



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Justiina Kulmala & Jasmin Salonen

Saattohoitopotilaan hoitotyö akuuttiosastolla

Opaslehtinen hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö
Kevät 2024
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Suuntautumisvaihtoehto:

Tekijä: Justiina Kulmala & Jasmin Salonen

Työn nimi alaotsikoineen: Saattohoitopotilaan hoitotyö akuuttiosastolla: Opaslehtinen hoitohenkilökunnalle

Ohjaaja: Minna Laitila & Sinikka Vainionpää

Vuosi: 2024

Sivumäärä: 45

Liitteiden lukumäärä: 2

Palliativinen hoitotyö on oireenmukaista hoitoa parantumattomissa sairauksissa eikä sille ole tarkoin määriteltyä ajankohtaa elämästä. Saattohoito on ihmisen viimeisiä elinviikkoja tai päiviä kestävä hoito, joka on osa palliativista hoitoa. Saattohoito koskettaa potilaan lisäksi myös lähipiiriä. Kuoleman lähestyminen tuottaa surua ja luopumisen tuskaa. Saattohoidon tavoitteena on mahdollisimman oireeton ja turvallinen kuolema. Jokaisen ihmisen oikeus on saada hyvää loppuelämän hoitoa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa saattohoitopotilaan hoitotyön toteuttamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata ja kehittää saattohoitopotilaan hoitotyötä akuuttiosastolla. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää akuuttiosastolla saattohoitotyön kehittämisessä. Tutkimuskysymyksenä, johon pyrittiin opinnäytetyössä vastaamaan, oli: Miten toteutetaan hyvää saattohoitoa?

Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa käytettiin kolmea eri tietokantaa ja lisäksi manuaalista tiedonhakua. Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui sekä suomalaisista että kansainvälisistä tutkimuksista. Aineiston analyysi tehtiin sisällönanalyysinä. Opinnäytetyön tuloksena oli opaslehtinen Alajärven akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle. Opasta voidaan myöhemmin käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseen.

Tutkimustuloksena hyvän saattohoidon toteuttamiseen olivat hyvä kivun ja oireiden hoitaminen, empaattinen ja kiireetön kohtaaminen sekä hoitolinjauksen tärkeys ja avoin keskustelu potilaan ja läheisten kanssa. Saattohoidon toteuttaminen vaatii aikaa ja resursseja sekä ammattitaitoista henkilökuntaa. Palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutus olisi tärkeää huomioida opetussuunnitelmissa.

¹ Asiasanat: kuolema, palliativinen hoito, saattohoito

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Nursing

Specialisation:

Author/s: Justiina Kulmala & Jasmin Salonen

Title of thesis: Hospice patients care in Acute Care Unit: A Guide for nursing staff

Supervisor(s): Minna Laitila & Sinikka Vainionpää

Year: 2024

Number of pages: 45

Number of appendices: 2

Palliative care is treatment according to symptoms in incurable diseases and there is no precisely defined time in life for it. Hospice is care that lasts the last weeks or days of a person's life, which is part of palliative care. Hospice care affects not only the patient but also the immediate family. Approaching death produces sadness and the pain of giving up. The goal of hospice care is as symptom-free and safe death as possible. Every person has the right to receive good end-of-life care. The purpose of thesis was to produce information about the implementation of hospice patient care. The aim of the thesis was to describe and develop the nursing work of hospice patients in the acute department. The information produced can be used in the development of hospice care in the acute department. The research question that the thesis sought to answer was: How is good hospice care implemented?

The thesis was implemented as integrative literature review. Three different databases were used for the literature review data search and manual data search. The material of the literature review consisted of domestic and international studies. The analysis of the data was done as content analysis. As a result of the thesis, an instruction sheet was created for the nursing staff of the Acute Ward in Alajärvi.

The research results for the prerequisites for implementing good hospice care were good treatment of pain and symptoms, empathetic and unhurried encounters, and the importance of treatment instructions and open discussion with the patient and loved ones. Implementing palliative care and hospice care requires time and resources as well as skilled nursing staff. Education in palliative care and hospice care should be considered in curricula.

¹ Keywords: death, palliative care, hospice

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	6
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	7
1 JOHDANTO	8
2 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ.....	10
2.1 Palliativisen hoidon määritelmä	10
2.2 Palliativisen hoidon indikaattorit.....	11
2.3 Palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen ja jäljellä olevan elinajan ennustaminen.....	13
3 SAATTOHOITOTYÖ	14
3.1 Saattohoidon määritelmä	14
3.2 Etiikka saattohoitotyössä	14
3.3 Hoitotahto.....	15
3.4 Hoitosuunnitelma.....	15
3.5 DNR-päätös.....	16
3.6 Läheisten ja potilaan tukeminen	16
4 SAATTOHOITOPOTILAAN OIREHOITO	18
4.1 Oireet	18
4.1.1 Kipu.....	18
4.1.2 Pahoinvointi	19
4.1.3 Hengenahdistus.....	19
4.1.4 Ummetus.....	20
4.1.5 Aliravitsemus.....	20
4.1.6 Väsymys	21
4.1.7 Delirium.....	21

4.2	Oireiden arviointi	22
5	KUOLEMAN KOHTAAMINEN	23
5.1	Kuolemaa edeltävät oireet.....	23
5.2	Kuoleman jälkeen.....	24
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	25
7	MENETELMÄT	26
7.1	Laadullinen tutkimus.....	26
7.2	Kirjallisuuskatsaus.....	26
7.3	Tiedonhaku	27
7.4	Sisällönanalyysi.....	27
8	TUTKIMUSTULOKSET	29
8.1	Hyvän saattohoidon toteuttaminen	29
8.2	Saattohoitopotilaan oireiden hoito	31
9	POHDINTA.....	35
9.1	Tulosten tarkastelu	35
9.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
9.3	Opinnäytetyön prosessi.....	38
9.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	38
	LÄHTEET	40
	KIRJALLISUUSKATSAUS ARTIKKELIT.....	44
	LIITTEET	45

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuva 1. Saattohoidon tarkistuslista.....	36
Kuvio 1. VAS mittari.....	22
Taulukko 1. Tautikohtaiset indikaattorit Palliativisen hoidon aloittamiselle.....	12
Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	28

Käytetyt termit ja lyhenteet

ACP	Advance Care Planning, joka tarkoittaa suomeksi elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaa.
ESAS	Edmonton Symptom Assesment System, oirekysely
NYHA	Luokitus kuvaa sydämen vajaatoiminnan oireiden vaikeusastetta
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale, pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointi
VAS	Visual Analogue Scale, visuaalinen oiremittari
VRE	Verbal Rating Scale, verbaalinen oiremittari

1 JOHDANTO

Nunnin (2014, s. 338–339) mukaan palliatiivinen ja loppuelämän hoito ovat käytettäviä termejä hoidosta, jota annetaan, kun ihminen lähestyy elämänsä loppua eli kuolemaa. Palliatiivisessa ja loppuelämän hoidossa ensisijaisena tavoitteena on saavuttaa paras elämänlaatu potilaille ja heidän perheilleen. Tässä varhainen oireiden tunnistaminen on tärkeää. Leino-Kilpi (2015, s. 309) toteaa kuoleman olevan luonnollinen osa elämää. Kuolevan potilaan hoito on olennainen osa hoitotyötä ja koulutusta. Kuolema tarkoittaa biologisen olemassaolon päättymistä.

Ollila ym. (2018, s. 367) toteavat, että arvokas kuolema tulee mahdollistaa jokaiselle ihmiselle. Kuolemaa voi edeltää jokin sairaus tai se voi olla luonnollinen, pitkän elämän loppu. Kuolemaan valmistautumisen prosessissa käydään läpi elettyä elämää, saavutuksia ja elämän aikana kohdattuja menetyksiä. Ihminen arvioi omaa elämäänsä ja määrittelee sitä, millaisesta elämästä hän joutuu luopumaan. Kuolema on aina lopullinen tapahtuma ja tärkeä elämänvaihe. Ollila ym. muistuttavat myös, että kuolemaan ei aina ole aikaa valmistautua, vaan se voi olla äkillinen ja ennalta arvaamaton tapahtuma.

Wender ja Morrison (2019, s.178) esittävät tavoitteena olevan minimoida parantumattomiin sairauksiin liittyvä kipu ja antaa parantumattomasti sairaiden kuolla ihmisarvoisesti. Monitaitoinen saattohoitohenkilökunta pyrkii huolehtimaan kuolevan potilaan lisäksi myös heidän perheistään.

Suomen perustuslaki (731/1999) edellyttää lailla säädettävät jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet. Hoitajien toimintaa Suomessa ohjaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Lailla taataan ihmisille oikeus hyvään terveydenhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Lailla ohjataan myös työntekijöitä kunnioittamaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa ja koskemattomuutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa saattohoitopotilaan hoitotyön toteuttamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata ja kehittää saattohoitopotilaan hoitotyötä

akuuttiosastolla. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää akuuttiosastolla saattohoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyön tuloksena on opaslehtinen Alajärven akuuttiosaston henkilökunnalle.

2 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

2.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Leino-Kilven (2015, s. 309) mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa oireenmukaisesti. Palliatiivista hoitoa toteutetaan, kun parannuskeinoa ei ole eikä ensisijaisena tavoitteena ole pidentää potilaan elämää. Palliatiivisen hoidon käsite on yleinen etenkin syöpää sairastavien potilaiden kohdalla. Tämän käsitteen käyttö ei kuitenkaan ole sidonnainen kuoleman läheisyyteen, sillä palliatiivista hoitoa voidaan toteuttaa vuosienkin ajan. Kuitenkin oleellista on, ettei sairaudelle ole lääketieteellisesti parantavaa hoitoa ja että hoitotyön toiminnoilla voidaan edistää merkittävästi potilaan elämänlaatua.

Saarto & Lehto (2018) selvittävät, että hoidon yhtenä periaatteena on auttaa elämään mahdollisimman aktiivista elämää kuolemaan saakka. Palliatiivinen hoito tulisi aloittaa jo taudin varhaisimmassa vaiheessa, kun kyse on kroonisesta kuolemaan johdattavasta taudista. Kun palliatiivinen hoito aloitetaan jo varhaisessa vaiheessa tautispesifisten hoitojen rinnalla, se helpottaa selviytymään hoidoista sekä niiden aiheuttamista oireista. Saarto myös toteaa, että se vähentäisi psykososiaalista ja henkistä kuormitusta. Palliatiivinen hoito on moniammatillista yhteistyötä, jossa huomioidaan fyysiset, psykososiaaliset sekä henkiset kuormittavat tekijät.

Palliatiivisen hoidon avulla tavoitellaan sairauden mukana tuomien oireiden ennaltaehkäisemistä, helpottamista ja tuetaan potilaan toiveiden ja tarpeiden mukaan sairaudesta selviytymisessä (Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), 2022, s. 24). Laatusuosituksen mukaan palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jolla pyritään helpottamaan potilaan selviytymistä arjessa niin hyvin kuin sairauden kanssa pystyy elämään. Kokonaisvaltainen hoito pitää sisällään fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen puolen. Näiden lisäksi korostuvat henkiset ja hengelliset tarpeet. Moniammatillisen työryhmän avulla saadaan huomioidua kokonaisvaltaisesti potilaan tarpeet ja toiveet.

2.2 Palliativisen hoidon indikaattorit

Hänninen (2018) toteaa, että on olemassa sairauskohtaisia indikaattoreita palliativisen hoidon aloittamiselle (taulukko 1). Syöpää sairastavien indikaattorina pidetään suorituskyvyn heikkenemistä syövän tai muun sairauden vuoksi. Myös potilaan liiallinen hauraus tai huono vaste hoitoihin on yksi indikaattori. Indikaattoreita apuna käyttäen lääkärit pystyvät määrittämään, onko potilas tarvitsemassa palliativista hoidonlinjausta tai saattohoitolinjausta.

