

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Korpi Mari

Peräkylä Tanja

KOTISAATTOHOITOTYÖN TOIMINTAOHJEEN LAATIMINEN KOSKENRIN-  
TEELLE KIRJALLISINA OPPAINA

Opinnäytetyö 2015

## TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

KORPI, MARI

PERÄKYLÄ, TANJA

Kotisaattohoitotyön toimintaohjeen laatiminen Koskenrinteelle kirjallisina oppaina

Opinnäytetyö

64 sivua + 37 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry.

Lokakuu 2015

Avainsanat

saattohoitotyö, kuolema, muistisairaus, ikääntynyt

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä on muistisairaana kokonaisvaltainen saattohoitotyö, sekä luoda Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:lle uusi kotisaattohoitotyön toimintaohjeistus uusimman näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Toimintaohjeet on tuotettu kahtena oppaana muodossa, joista molemmat tulevat käyttöön Koskenrinteen hoivaosastojen hoitohenkilökunnan päivittäisen saattohoitotyön tueksi. Toinen opas on hoitohenkilökunnalle tarkoitettu saattohoitotyön ohjeistus, johon on sisällytetty jo aiemmin Koskenrinteellä käytössä ollut saattohoidon tarkistuslista. Toinen opas on tarkoitettu annettavaksi vainajan omaiselle, ja se tarjoaa saajalleen tukea surun keskelle sekä käytännönläheisiä ohjeita kuoleman jälkeisistä toimenpiteistä.

Opinnäytetyö on toteutettu kehittämistyönä toimintatutkimuksen muodossa. Työssä esitellään yksityiskohtaisesti toimintatutkimuksen määritelmä, rakenne sekä tutkimusprosessi ja niiden mukaisesti myös opinnäytetyön tekovaiheet. Työhön sisältyy alkutilan kartoitus, jonka pohjalta Koskenrinteen toimintaa lähdettiin kehittämään sekä laaja uusimpaan näyttöön perustuvaan tietoon perustuva kirjallisuuskatsaus, jonka pohjalta oppaat ovat laadittu tiiviissä yhteistyössä työelämän edustajien kanssa Koskenrinteen tarpeita palveleviksi kokonaisuuksiksi. Koskenrinteen saattohoitoa tarvitsevat asukkaat ovat pääosin ikääntyneitä muistisairaita, joten saattohoitotyötä on keskitytty tarkastelemaan heidän tarpeitaan vastaavasti.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

KORPI, MARI

PERÄKYLÄ, TANJA

Terminal Care Approach for Koskenrinne as a  
Written Guidance

Bachelor's Thesis

64 pages + 37 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Senior Lecturer

Commissioned by

Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry.

October 2015

Keywords

terminal care, death, memory disorder, aged person

Terminal care (TMC) is a demanding, both physically and professionally challenging working area in nursing. In Finland we have had a new nationwide guidance for terminal care since 2010, but there are still some facilities giving terminal care without written guidance or proper knowledge about how to produce it decently.

The objective of this Thesis is to explore what all-inclusive terminal care for a person suffering of memory disorder is and to produce a written guidance about that subject for sheltered housing association Koskenrinne to improve their work in TMC area. The guidance includes two separate pieces: one for nurses to use in daily work and the other to give for the relatives of a dead resident. This Thesis is a development work in a form of action research. The research was produced by interviewing the personnel of Koskenrinne about their current state in TMC area and by an extensive national and international TMC literature review. The guidance is based on the review of the literature.

According to our research there is till lack of written guidance about how to meet and treat a dying person with memory disorder. The produced guidance is going to be used in every department of Koskenrinne as a part of daily work. The purpose of the guidance is to give nurses valuable information about TMC and to help them to offer high quality terminal care for the residents of Koskenrinne.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY TOIMINNAN KEHITTÄMISEN KUMPPANINA	7
3	TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ	8
	3.1 Toimintatutkimuksen määrittelyä	8
	3.2 Toimintatutkimuksen rakenne	10
	3.3 Tutkimusprosessin hallinta	13
4	NYKYTILAN KARTOITUS	13
	4.1 Saattohoitotyön nykytilanne Koskenrinteellä	13
	4.2 Yhteenveto kehittämisalueiden painopisteistä	17
5	TOIMINTATUTKIMUKSEN TAVOITTEET	18
6	SAATTOHOITOPOTILAIDEN MUISTISAIRAUDET	18
7	SAATTOHOITOLAINSÄÄDÄNTÖ JA HOIDON LINJAUKSET	21
	7.1 Saattohoitoa koskeva lainsäädäntö	21
	7.2 Saattohoitopäätös	23
	7.3 Elvytyskielto	23
	7.4 Hoitotahto	24
8	SAATTOHOHOITOTYÖ NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TIEDON VALOSSA	24
	8.1 Kokonaisvaltainen toimintakyky	25
	8.2 Sisäiset oireet	27
	8.3 Lääkehoito ja kivunhoito	28
	8.4 Ravitseminen	32
	8.5 Apuvälineiden järjestäminen	33
	8.6 Päivittäiset toiminnot	34
	8.7 Viriketoiminta	36
	8.8 Omaisen kohtaaminen ja tukeminen	37

8.9	Hoitohenkilökunnan oma jaksaminen	38
9	TOIMENPITEET KUOLEMAN JÄLKEEN	39
9.1	Kuoleman merkit ja kuoleman toteaminen	39
9.2	Omaisille kertominen	40
9.3	Muuta huomioitavaa	42
9.4	Vainajan laitto	42
9.5	Hautaus	43
10	SAATTOHOIDON TOIMINTAOHJE JA OPAS LÄHEISENSÄ MENETTÄNEELLE	44
10.1	Oppaiden laadinta	44
10.2	Tarkistuslistan päivittäminen	45
11	POHDINTA	46
11.1	Aikataulu ja työn kulku	46
11.2	Systemaattinen kirjallisuuskatsauksen rakenne ja tekoprosessi	46
11.3	Lähdehaut ja hakuprosessi	50
11.4	Tutkimustulosten tarkastelu	54
11.5	Toimintatutkimuksen raportointi, arviointikriteerit ja luotettavuus	56
11.6	Kehittämis ehdotuksia Koskenrinteelle	61
	LÄHTEET	63
	LIITTEET	
	Liite 1. Opinnäytetyön sopimukset	
	Liite 2. Nykytilan kartoitus – haastattelun kysymykset	
	Liite 3. Saattohoitotyön toimintaohje - opas	
	Liite 4. Läheisensä menettäneelle - opas	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Keväällä 2009 sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä käytiin keskustelu saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Tämän jälkeen selvitettiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laadittiin saattohoitosuosituksia. (STM 2010.)

Suomella on hyvät edellytykset saattohoidon kehittämiseksi. Kaikki Suomen kansalaiset ovat julkisen terveydenhuollon piirissä, tämän lisäksi Suomi on myös ensimmäinen maa, jossa laadittiin laki potilaan oikeuksista. Lääkintähallitus antoi jo 1980-luvun alussa varsin edistykselliset ohjeet terminaalihoitosta, jonka nimitys on myöhemmin muutettu saattohoidoksi. (STM 2001, 11.)

Viimeiset 50 vuotta Suomen ikärakennetta ovat hallinneet niin sanotut suuret ikäluokat. Sodan jälkeen hedelmällisyys ponnahti ylöspäin ja epävakaiden sota-aikojen alhainen hedelmällisyys nousi kertaheitolla ylöspäin. Tällä hetkellä tämä merkitsee sitä, että väestö ikääntyy samanaikaisesti. Tarvitaan yhä enemmän hoivapalveluja ja resursseja heidän hoitoonsa. On arvioitu, että vuoden 2030 tienoilla 80-vuotiaiden määrä kasvaa jopa 2,4 kertaiseksi nykyiseen nähden. Samaan vuoteen mennessä myös elinajan odotteen on oletettu kasvavan nykyisestä noin kolmella vuodella, naisilla 84,6 vuoteen ja miehillä 79,5 vuoteen. (Nieminen & Koskinen, 2008, 4) Suuret ikäluokat eivät ole pelkästään ongelma Suomessa tai Euroopassa. Myös esimerkiksi Yhdysvalloissa hoivapaikkojen on arvioitu kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Yhdysvalloissa hoivakodeissa asuu arviolta 1,8 miljoonaa asukasta. 67 % Yhdysvaltojen hoivakoteihin kuolevista sairastaa muistisairautta. (Kelley & Morrison 2015.)

Kansainvälisen esimerkin mukaisesti myös Suomeen on perustettu saattohoitokoteja, jotka ovat jatkuvasti kehittäneet kuolevan hyvää hoitoa ja hänen omaistensa tukemista. Koska saattohoitokoteja on harvassa, ne ovat tärkeitä saattohoitoon liittyvän tutkimuksen, koulutuksen, tiedon ja taidon välittäjiä koko terveydenhuollon kentässä. Saattohoitokodit ovat myös edelläkävijöitä kotisaattohoidon kehittämisessä. (STM 2001, 12.)

Saattohoidon ohjeiden laatu ja määrä vaihtelevat huomattavasti eri yksiköiden välillä, samoin saattohoidon toteuttamisen vaativat resurssit. Saattohoito-ohjeiden puuttuminen vaikuttaa merkittävästi saattohoidon laatuun. (STM 2001, 12.)

Saattohoito on raskasta, henkisiä ja fyysisiä voimavaroja vaativaa työtä, koulutus ja hyvän ammattitaidon hankkiminen ylläpitävät jaksamista. Lääkärien ja hoitohenkilökunnan tämänhetkinen koulutus saattohoidon näkökulmasta on riittämätön. Koulutuksella on keskeinen merkitys kuoleman ja kuolevan kohtaamisen kestämisessä sekä erilaisten tunteiden hallitsemisessa. Lisäkoulutusta kaivataan useilla eri saattohoidon osa-alueilla, kuten kuoleman kohtaamiseen, oireita lievittävään hoitoon sekä kivunhoitoon. (STM 2001, 13.)

Helsingissä sijaitseva saattohoitokoti, Terhokoti, on perustettu vuonna 1988. Terhokodissa on toteutettu saattohoitoa pian 25 vuotta ja heillä on hyväksi testatut selkeät toimintaohjeet saattohoidon toteuttamiseksi. Suomessa on useita hoivakoteja, joissa ei ole yhtä pitkää kokemusta saattohoidosta. (Mikkonen 2007, 12.) Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:llä saattohoitoa on toteutettu vuoden 2013 lopulta lähtien. Opin- näytetyömme tarkoitus on tuottaa Koskenrinteen hoivakoteihin yhtenäinen saattohoidon toimintaohjeistus sekä kirjallisia oppaita käytännön hoitotyön tueksi. Koskenrinteen hoivakodeissa saattohoidon piirissä olevat asukkaat ovat pääasiassa ikääntyneitä ja muistisairaita ihmisiä. Tästä syystä tässä opinnäytetyössä keskitytään käsittelemään saattohoitotyötä muistisairaana asukkaan tarpeita vastaavasti.

## 2 PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY TOIMINNAN KEHITTÄMISEN KUMPPANINA

Koskenrinne on toiminut kotkalaisen vanhustenhuollon yksityisenä palvelutuottajana vuodesta 1955 lähtien. Koskenrinteellä on Kotkassa neljä eri toimipistettä: Koskenrinteen koti, Kotka-Koti ja Karhula-Koti sekä päiväkeskustoimintaa järjestävä Kulman päiväkeskus. Lisäksi yhdistyksellä on oma senioritalokiinteistö. Vuodesta 2005 lähtien yhdistyksen nimenä on ollut Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry.

Kodeissa on asukkaita yhteensä yli 200 ja palvelujen piirissä yli 600 kotkalaista ikään- tynnyttä. Koskenrinteen tarkoituksena on tuottaa asiakkailleen ympärivuorokautista hoivapalvelua, kotihoitoa sekä päiväkeskustoimintaa. Koskenrinne on myös aktiivisesti mukana erilaisissa valtakunnallisissa ja alueellisissa vanhustyön kehittämishankkeissa.

Koskenrinteen Koti on toimipisteistä suurin. Vuokra-asuntojen lisäksi siellä on neljä pienryhmäkotia, jotka tarjoavat hoivapalveluja ympärivuorokautista apua tarvitseville ikääntyneille. Koskenrinteen Kodissa järjestetään runsaasti erilaista kerho- ja virike-toimintaa ja siellä toimii myös oma kioski. Ulkoiluun on myös hyvät mahdollisuudet laajan piha-alueen ja grillikatoksen ansiosta. Koulutettu henkilökunta tarjoaa asiakkaille ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa.

Kotka-Koti sijaitsee Kotkan keskustassa ja tarjoaa asiakkailleen kotihoidon palveluja. Kotka-Kodilla on oma viihtyisä piha-alue sekä kaupungin tarjoamat ulkoilu- ja virikis-tyismahdollisuudet lyhyen kävelymatkan päässä. Palveluasuntojen lisäksi Kotka-Kodissa on pienryhmäkotimuotoista kotihoitoa tarjoava Norska-Koti sekä päiväkeskus, joka tarjoaa aktiviteettejä ja virkistystä myös omassa kodissa asuville ikääntyneille. Kotka-Kodissa järjestetään myös paljon erilaista kerho- ja viriketoimintaa.

Karhula-Koti tarjoaa asiakkailleen asumista joko palveluasunnossa tai pienryhmäko-deissa, jotka tarjoavat hoiva-asumista ympärivuorokautista apua tarvitseville ikääntyneille. Karhula-Koti järjestää asiakkailleen runsaasti erilaista kerho- ja viriketoimintaa sekä tarjoaa hyvät ulkoilu-mahdollisuudet.

Työelämän edustajana tämän opinnäytetyön tekoprosessissa on toiminut ensisijaisesti Koskenrinteen palvelujohtaja Pirjo Laine. Hänen lisäksi yhteyshenkilönä on toiminut Koskenrinteen Kodin vastaava sairaanhoitaja Sirpa Kansonen. Työ tehdään ensisijaisesti yhteistyössä Koskenrinteen Kodin kanssa, mutta toimintaohjeistus laaditaan päteväksi jokaisessa Koskenrinteen saattohoitoa järjestävässä hoivayksikössä.

### 3 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ

#### 3.1 Toimintatutkimuksen määrittelyä

Tämä opinnäytetyö on toimintatutkimuksen muodossa tehty kehittämistyö. Kehittämistyön tavoitteena on kehittää saattohoidon osaamista Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n eri hoivayksiköissä. Seuraavaksi esitellään toimintatutkimus eri tekovaiheineen ja se, miten sitä on hyödynnetty tässä opinnäytetyössä.



Toimintatutkimus pohjautuu hoitotieteeseen, johon liittyy aina tilanteen alkukartoitus ja sen pohjalta toiminnan kehittäminen. Toimintatutkimuksessa tutkitaan ihmisten toimintaa ja tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on kehittää käytäntöjä entistä paremmiksi. Tästä syystä yhtenä opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja selkeyttää Koskenrinteen saattohoitoa luomalla heille yhteiset toimintaohjeet. Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti. Se tehdään lähes aina yhteistyössä muiden tahojen kanssa, ja siksi työn kehittäminen vaatii yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. On koko ajan otettava huomioon organisaatio, jolle kehittämistyö tehdään. (Heikkinen 2007, 16 - 17.)

Opinnäytetyössä toimintatutkimus tapahtuu yksilötasolla sekä yhdessä organisaation kanssa. Yksilötasolla havainnoidaan omaa toimintaa ja kommunikoidaan yhteistyötahon, eli Koskenrinteen sekä ohjaavan opettajan kanssa. Lopullisessa kirjallisessa tuotoksessa näkyy tutkimusraportin lisäksi meidän oman ajatteluprosessimme eteneminen ja aiheen oppiminen. Organisaatiotason toimintatutkimusta käytetään yleensä isojen organisaatioiden kehittämiseen. Organisaation kehittämiseen liittyy vahvasti työelämän kanssa tasavertainen ja dialoginen yhteistyösuhte. Toimintatutkimukseen kuuluu myös syklisyys. Yhteen suunnitelmaan perustuvaa kokeilua seuraa kokemusten pohjalta parannettu suunnitelma. Toimintaa kuuluu hioa useiden peräkkäisten suunnittelu- ja kokeilusyklien avulla. (Heikkinen ym. 2007, 18 - 19.)

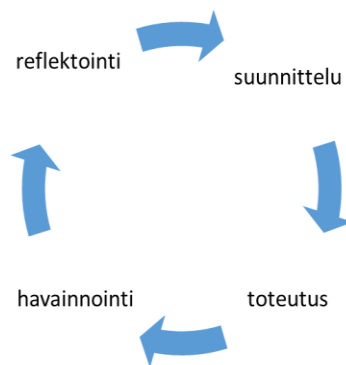
Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty Koskenrinteen palvelujohtajan sekä vastaavan sairaanhoitajan havaintoja sekä heidän pidempiaikaista tietoaan hoivaosastokohtaisista saattohoidontarpeista ja käytännöistä. Tarkoituksena oli kerätä tietoa haastatteleamalla Koskenrinteen palvelujohtajaa sekä vastaavaa sairaanhoitajaa ja yhdessä muokata tuotoksemme heidän tarpeitaan parhaiten vastaavaksi. Koska Koskenrinteellä on niin monta hoivaosastoa, ei ollut mahdollista henkilökohtaisesti mennä seuraamaan ja kartoittamaan jokaisen osaston yksilöllisiä tarpeita. Työn loppuvaiheessa miltei valmis tuotos esiteltiin työelämän edustajille, minkä jälkeen viimeistelimme työn saamamme palautteen mukaisesti. Näin saimme lopullisesta tuotoksesta heille sopivimman ja hyödyllisimmän. (Heikkinen ym. 2007, 18 - 20.)

### 3.2 Toimintatutkimuksen rakenne

Tutkimuksen tekeminen kartoitetaan tavallisesti vaihe vaiheelta johdonmukaisesti etenevänä prosessina: kirjallisuuskatsausta seuraavat tutkimussuunnitelma, tutkimustehtävien ja ongelmien asettaminen, aineiston keruu ja analysointi sekä tulosten esittäminen ja lopulta laajemmat päätelmät (taulukko 1). Tässä opinnäytetyössä tutkimus alkoi Koskenrinteen saattohoidon nykytilanteen kartoituksella. Tutkimus jatkui näyttöön perustuvan tiedon hankinnalla, ja sen sisällön analyysillä, jonka perusteella loimme kirjallisuuskatsauksen. Syklin viimeisenä osiona oli kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehdyn sisällön analyysin avulla tuotetut oppaat. Toimintatutkimus eroaa tavallisesta tutkimusprosessista. Sen lähtökohtana voi olla arkisessa toiminnassa havaittu ongelma, jota ryhdytään kehittämään joskus jopa spontaanistikin. Tutkimus alkaa jonkin yksityiskohdan ihmettelystä, kuten tässä työssä yhtenäisen saattohoidon toimintaohjeistuksen puutoksesta. Ajatustyötä ja keskustelua vaativat uuden toimintatavan kehittämissuunnitteluvaiheessa ja kokeilun arviointi jälkikäteen. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 78.)

Toimintatutkimus tapahtuu syklimäisesti (ks. kuva 1), kuten jo edellä mainittiin. Siihen kuuluu sekä konstruoivia että rekonstruoivia vaiheita. Konstruoiva toiminta on uutta ja rakentavaa, tulevaisuuteen suuntaavaa, kun taas rekonstruoivissa vaiheissa painopiste on toteutuneen toiminnan havainnoinnissa ja arvioinnissa. Rekonstruointi tarkoittaa siis uudelleenrakentamista. Syklin vaiheet vuorottelevat kehämäisesti: kokeilun aikana toimintatapaa havainnoidaan ja siitä kerätään havaintoaineistoa. Työsämme keskitytään konstruoivaan toimintaan, sillä päivitetty saattohoidon toimintaohjeistus sekä kirjalliset oppaat jäävät Koskenrinteelle ja niitä hyödynnetään jatkossa käytännön hoitotyössä. Havainnointimateriaalia ja arviointia puolestaan on saatu palvelujohtajan sekä vastaavan sairaanhoitajan haastatteluilla. (Heikkinen ym. 2007, 78 - 79.)

Kuva 1: Toimintatutkimuksen syklisyys



Toimintatutkimusta voidaan tehdä kahdella tavalla: tutkija joko ryhtyy kehittämään omaa työtään tutkivalla otteella tai hän etsii itselle tutkimuskohteen, jota hän voi tutkia ja kehittää. Omaa työtään kehittävää tutkijaa voidaan kutsua toimija-tutkijaksi, kentälle päätyvää taas tutkija-toimijaksi. Toimija-tutkijalla on käytännön kokemusta tutkimuskohteestaan ja tutkimus käynnistyy tutkijan halusta kehittää omaa työtään tai lähiyhteisöään. Hän haluaa selvittää, voisiko asioita tehdä toisin tai entistä paremmin. Tutkija-toimija taas tuntee tutkimusaiheensa aiemman tutkimuksen ja kirjallisuuden pohjalta. Kiinnostuksen synnyttää jokin käytännön ongelma, jota hän ihmettelee. Meille ongelman esitteli työelämätaho, johon tutkimus tehdään. Tutkija-toimija alkaa etsiä tietoa asiaan vaikuttavista tekijöistä ja rakentaa taustatietonsa pohjalta toiminta-ohjeistuksen, jolla asiaan voidaan vaikuttaa. Juuri näin toimitaan myös tässä opinnäytetyössä. Tutkija-toimijan työhön liittyy, että hän haluaa kokeilla, toimiiko malli käytännössä. Tässä opinnäytetyössä me toimimme tutkija-toimijoina, sillä tähän liittyy myös kehittämisprosessin tarkasteleminen yhteisön ulkopuolisena asiantuntijana. (Huovinen & Rovio 2007, 94 - 95.)

**Toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheessa** hahmotellaan tutkimusasetelmaa ja -tehtävää koskevia kysymyksiä ja ideoidaan kenttätöitä. Suunnitteluvaiheessa tutustutaan kirjallisuuteen ja täsmennetään näkökulmia aikaisempien tutkimusten, keskeisten käsitteiden ja teoriasuuntausten pohjalta. Toiminnallinen suunnitelma vastaa tutkimuksen toteuttamisen käytännöllisiin ongelmiin, kuten tutkimuskohteen löytämiseen, tutkimuslupien hankkimiseen, toimintaan kentällä, aikatauluihin, palavereihin sekä aineiston hankintaan ja käyttöön. On ratkaistava, hankitaanko aineisto havainnoimalla, haastattelemalla, pitämällä päiväkirjaa, videoimalla vai esimerkiksi käyttämällä määrällisiä mittareita. Toimintatutkimukseen kuuluu arvaamattomuus, eikä tutkija kykene

ennalta varautumaan kaikkiin kehittämisprosessissa nouseviin kysymyksiin. Jos rajataan liikaa kysymyksen asettelua, saatetaan ohittaa tutkimukselle keskeisiä ja tärkeitä asioita. Tutkimusongelmat muuttuvat ja täsmentyvät työn edetessä. Opinnäytetyöemme keskeinen tutkimuskohde Koskenrinteellä koskee saattohoidon kehittämistä. Prosessissa on jouduttu pohtimaan, mitä asioita toimintaohjeistuksen ja omaisen oppaan on tärkeä pitää sisällään. Haasteena oli myös se, että ohjeistuksista oli saatava mahdollisimman lyhyet, selkeät ja toimivat, ja että niitä voidaan jatkossa hyödyntää helposti sekä monipuolisesti. (Huovinen ym. 2007, 96 - 97.)

**Kenttätyövaiheessa** huolellinen pohjatyö palkitsee. Ennen aineiston keruuta kannattaa järjestää keskustelutilaisuus osallistujille, kuten meidän opinnäytetyössämme. Sovitut asiat on tärkeä kirjata muistiin. Opinnäytetyön tekemisen keskeisenä aikana olimme ulkomaanvaihdoissa Namibiassa, josta käsin olimme sähköpostitse yhteydessä työelämän edustajiin sekä ohjaavaan opettajaan. (Huovinen ym. 2007, 98.)

Tutkija-toimijoille tutkimusyhteisön etsiminen saattaa tuottaa ongelmia. Vaikka sopiva kohde löytyisi, yhteisön jäsenet eivät välttämättä ole halukkaita yhteistyöhön. Tästä tulee usein ongelma, sillä tutkimushankkeen kohderyhmän on suostuttava mukaan vapaaehtoisesti. Kentälle pääsyä auttavat nöyrä mieli ja selkeä sanoma sekä tutkimuksen teoreettisten ja käytännöllisten lähtökohtien hallinta. (Huovinen ym. 2007, 98 - 100.) Pohtiessamme ensimmäisellä työelämän tapaamiskerralla asiaa, päädyimme haastattelemaan koko hoitohenkilökunnan sijaan ainoastaan palvelujohtajaa sekä vastaavaa sairaanhoitajaa.

Taulukko1. Toimintatutkimuksen kulku (Metsämuuronen 2006, 105.)

1. Arkipäivän tilanteesta lähtevän ongelman identifointi, arviointi ja muotoilu.
2. Alustava keskustelu ja neuvottelu asiasta kiinnostuneiden osapuolten välillä.
3. Aiemman tutkimuskirjallisuuden etsiminen.
4. Ensimmäisessä kohdassa muotoillun ongelman muokkaaminen ja uudelleen määrittäminen.
5. Tutkimuksen kulun suunnittelu.
6. Tutkimuksen arvioinnin suunnittelu.

7. Uuden projektin käynnistäminen.
8. Aineiston tulkinta ja projektin arviointi.

### 3.3 Tutkimusprosessin hallinta

Toimintatutkijan on osattava rajata kenttätyö omia resurssejaan vastaavaksi, koska lyhytkin kenttäjakso tuottaa paljon aineistoa. Huomioimme tämän aineistonkeruun valintatavassa. Tutkimusprosessi vie lisäksi paljon aikaa, eikä sitä voi tehdä yhdeltä istumalta. Yksi käytännön tapa hallita tutkimusprosessia on pitää tutkimusaineisto hyvässä järjestyksessä. Irrallisiin papereihin on hyvä merkitä päivämäärät ja lajitella ne esimerkiksi omiin kansioihinsa. (Rovio 2007, 111.)

Kirjoittaminen auttaa hakemaan tutkimuksen suuntaa. Se jäsentää tutkijan ajattelua ja vähentää keskeneräisyyden ahdistusta. Toiminnan ja kirjoittamisen yhdistäminen ei ole aina helppoa. Kun toiminta vie aikaa, kirjoittaminen jää vähemmälle ja sama pätee myös toisin päin. On kuitenkin tärkeää kirjoittaa toiminnan aikana, eikä jäädä odottamaan kunnes koko aineisto on koossa. Työssämme pyrimme kirjoittamaan mahdollisimman reaaliaikaisena jokaisen aineistomme (ks. luku: 11,6). (Rovio 2007, 112.)

