksia vaille valmis. Tarkastimme tapaamisen jälkeen, että lähteet ovat oikein ja luimme työmme kriittisesti läpi. Sen jälkeen varasimme työn esitysajan ja laitoimme työn äidinkielenopettajalle kommentoitavaksi. Saimme äidinkielenopettajalta muutosehdotuksia, jotka teimme nopealla aikataululla. Muutosten jälkeen lähetimme työn sähköisesti ohjaavalle opettajallemme sekä opponenteille. Lisäksi tulostimme työn ulkopuoliselle arvioijalle arviointia varten.

7.3 Päätätimis- ja arviointivaihe

Kun hanke päättyy, on varmistettava että kaikki hankkeessa tehdyt tuotokset ja tulokset toimitetaan toimeksiantajalle. Kehittämishankkeen päätösvaiheessa on tärkeää muistaa tallentaa, kerätä ja siirtää eteenpäin kehittämisen aikana saadut kokemukset. Tavoitteena on kerätä jatkosuunnitelmat, ongelmatilanteet ja niiden ratkaisut sekä parannusehdotukset tulevaisuutta ja myöhempiä kehittämishankkeita varten (Heikkilä ym. 2008, 121.) Opinnäytetyöstä ei tullut meille kustannuksia, sillä teimme työstämme sähköisen version, joten tulostuksesta koituvat kustannukset tulevat osastolle. Tekoprosessin aikana tulostimme työtämme aina koululla, joten tulostuksesta ei tullut meille kustannuksia. Tapasimme aina jomman kumman luona tai koululla, joten pystyimme liikkumaan matkat kävellen tai pyörällä eikä matkakustannuksiakaan tullut.

Opas on tehty Wordilla A4-kokoisena. Alun perin oli tarkoitus, että osastolla vihkoa tulostetaan A5-kokoiseksi. Osastolla on kuitenkin ollut kevään 2017 käynnissä kehittämisprojekti, jonka pohjalta he tekevät jokaiseen potilahuoneeseen kansiot. Sovimme osastonhoitajan kanssa, että teemme fontit, kuvien sijoittelun ja muut ulkonäköön liittyvät asiat niin, että ne toimivat A4- ja A5-kokoisina. Näin he voivat laittaa oppaan kansioon muovitaskuihin selkeäksi kokonaisuudeksi ja tarvittaessa tulostaa oppaan vihkoksi.

Tilajallamme oli tarvetta potilaiden omaisille suunnatulle oppaalle. Oppaan valmistuttua he voivat aina potilaan tullessa osastolle, antaa infopakettina osaston esittelyvihkon ja esitellä oppaamme potilashuoneen kansiosta tai tarvittaessa tulostaa omaisille oman oppaan. Oppaamme antaa omaisille mahdollisuuden lukea rauhassa perustietoa saattohoidosta ja heillä on myös mahdollisuus kysyä täsmäntäviä kysymyksiä osaston henkilökunnalta. Uskomme, että tämä tulee helpottamaan sekä omaisia että henkilökuntaa. Kohderyhmänä omaiset ovat haastava, sillä heille annettava tieto ei saa antaa liikaa lupauksia tai pelotella tulevasta. Lisäksi tiedon täytyy olla riittävän yksinkertaista ja selkeää, jotta he pystyvät vastaanottamaan sen. Tiivis yhteistyö Lehtola-kodin kanssa prosessin aikana teki työstä varmasti kaikin tavoin paremman, sillä meillä oli nyt usean eri henkilön näkökulma työhön. Työtämme arvioivat tekovaiheessa me tekijät, opettajamme, opponijjat, muutama ystävämme sekä Lehtola-kodin hoitajat ja osaston lääkäri.

Teimme työn alussa SWOT-analyysin työmme eri osa-alueista. Sanoimme silloin, että työn vahvuuksia ovat teoriapohja saattohoidosta, molempien mielenkiinto aihetta kohtaan ja se, että tunnemme entuudestaan. Nyt työn loppuvaiheessa asiaa ajatellessamme juuri nuo olivat vahvuuksiamme ja auttoivat meitä työn tekemisessä. Meitä helpotti se, että kun toisella oli ongelma ja tarvitsi apua, pystyimme aina kysymään toisiltamme apua tai mielipidettä. Meillä oli myös samanlainen näkemys esimerkiksi eri sanavalinnoista ja äidinkielellisistä asioista, joka helpotti keskinäistä työskentelyämme. Yhdeksi vahvuudeksi voimme kuitenkin jälkikäteen lisätä hyvän yhteistyön Lehtola-kodin kanssa.

Heikkoudeksi valitsimme sen, saammeko työmme teoriaosuudesta tarpeeksi kattavan varsinaista opasta ajatellen. Asia meni kuitenkin päinvastoin, sillä meidän kirjoittamamme teoratiedon määrä suhteessa oppaaseen tulevaan tietoon oli todella runsasta. Jälkikäteen ajateltuna olisimme voineet laittaa työn mahdolliseksi heikkoudeksi, ettemme ole koskaan työskennelleet osastolla, emmekä siten tunne juuri kyseisen osaston tapoja.

