

Opinnäytetyö (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyö  
2012

Satu Lehtinen & Liisa Nurmi

# SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN

– Käsikirja Paimion vanhainkodin hoitajille



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutus | Hoitotyö

Helmikuu 2012 | 47+ 4

Ohjaajat: Tarja Bergfors & Anu Nousiainen

Satu Lehtinen & Liisa Nurmi

## SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN

### -Käsikirja Paimion vanhainkodin hoitajille

Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda käsikirja työvälineeksi saattohoidon toteuttamisesta Paimion vanhainkodissa. Käsikirja sisällöltään koostuu saattohoidon keskeisistä käsitteistä, oireiden lievittämisestä ja potilaan, sekä omaisten tukemisesta. Käsikirja on suunnattu hoitotyötä tekeväälle henkilökunnalle. Tavoitteena on käsikirjan avulla lisätä tietoa ja taitoa toteuttaa hyvää saattohoitoa vanhustyössä.

Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavaa hoitoa ei enää ole tai potilas on siitä luopunut (Hänninen 2011, 5). Saattohoidon tavoitteena on luoda potilaalle mahdollisimman hyvät olosuhteet elää elämänsä loppuvaihe ilman kipuja ja vaikeita oireita (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 111). Kokonaisvaltaiseen saattohoitoon sisältyy fyysisten ja psyykkisten oireiden lievitys sekä perushoito. Onnistuneessa saattohoidossa on otettava huomioon myös potilaan uskonto ja kulttuuri siinä määrin kuin se on mahdollista. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.)

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää, miten projektin tuotoksena tehty käsikirja on kehittänyt saattohoitopotilaan hoitoa ja miten hoitajat ovat kokeneet käsikirjan käytön. Tälle projektille hyvänä jatkeena olisi omaisille tarkoitettu käsikirja.

ASIASANAT:

Saattohoito, palliatiivinen hoito, terminaalahoito, kuolema

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme | Degree

February 2012| 47+ 4

Instructors: Tarja Bergfors & Anu Nousianen

Satu Lehtinen & Liisa Nurmi

## DEVELOPING TO HOSPICE CARE

### - Handbook to nurses in Paimion vanhainkoti

The theoretical section of this study has explored hospice care with emphases on the key concepts, the symptoms and support for the patient and their family. The aim was to create a manual for the implementation of hospice care in the Paimio nursing home. The manual is aimed at the operative nursing staff. The aim is to increase manual skills and knowledge to implement good hospice care services for elderly people.

Hospice care is treating seriously ill people in a situation where curative treatment is no longer applicable, or if the patient has given up the curative treatments (Hänninen 2011, 5). In hospice care, the aim is to create the best possible conditions for the patients to live the final stages of their lives with minimal pain and other severe symptoms (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 111). Comprehensive hospice care includes physical and mental relief of symptoms as well as basic care. Hospice patient's wishes, and attention to help prepare for an impending death, are an important part of good hospice care. Successful hospice care must take into account the patient's religion and culture to the extent that it is possible. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.)

In the future, it would be interesting to find out how the produced manual has developed terminal care patient care, and how nurses have experienced the use of the manual. Follow-up proposals include the production of hospice care manual for the patients' relatives.

#### KEYWORDS:

hospice care, palliative care, terminal care, end-of-life

## **SISÄLTÖ**

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>SAATTOHOITO</b>	<b>7</b>
2.1	Saattohoidon merkitys ja suositukset Suomessa	8
2.2	Saattohoitopäätös	11
2.3	Kuolevan oikeudet	13
2.4	Hoitajana kuolevan vierellä	15
2.5	Omaiset kuolevan vierellä	17
2.6	Saattohoidon loppuvaihe	17
<b>3</b>	<b>SAATTOHOITOPOTILAIDEN FYYSISET OIREET</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>SAATTOHOITOPOTILAIDEN PSYYKKISET OIREET</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>USKONTO JA KULTTURI SAATTOHOIDOSSA</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>KÄSIKIRJA HOITAJILLE SAATTOHOIDON TOTEUTTAMISESTA</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>36</b>
<b>10</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>39</b>
	<b>LÄHTEET</b>	<b>43</b>

## **LIITTEET**

- Liite 1. Kooste käytetyistä tutkimusartikkeleista
- Liite 2. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 3. Anomus opinnäytetyönä toteutettavasta projektista
- Liite 4. Käsikirja

# 1 JOHDANTO

Elämä on tapahtumasarja joka saa alkunsa syntymästä ja loppuu kuolemaan. Vanheneminen, heikkous ja sairaus ovat käsitteitä jotka yhdistetään kuolemaan. (Hänninen & Pajunen 2006, 14–16.) Kuolema on erittäin monitahoinen asia, sillä se ei ole ainoastaan biologinen tapahtuma, vaan se on myös psykologinen ilmiö. Kuolemaan liittyvät rituaalit tekevät siitä myös kulttuuriin sidonnaisen. Kuolemaan liittyvää surua voidaan lievittää eri keinojen avulla. (Kassara ym. 2005, 364, 366.)

Saattohoito aloitetaan, kun ihmisen sairaus sitä vaatii. Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri. Saattohoito tarkoittaa elämän loppuunsa tulevan ihmisen hoitoa ja tukemista. Saattohoito ei tarkoita kaiken hoidon lopettamista vaan hoidon uudelleen määrittelyä. Saattohoidossa päämääränä on ihmisen hyvinvointi, turvallisuuden tunne ja siinä pyritään ottamaan kuolevan ihmisen toiveet huomioon. (Kassara ym. 2005, 363.)

Tasa-arvoisen saattohoidon toteutumiseksi ETENE (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta) -projektin työryhmä on laatinut saattohoitosuosituksia, joiden perusteella saattohoito olisi tasavertaista kaikille. Saattohoitosuosituksissa kiinnitetään huomiota kuolevan ihmisen hoitoon, hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen, sekä henkilökunnan osaamiseen toteuttaa saattohoitoa. Siinä korostetaan ihmisten kärsimyksen lieventämistä kaikissa sairauksissa, hoidon vaiheissa, kuolevien potilaiden hoidossa ja saattohoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Hyvä oireenmukainen hoito, kaikille saattohoidossa oleville potilaille, on määritelty tarkemmin käypähoito suosituksessa. Sen keskeisenä asiana on hyvä kivunhoito, mikä on lähtökohtana kaikelle hoidolle. Siinä on käyty läpi yleisimpiä oireita ja niiden hoitamista, myös psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien hoitamisesta on oma osuutensa. Kaikissa päätöksissä kuitenkin tulisi noudattaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja hänelle täytyy antaa mahdollisuus puuttua oman hoitonsa päätöksentekoon ja hoitoon. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.) Monikulttuurillisuus ja eri

uskonnot tuovat nykyään haasteen henkisen tuen antamiseen. Monessa uskonnossa on tiettyjä rituaaleja ja ruokatottumuksia, mitkä ovat otettava huomioon kuolevaa potilasta hoidettaessa. (Gothóni & Jokela 2009, 151–167.)

Saattohoitopotilaan hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, joka alkaa saattohoitopäätöksestä ja päättyy kuolemaan (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008). Tässä projektissa käytettyjen tutkimusartikkelien kooste on liitteessä 1.

Tämä opinnäytetyö oli saatu toimeksiantona (liite 2) Paimion vanhainkodilta. Projektin tehtävänä oli laatia Paimion vanhainkodin hoitajille ohjeet käsikirjan muodossa saattohoidon toteuttamisesta. Projektin tavoitteena on ohjeiden avulla lisätä tietoa ja taitoa toteuttaa saattohoitoa vanhustyössä.

## 2 SAATTOHOITO

Kuolema on luonnollinen osa ihmisen elämää. Kuolemalla tarkoitetaan ihmisen olemassaolon biologista päättymistä. (Leino-Kilpi 2009 b, 308.) Kuolema ja kuoleminen ovat kuitenkin vaikeita asioita, sillä ne ovat muistutus ihmisen kuolevaisuudesta. Se jättää jälkensä kaikkiin jotka ovat lähellä kuolevaa potilasta. Kuolevien potilaiden hoitoa ja omaisten osallistumista hoitoon on kehitetty Suomessa viime vuosina. Saattohoito on tarkoitettu kaikille kuoleville potilaille ja heidän omaisilleen. (Kassara, ym. 2005, 366.) Saattohoitoon liitetään myös termit palliatiivinen hoito ja terminaalihoito. Nämä käsitteet poikkeavat jonkin verran toisistaan (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 6; Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16.) Ajallisesti palliatiivinen hoito sijoittuu aktiivihoidon ja saattohoidon välille, sillä se voi kestää jopa vuosia (Heikkinen, ym. 2004, 17–19). Saattohoidon jälkeen tulee terminaalihoito, joka ajoittuu välittömästi kuolemaa edeltäväksi hoidoksi (Eho, ym. 2003, 6; Heikkinen, ym. 2004, 16).

Palliatiivinen hoito, tulee englannin kielisestä sanasta palliate, joka merkitsee lievittää, vähentää tuskaa tai helpottaa. Sana ei viittaa kuolemiseen, joten sen vuoksi sitä onkin helpompi käyttää kuin sanaa saattohoito. Palliatiivisessa hoidossa voidaan käyttää myös oireita lieventäviä hoitomuotoja, kuten sädehoitoa ja leikkausta potilaan kärsimyksen ehkäisyyn. Potilas voi elää täyttä elämää ja kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. (Heikkinen, ym. 2004, 17–19.)

Saattohoito ja palliatiivinen hoito poikkeavat toisistaan, sillä saattohoidossa korostuu oireiden mukainen hoito, kun taas palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista hoitoa (Heikkinen ym. 2004, 17–19). Saattohoito aloitetaan, kun ihmisen sairaus sitä vaatii ja odotetun eliniän kesto on muutama viikko tai korkeintaan kuukausia (Lindström 2010, 327; Kassara ym. 2005, 363). Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavaa hoitoa ei enää ole ja/tai potilas on siitä luopunut tai taudin etenemistä ei voida enää pysäyttää (Hänninen 2011, 5; Eho ym. 2003, 6). Tavoitteena on luoda potilaalle mahdollisimman hyvät olosuhteet elää elämänsä

loppuvaihe ilman kipuja ja vaikeita oireita, haluamassaan hoitopaikassa läheistensä seurassa. Potilaan toiveet pyritään ottamaan huomioon. Potilasta ei hylätä tai jätetä yksin, ellei hän ole sitä nimenomaan toivonut. (Kokkonen, Holli & Vasantola 2004, 111; Lindström 2010, 327.) Saattohoidossa ei lopeteta hoitamista vaan suunnitellaan hoidon sisältö uudelleen (Kassara ym. 2005, 363). Saattohoidossa olevan potilaan maailmankatsomus ja hengellisyys otetaan huomioon. Tyypillisiä saattohoitopotilaita ovat parantumattomasti sairastuneet syöpäpotilaat, keuhkoastma, keuhkojen ja munuaisten vajaatoimintaa (Lindström 2010, 327–328), dementiaa ja muita neurologisia sairauksia sairastavat (Anttonen 2008, 49).

Saattohoidossa kuoleva saatetaan hänen elämänsä viimeiselle matkalle. Kuolevan hoito on yksilöllistä ja hänen arvoansa kunnioittavaa hoivaa ja huolenpitoa. Potilaalle annetaan perushoito sekä mahdollisimman hyvää oireiden mukaista hoitoa. Saattohoidon aikana tuetaan potilasta ja hänen omaisiaan, sekä valmistetaan heitä lähestyvään kuolemaan. (Heikkinen ym. 2004, 19–21.) Saattohoitoa antavalta yksiköltä vaaditaan riittäviä valmiuksia antaa saattohoitoa. Niissä tulee olla riittävä määrä hoitajia, joilla on ammattitaitoa ja valmius hoitaa potilaiden oireita, sekä auttaa potilaita ja omaisia heidän emotionaalisissa reaktioissa ja tiedon tarpeissaan. Työryhmässä pitäisi olla myös mahdollisuus konsultoida sosiaalityöntekijää, psykologia ja pappia. (Eho ym. 2003, 11–12.)

Terminaalahoito tulee latinankielisestä sanasta terminale, joka tarkoittaa äärimmäistä, viimeistä tai kärjessä olevaa (Sand 2003, 41). Terminaalahoito nimitystä käytettiin Suomessa yleisesti, ennen kuin alettiin käyttää saattohoito nimitystä. Terminaalahoito nimitys perustui lääkintöhallituksen antamiin ohjeisiin vuodelta 1982. (Kokkonen ym. 2004, 109–110.)

## 2.1 Saattohoidon merkitys ja suositukset Suomessa

Kuoleman merkitys on muuttunut vuosien saatossa merkittävästi. Varhaisella keskiajalla kuolema oli luonnollinen asia. Paikalla olivat pappi, omaiset ja lapset. Vieraat ihmiset kadulta saattoivat tulla tervehtimään kuolevaa ja osoittamaan



tälle kunnioitusta. Kuoleva johti tilannetta ja kaikki tapahtui hänen ehdoillaan. Kuolemaa liioiteltiin 1700-luvulla. Kuolemaa tuli harjoitella, jotta ihminen osaisi kuolla hyvin. Tosin kuolemaa alettiin pitää tuolloin myös ahneena ja tuhoavana. Sitä alettiin tutkia tieteellisin menetelmin. Tutkimuksen seurauksena kuolevan hoitoon yhdistettiin uskonnolliset tarpeet, sekä tapoja, joilla kuolevaa autettiin. Liioitteleva tapa suhtautua kuolemaan lisääntyi 1800-luvulla. Tällöin surua korostettiin käyttämällä itkijänaisia ja pyörtyilemistä hautajaisissa. Muistomerkkejä korostettiin myös runsain koristeluin. (Saattohoitokoulutus 2009.)

Kuolemaa pidettiin Jumalan rangaistuksena 1900-luvulla. Tähän vaikutti muun muassa joukkoepidemioiden ja sotien aika. Kuolema tuli kieltää, siitä ei saanut puhua ja pappikin kutsuttiin paikalle vasta, kun se ei pelästyttänyt kuolevaa. Terveystila pidettiin salassa, jopa kuolevalta itseltään. Lopulta kuolemasta tuli likainen ja säädytön asia joka piti piilottaa myös lapsilta. Sopiva piilopaikka löytyi sairaalasta, koska siellä oli helppoa kieltää vierailut. Kuolema oli poissa ihmisten silmistä. Suruaika katosi tämän myötä, samoin myös hautajaisten vietto. Surusta oli tullut tarttuva tauti, jonka voi saada kuolevan huoneesta tai hautausmaalla oman läheisensä hautakivestä. Hyvä kuolema tapahtui sairaalassa potilaan nukkuessa. Myös hoitohenkilökunta on tuntenut vastenmielisyyttä kuolevaa kohtaan 1950-luvulta nykypäiviin asti. Suhtautuminen kuolevia kohtaan alkoi kuitenkin muuttua, kun Elisabeth Kubler-Ross julkaisi 1960-luvulla raporttinsa kuolemisenesta. Hänen tarkoituksenaan oli taata kuoleville kivuton ja heidän inhimillisiä tarpeitaan vastaava hoito. (Saattohoitokoulutus 2009.)

Kuolevien hoitoa edisti myös brittiläinen sairaanhoitajasta lääkäriksi kouluttautunut Dame Cicely Saunders. Hän perusti Lontooseen vuonna 1967 Hospice-liikkeen ja kehitti etenkin kuolevien potilaiden kivunhoitoa 1950-luvulla. Hänen perustamansa liike levisi nopeasti maailmalle. Saattohoitokoteja perustettiin ympäri maailmaa. Suomen syöpäsäätiön ansiosta ensimmäinen saattohoitokoti Suomessa avattiin vuonna 1987 Tampereella, Pirkanmaan hoitokoti. Myöhemmin vuonna 1988 aloitti toimintansa toinen hoitokoti Helsingissä, Terhokoti. Kolmas hoitokoti avasi ovensa vuonna 1994 Turussa,

Karinakoti. Saattohoitokodit ovat toistensa kaltaisia, niissä on kaunis hoitoympäristö, ne ovat myös kodinomaisia ja nykyaikaisia. Hoito on potilaslähtöistä ja potilaskeskeistä. Tavoitteena on, hoitoyhteisön pyrkimys vastata potilaan ja perheen tarpeisiin yhdessä, sekä erikseen. (Sand 2003, 27–29, 124,107.) Uusin saattohoitokodeista sijaitsee Hämeenlinnassa, Koivikko-koti. (Koivikko-koti 2011.) Saattohoitokodit eivät ole poistaneet sairaalakuolemia, sillä edelleenkin potilaita kuolee sairaaloissa, laitoksissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla (Sand 2003, 37). Vaikka, saattohoitoa järjestetään, vain 25 % potilaista saa saattohoitoa (Casarett, Crowley & Hirschman 2004, 1923).

Terveydenhuollossa saattohoitoa on kehitetty 1970-luvulta lähtien ja vuonna 1982 silloin olemassa oleva lääkintöhallitus antoi terminaalihoitoa koskevat ohjeet (Eho ym. 2003, 3). Ohjeiden mukaan hoitoon sisältyy hyvä oireenmukainen hoitaminen ja kivun, sekä tuskan lievittäminen, ihmisarvoa kunnioittavasti. Hoitoon sisältyi myös kuolevalle ja hänen omaisilleen tarjottava inhimillinen tuki. Myöhemmin Lääkintöhallituksen lakkauttamisen myötä ohjeet kumoutuivat, mutta jäivät terveydenhuoltoon johdatukseksi. (Kokkonen ym. 2004, 109–110.)

Kuolevien ihmisten oikeuksia on pyritty kehittämään erilaisten ohjeistuksien avulla. Maailman terveysjärjestö WHO on antanut määritelmän hyvästä saattohoidosta. Siinä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan lähestymistapaa, jonka tarkoituksena on parantaa elämän laatua ehkäisemällä ja lievittämällä kärsimystä. Lisäksi on otettava huomioon kivun arviointi ja muut fyysiset, psyykkiset ja hengelliset ongelmat. Hoidoissa ja tukemisessa on myös huomioitava potilaan perhe ja heidän tarvitsemansa tuki. (WHO 2002.)

WHO:n suosituksiin pohjautuu Suomessa tehdyt suositukset hyvästä saattohoidosta, joita ovat tehneet Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) selvitti sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien tilannetta olemassa olevista

saattohoito-ohjeistuksista. Tietoisuuteen tuli saattohoidon epätasa-arvo ja hoidon vaihtelevuus. Tämän vuoksi työryhmä on laatinut saattohoitosuosituksen, joiden perusteella saattohoito olisi tasavertaista kaikille ja siinä kiinnitetään huomiota kuolevan ihmisen hoitoon, hoidon suunnitteluun ja järjestelyihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.)

ETENE on antanut ohjeistuksia, siitä mitä tulee huomioida kuolevan potilaan hoidossa. Ohjeistuksien keskeisenä asiana ihmisellä on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon ja potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Tämä otetaan huomioon saattohoitopäätöstä tehdessä. (Eho ym. 2003, 14.) Hoitopäätöksen teossa potilaalle tulee kertoa, mitä päätös pitää sisällään ja potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua päätöksen tekoon (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008). Saattohoitopäätöksen ja hoitosuunnitelman toteutuminen varmistetaan vaikka potilas siirtyisikin toiseen yksikköön. Saattohoitoa toteuttavilla yksiköillä tulee olla valmiudet kuolevan potilaan hoitoon (Eho ym. 2003, 14.) ja henkilökunnan tulee osata toteuttaa sitä hyvin (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010).

Käypä hoito-suositus tehtiin vuonna 2008 tukemaan kuolevan potilaan hoitoa. Keskeinen sisältö siinä on, että saattohoidon aloittaminen on tärkeää ja se pitää tehdä ajoissa potilaan autonomian toteutumiseksi ja oireiden lievittämisen helpottamiseksi. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.) Vasta voimaan tullessa terveyshuoltolaissa korostetaan myös kärsimyksen lievittämistä (Terveydenhuoltolaki- pykälistä toiminnaksi, 2011).

## 2.2 Saattohoitopäätös

Päätös saattohoidosta on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri (Kassara ym. 2005, 363; Hänninen & Anttonen 2008, 26). Lääkäri aloittaa yleensä keskustelun saattohoitoon siirtymisestä (Casarett ym. 2004, 1927). Saattohoito päätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Kassara ym. 2005, 363; Hänninen & Anttonen 2008, 26). Casaretten ym. (2004) tutkimuksessa kuitenkin kävi ilmi, että puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista ei ollut mukana saattohoito päätöstä tehtäessä. Tämä

kuitenkin johtui potilaan heikentyneestä kyvystä arvioida omaa tilannetta. (Casarett ym. 2004, 1923.) Mikäli potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan eikä hänellä ole hoitotahtoa, häntä edustaa hoitoa koskevissa asioissa lähiomainen tai laillinen edustaja. (Eho, ym. 2003, 8).

Lääkäri ja potilas, sekä potilaan tahdon mukaan hänen läheisensä, käyvät useamman kerran hoitoneuvotteluja potilaan tilanteesta, ennen saattohoitopäätöksen tekemistä. Neuvotteluja käydään niin kauan, kunnes potilas ja hänen läheisensä tuntevat tulleeensa kuulluksi. (Eho ym. 2003, 7,10.) Päätöstä tehdessä huomioidaan hänen läheisensä, potilaan autonomiaa kunnioittaen. Omaisten näkemyksen huomioonottaminen ei ole potilaslain mukaan pakollista, mutta auttaa hoidon toteutumista. (Lindström 2010, 328.) Keskustelussa sovitaan hoitopaikka, läheisten osallistumisesta hoitoon ja potilaan hoitotoiveet. Mikäli saattohoito halutaan toteuttaa toisessa paikassa, on vastaanottavassa yksikössä järjestettävä myös hoitoneuvottelu ja käydään sovitut asiat läpi. Sovitut asiat kirjataan perusteluineen selkeästi ja yksityiskohtaisesti potilasasiapapereihin. (Eho ym. 2003, 7,10.) Saattohoitoympäristöksi kelpaa myös koti, mikäli potilas niin tahtoo ja olosuhteet sen sallivat. Omaisia rohkaistaan ja tuetaan toteuttamaan saattohoitoa. Kotisaattohoito toteutuu kotisairaanhoidon lääkärin ja kotihoidon kanssa yhteistyössä. Tarvittaessa potilas pääsee sairaalaan hoitoon. Kotiin järjestetään myös sosiaalinen tukiverkosto, jotta omaiset jaksavat hoitaa potilasta. (Lindström 2010, 328.) Oikeaan aikaan tehty saattohoitopäätös mahdollistaa kuolevan ja omaisten valmistautumisen elämän päättymiseen ja kuoleman kohtaamiseen. Potilas saa rauhassa kohdata asiat, eikä häntä rasiteta turhilla hoitotoimenpiteillä ja tutkimuksilla. (Lindström 2010, 328.)