## 4 NYKYTILAN KARTOITUS

### 4.1 Saattohoitotyön nykytilanne Koskenrinteellä

Kartoitimme Koskenrinteen hoitohenkilökunnan tämänhetkistä saattohoitotyön osaamista ja edellytyksiä laadukkaaseen saattohoidon toteuttamiseen kyselyn avulla. Koska olimme työn tässä vaiheessa työharjoittelussa ulkomailla, toteutimme kyselyn sähköpostin välityksellä, eli lähetimme valmiit kysymykset (liite 2) ja saimme niihin vastaukset kirjallisena versiona. Kyselyyn vastaajina toimivat Koskenrinteen palvelunjohtaja Pirjo Laine sekä Koskenrinteen Kodin vastaava sairaanhoitaja Sirpa Kansonen. Tässä kappaleessa esitellään Koskenrinteen nykytilanne kyselyn perusteella kootun raportin muodossa.

Toimintatutkimuksessa tutkimusaineistona voi olla myös muu kehittämistoiminnan aikana tuotettu materiaali, kuten työryhmien muistiot, kokouspäiväkirjat, raportit tai sähköpostiviestit. Useimmat dokumentit ovat kuitenkin niin sanottuja loppuasiakirjoja, joista tutkimuksen prosessi ei selviä. Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää myös erilaisia kyselylomakkeita. Koska koimme koko Koskenrinteen henkilökunnan haastattelun hyvin haasteelliseksi tiukan aikataulun ja henkilökunnan omien kiireiden vuoksi, päädyimme ainoastaan juuri yllä mainittujen henkilöiden haastatteluun. Heillä on tarvittavat tiedot Koskenrinteen hoivakodin saattohoidon laadusta ja mallista tällä hetkellä. (Huovinen 2007, 104.)

Saattohoito on Koskenrinteen toimipisteissä vielä melko uusi asia. Vasta vuoden 2013 lopulla lääkärit tekivät ensimmäiset saattohoitopäätökset – sitä ennen kaikki saattohoitoa tarvitsevat asukkaat siirtyivät sairaalahoitoon. Vuonna 2013 lääkäri kävi hoitajien kanssa läpi hoitotahtoon liittyviä asioita, minkä jälkeen joko lääkäri tai hoitaja keskustelivat saattohoitoon liittyvistä asioista asukkaan tai tämän omaisen kanssa tarkoituksena etsiä asukkaan omaa näkemystä siihen, missä saattohoito tulisi toteuttaa. Aluksi hoitajat kokivat asian esille ottamisen vaikeaksi, varsinkin nuoren hoitajan oli vaikea lähestyä omaista vakavan asian kanssa. Hoitohenkilökunnalle järjestettiin asiasta koulutusta yhden iltapäiväluennon verran ja henkilökunnalle tehtiin valmiit kirjalliset toimintamallit, joissa oli selkeät ohjeet kuolevan asukkaan hoitoon ja siihen, miten toimitaan kuoleman jälkeen. Ohjeistukseen kuuluu tarkistuslista, joka ohjaa toimintaa niiden asioiden suhteen, jotka pitää hoitaa ja joista tulee keskustella asiakkaan tai omaisen kanssa. Ohjeet ovat edelleen sähköisenä versiona hoitohenkilökunnan saatavilla, mutta niiden sisältävät asiat eivät kuitenkaan näy käytännön hoitotyössä.

Koskenrinteen Kodin alkuperäisrakennus on rakennettu vuonna 1955, joten hoivaosastojen (Tiltala, Iltala ja Heikkilä) tilat ovat ahtaat. Karhula-koti valmistui vuonna 2005 ja sen osastojen (Rauhala ja Turvala) tilat soveltuvat saattohoidon toteuttamiseen paremmin, sillä huoneet, kylpyhuoneet ja yleiset tilat ovat riittävän avarat.

Saattohoidon toteuttamiseen osallistuu Koskenrinteellä sairaanhoitajat yhdessä lähihoitajien kanssa. He toteuttavat varsinaisen hoitotyön. Attendon lääkäripalvelujen lääkäri tekee DNR-päätöksen sekä hoitoon ja lääkitykseen liittyvät määräykset.

**Attendon lääkäripalvelujen** lääkäri antaa saattohoitoluvan keskusteltuaan asiasta ensin hoitajien sekä asukkaan omaisen kanssa. Toisinaan myös hoitohenkilökunta toimii

yhteyskanavana omaiseen. Lääkäri huolehtii asianmukaisen lääkityksen määräämisestä. Laine ja Kansonen toivovat, että lääkäri myös ohjaisi ja tukisi hoitohenkilökuntaa sekä omaisia saattohoitotilanteessa, mutta tällä hetkellä se ei toteudu, sillä lääkärinkierto tehdään vain kolmen kuukauden välein ja tarvittaessa uuden asukkaan muuttessa hoivaosastolle. Muuten lääkäri on tavoitettavissa puhelimitse.

Kaikki hoitajat yhtäläisesti osallistuvat saattohoitotyöhön kuuluvaan perushoittoon. Sairaanhoidaja toimii hoivayksikön lähiesimiehenä, joten kokonaisvastuu saattohoidon asianmukaisesta toteutumisesta kuuluu hänelle. Lisäksi sairaanhoidaja vastaa tietotaitonsa puolesta lähihoitajaa enemmän lääketieteellisistä asioista sekä asianmukaisesta lääkityksestä, mutta myös lähihoitajan tulee hallita hoitoon liittyvien asioiden ja lääkityksestä kysyminen lääkäriltä sekä lääkkeen antaminen asiakkaalle. Tällä hetkellä Koskenrinne kouluttaa lähihoitajia lihaksensisäisen injektion antamiseen.

**Kipulääkitys** voidaan toteuttaa suun kautta annettavilla kipulääkkeillä, kipulaastarilla tai injektiona lihakseen tai ihon alle. Hyväksi kivunhoidon keinoksi on myös todettu hyvä asentohoito. Kipupumppuja ei Koskenrinteellä ole ollut käytössä eikä myöskään suonensisäistä lääkitystä. Suonensisäinen lääkitys on kuitenkin mahdollista järjestää myös Koskenrinteellä kotisairaalan palveluja hyödyntäen.

**Saattohoidossa olevan perushoittoon** kuuluu hyvä hygienia, riittävä ravitsemuksesta ja nesteytyksestä huolehtiminen mieliruokien ja –juomien muodossa, eritystoiminnasta huolehtiminen ja asukkaan ulkoilun mahdollistaminen voinnista riippuen. Riittävästä unensaannista ja levosta huolehditaan. Oireenmukainen hoito (kivun, pahoinvoinnin, hengenahdistuksen huomioiminen) kuuluu myös hyvään perushoittoon. Asukkaan ja omaisen henkinen tukeminen on tärkeää, tähän voidaan käyttää apuna esimerkiksi papin vierailua. Asukkaalle pyritään järjestämään turvallinen ja kodinomainen ympäristö, jossa perustarpeet on tyydytetty ja kivunhoidosta huolehdittu. Hoitohenkilökunnan tulee olla aina saatavilla.

Kaikilla hoivaosastoilla asukkailla on huoneissa sähkösängyt, jotka ovat välttämättömät hoidon kannalta. Kotkan kaupungin **apuvälinelainaamo** lainaa kunkin asukkaan käyttöön muut liikkumiseen ja muuhun toimintaan tarvittavat apuvälineet, kuten rullaattorit, pyörätuolit, suihkutuolit ja wc-korokkeet. Siirtovälineitä, esimerkiksi erilaisia nostureita on vielä toistaiseksi mahdollisuus lainata Carean apuvälineyksiköstä. Myös suihkupaari on mahdollista vuokrata, jos pesulle pääseminen ei asukkaan heikon kun-

non vuoksi muuten onnistu, mutta suihkupaarin käyttöön on rajoitetut mahdollisuudet eri Koskenrinteen hoiva-osastojen välillä. Muita pieniä apuvälineitä hankitaan tarpeen mukaan, esimerkiksi liukulakanoita, siirtolevyjä, liukulautoja ja talutusvöitä. Fysioterapeutti on kartoittanut apuvälineiden tarpeen yksiköittäin. Seuraavaksi hyväksi hankinnaksi Laine ja Kansonen pohtivat monikäyttöisiä asentotyynyjä.

Jos saattohoidossa oleva asukas tai hänen omaisensa niin toivovat, **sairaalapastori** tai seurakunnan pastori voidaan pyytää vierailemaan asukkaan luona. Asukkaan omahoitajan tehtävänä on huomioida asukkaan tarve tähän. Pastori voi myös tarvittaessa tukea hoitohenkilökuntaa.

Koskenrinteen hoiva-osastolla saattohoidettavalle ei ole mahdollisuutta antaa suonen-sisäistä **ravintoa**. Suun kostutuksesta ja juominen tarjoamisesta huolehditaan tehosteusti. Hoitajat voivat tilanteen mukaan sopia omaisten sekä keittiön henkilökunnan kanssa asukkaan mieliruokien hankkimisesta.

Asukkaan omahoitajan on tärkeää pitää yhteyttä **omaisiin** ja tiedottaa voimien muutoksista. Mikäli tilanne vaatii enemmän lääketieteellistä osaamista tai omahoitaja ei pysty tilannetta hoitamaan, on osaston sairaanhoitaja yhteydessä omaisiin. Attendon lääkäripalvelun lääkäriellä ei tällä hetkellä ole riittävästi aikaa tai resursseja keskustella omaisten kanssa, mutta Laine ja Kansonen kokevat, että vaikeassa tilanteessa myös lääkärin on velvollisuus osallistua.

**Hoitohenkilökunnan on mahdollisuus keskustella** saattohoitoon liittyvistä tunteista ja ajatuksista vastaavan hoitajan tai palvelujohtajan kanssa. Tavallisesti tilanteet on saatu purettua oman yksikön keskuudessa. Joskus keskustelu omaisen kanssa voi helpottaa hoitajan kokemaa ahdistusta, mikäli omainen on asian jo hyväksynyt. Laine ja Kansonen toteavat, että juuri hoitohenkilökunnan jaksamisen tukemiseen olisi hyvä saada uusi toimintamalli.

Saattohoitoa on tarkoitus kehittää edelleen tulevaisuudessa erilaisten koulutusten ja tämän opinnäytetyön avulla. Laine ja Kansonen toteavat, että saattohoitoa ei toteuteta vielä riittävän hyvin, mutta kokemuksen kautta siinä on kuitenkin kehitytty verrattuna lähtötilanteeseen.



## 4.2 Yhteenveto kehittämisalueiden painopisteistä

Nykytilan kartoituksessa sekä työelämän tapaamisissa esille nousi useita kehittämistarpeita sekä ongelmakohtia. Päälimmäinen ongelma, josta tarve tähän opinnäytetyöhön nousi, on yhteisen saattohoidon toimintaohjeistuksen puuttuminen. Laine ja Kansonen kokevat, että erityisesti nuorilla tai vastavalmistuneilla hoitajilla ei ole riittävästi tietotaitoa tai valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen. Saattohoito on uusi asia Koskenrinteellä, joten myös kokeneemmilla hoitajilla on uutta opittavaa asian saralta. Kautta aikojen hoivakodeissa on toimittu niin, että asukas siirtyy voimien huonontuessa sairaalahoitoon. Nyt asukkaat hoidetaan ”loppuun asti” hoivakodissa. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta täysin uudenlaista näkökulmaa ja asennoitumista.

Kuolevan asukkaan omaisen kohtaaminen on monelle, erityisesti nuorelle tai vastavalmistuneelle hoitajalle vieras tilanne. Monet kokevat vaikeaksi lähestyä omaista ja ottaa asiat kuten kuolema tai saattohoito puheeksi. Omaisen ohjeistus myös kuoleman jälkeen on puutteellista, sillä surun hetkellä on vaikea nostaa esille käytännön asioita, kuten esimerkiksi hautajaisten järjestäminen. Tämän vuoksi Koskenrinteellä on noussut tarve omaisille tarkoitettusta oppaasta, joka annetaan kuoleman jälkeen tueksi ja ohjeistukseksi.

Tällä hetkellä Koskenrinteen käytössä olevat Attendon tarjoamat lääkäripalvelut ovat rajalliset, eivätkä ne täysin palvele saattohoidossa olevan asukkaan yksilöllisiä tarpeita. Kolmen kuukauden välein tapahtuva lääkärinkierto ei anna lääkärille riittävästi kokonaiskuvaa asukkaan tilanteesta ja näin ollen suuri paino onkin hoitohenkilökunnan havainnoilla asukkaan voinnista. Tällöin hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä tietotaito kuolevan asukkaan voimien muutoksista ja niihin sopivista hoitomuodoista. Tavallisesti lääkäri on tavoitettavissa ainoastaan puhelimitse, jolloin kokonaisvastuu asukkaan tutkimisesta jää hoitajan vastuulle.

Hoitohenkilökunnan oman jaksamisen tueksi ei Koskenrinteellä ole olemassa minikäänlaista toimintaohjetta. Koskenrinteellä työskentelee useita nuoria ja vastavalmistuneita hoitajia, joille kuoleman kohtaaminen on vielä täysin uusi asia ja kokemus. Yhtenäinen saattohoidon toimintaohje ja kirjalliset oppaat antavat arvokasta tietoa jokaiselle Koskenrinteen hoivaosastoilla työskentelevälle hoitajalle ja niistä löytyy vastaukset mieltä askarruttaviin kysymyksiin.

## 5 TOIMINTATUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Seuraavaksi esitellään lyhyesti toimintatutkimuksen keskeiset tavoitteet. Tavoitteena on

- selvittää, mitä on muistisairaana kokonaisvaltainen saattohoitotyö ja tarjota Koskenrinteen asukkaille tasavertainen mahdollisuus laadukkaaseen saattohoitoon
- parantaa Koskenrinteen hoitohenkilökunnan saattohoitotyön osaamista uuden toimintaohjeistuksen avulla
- helpottaa omaisten tiedonsaantia sekä tarjota heille monipuolista tukea kirjallisen oppaan avulla

## 6 SAATTOHOITOPOTILAIEN MUISTISAIRAUDET

Koskenrinteen nykytilan selvittämisen jälkeen siirrytään opinnäytetyön toiseen vaiheeseen, joka on tiedon hankinta. Luotettavien näyttöön perustuvien lähteiden etsimisen jälkeen (ks. taulukko 3) tehtiin kirjallisuuskatsaus sisällön analyysin avulla. Seuraavaksi esitellään yleisimmät muistisairaudet, jonka jälkeen siirrytään saattohoidolliseen osuuteen kirjallisuuskatsauksessa.

Muistisairauden kulku on yleensä pitkä, noin 10 – 12 vuotta. Sairauden toteamisesta lähtien hoito tulisi suunnitella erityisesti palliatiivisen hoidon näkökulmasta pyrkien mahdollisimman hyvään elämänlaatuun sekä sairastuneen että tämän omaisten kannalta. Päätöksenteko elämän loppuvaiheen hoidosta silloin, kun sairastuneen oma mielipide ei ole tiedossa eikä hän enää itse pysty sitä ilmaisemaan, voi olla vaikeaa ja ristiriitaista. Tästä syystä sairastuneen mielipiteet ja näkökannat tulisi jo sairauden alkuvaiheessa selvittää ja kirjata esimerkiksi hoitotahtoon. (Hänninen 2006, 85 – 86.)

Muistisairaista ikääntyneistä noin puolella kuolinsyynä on muistisairaus ja puolella kuolinsyy johtuu jostain muusta. Kuolemanhetkeä edeltää tavallisesti pitkä jakso, jon-

ka aikana muistisairaahan toimintakyky on erittäin huono ja hän tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa vuorokauden ympäri. Tässä vaiheessa sairautta sekä liikumiskykyä että kykyä kommunikoida ovat hiipuneet, mutta laadukkaalla perushoidolla voidaan jäljellä olevan elämän laatua pitää yllä. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 527.)

Heikosta tilastaan huolimatta muistisairas yleensä tuntee kosketuksen ja tunnistaa tutut äänet. Hoitotilanteissa on järjestettävä rauhallinen ympäristö sekä huomioitava lempeys ja ystävällinen kommunikointi. Samalla on huolehdittava muistisairaahan kivuttomuudesta sekä ahdistuksen lieventämisestä. (Erkinjuntti ym. 2015, 527.)

Muistisairaahan loppuvaiheen hyvän hoidon perustana tulisi olla mahdollisuus kuolla samassa yksikössä, jossa on viime vuodet asunut. On kuitenkin yleistä, että voimien heikentyessä muistisairas siirretään entistä tehostetumpaan palveluasumiseen tai sairaalaan. Vaikeasta muistisairaudesta kärsivä ei yleensä siirrosta hyödy eikä tehostettu hoito pidennä elinikää, mutta muutos saattaa huonontaa elämänlaatua huomattavasti. Muutokset altistavat muistisairaahan sekavuustilalle ja lisäävät merkittävästi turvattuutta ja ahdistusta. Hoidon loppuvaiheessa tarpeettomia laitossiirtoja tulisi välttää. (Erkinjuntti ym. 2015, 528.)

Muistisairaahan asukkaan osalta viimeisten elinpäivien määrittäminen on usein vaikeaa, sillä sairauden loppuvaihe voi olla pitkäkestoista hidasta hiipumista. Nielemissyvyn loppuminen on hyvä merkki viimeisistä hetkistä erityisesti Alzheimeria sairastavan kohdalla, sillä tästä seuraa terminaalinen aspiraatiopneumonia, jonka hoitamiseen ei enää kannata ryhtyä. (Lukmaa & Toikka 2010, 21.)

Peruseriaatteita muistisairaahan saattohoidossa ovat oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, henkinen ja hengellinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, lähiverkoston huomioonottaminen, muistisairaahan itsemääräämisen varmistaminen sekä elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimoiminen. (Lukmaa & Toikka 2010, 22.)

**Alzheimerin tauti** on etenevä muistisairaus, joka rappeuttaa aivojen toimintaa. Se on yleisin dementia eli laaja-alaista henkisten kykyjen heikkenemistä aiheuttava sairaus. Syytä Alzheimeriin sairastumiseen ei tiedetä, mutta tiedossa on erilaisia riskitekijöitä, jotka lisäävät todennäköisyyttä sairastua. Naisilla sairaus on hieman yleisempi kuin miehillä, samoin niillä, joiden suvussa on muitakin sairastuneita. Monet elintapoihin

liittyvät tekijät saattavat lisätä riskiä sairastua Alzheimeriin. (Erkinjuntti ym. 2015, 19.)

Ensimmäiset oireet ilmenevät muistin heikentymisenä, mutta sairauden edetessä tulee vaikeuksia monimutkaisissa toiminnoissa, kuten raha-asioiden järjestelemissä. Myöhemmin heikkenevät myös monet käytännölliset toimet, kuten kaupassa käynti ja ruoanlaitto. Lopulta heikentyvät myös päivittäisten perustarpeiden toteuttaminen, kuten pukeutuminen ja peseytyminen ja sairauden loppuvaiheessa heikkenevät myös liikkuminen ja puheen tuottaminen. Suurella osalla sairastuneista ilmenee sairauden edetessä myös psyykkisiä oireita ja käytöshäiriöitä. (Erkinjuntti ym. 2015, 19.)

Alzheimerin tautia ei voida parantaa, mutta sen etenemistä voidaan hidastaa ja oireita lievittää lääkehoidolla. Nämä lääkkeet lisäävät keskittymiskykyä, kohentavat toimintakykyä ja vähentävät käytöshäiriöitä. Sairauden kesto ensimmäisistä oireista kuolemaan on tavallisesti noin 10 vuotta. (Erkinjuntti ym. 2015, 19.)

**Frontotemporaalinen dementia** tarkoittaa aivojen otsalohkoa rappeuttavaa muistisairautta. Se alkaa tavallisesti 45 – 65 vuoden iässä. Otsalohkodementian ensimmäisiä oireita ovat käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset. Sairauden edetessä ilmenee ongelmia myös toiminnanohjauksessa, sosiaalisissa taidoissa, päättelykyvyssä ja ongelmanratkaisussa sekä puheen tuotannossa. Muistioireita alkaa ilmetä vasta sairauden edettyä varsin pitkälle. (Erkinjuntti ym. 2015, 21.)

Otsalohkodementia on geneettisesti periytyvä, noin puolella sairastuneista on positiivinen sukuhistoria sairauden suhteen. Sairauden kesto ensimmäisistä oireista kuolemaan on tavallisesti noin 10 vuotta. (Erkinjuntti ym. 2015, 21.)

**Vaskulaarinen dementia** on muistisairaus, jonka aiheuttaa aivoverenkiertohäiriö. Se on toiseksi yleisin syy muistisairaudelle. Taustalla on tavallisesti useita aivoverenkiertotautia, kutein aivoinfarktit, aivoverenvuodot tai aivojen syvien osien eli valkean aineen hapenpuutteesta johtuvat vauriot. Muistisairautta voivat myös aiheuttaa hiljaiset, eli oireettomat aivoinfarktit. Vaskulaarinen dementia on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla. (Erkinjuntti ym. 2015, 21.)

Muistivaikeudet eivät ole vaskulaarisen dementian alussa hallitsevin piirre, vaan ongelmat ilmenevät aluksi toiminnanohjauksen heikkenemisenä. Sairaus ei etene tasai-

sesti vaan välillä voi olla parempiakin päiviä. Vaskulaariseen dementiaan sairastuneella ilmenee tavallisesti neurologisia oireita, kuten ongelmia kävelemisessä, halvauslöydöksiä sekä puheentuo-ton häiriöitä. Oireet vaihtelevat tapauskohtaisesti. (Erkinjuntti ym. 2015, 18.)

Vaskulaariseen dementiaan ei toistaiseksi ole kehitetty tehoavaa lääkehoitoa. Hoidossa keskitytään taustalla olevan aivoverenkiertosairauden hoitoon ja uusiutumisen ehkäisyyn sekä riskitekijöiden hoitoon. (Erkinjuntti ym. 2015, 18.)

**Lewyn kappale –taudilla** on paljon yhteneväisiä piirteitä Alzheimerin taudin kanssa. Lisäksi siihen kuuluvat solunsisäiset Lewyn kappaleet, joita esiintyy myös Parkinsonin taudissa. Varsinaista syytä taudin syntymiselle ei tiedetä. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.)

Lewyn kappale –tauti alkaa hitaasti älyllisen toimintakyvyn heikkenemisenä ja tarkkaavaisuuden sekä vireystilan vaihteluina. Taudille tyypillisiä oireita ovat toistuvat näköharhat sekä Parkinsonin taudin oireet, kuten liikkeiden hidastuminen ja jäykkyys. Joissakin tapauksissa voi esiintyä myös lyhyitä tajunnanmenetykskohtauksia, kaatuilua, sekavuutta sekä käytöshäiriöitä. Muistiongelmät kehittyvät hiljalleen taudin edetessä. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.)

Lewyn kappale -taudille ei ole olemassa tehoavaa lääkehoitoa ja tavallisesti sairastunut on myös poikkeuksellisen herkkä tietyille psykyenlääkkeille, joilla voitaisiin lievittää sekavuutta ja käytöshäiriöitä. Lewyn kappale –tauti etenee hiljalleen ja johtaa omatoimisuuden lakkaamiseen, vuodehoitoon ja lopulta kuolemaan noin 10 vuoden kuluessa oireiden alkamisesta. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.)

## 7 SAATTOHOITOLAINSÄÄDÄNTÖ JA HOIDON LINJAUKSET

### 7.1 Saattohoitoa koskeva lainsäädäntö

Keväällä 2009 sosiaali- ja terveysministeriössä käytiin keskustelu saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Tämän jälkeen selvitettiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laadittiin saattohoitosuosituksen. Suositusesi-

tyksestä pyydettiin lausuntoa sairaanhoitopiireiltä, suurilta kaupungeilta sekä sosiaalialan edustajilta. (STM 2010.)

Saattohoitosuosituksissa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus. Saattohoidon aloittaminen perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hyvä saattohoito edellyttää hoitohenkilöstön osaamista ja työhyvinvoinnin ylläpitoa. Saattohoitoa järjestetään potilaan toivomuksen mukaan kotona tai laitoksissa. Sairaanhoitopiirit ja paikalliset terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoidon järjestämisestä. (STM 2010.)

Hyvä saattohoito edellyttää, että saattohoito suunnitellaan ja organisoidaan sairaanhoitopiireissä tai suurissa kaupungeissa systemaattisesti ja alueellisesti tarkoituksenmukaisesti sekä sovitaan selkeästi vastuu- ja työnjako. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju on selkeä ja konsultaatiokäytännöistä sovittu siten, että saattohoito on mahdollista toteuttaa kotona tai julkisessa tai yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksessa. Erityisesti eri toimijoiden välinen tiedonkulku suunnitellaan niin, että tieto saattohoitopäätöksestä siirtyy hoitavasta yksiköstä toiseen. Kotisaattohoidon tulee toteutua myös kodinomaisissa laitoksissa kuten palveluasunnoissa, ryhmäkodeissa ja vanhainkodeissa. (STM 2010.)

Ikääntyneellä on oikeus saada hoitotarpeensa vaatimaa kokonaisvaltaista ja elämänarvojen mukaista saattohoitoa. Iäkkäät suomalaiset arvostavat lääkäriä, joka pystyy avoimesti kertomaan vaikeankin sairauden diagnoosin. Ikääntyneet haluavat osallistua elämän loppuvaiheen hoidon päätöksentekoon niin kauan, kun heillä on siihen voimavaroja. Iäkkäät ihmiset, jotka eivät sairasta syöpää vaan jotain muuta kroonista sairautta, jäävät usein palliatiivisen hoidon ulkopuolelle. Muistisairautta sairastavan ihmisen elämän loppuvaiheen päätöksenteko voi olla vaikeaa, jos hänen oma mielipiteensä ei ole etukäteen kenenkään tiedossa. Siksi on tärkeää kuulla muistisairaana ikääntyneen toiveita silloin, kun hän niitä vielä kykenee ilmaisemaan ja kunnioittaa hänen hoitotahtoaan. Muistisairas ikääntynyt voi myös nimetä sijaispäättäjän hoitotahdossa tai edunvalvontavaltuutuksessa. (STM 2010.)

## 7.2 Saattohoitopäätös

**Palliatiivinen hoito** on parantumattomasti sairaiden ihmisten aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun sairaus ei ole enää parannettavissa eikä hoidon päämäärä ole elämän pidentäminen. Palliatiivinen hoito on oireenmukaista, tuskaa lievittävää hoitoa ja siinä tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta. (Hietanen & Vainio 2004, 19.)

**Saattohoitopäätös** on lääketieteellinen päätös, joka tehdään silloin, kun asukkaan arvioidaan kuolevan lähipäivinä tai –viikkoina. Päätöksen saattohoidosta tekee hoitava lääkäri yhdessä asukkaan tai vaihtoehtoisesti omaisten kanssa. Saattohoitopäätöksen sisältö kirjataan asukkaan sairauskertomukseen yksityiskohtaisesti. Päätöstä voidaan tarvittaessa myöhemmin muuttaa tilanteen muuttuessa. (Korhonen & Poukka 2013, 440.)