Mahdollisuus oli tehdä hyvä opas, joka tavoittaa lukijansa ja on heille riittävän selkeä. Tähän tavoitteeseen mielestämme pääsimme. Työstämme valmistui selkeä opas, joka on tehty kohderyhmää ajatellen lauserakenteista ja sanavalinnoista lähtien. Kohderyhmä työssämme oli melko haastava ja herkkä, joten työtä tehtiin ajatuksen kanssa ja heitä ajatellen.

Uhkana pidimme sitä, saammeko oppaaseen oikeanlaista tietoa ja esitettyä sen kiinnostavasti. Uhka tähän todellakin oli, mutta hyvällä yhteistyöllä, muokkauksella ja kriittisellä arvioinnilla saimme mielestämme oppaaseen juuri oikeanlaista tietoa. Kiinnostava oli ehkä aluksi väärä sana kuvaamaan tietoa, joka oppaastamme löytyy. Mielestämme parempia sanoja ovat tarpeellinen ja asiakaslähtöinen ja tiedot oppaassa ovat juuri niitä asioita.

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Työmme aihe herättää jokaisessa ajatuksia ja siten myös paljon eettisiä kysymyksiä. Kuolema on välttämätön osa elämää, joten myös kuoleman hetkestä tulisi tehdä hyvä ja arvokas. Kuolemaan voi liittyä ahdistavia tunteita, sillä elämä päättyy siihen. (Aalto 2000, 255.) Saattohoidossa eettisiä arvoja ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja koskemattomuus. Kuolevan ihmisen arvo ei muutu sairauden myötä ja hänet tulee pitää ajan tasalla omasta tilanteestaan. Potilas saa itse olla päättämässä omasta hoidostaan tai hoitamatta jättämisestä sekä siihen liittyvistä asioista. Saattohoidossa olisi ihanteena, että ihminen näkisi myös kuolemassaan jotain kokemuksen arvoista. (Aalto 2000, 262-265.)

Lääketieteen tavoitteena ei ole sinällään tavoitella pitkää ikää, vaan hyvää elämää. Tavoitteisiin voidaan myös lukea se, että ihminen kykenee säilyttämään toimintakykynsä ja itsenäisyytensä mahdollisimman pitkään. (ETENE 2002, 25.) Ihminen ei muutu kuolemattomaksi, kehittyi tiede miten paljon tahansa. Kuolema ei ole sarja ennaltaehkäiseviä sairauksia. Elämän luonnollisena päätepisteenä on pidettävä kuolemaa. Ainoastaan ennenaikaista kuolemaa vastaan on järkevää taistella. Lääketieteen etiikan ydinasioita ovat kuolemaan liittyvät kysymykset. Jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari on se kuinka kuolevaa potilasta kohdellaan. (ETENE 2002, 25.)

Kuolevan hoito ei ole Suomessa tai monessa muussakaan maassa sillä tasolla, millä sen pitäisi. Kuolemasta on tullut lääketieteen vihollinen teknologian ja tieteen edistymisen myötä. Näiden kahden kilpaillessa hyvän elämän tavoittelu on unohtunut ja tautikeskeinen ajattelun on lisääntynyt. Kun sairauden kulkuun ei voida enää vaikuttaa, ihmisen hoitamisen ei katsota enää kuuluvan lääketieteelle. Tämän ajattelutavan vuoksi kuoleman kohtaaminen ei ole juuri saanut sijaa terveydenhuollon koulutusyksiköiden opetusohjelmissa. (ETENE 2002, 25.)

Suomella on hyvät edellytykset kehittyä malliesimerkiksi saattohoidon suhteen. Tähän vaikuttaa osittain se, että kaikki kansalaiset ovat julkisen terveydenhuollon piirissä. Suomea voidaan pitää edelläkävijänä. Suomi on ensimmäinen maa, jossa kuolema on määritelty tarkoittamaan samaa kuin aivo-kuolema. Suomessa on myös laadittu ensimmäisenä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (ETENE 2002, 25.)

Suomessa on hyväksyttyä vaivuttaa potilas uneen eli sedatoida, mikäli hän hereillä ollessaan kärsii sietämättömästi. Potilas voi kuolla sedaation aikana, mutta se ei silti tarkoita eutanasiaa. Eettisiä ongelmia ilmenee, mikäli potilas, omaiset tai henkilökunta eivät ymmärrä asiaa tai saa riittävästi tukea. Lisäksi eettisiä ongelmia voi ilmetä, jos sedaatio pitkittyy. Sedaatiota tuleekin tarjota vasta kun potilas on saanut kaikilla osa-alueilla asianmukaisen hoidon ja potilas-lääkärisuhde on riittävän luotamuksellinen. (Saarto ym. 2015, 271.)