Saattohoitopäätös auttaa hoitohenkilökuntaa asettamaan potilaalle yksilölliset hoidon tavoitteet. Saattohoidon alkaessa entisestä hoidosta luovutaan ja hoito linjataan uudelleen. Saattohoitopäätöksen yhteydessä tulee päättää invasiivisten tutkimusten ja hoitojen, neste- ja ravitsemushoidon, sekä muiden hoitojen ja tutkimusten tarpeellisuus. Vaikka nesteytyksestä, anemian tai hyperkalsemian korjauksesta ei yleensä ole kuolevalle hyötyä, joskus niitä tarvitaan. Hoidon jatkuvuuden kannalta merkittävät asiat kirjataan

hoitotyönsuunnitelmaan. Mikäli tilanne muuttuu niin, että elinaika- tai muu arvio ei pidä paikkaansa, voidaan hoito linjata uudelleen. (Hänninen & Anttonen 2008, 23, 25–27.) Potilaalle saattohoitopäätös merkitsee elämänsä yhteenvedon tekemistä. Hän taistelee sairautensa ja mahdollisten kipujen kanssa ja odottaa kuolemaa. Kuoleman hetken odotukseen liittyy jännitystä ja pelkoa siitä, milloin se tapahtuu. (Sand 2003, 90.)

### 2.3 Kuolevan oikeudet

Perustuslain (731/1999) perusoikeuksien ja terveydenhuollon perussäännösten mukaan potilaalla on oikeus saattohoitoon (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731). Potilaalla on tiedonsaantioikeus terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitomuodoista ja niiden vaikutuksista hänen hoitamiseensa. Hänellä on oikeus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. Potilaalle ei anneta selvitystä, mikäli hän ei sitä halua tai siitä koituu vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Hyvä oireenmukainen hoito kaikille saattohoidossa oleville potilaille on määritelty käypähoito suosituksessa. Siinä hyvä kivunhoito on lähtökohta kaikelle hoidolle. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulisi noudattaa päätöksen teossa ja hänelle täytyy antaa mahdollisuus puuttua oman hoitonsa päätöksentekoon ja hoitoon. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.) Fyysisen ja psyykkisen hoidon lisäksi monikulttuurillisuus ja eri uskonnot tuovat nykyään haasteen henkisen tuen antamiseen. Monissa uskonnoissa on tiettyjä rituaaleja ja ruokatottumuksia mitkä on otettava huomioon kuolevaa potilasta hoidettaessa. (Gothóni & Jokela 2009, 151–167.)

Hoitotahdolla potilas turvaa omat toiveensa loppuvaiheen hoidosta, auttaa omaisia vaikeiden ja ahdistavien päätösten tekemisessä ja auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ottamaan huomioon potilaan toiveet, sekä auttaa hoidon linjauksessa (Halila & Mustajoki 2011). Hoitotahdolla potilas voi ilmaista miten häntä tulee hoitaa loppuvaiheessa, mikäli hän itse ei enää kykene sitä ilmaisemaan. Hoitotahdolle ei ole määritelty virallista muotoa, vaan

se voi olla valmis kaavake, potilaan itse muotoilema kirjallinen tai suullinen ilmaisu. Juridisena vaatimuksena on, että hoitotahto tulee päivätä. Kirjalliseen hoitotahtoon tarvitaan kahden todistajan allekirjoitus ja suullinen hoitotahto tulee terveydenhuollon viranomaisen toimesta kirjata potilaan sairaskertomukseen. Tieto hoitotahdosta tulee liittää potilaan papereihin. Hoitotahto voi vaihdella sisällöltään, mutta yleensä siihen sisältyy vaatimus hyvästä kivun- ja oireenmukaisesta hoidosta. Hoitotahto astuu voimaan vasta sitten, kun potilas ei kykene enää kommunikoidaan omasta tilastaan. (Hildén 2006, 29–31; Halila & Mustajoki 2011.) Potilas voi muuttaa hoitotahdon sisältöä tai halutessaan peruuttaa sen milloin vain (Kokkonen ym. 2004, 87–88). Tulevaisuudessa hoitotahdon voi tehdä Kelan hallinnoimaan kansalliseen terveydenhuolto sairaskertomusarkistoon, KanTa:an, jolloin päivittäminen on helpompaa. Myös terveydenhuollossa tehdyistä hoitotahdoista menee tieto sinne. (Halila & Mustajoki 2011.) Mikäli potilaalla ei ole hoitotahtoa, eikä hän kykene ilmaisemaan tahtoaan, hoitolinjasta keskustellaan omaisten kanssa (Lindström 2010, 328; Eho ym. 2003, 8). Hoitotahto on terveydenhuollon henkilöstöä sitova, sillä se perustuu perustuslakiin kirjattuun yksilön itsemääräämisoikeuteen ja potilaslakiin (Kokkonen ym. 2004, 83).

DNR- päätös (do not resuscitate) tarkoittaa, että potilasta ei elvytetä mahdollisen sydänpysähdyksen tullessa. Tähän ratkaisuun päädytään, kun lääkäri arvioi, että potilaan ennuste olisi huono ja hänen perussairautensa heikentäisi häntä niin, että mahdollisuudet selvitä elvytyksen jälkeen olisivat olemattomat. (Valvira 19.6.2011.) Suurin osa lääkäreistä (92 %) suhtautuu myönteisesti DNR päätökseen ja kunnioittaa (86 %) tehtyä päätöstä. Vain kahdella prosentilla lääkäreistä oli negatiivinen asenne päätöstä kohtaan. Yleisesti lääkärit kuitenkin suhtautuvat varauksellisesti DNR päätökseen, jos se on useita vuosia vanha. (Hilden, Louhiala & Palo 2004, 363.) DNR-päätös ei ole sama asia kuin saattohoito päätös. DNR-päätöksen tekee lääkäri, joka on tuntenut potilaan pitkään. Ennen päätöstä lääkäri keskustelee potilaan ja hänen suostumuksellaan myös omaisen kanssa päätöksestä. Päätös merkitään potilaspapereihin ja niihin merkitään myös päätöksen tekijä, sekä miten ja kenen kanssa päätös on tehty. (Valvira 19.6.2011.) Lääkärit merkitsevät DNR

päätöksen eri tavoin potilastietoihin, mikä välillä vaikeuttaa tiedon huomioimista. Merkintä tapoina käytetään lyhennettä DNR, punainen sydän tai muu symboli ja osa lääkäreistä kirjoittaa lyhenteen DNR sekä perustelut sille sekä päätöksen tekijän nimen. (Hilden ym. 2004, 363.)

## 2.4 Hoitajana kuolevan vierellä

Kuolevan potilaan hoitotyössä korostuu eettisyys, sillä hoitotyöntekijän tulee kunnioittaa kuolevan elämänarvoja ja hyväksyä niiden olemassaolo, vaikka itse suhtautuisi asioihin toisin. Elämän kunnioituksessa kuolevan elämän ainutlaatuisuus tulee ottaa huomioon. Potilaan arvostusta lisää tietämys hänen uskonnostaan ja kulttuuristaan. Tulee myös keskustella siitä mitä potilas haluaa ja miten hän haluaa toimittavan hänen suhteensa. Potilaan yksilöllisyyttä ja yhteisöllisyyttä kunnioitetaan ja potilaan koskemattomuus sekä eheys huomioidaan. Potilaalle kerrotaan totuus hänen sairaudestaan ja ollaan rehellisiä, kuitenkin pelottelematta ja ahdistamatta potilasta liikaa. On hyväksyttävää myös vastata potilaan kysymykseen, että ei tiedä, sillä kuolemasta tiedetään vähän. (Leino-Kilpi 2009 b, 311- 314.)

Lipposen (2006) tutkimuksen mukaan saattohoito kulttuuria kuvaava ajatus; ”kun mitään ei ole enää tehtävissä, on paljon vielä tehtävää” kuvastaa hyvin omahoitajan ja kuolevan suhdetta. Mikäli omahoitajalla on valmius tarkastella kuolevan potilaan ihmisyyttä, voi heidän välilleen syntyä yhteys, jolloin hoitoympäristö menettää merkityksensä ja saattohoito toteutuu yksilön arvojen ja vapauden kunnioittamisesta. Empaattisuus auttaa omahoitajaa oivaltamaan millaista tukea ja apua kuoleva tarvitsee. (Lipponen 2006, 171.)

Terveystieteiden ammattihenkilön yhtenä päämääränä on potilaan kärsimyksen lievittäminen. Näin ollen potilasta hoitaessa tulee ottaa huomioon hoidon hyödyt ja haitat. Hoitajan velvollisuuksiin kuuluu laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja, sekä muistaa salassapitovelvollisuus potilaan asioista. Potilasturvallisuuden vuoksi hoitajalla tulee olla ammattinsa vaatima koulutus ja sitä on täydennettävä tarpeen mukaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.)

Sandin (2003) tutkimuksen mukaan hoitajien tulee olla henkisesti läsnä ja myös fyysisesti lähellä, kuitenkin heidän tulee antaa omaisille rauha potilashuoneessa omaisten siellä ollessa. Kuoleman tapahduttua hoitajien odotetaan kykenevän ottamaan hoitava ja vastuullinen asema potilaan omaisia kohtaan ja aloittamaan vainajalle viimeistä palvelusta. Hoitajan odotetaan myös tukevan omaisia ja kertovan heille käytännön asioista. (Sand 2003, 102–103.) Caseretten ym. (2004) tutkimuksessa omaisille antoi turvallisuuden tunnetta tieto, että hoitaja on valmis vastaamaan heidän kysymyksiinsä tai huomioi hätätilanteita.

Kuolema herättää monenlaisia ajatuksia ja tunteita myös hoitajassa. Kuolema muistuttaa hoitajaa omasta kuolevaisuudestaan. Se voi tuoda mieleen omia menetyksiä. Oma sen hetkinen elämäntilanne ja eletty elämä, vaikuttavat siihen, uskaltaako kohdata kuolevan ja hänen läheisensä. (Kärpäniemi 2008, 109.) Monesti hoitaja, omien kokemustensa myötä, voi samaistua potilaaseen tai heidän omaisiinsa. Hoitajan pitää säilyttää riittävä etäisyys potilaaseen ja omaisiin ammattimaisesti, jotta voi auttaa omaisia ja potilasta sekä jaksaa itse. (Hållfast, Kivinen, Sipola, Hammari, Wright & Staines. 2009, 16.) Jokaisen saattohoidon päätyttyä, tulisi hoitajan jotenkin voida puhua siitä. Ei tarvita välttämättä pitkiä istuntoja, vaan lyhytkin keskustelu toisen vertaisen kanssa auttaa omien tunteiden käsittelyä. Tunteiden käsittely auttaa persoonallisuuden ja ammatillisuuden kasvussa. (Anttonen 2008, 55.)

Huhtisen (2005) tutkimus osoitti, että kuolevan kohtaaminen on vaikeaa silloin, kun kuoleva on samanikäinen, sukulaisen kaksoisolento, kuoleva on vihainen kuolemalle, kuolevan puoliso ei hyväksy puolisonsa lähestyvää kuolemaa tai lapsi ei hyväksy vanhempansa kuolemaa. Omaisten kohtaamisessa vaikeinta on, kun omaiset syyttävät hoitajaa omaisensa kuolemasta, omaiset ovat tyytymättömiä kuolevan hoitoon tai lapset, joiden oli vaikea luopua vanhemmistaan. Erityisen vaikeaksi kuolevan hoitotyö muodostuu, jos työtoveri on työhönsä väsynyt tai työtovereiden kesken puuttuu avoimuus ja tuki. (Huhtinen 2005, 11, 96–99.) Työyhteisön tuki on hoitajan selviytymisen kannalta merkittävässä osassa. Työstä selviytymiseen vaikuttaa myös oma persoonallisuus, halu hoitaa potilaita ja ammattitaito. Jokaisella hoitajalla tulisi olla myös erilaisia strategioita joiden avulla on mahdollista selvitä raskaasta



työstä. Mikäli on vain yksi selviytymisstrategia, on liian haavoittuvainen. (Ekedahl & Wengström 2010, 535–536.) Tämän vuoksi hoitajan tulisi tunnistaa oman jaksamisensa rajat (Lipponen 2006, 172).

Sinclairin (2011) tutkimuksen mukaan kuolevien hoitaminen antaa hoitajille lisää itsetuntoa ja uskoa elämään, se myös lisää hoitajan henkisyttä. Kuolevien hoitajana elämän arvostus lisääntyy ja kokemus antaa turvaa kohdata oma kuolema. (Sinclair 2011, 186.)

## 2.5 Omaiset kuolevan vierellä

Kuolevan hoitotyöhön tulee sisältyä myös potilaan omaisten tukeminen, koska perheenjäsenet ja läheiset ovat kuolevan tärkeimpiä tukijoita eri vaiheiden aikana. Samalla omaiset voivat tehdä omaa surutyötään. (Ridanpää 2006, 81.) Surun ja murheen kokeminen on terve reaktio vastoinikäymisten ja menetyksien yhteydessä. Suremisen tarkoitus on sopeutua uuteen elämäntilanteeseen. Kehon luontevin tapa reagoida suruun on itku. Suru on yksilöllistä, sen voimakkuus vaihtelee, sillä siihen vaikuttaa ennen koetut menetykset ja nykyinen elämän tilanne. Surussa ihminen tuntee kaipausta, ikävää, pettymystä, syyllisyyttä ja vihaa. Suurin surun aiheuttaja on läheisen kuolema. Suru voi kestää vuosia, sillä kuolema on samalla menetys ja muistutus omasta haavoittuvuudesta. Suru etenee prosesseittain, shokkivaiheessa olo on epätodellinen, jolloin järkyttävä tieto voi lamaannuttaa ihmisen tai sitten hän reagoi hyvin voimakkaasti. Reaktiovaiheessa aletaan ymmärtää tapahtunut ja se halutaan ottaa hallintaan, keskittymällä hoitamaan käytännön asioita. Käsittelyvaiheessa käydään läpi menetystä. Tapahtunut tuo pintaan aikaisempia vastoinikäymisiä ja menetyksiä, joita on nyt lupa surra. Sopeutumisvaiheessa löytyy vähitellen tasapaino ja menetys muuttuu muistoiksi. (Liikamaa 2010, 2-11.)

## 2.6 Saattohoidon loppuvaihe

Elämän loppuvaiheessa olisi hyvä järjestää potilaalle oma huone. Tämä on tärkeä yksityisyyden turvaamiseksi ja omaisten kannalta, jotta yhdessä olo

lopussa olisi rauhaisaa ja levollista. (Hållfast ym. 2009, 22.) Lähes aina kuolema on rauhallinen tapahtuma eikä siihen liity mitään pelottavaa. Kuolemaan saattaa liittyä harhaisuutta, käsien haromista tai ääntelyä, mutta ne eivät välttämättä merkitse, että kuolevalla olisi kipuja tai muita oireita, johon hän tarvitsisi lääkettä. Ne eivät myöskään merkitse, että kukaan hänen vierellään olisi tehnyt jotain väärää. Koska kuolema on elämästä luopumista, se sisältää jonkin verran ahdistusta jokaiselle siitä luopuvalle. (Hänninen 2011, 50.) Kuoleman toteaa aina lääkäri, kuoleman toteamisesta annetussa asetuksessa 3 §:n mukaan (Kuoleman toteaminen 2004, 18, 23–24). Vainajan laittaminen on arvokas tapa ja siinä pyritään ottamaan huomioon eri uskontokuntien vakaumukset ja tavat (Kassara ym. 2005, 37).

### 3 SAATTOHOITOPOTILAIDEN FYYSISET OIREET

Kärsimysten lievitys on osa hyvää fyysistä hoitoa. Saattohoidossa fyysisistä tarpeista keskeisenä asiana on hyvä kivunhoito. Kipu voi ilmetä monesta syystä. Kipua voidaan monesti lievittää hoitamalla muita oireita. Yleisimpiä oireita saattohoitopotilaalla on kivun lisäksi ummetus, uupuminen, laihtuminen, hengenahdistus, masennus ja ahdistuneisuus. Lääkehoito kärsimysten lievittäjänä on vain osa hoitoa. Saattohoitopotilaan oireiden mukaisen hoidon tavoitteena on hyvä ja laadukas elämän loppuvaihe. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.)

**Kipua** esiintyy monilla saattohoitopotilailla. Caprion ym. (2008) tutkimuksessa potilaista 45 % ja Hansonin ym. (2008) tutkimuksessa 47 % kärsi kivusta. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP (International Association for the Study of Pains) mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen ja tunneperäinen kokemus. Kipu liittyy sairauteen tai mahdolliseen kudოსvaurioon. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7; Kassara, ym. 2005, 350.) Elinvauriokipu syntyy taudin vaurioittaessa elimistöä. Se on luonteeltaan epämääräistä särkyä ja jomotusta. Hermokipu taas syntyy, kun hermo vaurioituu tai joutuu puristuksiin. Tällöin kipu tuntuu polttavana, viiltävänä tai pistävänä kohdentuen tietylle alueelle. Luustokipua syntyy, kun syöpä on lähettänyt etäpesäkkeitä luun pinnalla olevalle kalvolle, joka on erittäin herkkää. Lämpilyöntikivussa potilas tuntee voimakasta kipua, joka on kestoltaan 30–60 minuuttia. Kipukohtauksia voi tulla useammankin kerran päivässä. Liikekipu taas aiheutuu liikkumisesta. Potilaalla voi olla myös kipua, joka ei kuulu mihinkään ryhmään. Kipu voi olla kestoltaan joko akuuttia tai kroonista. (Hänninen 2011, 23, 28–31.)

Kipu on subjektiivinen kokemus, kaikki minkä ihminen kokee tai sanoo kivuksi, on olemassa. Kipuun liittyy ihmisen kokemukset kivusta ja kulttuuri, myös potilaan tunnetila voi vaikuttaa kivun kokemiseen, esimerkiksi masennus ja alakuloisuus lisäävät kivun tuntua. (Salanterä, ym. 2006, 7, 10.) Kuoleva on itse kipunsa paras asiantuntija (Iivanainen & Syväjoki 2009, 541). Kivun voimakkuutta voidaan arvioida potilaan oman arvion mukaan tai erilaisten mittarien avulla. Kipumittarina käytetty kipujana on kymmenen senttiä pitkä,

molemmista päistä avoin, toinen pää kuvaa sietämätöntä kipua ja toinen pää kivuttomuutta. Kipujan takapuolella on numeroasteikko, jonka perusteella kysyjä tietää kivun rajat 0-10. (Salanterä ym. 2006, 83–85.)

Potilaan kyky ilmaista kipua heikkenee muun muassa muistisairauksien edetessä. PAINAD-mittari on antanut tutkimuksissa vahva viitteen dementoituneiden potilaiden kivuttomuuden arvioinnissa. Siinä havainnoidaan potilaan käyttäytymistä hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Havainnoinnissa kiinnitettiin huomiota muutoksiin hengityksessä, ääntelyyn hoitotoimien yhteydessä, kasvojen ilmeisiin, kehon kieleen ja tarvitsiko potilasta lohduttaa tai autoiko lohdutus. PAINAD-mittari on koettu käytännössä vaivattomaksi, koska hoitohenkilökunta on jo tottunut käyttämään sitä. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007, 2547–2551.)

Kivuttomuuden kulmakivi on riittävä kipulääkitys. Kuolevan on voitava luottaa riittävään lääkkitykseen. (Iivanainen & Syväjoki 2009, 541.) Mikäli kipu on voimakasta, hallitsematonta tai sietämätöntä, voidaan käyttää sedaatiota (Lindström 2010, 328). Sedaatiossa tajunnan tasoa lasketaan lääkkeiden avulla, jotta oireet ja muut hallitsemattomat tilanteet saadaan rauhoitetuksi (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008). Moritan ym. (2005) tutkimuksessa sedaatiota käytetään eniten kivun, deliriumin eli sekavuuden ja agitaation eli levottomuuden aiheuttamiin oireisiin. Oireiden lievitys onnistui hyvin 83 % saattohoidettavista. Vähiten apua saivat deliriumista kärsivät. Sedaation turvallisuuteen ei vaikuttanut tehtiinkö se midatsolaamilla tai fenobarbitaalilla. Fenobarbitaali oli hieman tehottomampi nopeassa sedaatiossa. Sedaation tehoa ja turvallisuutta ei kuitenkaan aina ymmärretä riittävästi. (Morita ym. 2005.)

**Laihtuminen** on terminaalipotilailla suuri ongelma. Siitä kärsii 80 % potilaista. Tätä laihtumista sanotaan kakeksiaksi. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.) Hansonin ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni 75 %:lla olevan ongelmia saada tarpeeksi ruokaa ja vettä. Heistä kolmasosalla oli nestehukka tai huomattavaa laihtumista viimeisten elinkuukausien aikana. (Hanson ym. 2008.)

Saattohoidossa olevilla potilailla noin 60 %:lla esiintyy loppuvaiheessa **pahoinvointia** (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008). Pahoinvointi on yleisintä syöpäpotilailla. Pahoinvointi ja oksentelu lisäävät ennestään huonoa ruokahalua, pahentavat kuivumista, lisäävät väsymystä ja heikentävät yleiskuntoa. Pahoinvointiin liittyy usein myös ahdistusta. (Vainio, Saarto & Hänninen 2004, 111–112.) **Suun** kuivuudesta kärsivät melkein kaikki saattohoitopotilaat (Rimpiläinen & Akural. 2004, 326).