Saattohoitopäätöksen tavoitteena on turvata asukkaalle mahdollisimman hyvä oireenmukainen hoito ilman turhia kajoavia hoitotoimenpiteitä. Asukkaan toiveet pyritään aina huomioimaan, mutta voinnin hiipussa huomio siirtyy yhä enemmän omaisten tukemiseen ja ahdistuksen lievittämiseen. (Korhonen & Poukka 2013, 440.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja sen tarkoituksena on tukea ja hoitaa yksilöllisesti kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään parhaalla mahdollisella tavalla inhimillisiä arvoja kunnioittaen. Saattohoitovaiheeseen siirtyminen on potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa tarkoitettu tärkeä hoitopäätös, josta on keskusteltava tarvittaessa useita kertoja, potilaan itsensä kanssa tai jos hän ei pysty päättämään hoidostaan itse, hänen lähiomaisten, muiden läheisten tai laillisen edustajan kanssa. (STM 2010.)

## 7.3 Elvytyskielto

DNR-päätös (Do not resuscitate, älä elvytä) eli elvytyskielto tarkoittaa pidättäytymistä painelu-puhallus-elvytyksestä silloin, kun asukas ei enää hyödy siitä. Kun taustalla on vaikea perussairaus, on kyse luonnollisen kuoleman sallimisesta ilman kuolemaa pitkittäviä, asukasta rasittavia kajoavia hoitoja. DNR-päätös ei tarkoita hoidon lopettamista. Tavallisesti päätös tehdään asukkaan sairauden loppuvaiheessa saattohoitopäätöksen yhteydessä. (Korhonen & Poukka 2013, 440.)

DNR-päätöksen voi tehdä asukas itse kirjaamalla sen hoitotahtoonsa. Päätöksen voi tehdä myös hoitava lääkäri lääketieteellisistä syistä, jotka perustuvat asukkaan tilanteen yksikölliseen arviointiin. Asukasta tai vaihtoehtoisesti hänen omaistaan tulee aina tiedottaa päätöksestä ja heidän kantansa asiaan on myös otettava huomioon ja kirjattava sairauskertomukseen. (Korhonen & Poukka 2013, 440.)

#### 7.4 Hoitotahto

Hoitotahto on henkilön tahdonilmaisu hänen tulevasta hoidostaan siltä varalta, ettei hän itse enää ole kykenevä osallistumaan päätöksentekoon tajuttomuuden, sairauden tai vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahdossa voi ilmaista toiveita hoidon suhteen tai vaihtoehtoisesti siinä voi kieltää tekemästä tietyntylaisia hoitotoimenpiteitä. Toiveiden ei tarvitse koskea pelkkiä lääketieteellisiä tai sairaanhoidollisia asioita. Hoitotahdossa voidaan myös valtuuttaa toinen henkilö tekemään hoitoon liittyvät päätökset tahdon laatijan puolesta. (Korhonen & Poukka 2013, 442.)

Hoitotahto helpottaa lääkärin työtä, sillä hoitoratkaisujen teko on vaikeaa sairauden edetessä ja voimien hiipuesssa. Hoitotahto tehdään yleensä kirjallisesti, jolloin siinä on tekijän allekirjoitus sekä päiväys. Kirjallinen hoitotahto voidaan liittää potilastietoihin liitteeksi tai se voi kulkea laatijan mukana. Joka tapauksessa potilastiedoissa tulee olla selkeä merkintä hoitotahdon olemassaolosta ja sen keskeisestä sisällöstä. Tahdon laatija voi halutessaan peruuttaa hoitotahdon. (Korhonen & Poukka 2013, 442.)

## 8 SAATTOHOITOTYÖ NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TIEDON VALOSSA

Saattohoito on kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä hoitoa, johon kuuluu fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen huolenpito. Saattohoito sisältää kuolevan läheisten huomioimisen myös kuoleman jälkeen. Saattohoidossa korostuvat yksilön erillaisuuden ja ainutkertaisuuden kunnioittaminen, kuolevan aktiivinen osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä perhekeskeisyys. (Ridanpää 2006, 18.)

Hyvä saattohoito on yksilöllistä, asiakkaista lähtevää ja hänen tarpeisiinsa sidottua hoitoa. Saattohoidon hyvän laadun keskeisiä tekijöitä ovat myös henkilöstön asennoi-



tuminen, hoidon lopputulos, itsemäärääminen, kivuttomuus, luottamus, asiakkaiden keskinäinen kanssakäyminen ja kiireettömyys. Hoidon laatua käsittelevissä tutkimuksissa hoitohenkilöstön riittämättömyys ja kiire ovat nousseet laatua huonontaviksi tekijöiksi. (Mikkonen 2007, 15.)

## 8.1 Kokonaisvaltainen toimintakyky

Saattohoidettavalla asukkaalla on runsaasti sairauden aiheuttamia **fyysisiä oireita** ja ongelmia. Fyysiset tarpeet on aina arvioitava saattohoidon näkökulmasta yhdessä asukkaan kanssa. Kuolevan fyysiseen huolenpitoon sisältyvät ravinnon saannin yksilöllinen toteuttaminen, hengitysoireiden helpottaminen, unentarpeen arvioiminen, hygieniasta huolehtimien sekä asento- ja liikehoidon toteuttaminen. Fyysisten oireiden taustalla ja syynä saattavat fyysisten muutosten lisäksi olla myös henkiset asiat, kuten ahdistus, masennus ja pelot. (Mikkonen 2007, 67.)

Elämän loppuvaiheen hoidossa tulee paneutua fyysisten oireiden lisäksi myös asukkaan psykologisiin, sosiaalisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin asioihin ja ongelmakohtiin. Oireiden diagnostiikan laiminlyönti saattaa johtaa asukkaan vaivojen alihoitoon tai liian voimaperäisten ja väärin ajoitettujen hoitojen käyttöön. (Korhonen & Poukka 2013, 359.)

Elämän loppuvaiheen **psykkinen** huolenpito on kuolevan yksilöllisyyden arvostamista, toiveiden huomioimista sekä läheisyyden ja turvallisuuden tarpeiden tukemista. Henkinen ja fyysinen huolenpito kietoutuvat toisiinsa: psykkinen huolenpito vaikuttaa henkisen voinnin ohella myös kuolevan fyysiseen oloon. Saattohoidettavan henkinen ahdistus ja masennus voivat ilmetä myös esimerkiksi fyysisinä kipuina ja unettomuutena. Lääkehoidon lisäksi keskustelulla ja läsnäololla voidaan helpottaa henkistä ahdistusta ja sitä kautta myös fyysisiä oireita. (Ridanpää 2006, 46.)

Hoitohenkilökunnan sekä asukkaan omaisten tulisi kaikin mahdollisin tavoin pyrkiä tukemaan kuolevan psykkinen hyvinvointia. Epävarmassa ja ehkä hieman epävakaasakin elämäntilanteessa keskeisiä asioita ovat turvallisuus sekä tarve suojautua pelolta ja ahdistukselta. Asukkaan turvallisuudentunnetta voidaan lisätä monella tavalla.

Usein pelkkä tieto avun saatavilla olemisesta lisää turvallisuudentunnetta, samoin riit-

tävä ja totuudenmukainen tietoisuus omasta terveydentilasta. (Hänninen & Pajunen 2006, 57 - 58.)

Kuolevan kohtaamisen luonnollisuus ja inhimillisyys merkitsee kuolevan arvostamista yksilönä. Hoitaja on kuolevan ihmisen tukija, ymmärtäjä, lohduttaja ja yksilöllisen hoidon toteuttaja. Hoitohenkilöstön tulee välittää teoillaan, olemuksellaan ja sanoiltaan kuolevalle, että häntä kunnioitetaan ja arvostetaan juuri sellaisena kuin hän on. Kuolevalla on oikeus tuntea ja osoittaa myönteisten tunteiden lisäksi myös kielteisiä tunteita, kuten kiukkua ja mielihahaa. (Ridanpää 2006, 46.)

Ihmisen yksilölliset arvot kulkevat hänen mukanaan ja jokaisella on oikeus ilmaista omia näkemyksiään. Ihmisillä on erilaisia käsityksiä esimerkiksi elämän tarkoituksesta ja kuolemasta; ei ole olemassa oikeaa tai väärää käsitystä. Hoitotyössä tulee kunnioittaa ja arvostaa kuolevan arvomaailmaa sellaisena kuin hän sen näkee. (Ridanpää 2006, 50.)

Saattohoitotyössä korostuu hoidon perhekeskeisyys. Läheiset ovat usein asukkaan parhaita tukijoita, joten heitä tulee tukea ja kannustaa osallistumaan kuolevan hoitoon. Asukkaan voinnin hiipuessa keskitytään yhä enemmän tukemaan omaisten jaksamista. (Ridanpää 2006, 36.)

Tuoreessa yhdysvaltalaisessa lääketieteen artikkelissa tutkittiin omaisten ja hoidettavien kokemuksia palliatiivisesta hoidosta yli 20 vuoden ajalta. Hoitoa oli arvioitu 5 eri teeman mukaan. Teemat olivat: oireiden hallinta, henkilökunnan kommunikointi, päätöksenteko potilaan hoidosta, sairaalan tilat ja suhde hoitohenkilöstöön. Tuloksena ilmeni, että potilaat ja omaiset olivat kokeneet palliatiivisen hoidon yksipuolisena. Hoito ei ollut siis kokonaisvaltaista, vaan hoitohenkilöstö keskittyi usein vain johonkin hoidon osa-alueeseen. Omaisten kokemus oli, että jos hoitotyöntekijät keskittyivät huomioimaan heidät, niin kuolevan hoito heikkeni. Päätelmänä tutkimuksen lopussa päädyttiin siihen, että kuolevan hoitoa tarvitsee tutkia lisää. (Robinson, Gott & Ingleton 2015.)

Yleensä ajatellaan, ettei kenenkään pitäisi kuolla yksin. Saattohoitovaiheessa on tärkeää, että omaiset ja läheiset olisivat mahdollisimman paljon läsnä kuolevan luona. Hoitosuhteen sekä hoitajan ja kuolevan että hoitajan ja omaisen välillä tulisi perustua luottamukseen, joka ilmenee aitona välittämisenä, rehellisyytenä ja avoimuutena.

Omaisien kuuntelu, sanaton viestintä ja kosketus ovat tärkeitä keinoja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. Kosketus saattaa olla ainoa tapa kommunikoida kuolevan kanssa. (Lukmaa & Toikka 2010, 17.)

**Hengellisten** tarpeiden toteuttaminen vaatii asukkaan uskonnon ja vakaumuksen mukaista sielunhoitoa. Saattohoidossa tämä toteutetaan usein hiljaisena läsnäolona. Sielunhoidollisesti olisi tärkeää, että viimeisinä elinpäivinä olisi aina joku läsnä, sillä toisen ihmisen läsnäolo lievittää pelkoa. (Lukmaa & Toikka 2010, 8.) Asukasta voidaan tukea hengellisesti esimerkiksi keskustelemalla hänen kanssaan uskontoon, elämän tarkoitukseen ja henkilökohtaisiin arvoihin liittyvistä asioista. (Ridanpää 2006, 36.)

## 8.2 Sisäiset oireet

Hengenahdistus on yleinen ja vaikeasti hoidettava oire saattohoidossa. Sillä tarkoitetaan tunnetta riittämättömästä tai vaikeutuneesta hapen saamisesta. Viimeisten elinviikkojen aikana hengenahdistuksesta kärsii noin 45 – 75 % kaikista saattohoidossa olevista. Tavallisimpia syitä kuolevan hengenahdistukselle ovat sydämen toiminnan heikkeneminen, tulehdukset, keuhkojen liiallinen nestekuorma, aiemmin todettu hengitysteiden tai -elinten sairaus (astma, COPD) tai pelko. Hengenahdistus on pelottava asia sekä asukkaalle itselle että omaisille. Hengenahdistus ei välttämättä näytä ulkopuolisen silmin niin vaikealta kuin asukas itse sen kokee olevan. Hoidon tulisi perustua asukkaan omaan subjektiiviseen kokemukseen hoidon tarpeesta, mikäli hän pystyy sen ilmaisemaan. (Hänninen 2003, 132.)

Hengenahdistusta voidaan hoitaa monin eri menetelmin. Tavallisimpia keinoja ovat hoitotoimien rauhallisuus, lääkehoito, asentohoito, raikas ja kostea huoneilma, väljä vaatetus, lisähapen antaminen sekä rentoutus ja hengitystekniikoiden harjoittelu. Hengenahdistuksen lääkehoidossa opioidit ovat tärkein lääkeryhmä. Ne vähentävät herkkyyttä hiilidioksidille ja toimivat sentraalisesti sedatoivina aineina sekä vähentävät kipua, ahdistusta ja jossain määrin myös hengitysteiden limaneritystä. Hyviä lääkkeitä hengenahdistuksen vähentämiseksi ovat myös inhaloitavat astmalääkkeet sekä anksiolyytit. (Hänninen 2011, 34 – 35.)

Lisähapen antaminen saattohoidossa olevalle asukkaalle on kyseenalaista, sillä hapen antamisen hyödyistä henkilölle, joka ei kärsi hapenpuutteesta, ei ole selkeää näyttöä. Saattohoidon tavoitteena on kuitenkin asukkaan hyvinvoinnin lisääminen, joten hapen

antaminen on suotavaa, mikäli asukas kokee sen helpottavan oloa. On suositeltavaa, että lisähapetta annetaan saattohoidossa olevalle mieluummin happiviiksillä kuin – maskilla, sillä maskin käyttö saattaa lisätä tukehtumisen tunnetta. Maskilla annettu happi myös kuivattaa limakalvoja ja on esteenä asukkaan kommunikoimiselle. Rastitushengenahdistuksen lievittämiseksi sopiva lisähapen määrä on 1- 3 litraa minuutissa. (Hänninen 2003, 140.)

Suolentoiminnan ongelmat ovat tavallisia kuolevalla ihmisellä. Vahvat kipulääkkeet, niukka ravinnonsaanti, kuivuminen sekä liikunnan vähäisyys hidastavat suolen toimintaa ja näin ollen aiheuttavat ummetusta. Ummetus on kivulias tila, joka hankaloittaa päivittäistä elämää. (Hänninen 2011, 36.)

Saattohoidossa olevan kohdalla ummetusta hoidetaan tavallisesti ulostetta pehmentävällä ja suolen toimintaa vilkastuttavalla laksatiiveilla. Tarvittaessa suolen voi myös toimittaa peräruiskeella pitkäaikaisen ulosteen kertymisen ehkäisemiseksi. Joskus ummetukseen liittyy ohivuotoripulia, jolloin kiinteän ulostemassan ohi valuu nesteistä ulostetta. Tällöin helposti erehdytään hoitamaan ummetusta ripulina. (Hänninen 2011, 36.)

Pahoinvointi on yleinen oire kuolevalla asukkaalla. Saattohoidossa olevan pahoinvointi johtuu tavallisesti lääkkeitä, aineenvaihdunnallisista syistä, tulehduksista, ummetuksesta tai suolitukoksesta. Useimmiten pahoinvoinnin takana on enemmän kuin yksi tekijä. Pääperiaatteet pahoinvoinnin hoidossa ovat pahoinvoinnin syyn selvittäminen ja pahoinvoinnin lopettaminen hoitamalla sitä aiheuttavaa tekijää. (Hänninen 2011, 32.)

### 8.3 Lääkehoito ja kivunhoito

Kuolevan oireiden hallinta on saattohoidossa **lääkehoidon** lähtökohta. Tavoitteena on parantaa asukkaan hyvinvointia mahdollisimman vähäisellä lääkityksellä, mahdollisimman yksinkertaisesti ja sivuvaikutuksia minimoiden. Saattohoidossa olevan asukkaan tyypillinen oireenmukainen lääkitys koostuu seuraavista lääkkeistä: tulehduskipulääke tai parasetamoli peruskipulääkkeenä, opioidi vahvana kipulääkkeenä, laksatiivi, diureetti sekä nukahtamislääke tai pieniannoksinen anksiolyytti. (Hänninen 2003, 44 – 47.)

Saattohoidossa monien lääkkeiden samanaikainen käyttö, polyfarmasia, on lähestulkoon välttämätöntä. Asukkaalla on monia eri lääkehoitoa vaativia oireita ja joidenkin käytössä olevien lääkkeiden sivuvaikutuksia hoidetaan toisilla lääkkeillä. Suuri osa ikääntyneistä saattohoidossa olevista asukkaista sairastaa useita eri sairauksia kuolemaan johtavan sairauden rinnalla. (Hänninen 2003, 46.)

Asukkaan lääkkeiden tarvetta on hyvä arvioida päivittäin. Voimien heiketessä ja nielemisen vaikeutuessa voidaan suun kautta otettavat lääkkeet lopettaa kokonaan hoitavan lääkärin luvalla. Näitä ovat esimerkiksi verenpaine-, sydän- ja osteoporoosilääkkeet, vitamiinit ja hivenaineet, diabetes- ja vatsansuojalääkkeet sekä masennuslääkkeet. Kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet pyritään antamaan loppuun asti siinä muodossa joka asukkaan voimien kannalta on mahdollinen. Uusia lääkkeitä määrätään tarpeen mukaan asukkaan voimien muuttuessa esimerkiksi kipuun, levottomuuteen, limaisuuteen, hengenahdistukseen tai pahoinvointiin. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Kroonisten pitkäaikaissairauksien rinnalle voi myös kehittyä lyhytaikaisia infektiosairauksia, kuten virtsatieinfektio tai keuhkokuume. Lyhytaikaisten infektioiden hoidossa tavoitteena on tässä vaiheessa vähentää fyysistä epämukavuutta ja parantaa asukkaan hyvinvointia. Kuitenkin antibioottilääkehoidolla voi olla elinaikaa pidentävä vaikutus, joka pitkittää kärsimystä muiden sairauksien suhteen. Saattohoidon aikana tavallisesti pidättydytään antibiootihoidoista ja keskitytään tässäkin tapauksessa oireita lievittävään hoitomuotoon. (Arcand 2015.)

Lääkkeen annostelun peruseriaatteena saattohoidossa tulisi olla lääkkeen antaminen yksinkertaisinta, tehokkainta ja vähiten asukasta häiritsevää antoreittiä käyttäen. Vaikka lääkkeen annostelu suun kautta on pääasiallinen antotapa, myös muut annostelutavat ovat yleistyneet. Siihen vaikuttavat muun muassa niihin liittyvä annostelun helppous, sivuvaikutusten mahdollinen väheneminen sekä nopea vaikutuksen alkaminen. Suositeltavinta on annostella lääke suun kautta sillä se on asukkaan kannalta helpointa ja mahdollista toteuttaa myös kotihoidossa. Lääkeaineesta riippuen lääkkeen voi antaa suun kautta monessa muodossa: tablettina, kapselina, liuoksena tai jauheena. Mikäli lääkeainetta on saatavana ainoastaan tablettimuodossa, voi sen antaa kokonaisuudessaan, murskattuna tai veteen liuotettuna. (Hänninen 2003, 49.)

Lääkkeen antaminen suun kautta ei erityisesti saattohoidossa olevan asukkaan kohdalla ole aina mahdollista. Vaihtoehtoisia antoreittejä on useita. Mikäli lääkkeen nauttaminen suun kautta ei onnistu, seuraava suositeltava antoreitti on rektaalinen eli peräsuolen kautta vaikuttava. Rektaalista antoreittiä suositellaan myös silloin, kun asukas kärsii pahoinvoinnista tai oksentelusta eikä näin ollen suun kautta ole mahdollista lääkettä ottaa. Kaikista lääkeaineista ei ole olemassa rektaaliseen käyttöön tarkoitettua valmistetta, kuten esimerkiksi voimakkaista kipulääkkeistä. Tavallisimpia rektaalisesti annosteltavia lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet, anksiolyytit sekä pahoinvointilääkkeet. (Hänninen 2003, 50.)

Joitakin lääkkeitä on olemassa myös laastarimuodossa. Lääkelaastari vapauttaa vaikuttavaa lääkeainetta kalvon läpi hitaasti, jolloin aine pääsee imeytymään ihon läpi verenkiertoon. Laastarit kiinnitetään puhtaalle, kuivalle ja karvattomalle iholle. Lääkelaastari saattaa ärsyttää ihoa, joten se tulee kiinnittää joka kerta eri paikkaan. Laastaria ei saa kiinnittää luun, ruston tai jänteen kohdalle. Hyviä paikkoja ovat esimerkiksi solisluun alapuoli sekä lapaluun edusta. Lääkelaastarien vaikutusajat vaihtelevat 12 tunnista 72 tuntiin. (Haanpää, Kalso & Vainio 2009, 216.)

Saattohoidossa erityisesti kivunhoidon kannalta keskeinen lääkkeenantotapa on ihonalainen tai lihaksensisäinen injektio. Ihonalainen injektio annetaan olkavarren, reiden, pakarän tai vatsanalueen ihon alle. Ihonalaisessa kudoksessa on vain vähän verisuonia, joten lääkkeen vaikutus alkaa hitaasti ja kestää pitkään. Lihaksensisäinen injektio annetaan tavallisesti olkavarren hartialihakseen, reisilihaksen ulko-osaan tai pakaralihaksen yläulkoneljännekseen. Lihaksensisäisessä injektiossa lääkeaine vaikuttaa nopeammin kuin ihonalaisessa injektiossa. (Hänninen 2003, 53.)

**Kivun hallinta** on saattohoidossa keskeistä, ja tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Kivun ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja hallinta ovat olennaisia kuolevan asukkaan kivunhoidossa. Kuolevan kokeman kivun taustalla voi olla sairauden aiheuttamat muutokset asukkaan kehossa, henkinen ahdistus, pelot ja kuolevan kokema hengellinen ahdistus. Kuolevan ihmisen mielipidettä ja henkilökohtaista kivun tuntemusta on kuunneltava, kun kivunhoitoa suunnitellaan ja toteutetaan. (Ridanpää 2006, 51.)

Kivun ennaltaehkäisykeinoja ovat asukkaan hyvä asento- ja liikehoito, huolellinen ihonhoito, lääkehoito ja henkisen hyvän olon turvaaminen. Kuolevan kokemaa ahdistusta ja pelkoja voidaan lieventää keskustelemalla hänen kanssaan. Läsnaololla ja

kuuntelulla voidaan helpottaa kuolevan kokemaa yksinäisyyttä ja sen aiheuttamaa paha oloa. Kuolevan kokeman hengellisen ahdistuksen helpottamiseksi tulee järjestää asukkaan toiveiden mukaista kuuntelu- ja keskusteluapua. Kuolevan kipujen lääkehoidon toteutuksessa korostetaan kipulääkityksen säännöllisyyttä, riittävyttä ja ennaltaehkäisevää käyttöä. Saattohoidettavan kivunhoito toteutetaan yksilöllisen kivunhoitosuunnitelman mukaan, joka tehdään yhteistyössä asukkaan, omahoitajan ja lääkärin välillä. (Ridanpää 2006, 52.)

Kuoleva osaa yleensä itse parhaiten kertoa kokemastaan kivusta, mutta on myös tilanteita, joissa asukas ei itse pysty tai osaa kertoa. Kuolevan tilan heiketessä hoitohenkilöstö arvioi kuolevan kipuja hänen puolestaan. Asukkaan kokema kipu voi ilmetä sekä fyysisinä että henkisinä oireina, kuten sydämen, verenkierron ja ihon lämmön muutoksina sekä henkisenä levottomuutena, ärtymyksenä ja ahdistuksena. (Ridanpää 2006, 52.)

Riittävä **kipulääkitys** on ensiarvoisen tärkeä asia saattohoidossa. Jokainen ihminen tuntee ja kokee kipua eri tavalla. Kipu ei aina näy päällepäin eikä asukas välttämättä osaa kipua ilmaista. On tutkittu, että saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito on huomattavasti tehokkaampaa kuin samassa tilanteessa olevan muistisairaana, sillä muistisairas ei osaa kuvailla eikä ilmaista kipua riittävän selkeästi. Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan asukkaan kohdalla verbaalinen itseilmaisuus on rajoittunutta ja esimerkiksi kipumittarin käyttö olisi haastavaa, jopa mahdotonta. Vastuu muistisairaana kipulääkityksen tarpeen määrittämisestä jää usein hoitohenkilökunnalle, jotka arvioivat kipua esimerkiksi asukkaan ilmeitä, eleitä ja ääntelyä havainnoimalla. On hyvä kuitenkin muistaa, että kaikki saattohoidossa kuolevat eivät ole kivuliaita. (Haanpää ym. 2009, 181.)

Kivun lääkkeellinen hoito aloitetaan tavallisesti WHO:n laatiman kivunhoitomallin (ks. kuva 2) mukaisesti tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla. Tulehduskipulääkkeen rinnalle voidaan määrätä tarvittaessa heikko opioidi (esimerkiksi tramadoli tai kodeiini), joka myöhemmin kivun ja hengitysoireiden lisääntyessä vaihdetaan vahvaksi opioidiksi (esimerkiksi morfiini tai oksikodoni). (Hänninen 2003, 88 – 89.)

Kuva 2. WHO:n kivunhoitomalli

<p>1. TULEHDUSKIPULÄÄKE</p> <p>ESIM. PARASETAMOLI</p>	<p>2. HEIKKO OPIOIDI + TULEHDUSKIPULÄÄKE</p> <p>ESIM. TRAMADOLI KODEIINI</p>	<p>3. VAHVA OPIOIDI + (TULEHDUS- KIPULÄÄKE)</p> <p>ESIM. MORFIINI OKSIKODONI FENTANYyli METADONI</p>
<p>LIEVÄT KIVUT, LUUSTOKIVUT</p>	<p>KESKIVAIKEAT KIVUT</p>	<p>VAIKEAT JA KESKIVAIKEAT KIVUT, HENGENAHDISTUS</p>

#### 8.4 Ravitsemus

Kuolevan asukkaan ravinnon ja nesteen tarpeen arvioinnissa korostetaan yksilöllisyyttä. Ravitsemuksen suunnittelussa on huomioitava useita tekijöitä, kuten ruuan laatu, määrä, antamismuoto, ruokailun ajankohta sekä asukkaan kunto ja mielihalut. Ravinnon ja nesteen tarve muuttuvat kuolevan kehon heiketessä. Hoitohenkilöstön on osattava tunnistaa kehossa ja mielessä tapahtuvia muutoksia, jotka voivat vaikuttaa kuolevan kykyyn ja mieltymyksiin ottaa ravintoa vastaan. Saattohoitotyö kulkee näiden muuttuvien tilanteiden mukana. Kuolevan asukkaan hoidossa voi olla tilanteita, jolloin hän itse ei osaa tai pysty hahmottamaan ja arvioimaan omaa ravinnon tarvettaan. (Ridanpää 2006, 48.)