Kehittämishankkeissa tulisi hyödyntää yhä enemmän jo olemassaolevaa tietoa. Tällöin jo olemassaolevan tiedon varaan voi rakentaa myös omaa toimintaansa. Tämä lisää myös tulosten luotetta-

vuotta. (Heikkilä ym. 2008, 104.) Oman kehittämistyömme teorian tieto perustuu eri kirjallisuuslähteisiin. Pyrimme valitsemaan mahdollisimman uutta lähdemateriaalia, jotta oppaan ja kirjallisen työn sisältö ei olisi ristiriidassa nykyisten suositusten kanssa. Oppaassa esitettävä tieto on koottu yhteen useista eri lähteistä ja tieto on näyttöön perustuvaa. Mielestämme uudet ja kriittisesti valitut lähteet lisäävät työn luotettavuutta. Valitsimme lähteiden joukkoon myös kansainvälisiä lähteitä luotettavuuden lisäämiseksi. Lähteiden merkitsemiseen käytimme Savonia-ammattikorkeakoulun yleisiä ohjeita ja pidimme huolen, että lähteet on merkitty yhtenäisesti ja ohjeen mukaisesti.

Oppaamme on pyritty kokoamaan selkeäksi kokonaisuudeksi, joka on helppo sisäistää. Tässä saimme apua Lehtola-kodin henkilökunnalta, jolla on pitkäaikaista kokemusta saattohoitopotilaan hoidosta ja omaisten kohtaamisesta. Oppaan teksti on muokattu mahdollisimman tiiviiksi ja yksinkertaiseksi, jotta surun keskellä oleva omainen pystyy ymmärtämään lukemaansa. Olimme aluksi kirjoittaneet asioista liian yksityiskohtaisesti, mutta Lehtola-kodin henkilökunnan avulla poistimme yksityiskohtia, jotta opas olisi mahdollisimman yleispätevä eikä antaisi omaisille turhia lupauksia potilaan hoidosta. Tärkeintä mielestämme on, että työ palvelee tarkoitustaan eli omaisia. Oppaan ulkoisuuden halusimme pitää mahdollisimman pelkistettynä, jotta olennaiset asiat löytyvät helposti. Saimme Lehtola-kodista muutamia kuvia ja Kuopion kaupungin logon käyttöömmekin, jotka liitimme työhömmekin. Emme halunneet oppaaseen reunoja tai muita koristeita, sillä koimme, että ne tekisivät kokonaisuudesta sekavan.

8.2 Ammatillinen kasvu

Ammatillinen kasvumme on ollut koko opinnäytetyöprosessin mielestämme vauhdikasta. Kasvuun ja kehitykseen ovat vaikuttaneet kiinnostus aiheeseen, opintojen eteneminen sekä rinnalla käytävät kurssit ja harjoittelut. Olemme sitä mieltä, että suhtautumisemme saattohoitoon ja saattohoitopotilaisiin on entistäkin myönteisempi, arvostavampi ja kiinnostuneempi. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme molemmat hoitaneet saattohoidossa olevia potilaita ja huomanneet, että paneudumme saattohoitoon ja siihen liittyviin asioihin paljon syvällisemmin. Aihe kiinnostaa edelleen meitä molempia ja tiedonhalu on vain kasvanut.

Oma ajatusmaailmamme on avartunut prosessin aikana saattohoidon suhteen ja voimme alkaa pitäämään itseämme jonkinlaisina asiantuntijoina. Opinnäytetyöprosessi antoi meille molemmille taitoja työelämään ja vaikka emme menisikään töihin varsinaiselle saattohoito-osastolle, pystymme varmasti hyödyntämään saattohoitoon liittyvää osaamistamme myös muilla hoitotyön kentillä. Uskomme, että tähän aiheeseen perehtymisestä on meille tulevaisuudessa paljon hyötyä. Kaikissa yksiköissä saattohoitoon ei ole panostettu mielestämme riittävästi ja haluaisimmekin päästä tulevaisuudessa kehittämään tällaisten yksiköiden toimintaa. Usean osaston käytäntöihin kuuluu, että jokaisella työntekijällä on omat vastuualueensa, joihin he perehtyvät ja minkä toteutumisesta he vastaavat. Saattohoidon pitäisi mielestämme olla yksi näistä vastuualueista. Tietotaidostamme olisi varmasti hyötyä yksiköissä, missä henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa hyvän saattohoidon periaatteista.

Opinnäytetyöprosessi vaati mielestämme paljon aikaa ja paneutumista. Saimme edistettyä prosessia kuitenkin yllättävän nopeasti kouluvuoden aikana eri kurssien ja harjoitteluiden ohessa. Selviydyimme prosessistamme mielestämme hyvin yhdessä ja aina kun tarvitsimme tukea, saimme sitä toisiltamme, opettajalta tai Lehtola-kodista. Tämä oli yhteinen projekti ja ehdottomasti kaiken sen työn arvoinen. Prosessin aikana olemme ottaneet aikana paljon palautetta vastaan eri suunnista ja kehittäneet työtämme sen mukaisesti. Monesta eri näkökulmasta tullut palaute oli mielestämme tärkeää, jotta saimme muokattua työstämme mahdollisimman hyvän kohderyhmällemme.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme opinneet käyttämään tieteellisesti luotettavia lähteitä ja kirjoittamaan niiden pohjalta tekstiä. On ollut opettavaista hyödyntää toisen kirjoittamaa tekstiä ja yhdistellä eri lähteistä saatua tietoa yhtenäisesksi kokonaisuudeksi. Käytimme lähteinä useita kirjoja, artikkeleita ja tutkimuksia. Lähteitä valitessamme tarkistimme aina, ettei lähde ollut liian vanha, sillä tiedolla on taipumusta muuttua vuosien aikana useaan kertaan.