Taulukko 1. Tautikohtaiset indikaattorit Palliativisen hoidon aloittamiselle. (Hyvien palliativisten käytäntöjen opas, 2018)

Sairaus	Indikaattorit
Sydänsairaus	NYHA IV (kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita, joita voi olla myös levossa) Hengenahdistus tai rintakipu minimaalisessa rasituksessa. Jatkuva oireilu sopivasta hoidosta huolimatta. Useita sairaalajaksoja pahenemisvaiheen vuoksi.
Keuhkosairaus	Vaikea keuhkoputkien ahtautuma tai keuhkojen tilavuuden pieneneminen Useita sairaalajaksoja pahenemisvaiheen vuoksi. Veren happipitoisuuden lasku Veren hiilidioksidipitoisuus korkea Hengenahdistus levossa tai < 100 m tasaista maastoa kävellessä. Muut vaikeat sairaudet (esim. sydämen vajaatoiminta) Laihtuminen (BMI < 21)
Vaikea dementia	Kyvyttömyys kommunikoida mielekkäästi tai tunnistaa läheisiään. Kyvyttömyys liikkua itsenäisesti tai suoriutua mistään päivittäisistä toiminnoista. Inkontinenssi Lisääntyvät nielemisvaikeudet.
Syöpä	Suorituskyvyn heikkeneminen levinneen taudin tai muiden sairauksien seurauksena. Kakeksia (kuihtuminen, vaikeisiin yleissairauksiin liittyvä huono yleistila, väsyminen)
Neurologiset sairaudet	Sopiva hoidosta huolimatta progressiivinen heikkeneminen fyysisesti tai kognitiivisesti. Vaikeasti hallittavat monimuotoiset oireet. Puheen ongelmat tai etenevä nielemisvaikeus. Toistuvat aspiraatiopneumoniat. Hengitysvajaus.
Vaikea munuaisten vajaatoiminta, johon ei suunnitella dialyysihoidoa	GFR < 15 (hiussuonikerästen suodatusnopeus munuaisissa). Monisairaus Lisääntyvät oireet
Maksasairaudet, johon ei suunnitella maksansiirtoa	Edennyt kirroosi, johon liittyy komplikaatioita Runsas askitesmuodostus Hepaattinen enkefalopatia Hepatorenaalinen oireyhtymä Bakteriperitoniitti Seerumin albumiinipitoisuus < 25 Suurentunut INR/pieni TT

2.3 Palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen ja jäljellä olevan elinajan ennustaminen

Pitkälle edenneen sairauden loppuelämän vaiheen hoitosuunnitelman tarpeenarvioinnissa voidaan käyttää erilaisia merkkejä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Palliativisen hoidon linjaus tulee kyseeseen viimeistään, jos hoitava lääkäri ei yllätyisi potilaan kuolevan seuraavien 6–12 kuukauden aikana tai jos kroonisesti sairaalla potilaalla on ollut jatkuvaa yleistilan heikkenemistä, jota ei saada hoitotoimenpiteillä palautumaan.

Hännisen (2018) mukaan ennusteen arviointi helpottaa elinajan pituuden ennakoimista ja sairauden vaiheen arvioimista. Tarkkoja ennusteita on vältettävä, mutta suuntaa antavat ennusteet ovat hyödyllisiä. Sairauden etenemisen lisäksi ennusteeseen vaikuttavat myös mahdolliset komplikaatiot esimerkiksi infektiot ja veritulpat. Ennusteen laatimisessa klinikon arviointi on hyvä yleinen arviokriteeri. Ennusteeseen liittyvät mittarit ovat epätarkkoja. Pelkkien laboratoriotutkimusten perusteella ei arviota voida myöskään tehdä.

3 SAATTOHOITOTYÖ

3.1 Saattohoidon määritelmä

Wender ja Morrison (2019, s. 2) toteavat, että saattohoidon pätevyudeksi lääkäri diagnosoi elinajan ennusteeksi kuusi kuukautta tai vähemmän. Ollila ym. (2018, s. 368) toteavat saattohoitopäätöksen olevan lääkärin, kuolevan ja omaisten yhteisymmärryksessä tehty lääketieteellinen päätös, joka tulee kirjata asiakastietoihin epäselvien tilanteiden ehkäisemiseksi. Saattohoitovaiheeseen siirtyminen ei kuitenkaan tarkoita, että hoidoista luovuttaiisiin, vaan hoito on intensiivistä ja sillä varmistetaan potilaan hyvinvointi eri ammattiryhmien yhteistyöllä. Teoksessa painotetaan saattohoidon olevan yksilöllistä ja inhimillistä, arvoja kunnioittavaa hoitoa potilaan elämän loppuvaiheessa. Saattohoito on yleensä vain päiviä tai viikkoja kestävä. Anttilan ym. (2015, s. 374) mukaan saattohoitoon siirrytään, kun hoitoennuste ja sairauden kulku eivät muutu käytössä olevista hoitomenetelmistä huolimatta. Potilas on saattanut myös kieltäytyä hoitomenetelmistä.

3.2 Etiikka saattohoitotyössä

Leino-Kilpi (2015, s. 312) toteaa, että samat eettiset periaatteet yhdistävät kaikkia kuolevan potilaan hoitotapoja. Kuolevan potilaan hoitotyö on yksi vaikeimmista hoitotyön alueilta. Eettiset lähtökohdat kuolevan potilaan hoitotyössä ovat samat kuin muussakin hoitotyössä. Eettisiksi lähtökohdiksi hoitotyössä on nimetty elämän kunnioitus, totuuden ja rehellisyyden kunnioitus sekä yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioitus. Auttamisen keskeisenä elementtinä on elämän ainutlaatuisuus. Kuolemaan valmistautumiseen kuuluu hyvästien jättäminen elämälle ja sen tosiasian hyväksyminen, että elämä on tulossa päätökseen.

Rautava-Nurmi ym. (2019 s. 23–24) painottavat, että hoitajan tärkeä tehtävä on kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja huomioida potilaan arvot, vakaumus ja tavat sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuus osallistua omaan

hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Hoitajan tulee noudattaa vaitiolovelvollisuutta. Vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on avoin ja luottamuksellinen.

3.3 Hoitotahto

Leino-Kilpi (2015, s. 314) toteaa, että jos potilaalla itsellään ja hänen läheisillään on erilainen käsitys hoitotoimenpiteistä tai niiden tärkeysjärjestyksestä, tuottaa se helposti eettisesti vaikeita tilanteita. Tilanne voi syntyä esimerkiksi, kun ikääntynyt potilas on jo hyväksynyt oman kuolemansa välittömyyden ja olisi jo valmis jättämään hyvästit, mutta läheiset vaativat vielä aktiivista hoitoa ja heillä on vaikeuksia hyväksyä kuolemaa. Tilanne voi olla myös toisin päin siten, että potilas haluaa itse vielä aktiivista hoitoa, mutta läheiset ovat jo valmiita luovuttamaan. Tällaisissa ristiriitatilanteissa on merkittävä apu, jos potilas on eläessään ilmaissut hoitotahtonsa kirjallisesti. Hoitotahto on ihmisen tahdonilmaisu siltä varalta, että hän ei itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin. Hoitotahdossa voidaan ilmaista lääketieteelliset, hoitotyöhön liittyvät ja muut ihmiselle tärkeät toiveet. Hoitotahto ilmaistaan suullisesti tai kirjallisesti, mutta on hyvä kirjata tahto esimerkiksi potilaan asiapapereihin ja löytää asialle todistajat. Tahto olisi myös määrääjain syytä ajantasaistaa. Ellei potilaalla ole kirjallista hoitotahtoa, häntä tulee hoitaa sen tahdon mukaan, joka hänellä oletetaan olevan. Tässä tilanteessa läheisten kertoma tieto on tärkeää.

3.4 Hoitosuunnitelma

Ennakoiva hoitosuunnitelma (advance care planning, ACP) on loppuvaiheen hoitoon liittyvä suunnitelma (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). ACP tulisi tehdä kaikille pitkälle edennyttä sairautta sairastaville henkilöille, siinä vaiheessa, kun hoitojen teho alkaa hiipua. ACP tehdään lääkärin ja potilaan välisistä keskusteluista, hoitolinjauksista ja rajauksista. Suunnitelmaan tulee kirjata edellä mainitut asiat sekä hoitava taho, potilaan nykytilanne ja meneillään olevat hoidot. Suosituksen mukaan suunnitelmaan tulee kirjata myös potilaan toiveet ja pelot sairauden edetessä sekä kuoleman lähestyessä. Keskustelussa olisi hyvä mukana olla myös potilaan läheinen, jos hän sen sallii. Suunnitelma kirjaan potilastietojärjestelmään, josta kukin hoitava taho sen pystyy tarvittaessa näkemään.

Suunnitelmaa tulisi myös sairauden edetessä päivittää, kun käydään tarkentavia keskusteluja.

3.5 DNR-päätös

Three Oaks Hospicen (i.a.) mukaan DNR-päätös (Do Not Resuscitate eli ei elvytetä) on laillinen lääkärin tekemä päätös, joka tarkoittaa, että sydäntä ei yritetä käynnistää uudelleen. Elvytyksessä on usein riskejä, etenkin jos kyseessä on iäkäs tai sairas potilas. Siksi DNR-päätös on usein yleinen saattohoitopotilailla, joiden selviytymismahdollisuudet ovat matalat. Joitain potilaita DNR-päätös auttaa saamaan rauhallisen ja kunniallisen kuoleman. Päätös mahdollistaa myös potilasta tekemään omaa hoitoaan koskevia tärkeitä lääketieteellisiä päätöksiä.

Ollila ym. (2015, s. 369) huomauttavat, että käytössä on myös kirjainyhdistelmä AND (Allow Natural Death eli salli luonnollinen kuolema) joka tarkoittaa siis käytännössä samaa asiaa. Hirvosen ja Pöyhien (2016) mukaan saattohoitopäätös pitää aina sisällään DNR-päätöksen, mutta DNR-päätös ei kuitenkaan tarkoita saattohoitopäätöstä. Potilaiden voi olla hankala käsittää, mitä elvytys kirjaimellisesti tarkoittaa. Elvytys voi aiheuttaa esimerkiksi kylkiluiden murtumisen. Yleensä palliativiset potilaat eivät täytä tehohoidon kriteereitä, minkä vuoksi eivät kuulu elvytyksen piiriin.

3.6 Läheisten ja potilaan tukeminen

Wender ja Morrison (2019, s. 7) toteavat kuoleman olleen jo vuosia henkilökohtainen tapahtuma, johon koko perhe on osallistunut. Terkamo-Moisio (2018, s. 34–35) kertoo, että hyvä kohtaaminen ja aito läsnäolo liittyvät laadukkaan elämän loppuvaiheen hoitoon. Myös kuolevan lähipiirin lohduttaminen on tärkeää. Hyvät vuorovaikutustaidot omaava hoitaja on helposti lähestyttävä, empaattinen sekä on aidosti läsnä. Nämä ominaisuudet lisäävät läheisten tyytyväisyyttä hoitoon. Läheisten ja kuolevan hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että hoitaja osaa kuunnella heitä.

Wender ja Morrison (2019, s. 11) esittävät, että kuolemasta puhuttaessa ihmiset voivat olla liian optimisia ennusteen suhteen ja ajattelevat läheisen tai itsensä vielä pystyvän parantumaan, vaikka olisikin selviä lääketieteellisiä todisteita kuolemaan johtavasta sairaudesta. Tähän ei ole syynä huono kommunikointi, vaan taustalla on biologinen syy, jota kutsutaan optimistiharhaksi.

Aho ym. (i.a.) mukaan tulee läheisen osallistuminen potilaan hoitoon mahdollistaa, jos potilas ja läheiset niin haluavat. Läheisten tukeminen vaihtelee suomessa hyvinvointialueittain. Hoitosuosituksella pyritään yhtenäistämään käytäntöä.

4 SAATTOHOITOPOTILAAN OIREHOITO

4.1 Oireet

Patelarou ym. (2022, s. 365) tiivistävät palliatiivisessa hoidossa oireiden olevan moninaisia, yhdistettyjä, kehittyviä ja muuttuvia. Niillä on moninainen luonne ja niillä on moninaisia syitä taustalla. Ne vaikuttavat negatiivisesti potilaan ja perheen elämänlaatuun. Sairaanhoidajien on tunnistettava oireet ja reagoitava niihin.

Nunn (2014, s. 338) nostaa esiin, että oireiden hallinnan painopisteenä palliatiivisessa hoidossa on kivun hallinta, joka on elämän loppua määriteltäessä kulmakivi. Täytyy kuitenkin muistaa, että potilaille ja heidän läheisilleen voi tulla muitakin oireita, jotka ovat myös yhtä tärkeää ottaa huomioon. Hoitajan mukaan yleisimpiä kivuttomia oireita ovat pahoinvointi ja oksentelu, ummetus, hengenhädistys, aliravitsemus, väsymys, hengitysteiden eritteet ja sekavuustila eli delirium.

4.1.1 Kipu

Anttila ym. (2015, s. 379) esittävät, että pitkälle edenneen sairauden tavallisin oire on kipu, joka muodostuu elinvarioista, psykologisista ja ympäristöön liittyvistä syistä. Lämpilyöntikipua on 63 %:lla loppuvaiheen potilaista (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Pitkälle edenneillä syöpää sairastavilla potilailla lämpilyöntikipua esiintyy jopa 80 %:lla. Heiskanen (2018) mukaan kipua on pääalajiltaan kahta erilaista, neuropaattinen (hermovauriosta johtuvaa) ja nosiseptiivinen (kudosvaurion aiheuttamaa). Myös näiden kahden kiputyypin sekoitus on yleistä.

Kipu johtuu yleisimmin kudosvauriosta esimerkiksi haavasta (Terveyskylä, 2021a). Kudosvaurio voi syntyä myös kasvaimen aiheuttamasta kudosvauriosta tai kasvain voi painaa kudokseen aiheuttaen kipua. Neuropaattisen kivun taustalla voi olla hermovaurio, jossa hermorakenne vaurioituu tai jää pinteeseen. Pinteeseen syynä voi olla kasvain.