Ravinnon ja nesteen saannin muutoksiin sekä kuolevan elimistön heikkenemiseen saattaa liittyä erilaisia oireita, joita tulee tilanteen mukaan helpottaa. Oireita ovat pahoinvointi, oksentaminen, ruokahaluttomuus, ummetus, ripuli ja laihtuminen. Oireet ovat yksilöllisiä ja siten niiden hoitaminen vaatii aina tilanteen mukaisen arvioinnin. Osa oireista on usein väistämättömiä (esimerkiksi laihtuminen), jolloin keskitytään oireiden mahdollisimman hyvään hallintaan ja yksilölliseen hoitoon. Oireita helpottavia menetelmiä on esimerkiksi lääkehoito, liikehoito, mahdollisimman normaalit ja säännölliset wc-käynnit, ruokailutilanteen järjestäminen miellyttäväksi, ruoka-aikojen



joustavuus, raikas ilma, hyvä asento ruokaillessa sekä mieliruokien tarjoaminen asukkaalle. (Ridanpää 2006, 49.)

Janon tunne ja suun kuivuminen ovat tavallisia oireita saattohoidossa olevalla. Muistisairas ei välttämättä itse muista tai ei enää pysty omatoimisesti nauttimaan nesteitä, joten hoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia säännöllisesti asukkaan juottamisesta ja suun kostuttamisesta. (Hänninen 2011, 14.)

Elimistön kuivumiseen liittyy saattohoidettavan kannalta sekä hyviä että huonoja puolia. Kun kyse on pitkälle edenneestä sairaudesta, kuivuminen vähentää eritystoimintaa ja näinollen asukas tarvitsee vähemmän hoitotoimenpiteitä ja liikuttelua. Kuivuminen vähentää myös limaneritystä ja näin ollen helpottaa hengitystä. Toisaalta kuivuminen voi aiheuttaa asukkaassa sekavuutta johtuen elimistön epätasapainosta (kalsium, kalium, ym.). (Hänninen 2011, 15.)

Suonensisäiseen nesteytykseen turvaudutaan saattohoidossa harvoin. Ylimääräisen nesteen antaminen rasittaa asukkaan elimistöä omalla tavallaan ja saattaa lisätä oireita sekä pitkittää elämää turhaan. On suositeltavaa, että asukas nauttii nesteet suun kautta itselle sopivina määrinä niin kauan kuin pystyy ja tämän jälkeen keskitytään nesteytyksen sijaan suun kostuttamiseen pienillä nestemäärillä. Saattohoidossa suun kuivuminen on nestehukkaa suurempi ja epämiellyttävämpi ongelma. (Hänninen 2011, 15 – 16.)

## 8.5 Apuvälineiden järjestäminen

Hyvän saattohoidon kannalta oikeanlaiset apuvälineet ovat tärkeitä. Hoidon kannalta tarpeellisia apuvälineitä on mahdollista lainata apuvälinelainaamosta veloituksetta. Apuvälineet lainataan aina yhden asukkaan henkilökohtaiseen käyttöön ja ne tulee palauttaa apuvälinelainaanamoon kun niitä ei enää tarvita. (Hietanen ym. 2004, 157.)

Vuodehoidossa olevalla asukkaalla tulee olla käytössä sähkökäyttöinen vuode, joka helpottaa asentohoitoa ja mahdollistaa esimerkiksi vuoteessa ruokailemisen pääty kohotettuna. Vuoteeseen on mahdollista tilata pienen painevaikutuksen omaava patja, joka säännöllisesti muuttaa kehon painopistettä ja näin ollen ehkäisee painehaavojen syntymistä. Vuoteeseen voi myös hankkia nosto- ja liukulakanoita helpottamaan asukkaan ergonomista liikuttamista. (Hietanen ym. 2004, 158.)

Mikäli asukas jaksaa ja haluaa edelleen istua, on hänelle hyvä hankkia geriatrinen tuoli, jonka saa tarvittaessa lepoasentoon. Siirtoja helpottamaan on mahdollista hankkia nostolaite. Oikeanlaista nostolaitetta valitessa tulee huomioida asukkaan sen hetkinen fyysinen toimintakyky, eli millaiset voimat asukkaan käsissä ja jaloissa on jäljellä. Liikuntarajoitteista asukasta ei tule siirtää ilman apuvälineitä, sillä se saattaa aiheuttaa asukkaalle turhaa kipua ja toisaalta kuormittaa hoitohenkilökuntaa. (Hietanen ym. 2004, 158.)

Pesutilanteeseen sopivia apuvälineitä ovat suihkupaarit tai suihkutuoli. Suihkupaarin käyttö on suositeltavaa huonokuntoisella asukkaalla, mutta tämä ei ole kaikissa yksiköissä mahdollista, sillä suihkupaari vaatii suuret ja esteettömät pesutilat. Tällöin huonokuntoisella asukkaalla olisi hyvä olla käytössä kallistustoiminnolla varustettu suihkutuoli, jonka voi asettaa lepoasentoon. (Hietanen ym. 2004, 158.)

Oireita lievittävä hoito tulee huomioida myös apuvälineiden hankinnassa. Mikäli asukas kärsii hengenahdistuksesta tai limaisuudesta, on apuvälinelainaamosta mahdollista saada käyttöön myös happirikastin sekä imulaite. (Hietanen ym. 2004, 159.)

## 8.6 Päivittäiset toiminnot

Saattohoidossa oleva muistisairas tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Hyvä perushoito on olennainen osa asukkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemista. Perushoitoon sisältyvät mm. puhtaudesta huolehtiminen, ruokailussa avustaminen, kudoseheys sekä erityistoiminnasta huolehtiminen. (Hänninen 2011, 42.)

Hyvä **puhtaus** ja hygieniataso kuuluvat jokaisen laitoshoidossa asuvan perusoikeuksiin. Kun muistisairaus on edennyt pitkälle, saattohoitovaiheeseen, ei asukas enää kykene itse huolehtimaan päivittäisestä hygieniahoidostaan, tällöin vastuu siirtyy hoitohenkilökunnalle. (Erkinjuntti ym. 2015, 167.)

Hyvä **suunhoito** on tärkeä, mutta vähälle huomiolle jäänyt osa ihmisen hyvinvointia. Suun terveyttä ylläpitävät perusasiat ovat hyvä suuhygienia, terveelliset ruokailutottumukset, fluorin käyttö, säännölliset tarkastukset sekä varhainen hoitoon hakeutuminen. (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2015, 8.) Ikääntyessä ihmisen suussa tapahtuu monia muutoksia: suun limakalvot ohenevat, hampaita leukaluihin kiinnittävät säikeet jäykistyvät ja hampaiden purennan voimakkuus heikkenee. Hampaiden

määrä saattaa vähentyä, tai ne korvataan kokonaan hammasproteeseilla. (Heikka ym. 2015, 149.)

Monet lääkeaineet voivat aiheuttaa haittoja suun terveydessä. Lääkevalmisteissa käytetään usein sokereita, jotka aiheuttavat hampaiden reikiintymistä. Lääkeaineet voivat myös aiheuttaa limakalvojen haavaumia, tulehduksia sekä verenvuotoa. Limakalvo-muutokset johtavat usein syljenerityksen vähenemiseen ja näin ollen suun kuivumiseen. (Heikka ym. 2015, 311.)

Erityisesti huonokuntoisilla ikääntyneillä puutteellinen suuhygienia on uhka muille terveyden osa-alueille ja sillä on todistettu olevan yhteys eliniän lyhenemiseen. Huonokuntoisessa suussa voi esiintyä monenlaisia kipuja esimerkiksi syödessä tai hampaita yhteen purtaessa. Huonosti hoidettu suu lisää myös tulehdusten ja esimerkiksi keuhkokuumeen riskiä. (Määttä & Valtonen 2014, 12.)

Hoitajan tehtävä on antaa saattohoidettavalle asukkaalle apua päivittäisessä suunhoidossa. Suu on intiimi alue, joten sen hoidossa tulee olla hellävarainen. Poskien tai suun ympäristön silittäminen voi saada vastahakoisen asukkaan avaamaan suunsa sen puhdistamista varten. (Määttä & Valtonen 2014, 21.)

Mikäli asukkaalla on edelleen omat hampaat suussa, on suun puhdistus haasteellisempaa ikenien vetäytymisen ja epätasaisen hampaiston vuoksi. Ennen suun puhdistusta on tärkeää kertoa asukkaalle, että mitä tehdään ja minkä takia. Aluksi suurimmat ruuantähteet sekä pehmeät peitteet voidaan pyyhkiä limakalvoilta esimerkiksi sideharsoa käyttäen. Hampaat tulisi harjata hammasharjalla ainakin kerran vuorokaudessa kiinnittäen erityishuomiota ienrajoihin. Hammasharjan on hyvä olla mahdollisimman pieni ja harjasten pehmeät. Suun aukipitämisen helpottamiseksi voi asettaa pehmeän hammasharjan varren takahampaiden väliin, tällöin kielenpuoleisten hammaspintojen puhdistaminen on helpompaa. Hammasvälit tulisi puhdistaa vähintään kaksi kertaa viikossa hammaslangan tai -tikun avulla. Suositeltavia suunhoidon välineitä ovat myös kielenpuhdistajat sekä kuivalle suulle tarkoitettut geelit ja suihkeet. (Määttä & Valtonen 2014, 23.)

Hammasproteesien hoidossa tärkeää on proteesin asianmukainen puhdistus. Proteesi puhdistetaan päivittäin proteesiharjaa tai tavallista hammasharjaa käyttäen. Puhdistusaineena käytetään asianpesuainetta tai nestemäistä saippuaa sekoitettuna veteen. Ta-

vallisella hammastahnalla ei tulisi puhdistaa proteesia, sillä se voi vahingoittaa proteesin pintaa. Hammasproteesi on hyvä huuhdella vedellä jokaisen aterian jälkeen, jotta proteesin alle ei jää ruuantähteitä. Proteesien pesun yhteydessä on tärkeää huomioida myös asukkaan suu. Limakalvojen terveys ja puhtaus tulisi tarkistaa päivittäin. Proteesit tulee ottaa säännöllisesti hetkeksi pois suusta, jotta sylki pääsee huuhtelemaan proteesin alla olevia limakalvoja. Proteesin ollessa poissa suusta säilötään ne kuivaan säilytysrasiaan. (Määttä & Valtonen 2014, 24.)

Saattohoidossa oleva viettää yleensä viimeiset aikansa vuodehoidossa, joten **painehaavojen** riskin lisääntyy. Syynä painehaavoihin on kudosten riittämätön hapensaanti. Painehaava syntyy tavallisesti ristiselän alueelle, lonkkiin, kantapäihin, kyyrnpäihin, korvalehtiin tai olkavarsiin. Painehaavojen ennaltaehkäisy on erittäin tärkeää. Asentohoidosta tulee huolehtia tehostetusti ja riskialueiden ihoa tarkkailla päivittäin. Asukkaan asentoa tulisi vaihtaa vähintään kahden tunnin välein ja hänelle olisi hyvä hankkia pienen painevaikutuksen omaava patja, joka on kehitetty erityisesti sellaisen henkilön käyttöön, jolla on korkea riski saada painehaava. (Peltonen & Jussinkorpi 2012, 10.)

**Ihon puhtaudesta huolehtiminen** on tärkeää, sillä mikäli iholla on pitkään virtsaa, ulostetta tai hikeä, ne aiheuttavat kemiallisen vaikutuksen ihoon ja samalla moninkertaistavat painehaavojen riskin. Ihon puhdistukseen sopii mieto puhdistusaine ja hyvä rasvaus puhdistuksen jälkeen. (Peltonen & Jussinkorpi 2012, 10.)

## 8.7 Viriketoiminta

Saattohoidettavan toiveita on kunnioitettava, ja hänellä on oikeus ilmaista yksilöllisiä toiveita. Hoitohenkilökunnan tulee vastata näihin yksilöllisiin tarpeisiin siten, että kuolevan toiveet huomioidaan niin hyvin kuin se kulloinkin on mahdollista. Kuolevan asukkaan toiveiden huomiointi hoidossa osoittaa kuolevan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Asukkaan toiveet ovat usein hyvin arkisia ja inhimillisiä, kuten mielimusiikin ja läheisten äänien kuunteleminen sekä omien tapojen ja tottumusten säilyttäminen. (Ridanpää 2006, 50.)

## 8.8 Omaisen kohtaaminen ja tukeminen

Asukkaan omaisia voivat olla perhe, sukulaiset, ystävät, naapurit tai muut henkilöt, jotka hän kokee lähimmäisikseen. Omaisten tärkeimpänä tehtävänä on tuoda asukkaalle turvallisuuden ja läheisyyden sekä merkityksellisyyden tunnetta kuoleman lähestyessä. Halutessaan he voivat kykyjensä mukaan osallistua hoitamiseen tai vaihtoehtoisesti keskittyä vain olemaan läsnä. Omaiset tuovat normaalin arjen sekä läheisyyden asukkaan vierelle. (Hänninen 2011, 47.)

Läheiset tarvitsevat rehellistä ja ajantasaista tietoa kuolevan läheisensä sairaudesta, sen ennusteesta ja hoidosta sekä kuolemasta (Ridanpää 2006, 46). Omaisilla on suuri rooli päätöksenteossa silloin, kun asukas itse ei enää ole siihen kykenevä. Omaisille tulee antaa riittävästi tietoa sairauden laadusta ja eri hoitovaihtoehdoista. Heille on myös hyvä selittää, miksi kajoavien, elämää pitkittävien hoitojen sijaan oireita lievittävä hoito on sillä hetkellä parempi vaihtoehto. Saattohoidon aloitus ja kajoavista hoidoista luopuminen voivat olla omaisille raskasta kuultavaa. Tällöin olisi hyvä, jos omaisten kanssa asiasta keskustelemassa olisi tuttu lääkäri tai hoitaja, johon on syntynyt luottamussuhde. (Arcand 2015.)

Saattohoitovaiheessa omaisten selviytymisen tukeminen on osa hoitotyötä. Selviytymisen tukemisen yhtenä tärkeänä osana on emotionaalinen tuki, johon liittyy esimerkiksi välittämisen osoittaminen, tunteiden hyväksyminen, kuunteleminen, keskusteleminen, toivon ylläpitäminen sekä kannustaminen. Emotionaalisen tuen antamisen lähtökohtana on avoin hoitosuhde hoitajan ja omaisen välillä. Kuolevan ja hänen läheisensä hoidossa tulee huomioida erilaisten hoitoympäristöjen erityispiirteet, jotta kuolevan hoito, läheisten osallistuminen hoitoon ja vainajan hyvästely vastaisivat kuolevan hoitotyön vaatimuksia. (Peltonen & Jussinkorpi 2012, 14.)

Suru on seurausta tärkeän ihmisen menettämisestä. Surun herättämiin ajatuksiin tai tunteisiin ei voi valmistautua etukäteen ja tunteiden näyttäminen saattaa joillekin olla pelottava asia. Omaisen voi kokea, että liiallisten tunteiden näyttäminen hoitohenkilökunnalle saattaa johtaa epäsuosioon joutumiseen. Hoitohenkilökunnan tulee tukea ja rohkaista omaista reagoimaan tunteidensa mukaisesti. Tuki voi olla myös vertaistukea, ystävien, sukulaisten tai eri ammattiauttajien tukea. Hoitohenkilöstö voi tarjota sureville läheisille myös esimerkiksi surua ja surusta selviytymistä käsitteleviä opaslehtiä ja kirjallisuutta. Lisäksi omaisen surua tulee kunnioittaa ja heille voi kertoa, ettei ole

oikeaa tapaa surra, vaan jokainen kokee sen eri tavalla ja eri aikaan. (Peltonen & Jusinkorpi 2012, 14.)

## 8.9 Hoitohenkilökunnan oma jaksaminen

Saattohoitotyö on vaativa ja raskas hoitotyön alue. Asukkaan kuolema koskettaa hoitajia usein syvästi ja siihen liittyy monenlaisia tunteita kuten surua, ristiriidan tai helpotuksen tunnetta, ikävää, ahdistusta, pelkoa, turhautumista sekä rajallisuuden ja riittämättömyyden tunteita. Hoitohenkilöstön yhtenä tehtävänä on tukea kuolevaa ja hänen läheisiään koko hoitoprosessin ajan. Hoitotyössä jaksamisen tukena ja kuolevan hoidossa tarvittavien taitojen kehittäminen esimerkiksi koulutusten avulla on merkittävää. (Ridanpää 2006, 45.)

Tiedon lisääminen antaa varmuutta toimia kuolevan hoitajana. Saattohoitoon perehtyneisyys vaatii tiedon rinnalle omien tunteiden tutkimista, ajatuksia oman kuoleman kohtaamisesta ja siitä, miten osaa käyttää omia vahvuuksiaan hoitotyössä. Esimiehen tehtävä on luoda työyhteisössä myönteistä ilmapiiriä kuolemasta puhumiseen. Esimies voi myös järjestää tilaisuuksia, joissa kuolemasta ja sen herättämistä tunteista voidaan keskustella yhdessä. Aina ei tarvita pitkiä istuntoja tai työnohjausta, vaan lyhyt keskustelu vertaisen kanssa voi palvella tätä tarkoitusta. Mikäli saattohoitoon liittyy vaikeita asioita tai tunteita, on asiasta hyvä keskustella perusteellisemmin. (Agge, Anttonen, Grönlund & Lehtomäki 2008, 54 – 55.)

Kuolevan hoitaminen on samalla sekä kuormittava että palkitseva osa hoitotyötä. Ammattitaito, elämäkokemus, sisäinen selkeys ja realismi ovat tärkeitä ominaisuuksia kuormittavuuden säätelyssä. Hoitohenkilökunta on jatkuvasti läsnä ja tekemisissä kuoleman sekä omaisten kokeman surun kanssa ja näin ollen altistuu myös monella tavalla väsymykselle, avuttomuudelle, haavoittuvuudelle ja surulle. On tavallista, että kuolevan asukkaan ja hänen omaistensa tunnetilat muistuttavat hoitajaa hänen omista raskaista kokemuksistaan ja kokemistaan suruista. Omaisten kokema ahdistus purkautuu usein tyytymättömyytenä ja aggressiivisuutena. Tällöin on vaarana, että hoitohenkilökunta alkaa potea huonoa omatuntoa ja ahdistusta, joka purkautuu ylihoitamisenä, jolloin aletaan tehdä turhia ja rasittavia toimenpiteitä asukkaalle, joka ei niistä enää hyödy. (Hietanen ym. 2004, 299.)

Hoitohenkilökunnan on tärkeää seurata omaa jaksamistaan ja uupumuksen merkkejä, joita ovat tavallisesti krooninen väsymys, yliyrittäminen, syyllisyys sekä vaikeuksien peittäminen ja ongelmien muodostuminen vyyhtimäisiksi. Myös fyysiset oireet kuten unettomuus, säryt ja ruokahaluttomuus ovat tavallisia ja pahenevia, mikäli niihin ei reagoi ajoissa. Liikarasittuneisuus ilmenee tavallisesti lisääntyneinä sairauspoissaoloina. Hoitohenkilökunnalle tulee järjestää jaksamisen tueksi säännöllisesti työnohjausta sekä ammattitaitoa lisäävää koulutusta. Työryhmässä on tärkeää tukea toistaan ja keskustella avoimesti vaikeista asioista ja tilanteista. (Hietanen ym. 2004, 299 - 300.)

## 9 TOIMENPITEET KUOLEMAN JÄLKEEN

### 9.1 Kuoleman merkit ja kuoleman toteaminen

Hoitohenkilökunta voi ennakoida asukkaan lähestyvää kuolemaa havainnoimalla tietynlaisia psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia asukkaan tilassa. Kun kuoleman syy on selkeä, kuolemaa on ”odotettu” ja vainaja on henkilökunnalle tuttu, voidaan puhua luonnollisesta kuolemasta. On tärkeää toimia rauhallisesti, suhtautua asukkaan kuolemaan luonnollisesti ja välttää tarpeettomia toimintoja. Poliisia tai ambulanssia ei tarvitse kutsua silloin kun kuolinsyy on selkeästi tiedossa. (Ridanpää 2006, 56.)

Asukkaan kuolleeksi toteaminen on lääkärin tehtävä ja hän kirjaa kuolemaan liittyvät seikat, kuten kuolinajan potilasta koskeviin asiakirjoihin. Kuoleman toteaminen on suoritettava viivytyksettä. (Ridanpää 2006, 56.) Koskenrinteellä asukkaan kuolemasta ilmoitetaan hoitavalle lääkärille virka-aikana. Attendon lääkäripalvelujen lääkäri ei tule paikanpäälle toteamaan vainajaa, vaan hautustoimisto tai ruumishuonekuljetus käyttää vainajan sairaalassa lääkärin nähtävänä, jolloin tehdään virallinen kuoleman toteaminen. Hoitava lääkäri, eli Attendon lääkäripalvelujen lääkäri, kirjoittaa virallisen kuolintodistuksen ja toimittaa sen osastolle, josta henkilökunta toimittaa sen ohjeen mukaan eteenpäin.

Jos asukkaan luona ollaan kuolinhetkellä, voidaan kuolinajaksi kirjata kellonaika, jolloin asukkaan sydämen toiminta ja hengitys lakkaavat. Kuoleman merkkejä ovat sydämen toiminnan pysähtyminen, hengityksen lakkaaminen, lihasten rentoutuminen ja potilaan reagoimattomuus ärsykeille. Monet kuolemaa ennakoivat ja kuolemasta ker-

tovat merkit ovat sellaisia, joita hoitohenkilöstö voi tunnistaa omien aistien avulla ilman, että tilanteessa tarvittaisiin erityisiä teknisiä mittauslaitteita. Näitä merkkejä ovat: sydämensyke muuttuu heikoksi ja epäsäännöllisen nopeaksi, verenkierron heikentessä iho muuttuu kylmänkosteaksi, kalpeaksi tai sinertävän kirjavaksi, jalat, kädet, nenänpää ja korvat kylmenevät. Lisäksi hengitys voi olla korisevaa tai haukkovaa, tajunnantaso voi laskea, lihasten jänteisyys katoaa, tunto- ja kuuloaisti heikkenevät, kasvilihakset rentoutuvat ja kasvojen ilme muuttuu rauhalliseksi. (Ridanpää 2006, 57 - 58.)

## 9.2 Omaisille kertominen

Hoitohenkilöstön tehtäviin kuuluu asukkaan kuolemasta tiedottaminen eri tahoille (Ridanpää 2006, 56). Koskenrinteellä asukkaan menehtyessä ensimmäisenä ilmoitetaan asiasta puhelimitse vainajan lähiomaiselle. Kuoleman lähestyessä on hyvä etukäteen keskustella omaisen kanssa, haluaako hän välittömästi ilmoituksen myös yöaikaan tapahtuneesta kuolemasta vai ilmoitetaanko asiasta vasta aamulla.

Hoitajan on ilmoitettava asukkaan kuolemasta omaisten lisäksi lääkärille ja tarvittaessa myös viranomaisille, sosiaalityöntekijälle ja osaston muille asukkaille. On toivottavaa, että asukkaan kuolemasta ilmoittaa hoitaja, joka on omaisille tuttu. Ilmoittaja on sairaanhoitaja, omahoitaja tai lähihoitaja. (Ridanpää 2006, 56.)

Hoitajan kertoessa asukkaan kuolemasta on oltava hienotunteinen, mutta samalla kertoa selkeästi suruviesti vainajan läheisille. Hoitajan tulee myös arvioida omaisen kykyä ymmärtää suruviesti. Kertomistavan ja hyvän vuorovaikutuksen lisäksi ympäristöllä voi olla merkitystä omaisille, kun läheisen kuolemasta kerrotaan kasvokkain osastolla. Ympäristön tulee olla sellainen, että kuolleen omaisille voidaan kertoa suruviesti ilman häiritseviä tekijöitä. (Ridanpää 2006, 59 - 60.)

Surevien läheisten tuen tarve on yksilöllinen potilaan kuoleman jälkeen. Tuen tarpeen tunnistaminen ja erilaisten tukipalveluiden tarjoaminen läheisille kuuluvat kuolevan hoitotyön kokonaisuuteen. Vainajan hyvästely on osa läheisten surutyötä. (Ridanpää 2006, 66.) Jos vainajalla ei ole omaisia tai heitä ei tavoiteta, on otettava yhteyttä viranomaisiin, jotka selvittävät mahdollisten omaisten olinpaikan. On myös vainajia, joiden omaiset eivät pysty hoitamaan kuolemaan liittyviä järjestelyjä. Tällöin otetaan yhteyttä sosiaalityöntekijään. (Ridanpää 2006, 60.)



Surevan ihmisen kohtaaminen on aina herkkä tilanne, jossa tunteet ovat vahvasti pinnalla. Myös hoitohenkilökunnalla on taustalla omia kokemuksia surusta ja läheisen menetyksestä, jotka saattavat nousta pintaan todistaessa toisen surua. On kuitenkin tärkeää, että hoitaja suhtautuu tilanteeseen ammatillisesti, jättäen omat tunteensa takalalle. Hoitohenkilökuntaa tärkeämpiä tukijoita surevalle ovat läheiset ihmiset. Hoitohenkilökunnan kannattaakin surevan kohdatessaan varmistaa, että hänellä on tukiverkosto, jonka puoleen kääntyä ja kannustaa hakeutumaan läheisten seuraan. (Hänninen ym. 2006, 147.)

Suru on ihmiselle luontainen reaktio silloin, kun elämässä tapahtuu menetys tai lupominen. Se pitää sisällään laajan skaalan erilaisia tunnereaktioita ja fyysisiä kokemuksia, jotka vaihtelevat suuresti eri ihmisten ja tilanteiden välillä. Surun kokemus voi olla akuutti muutaman päivän ajan, ja toisaalta se voi vielä vuosien päästä muistuttaa olemassaolostaan. Suru vaatii perusteellista läpikäymistä. Pahimmillaan käsittelemätön suru voi kaventaa ihmisen elämää, vääristää todellisuutta ja sairastuttaa. Onnistuneesti läpikäyty suru voi puolestaan parhaimmillaan parantaa ihmisen elämänlaatua sekä antaa henkistä syvyyttä, avaruutta ja arvokasta elämäkokemusta. (Hänninen ym. 2006, 144.)

Surun ilmeneminen voi olla hyvinkin piilevää. Kaikille ihmisille ei ole luontaista osoittaa tunteitaan näkyvästi, vaan he saattavat itkeä ja käydä läpi menetystään yksin. Voi myös olla, että heillä on toisaalla hyvät tukiverkostot auttamassa surun käsittelyssä. Se, että ihminen ei käyttäydy tunteellisesti, ei tarkoita että hän ei surisi menetystään tai tarvitsisi tukea. (Hänninen ym. 2006, 145.)