8.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Opas tehtiin Harjulan sairaalan osastolle seitsemän eli saattohoidon tukiyksikköön Lehtola-kotiin. Myöhemmin seuraavat opiskelijat voisivat tutkia, miten opas on otettu osastolla vastaan niin omaisten kuin henkilökunnan keskuudessa. Olisi kiinnostavaa tietää, että onko oppaasta ollut hyötyä ja miten sitä on hyödynnetty. Opasta muokkaamalla sitä voisi jakaa myös muissa Kuopion kaupungin terveydenhuoltoyksiköissä tai esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan palliatiivisen hoidon poliklinikalla.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AALTO, K. (toim.) 2000. Saattohoito. 3.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

AALTO, K., PAJUNEN, T., HÄNNINEN, J., SIPOLA, V., HIETANEN, P., ERVAST, J., SURAKKA, T., PELKONEN, R., LAURELL, S. ja MÄNTYMIES, L. (toim.) 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

ANTTONEN, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoito-henkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-8]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

BACKLUND, M. ja MÄKISALO, H. 2014. Parenteraalinen ravitseminen - lyhytaikainen ja pysyvä hoito. Duodecim [digilehti] 130(21), 2265 - 70. [Viitattu 2017-1-9]. Saatavissa: <http://duodecim-lehti.fi/lehti/2014/21/duo11912>

COMMUNITY TOOL BOX 2014. SWOT-analysis. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-11]. Saatavissa: <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/swot-analysis/main>

DAVIES, N., MAIO, L., RAIT, G. ja ILIFFE, S. 2014. Quality end-of-life care for dementia: What have family carers told us so far? A narrative synthesis. Palliative medicine.

ETENE= VALTAKUNNALLINEN TERVEYDENHUOLLON EETTINEN NEUVOTTELUKUNTA. 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

GRÖNLUND, E. ja HUHTINEN, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

HAMUNEN, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. Finnanest [digilehti] 45(5), 470 - 73. [Viitattu 2017-16-1]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliatiivinen.pdf

HEIKKILÄ, A., JOKINEN, P. ja NURMELA, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. 1.painos. WSOY oppimateriaalit Oy.

HIRVONEN, O. ja PÖYHIÄ, R. 2016. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös: uskalanko ottaa puheeksi? Duodecim [digilehti] 132, 833 - 9. [Viitattu 2017-01-10]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13107.pdf>

HYVÄRINEN, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje. Duodecim [digilehti] 121, 1769 - 73. [Viitattu 2016-11-11]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

HÄNNINEN, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

HÄNNINEN, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio - viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Katsausartikkeli. Duodecim [digilehti] 123, 2207 - 13. [Viitattu 2017-1-9]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>

HÄNNINEN, J. 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. Katsausartikkeli. Lääkärilehti [digilehti] 33(63), 2606 – 10. [Viitattu 2017-1-9]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/saattohoitopotilaan-karsimys/>

HÄNNINEN, J. 2012a. Saattohoidon lääkeopas. 2.painos. Miktor: Vammalan kirjapaino Oy.

HÄNNINEN, J. 2012b. Saattohoito-opas, potilaan ja omaisen opas. 12. painos. Helsinki: T.A Sahalan Kirjapaino Oy.

HÄNNINEN, J. 2015. Kuolevan kipu. Sic! [digilehti]. [Viitattu 2017-16-1]. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu

IKONEN, E-R. 2013. 3.painos. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

JYRKKIÖ, S. ja HIETANEN P. 2015. Voisiko Suomessakin kuolla kotona? Lääkärilehti [digilehti] 9(70), 520. [Viitattu 2017-16-1]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/voisiko-suomessakin-kuolla-kotona/>

JOYCE, B. ja LAU, D. 2012. Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey. Palliative medicine.

KEHL, K. 2015. How hospice staff members prepare family caregivers for the patient's final days of life: An exploratory study. Palliative medicine.

KEHL, K. ja McCARTY, K. 2012. Readability of Hospice Materials to Prepare Families for Caregiving at the Time of Death. Research in Nursing & Health.

LAINEN, H. 2015. DNR-päätös. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-9-19]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180

LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-11]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LEHTO, J., TOIKKANEN, V. ja SAARTO, T. 2011. Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. Katsausartikkeli. Lääkärilehti [digilehti] 13(66), 1089 – 96. [Viitattu 2017-1-6]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hengenahdistuksen-palliatiivinen-hoito/>

LIUKKO, S. 2012. Opinnäytetyön raportointi. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-8] Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyo/>

MÄNTYSELKÄ, P., HAANPÄÄ, M., HAGELBERG, N., HELIN-SALMIVAARA, A., KOKKI, H., KOMULAINEN, J., POHJOLAINEN, T., SAIKKONEN, T., SAIKKONEN, K. ja SALANTERÄ, S. Kipu. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-17-10]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

RIIKOLA, T. ja HÄNNINEN, J. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-9-19]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072&suositusid=hoi50063>

RIDANPÄÄ, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu-tutkielma. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-1-10]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf?sequence=1>

SAANO, S. ja TAAM-UKKONEN, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma pro Oy.