**Ruoansulatusvaivan** esiintyminen ruokailun jälkeen johtuu saattohoitopotilailla aineenvaihdunnallisista ja biokemiallisista syistä, suoraan kasvaimen vaikutuksesta tai gastropareesista (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008).

Saattohoitopotilaalla on moninkertainen riski saada **ummetus**. Tämän voi aiheuttaa moni asia kuten opioidien ja morfiinien käyttö, heikentynyt toimintakyky tai etenevä sairaus. Lievittäväenä hoitona määrätään usein yksi laksatiivi, mutta kahden tai kolmen eri valmisteiden käyttö ei ole epätavallista. (Clark, Lam, Agar, Chye & Currow 2010, 415–416.)

**Hengenahdistus** on yleinen vaiva saattohoitopotilailla ja merkki lähestyvistä kuolemasta. Caprion ym. (2008) tutkimuksessa 44 % ja Hansonin ym. (2008) tutkimuksessa 48 % potilaista kärsi hengenahdistuksesta. Hengenahdistusta saattohoidossa kärsii loppu vaiheessa yli 90 % keuhkohtaumapotilaista, 60 % sydämen vajaatoimintaa sairastavista, 45–90% keuhkosityöpää sairastavista sekä 30–70% muita syöpiä sairastavista (Lehto, Toikkanen & Saarto. 2011, 1089). Morita ym. (2004) tutkimuksessa 41 % syöpäpotilaista kärsi keuhkoputkissa olevista eritteistä ja heistä noin viisi prosenttia kärsi vakavista oireista. Imua käytettiin yhdeksällä prosentilla apuna eritteiden poistamiseen useita kertoja päivässä. Nielun imeminen ei ole suositeltavaa, koska se on epämiellyttävää eikä poista ongelman aiheuttajaa. Sitä ei tule tehdä ollenkaan, jos potilas ei pysty sanallisesti ilmaisemaan mahdollisesti imusta aiheutuvaa kipua. (Morita ym. 2004.)

**Painehaavaumia** esiintyy saattohoito potilailla. Haavaumia syntyy, kun kudoksen hapensaanti ei riitä. Varsinkin ravitsemustilaltaan heikoilla potilailla

ihoon kohdistuva paine ja liikuttelu tai hieronta saa aikaan haavaumia. Haavaumien syntyyn vaikuttaa myös ihon huonontunut uusiutumiskyky ja eritteiden kemiallinen vaikutus. Inkontinenssi ja huonon perushoidon yhdistelmä viisinkertaistaa haavauman syntyä. (Vainio ym. 2004, 130.)

**Ihon kutina** on kiusallinen vaiva (Vainio ym. 2004, 131). Palliatiivisen hoidon potilaista sitä esiintyy 5-12 %:lla (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008). Syitä kutinaan voi olla kuiva iho, nestevajaus, pesuaineet, vaatetus, huoneen lämpötila tai kuivuus. Monet sairaudet, kuten munuaisten tai maksan vajaatoiminta tai uremia voivat myös aiheuttaa kutinaa. Kutinaa voi aiheuttaa myös lääkkeet, kuten opioidit. (Vainio ym. 2004, 131.)

**Askiteksen eli nesteen kertymisen** vatsaonteloon aiheuttaa yleisemmin maksakirroosi. Myös maksassa tai vatsakalvossa olevat etäispesäkkeet voivat aiheuttaa nesteen kertymää. Oireita on vatsan kasvu, täyden tuntu, pahoinvointi, oksentelu, suolen toimintahäiriö ja hengenahdistus. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.)

**Kuume** on yleisin oire saattohoitopotilaan infektiosta. Reinboltin ym. (2005) tutkimuksessa 1598:stä potilaasta 685 potilaalle kehittyi infektio. Näistä 79 % oli virtsatieinfektio, 43 % hengitystieinfektio, 46 % suunonteloinfektio, 41 % ihon infektio ja 25 % bakteerin aiheuttama tulehdus sairastuneissa potilaissa. Yleisin infektion aiheuttaja oli E.coli. Näistä infektioista 633 hoidettiin antibiootilla. Lääkäriin tulee kuitenkin arvioida antibiootin käytön rajoitukset tapauskohtaisesti, sillä monilla potilaista on ongelmia aktiivisessa lääkehoidossa. Antibioottihoito toimi parhaiten virtsatieinfektion hoidossa, kun taas muihin infektioihin siitä ei ollut useinkaan apua. (Reinbolt, Shenk, White & Navari 2005, 175–176, 178.)

Saattohoitopotilailla saattaa esiintyä **hikkaa**. Hikka johtuu heillä palleaan kohdistuvasta ärsytyksestä, keskushermostollisista tai metabolisista syistä. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.) Yleensä hikan aiheuttavat hiilihappopitoiset juomat, ylensyönti, alkoholi, hiatushernia tai lämpötilan vaihdos (Virta-Helenius 2010, 658).

Saattohoidossa olevan potilaan **turvotus** on usein sädehoidon, rinta-, eturauhas- ja kohtuleikkauksen jälkitila. Tätä tilaa sanotaan lymfaturvotukseksi. Siihen ei ole nesteenoistolääkityksellä todettu olevan hyötyä. (Niskanen. 2010, 326.)

## 4 SAATTOHOITOPOTILAIDEN PSYKKISET OIREET

Käypä hoito-suositusten (kuolevan potilaan oireiden hoito), mukaan fyysisten oireiden lievittämisen lisäksi on otettava huomioon myös kuolevan potilaan psyykinen puoli (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008).

Potilaana olemiseen sisältyy pelkoja ja voimattomuutta. Potilas ei tiedä miten hänen tulisi suhtautua lähestyvään kuolemaan ja kuolema pelottaa häntä. (Lipponen 2006, 165.) Kuuppelomäen (2002) mukaan kuolevan potilaan emotionaalista tukemista hoitajien toimesta annettiin perushoidon yhteydessä. Emotionaalinen tuki muodostui kuuntelemisesta, myötäelämisestä, potilaan toiveiden huomioonottamisena, lohduttamisena, rohkaisemisena ja läsnä olemisena. Potilaat saivat emotionaalista tukea myös omaisilta. (Kuuppelomäki 2002, 117.) Hansonin ym. (2008) tutkimuksessa tuli ilmi, että 90 %:lla saattohoitopotilaista oli ongelmia puhtauden kanssa. Kuoleva joutuu monesti luopumaan tärkeistä asioista ja saavuttamatta saattaa jäädä monet toiveet. Tämä aiheuttaa monesti surua. On muistettava, että jokainen haluaa käsitellä surunsa omalla tavallaan. Toisista tulee tyytymättömiä, vetäytyviä, itsesäällisiä olevia tai aggressiivisuus saattaa korostua käytöksessä. (Hållfast ym. 2009, 18–19.) McClainin ym. (2003) tutkimuksen mukaan henkinen tuki saattaa olla ratkaiseva selviytymistekijä kuoleman lähestyessä. Yleisiä tunteita ovat masennus, epätoivo ja ahdistuneisuus. Näiden oireiden kanssa kamppaileva potilas monesti toivoo kuoleman tulevan nopeammin ja harkitsee sen edesauttamista. (McClain, Rosenfeld & Breitbart 2003, 1607.)

**Masennusta** esiintyy sekä potilailla, että omaisilla. Siihen liittyy itsetunnon heikkenemistä, toivottomuutta, itsesääliä, avuttomuutta sekä huonommuuden, kykenemättömyyden ja osaamattomuuden tunteita. Masennuksen oireina voi olla unettomuus, ruokahaluttomuus, epämääräiset kivut ja välinpitämättömyys kaikesta. (Hållfast ym. 2009, 19.) Teunissen ym. (2007) tutkimuksessa ilmeni 56 % saattohoitopotilaista kärsivän masentuneesta mielialasta. Fyysiset oireet olivat yleisesti masennuksen aiheuttajana. (Teunissen, de Graeff, Voest & de Haes 2007, 344.) Vakava masennus vaihtelee 4,5–58 % välillä. Saattohoitopotilaan diagnoosin määrittelyä vaikeuttaa normaalin ja poikkeavan



tilanteen arviointi. (Kuolevan potilaanoireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2008.)

**Ahdistuneisuus** voi olla aivan normaali reaktio vaikean elämäntilanteen vuoksi tai se voi liittyä huonosti hoidettuun kipuun tai johonkin muuhun oireeseen. Tässä tilanteessa tulee tarkastaa oireiden hoidon asianmukaisuus ja antaa tukea turvallisuuden tunteen saavuttamiseksi. (Hänninen 2009, 30.) Teunissen ym. (2007) tutkimuksen mukaan 34 % kärsi vakavasta ahdistuneisuudesta. Tätä ilmeni varsinkin syövän ensi vaiheessa tai fyysisten oireiden rasittaessa. (Teunissen ym. 2007, 344.)

Hugelin ym. (2004) tutkimuksessa ilmeni saattohoidossa olevien potilaiden kärsivän yleisesti **unettomuudesta**. Tutkituista 70 % kärsi unettomuudesta. Heistä 20 % arveli fyysisten oireiden paremman hoidon auttavan saamaan paremmin unen. Vaikka moni kärsikin unettomuudesta, vain 21 heistä sai avun unilääkkeestä. (Hugel, Ellershaw, Cook, Skinner & Irvine 2004, 316.)

**Delirium** on saattohoitopotilailla yleinen oire. Sitä esiintyy 85–90 % potilaista viimeisen 24- 48 tunnin aikana. Heidän houretilansa ahdistaa ja pelottaa myös omaisia ja henkilökuntaa. Loppuvaiheen delirium voidaan jakaa 4 ryhmään; hypoaktiivinen 29 %, hyperaktiivinen 21 %, sekamuotoinen 43 % ja luokittelemattomaan 7 %. Lääkäriin on hyvä osata tunnistaa varhaiset merkit deliriumista jotta hoito saadaan aloitettua nopeasti. (Moyer 2011, 44.)

## 5 USKONTO JA KULTTURI SAATTOHOIDOSSA

Yleisesti ajatellaan uskonnollisuuden ja kuoleman kuuluvan yhteen, mutta tätä ei Dezutter ym. (2009) tutkimuksen mukaan ole pystytty johdonmukaisesti todistamaan. Todennäköiseltä kuitenkin vaikutti, että uskonnolliset ihmiset suhtautuvat levollisemmin kuoleman lähestymiseen. (Dezutter ym. 2009, 86, 90.)

Kautta vuosisatojen historia on kuitenkin osoittanut, että kriisitilanteissa ja vaikeiden kysymysten kohdatessa ihminen turvautuu uskontoon. Hengellisyden ja uskonnon koetaan tuovan lohtua. Sillä onkin merkittävä rooli ihmisen hyvinvoinnissa. Hengellisyys ei tarkoita pelkästään uskonnollisuutta, vaan se on laajempi käsite ja pitää sisällään paljon enemmän. Siitä mihin ihminen uskoo, ei monestikaan puhuta, sillä sitä pidetään vahvasti ihmisen yksityisasiana. (Hänninen & Pajunen 2006, 69, 71.) Ekedahlin & Wengströmin (2010) tutkimuksen mukaan hoitajat eivät toteuta uskonnollisuutta tai käytä uskonnollisuuttaan hyödyksi hoitaessaan kuolevia potilaitaan. Jotkut hoitajat rukoilivat potilaan puolesta työvuoron jälkeen kotimatalla tai ennen vuoron alkua. (Ekedahl & Wengström 2010, 535.)

Tästä huolimatta potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava. On otettava myös hänen äidinkiелensä ja kulttuurinsa huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Henkinen hoito onkin saamassa suuremman roolin saattohoitopotilaan hoitamisessa. Tähän kuuluu myös kuuntelu, läsnäolo, matkan käyminen yhdessä ja tukeminen. Käsittelemällä näitä voimme luoda paremman loppuelämän potilaalle. (Edwards, Pang, Shiu & Chan 2010, 764.)

Hoitotyössä uskontoon liittyvät kysymykset ovat lisääntyneet maahanmuuttajien mukana. Näin ollen hoitajilla on kasvanut kiinnostus ja he haluavat hoitaa potilaita heidän vakaumustaan kunnioittaen. Uskonnolliset traditiot ovat osa kulttuuria. Traditiot vaihtelevat sekä kulttuurien välillä, että sisällä. On tärkeää tietää mihin uskontokuntaan potilas kuuluu ja varsinkin minkälainen on hänen suhteensa siihen. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 118–119.) Kun

potilaalla on tarve puhua elämästään ja uskon asioista, hänelle järjestetään mahdollisuuksien mukaan tapaaminen oman uskonsa edustajan kanssa, mikäli tämä on kuitenkin mahdotonta, on henkilökunnalla velvollisuus keskustella potilaan kanssa. Keskustelun lähtökohtana on vuorovaikutus ja kunnioitus potilaan uskontoa kohtaan. (Gothóni & Jokela 2009, 152.)

Kuolemaan liitetään monia uskonnollisia ja kulttuurisia rituaaleja, kuolemaan sopeutumiseksi. Kuolemaan suhtautuminen vaihtelee kulttuurien väleillä, sillä joissakin kulttuureissa kuolema hyväksytään, joissakin kielletään tai sitä uhmataan. Kristinuskossa, juutalaisuudessa ja islamin uskossa kuolema on elämän päätepiste, mutta samalla portti toisenlaiseen elämään. Hindulaiset ja buddhalaiset näkevät kuoleman kiertokulkuna ja uudelleensyntymänä. Länsimaissa kuolemaa uhmataan erilaisten pelastumisstrategioiden avulla. (Abdelhamid ym. 2010, 187–188.)

Uskontilastojen mukaan koko maailman 6,9 miljardista väestöstä eniten on kristinuskoisia, Muslimeja on toiseksi eniten ja uskonnettomia neljänneksi eniten. (Barret, Johnson & Crossing 2011.) Suomessa Evankelis-luterilaiseen kirkkoon kuuluu 79,86 % kansalaisista. Toiseksi suurinta sijaa pitää uskontokuntiin kuulumattomat, heitä on 17,67 %. Ortodoksiseen kirkkokuntaan kuuluu 1,09 % suomen kansalaisista ja muita uskontokuntia on 1,39 %. (Taskutieto 2010, 16.) Hoitajien on hyvä tietää perusasioita poikkeavien uskontokuntien perusasioista, ettei syntyisi ikäviä tilanteita, väärinkäsityksiä ja kuolevan sekä omaisten tunteiden loukkaamista (Hållfast ym. 2009,4).

Kuoleva potilas haluaa monesti rukoushetken tai ripin ja paikalle kutsuttavan papin. On tärkeää luoda rauhallinen ilmapiiri ja kuunnella potilasta ja omaisia. Tämä hetki järjestetään monesti vaikka potilas olisi jo tajuton. Omaisia olisi silloin hyvä rohkaista laulamaan ja puhumaan. (Hållfast ym. 2009, 22.) Hoitajilla on Kirkkokäsikirjan mukaan oikeus ottaa rippii vastaan ja antaa ehtoollinen kuolevalle, ellei pappia ole saatavilla. Virsikirjan takaosassa on ohjeet erilaisiin rukoushetkiin ja ohjeet yksityiseen rippiin. (Kärpänniemi 2008, 112, 116.) Kuoleman tapahduttua pidetään monesti saattohartaus. Tapauksissa

kuolleen puolesta rukoillaan ja hänet saatetaan taivaan isän haltuun. (Hållfast ym. 2009, 25.)

Suomessa **romanit** kuuluvat joko luterilaiseen kirkkoon tai kannattavat vapaita suuntauksia. Uskonasioita kunnioitetaan ja niistä käydään avointa keskustelua. (Abdelhamid ym. 2010, 196.) Romaneilla on erittäin tarkat ja monimutkaiset hygieniasäännöt. Suku ja sen tuoma tuki on romaneille tärkeä. Vanhoja ihmisiä kunnioitetaan ja arvostetaan, tämä näkyy muun muassa teitittelynä. (Romaanien kulttuuri. 2011.)

**Ortodoksit** käyttävät sakramenteja, joita on seitsemän; kaste, katumus, mirhalla voitelu, avioliitto, pappeus, sairaan voitelu ja ehtoollinen. Näistä sairaalassa käytetään vain voiteltua, katumusta ja ehtoollista jotka voi suorittaa vain ortodoksi pappi. Ortodoksit ajattelevat ihmisen olevan Jumalan kuva ja hänellä on tästä syystä erityinen arvo. (Ketola 2008, 47–50; Öun 2011.) Elämä nähdään iankaikkisuuden jatkeena ja kuoleman jälkeinen elämä on jatkoa sille mitä ihminen on eläissään tehnyt. Heille on tärkeää anteeksi antaminen ja saaminen ennen kuolemaa. (Abdelhamid ym. 2010, 191; Öun 2011.) Sairaanhoidon linjauksista neuvotellaan omaisten kanssa ja mietitään tarkkaan mitä sairaalle saa kertoa, koska toivoa ei saisi koskaan menettää. Ehtoolliselle osallistuminen on hengellistä elämää täydentävä, siihen osallistuvan pitää paastota, ellei ole vakavasti sairas. Kirkkovuoden juhlista pääsiäinen on kaikkein suurin. (Ketola 2008, 47–50; Öun 2011.)

**Islamin** uskon mukaan Jumala on luonut ihmisen ja antanut tälle ruumiin, järjen ja sielun. Ihmisellä on velvollisuus pysyä terveenä. Hygienia, ruokamääräykset ja rukoukset takaavat muslimien terveyden. Sairaus on koettelemus, etenkin vammaisuus tai vakava sairaus ovat rangaistus synneistä. Aikuinen, fyysisesti hyväkuntoinen muslimi paastooa kerran vuodessa Ramada kuukauden eli 28–30 päivää, mutta paastosta on vapautettu ne, joiden terveys ei salli sitä. (Hallenberg 2006, 2019–2020.)

**Jehovan todistajat** suhtautuvat kriittisesti alkuperältään pakanallisiin uskonnollisiin symboleihin kuten ristiin (Abdelhamid 2010, 195), lipun tervehtimiseen, kansallislaulun laulamiseen sekä äänestämiseen. Heillä on

myös kiellettyä viettää syntymäpäiviä, kansallisia juhlapyhiä ja kristillisten juhlapäiviä. Jehovan todistajat käyttävät jumalasta nimeä Jehova, heidän opetuksensa ja oppinsa perustuu Raamattuun. He uskovat, että aikojen loputtua Kristus ja 144 000 Jumalan täydellistämää ihmistä muodostavat maanpäällisen paratiisin ja saavat iänikuisen elämän. (Ketola & Virtanen 2008, 151–153.)

**Uskonottomien tai vapaa-ajattelijoiden** maailmankatsomus voi perustua johonkin filosofiaan, jossa Jumalaa ei tarvita tai jumalan olemassaolo kielletään kokonaan. Maailmankuva ja moraalinen painotus vaihtelee suuresti. Maailman todellisuus ja kaikki ilmiöt on selitettävissä tieteellisesti ja rationaalisesti. Yleinen ajatus on, että ihminen pyytää sitä mitä tarvitsee. Yleensä he suhtautuvat uskonnollisiin symboleihin suvaitsevasti, mutta olisi huomaavaista, ettei niitä käytettäisi. (Abdelhamid ym. 2010, 196.)

## 6 KÄSIKIRJA HOITAJILLE SAATTOHOIDON TOTEUTTAMISESTA

Jokaisen terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilön on velvollisuus ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.) Ammattitaitoa voi ylläpitää ja kehittää monilla tavoilla. Tällaisia tiedon ja taidon rakentamisen apuvälineitä voi olla ohjaus, opetus, neuvonta ja tiedon anto joita annetaan suullisesti tai kirjallisesti. Kirjallinen ohje voi olla opas, tietopaketti, tiedote, toiminta-, hoito- tai käyttöohje. (Eloranta & Virkki 2011, 19–21, 74.) Ohjeiden on tarkoitus kertoa lukijalle miten menetellä päästäkseen haluttuun tulokseen. Ohjeiden laatimisessa tulee huomioida kenelle ohjeet tehdään. (Kankaanpää & Piehl 2011, 295.) Uusi tieto on vanhan tiedon ja taidon lisäämistä. Tiedon tarve lähtee ohjattavan tarpeista, tavoitteiden asettamisesta ja sillä pyritään tiettyyn päämäärään. (Eloranta & Virkki 2011, 19, 25–26.) Nykykäsityksen mukaan tieto edistää lukijan kykyjä ja lisää aloitteellisuutta parantaa omaa työn hallintaa (Kyngäs ym. 2007, 25).

Ridanpään (2006) tutkimuksen mukaan monipuoliset kuolevan potilaan hoitotyötä koskevat kirjallisten ohjeiden tulisi olla selkeät ja ajankohtaiset. Ne tukevat ja ohjaavat hoitohenkilöstöä työssään. Ohjeet auttavat myös kehittämään omaa osaamistaan ja tätä kautta hoitoyksikössä toteutettavaa kuolevan hoitotyötä. (Ridanpää 2006, 89.)

Käsikirjan ohjeissa on kiinnitetty huomiota myös hengellisen tuen antamiseen, sillä Ridanpään (2006) tutkimuksen mukaan potilaan hengelliset tarpeet ovat jääneet vähemmälle huomiolle kiireen ja konkreettisten ohjeiden saatavuuden vuoksi. Usein hengellisiä tarpeita ei mielletty hoitotyöhön, vaan ne on koettu yksityisiksi asioiksi. Samaisessa tutkimuksessa tuli esille myös puutteita lainsäädännön tuntemisessa. (Ridanpää 2006, 82–83.)

## **7 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE**

Projektin tehtävänä oli laatia Paimion vanhainkodin hoitajille ohjeet käsikirjan muodossa saattohoidon toteuttamisesta.