Sosiaalinen tuki, sen määrä ja laatu ovat keskeisiä tekijöitä surun käsittelyssä. Läheiset voivat tukea surevaa löytämään elämäänsä uusia, hänelle sopivia kiinnostuksen aiheita, joiden avulla elämään saadaan uutta sisältöä ja arvoa. Tukijan tehtävänä on auttaa surevaa hyväksymään menetyksen todellisuus ja lopullisuus ja auttaa häntä käsittelemään sekä ilmaistuja että piilotettuja tunteita. Tukijan on tärkeää myös jatkuvasti rohkaista surevaa katsomaan tulevaisuuteen myönteisesti. Yksinkertaisimmillaan surevan auttaminen on kuuntelemista. (Hänninen ym. 2006, 172 - 173.)

### 9.3 Muuta huomioitavaa

Koskenrinteen viimeisin toimintaohje kuolemantapausten varalle on päivitetty kesällä 2015. Kuoleman jälkeen on monia käytännön asioita, jotka hoitohenkilökunta järjestää yhdessä omaisen kanssa. Vuokrasopimus hoivaosaston kanssa puretaan, joten omaisen tulee tyhjentää vainajan huoneesta kaikki henkilökohtaiset tavarat sekä omat huonekalut. Apuvälineet palautetaan apuvälinelainaamoon. Hoitohenkilökunta peruu lääkerekulun sekä ateriatilauksen ynnä muut palvelut, joita asukas on palveluasumisen kautta saanut.

Kuollutta asukasta on tapana kunnioittaa suruliputuksella. Koskenrinteellä on myös tapana, että osaston henkilökunta lähettää omaisille suruvalittelukortin tai adressin. Mikäli omaiset tarvitsevat tukea, on heillä mahdollisuus olla yhteydessä Koskenrinteelle ja saada sieltä keskusteluapua surun keskellä.

### 9.4 Vainajan laitto

Vainajan laitto on hienotunteinen tapahtuma, johon kuuluu vainajan kunnioitus ja tilanteen arvokkuus. Hoitohenkilöstön tulee varmistaa ennen vainajan laittoa, tehdäänkö vainajalle ruumiinavaus. Tästä riippuen hoitohenkilöstö jättää tai poistaa vainajan kehosta mahdolliset vierasesineet. (Ridanpää 2006, 62 - 63.)

Vainajan laitossa hänen vaatteet riisutaan, erittäviin aukkoihin asetetaan tarvittaessa sideharsotaitokset vuodon ehkäisemiseksi, haavat siistitään ja vaihdetaan puhtaat sidokset. Jos potilaalla on proteeseja, ne laitetaan paikoilleen ja hiukset kammataan. Miesvainajalta ajetaan parta. Vainaja jätetään selälleen, kädet sivuille. Jos vainajalla on tunnistusranneke, se jätetään. Nilkkaan kiinnitetään lappu, jossa on vainajan nimi, sosiaaliturvatunnus, kuolinpaikka tai osasto ja kuolinaika. Normaalisti vainaja puetaan kertakäyttöpaitaan ja vuoteeseen vaihdetaan kertakäyttölakanat. Vainaja voidaan pukea myös omiin vaatteisiinsa, jos omaiset niin toivovat ja kuolemaan ei liity epäselvyyksiä. Kaikissa olosuhteissa vainaja laitetaan arvokkaasti ja kiireettömästi. Vainajan rinnan päälle voidaan asettaa kukkia ja lakanasta voidaan muotoilla risti. (Ridanpää 2006, 63.)

Vainajan säilyttäminen ja laittaminen vaativat asianmukaisen ympäristön, joka mahdollistaa läheisten osallistumisen vainajan laittamiseen. Vainajan läheisille on kerrot-

tava, kuinka he voivat osallistua vainajan laittoon niin halutessaan. Osallistuminen voi olla esimerkiksi pesemistä tai pukemista. Vainajan laittoon osallistuminen voi helpottaa läheisiä heidän surutyössään. (Ridanpää 2006, 63 - 64.)

## 9.5 Hautaus

Vainajan saattaminen päättyy hautaamiseen. Vainajan omaiset tarvitsevat vainajan hautaamista varten lääkäriltä hautausluvan. Vainajaa hoitanut lääkäri tai omalääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen ja hautausluvan. Kuolintodistus on 3-osainen, ja se sisältää seuraavat asiakirjat: virallinen kuolintodistus, ilmoitus maistraattiin sekä hautauslupa. Hoitaja postittaa virallisen kuolintodistuksen Helsinkiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokseen sekä ilmoituksen maistraattiin. Hautauslupa annetaan vainajan omaiselle, joka toimittaa sen hautaustoimistoon ja sitä kautta seurakunnalle, jonka hautausmaalle vainaja haudataan. Hautauksen voi hoitaa myös sosiaalitoimi, mikäli vainajalla ei ole omaisia tai omaiset eivät pysty tai halua hoitaa hautausta. (Ridanpää 2006, 57, 70.)

Suomen hautaustoimilain mukaan vainaja on ilman aiheetonta viivytystä haudattava tai tuhkattava. Hautajaisjärjestelyt aloitetaan varsin pian kuoleman jälkeen ja pääsääntöisesti hautajaiset järjestetään 2 – 3 viikon kuluessa. Suomessa valtaosa kuolleista haudataan kristillisin menoin, johon liittyy runsaasti kulttuurisia perinteitä ja tapoja. Jokaisella myös kirkkoon kuulumattomalla on oikeus tulla haudatuksi kotikuntansa seurakunnan hautausmaalle. Nykyisin hautausmaiden yhteyteen on saatettu perustaa myös niin sanottuja tunnustuksettomia hautausmaaleita, joilla ei ole kristillistä symboliikkaa. Apua hautajaisjärjestämiseen ja lisätietoa on mahdollista saada esimerkiksi hautaustoimistosta tai kotipaikkakunnan kirkkoherranvirastosta. (Hänninen ym. 2006, 184.)

Joskus hautajaisjärjestelyt voivat toimia hyvänä suojakeinona silloin, kun voimavarat eivät vielä mahdollisen sokkireaktion takia riitä todellisuuden ja syvien tunteiden kohtaamiseen. Käytännön järjestelyjen vaatima aktiivinen puuha auttaa siirtämään vaikeiden asioiden käsittelyä myöhempään ajankohtaan, jolloin voimavarat siihen riittävät paremmin. Ruumisarkun valinta, siunaus- ja muistotilaisuuden järjestelyt auttavat myös realisoimaan koetun menetyksen. Hautajaisjärjestämisessä on tärkeää ottaa huomioon vainajan vakaumus ja toiveet, mikäli hän niitä on elinaikanaan esittänyt. (Hänninen ym. 2006, 185.)

## 10 SAATTOHOIDON TOIMINTAOHJE JA OPAS LÄHEISENSÄ MENETTÄNEELLE

### 10.1 Oppaiden laadinta

Oppaan tekemisessä on tärkeää huomioida se, mitä oppaalla pyritään kertomaan vastaanottajalle. Oppaan ulkoasu ja sisältö ovat keskeisiä tekijöitä. Hyvin laadittu opas on selkeä ja eroaa edukseen vastaavista tuotoksista. Tuotoksen yksilöllisyys, tiedon selkeys ja oppaan käytettävyys antavat myös lisäarvoa työlle. Oppaan tietojen tulee olla ajantasaisia ja luotettavista lähteistä hankittuja. Opinnäytetyössä kerrotaan, mistä käytetty tieto on saatu ja kuinka sitä on työstetty. Tehdystä oppaasta tulee myös pyytää palautetta käyttäjiltä ja kohderyhmältä. Palautetta tarvitaan oppaan käytettävyydestä ja toimivuudesta kohderyhmältä. (Vilkkä 2005, 53 - 55, 154.)

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotimme palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:lle uuden saattohoitotyön toimintaohjeen (katso: liite 3) sekä oppaan läheisensä menettäneelle (katso: liite 4). Teimme opas-lehtiset Koskenrinteen hoivaosastojen tarpeita vastaaviksi. Saattohoitotyön toimintaohje-oppaaseen suunnittelimme yhdessä työelämän edustajien kanssa sisältyvän konkreettista käytännön tietoa muistisairaana saattohoitotyöstä sekä päivitetyn saattohoidon tarkistuslistan. Vainajan omaisille tarkoitettua opasta suunnitellessa mietimme, millainen sisältö palvelisi parhaiten suuren surun kohdanneita omaisia ja mitä he mahdollisesti kokisivat tarpeelliseksi oppaasta löytyväksi tiedoksi. Tämän pohdinnan pohjalta kokosimme oppaaseen kirjallisuuskatsauksen pohjalta tietoa surusta, hoitamista vaativista käytännön asioista, tukipalveluista sekä muista huomioitavista asioista.

Olemme koonneet molemmat oppaat kirjallisuuskatsauksen pohjalta **sisällön analyysia** hyödyntäen. Valitsimme laajasta kirjallisuuskatsauksestamme oleellisimman ja selkeimmän sanoman. Kiinnitimme erityishuomiota oppaiden otsikointeihin, jotta kohderyhmän olisi mahdollisimman helppoa löytää tarvitsemansa tieto. Otsikot valitsimme tärkeimmistä saattohoitotyön osa-alueista, joita tässä työssä on käsitelty. Vainajan omaisen oppaan otsikoinneissa otimme mallia kahden Kotkan alueen sairaalan vastaavista oppaista. Otsikoinnin jälkeen kopioimme opinnäytetyöstä vastaavan otsikon alta koko tekstin, josta poistimme tai tiivistimme asiat, jotka eivät palvele hoitohenkilökunnan tarpeita Koskenrinteellä. Muotoilimme virkkeet enemmän ohje-

muotoon ja poistimme turhat sanat ja lauseet. Oppaiden on tarkoitus olla helppolukuisia ja selkeitä kokonaisuuksia.

Oppaiden sisällön pohtimisen jälkeen aloimme suunnitella oppaiden **visuaalisia ilmeitä**. Koska aihe on molemmissa oppaissa herkkä ja vakava, halusimme oppaille tyylikkään ja pelkistetyn ulkoasun. Kansilehdistä halusimme kuitenkin tehdä kauniit ja aiheeseen sopivat. Päätimme tehdä oppaat Word-ohjelmalla, jotta ne olisi helppo liittää liitteeksi opinnäytetyöhömmе. Opaslehtisten kooksi valitsimme A5, joka saadaan taittamalla A4-sivu puoliksi.

## 10.2 Tarkistuslistan päivittäminen

Koskenrinteellä on ollut vuodesta 2014 käytössä sähköisessä muodossa oleva saattohoidon tarkistuslista muistutukseksi hoitajille tehdyistä ja tekemättömistä asioista, joita tulisi huomioida saattohoitotyössä. Tarkistuslistassa on luettelo saattohoidon kannalta oleellisista asioista sekä tärkeimmistä yhteystiedoista ja ideana on laittaa kuittaus sekä päivämäärä tehdyn asian kohdalle. Näin hoitohenkilökunta pysyy paremmin tietoisena siitä, mitä asioita olisi vielä huomioitava saattohoidossa olevan asukkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Alun perin suunnittelimme työelämän edustajien kanssa, että tuottaisimme täysin uuden tarkistuslistan. Kuitenkin saadessamme jo käytössä olleen tarkistuslistan malliksi, totesimme, että se on jo hyvä ja toimiva kokonaisuus. Päätimme, että paras vaihtoehto on uuden tarkistuslistan tekemisen sijaan päivittää jo olemassa oleva lista uusimpaan näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaksi.

Päivitetty tarkistuslista (liitteen 3 lopussa) ei merkittävästi eroa vanhasta. Päivitettäviä ja muutettavia asioita löytyi muutama, esimerkiksi yhteystietojen päivittämistä ajantasaiseksi sekä sanaston ja käsitteiden vaihdoksia. Päätimme lisätä päivitetyn tarkistuslistan toimintaohjeistukseemme yhdeksi kappaleeksi, jolloin toivomme sen helpommin tavoittavan hoitohenkilökunnan ja olevan helpommin saatavilla kuin erillisenä sähköisenä versiona.

## 11 POHDINTA

### 11.1 Aikataulu ja työn kulku

Saimme valitsemallemme opinnäytetyön aiheelle vahvistuksen 13.10.2014. Tämän jälkeen sovimme yhdessä ohjaavan opettajamme, Eeva-Liisa Frilander-Paavilaisen sekä työelämän edustajan Pirjo Laineen kanssa ensimmäisestä tapaamisesta. Tapasimme Koskenrinteen Kodin toimitiloissa 10.11.2014. Mukana tapaamisessa oli myös Koskenrinteen Kodin vastaava sairaanhoitaja Sirpa Kansonen. Ideaseminaarin pidimme 15.12.2014.

Olimme 11.1. – 4.4.2015 välisen ajan kansainvälisessä työharjoittelussa Namibiassa, joten sillä aikaa työmme kirjallinen osuus ei edistynyt. Päätimme kuitenkin opinnäytetyön etenemiseksi tehdä nykytilan kartoituksen, jonka olimme ensimmäisessä tapaamisessa sopineet toteuttavamme haastattelun tai kyselyn avulla.

Kesällä ja alkusyksyllä 2015 kirjoitimme opinnäytetyön kirjallista osuutta näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. 16.9.2015 tapasimme ohjaavan opettajan ja hänen kanssaan teimme ratkaisevia muutoksia työmme rakenteeseen ja tavoitteisiin. Sovimme myös työn valmistumisaikataulusta. Pidimme suunnitelmaseminaarin 22.9.2015. Syksyn aikana teimme yhteistyötä työelämän edustajien kanssa sekä sähköpostitse että henkilökohtaisin tapaamisin. Valmiin opinnäytetyömme päättöseminaari pidettiin 27.10.2015.

### 11.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsauksen rakenne ja tekoprosessi

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus jo olemassa olevista tutkimuksista. Se on saanut huomiota näyttöön perustuvan toiminnan myötä ja se nähdään mahdollisuutena löytää korkealaatuisesti tutkittuja tutkimustuloksia. Erona systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja muiden kirjallisuuskatsausten välillä on sen spesifi tarkoitus ja erityisen paljon tarkempi tutkimuksen valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kelpaavat siis vain relevantit ja tarkoituksenmukaiset korkealaatuiset tutkimukset. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 4 - 5.)

**Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee vaihe vaiheelta** suunnitteluvaiheesta raportointivaiheeseen. Prosessi voidaan jaotella karkeasti kolmeen vaiheeseen: kirjallisuuskatsauksen suunnittelu, kirjallisuuskatsauksen tekeminen hakuineen ja analysointineen ja raportointivaihe. (Johansson ym. 2007, 5.)

**Suunnitelmavaiheessa** määritellään kirjallisuuskatsauksen tarvetta tutkimalla aiemmin tehtyjä tutkimuksia kyseisestä aiheesta. Samalla tehdään tutkimussuunnitelma, johon kuuluu 1 – 3 mahdollisimman selkeää tutkimuskysymystä. Mikäli tutkimuskysymyksiin ei löydy vastauksia, voidaan se tulkita tulokseksi ja todeta, ettei aihetta ole tutkittu riittävästi. Sekin on tärkeä tieto, vaikkei se sinällään tuota systemaattista kirjallisuuskatsausta. (Johansson ym. 2007, 6.)

Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsausta pohtiessa päätimme ensimmäisessä ohjauksessa yhdessä ohjaavan opettajan kanssa, että sen tulisi olla mahdollisimman helppolukuinen ja selkeä. Suunnittelun jälkeen lähdimme etsimään luotettavia lähteitä. Työssä käytetään uusinta näyttöön perustuvaa tutkimustietoa korkeintaan kymmenen vuotta vanhoista tutkimuksista. Aloitimme tiedonhakuprosessin käymällä läpi hoitotieteen lehtien lehtiartikkelit viimeisen viiden vuoden ajalta. Kun lähteitä ei aluksi löytynyt, laajensimme tiedonhakua viidestä vuodesta kymmeneen vuoteen asti. Lähteitä etsiessä täytyy pitää tutkimusongelma mielessä, joka tämän työn kirjallisuuskatsauksessa on:

**Mitä on muistisairaana saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö?**

Kun tutkimuskysymykset on määritelty, valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Siihen kuuluu muun muassa eri hakutermien ja tietokantojen valitseminen. Ensimmäinen vaihe tiedonhaun aloittamisessa on miettiä omaa aihettaan syvemmin. (Johansson ym. 2007, 6.) Etsimme lähteitä internetistä, eri yliopistojen, kuten Helsingin, Turun, Tampereen, Oulun sekä Jyväskylän tietokannoista. Teimme lähdehakuja myös Nelli-tiedonhakuportaalista, Melindasta sekä PubMedistä.

Tutkimusten valintaa varten laaditaan tarkat **sisäänotto- ja poissulkukriteerit**. Hyvät ja selkeät tutkimuskysymykset rajaavat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen riittävän kapealle alueelle, jolloin vain aiheen kannalta olennaiset ja tärkeät tutkimukset tulevat huomioiduksi. Työmme sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat esitetty taulukossa 2. Tutkimuskysymyksiä määriteltäessä tulisi huomioida ainakin neljä asiaa: potilasryhmä tai tutkittava ongelma, tutkittavat interventiot, interventioiden vertailu ja kliiniset tulokset. Jos tutkittavasta aiheesta on runsaasti tutkimuksia, on tutkimuskysymysten

syitä olla tarkemmin rajattuja, kun taas vähemmän tutkitussa aiheessa tutkimuskysymykset voivat olla laajemmat jotta mukaan saataisiin riittävä määrä tietoa. (Johansson ym. 2007, 6, 48, 88.)

## Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tutkimukset, jotka ovat enintään 10 vuotta vanhoja (2005 - 2015).</li> <li>-Tutkimusten tulee olla saatavilla joko suomen- tai englanninkielisinä.</li> <li>-Tutkimuksen tulee perustua näyttöön perustuvaan tietoon (väitöskirjat, pro gradut, opinnäytteet, hoitotiedeartikkelit).</li> <li>-Tutkimuksen tulee käsitellä aihettamme, eli saattohoitoa tai ikääntyneiden hoitoa.</li> <li>-Tutkimusten tulee olla ilmaiseksi saatavilla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset</li> <li>-Kieli joku muu kuin suomi tai englanti</li> <li>-Muut kuin näyttöön perustuvan tiedon tutkimukset, esimerkiksi kirjalliset oppaat, oppikirjat tai esitelmät.</li> <li>-Tutkimukset, jotka eivät käsittele saattohoitoa, vaan esimerkiksi äkillistä kuoleman tapausta tai kuolemaa akuuttihoitossa.</li> <li>-Tutkimus maksullinen tai saatavilla vain tiivistelmä.</li> </ul>

Seuraavaan vaiheeseen edetään tutkimussuunnitelman mukaan ja siinä hankitaan ja valitaan kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavat tutkimukset. Niiden sisältö analysoidaan tutkimuskysymysten avulla. Tutkimusongelman mukaan työssä keskitytään etsimään lähteitä, jotka sopivat joko iäkkääseen muistisairaaseen potilaaseen tai saattohoidettavaan, tai molempiin. Akuuttihoitossa sattuvista, yllättävistä kuolemista, on tehty runsaasti tutkimuksia ja kirjoitettu artikkeleita. Ne kuitenkin eivät vastaa tutkimuskysymykseemme, joten jouduimme rajaamaan ne pois käytettävistä lähteistä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on käsitellä saattohoitoa muistisairaahan potilaan näkökulmasta. Monissa teoksissa on tarkasteltu esimerkiksi sairaalaa, jonka hoitohenkilökuntaa on haastateltu työpaikan kuormittavuudesta. Kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on raportointivaihe. Siinä tutkimustulokset raportoidaan kirjallisena tuotoksena, niistä tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. (Johansson ym. 2007, 6 - 7.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa **alkuperäistutkimusten laatu on arvioitava**. Laadun arvioinnilla pyritään parantamaan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta,



mutta myös tuottamaan suosituksia uusille jatkotutkimuksille, ohjaamaan tulosten tulkintaa ja määrittämään vaikutusten voimakkuutta. Laadun arvioinnissa määritetään minimi-laatu, jota edellytetään mukaan valittavilta tutkimuksilta. Sen lisäksi pyritään selvittämään, tutkimusten välisiä laatueroja tutkimustulosten eroavaisuuksien selittäjänä. (Johansson ym. 2007, 101.)

Alkuperäistutkimusten laatua arvioitaessa on huomioitava se, miten luotettava tutkimuksen antama tieto on. Samalla arvioidaan myös alkuperäistutkimusten tulosten tulkintaa ja kliinisiä merkityksiä. Tutkimuksen laadun arviointi muodostuu muun muassa metodologisesta laadusta, systemaattisesta harhasta sekä ulkoisesta ja sisäisestä laadusta. Ulkoista ja sisäistä laatua voidaan arvioida samanaikaisesti, sillä tutkimustulosten tulkinta on riippuvainen tutkimuksen sisäisen laadun seikoista, kuten asetelmasta, toteutuksesta ja analysoinnista. Myös ulkoisen laadun seikat vaikuttavat, esimerkiksi otos, interventio ja tulosten mittaus. (Johansson ym. 2007, 101 - 102.)

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen on valittu kaksi pro gradua, kolme opinnäytetyötä ja seitsemän hoitotieteellistä kirjaa. Valitsimme lähteiksi myös kolme uutta (2015) ulkomaalaista artikkelia, jotka käsittelevät ikääntyneiden muistisairaiden viimeisiä elinvuosia. Pro gradut hyväksyimme lähteiksi työhön, vaikka ne ovat vuosilta 2006 ja 2007. Niiden tieto pitää yhä paikkansa ja sopii juuri tähän opinnäytetyöhön, sillä niissä käsitellään kuolevan hoitotyöhön liittyviä ohjeita. Molemmat tämän opinnäytetyön tekijöistä olemme työskennelleet useamman vuoden saattohoitotyön parissa, joten pystyimme lukemaan tutkimuksia kriittisesti arvioiden. Hyväksyimme työhön myös opinnäytetöitä, sillä ne olivat uusia (2010 - 2012 ja 2014) ja niissä on käsitelty hyvin kuolevan potilaan päivittäistä hoitotyötä sekä muistisairaana potilaan hoidossa huomioitavia asioita. Hoitotieteelliset Duodecimin kirjat hyväksyttiin, sillä ne olivat uusia tutkimuksia (2011 ja 2015) ja niistä saatiin hyviä käytännön ohjeita hoitohenkilökunnalle muistisairaiden kokonaisvaltaiseen saattohoitotyöhön. Hyväksyimme lähteiksi myös kaksi vanhempaa lääke- ja hoitotieteellistä kirjaa (2003 – 2004), sillä niistä ei ole vielä ilmestynyt uutta painosta, eikä samaa tietoa löydy muista uudemmissa teoksista. Valitsimme opinnäytetyöhön juuri nämä tutkimukset, sillä ne vastasivat työn tutkimusongelmaan.

### 11.3 Lähdehaut ja hakuprosessi

Teimme lähdehakuja sekä yhdessä että erikseen. Ennen lähdehaun aloittamista oli tärkeää määrittää tutkimusongelma, jonka perusteella lähdehaut tehtäisiin. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusongelma on: Mitä on muistisairaana saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö?

Tutkimusongelman määrittämisen jälkeen aloitimme lähdehaun käymällä läpi Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston hoitotieteen lehtien artikkelit 5 vuoden ajalta. Jaoin artikkelit kahteen osaan ja kumpikin kävi oman osuutensa läpi. Tarkoituksena oli kerätä aluksi yhteen kaikki saattohoitoon ja kuolemaan liittyvät artikkelit ja tämän jälkeen käydä ne kriittisesti yhdessä läpi karsien pois ne artikkelit, jotka eivät vastaa tutkimusongelmaamme.

Hakuprosessin seuraavassa vaiheessa aloitimme systemaattisen tiedonhaun internetin eri tietokannoista (ks. taulukko 3). Tälläkin kertaa aloitimme tiedonhaun erillään, käyttäen ennalta sovittuja tietokantoja, mutta eri hakusanoja. Tavoitteena oli löytää Suomessa tehtyjen tutkimusten lisäksi myös vähintään kolme ulkomaalaista tutkimusta tai artikkelia. Kun aiheeseen ja tutkimusongelmaan sopiva tutkimus löytyi, annettiin se myös toisen tutkijan arvioitavaksi ja hyväksyttäväksi tai hylättäväksi. Kummallakin meistä on muistisairaana saattohoitotyöstä työkokemusta, jota kannatti hyödyntää pohdittaessa eri lähteiden pätevyyttä juuri tähän työhön. Tutkimusten hyväksymisen tai hylkäämisen perusteena oli se, vastasiko tutkimus sisäänotto- vai poissulkukriteereitä (taulukko 2) ja vastasiko se tutkimusongelmaamme. Jokainen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettu tutkimus on molempien tutkijoiden lukema ja hyväksymä.

Kun tiedonhaku eri tietokannoista oli valmis, ei tutkimusten määrä ja keskeinen sisältö kuitenkaan vielä täysin riittänyt tuottamaan tarpeeksi laajaa ja monipuolista kirjallisuuskatsausta saattohoitotyöstä. Tästä syystä palasimme vielä koulun kirjastoon ja kävimme yhdessä kriittisesti läpi saattohoidosta, gerontologiasta sekä muistisairauksista kirjoitetun kirjallisuuden. Hyväksyimme tässäkin tapauksissa lähteiksi sisäänottokriteerien mukaiset teokset 10 vuoden ajalta. Keskityimme erityisesti etsimään kirjallisuutta saattohoidon asiantuntijoilta, kuten Eero Vuoriselta sekä Juha Hänniseltä.

Kokosimme kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset taulukkoon 4, jossa on esitelty tutkimuksen tekijät, tekovuosi, tutkimuksen laatu, tutkimusmenetelmä sekä keskeiset tutkimustulokset.