SAARTO, T., HÄNNINEN, J., ANTIKAINEN, R. ja VAINIO, A. (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

SAASTAMOINEN, T. 2012. Sairaanhoidajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. [Viitattu 2017-1-6]. Saatavissa: http://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120110/urn_nbn_fi_uef-20120110.pdf

SALMINEN, E. ja SALMENOJA, H. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon? Alkuperäistutkimus. Duodecim [digilehti] 123, 825 – 8. [Viitattu 2017-1-10]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96389.pdf>

SIISKONEN, E., KAMUNEN, K., NIEMI-MUROLA, L. ja KALSO, E. 2009. Potilastapauksista oppia syöpä kivun hoidosta. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti [digilehti] 41(64), 4353 – 58. [Viitattu 2017-1-9]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/arkisto/laaketieteellinen-kirjoitus/potilastapauksista-oppia-syopakivun-hoidosta/>

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2010. Hyvä saattohoito suomessa - asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-11]. Saatavissa: <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

SURAKKA, T., MATTILA, K-P., ÅSTED-KURKI, P., KYLMÄ, J. ja KAUNONEN, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö – Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

TASMUTH, T., POUKKA, P. ja PÖYHIÄ, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnanest [digilehti] 45(5), 450 – 54. [Viitattu 2017-1-3]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf

VILKKA, H. ja AIRAKSINEN, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LEHTOLA-KODIN SAATTOHOITO-OPAS



KUOPIO

Perusturva ja terveydenhuolto

Lukijalle

Tämä opas on tarkoitettu Lehtola-kotiin tuleville potilaille ja heidän läheisilleen. Opas sisältää tietoa saattohoidosta ja sen eri osa-alueista.

Oppaan ovat tehneet Savonia-ammattikorkeakoulun kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa yhteistyössä Lehtola-kodin henkilökunnan kanssa.

Kevät 2017

Mitä saattohoito on

Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa. Saattohoidossa on kyse potilaan oireiden lievittämisestä ja hyvän elämänlaadun mahdollistamisesta. Ihmisen perustarpeista pidetään aktiivisesti huolta loppuun asti. Hoidon tavoitteena on potilaan hyvä elämänlaatu, hyvä oirehoito ja hyvä kuolema. Tavoitteena on myös läheisten huomioiminen ja tukeminen hoidon aikana.

Lehtola-kodin potilaaksi tullaan lääkärin läheteellä perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon puolelta. Läheteessä on ajantasainen tieto sairauden tilanteesta sekä saattohoitopäätöksestä.

– kotona

Saattohoito pyritään järjestämään kotona, jos potilas niin toivoo. Koti on potilaalle tuttu ja turvallinen paikka, jossa olosuhteet pyritään järjestämään tilanteeseen sopivaksi. Kotona tapahtuvaan saattohoitoon osallistuvat läheiset ja mahdollisesti myös kotisairaanhoito. Kotona voidaan ottaa yhteyttä puhelimitse Lehtola-kodin henkilökuntaan mihin vuorokauden aikaan tahansa. Kotisaattohoidossa olevalle järjestetään paikka Lehtola-kodista, jonne hän voi siirtyä tarvittaessa.