Projektin tavoitteena oli ohjeiden avulla lisätä tietoa ja taitoa toteuttaa saattohoitoa vanhustyössä.

## 8 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Suomenkielen sana ”projekti” tulee latinan kielestä, joka tarkoittaa suunnitelmaa tai ehdotusta. Projektin tulee olla joustava ja opettavainen prosessi (Silfverberg 2007, 30). Tämä projekti auttoi ymmärtämään projektityön vaativuutta. Projekti on ainutlaatuinen, tietyn ajan kestävä ja tavoitteeseen pyrkivä. (Rissanen 2002, 13–14.) Tämän projekti oli tarkoitus saada tehtyä ajallaan, noin vuodessa. Tavoitteena on saada käsikirjan avulla lisättyä laadukkuutta saattohoitoon.

Projekti saa alkunsa muutoksen tarpeesta (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 11). Paimion vanhainkodilla oli tarve kehittää saattohoitoa. Projekti voi nousta työyhteisön kehittämisestä, jolloin ne ovat konkreettisia ja liittyvät arjen toimintoihin. Työyhteisön perustehtävää tarkastelemalla, saadaan selville, miten työyhteisöä voidaan kehittää. (Paasivaara ym. 2008, 9-10.) Syntyi idea tehdä käsikirja vanhainkodin henkilökunnalle saattohoitopotilaan hoitamisesta, arvokkaasti elämän loppuun asti. Projektin tulee olla joustava ja opettavainen prosessi (Silfverberg 2007, 30). Hyvin toteutettu projekti vaikuttaa tekijöihinsä ja kohdeympäristöönsä, sekä tuottaa lisäarvoa asettajalleen ja hyötyä kohteelle. (Rissanen 2002, 13–14.) Aiheen valintaan vaikutti myös projektin tekijöiden oma kiinnostus kehittää saattohoitoa omilla tahoillaan

Projekti etenee systemaattisesti pää-vaiheittain: ideointi, taustaselvitykset, tavoitteiden määrittely, sisältö, toteutus ja projektin päättäminen eli tulosten esittely (Rissanen 2002, 16). Idean synnyttyä sovittiin, mitä käsikirjan tulee sisältää, jotta se palvelisi hoitajia ja saattohoidettavia potilaita kaikkein parhaiten. Sen jälkeen tehtiin toimeksiantosopimus vanhustyönjohtajan kanssa 9.12.2010. (Liite 2).

Hyvän projektin valmisteluun kuuluu aiheen taustaselvitys (Rissanen 2002, 40). Aiheeseen perehtyminen tapahtui aikaisempia tutkimuksia ja tietoa etsien. Tutkimustietoa etsittiin Turun ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin kautta. Tutkimuksia löytyi Medicin-, Terveysportin-, Cinalin- ja Ebraryn- tietokannoista. Taustaselvityksen avulla on tarkoitus selvittää aiheen rajaus ja realismisuus. Lisäksi tulee saada selville huomioon otettavat tekijät joilla pyritään



varmistamaan tuloksen hyödynnettävyys. (Silfverberg 2007, 49.) Rajauksena oli, että kaikki materiaali on 2000-luvulta. Tutkimuksia etsittäessä vuosirajaus oli suurelta osin 2007–2011 ja 2005–2011. Suomenkielisinä hakusanoina käytettiin sanoja saattohoito, terminaalihoito sekä englanninkielessä end-of-life, long-term care ja terminalcare. Näitä avainsanoja yhdistettiin eri fyysisiin, psyykkisiin ja uskonnollisiin sanoihin. Materiaalia löytyi riittävästi. Suomenkielellä materiaali oli hieman vanhempaa ja sitä löytyi vähemmän. Englanninkielinen materiaali oli uudempaa ja sitä löytyi paljon. Hyväksytyin aineiston valintakriteerinä oli, että tutkimukset ja kirjallisuus kohdistuisi vanhuksiin, koska saattohoidon käsikirjaa käytettäisiin vanhainkodissa, joten kaikki lapsiin kohdistuva tieto jätettiin huomioimatta.

Projektin tavoitteet tulee olla realistiset ja selkeät. Tekeminen alkaa suunnittelulla, jossa kerätään perustietoja ja analysoidaan niitä. Hyvä suunnitelma näiden pohjalta auttaa tavoitteiden toteutumiseen. Samalla tehdään aiheen alustava rajaus. (Silfverberg 2007, 27, 30, 45.) Keväällä 2011 laadittiin projektisuunnitelma toteutettavasta käsikirjan sisällöstä henkilökunnalle saattohoidon toteuttamiseksi. Vanhustyön johtaja allekirjoitti suunnitelman ja työn tekemistä päästiin jatkamaan (Liite 3).

Käsikirjan (Liite 4) ohjeet käsittävät fyysisten oireiden hoitamisen lisäksi myös psyyken ja uskonnon vaikutuksen saattohoitoon. Fyysisen hoidon kulmakivi on kivunhoito. Kaikki toiminta perustuu kivun lievitykseen huomioiden ravitsemus, nesteytys, pahoinvointi, ummetus ja hengenahdistus. Kuolevan potilaan perushoito sisältää ihon kunnon seurannan ja asentohoidon. Uskonnoista, käsikirjaan otetaan muutama uskonto, jotka poikkeavat Suomessa olevasta valtauskonnosta. Nämä voisivat tulla myös hoitotyössä ajankohtaiseksi. Käsikirjaan otetut uskonnot ovat islam, Jehovan todistajat, ortodoksit, ja uskonnottomat. Lisäksi romanit otettiin huomioon kulttuurieron vuoksi. Koska lainsäädäntö tulee korostumaan monikulttuurisen kasvun myötä, käsikirjan ohjeistukseen on lisätty myös lainsäädäntö. Käsikirjaan sisältyy myös exituksen toteaminen, vainajan laitto ja siirto kappeliin.

Tekstin luettavuuden vuoksi, tulee kiinnittää huomiota käytettävään fonttikokoon ja fonttiin. Pääotsikoissa voidaan käyttää pari pistettä isompaa fonttia tai lihavoitua tai kirjoittaa isoin kirjaimin. Rivinvälinä käytetään vähintään 1,5:sta kautta kirjoituksen. Tehosteita tulee käyttää harkitusti jotta saavutetaan levollinen ulkonäkö. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 424.) Projektin käsikirjassa fonttina käytettiin Berlin Sans FB ja Times New Romania. Times New Roman valittiin tekstiin sen helppolukuisuuden vuoksi ja Berlin Sans FB:llä tehostettiin tärkeitä asioita, joilla oli merkitystä hoitajille. Fonttikoko vaihteli otsikoiden ja tekstin sisällön mukaan. Hoitajan kannalta tärkeät asiat ovat isommalla. Riviväli on 1,5. Käsikirjan neuvot ovat sanallista. Käsikirjaan on lisätty myös kuvia elävöittämään tekstiä. Valokuvat ovat itse otettuja. Valokuvat ovat otettu luonnosta ja vanhainkodilta, joten kuvauslupaa ei ole tarvittu. Oppaan ulkoasu on rauhallinen.

Käsikirjassa käytettyjen kuvien on tarkoitus havainnollistaa kappaleen sisältöä. Kansikuvassa on maisema merestä auringon laskiessa. Valokuva kuvaa elämän päättymistä. Hoitajien osiossa on kuva kukkivasta alppiruususta, jonka tarkoitus on kuvata hoitajan ammattitaidon ja kokemuksen lisääntymistä. Kuva, jossa on putous, kuvaa surua, joka pääsee valloilleen. Yksi kuva on Paimion vanhainkodin kappelista, jonne kuolevan tie vie. Viimeinen kuva, jossa valokuvakehys, kynttilä ja kukka, kuvastaa saattohoidon päättymistä ja vainajan kunnioitusta.

Käsikirja oli tarkastettavana vanhainkodilla kaksi kertaa ja henkilökunta sai tehdä muutosehdotuksia ja antaa palautetta käsikirjan sisällöstä. Korjauksia tekstin sisältöön tehtiin tämän pohjalta. Korjaukset olivat pääsääntöisesti kirjoitusvirheitä. Myös vanhainkodin lääkäri luki käsikirjan ja hänen ehdottamat korjaukset tehtiin käsikirjaan. Lisäksi käsikirjaan liitettiin lääkärin allekirjoittama ohjeistus miten toimia kuoleman tapauksessa osastohoitajan pyynnöstä.

Käsikirja laadittiin vanhainkodille sähköiseen muotoon, jolloin sitä on helppo päivittää ajan tasalle. Käsikirjasta tehtiin myös kansio, jotta sitä on helppo ja nopea käyttää. Kansiossa on sisällysluettelo ja välisivut, jotta on helpompaa

hakea esimerkiksi tietoa suun kuivuudesta. Sivut laitettiin muovitaskuihin, jotta ne pysyisivät ehjinä.

Projekti päättyy tulosten tiedottamiseen, tällöin arvioidaan onko projekti onnistunut ja aloitetaan tulosten sulattelu (Paasivaara ym. 2008, 137). Projekti valmistui 2011 vuoden lopussa. Valmis työ esitettiin Turun Ammattikorkeakoulussa loppuvuodesta ja Paimion vanhainkodissa tammikuussa 2012. Esittäminen tapahtui molemmissa paikoissa PowerPointia apuna käyttäen, syy siihen oli, että ihmiset oppivat eri tavoin. Toiset ihmiset oppivat kuulemalla, toiset taas näkemällä. Samalla arvioitiin projektin onnistuminen. Tutkimus voidaan julkaista sekä suullisesti ja kirjallisesti tai vain toista tapaa käyttäen. Tulosten julkistaminen voidaan tehdä myös elektronisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 239.) Valmis työ luovutettiin valmistumisen jälkeen Paimion vanhainkodille käsikirjana kansion muodossa, koko työ kirjana ja sähköisenä nettitikulla mahdollista päivitystä varten. Työ laitettiin myös Theseukseen.

## 9 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusetiikka on keskeinen asia myös hoitotieteen tutkimuksissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172). Jotta tässä työssä eettisyys toteutuisi, ovat tekijät saaneet opastusta tutkimusmetodiikan tunneilla, siitä miten eettisyys tulee huomioida työtä tehdessä, esimerkiksi on pyritty välttämään nimien mainitsemista.

Projekti perustuu pitkälti erilaisiin tutkimuksiin. Tutkimuksen eettisyyttä säätelevät normit. Normit edellyttävät, että tieteellisessä tutkimuksessa tutkija on rehellinen, huolellinen ja tarkka. (Leino-Kilpi 2009a, 362–364.) Tutkimuksia käytettäessä on arvioitu, voiko kyseistä tutkimusta ottaa eli onko tutkija ollut rehellinen ja kertonut tarkasti miten hän on johtosäätöksiin tullut. Mikäli tekijät ovat arvoineet tutkimuksen olevan luotettava, se on otettu tämän työn tekemiseen mukaan. Eettisyys on huomioitu tässä työssä myös siten, että kaikki käytetyt lähteet ovat merkitty tarkasti ja rehellisesti, joten ne ovat jokaisen löydettävissä.

Toisten tekstin plagiointi on myös epäeettistä. Mikäli toisten tekstiä lainataan, se on osoitettava asianmukaisella lähdemerkinnällä. (Hirsjärvi, ym.2009, 26.) Tässä työssä käytettyjä tekstejä ei ole plagioitu ja kaikki viittaukset löytyvät lähdeluettelosta ohjeiden mukaisesti. Lähdemerkintöjen asianmukaisuuteen ja löydettävyyteen on käytetty Turun Ammattikorkeakoulussa käytettäviä Messin ohjeita. Tutkimusten tuloksia ei saa vääristellä, eikä muuttaa (Leino-Kilpi 2009a, 364). Tekijät ovat pyrkineet tuomaan esille käyttämiensä tutkimusten tulokset kaunistelematta tai muuttamatta niitä. Tekstejä referoidessa on kiinnitetty huomiota syntyneen lauseen muotoon, niin ettei asia ole muuttunut alkuperäisestä. Tämä on ollut välillä hyvin haasteellista.

Kuolevan potilaan hoitoa koskee samalla tavalla eettisyys kuin muitakin potilaita hoidettaessa. Kuolevan potilaan hoidosta on annettu erilaisia normeja ja kannanottoja. (Leino-Kilpi 2009 b, 308–311.) Tässä työssä on otettu huomioon saattohoitopotilaan hoitoon liittyvät lait ja suositukset ohjeita laadittaessa. Kuolevan potilaan hoito on eräs vaikeimmista hoitotyön alueista, koska tiedon

saanti on vaikeaa. Hoitotyössä eettiseksi lähtökohdaksi nousee kuolevan elämän ja yksilöllisyyden kunnioittaminen. (Leino-Kilpi 2009 b, 308–311.) Tämän vuoksi projektissa ei ole voitu käytetty lähteenä kuolevien potilaiden kokemuksia vaan heille on suotu eettisyyden suoma kunnioitus. Tosin, vaikka olisikin epäeettistä haastatella kuolevia vanhuksia, niin kuitenkin heiltä saataisiin viimeisin tieto, miten saattohoitoa kuuluisi toteuttaa.

Työn julkaisussa eettisyys tarkoittaa sitä, että kerrotaan avoimesti miten työ on tehty (Leino-Kilpi 2009a, 364). Tekijät ovat kertoneet projektin empiirisessä kappaleessa miten tämän opinnäytetyön toteutus on tapahtunut.

Projektin luotettavuuteen voidaan vaikuttaa käytettävien tietolähteiden avulla. (Leino-Kilpi 2009 a, 361–362.) Tietolähteinä projektin aikana on käytetty sosiaali- ja terveysalan tietokantoja ja kirjallisuutta. Lähteitä käyttäessä tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen sisältöön, tarkoitukseen ja tutkimuskohteeseen. Tutkimuksen käytössä on arvioitava vastaako tehty tutkimus ja sen kohde projektin asettamia tarpeita. (Leino-Kilpi 2009 a, 361–362.) Tämän vuoksi tähän projektiin on otettu vain tutkimuksia, jotka ovat koskeneet vanhusten saattohoitoa. Projektin luotettavuutta olisi vähentänyt tutkimukset lasten saattohoidosta, sillä kohderyhmänä tässä projektissa oli vanhukset.

Tutkijat lisäävät tutkimustensa luotettavuutta raportoimalla tutkimuksia alkuperäisartikkeleina tiedelehdissä tai muissa tieteellisesti pätevissä julkaisuissa (Leino-Kilpi, 2009a, 371). Tämä huomioon ottaen tekijät ovat käyttäneet työn kirjallisuutena julkaistuja hoitotieteen tutkimuksia ja terveydenhoitoalan ammattikirjallisuutta. Hoitotieteen tutkimukset on pyritty ottamaan alkuperäislähteistä.

Lähteiden ikään tulee myös kiinnittää huomiota, tutkimuksia tehdessä. Käytännössä katsoen uusin tieto kumoo vanhan tiedon. (Hirsjärvi, ym. 2009, 113.) Kirjallisuuskatsausta tehdessä on pyritty löytämään uusin tieto, joten tämän vuoksi tekijät ovat päätyneet käyttämään myös englanninkielistä kirjallisuutta. Suomalaiset tutkimukset olivat pääasiassa yli kymmenen vuotta vanhoja, joten näitä ei kelpuutettu. Tuoreimpien Suomalaisten tutkimusten

niukka määrä oli pettymys, sillä viime vuosina Suomessa on kuitenkin lisääntyvästi alettu puhua hyvän saattohoidon merkityksestä.

Tutkimustuloksia käytettäessä tekijät ovat arvioineet mukaan otettujen tutkimusten luotettavuutta ja tutkimusten tekijöiden alan asiantuntijuutta, sekä tunnettavuutta. Mikäli jokin kirjoittajanimi toistuu monessa tutkimuksessa tekijänä ja muiden tutkijoiden tekstissä lähteenä, kyseisellä henkilöllä on alalla arvovaltaa (Hirsjärvi, ym. 2009, 113.) Tekijät tekivät huomion, että esimerkiksi suomalaisissa tutkimuksissa Juha Hännisen nimi tuli esiin monessa kohtaan. Hän on tunnettu saattohoidon kehittäjä, joten hänen tietämyksensä on luotettu. Tosin, jossain kohtaan tuo nimi jo häiritsi, sillä olisi ollut kiinnostavaa saada muidenkin tutkijoiden tekstejä luettavaksi. Opinnäytetöitä tekijät eivät käyttäneet työtä tehdessä ollenkaan, koska opinnäytetyön vaatimukset ovat aivan erilaiset, kuin tiukan tieteellisen artikkelin (Hirsjärvi, ym. 2009, 242).

Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää myös esitestausta, jotta saadaan selville tuloksen luotettavuus ja mahdollinen toimivuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154.) Käsikirjan toimivuutta ja ymmärrettävyyttä testattiin lokakuussa 2011 Paimion vanhainkodin sairaanhoitajilla, lähihoitajalla ja osastonhoitajalla. Jotta käsikirjan luotettavuus ei olisi puolueellista, se luetutettiin vielä kotihoidon sairaanhoitajalla. Esitestaukseen voi käyttää myös asiantuntevia henkilöitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154). Käsikirjan luotettavuutta lisättiin, antamalla se tarkastettavaksi vanhainkodin lääkärille.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyö tehtiin projektina. Projektin tekeminen oli laaja ja haasteellinen prosessi. Projektin tarkoituksena oli laatia Paimion vanhainkodin hoitajille ohjeet. Projektin tuotoksena saatiin aikaiseksi saattohoidon käsikirja vanhainkodin asukkaiden saattohoitamiseksi. Tavoitteena oli, että hoitohenkilökunta saisi selkeät ja ymmärrettävät ohjeet hyvään ja tasa-arvoiseen saattohoidon toteuttamiseen. Tavoite saavutettiin käyttäen apuna alan kirjallisuutta ja tutkimuksia saattohoidosta. Lisäksi huomioimme käsikirjan lukeneiden hoitajien muutosehdotukset sisältöön. Alussa oli ajatuksena, että projektin tuotos olisi nimeltään opas hoitajille, mutta työyhteisö halusi käytettävän käsikirja nimitystä. Ehdotettiin myös lisää valokuvia, esimerkiksi vainajan laitto kappaleeseen. Olisi otettu nukesta kuvia vainajan laitton eri vaiheissa, mutta vanhainkodilla näitä kuvia ei katsottu tarpeelliseksi.

Projektin tekemisen haasteellisuutta lisäsi vielä saattohoito aiheena. Saattohoidosta lukeminen ja aiheeseen perehtymisen myötä alettiin pohtia, mikä on oma suhtautuminen kuolemaan? Pitkään sairastaneen vanhuksen kuolema on helpompi hyväksyä, kuin esimerkiksi lapsen kuolema. Elämä on luonnollinen tapahtumasarja, joka saa alkunsa syntymästä ja loppuu kuolemaan (Hänninen & Pajunen 2006, 14). Luonnollisuudestaan huolimatta ajattelemisen oman tai läheisen ihmisen tulevasta kuolemasta, saa aikaan ahdistuksen ja surun tunteen.

Ajatusleikkinä voisikin pohtia myös millaista olisi olla saattohoitopotilaan asemassa: jos vaikka ei kykenisi kertomaan, että kylkeen, olkapäähän ja lonkkaan sattuu. Kipu voisi johtua siitä, että on ollut samassa asennossa jo 8 tuntia; hoitajat tulevat muuttamaan asentoa, mutta tiedän sen sattuvan niin paljon, että alan huutaa kovaa ja yritän lyödä hoitajaa; Puhuvana potilaana minulla olisi ahdistusta ja pelkoja, mutta kenelläkään ei ole aikaa kuunnella minua; Haluaisin keskustella papin kanssa ja saada mielen rauhan, mutta kukaan ei soita papille ja pyydä häntä luokseni; Suuni on aivan kuiva ja kipeä, mutta sitä ei kostuteta; minulla ei ole ruokahalua, eikä ainakaan maksalaatikko

ole koskaan kuulunut lempiruokiini, siitä huolimatta minulle sitä syötetään. Aika puhuttelevaa, vai mitä?

Laadukkaalla saattohoidolla pyritään ehkäisemään edellä olevaa. Mitä on laadukas saattohoito? Se on vakavasti sairaan potilaan hoitoa, hänen elämänsä loppuvaiheessa. Tavoite on luoda hänelle mahdollisimman hyvä olo ilman kipuja ja kärsimyksiä. Saattohoitoon sisältyy potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen huomioiden fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Hänen hyvää oloaan pyritään turvaamaan rauhallisuudella ja kulkemalla hänen vierellään kohti elämän loppua. (Kokkonen, ym. 2010, 328.) Saattohoitokodeissa, esimerkiksi Karinakodissa pystytään varmaankin toteuttamaan saattohoitopotilaan kohdalla kaikki edellä olevat asiat. Muissa terveydenhuollon yksiköissä ei ole mahdollisuutta esimerkiksi jatkuvaan läsnäoloon.

Laadukkaaseen saattohoitoon kuuluu myös omaisten huomioon ottaminen, sillä tämä on heille surun ja menetyksen aikaa (Kokkonen, ym. 2010, 109–110). Omaisten huomioon ottaminen ei ole aina helppoa. On olemassa omaisia, jotka ymmärtävät kuoleman lähestyvän ja suhtautuvat siihen ymmärtävästi. Nämä omaiset haluavat osallistua omaisensa hoitoon niin paljon kuin mahdollista ja voivat jopa yöpyä hoitopaikassa ja olla näin lähellä omaistaan. Sitten on niitä omaisia, jotka kieltävät koko kuoleman ja heidän läheisensä hyväksi on tehtävä kaikki mahdollinen. Uhataan jopa lailla ja huudetaan hoitajille, että he ovat ammattitaidottomia, kun eivät pysty hoitamaan kuolevaa terveeksi. Vaikeinta on omaisen kysymys: ”kuinka kauan vielä kestää?”, tähän kun ei ole vastausta (Leino-Kilpi 2009a, 314).