Taulukko 3. Lähteidenhakutaulukko

Hakupaikka- ja tyyppi	Hakusanat	Löydetyt tutkimukset	Hyväksytyt	Hylätyt
Melinda, tarkennettu haku	Saattohoi? Kehitys?	21	0	21
Melinda, tarkennettu haku	Saattohoi? Muistisai?	5	0	5
Melinda, tarkennettu haku	Saattohoi? Kuolema Muistisai?	2	0	2
Melinda, tarkennettu haku	väitösk? OR gradu? kuolema saattohoi?	52	2	50
Nelli- tiedonhakuportaali	Väitösk? OR gradu? Saattohoi? kuolema	4	2	2
Nelli- tiedonhakuportaali	Väitösk? OR gradu? saattohoi? muistisai?	2	0	2

PubMed	terminal care dementia	84	1	83
PubMed	terminal care nursing	10	0	10
PubMed	terminal care review	6	2	4

Taulukko 4. Tutkimustaulukko

Tutkimus, tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
<p>Mikkonen Mirja</p> <p>Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana</p> <p>Julkaistu 6/2007</p> <p>Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos</p>	<p>Kuvaa saattohoidon laatua Terhokodissa omaisten arvioimana.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 94 omaista, joiden läheistä oli hoidettu Terhokodissa 2005 - 2006. Aineisto kerättiin kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Kvantitatiivinen aineisto koottiin kyselylomakkeella, joka perustui Ihmisläheinen hoito-mittariin ja johon lisättiin kysymyksiä saattohoidosta.</p>	<p>Saattohoidon laadun arvioi kiitettäväksi 66% omaisista. Laaduksi koettiin perheen yhdessäolon ja yksityisyyden mahdollistaminen, ajantasainen tiedon saanti ja huolenpito potilaasta ja omaisista. Läsnaolo ja potilaan vierellä vietettyä aikaa arvostettiin. Saattohoitoa heikentäviksi asioiksi koettiin ilmanvaihto, henkilökunnan riittämättömyys sekä heikko ruotsin kielen taito. Lisäksi kaivattiin kiireetöntä jäähyvästelyä.</p>
<p>Ridanpää Soile</p> <p>Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet</p> <p>Julkaistu 4/2006</p> <p>Pro-gradu, Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos</p>	<p>Tarkastelee kuolevan hoitotyöhön liittyviä kirjallisia ohjeita eri hoitopaikoissa. Aihetta tarkasteltiin hoitohenkilöstön näkökulmasta.</p> <p>Aineisto koostui 11 erilaisesta kuolevan hoitoa käsittelevästä ohjeistuksesta ja se analysoitiin laadullisella sisällön erittelyllä. Tehtävänä oli kuvata koosteiden keskeinen sisältö ja muodostaa malli, jota voidaan hyödyntää</p>	<p>Kuolevan kohtaamisessa korostui ihmisen yksilöllisyys, henkinen ja fyysinen huolenpito, toiveiden ja läheisyyden ja turvallisuuden tukeminen sekä omaisten hyvä huomiointi. Hoitotyöhön liittyi tämän lisäksi vainajan saattaminen sekä kuolevan hoitotyön eettisen perustan ja lainsäädännön tunteminen. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitopaikoissa, joissa toteutetaan ja kehitetään kuolevan hoitotyötä.</p>

	kuolevan hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa.	
<p>Sosiaali- ja terveysministeriö</p> <p>Hyvä saattohoito Suomessa: Asiantuntijakuumiseen perustuvat saattohoitosuosituks</p> <p>Julkaistu 6/2010</p>	<p>Tarkoituksena kartoittaa Suomen suurimpien kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laatia uudet yhtenäiset saattohoitosuosituks. Tavoitteena on lisätä saattohoidon osaamista terveydenhuollossa.</p>	<p>Esille nousseita kehittämistarpeita: Sairaanhoidopiiriin, jolla ei vielä ole saattohoitosuunnitelmaa tulee kehittää sellainen suositusten mukaan, saattohoitotyötä toteuttava laitos vastaa hyvän saattohoidon toteuttamisesta ja sen laadusta, erikoissairaanhoidon tulee tarjota omassa piirissään ympärivuorokautista konsultaatioapua perusterveydenhuollon ja vanhushuollon yksiköille, potilaan saattohoitopolun selkiyttäminen ja huomion kiinnittäminen esimerkiksi kotisaattohoidon järjestämiseen ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden saattohoidon osaamisen perus- ja täydennuskoulutusten järjestäminen.</p>
<p>Arcand, Marcel</p> <p>End-of-life issues in advanced dementia</p> <p>Julkaistu: 4/2015</p> <p>Lääketieteellinen artikkeli, The canadian family physician</p> <p>The College of family physicians of Canada</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella hoidon tarpeellisia linjauksia silloin, kun potilaalla on pitkälle edennyt muistisairaus ja kuvailla lääkärin, potilaan ja omaisten rooleja liittyen päätöksentekoprosessiin sekä ehdottaa tapoja tukea omaisia.</p> <p>Artikkeli</p>	<p>Lääkäreiden tulisi kokea kehittynyt muistisairaus terminaaliksi sairaudeksi, jonka loppuvaiheessa elämää ei pitäisi pitkittää turhilla ja raskailla kajoavilla hoidoilla, vaan tulisi siirtyä oireenmukaiseen hoitoon. Omaisten kouluttaminen ja informointi ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita, jotta kajoavia hoitotoimenpiteitä voidaan välttää, sillä omaiset ovat avainasemassa päätöksenteossa.</p>
<p>Kelley Amy, Morrison Sean</p> <p>Palliative care for the seriously ill</p> <p>Julkaistu: 8/2015</p> <p>Lääketieteellinen artikkeli: The new England Journal of Medicine</p> <p>Massachusetts Medical Society</p>	<p>Tarkoitus ottaa kantaa ja arvioida sitä, mitä on palliatiivinen hoito ja saattohoito ja mikä niiden nykytila on yhdysvalloissa. Artikkelissa käydään läpi vaikeasti sairaan oireiden hoitoa, yhdysvaltojen tilastoja saattohoidosta sekä tulevaisuuden näkymää.</p> <p>Artikkeli</p>	<p>Tuloksena ilmeni, että kliininen tutkimus tarvitsee tulevaisuudessa rahoitusta saavuttaakseen täyden potentiaalinsa. Esimerkiksi kivuttomien oireiden, kuten ripulin, sekaavuuden ja kutinan biologiset taustat ovat huonosti kartoitettuja.</p>

<p>Robinson Jackie, Gott Merry, Ingleton Christine</p> <p>Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know?</p> <p>Julkaistu: 9/2015</p> <p>Lääketieteellinen artikkeli: Palliative Medicine</p> <p>University of Sheffield, UK</p>	<p>Yhteenveto 32 näyttöön perustuvan hoitotieteellisen artikkelin pohjalta siitä, minkälaista palliativinen hoito on sairaalassa potilaan ja omaisten näkökulmasta aika väliltä 1990 - 2011.</p> <p>Artikkeli</p>	<p>Hoitoa oli arvioitu 5 eri teeman mukaan: oireiden hallinta, henkilökunnan kommunikointi, päätöksenteko potilaan hoidosta, sairaalan tilat ja suhde hoitohenkilöstöön. Tuloksena ilmeni, että potilaat ja omaiset olivat kokeneet palliativisen hoidon yksipuolisena. Johonkin osa-alueeseen kiinnitettiin huomiota, mutta hoito ei ollut kokonaisvaltaista.</p>
---	---	--

#### 11.4 Tutkimustulosten tarkastelu

Toimintatutkimuksen raportoinnin tehtävä määräytyy lukijan mukaan, joten ensin kirjoittajan on mietittävä, kenelle hän raportoi. Tutkimustulosten julkistaminen tiedeyhteisössä on vähimmäisvaatimus, jotta tutkimusta voidaan pitää tieteellisenä. Lisäksi raportoinnilla tiedotetaan ammattilaisille ja maallikoille hyvien käytänteiden kehittämistä ja rohkaistaan yhteiskunnalliseen keskusteluun. (Heikkinen & Rovio 2007, 114.)

Toimintatutkimuksen keskeisenä tuloksena voimme todeta, että erityisesti muistisairaana saattohoidossa on vielä paljon kehitettävää ja tutkittavaa. Saattohoitoa on tutkittu kansainväliselläkin tasolla laajasti, mutta tutkijat ovat keskittyneet tiiviisti käsittelemään saattohoitoa syöpäsairaiden näkökulmasta. Saattohoitotutkimukseen tarvittaisiin lisää varoja.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksemme oli: Mitä on muistisairaana saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö? Kokonaisvaltainen, laadukas saattohoitotyö sisältää seuraavat osa-alueet: kokonaisvaltainen toimintakyky, lääkehoito ja kivunhoito, ravitsemus, päivittäiset toiminnot, apuvälineet ja viriketoiminta, oireenmukainen hoito, omaisten kohtaaminen ja tukeminen sekä hoitohenkilökunnan oma jaksaminen. Lisäksi hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä tieto eri muistisairauksista, niiden etenemisestä ja ennusteesta.

Kirjallisuuskatsauksessa nousi esille useita muistisairaahan saattohoitotyön ongelmakohtia. Muistisairaahan hoitosuunnitelma tulee alusta asti tehdä palliatiivisen hoidon näkökulmasta, sillä sairauteen ei ole olemassa parantavaa hoitomuotoa. Muistisairaahan omat näkemykset loppuvaiheen hoidosta tulee selvittää jo sairauden varhaisessa vaiheessa, sillä myöhemmin niitä voi olla mahdoton selvittää. Loppuvaiheessa vastuu päätöksistä jää usein omaisten vastuulle.

Muistisairaiden käytöshäiriöt on otettava huomioon hoidon jokaisella osa-alueella. Päivittäiset toiminnot on suunniteltava muistisairaahan kanssa työskennellessä etukäteen ja muistettava perustella kaikki toiminta. Toiminnassa on ylläpidettävä järjestys, selkeys sekä verbaalinen - ja nonverbaalinen viestintä. Hoitotoimenpiteiden tulee olla mahdollisimman rauhalliset.

Eri tutkimusten mukaan muistisairaahan saattohoidettavan kipulääkitys on usein riittämättömästi hoidettu. Toisin kuin esimerkiksi syöpää sairastava potilas, muistisairas ei osaa itse kuvailla tai ilmaista kipuaan. Yhtenä kivunhoitomenetelmänä käytetään asentohoitoa, jolla on kivun ehkäisyn lisäksi useita hyviä vaikutuksia, esimerkiksi painehaavojen ja hengenahdistuksen ehkäisy. Muistisairaahan saattohoitoa tutkitaan huomattavasti vähemmän, sillä sairauden ja sen loppuvaiheen diagnosoiminen on huomattavasti vaikeampaa kuin syöpäsairaiden. Muistisairaahan saattohoidettavan lääkehoito perustuu oireita lievittävään hoitoon. Esimerkiksi antibiootihoidoista yleensä pidättyytään, sillä niillä voi olla elinaikaa pidentävä vaikutus.

Suonensisäiseen nesteytykseen turvaudutaan saattohoidossa harvoin. Elimistön kuivumiseen liittyy saattohoidettavan kannalta sekä hyviä että huonoja puolia. Kuivuminen vähentää eritystoimintaa ja näin ollen asukas tarvitsee vähemmän hoitotoimenpiteitä ja liikuttelua. Nesteytyksestä huolehditaan suun kautta niin pitkään, kun se asukkaan toimintakyvyn kannalta on mahdollista. Tämän jälkeen keskitytään suun säännölliseen kostuttamiseen, sillä suun kuivuminen on saattohoidossa nestehukkaa suurempi ja epämiellyttävämpi ongelma.

Saattohoidettava asukas kärsii usein hengenahdistuksesta. Tavallisimpia syitä ovat sydämen toiminnan heikkeneminen, keuhkojen nestekuormat sekä hengitysteiden sairaudet tai tulehdukset. Hengenahdistus ei välttämättä näytä päällepäin niin vaikealta kuin asukas itse sen kokee. Hengenahdistuksen ensisijainen hoitomuoto lääkkeellisesti edellä mainittujen oireiden hoitamisen lisäksi on opiaattilääkitys. Lisähapen antami-

nen on kyseenalaista, koska sillä ei ole todistettuja hyötyvaikutuksia henkilölle, joka ei kärsi hapenpuutteesta.

Suolentoiminnan häiriöt ovat saattohoidossa tavallisia ja ne johtuvat yleensä vahvasta kipulääkityksestä. Ummetusta erehdytään usein hoitamaan ripulilääkityksellä johtuen ohivuodosta, joka on kiinteän ulostemassan ohi valuvaa nestemäistä ulostetta. Pahoinvoinnin hoidon pääperiaatteet ovat syyn selvittäminen sekä oireiden hoito.

Omaisten huomioiminen ja heidän selviytymisensä tukeminen on tärkeä osa saattohoitotyötä. Varsinkin läheisensä viimeisillä hetkillä omaiset tarvitsevat erityistukea ja hoidon pääpaino keskittyy enemmän omaisten tukemiseen. Kuitenkin eri tutkimusten mukaan omaiset kokevat potilaaseen kohdistuvan saattohoidon laadun heikkenevän silloin, kun hoitajat huomioivat omaisia enemmän. Jotta omaiset ymmärtäisivät ja hyväksyisivät tilanteen parhaiten, on heille syytä antaa jatkuvasti rehellistä ja ajantasais-ta tietoa läheisensä voinnista ja ennusteesta.

Hoitohenkilökunnan oman jaksamisen kannalta tärkeitä asioita ovat koulutus, työnohjaus, esimiehen johtamistaidot, vertaistuki ja vuorovaikutustaidot omaisten kanssa. Myös elämäkokemus ja oman kuolevaisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen ovat tärkeitä asioita jaksamisen kannalta. Liika rasittuneisuus ilmenee tavallisesti lisääntyneinä sairaspöissaoloina.

Saattohoito on edelleen uusi asia Koskenrinteellä, joten hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen tukeminen on tärkeää ja ajankohtaista juuri nyt. Työelämän edustajamme tote-sivat, että Koskenrinteellä on ollut jo pitkään olemassa erilaisia irrallisia oppaita ja saattohoidon toimintaohjeita, mutta ne eivät ole tavoittaneet hoitohenkilökuntaa eikä niiden sisältö näy käytännön hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön avulla pyritään saa-maan muutos tähän asiaan.

## 11.5 Toimintatutkimuksen raportointi, arviointikriteerit ja luotettavuus

Tutkimuksissa pyritään välttymään virheil-tä ja niiden syntymiseltä. Tästä huolimatta tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Tästä johtuen tehdyn tutkimuksen luotet-tavuuden arviointi on tärkeää. Oman opinnäytetyön arviointi on olennainen osa oppi-misprosessia. (Syrjälä 2007, 147.)



Kävimme opinnäytetyömme kirjallista raporttia sekä toiminnallista osuutta prosessin aikana useita kertoja läpi opinnäytetyön ohjaustilanteissa sekä yhdessä toimeksiantajan kanssa. Pienryhmätilanteissa, eli idea- ja suunnitelmaseminaareissa, saimme hyödyllisiä neuvoja ja ohjausta niin ohjaavalta opettajalta kuin toisilta opiskelijoiltakin. Kokosimme raportin tietoperustasta omanlaisemme työn työelämän edustajien ilmaisemat tarpeet huomioiden. Raportin ja toimeksiantajan toiveiden mukaisesti tuotimme heille produktit eli oppaat.

Steinar Kvale on ehdottanut siirtymistä validiteetista validointiin. Kun validiteetilla viitataan johonkin pysyvään totuuteen tai tosiasioiden tilaan, jota tutkija pyrkii kuvaamaan, validoinnilla tarkoitetaan prosessia, jossa ymmärrys maailmasta kehkeytyy vähitellen. Taustalla on ajatus siitä, että inhimillinen tieto maailmasta perustuu kielen välityksellä tapahtuvaan tulkintaan. Käytämme Kvalen tavoin validointia validiteetin sijasta ja ehdotamme hänen ajatustensa pohjalta viittä periaatetta toimintatutkimuksen arvioimiseksi. Ne ovat historiallinen jatkuvuus, refleksiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Tutkimuksen laatua ei voida arvioida kriteeri kerrallaan, toisistaan erillään. Kokonaisuus on enemmän ja toisenlainen kuin osiensa summa. Lisäksi monet laatuperiaatteet limittyvät keskenään. (Syrjälä 2007, 149.)

Toiminta ei ala tyhjästä eikä pääty koskaan, joten toimintatutkijan on pohdittava myös tutkimuskohteensa historiaa. Toiminnan kehittymistä voidaan tarkastella sekä yleisenä yhteiskunnallisena ilmiönä että sosiaalisen yhteisön toimintahistoriallisena jatkumona esimerkiksi työpaikalla. (Syrjälä 2007, 149.) Pyrimme kehittämään tällä opinnäytetyöllä Koskenrinteen toimintaa juuri saattohoitotyön näkökulmasta. Heidän käyttöönsä jää tämän työn pohjalta kirjallinen saattohoidon toimintaohjeistus sekä opaslehtinen, joka annetaan omaisille, kun heidän läheisensä on menehtynyt.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan usein validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän ja –kohteen yhteensopivuutta: miten menetelmä sopii juuri sen ilmiön tutkimiseen, jota sillä on ollut tarkoitus tutkia. Reliabiliteetin eli toistettavuuden avulla arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja alttiutta satunnaisvaihteluille. (Syrjälä 2007, 147.) Tutkimme haastattelun avulla saattohoitotyön nykytilannetta Koskenrinteellä. Koskenrinteellä on kolme toimipistettä, joissa jokaisessa 2 – 4 osastoa. Tästä syystä haastattelimme ainoastaan vastaavaa sairaanhoitajaa, jolla on

ajantasainen tieto saattohoidon tilasta, sekä palvelujohtajaa, joka tietää koko organisaation tilasta, käytännöistä sekä koulutuksista ja niiden materiaaleista.

Työn kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan mahdollisimman uusilla ja laadukkailla lähteillä. Löysimme hyviä teoksia ja tutkimuksia, joiden pohjalta saimme koottua luotettavan ja laajan muistisairaana saattohoitotyötä käsittelevän kirjallisuuskatsauksen. Löysimme myös monta ulkomaista hoitotieteen artikkelia, joista yhtä ei ole vielä edes virallisesti julkaistu. Työssä on siis keskitytty aiheeseen kansainvälisesti ja kriittisesti. Luotettavuutta lisää myös se, että työn tekijöitä oli kaksi, joten erikseen tehtyjä tuotoksia luki ja samalla tarkasti myös toinen henkilö.

Reflektiivinen tutkija pyrkii tiedostamaan oman tietämisensä mahdollisuuksia, ehtoja ja rajoituksia (Syrjälä 2007, 149). Koska aikataulumme oli tiukka, emme ehtineet ”testata” opas-lehtisiä hoitohenkilökunnan käytännön hoitotyössä Koskenrinteellä. Lähetimme kirjalliset oppaat tarkasteltaviksi työelämän edustajille ja he antoivat palautteen oppaiden sisällöstä ja hyödynnettävyydestä. Teimme oppaisiin muutoksia heidän antamansa palautteen perusteella, jotta niistä saatiin mahdollisimman hyvät vastaamaan juuri Koskenrinteen tarpeita.

Toimivuuseriaatteen näkökulmasta toimintatutkimusta arvioidaan sen käytännön vaikutusten, kuten hyödyn tai osallistujien voimaantumisen kannalta (Heikkinen 2007, 156). Tekemällä opinnäytetyön pohjalta oppaat, saamme työstä suurimman mahdollisen hyödyn Koskenrinteelle annettavaksi. Saattohoitotyön toimintaohje sekä omaisen opas tulevat käyttöön jokaiselle Koskenrinteen hoivaosastolle. Hoitohenkilökunta voi oppaan avulla päivittää tietoaan saattohoitotyöstä sekä käyttää oppaan tietoa parhaaksi katsomallaan tavalla osana päivittäistä hoitotyötä. Toimintaohjeistus on rakennettu niin, että sen voi tarvittaessa antaa myös omaisille tietolähteeksi, mikäli heillä herää kysymyksiä saattohoitoon liittyvistä asioista. Läheisensä menettäneelle – opas on tarkoitettu palvelemaan omaisten tarpeita surun hetkellä. Hoitohenkilökunnan antamat suulliset ohjeet eivät välttämättä jää järkyttyneen ja sokissa olevan omaisen mieleen, siksi on tärkeää, että voi kotona rauhassa kerrata asioita ajan kanssa. Molemmat oppaat ovat selkeitä ja tiiviitä kokonaisuuksia ja toivomme, että ne jäävät pysyväksi osaksi hoitohenkilökunnan saattohoitotyötä. Oppaiden käyttö- ja muutosoikeudet siirtyvät opinnäytetyön palautuksen myötä Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:lle.

Tutkimus tässä työssä on ollut dialoginen, sillä olemme tehneet tiivistä yhteistyötä työelämän edustajien sekä ohjaavan opettajan kanssa. Opinnäytetyömme aihe on varta vasten tilattu tarpeeseen, sillä Koskenrinteellä ei ole ollut käytössä yhtenäistä saattohoidon toimintaohjeistusta tai opasta, jonka voi antaa vainajan omaiselle. Tarpeen ja dialogisuuden pohjalta työmme on toimiva ja havahduttava.

Hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Vaikka tiedettä on perinteisesti arvioitu kognitiivis-rationaalisilla kriteereillä, esteettiset kriteerit eivät ole koskaan olleet täysin tutkimusten laadun arvioinnin ulkopuolella. Ne ovat löydettävissä myös perinteisistä tutkimusraporteista esimerkiksi kirjoitustapaa, ulkoasua ja muotoa säätelevinä sääntöinä. (Heikkinen 2007, 159.) Olemme huomioineet koko työnteon ajan kirjoitustavan ja sen kielellisen sisällön. Kirjallisten oppaiden ulkoasuun keskityimme erityisesti, sillä halusimme niistä kauniit ja selkeät kokonaisuudet, jotka olisi mukava antaa käyttöön työelämään.

Seuraavaksi **raportoidaan** tapaamisia työelämän edustajien kanssa sekä työn mittaan saadun ohjauksen sisältöä. Opinnäytetyöprosessi osoittautui haasteellisemmaksi kuin osasimme odottaa. Kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta näin laajan työn tekemisestä. Alussa koimme erityisesti aiheen rajauksen haasteelliseksi, sillä saattohoito on todella laaja aihealue.

Ensimmäisessä työelämätahon tapaamisessa keskustelimme työelämän edustajien ja ohjaavan opettajan odotuksia opinnäytetyötämme kohtaan sekä pohdimme yhdessä millaisia kehittämistarpeita- ja toiveita Koskenrinteellä on saattohoitotyön suhteen. Sovimme, että opinnäytetyössä pyrkisimme tuottamaan oppaan vainajan omaisille sekä päivittämään jo olemassa olevan saattohoidon tarkistuslistan hoitohenkilökunnan työn tueksi.

Talvella ja keväällä 2015 olimme kansainvälisessä työharjoittelussa Namibiassa, joten emme päässeet tapaamaan työelämän edustajia. Jotta opinnäytetyömme kuitenkin etenis, teimme nykytilan kartoituksen kyselyn sähköpostitse. Kirjoitimme valmiit kysymykset, jotka lähetimme ohjaavan opettajan hyväksyttäväksi ja tämän jälkeen Pirjo Laineelle ja Sirpa Kansoselle. Saimme kysymyksiin sähköpostitse kattavat vastaukset, joiden perusteella teimme nykytilan kartoituksen, jonka perusteella toimintaa lähdettäisiin kehittämään.

Lähetimme opinnäytetyön tässä vaiheessa sähköpostitse luettavaksi sekä työelämän edustajille että ohjaavalle opettajalle. Olimme tässä vaiheessa päättäneet laajentaa työtämme sen verran, että yhden oppaan sekä tarkistuslistan päivittämisen lisäksi tuottaisimme myös toisen oppaan hoitohenkilökunnan käyttöön ja kaipasimme tähän asiaan mielipiteitä ja ajatuksia. Työelämän edustajat hyväksyivät muutokset ja saimme heiltä muutamia kehittämissuhteita ja korjauskehoituksia, esimerkiksi huomasimme, että tekstissämme on paikoittain työelämän edustajien nimet ja työnimikkeet sekaisin. Sovimme myös seuraavan tapaamisajan, sillä kumpikaan työelämän edustajista ei pääs-  
syt osallistumaan suunnitelmaseminaariimme.

Seuraava tapaaminen työelämän edustajien, Pirjo Laineen ja Sirpa Kansosen, kanssa oli 24.9.2015. Tapaaminen kesti tunnin verran ja sen aikana keskustelimme kirjallisten oppaiden sisältöön liittyvistä toiveista, opinnäytetyön nimen muuttamisesta sekä suunnitelmaseminaarissamme esille nousseista asioista. Seminaarissa oli käynyt ilmi, että työssämme ei ollut riittävän ongelmalähtöisesti selvitetty saattohoidon toimintaohjeiden tarvetta Koskenrinteellä. Nykytilan kartoitus - haastattelu oli jo tehty, eikä sitä voinut enää tehdä uudelleen, joten keskustelimme asioista ja lisäsimme uusia esille nousseita ongelmakohtia nykytilan kartoituksen yhteydessä esiteltyihin kehittämissuhteiden painopisteisiin (ks. luku 4.2). Suunnitelmaseminaarissa oli puhetta myös siitä, että työmme ei ole niin asiakas- ja hoitohenkilöstölähteenen kuin voisi olla. Keskustelimme asiasta Laineen ja Kansosen kanssa, ja heidän mielestään työn kannalta oli riittävää haastatella koko hoitohenkilökunnan sijaan palvelujohtajaa sekä vastaavaa hoitajaa, sillä heillä on kaikki riittävä asiaan liittyvä tieto tällä hetkellä.

Suunnitelmaseminaarissa esille nousi myös kysymys Koskenrinteen saattohoidon laatusuosituksista. Asiasta käytiin keskustelua tapaamisessa ja selvisi, että laatusuosituksia ei ainakaan vielä ole olemassa. Käytössä on kyllä kansio, joka sisältää yleisesti asiaa laadukkaasta saattohoidosta, mutta kansion sisältö ei ole vielä tavoittanut hoitohenkilökuntaa, sillä se koetaan vaikeasti lähestyttäväksi laajan aineistomääränsä vuoksi.

Tapaamisessa kävi myös ilmi, että hoitohenkilökunnalla on motivaatiota saattohoitotyön kehittämiseksi ja he haluavat oppia asiasta lisää. Yksi syy tähän on se, että hoitajat ovat joutuneet yllättäviin tilanteisiin, joissa eivät ole tienneet mitä tehdä. Esimerkiksi tilanne, jossa asukkaan kunto romahtaa, mutta saattohoidosta ei ole ollut vielä

puhetta hoitavan lääkärin kanssa. Hoitajilla ei ole riittävää tietoa esimerkiksi siitä, milloin olisi hyvä pyytää lääkäriltä saattohoitopäätös ja DNR-lupa. Lisäksi selvisi, että lähes jokaiselle hoivaosaston asukkaalle tehdyn saattohoitopäätöksen syynä on ollut pitkälle edennyt muistisairaus. Tässä vaiheessa varmistui myös se, ettei työtä varten kannata yrittää haastatella asukkaita heidän huonon kuntonsa ja muistisairauden aiheuttamien käytösmuutosten vuoksi, vaikka suunnitelmaseminaarissa työltämme toivottiinkin asiakaslähtoisempää lähestymistapaa.