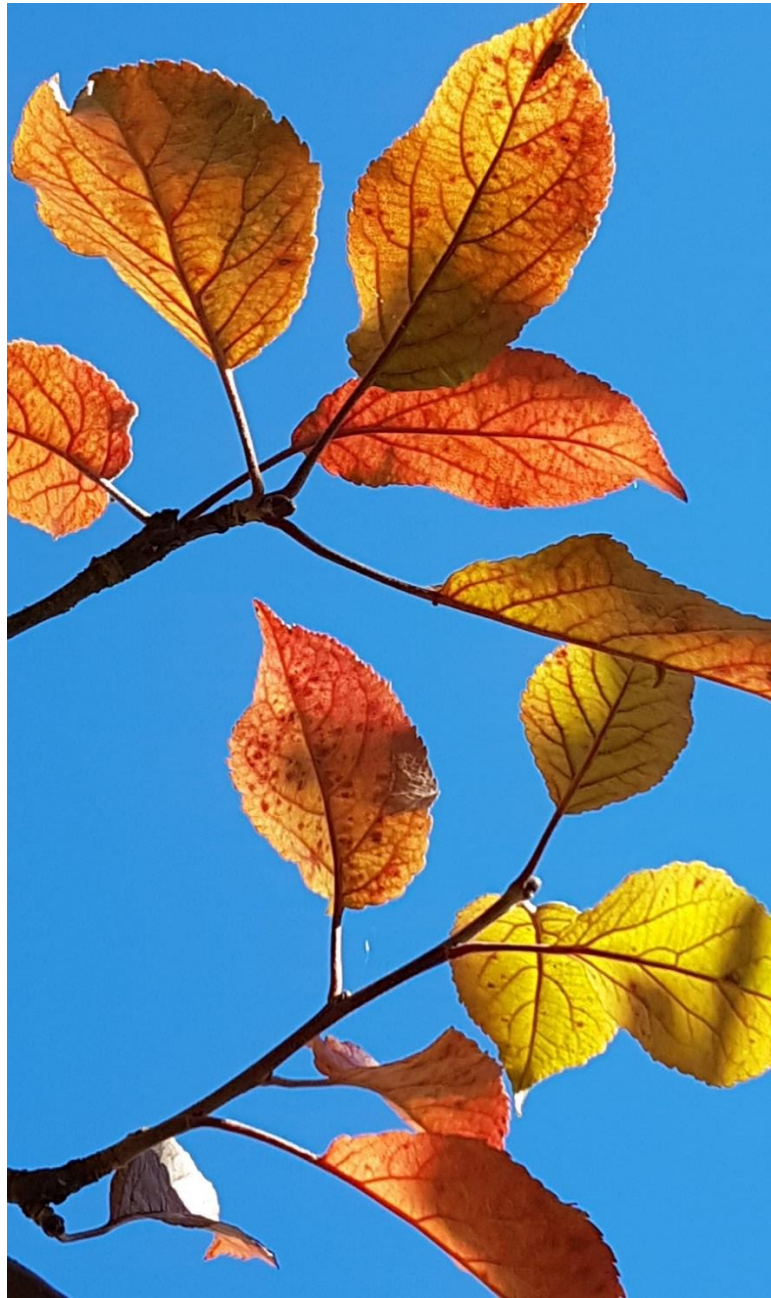
– Lehtola-kodissa

Lehtola-kotiin siirrytään potilaan sitä tahtaessa tai kun potilaan oireet, esimerkiksi kivut, ovat niin hankalat, ettei niitä saada kotona hallintaan. Muita tulosityitä ovat muun muassa potilaan ja läheisten fyysinen ja psyykinen väsymys.

Lehtola-kotiin voidaan siirtyä missä tahansa hoidon vaiheessa. Läheiset voivat tarvittaessa olla potilaan luona ympärivuorokautisesti.

Hoitoneuvottelu

Lehtola-kodissa pyritään pitämään hoitoneuvottelu jokaisen potilaan hoitajakson alkuvaiheessa. Hoitoneuvottelussa ovat mukana itse potilas omien voimavarojensa mukaan sekä hänen toivomansa läheiset, osastonlääkäri ja hoitaja. Hoitoneuvottelussa käsitellään potilaan tämänhetkiseen elämäntilanteeseen liittyviä asioita ja kokonaisvaltaista oirehoitoa. Kaikki hoitoneuvottelussa kerrottu tieto on tärkeää, jotta hoito olisi mahdollisimman yksilöllistä. Hoitoneuvottelun pohjalta luodaan yksilöllinen hoitosuunnitelma saattohoidosta.



Oireenmukainen hoito

– lääkehoito

Lääkehoidon suunnittelusta vastaa osastonlääkäri ja sen toteutuksesta hoitajat. Lääkitys suunnitellaan yksilöllisesti ja sen vaikuttavuutta seurataan säännöllisesti. Hoito on oireenmukaista ja sen tavoitteena on helpottaa fyysisiä ja psyykkisiä oireita.

Lääkkeet voidaan antaa suun kautta tablettina tai liuoksena, pistoksena ihon alle tai lihakseen sekä suonensisäisesti. Antoreitti valitaan yksilöllisesti tilanteen mukaan. Antibioottihoitoa käytetään saattohoidossa tarvittaessa helpottamaan potilaan oireita.

Jos muilla oirehoidon lääkkeillä ei saada helpotusta potilaan kärsimystä aiheuttaviin oireisiin, voidaan yhtenä oirehoidon keinona käyttää palliatiivista sedaatiota. Sedaatio tarkoittaa potilaan tajunnantason alentamista lääkkeillä. Sedaatiosta keskustellaan aina henkilökohtaisesti potilaan ja läheisten kanssa. Sedaatio voi olla kevyttä tai syvempää rauhoittamista. Sedaatio ei vaikuta elinaikaan.

On tärkeää keskustella hoitohenkilökunnan kanssa sairauteen liittyvistä huolista ja siihen liittyvistä seikoista.

– kivunhoito

Saattohoidossa olevalla voi olla kipuja. Jokainen kokee kivun yksilöllisesti. Kivut voivat johtua esimerkiksi kasvaimesta, haavasta tai liikkumattomuudesta. Saattohoidossa on tavoitteena mahdollisimman hyvä kipujen hallinta.

Lehtola-kodissa seurataan säännöllisesti kivun voimakkuutta ja sijaintia. Kivun hoidossa kipulääkityksen tulee olla säännöllistä ja riittävää, niin ettei kipu ehdi palata lääkkeiden antokertojen välillä. Kipua hoidetaan myös lääkkeettömillä keinoilla. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi asentohoidot, kylmä- ja lämpöhoidot, keskusteluapu ja henkinen tuki.

– pahoinvointi

Saattohoitovaiheessa potilaalla voi esiintyä pahoinvointia. Pahoinvoinnin syy on tärkeää selvittää, jotta sitä osataan lääkitä ja hoitaa oikealla tavalla.