Hospice red river valley (i.a.) kuvailee fyysisen kivun merkeiksi kasvojen elekielen merkkejä, kuten kulmien kurtistaminen ja pelokas katse. Lisäksi ruokahalu voi heikentyä ja voi esiintyä unettomuutta, hampaiden narskuttelua, voivottelevaa ääntelyä, itkemistä, huokailua, hengitys voi muuttua raskaaksi tai tihentyneeksi, aktiivisuus vähentyy ja toimintakyvyn muutoksia voi ilmetä.

Ihminen usein ajattelee fyysistä kipua, mutta se voi olla myös emotionaalista tai henkistä (Hospice red river valley, i.a.). Emotionaalinen kipu tai kärsimys voidaan kuvata sisäiseksi ahdistuksen, epämukavuuden tai onnettomuuden tunteeksi. Sairauden edetessä voi ilmetä hermostuneisuutta, ahdistusta tai sekavuutta. Pelottava, vihainen, järkyttynyt tai ahdistunut olotila on yleistä sairauden edetessä. Muita oireita ovat itkujaksot, hermostunut nauru, riippuvuus muista, mielialan vaihtelut, negatiivinen asenne ja heikentynyt keskittymiskyky. Henkisen kivun kuvailevia sanoja mainitaan olevan muun muassa. eristäytymisen ja hyljätyn tunteen tunne, tyhjyyden, syyllisyyden, pelokkuuden tai jopa toivottomuuden tunne.

4.1.2 Pahoinvointi

Morrow (2023) toteaa, että pahoinvointi ja oksentelu ovat yleisiä ja ahdistavia oireita monilla palliatiivisilla potilailla. Nämä ovat myös yleisiä elämän loppuvaiheessa, mutta eniten niitä ilmenee terminaalivaiheen syöpää sairastavilla. Syyn tai syiden tunnistaminen ja hoitaminen nopeasti voivat lisätä mukavuutta ja elämänlaatua. Ne myös saattavat estää potilasta ottamasta riittävästi nesteitä ja ravinteita sekä tärkeitä lääkkeitä.

Morrow (2023) tiivistää, että pahoinvointiin tai oksenteluun on useita eri syitä, esimerkiksi hajut, maut tai jokin mitä näkee. Myös jotkin lääkeaineet laukaisevat pahoinvointia, esimerkiksi opioidit, tulehduskipulääkkeet ja kemoterapia-aineet.

4.1.3 Hengenahdistus

Hengenahdistusta kutsutaan myös dyspneaksi (Compassus, i.a.). Se on yleistä kroonisissa sairauksissa esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa ja keuhkohtaumataudissa

(COPD). Hengenahdistus on yleinen kärsimystä aiheuttava oire palliatiivisilla potilailla. Hengenahdistus voi aiheuttaa paniikkia, joka tekee hengityksestä entistäkin vaikeampaa. Muun muassa kipu, ahdistus, tulehdus ja hengitysteiden tukkeutuminen aiheuttavat hengenahdistusta.

Lehto ym. (2013) toteavat, että kun sairaus on pitkälle edennyt, on hengenahdistukselle monia syitä ja monet niistä voivat esiintyä samanaikaisesti. Syy hengenahdistukselle tulee pyrkiä selvittämään. Tässä kuitenkin huomioidaan potilaan kokonaistilanne ja toimitaan sen sallimissa rajoissa.

4.1.4 Ummetus

Suoli toimii normaalisti 1–3 päivän välein, mutta ummetuksessa sen toiminta harventuu ja uloste on kovaa (Terveyskylä, 2021d). Ummetus aiheuttaa muun muassa vatsakipuja, pahoinvointia ja vatsan turvotusta.

Anttila ym. (2015, s. 379) nostavat esiin, että koska elintoiminnot hidastuvat on ummetus tavallinen oire. Ummetus johtuu muun muassa vähäisestä liikunnasta ja niukasta ravinnon saannista. Ummetusta aiheuttavat myös kipulääkkeet ja siksi niihin olisikin tärkeä liittää aina laksatiivit. Ummetus voi myös johtua alusastian käytöstä, masennuksesta sekä yksityisyyden puutteesta (National health service (NHS), 2023).

4.1.5 Aliravitsemus

Kakeksia-anoreksia on etenevä, sairaudesta johtuva laihtuminen, josta elämän loppuvaiheessa yli 80 % kärsii (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2019). Tehostetulla ravitsemushoidolla ei elämän loppuvaiheessa ole enää vaikutusta potilaan vointiin eikä se vaikuta jäljellä olevan elämän pituuteen. Elämän loppuvaiheessa tärkeää olisi syödä pieniä annoksia monta kertaa päivässä mielitekojen mukaan.

Huono ruokahalu voi johtua sairaudesta, lääkkeistä, pahoinvoinnista, nielemisvaikeudesta, masennuksesta tai ahdistuneisuudesta (National health service (NHS), 2023). Elämän loppuvaiheessa ruuansulatusjärjestelmä ei välttämättä toimi yhtä hyvin kuin ennen.

4.1.6 Väsymys

Elämän loppuvaiheen väsymystä kuvataan suorituskyvyn heikkenemiseksi, energian vähydeksi, heikkoudeksi, uneliaisuudeksi ja motivaation puutteeksi (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2019). Loppuvaiheen väsymys ei lieviy levolla ja se on kuoleman prosessin luonnollinen osa. Koska väsymys voi johtaa lisääntyneeseen tarpeeseen nukkua päiväunia, voi univalverytmi sekoittua, jolloin yöt menevät valvoessa ja päivät nukkuessa. Väsymys on yleensä oirekokonaisuus ja siitä on lähes mahdotonta eritellä oireen aiheuttajaa. Usein ainakin osana väsymyksen aiheuttajaa ovat tulehdukset, anemia tai nestevajaus.

4.1.7 Delirium

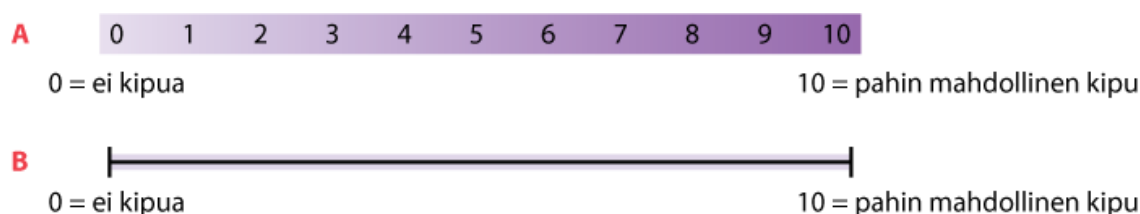
Delirium tarkoittaa akuuttia sekavuutta, jonka taustalla on ohimenevä aivojen vajaatoiminta (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2018; Terveyskylä, 2021b). Delirium oireilee aisti- ja neurologisin oirein, esimerkiksi ajattelun ja muistin häiriöt sekä aistiharhat. Sekavuustila usein vaihtelee vuorokauden mittaan ollen tyypillisesti illalla voimakkainta. Sekava potilas voi olla kiihtynyt tai toiminnaltaan hidastunut. Tärkeää on luoda tällöin rauhallinen ja turvallinen ympäristö ja olla läsnä. Myös tutut ihmiset, äänet ja esineet voivat rauhoittaa sekavuutta.

Yleisimpiä hoidettavia sekavuuden syitä ovat lääkehoito (esimerkiksi opioidit), infektiot, hapen niukkuus, runsas kalsiumpitoisuus, elektrolyyttihäiriöt, aivoissa olevat etäpesäkkeet ja virtsamyrkytys (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2018). Sekavuus voi johtua myös lääkkeiden annosmuutoksista tai lopetuksesta, vieraasta ympäristöstä, kivusta tai unettomuudesta (Terveyskylä, 2021b). Syy tulee aina selvittää.

4.2 Oireiden arviointi

Hännisen (2018) mukaan potilaat, jotka lähestyvät kuolemaa voivat kärsiä monista fyysisistä ja psyykkisistä oireista. Monen oireen samanaikaisuus voi tehostaa potilaan oireiden häiritsevyyttä, jolloin oireet kasaantuvat ja sekoittuvat. Oireiden arviointiin vaikuttavat mielenvireys sekä tietoisuus omasta ympäristöstään tunnistaa oireita, sekä ilmaista niitä. Helpommin tunnistettavissa olevia oireita ilmaistaan herkemmin. Kirjoittaja muistuttaa, että täytyy myös huomioida oiretermien merkitys, esimerkiksi pahoinvoinnilla voidaan tarkoittaa myös oksentelua.

Selkeän ja kattavan oirekuvan saamiseksi on tehtävä systemaattinen oirekysely (Hänninen, 2018). Oiremittarit auttavat tekemään potilaan oirekuvaa selkeämmäksi hoitohenkilöstölle. Oiremittareiden tulee olla helppokäyttöisiä ja luotettavia, esimerkkinä kuvio 1. Ne perustuvat ihmisen omiin tuntemuksiin ja kokemukseen. Oireita tulee myös havainnoida sellaisilta potilailta, jotka kykenevät heikosti tai ei ollenkaan vuorovaikutukseen, esimerkiksi kuvallisten asteikkojen tai PAINADin avulla. Potilaan kokemaa elämänlaatua tulee myös selvittää esimerkiksi EORTC QLQ-C15-PAL-palliativisen potilaan elämänlaatukselyn avulla. Oirekokemusta voi arvioida esimerkiksi VAS (visual analogue scale), VRS (verbal rating scale) ja ESAS (edmonton symptom assesment scale) mittareilla. Heiskasen (2018) mukaan kipua tulisi arvioida levossa ja liikkeessä potilaalle sopivimmalla kipuas-teikolla. Arviointia tulee myös suorittaa säännöllisesti, että kivunlievitys saadaan riittäväksi ja pystytään puuttumaan hoidon haittavaikutuksiin. Rahkon ja Rajalan (2020, s. 1608) mukaan myös lyhytvaikutteisten kipulääkkeiden tarvetta seuraamalla pystytään arvioimaan kipulääkkeen riittävyyttä.



Kuvio 1. VAS mittari. (Palliativisten hyvien käytäntöjen opas, 2018)

5 KUOLEMAN KOHTAAMINEN

5.1 Kuolemaa edeltävät oireet

Hännisen (2018) mukaan ennen kuolemaa on merkkejä, jotka kertovat lähestyvistä kuolemasta. Potilas on esimerkiksi väsynyt ja voimaton, tajunnantaso alentuu, periferia on viileä, potilas pystyy nauttimaan vain pieniä määriä nesteitä, ja potilas ei pysty ottamaan lääkkeitä suun kautta. Kuolemaa lähestyvän syöpäsairaahan oireita ovat kuihtuminen ja ruokahaluttomuus, väsymysoireyhtymä, tokkuraisuus, yleinen huono olo, kipu sekä delirium.

Kuolemaa lähestyviä merkkejä ovat myös eritystoimintojen hiipuminen (virtsa tai uloste), turvotukset alaraajoissa, oireilun lisääntyminen, esimerkiksi kivun lisääntyminen, mahdollinen kuumeilu, heikentynyt sydämen syke, hengitys voi muuttua raskaaksi, pinnalliseksi tai haukkovaksi. Lisäksi hengitys voi rohista ja voi ilmetä hengityskatkoja (Terveyskylä, 2021c). Sivulla kerrotaan myös, että kuoleman lähestyessä voi tulla psyykkisiä muutoksia. Psyykkisiä muutoksia voivat olla sekavuus, ahdistuneisuus tai potilas ei välttämättä jaksaa keskustelua. Tämä ei tarkoita, etteikö läsnäolo olisi potilaan mielestä mukavaa.

Oulun yliopistollisen sairaalan syöpäkeskuksen (OYS, i.a.) mukaan kuoleman hetkellä elintoiminnot, esimerkiksi aivojen toiminta, sydämen toiminta, hengitys ja verenkierto loppuvat. Kuoleman näkee kehossa tapahtuvista muutoksista. Hengitys pysähtyy ja asento vapautuu. Kuoleman hetkellä voi myös tapahtua seuraavia asioita; hengitys muuttuu, potilas äänтелеe, tulee lihasnykäyksiä tai kuoleva voi haroa käsillään. Ollila ym. (2018) toteavat, että syke muuttuu heikoksi (lankamaiseksi) ja sitä on vaikea löytää esimerkiksi ranteesta. Iholle tulee tumman sinertäviä kohtia eli lautumia, jotka johtuvat veren laskeutumisesta niille kohdille, jotka ovat alustaa vasten.

Ollila ym. (2018, s. 375) nostavat esiin, että saattohoidossa olevalle potilaalle pyritään aina tarjoamaan yhden hengen huone, jossa omaiset saavat vierailta ympäri vuorokauden. Kun potilaan kunto alkaa heikkenemään, annetaan omaisille mahdollisuus hyvästeihin ja kutsutaan heidät paikalle.