Projektia tehdessä vahvistui ymmärtämys siitä, että laadukas saattohoito ei ole paikkaan sidottu vaan sitä toteuttavat hoitajat. Hoitajan ja kuolevan välille voi syntyä yhteys, jolloin hoitoympäristöllä ei enää ole merkitystä. (Lipponen 2006, 171.) Tämä on totta, sillä kuolevaan voi saada yhteyden, näkemällä, että siinä on ihminen, joka on kokenut ja nähnyt paljon elämässään. Kun kuolevan kanssa syntyy yhteys, näkee hänen rauhoittuva ja saavan rauhan. Hänen ei tarvitse aina sanoa, mitä tarvitsee, vaan hoitaja ikään kuin tuntee hänen



tarpeensa. Ikävä kyllä, kiire ja henkilökunta resurssien vähyyks heikentää yhteyden syntymistä, sillä ei ole aikaa riittävästi kuolevalle.

Saattohoidon päätyttyä hoitajille pitää luoda mahdollisuus purkaa omat tunteensa ja käsitellä ne (Anttonen 2008, 55). Saattohoitokodeissa on ilmeisesti mahdollisuus tähän, mutta ei yleensä muissa hoitopaikoissa. Olisi kyllä tarpeellista, että hoitajilla olisi mahdollisuus keskustella miten saattohoito toteutui ja mitä jäi mietityttämään, sillä se auttaisi hoitajaa selviytymään ja osaltaan myös kehittäisi toteutettavaa saattohoitoa.

Projekti perustui hoitotieteen tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Tietoa saattohoidosta oli saatavilla paljon, mutta suurin osa saattohoidosta käsitteli lasten saattohoitoa ja vanhusten saattohoitoa koskeva aineisto oli jo yli kymmenen vuotta vanhaa. Näistä syistä johtuen tämän työn tekemisessä on käytetty myös englanninkielisiä tutkimuksia ja aineistoa. Kirjallisuuden pohjalta käsikirjan ohjeet pyrittiin toteuttamaan selkeästi ja asiallisesti käyttäen hyvää kirjoitustyyliä. Projektissa eettisyys on huomioitu aiheen käsittelyssä ja tiedon hankinnassa välttämällä plagiointia ja lähteet on pyritty merkitsemään ohjeiden mukaisesti. Luotettavuus on otettu huomioon projektia tehdessä. Luotettavuuden lisäämiseksi ja käsikirjan toimivuutta testattiin myös kotihoidossa, mutta korjausehdotukset eivät sovi vanhainkodille. Hoitajat ehdottivat esimerkiksi lääkkeiden lisäämisiä hoitajan keinoin. Kotihoidossa on laajempi valikoima käyttää lääkkeitä harkinnan varaisesti kuin vanhainkodilla.

Lähdemateriaali on arvioitu kriittisesti ja projektin edetessä on käytetty asiantuntijaohjausta. Ohjaus on koettu erittäin tärkeäksi tässä projektissa.

Projektin alussa oli myös ajatus, että tehdään haastattelulomake, joka annetaan vanhainkodissa olevien asukkaiden omaisille. Lomakkeessa olisi kysytty millaista saattohoitoa he haluaisivat rakkaimmalleen. Ajatuksena oli myös, että haastateltaisiin muutamaa vanhusta, mitä he haluaisivat. Koska kuolema on kuitenkin niin vaikea ja surullinen asia, niin päädyttiin hylkäämään ajatus haastattelusta. Kuolema on myös monelle arkaluontoinen asia.

Vastoinkäymisistä ja raskaasta aiheesta huolimatta tämä projekti oli hyvin opettavainen kokemus niin tekijöille kuin heidän kanssaan tekemisissä oleville ihmisillekin. Tekijät ovat kartuttaneet tiedon määrää saattohoidosta ja jakaneet tietoa ja oivalluksia ympärillä olevien ihmisten kanssa. Tekijät kokevat käsikirjan ohjeiden olevan hyödyksi toteutettaessa laadukasta saattohoitoa. Ohjeiden hyödyistä kertoo, että toinen tekijä huomasi ensimmäisen kerran vanhainkodilla saattohoitopotilaan huoneessa olevan pienen pyörillä olevan pöydän, jossa oli erilaisia tarpeita saattohoitopotilaan olon helpottamiseksi, esimerkiksi suunkostutukseen. On myös havainnointu, että vanhusten toiveita keskustella papin kanssa ja saada ehtoollinen on otettu sydämen asiaksi, sillä heidän toiveitaan on toteutettu.

Käsikirja toimitettiin painettuna ja sähköisenä versiona. Käsikirja kansion muodossa mahdollistaa nopean tiedon haun ja sähköinen versio mahdollistaa tietojen päivittämisen. Käsikirja esitettiin Paimion vanhainkodilla tammikuussa 2012, sillä mikään muu ajankohta ei sopinut. Esityksessä käytettiin power pointia ja valmista käsikirjaa apuna. Kysyttävää läsnä olevilla ei ollut, mutta yhtenä kommenttina tuli, että käsikirja on tarpeellinen. Sitä voi käyttää myös opiskelijoiden perehdyttämiseen.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää, miten projektin tuotoksena tehty käsikirja on kehittänyt saattohoitopotilaan hoitoa ja miten hoitajat ovat kokeneet käsikirjan käytön. Tälle projektille hyvänä jatkeena olisi omaisille tarkoitettu käsikirja.

## LÄHTEET

Abdelhamid, P.; Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. 1., painos. Porvoo: WSOY pro Oy.

Anttonen, M. S. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, E.; Anttonen, M. S.; Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoidaja liitto ry. Sipoo: Silverprint Oy

Barrett, D.; Johnson, T. & Crossing P. 2011. Maailman uskonnot vuonna 2011. Viitattu 7.7.2011 [http://www.evl.fi/maailman uskonnot](http://www.evl.fi/maailman_uskonnot).

Björkman, M.; Palviainen, J.; Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi. Suomen Lääkärelehti 2006 26 vsk 62. Viitattu 22.4.2011 [http://www.terveysportti.fi/laakarintietokanta>dementia potilaan kivunhoito](http://www.terveysportti.fi/laakarintietokanta/dementia_potilaan_kivunhoito).

Caprio, AJ.; Hanson, LC.; Munn JC.; Williams, CS.; Dobbs, D.; Sloane, PD. & Zimmerman, S. 2008. Pain, Dyspnea, and the Quality of Dying in Long-Term Care. Journal of the American Geriatrics Society, Apr, Vol. 56 Issue 4, p 683-688. Viitattu 3.7.2011 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&hid=10&sid=2b85339a-1419-4c35-a93c-ea18992f6f6c%40sessionmgr11>

Casarett, D.J.; Crowley, R.L. & Hirschman, K.B. 2004. How should clinicians describe hospice to patients and families? Journal of American Geriatrics Society. 52 (11), 1923–1928.

Clark, K.; Lam, LT.; Agar, M.; Chye, R. & Currow, DC. 2010. The impact of opioids, anticholinergic medications and disease progression on the prescription of laxatives in hospitalized palliative care patients. Palliative Medicine, 2010 Jun; 24 (4): 410-418

Dezutter, J.; Soenens, B.; Luyckx, K.; Bruyneel, S.; Vansteenkiste, M.; Duriez, B. & Hutsebaut, D. 2009. The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. Death Studies, Jan; 33 (1): 73-92. Viitattu 3.7.2011. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=14&sid=f290ff90-b20c-4e3e-a0aa-0f071ecd19d3%40sessionmgr4>

Edwards, A.; Pang, N.; Shiu, V. & Chan, C. 2010. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. Palliative Medicine. 2010 Dec 01; 24 (8): 753–70

Eho, S.; Hänninen, J.; Kannel, V.; Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito-valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta.

Ekedahl, M.A. & Wengström, Y. 2010. Caritas, spirituality and religiosity in nurses coping. European Journal of Cancer Care 19, 530–537.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print.

Gothóni, R. & Jokela, U. 2009. Eri uskontojen ja kulttuurien haaste hoitotyössä. Teoksessa K. Aalto & R. Gothóni (toim.) Ihmisen lähellä, hengellisyys hoitotyössä. Lahti. Esa Print Oy, 151–167.

Halila, R. & Mustajoki, P. 2011. Hoitotahto-käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.6.2011 [http://www.terveysportti.fi/ Lääkärin tietokannat>Hoitotahto>Tietoa potilaalla>Hoitotahto-käytännön ohjeita](http://www.terveysportti.fi/Laakarintietokannat/Hoitotahto/Tietoa_potilaalla/Hoitotahto-kaytannon_ohjeita).

Hallenberg, H.2006. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. Suomen Lääkärelehti 2006 18 vsk 61. Viitattu 27.2.2011 [http://www.nelliportaali.fi>Medic>uskonto>terveys ja sairaus islamin maailmassa](http://www.nelliportaali.fi/Medic/uskonto/terveys_ja_sairaus_islamin_maailmassa).

Hanson, L.; Eckert, J.; Dobbs, D.; Williams, C.; Caprio, A.; Sloane, P. & Zimmerman, S. 2008. Symptom experience of dying long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008 Jan; 56 (1): 91-8.

Heikkinen, H.; Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito haaste moniammatilliselle yhteisölle. 1., painos. Porvoo: WS Bookwell.

Hilden, H-M. 2006. Hoitotahto. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) *Elämän loppu vai kuoleman alku hoitopäätökset kuoleman lähestyessä*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hilden, H-M.; Louhiala, P. & Palo, J. 2004. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *Journal of Medical Ethics*. 30 (4), 362-365.

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

Hugel, H.; Ellershaw, J.E.; Cook, L.; Skinner, J. & Irvine, C. 2004. The prevalence, key causes and management of insomnia in palliative care patients. *Journal of Pain Symptom Management*. Volume 27, issue 4, 316–321.

Huhtinen, A. 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Hällfast, M.; Kivinen, M.; Sipola, V.; Hammari, V-M.; Wright, V. & Staines, A. 2009. Minä kuolen apua. Viitattu 6.8.2011 [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/\\$FILE/Mina\\_kuolen\\_apua-opas.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/$FILE/Mina_kuolen_apua-opas.pdf)

Hänninen, J. 2009. Saattohoidon lääkeopas. Terho-säätiön julkaisusarja; julkaisu nro 1. Helsinki: Miktor.

Hänninen, J. 2011. Saattohoito potilaan ja omaisen opas. 11., uudistettu painos. T.A. Sahalan Kirjapaino Oy.

Hänninen, J. & Anttonen, M. S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E.; Anttonen, M. S.; Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Suomen sairaanhoitaja liitto ry. Sipoo: Silverprint Oy.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari Sairastumisesta, luopumisesta ja elämästä. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Iivanainen, A. & Syväjoki, P. 2009. Hoida ja kirjaa. 1.-3., painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Kankaanpää, S. & Piehl, A. 2011. Tekstintekijän käsikirja opas työssä kirjoittaville. Helsinki: Suomen Yrityskirjat Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1., painos. Porvoo: WSOY.

Kassara, H.; Paloposki, S.; Holmia, S.; Murtonen, I.; Lipponen, V.; Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1., painos. Porvoo: WSOY.

Ketola, K. 2008. Ortodoksiset kirkot. Teoksessa Ketola, K. *Uskonnot Suomessa 2008*. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 102. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Ketola, K. & Virtanen, J. 2008. Jehovan todistajat. Teoksessa Ketola, K. *Uskonnot Suomessa 2008*. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 102. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Koivikko-koti. Viitattu 28.9.2011 <http://www.koivikko-koti.fi>

Kokkonen, P.; Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto- Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuolevan potilaanoireiden hoito (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. Viitattu 20.4.2011 <http://www.kaypahoito.fi>

Kuoleman toteaminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 5. Helsinki. Viitattu 3.6.2011 [http://www.stm.fi>julkaisut/sosiaali- ja terveysministerio>kuoleman\\_toteaminen.pdf](http://www.stm.fi>julkaisut/sosiaali- ja terveysministerio>kuoleman_toteaminen.pdf).

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen-sairaanhoitajien näkökulma. Hoitotiede vol.14, no 3.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Kärpänniemi, R. 2008. Sairaanhoitaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E.; Anttonen, M. S.; Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitaja liitto ry. Sipoo: Silverprint Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.

Lehto, J.; Toikkanen, V. & Saarto, T. 2011. Hengenahdistuksen palliativinen hoito. Suomen lääkärilehti 2011 13, vsk 66. 1089–96.

Leino-Kilpi, H. 2009 a. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2009 b. Etiikka kuolevan potilaan hoitotyössä. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Liikamaa, P. (toim.) 2010. Suru. Suomen Mielenterveysseuran SOS-Kriisikeskuksen työryhmä. 4., painos. Raisio: Newprint Oy. Viitattu <http://www.mielenterveysseura.fi/files/782/suru2011.pdf>

Lindström, R-L. 2010. Saattohoito. Teoksessa Mustajoki, M.; Alila, A.; Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 5.-6., painos. Porvoo: Bookwell.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

McClain, C.; Rosenfeld, B. & Breitbart, W. 2003. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, Vol 361, issue 9369, 1603-1607.

Morita, T.; Chinone, Y.; Ikenaga, M.; Miyoshi, M.; Nakaho, T.; Nishitateno, K.; Sakonji, M.; Shima, Y.; Suenaga, K.; Takigawa, C.; Kohara, H.; Tani, K.; Kawamura, Y.; Matsubara, T.; Watanabe, A.; YasuoYagi, Y.; Sasaki, T.; Higuchi, A.; Kimura, H.; Abo, H.; Ozawa, T.; Kizawa, Y. & Uchitomi, Y for the Japan Pain, Palliative Medicine, Rehabilitation, and Psycho-Oncology (PRPP) Study Group. 2005. Efficacy and Safety of Palliative Sedation Therapy: A Multicenter, Prospective. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 30 No. 4 October.

Morita, T.; Hyodo, I.; Yoshimi, T.; Ikenaga, M.; Tamura, Y. & Yoshizawa, A. 2004. Incidence and underlying etiologies of bronchial secretion in terminally ill cancer patients: A multicenter, prospective, observational study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(6), 533-539.

Moyer, D. 2011. Terminal Delirium in Geriatric Patients with Cancer at End of Life. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 28(1):44–51.

- Niskanen, A. 2010. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa Mustajoki, M.; Alila, A.; Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5.-6., painos. Porvoo: Bookwell.
- Paasivaara, L.; Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Sipoo: Silverprint.
- Reinbolt, RE.; Shenk, AM.; White PH. & Navari, RM. 2005. Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 30, 175–82.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 24.3.2011 <http://tutkielmat.uta.fi>
- Rimpiläinen, R. & Akura, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheessa. *Finnanest*, 40(4), 324–329.
- Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Romaanien kulttuuri. 2011. Elämä ja Valo ry. Viitattu 21.7.2011 <http://www.elamajavalo.fi/?id=823>
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Salanterä, S.; Hagelberg, N.; Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1., painos. Porvoo: WSOY.
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi: projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Edita.
- Sinclair, S. 2011. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *CMAJ (Canadian Medical Association or its licensors)*, February 8, 2011, 183(2) 180-187.
- Suomenperustuslaki 11.6.1999/731.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.2.2011 <http://www.stm.fi/julkaisut>
- Terveydenhuoltolaki-pykälistä toiminnaksi. 2011.
- Teunissen, SC.; de Graeff, A.; Voest, EE. & de Haes, JC. 2007. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 2007 Jun; 21 (4): 341-6.
- Vainio, A.; Saarto, T. & Hänninen, J. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinenhoito. 2., uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.
- Valvira. Päätös elvyttämättä jättämisestä. Viitattu 19.6.2011 <http://www.valvira.fi> ohjaus ja neuvonta>terveydenhuolto>elämän loppuvaiheen hoito>päätös elvyttämättä jättämisestä.
- Virta-Helenius, M. 2010. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa Mustajoki, M.; Alila, A.; Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5.-6., painos. Porvoo: Bookwell.
- Taskutieto 2010. Väestörekisterikeskus. Viitattu 7.7.2011 <http://www.vrk.fi.>Tilastot>
- WHO. Määritelmä saattohoitoon. 2002. Viitattu 14.8.2011 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Öun, I. 2011. Monikulttuurinen kuolema. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina – seminaari 26.3.2011. Tampere.

Julkaisematon lähde:

Saattohoitokoulutus 2009. Salon seudun aikuisopisto 21.4- 12.5.2009. Kouluttajana sairaanhoitaja Eronen Maritta.

## Kooste käytetyistä tutkimusartikkeleista

Tutkija, vuosi	Tutkimusaihe	Kohderyhmä/ tutkimusasetelma	Tiedonkeruu/ käytetyt mittarit/ aineiston analyysi	Keskeiset tulokset
Björkman, M.; Palviainen, J.; Laurila, J.; Tilvis, R. 2007.	lääkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi ja kahden mittarin vertailu	297 iäkästä dementoitunutta potilasta HUS:n Marian sairaalasta, akuutilta geriatrian vuodeosastolta.	PAINAD-mittari ja RAI- järjestelmä / Kappakertoimen avulla	PAINAD-mittari on parempi kuin RAI- järjestelmä ja antaa melko vahvan viitteen potilaan todellisista kivuista.
Caprio,  AJ.; Hanson, LC.; Munn JC.; Williams, CS.; Dobbs, D.; Sloane, PD. & Zimmerman, S. 2008.	Arvioida kivun ja hengenahdistuksen hoitoa laitoshoidossa	111 laitoshoidon, tuetun asumisen, hoitokodin 325 kuolleen asukkaan hoitajaa tai omaista	Haastattelu	Kivusta ja hengenahdistuksesta kärsi melkein puolet potilaista. Lisäksi puhtaus oli iso ongelma. Kognitiivinen toiminta laski kaikilla ja asentohoidot olivat yleisiä.
Clark, K.; Lam, LT.; Agar, M.; Chye, R. & Currow. 2010.	Määrittää eri tekijöitä laksatiivien käytössä	750 potilaasta otettiin analyysiin 211 saattohoidon potilasta, Sydneyn Palliative Care Unit	Retrospektiivinen analyysi, tehtiin käyttäen STATE SE 10 ohjelmaa apuna	Opioidien käytön määrä vaikutti laksatiivien määrän tarpeeseen, monen laksatiivin käyttö yhtä aikaa oli yleistä
Casarett, D.J.; Crowley, R.L. & Hirschman K.B. 2004.	Kuvata tiedon määrä saattohoidosta ja koska se aloitetaan	San Diegon lähellä kotihoitossa tai hoitokodissa 100 kuolleen potilaan perheenjäsenet	Haastattelu, kuukauden kuluttua kuolemasta	Lääkäri aloitti yleensä keskustelun saattohoidosta, mutta tiesi vähiten saattohoito paikoista. Moni tiesi jo aikaisemmin saattohoidosta ennen potilaan sairautta.
Dezutter, J.; Soenens, B.; Luyckx, K.; Bruyneel, S.; Vansteenkiste, M.; Duriez, B. & Hutsebaut, D. 2009.	Mitenkä maailmankuva ja elämän katsomus vaikuttavat kuoleman lähestymiseen	471 Belgialaista aikuista	Kyselylomake joka sisälsi 33 kysymystä, 7-koht. likertin asteikko, tausta kysymyksenä oli ikä, oma terveydentila, Tuloksista tehtiin kuvailevia tilastoja	Uskovien ja uskonnottomien suhtautuminen kuolemaan oli erilaista. Uskovien oli helpompi kohdata kuolema ja ahdistus sekä tuska oli vähäisempää
Edwards, A.; Pang, N.; Shiu, V. & Chan, C. 2010.	Hengellisen hoidon toteutuminen saattohoidossa	178 potilas- ja 116 hoitohenkilöstön artikkelia	hakuja tehtiin 10 tietokannasta, kirjallisuuteen perustuva	Hengellisyden huomioiminen on lisääntynyt, mutta lisää huomiota asiaan vielä kaivataan
Ekedahl, M.A.; Wengström, Y.	Vaikuttaako uskonnollisuus hoitajien selviytymiseen	15 ruotsalaista onkologista hoitajaa sattumanvaraisesti	Haastattelu/ Sisällönanalyysi	Uskonnollisuus ei vaikuta kuolevien hoitamisessa, vaan