– *ravitsemus*

Sairauden edetessä nesteiden ja ravinnonotto suun kautta heikkenee. Nesteitä ja ravintoa annetaan siinä määrin, mikä potilaasta itsestään tuntuu hyvältä. Potilaan oma tuntemus on tärkeä huomioida ravitsemuksen ja nesteiden osalta, sillä se on viesti siitä, mitä elimistö pystyy vastaanottamaan. Saattohoidossa ei yleensä käytetä suonensisäistä nesteytystä. Liiallisesta nesteytyksestä voi aiheutua oireiden pahenemista, kuten nesteen kertymistä elimistöön, aiheuttaen hengenahdistusta ja turvotuksia.

– *hengenahdistus*

Potilaan hengitystä voidaan helpottaa tuulettamalla huoneilmaa (tuuletin), asennon muutoksilla, lisähapella ja lääkkeillä. Päivittäisten toimintojen osalta pyritään välttämään potilaan rasittamista. Läheisten ja hoitajien psyykkinen ja sosiaalinen tuki on tärkeä rauhoittava tekijä potilaalle.

Perushoito

– toimintakyky

Potilaan päivittäistä toimintakykyä pyritään ylläpitämään mahdollisimman pitkään. Potilasta avustetaan yksilöllisesti päivittäisissä toiminnoissa kuten pukeutumisessa ja peseytymisessä. Tarvittaessa käytetään apuvälineitä.

Toiminnan tarkoitus on olla elämänlaatua ylläpitävää, esimerkiksi asennon muutokset helpottavat potilaan oloa. Nivelten liikkuvuus säilyy ja samalla ehkäistään painehaavaumia sekä paikallaan olosta johtuvia kipuja.

– suun hoito

Suun alueen kivut ja ongelmat vaikuttavat potilaan hyvinvointiin ja ruokailuun. Suun alueen ongelmia voivat olla esimerkiksi limakalvojen kuivuus, sieni-infektio ja kipu. Tärkeimpiä suun hoitokeinoja ovat hyvä suuhygienia eli suun ja hampaiden säännöllinen puhdistus, limakalvojen kosteudesta huolehtiminen sekä tarvittaessa kipulääkitys.

Potilaan voimien heikentyessä suu voi kuivua herkästi esimerkiksi suun kautta hengittämisen vuoksi. Myös osa lääkkeistä voi kuivattaa suuta. Suun kuivuutta voidaan hoitaa kostuttamalla suuta pienellä vesimäärällä, jääpalojen imeskelyllä, kosteuttavilla suihkeilla (vesiruokaöljyseos) ja geeleillä sekä sivelemällä öljyä limakalvoille ja käyttämällä ksylitolivalmisteita.

– ihon hoito ja puhtaus

Potilaan ihon kunnosta pidetään huolta, jotta ehkäistään painehaavaumien syntyminen. Apuna voidaan käyttää erikoispatjoja ja -tyynyjä, joilla kevennetään ihon painetta. Asennonvaihdon tarve huomioidaan yksilöllisesti.

Ihon tärkeimpinä hoitokeinoja ovat pesu, rasvaus sekä puhtaat ja miellyttävät vaatteet. Pesutilanteissa potilaan iho tarkastetaan ja ihon hoidosta huolehditaan.

– *eritystoiminta*

Ummetus on yleinen oire, joka voi aiheuttaa potilaalle hankalaa oloa. Ummetusvaivaa hoidetaan vatsantoimintaa edistävillä lääkkeillä.

Nestemäärien vähentyessä luonnollisesti myös virtsamäärät pienentyvät. Virtsaaminen ei välttämättä onnistu, jolloin oloa voidaan helpottaa katetroinnin avulla. Myös virtsankarkailua voi esiintyä, jolloin suojana käytetään hygieniasuojaa tai vaippaa.

– *sekavuus*

Sekavuus on yleinen oire kuoleman lähestyessä. Potilas voi olla levoton ja hän ei välttämättä tunnista aikaa tai paikkaa. Hänellä voi olla myös aistiharhoja. Sekavuutta voidaan hoitaa ja lievittää luomalla potilaalle turvallinen ympäristö ja tarvittaessa käyttää apuna lääkehoitoa. Läheisten ja hoitajien läsnäolo ja rauhallinen vuorovaikutus auttavat usein potilasta.