5.2 Kuoleman jälkeen

OYS syöpäkeskuksen (i.a.) mukaan kuoleman jälkeen ruumis kylmenee ja nivelet jäykistyvät muutamien ensimmäisten tuntien aikana. Violetin sävyistä väritystä tulee iholle painovoiman seurauksena alla oleviin kohtiin, esimerkiksi kylkiin.

Ollila ym. (2018, s. 373) toteavat, että kuoleman jälkeen lihakset rentoutuvat kokonaan ja alkuvaiheessa ruumis muuttuu veltoksi. Kehon lämpötilan laskun vuoksi ruumis kylmenee. Kuolonkankeus tulee noin tunnin kuluttua kuolemasta ja se kestää suunnilleen kaksi vuorokautta. Hoitavaa lääkäriä tiedotetaan kuolemasta ja hänen tehtävänä on tulla toteamaan kuolema. Kuolemaa kutsutaan myös exitukseksi. Kirjoittajat muistuttavat myös, että hoitaja kirjaa potilastietojärjestelmään kuoleman kellonajan tarkalleen ja paikalla olleet henkilöt. Hoitajat pukevat vainajalle exitussetin. Halutessaan omaiset saavat osallistua vainajan pukemiseen.

Ollila ym. (2018, s. 374) tähdentävät, että vainaja siirretään ruumishuoneelle yleensä noin kahden tunnin kuluttua kuolemasta, mutta tarvittaessa vainajaa voidaan pitää viileässä potilashuoneessa pidempäänkin, yleensä vuorokauden ajan. Kylmiössä vainaja on hautaamiseen saakka.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa saattohoitopotilaan hoitotyön toteuttamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata ja kehittää saattohoitopotilaan hoitotyötä akuuttiosastolla. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää akuuttiosastolla saattohoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyön tuloksena on opaslehtinen Alajärven akuuttiosaston henkilökunnalle.

Opinnäytetyön kysymys on:

Miten toteutetaan hyvää saattohoitoa?

7 MENETELMÄT

7.1 Laadullinen tutkimus

Jyväskylän yliopiston (JYU, 2021) mukaan laadullinen tutkimus tarkoittaa kvalitatiivista tutkimusta. Siinä pyritään kokonaisvaltaisesti ymmärtämään kohteen laatu, ominaisuudet ja merkitys. Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa erilaisilla menetelmillä. Menetelmissä yhteisinä piirteinä korostuvat tarkoituksen ja merkityksen näkökulmat, ilmaisun ja kielen näkökulmat sekä esiintymisympäristön ja taustan näkökulmat.

Kallinen ja Kinnunen (i.a.) painottavat, että luonteeltaan laadullinen tutkimus on aineistoveitoista eli aineiston tuottaminen ja sen analysointi ovat keskeisessä roolissa siinä, millaiseksi tutkimus muodostuu. Laadullisen tutkimuksen aineistoja ei pyritä irrottamaan kontekstista, vaan niitä tulkitaan osana kontekstia.

7.2 Kirjallisuuskatsaus

Kunnela (2022) kertoo, että kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan sitä, mitä tietoa tietyltä alueelta on olemassa ja yleensä se myös pohjautuu johonkin ongelmaan. Perustana on yksi tai useampi tutkimuskysymys, johon pyritään vastaamaan. Kirjallisuuskatsauksia on monenlaisia, mutta tämä opinnäytetyö on toteutettu integroivana kirjallisuuskatsauksena, jossa tietoa kerätään empiirisesti ja teoreettisesti. Siinä yhdistyvät myös narratiivisen ja systemaattisen katsauksen piirteet. Keskeistä tässä on erilaisten tutkimusmenetelmien asioiden yhdistäminen.

Vilkan (2023, s. 22) kirjassa todetaan, että integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa on kriittisempi sekä järjestelmällisempi ote aineiston kokoamisessa kuin narratiivisessa tavassa. Integratiivinen menettelytapa vaatii paljon jo olemassa olevia tutkimuksia, joita aiheesta löytyy. Tavassa voidaan kuvailla alla olevaa asiantilaa käyttämällä vertaisarvioituja tutkimuksia ja käytäntöä koskevia ammatillisia materiaaleja. Salmisen (2023, s. 17)

mukaan integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan tuotettua monipuolinen kuvaus tutkittavasta kohteesta.

7.3 Tiedonhaku

Tämän kirjallisuuskatsauksen hakuprosessissa käytettiin erilaisia tietokantoja, joita olivat Seamk Finna, Arto, Medic, Cinahl, Tiede- ja tutkimus sekä internethaut. Internethauilla löytyi mm. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin suositukset sekä lehtiartikkelit. Tiedonhaku rajattiin vuosille 2013–2023, jotta löytyisi tuoreinta ja uusinta tietoa kirjallisuuskatsaukseen. Teoriaosuuden tiedonhakuun löytyi paljon erilaisia lähteitä, joita karsittiin alkuun otsikon mukaan ja sisällön perusteella. Salminen (2018, s. 18) toteaa, että integroivassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset voivat olla myös laajoja ja aineisto voi olla muuta kuin tieteellisiä artikkeleita.

Hakusanojen avulla saatiin mahdollisimman tarkkoja hakutuloksia, jotka vastaisivat tutkimuskysymyksiin. Hakusanat olivat: palliatiivinen hoitotyö, saattohoito, oireenmukainen hoito, oireet ja hoito, kuolema, terminaalahoito. Lyhenteet pallhoi*, saattohoi*, oirehoi*. Englanniksi sanat ovat palliative care, end of life care, hospice care, symptom care, symptom, and management. Hakusanat ovat peräisin tutkimuksen aiheesta.

7.4 Sisällönanalyysi

Vilkan (2023, s. 70–71) mukaan sisällönanalyysi pohjautuu kolmeen vaiheeseen; valmistelu, organisointi ja raportointi. Valmisteluvaiheessa tieto kerätään tutkittavaan muotoon. Seuraavassa vaiheessa analysoidaan sisältö, tässä kohtaa tulee olla vain ne lähteet, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Sisällön analyysin tavoitteena on koota aineistosta asiakokonaisuus. Lopuksi on raportointi, jossa analyysit ja tulokset kuvataan sekä havainnollistetaan niin, että kirjallisuuskatsaus on toistettavissa.

Leinonen (2018) muistuttaa, että sisällönanalyysiä käytetään kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Se on käytettävän aineiston analyysitapa. Sitä käytetään tekstien tai tekstimuotoon

tuotujen aineistojen analysoinnissa. Tutkittavasta aiheesta pyritään saamaan tiivistetty ja yleistävä kuva menettämättä sen informaatioarvoa. Sisällönanalyysissä tuodaan esille yhtäläisyydet ja erot ja kuvataan niitä sanallisesti. Se on tarkoituksenmukainen analyysitapa, kun keskeiset asiat halutaan kuvata sanallisessa muodossa tiivistetysti.

Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereitä (taulukko 2). Aineistot valittiin sisäänottokriteereiden perusteella, aineisto vuosilta 2013–2023, aineisto suomeksi ja englanniksi, full text saatavilla, vastaa tutkimuskysymykseen, palliatiivinen ja saattohoitotyö.

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto 2013–2023 vuosilta.	Aineisto vanhempaa, kuin 2013 vuodelta.
Vastaa tutkimuskysymyksiin.	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin.
Ikäihmiset, syöpäpotilaat	Lapset, nuoret
Palliatiivinen ja saattohoitotyö	Muut kuin palliatiivinen ja saattohoitotyö
Aineisto Suomeksi ja Englanniksi	Muut kielet kuin Englanti ja Suomi
Full text saatavilla	Vain abstrakti saatavilla

Tiedonhaussa löytyi tietokannoista hakusanojen ja rajausten perusteella yhteensä 484 tieteellistä tutkimusta tai tutkimusartikkelia. Osassa tietokannoista ei pystynyt rajaamaan pelkkiin tutkimuksiin. Otsikon perusteella valittiin 62, joista karsittiin pois aluksi muut kuin tutkimukset. Sen jälkeen koko tekstin perusteella valittiin 11 tutkimusta tarkasteltavaksi opinnäytetyöhön, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin (liite 1). Tutkimuksia tarkasteltiin sisällön perusteella ja vertailtiin keskenään.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Hyvän saattohoidon toteuttaminen

Forsiuksen ym. (2022, s. 71) mukaan hyvä loppuelämän hoito ei ole pelkkää oireiden hoitamista, vaan se on kokonaisvaltaista elämänlaadun vaalimista. Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuvat kohtaaminen sekä vuorovaikutus. Sarivaaran ym. (2018, s. 9) mukaan vuodeosastoilla kuolevan potilaan hoidossa ratkaisevia tekijöitä hoidon onnistumisessa ovat aika ja nimenomaan hoitajan ajan riittävyys. Tutkimuksessa hoitajat olivat kokeneet, että perushoitotyö vie suuren osan ajasta ja tämä on syynä siihen, että työssä korostuu fyysinen puoli. Heikoimmillaan kuolevan hoito on viime hetkissäkin nopeaa tarkistamista, suun kostuttamista sekä tarpeiden tarkistusta, eli välttämättömyyksien hoitamista. Hoitajia oli myös ohjeistettu puhumaan kuolemasta perushoitoa toteutettaessa, mutta se ei tuntunut hoitajista luontevalta puhua kuolemasta yhtä aikaa, kun huolehtii kuolevan intiimihygieniasta. Ongelmana oli, että lyhyet kohtaamiset eivät luo suhdetta, jolloin kuolemasta puhuminen olisi luontevaa ja tapahtuisi niin sanotusti ohimennen.

Tutkimuksissa (Vihelä ym., 2020; Vattula ym., 2020, s. 128) todettiin, että hyvää osaamista saattohoidossa hoitajilta on tietää tarpeettomista hoidoista ja hallita hyvät vuorovaikutus- ja kohtaamistaidot. Vuorovaikutuksen osaamiseen vaadittiin hyvät kommunikaatiotaidot, kykyä kuunnella ja keskustella potilaan ja läheisten kanssa sekä kykyä huomioida yksilölliset tarpeet keskustelun yhteydessä. Oikeanlainen potilaan ja läheisten kohtaaminen oli empaattista, kunnioittavaa sekä kiireetöntä. Sarivaara ym. (2018, s. 8) toteavat, että kuolemaa lähestyvän potilaan ahdistus voi purkautua hoitajiin ja mahdollisiin muihin potilaisiin vihana. Hoitajilta tämä edellyttää sensitiivisyyttä, erillisjärjestelyitä ja kaikkien osapuolien tarpeiden huomioimista.

Viftrupin ym. (2020) mukaan jokaista potilasta pitää ymmärtää, jotta pystytään antamaan arvokasta hoitoa. Tutkimuksessa nousi kolme hoidon arvokkuuden näkökohtaa esille ja nämä olivat; ymmärretyksi tuleminen, myötävaikuttaminen ja kokonaisvaltainen hoito.

Hengellisistä asioista keskusteleminen koettiin hyväksi, kun potilas itse ensin nostaa aiheen esille.

Saukkonen ym. (2017, s. 202) tulivat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan tulokseen, että oikea-aikainen päätös palliatiivisen hoidon aloittamisesta ja hoidon esteetön saatavuus olivat keskeiset tekijät potilaan ja läheisten tukemisessa. Potilaalle ja läheisille tärkeiksi seikoiksi koettiin myös yhteydenottomahdollisuus hoitotahoon matalalla kynnyksellä ja ympäri vuorokautinen hoidon saaminen.

Sarivaara ym. (2018, s. 13) toteavat tutkimuksessa, että hoitajat ovat maininneet hyviä käytäntöjä kuolevan hoidossa. Ne ovat kuoleman tunnistaminen, tunnustaminen sekä kuoleman ilmapiirin luominen. Hoitajien sekä lääkäreiden tulisi tunnistaa kuolema. Kuoleman tunnistaminen vaatii kykyä ja taitoa havainnoida ja ymmärtää saapuvan kuoleman merkit, joita ovat potilaan etenevästi heikkenevä toimintakyky, muuttuva fyysinen olemus ja ulkonäkö, fysiologisten muutosten ilmeneminen, esimerkiksi hengitys ja nieleminen vaikeutuvat.

Sarivaaran ym. (2018, s. 13) tutkimuksen mukaan tunnustaminen tarkoittaa kuolemasta keskustelemista, kuolemaan varautumista ja joustoa osaston arjessa. Keskustelu kuolemasta tulisi ottaa ajoissa puheeksi potilaan ja läheisten kanssa. Keskustelun tulisi olla kiireetöntä ja tapahtua rauhallisessa ympäristössä. Tietoa annetaan sen verran potilaalle ja läheisille mitä he ovat valmiita vastaanottamaan. Potilaan ja läheisten toiveista viimehetken hoitoon liittyen tulee keskustella etukäteen. Hoidonlinjauksiin suhtautumisen tulisi olla joustavaa ja liukuvaa ja niitä tulisi tarkistaa tarpeen vaatiessa sekä purkaa potilaan voinnin kohentuessa. Yllättäviin tilanteisiin tulisi varautua suunnitelmalla. Kuoleman piirin luominen vaatii hoitajalta kuoleman läheisyydessä aikaa, kiireetöntä kohtaamista, läsnäoloa sekä yhteyden luomista. Ilmapiirin luominen vaatii myös tilallisesti yksityisyyttä ja intiimisuojaa kuolevalle ja hänen lähipiirillensä. Kuoleman piirin luominen auttaa kuoleman kohtaamisessa ja käsittelyssä kaikkia osapuolia hoitohenkilökuntaan asti.