Saatuamme ensimmäiset versiot oppaista valmiiksi, lähetimme ne Pirjo Laineen ja Sirpa Kansosen arvioitaviksi. Saimme heiltä runsaasti palautetta sekä korjausehdotuksia, joita toteutimme oman harkintakykymme mukaan. Vaikka pääperiaate oppaiden laadinnassa oli tehdä niistä Koskenrinteen tarpeita vastaavat, oli tärkeää myös huomioida se, että niistä löytyvän tiedon tulee pohjautua uusimpaan näyttöön perustuvaan tietoon. Opas sisältää paljon suosituksia, miten asiat tulisi saattohoitotyössä toteuttaa, ja vaikka kaikki asiat eivät välttämättä tapahdu Koskenrinteen yksiköissä juuri samalla tavalla, ovat suositukset silti samat.

## 11.6 Kehittämisehdotuksia Koskenrinteelle

Saattohoitotyön toimintaohjeen käyttöönoton jälkeen olisi hyvä tutkia sekä hoitohenkilökunnan että omaisten mielipiteitä oppaan käytännöllisyydestä, sisällöstä sekä ulkoasusta. Mielipiteitä voisi kartoittaa esimerkiksi yksinkertaisen kyselylomakkeen avulla, jossa tutkittaisiin oppaan tiedon riittävyyttä sekä pätevyyttä käytännön hoitotyössä sekä sitä, palveleeko opas omaisten tarpeita – ja jos ei palvele, niin mitä voitaisiin muuttaa.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä esille nousi tarve omaisille tarkoitettujen tukipalvelujen suhteen. Läheisen ihmisen menettäneelle ei ole Kotkan kaupungin alueella tarjolla minkäänlaista tukipalvelua tai –ryhmää. Konkreettisia tukipalveluja on tarjolla ainoastaan nuorille, väkivallan uhreille tai mielenterveysongelmista kärsiville ihmisille. Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry. voisi jatkossa järjestää tukiryhmätapaamisia tai vertaistukiryhmiä omissa tiloissaan omaisten tueksi. Tapaamisia voisi olla 1 - 2 kertaa vuodessa.

Nykytilan kartoituksessa nousi esiin lääkäripalveluiden kehittämistarve sekä vasta valmistuneiden hoitajien lisäkoulutus. Näihin asioihin emme voi opinnäytetyöllämme

vaikuttaa, koska ratkaisu näihin vaatisi laajempia muutoksia korkeammalta taholta. Me opinnäytetyöntekijät olemme molemmat aiemmalta koulutukseltamme lähihoitajia, joten voimme todeta, että sen koulutuksen pohjalta ei välttämättä valmistu hyväksi saattohoitajaksi. Opiskelu riippuu pitkälti opiskelijan omasta motivaatiosta sekä työhistoriasta. Saattohoitoa, omaisten kohtaamista ja tukemista ei opita kuin kokemuksen kautta. Hyvänä koulutuskeinona hoitajille voisi toimia järjestetty vierailu saattohoitokodissa.

Hoitohenkilökunnan oman jaksamisen tueksi ei ole olemassa erillistä toimintaohjeistusta. Hoitohenkilökunnan jaksamista voisi tukea säännöllinen työnohjaus, jossa jokainen saattohoitotapaus käytäisiin yhdessä läpi ja työryhmä voisi tarjota toisilleen vertaistukea vaikeiden asioiden käsittelyyn. Tämä olisi myös hyvä keino jakaa tietoa ja kokemusta eri osastojen ja yksiköiden välillä. Hoitohenkilökunnalle tulisi antaa myös tasavertaiset mahdollisuudet osallistua Koskenrinteen ulkopuolella järjestettäviin saattohoitokoulutuksiin ja –seminaareihin.

## LÄHTEET

- Agge, E., Anttonen, M., Grönlund, E. & Lehtomäki, S. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Arcand, M. 2015. End-of-life issues in advanced dementia. *Canadian Family Physician* 4/2015, 330 – 334.
- Axelin, A., Johansson K., Stolt M. & Ääri R., 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto.
- Nieminen, M & Koskinen. 2008. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015, Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Heikka, H., Hiiri, A., Honkala, S., Keskinen H. & Sirviö, K. 2015. Terve suu. Helsinki: Duodecim.
- Heikkinen, H., Huovinen, T., Huttunen, R., Häkkinen, P., Kakkori, L., Klemola, U., Kiilankoski, T., Kontinen, T., Lautamatti, L., Rovio, E., Syrjälä, L., Tiisonen, A., Tynjälä, P. 2007. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansainvalistusseura, Helsinki.
- Hietanen, P. & Vainio, A. 2004. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2011. Saattohoito. Etelä-Suomen syöpäyhdistys.
- Hänninen, J., Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja.
- Kelley, A. & Morrison, S. 2015. Palliative care for the seriously ill. *The new England journal of medicine* 9/2015, 747 - 755.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Duodecim* 4/2013.

Lukmaa, M. & Toikka, K. 2010. Dementoivia muistisairauksia sairastavien vanhusten saattohoidon toteuttaminen vanhainkodissa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

Määttä, J. & Valtonen, H. 2014. Hoitohenkilökunta muistisairaana ikääntyneen suun hoitajana. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu.

Peltonen, S. & Jussinkorpi, S. 2012. Saattohoito-opas omaisille. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto.

Robinson, J., Gott, M., Ingleton, C. 2015. Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know? *Palliative Medicine* 9/2015, 19 - 31.

STM 2001. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Saatavissa: <http://etene.fi/julkaisut/2001> [viitattu: 27.9.2015]

STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa; Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali - ja terveysministeriön julkaisu 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf) [viitattu: 10.9.2015]

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.





## SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

Lomake 026  
id 26750

1 / 2

## OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1201108	Viralliset etunimet Mari Annukka
Sukunimi Korpi	
Lähiosoite Eteläpuistokatu 3 A 11	Postinumero ja -toimipaikka 48100 Kotka
Sähköposti mari.korpi@student.kyamk.fi	Puhelin 0400 490 238
Toimipiste ja koulutusohjelma Metsolan kampus, hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoitaja, Ho12s	

## TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Koskenrinne	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Pirjo Laine
Lähiosoite Närhintie 2 A	Postinumero ja -toimipaikka 48230 Kotka
Sähköposti pirjo.laine@koskenrinne.fi	Puhelin 044 723 3050

## OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

## OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Sähköposti eeva-liisa.frilander@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Pirjo Laine
Sähköposti pirjo.laine@koskenrinne.fi

## OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Miten suetaan kotisaattohoitotyön osaamista hoiva-osastolla	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Tavoitteena kartoittaa Koskenrinteen resurssija saattohoitopotilaan hoidosta. Tehdä selkeitä ja yhtenäisiä ohjeet hoiva-osastolle saattohoitopotilaan hoidosta. Toimia yhteistyökumppanin kanssa tasavertaisesti ja reflektiivisesti.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kehittämis työ toimintatutkimuksena.	
Opinnäytetyön aloitus 11/2014	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle 11/2015
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määntelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

\*) T & K määntelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,  
<http://www.tilastokeskus.fi/tutkimus/kaas.html>

## OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b>          Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön laivonmaiseen ohjaukseen.          Toimeksiantaja oitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja muihun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin.</b>          Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle.          Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa.          Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b>          Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää litesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b>          Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Päätösantaisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
---	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

## ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	10, 11, 20, 14	<i>P. J. J. J.</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	10, 11, 20, 14	<i>Olavi J. J.</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	10, 11, 20, 14	<i>S. J. J. J.</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

## OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Miten tuetaan kotisaattohoitotyön osaamista hoiva-osastolla	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Tavoitteena kartoittaa Koskenrinteen resursseja saattohoitopotilaan hoidosta. Tehdä selkeät ja yhtenäiset ohjeet hoiva-osastoille saattohoitopotilaan hoidosta. Toimia yhteistyökumppanin kanssa tasavertaisesti ja reflektiivisesti.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kehittäminen toimintatutkimuksena.	
Opinnäytetyön aloitus 11/2014	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle 11/2015
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *)	
<input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä, <a href="http://www.tilastokeskus.fi/tlkke/kas.html">http://www.tilastokeskus.fi/tlkke/kas.html</a>	

## OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja muihin opinnäytetyöhön liittyviin aineistoihin, laitteisiin ja sovelluksiin.</b> Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikealaluokkia tai muita julkisuudessa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

## ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	
<i>Kotka</i> 10.11.2014	<i>Piip Lu</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	
<i>Kotka Tanja Perämyrki</i> 10.11.2014	<i>Tanja Perämyrki</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	
<i>Kotka</i> 10.11.2014	<i>Satinkaide-Pea</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

Ketkä osallistuvat saattohoidon toteuttamiseen?

Mitkä ovat sairaanhoitajien ja lähihoitajien keskeiset erot saattohoidon toteutuksessa?

Miten Koskenrinteen tilat palvelevat saattohoidon toteutumista?

Miten lääkäripalvelut toimivat saattohoidon suhteen?

Miten laitospappia voi käyttää saattohoidon tukena?

Minkälaisia kivunhoitomenetelmiä on mahdollista käyttää saattohoitopotilailla?

Minkälainen on henkilökunnan osaaminen hyvän saattohoidon toteuttamisessa?

Millaisia apuvälineitä kaivattaisiin lisää?

Miten turvataan saattohoitopotilaan ravinnonsaanti?

Kenen tehtävä on ilmoittaa omaisille saattohoitopotilaan voinnin muutoksista?

Miten hoitohenkilökunnan omaa jaksamista tuetaan?

PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY

# *Saattohoitotyön toimintaohje*

---



Opinnäytetyö 2015  
Mari Korpi ja Tanja Peräkylä  
Kymenlaakson Ammattikorkeakoulu

<u>1. Mitä saattohoito on?</u> .....	70
<u>2. Saattohoidon linjaukset</u> .....	72
<u>Saattohoitopäätös</u> .....	72
<u>DNR</u> .....	72
<u>Hoitotahto</u> .....	72
<u>3. Erityispiirteet muistisairaana saattohoitotyössä</u> .....	73
<u>4. Saattohoitotyö</u> .....	74
<u>Puhtaudesta huolehtiminen</u> .....	74
<u>Kudoseheys</u> .....	74
<u>Suunhoito</u> .....	75
<u>Lääkehoito ja kivunhoito</u> .....	76
<u>Ravitsemus ja nestehoito</u> .....	78
<u>Apuvälineiden järjestäminen</u> .....	79
<u>Sisäiset oireet</u> .....	80
<u>Omaisien kohtaaminen</u> .....	81
<u>Hoitohenkilökunnan oma jaksaminen</u> .....	82
<u>5. Kuoleman jälkeen</u> .....	82
<u>Kuoleman merkit ja kuolleeksi toteaminen</u> .....	83
<u>Omaisille kertominen</u> .....	84
<u>Muuta huomioon otettavaa</u> .....	84
<u>Vainajan laitto</u> .....	85
<u>6. Saattohoidon tarkistuslista</u> .....	87
<u>Lähteet</u> .....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

## 1. Mitä saattohoito on?

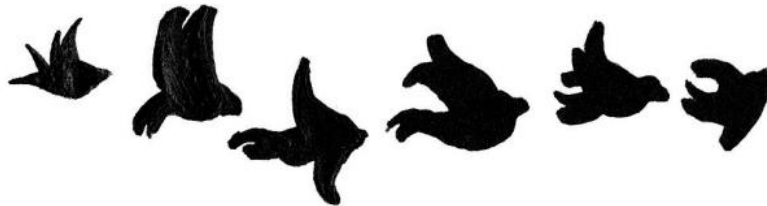
Liite 3/3

Saattohoito on kuolevan ihmisen hoitoa silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai viikkojen aikana. Saattohoitoon sisältyy fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen huolenpito sekä kuolevan ja hänen läheistensä kokonaisvaltainen tukeminen parhaalla mahdollisella tavalla inhimillisiä ihmisarvoja kunnioittaen.

Saattohoito antaa sekä kuolevalle että hänen läheisilleen mahdollisuuden yhdessä valmistautua lähestyvään kuolemaan.

Saattohoidossa korostuvat yksilön erilaisuuden ja ainutkertaisuuden kunnioittaminen, kuolevan aktiivinen osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä perhekeskeisyys.

Saattohoitoon sisältyy kuolevan läheisten huomioiminen ja tukeminen myös kuoleman jälkeen.



### Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään silloin, kun asukkaan arvioidaan kuolevan lähipäivinä tai viikkoina. Päätöksen saattohoidosta tekee hoitava lääkäri yhdessä asukkaan tai hänen lähiomaisensa kanssa.

Saattohoitopäätöksen sisältö kirjataan asukkaan sairauskertomukseen yksityiskohtaisesti. Päätöstä voidaan tarvittaessa myöhemmin muuttaa tilanteen muuttuessa.

Saattohoitopäätöksen tavoitteena on turvata asukkaalle mahdollisimman hyvä oireenmukainen hoito ilman turhia kajoavia hoitotoimenpiteitä.

### DNR

DNR- päätös eli elvytyskielto tarkoittaa pidättäytymistä painelu-puhalluselvytyksestä. Tavallisesti päätös tehdään saattohoitopäätöksen yhteydessä ja sen tekee hoitava lääkäri. DNR-päätöksen voi myös tehdä asukas itse kirjaamalla sen hoitotahtoonsa. DNR-päätös ei tarkoita hoidon lopettamista.

### Hoitotahto

Hoitotahto on henkilön tahdonilmaisu hänen tulevasta hoidostaan siltä varalta, ettei hän joskus itse enää ole kykenevä osallistumaan päätöksentekoon. Hoitotahdon voi tehdä yksityiskohtaisesti koskemaan hoitotoimenpiteitä, hoidosta pidättäytymistä tai muita erityistoiveita. Hoitotahdossa voi myös nimetä toisen henkilön tekemään hoitoon liittyvät päätökset tahdon laatijan puolesta.

Hoitotahto tehdään yleensä kirjallisesti, jolloin siinä on tekijän allekirjoitus sekä päiväys. Kirjallinen hoitotahto voidaan liittää potilastietoihin liitteeksi tai se voi kulkea laatijan mukana. Potilastiedoissa tulee olla selkeä merkintä hoitotahdon olemassaolosta ja sen keskeisestä sisällöstä. Tahdon laatija voi halutessaan peruuttaa hoitotahdon.



#### saattohoitotyössä

Muistisairaista ikääntyneistä noin puolella kuolinsyynä on muistisairaus ja puolet kuolevat jostain muusta syystä. Kuolemanhetkeä edeltää tavallisesti pitkä jakso, jonka aikana muistisairaan toimintakyky on heikentynyt ja hän tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa vuorokauden ympäri. Tässä vaiheessa sairautta sekä liikkumiskyky että kyky kommunikoida ovat hiipuneet, mutta hyvällä perushoidolla voidaan jäljellä olevan elämän laatua pitää yllä. Heikosta tilastaan huolimatta muistisairas tuntee kosketuksen ja tunnistaa tutut äänet. Hoitotilanteissa on järjestettävä rauhallinen ympäristö sekä huomioitava lempeys ja ystävällinen kommunikointi. Samalla on huolehdittava muistisairaan kivuttomuudesta sekä ahdistuksen lieventämisestä.

Muistisairaan loppuvaiheen hyvän hoidon perustana tulisi olla mahdollisuus kuolla siinä paikassa, jossa on viime vuodet asunut. Vaikeasta muistisairaudesta kärsivä ei yleensä laitossiirrosta hyödy eikä tehostettu hoito pidennä elinikää, mutta muutos saattaa huonontaa elämänlaatua huomattavasti. Muutokset altistavat muistisairaan sekavuustilalle ja lisäävät merkittävästi turvattomuutta ja ahdistusta. Hoidon loppuvaiheessa tarpeettomia laitossiirtoja tulisi välttää.

Peruseriaatteita muistisairaan saattohoidossa ovat oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, henkinen ja hengellinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, lähiverkoston huomioonottaminen, muistisairaan itsemääräämisen varmistaminen sekä elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimoiminen.



### *Puhtaudesta huolehtiminen*

Puhtaus ja hyvin hoidettu hygienia kuuluvat jokaisen ihmisen perusoikeuksiin. Saattohoidossa oleva asukas ei enää kykene itse huolehtimaan päivittäisestä hygieniahoidostaan vaan vastuu kuuluu hoitohenkilökunnalle.

Ihon puhtaudesta huolehtiminen on tärkeää, sillä mikäli iholla on pitkään virtsaa, ulostetta tai hiikettä moninkertaistuu esimerkiksi painehaavojen riski. Ihon puhdistukseen sopii mieto puhdistusaine ja hyvä rasvaus puhdistuksen jälkeen.

### *Kudoseheys*

Saattohoidossa oleva asukas viettää usein viimeiset aikansa vuodehoidossa, joten painehaavojen riski on suuri. Syynä painehaavoihin on kudosten riittämätön hapensaanti. Painehaava syntyy tavallisesti ristiselän alueelle, lonkkiin, kantapäihin, kynnärpäihin, korvalehtiin tai olkavarsiin.

Painehaavojen ennaltaehkäisy on tärkeää. Asentohoidosta tulee huolehtia tehostetusti ja riskialueiden ihoa tarkkailla päivittäin. Asukkaan asentoa tulisi vaihtaa vähintään kahden tunnin välein ja hänelle olisi hyvä hankkia pienen painevaikutuksen omaava patja, joka on kehitetty erityisesti sellaisen henkilön käyttöön, jolla on korkea riski saada painehaava.

Hyvä suunhoito on tärkeä, mutta helposti vähälle huomiolle jäävä osa kokonaisvaltaista saattohoitotyötä. Huonokuntoisessa suussa voi esiintyä monenlaisia kipuja esimerkiksi syödessä tai hampaita yhteen purtaessa. Huonosti hoidettu suu lisää myös tulehdusten ja esimerkiksi keuhkokuumeen riskiä. Huonon suuhygienian lisäksi suun kuntoa heikentävät muun muassa epäterveellinen ruokavalio, ikääntyminen, lääkeaineet sekä limakalvojen kuivuminen.

Hoitohenkilökunnan tehtävä on antaa asukkaalle apua päivittäisessä suunhoidossa. Suu on intiimi alue, joten sen hoidossa tulee olla hellävarainen. Poskien tai suun ympäristön silittäminen voi saada vastahakoisen asukkaan avaamaan suunsa sen puhdistamista varten.

Ohjeita hampaiden, hammasproteesin ja suun puhdistukseen:

- ❖ Ennen suun puhdistusta asukkaalle kerrotaan mitä ollaan tekemässä ja minkä takia.
- ❖ Suurimmat ruuantähteet sekä pehmeät peitteet voidaan pyyhkiä hampaista ja limakalvoilta esimerkiksi sideharsoa käyttäen.
- ❖ Hampaat tulisi harjata hammasharjalla ainakin kerran vuorokaudessa mahdollisimman pientä ja pehmeäharjaista hammasharjaa käyttäen.
- ❖ Hammasproteesi puhdistetaan päivittäin proteesiharjaa tai tavallista hammasharjaa käyttäen. Proteesit tulee ottaa säännöllisesti hetkeksi pois asukkaan suusta, jotta sylki pääsee huuhtelemaan niiden alla olevia limakalvoja.
- ❖ Päivittäisen hammashoidon yhteydessä on tärkeää huomioida myös suu: limakalvojen sekä kielen kunto ja puhtaus tulisi tarkistaa päivittäin.
- ❖ Muita suositeltavia suunhoidon välineitä ovat kielenpuhdistajat sekä kuivalle suulle tarkoitettut geelit ja suihkeet.

Kuolevan oireiden hallinta on saattohoidossa lääkehoidon lähtökohta. Tavoitteena on parantaa asukkaan hyvinvointia mahdollisimman vähäisellä lääkityksellä, yksinkertaisesti ja sivuvaikutuksia minimoiden.

Saattohoidossa olevan asukkaan tyyppinen oireenmukainen lääkitys koostuu seuraavista lääkkeistä:

- ❖ tulehduskipulääke tai parasetamoli peruskipulääkkeenä
- ❖ opioidi vahvana kipulääkkeenä
- ❖ laksatiivi ja diureetti
- ❖ nukahtamislääke tai pieniannoksinen rauhoittava lääke.

Lääkkeen annostelun peruseriaatteena saattohoidossa tulisi olla lääkkeen antaminen yksinkertaisinta, tehokkainta ja vähiten asukasta haittaavaa antoreittiä käyttäen. Lääke voidaan annostella:

- ❖ suun kautta
- ❖ rektaalisesti
- ❖ ihon läpi (lääkelaastarit)
- ❖ injektiona ihon alle tai lihakseen

Asukkaan lääkkeiden tarvetta on hyvä arvioida päivittäin. Voinnin heiketessä ja nielemisen vaikeutuessa voidaan esimerkiksi suun kautta otettavat perussairauksien hoitoon tarkoitetut lääkkeet lopettaa kokonaan hoitavan lääkärin luvalla. Kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet sen sijaan pyritään antamaan loppuun asti siinä muodossa mikä asukkaan voinnin kannalta on mahdollinen. Uusia lääkkeitä määrätään tarpeen mukaan esimerkiksi kipuun, levottomuuteen, limaisuuteen, hengenahdistukseen tai pahoinvointiin. Saattohoidossa tavallisesti pidättäydytään antibioottihoidosta, joten infektioiden hoidossa keskitytään ainoastaan oireiden hoitoon.

Riittävä kipulääkitys on ensiarvoisen tärkeä asia saattohoidossa asukkaan hyvän elämänlaadun takaamiseksi. Kivun ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja hallinta ovat olennaisia asioita kivunhoidossa. Kivun ennaltaehkäisykeinoja ovat laadukas perushoito, lääkehoito ja henkisen hyvän olon turvaaminen.

Muistisairaana asukkaan voi olla vaikeaa – jopa mahdotonta ilmaista kipua, joten vastuu kipulääkityksen tarpeen määrittämisestä jää usein hoitohenkilökunnalle, jotka arvioivat kipua esimerkiksi asukkaan ilmeitä, eleitä ja ääntelyä havainnoimalla. On hyvä kuitenkin muistaa, että kaikki kuolevat eivät ole kivuliaita.

Kivun lääkkeellinen hoito aloitetaan tavallisesti WHO:n laatiman kivunhoitomallin mukaisesti tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla. Tulehduskipulääkkeen rinnalle voidaan määrätä tarvittaessa heikko opioidi (esimerkiksi tramadoli tai kodeiini), joka myöhemmin kivun ja hengitysoireiden lisääntyessä vaihdetaan vahvaksi opioidiksi (esimerkiksi morfiini tai oksikodoni).

## WHO:n kivunhoitomalli

<b>1.</b> TULEHDUSKIPULÄÄKE	<b>2.</b> HEIKKO OPIOIDI + TULEHDUSKIPULÄÄKE	<b>3.</b> VAHVA OPIOIDI + (TULEHDUS- KIPULÄÄKE)
ESIM. PARASETAMOLI	ESIM. TRAMADOLI KODEIINI	ESIM. MORFIINI OKSIKODONI FENTANYYLI METADONI
LIEVÄTKIVUT, LUUSTOKIVUT	KESKIVAIKEAT KIVUT	VAIKEAT JA KESKIVAIKEAT KIVUT, HENGENAHDISTUS



Kuolevan asukkaan ravinnon ja nesteen tarpeen arvioinnissa korostetaan yksilöllisyyttä. Ravitsemuksen suunnittelussa on huomioitava useita tekijöitä, kuten ruuan laatu, määrä, antamismuoto, ruokailun ajankohta sekä asukkaan kunto ja mielihalut. Ravinnon ja nesteen tarve muuttuvat kuolevan kehon heiketessä ja on myös tilanteita, jolloin ihminen itse ei osaa tai pysty hahmottamaan, arvioimaan tai ilmaisemaan omaa ravinnon tarvettaan. Tällöin vastuu jää hoitohenkilökunnalle.

Ravinnon ja nesteen saannin muutoksiin sekä kuolevan elimistön heikkenemiseen saattaa liittyä erilaisia oireita, joita tulee tilanteen mukaan helpottaa. Oireita ovat muun muassa pahoinvointi, oksentaminen, ruokahaluttomuus, ummetus, ripuli sekä laihtuminen. Oireet ovat yksilöllisiä, joten niiden hoitaminen vaatii aina tilanteenmukaisen arvioinnin.

Oireita helpottavia menetelmiä ovat esimerkiksi

- ❖ lääkehoito
- ❖ liikehoito
- ❖ säännölliset wc-käynnit
- ❖ ruokailutilanteen järjestäminen miellyttäväksi
- ❖ ruoka-aikojen joustavuus
- ❖ raitis ilma
- ❖ hyvä ruokailuasento
- ❖ mieliruokien tarjoaminen

Janon tunne ja suun kuivuminen ovat tavallisia oireita kuolevalla asukkaalla. Muistisairas ei välttämättä itse muista tai ei enää pysty omatoimisesti nauttimaan nesteitä, joten hoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia säännöllisesti asukkaan juottamisesta ja suun kostuttamisesta.

Elimistön kuivumiseen liittyy saattohoidettavan kannalta sekä hyviä että huonoja puolia. Kun kyse on pitkälle edenneestä sairaudesta, kuivuminen vähentää eritystoimintaa ja näin ollen asukas tarvitsee vähemmän hoitotoimenpiteitä ja liikuttelua. Kuivuminen vähentää myös limaneritystä ja näin ollen helpottaa hengitystä. Toisaalta kuivuminen voi aiheuttaa asukkaassa sekavuutta johtuen elimistön epätasapainosta (natrium, kalsium, kalium).

Suonensisäiseen nesteytykseen turvaudutaan saattohoidossa harvoin. Ylimääräisen nesteen antaminen rasittaa asukkaan elimistöä omalla tavallaan ja saattaa lisätä oireita sekä pitkittää elämää turhaan. On suositeltavaa, että asukas nauttii nesteet suun kautta itselle sopivina määrinä niin kauan kuin kykenee ja tämän jälkeen keskitytään nesteytyksen sijaan suun kostuttamiseen pienillä nestemäärillä. Saattohoidossa suun kuivuminen on nestehukkaa suurempi ja epämiellyttävämpi ongelma.

Hoidon kannalta tarpeellisia apuvälineitä on mahdollista lainata Kotkan kaupungin apuvälinelainaamosta veloituksetta. Apuvälineet lainataan aina asukkaan henkilökohtaiseen käyttöön ja ne tulee palauttaa, kun niitä ei enää tarvita.

Vuodehoidossa olevalla asukkaalla tulee olla käytössä sähkökäyttöinen vuode, joka helpottaa asentohoitoa ja mahdollistaa esimerkiksi vuoteessa ruokailemisen pääty kohotettuna. Vuoteeseen on mahdollista tilata pienen painevaikutuksen omaava patja, joka säännöllisesti muuttaa kehon painopistettä ja näin ollen ehkäisee painehaavojen syntymistä.