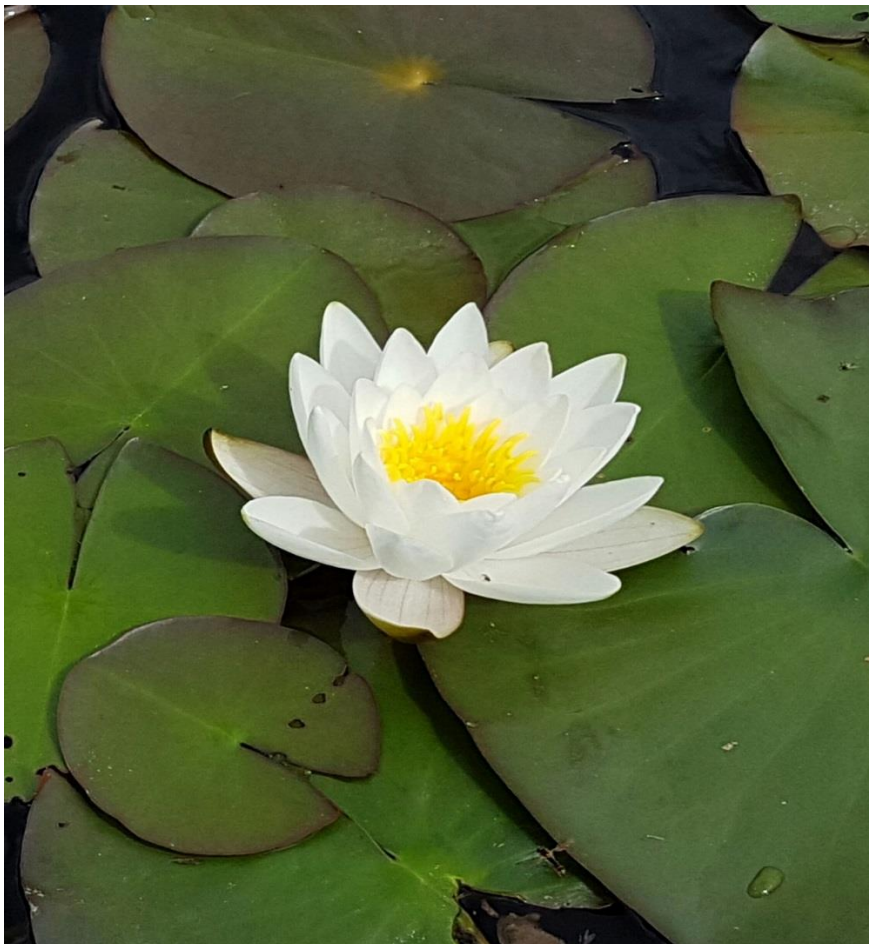
Psyykinen ja hengellinen tuki

Jokaisen potilaan saattohoitovaihe on tarpeinen yksilöllinen. Saattohoitoon kuuluu olennaisesti potilaan ja hänen läheistensä tukeminen. Hoitohenkilökunnan kanssa on mahdollista keskustella saattohoitoon liittyvistä asioista, sekä kaikesta siitä, mikä lähestyvässä kuolemassa ahdistaa tai pelottaa.

Potilaan ja läheisten on mahdollista tavata halutessaan sairaalapappi. Sairaalapapin yhteystiedot löytyvät Lehtola-kodin esitteestä. Hoitohenkilökunta auttaa tarvittaessa potilasta ja hänen läheisiään löytämään oman seurakuntansa edustajan.

Läheiset mukana saattohoidossa

Lehtola-kodissa on vapaat vierailuajat. Läheisillä on mahdollisuus olla potilaan vierellä mahdollisuuksiensa mukaan. Läheiset voivat kokea väsymystä ja monenlaisia tunteita potilaan saattohoitovaiheen aikana. Myös läheisten on mahdollista keskustella hoitohenkilökunnan kanssa.



Kuolinhetken lähestyessä

On tärkeää, että läheiset sopivat hoitohenkilökunnan kanssa, miten toimitaan potilaan voinnin heikentyessä.

– ennen kuolemaa

Kuoleman lähestyessä potilas tulee vähemmän tietoiseksi ympäristöstään. Hengitys voi muuttua pinnalliseksi ja olla joskus rohisevaa. Hengitykseen voi tulla myös katkoja. Kehon ääreisosat viilenevät ja iho muuttuu kalpeaksi ja laikukkaaksi.

Läheisten läsnäolo, tutut äänet ja kosketus voivat luoda turvallisuuden tunnetta.



– *kuolema*

Kuoleman jälkeen läheisillä on mahdollisuus jättää rauhassa jäähyväiset potilaan luona. He voivat keskustella tilanteesta ja tunteistaan osaston henkilökunnan kanssa. Läheiset voivat osallistua hoitohenkilökunnan kanssa vainajan pukemiseen, joko vainajan omiin vaatteisiin tai osaston käytännön mukaisesti. Vainajaa on mahdollisuus käydä katsomassa sairaalan kappelissa erikseen sovittuna ajankohtana.

– *kuoleman jälkeen*

Lääkäri kirjoittaa hautausluvan ja kuolintodistuksen.

Lehtola-kodin henkilökunnalta saa Suomen hautausoimistojen liitto ry:n esitteen, Ensiohjeita hautausta järjestävälle. Halutessaan läheiset saavat evankelisluterilaisen tai ortodoksisen seurakunnan esitteen, jossa on seurakunnan yhteystiedot sekä tietoa hautausjärjestelyistä.

Muistohetki osastolla

Noin 3-4 kuukauden kuluttua osastolla menehtyneiden läheiset kutsutaan osastolla järjestävään muistohetkeen. Osallistuminen on vapaaehtoista. Muistohetkeen osallistuu menetyksen kokeneita läheisiä ja osaston henkilökunnasta osastonlääkäri, hoitaja ja sairaalappi.

Tekijät:

Anni Hiltunen

Ella-Kirsikka Eno

Savonia-ammattikorkeakoulu

Kevät 2017

Valokuvat:

Kansilehden kuva: Marika Vallius

Kuvat sivuilla 4,9,10 & 12: Hanna Seppä