Piikin ym. (2021) tutkimuksessa päädiagnoosi kuolemaan johtaneista osastojaksoista ja hoidon syistä oli syöpäsairaus (30 %), verenkiertoelinten sairauksia oli (29 %) melkein yhtä

paljon ja muita olivat hengityselinten sairaudet, joista puolet olivat pneumonioita. Elinajan päätyminen havaittiin puolesta kuolemaan johtavista osastojaksoista, mutta vain kolmannekselle oli tehty virallinen saattohoitopäätös. Tutkimuksen johtopäätöksenä havainnoitiin, että syöpäsairauden saattohoidon tarve havaitaan paremmin kuin muiden sairauksien, jotka johtavat kuolemaan. Perusterveydenhuollossa pitäisi olla valmiudet antaa tasapuolista palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa sitä tarvitseville potilaille. Potilaalle rauhallisen kuoleman turvaamiseksi ja omaisten läsnäolon mahdollistamiseksi kuolemassa täytyy välttää turhia sairaalasiirtoja.

Sarivaara ym. (2018, s. 8) nostavat esiin, että yksi vuodeosastojen haasteista kuolevan potilaan hoitamisessa ovat tilat. Toisinaan on hankala luoda kuolevalle yksityisyyttä, kun saatavilla ei ole yhden hengen huonetta. Tällöin ratkaisuna on käytetty väliverhoa, sillä se antaa yksityisyyttä osin esimerkiksi katseilta, mutta äänet silti kuuluvat. Verho antaa oikeutta yksityisyyteen ja luo yksityistä tilaa kuolevalle. Oma huone helpottaa omaisten jäähyväisten jättämistä ja kuoleman jälkeisiä rituaaleja sekä vainajan laittoja. Jos kuoleva on kovin levoton, kuluttavat levottomuus ja omaisten jatkuva läsnäolo mahdollista huonetoveria ja käy tälle raskaaksi. Kuolevan ollessa kovin pelokas, voi tuskan tuntea huoneessa. Väsyneille omaisille olisi tärkeää olla tila, jossa he saavat käydä välillä hengähtämässä ja keräämässä voimia. Tätä ei jokaisella vuodeosastolla ollut tutkimuksen mukaan saatavilla.

8.2 Saattohoitopotilaan oireiden hoito

Tutkimusten (Vihelä ym., 2020; Vattula ym., 2020, s. 129) mukaan oirehoidon osaamisen hoitajilta kuvattiin olevan kykyä tunnistaa, arvioida sekä hoitaa kipua ja rohkeutta keskustella hoitotiimin kanssa sen kivunhoidon riittävydestä. Tutkimusten mukaan hyvä somaattinen oirehoito on kykyä havainnoida sekä arvioida potilaan oireita. Tarvitaan myös kykyä tunnistaa potilaan oireita ja hoitaa niitä lääkkeellisin sekä lääkkeettömin hoitokeinoin, esimerkiksi asentohoidolla. Forsius ym. (2022, s. 64) toteavat, että elämän loppuvaiheen hoidossa on huomattu olevan puutteita muun muassa kivun ja ahdistuksen lievittämisessä,

kohtaamisessa sekä pahoinvoinnin ja suun hoitamisessa. Kuva 1 olisi apuna muistamaan jokaista osa-aluetta.

Kinley ym. (2018, s. 212) tiivistävät, että kipu ja hengenahdistus olivat omaisten mukaan pääoireita kuoleman aikana. Mikäli viimeisimpien päivien aikana oireisiin oli saatavilla ennakkoivaa lääkitystä, ihmiset kuolivat usein rauhallisesti. Pellon ym. (2019, s. 26) tutkimuksen mukaan potilas ja läheiset kaipaisivat lisää tietoa kivun arvioinnista, kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksesta tai haittavaikutuksista sekä myös lääkkeettömistä hoitokeinoista kivun lievittämiseksi.

Hävönen ym. (i.a.-a) esittävät, että palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden suun alueen ongelmat ja oireet lisääntyvät, kun potilaan toimintakyky heikentyy ja elämän loppu lähestyy. Oireita ja ongelmia ovat kuiva suu, tulehdukset kielessä ja verenvuoto suussa. Hävösen ym. (i.a.-b) mukaan suunhoitoa tulisi tehostaa ja tarjota apua hoitamisessa, koska toimintakyvyn heikentyessä potilas ei itse siihen kykene. Toimintakyvyn lisäksi väsymys ja uupumus vaikeuttavat potilaan itsenäistä suunhoitoa. Tutkimuksessa mukana olleiden hoitajien mukaan suunhoitoa vaikeuttaa potilaiden yhteistyökyvyttömyys. Lisäksi suunhoitoa vaikeuttaa, kun potilas puree huulia yhteen ja ilmenee pahoinvointia. Tutkimuksen hoitajien mukaan potilaat ja omaiset eivät pidä suunhoitoa ja arviointia tärkeänä, vaan huomio kiinnittyy muihin oireisiin, kuten kivunhoitoon. Suunhoitoa parantavia tekijöitä kuvattiin olevan resurssien riittävyys. Hoitajat kokevat, että aika ja resurssit eivät ole riittävät.

Anttila ym. (2015, s. 379) toteavat, että yleensä kivun lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä, mutta ne eivät aina riitä ja silloin siirrytään voimakkaisiin eli morfiinin sukuisiin lääkeaineisiin. Kipu voi viedä potilaalta huomion ja kaikki voimavarat, joten on tärkeää huolehtia potilaalle riittävä kivunhoito, vaikka sivuvaikutuksia lääkkeitä tulisikin. Yleisiä sivuvaikutuksia morfiinijohdannaisissa lääkkeissä voivat olla pahoinvointi ja ummetus sekä joskus voi ilmetä hallusinaatioita. Teoksessa painotetaan, että potilaalla on oikeus myös kieltäytyä kipulääkkeistä, mutta tällöin tulee selvittää syyt kieltäytymisen taustalla. Potilas voi esimerkiksi ajatella kipulääkkeiden vaikuttavan orientoitumiseen ja vireystilaan, mutta

tällöin potilaalle on tärkeää selvittää, mitä vaikutuksia jatkuvalla kivulla on. Laadukas perushoito, kuten asentohoito ja ihon hoito ovat myös tärkeitä keinoja kivun lievitykseen.

Syöpäkivun hoidossa säännöllinen kipulääke olisi hyvä aloittaa suoraan vahvoilla opioideilla, joiden rinnalle voi aloittaa tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin, ja tarvittaessa lisäksi hermokipulääkkeen (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Heikoilla opioideilla voi hoitaa lievää tai kohtalaista kipua harkitusti. Opioidiannokset on säädeltävä yksilökohtaisesti ja annosnostojen oltava esimerkiksi 30 % ja vastetta tulee seurata. Lämpökipuun tulee varautua riittävällä annoksella lyhytvaikutteisesta kipulääkettä. Ensisijaisesti lääkkeet otetaan suun kautta (p.o.). Muita antoreittejä ovat laskimoon (i.v.) annosteltava ja ihon alainen injektio (s.c.).

Liimataisen ym. (2018, s. 1432) mukaan kipupumpun (PCA, patient controlled analgesia) avulla saavutetaan hyvä hoitotasapaino ja se on helppokäyttöinen ja turvallinen. Vaikeahoitoisen syöpäkivun hoidossa suositellaan PCA-pumpun käyttöä silloin, kun kipua on vaikea hoitaa ja suun kautta otettavaa opioidiannosta joudutaan nostamaan koko ajan.

Fentanyylilaastari soveltuu vakaaseen kipuun. Sen vaikutus saapuu 12–17 tunnin kuluttua laastarin liimaamisesta iholle ja vaikutus lakkaa poistamisen jälkeen samalla ajalla (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Lämpö, esimerkiksi sauna tai kuume tehostaa fentanyylin imeytymistä ja voi vahvistaa vaikutusta. Laastari vaihdetaan kolmen vuorokauden välein, joissain tapauksissa kahden vuorokauden välein. Kakektisilla potilailla imeytyminen voi olla heikentynyttä, tällöin on harkittava muuta antoreittiä.

Pahoinvointia voi helpottaa ottamalla pahoinvointilääkettä, jonka lääkäri määrää (National health service (NHS), 2023). Myös pienien ruokamäärien syönti usein voi auttaa, mutta isoja annoksia kerralla ei suositella. Kylmät ja hiilihapotetut juomat voivat auttaa, kun niitä nautitaan pieninä siemauksina kerrallaan. NHS:n mukaan myös jotkut ovat saaneet apua inkivääriä käyttämällä, esimerkiksi teenä tai ruuan sekaan laitettuna. Piparmintusta ja öljystä on myös osa kokenut saaneensa apua pahoinvointiin.

Lehdon ym. (2013) mukaan potilaan kärsiessä hengenahdistuksesta huolimatta perussairausten lääkityksestä, voidaan siirtyä käyttämään oireenmukaista lääkitystä ja hoitoa. Yleensä syynmukaisella hoidolla päästään parhaaseen oirevasteeseen. Oireenmukaisella lisähapella ja asentohoidolla voidaan helpottaa hengenahdistuksesta kärsivän potilaan oloa. Hengittämistä voivat helpottaa myös raikas ilma ja rauhoittelu. Tarvittaessa imulaitteella poistetaan limaa hengitysteistä.

Ummetuksen ehkäisemiseksi on tärkeää, että potilas saa tarpeeksi aikaa ja yksityisyyttä (Terveyskylä, 2021d). Ummetuksen hoidon perustana on laksatiivit. Laksatiiveista yleisimmin käytettävät valmisteet ovat suolen sisältöä pehmittäviä tai suolen supistustoimintaa vilkastuttavia. Vaikeassa ummetuksessa voidaan käyttää yhtäaikaisesti molempia valmisteita. Elämän loppuvaiheen hoidossa runsas nesteiden nauttiminen ei usein ole mahdollista ja siksi suolen sisältöä lisääviä kuituvalmisteita ei suositella käytettäväksi. Laksatiivien annostus on yksilöllistä ja sitä nostetaan asteittain niin kauan, että uloste muuttuu pehmeäksi ja suoli tyhjenee normaalisti.

Väsymykseen ei ole toimivia lääkehoitoja (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). On hyvä yhdessä hoitajien ja lääkärin kanssa miettiä, mikä väsymykseen vaikuttaa ja voidaanko väsymystä helpottaa jollakin keinolla.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

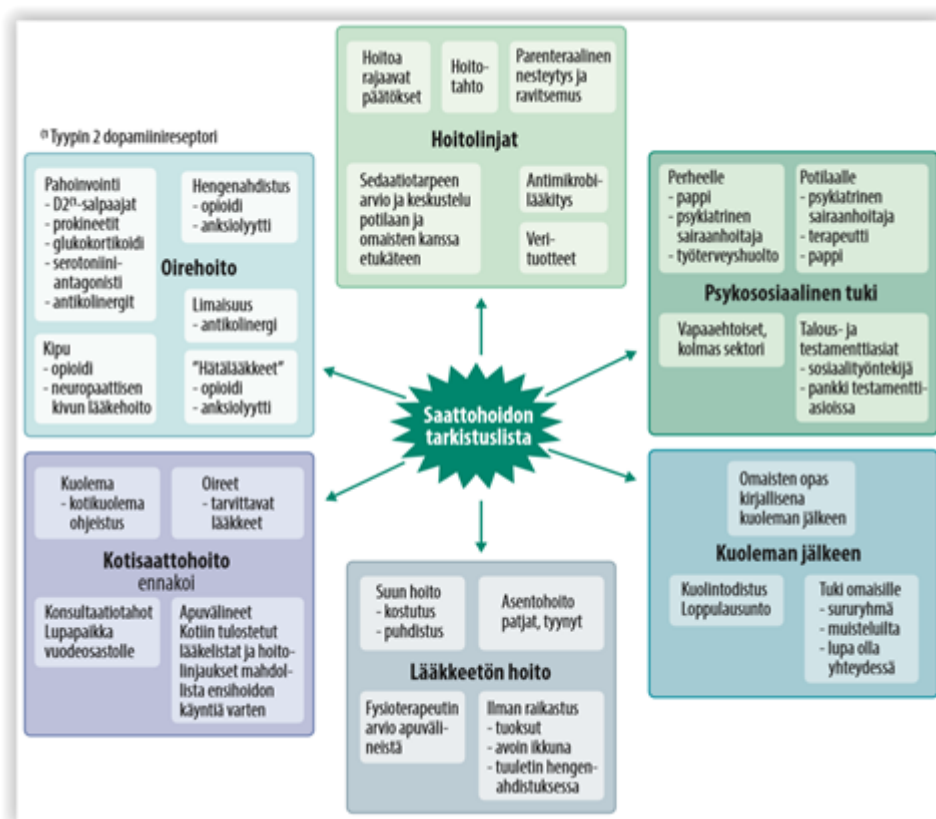
Hyvän saattohoitotyön edellytyksenä on ammattitaitoinen hoitohenkilökunta sekä laadukas ja kokonaisvaltainen potilaan hoito. Potilaan ja läheisten tulee voida luottaa hoitajaan, mutta hoitajalla itsellään täytyy myös olla luottamusta omaan ammattitaitoonsa. Sairaanhoidajan tulee tiedostaa roolinsa ja tehtävänsä saattohoitoa toteuttaessaan. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä osassa, sillä ne helpottavat kanssakäymistä potilaan ja tämän läheisten kanssa.