2010.	kuolevien hoitamisessa?	valittuna		työyhteisön tuki on tärkeämpi.
Hanson ym. 2008.	Kuvata loppuvaiheen oireita vanhainkodin ja laitoshoidon sekä kotihoidon potilailla. Saada selville keinoja hoidon ja arvioinnin tekemisestä.	N=674, joista 446 oli omaisia	Haastattelu	Hengenahdistusta arvioitiin sanallisen tiedon perusteella, mutta ei kipua. Fyysisiä oireita oli runsaasti.
Hilden, H-M.; Louhiala, P. & Palo, J. 2004.	Lääkäreiden asenne DNR päätökseen	800 suomalaista lääkäriä, joista 56 % osallistui tutkimukseen	Kyselytutkimus	Suurin osa lääkäreistä suhtautui hyvin DNR päätökseen ja noudattivat sitä. Päätös merkattiin eri tavoin potilaspapereihin, mikä vaikeutti sen löytymistä.
Huhtanen, A., 2005	Selvittää mitkä asiat vaikuttaa kuolevan kohtaamiseen	20+12 naispuolista opiskelijaa terveydenhuollon, sosiaalialueen ja kirkon työntekijöitä	Opiskelijoiden kehityskertomukset, eläytyvät rooliharjoitukset ja päiväkirjat/  Sisällönanalyysi, osaksi narratiivinen analyysi.	Kuolevan kohtaamiseen vaikuttaa monet asiat, kuten kuolevan ja omaisten kohtaaminen, oma ammattitaito ja elämäntilanne, sekä työtoverin tuki.
Kuuppelomäki, M. 2002	Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen-sairaanhoitajien näkökulma	328 sairaanhoitajaa 32 terveyskeskuksessa	Kyselylomakkeet  SPSS-tilasto-ohjelma  Sisällönanalyysi	Emotionaalisia tuki muotoja oli kuunteleminen, koskettaminen, jne. Eniten tukea annettiin perushoidon yhteydessä. Emotionaalisen tuen puutteeksi nousu ajan puute.
Lipponen, V. 2006.	Omahoitajien ja kuolevien potilaiden vuorovaikutuksellisesta suhteesta.	35 potilasta ja hoitajaa neljästä saattohoitoa toteuttavasta hoitolaitoksesta.	Avoin haastattelu ja havainnointi/Episteemiseen konstruktivismiin perustuva diskussianalyysi.	Hyvä omahoitaja suhde palvelee kuolevaa potilasta ja hoitajaa itseään.
McClain, C.; Rosenfeld, B. Breitbart, W. 2003	Syöpäpotilaan loppu-ajan suhtautumista masennukseen, ahdistukseen ja epätoivoon.	160 amerikkalaista saattohoidon potilasta	Haastattelu standardoituja haastattelukaavakkeita käyttäen	Henkinen hyvinvointi poisti pahanolon tunteita ja halua joututtaa omaa kuolemaansa
Morita, ym. 2005.	Selvittää sedaation teho ja turvallisuus sekä tunnistaa vaikuttavat	Syöpäpotilaat 21:ssä Japanilaisessa saattohoitoyksikössä,	18-sivuinen kyselylomake hoitaneille lääkäreille.	Sedaatio oli tehokas ja turvallinen tapa lievittää hankalia

	tekijät riittämättömästi oireiden hoidosta	tutkittuja oli 102 henkilöä.		oireita, mutta haittavaikutuksia esiintyi osalla sedaation saaneista.
Morita, T.; Hyodo, I.; Yoshimi, T.; Ikenaga, M.; Tamura, Y. & Yoshizawa, A. 2004.	Selvittää keuhkoputkien liman erityksen määrää, sen aiheuttaja ja vaikutus saattohoitopotilaaseen.	734 terminaalivaiheessa olevaa Japanilaista potilasta joista tutkimuksen kriteerit täytti 310	Monikeskustutkimus, prospektiivinen, havainnointitutkimus.  Sairaanhoitajat ja lääkärit keräsivät havainnot.	Keuhkoputkien erityks on hyvä tunnistaa ja soveltuvin hoito aloittaa mahdollisimman pian oireiden lievittämiseksi.
Reinbolt, RE.; Shenk, AM.; White PH. & Navari, RM. 200	Mikrobilääkkeiden vaikutus saattohoitopotilaille	1589 syöpää sairastavaa saattohoito potilasta, joilla 685 oli infektio. 633 potilaan infektio hoidettiin.	Seuranta, infektioon sairastumisista ja niiden hoidosta	Infektioiden hoito hyödytti eniten virtsatie infektioista kärsiviä. Muiden hoito vaste oli huonompaa.
Ridanpää, S. 2006	Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet	11 erilaista ohjeistoa erilaisista hoitopaikoista, joissa hoidetaan kuolevia	aineistoa kertyi 296 sivua, se analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä	Selkeät, ajankohtaiset kirjalliset ohjeet tukevat hoitajia työssään. Ohjeissa tulee myös huomioida laki ja uskonto.
Sand, H. 2003.	kuvata saattohoidon toimintaa ja lisätä ymmärrystä kuolevan potilaan hoitamisesta.	35 henkilöä, sekä potilaita, että hoitajia Helsingissä ja Turussa	Havainnointi ja haastattelu/ Sisällönanalyysi ja valokuva-analyysi	Saattohoidossa huomioidaan potilaan yksilöllisyys ja on perhekeskeistä
Sinclair, S. 2011.	Kuolevia hoitavien hoitajien suhtautuminen kuolemaan.	24 hoitajaa saattohoitokodeista ja palliatiivisesta yksiköistä, sekä 6 keskeistä henkilöä saattohoidossa, Kanadassa.	Haastattelu ja havainnointi/ Sisällönanalyysi	Kuolevien hoitaminen antaa heitä hoitaville toivoa ja lisää elämän arvostusta.
Sosiaali- ja terveysministeriö.2009.	Millaisia voimassa olevat saattohoito-ohjeistukset ovat eri paikoissa.	20 Sairaanhoitopaikkaa (N.19), 20 suurta kaupunkia (N. 18)	Olemassa oleva aineisto analysoitiin	Neljäsosalla ei ollut saattohoito-ohjeita. Ohjeistukset poikkesivat toisista suuresti.
Teunissen, SC.; de Graeff, A.;	Analysoida ahdistuksen ja masennuksen suhdetta fyysisiin oireisiin	79 potilasta joilla oli syöpä edennyt pitkälle	Ahdistusta ja masennusta selvitettiin kyselykaavakkeella ja fyysisiä oireita puolistrukturoidulla	Ahdistus ja masennus liittyivät fyysisiin oireisiin, mutta myös pelkkä

Voest, EE. & Haens, JC. 2007.			haastattelulla.	sairaus aiheutti niitä.
-------------------------------------	--	--	-----------------	-------------------------

## Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

**OPISKELIJAN TIEDOT**

Nimi SATU LEHTINEN JA LIISA NURMI  
 Osoite \_\_\_\_\_  
 Puhelin koti \_\_\_\_\_ Puhelin työ \_\_\_\_\_  
 Sähköposti \_\_\_\_\_  
 Koulutusohjelma HOITOTYÖ: SAIRAANHOITAJA

**OPINNÄYTETYÖ**

Alue/työnimi JÄÄTTOHOITO PÄÄMION VANHAANKODISSA  
200€  
 Aikataulu VALMIS 30.12. 2011 MENNESSÄ

**TOIMEKSIANTAJA**

Organisaatio PÄÄMION LEMPUNEN / VANHAANKODI  
 Työn ohjaaja / yhteysthenkilö MERVA UZINDAT  
 Osoite ASUOLANTIE 24 21530 PÄÄMIO  
 Puhelin 050-5867731 Sähköposti \_\_\_\_\_

**OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT**

Ohjaava opettaja ANU NOUSIAINEN  
 Puhelin 040-3550151 Sähköposti anu.nousiainen@turkuamk.fi

**OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT**

**OHJAUS JA VASTUUT**

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja alustot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

**OIKEUDET**

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

**TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS**

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti. Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä ilike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisien toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävässä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotun julkaisemista. Toimeksiantajalla on oikeus määritellä salassa pidettävä osuus, jota ei julkaista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa toteaa, että opinnäytetyöraportti voidaan julkaista kokonaisuudessaan tai määrittelee, mikä osuus työstä on salassa pidettävää.

**TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET**

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

**OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA**

20.12 20 10

*Mina Lehtinen*

Opiskelija

9.12 20 10

*Liisa Nurmi*

Toimeksiantaja

**LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA**

Tulosta lomake

**Turun ammattikorkeakoulu**  
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku  
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791  
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

## Anomus opinnäytetyönä toteuttavasta projektista

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
Terveysala, Salo  
Yhäistentie 2  
24130 SALO  
Puh. (02) 263 350  
Fax. (02) 2633 6179

## ANOMUS OPINNÄYTETYÖNÄ TOTEUTETTAVASTA PROJEKTISTA

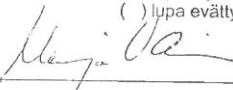
Projektin nimi	SAATTOHUOTO	
Projektitehtävä	Saattohoidon kehittäminen	
Projektin kuvaus	Luoda kansio/opas saattohoidon toteuttamisesta vanhainkodilla. Opas on tarkoitettu apuvälineeksi hoitajille.	
Projektin toteuttamisajankohta	v. 2011	
Projektin arvioitu valmistusajankohta	Joulukuun 2011	
Projektisuunnitelma hyväksytty	8.9.2011	
Projektin ohjaajat	Taru Bergfors puh. _____ Anu Nousiainen puh. 1-10-3550151	
Sitoudumme toteuttamaan projektimme projektisuunnitelmassa esitettyjen vaiheiden puitteissa ja siten, että projektiin osallistuvien henkilöiden anonyymiteetti säilyy.		
Projektin tekijät	Sairaanhoitaja	AHSHSK 10
	(suuntautumisvaihtoehto)	(ryhmä)
	Satu Lehtinen	Liisa Nurmi
	(nimi)	
	Talvankatu 208 Turku	Kouvintie 74, PAATTINEN
	(osoite)	
	040-5935099	044-5061743
	(puhelinnumero)	

Anomus käsitelty

8.9.2011

 lupa myönnetty lupa evätty, peruste \_\_\_\_\_

Allekirjoitus



Anomus ja projektisuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalle. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

# Saattohoito

Paimion vanhainkodissa

# SISÄLTÖ

<b>JOHDANTO</b>	<b>4</b>
<b>SAATTOHOITO</b>	<b>5</b>
• Hoitotahto ja DNR-päätös	6
• Laki ja suositukset	6
• Hoitajana saattohoidossa	7
<b>SAATTOHOITOPOTILAAN OIREIDEN LIEVITYS</b>	<b>9</b>
• Kipu	9
• Nesteytys ja ravitseminen	10
• Suun ongelmat	11
• Pahoinvointi ja ylävatsavaivat	12
• Ummetus ja ripuli	13
• Hengitys	15
• Painehaavaumat	16
• Ihon kutina	16
• Askites	17
• Kuume	17
• Hikka	17
• Turvotus	18
<b>SAATTOHOITOPOTILAAN PSYKKINEN TUKI</b>	<b>19</b>
• Suru	19
• Masennus, ahdistus ja delirium	19
• Uniongelmat	20
<b>HENKINEN TUKEMINEN</b>	<b>21</b>
<b>OMAISTEN TUKEMINEN</b>	<b>22</b>
<b>USKONNON JA KULTTUURIN HUOMIOIMINEN</b>	<b>24</b>
• Ortodoksit	24
• Jehovan todistajat	25
• Romanit	26
• Islam	26
• Uskonnottomat/vapaa-ajattelijat	28
<b>KUOLEMAN TOTEAMINEN JA ILMOITTAMINEN</b>	<b>29</b>
• Kuoleman toteaminen	29



• Vainajan laitto ja siirto	30
• Vainajan kunnioitus	33
<b>KÄYTETYT LÄHTEET</b>	<b>35</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Esimerkki hoitotahdosta

Liite 2. Esimerkki kipujanoista

Liite 3. PAINAD-mittari

Liite 4. Asukas löytyy kuolleena

# Johdanto

Tämä käsikirja on toteutettu vuonna 2011, Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. Käsikirjaan kuuluu myös varsinainen tutkimusosio, jonka perusteella tämä käsikirja on syntynyt. Tekijöinä ovat olleet sairaanhoitaja opiskelijat Lehtinen Satu Ja Nurmi Liisa.

Käsikirja on tarkoitettu ohjeeksi hoitotyötä tekeväälle henkilökunnalle. Tarkoituksena on lisätä tietoa ja taitoa toteuttaa hyvää saattohoitoa Paimion vanhainkodissa. Käsikirjan tiedot on kerätty suomalaisista ja ulkomaalaisista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Siinä on käyty läpi yleisimpiä fyysisiä oireita ja niiden hoitamista. Psykkisten ja sosiaalisten ongelmien hoitamisesta sekä henkisten tarpeiden huomioimisesta on oma osuutensa. Lisäksi otimme huomioon saattohoitoa koskevat lait ja suositukset. Lopussa on vielä kuoleman jälkeisten tilanteiden huomioiminen.

## Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavaa hoitoa ei enää ole tai potilas on siitä luopunut. Saattohoidon tavoitteena on luoda potilaalle mahdollisimman hyvät olosuhteet elää elämänsä loppuvaihe ilman kipuja ja vaikeita oireita. Saattohoito ei tarkoita kaiken hoidon lopettamista vaan hoidon uudelleen määrittelyä. Kokonaisvaltaiseen saattohoitoon sisältyy fyysisten ja psyykkisten oireiden lievitys sekä perushoito. Saattohoidossa potilaan toiveiden huomiointi ja auttaminen ovat tärkeä osa hyvää hoitoa, sillä ne auttavat valmistautumaan lähestyvään kuolemaan.

**Päätös saattohoidosta** on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri. Saattohoitoa aloittaessa tehdään saattohoitopäätös yhteisymmärryksessä asukkaan kanssa. Asukkaan ja lääkärin lisäksi päätöstä voi olla tekemässä myös omaiset, mikäli asukas näin haluaa. Potilaslain mukaan päätöstä tehdessä omaisten huomioiminen ei ole pakollista, mutta olisi potilaan hoidon kannalta parempi, että potilasta hoidetaan omaisten kanssa yhteisymmärryksessä. Mikäli asukas ei itse kykene päättämään hoidostaan eikä hänellä ole hoitotahtoa, häntä edustaa hoitoa koskevissa asioissa lähiomainen tai laillinen edustaja. Oikeaan aikaan tehty saattohoitopäätös mahdollistaa kuolevan ja omaisten valmistautumisen elämän päättymiseen ja kuoleman kohtaamiseen. Asukas saa rauhassa kohdata asiat, eikä häntä rasiteta turhilla hoitotoimenpiteillä ja tutkimuksilla. Saattohoitopäätös auttaa myös hoitohenkilökuntaa asettamaan asukkaalle yksilölliset hoidon tavoitteet. Saattohoitopäätöksen yhteydessä tulee päättää tutkimusten ja hoitojen, neste- ja ravitsemushoidon, sekä muiden hoitojen ja tutkimusten tarpeellisuus. Hoidon jatkuvuuden kannalta sovitut asiat kirjataan tarkasti hoitotyönsuunnitelmaan. Tilanteen muuttuessa niin, että elinaika- tai muu arvio ei pidä paikkaansa, voidaan hoito linjata uudelleen.

Elämän loppuvaiheessa olisi hyvä järjestää asukkaalle **oma huone**, mikäli hän on kahden hengen huoneessa. Tämä on tärkeää yksityisyyden ja levollisuuden turvaamiseksi. Tämän lisäksi omaisten kanssa yhdessäolo loppuvaiheessa onnistuu kaikessa rauhassa.

- **Hoitotahto ja DNR-päätös**

**Hoitotahdolla** asukas voi turvata omat toiveensa loppuvaiheen hoidosta, se auttaa omaisia vaikeiden ja ahdistavien päätösten tekemisessä, sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä huomioimaan asukkaan toiveet ja suunnittelemaan toteutettavaa hoitoa. Hoitotahdolla potilas voi ilmaista miten häntä tulee hoitaa loppuvaiheessa, mikäli hän itse ei enää kykene sitä ilmaisemaan. Hoitotahdolle ei ole määritelty virallista muotoa; se voi olla valmis kaavake, potilaan itse muotoilema kirjallinen tai suullinen ilmaisu. Tieto hoitotahdosta tulee liittää potilaan papereihin. Hoitotahto on terveydenhuollon henkilöstöä sitova, sillä se perustuu perustuslakiin kirjattuun yksilön itsemääräämisoikeuteen ja potilaslakiin.

**DNR- päätös** (do not resuscitate) tarkoittaa, että asukasta ei elvytetä mahdollisen sydänpysähdyksen tullessa. Tähän ratkaisuun päädytään, kun lääkäri arvioi, että asukkaan ennuste olisi huono ja hänen perussairautensa heikentäisi häntä niin, että mahdollisuudet selvitä elvytyksen jälkeen olisi olemattomat. DNR-päätös ei ole saattohoito päätös, eikä se tarkoita, että siirrytään saattohoitoon. DNR-päätöksen tekee lääkäri, joka on tuntenut potilaan pitkään. Ennen päätöstä lääkäri keskustelee asukkaan ja hänen suostumuksellaan myös omaisen kanssa päätöksestä. Mikäli asukas ei kykene osallistumaan keskusteluun, asiasta keskustellaan omaisen tai asukkaan muun läheisen kanssa potilaslaki huomioon ottaen. Päätös merkitään potilaspapereihin ja niihin merkitään myös päätöksen tekijä, sekä miten ja kenen kanssa päätös on tehty.

- **Laki ja suositukset**

Saattohoitoon on tehty erilaisia suosituksia potilaan hoidosta. Hyvä oireenmukainen hoito kaikille saattohoidossa oleville potilaille on määritelty käypähoito suosituksessa. Keskeistä saattohoidossa on hyvä kivunhoito, mikä on lähtökohtana kaikelle hoidolle. Potilaan **itsemääräämisoikeutta** tulisi noudattaa päätöksen teossa ja hänelle täytyy antaa mahdollisuus osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon ja hoitoon.

Moni laki ohjaa saattohoitopotilaan hoitoa. Perustuslain (731/1999) perusoikeuksien ja terveydenhuollon perussäännösten mukaan potilaalla on oikeus saattohoitoon ja oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänellä on tiedonsaantioikeus terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitomuodoista ja niiden vaikutuksista hänen hoitamiseensa. Hänellä on oikeus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. Potilaalle ei anneta selvitystä, mikäli hän ei sitä halua tai siitä koituu vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Hänellä on oikeus ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavaan hoitoon. Lisäksi jokaisella on oikeus oman uskonnon tunnustamiseen ja harjoittamiseen eikä ole velvollisuutta osallistua mihinkään vastentahtoisesti.

## ● Hoitajana saattohoidossa

Kuolevan asukkaan hoitotyössä korostuu eettisyys, sillä hoitajan tulee kunnioittaa kuolevan elämänarvoja ja hyväksyttävä niiden olemassaolo, vaikka itse suhtautuisi asioihin toisin. Kuolevan elämän ainutlaatuisuus tulee ottaa huomioon elämän kunnioituksessa. Asukkaan arvostusta lisää tietämys hänen uskonnostaan ja kulttuuristaan. Hoitajan tulee myös keskustella siitä mitä asukas haluaa ja miten hän haluaa toimittavan hänen suhteensa. Asukkaan yksilöllisyyttä ja yhteisöllisyyttä kunnioitetaan ja huomioidaan potilaan koskemattomuus ja eheys. Asukkaalle kerrotaan totuus hänen sairaudestaan ja ollaan rehellisiä, kuitenkin pelottelematta ja ahdistamatta potilasta liikaa. On hyväksyttävää myös vastata asukkaan tai omaisen kysymykseen, että ei tiedä, sillä kuolemasta tiedetään vähän.

Onnistuneessa saattohoidossa monikulttuurisuus ja eri uskonnot tuovat nykyään haasteen henkisen tuen antamiseen. Monessa uskonnossa on tiettyjä rituaaleja ja ruokatottumuksia, mitkä on huomioitava kuolevaa potilasta hoidettaessa. Asukkaan kannalta olisi hyvä mikäli hän voisi elää viimeiset päivänsä läheistensä seurassa.

Hoitajan on muistettava velvoitteensa merkitä hoidon suunnitelma, toteutus ja seuranta potilasasiakirjoihin. Hankkia tietoa ja ylläpitää omaa ammattitaitoa, toteuttaa terveyden ylläpitoa ja sairaiden kärsimyksiä lievittämistä. Jokaisella on oikeus saada täydennyskoulutusta ja tarvittaessa työnohjausta.



# Saattohoitopotilaan oireiden lievitys

- **Kipu**

Kipu on subjektiivinen kokemus, kaikki minkä ihminen kokee tai sanoo kivuksi, on olemassa. Asukas on itse kipunsa paras asiantuntija. Kivun voimakkuutta voidaan arvioida asukkaan oman arvion mukaan tai erilaisten mittarien avulla. Lisäksi hoitaja voi huomioida kivun määrää potilaan eleistä ja liikehdinnästä.

## Erilaisia kipuja:

- Elinvauriokipu; epämääräistä särkyä ja jomotusta
- Hermokipu; hermo vaurioitunut tai puristuksessa, polttavaa, viiltävää, pistävää, kohdentuu tietylle alueelle
- Luustokipu; esim. syöpä lähettänyt etäpesäkkeitä
- Läpilyöntikipu; voimakasta, kestää 30–60 min., useita kertoja päivässä
- Liikekipu; aiheutuu liikkumisesta

## Kivun mittaamisen apuvälineitä:

- Janamittari eli VAS (liite 1)
- PAINAD- kyselykaavake (liite 2)
- asukkaan kipua voi myös huomioida, jos asukas ei pysty ilmaisemaan kipua
  - kasvojen ilmeet
  - elehtiminen
  - pulssin ja hengityksen tihentyminen
  - verenpaineen kohoaminen
  - virtsan erityksen väheneminen
  - verensokerin nousu
  - ärtyneisyys
  - levottomuus, ääntely, itkeminen

### **Apukeinoja kivun hoitoon:**

- **kipulääkkeen riittävyden tarkistaminen**
- **asentohoito**
- **rauhallinen ympäristö**
- **pyritään poistamaan kivun aiheuttaja**
- **lämpö/kylmähoito**
- **hieronta**

Lääkäri määrittelee annettavat kipulääkkeet sekä säännöllisesti, että tarvittaessa annettavat.

- **Nesteytys ja ravitseminen**

Sairauden edetessä asukkaan nesteiden ja ravinnon tarve muuttuu. Monella esiintyy ruokahaluttomuutta ja janon tunne kasvaa. Ruokahaluttomuus on moninainen ongelma, se voi olla esimerkiksi osa syövän loppuvaiheen oireita. Muita ruokahaluun vaikuttavia asioita ovat suun ongelmat, esimerkiksi suun arkuus tai makuuain muuokset, pahoinvointi tai ummetus. Erilaiset hajut, kattaus tai ruoka-annos voi myös vaikuttaa ruokahaluun. Laihtuminen ja kuihtuminen tuovat mukanaan henkistä kärsimystä jo ruumiinkuvan muutoksen vuoksi. Nestehoitoa ei tarvita, jos asukas kykenee juomaan. Vaikka suonensisäistä nestehoitoa annettaisiin, se ei poista kuitenkaan potilaan janon tunnetta.

### **Hoito on yksilöllistä:**

- **tarjoa pieniä, kauniisti aseteltuja annoksia**
- **ota potilaan mielihalut huomioon**
- **kylmät tai huoneenlämpöiset ateriat maistuvat paremmin kuin lämmin.**



- tarjoa mieluista juomista. Hyviä ovat myös lisäravinnejuomat (esim. Nutridrink)

Tärkeintä on kuitenkin keskustella asukkaan ja omaisten kanssa tästä ongelmasta, sillä tehostetulla ravinnon annolla suun kautta tai suonen sisäisesti ei voida kuitenkaan vaikuttaa taudin kulkuun tai elinaikaan.