Mikäli asukas edelleen jaksaa ja haluaa istua, on hänelle hyvä hankkia geriatrinen tuoli, jonka saa tarvittaessa asetettua lepoasentoon. Siirtoja helpottamaan on mahdollista hankkia nostolaitte Carean apuvälinelainaamosta. Oikeanlaista nostolaitetta valittaessa tulee huomioida asukkaan sen hetkinen toimintakyky, eli millaiset voimat asukkaan käsissä ja jaloissa on jäljellä. Liikuntarajoitteista asukasta ei tule siirtää ilman apuvälineitä, sillä se saattaa aiheuttaa asukkaalle turhaa kipua ja toisaalta kuormittaa hoitohenkilökuntaa.

Pesutilanteeseen sopivia apuvälineitä ovat suihkupaarit tai suihkutuoli. Suihkupaarin käyttö on suositeltavaa huonokuntoisen asukkaan kohdalla, mutta tämä ei ole kaikissa yksiköissä mahdollista, sillä suihkupaari vaatii suuret ja esteettömät pesutilat. Tällöin käytössä tulisi olla kallistusominaisuudella varustettu suihkutuoli.

Oireenmukainen hoito on hyvä muistaa myös apuvälineitä hankkiessa, apuvälinelainaamosta voi myös lainata happirikastimen ja imulaitteen.

Hengenahdistus on yleinen oire saattohoidossa. Viimeisten elinviikkojen aikana hengenahdistuksesta kärsii noin 45 – 75 % kaikista saattohoidossa olevista. Tavallisimpia syitä hengenahdistukselle ovat sydämen toiminnan heikkeneminen, tulehdukset, keuhkojen liiallinen nestekuorma, aiemmin todettu hengitysteiden tai -elinten sairaus (astma, COPD) tai pelko.

Hengenahdistuksen lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat:

- ❖ hoitotoimien rauhallisuus
- ❖ asentohoito
- ❖ raikas ja kostea huoneilma
- ❖ väljä vaatetus
- ❖ rentoutus ja hengitystekniikoiden harjoittelu.

Hengenahdistuksen lääkehoidossa opioidit ovat tärkein lääkeryhmä. Ne vähentävät herkkyyttä hiilidioksidille ja vähentävät kipua, ahdistusta ja jossain määrin myös hengitysteiden limaneritystä. Hyviä lääkkeitä hengenahdistuksen vähentämiseksi ovat myös inhaloitavat astmalääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet.

Saattohoidossa lisähapen antaminen on kyseenalaista, sillä sen hyödyistä henkilölle, joka ei kärsi hapenpuutteesta, ei ole selkeää näyttöä. Mikäli asukas kuitenkin kokee lisähapen helpottavan oloa, on sitä syytä hänelle antaa. Saattohoidossa olevalle lisähappea annetaan mieluummin happiviiksillä kuin – maskilla, sillä maskin käyttö saattaa lisätä tukehtumisen tunnetta, kuivattaa limakalvoja ja olla esteenä kommunikoinnille. Sopiva lisähapen määrä on 1 – 3 litraa minuutissa.

Suolentoiminnan ongelmat ovat tavallisia kuolevalla ihmisellä. Vahvat kipulääkkeet, niukka ravinnonsaanti, kuivuminen sekä liikunnan vähäisyys hidastavat suolen toimintaa ja näin ollen aiheuttavat ummetusta. Ummetus on kivulias tila, joka hankaloittaa elämää.

Saattohoidossa olevan asukkaan kohdalla ummetusta hoidetaan tavallisesti ulostetta pehmentävällä ja suolen toimintaa vilkastuttavalla laksatiiveilla. Tarvittaessa suolen voi toimittaa peräruiskeella pitkäaikaisen ulosteen kertymisen ehkäisemiseksi. Joskus ummetukseen liittyy ohivuotoa, jolloin kiinteän ulostemassan ohi valuu nestemäistä ulostetta. Tällöin erehdytään helposti hoitamaan ummetusta ripulina.

Pahoinvointi on yleinen oire kuolevalla asukkaalla. Pahoinvointi johtuu tavallisesti lääkkeistä, aineenvaihdunnallisista syistä, tulehduksista, ummetuksesta tai suolitukoksesta. Useimmiten pahoinvoinnin takana on enemmän kuin yksi tekijä. Pääperiaatteet pahoinvoinnin hoidossa ovat pahoinvoinnin syyn selvittäminen ja pahoinvoinnin lopettaminen hoitamalla sitä aiheuttavaa tekijää.



Asukkaan omaisia voivat olla perhe, sukulaiset, ystävät, naapurit tai muut henkilöt, jotka hän kokee lähimmäisikseen. Omaisten tärkeimpänä tehtävänä on tuoda asukkaalle turvallisuuden ja läheisyyden sekä merkityksellisyyden tunnetta kuoleman lähestyessä. Halutessaan he voivat kykijensä mukaan osallistua hoitamiseen – tai vaihtoehtoisesti keskittyä vain olemaan läsnä. Omaiset tuovat normaalin arjen sekä läheisyyden asukkaan vierelle.

Läheiset tarvitsevat rehellistä ja ajantasaista tietoa kuolevan läheisensä sairaudesta, ennusteesta ja hoidosta sekä kuolemasta. Saattohoidon aloitus ja kajoavista hoidoista luopuminen voivat olla omaisille raskasta kuultavaa, tällöin olisi hyvä jos heidän kanssa asiasta keskustelemassa olisi tuttu lääkäri tai hoitaja, johon on syntynyt luottamussuhde.

Omaisten selviytymisen tukemisessa on olennaista emotionaalinen tuki, johon liittyy esimerkiksi välittämisen osoittaminen, tunteiden hyväksyminen, kuunteleminen, keskusteleminen, toivon ylläpitäminen sekä kannustaminen. Emotionaalisen tuen antamisen lähtökohtana on avoin hoitosuhde hoitajan ja omaisen välillä.

Omaisten surun herättämiin ajatuksiin tai tunteisiin ei voi valmistautua etukäteen. Hoitohenkilökunnan tulee tukea ja rohkaista omaista reagoimaan tunteidensa mukaisesti. Hoitohenkilöstö voi tarjota sureville läheisille myös esimerkiksi surua ja surusta selviytymistä käsitteleviä opaslehtiä ja kirjallisuutta.



Saattohoitotyö on vaativa ja raskas hoitotyön osa-alue. Asukkaan kuolema koskettaa hoitajia usein syvästi ja siihen saattaa liittyä monenlaisia tunteita kuten surua, ristiriidan tai helpotuksen tunnetta, ikävää, ahdistusta, pelkoa, turhautumista sekä rajallisuuden ja riittämättömyden tunteita.

Tiedon lisääminen antaa varmuutta toimia saattohoitajana. Saattohoitoon perehtyneisyys vaatii tiedon rinnalle omien tunteiden tutkimista, ajatuksia oman kuoleman kohtaamisesta ja siitä, miten osaa käyttää omia vahvuuksiaan hoitotyössä. Esimiehen tehtävä on luoda työyhteisössä myönteistä ilmapiiriä kuolemasta puhumiseen. Esimies voi myös järjestää tilaisuuksia, joissa kuolemasta ja sen herättämistä tunteista voidaan keskustella yhdessä. Aina ei tarvita pitkiä istuntoja tai työnohjausta, vaan lyhyt keskustelu vertaisen kanssa voi palvella tätä tarkoitusta.

Hoitohenkilökunta on läsnä kuoleman sekä omaisten kokeman surun kanssa ja näin ollen altistuu myös monella tavalla väsymykselle, avuttomuudelle, haavoittuvuudelle ja surulle. On tavallista, että kuolevan asukkaan ja hänen omaistensa tunnetilat muistuttavat hoitajaa hänen omista raskeista kokemuksistaan ja kokemistaan suruista. Omaisten kokema ahdistus purkautuu usein tyytymättömyytenä ja aggressiivisuutena. Tällöin on vaarana, että hoitohenkilökunta alkaa potea huonoa omatuntoa ja ahdistusta, joka purkautuu ylihoitamisena.

Hoitohenkilökunnan on tärkeää seurata omaa jaksamistaan ja uupumuksen merkkejä, joita ovat tavallisesti krooninen väsymys, yliyrittäminen, syyllisyys sekä vaikeuksien peittely ja ongelmien muodostuminen vyyhtimäisiksi. Myös fyysiset oireet kuten unettomuus, säryt ja ruokahaluttomuus ovat tavallisia ja pahenevia, mikäli niihin ei reagoi ajoissa. Liikarasittuneisuus ilmenee tavallisesti lisääntyneinä sairauspoissaoloina.

### *Kuoleman merkit ja kuolleeksi toteaminen*

Hoitohenkilöstö voi ennakoida asukkaan lähestyvää kuolemaa havainnoimalla tietynlaisia psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia asukkaan tilassa.

Kuolemaa ennakoivia merkkejä ovat:

- ❖ heikko ja epäsäännöllisen nopea sydämensyke
- ❖ kylmänkostea ja kalpea iho
- ❖ lautumat (sinertävän kirjava väri ihossa)
- ❖ jalat, kädet, nenänpää ja korvat kylmenevät
- ❖ haukkova tai koriseva hengitys
- ❖ madaltunut tajunnantaso
- ❖ tunto- ja kuuloaistin heikkeneminen
- ❖ kasvojen lihasten rentoutuminen

Kuoleman merkkejä ovat:

- ❖ sydämen pysähtyminen
- ❖ hengityksen lakkaaminen
- ❖ lihasten rentoutuminen
- ❖ reagoimattomuus ärsykeille

Hoitavalle lääkärille ilmoitetaan asukkaan kuolemasta virka-aikana. Attendon lääkäripalvelujen lääkäri ei tule paikanpäälle toteamaan vainajaa, vaan hautaustoimisto tai ruumishuonekuljetus kuljettaa vainajan sairaalaan lääkärin nähtäväksi, jolloin tehdään virallinen kuoleman toteaminen.

On hoitohenkilökunnan tehtävä ilmoittaa asukkaan kuolemasta omaisille. On toivottavaa, että kuolemasta ilmoittaja on omaisille ennestään tuttu hoitaja, johon on syntynyt luottamussuhde. Asukkaan lähiomaisen kanssa tulisi etukäteen sopia, haluavatko he ilmoituksen myös yöllä.

Kerrottaessa suruviestiä omaisille, on hoitajan oltava hienotunteinen, mutta samalla selkeä, jotta omaiset ymmärtävät asian oikein. Kertojan on hyvä miettiä jo ennen omaisen kohtaamista, miten asia kannattaa esittää.

Tavallisesti kuolemasta kerrotaan puhelimitse, mutta mikäli omainen on läsnä osastolla ja asiasta kerrotaan kasvokkain, tulee ympäristön olla rauhallinen ja häiritsevät tekijät tulisi karsia pois.

Mikäli kuolleella asukkaalla ei ole omaisia tai heitä ei tavoiteta, otetaan yhteyttä viranomaisiin, jotka selvittävät mahdollisten omaisten olinpaikan sekä yhteystiedot. Mikäli omaisia ei ole olemassa tai he eivät kykene osallistumaan kuolevaan liittyviin järjestelyihin, otetaan yhteyttä kaupungin sosiaalityöntekijään.

Asukkaan kuoleman jälkeen on monia käytännön asioita, joista hoitohenkilökunta huolehtii yhdessä omaisten kanssa. Vuokrasopimus puretaan, joten omaisten tulee tyhjentää asukkaan huoneesta kaikki henkilökohtaiset tavarat sekä huonekalut. Apuvälineet palautetaan takaisin apuvälinelainaamoon. Hoitohenkilökunta peruu asukkaan lääkejakelelun sekä ateriatilauksen ynnä muut palvelut, joita asukas on palveluasumisen kautta saanut.

Kuollutta asukasta on tapana kunnioittaa suruliputuksella. Koskenrinteellä on myös tapana, että osaston henkilökunta lähettää omaisille suruvalittelukortin tai adressin. Mikäli omaiset tarvitsevat tukea, on heillä mahdollisuus olla myös jatkossa yhteydessä Koskenrinteelle ja saada sieltä keskusteluapua suruunsa.

Vainajan laitto on hienotunteinen tapahtuma, johon kuuluu vainajan kunnioitus ja tilanteen arvokkuus.

- ❖ Vainajan vaatteet riisutaan, erittäviin aukkoihin asetetaan tarvittaessa sideharsotaitokset vuodon ehkäisemiseksi, mahdolliset haavat siistitään ja vaihdetaan puhtaat sidokset.
- ❖ Mahdolliset proteesit laitetaan paikoilleen ja hiukset kammataan. Miesvainajalta ajetaan parta.
- ❖ Vainaja jätetään selälleen, kädet sivuille.
- ❖ Nilkkaan kiinnitetään lappu, jossa on vainajan nimi, henkilötunnus, omaisen yhteystiedot, kuolinpaikka tai osasto sekä kuolinaika.
- ❖ Vainaja puetaan kertakäyttöpaitaan ja vuoteeseen vaihdetaan kertakäyttölakanat. Vainaja voidaan pukea myös omiin vaatteisiinsa.
- ❖ Kaikissa olosuhteissa vainaja laitetaan arvokkaasti ja kiireettömästi. Vainajan rinnan päälle voidaan asettaa kukkia ja lakanasta muotoilla risti.



## SAATTOHOIDON TARKISTUSLISTA: päivitetty 10.11.2015

Talo/yksikkö:

Asiakas/asukas:

AIHE/ASIA	KYSYTY/PYYDETTY	TEHTY/HUOMIOITU	PERUTTU	TOIVEET	HUOMIOITU/TOTEUTETTU
<b>SAATTOHOITOPÄÄTÖS</b>					
lääkäri					
omaisen mielipide (hoitotahdon sisältö)					
<b>RAVITSEMUS</b>					
mieliruoat/maistiaiset					
mielijuomat					
ateriapaketin jatkuminen					
muuta					
<b>LÄÄKEHOITO</b>					
annosjakelun jatkuminen					
kivunhoito					
tarv. pahoinvointilääke					
muuta					
<b>HUOMIOINTI</b>					
-omaisen mahdollisuus olla läsnä (+ yöpymismahdollisuus)					
-hengelliset tarpeet					
-musiikki/kuunnelmat					
<b>APUVÄLINEET</b>					
-decubituspatja					
-tyynyjä asentohoitoon					
-imulaite					
-nostolaite					
-happirikastin/happipullo					
-soittokello/turvaranneke					
<b>SELVITÄ ENNEN KUOLEMAA</b>					
Ilmoitetaanko kuolemasta myös yöllä?					
hautausoimisto vai RH-Kuljetus					
vainajan pukeminen					

vainajan hyvästely			
muuta huomioitavaa			
<b>ILMOITUKSET KUOLEMASTA</b>	<b>HOIDETTU</b>	<b>MUUT ILMOITUKSET/ ASIOIDEN HOITO</b>	<b>HOIDETTU</b>
omaiset		suruliputus (kiinteistö, viikonloppuisin: yksikkö itse)	
kuljetus: hautaustoimisto (sovittu omaisen kanssa) puh. _____ tai RH-Kuljetus puh. 040 855 4496 tai 050 340 1357 (varanumero)		kiinteistö ( <b>hoiva-asunnon kunto</b> )  Marjo Eerola huolehtii kotihoidon asiakkaiden asunnon korjaustarpeen ilmoittamisesta	
<b>Kotkan kaupungin SAS-työryhmä (hoivat)</b> Mira Silvennoinen <a href="mailto:mira.silvennoinen@kotka.fi">mira.silvennoinen@kotka.fi</a> puh. 040 845 8213 Tarja Seppä <a href="mailto:tarja.seppa@kotka.fi">tarja.seppa@kotka.fi</a>		<u>kirjaukset (kotihoito)</u> : V-KOTI-lehti (loppuarviointi) ja palvelujakson päättäminen, jos asiakkaan tiedot ovat Efficassa vielä auki	
<b>Kotkan kaupungin asumispalvelukoordinaattori (hoivat)</b> Maija Rantala <a href="mailto:majja.rantala@kotka.fi">majja.rantala@kotka.fi</a>		<u>kirjaukset (hoivat)</u> : V-Koti-lehti ja uloskirjaus	
<b>lääkäri (hoivat)</b> Hoivanet, Attendo, tk puh. _____		yhteydenpito omaiseen: tuki, vointi <b>hoivat</b> : muuttoaikataulu (ilmoita myös SAS-työryhmälle)	
<b>Kotkan kaupungin palveluohjaaja (kotihoito)</b> Riitta Forsman <a href="mailto:riitta.forsman@kotka.fi">riitta.forsman@kotka.fi</a> puh. 040 527 3709		papereiden arkistointi	
<b>asuntotoimisto (kotihoito)</b> koordinaattori Marjo Eerola <a href="mailto:asuntoasiat@koskenrinne.fi">asuntoasiat@koskenrinne.fi</a> puh. 044 723 3096		surunvalittelukortti/adressi omaisille	
<b>toimisto (kotihoito sekä hoivat)</b> Kirsi Marttila <a href="mailto:kirsi.marttila@koskenrinne.fi">kirsi.marttila@koskenrinne.fi</a> puh. 044 723 3133		kuolintodistus ( <b>hoivat</b> ): -hautauslupa omaisille -muut osat erillisen ohjeen mukaan (maistraatti ja THL Helsingin avauspaikka)	
<b>vastaava hoitaja</b> (kunkin talon oma) puh. _____		kirjaus poissaolokalenteriin	
<b>apteekki</b> : exitus-ilmoitus, jos annosjakelu ollut käynnissä tai lääkehoito ollut tauolla (= asiakassuhteen päättäminen)		muuta	
<b>ravintola</b> (ateriapaketti), jos menossa (ilm. omaan taloon) puh. _____			
<b>muut asiakkaat/ asukkaat</b>			
muuta (esim. kotisairaala) puh. _____			



- Agge, E., Anttonen, M., Grönlund, E., Lehtomäki, S. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry.
- Arcand, M. 2015, End-of-life issues in advanced dementia. Artikkel. Canadian Family Physican.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. 2015, Muistisairaudet. Duodecim.
- Haanpää, M., Kalso, E., Vainio, A. 2009. Kipu. Duodecim.
- Heikka, H., Hiiri, A., Honkala, S., Keskinen, H., Sirviö, K. 2015. Terve suu. Duodecim.
- Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Duodecim.
- Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Duodecim.
- Hänninen, J. 2011. Saattohoito. Etelä-Suomen syöpäyhdistys.
- Hänninen, J., Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Kirjapaja.
- Kelley, A., Morrison, S. 2015. Palliative care for the seriously ill. Artikkel. The new England journal of medicine.
- Korhonen, T., Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 4/2013.
- Lukmaa, M., Toikka, K. 2010. Dementoivia muistisairauksia sairastavien vanhusten saattohoidon toteuttaminen vanhainkodissa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Määttä, J., Valtonen, H. 2014. Hoitohenkilökunta muistisairaana ikääntyneen suun hoitajana. Oulun ammattikorkeakoulu.
- Peltonen, S., Jussinkorpi, S. 2012. Saattohoito-opas omaisille. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu. Tampereen yliopisto.
- Kuvitus: Lily Perheenmies ja Mari Korpi

PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY

# *Läheisensä menettäneelle*

---



Kenelle tämä opas on tarkoitettu Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Suru ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Hyvästely ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Ruuminaisuus ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Kuolintodistus ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Hautajaiset ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Perunkirjoitus ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Lopuksi ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Yhteystietoja ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Lähteet ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Tämä opas on tarkoitettu sinulle, joka olet juuri menettänyt läheisen ihmisen.

Kuolemantapauksen kohdatessa on surunkin keskellä hoidettava erilaisia käytännön asioita. Tämän oppaan ohjeet on tarkoitettu auttamaan ja tukemaan teitä näiden asioiden ja kysymysten äärellä.

Tämän oppaan ovat tuottaneet opinnäytetyönä Kymenlaakson Ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat Mari Korpi ja Tanja Peräkylä yhteistyössä Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n henkilökunnan kanssa.



Suru on luontainen reaktio silloin, kun elämässä tapahtuu menetys tai luopuminen. Se pitää sisällään erilaisia tunnereaktioita ja fyysisiä kokemuksia, jotka vaihtelevat suuresti eri ihmisten ja tilanteiden välillä.

Surun kokemus voi olla akuutti muutaman päivän ajan ja toisaalta se voi vielä vuosien päästä muistuttaa olemassaolostaan. Suru vaatii perusteellista läpikäymistä. Onnistuneesti läpikäyty suru voi parhaimmillaan parantaa elämänlaatua sekä antaa henkistä syvyyttä, avaruutta ja arvokasta elämäkokemusta.

Surun herättämiin ajatuksiin tai tunteisiin ei voi valmistautua etukäteen ja jokainen kokee ne omalla tavallaan. Ei ole yhtä oikeaa tapaa surra.

Halutessanne voitte vielä kuoleman jälkeen käydä katsomassa läheistänne ja jättämässä hyvästit. Mikäli hänet on jo ehditty siirtää hoivaosastolta sairaalaan vainajien säilytystiloihin, sovitaan katsomisesta ja sen ajankohdasta hautaustoimiston kanssa.

Vainajan näkeminen voi olla lohdullinen, koskettava ja rauhallinen tilaisuus, joka voi auttaa selkeämmin ymmärtämään kuoleman todellisuuden ja lopullisuuden. Myös lapsille on hyvä antaa mahdollisuus vainajan näkemiseen turvallisen aikuisen seurassa.

Voitte halutessanne osallistua myös vainajan pukemiseen ja valmistelemaan arkuun laittamisen yhteydessä. Myös tästä sovitaan erikseen hautaustoimiston kanssa.

Mikäli kuolinsyy ei syystä tai toisesta ole selvillä ja tilanne vaatii jatkoselvittelyä, voidaan vainajalle tehdä ruumiinavaus. Mikäli kuolema oli seurausta pitkästä sairaudesta, korkeasta iästä tai muusta luonnollisesta syystä, ei ruumiinavausta tehdä.

Oikeustieteellinen kuolemansyyn selvittäminen on tarpeen silloin, kun kuolemaa on edeltänyt kaatuminen tai muu loukkaantuminen, kuolema on tapahtunut odottamattomasti tai hoitotoimenpiteen seurauksena.

Mikäli kuolinsyy on selvä, hoitava lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen muutaman päivän kuluessa kuolemasta.

Kuolintodistus on kolmeosainen ja se sisältää seuraavat asiakirjat: virallinen kuolintodistus, ilmoitus maistraattiin sekä hautauslupa.

Osaston hoitohenkilökunta postittaa ilmoituksen maistraattiin sekä virallisen kuolintodistuksen Helsinkiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen.

Hautauslupa annetaan omaiselle, joka huolehtii hautajaisjärjestelyistä.





Olette saaneet hoivaosastolta lääkärin kirjoittaman haudausluvan. Teidän tehtävänne on toimittaa se valitsemaanne hautaustoimistoon. Hautaustoimisto puolestaan toimittaa sen kotiseurakunnalle, jonka haudausmaalle läheisenne mahdollisesti haudataan. Voitte olla yhteydessä hautaustoimistoon jo ennen haudausluvan saamista.

Hautajaiset järjestetään tavallisesti 2 – 3 viikon kuluessa, joten on aika alkaa miettiä hautajaisiin liittyviä käytännön asioita. Helpoin tapa aloittaa hautajaisjärjestelyt on ottaa yhteyttä valitsemaanne hautaustoimistoon, joka asiantuntevasti osaa auttaa teitä hautaukseen liittyvissä asioissa ja kysymyksissä, esimerkiksi arkun ja/tai uurnan valinnassa, siunaustilaisuuden järjestelyissä sekä ajanvarauksissa. Apua hautajaisten järjestämiseen on myös mahdollista saada kotipaikkakunnan kirkkoherranvirastosta.

Tavallisesti hautapaikka on haudausmaalla. Vaikkei läheisenne olisi kuulunut seurakuntaan, on hänellä oikeus tulla haudatuksi oman asuinkuntansa seurakunnan haudausmaalle.

Perinteisiin hautajaisiin kuuluu yleensä siunaustilaisuus, arkun tai uurnan laskeminen sekä muistotilaisuus. Muistotilaisuuden voi halutessaan järjestää kotona, seurakunnan tiloissa tai muissa tilaisuuteen soveltuvissa paikoissa.

Mikäli ette halua haudata läheistänne, vaan sirotella tuhkat, on se tehtävä vuoden kuluessa tuhkauksesta valitsemassanne paikassa.

On kunnioittavaa toteuttaa myös edesmenneen läheisenne toiveita hautauksen suhteen, mikäli hän on niitä elinaikanaan esittänyt.

Hautauskulut maksetaan ensisijaisesti vainajan varoista. Mikäli vainajalla ei ole omia varoja, on mahdollista hakea haudausavustusta viimeisen asuinpaikkakunnan sosiaalitoimesta. Sosiaalitoimi kustantaa tavallisesti minimihautauskulut.

Perunkirjoitus on tehtävä kolmen kuukauden kuluessa vainajan kuolinpäivästä. Sitä varten tarvitaan sukuselvitys vainajasta syntymästä kuolemaan saakka sekä virkatodistukset kuolinpesän osakkaista.

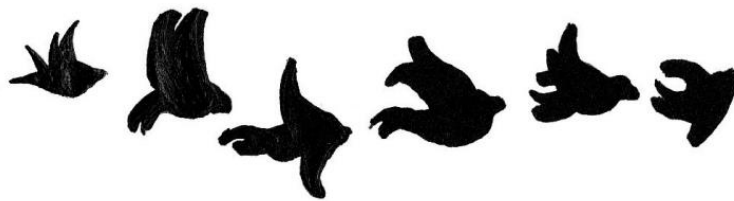
Perunkirjoitus jätetään verotoimistoon perintöverojen määrittämistä varten kuukauden kuluessa perunkirjoitustilaisuudessa.

Perunkirjoituksessa on varmintä käyttää lakia tuntevia asiantuntijoita.

Otamme osaa läheisenne poismenon johdosta.

Mikäli teillä herää kysymyksiä tai kaipaatte tukea tai keskustelua, olkaa rohkeasti yhteydessä Koskenrinteelle läheistänne hoitaneen osaston henkilökuntaan. Voitte kääntyä tarvittaessa myös kaupungin sosiaalityöntekijän puoleen poismenneen läheisenne asioiden hoitoa koskevissa kysymyksissä.

Surun keskellä keskusteluapua on myös mahdollista saada oman asuinkunnan seurakunnilta. Seurakunnan työntekijöitä sitoo vaitiolovelvollisuus.



Kotkan kaupungin sosiaalityön palvelualue

Sosiaalityöntekijät ja sosiaalihoitajat

05 23 471

Soittoaika arkisin ma-to 11-12

Kotka-Kymin seurakunta

044 7529 547

avoinna ma-pe 9-15

Langinkosken seurakunta

040 1967 503

avoinna ma-pe 9-12 ja 13- 15

Hänninen, J., Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Kirjapaja.

Korhonen, T., Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 4/2013.

Suomen hautaustoimistojen liitto ry.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Kuvitus: Lily Perheenmies ja Mari Korpi