Laadukkaassa hoidossa huomioidaan potilas kokonaisuudessaan. Sairaanhoidtaja tukee potilasta koko saattohoidon ajan. Hoitaja kuuntelee potilasta ja tämän läheisiä, kohtaa potilaan yksilönä sekä osoittaa empaattisuutta ja kykyä avoimeen keskusteluun. Saattohoidossa myös hyvän perushoidon toteuttaminen korostuu. Oireista kivun ja hengitysvaikeuksien kuivailtiin olevan pääoireita kuolevan potilaan oirehoidossa. Näiden hoidon tärkeys korostui myös omaisien näkökulmasta. Suunhoidon vaikeutena ovat resurssien puute, potilaiden yhteistyökyvyttömyys ja potilaiden sekä läheisten suunhoidon aliarvostaminen.

Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat paljon tukea ja onkin tärkeää, että he saavat sitä läpi saattohoidon. Keskustelu auttaa potilasta ja läheisiä valmistautumaan kuolemaan. Hoitajan tulee myös kohdella potilasta arvokkaasti ja kunnioittavasti ennen kuolemaa, mutta myös kuoleman jälkeen.

Saattohoitoa toteutettaessa ajan riittävyys ja resurssit nousevat myös tärkeään rooliin, ilman aikaa ja resursseja ei ole mahdollisuutta toteuttaa saattohoitoa kiireettömästi, eikä näin ollen pystytä luomaan oikeanlaista, rauhallista ilmapiiriä kuolevalle ja hänen omaisilensa. Myös yksityisyyden ja intimitietin suojaksi yksilölliset huoneet saattohoidossa ovat kaikkien kannalta tärkeää. Aina se ei toki ole mahdollista tilallisten rakenteiden vuoksi.

Saattohoitopäätösten sekä hoitolinjausten tekemisessä on Suomessa valtakunnallisesti vielä kehitettävää. Tutkimukset osoittavat, että syöpää sairastaville tehdään saattohoitopäätös ja hoitolinjatukset herkemmin kuin muita pitkäaikaissairauksia sairastaville. Kuolemaa kohtaavilla potilailla ei ole ollut tarvittavia hoitolinjauksia sairaalajaksoilla, jotka ovat päättyneet kuolemaan. Hoitajien sekä lääkäreiden tulisi tunnistaa kuolemaan johtavia tilanteita paremmin ja rohkeasti ottaa kuolema puheeksi potilaan sekä läheisten kanssa. Laadukasta saattohoitoa on hankala toteuttaa, olisi hyvä kehittää jokaiselle paikalle oma tarkistuslista läpikäytävistä asioista (kuva 1).



Kuva 1. Saattohoidon tarkistuslista. (Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 2020).

9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Uudessa HTK-ohjeessa kerrotaan, että hyvien tieteellisten käytäntöjen peruseriaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2023). Opinnäytetyö suoritetaan näitä periaatteita noudattaen. Työssä varmistetaan tieteellisen toiminnan laatu suunnittelussa, menetelmissä, analyysissä sekä voimavarojen käytössä. Opinnäytetyössä suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan tieteellistä toimintaa ja siitä raportoidaan ja viestitään avoimesti, oikeudenmukaisesti, puolueettomasti ja yksityiskohtia salaamatta. Työssä arvostetaan kollegoita, tieteellisen toiminnan osapuolia, yhteiskuntaa, ekosysteemejä, ympäristöä ja kulttuuriperintöä. Opinnäytetyössä käytetään asianmukaisia viitteitä työtä tehdessä ja arvostetaan muiden aikaansaamia tuloksia. Vastuu kannetaan koko tieteellisen toiminnan elinkaaren ajalla.

Vilka (2023, s. 10–11, 73) kirjoittaa, että kirjallisuuskatsaus prosessina on kurinalainen. Kurinalaisuudella pyritään luotettavuuteen, pätevyYTEEN ja yleistettävyyteen. Läpinäkyvyys on iso osa prosessia, jolla kuvataan perustelut, miksi jokin asian on jätetty tutkimuksesta pois ja millä kriteereillä aineistot on otettu tutkimukseen mukaan. Kirjallisuuskatsauksessa tulee tehdä kaksi laadunarviointia; katsaukseen tulevien alkuperäistutkimusten laadun arviointi sekä toteutetun kirjallisuuskatsauksen arviointi. Näiden avulla kirjallisuuskatsaus on luotettavampi.

Opinnäytetyön lähteinä käytettiin aiheeseen liittyviä oppikirjoja, muuta kirjallisuutta, artikkeleita, tutkimuksia ja suosituksia. Lähteet ovat enintään kymmenen vuotta vanhoja, jotta saatu tieto olisi mahdollisimman ajantasaista ja luotettavaa. Opinnäytetyön tuloksena on opaslehtinen akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle, minkä vuoksi olemme huolehtineet siitä, että lähteet ovat luotettavia ja tieto ajantasaista. Opinnäytetyössä on käytetty Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjeita (SeAMK, i.a.). Kaikki opinnäytetyössä käytetyt lähteet on kirjattu ohjeiden mukaisesti lähdeluetteloon. Myös tekstiviitteet on ohjeiden mukaisesti kirjattu.

Tätä opinnäytetyötä varten ei haastateltu ketään, joten eettisyyttä siltä kannalta ei ollut tarpeellista miettiä. Myöskään tutkimuslupia ei tarvittu.

9.3 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön tilaajana toimi Alajärven akuuttiosasto, josta saimme vaihtoehtoja aiheelle. Saimme vaihtoehtoista valita itsellemme mieluisimman ja kiinnostavimman aiheen. Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2023 aihesuunnitelmalla ja siitä siirryimme kirjoittamaan opinnäytetyön suunnitelmaa. Kesän aikana aloitimme kirjoittamaan lopullista opinnäytetyötä. Opinnäytetyö valmistui vuoden 2024 tammikuussa.

Opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut haastavaa ja raskasta. Haastavaa on ollut etenkin yhteisen ajan löytäminen kirjoittamiselle. Myös sairastumiset ovat hidastaneet opinnäytetyön edistämistä. Olemme välillä kokoontuneet yhteen paikkaan tekemään opinnäytetyötä yhdessä. Koimme sen meille hyväksi tavaksi saada edistettyä työtämme.

Opinnäytetyötä tehdessä hieman yllätti se, kuinka niukasti tutkimuskysymyksiimme liittyen löytyi luotettavia, ajantasaisia tutkimuslähteitä. Palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta muutoin löytyi melko runsaasti tietoa ja lähteitä, mutta tietenkin aikaa meni myös lähteiden luotettavuuden arvioimiseen ja karsimiseen.

9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöhön pohjautuen hyvän saattohoidon toteuttamiseksi vaaditaan ajoissa tehtyjä hoitolinjauksia, avointa keskustelua potilaan ja omaisten kanssa sekä turhien sairaalasiirtojen välttämistä elämän loppuvaiheen hoidossa. Tähän auttavat myös oikea-aikaisesti tehdyt hoitolinjaukset sekä potilaan ja omaisten kanssa käydyt keskustelut elämän loppuvaiheen hoidon toiveista. Saattohoitotyö vaatii myös oikeanlaisia tilallisia rakenteita, mahdollisuuden yhden hengen huoneeseen sekä aikaa ja resursseja hoitajilta toteuttaa kuolevan potilaan hoitotyötä. Hoitajalta vaaditaan myös empaattisuutta, vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja sekä kuuntelemisen ja avoimen keskustelun taitoja.

Tutkimuksessa todettiin, että muiden kuin syöpää sairastavien hoitolinjauksien tekeminen jää vielä useammin tekemättä, joten jatkotutkimusaiheena voisi olla, kuinka havaita

muiden pitkälle edenneiden perussairauksien palliativiset sekä saattohoitovaiheiden tarpeet ajoissa. Tällä hetkellä palliativista hoitoa kehitetään yleisestikin maailmanlaajuisesti.

LÄHTEET

- Aho, A-L., Eironen, S., Havusto, J., Hökkä, M., & Kritz, J. (i.a.). *Hoitosuositus: Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen*. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://hotus.fi/hoitosuositus/palliativisessa-hoidossa-ja-saattohoidossa-olevan-potilaan-laheisten-kohtaaminen-ja-tukeminen/>
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L., & Viuhunen R. (2015). *Hoitamalla hyvää oloa: Kuoleman kohtaaminen ja saattohoito*. (18. p., s. 369–379). SanomaPro.
- Compassus. (i.a.). *Managing shortness of breath near the end of life*. <https://www.compassus.com/for-caregivers/how-a-doctor-chose-his-own-path-to-hospice-care/managing-shortness-of-breath/>
- Heiskanen, T. (4.1.2018). Kipu ja sen hoitoperiaatteet. Teoksessa: T. Saarto (päätoim.), *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. Kustannus Oy Duodecim.
- Hirvonen, O., & Pöyhiä, R. (2016). Palliativisessa hoidossa olevan potilaan DNR- päätös – uskallanko ottaa puheeksi? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132(9), 844–849. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13107>
- Hospice red river valley (HRRV). (i.a.). *Signs & symptoms of pain at end of life*. <https://www.hrrv.org/blog/signs-symptoms-of-pain-at-end-of-life/>
- Hänninen, J. (4.1.2018). Oireiden ja ennusteen arviointi palliativisessa hoidossa. Teoksessa: T. Saarto (päätoim.), *Palliativisten hyvien käytäntöjen -opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Jyväskylän yliopisto (JYU). (28.10.2021). *Koppa: Laadullinen tutkimus*. Haettu 21.3.2024. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Kallinen, T., & Kinnunen, T. (i.a.). Etnografia. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>
- Kunnela, A. (21.9.2022). *Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. 8 Kirjallisuuskatsaukset*. JAMK. Haettu 31.3.2023. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Lehto, J., Anttonen, A., & Sihvo, E. (2013). Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 129(4), 395–402. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10828>
- Leino-Kilpi, H. (2015). Etiikka kuolevan potilaan hoitotyössä. Teoksessa H. Leino-Kilpi, & M. Välimäki, *Etiikka hoitotyössä*. (8.–10. p., s. 309–315). SanomaPro.
- Leinonen, R. (12.12.2018). *Spoken: Sisällönanalyysi*. <https://spoken.fi/sisallonanalyysi/>
- Morrow, A. (27.6.2023). Managing nausea and vomiting in palliative care and hospice. *Verywell health*. <https://www.verywellhealth.com/managing-nausea-and-vomiting-1132089>
- National health service (NHS). (4.9.2023). *Managing pain and other symptoms during end of life care*. <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/your-wellbeing/controlling-pain-and-other-symptoms/>
- Nunn, C. (1.7.2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*, 12(7), 338–344.
- Ollila, J., Hakkarainen, T., Kan, S., & Lehtonen, E. (2018). *Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen: Saattohoidossa toimiminen*. SanomaPro.
- Oulun yliopistollinen sairaala (OYS). (i.a.). *Syöpäkeskus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. <https://oys.fi/syopakeskus/palvelut/palliatiivinen-hoito-ja-saattohoito/>
- Patelarou, A. (2022). Monitoring and management of the palliative care patient symptoms: A best practice implementation project. *Nursing reports*, 12(2), 165–170. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020035>
- Pelto, A-K., Hökkä, M., Kajula, O., & Kaakinen, P. (2019). Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa – integroitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö*, 17(2), 22–29. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019082124966>
- Rahko, E., & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 136(13), 1605–1613. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15685#s2>

- Rautava-Nurmi H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., & Vuorinen, S. (2019). *Hoitotyön taidot ja toiminnot: Hoitotyön arvot, periaatteet ja lainsäädäntö*. (6. p., s. 23–24). SanomaPro.
- Saarto, T., & Lehto, J. (4.1.2018). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa: T. Saarto (päätoim.), *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt -opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Salminen, A. (2023). *Mikä kirjallisuuskatsaus: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja joihinkin hallintotieteellisiin sovelluksiin*. (2. tark. p., s. 17–18). Vaasan yliopisto.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-395-082-5>
- Seinäjoen ammattikorkeakoulu (SeAMK). (i.a.). *Kirjallisten töiden ohje*.
<https://seamk.libguides.com/KirjallistenToidenOhje>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (4.10.2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>
- Suomen perustuslaki (731/1999). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Three Oaks Hospice (i.a.). *What you need to know about do not resuscitate orders in hospice care*. <https://www.threeoakhospice.com/blog/do-not-resuscitate-orders-in-hospice-care/>
- Terkamo-Moisio, A. (2018). Kuoleman läheisyydessä keskeistä on kohtaaminen. *Tutkiva hoitotyö* 16(3), 34–35.
- Terveydenhuoltolaki (2010/1326). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2022). *Palliatiivisen ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-972-6>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (26.9.2023). *Mitä on palliatiivinen hoito*. Haettu 14.12.2023, <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito>
- Terveyskylä palliatiivinen talo. (1.11.2021a). *Oireiden hoito: Palliatiivisen potilaan kipu*. Haettu 30.12.2023, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/kipu>
- Terveyskylä palliatiivinen talo. (1.11.2021c). *Palliatiivinen hoito: Saattohoidossa, kuoleman lähestyminen*. Haettu 11.12.2023, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-l%C3%A4hestyminen>

Terveyskylä palliatiivinen talo. (1.11. 2021b). *Oireiden hoito: Palliatiivisen potilaan sekavuus*. Haettu 30.12.2023, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/sekavuus>

Terveyskylä palliatiivinen talo. (1.11.2021d). *Oireiden hoito: Palliatiivisen potilaan ummetus*. Haettu 3.1.2023, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/ummetus>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittäminen Suomessa*. Helsinki. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Vilka, H. (2023). *Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina*. (s. 10-11, 22, 70–73). Art House.