## • Suun ongelmat

Melkein kaikki saattohoitopotilaat kärsivät kuivasta suusta. Tämä johtuu syljen erityksen vähenemisestä. Syljen tehtävänä on suojata hampaita ja suun limakalvoja sekä kostuttaa niitä. Kuiva suu ilmenee suun arkuutena, polttavana tunteena limakalvoilla ja limakalvovaurioina. Syljen erityksen vähentymiseen voivat vaikuttaa lääkkeet, kuten antikolienergit, diureetit ja opioidit. Syljen erityksen vähentyessä sieni-infektion riski kasvaa. Sieni-infektio näkyy suussa vaaleana peitteenä tai punoituksena. Oireena on kipu, joka pahenee ruoan ja juoman nauttimisen myötä.

**Saattohoitopotilaan suu tulee puhdistaa ja kostuttaa useita kertoja päivän aikana.**

- Suuta voidaan myös kostuttaa vedellä, tekosyljellä, geeleillä, alkoholittomilla suuvesillä, imeskeltävillä jääpaloilla tai levittämällä ikenille ruokaöljyä.
- Syljen eritystä voidaan lisätä pureskelemalla ksylitolipurukumia tai pastilleja, mikäli potilas tähän kykenee.
- Huulia olisi myös hyvä rasvata.

Lääkäri voi määrätä suun sieni-infektion hoitoon paikallisia sienilääkkeitä, Mikonatsoligeeli, Amfoterisiini B imeskelytabletit tai antibiootteja.

## ● Pahoinvointi ja ylävatsavaivat

Monilla asukkailla esiintyy pahoinvointia loppuvaiheessa. Pahoinvointi ja oksentelu huonontavat entisestään huonoa ruokahalua, pahentavat kuivumista, lisäävät väsymystä ja heikentävät yleiskuntoa. Nämä aiheuttavat usein myös ahdistusta. Pahoinvoinnin syitä voi olla monia, esim. lääkkeet, annettu sädehoito, hyperkalsemia, ketoasidoosi, uremia, sepsis, ummetus, suolitukos, nielun ärsytys, sitkeä sylki, suun sienitulehdus tai yskä. Ruokailun jälkeinen ylävatsavaivojen esiintyminen saattohoitopotilailta johtuu useimmiten aineenvaihdunnallisista ja biokemiallisista syistä tai kasvaimen vaikutuksesta.

**Pahoinvoinnin hoitamiseksi tulee ensin löytää syy, jotta sitä voitaisiin hoitaa:**

- **esim. vaihtamalla pahoinvointia aiheuttava lääke**
- **hoitamalla suun sieni-infektio**

**Ylävatsavaivoja voi ehkäistä:**

- **välttämällä kiristäviä vaatteita, kärjistyjä ja rasvaisia ruokia, voimakkaita mausteita, kahvia, alkoholijuomia ja tupakkaa**
- **on hyvä lepäillä puoli-istuvassa asennossa**

Lääkäri voi määrätä asukkaalle pahoinvointia helpottavia lääkkeitä. Lääkitys valitaan pahoinvoinnin aiheuttajan mukaan. Yleisimmin opioideista tai suolitukoksesta johtuvaan pahoinvointiin käytetään metoklopramidia, liikkumisesta aiheutuvaan pahoinvointiin skopolamiinia tai tuumorin aiheuttamaan deksametasonia.

Ylävatsavaivojen hoitoon käytetään metoklopramidia, joka vaikuttaa mahalaukun ja ohutsuolen sileään lihakseen.

- **Ummetus ja ripuli**

Ummetuksesta puhutaan kun asukkaalla on vaikeuksia saada tyhjennetyksi suolta kovan ulosteen vuoksi tai suoliston tyhjeneminen on harvaa, harvemmin kuin 3 vrk:n välein. Ummetuksen oireena voi olla virtsaumpi, pahoinvointi, kipu, ruokahaluttomuus tai rauhattomuus.

**Ummetuksen helpottamiseen voidaan käyttää esimerkiksi:**

- luumusose stimuloi paksusuolta, vaikutus alkaa 6-10 tunnin kuluttua
- Laktuloosi (esim. Duphalac®, Levolac®) lisää veden määrää ulosteessa ja stimuloi suolen peristaltiikkaa. Vaikutus alkaa 2-4 vuorokaudessa. Sivuvaikutuksena voi esiintyä ilmavaivoja, pahoinvointia ja vatsan turvotusta. Laktuloosi on kuitenkin hyvin siedettyä ja pitkäaikaisessa käytössä turvallinen.
- Makrogolin ( esim. Movicol®) vaikutus alkaa nopeammin, muutamassa tunnissa. Haittavaikutuksia voi olla myös, kuten ilmavaivoja, ripulia ja ulosteen pidätyskyvyttömyyttä.
- suolta stimuloivia laksatiiveja on senna- (esim. Exprep®), bisakodyyli- (esim. Metalax®, toilax®) ja natriumpikosulfaattivalmiste (esim. Laxoberon®). Nämä laksatiivit vaurioittavat enteraalista hermokudosta pitkäaikaisessa käytössä ja heikentävät suolen omaa toimintaa, joten nämä sopivat vain tilapäiseen käyttöön. Sivuvaikutuksia voi olla myös koliikkimaiset vatsakivut.

- vaikeaa ummetusta hoidettaessa peräruiskeita (esim. Microlax®, Klyx®) voidaan käyttää 2-3 kertaa viikossa, oraalisten valmisteiden lisänä.
- Joskus voidaan käyttää ummetuksen hoitoon myös magnesiummaitoa®, joka on tarkoitettu liikahapaisuuden hoitoon. Osmoottisen vaikutuksensa vuoksi Magnesiummaito pitää vettä suolistossa ja lisää ohutsuolen liikettä.
  - Joskus voidaan joutua käyttämään vesiperäruisketta (esim. Colonsteril®)

Joskus suoli pitää tyhjentää mekaanisesti suolen sisällöstä, mutta tämä on potilaalle kivuliasta.

Huom! Bulkkilaksatiiveja (esim. Agiocur, Agiolax, Vi-Siblin) ei voida käyttää erittäin huonokuntoisille asukkaille, koska bulkkilaksatiivien hyöty ilmenee vasta monen päivän päästä ja niiden kanssa tulee nauttia runsaasti nestettä, sillä muuten ne saattavat pahentaa ummetusta ja aiheuttaa suolitukoksen. Vaikeissa opioidien aiheuttamissa ummetuksissa lääkäri voi määrätä metyyliinaltreksonibromidia (Relistor) injektion muodossa.

## Ripulin hoito

Ripulin mahdollisia aiheuttajia voivat olla ulostuslääkkeiden käyttö, suolitukoksen ohivirtaus, infektiot, kemoterapia tai sädehoito. Myös esimerkiksi haiman toimintavajauksessa voi seurauksena olla rasvaripuli.

- **syynmukainen hoito, jos mahdollista**
- **Loperamidi (imodium®), 1-2 kapselia, on tehokas, vähäinen vaikutus keskushermostoon**

- nestehukan korvaaminen suun kautta nautittavilla elektrolyytti- ja sokeriliuoksella
- suonensisäinen nesteytys
- lääkehiiltä, mutta on muistettava, että nautittujen lääkkeiden vaikutus kumoutuu!
- **Vältettäviä ruoka-aineita ovat maito, kylmät ateriat, kuitupitoiset kasvikset, rasvainen liha ja kala, kahvi, alkoholi**

## ● Hengitys

Syitä hengenahdistukseen on monia. Yleisimpiä niistä ovat pleuraneste, erilaiset kasvaimet, keuhkokuume, lihasten heikkous hengitysteissä. Nämä oireet aiheuttavat monille yskää. Mikäli isot hengitystiet ovat ahtautuneet, on seurauksena yskä ja pienten ilmäteiden ahtaus tulee esiin ahdistuksen tunteena. Yskä on refleksi, jonka tarkoituksena on ilmäteiden avaaminen. Hengenahdistusta potilaat kuvailevat usein hapen loppumisen tuntemuksena. Monilla saattohoitopotilailta nieluun ja hengitysteihin kertyneet eritteet, sekä yskimisvoiman ja nielemisrefleksin heikkeneminen, aiheuttavat hengityksessä korinaa.

### **Hengenahdistusta ja yskää helpottaa:**

- **ilmavirtaus, kuten ikkunan aukaiseminen tai tuuletin**
- **asentohoito ja fysioterapia, yskän helpottamiseksi**
- **keskittyminen hyvään ja rauhalliseen hengittämiseen**
- **huoneilman kostuttaminen**
- **höyryhengitys auttaa toisille kuivaan yskään**
- **haittavaikutukseton happihoito**

Lääkärin määräyksestä voidaan käyttää opioideja yskänlääkkeeksi; tabletteina Panacod ja Codaxol tai nestemäisenä Codesan comp. Nielun imeminen ei ole suositeltavaa,

koska se on epämiellyttävää eikä poista ongelman aiheuttajaa. Sitä ei tule tehdä ollenkaan, jos asukas ei pysty sanallisesti ilmaisemaan mahdollisesti imusta aiheutuvaa kipua.

## ● Painehaavaumat

Haavaumia syntyy, kun kudoksen hapensaanti ei riitä. Varsinkin ravitsemustilaltaan heikoilla asukkaalla ihoon kohdistuva paine ja liikuttelu tai hieronta saa aikaan haavaumia. Haavaumien syntyyn vaikuttaa myös ihon huonontunut uusiutumiskyky ja eritteiden kemiallinen vaikutus. Inkontinenssi ja huonon perushoidon yhdistelmä viisinkertaistaa haavauman syntyä. Painehaavaumille alttiita paikkoja ovat ristiluun ja lonkkien alue, kantapäät, korvat ja olkavarret. Riskialueita tulee seurata päivittäin. Mikäli punoitus säilyy iholla useita minutteja, haavauman riski on jo olemassa.

- **käännä liikuntakyvyttöä potilasta kahden tunnin välein**
- **kostuta ihoa rasvalla**
- **erikoispatja**
- **muista kipulääkitys, sidosten vaihdon yhteydessä!**

## ● Ihon kutina

Ihon kutina on kiusallinen vaiva. Kutinan syynä voi olla kuiva iho, nestevajaus, pesuaineet, vaatetus, huoneen lämpötila tai kuivuus. Hoitona on tässä tilanteessa:

- **ihon kunnollinen rasvaus**

Monet sairaudet voivat myös aiheuttaa kutinaa, kuten munuaisten tai maksan vajaatoiminta tai uremia. Kutinaa voi aiheuttaa myös lääkkeet, kuten opioidit. Näistä johtuviin syihin lääkäri voi määrätä yöksi antihistamiinia ( esim. Ataraxia® ).

## ● Askites

Askitekseen eli nesteiden kertymisen vatsaonteloon aiheuttaa yleisemmin maksakirroosi. Myös maksassa tai vatsakalvossa olevat etäispesäkkeet voivat aiheuttaa nesteen kertymistä. Oireita on vatsan kasvu, täyden tuntu, pahoinvointi, oksentelu, ummetus ja hengenhädistys. Nestettä voi olla vatsaontelossa jopa 10 litraa.

- **dreenaus tai kertapunktio tuo hetken helpotuksen**
- **suolarajoitus**

Lääkäri määrää annettavat nesteenpoistolääkkeet. Yleisimmin käytetään Furosemidia (Furesis®) tai Spironolaktonia (Spiresis®).

## ● Kuume

Kuume on yleisin oire saattohoitopotilaan infektiossa. Kuumeen aiheuttaja voi olla mikä tahansa, esim. pneumonia, VTI.

- **kuumetta alentava lääke, esim. paracetamol**
- **juomista kuivumisen estämiseksi**
- **kuumeen aiheuttaja selvitettävä**

Yleensä kuumeen taustalla on virtsatieinfektio. Lääkärin tulee arvioida tapauskohtaisesti antibiootti hoidon tarve. Antibiooteista on todettu olevan hyötyä ainakin virtsatieinfektion hoidossa.

## ● Hikka

Saattohoitopotilailla saattaa esiintyä hikkaa. Hikka johtuu heillä palleaan kohdistuvasta ärsytyksestä, keskushermostosta tai metabolisista syistä. Yleensä hikan aiheuttavat hiilihappopitoiset juomat, ylensyönnit, alkoholi, palleatyrä tai lämpötilan vaihdos. Pitkittyessä hikkaa voi hoitaa baklofeenilla metoklopramidilla, jonka määrää lääkäri.

- **Turvotus**

Saattohoidossa olevan potilaan turvotus on usein sädehoidon, rinta-, eturauhasen tai kohtuleikkauksen jälkitila. Tätä tilaa sanotaan lymfaturvotukseksi.

### **Turvotuksiin voi auttaa**

- **lymfahieronta**
- **liikunta/voimistelu**
- **asentohoito**

Nesteenpoistolääkityksestä on todettu olevan myös hyötyä.



## Saattohoitopotilaan psyykkinen tuki

- **Suru**

Kuoleva joutuu monesti luopumaan tärkeistä asioista ja omista toiveistaan jonka seurauksena on surua. On muistettava että jokainen haluaa käsitellä suruaan omalla tavallaan. Asukkaasta voi tulla esim. vetäytyvä, tyytymätön, itsesäällissä oleva tai aggressiivisuus saattaa korostua käytöksessä.

- **Masennus, ahdistus ja delirium**

Asukkaassa tai läheisillä voi esiintyä masennusta. Siihen liittyy itsetunnon heikkenemistä, toivottomuutta, itsesääliä, avuttomuutta sekä huonommuuden, kykenemättömyyden ja osaamattomuuden tunteita. Masennuksen oireina voi olla unettomuus, ruokahaluttomuus, epämääräiset kivut ja välinpitämättömyys kaikesta.

Ahdistus voi olla aivan normaali reaktio vaikean elämäntilanteen vuoksi tai se voi liittyä huonosti hoidettuun kipuun tai johonkin muuhun oireeseen. Tässä tilanteessa tulee tarkastaa oirehoidon asianmukaisuus ja antaa tukea turvallisuuden tunteen saavuttamiseksi.

Delirium eli sekavuustila on yleinen oire. Sitä esiintyy 85- 90 % potilaista viimeisen 24-48 tunnin aikana. Heidän houretilansa ahdistaa ja pelottaa myös omaisia ja henkilökuntaa. Loppuvaiheen delirium voidaan jakaa 4 ryhmään; hypoaktiivinen, hyperaktiivinen, sekamuotoinen ja luokittelematon.

Lääkäri määrittää aina sopivan lääkityksen. Yleisimmin ahdistuksen hoitoon käytetään lyhytvaikutteista bentsodiatsepiiniä, Temestaa tai Alproxia. Akuuttiin sekavuuden hoitoon käytetään ensisijaisesti haloperidolia, muussa tapauksessa voidaan käyttää jotakin muuta antipsykoottia. Sekavuuteen voidaan kokeilla hoitona myös risperidonia, ketiapiinia tai olantsapiinia.

- **Uniongelmat**

Saattohoidossa olevat asukkaat kärsivät yleisesti erilaisista uniongelmissa. Sairauden edetessä monet väsyvät ja tulevat uneliaiksi.

### **Väsymyksen hyvänä lääkkeettömänä hoitokeinona**

- voidaan kokeilla omien voimavarojen mukaisen päivärytmin ylläpitoa
- kevyt liikunta/kuntoilu

Kortikosteroideilla on huomattu olevan hyvä vaikutus unihäiriöiden hoidossa. Lääkärin määräyksestä unilääkkeitä voidaan käyttää unettomuuteen: lyhytvaikutteista nukahtamislääkettä (Imovane®, Zopiclon®) tai pitempivaikutteista unilääkettä (Tenox®)

# Henkinen tukeminen

Kautta vuosisatojen historia on osoittanut, että kriisitilanteissa ja vaikeiden kysymysten kohdatessa ihminen turvautuu uskoon. Hengellisyyden ja uskonnon koetaan tuovan lohtua ja sillä onkin merkittävä rooli ihmisen hyvinvoinnissa. Hengellisyys ei tarkoita pelkästään uskonnollisuutta, vaan se on laajempi käsite ja pitää sisällään paljon enemmän. Siitä mihin ihminen uskoo, ei monestikaan puhuta, sillä sitä pidetään vahvasti ihmisen yksityisasiana. Henkinen hoito onkin saamassa suuremman roolin saattohoitopotilaan hoitamisessa.

## Henkisen tukemisen keinoja

- **kuuntelu**
- **läsnäolo**
- **matkan käyminen yhdessä, myötäeläminen**
- **toiveiden huomioiminen**
- **tukeminen ja lohduttaminen**

## Omaisten tukeminen

Kuolevan hoitotyöhön tulee sisältyä myös potilaan omaisten tukeminen, koska perheenjäsenet ja läheiset ovat kuolevan tärkeimpiä tukijoita eri vaiheiden aikana. Samalla omaiset voivat tehdä omaa surutyötään

Surun ja murheen kokeminen on terve reaktio vastoinikäymisten ja menetyksien yhteydessä. Suremisen tarkoitus on sopeutua uuteen elämäntilanteeseen. Kehon luontevin tapa reagoida suruun on itku. Suru on yksilöllistä, sen voimakkuus vaihtelee, sillä siihen vaikuttaa ennen koetut menetykset ja nykyinen elämän tilanne. Surussa ihminen tuntee kaipausta, ikävää, pettymystä, syyllisyyttä ja vihaa. Suurin surun aiheuttaja on läheisen kuolema. Suru voi kestää vuosia, sillä kuolema on samalla menetys ja muistutus omasta haavoittuvuudesta.

Suru etenee prosesseittain:

1. Sokkivaiheessa olo on epätodellinen. Järkyttävä tieto voi lamaannuttaa ihmisen tai hän reagoi muuten hyvin voimakkaasti.
2. Reaktiovaiheessa aletaan ymmärtää tapahtunut ja se halutaan ottaa hallintaan, keskittymällä käytännön asioiden hoitamiseen.
3. Käsittelyvaiheessa käydään läpi menetystä. Tapahtunut tuo pintaan aikaisempia vastoinikäymisiä ja menetyksiä, joita on nyt lupa surra.
4. Sopeutumisvaiheessa löytyy vähitellen tasapaino ja menetys muuttuu muistoksi.

## Omaisten tukeminen

- **kuuntele**
- **vastaa rehellisesti kysymyksiin, sano reilusti ”en tiedä”, jos et osaa vastata**

- neuvo heitä näyttämään omat tunteensa saattohoidossa olevalle
- ota omaiset potilaan hoitamiseen mukaan, mahdollista näin viimehetken mukana olo

Kuolema on lähes aina rauhallinen tapahtuma; siihen ei liity mitään pelottavaa. Kuolemaan saattaa liittyä harhaisuutta, käsien haromista tai ääntelyä, mutta ne eivät välttämättä merkitse, että kuolevalla olisi kipuja tai muita oireita, johon hän tarvitsisi lääkehoitoa. Ne eivät myöskään merkitse, että kukaan hänen vierellään olisi tehnyt jotain väärää. Koska kuolema on elämästä luopumista, se sisältää jonkin verran ahdistusta jokaiselle sen kokevalle.



## Uskonnon ja kulttuurin huomioiminen

Saattohoitopotilaan hoitamiseen kuuluu myös uskonnon ja kulttuurin huomioiminen. Hoitajan tulee kuunnella ja tukea asukasta oman uskontonsa harjoittamiseen, sekä ottaa huomioon asukkaan kulttuuri, näin luodaan parempi loppuelämä asukkaalle.

Kun asukkaalla on tarve puhua elämästään ja uskon asioista, hänelle järjestetään mahdollisuuksien mukaan tapaaminen oman uskonsa edustajan kanssa. Mikäli tämä on kuitenkin mahdotonta, on henkilökunnalla velvollisuus keskustella asukkaalla kanssa. Keskustelun lähtökohtana on vuorovaikutus ja kunnioitus asukkaalla uskontoa kohtaan.

Kirkkokäsikirjan mukaan hoitajalla on oikeus ottaa rippi vastaan ja antaa ehtoollinen kuolevalle, ellei pappia ole saatavilla. Virsikirjan takaosassa on ohjeet erilaisiin rukoushetkiin ja ohjeet yksityiseen rippiin.

Vanhainkodin ehtoollistavarat löytyvät: vihanneskylmiössä, keittiössä on marjaviini, viinipikarit ja ehtoollisleivät löytyvät hopeisesta rasiasta ruokasalin valkoisesta kaapistosta oikeanpuoleisesta alakaapista.

### • Ortodoksit

Elämä nähdään iankaikkisuuden jatkeena ja kuoleman jälkeinen elämä on jatkoa sille mitä ihminen on eläissään tehnyt. Anteeksi antaminen ja saaminen ennen kuolemaa ovat tärkeää.

- **kirkkovuoden mukaiset paastot, mikäli vointi sen sallii**
- **ehtoolliselle osallistuminen on hengellistä elämää täydentävää ja siihen tulee paastota**
- **pääsiäinen kirkkovuoden juhlista suurin**
- **vain ortodoksi pappi voi suorittaa toimitukset**

- ikoni sängyn lähelle, rukouskynttilä
- mahdollisuus hiljentymiseen
- oma huone, sillä lähtörauha suotava, rukoukset kuolevan toiveiden mukaan
- omaiset osallistuvat vainajan laittoon
- vainaja pestään ja puetaan omiin vaatteisiinsa, alusvaatteita ja kenkiä myöden
- risti jätetään kaulaan
- muistopalvelus voidaan toimittaa vainajan vieressä heti kuoleman jälkeen
- hautaus kolmantena päivänä

## ● Jehovan todistajat

Elämä ja keho ovat Jumalan lahja, joten kuolema on luonnonvastaista ja rangaistus synneistä. Jehovan todistajat suhtautuvat kriittisesti alkuperältään pakanallisiin uskonnollisiin symboleihin kuten ristiin, lipun tervehtimiseen, kansallislaulun laulamiseen sekä äänestämiseen. Kiellettyä on viettää syntymäpäiviä, kansallisia juhlapäiviä ja kristillisten juhlapäiviä. Jehovan todistajat käyttävät jumalasta nimeä Jehova, heidän opetuksensa ja oppinsa perustuu Raamattuun.