Wender, J., & Morrison, P. (2019). *The hospice team: Who we are and how we care*. (s. 2–11, 178). Health Professions Press, Inc.

KIRJALLISUUSKATSAUS ARTIKKELIT

Forsius, P., Hammar, T., & Alastalo, H. (2022). Palliatiivisen hoidon osaaminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä. *Hoitotiede*, 34, 62–75.

Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S., & Nivala-Huhtaniska, N. (i.a.-a). *Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito: Suunhoidon toteutumista estävät tekijät*. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S., & Nivala-Huhtaniska, N. (i.a.-b). *Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito: Suunterveyden arvioinnin ja suunhoidon tehostaminen kuoleman lähestyessä*. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Kinley, J., Hockley, J., Stone, L., & Brazil, K. (2018). Family perceptions of care at the end of life care in UK nursing homes. *Journal of research in nursing*, 23(2–3), 203–217. <https://doi.org/10.1177/1744987117753276>

Liimatainen, N., Rahko, E., & Liisanantti, J. (2018). Syöpäkivun hoitoa kehittämällä voidaan vähentää päivystyskäyntejä. *Lääkärilehti* 73, 1428–1433.

Piikki, A., Saari, H., & Lönnroos, E. (2021). Kuolemantapaukset perusterveydenhuollon lyhytaikaisessa sairaalahoidossa. *Gerontologia*, 35(2), 172–179. <https://journal-fi.libts.seamk.fi/gerontologia/article/view/95287/64025>

Sarivaara, S., Lämsä, R., & Seppälä, U. (2018). Kuolema vuodeosastolla: Kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia*, 32(1), 4–20.

Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 29(3), 195–206.

Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (2020). Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*, 32(2), 122–133. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128467/77590>

Viftrup, D., Hvidt, N., & Prinds, C. (2021) Dignity in end-of-life care at hospice: An Action Research Study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(2), 420-429.

Vihelä, M., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (31.12.2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32(4), 275–284. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202101151912>

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkelit

Liite 2. Opaslehtinen

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkelit

Otsikko	Tekijät	Julkaisu- vuosi	Menetelmä	Keskeinen si- sältö
Palliativisen hoidon osaa- minen iäkkäi- den ympäri- vuorokauti- sen hoidon ja kotihoiton yksiköissä	Forsius, P., Hammar, T., & Alastalo, H.	2022	Kysely. Ympäri vuorokautisten yksiköistä 1528 vastasi sähköiseen kyselyyn ja kotihoiton yksiköistä 840 vastasi sähköiseen kyselyyn. Yksiköiden esihenkilöt arvioivat henkilöstönsä osaa- mista 8:lla osa-alueella.	Ikääntyneiden ihmisten pal- liatiivisen hoi- don ja saatto- hoidon osaa- minen henkilö- kunnalla.
Palliativi- sessa hoi- dossa ja saattohoi- dossa olevan potilaan suunhoito: Suunhoidon toteutumista estävät teki- jät.	Hävölä, H., Flinkkilä, M- L., Laine, S., & Nivala-Huh- taniska, N.	i.a.a	Näytönastekatsaus.	Pidetään aliar- voistettuna osana hoitoa kuoleman lähs- tyessä, suun hoitoa laimin- lyödään.
Palliativi- sessa hoi- dossa ja saattohoi- dossa olevan potilaan suunhoito: Suuntervey- den arvioin- nin ja suun- hoidon tehos- taminen kuoleman lähes- tyessä.	Hävölä, H., Flinkkilä, M- L., Laine, S., & Nivala-Huh- taniska, N.	i.a.b	Näytönastekatsaus.	Suunhoidon tärkeys kuole- man lähsteyessä. Suun alueen ongelmat li- sääntyvät voin- nin huonontu- essa.
Family per- ceptions of care at the end of life care in UK	Kinley, J., Hockley, J., Stone, L., & Brazil, K.	2018	Kyselylomake, joka lä- hetettiin sairaas- talo/hoivakodissa kuolleiden omaisille. Kyselyyn vastasi 42 %,	Omaisten tyy- tyväisyys saat- tohoidossa. Millainen hoito on hyvää.

nursing homes.			kyselytiä lähetettiin 869 kappaletta.	
Syöpäkivun hoitoa kehittämällä voidaan vähentää päivystyskäyntejä.	Liimatainen, N., Rahko, E., & Liisanantti, J.	2018	Poistumisrekisteristä haettu tiedot tutkimusta varten OYS:in kipupoliklinikan, vatsaelinkirurgisen ja onkologisten vuodeosastojen hoitamiin syöpäpotilaiden hoitajaksoilta, vuodet 2011–2013. Aineisto kerättiin OYS:n potilastietojärjestelmästä vuosilta 2013–2016. Sairauskertomuksista tarkkaillut asiat: syöpädiagnosi, syövän metastaointi, tulosyy sairaalaan, kipupoliklinikan lääkärin ja hoitajien konsultaatiokäyntien lukumäärä per potilas, kipulääkityksen muutokset ja tarve muuttaa kivunhoitoa 48h aikana merkittästi ensi käynnistä, tarve hakeutua myöhemmin esh:n päivystykseen, mahdollinen DNR päätös.	Kivunhoito syöpäpotilailla, kipupumppu, kivunhoidon muutokset.
Kuolemantapaukset perusterveydenhuollon lyhytaikaisessa sairaalahoidossa.	Piikki, A., Saari, H., & Lönnroos, E.	2021	Aineisto kerätty strukturoidulla lomakkeella 2016 vuonna tammi-kesäkuun aikana perusterveydenhuollon osastoilta, hoitajaksot max 31 vrk. Tilastokeskuksen avoimesta arkistotietokannasta haettu tiedot KYS eräalueen väestön kuolemista ja kuolemansyistä vuodelta 2016.	Kuoleman syyt, hoitolinjauksien ajantasaisuus, sairaalasiirrot kuoleman yhteydessä.

Kuolema vuodeosastolla: Kuolevan potilaan hyvön hoidon edellytykset	Sarivaara, S., Lämsä, R., & Seppälä, U.	2018	Tutkimus. Teemahaastateltiin yhdeksää hoitajaa kahdeksalta terveystieteiden keskuksen vuodeosastolta Etelä-Suomesta.	Kartoitetaan edellytyksiä vuodeosaston tarjoamalle kuolevan potilaan hyvälle hoidolle.
Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana.	Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J., & Åstedt-Kurki, P.	2017	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Syöpäpotilaan ja hänen perheensä kokemuksia heidän selviytymistään edistävästä tekijöistä palliativisen hoidon aikana.
Lähihoitajien kokemukset palliativisen ja saattohoidon osaamisesta.	Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M., & Kaakinen, P.	2020	Kysely. Aineisto kerättiin lähihoitajilta (n=52) sähköisenä kyselynä Webropol-ohjelmalla syksyllä 2018.	Lähihoitajien kokemuksia palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.
Dignity in end-of-life care at hospice.	Viftrup, D., Hvidt, N. & Prinds, C.	2021	Toiminnallinen tutkimus. Haastattelut.	Hoidon arvokkuus. Potilaan kohtaaminen.
Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen ja saattohoidon osaamisesta.	Vihelä, M., Hökkä, M., & Kaakinen, P.	2020	Kysely. Aineisto kerättiin syksyllä 2018. Osa laajempaa palliativisen koulutuksen kehittämishanketta. Kysely toteutettiin Webropol -kyselynä. Kyselyyn vastasi 79 henkilöä, joista 41 henkilöä oli potilaita (n=10) ja läheisiä (n=31).	Palliativinen hoito. Potilaiden ja läheisten kokemuksia sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.

Otsikko	Tekijät	Julkaisu- vuosi	Menetelmä	Keskeinen si- sältö
Palliativisen hoidon osaaminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä	Forsius, P., Hammar, T., & Alastalo, H.	2022	Kysely. Ympäri vuorokautisten yksiköistä 1528 vastasi sähköiseen kyselyyn ja kotihoidon yksiköistä 840 vastasi sähköiseen kyselyyn. Yksiköiden esihenkilöt arvioivat henkilöstönsä osaamista 8:lla osa-alueella.	Ikääntyneiden ihmisten palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen henkilökunnalla.
Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito: Suunhoidon toteutumista esittävät tekijät.	Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S., & Niivala-Huhtaniska, N.	i.a.a	Näytönastekatsaus.	Pidetään aliarvoistettuna osana hoitoa kuoleman lähestyessä, suunhoitoa laiminlyödään.
Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito: Suunterveyden arvioinnin ja suunhoidon tehostaminen kuoleman lähestyessä.	Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S., & Niivala-Huhtaniska, N.	i.a.b	Näytönastekatsaus.	Suunhoidon tärkeys kuoleman lähestyessä. Suun alueen ongelmat lisääntyvät voinnin huonontuessa.
Family perceptions of care at the end of life care in UK nursing homes.	Kinley, J., Hockley, J., Stone, L., & Brazil, K.	2018	Kyselylomake, joka lähetettiin sairaalassa/hoivakodissa kuolleiden omaisille. Kyselyyn vastasi 42%, kyselyä lähetettiin 869 kappaletta.	Omaisten tyytyväisyys saattohoidossa. Millainen hoito on hyvää.

<p>Syöpä kivun hoitoa kehittämällä voidaan vähentää päivystyskäyntejä.</p>	<p>Liimatainen, N., Rahko, E., & Liisanantti, J.</p>	<p>2018</p>	<p>Poistumisrekisteristä haettu tiedot tutkimusta varten OYS:in kipupoliklinikan, vatsaelinkirurgisen ja onkologisten vuodeosastojen hoitamiin syöpäpotilaiden hoitajaksoilta, vuodet 2011-2013. Aineisto kerättiin OYS:n potilastietojärjestelmästä vuosilta 2013-2016. Sairauskertomuksista tarkkaillut asiat: syöpädiagnoosi, syövän metastaointi, tulosyy sairaalaan, kipupoliklinikan lääkärin ja hoitajien konsultaatiokäyntien lukumäärä per potilas, kipulääkityksen muutokset ja tarve muuttaa kivunhoitoa 48h aikana merkittävästi ensi käynnistä, tarve hakeutua myöhemmin esh:n päivystykseen, mahdollinen DNR päätös.</p>	<p>Kivunhoito syöpäpotilailla, kipupumppu, kivunhoidon muutokset.</p>
<p>Kuolemantapaukset perusterveydenhuollon lyhytaikaisessa sairaalahoidossa.</p>	<p>Piikki, A., Saari, H., & Lönnroos, E.</p>	<p>2021</p>	<p>Aineisto kerätty strukturoidulla lomakkeella 2016 vuonna tammi-kesäkuun aikana perusterveydenhuollon osastoilta, hoitajaksoit max 31 vrk. Tilastokeskuksen avoimesta arkistotietokannasta haettu tiedot KYS eräalueen väestön kuolemista ja kuolemansyistä vuodelta 2016.</p>	<p>Kuoleman syyt, hoitolinjauksien ajantasaisuus, sairaalasiirrot kuoleman yhteydessä.</p>

Kuolema vuodeosastolla: Kuolevan potilaan hyvön hoidon edellytykset	Sarivaara, S., Lämsä, R., & Seppälä, U.	2018	Tutkimus. Teemahaastateltiin yhdeksää hoitajaa kahdeksalta terveyskeskuksen vuodeosastolta Etelä-Suomesta.	Kartoitetaan edellytyksiä vuodeosaston tarjoamalle kuolevan potilaan hyvälle hoidolle.
Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana.	Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J., & Åstedt-Kurki, P.	2017	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Syöpäpotilaan ja hänen perheensä kokemuksia heidän selviytymistään edistävistä tekijöistä palliativisen hoidon aikana.
Lähihoitajien kokemukset palliativisen ja saattohoidon osaamisesta.	Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M., & Kaakinen, P.	2020	Kysely. Aineisto kerättiin lähihoitajilta (n=52) sähköisenä kyselynä Webropol-ohjelmalla syksyllä 2018.	Lähihoitajien kokemuksia palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.
Dignity in end-of-life care at hospice.	Viftrup, D., Hvidt, N. & Prinds, C.	2021	Toiminnallinen tutkimus. Haastattelut.	Hoidon arvokkuus. Potilaan kohtaaminen.
Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen ja saattohoidon osaamisesta.	Vihelä, M., Hökkä, M., & Kaakinen, P.	2020	Kysely. Aineisto kerättiin syksyllä 2018. Osa laajempaa palliativisen koulutuksen kehittämishanketta. Kysely toteutettiin Webropol -kyselynä. Kyselyyn vastasi 79 henkilöä, joista 41 henkilöä oli potilaita (n=10) ja läheisiä (n=31).	Palliativinen hoito. Potilaiden ja läheisten kokemuksia sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.

Liite 2. Opaslehtinen.

Saattohoitopotilaan hoitotyö akuuttiosastolla

Opaslehtinen hoitohenkilökunnalle

Justiina Kulmala & Jasmin Salonen

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Palliativinen hoito	2
3	Saattohoito	2
4	Oirehoito	2
5	Saattohoitotyön etiikka	4
6	Hoitotahto	4
7	Ennakoiva hoitosuunnitelma	4
8	DNR-päätös	5
9	Potilaan ja läheisten tukeminen	5
10	Kuolemaa edeltävät oireet	5
11	Kuoleman jälkeen	6

- **Johdanto**

Tämä opaslehtinen on toteutettu opinnäytetyönä Alajärven akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle.

Opaslehtinen on tarkoitettu tukemaan saattohoitopotilaan hoitotyötä ja hyvän saattohoidon toteuttamista.

Opasta voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseen.

- **Palliatiivinen hoito**

Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa oireenmukaisesti. Sitä toteutetaan, kun parannuskeinoa ei ole eikä ensisijaisena tavoitteena ole pidentää potilaan elämää. Palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, sillä sitä voidaan toteuttaa vuosienkin ajan.

Oleellista palliatiivisessa hoidossa on se, ettei sairaudelle ole lääketieteellisesti parantavaa hoitoa ja, että hoitotyön toiminnoilla edistetään elämänlaatua.

Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jolla pyritään helpottamaan potilaan arkea.

Kokonaisvaltaisessa hoidossa huomioidaan fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen puoli. Lisäksi henkiset ja hengelliset tarpeet korostuvat.

- **Saattohoito**

Saattohoito on palliatiivisen hoitotyön osa. Saattohoito aloitetaan, kun lääkäri diagnosoi elinajan ennusteeksi kuusi kuukautta tai vähemmän. Saattohoitopäätös ei tarkoita sitä, että hoidoista luovuttaisiin vaan, että hoito on intensiivistä ja sillä varmistetaan potilaan hyvinvointi eri ammattiryhmien yhteistyöllä.

Saattohoito on yksilöllistä, inhimillistä ja arvoja kunnioittavaa hoitoa potilaan elämän loppuvaiheessa. Saattohoito kestää yleensä vain päiviä tai viikkoja. Saattohoitoon siirrytään, kun hoitoennuste ja sairauden kulku eivät muutu käytössä olevista hoitomenetelmistä huolimatta. Potilas on myös saattanut kieltäytyä hoitomenetelmistä.

- **Oirehoito**

Oireenmukaisessa hoidossa oireet ovat moninaisia, yhdistettyjä, muuttuvia ja kehittyviä. Ne vaikuttavat negatiivisesti elämänlaatuun. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tunnistaa oireet ja puuttua niihin.

Kipu on yleisin pitkälle edenneen sairauden oire. Lämpilyöntikipua esiintyy valtaosalla kuolemaa lähestyvistä syöpäpotilaista.

Oireet:

- **kipu**
- **pahoinvointi ja oksentelu**
- **hengenhdistus, limaisuus**
- **ummetus**
- **aliravitsemus**
- **väsymys**
- **delirium**
- **suun alueen ongelmat.**

Kivun hoitaminen on tärkeä osa saattohoitoa, kivun arviointi voi olla haastavaa, etenkin jos potilas ei kykene kommunikoimaan. Tärkeää on osata lukea elekieltä, esimerkiksi levottomuus, kulmien kurtistaminen ja ääntely voivat olla merkkejä kivusta.

Pahoinvointia ja oksentelua tulee hoitaa lääkkeellisin menetelmin, mutta myös lääkkeettömin. Pienet ruoka annokset tiheästi syötynä voivat ehkäistä pahoinvointia, myös kylmät ja hiilihapotetut juomat voi auttaa pahoinvointiin.

Hengenhdistukseen lisähapen lisäksi apua voi saada asentohoidosta, raikkaasta ilmasta ja rauhoittelusta. Liman imeminen hengitysteistä on myös tärkeää.

Ummetuksen ehkäisemiseksi on tärkeää, että potilas saa tarpeeksi aikaa ja yksityisyyttä. Ummetuksen hoidon perustana on laksatiivit. Elämän loppuvaiheen hoidossa runsas nesteiden nauttiminen ei usein ole mahdollista ja siksi suolen sisältöä lisääviä kuituvalmisteita ei suositella käytettäväksi. Laksatiivien annostus on yksilöllistä ja sitä nostetaan asteittain niin kauan, että uloste muuttuu pehmeäksi ja suoli tyhjenee normaalisti.

Deliriumin eli äkillisen sekavuuden hoitaminen on tärkeää. Sekavuus on usein voimakkainta illalla ja yöllä. Syy tulee aina selvittää. Yleisimpiä hoidettavia sekavuuden syitä ovat lääkehoito (esimerkiksi opioidit), infektiot, hapen niukkuus, runsas kalsiumpitoisuus, elektrolyyttihäiriöt, aivoissa olevat etäpesäkkeet ja virtsamyrkytys. Delirium voi johtua myös lääkkeiden annosmuutoksista tai lopetuksesta, vieraasta ympäristöstä, kivusta tai

unettomuudesta. Turvallisen ja rauhallisen ympäristön luominen deliriumista kärsivälle on tärkeää.

Suun hoitaminen kuoleman läheisyydessä on tärkeä osa perushoitoa. Suun alueen ongelmat ja oireet lisääntyvät toimintakyvyn heikentyessä.

- **Saattohoitotyön etiikka**

Kaikkia kuolevan potilaan hoitotapoja yhdistävät samat eettiset periaatteet. Kuolevan potilaan hoitotyö on yksi vaikeimmista hoitotyön alueista.

Hoitotyön eettiset lähtökohdat ovat elämän kunnioitus, totuuden ja rehellisyyden kunnioitus sekä yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioitus. Auttamisen keskeisenä elementtinä on elämän ainutlaatuisuus. Kuolemaan valmistautumiseen kuuluu hyvästien jättäminen elämälle ja sen tosiasian hyväksyminen, että elämä on tulossa päätökseen.

Hoitajan tärkeä tehtävä on kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja huomioida tämän arvot, vakaumus ja tavat sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuus osallistua omaan hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Hoitaja noudattaa vaitiolovelvollisuuttaan. Vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on avointa ja luottamuksellista.

- **Hoitotahto**

Hoitotahto on ihmisen tahdon ilmaisu siltä varalta, että hän ei itse pysty osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Hoitotahdossa voidaan ilmaista lääketieteelliset, hoitotyöhön liittyvät ja muut ihmiselle tärkeät toiveet.

Hoitotahto ilmaistaan suullisesti tai kirjallisesti, mutta se on hyvä kirjata esimerkiksi potilaan asiapapereihin ja asialle on hyvä löytää todistajat. Hoitotahto on syytä tarkistaa määräajoin.

Mikäli potilaalla ei ole kirjallista hoitotahtoa, häntä tulee hoitaa sen tahdon mukaan, joka hänellä oletetaan olevan. Tällaisessa tilanteessa läheisten kertoma tieto on tärkeässä roolissa.

- **Ennakoiva hoitosuunnitelma**

Ennakoiva hoitosuunnitelma taas on loppuvaiheen hoitoon liittyvä suunnitelma. Se tulisi tehdä kaikille pitkälle edennyttä sairautta sairastavalle henkilölle siinä vaiheessa, kun hoitojen teho alkaa hiipua.

Hoitosuunnitelma tehdään lääkärin ja potilaan välisistä keskusteluista, hoitolinjauksista ja hoidon rajauksista. Keskustelussa olisi hyvä olla myös läheinen, mikäli potilas sen sallii.

Suunnitelmaan kirjataan edellä mainitut asiat sekä hoitava taho, potilaan nykytilanne ja meneillään olevat hoidot. Lisäksi suunnitelmaan kirjataan myös potilaan toiveet ja pelot sairauden edetessä sekä kuoleman lähestyessä. Suunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään, josta kukin hoitava taho pystyy sen tarvittaessa näkemään. Suunnitelmaa päivitetään sairauden edetessä ja tarkentavia keskusteluita käytäessä.

• **DNR-päätös**

DNR-päätös (Do Not Resuscitate eli ei elvytetä) on laillinen lääkärin tekemä päätös, joka tarkoittaa, että sydäntä ei yritetä käynnistää uudelleen. Elvytykseen liittyy usein riskejä, etenkin iäkkäillä ja sairailta potilailla.

Saattohoitopäätös pitää aina sisällään DNR-päätöksen, mutta DNR-päätös ei tarkoita saattohoitopäätöstä.

• **Potilaan ja läheisten tukeminen**

Hyvä kohtaaminen ja aito läsnäolo liittyvät laadukkaan elämän loppuvaiheen hoitoon. Myös kuolevan lähipiirin lohduttaminen on tärkeää.

Hyvän vuorovaikutustaidot omaava hoitaja on helposti lähestyttävä, empaattinen sekä aidosti läsnä. Läheisten ja kuolevan hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että hoitaja osaa kuunnella heitä. Hoitajalta vaaditaan aikaa, kiireetöntä kohtaamista, läsnäoloa sekä yhteyden luomista.

Turvallisen ilmapiirin luominen vaatii myös tilallisesti yksityisyyttä kuolevalle ja hänen läheisilleen. Pyritään tarjoamaan aina potilaalle oma huone, jossa läheiset saavat vierailta ympäri vuorokauden.

Kun potilaan kunto alkaa heikkenemään, kutsutaan läheiset paikalle ja annetaan heille mahdollisuus hyvästeihin.

• **Kuolemaa edeltävät oireet**

Kuolemaa edeltäviä oireita ovat:

- **väsymys ja voimattomuus**
- **alentunut tajunnantaso**

- **viileä periferia**
- **turvotukset alaraajoissa**
- **kivun lisääntyminen**
- **mahdollisesti kuume**
- **eritystoimintojen hiipuminen**
- **heikentynyt sydämen syke**
- **raskas, pinnallinen tai haukkova hengitys**
- **hengityskatkot ja rohiseva hengitys**
- **sekavuus tai ahdistuneisuus.**

Kuoleman hetkellä hengitys voi muuttua, potilas äännellä, tulla lihasnykäyksiä tai potilas voi haroa käsillä. Syke muuttuu heikoksi, lankamaiseksi ja sitä on vaikea löytää. Iholle tulee tumman sinertäviä kohtia, eli lautumia, jotka johtuvat veren laskeutumisesta niille kohdille, jotka ovat alustaa vasten.

• **Kuoleman jälkeen**

Kuoleman jälkeen ruumis kylmenee ja nivelet jäykistyvät ensimmäisten tuntien aikana. Iholle tulee violetin sävyistä väritystä.

Kuoleman jälkeen lihakset rentoutuvat kokonaan ja alkuvaiheessa ruumis muuttuu veltoksi. Ruumis kylmenee. Kuolonkankeus tulee noin tunnin kuluttua kuolemasta ja se kestää suunnilleen kaksi vuorokautta.

Kuolemasta ilmoitetaan hoitavalle lääkärille, jonka tehtävänä on tulla toteamaan kuolema. Hoitaja kirjaa potilastietojärjestelmään kuoleman kellonajan tarkalleen ja paikalla olleet henkilöt.

Vainajalle puetaan exitussetti. Kuolemaa kutsutaan myös exitukseksi. Halutessaan läheiset saavat osallistua vainajan pukemiseen.

Vainaja siirretään ruumishuoneelle yleensä noin kahden tunnin kuluttua kuolemasta, mutta tarvittaessa vainajaa voidaan pitää viileässä potilashuoneessa pidempäänkin, yleensä vuorokauden ajan. Kylmiössä vainaja on hautaamiseen saakka.



Hyväksytty 31.1.2024 Anna Ylitalo