- ei verta sisältäviä elintarvikkeita, lääkkeitä, eikä verensiirtoja
- ei pyhiä toimituksia
- oman seurakunnan jäsenten vierailut

- omat omaiset ja uskontoverit tukevat ja auttavat potilasta
- ei hautajaisia, hautauksen voi suorittaa kuka vain
- vainajalle ei lausuta tervehdyksiä
- surun ilmaisut eivät ole tarpeen

## ● Romanit

Suomessa romanit kuuluvat joko luterilaiseen kirkkoon tai kannattavat vapaita suuntauksia. Uskonasioita kunnioitetaan ja niistä käydään avointa keskustelua. Romaneilla on erittäin tarkat ja monimutkaiset hygieniasäännöt, esimerkiksi ruoka, astiat ja pöytäliinat eivät saa olla kosketuksissa minkään epäpuhtaan kanssa. Kädet pestään usein.

- oma huone
- vanhoja ihmisiä teititellään
- suku on tärkeä, koko suku osallistuu saattohoitoon
- yötä päivää paikalla on joku sukulainen
- naispuolinen hoitaja ja lääkäri naiselle
- omaiset osallistuvat vainajan pukemiseen: naiselle valkoinen pusero ja musta samettihame. Miehellä tumma puku. Omaiset laittavat myös vainajan arkkuun

## ● Islam

Islamin uskon mukaan Jumala on luonut ihmisen ja antanut tälle ruumiin, järjen ja sielun. Ihmisellä on velvollisuus pysyä terveenä. Hygienia, ruokamääräykset ja



rukoukset takaavat muslimien terveyden. Sairaus on koettelemus, etenkin vammaisuus tai vakava sairaus ovat rangaistus synneistä. Hygienia korostuu: muslimi peseytyy rukouksen yhteydessä, viisikin kertaa päivässä. Pieni pesu tarkoittaa, että uloimmat raajat ja kasvot pestään ja suuri pesu tarkoittaa koko kehon pesua. Puhtaudessa korostuu myös kynsien leikkaaminen ja ruumiin eritteiden karttaminen. Osa muslimeista ei käytä vessassa käydessään paperia, vaan juoksevaa vettä ja vasenta kättä. Tämän vuoksi muslimi ei syö vasemmalla kädellä.

- **käsien pesu ennen ja jälkeen ruoan**
- **ei sianlihaa, eikä siitä jalostettuja tuotteita, ei myöskään sellaisen eläimen lihaa, joka raatelee saaliinsa, ei alkoholia sisältäviä ruokia tai lääkkeitä**
- **paasto Ramada kuukauden eli 28–30 päivää, ei sairaat**
- **oma huone, ei uskonnollisia symboleja**
- **omaiset läsnä saattohoidossa, muslimi potilasta ei jätetä koskaan yksin**
- **kutsutaan imaami, mikäli potilas haluaa**
- **muslimi potilasta hoitavan tulee olla samaa sukupuolta kuin potilas, muslimi ei koskaan paljasta itsestään, kun vain hoidettavan alueen**
- **omaiset pesevät ja pukevät vainajan kuolinliinaan, heillä on tarvikkeet mukana**
- **hautaus mahdollisimman pian, viimeistään kolmen päivän päästä**

- **Uskonnottomat/vapaa-ajattelijat**

Maailmankatsomus voi perustua johonkin filosofiaan, jossa Jumalaa ei tarvita tai Jumalan olemassaolo kielletään kokonaan. Maailmankuva ja moraalinen painotus vaihtelee suuresti. Maailman todellisuus ja kaikki ilmiöt on selitettävissä tieteellisesti ja rationaalisesti.

- **ihminen pyytää sitä mitä tarvitsee**
- **ei uskonnollisia symboleja**
- **tuhkaus, ilman rituaaleja ja symboleja**

Lisätietoa muistakin uskonnoista löytyy osoitteesta <http://www.uskonnot.fi>.

## Kuoleman toteaminen ja ilmoittaminen

- **Kuoleman toteaminen**

Ensisijaisia kuoleman merkkejä: **sydämen toiminnan loppuminen**, jolloin ei tunnu pulssia, eikä sydänääniä kuulu. Myös **hengitys loppuu** eli hengitysääniä ei kuulu, eikä rintakehä nouse. **Kudoksista häviää jänteys**, jolloin lihakset veltostuvat, eikä myöskään tule enää heijasteita. Henkilöä voidaan pitää kuolleen vasta kun toissijaiset kuoleman merkit on todettavissa: **lautumat**, jotka ovat violetinpunaisia läiskiä iholla. Selällään makaavalle potilaalle tulee rintakehän sivuille noin 20 minuutin kuluttua verenkierron pysähtymisen jälkeen lautumat. (Kuolonkankeus alkaa leukanivelistä ja niskasta noin 2-4 tunnin kuluessa. Koko ruumis kangistuu 6-8 tunnissa. Ruumiin lämpötila laskee ympäristön lämpötilaan mukaan noin tunnissa.) Kuoleman toteaa aina lääkäri, kuoleman toteamisesta annetussa asetuksessa 3 §: n mukaan.

### Kuoleman tapahtuessa ilmoita asiasta

- **virka-aikana (8-16) vanhainkodin lääkärille p. 02-4746200**
- **muina aikoina klo 22.00 mennessä terveyskeskuksen päivystävälle lääkärille p. 02-4746200**
- **yöllä vainaja laitetaan ilman lääkärin lupaa ja aamulla otetaan yhteys lääkäriin**
- **omaisille sovitun käytännön mukaisesti**

Lääkäreitä pyydetään tulemaan vanhainkodille, toteamaan kuolema. Mikäli lääkäri ei pysty tulemaan heti toteamaan exitusta, pyydetään lupa laittaa vainaja ja siirtää kappeliin kahden tunnin päästä. Potilasasiapapereihin tulee merkitä kuoleman

toteamisen ajankohta ja kuolinaika, kuoleman toteamiseksi tehdyt tutkimukset ja tulokset, sekä tutkimuksen tekijä/tekijät. Huom! Jos vainajalla on sydämen tahdistin, lääkäri poistaa sen kuoleman toteamisen yhteydessä. Tarvikkeet toimenpiteeseen löytyy tutkimushuoneen kaapista. Poistettu tahdistin lähetetään TYKS:n sydänpoliklinikalle.

Omaisten kanssa on hyvä sopia etukäteen, mihin aikaan on vielä sopivaa ilmoittaa kuolemasta. Toiset haluavat tiedon heti vaikka yöllä ja toiset vasta aamulla. Hoitajan, joka soittaa omaisille, olisi tarpeen varata aikaa omaisten kysymyksille ja lohduttamiselle.

## ● Vainajan laitto ja siirto

Vainajan laittaminen on arvokas tapa ja siinä pyritään ottamaan huomioon eri uskontokuntien vakaumukset ja tavat. Vainajan laittamiseen tarvitaan kaksi henkilöä. Omaiset voivat halutessaan myös osallistua laittamiseen. Vainajan laitossa kaikessa toiminnassa noudatetaan hygieniaohjeita.

**Kaikki tavarat haetaan yhdellä kertaa paikalle, jotta vainajan laitosta tulisi mahdollisimman rauhallinen tilanne. Vainajan laitossa tarvitaan:**

- pesulappuja ja vettä/pesuvoidetta
- puhtaat valkoiset liinavaatteet ja ylimääräinen valkoinen lakana
- exitus-setti, joka sisältää: vainajanpaita, sideharsorulla, hakaneula+paperia, hanskat, sidetaitoksia
- ylimääräinen sideharsorulla ja sideharsotaitoksia paketti (silmiä päälle)
- vaippa
- (haavasidoksia)
- (partakone)

1. Laita sänky vaakatasoon, tyynyt ja muut ylimääräiset poistetaan sängyltä
2. Tarvittaessa vainaja voidaan pyyhkiä pesulapuilla ja pesuvoiteella.
3. (Vaihda likaantuneet petivaatteet puhtaisiin)
4. Laita vainaja luonnolliseen asentoon, jalat suoriksi ja kädet laitetaan vartalon sivulle
5. Laita vainajalle vaippa mahdollisen virtsa- ja ulostevuodon vuoksi
6. Haavat ja vierasesineiden pistopaikat suojataan vahvoilla sidoksilla. Jos vainajalle tehdään kuoleman syytutkimus, jätetään kaikki vierasesineet paikoilleen ja ne suljetaan eritevuodon tai likaantumisen estämiseksi.
7. Pue vainajalle kuolinpaita tai läheisen toivomuksesta vaatteet ja mahdolliset korut
8. Aja parta ja kampaa hiukset
9. Puhdista suu ja laita proteesit paikoilleen. Sulje suu mahdollisimman luonnolliseen asentoon sideharson avulla. (Sideharsoa kierretään leuan ja päälleen ympäri) tai laita pieni tyyny pään alle
9. Sulje silmät varovasti ja laita kostutetut taitokset päälle jotta silmät pysyisivät kiinni

10. Nilkat voi sitoa kevyesti yhteen sideharsolla. Nilkan sideharsoon kiinnitetään tunnustuslappu, johon tulee vainajan nimi, henkilötunnus, kuolinaika, osasto ja vanhainkodin nimi.

11. Vainajan päälle laitetaan puhdas valkea lakana johon voidaan taitella risti, mikäli vainajan vakaumus sen sallii. Laita elävä kukkanen lakanan päälle.

12. Vainaja siirretään kahden tunnin kuluttua kappeliin omassa sängyssä. Siirrossa on hyvä olla kaksi henkilöä.



- **Vainajan kunnioitus**

- **Suruliputus**

Kuolinpäivänä laitetaan lippu salkoon. Lippu saa olla salossa niin kauan kuin vainaja haetaan kappelista pois.

- **Valokuva ja kynttilä**

Vainajan muiston kunnioittamiseksi aulan pöydälle laitetaan hänen valokuvansa ja sytytetään kynttilä.



## - Omaisten huomiointi

Pyritään pitämään mahdollisimman rauhallinen ja kiireetön ilmapiiri, kun omaiset tulevat paikalle. Henkilökunta ottaa surevat omaiset vastaan, joko kätelemällä ja ottamalla osaa suruun tai tutuimmaksi tulleita omaisia halataan. Omaisia ohjataan hienovaraisesti kohti kappelia. Henkilökunta asettuu kappeliin vievälle käytävälle. Henkilökunnasta joku on hakenut virsikirjat, joita jaetaan myös omaisille. Varataan myös nenäliinoja mukaan omaisia varten. Omaisia pyritään kuuntelemaan, ohjaamaan ja lohduttamaan. Tällä välin hautaus toimiston henkilökunta siirtää kappelissa vainajan arkkuun, tämän hetken kappelin ovet ovat suljetut. Kun hautaus toimiston henkilökunta on saanut työnsä valmiiksi he avaavat kappelin ovet käytävään mikä on osoituksena siitä, että omaiset voivat mennä kappeliin, jättämään rakkaimmalleen jäähyväiset. Omaiset voivat halutessaan laittaa arkkuun kukkia tai mitä sitten haluavatkin. Hautaus toimiston henkilökunnan ja omaisten kanssa voidaan viettää pieni rukous hetki ja/tai laulaa vainajan lempivirsi. Virren/virsien jälkeen on hetken hiljaisuus, jolloin jätetään hiljaiset jäähyväiset vainajalle. Hautaus toimiston henkilökunta laittaa arkun päälle kannen ja siirtävät vainajan autoon.

Omaiset voivat tässä tilanteessa kysyä, milloin voivat hakea vainajan tavarat pois. Mikäli eivät kysy, siitä ei muistuteta tällöin. Vainajan tavarat pakataan laatikkoon ja siirretään varastoon odottamaan, että omaiset ottavat yhteyttä.

Jos hautajaisiin kutsutaan, niin ensisijainen menijä on omahoitaja. Hänen kanssaan voi mennä joku toinen hoitaja joka on ollut asukkaalle läheinen, tuntenut kauan tms. Omahoitajan osallistuminen hautajaisiin auttaa hoitajaa hänen omassa surutyössään. Ele kertoo myös vainajan omaisille ja läheisille, vainajan kunnioittamisesta. Mikäli omahoitaja osallistuu hautajaisiin, vanhainkoti maksaa kukkalaitteen. Jos omahoitaja ei pysty osallistumaan hautajaisiin, hän toimittaa omaisille adressin, joita on alakerran toimiston kaapissa.



## Käytetyt lähteet

- Aalto & R. Gothóni (toim.) 2009. Ihmisen lähellä, hengellisyys hoitotyössä.
- Abdelhamid, P.; Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö.
- Anttonen, M. S.; Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito.
- Edwards, A.; Pang, N.; Shiu, V. & Chan, C. 2010. Palliative Medicine. 2010 Dec 01; 24
- Grönlund, E.; Anttonen, M. S.; Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). 2008- Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2011. Hoitotahto-käytännön ohjeita.
- Hallenberg, H. 2006. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. Suomen Lääkärilehti 2006 18 vsk 61.
- Hällfast, M.; Kivinen, M.; Sipola, V.; Hammari, V-M.; Wright, V. & Staines, A. 2009. Minä kuolen apua.
- Hänninen, J. 2009. Saattohoidon lääkeopas.
- Hänninen, J. 2011. Saattohoito potilaan ja omaisen opas. .
- Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari Sairastumisesta, luopumisesta ja elämästä.
- Iivanainen, A. & Syväjoki, P. 2009. Hoida ja kirjaa.
- Kassara, H.; Paloposki, S.; Holmia, S.; Murtonen, I.; Lipponen, V.; Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen.
- Ketola, K. 2008. Uskonnot Suomessa.
- Kuolevan potilaanoireiden hoito (online). Käypä hoito -suositus. 2008.
- Kuoleman toteaminen. 2004. Opas terveydenhuollon henkilöstölle.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä.
- Liikamaa, P. (toim.). 2010. Suru. Suomen Mielenterveysseuran SOS-Kriisikeskuksen työryhmä.
- Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä.
- Mustajoki, M.; Alila, A.; Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) . 2010. Sairaanhoitajan käsikirja..
- Morita, T.; Hyodo, I.; Yoshimi, T.; Ikenaga, M.; Tamura, Y. & Yoshizawa, A. 2004. Journal of Pain and Symptom Management, 27(6),
- Moyer, D. 2011. . American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 28(1).
- Nurminen, M-L. 2008. Lääkehoito
- Perustuslaki 731/1999
- Reinbolt, RE.; Shenk, AM.; White PH. & Navari, RM. 2005. Journal of Pain and Symptom Manage, 30.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto.

Rimpiläinen, R. & Akura, E. 2007. *Finnanest*, 40(4).

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa.

Salanterä, S.; Hagelberg, N.; Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö.

Sinclair, S. 2011. *CMAJ* (Canadian Medical Association or its licensors), February 8, 2011, 183(2).

Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. *Palliatiivinenhoito*.

Valvira. Päätös elvyttämättä jättämisestä.

Öun, I. 2011. *Monikulttuurinen kuolema*.

## LIITE 1. Esimerkki hoitotahdosta

## HOITOTAHTO

Minä \_\_\_\_\_ (henkilötunnus)

olen laatinut tämän hoitotahdon siltä varalta, että joutuisin tilaan, jossa en kykene millään tavoin ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoa. Seuraavat rastiut (x) kohdat ilmaisevat tahtoni.

\_\_\_\_\_ Jos olen sairastunut tai vammautunut vaikeasti ja parantumattomasti minua ei saa elvyttää, mikäli se lääketieteellisesti arvioiden johtaa siihen, että minulla ei ole toimintakykyistä ja itsenäistä elämää.

\_\_\_\_\_ Jos olen sairastunut vaikeasti ja parantumattomasti, on minua hoidettava sairauden ennuste huomioon ottaen siten, että ei tehdä sellaisia tutkimuksia ja hoitoja, jotka vain aiheuttavat ja pidentävät kärsimyksiä.

\_\_\_\_\_ Minulle on aina annettava riittävä oireenmukainen hoito (esim. kipulääkitys) riippumatta sen vaikutuksesta elinaikani pituuteen.

\_\_\_\_\_ Päätettäessä hoidostani pidän tärkeämpänä elämäni laadun varmistamista kuin pitkittämistä.

Lisäksi tahdon,

että \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Täten todistamme, että yllä mainittu henkilö on omakätisesti allekirjoittanut tämän hoitotahtoasiakirjan ja ilmoittanut sen olevan hänen vakaa tahtonsa.

Paikka ja aika

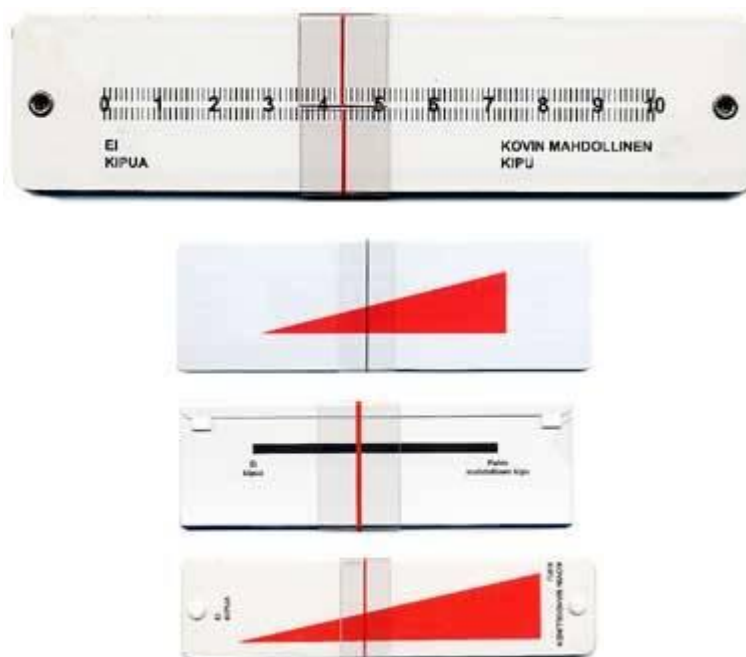
Allekirjoitus

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

## LIITE 2. Esimerkki kipujanoista



Viitattu 11.11.2011 [http:// www.hus.fi/default.asp? path=1,32,660,546...<vas-mittari](http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546...<vas-mittari)

## LIITE 3. PAINAD-mittari

## Kivun arviointi pitkälle edenneessä dementiassa

(Pain Assessment in Advanced Dementia, PAINAD.  
Suomennettu artikkelista Warden V et. J Am Med Dir Assoc 2003;4:9-15)

### Potilastiedot:

Nimi \_\_\_\_\_

Syntymäaika \_\_\_\_\_

Huomioita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Rastita sopivimmat kohdat:

	0	1	2	Tulos
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä ja vaivalloista. Cheyne-Stokes-hengitystä.	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikeointia tai voihketta. Yalittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikeointia tai voihketta. Itkua.	
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön.	Surullinen. Pelokas. Tuima.	Irvistää.	
Elekieli	Levollinen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhdomista.	
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.	

YHTEENSÄ (0-10) pistettä

## MÄÄRITELMÄT

### Hengitys

1. Normaali hengitys. Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista).
2. Ajoittain vaivalloista hengitystä. Satunnaisia puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta.
3. Lyhyt hyperventilaatiojakso. Ohimeneviä lyhyiden, syvien hengitysten sarjoja.
4. Äänekästä vaivalloista hengitystä. Äänekästä sisään- tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä.
5. Pitkä hyperventilaatiojakso. Normaalista tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään.
6. Cheyne-Stokes-hengitystä. Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaimenevaa hengitystä, jossa on välillä hengityspysähdyksiä.

### Negatiivinen ääntely

1. Ei negatiivista ääntelyä. Puhe tai ääntely on sävyllään neutraalia tai miellyttävää.
2. Satunnaista vaikerointia tai voihetta. Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
3. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. Mutinaa, muminaa, uikutusta, nurinaa tai sadattelua hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn.
4. Rauhatonta huutelua. Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätäntyneesti.
5. Äänekästä vaikerointia tai voihetta. Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
6. Itkua. Tunteen ilmaisu, johon liittyy kyyneliä; mahdollisesti nyhkytyksiä tai hiljaista itkua.

### Ilmeet

1. Hymyilevä tai ilmeetön. Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luontevaa, levollista tai tyhjää ilmettä.
2. Surullinen. Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen; silmissä voi olla kyyneliä.
3. Pelästynyt. Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki.
4. Tuima. Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympäritys saattavat olla tavallista enemmän rypyssä.
5. Irvistää. Väänstynyt, hätäntynyt ilme. Otsa ja suun ympäritys ovat tavallista enemmän rypyssä, ja silmät saattavat olla tiukasti kiinni.

### Elekieli

1. Levollinen. Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyyneeltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta.
2. Kireä. Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).
3. Ahdistunutta kävelyä. Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta.
4. Levotonta liikehdintää. Hermostonutta liikehdintää, mahdollisesti kiernurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai kosketella, nykiä tai hangata ruuminosiaan toistuvasti.
5. Jäykkä. Vartalo on jäykistynyt. Käsivarret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralta ja kankealta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).
6. Kädet nyrkissä. Kädet ovat tiukasti kiinni; niitä kenties availaan ja suljetaan jatkuvasti, tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä.
7. Polvet koukussa. Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).
8. Pois työntämistä tai vetämistä. Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia; hän pyrkii irtautumaan tempomalla tai kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois.
9. Riuhtomista. Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohii, puree tai käyttää muunlaista väkivaltaa.

### Lohduttaminen

1. Ei tarvetta lohduttamiseen. Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä.
2. Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntytää. Käyttäytyminen keskeytyy kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketetaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta.
3. Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyttäminen ei onnistu. Henkilöä ei saada rauhoittumaan eikä käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.

#### LIITE 4. ASUKAS LÖYTYY KUOLLEENA

Ei julkaistavaksi. Tämä vain vanhainkodin käytössä.